

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**VALORIZANDO A PALAVRA NA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA:
A RECEPÇÃO DAS DIFERENÇAS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

PAULA REBELLO MAGALHÃES DE OLIVEIRA

MAIO DE 2002

**VALORIZANDO A PALAVRA NA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA:
A RECEPÇÃO DAS DIFERENÇAS**

Paula Rebello Magalhães de Oliveira

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Ciências na Área da Saúde Pública

Orientadora:
Regina Cele de Andrade Bodstein

Rio de Janeiro

Maio de 2002

"Várias experiências espalhadas pelo Brasil (...) já mostram que os loucos podem prescindir do manicômio - entendido como lugar de tratamento clausura e restrito à medicação. Já mostram que os loucos gostam de ser escutados, de ter a sua palavra valorizada; gostam de saber que a sua própria palavra pode ser um instrumento para ajudá-los. Já mostram que a loucura é polissêmica. Que cada psicótico é diferente do outro. Nessas novas formas de atendimento há lugar para as diferenças. Há valorização de cada diferença. Nesses lugares já se sabe que enlouquecer é diferente para cada um e que qualquer semelhança é mera coincidência." (Cláudia Corbisier)

Dedico este trabalho a meu marido. Sempre lembrarei de sua presença, compreensão e, principalmente, de seu amor. Seu apoio e incentivo foram essenciais para este momento estar se realizando.

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados avós, minha constante fonte de inspiração.

À minha mãe, que sempre estimulou meus projetos de vida e soube acreditar em mim.

Aos meus irmãos André, Flávia, Felipe e Carlos, pelo seu carinho.

Ao meu irmão Márcio (*in Memoriam*), que sempre escondeu meus livros para que não me perdesse neles e esquecesse de viver.

Às amadas sobrinhas, Beatriz e Michelle, por todos os momentos de alegria.

À Maria Adelaide, Walter, Abylene e Hermínia, Henrique e Rosângela, por me acolherem em sua família.

Às tias, Maria Helena e Maria Inês, e primos, Gabriel, Humberto e Júlia, pela união e carinho.

À Patrícia, pelo carinho comigo e o tempo que dedicou a esse trabalho.

A Roberto, por trazer alegria à nossa família.

A José Hermínio, pela grande torcida e força.

Aos amigos Jader e Leila, tia Neuza e Ana Paula, Alessandro, Luciana e Márcia, por todas as boas lembranças.

Aos amigos Juracy e Francisca, Patrícia, Karina e Walter, Marlene, Giselle, Guilherme, por compartilharem de meus medos e anseios.

Aos amigos Lars e Bernd, Carla Sofia, Ana Cristina, Priya, pela nossa amizade, mesmo à distância.

Aos sobrinhos, Vítor Hugo, Jadinho, Diego, Mateus, Márcio Henrique, Vítor, Pedro Afonso, por existirem em nossas vidas.

Aos bons vizinhos Inez, Lauro, André, Bia e Gustavo, por sua amizade e apoio nos momentos difíceis.

Aos jovens talentos Fabiana, Luciana, Rosa e Ana Maria, Luciene e Eduardo, pela compreensão e apoio.

Aos colegas Angela e Anderson, Tereza e Marcos, Luiza e Júnior, Ana Cristina, e Silvana, pelos nossos encontros e desencontros.

Aos professores que acompanharam meus passos, em especial, à Ariane Ewald e Maria do Carmo C. de A. Prado, pelas orientações e incentivo.

A Ademir Pacelli, professor e amigo, que me permitiu compartilhar de seus passos neste mundo migrante.

A Francisco Bastos, que soube me apontar caminhos possíveis para iniciar esta jornada.

A Alberto Najar, pelo seu apoio.

À minha orientadora Regina Bodstein, por apostar na incerteza.

Aos professores e funcionários da Escola Nacional de Saúde Pública, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho.

Aos colegas de curso Eduardo Póvoa, Silvana, Angela, Alessandra, Cláudia, Lorenzo, Patrícia, Vidigal, Gisele, Nina, Ana Beatriz, pela troca de idéias.

Aos profissionais do Instituto Philippe Pinel, que me permitiram compartilhar de seu dia-a-dia.

A José Dain, pelo grande interesse e estímulo.

À Priscila Magalhães, pela sua imensa atenção e cuidado.

À Lúcia Pinto, por ter viabilizado a elaboração deste trabalho.

A todos aqueles que dividem comigo o amor pela área de saúde, em particular, a saúde mental.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar o atendimento em equipe multiprofissional do serviço de recepção do Instituto Philippe Pinel. Trata-se de um dispositivo que parte da lógica da Reforma Psiquiátrica, inovando o atendimento à emergência psiquiátrica, contrapondo-se ao atendimento médico individual. Preocupa-se com uma escuta cuidadosa, atenta à realidade particular de cada indivíduo, às suas singularidades, às "diferenças", para melhor responder à sua demanda.

Destacamos o migrante como representante de uma diferença a ser levada em consideração pelo dispositivo. Possui em sua história a vivência de deslocamento que acreditamos ser um importante aspecto para a compreensão deste sujeito e de seu sofrimento. A questão de ser migrante ou não e a forma como esse fator é percebido pelos profissionais foram consideradas chave em nosso trabalho.

A pesquisa de campo foi feita a partir da triangulação metodológica: da observação participante; do diário de campo; da análise documental; e de entrevistas semi-dirigidas com 9 profissionais da equipe de recepção, buscando compreender seu entendimento sobre essa escuta e a forma de funcionamento do dispositivo.

Através da análise de boletins e prontuários, de nossa participação em alguns atendimentos e das entrevistas realizadas, pudemos constatar de que maneira os dados gênero, idade, naturalidade, escolaridade e profissão são utilizados nos atendimentos.

Verificamos que o atendimento realizado na Recepção Integrada favorece uma escuta cuidadosa no sentido da responsabilidade assumida pelos profissionais em relação aos seus pacientes. A presença de profissionais de diferentes áreas determina um maior detalhamento da história do sujeito, uma maior atenção para com aspectos relevantes de sua realidade. Oferece a possibilidade de pensar caminhos juntamente com o paciente, sem precipitar uma resposta como a medicalização ou a internação.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica, política de saúde mental, recepção, emergência psiquiátrica, migrante

ABSTRACT

This research intends to analyse the multidisciplinary consultation from Philippe Pinel Institute. Its device follows the logic of Psychiatry's Reform and innovates the work in the psychiatric emergency, opposite to the traditional medical consultation. It is worried with, what their professionals call, a careful listening, focused on each individual particular reality, their singularities, differences, so as to offer them the best answer to their real demand.

The migrant in our study represents a difference that should be considered by such device. Migrants have the experience of displacement that we believe to be an important aspect to comprehend this subject and his suffering. The condition of being or not a migrant and the way it is noticed by the professionals were considered a key to us.

We used methodological triangulation in our field research: observation, document review and interviews with nine professionals from the staff, trying to comprehend their understanding of this listening and the way this device works.

Analysing patients records, our participation in some consultations, and the interviews, we were able to notice the use they made of data like gender, age, birth place, scholarship and profession.

We could verify that this kind of consultation done by a multidisciplinary staff provides the patient with a careful listening, in the sense of the responsibility assumed by the professionals in relation to what is better to their patients. The presence of professionals from different disciplines, involves an extensive search for details about the individual history, as well as a closer attention to important aspects of his or her reality. It offers the possibility to think ways together with the patient, without proposing a hasty response, such as medical treatment or confinement.

Key-words: psychiatry's reform, mental health politics, psychiatric emergency, migrant

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: PARA SABER É PRECISO ESCUTAR	10
2. DISCUSSÃO METODOLÓGICA	17
A escolha do caso	18
Estudo exploratório	19
Pesquisa de campo	21
Boletim	25
Entrevistas	26
Questões éticas	27
3. A DIFERENÇA NA MODERNIDADE: A BUSCA DE IDENTIDADES	30
Individuação e modernidade	32
Tempo-espço, projetos e modernidade	34
Real ou ilusório	37
Diferenças e identidades	39
Migrantes na modernidade	42
4. A ESCUTA EM SAÚDE MENTAL A MIGRANTES	44
Encontro com as diferenças	45
Saber escutar	49
5. ACOLHENDO A DIMENSÃO SUBJETIVA	54
6. A RECEPÇÃO DAS DIFERENÇAS	62
Pinel como coisa de maluco	62
Uma escuta diferenciada	65
Emergência sim ou não?	74
Com quem eu estou falando?	81
Integrando o sujeito em sua história	87
Primeiro movimento: o que trouxe a pessoa até aqui?	93
Segundo movimento: enquanto você vai pensar... ..	102
Terceiro movimento: um encaminhamento possível	104
Um quê de diferente	111
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS: VISITANDO FRONTEIRAS	118
8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	124
9. ANEXOS	131

1. INTRODUÇÃO: PARA SABER É PRECISO ESCUTAR¹

"Não pergunte que doença a pessoa tem, mas antes que pessoa a doença tem." (atribuído a William Oster)

Durante o curso de graduação em Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro participamos de simpósios na área de Etnopsiquiatria, além de realizar estágio no Centre Georges Devereux na França². Dessa forma, entramos em contato com a realidade do migrante proveniente de cultura não-ocidental e sua dificuldade de adaptação a uma cultura ocidental como a francesa, assim como foi possível vivenciar, naquela ocasião, uma nova proposta de atuação do profissional de saúde mental junto a esta população. No Curso de especialização em Saúde Mental³, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, aprofundamos nossa preocupação com relação, especificamente, à situação do paciente migrante nordestino que, ao chegar aos serviços de saúde mental públicos, poderia ter sua fala deturpada ou mesmo não compreendida em função de suas diferenças culturais. Elaboramos, então, o projeto para mestrado "A escuta em saúde mental na terapêutica de pacientes psiquiátricos migrantes nordestinos".

No Mestrado em Saúde Pública, da ENSP, FIOCRUZ, desenvolvemos o projeto de dissertação de mestrado com o tema "A escuta em saúde mental a pacientes migrantes". O objeto inicial de nosso estudo correspondia à percepção dos profissionais de saúde mental do paciente migrante, de seu adoecimento e de sua terapêutica. Pensamos que talvez uma escuta preocupada com fatores relacionados à cultura de seu paciente, buscando compreender a "diferença" presente em sua fala, contribuiria para beneficiar o tratamento deste sujeito. Acreditávamos ser importante saber se a escuta feita em uma instituição de saúde mental da rede pública pelos profissionais de saúde estava sendo cuidadosa o suficiente de forma a propiciar aos pacientes migrantes algum benefício em seu tratamento. Considerávamos que o migrante, por possuir traços culturais diferenciados, inclusive

¹ *"Para saber é preciso escutar."* é uma frase de Corbisier (1992: 11) utilizada ao falar da importância da escuta de forma a não *"calar a loucura"*. Seu artigo trata da implantação da Recepção Integrada do Instituto Philippe Pinel.

² O estágio ocorreu no período de outubro e novembro de 1996.

³ O curso de Especialização em Saúde Mental foi realizado no período de março a julho de 1999 na ENSP, FIOCRUZ, coordenado pelo Prof. Dr. Paulo Amarante.

com relação a sua linguagem, poderia ter uma limitação em seu atendimento, determinada pela diferença cultural existente entre ele e o profissional de saúde. O discurso que prevalece nos meios assistenciais tem como referência a própria cultura dominante do local, o que poderia vir a dificultar para o profissional de saúde o entendimento acerca da demanda do sujeito migrante.

No Rio de Janeiro - "cidade grande" - é considerável o número de migrantes que vieram buscar melhores condições de vida, enfrentando, muitas vezes, dificuldades como o desemprego, a miséria, a violência e a marginalidade, além, é claro, da dificuldade de adaptar-se em um novo lugar, com diferentes tradições, valores, crenças, comportamentos, enfim, adaptar-se a uma nova vida. Eliane Vianna (1998) aponta para a mudança como estando sempre presente no processo de migração, mudança esta não apenas geográfica, mas também de hábitos, valores, crenças, que podem levar ao adoecimento e ao sofrimento. Ademir Ferreira (1996) mostra que a experiência de deslocamento migrante pode vir a representar um fator causal de sua desestruturação.

No caso de pacientes migrantes nordestinos estudados por Leda Rebello (1997), verificou-se que os profissionais tinham dúvidas quanto ao "*diagnóstico preciso dos sintomas explicitados*", os sintomas eram vários e "*mudavam de localização*"⁴ (Rebello, 1997: 66), o que para ela demonstrava a necessidade de haver uma maior atenção a ser dirigida a estes pacientes, principalmente com relação a sua história e ao seu cotidiano. Concordamos que compreender a vivência migrante de um paciente talvez permitisse um melhor entendimento de sua demanda e, conseqüentemente, aumentaria a possibilidade de lhe oferecer uma resposta mais apropriada; porém, em muitos casos, dados como local de origem ou mesmo a trajetória de vida até a chegada ao Rio de Janeiro e suas condições de vida na nova cidade, parecem ser considerados irrelevantes. O que costuma interessar é o estado apresentado pelo indivíduo naquele momento de crise, podendo levar a interpretações apressadas acerca de cada caso.

O Censo da População de Internos nos Hospitais Psiquiátricos da Cidade do Rio de Janeiro, realizado no dia 24 de outubro de 1995 na cidade do Rio de Janeiro

⁴ Botega e Dalgalarrodo (1993) descrevem os pacientes cujas queixas mudam de localização como "poliqueixosos": "*São pacientes que trazem seus problemas numa linguagem corporal cujo significado*

em clínicas psiquiátricas às expensas do SUS, mostra a existência de migrantes em nossas instituições de saúde mental. Foram pesquisados um total de 3.223 pacientes. Deste total, 84 eram estrangeiros e 803 eram nascidos em outros estados do país. Em alguns casos, observou-se o desconhecimento com relação a dados relativos à naturalidade. Em 178 casos, foram indicados como desconhecida a unidade da Federação de nascimento do paciente. Estes dados permitiram-nos perguntar sobre os casos em que a naturalidade não foi especificada: se foi devido ao esquecimento ou desconhecimento do próprio paciente, omissões por esquecimento ou mesmo por desinteresse do profissional de saúde.

Realizamos um estudo referente à clientela de pacientes numa unidade de saúde mental da rede pública visando a verificar a presença de migrantes (brasileiros e estrangeiros) na instituição escolhida, no caso, o Instituto Philippe Pinel - IPP. Consideramos um total de 3257 registros de pacientes referentes ao primeiro semestre de 2000 como amostra representativa da clientela do IPP. Destes, 857 pacientes eram migrantes. Havia um total de 278 pacientes cujos registros não possuíam informação de naturalidade e outros que poderiam estar incorretos. Dessa forma, com base em dados recentes de uma clientela migrante numa instituição de saúde mental, problematizamos a maneira como eram registrados os dados dos pacientes, pensando quais aspectos seriam mais relevantes no momento de um atendimento e, em particular, um atendimento de primeira vez.

Durante a realização da pesquisa exploratória de campo, nos interessamos pela proposta encontrada em um dos setores do IPP, a Recepção Integrada (RIIPP). Percebemos a necessidade e o interesse em compreender o dispositivo utilizado nos atendimentos de recepção da emergência, pois era lá o primeiro contato do paciente (migrante ou não migrante) com a instituição. O serviço apresenta uma proposta de "escuta diferenciada" que é descrita por Cláudia Corbisier (1992) como mais uma alternativa à institucionalização. Nossa preocupação com a desinstitucionalização já vinha desde a participação na pesquisa *"O Estado da arte dos novos serviços, estratégias e dispositivos em saúde mental no Brasil: uma trajetória em cartografia"*⁵,

é desconhecido por quem se queixa e intraduzível por quem presta assistência." (Botega e Dalgalarondo, 1993: 86-87)

⁵ Pesquisa desenvolvida pelo Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da ENSP, FIOCRUZ (Amarante, Magalhães e outros, 2001: 51-63).

através da qual pudemos analisar os "*novos serviços*"⁶ que surgiam a partir da lógica da Reforma Psiquiátrica, representando alternativas para a realidade cronificante do modelo asilar. Benilton Bezerra Júnior (1992) aponta que "*para superar o modelo manicomial é necessário analisar o sofrimento psíquico individual*" (Bezerra Jr., 1992: 14). Corbisier (1992) nos mostra que "*é preciso escutar a loucura*", sabendo valorizar a palavra do sujeito, sua singularidade, sua diferença (Corbisier, 1992: 9-10). Segundo alguns dos profissionais, a RIIPP realizaria uma escuta mais "atenta" e preocupada em conhecer o sujeito evitando, assim, seu silenciamento através da medicalização imediata e possível internação. Essa escuta seria diferente daquela considerada tradicional, psiquiátrica, cuja principal consequência era sentida no número elevado de internações nos hospitais psiquiátricos.

Na Recepção Integrada, o trabalho é desenvolvido por equipes multiprofissionais (médicos psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, assistentes sociais, residentes e estagiários) que podem realizar o atendimento em grupo (com vários pacientes, além de acompanhantes) ou individualmente, com a participação de familiares e/ou acompanhantes. Este tipo de atendimento seria uma tentativa de evitar o atendimento médico individual, no qual a preocupação central seria com a "enfermidade". Cecil Helman (1994) alerta para o fato de ser necessário o médico trazer para o atendimento o "*modelo explicativo*" do paciente, investigando as interpretações fornecidas pelo paciente e/ou seus familiares ou acompanhantes sobre seu problema, além de dados sobre o contexto e situação de vida do sujeito, "*background cultural, religioso e social do paciente, sua situação sócio-econômica*" e etc. (Helman, 1994: 134-135).

Decidimos verificar como esta escuta vem sendo feita dentro de nossas instituições assistenciais, a fim de refletir sobre nosso papel como profissionais de saúde mental, lembrando a importância de conhecermos os sujeitos a quem atendemos, para melhor lidarmos com eles, auxiliando-os na busca de sua "saúde". Acreditamos que somente mostrando a importância de uma "escuta" voltada para as "*identidades*" e os "*mundos interiores*" (Sacks, 1995: 18) de nossos pacientes poderemos encontrar o real significado de sua "doença" e, assim, contribuir para sua saúde. Uma "*atitude mais atenciosa*" (Ferreira, 1996: 2) envolveria a tentativa do

⁶ No caso, os "*novos serviços*" estudados foram o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira, criado em São Paulo em março de 1987, e o Núcleo de Atenção Psicossocial, criado em Santos em setembro de 1989 (Amarante, Magalhães e outros, 2001: 51-63).

profissional de saúde de aproximar-se da realidade do paciente. Pensamos esta "atenção" diretamente voltada para a necessidade de um maior detalhamento da história deste sujeito.

Nossa pergunta inicial - "Como se dá a escuta em saúde mental ao paciente migrante?" - transformou-se em "Como se dá a escuta à diferença?", pensando a diferença da maneira como aparece ou é representada pelos profissionais da RIIPP. Como diferença, entendemos singularidades do sujeito, características pessoais, sua história particular, tudo que possa nos dizer quem é aquele sujeito, tudo que possa vir a contribuir de forma a compreendermos sua individualidade e sua doença, desde suas crenças até suas vivências. Importa o contexto de vida de cada indivíduo, sua história, a sua identidade, sua visão de mundo.

A "escuta", segundo dicionários da língua portuguesa, "*ato de escutar, de ficar à espreita para ouvir*", implica o conceito de escutar: "*aplicar o ouvido para perceber, ouvir*"; "*ouvir com atenção*" (Koogan/Houaiss, 1994: 329); "*dar atenção a; tornar-se atento para ouvir, perceber, ouvindo*" (Fernandes, 1983), o que leva ao significado de ouvir: "*entender, perceber os sons pelo sentido do ouvido, da audição*" (Koogan/Houaiss, 1994: 611). Significando estes sons, oferecendo-lhes uma compreensão, aquele que ouve (receptor) interage com aquele que emite o som (emissor). Consideramos que a escuta ou ato de escutar envolve, deste modo, não apenas o sentido da audição, mas outros aspectos relacionados à própria cultura que oferece o significado às palavras ouvidas, gestos, expressões faciais, etc. Portanto, ao falar da "escuta" não nos referimos, apenas, ao sentido da audição que permite captar sons, mas a uma forma mais ampliada de percepção, possibilitando a compreensão do que é expresso pelo sujeito das mais variadas formas, seja através de uma palavra, um silêncio, uma escultura, uma música, uma representação teatral, um sorriso, uma reza, etc.

Acreditamos que o cuidado com a escuta oferece ao profissional a possibilidade de conhecer melhor o paciente e sua história, o que poderia determinar uma terapêutica mais adequada. Dessa forma, consideramos que os dados pessoais de identificação e sócio-demográficos, os quais constam no boletim do paciente, ao fornecerem parte de sua história, poderiam contribuir para essa compreensão do sujeito em sofrimento. O conhecimento da origem do paciente migrante, a qual

também pode ser encontrada no boletim, talvez forneça ao profissional o real significado dos "sintomas" ou da "fala" deste sujeito e, conseqüentemente, ajude em sua melhora. O conhecimento sobre a experiência de migração e o adoecimento que esta pode implicar possibilita o fornecimento de respostas voltadas às demandas do paciente migrante. Pensamos que o atendimento realizado em equipe multiprofissional estaria contribuindo com a escuta, oferecendo visões de diferentes profissionais acerca do paciente. Porém, o atendimento em grupo de pacientes, juntamente com a participação de acompanhantes, pode dificultar a realização de uma escuta atenta à história particular de cada um.

Analisamos a proposta da RIIPP, sua estrutura, se o atendimento realizado favorece ou não uma escuta cuidadosa; se existe ou não a preocupação em conhecer previamente dados pessoais de identificação e sócio-demográficos do paciente que constam em seu boletim, como gênero, idade, naturalidade, escolaridade e profissão; se esses dados são ou não incluídos no boletim e como são utilizados no atendimento; se está ou não presente a atenção para com a vivência de deslocamento, mudança e adaptação a uma "terra estranha", conhecendo-se a condição de migrante do paciente; se esta mudança é associada ou não ao adoecimento, no momento de elaboração de um diagnóstico ou de se propor um tratamento.

Nosso trabalho teve como objetivo analisar o atendimento em equipe multiprofissional do serviço de recepção integrada do setor de emergência do Instituto Philippe Pinel. Nos preocupamos em compreender como se dá sua proposta de escuta da diferença, conferindo especial atenção a vivência migrante dos pacientes e ao entendimento desta condição pelos profissionais da equipe. Apesar da existência de vários recortes possíveis, como gênero, idade, condição sócio-econômica, escolhemos o migrante como representante de uma diferença que poderia estar sendo ou não considerada por esta escuta.

Descrevemos no segundo capítulo o recorte empírico feito para o estudo, as técnicas utilizadas, pontuando alguns aspectos éticos que envolvem a pesquisa. Procuramos descrever as etapas da pesquisa, acrescentando alguns dados coletados no campo. No terceiro capítulo, contextualizamos o migrante, pensando-o como homem moderno que possui uma vivência de fragmentos, intensificada por

seu deslocamento. A busca de identidades aparece como uma necessidade constante. O migrante surge aí como um representante da diferença. No quarto capítulo, refletimos sobre a escuta realizada nas instituições de saúde mental, particularmente no que diz respeito à condição de migrante dos pacientes. No caso do paciente ser migrante, existe a particularidade de uma vivência de mudanças que poderia ser fundamental para explicar seus sintomas e lidar com seu caso. O quinto capítulo apresenta a proposta de trabalho da RIIPP, sua definição de uma escuta atenciosa diferenciada e características próprias do serviço. Em sua elaboração, baseamo-nos em documentos a nós fornecidos no próprio Instituto, além de textos que falam sobre essa nova experiência de recepção integrada no hospital psiquiátrico, inclusive, especificamente, no IPP. O sexto capítulo traz também o material da pesquisa de campo, compondo uma descrição do modo de funcionamento da RIIPP através das observações da pesquisadora, análise documental e visão dos próprios profissionais. No último capítulo, realizamos uma discussão sobre o tema, apontando questionamentos considerados relevantes para pensarmos nossa prática em saúde mental.

2. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

"(...) pesquisar não se restringe a absorver técnicas e pô-las em prática. (...) Significa aprimorar a percepção, refinar a sensibilidade, ampliar horizontes de compreensão, comover-se diante de práticas, pequeninas na sua forma, calorosas e desprendidas no seu íntimo." (Paulo Oliveira)

O presente trabalho é de natureza empírica, envolvendo estudo de campo para sua elaboração. Trata-se de um estudo de caso sobre o serviço da Recepção Integrada do Instituto Philippe Pinel. Segundo Armando Varela (2000), o método de estudo de caso surge da necessidade de compreender fenômenos sociais considerados complexos, gerando conhecimento acerca de indivíduos, processos, programas e organizações. Para Robert Stake (1995), o caso estudado pode ser um programa, no qual podemos encontrar problemas e relacionamentos. Considera o caso como uma entidade com vida singular, sobre a qual não temos um bom entendimento, mas que pretendemos compreender.

Pretendemos conhecer e compreender o dispositivo de atendimento específico utilizado neste serviço, sua escuta diferenciada, sua forma de funcionamento pois, além de ser um serviço recente em saúde mental, são poucas as experiências de recepção integrada existentes em nossos hospitais públicos. Vimos em Stake (1995) que o estudo de caso visa particularizar e não generalizar. Para ele, a ênfase deve ser dada à singularidade do caso, a sua compreensão.

"We take a particular case and come to know it well, not primarily as to how it is different from others but what it is, what it does." (Stake, 1995: 8)

A pesquisa de campo foi feita a partir da triangulação metodológica: da observação participante; do diário de campo; da análise documental e de entrevistas semi-dirigidas com 9 profissionais da equipe de Recepção Integrada do IPP, buscando compreender seu entendimento sobre a escuta realizada e a forma de funcionamento do dispositivo.

A ESCOLHA DO CASO

O IPP foi escolhido por este estudo por ser uma importante instituição de referência em saúde mental, com um grande volume de atendimentos diários, além de estar envolvido na formação e reciclagem de muitos profissionais. O Rio de Janeiro está dividido em quatro grandes áreas programáticas, sendo que o IPP é "pólo de internações" (Corbisier, 1992 e 2000), assim como o Centro Psiquiátrico Pedro II, a Colônia Juliano Moreira e o Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, isto é, ele decide as internações em hospitais públicos e conveniados de sua área programática (AP2) que corresponde aos bairros de Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca, Vidigal, Andaraí, Alto da Boa Vista, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca, e Vila Isabel.

DIREÇÃO	
INFORMAÇÕES EM SAÚDE	
RIIPP - PORTA DE ENTRADA	
CAIS	NAICAP
UTA	COIJ
AMBULATÓRIO	
ENFERMARIAS	
LABORATÓRIO	
FARMÁCIA	

Fonte: Esquema dos setores do IPP retirado de <http://www.ipp.gov.br/>

Legenda:

RIIPP - Recepção Integrada do Instituto Philippe Pinel

CAIS - Centro de Atenção Intensiva⁷

NAICAP - Núcleo de atenção à criança autista e psicótica

UTA - Unidade de Tratamento de Alcoolistas

COIJ - Centro de Orientação Infante Juvenil

Enfermarias feminina e masculina⁸

A Emergência é sua "porta-de-entrada" (Corbisier, 2000; Dain *et al*, 1999), cujos atendimentos são realizados pelos plantonistas e pela equipe da Recepção Integrada. Nossa pesquisa foi desenvolvida na RIIPP da manhã, que funciona de 2^a a 6^a feira de 8 às 13 horas. Como apresentamos, sua equipe é composta de diferentes profissionais: médicos psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, assistentes sociais, residentes e estagiários.

⁷ O CAIS equivale a um hospital dia, onde as pessoas podem se encontrar e participar de atividades como oficinas de música, artes, computação.

⁸ Visam ajudar as pessoas a saírem da crise até que possam ser encaminhadas para atendimento ambulatorial ou tenham outro encaminhamento. Possui 20 leitos, tendo uma média de permanência de até 15 dias.

Entendemos por "recepção" tanto o setor do IPP de chegada das pessoas, o espaço físico, quanto o dispositivo, isto é, a forma de atendimento, que é apontada como dispositivo ou atendimento grupal. Portanto, recepção refere-se ao espaço por onde passam esses pacientes que chegam ao serviço pela primeira vez ou aqueles que ainda não realizam tratamento ambulatorial e também o dispositivo que visa "acolher" estes pacientes e sua demanda, "escutar a diferença", através de um atendimento em equipe multiprofissional que se propõe a fazer uma escuta diferenciada. Este dispositivo é apresentado como "clínica da recepção" ou "clínica do sujeito", já sendo considerado "terapêutico".

A proposta da RIIPP é de um grupo de profissionais de diferentes áreas ou disciplinas que interagem entre si, utilizando seus conhecimentos de forma a trazer benefícios ao tratamento de seus pacientes. Verificamos que os profissionais do serviço preferem utilizar o termo multidisciplinar ou interdisciplinar para falar da equipe. De acordo com o significado atribuído pelo dicionário (Ferreira, 1986) e pensando a interação entre os profissionais, o termo "*interdisciplinar*" também é apropriado. Preferimos, contudo, utilizar o termo multiprofissional em nosso texto significando um grupo com profissionais de diferentes áreas para não antecipar a forma de trabalho da equipe.

ESTUDO EXPLORATÓRIO

Realizamos estudo exploratório no IPP com o objetivo de traçar um perfil da clientela da instituição. Tratou-se de uma estimativa do número de pacientes que procuraram o IPP no primeiro semestre de 2000, constando apenas sexo e naturalidade. Os dados relativos à clientela são fornecidos pela Superintendência de Serviços de Saúde, Coordenação de Saúde AP. 2.1, do IPP, a qual elabora um boletim semestral, que também compõe a página da Internet da instituição. Porém, o dado naturalidade não é computado neste boletim, tendo necessitado, dessa forma, de pesquisa específica. Segundo o levantamento feito pela Superintendência de Serviços de Saúde, o número de atendimentos de emergência no primeiro semestre

deste ano, corresponde a 7004⁹, dos quais 5459 foram atendimentos realizados pelos plantonistas e 1205 pela RIIPP.

Fizemos um levantamento do Cadastro de Pacientes do Arquivo Médico do IPP referente ao primeiro semestre de 2000. O registro dos pacientes neste cadastro é feito com base nos boletins dos pacientes atendidos naquele período no Pronto-Socorro (PS). Porém, estes dados não representam a totalidade dos atendimentos. Caso um mesmo paciente tenha sido atendido duas vezes neste período, somente estará registrado uma vez, caso tenha sido atendido novamente após este período, o número de seu novo boletim será registrado e o antigo, referente ao primeiro semestre, será apagado, pois somente permanece cadastrado no arquivo médico o número do último boletim feito sobre o paciente. Todos os boletins ficam anexados ao prontuário dos pacientes no Arquivo. Todos que passam pelo PS (Plantão e RIIPP) possuem boletins, estando, desta forma, cadastrados no banco de dados do Arquivo.

Consideramos em nosso estudo um total de 3257 registros de pacientes que tem no IPP uma referência. Interessou-nos verificar se existe uma demanda por parte de migrantes (brasileiros ou estrangeiros) deste tipo de serviço, e, em especial, desta instituição. Do total de 3257 pacientes, 278 não possuíam informação de naturalidade. Desta amostra, 857 pacientes não eram naturais do Rio de Janeiro, 821 eram brasileiros e 36 eram estrangeiros. Dos 2122 pacientes que têm como naturalidade o Rio de Janeiro, alguns têm como naturalidade o próprio bairro de residência, o que aponta para a possibilidade destes dados estarem incorretos. Fomos informados que, algumas vezes, o próprio paciente não sabe, não está em condições de dizer, ou mesmo dá informação falsa. Percebemos que existe ainda uma falta de atenção com relação a este item do boletim. Com relação ao sexo, vimos que de 3257 pacientes, 1571 eram mulheres (F) e 1544 eram homens (M), não soubemos se 142 eram homens ou mulheres (F/M). Dos 857 não nascidos no Rio de Janeiro, 447 eram mulheres e 380 eram homens, sendo que não soubemos o gênero de 30 pessoas.

⁹ O IPP apresenta em sua maioria uma clientela proveniente da AP2. Destes 7004 pacientes, 4056 são da AP2; 2034 são provenientes de outras APs; 488 são da baixada; 131 de outros municípios; 55 são colocados como "outros" e 240 como sem informação.

SEXO	F	M	F/M	TOTAL
BRASILEIROS	435	357	29	821
ESTRANGEIROS	12	23	1	36
TOTAL	447	380	30	857
FLUMINENSES	994	1028	100	2122
S/INF.	130	136	12	278
TOTAL	1571	1544	142	3257

Fonte: Dados do Cadastro de Pacientes do Arquivo Médico do IPP, referentes ao primeiro semestre de 2000.

PESQUISA DE CAMPO

Na qualidade de psicóloga clínica, participamos como Estagiária de Psicologia dos atendimentos realizados pela RIIPP durante o período de março a junho de 2001, totalizando aproximadamente 96 horas de experiência. Foram, ao todo, 46 atendimentos individuais e 11 atendimentos grupais, considerando-se o número de pacientes participando de um mesmo atendimento.

Forma de atendimento	Número de atendimentos	Número de pacientes
Individual	46	46
Grupo	11	33
Total	57	79

Fonte: Observação participante no período da pesquisa de campo.

O estágio possibilitou nossa observação participante e o acesso a boletins e prontuários dos pacientes em atendimento. Segundo Howard Becker (1993), a observação participante permite ao pesquisador o acesso à realidade do caso estudado, a possibilidade de descobrir concretamente como se dá seu funcionamento ou de *"identificar problemas e hipóteses relevantes"* dentro da situação de campo, num dado contexto e enriquecer o estudo. Antônio Chizzotti (1995) mostra que o contato direto com o fenômeno estudado possibilita ao pesquisador *"recolher ações dos atores em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e de seus pontos de vista"* (Chizzotti, 1995: 90).

Anotamos em nosso diário de campo, dados sobre os casos atendidos, assim como a forma como transcorreram os atendimentos, além de situações que chamaram nossa atenção. As anotações não foram realizadas na frente dos pacientes, pois isso poderia causar-lhes ansiedade e, até mesmo, atrapalhar seu

atendimento. Alguns profissionais tinham a preocupação com a possibilidade de estarmos "avaliando" o serviço. Foram feitas indagações sobre o que estaríamos escrevendo e para quê. Nesta situações, explicávamos nossa intenção de conhecer a RIIPP e sua proposta de atendimento, e que realizaríamos entrevistas com os profissionais em um segundo momento.

Tivemos acesso a 82 casos, dos quais 3 já haviam sido registrados e correspondiam a pessoas que estavam retornando ao serviço. Portanto, computamos apenas registros de pessoas diferentes. Observamos 79 pacientes, 45 mulheres e 34 homens. O registro do gênero era feito a partir da verificação nos boletins antes dos atendimentos ou da inferência da pesquisadora.

Verificamos a idade a partir da data de nascimento, do item "idade aparente" presentes no boletim ou da observação da pesquisadora sobre a idade aparente do paciente. Agrupamos os pacientes por idade aproximada, sem definir sua idade real, pois de muitos não havia a data exata de nascimento. Considerando que 19 anos é a idade mínima para ser atendido na RIIPP, agrupamos os pacientes que teriam entre 19 e 30 anos, 31 e 40, 41 e 50, 51 e 60, 61 e 70, 71 e 80.

Idade/Sexo	Geral		Originários de outros estados	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
19 - 30	9	13	2	1
31 - 40	12	5	6	1
41 - 50	6	7	2	4
51 - 60	8	5	3	0
61 - 70	3	3	1	2
71 - 80	5	0	3	0
NV	2	1	1	0
Total	45	34	18	8

Fonte: Observação participante e análise de boletins e prontuários no período da pesquisa de campo.

Legenda:

NV - Pacientes cujos boletins que não foram verificados

Geral - Pacientes originários ou não do Rio de Janeiro.

Devido ao interesse da pesquisa, principalmente com relação a situação do paciente migrante, verificamos a naturalidade dos pacientes. É preciso ressaltar que nosso interesse por casos migrantes representou um viés. Devido ao fato da pesquisadora ter sido apresentada ao grupo como estagiária, mas também como mestranda, muitos profissionais interessaram-se em conhecer nosso objeto de pesquisa. Nossa presença parece ter levado alguns profissionais a ressaltarem a

naturalidade do paciente no momento de explicar seu caso ou a verificá-la antes do atendimento para informar diretamente à pesquisadora.

Registramos outros dados também considerados relevantes em nosso estudo, como escolaridade e profissão. O registro destes dados teve como fonte os boletins e prontuários de 67 dos 79 pacientes acompanhados durante o estágio na RIIPP; a resposta dos pacientes a pergunta dos profissionais; ou o relato espontâneo do paciente ou de seus acompanhantes. Constatamos a ausência de alguns dados nos boletins, em especial a escolaridade e a profissão, além de erros em relação à naturalidade.

Procuramos apontar qual foi a fonte da informação no atendimento com relação aos itens escolaridade, profissão e naturalidade. Como fontes destes itens, verificamos se algum dos profissionais buscou no boletim estes dados ou perguntou durante o atendimento para outro profissional ou para o paciente e/ou acompanhantes - indicamos "profissional"; se foi o paciente ou alguém que o acompanhava que deu a informação espontaneamente, isto é, sem terem sido perguntados - indicamos "paciente"; ou se temos os dados somente devido a nossa verificação do boletim - indicamos como "boletim". Entretanto, informamos que dos 79 casos, não chegamos a conferir estes itens em 12 boletins, apenas 67, mas registramos alguns dos dados coletados a partir da fala do paciente, acompanhante ou profissional. Da mesma forma, compreendemos que, em alguns casos, conseguimos somente escolaridade ou a profissão, ou ambas escolaridade e profissão, ou nenhum destes dados de um paciente.

Ao longo do estágio, foram registradas a escolaridade de 20 pessoas, sendo que apenas 7 tiveram como fonte de registro o boletim, 11 pacientes falaram sua escolaridade sem terem sido perguntados e por duas vezes a escolaridade foi perguntada por profissionais. Como foram poucos os boletins com este item preenchido, mostramos somente as escolaridades que surgiram: "nenhuma" escolaridade; "antigo primário"; "ensino fundamental"; "primeiro grau"; "segundo grau" e "terceiro grau".

Escolaridade	Fonte			Total
	Profissional	Paciente	Boletim	
Fluminenses/Não Verificados	1	8	5	14
Originários de outros estados	1	3	2	6
Total	2	11	7	20

Fonte: Observação participante e análise de boletins e prontuários no período da pesquisa de campo.

Registramos a profissão de 36 pacientes. Apenas 1 teve o boletim como fonte, 3 foram perguntadas ou faladas pelos profissionais, as outras 32 foram faladas pelos próprios pacientes ou acompanhantes. Não acrescentamos o registro de cada profissão. Apenas para exemplificar, apontamos aquelas que se repetiram duas vezes ou mais: faxineiro (a) / doméstica; garçom / garçonete; policial; comerciante; enfermeiro (a); professor (a).

Profissão	Fonte			Total
	Profissional	Paciente	Boletim	
Fluminenses/Não Verificados	0	21	1	22
Originários de outros estados	3	11	0	14
Total	3	32	1	36

Fonte: Observação participante e análise de boletins e prontuários no período da pesquisa de campo.

Verificamos que 41 pacientes eram do Rio de Janeiro, segundo seus boletins; 26 eram naturais de outro local, também de acordo com os boletins e, algumas vezes, com o próprio paciente ou familiar, que fornecem uma informação diferente daquela que consta no boletim, como ocorreu duas vezes. Dos 26 pacientes que eram originários de outro estado, 18 eram mulheres e 8 eram homens.

Naturalidade	Fonte			Total
	Profissional	Paciente	Boletim	
Fluminenses/Não Verificados	0	0	41	41
Originários de outros estados	3	11	12	26
Total	3	11	53	67

Fonte: Observação participante e análise de boletins e prontuários no período da pesquisa de campo.

Ressaltamos que a verificação da naturalidade do paciente pode apenas apontar para a possibilidade do paciente possuir uma vivência migrante, caracterizada pelo deslocamento. Entretanto, existem casos de pessoas que não são naturais do Rio de Janeiro que podem não possuir esta vivência, podem inclusive não se considerar "migrantes". Algumas vieram pequenas para o Rio de Janeiro ou já estão há muito tempo aqui e não sofreram a perda dos laços com sua cidade de origem ou familiares, ou dificuldades em se adaptar, e, mesmo, não experimentam o conflito de ficar ou retornar, a saudade, etc. O dado "naturalidade"

pode indicar que houve este deslocamento em algum momento da vida do sujeito, mas não que o mesmo tem o deslocamento como fator relevante em sua vida ou seu adoecimento. Em nosso estudo nos interessou saber se o dado existe no boletim, se há interesse no seu preenchimento e em seu conhecimento pela RIIPP. O fato do próprio paciente trazer este dado para o atendimento espontaneamente também foi considerado.

BOLETIM

Devido ao fato de parte de nossa pesquisa ter feito uso de fontes documentais como registros do computador e boletins, fomos requisitados a contribuir fornecendo críticas a esses instrumentos que pudessem auxiliar o processo de informatização e melhoria dos registros do serviço. Algumas observações feitas ao longo da pesquisa envolvendo dificuldades de acesso a dados do computador e a dados contidos no boletim foram compartilhadas com a coordenação da RIIPP.

Em nosso estudo apresentamos três boletins diferentes que ilustram este processo de mudança que vem sendo realizado pela RIIPP. Em anexo temos, em primeiro lugar, o boletim mais atual, que estava sendo utilizado em 2001, no período da pesquisa de campo na RIIPP. O segundo era ainda utilizado em 2000, sendo que o terceiro era o mais antigo. Comparando os boletins, vemos que foram ganhando novos campos para serem preenchidos, com maiores detalhes sobre o paciente e sobre o caso apresentado.

Foram acrescentados campos para dados sócio-demográficos e características pessoais dos pacientes e, também, um campo específico para dados dos acompanhantes ou responsáveis, além de um item "Episódio Corrente" que substituiu o item "História de Entrada" e outro "Avaliação Clínica", que inclui subitens de forma a facilitar o preenchimento sobre "Condições de Chegada", "Lesões Traumáticas", "Problemas Apresentados", "CID-10", dados sobre a saída e nome do técnico que realizou o atendimento. O item "Episódio Corrente" no boletim mais recente, ganha maiores possibilidades de preenchimento, com várias respostas que podem ser rápida e facilmente marcadas com um simples "x". A mesma coisa ocorreu com a "Avaliação Clínica", vários espaços para serem escolhidos e assim terem seu preenchimento facilitado.

O "Exame Físico" tornou-se "Exame Clínico", o "Diagnóstico Sindrômico" foi retirado, assim como o "Destino", "Identificação do(s) técnico(s) que fez(fizeram) o atendimento", "Relação de bens e valores" e "Identificação do enfermeiro que recebeu o paciente". O "Diagnóstico Sindrômico" passou a ocupar o item "Avaliação Clínica". O "Destino" pode ser verificado pela "Conduta Encaminhamento" no segundo boletim, ou mesmo pelo subitem do "Episódio Corrente", "Encaminhamento", presente nos dois boletins mais recentes. O campo para preenchimento do Serviço Social permaneceu nos três boletins. No terceiro, ficava restrito a alguns dos dados considerados "Identificação do Usuário", "Dados Sócio-Demográficos" e "Características Pessoais", no segundo boletim, sendo que no primeiro, mais recente, o Serviço Social ganhou mais um campo, "Avaliação do Serviço Social". Sabemos através de nossa participação na RIIPP que o Serviço Social também pode preencher o campo "Motivo da Consulta". Os itens "Motivo da Consulta", "Queixa Principal", "HDA", "Exame Psíquico", "Exame Clínico", "Medicação Fornecida" ou "Medicação Prescrita", "Anotações Gerais" e o espaço para a assinatura do "Responsável pelo Atendimento", permaneceram nos dois últimos boletins.

Apenas alguns dados do boletim atual são informatizáveis, sendo que outros como "Avaliação do Serviço Social", "Motivo da Consulta", "Queixa Principal", "HDA" ou História da Doença Atual, "Exame Psíquico", "Exame Clínico", "Avaliação Prescrita (Quantidade Fornecida)" e as "Anotações Gerais" que são preenchidos pelo profissional por extenso, não são transferidos para o computador. Sendo assim, o acesso a eles somente pode ser feito através da análise diretamente do prontuário do paciente.

ENTREVISTAS

As entrevistas semi-estruturadas foram individuais e seguiram o roteiro elaborado em anexo. De acordo com Maria Cecília Minayo (1994), as entrevistas fornecem tanto dados objetivos quanto subjetivos, como atitudes, valores e opiniões dos atores que *"vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada"* (Minayo, 1994: 57).

Utilizamos como unidade de análise o discurso de atores sociais, no caso, dos profissionais da equipe. Procuramos analisar as entrevistas trazendo a visão

particular de cada sujeito sobre sua experiência na RIIPP, articulando sua fala a outros materiais de campo, visando a uma melhor compreensão do contexto no qual ocorrem os atendimentos, além de evocar questões sobre os acontecimentos durante o período da pesquisa e a proposta do serviço e seus profissionais. Tivemos a preocupação em apresentar os conceitos utilizados pelo serviço, pelos profissionais entrevistados, seguindo o material teórico e documental sobre o mesmo. É freqüente, por exemplo, o uso de termos como "atenta", "atenciosa", "cuidadosa", para definir a escuta proposta pela RIIPP. São termos que caracterizam sua escuta diferenciada e serão melhor definidos ao longo do trabalho. Alguns conceitos envolvem uma leitura psicanalítica.

Foram realizadas entrevistas com profissionais da equipe da RIIPP de médicos psiquiatras, psicanalistas, assistentes sociais, psicólogos, residentes de psiquiatria e de saúde mental, que estivessem participando da RIIPP no horário da manhã no período da pesquisa. Não informamos suas profissões e decidimos colocar apenas alguns trechos das entrevistas, para não identificá-los. Os profissionais que participaram desta etapa de entrevista não correspondem à totalidade dos profissionais da equipe, apenas uma parcela. São identificados por números de 1 a 9. Lembramos que não podemos generalizar o que é dito pelos profissionais, assim como nossa observação de 79 casos é uma pequena amostra que pode não corresponder ao que ocorre na RIIPP.

Apesar de estarmos atentos para o fato dos profissionais entrevistados serem ou não naturais do Rio de Janeiro, não constatamos nenhum aspecto relevante com relação a estes fatores. Pensávamos que, sendo migrante, o profissional poderia demonstrar maior preocupação com a "condição de migrante" do paciente, ressaltando aspectos importantes com relação a sua escuta, o que nos foi impossível avaliar.

QUESTÕES ÉTICAS¹⁰

A razão pela qual não foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pacientes que observamos durante as atividades da Recepção

¹⁰ Ressaltamos que nossos motivos estão de acordo com os artigos h, i, j, l, m, n, com relação aos Aspectos Éticos da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da *Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde*.

Integrada, deve-se ao fato da participação nos atendimentos clínicos realizados pela Recepção Integrada do IPP ter sido feita pela pesquisadora na qualidade de estagiária de Psicologia, com a autorização da Coordenação da Recepção Integrada. A formação da pesquisadora como psicóloga clínica viabilizou a realização do estágio que foi feito sob a supervisão de uma profissional da equipe. As informações observadas nos atendimentos clínicos estão, portanto, sujeitas ao sigilo profissional.

Além disso, a necessidade de se obter o consentimento dos próprios pacientes ou de seus representantes legais para ter acesso a informações que lhes diziam respeito, ficou inviabilizada por se tratar de grupo flutuante, tornando-se impossível a obtenção de permissão a posteriori, sendo que a coordenação do serviço acreditava ser impossível quebrar a rotina dos atendimentos para obter tal permissão, já que se tratavam de atendimentos de porta de entrada, em regime de acolhida inicial, com o objetivo de determinar encaminhamentos contínuos, evitando-se filas de espera.

Devido à impossibilidade de se conseguir a permissão dos próprios pacientes ou de seus representantes legais, o material coletado nos atendimentos clínicos foi trabalhado metodologicamente como análise de discurso, como categorias conceituais. Os dados são trabalhados em conjunto, como percentuais, de modo a não identificar individualmente nenhum dos pacientes. Levamos em consideração também o Art. 32 presente no item *"Das comunicações científicas e da divulgação ao público"* do *"Código de Ética Profissional dos Psicólogos"* (CFP, 1962-1987) que diz:

"Em todas as comunicações científicas ou divulgação para o público de resultados de pesquisa, relatos ou estudos de caso, o Psicólogo omitirá e/ou alterará quaisquer dados que possam conduzir à identificação da pessoa ou instituição envolvida, salvo interesse manifesto destas." (CFP, 1962-1987)

Referendamos o fato de que a flutuação dos pacientes, de acordo com a equipe da Recepção Integrada, e a modalidade do atendimento, sua metodologia, a forma de acolhimento a que se propõe, não permitiram e não permitiriam quebra em sua rotina de atendimento. O acesso a dados de pacientes só foi possível uma vez que o objeto da pesquisa não seria nenhum aspecto privado do paciente, mas sim,

prioritariamente, uma análise do dispositivo de atendimento utilizado pela RIIPP. Os únicos dados coletados neste momento, gênero, faixa etária, escolaridade, profissão e origem, são considerados metodologicamente dados censitários e são trabalhados no seu conjunto.

O objetivo da pesquisa não implicou em dano ao paciente, pois não foram feitos juízos de valor sobre sua situação nem é caracterizada sua situação diagnóstica. A questão de ser migrante foi analisada como um problema dos dispositivos de saúde e, em particular, de saúde mental. O trabalho objetiva, prioritariamente, analisar o dispositivo de escuta dos atendimentos em grupo e a inter-relação estabelecida nestes atendimentos. A situação do cliente da instituição foi tomada como "analisador" do dispositivo. O trabalho visou a contribuir para a melhoria do serviço e de forma alguma implicará no prejuízo do paciente.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que o foco em nosso estudo não era o paciente e sim o profissional, sendo que o material empírico mais relevante veio das entrevistas com estes últimos, para os quais foram apresentados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

A razão pela qual não apresentamos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais observados durante as atividades da Recepção Integrada foi porque os mesmos concordaram com a observação genérica, na qual não haveria necessidade de individualizar, uma vez que a observação era sobre o serviço como um todo e não sobre os profissionais, os quais receberiam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido quando das entrevistas individuais.

3. A DIFERENÇA NA MODERNIDADE: A BUSCA DE IDENTIDADES

"Subitamente indefesas diante de um turbilhão global, as pessoas agarram-se a si mesmas: qualquer coisa que possuíssem, e o que quer que fossem, transformou-se em sua identidade." (Manuel Castells)

São várias as denominações que podemos encontrar para nos referir a este momento vivido na atualidade. Frederic Jameson (1985), que nos fala sobre as manifestações da pós-modernidade nas artes visuais e nas artes temporais, define o conceito de pós-modernidade como:

"(...) um conceito de periodização cuja principal função é correlacionar a emergência de novos traços formais na vida cultural com a emergência de um novo tipo de vida social e de uma nova ordem econômica - chamada freqüente e eufemisticamente de modernização, sociedade pós-industrial ou sociedade de consumo, sociedade dos mídia ou do espetáculo, ou capitalismo multinacional." (Jameson, 1985: 17)

Anthony Giddens (1991) percebe diferenças entre o conceito de pós-modernismo e de pós-modernidade, que algumas vezes são utilizados como sinônimos. Segundo ele, pós-modernismo refere-se a *"estilos ou movimentos no interior da literatura, artes plásticas e arquitetura"*, enquanto pós-modernidade diz respeito a uma nova fase do desenvolvimento social (Giddens, 1991: 51-52). Para este autor, esta pós-modernidade ainda não existe como superação da modernidade:

"Não vivemos ainda num universo social pós-moderno, mas podemos ver mais do que uns poucos relances da emergência de modos de vida e formas de organização social que divergem daquelas criadas pelas instituições modernas." (Giddens, 1991: 58)

Nesta dissertação, nos interessa apontar alguns aspectos da modernidade, período imerso na "globalização", transformando o mundo e a vida em sociedade. Regina Bodstein (2000), define globalização como:

"A globalização, sob o nosso ponto de vista, deve ser vista como inerente à modernidade. Nessa medida, representa um processo de intensificação das relações sociais em escala mundial, a ligar localidades distantes e a interconectar eventos e acontecimentos (...) As tecnologias da informação aproximam pessoas, e tornam, de fato, possível a referência a uma aldeia global." (Bodstein, 2000: 85)

O espaço comprimido devido à expansão das tecnologias de comunicação, meios de transportes, etc, tornaria a informação algo instantâneo, percorrendo o mundo todo em menor tempo, o que poderia levar a uma homogeneização, um mundo sem barreiras impostas pela distância, cultura, língua, etc. Entretanto, diversidades são também reforçadas, o que pode ter inúmeras implicações. De acordo com José María Gómez (1999):

"Assim, o processo de globalização, mais do que favorecer o aparecimento duma cultura global unificada (que não deve ser confundida com situações efetivas de hegemonia cultural), tende a prover um campo de expressão e de acentuação das diferenças, heterogeneidades, localismos, confrontos, fragmentação, sincretismo, hibridização das culturas - em suma, revela a natureza multiforme e a extrema complexidade dos fenômenos culturais atuais." (Gómez, 1999: 136)

Este processo de globalização cria novas experiências e com elas novos significados para os acontecimentos compartilhados por diferentes grupos culturais. Novas identidades surgem a partir da significação destas experiências.

"As diferenças culturais não desaparecem; pelo contrário, o conhecimento e a aproximação de povos e nações distintas gera uma maior consciência da diferença nos estilos de vida e nas orientações valorativas, que pode tanto expandir o horizonte de compreensão da própria sociedade e cultura quanto fechar-se para reforçar identidades étnicas, nacionais ou políticas sectárias que se sentem ameaçadas. Dado que as novas redes de comunicação e tecnologias de informação estimulam novas formas de identidade cultural e, ao mesmo tempo, reativam e intensificam formas antigas (étnicas, religiosas, locais, regionais), parece improvável que a identidade nacional permaneça

inalterada e que não se desencadeie um complexo processo de redefinições das identidades políticas em diferentes níveis." (Gómez, 1999: 158-159)

Gómez (1999) mostra algumas dificuldades que o termo globalização implica já que abrange diferentes fenômenos e seus impactos em várias áreas como a comercial, social, tecnológica, cultural, etc. Ressalta que este termo "evoca a falsa imagem dum mundo homogêneo e integrado" o que, segundo ele, parece contrariar as "realidades de extrema fragmentação e desintegração" (Gómez, 1999: 129). A globalização corresponderia a um processo de longa duração que afetaria instituições sociais e povos sem que estivessem necessariamente conscientes disso, podendo advir daí diferentes conseqüências.

INDIVIDUAÇÃO E MODERNINADE

Bodstein (2000) aponta a modernidade como "um processo de individualização e diferenciação" (Bodstein, 2000: 64). Segundo Norbert Elias (1994), quando fala da diferença entre as sociedades mais complexas e as comunidades mais primitivas, mostra que nas sociedades complexas, "industrializadas, urbanizadas e densamente habitadas" (Elias, 1994: 108), haveria maior individualização, pois cada indivíduo viveria uma maior independência e liberdade de escolha diante de muitas oportunidades e responsabilidades, percebendo-se como ser isolado dos demais, diferenciado. Já nas comunidades pequenas, ou sociedades mais simples, a referência ao grupo é mais forte, havendo o envolvimento de todos inclusive nas escolhas que se apresentam na forma de menos alternativas. Para melhor caracterizar as sociedades complexas podemos citar Gilberto Velho (1987) ao esclarecer sua noção de sociedade e de complexidade:

"(...) a noção de uma sociedade na qual a divisão social do trabalho e a distribuição de riquezas delineiam *categorias sociais distinguíveis com continuidade histórica*, sejam classes sociais, estratos, castas. Por outro lado, a noção de complexidade traz também a idéia de uma *heterogeneidade cultural* que deve ser entendida como a coexistência, harmoniosa ou não, de uma pluralidade de tradições cujas bases podem ser ocupacionais, étnicas, religiosas etc." (Velho, 1987: 16)

As sociedades, de acordo com Elias (1994), exigem o desempenho de papéis específicos a cada um de seus componentes, necessitando um contínuo processo de aprendizagem que tem início bem cedo. Nas sociedades complexas, o que se percebe é a crescente especialização dos indivíduos, que cada vez mais se diferenciam, tornando-se desta forma mais dependentes entre si. Apesar de se perceberem independentes, como indivíduos isolados no grupo, estão mais interligados, como se houvesse "*correntes invisíveis*" (Elias, 1994: 112) nas quais uma especialidade necessitaria da outra.

Segundo Giddens (1989), os indivíduos possuem o conhecimento prático do "*fazer*" social. Possuem a cognoscitividade, a consciência prática da forma de agir em sociedade, a consciência das regras sociais que lhe permitem o desempenho e a reprodução das práticas sociais. Interagem através da comunicação, incorporando "*características temporais e espaciais de encontros em processos de constituição de significado*" (Giddens, 1989: 23). Podemos pensar dessa forma a possibilidade de continuidade presente na atividade social cotidiana, com a "*reprodução social através do espaço-tempo*" (Giddens, 1989: 21). O homem moderno é um agente intencional, capaz de agir segundo motivações internas, "*capaz de intervir no mundo*" (Giddens, 1989: 11) capaz de agir e transformar a sociedade a partir de seus atos. É ele quem, através do tempo, faz a história e determina as instituições e o presente em que vive.

Para todo o convívio social existem regras que são criadas pelos homens e que devem ser mantidas em nome de *um "bem estar"* social: são os rituais. Margaret Visser (1998) destaca que dentro de cada cultura podemos encontrar muitos rituais. Existem rituais à mesa, rituais de vestuário, rituais religiosos, etc., que, dependendo do contexto, apresentam diferentes significados. Em geral, os rituais funcionam como elemento socializador, através do qual duas ou mais pessoas se relacionam e compartilham. No ritual está presente a função de compartilhar pensamentos, opiniões, de estabelecer uma ordem, uma conexão entre presente-passado e presente-futuro, mexendo com o sentido de permanência e continuidade presentes na vida humana.

TEMPO-ESPAÇO, PROJETOS E MODERNIDADE

O mundo experimenta mudanças numa grande velocidade. Os acontecimentos e as informações sobre eles ocorrem quase instantaneamente. A globalização é veiculada pelos meios de comunicação e transportes modernos. As distâncias já não têm o mesmo significado. Segundo Zygmunt Bauman (1999), "*a anulação tecnológica das distâncias temporais/espaciais*" polariza a condição humana:

"Ela emancipa certos seres humanos das restrições territoriais e torna extraterritoriais certos significados geradores de comunidade - ao mesmo tempo que desnuda o território, no qual outras pessoas continuam sendo confinadas, do seu significado e da sua capacidade de doar identidade. Para algumas pessoas ela augura uma liberdade sem precedentes face aos obstáculos físicos e uma capacidade inaudita de se mover e agir a distância. Para outras, pressagia a impossibilidade de domesticar e se apropriar da localidade da qual têm pouca chance de se libertar para mudar-se para outro lugar." (Bauman, 1999: 25)

Com a globalização vivenciamos um "*encurtamento do tempo e um encolhimento do espaço*" (Gómez, 1999: 138) que afeta as relações sociais, a formação das identidades. David Harvey (1994) usa a expressão "*compressão do tempo-espaço*" para denominar processos que, segundo ele, determinam a transformação de nossa representação do mundo. O termo "compressão" sugere a idéia de encolhimento:

*"À medida que o espaço parece encolher numa 'aldeia global' de telecomunicações e numa 'espaçonave terra' de interdependências (...) e que os horizontes temporais se reduzem a um ponto em que só existe o presente (o mundo do esquizofrênico), temos de aprender a lidar com um avassalador sentido de *compressão* dos nossos mundos espacial e temporal." (Harvey, 1994: 219)*

Jameson (1985) distingue uma experiência temporal normal de uma "*esquizofrênica*" que corresponderia à vivência da atualidade. A vivência da temporalidade considerada normal é a que daria o sentido de continuidade, havendo

encadeamento entre passado, presente e futuro, o que ofereceria ao sujeito a possibilidade de envolvimento, de criação e consecução de projetos. Na vivência esquizofrênica, segundo ele, apenas o instante é percebido de forma intensa, não há construção, não há laços, nem vínculos ou projetos. Não há passado, nem futuro. O tempo é vivido como um presente perpétuo, sem um encadeamento, como o que ocorre na percepção normal do tempo, que permitiria ao sujeito a formação de sua identidade:

"O esquizofrênico não consegue desse modo reconhecer sua identidade pessoal (...), visto que o sentimento de identidade depende de nossa sensação da persistência do 'eu' e de 'mim' através do tempo." (Jameson, 1985: 22)

De acordo com Jameson (1985), os indivíduos viveriam a temporalidade normal, isto é, não "esquizofrênica", em função de projetos futuros. O momento presente vivenciado seria parte de um conjunto maior de projetos. Segundo Velho (1987): a elaboração dos projetos envolveria planejamento, seriam constituídos a partir das emoções, seriam conscientes e poderiam ser comunicados. Desta forma, os indivíduos teriam a capacidade de criar os projetos assim como de modificá-los de acordo com suas vivências. Ainda para este autor, sua eficácia estaria associada a sua adaptabilidade. Os indivíduos, apesar das mudanças experimentadas, seriam capazes de dar prosseguimento aos seus projetos, adaptando-os às situações vividas.

"Neste sentido poder-se-ia dizer que os projetos mais eficazes seriam aqueles que apresentassem um mínimo de plasticidade simbólica, uma certa capacidade de se apoiar em domínios diferentes, um razoável potencial de metamorfose." (Velho, 1987: 33)

Richard Sennett (1999) nos apresenta, através de dois personagens criados por ele em suas experiências com entrevistas, diferenças existentes entre duas gerações, de um pai e seu filho, em decorrência das mudanças na vivência do tempo-espço. Fala de um tempo linear, vivido pelo pai, que implicava uma narrativa de acontecimentos, uma acumulação, uma história que oferecia motivos e conseqüências de fatos ao longo do tempo, ao contrário do mundo caracterizado pelo tempo flexível, vivenciado pelo filho, mundo de fragmentos, de mudanças.

Neste mundo não há história, a narrativa não precisa fazer sentido, a mobilidade é encarada como uma realidade e, nesta realidade de fragmentos, valores importantes na formação do caráter se perdem. Nesta sociedade, as relações de amizade se esvaem no fluxo da vida, na rede. As amizades não se firmam devido às constantes mudanças. A realidade do "*não há longo prazo*" envolve não apenas as relações de trabalho, mas também o ambiente familiar. Não existe mais estabilidade, os laços de amizade são mais fracos. São as associações a longo prazo que permitiriam o surgimento do compromisso mútuo e, conseqüentemente, do sentimento de confiança e lealdade, formando assim "*laços fortes*" (Sennett, 1999). O homem moderno, que vive este tempo flexível, deve apresentar algumas características, como a "*ausência de apego temporal*", "*a tolerância com a fragmentação*", "*capacidade de desprender-se do próprio passado, confiança para aceitar a fragmentação*" (Sennett, 1999: 72-73). Estes traços encorajariam sua espontaneidade, permitindo ao sujeito maior flexibilidade em seu comportamento em meio a desordem ou ao deslocamento. A flexibilidade, a qual se refere, diz respeito à capacidade de adaptação do ser humano que permite a mudança sem o rompimento de sua estrutura, de seu eu. Parece assemelhar-se a idéia de Velho (1987) sobre o "*potencial de metamorfose*" (Velho, 1987: 33) que o projeto deveria possuir para ser eficaz. Para Sennett (1999):

"Flexibilidade' designa essa capacidade de ceder e recuperar-se da árvore, o teste e restauração de sua forma. Em termos ideais, o comportamento humano flexível deve ter a mesma força tênsil: ser adaptável a circunstâncias variáveis, mas não quebrado por elas." (Sennett, 1999: 53)

Harvey (1994) faz uma análise de dois filmes do cinema pós-moderno, procurando mostrar a vivência de uma realidade de fragmentos, a perda de raízes, de vínculos frágeis pelo curto prazo, a necessidade de transformação diante de tal fragilidade. Os personagens buscam uma identidade, nem que fosse apresentada na forma de imagens manipuladas para contar uma história. Para fazer parte desta realidade é preciso fazer parte do fluxo do tempo, construir sua própria história a partir das experiências vividas. É preciso estabelecer vínculos, projetos.

"É, porém, difícil manter qualquer sentido de continuidade histórica diante de todo o fluxo e efemeridade da acumulação flexível." (Harvey, 1994: 273)

Bauman (1999) fala do fim da fronteira geográfica, apresentando a "*distância*" como um produto social que dependeria da velocidade necessária para vencê-la. Segundo ele, estas fronteiras seriam também um "*fenômeno estratificado de classe*" (Bauman, 1999: 19), que difeririam entre as elites e as classes inferiores.

"Com efeito, pouca coisa na experiência atual de vida da elite implica uma diferença entre 'aqui' e 'acolá', 'dentro' e 'fora', 'perto' e 'longe'. Com o tempo de comunicação implodindo e encolhendo para a insignificância do instante, o espaço e os delimitadores de espaço deixam de importar, pelo menos para aqueles cujas ações podem se mover na velocidade da mensagem eletrônica." (Bauman, 1999: 20)

Giddens (1991) mostra que o espaço era localizado (geograficamente) e marcado pela presença. Porém, com a modernidade, a presença não mais define o espaço. É possível a relação com "*ausentes*", os "*localmente distantes de qualquer situação dada ou interação face a face*". Para ele, "o lugar se torna cada vez mais *fantasmagórico*", já que pode estar recebendo influências sociais distantes, em relação aos que estão presentes (Giddens, 1991: 27).

REAL OU ILUSÓRIO

A idéia de uma sociedade globalizada pode parecer ainda algo virtual, já que nem todos têm acesso aos mesmos meios, seja a possibilidade de acesso à Internet ou de realizar uma viagem para outro país. O acesso também não determina uma "interatividade" ou a vivência da realidade em si, traz apenas imagens, ideologias, modas, etc., que podem ser manipuladas por poucos e consumidas por muitos.

"A elogiadíssima 'interatividade' do novo veículo é um grande exagero; deveriam antes falar num 'meio interativo *one-way*'. Ao contrário do que costumam acreditar os acadêmicos, eles próprios integrantes da nova elite global, a Internet e a Web não são para qualquer um, e é improvável que jamais venham a se abrir para o uso universal. Mesmo aqueles que têm acesso são autorizados a fazer opções dentro do quadro estabelecido pelos provedores, que os convidam a 'gastar tempo e dinheiro escolhendo entre os inúmeros pacotes que eles oferecem'. Quanto aos demais, abandonados à rede de TV por satélite ou a cabo, sem qualquer pretensão de simetria entre

os dois lados da tela, o seu quinhão é a pura e simples observação."
(Bauman, 1999: 60-61)

Na atualidade, o consumo é uma importante característica da vida. Uma grande quantidade e variedade de produtos são produzidos a todo instante e lançados em nossa realidade numa velocidade alucinante. Na rapidez com que surgem, se esvaem, se deterioram. Esta é a sociedade do descartável, do supérfluo, em que o produto não necessita ser útil ou até mesmo necessário para ser consumido ou possuído. As informações são também vistas como mercadorias a serem consumidas, transmitidas pelos meios de comunicação em massa, invadem o cotidiano dos indivíduos e se apresentam como experiência dada da realidade. Porém, segundo Jean Baudrillard (1995): "As comunicações de massa não nos fornecem a realidade, mas a *vertigem da realidade*." (Baudrillard, 1995: 24) já que "*ao contemplarmos as imagens do mundo*" (Baudrillard, 1995: 25), não participamos da realidade. O conhecimento de determinada cultura a partir da TV, por exemplo, é diferente de um contato direto com aquela realidade apresentada, pois, neste caso, existe a possibilidade de se obter maior variedade de informações e interpretações baseadas na nossa própria percepção.

"Semelhante mitologia escora-se na exigência intensamente voraz de realidade, de <<verdade>> e <<objectividade>>. Por toda a parte se desenvolvem o cinema-verdade, a reportagem directa, o <<flash>>, a foto de choque, o testemunho-documento, etc. Em todos os lugares se busca o <<coração do acontecimento>>, o <<coração do barulho>>, o *in vivo*, o <<face a face>> - a vertigem de uma presença total ao evento, o Grande Calafrio do Vivido - ou seja, mais uma vez, o MILAGRE, já que a verdade da coisa contemplada, televisada, gravada na cinta sonora, consiste precisamente no facto de *eu não ter lá estado*. O mais verdadeiro, porém, conta mais que o verdadeiro; por outras palavras, o facto de assistir sem lá ter estado, ou ainda de outro modo, o *fantasma*." (Baudrillard, 1995: 24)

Como nos mostra Peter Berger (1995), somos expostos a variadas "maneiras de olhar o mundo". Várias formas de expressão cultural são também "*levadas à sala de estar pelos meios de comunicação*" (Berger, 1995: 60). Cada vez menos a

presença parece necessária ao nosso conhecimento. Sobretudo para aqueles poucos que possuem o acesso a esses meios (Bauman, 1999).

DIFERENÇAS E IDENTIDADES

A globalização chega para o mundo transformando as relações entre os homens. A possibilidade de lidar com o novo, o não-familiar, que surge a todo momento através das constantes mudanças, cria também oportunidades de transformação. Deise Mancebo (2000), nos fala sobre esse processo de transformação que as identidades sofrem devido à globalização:

"O que por certo devemos relevar é o fato das identidades culturais não passarem imunes pelo processo de globalização; elas alteram-se e percorrem um complexo processo de redefinições em diferentes níveis, açambarcando diretamente os sujeitos envolvidos." (Mancebo, 2000: 60)

É difícil acompanhar o ritmo destas mudanças. Ter a consciência da velocidade com que ocorrem não significa ser capaz de percebê-las ou fazer parte delas, pois nem todos são capazes de aceitá-las ou sabem conviver com elas. Tudo depende de sua capacidade de assimilação e de adaptação. Novas formas de se comportar podem ser aprendidas para melhor adaptar-se às novidades, buscando constantemente significados para cada experiência nova que vivenciam. A adaptação humana às mudanças pode conduzir a inúmeras possibilidades. Porém, todas dependerão do momento em questão, do contexto, das interações deste ser, além de sua história de vida. Portanto, lidar com a novidade implica lidar com as dificuldades de adaptação que esta envolve, sendo freqüente a tentativa de defesa da identidade que pode sentir-se ameaçada por este novo. As identidades procuram reagir, antes de perderem-se nessa grande rede.

"Deste modo, as novas experiências de vida social, particularmente nos grandes espaços urbanos - rápidas e múltiplas, velozes e sem movimento - no lugar de tornar o sujeito permeável às diferenças, o que seria de se esperar da parte de quem não mais possui um referencial identificatório próprio, o tem lançado numa rede virtual de relações extremamente esquematizadas e pré-moldadas, constituindo o que Foucault (1994)

denominou de 'empobrecimento do tecido relacional', em nada tolerante à diversidade, às misturas e à hibridação." (Mancebo, 2000: 61)

Para não perder sua identidade, resistir ao universal, ao global, sua "diferença" precisa se tornar "igualdade", isto é, ser compartilhada por um grupo. A defesa do individual é feita através da identidade coletiva, através da qual todos são "iguais" e possuem uma mesma diferença. Um mundo sem fronteiras, sem história, sem diferenças, sem indivíduos, dificilmente consegue ser tolerado. Assim, surge no sujeito a busca do particular, do individual, da identidade, apontando para as diferenças como o resgate possível de si mesmo dentro de um grupo. Manuel Castells (1999) mostra a necessidade dos atores sociais voltarem-se para o grupo, a família, a comunidade:

"Quando o mundo se torna grande demais para ser controlado, os atores sociais passam a ter como objetivo fazê-lo retornar ao tamanho compatível com o que podem conceber. Quando as redes dissolvem o tempo e o espaço, as pessoas se agarram a espaços físicos, recorrendo à sua memória histórica. Quando o sustentáculo patriarcal da personalidade desmorona, as pessoas passam a reafirmar o valor transcendental da família e da comunidade como sendo a vontade de Deus." (Castells, 1999: 85)

A forte necessidade de encontrar a si mesmo pode conduzir o indivíduo perdido no global a identificar-se com um pequeno grupo, no qual algumas de suas características individuais (físicas, crenças, atitudes, comportamentos, local de moradia, trabalho e etc.) podem ser permitidas por serem iguais ou valorizadas pelos demais integrantes do grupo. Os grupos sociais, as instituições (a escola, a igreja, a família, etc.), comunidades, vilarejos, cidades, estados, países, etc, são formados por indivíduos que sempre buscam estar entre seus semelhantes, compartilhando suas regras, seus valores, suas crenças. Os grupos formam-se, assim, a partir das semelhanças, seja por idade, sexo, cor, religião, procedência, interesses comuns, etc. A diferença é repudiada como possível ameaça ao grupo, no qual as regras compartilhadas permitem a manutenção da ordem e a busca de objetivos comuns. No grupo, os indivíduos criam novos significados e assim podem reconstruir sua identidade. Gestos, roupas, vocabulário, rituais, tudo pode ganhar novo sentido para aqueles que pertencem a um grupo.

Castells (1999) mostra que dentro do contexto de uma sociedade em rede, em que o novo surge a cada instante e exige um sentido, a etnia possibilita a construção de uma comuna cultural, a partir da história, de uma identidade. As comunas culturais são uma forma de reação a tendências sociais predominantes, funcionando como "*refúgio*" e "*proteção*", constituindo-se em "*identidades defensivas*". Possuem "*códigos*", "*valores*" e "*significados*" específicos que são compartilhados, pois são construídos culturalmente. A história, a geografia, a língua e o ambiente, fornecem a matéria-prima a partir da qual as comunas culturais são construídas "*em torno de reações e projetos*", que possibilitam a criação de "*novos códigos culturais*", constituindo-se em "*fontes de significado e identidade*" (Castells, 1999: 85). Ainda segundo ele, existe a necessidade de "*mobilização social*" para a formação dessas comunidades. É preciso que as pessoas participem de "*movimentos urbanos*", se reúnam em defesa de interesses comuns, compartilhando sua vida, produzindo novos significados. A própria existência destes movimentos parece ser geradora de significado tanto para os atores sociais quanto para a comunidade. Os movimentos urbanos, como fontes de resistência e reação, podem produzir significado e identidade: uma "*identidade defensiva*", uma "*identidade de entrenchamento*".

Os indivíduos convivem em sociedade e nela buscam grupos de referência, relacionados a características étnicas, valores, crenças, etc. A busca de uma identidade que lhes dê referência de quem é ou a que grupo pertence é importante. É no grupo que encontram a possibilidade de criar identidades, de encontrar referências para si que signifiquem seu mundo e ofereçam sentido para sua vida.

Estar em meio ao global, a realidade nova de uma sociedade em rede, na qual é constante a necessidade de adaptação às diferenças pode ser transformador, mas também desestruturador. A dificuldade de aceitação, compreensão ou mesmo a incapacidade para se lidar com as diferenças podem tornar-se barreiras para aqueles que precisam se adaptar às novidades da modernidade, mudanças e renovações freqüentes que ocorrem com a velocidade. A vivência de um tempo fluido, fragmentado, e um espaço encurtado pelas distâncias e virtual, no qual a presença não é mais uma exigência para a relação, pode afetar o sujeito e exigir dele respostas. Esta vivência pode dificultar a possibilidade do indivíduo criar vínculos, estabelecer uma continuidade entre passado, presente e futuro, enfim, de formar identidades.

MIGRANTES NA MODERNIDADE

Será que faz sentido discutir a situação do migrante em um mundo globalizado, sem fronteiras? Os meios de transporte e de comunicação modernos dão a ilusão de que é possível transformar a realidade numa experiência comum a todos, mas se o processo de globalização fosse hegemônico, será que haveria o estranhamento? O migrante sinaliza que há algo irredutível, singular, que contraria a idéia de homogeneização. Como vimos em Gómez (1999), a globalização reforça "*diferenças, heterogeneidades, localismos, confrontos, fragmentação, sincretismo, hibridização das culturas*" (Gómez, 1999: 136). O migrante vive o conflito entre o global e o local. Seu contato direto com uma nova realidade implica lidar com o diferente no outro e em si mesmo.

Ademir Ferreira (1999), nos leva a pensar a situação do migrante que, a partir de sua experiência de deslocamento, se defronta com tantas diferenças. O migrante pode ser apontado como representante da diferença, pois ele estaria deixando sua terra e, conseqüentemente, sua cultura, suas referências, sua história, ao se deslocar para outro lugar, lugar este determinado pela distância e pela novidade. Neste outro lugar, ele pode reconhecer a diferença nos outros (comportamentos, valores, projetos, etc.), levando-o a perceber sua própria diferença. A diferença em relação ao outro precisa mudar de forma a possibilitar a assimilação do novo, a sua adaptação às exigências do meio.

A vivência de uma nova realidade pode conduzir o indivíduo à necessidade de resgatar sua identidade anterior a mudança, isto é, a identidade construída ao longo de sua história no contexto de sua terra natal ou do grupo ao qual fazia parte. Mas o medo de perder sua identidade, pode levá-lo a buscar referências neste novo contexto de vida, novos significados. Essa busca por referências pode ajudá-lo em seu processo de adaptação, possibilitando ao migrante "*ressignificar suas experiências e reparar sua identidade*" (Ferreira, 1999: 28).

Ainda segundo Ferreira (1999), o migrante estaria sujeito, assim como o homem moderno, às mudanças e às perdas determinadas pela vivência deste tempo e espaço de velocidade e fragmentos. Sua vivência seria mais significativa por estar diretamente ligada ao deslocamento, através do qual haveria uma quebra com a temporalidade conhecida, assim como com o espaço, através do distanciamento dos

vínculos familiares, com o trabalho, com sua história. Contudo, nem sempre é possível para ele sobreviver a estas mudanças, se adaptar. Como mostra Roberto Bello (1999), a vivência de uma cultura distinta, poderia implicar a *"perda da identidade e dos referenciais capazes de garantir uma estabilidade psicológica mínima"* (Bello, 1999: 10).

Acreditamos que o sujeito, na tentativa de adaptação, pode buscar um grupo de referência: seja uma Feira de São Cristóvão, onde o comer, o beber, o dançar, ouvir música, enfim, o interagir possibilitaria, por exemplo, ao nordestino estar próximo de casa, de sua terra natal, sem sair do Rio de Janeiro; seja através de uma associação de moradores, na qual procura-se lutar por interesses comuns; seja entrando em contato com a Igreja correspondente as suas crenças; seja participando de um "centro de tradições", onde o encontro com a tradição é preciso; seja tornando-se parte de uma clientela institucional através da doença, etc.

Na modernidade, a busca de referências, de identidades possíveis, se intensifica. Viver esse tempo-espço implica ter a capacidade de adaptar-se a mudanças a cada instante e lidar com sua realidade, transformando seus projetos sempre que for preciso. A modernidade exige dos indivíduos essa capacidade de mover-se em meio ao diferente e à novidade. Sua capacidade de adaptação precisa ser constante, e, para tal, sua identidade deve ser provisória, flexível, capaz de transformar-se em função do presente vivido.

O migrante pode representar esse homem moderno que vive seu tempo e espaço de uma forma singular, vendo-se obrigado a mudar, transformar-se, a fim de melhor lidar com a nova realidade e com a perda de seus referenciais próprios. Precisa ser capaz de absorver as novidades; aprender a relacionar-se com o mundo e com os outros de forma a conduzir seus projetos, sua vida. A dificuldade, nesse sentido, pode acarretar a doença para este sujeito que, fragilizado, pode acabar encontrando na doença a sua referência neste novo espaço. Esse processo de adaptação do migrante compara-se, portanto, ao do homem moderno. Viver esta modernidade implica lidar com o novo, sendo capaz de criar novos significados, conviver com a diferença, buscando novas referências para si, uma nova identidade ou identidades.

4. A ESCUTA EM SAÚDE MENTAL A MIGRANTES

"De certa forma, a cultura pode ser considerada como uma 'lente' herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo [a] viver dentro dele."
(Cecil Helman)

Desde o séc. XIX a questão da cultura desperta interesse na área de saúde mental. Algumas teses sócio-psiquiátricas apontavam a relação entre civilização e doença mental, mostrando que a loucura tendia a aumentar nas grandes cidades europeias, ao passo que era quase inexistente entre os povos primitivos. No entanto, muitas destas teses apresentavam cunho extremamente racista e etnocêntrico. Paulo Dalgarrondo (sem data) nos fala que Moreau de Tours, discípulo de Esquirol, em 1843, em suas viagens por Malta, Egito e Oriente Médio, verificou a influência da civilização nas *"afecções nervosas"*. Kraepelin, em sua psiquiatria transcultural¹¹, realizou estudos comparativos sobre os javaneses. Ainda segundo este autor, Juliano Moreira, no Brasil, sabendo do interesse de Kraepelin por estudos de diferentes grupos étnicos, chegou a enviar-lhe cartas falando da possibilidade de entrar em contato, durante sua visita ao Brasil, com grupos de pacientes estrangeiros, mestiços de índios e brancos e de índios e negros internos, desculpando-se, inclusive, por não dispor de *"índios puros"*, pois eram poucos os casos de distúrbios mentais entre os mesmos.

Com a abolição da escravatura, a troca da mão-de-obra escrava pela assalariada determinou um aumento das migrações no país. Ademir Ferreira (1996/7) aponta para o fenômeno da migração interna no Brasil como estando diretamente relacionado à formação histórica da economia brasileira. Foi com a Industrialização nas décadas de 40/50 que a cidade surgiu como possibilidade de realizações. A cidade de São Paulo, por exemplo, foi fruto do crescimento da indústria e da necessidade de trabalhadores para o cultivo de café. Em muitos casos, o deslocamento para o espaço urbano representava a própria sobrevivência migrante em busca da construção de uma nova vida.

¹¹ De acordo com Helman (1994): *"A psiquiatria transcultural consiste no estudo e na comparação da doença mental nas diferentes culturas. É um dos ramos principais da Antropologia médica (...)"* (Helman, 1994: 216).

Em Dalgarrondo (sem data) encontramos também crítica à Etnopsiquiatria surgida no século XIX, falando da *"lente"* utilizada pelo *"branco civilizado"*, capaz de deformar seu objeto. Segundo Bello (1999), no século XX, Devereux sistematizou teses relacionando o estudo da cultura com fins terapêuticos a partir da Antropologia Psicanalítica fundada por Freud e efetivada empiricamente por Roheim. Devereux *"sustentava que uma sintomatologia desta natureza estaria na maior parte das vezes etnicamente delimitada"* (Bello, 1999: 11-10). Para ele, cada cultura criaria para si suas próprias patologias, o entendimento acerca destas, além de eleger os recursos para lidar com as mesmas. Desta maneira, dever-se-ia valorizar a representação do quadro clínico para o próprio enfermo e, em particular, para sua cultura, de forma a resgatar elementos considerados *"terapêuticos"* da cultura popular presentes como *"representações coletivas"* no imaginário social:

"(...) enfermar e conviver com a enfermidade e com a cura seriam formas alternativas etnologicamente ditadas, o que equivale dizer, derivadas de complexas concepções imaginárias sobre a vida e o mundo ditadas por aquela cultura específica." (Bello, 1999: 10)

De acordo com Roque Laraia (1992) e como vimos também em Claude Lévi-Strauss (1985) a cultura funcionaria como agente de cura em casos de doenças reais ou imaginárias, a partir da fé manifesta pelo doente na eficácia de tratamentos próprios de sua cultura de origem. Para a Etnopsiquiatria¹², disciplina que no Centro Georges Devereux orienta uma prática terapêutica, tais crenças são respeitadas e consideradas de extrema importância, já que sua clientela corresponde à população migrante, originários de uma cultura não-ocidental, isto é, com crenças, valores, hábitos, diferentes dos da cultura ocidental.

ENCONTRO COM AS DIFERENÇAS

Abdelmalek Sayad (1998) aponta para a condição imigrante¹³ como sendo constituída por uma contradição: provisório-permanente, a situação de provisoriedade ilusória que jamais se afirma permanente, mas que pode durar

¹² Ao falarmos em Etnopsiquiatria, estamos nos baseando em nossa experiência no estágio de um mês realizado no Centro Georges Devereux, como explicamos.

¹³ Sayad (1998) utiliza o termo imigrante para referir-se aquele que entra em outro local para nele viver e emigrante para aquele que sai de seu local de origem. Segundo o dicionário Aurélio Ferreira (1986), ambos os termos correspondem a "que ou quem migra" (Ferreira, 1986: 919).

indefinidamente. No caso da imigração na França, há uma estreita ligação entre imigração e trabalho. O imigrante corresponde à *"força de trabalho provisória"*, portanto, ele *"só tem sua razão de ser pelo trabalho e no trabalho"* (Sayad, 1998: 55). A mão-de-obra imigrante tem grande importância para a economia da sociedade, porém, a própria sociedade define para o trabalhador imigrante estatuto que nega sua permanência e o instala na provisoriedade (a menos que haja interesses na continuação desta provisoriedade). Desta forma, existe a necessidade do próprio imigrante convencer-se de sua situação provisória, assim como de sua comunidade de origem considerar seus emigrantes *"ausentes"*, mas ainda persistindo a possibilidade de retorno.

Consideramos o migrante aquele que, ao se deslocar de um local para outro, encontra-se num espaço contraditório de provisoriedade subjetiva, onde há o desejo de retorno e permanência real e efetiva, no qual existe a necessidade de prolongar sua estadia, surgindo um contexto sócio-cultural específico, como salienta Eliane Vianna (1998), ao falar sobre o fenômeno da migração para a região Norte do Brasil: *"o contexto migrante, caracterizado pela situação do provisório que permanece e do viver e sentir-se em constante partida"* (Vianna, 1998: 12). A própria mudança espacial neste contexto implicaria uma mudança temporal, na qual o acontecimento "migração" demarcaria o presente, o passado e o futuro: *"o antes da mudança, o depois da mudança, projetando o seu futuro no desejo de retorno"* (Vianna, 1998: 12). A identidade do migrante estaria ligada a essa temporalidade, permitindo um sentimento de familiaridade interligando passado, presente e futuro, no qual a sensação de provisoriedade funcionaria como uma *"âncora"* que lhe permitiria sobreviver longe (especialmente) de sua história, de suas crenças, valores, costumes, enfim, de tudo aquilo que lhe era conhecido, familiar, mas que agora está afastado. Pensar na possibilidade, mesmo que remota, de seu retorno, lhe permitiria assegurar-se como indivíduo numa sociedade estranha.

Como nos mostra Ferreira (1999), a representação do migrante no imaginário coletivo corresponde àquela do indivíduo que vem do campo para a cidade em busca de "vencer na vida" e, por não possuir o instrumental necessário à sua adaptação, precisa se esforçar e "lutar para vencer". Os meios de comunicação em massa representam um importante papel ao apresentar a imagem da cidade como lugar onde as coisas acontecem, cheio de oportunidades, alegrias e belezas, local

onde se pode “ser alguém”. Este mundo mostrado pela tela como real pode acabar tornando-se mais que um simples sonho inatingível, mas um verdadeiro pesadelo vivenciado pelo migrante ao chegar a seu destino. Como aquilo que possui em sua terra já não é considerado muito, vem para a cidade com a promessa de “algo”, mesmo que pouco. Porém, na busca de sobreviver no espaço urbano, o que era pouco escapa de suas mãos tornando-se quase nada ou coisa nenhuma. Adalberto Barreto e Norberta Viana (1999), falam do *Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária Projeto Quatro Varas*, desenvolvido no Ceará. Este projeto cria um “*espaço de reflexão*” e “*descoberta dos valores pessoais e culturais*” através de dinâmicas de Arte Terapia. Visa a resgatar a identidade cultural da população da favela (Comunidade de Quatro Varas), cuja migração do sertão para a cidade grande foi repleta de perdas sentidas na sua dificuldade de adaptação e luta pela sobrevivência.

Se pensarmos a cultura definida em Lévi-Strauss (1974) como “*um conjunto de sistemas simbólicos*” do qual fazem parte “*a linguagem, as regra matrimoniais, as relações econômicas, a arte, a ciência, a religião*” (Lévi-Strauss, 1974: 9), veremos que o território brasileiro é composto por várias regiões, cada qual com seus próprios códigos lingüísticos, valores, crenças e tradições. Neste sentido, podemos pensar o Brasil como formado por países que se mostram diferenciados, não apenas por sua localização geográfica, mas principalmente por sua cultura (Barreto, 1998). A vivência do “brasileiro” muda de região para região, seja devido à condições climáticas ou até mesmo econômicas. Cada uma destas regiões tem sua história, o que determina inúmeras outras variáveis no comportamento dos sujeitos. Por exemplo, para se pensar a “cultura nordestina”, torna-se necessário levar em consideração sua crença religiosa, pois, segundo Barreto (1998): “*Os santos fornecem uma ‘carteira de identidade’ cultural*” (Barreto, 1998: 10). O catolicismo popular nordestino oferece aos sujeitos através de seus santos uma forma de proteção que os homens não podem lhe dar, além de permitir-lhes o encontro em torno de uma causa. A identificação com os sofrimentos vivenciados pelos santos oferece-lhes uma referência para si, uma identidade.

Em sua tese, Ferreira (1998) mostra a “*estranheza*” que invade o migrante nordestino ao entrar em contato com uma nova realidade como a da cidade grande, a qual pode determinar sua perda a partir do encontro com o “*outro*” que pode

invadí-lo e exigir o esquecimento de sua origem, de seu modo de acreditar e agir, isto é, de sua identidade, a fim de melhor adaptar-se a esta sociedade. É na fusão de seu eu com esse outro que o migrante pode acabar por ter seu eu cindido. A vivência migrante desta relação eu-outro poderia passar por três situações em consequência de seu estranhamento: o suicídio, em que o eu tenta exterminar o outro que o invade; o surto psicótico, em que o eu sai para "fora de si", deixando o outro em seu lugar; e a possessão religiosa, através da qual o outro toma posse do corpo do eu para nele manifestar-se (Ferreira, 1996).

"A vivência migrante poderá passar por essas três situações. No primeiro momento, o migrante está culpado por trair suas origens e ao mesmo tempo, gostaria de se livrar do tributo dessa origem. Num segundo momento, ele deve se desprender das raízes para seguir seu destino de migrante, isto é, reconstituir sua identidade. Ele sofre assim o fascínio de ser outro e a ameaça de ser destronado de seu eu. Na terceira fase, o sujeito faz um certo acordo com o outro, podendo ceder para que ele se presentifique, ao mesmo tempo que fique preservado seu eu. A relação eu-outro é, assim, mediada por um sistema de trocas e alianças que permite ao sujeito desfrutar da relação desejante/desejado." (Ferreira, 1996: 92)

No Brasil, Fu I Lee *et al.* (1991), oferecem exemplos de "estudos sobre distúrbios psiquiátricos relacionados à imigração" (Lee *et al.*, 1991:41), como os realizados na Noruega, Cingapura, Canadá, EUA, Inglaterra, etc., para analisar dois casos de Psicose Reativa Aguda em imigrantes chineses ocorridos em São Paulo.

"Os distúrbios psiquiátricos, nos imigrantes, mais relatados na literatura são: dificuldade de aprendizado em crianças e adolescentes, distúrbio de conduta em crianças e adolescentes, transtorno de personalidade, distúrbios somatoformes, psicoses agudas e esquizofreniformes, tristeza e sentimento de menos valia, depressão, psicose paranóide, 'folie-à-deux' distúrbios ansiosos e suicídio." (Lee *et al.*, 1991: 41)

Segundo os autores, existem fatores que podem determinar o "desenvolvimento ou não de um desequilíbrio mental" (Lee *et al.*, 1991: 42). Citam fatores anteriores e posteriores à migração, como, por exemplo, predisposição a distúrbios psiquiátricos, iniciativa e motivação para a migração, condição sócio-

econômica baixa, distanciamento familiar, tempo e condições de estadia no local destino em relação ao seu planejamento e expectativas, existência de grupos de referência no local, processo de adaptação, etc. (Lee *et al.*, 1991).

Na tentativa de adaptação a essa terra estranha, o migrante pode tentar ser outro que não ele, podendo vir a adoecer devido a esse estranhamento de si mesmo. Parte desta população pode ser encontrada nos serviços públicos de saúde, apresentando diferentes sintomas e patologias que necessitam de um encaminhamento adequado.

SABER ESCUTAR

Os aspectos culturais mostram-se enraizados no modo de ser das pessoas, influenciando sua maneira de ver, experimentar e atuar no mundo. Cecil Helman (1994) mostra estudos na área de Antropologia Médica¹⁴ nos quais a cultura seria responsável pela forma como o sujeito percebe e compreende o mundo

"Portanto o *background* cultural exerce importante influência em muitos aspectos da vida das pessoas, incluindo suas crenças, comportamentos, percepções, emoções, línguas, religiões, estrutura familiar, alimentação, vestuário, imagem corporal, conceito de espaço e tempo, além das atitudes em relação à doença, dor e outras formas de infortúnio."
(Helman, 1994: 27)

Nesse sentido, podemos pensar em como os pacientes que chegam a instituições de saúde são tratados, lembrando-nos do fato de que nem todos são originários de uma mesma cultura. No caso de sujeitos migrantes, cuja rede de significação seja diferente da do terapeuta ou de qualquer outro profissional de saúde que esteja lhe atendendo, como se daria a escuta a estes pacientes. Se considerarmos o "*etnocentrismo*" como nos fala Laraia (1992) e Lévi-Strauss (1976), existe a possibilidade de desvalorizarmos quaisquer práticas ou crenças pertencentes a outros sistemas culturais em lugar de nossas próprias. O

¹⁴ Segundo Helman (1994): "*A Antropologia médica trata de como as pessoas, nas diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas das doenças, os tipos de tratamento em que acreditam e a quem recorrem se ficam doentes. Também é o estudo de como essas crenças e práticas estão relacionadas com as mudanças biológicas e psicológicas no organismo humano, tanto na saúde quanto na doença.*" (Helman, 1994: 21).

desconhecimento sobre os aspectos culturais relacionados ao processo de saúde e doença presentes em um caso específico também podem dificultar essa escuta.

"Cada cultura possui sua *linguagem de sofrimento* própria, que faz a ligação entre as experiências subjetivas de mal-estar e o seu reconhecimento social. Os fatores culturais determinam *quais* os sinais ou sintomas são percebidos como anormais; eles também ajudam a dar forma às mudanças físicas e emocionais difusas, colocando-as dentro de um padrão identificável tanto para a vítima quanto para as pessoas que a cercam." (Helman, 1994: 107)

Luís Fernando Duarte e Daniela Ropa (1985), no Brasil, referem-se à inadequação do instrumental terapêutico no atendimento às classes trabalhadoras por estes apresentarem uma realidade sócio-econômica e cultural diferenciada daquela dos profissionais de saúde. Segundo estes autores, seria necessário que tanto trabalhadores como profissionais compartilhassem de um mesmo sistema simbólico, a fim de que uma terapia obtivesse "*eficácia*". Devemos lembrar que no caso de indivíduos migrantes, a mesma situação de "*desmapeamento*" ou "*desorientação*", descrita pelos autores poderá ser esperada ligada ao deslocamento do sujeito de uma região para outra com "*novas ideologias*" ou "*sistemas simbólicos*".

Em Luc Boltanski (1994) vemos ainda a dificuldade existente na França na forma como pessoas de uma determinada classe social falam sobre seus corpos para os médicos, pertencentes a outra classe, apontando para a complicada relação entre pessoas de diferentes classes. Pensamos, portanto, que a cultura pode afetar a relação médico-paciente, limitando a atuação do profissional de saúde, dificultando, assim, o tratamento. Um tratamento adequado não depende somente do que é dito e de como é dito, mas, primordialmente, de como é interpretado e compreendido pelo profissional em questão. É nesse sentido que pensamos a escuta do profissional de saúde.

Devido à ineficácia dos serviços de saúde franceses no que dizia respeito à pacientes não-ocidentais, a Etnopsiquiatria¹⁵ ou Etnopsicanálise, desenvolvida por Devereux como uma disciplina, transformou-se em prática terapêutica voltada a pacientes e/ou seus familiares de origem não-ocidental, indivíduos provenientes de antigas colônias francesas imigrados para a França, desenvolvida atualmente em Paris, França, no Centro George Devereux por Tobie Nathan. O Centro propõe-se a oferecer uma escuta atenta aos aspectos culturais envolvidos nos casos em que a cultura de origem mostra-se tão diferente da ocidental, acreditando ser necessária uma abordagem que valorize instrumentos próprios daquela cultura em particular.

Acreditamos que a condição migrante somente poderá ser analisada a partir da representação do próprio sujeito, da vivência de sua história, de seu problema. Neste sentido, podemos pensar a importância de uma escuta que leve em consideração o local de nascimento do paciente, não somente para preencher um espaço no prontuário, mas justamente para sermos capazes de, talvez, detectar uma demanda diferenciada daquele sujeito particular. Como se daria a escuta nestes casos, que além de serem diferenciados por aspectos da história de vida de cada sujeito, podem possuir a especificidade da "linguagem" utilizada. Como compreender o real significado daqueles "sintomas" ou daquela "fala" para o sujeito sem conhecermos seu sistema de referência, sua origem? Como conhecermos este sujeito e seu mundo sem privilegiarmos a escuta?

O paciente migrante pode estar buscando na doença um "nome", uma "identidade", um lugar junto a uma instituição que lhe dê um sentido para sua vida. O migrante que procura novas referências neste "novo mundo", mundo estranho para ele; mundo estranho em relação a ele; mundo em que ele precisa ser como o "outro". Necessitando ressignificar sua existência, seu "eu", pode acabar por recorrer à "doença" como resposta à sua demanda. Lêda Rebello¹⁶ (1997) que analisa o "*fenômeno da migração e suas implicações no indivíduo*", relacionando as "*queixas*" dos pacientes ao "*impacto da mudança*" (Rebello, 1997: 10), nos mostra essa possibilidade.

¹⁵ Nathan (1998) define a disciplina Etnopsiquiatria e sua proposta de aplicação como: "*Uma disciplina que se propõe experimentar os conceitos da psiquiatria, da psicanálise e da psicologia, arriscando as teorias dos grupos cujos dispositivos terapêuticos ela estuda.*" (Nathan, 1998: 170)

¹⁶ Em seu trabalho, Rebello (1997) entrevista 5 migrantes internos, adultos, de ambos os sexos, do nordeste, já absorvidos pelo mercado formal de trabalho, não sendo recém-chegados ao Rio, tendo deixado família no local de origem, atendidos anteriormente em psicoterapia no "Posto da Gávea", Serviço de Saúde Mental do Centro Municipal de Saúde da VI - RA -APII.

A mudança de cultura, a confusão, o estranhamento, podem conduzir à necessidade de "*acolhimento*", apontada por Rebello (1997) quando fala da queixa do paciente como a busca de um acolhimento junto à instituição. No entanto, o profissional, não sendo capaz de compreender esta demanda, pode traduzir sua "escuta" numa "*linguagem ortodoxa*", deixando escapar aquilo que está sendo expressado. Da mesma forma que Ferreira (1996, 1999), Rebello (1997) aponta para o fato de muitas vezes o profissional não levar em consideração aspectos culturais do paciente. A diferença, transformada em patologia, pode impedir que a verdadeira queixa do sujeito seja compreendida e a resposta adequada seja dada.

A preocupação médica em identificar a "doença" de forma a "apalpá-la" concretamente para então tratá-la, acaba esquecendo o sujeito em sofrimento. A relação médico-paciente apresenta-se, assim, como médico-doença. O conhecimento acerca de seu paciente revela-se irrelevante neste momento de crise e de formulação de um diagnóstico preciso. Numa relação médico-paciente, por exemplo, espera-se do médico respostas culturalmente instituídas e legitimadas por aqueles que nele buscam a cura de seus males. O médico em seu papel - aquele que cura - interage com o paciente. Neste caso, acreditamos que a falta de adequação do discurso do paciente ao discurso médico pode implicar num desentendimento e, conseqüentemente, na dificuldade, ou mesmo impossibilidade, de seu tratamento. Mas numa relação como esta, parece-nos inviável exigir do paciente tal adequação. O médico deveria ter a preocupação em compreender seu discurso para atender sua demanda. O médico precisa dar resposta à "fala" do paciente. Precisa traduzir para sua linguagem o discurso de seu interlocutor, isto é, seu "sintoma". A partir deste processo ele poderá oferecer uma resposta a este paciente, seja receitando um medicamento, terapia, internação ou até mesmo nenhum tipo de tratamento. Portanto, para dar qualquer encaminhamento, torna-se necessário, primordialmente, compreender o que é comunicado pelo paciente.

Pensar a "escuta" é pensar a interação entre médico e paciente através da comunicação estabelecida entre eles. Rebello (1997) aponta a diferença existente entre "*disease*" - a doença como processo, no sentido interpretado pelo médico - e "*illness*", a doença como "*experiência subjetiva do mal-estar sentido pelo doente*" (Rebello, 1997: 28). Os médicos escutam e interpretam o relato da *illness* de seus pacientes. Tal experiência de adoecimento mostra-se extremamente subjetiva, e, ao

ser traduzida em termos médicos, naturalmente, acaba-se por mutilar o conhecimento que envolve o acontecimento em sua integridade.

Como mostramos, existem trabalhos que falam das perdas às quais o migrante pode estar submetido a partir do momento em que sai de sua terra para um local estranho. A chegada de um paciente migrante num serviço psiquiátrico deveria ser cercada de cuidados na busca de se compreender a vivência da migração dentro do contexto de vida do sujeito. De acordo com Lee *et al.* (1991):

"A imigração em si não é patogênica, mas sim quando associada a fatores desencadeantes diversos que terminam por precipitar um quadro psiquiátrico, expressando a reação psíquica que o imigrante manifesta frente às novas condições de vida." (Lee et al., 1991: 44)

Conhecer a influência desta situação na adaptação do sujeito à nova realidade e saber se a "doença", "distúrbio", do sujeito estaria associada a este aspecto transitório, talvez ajudasse ao profissional de saúde a dar uma resposta mais adequada a sua demanda. A interação entre médico e paciente compreende uma "escuta". No entanto, devido à sua diferença cultural, deveria estar atento a outros aspectos da "fala" de um paciente migrante como: local de origem, motivo da mudança, adaptação ao novo local, motivo da consulta, ou melhor, a interpretação dada pelo paciente de seu problema, além de pontos importantes a qualquer paciente, como história da doença, relações familiares, religião, etc.

5. ACOLHENDO A DIMENSÃO SUBJETIVA

"O que emerge pode não ser urgente. O que é urgente pode não emergir. Estamos aqui no pantanoso terreno da subjetividade." (Cláudia Corbisier)

No Rio de Janeiro, a experiência de recepção integrada é recente em saúde mental. Cláudia Corbisier (2000) relata algumas das experiências de recepção: em 1985, com o Hospital Gustavo Riedel, do Centro Psiquiátrico Pedro II no Engenho de Dentro; depois em 1988 com o Hospital Jurandyr Manfredini, uma das unidades da Colônia Juliano Moreira em Jacarepaguá; em maio de 1991, foi criada a Recepção Integrada do Instituto Philippe Pinel - RIIPP. Fernando Tenório (2000) e Raquel Oliveira (2000) falam também de sua experiência no Ambulatório do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro criado em abril de 1995.

Trata-se de um novo dispositivo de atendimento em grupo que parte da lógica da Reforma Psiquiátrica, segundo a qual, como fala Corbisier (2000), a loucura não é algo a ser *"corrigido"*; o sintoma não é algo a ser *"extirpado"*. O adoecimento fala de uma existência, parte de uma história de vida. Nesta lógica, é preciso escutar a loucura de forma a compreendê-la e melhor encaminhá-la contrariando um modelo *"sintomatológico"*, no qual a medicalização do sintoma é a prioridade. O dispositivo de atendimento médico individual é questionado, pois acaba por restringir a escuta e direciona o atendimento à necessidade de uma resposta imediata. A onipotência de um saber da doença e a obrigatoriedade de dar-lhe uma resposta conduzia os pacientes à psiquiatrização e à farmacodependência.

"Neste caso, já há um roteiro previamente estabelecido pelas próprias características do dispositivo. É um jeito que restringe as possibilidades de escutar as pessoas que procuram falar de suas dores. Pacientes, sintomas e loucura. Consulta, remédio e tratamento." (Corbisier, 2000: 63)

Nos hospitais e serviços psiquiátricos percebeu-se a necessidade de "receber" o paciente, de acolhê-lo em sua dimensão subjetiva. Ao contrário do que ocorria nas "triagens" que produziam uma enorme fila de espera sem a possibilidade de oferecer uma resposta à demanda de todos os pacientes, a recepção visa a

oferecer condições para o aparecimento do sujeito e de sua demanda específica, oferecendo também possibilidades de uso dos recursos disponíveis na rede de atenção em saúde mental para seu tratamento.

"O ato clínico da recepção e triagem convoca à apreciação virtualmente todos os elementos da clínica do psíquico: as demandas daquele que sofre, os recursos do profissional que recebe, a natureza do que se deve dar como resposta, implicando o aspecto do tamponamento ou abertura da dimensão subjetiva do adoecimento mental, a natureza e a especificidade da instituição, os recursos da rede como um todo, os limites e armadilhas do aparato psiquiátrico, os recursos e a questão da comunidade." (Tenório et al., 2000: 9)

"(...) o ato de recepção pode ser um silenciamento da dimensão subjetiva da doença mental ou uma tentativa de abrir esta dimensão para o sujeito." (Tenório, 2000: 90)

O ato de receber envolve a noção de "responsabilidade", isto é, "o que podemos fazer para que aquele encontro, às vezes dramático para o paciente, seja produtivo para ele em sua busca por tratamento" (Tenório et al., 2000: 14). Este aspecto corresponde ao compromisso da equipe que atende com o paciente, seja fazendo contato com a instituição para a qual ele será encaminhado, seja oferecendo a possibilidade de um novo contato do paciente com a mesma instituição ou diretamente com a equipe que lhe atendeu. Seguindo o princípio da territorialização, o IPP procura restringir o atendimento à área programática correspondente ao local de moradia, mas sem deixar de atender os pacientes de primeira vez mesmo não pertencendo à área do serviço. Porém, sempre se procura "garantir a continuidade do tratamento na área programática do usuário" (Dain et al., 1999: 2). Em saúde mental o atendimento territorializado é visto como terapêutico, pois:

"É um dos instrumentos da reforma psiquiátrica permitir que o paciente seja atendido próximo ao seu local de moradia ou trabalho, contribuindo para uma maior adesão ao tratamento, menor custo financeiro para a família, maior vinculação do paciente com sua comunidade" (IPP, 2000a)

A recepção já é entendida como tratamento e, mesmo sendo lugar de passagem, ela é em si mesma terapêutica: produz alguns efeitos imediatos como a redução da ansiedade, evita internações desnecessárias ou a indica em casos de necessidade, realiza encaminhamentos, prescreve medicação, etc. De acordo com Tenório (2000) e também com Oliveira (2000) a implantação de Grupos de Recepção no Ambulatório do Instituto de Psiquiatria teve como objetivos agilizar o atendimento, evitando a formação das listas de espera, e "*qualificar*" os atendimentos:

"Qualificar a recepção significava, portanto, oferecer um espaço de fala onde o paciente pudesse freqüentar quantas vezes fossem necessárias para clarear ou construir uma demanda de tratamento." (Oliveira, 2000: 32)

"Qualificar a recepção fazendo dela um ato terapêutico traduzia-se no seguinte enunciado, repetido pela equipe quase como uma palavra de ordem: *desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa.*" (Tenório, 2000: 82)

A recepção visa a "*desmedicalizar a demanda*" e "*subjetivar a queixa*", isto é, o sintoma apresentado pelo paciente era rapidamente traduzido pelo saber médico e a "*resposta-remédio*" era imediata e precipitadamente dada. Na recepção, a escuta procura levar em conta o sujeito em sofrimento. A queixa apresentada é transformada em demanda, tornando-se uma interrogação para o sujeito. O sujeito é convidado a "*participar da dimensão subjetiva daquilo que o acomete*" (Tenório, 2000: 84), sendo implicado na sua queixa. É colocada sua responsabilidade diante de seu adoecimento psíquico.

"De todo modo, a preocupação diagnóstica em um atendimento de recepção deve estar subordinada ao objetivo de escolher uma estratégia terapêutica e, sobretudo, uma estratégia que, sem deixar de ser resolutiva no enfrentamento das muitas urgências e riscos de uma condição psiquiátrica, leve em consideração que o sujeito se faz representar no sintoma." (Tenório, 2000: 86)

Tenório (2000), entendendo a "*clínica da recepção*" como "*clínica do sujeito*" baseada na visão psicanalítica, afirma que o trabalho da recepção baseia-se em proposições freudianas: o sintoma é visto como relacionado à experiência do sujeito,

estando ligado à noção de desejo; e a existência de uma *"distância entre demanda e resposta"* (Tenório, 2000: 85), liga-se à noção de inconsciente. De acordo com ele:

"O corolário dessas proposições freudianas é o de que a ação terapêutica deve incidir sobre a relação do sujeito com seu sofrimento, seu sintoma e, em última análise, seu ato." (Tenório, 2000: 85)

José Dain *et al.* (1999) falam da importante presença do saber psicanalítico na RIIPP, comum a muitos dos profissionais, aumentando sua capacidade de *"escutar as diferenças"*. Corbisier (1992) aponta também para a influência da Psicanálise freudiana na construção de uma recepção voltada para a escuta:

"A psiquiatria freudiana, se é que podemos nos permitir essa ousada denominação, é a que prioriza a escuta do sofrimento porque entre outras coisas é a que vê o delírio como tentativa de cura. É a que recupera a tradição socrática de que falar é bom e pode provocar alívio da dor psíquica." (Corbisier, 1992: 11)

Mauro Rechtand e Erotildes Maria Leal (2000) fazem importantes considerações sobre o momento da introdução da dimensão da subjetividade na emergência psiquiátrica. A idéia de crise ganha novo significado. O paciente, aquele que procura o serviço, passa a representar um elemento ativo na definição de uma emergência, juntamente com o técnico que lhe atende e o serviço. A intervenção será pensada juntamente com ele.

"Desaparece a urgência de se restabelecer um equilíbrio perdido: a crise passa a ser considerada um momento privilegiado no qual o sujeito pode, eventualmente, ter acesso a novas formas de organização para si próprio e/ou para o seu cotidiano." (Rechtand e Leal, 2000: 93)

Corbisier (2000) fala da importância em se estabelecer um vínculo, um *"laço terapêutico"*, desde o primeiro contato com o paciente. O atendimento de recepção pode ser encontrado em ambulatórios e emergências, voltado para a atenção ao momento de crise, sendo formado por uma equipe de técnicos composta de diferentes profissionais, como médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros. O trabalho na RIIPP é desenvolvido por equipes multiprofissionais

(médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, residentes e estagiários) que podem realizar o atendimento em grupo (com vários pacientes, além de acompanhantes) ou individualmente, com a participação de familiares e/ou acompanhantes. A continuidade do tratamento pode depender desse primeiro contato com o serviço e a equipe. A escuta é vista como um dispositivo capaz de encontrar no sofrimento do sujeito novas possibilidades, novos caminhos para a vida.

"Das histórias contadas. Recontadas. Da história que começava a ser reconstruída. A partir da escuta de um momento de desorganização aparentemente destrutivo, desolador, tornava-se possível fazer da própria dor um instrumento de vida. *A escuta revelava-se um dispositivo criador de fluxos de vida.*" (Corbisier, 2000: 60)

A RIIPP funciona na emergência do Instituto e visa a receber as pessoas que chegam pela primeira vez a instituição. Este dispositivo possibilitou uma *"ampliação do atendimento médico psiquiátrico"* (Dain et al., 1999: 1) que passou a ser realizado por mais de um profissional de saúde e não apenas pelo médico, o que além de baixar a ansiedade dos próprios profissionais aumentou sua capacidade para pensar possibilidades para cada caso. As diferentes formações profissionais também contribuíram para o atendimento trazendo saberes que somados enriqueceram a escuta. A ênfase é dada à escuta. A partir dela torna-se possível *"propor caminhos", "horizontes possíveis"* (Corbisier, 2000:66), juntamente com o paciente. A escuta atenta e cuidadosa permite a visualização de projetos possíveis, possibilidades de transformação.

"Do tradicional beco com uma única saída do manicômio fazemos da recepção uma encruzilhada com inúmeros roteiros viáveis." (Corbisier, 2000: 66)

A grande preocupação deste dispositivo de escuta é não conter, não silenciar a emergência daquilo que poderia ajudar a compreender o sofrimento psíquico de quem busca uma resposta no serviço. Não se pretende aí precipitar uma resposta. Procura-se não interpretar um *"mal-estar"* como *"sintoma"*. Trata-se de oferecer ao sujeito a possibilidade de falar de si, de seu problema, do que o trouxe ao serviço, suas expectativas, traduzir em palavras sua real demanda. É no momento da emergência que a fala do sujeito poderá encontrar caminhos.

"O que se faz normalmente nas emergências psiquiátricas é conter a emergência. Curiosa contradição. Onde a emergência poderia emergir, é literalmente amordaçada. Os costumeiros gritos são emudecidos, os gestos desesperados são aprisionados. Emergência, em uma de suas acepções, é nascimento, nos diz o Aurélio. Podemos pensar então ousadamente a recepção psiquiátrica como uma sala de parto, um local onde alguma coisa nova pode nascer. Como um momento de descoberta, de início, de expectativa. Momento de nomeação, de multiplicação, de muita tensão, de dor, de sofrimento e também de alívio." (Corbisier, 1992: 12)

Segundo esta autora, a recepção visa a *"favorecer ao máximo que aconteçam 'nascimentos' "* (Corbisier, 1992: 12) nos atendimentos. Estes são realizados pela equipe técnica, prioritariamente, em grupos compostos de pacientes e seus acompanhantes (vizinhos, familiares, amigos) o que viabiliza a *"relativização do mal-estar de cada um ao escutar o outro"* (Corbisier, 1992: 14), além de baixar a ansiedade. Em alguns casos, não sendo possível para o paciente permanecer no grupo, a equipe pode dividir-se (um ou dois técnicos) para atender o caso. A formação dos grupos se faz de acordo com o horário de chegada dos pacientes à Emergência. Corbisier (2000) descreve os três *"movimentos"* vivenciados no atendimento da RIIPP:

"O início de cada grupo é o início de um movimento, como uma sinfonia. O primeiro movimento é o da apresentação, do ecoar dos nomes, dos olhares, do ressabiamento, da surpresa, da hesitação, dos corpos endurecidos pela tensão, da decisão de enfrentar o desafio de mostrar a dor diante dos outros, de escutar a dor alheia, de confiar nos profissionais, de transcender o aspecto um tanto ou quanto surrealista de estarem ali para serem escutados por tantas pessoas (infelizmente o que a população mais pobre conhece bem, é o profissional que as vezes nem olha para a criatura, nem pergunta o nome, resolvendo o "caso" em cinco minutos), de poderem optar por estarem juntos com os acompanhantes, seja família, vizinhos, amigos. Fica no grupo quem quer. As vezes alguém recua e diz não querer falar no grupo." (Corbisier, 2000: 65)

"Ao final do primeiro movimento, pedimos a todos que saiam da sala. A equipe fica só. Este é o segundo movimento que acontece imediatamente na seqüência do primeiro. Suspiros. Olhos arregalados. Hora de discutir impressões, sentimentos, proposta de tratamento." (Corbisier, 2000: 65)

"Chamamos cada um, com os acompanhantes, só que desta vez, individualmente. E, em equipe, embarcamos com eles no terceiro movimento." (Corbisier, 2000: 66)

Ao final dos atendimentos a equipe procura conversar entre si sobre os casos. A equipe que recebe não é a mesma que acompanha, sendo necessário algumas vezes lidar com a frustração dos próprios profissionais. As pessoas podem ser encaminhadas para outros serviços de referência da rede, federal, estadual ou municipal. Mas existe ainda a responsabilidade da equipe em estar pronta a dar assistência caso o paciente não consiga dar continuidade ao seu tratamento. É pedido que o paciente retorne ao serviço, preferencialmente à mesma equipe, caso haja dificuldades com o caminho sugerido no atendimento.

"O dispositivo da RIIP promove o reencontro com valores que estão fora de moda. Solidariedade, valorização das relações de vizinhança, impulsos de cooperação, sentimento de pertencimento a um grupo maior, procura de sentido e intencionalidade para as ações, indagações sobre projetos de vida, sobre ideais que possam nortear os rumos." (Corbisier, 2000: 68)

Segundo Dain *et al.* (1999), com os atendimentos da RIIP foram percebidos alguns resultados como: a redução de internações; *"uma razoável resolutividade de casos"* (Dain *et al.*, 1999: 1) no primeiro atendimento; maior precisão no encaminhamento de cada caso; maior satisfação dos usuários com a forma de atendimento; melhora na integração entre os técnicos de diferentes setores do IPP.

Nas *"Rotinas e Orientações gerais - Manhã e Tarde"* da *"Recepção e emergência - porta de entrada IPPinel/SMS - IPUB/UFRJ - I. Psiquiatria/UERJ"* encontramos alguns pontos importantes a serem reforçados sobre os atendimentos de emergência no IPP. Dentre eles, destacamos:

"A escuta cuidadosa e a competência técnica referentes às clínicas psiquiátricas, psicanalítica e de reabilitação psicossocial deverão nortear a avaliação das demandas mantendo-se como diretrizes as recomendações de evitar internações e medicalização desnecessárias, recorrer à diversidade de dispositivos (médicos, psicológicos, socioculturais), de acordo com a singularidade e complexidade de cada caso, procurando a melhor medida em que se combinem o *acolhimento* e avaliação das demandas com a *implicação* do próprio cliente e a participação de seus familiares e amigos no enfrentamento de seu drama pessoal" (IPP, 2000b: 1-2)

O IPP é um hospital de referência em saúde mental, o que implica possuir uma grande clientela também bem diversificada. Na maioria das vezes as pessoas que procuram o Instituto têm uma referência seja pelo conhecimento de amigos, familiares, vizinhos, que já foram atendidos ali, ou conhecem outros que o foram. Alguns vêm com indicação de profissionais de outros serviços, ou de pessoas conhecidas. Outros são levados por policiais, bombeiros, ou familiares. Alguns já estiveram internados ali ou chegaram a fazer tratamento durante um certo período da vida e estão desejando ou necessitando retornar para um acompanhamento. Há aqueles que vão ao "Pinel" para provar que não são loucos, ou simplesmente que o são - seja para fins de comprovação de sua sanidade perante a justiça, familiares, amigos e a si próprios, ou, ao contrário, obter documento que comprove sua insanidade, declaração para o INSS, dispensa do trabalho¹⁷, etc. Porém, concordamos com Oliveira (2000) ao apontar o traço comum da clientela que chega ao ambulatório. Aqueles que buscam o IPP e são convidados a falar na Recepção Integrada parecem possuir esse mesmo traço: todos estão sofrendo e buscando um tratamento.

¹⁷ Nestes últimos casos, os profissionais procuram explicar que o IPP não dá declarações deste tipo. Em alguns casos a assistente social orienta como as pessoas podem proceder para conseguir o que precisam.

6. A RECEPÇÃO DAS DIFERENÇAS

“No manicômio ninguém tem nome. Não há pessoas. Há prontuários. Diagnósticos por números. Nos prontuários não há uma palavra de seu protagonistas. (...) Calados, entorpecidos pelos remédios, com efeitos e defeitos decorrentes do longo tempo passado no manicômio, aí sim, ficam todos iguais.”
(Cláudia Corbisier)

Este capítulo foi elaborado com o material da triangulação metodológica: observação participante, caderno de campo, análise de documentos e entrevistas com profissionais do serviço, descritos anteriormente. Procuramos dialogar com os entrevistados utilizando outros materiais, compondo um quadro da RIIPP, compreendendo sua proposta e forma de funcionamento a partir da visão dos próprios profissionais, além das observações da pesquisadora durante seu estágio de três meses na Recepção Integrada.

PINEL COMO COISA DE MALUCO

A chegada ao hospital é um pedido de socorro. Os profissionais reconhecem esse pedido, pois vêem nessa representação um aspecto capaz de trazer maior conflito e angústia ao quadro apresentado, o que, por si só, pode caracterizar o desespero daquele que procura a instituição.

“O atendimento em saúde mental como todos (...) é complexo, mas é complexa a situação do paciente que chega ao hospital Pinel, superando todas as resistências, a representação que tem do Pinel como coisa de maluco (...), é complexa a situação emocional, social, às vezes química, às vezes relacional, familiar.” (Informante 1)

“E o trabalho é fazer essa primeira escuta do que está acontecendo com aquela pessoa, o que trouxe a pessoa até aqui, ao hospital, porque não é um hospital geral é um hospital psiquiátrico que tem um nome pesado, que as pessoas às vezes resistem um pouco para vir para cá, então, ou foi

encaminhada por algum hospital ou foi encaminhado por alguém, algum colega ou um médico." (Informante 3)

Concordamos com os profissionais que o Pínel é lugar de referência também na representação das pessoas. Mesmo não sabendo o porquê nem o quê procuram, as pessoas podem chegar ao hospital. Algumas já vêm com um discurso pronto, com seu diagnóstico definido pela mídia e com a cura garantida pela propaganda, como chama a atenção o Informante 8. Desta forma torna-se essencial saber escutar a demanda de quem chega ao hospital psiquiátrico, o que está por trás das suas queixas, exigências, falas e silêncios.

"(...) dá para você (...) ver porque que a pessoa está pensando daquele jeito, qual a importância daquele momento para aquela pessoa, (...) não sair logo dando um monte de direções (...)" (Informante 3)

"Então (...), por ser multidisciplinar, a gente vê que tem esse lado dos motivos da pessoa, a particularidade daquele momento ali que ela está procurando o serviço... O que ela realmente está demandando dessa escuta mais acurada, (...) mais cuidadosa." (Informante 5)

"Então, é essa a primeira escuta o que está acontecendo com essa pessoa, porque ela está nos procurando e qual a primeira ajuda que a gente pode dar, às vezes não só essa escuta como alguma orientação, encaminhamento, a medicação ou um pedido nosso de retorno (...)" (Informante 3)

O serviço é, portanto, buscado por uma necessidade, mesmo quando o paciente não sabe explicar exatamente o que está fazendo ali. Podem estar procurando o serviço, por exemplo, por recomendação de outro profissional ou por si próprios.

"Geralmente os pacientes que vão para a RIIPP, (...) já chegam com o encaminhamento de outro hospital, ou hospital geral, ou outro hospital psiquiátrico, ou do plantão do dia anterior. Isso acontece muito, (...) o médico atende, dá uma medicação provisória e encaminha para a RIIPP, para ter um acompanhamento." (Informante 2)

"(...) o paciente chega de instituição, (...) instituição polícia... aquela guarda municipal, chega de bombeiro, encaminhado de hospital geral. Eu acho que chega de várias formas, chega por uma demanda própria. Tem muito isso aqui, o paciente que estava passeando na rua e disse que estava com uma angústia, que não conseguia dormir, ou que estava pensando em se matar, aí o colega falou que aqui tinha um serviço muito interessante (...) Vêm muitas vezes com esse discurso já pronto, achando que vai encontrar um pacotinho para a cura." (Informante 2)

"(...) ou ela vai chegar de manhã aqui por acaso para ir para o pronto-socorro, e, aí, vai acabar ali na hora sendo encaminhada para a RIIPP, ou então ela vem num outro dia à noite ou no final de semana e o plantonista, além de fazer aquele primeiro atendimento, sabe que aquilo ali é paliativo, (...) que o ideal é que a pessoa comece a iniciar um tratamento, mesmo que não seja aqui no Pinel. (Informante 3)

O hospital mostra-se como esperança de melhora, pois a doença pode afastar familiares, dificultar o trabalho, os relacionamentos, a sobrevivência no dia-a-dia. Para o doente, a realidade pode transformar-se em algo difícil de ser enfrentado. A busca pelo hospital deveria significar uma importante conquista do paciente no sentido de sua melhora, já que, além do sofrimento com a doença mental, existe o sofrimento provocado pelo preconceito em torno da mesma, como é levantado pelo Informante 4.

"(...) porque ele está ainda num ambiente hostil, (...) para estar aqui, ele não está bem psiquiatricamente." (Informante 4)

O hospital psiquiátrico é considerado ambiente "hostil" (Informante 4), em especial por estar associado ao termo "maluco".

"Ele só procura (...) tratamento psiquiátrico quando (...) precisa (...), quando chegou numa situação insuportável. Para você chegar ao ponto de procurar tratamento psiquiátrico num hospital público (...) é porque (...) está realmente passando por grandes dificuldades. E... você sabe, uma vez taxado de maluco, a pessoa pode levar aquilo, (...) pode ser muito ruim (...)" (Informante 9)

"Pinel" costuma ser popularmente usado como sinônimo desta palavra. Segundo Aurélio Ferreira (1986) o termo "*Pinel*" pode ser usado como gíria para significar: "*Ficar louco; enlouquecer, endoidar, pinelar*". A possibilidade de ser rotulado como "maluco", "louco", "doido", pode aumentar a ansiedade do sujeito, reforçando o medo de buscar ajuda e, conseqüentemente, dificultar sua melhora.

UMA ESCUTA DIFERENCIADA

A RIIPP é considerada "*o cartão de visita do primeiro atendimento do Instituto Philippe Pinel*" (Informante 6). Propõe-se a realizar uma primeira escuta, que viabilize oferecer uma orientação mais adequada ao paciente.

"(...) eu acho que, de maneira geral, a RIIPP é uma proposta bem interessante e que, muitas vezes funciona da maneira, (...) como (...) foi concebida, pensada, que é para ser uma coisa interdisciplinar, uma primeira escuta, um primeiro encaminhamento, uma boa orientação, a equipe discute, pensa, repensa, não dá uma primeira orientação, assim, de qualquer jeito (...)"
(Informante 3)

A equipe da RIIPP tenta encontrar caminhos para a melhora do sujeito, "*dar o melhor destino ao paciente*" (Informante 4), respeitando suas diferenças, seus recursos e possibilidades. Escutar as diferenças envolveria escutar "*o paciente como sujeito*" (Dain et al., 1999).

"Não existe uma mesma psicose, mesmo que seja o mesmo diagnóstico, não existem duas esquizofrenias paranóides iguais, não existem duas histerias iguais (...) As pessoas lidam com seu sofrimento (...) dentro de recursos diferentes (...) e dentro das suas possibilidades criam uma forma de resistência, onde recursos, possibilidades e limites são diferentes. (...) E isso é que faz a diferença (...)" (Informante 7)

"O que motivou basicamente foi essa questão de você ter uma, como diz um artigo da Cláudia Corbisier, 'a escuta da diferença na emergência psiquiátrica', que era o que formava a proposta de início de transformação dessa escuta médica numa escuta mais da fala do paciente do que ele trazia em termos de possibilidades e de sofrimento, (...) de possibilidades de lidar com o

sofrimento. E que o profissional não se encarregasse apenas do sofrimento do paciente, mas tivesse ali atento para que processos subjetivos são estes de sofrimento, quando ele está buscando uma ajuda." (Informante 7)

"(...) a RIIPP (...) tem uma proposta muito específica, primeiro que é a coisa de atender em grupo, o contato de um grupo de pacientes com um grupo de profissionais que escuta o paciente e tenta, através desses diversos olhares, entender um pouco, o que está sendo escutado ali, qual é a demanda do paciente, e encaminhar da melhor forma possível através destes diversos olhares." (Informante 2)

Alguns profissionais fazem crítica à *"cultura da emergência psiquiátrica"* (Informante 1), cuja resposta mais rápida era a medicalização ou a internação, o que poderia acabar por *"silenciar"* (Corbisier, 1992) o motivo que teria levado o sujeito a procurar ajuda. Estas respostas, nem sempre pareciam ser as mais adequadas. Eles têm preocupação com o médico que não costuma questionar muito a queixa trazida pelo paciente e acabam prescrevendo rapidamente alguma medicação. O fato de estar realizando um atendimento sozinho, tendo uma grande responsabilidade para si, pode gerar ansiedade neste profissional (Dain *et al.*, 1999). A possibilidade de discutir sobre o caso com outros profissionais, reduziria o risco de erro, funcionando também como redutor da ansiedade e elemento ampliador da escuta.

"(...) a questão da cultura da emergência psiquiátrica que, normalmente, tende a silenciar as situações, tende a conter pacientes em situações mais graves, favorecido pela própria ansiedade que esse tipo de atendimento gera no profissional que atende." (Informante 1)

"O médico que atende sozinho em plantão, ele costuma pensar só na medicação. (...) A maioria, que a gente sabe, costuma só passar a receitinha (...)" (Informante 2)

Como vimos, a RIIPP possui a proposta de uma *"escuta da diferença"* (Corbisier, 1992), de uma *"escuta ampliada"* (Informante 1), através do atendimento multiprofissional, cuja troca entre profissionais contribuiria para sua melhora (Dain *et al.*, 1999). Determinaria, assim, uma *"escuta criteriosa"* (Informante 2), que busca

compreender a real demanda do paciente, considerado singular e único capaz de falar de si, "só ele sabe de si" (Informante 8).

"O que a gente tem tentado (...) é que esta recepção seja uma recepção interdisciplinar, possibilitando uma escuta ampliada desse paciente, (...) pela multiplicação desses profissionais, de formações diferentes (...) E, (...) essa escuta permite entender a particularidade da pessoa, é para individualizar (...) Às vezes sintomas semelhantes representam quadros, patologias, totalmente diferentes, individualidades diferentes. O que a gente tenta é aprimorar isso." (Informante 1)

A exigência da presença de no mínimo dois profissionais para o atendimento da RIIPP, como é colocado nas *"Rotinas de Orientações Gerais - Manhã e Tarde"* da *"Recepção e Emergência - porta de entrada IPPinel/SMS - IPUB/UFRJ - I. Psiquiatria/UERJ"*, costuma ocorrer com frequência. Existem algumas exceções, como casos em que o paciente está vindo à RIIPP novamente a pedido da equipe, mas que pode ser atendido por apenas um profissional, em geral, do *staff*, mais rapidamente.

"Os clientes serão via de regra atendidos pela equipe, com a presença de no mínimo dois profissionais - mesmo nos atendimentos individuais e de emergência - os quais discutirão entre si as hipóteses diagnósticas, recursos terapêuticos, prognóstico e alternativas de conduta antes de apresentá-las aos clientes" (IPP, 200b: 1)

A equipe é composta, geralmente, de médico psiquiatra e/ou psicanalista, psicólogo, assistente social, e residentes de psiquiatria (médicos) e/ou de saúde mental (psicólogos, terapeutas), mas varia conforme o dia da semana e a procura pelo serviço. Isso inclui os retornos, que podem ser feitos apenas pelo profissional que atendeu o paciente ou, na segunda parte dos atendimentos, quando são chamados novamente para se pensar o tratamento. Quando há muitos casos a serem vistos e a equipe está numerosa, é possível formar pares de profissionais para agilizar os atendimentos. Alguns Informantes questionam a realização do atendimento individual com a equipe de profissionais numerosa (mais de dois), pois, segundo alguns profissionais, poderia estar expondo desnecessária e, algumas vezes, constrangedoramente o paciente. Às vezes, é a própria equipe que prefere

atender com um número maior de profissionais, independente do número de pacientes, com ou sem acompanhantes. Isso pode ocorrer por sentirem maior confiança, ou mesmo pelo fato do paciente já ter sido atendido anteriormente por aqueles profissionais juntos e acreditarem ser o certo estarem todos presentes.

"(...) às vezes tem que tomar um pouco de cuidado se ficar uma equipe muito grande, de repente, fica até mal aproveitado os profissionais ali porque tem uma demanda muito grande de pacientes esperando lá fora, (...) às vezes, atendimento individual, a pessoa fica até acuada com aquela equipe imensa..." (Informante 3)

Neste caso, também recomenda-se a divisão da equipe, pois o paciente pode não se sentir bem com isso. Entretanto, na visão de alguns profissionais, o tamanho da equipe ou a presença de profissionais de diferentes especialidades, pode ser interpretado pelo paciente como um maior cuidado com seu caso.

"(...) por já ser uma equipe multidisciplinar, de certa forma já é um grupinho, essa pessoa não está falando para um. Eu acho que assim faz um pouquinho de diferença. Sabe, a pessoa entrar numa sala, se referendar a uma pessoa, (...) eu acho que é diferente de você entrar numa sala e se referendar a três, quatro, pessoas." (Informante 5)

A escuta parece variar de acordo com cada profissional, dependendo de sua formação, experiência de trabalho, história pessoal, fatores que apontam para seus interesses dentro do atendimento, influenciando sua compreensão sobre determinados aspectos da vida do paciente. A interação da equipe, o contexto experimentado no momento do atendimento, também definem essa escuta.

"Não tem como garantir, dependendo do profissional, qual vai ser a escuta que essa pessoa vai receber." (Informante 3)

"Então, o trabalho de equipe eu acho que ajuda a gente a saber que, além da formação técnica que cada um tem, (...) conta muito a experiência ou a motivação que a gente tem para fazer esse atendimento." (Informante 8)

"Isso vai muito de cada profissional, (...) tenho sentido diferença de uma equipe para outra (...), então eu acho que é muito dos profissionais que compõem a equipe (...) Claro que depende do momento também. Tem aquele dia que você está mais disposto a escutar, que tem mais tempo para aquilo, tem aquele dia que está cheio lá fora, não tem como você escutar um tempão a pessoa, até porque aquela que está lá fora, às vezes, está nesse momento difícil e não tem condição de estar lá o dia inteiro esperando, a manhã inteira esperando. Então, isso conta muito." (Informante 5)

"(...) é claro que com alguns pacientes você faz mais e com outros você faz menos, mas isso não é um descaso (...)" (Informante 8)

Segundo o Informante 1, a formação psicanalítica contribui com essa "tentativa de uma escuta diferenciada", indo "além da escuta tradicionalmente médica". O Informante 5 coloca que "a Psicanálise permeia aí de certa forma", referindo-se não somente à RIIPP e sua proposta, mas a outros espaços no hospital. Em sua visão, a "escolha dos profissionais" para atuar no hospital envolveria a identificação do profissional com a proposta desenvolvida na instituição. A proposta de escuta da RIIPP tem base num saber psicanalítico que seria "comum a muitos dos profissionais" (Dain et al., 1999).

Os informantes fazem referência a termos como: uma "visão dinâmica"¹⁸, "transferência", "inconsciente". O Informante 1 refere-se à "visão dinâmica" do profissional que possui uma "visão analítica". Para ele:

"(...) na medida em que todos os profissionais que trabalham têm uma visão analítica, teoricamente teriam também uma visão dinâmica, mas naquele momento o olhar dele passa a ser mais médico, então a interdisciplinariedade funciona, por exemplo, permitindo o levantamento de outras questões que não (...) a médica (...). Ajuda a aflorar aquilo, complementa, enriquece ou reforça aquele olhar." (Informante 1)

Os termos inconsciente e transferência são muito utilizados pelos profissionais no momento da entrevista. Tanto o mecanismo do inconsciente quanto

¹⁸ Para uma melhor compreensão dos termos "visão dinâmica", "transferência" e "inconsciente", em Psicanálise, consultar Laplanche e Pontalis (1995).

o processo de transferência fazem parte da proposta de grupo¹⁹ utilizada pela RIIPP. Segundo os profissionais da equipe, a possibilidade que é dada ao paciente de falar sobre o que está acontecendo, sobre sua história, seu sofrimento, permitiria o aparecimento de conteúdos, até então para ele, inconscientes. O inconsciente seria aquilo que está por trás do sintoma e que estaria emergindo na fala do paciente. O aparecimento desse conteúdo inconsciente seria possível a partir da formação do vínculo do paciente com o profissional e dar-se-ia numa situação de transferência.

"(...) ter uma escuta diferenciada é tentar ver além do sintoma, você vai ver além do sintoma, vai poder ter uma escuta melhor da história, (...) tentar trazer alguma coisa mais ao nível do não manifesto na fala do paciente. É diferenciada nesse sentido, quer dizer, a gente tenta não fazer da emergência uma coisa de urgência (...) e, sim, poder emergir mais coisas do paciente, que o paciente possa falar mais e possa, na medida do possível, se implicar mais naquele sintoma, (...) mas que tem a ver com ele, seja com sua história de vida seja com seus conflitos inconscientes, essa é a tentativa dessa escuta diferenciada." (Informante 1)

"(...) o sujeito sempre tem alguma coisa (...) que escapa e, o que faz essa coisa escapar, o próprio sujeito pode falar. E aí, quando ele fala disso, ele não pode falar ao léu, ele tem que ter um profissional para quem falar, quando ele faz essa que é a idéia de transferência, (...) a história dele era uma e quando ele verbaliza quando se apresenta isso perante alguém, quando ele faz alguma aliança, algum vínculo, essa história vai tomar um outro colorido." (Informante 8)

No caso da RIIPP, existe o questionamento de alguns Informantes sobre a possibilidade da formação de um vínculo e, conseqüentemente, da transferência. Percebemos que o atendimento realizado por mais de um profissional implicaria também sua participação na dinâmica do grupo. Neste sentido, o vínculo não ficaria restrito a apenas um profissional, mas a uma equipe e, em particular, à instituição. Outra questão apontada por um dos entrevistados é o fato de haver pouco tempo para ocorrer essa transferência.

¹⁹ Para conhecer mais sobre o funcionamento do grupo terapêutico, ver Zimmermann (1971).

"(...) do ponto de vista da Psicanálise... essa escuta tem a particularidade (...) de ver o que está aparecendo de inconsciente, a partir do momento que você considera que é esse inconsciente que está ali impregnado no sintoma, que está movendo a vida daquela pessoa de alguma forma. (...) Então, para a Psicanálise, seria escuta nesse sentido, falando o que que emerge do paciente. No caso da RIIPP, não sei se as pessoas ficam atentas ao inconsciente, até porque num primeiro atendimento não dá, isso vai aparecer ao longo do tempo, quando a pessoa vai se referindo a você. Tem a questão da transferência, que é fundamental (...) em qualquer processo analítico... Então, num primeiro momento, não daria para fazer isso, assim, ao pé da letra, essa escuta nesse sentido, mas dá para você também não ficar olhando só aquele pedido superficial ali. Dá para você avaliar o que a Psicanálise chama de demanda, qual o pedido da pessoa (...)" (Informante 5)

Concordamos com os entrevistados que a possibilidade de troca entre uma equipe com profissionais de diferentes formações ajuda a enriquecer essa escuta. O Informante 9 vê a contribuição dessa troca no momento do encaminhamento: *"não fica só vinculado à experiência de uma pessoa"*. Segundo o Informante 8, a diversidade de conhecimentos e experiências de cada profissional pode ser bem aproveitada num atendimento. Sendo que, para o Informante 7, o enriquecimento da escuta não fica limitado ao fato dos profissionais possuírem diferentes formações, *"profissionais médicos e não médicos"*, mas também de haver profissionais que possuam um saber comum, baseado na formação analítica.

"É interessante no sentido de que você não fecha só um ponto de vista. A gente aprende a ser democrático, a escutar as outras formações, enfim, os outros pontos de vista, e a pessoa, eu acho, (...) se sente com mais atenção (...) Então você tem um outro ponto de vista que, com aquele ponto de vista, também dá para você abordar mais completamente o problema, não que você vá abordar completamente, mas, ainda assim, há uma tentativa de trocar os diversos pontos de vista. (...)a gente tende a abrir nosso campo de visão." (Informante 5)

"A outra coisa que eu achei muito interessante no início, foi a possibilidade de troca entre os profissionais, dos profissionais médicos e não médicos e,

mesmo, tinham médicos que eram analistas também, então, não é só a diferença de saber, não é só de um profissional para outro, mas sempre a questão de poder discutir aqueles significados. Dava (...) para você ter tempo de pensar e de agir não tão imediatamente, poder ter uma coisa mais compartilhada, mais pensada, e, portanto, mais enriquecida (...)" (Informante 7)

O tempo de trabalho no serviço parece fazer diferença na maneira como o profissional se insere na dinâmica do dispositivo. Por exemplo, no caso do *staff*. É ele que costuma determinar o ritmo dos atendimentos, definindo o maior ou menor envolvimento dos demais profissionais (residentes) na discussão e escolha de possíveis respostas para o paciente.

"Dependendo do staff que está no grupo, vai mudar completamente o perfil da RIIPP, impressionante. A RIIPP com um profissional do staff é uma e com outro é outra." (Informante 3)

"Às vezes a gente é contra um retorno, a gente acha que já pode encaminhar. O staff não acha, acabou. Vai ser feito o que ele acha. Mas às vezes não, vai depender do staff, se o staff escuta, faz uma troca..." (Informante 3)

"Muitas vezes a pessoa do staff escuta e troca e realmente é uma coisa que todo mundo chega a um consenso, às vezes não, todo mundo fala, mas quem decide é o staff." (Informante 3)

"(...) dependendo do profissional, (...) às vezes (...) fica marcando muito retorno para a RIIPP e até entra numa coisa de tomar a sua conduta e não ouvir a opinião dos colegas (...)" (Informante 4)

Um dos Informantes apontou para o fato da residência no IPP permitir a formação de um vínculo maior entre os residentes de psiquiatria e de saúde mental, pois ambas as residências iniciam praticamente no mesmo período, possibilitando uma parceria entre os profissionais e uma efetiva troca, quando formam uma equipe, como no caso da RIIPP. O sentimento de "equipe", de "amizade", de "companheirismo" entre os profissionais, parece, portanto, contribuir para o atendimento da RIIPP que é percebido como um atendimento "*fraternal*" (Informante

9), com uma equipe "amiga" e "entrosada" (Informante 6). A presença de um "parceiro" no atendimento é vista como a possibilidade, não apenas de troca de visões entre diferentes profissionais, mas, principalmente, de reduzir a ansiedade e a angústia do próprio profissional que, ao tomar decisões sozinho, acabava por internar muitas pessoas por não ser capaz de visualizar alternativas para aquele caso.

"Então eu diria que, mais do que a interdisciplinariedade, é a possibilidade de companheirismo, de parceria no atendimento, que é, então, diminuidor da ansiedade. Com certeza eu sozinho no plantão (...) interno muito mais do que acompanhado. Eu posso pensar mais, diminui minha angústia." (Informante 1)

O atendimento na RI parece "fraternal" também com relação à atenção que é dada ao paciente, à preocupação com que os profissionais lidam com cada caso. Mas, para alguns deles, fica claro que o acompanhamento do caso, através do atendimento individual no ambulatório, oferece muito mais em termos de atenção e cuidado:

"(...) na RIIPP muitas vezes você tem aquele momento ali (...) reservado ao cuidado, mas o tempo também não é tanto assim. Agora, quando acompanha o paciente individualmente, aí duas vezes por semana, quarenta minutos, uma hora, é uma coisa mais intensiva." (Informante 5)

Se o paciente parece possuir dificuldades para dar continuidade ao seu tratamento, a equipe procura oferecer o próprio espaço da RIIPP para um novo encontro, mesmo não sendo o mais indicado, apenas para que continue a existir a possibilidade dele buscar ajuda e não interromper logo seu tratamento. Tenta verificar todas as possibilidades para que o paciente não deixe de dar continuidade ao seu tratamento, marca hora no ambulatório com profissionais conhecidos, pode até conduzir o paciente para conhecer o local ou, quando indica outra instituição, procura dar o nome de alguém conhecido para servir como referência. Quando se percebe um vínculo com algum profissional da equipe, tenta-se manter o atendimento ambulatorial com o mesmo profissional.

"(...) aqui é o lugar onde as pessoas são ouvidas, (...) meu interesse pelo que está acontecendo com elas para resolução de seu problemas, isso é o que eu

chamo de acolhimento, as pessoas se sentirem mais aliviadas em poderem estar falando do que estão sentindo, das suas angústias. Poder estar falando isso para alguém, no sentido de buscar o alívio dele, seja ele qual for." (Informante 4)

Observamos como funciona o "acolhimento" ao paciente pela RIIPP. A equipe se responsabiliza pelo bem-estar do sujeito que a procura. A continuidade é proposta, mas é o paciente quem deve responsabilizar-se por ela, dando os passos necessários, de acordo com a recomendação da equipe.

"Mas, quando eu falo em escuta, se eu for pegar a proposta assim, enquanto ideal, (...) o que se apresenta como queixa, o que se apresenta como sintoma, (...) às vezes, não tem uma queixa estruturada, daí, aquele espaço é para que essa queixa venha a se estruturar, o que a pessoa (...) falando do problema dela, (...) acha que pode ajudar naquele momento (...) Escuta nesse sentido, de perceber alguma coisa que, no primeiro momento, está tão confuso, muitas vezes implícito, tentar tornar aquilo explícito, mais inteligível um pouquinho para a pessoa." (Informante 5)

"(...) achei muito interessante isso de já poder naquele momento fazer alguma intervenção que possa levar a pessoa a repensar, a perceber, (...) sentir de uma outra forma aquele momento que está passando, seja momento de crise, seja um momento, enfim, qualquer, diferente, que tenha levado a finalmente a procurar uma ajuda." (Informante 5)

O espaço da RIIPP já é entendido como terapêutico, apesar de nem sempre o paciente dar continuidade ao tratamento, seguindo a sugestão da equipe. A possibilidade de falar de si, de sua história singular, pressupõe o alívio de uma angústia que precisava ser verbalizada. A presença de uma equipe de profissionais procura viabilizar a fala deste sujeito propiciando-lhe uma reflexão maior sobre sua demanda. O sujeito é chamado a tomar parte no caminho de sua melhora.

EMERGÊNCIA SIM OU NÃO?

Durante a realização de nosso trabalho, consideramos a RIIPP como parte da Emergência do IPP, inclusive compartilhando do mesmo espaço físico. Segundo um

dos Informantes, antes havia um espaço separado para a emergência, ou Pronto Socorro (PS) e outro para a RIIPP, sendo que o plantão (24 horas) "sempre atende coisas emergenciais" (Informante 9).

"(...) a RIIPP poderia ser (...) não colada com a emergência, para não misturar os pacientes (...) tem pacientes ali que chegam amarrados, algemados (...) e vai para uma sala do lado, até mesmo a mesma sala que o paciente da RIIPP (...) Então isso aqui para os pacientes que estão aguardando ali, para aquela pessoa que veio inclusive de primeira vez é uma coisa que (...) já cria (...) na pessoa (...) que hospital psiquiátrico é hospital que realmente (...) só tem maluco, é só para pessoas doidas mesmo (...) e o tratamento é horrível (...) É coisa que a gente que trabalha nisso sabe que não é bem assim (...)" (Informante 9)

Então, apesar da RIIPP estar situada (especialmente) na Emergência do IPP, existe uma triagem inicial dos casos considerados "emergência" para serem atendidos pelos plantonistas, pois exigiriam uma resposta rápida, mais imediata, ao contrário daquela oferecida pela RIIPP. De acordo com os entrevistados, essa seleção para verificar se o quadro seria emergência, poderia ser feita pela equipe não técnica, logo na chegada a recepção da emergência ou pela assistente social, num primeiro contato com os pacientes. Os profissionais da RIIPP ou plantonistas que percebessem no comportamento da pessoa algum aspecto que caracterizasse um quadro emergencial, também encaminhariam o caso ao plantão.

"A própria assistente é que faz essa triagem. Eu não sei em que ela se baseia, mas eu imagino que tem a ver com a urgência também e com algum tipo de demanda. A pessoa está numa situação que na análise clínica (...), a pessoa tá gritando, tá mal, não vai em geral para a RIIPP, em geral vai para o plantonista." (Informante 3)

"(...) se a pessoa já vier com orientação para vir num dia de manhã, provavelmente ela vai ser atendida pela RIIPP, a não ser que seja uma super emergência, que não tenha condições de esperar ser atendida pela RIIPP, aí vai para quem estiver de plantão (...) Agora, tem dia que no final de semana ou num horário à noite, (...) a pessoa que estiver atendendo perceber que é uma demanda de RIIPP, (...) se ela já não faz tratamento aqui no Pínel, nem

em outro lugar, aí é encaminhada para a RIIPP da manhã, de primeira vez, (...) e aí vai ser seu primeiro atendimento." (Informante 3)

"Geralmente o plantonista resolve aqueles casos que são mais emergenciais, (...) é ali que ele pode, inclusive, atender em menos tempo." (Informante 9)

"No caso de uma emergência, você observa logo que o paciente está com um comportamento mais agressivo, está mais agitado, muita ansiedade (...) ele não vai ter (...) aquela paciência de ficar sentado numa sala fechada ouvindo outros problemas, quer dizer, geralmente os pacientes que chegam mais agitados a gente já percebe logo que é um caso para ser encaminhado para o plantão, para um atendimento mais rápido. Não é uma coisa que ele possa esperar, como na RIIPP." (Informante 6)

Através dos relatos de alguns Informantes, percebemos uma distinção entre o trabalho da RIIPP e o setor de Emergência do IPP. A RIIPP não seria o local indicado para as "emergências". Entretanto, esta divisão é ainda confusa na Recepção e parece estar diretamente associada ao conceito de emergência utilizado pelos profissionais do serviço. Alguns entrevistados, tentam distinguir as "emergências" das "urgências", procurando situar o quadro psiquiátrico como uma "urgência psiquiátrica" (Informante 4).

"Emergência, aquilo que tem que ser atendido nos próximos minutos e, no caso de uma urgência, é aquilo que pode aguardar até mesmo algumas horas ali (...)" (Informante 9)

"(...) essa coisa de urgência e emergência está sempre voltada para a clínica médica, onde a emergência seria risco eminente de vida, coisa extremamente urgente, ou você age ou o paciente morre, você não tem muito tempo para decidir e, no caso psiquiátrico, ele não é bem assim como na clínica médica, o paciente não corre risco de vida como na clínica médica. Então é uma coisa difícil (...) esse conceito de emergência psiquiátrica, (...) entendo mais como uma urgência psiquiátrica. (...) Então eu acho que na psiquiatria não existe essa coisa de emergência psiquiátrica. O paciente pode estar agressivo, ele pode estar rebelde, pode estar insone, pode estar agitado, mas eu acho que

você, ainda devagar, tem tempo de conversar com ele, (...) dar uma serenada nele (...)" (Informante 4)

Geralmente os casos mais agudos que exigem uma internação imediata ou a contenção (química ou física) são considerados "emergência". Porém, um sintoma menos agudo pode ter muito a dizer:

"Dentro da visão mais tradicional médica, às vezes o paciente que está silencioso ele pode ser uma situação muito mais grave do que aquele que está com agitação." (Informante 1)

Dentro do atendimento da RIIPP, como foi lembrado pelo Informante 3, os profissionais também devem definir, no preenchimento do boletim, se é um quadro de emergência ou não: *"emergência sim ou não?"*. Porém, esta realmente não parece ser tarefa tão fácil, uma vez que cada profissional parece ter seus próprios critérios para apontar ser ou não uma emergência aquele caso.

"(...) emergência você que tem que avaliar, apesar de ser no PS, se é uma emergência ou não. Então, é uma coisa muito subjetiva. Eu, no meu critério, na hora de preencher o boletim, para eu colocar emergência ou não, eu penso assim 'tinha que ser um atendimento agora, de qualquer jeito, ou a pessoa poderia esperar por um outro momento?'. Não, era um atendimento de emergência. A pessoa tinha que ser atendida naquela hora, se ela não fosse atendida naquela hora ela ia piorar, ela podia ter uma crise maior, podia piorar a crise. Então, é mais ou menos isso que eu me baseio para saber se era uma emergência ou não, o estado em que a pessoa chega ali, se ela poderia ser atendida por uma outra via, esperar um pouco mais, é mais ou menos isso." (Informante 3)

A definição do que seria uma emergência psiquiátrica é algo subjetivo, pois depende de como o profissional interpretará o comportamento do sujeito. O próprio paciente pode definir o grau de emergência através de suas ações ou apelos, mas, ainda assim, para os profissionais, permanece o entendimento da emergência psiquiátrica como algo complicado de ser definido, já que mesmo um quadro de agitação e agressividade pode não ser tão emergencial quanto um quadro de extrema lentidão e passividade. Como ressaltou o Informante 1, na psiquiatria um

silêncio pode também apontar para uma emergência. Apesar disso, às vezes, ela é definida pela necessidade de se medicar ou internar imediatamente, o que costuma ocorrer mais num quadro de grande agitação e agressividade.

"Evidentemente tem muito a ver com o que é definido pelo próprio paciente que chega, dá o tom de urgência ao seu pedido, mais exigente. Ele faz exigências mais imediatas ou então ele está realmente fora de si e a situação, a urgência ou a emergência, se manifestam por aquilo que superou a possibilidade de controle da pessoa. Ela está em agitação (...) ou não está querendo entrevista nenhuma, quer dizer (...) o sofrimento transbordou as possibilidades de controle da pessoa e portanto emergiu de uma forma insuportável (...) Então, no que emerge de uma forma que a pessoa não está podendo se conter, não está podendo circunscrever a manifestação de seu sofrimento, a gente diz que é uma emergência para além da possibilidade do recurso que a pessoa tem de dar conta." (Informante 7)

"(...) se a gente for pensar fenomenologicamente, a emergência é aquele atendimento que chega o paciente muito agitado, com alucinação, delírio, agressividade (...) Às vezes chega (...) um paciente que está calmo, super tranquilo, assim, fenomenologicamente falando, mas que (...) está com uma angústia, uma confusão, uma coisa tão arrebatadora para ele, que (...) precisa falar, precisa de uma medicação, enfim, precisa de algum tipo de escuta que dê um continente para ele (...) Então, eu acho que vai depender muito do que o paciente vai falar mesmo. Eu acho que não é a toa, uma pessoa que sai de casa trazida, com certeza, mas uma pessoa que sai de casa sozinha e vem a uma emergência de um hospital, tem alguma coisa aí (...)" (Informante 2)

"Bom, tem os pacientes que vêm trazidos como emergência, que fica muito claro (...) o total aspecto irracional, de abandono, de desumanidade, (...) o quadro já te diz, você não precisa interrogar (...) E tem outras situações que não têm essa moldura tão definida, mas a entrevista com o paciente às vezes sinaliza que aquele ali é um atendimento que ele vai ter que ficar aqui hoje e a equipe cuidar dele. É melhor ele ser cuidado pela internação do que ele voltar para casa (...)" (Informante 8)

Existem quadros considerados emergenciais num primeiro momento em que não é preciso medicar ou mesmo internar, para que haja alguma mudança significativa no sentido da melhora do paciente. Às vezes a conversa com o profissional, oferecendo um espaço de escuta, no qual é possível se obter uma melhor compreensão do caso, é o suficiente para se encontrar outras possibilidades de resposta que não a medicalização ou a internação.

"Muitos vêm em situações que demanda emergência, que demanda o aparecimento de questões. A gente tem algumas situações que o paciente veio trazido agitadoíssimo (...) e, quando saiu, de repente da forma que foi recebido, ele pode conversar e contar uma história. São poucas as histórias assim." (Informante 1)

"(...) no caso da pessoa não estar dando conta mesmo, nem do falar sobre si, (...) a tendência em geral é a internação, (...) quando a gente tem tempo, equipe e possibilidade, a gente sabe na prática que a gente consegue reverter algumas situações. A pessoa consegue falar, quando não está falando, ou consegue se acalmar, quando está muito agitada, e falar." (Informante 7)

"(...) já atendi pessoas que nem precisavam de medicação, que tinham medicação em casa, estavam tomando e tal, mas estavam muito angustiadas, (...) precisavam de um espaço para falar, para ser escutado (...) Então, a gente vê que não era uma emergência, mas a pessoa precisava ser atendida naquele momento. Então, para aquela pessoa era uma emergência. É uma coisa tão subjetiva..." (Informante 3)

De acordo com Aurélio Ferreira (1986), emergência pode ser definida como "Ação de emergir"; "Situação crítica; acontecimento perigoso ou fortuito; incidente"; "Caso de urgência, de emergência: emergências médicas". Com relação à "emergência" entendemos o espaço físico no qual se situa a RIIPP, assim como a situação vivenciada pelos pacientes que chegam ao hospital. O serviço define a emergência como esse momento da "crise" (Pinto, 1999) que leva os pacientes ao hospital. Os profissionais entrevistados definem como a existência de "algo a emergir" (Informante 1) que determina o sofrimento do sujeito que busca o serviço. Na definição médica "emergência" é uma situação que necessita resposta imediata, em geral, medicar e internar. Consideramos que a "emergência psiquiátrica" não

deveria ser entendida como sinônimo de "emergência médica" e estar sujeita aos mesmos critérios desta última, pois esta visão pareceu-nos confundir até mesmo os profissionais da RIIPP:

"(...) porque é um atendimento assim de emergência, como se fosse de emergência, mas não tão emergência assim, porque os pacientes que entram ali são pacientes com problemas mas não são pacientes, assim, agudo, precisando de uma intervenção imediatista (...)" (Informante 9)

Acreditamos que a emergência psiquiátrica não se assemelha à emergência médica no sentido de necessitar uma resposta imediata devido a um risco eminente de vida causado por uma lesão ou por uma doença específica, por exemplo. A emergência psiquiátrica, em nossa opinião, lida com pacientes sujeitos a outros riscos também preocupantes em razão de seu estado psíquico e emocional, em especial o risco de ferir outros ou a eles mesmos, que pode ocorrer de diversas formas, seja esfaqueando o outro ou atirando nele, tomando veneno, deixando de se alimentar, etc., não necessariamente estando agitado e agressivo. São inúmeras as variáveis e possibilidades em um caso psiquiátrico e, todas elas, devem ser pensadas no momento de um atendimento para se avaliar se aquele quadro particular se constitui numa emergência ou não. Sendo assim, nos parece mais válida a interpretação de um quadro psiquiátrico emergencial como a possibilidade de "emergir" (Corbisier, 1992) a urgência do paciente.

"Eu estou tentando distinguir emergência de urgência. A urgência talvez seja uma palavra mais adequada para isso. E, emergência é permitir que emerja, (...) que possam aparecer coisas (...) que o paciente não conseguia fazer aparecer e apareça nessa recepção, o que pode baixar a angústia dele, que ele possa falar e possa integrar mais as coisas (...)" (Informante 1)

"(...) tem alguma coisa a ver não só com aquela coisa do problema que tem que ser resolvido imediatamente, não só com a urgência nesse sentido, mas com a emergência no sentido de ter valores novos ali se apresentando, no sentido da crise, daquele momento da crise. A pessoa está num momento diferente de avaliar a vida, os posicionamentos perante a vida, os sentimentos... Então, assim, é esse momento da crise como um momento

precioso, de novas coisas emergindo (...), não no sentido de algo como fogo que tem que ser apagado o mais rápido possível." (Informante 5)

Se pensarmos a emergência psiquiátrica como "*algo a emergir*" (Informante 1), a chegada de qualquer pessoa ao hospital em busca de ajuda, dar-se-ia em situação de emergência. Todos, agitados, agressivos ou não, os aparentemente calmos, calados, aqueles que vêm trazidos ou os que vêm sozinhos, teriam algo a emergir, que não se constituiria, necessariamente, numa "emergência médica" e que não deveria ser contido.

COM QUEM EU ESTOU FALANDO?

Observamos a seguinte rotina na Recepção Integrada: a chegada dos pacientes à emergência do IPP; o preenchimento dos boletins pela secretaria da recepção (equipe não técnica); a busca por prontuários e a entrega destes materiais à equipe (técnica) de atendimento da RIIPP. Os profissionais entrevistados descrevem o caminho realizado pelo paciente desde sua chegada ao Instituto. O preenchimento do boletim aparece como o início a partir do qual se tenta definir: a urgência do caso; tratar-se de primeira vez ou retorno para a RIIPP; e se o paciente possui consulta marcada no ambulatório.

"(...) o paciente chega ao hospital Pinel, passa pela recepção onde (...) é aberto um boletim; esse boletim é encaminhado ao serviço social do pronto-socorro que faz uma avaliação e nessa avaliação ele vê se é um caso para RIIPP ou se é um caso para emergência ou se é caso de ambulatório (...)" (Informante 6)

"(...) paciente quando chega de emergência ou de primeira vez ali, ele faz boletim de entrada, ali ele dá identidade, endereço, (...) e aí o pessoal vê se ele já teve uma passagem por aqui ou não (...) aí esses boletins são dados ao assistente social primeiro ou então, tendo grande demanda (...), a própria pessoa que acessora (...) faz a distribuição (...) para esse grupo de dois, três, médicos que estão atendendo na RIIPP naquele momento (...). Caso o paciente tenha sido um retorno (...), aí já deixa reservado para aquele médico que atendeu de primeira vez." (Informante 9)

"O paciente chega seja por encaminhamento ou (...) por auto procura. Ele chega no pronto-socorro daqui, faz um boletim de atendimento e esse boletim de atendimento já começa com uma triagem pela assistente social. E ela, dependendo do que for, (...) se esse paciente é de fora da área ou não, (...) se ele está num quadro mais agudo, enfim, aí é direcionado ou para a RIIPP ou para o plantão e, geralmente, tem essa triagem prévia (...)" (Informante 4)

O Informante 2 aponta que não é freqüente a passagem do paciente pela assistente social e que seria ideal ter uma na equipe. Observamos que, quando há assistente social no setor de Emergência, ela costuma atender individualmente em uma das salas. Algumas vezes, faz um primeiro contato com alguns pacientes, para então, depois, passar o boletim já com um pouco do caso explicitado para a equipe, preenchendo os campos: Avaliação do Serviço Social e/ou Motivo da Consulta.

"A assistente social que estiver no plantão é ela que vai fazer mais ou menos essa triagem. Ela vê: quem é retorno da RIIPP, já é RIIPP, dependendo da demanda (...)" (Informante 3)

"Normalmente, teria uma pessoa do Serviço Social que faria essa triagem inicial. Na própria fichinha você vê lá que tem a primeira coisa, é uma avaliação do serviço social. Então, você vê mais ou menos o que é retorno, o que é primeira vez, o que (...) procurando, se quer falar individualmente, se já esteve aqui em grupo. Dá uma peneirada para poder ver a resposta que a gente vai poder dar (...)" (Informante 5)

Após essa triagem do serviço social ou mesmo na ausência desse profissional, os boletins são divididos entre os profissionais que realizam atendimentos individuais, em geral psiquiatras do *staff*, alguns considerados parte da equipe da RIIPP, e plantonistas.

A equipe da RIIPP reunida em uma das salas recebe, então, os boletins e prontuários. Observamos que antes de chamar as pessoas, alguns profissionais os olham rapidamente. *"Normalmente quem chega primeiro já faz esta olhada"* (Informante 9). Essa leitura, feita pelo profissional da equipe, de prontuários e boletins é muito particular, como podemos perceber através dos relatos dos

entrevistados. Cada qual se interessa em conhecer determinadas informações sobre o paciente.

"Esses dados para mim servem só para conhecer quem é aquela pessoa que está chegando. É bom isso de você identificar o sujeito e não a doença que o sujeito traz, (...)" (Informante 4)

"Então o boletim é bastante importante dar (...) uma lida rápida: 'já foi internado?', 'nunca foi internado', 'tem quantos anos?', 'qual é a hipótese?', 'veio aqui para pegar medicamento?', 'veio aqui para ser internado?', 'veio aqui para fazer tratamento ambulatorial?' e na parte de trás, 'hipótese principal', 'como a pessoa estava naquele dia', 'qual a história da doença', já dá para ter uma idéia." (Informante 3)

"Pelo menos eu quando pego o boletim para ver quem a gente vai atender, eu vejo muito isso, idade, da onde que é, profissão..." (Informante 7)

Quando o boletim é entregue à RIIPP, já estão preenchidos alguns dados sobre o paciente. Inicialmente, devem constar os itens 1, "Identificação do usuário" que é completo logo na entrada pela equipe de recepção não técnica, 2, "Dados Sócio Demográficos", 3, "Características Pessoais" e o item 4, "Acompanhante/Responsável", além da "Avaliação do Serviço Social" (caso haja alguma assistente social no serviço) e "Motivo da Consulta", que pode ser também preenchido pela assistente social ou por algum outro profissional.

"O nome da pessoa, onde ela mora, telefone, data de nascimento, número de identidade, essas coisas, esses dados são tomados ali na recepção da emergência que a pessoa entrega a identidade, dá esses dados, é preenchido lá no computador. Quando chega para gente o boletim ele já tem nome, idade, endereço, essas coisas todas, e aí, a partir daí, que a gente vai preencher o restante, só tem o cabeçalho. Aí, pelo menos, você já tem idéia do nome da pessoa, idade e onde mora. Já dá para ter uma primeira noção dessa pessoa." (Informante 3)

Verificamos que os casos costumam ser divididos entre aqueles que são: de outra área programática, que podem ser encaminhados diretamente; os que apenas

buscam medicamento, que em geral são atendidos mais rapidamente; os que estão retornando ao serviço pelo pedido de algum profissional que costuma lhe atender separadamente (fora da equipe), e, por ordem de chegada, aqueles que serão atendidos em grupo ou individualmente pela equipe. Nos três primeiros casos, em que o atendimento não deve demorar, os boletins e prontuários são direcionados aos plantonistas ou aos profissionais do *staff* que pertencem à equipe, mas que costumam atender individualmente, sozinhos ou com a presença de um segundo profissional.

Se o boletim for de alguém que nunca esteve ali, não há uma história para ler, pois está vazio, constando apenas a identificação do usuário, isto é, nome, nome do pai, da mãe, endereço, bairro de residência, município, UF, telefone, número do cartão do SUS, identidade, órgão emissor. Esses dados podem conter erros, devido ao preenchimento do profissional, ao próprio paciente que pode também cometer erros ou até mesmo dar informação falsa.

"Às vezes ele fala uma coisa para a assistente social lá na recepção, depois nem o nome dele é aquele, nem o local onde ele mora é. Isso acontece muito do paciente dizer que mora por aqui e não morar, dá um endereço falso." (Informante 2)

Os outros dados que costumam estar preenchidos são: sexo, data de nascimento, cútis, nacionalidade, naturalidade, UF. Não observamos o preenchimento dos campos referentes a profissão e aqueles do item "Características Pessoais" durante nossa participação na RIIPP. Estes dados poderiam ser preenchidos pela assistente social ou pela equipe. Percebemos que muitas vezes esses dados não são utilizados, permanecendo em branco no boletim. Alguns destes são fornecidos pelo próprio paciente ou acompanhante ao longo do atendimento, mesmo não sendo diretamente perguntados. Contudo, eram anotados em seu boletim, a menos que o técnico os considerasse relevantes para o caso, quando poderiam ser acrescentados como parte do relato da "Queixa Principal" ou da "História da Doença Atual". No período do atendimento ou posteriormente, os profissionais tinham que completar os seguintes campos dos boletins: itens 5 (Episódio corrente) e 6 (Avaliação clínica); Motivo da consulta; Queixa principal;

História da Doença Atual (HDA); Exame psíquico; Exame clínico; Medicação prescrita e Anotações gerais.

O preenchimento do boletim é de grande importância para alguns entrevistados, pois *"dá uma visão muito melhor do paciente"* (Informante 3). O Informante 7 nos fala que o boletim, apesar de ser *"inspirado na anamnese médica"*, possui uma diferença: procura apresentar a fala do sujeito sobre seu sofrimento. Os boletins costumam ser preenchidos pelos residentes quando estão na equipe, mas presenciamos casos em que os profissionais do *staff* preferem preencher sozinhos.

"O boletim é (...) basicamente médico (...) é inspirado na anamnese médica. A gente tem colocado essa diferença, da presença do paciente (...), da fala do paciente na formulação da queixa, na história que ele conta sobre o seu sofrimento, sobre a sua doença. Bom, mas dependendo de quem preenche, a coisa aparece mais ou menos. (...) Tem casos que o médico parece considerar muito pouco o que o paciente diz, mas são bem raros (...)"
(Informante 7)

Alguns profissionais consideram aspectos negativos do boletim, como o fato de não conter algumas informações para eles importantes. Os Informantes 4 e 7, concordam, por exemplo, que deveria haver algo a mais, como a *"religião"* do paciente. O Informante 4 cita também *"escolaridade"* e *"renda familiar"*. Verificamos, entretanto, que estes dois últimos itens estão presentes no boletim, apesar de muitas vezes não estarem preenchidos. O Informante 6 reconhece ainda que o tempo não lhes permite *"ir mais a fundo"* no conhecimento sobre a pessoa.

"(...) mas devia ter mais alguma coisa ali, tipo a religião do paciente, a escolaridade do paciente, tipo renda familiar do paciente. Te dá uma noção de como você vai abordar e, até mesmo, do linguajar que você vai usar para esse tipo de paciente ou como você vai abordá-lo." (Informante 4)

"Eu sinto que esse boletim deixa muito a desejar porque para se fazer uma anamnese correta, (...) também depende muito do tempo, (...) tinha que ser uma coisa muito mais, ir mais a fundo, conhecer um pouco mais sobre a pessoa, essa coisa assim tão rápida eu acho que fica até falho." (Informante 6)

Outro aspecto apontado com relação ao boletim foi o constrangimento causado pelo seu preenchimento, pois, desde sua chegada ao Instituto, o paciente pode passar por diferentes profissionais, em diferentes momentos, antes mesmo do atendimento da RIIPP, isto é: recepção não técnica, assistente social ou outro profissional da própria RIIPP ou do plantão, até que seja preenchido apenas alguns campos do boletim. Além disso, ele responde ainda à equipe da RIIPP no momento do atendimento para, só então, ter este preenchimento finalizado. As perguntas se repetem, alguns dados podem faltar, ou podem não ser verdadeiros. O Informante 2 acredita ser desnecessário o paciente passar por tantas pessoas e sugere que talvez esse boletim pudesse ser preenchido diretamente pelo profissional da equipe que lhe atende.

"Mas ele chega, vai até a recepção, faz essa ficha. (...) muitas vezes ele passa antes pela assistente social, que é até um procedimento que as pessoas estão querendo modificar, por que, além da recepção, ele passa depois na assistente social, aí fala um pouquinho do que ele já falou nessa recepção mais alguma coisa, aí, depois, ele vai para a equipe de médicos, psicólogos, e fala tudo de novo. Então é super constrangedor (...)"
(Informante 2)

Foi ressaltada a preocupação dos profissionais em conhecer dados previamente ao atendimento, o que poderia acabar por direcionar o atendimento, restringindo a escuta somente a determinados elementos. O Informante 5 oferece como exemplo a leitura da hipótese diagnóstica no boletim (CID). Essa informação poderia chamar atenção para determinados aspectos importantes da vida do paciente para serem levantados no momento do atendimento, entretanto, poderiam também reforçar a hipótese dada anteriormente, inviabilizando uma maior preocupação com investigações mais detalhadas: *"se você não tivesse visto aquele CID lá, você teria até outra hipótese diagnóstica."* (Informante 5).

"Mas eu acho que devem ser reduzidas ao máximo, qualquer coisa (...) que venha antes da escuta, eu acho que deve ser questionado." (Informante 2)

Os dados do boletim parecem ser considerados mais importantes no momento de dar continuidade ao tratamento do paciente, o que ocorre no caso do retorno, da internação ou do tratamento ambulatorial. O preenchimento é

considerado necessário pensando-se esse momento futuro, em que o paciente retorna ao hospital para prosseguir com seu tratamento, sendo atendido por outro profissional que pode ainda não conhecer sua história. Essa continuidade pode ocorrer no próprio Instituto em outro setor ou em outra instituição.

"(...) o boletim na RIIPP (...) é exatamente para ser o primeiro registro, não é que ele seja importante em si. O importante é o atendimento da pessoa, o encaminhamento que é dado, aquilo (...) é só um registro daquilo que aconteceu (...) É mais importante para quem for dar continuidade." (Informante 3)

"O boletim é fundamental pensando assim em termos de retorno (...)" (Informante 5)

"(...) eu sempre anoto no boletim porque eu sei que, se eu anotar, vai ser passado para o computador e que, no próximo boletim, vai vir impresso. Se isso vai auxiliar o colega ou não, eu não sei, mas eu geralmente boto porque pode ser de auxílio para ele e também para mim, caso venha a retornar e venha bater na minha mão de novo. Nesse caminho, já é um dado que está ali e eu (...) posso pensar numa abordagem do que (...) fazer (...)" (Informante 4)

"Às vezes (...) o boletim é preenchido de uma forma um pouco automática, (...) você nem pára para pensar o que que é fundamental para aquela pessoa que no futuro, de repente, vai atender de novo." (Informante 5)

Os boletins, conforme vimos, estão passando por um processo de informatização que vem sendo acompanhado já desde o início da pesquisa no ano de 2000. Este processo visa a facilitar o acesso aos dados dos pacientes. Está sendo proposto um modelo de boletim mais simplificado que possa ser melhor preenchido e, desta forma, mais bem utilizado.

INTEGRANDO O SUJEITO EM SUA HISTÓRIA

O Instituto é referência para a população de baixa renda, como aponta Corbisier (2000). Verificamos também a frequência de pessoas com formação

universitária e pertencentes à classe média. Somente através da participação nos atendimentos, fomos capazes de ter acesso aos dados sócio-culturais, como escolaridade e profissão, já que, em geral, não são registrados nos boletins e prontuários, mas podem ser informados ou não pelos pacientes ao longo dos atendimentos. A loucura não escolhe nível social ou cultural específicos. Baseado em sua experiência, o Informante 9 nos fala que o IPP trata de muitos pacientes "*intelectualizados*". O Informante 8 aponta a existência de uma grande "*diversidade*" de casos que acabam chegando na Psiquiatria:

"(...) a emergência e a psiquiatria recebe o louco, o mendigo, o empregado, sem-teto, sem comida, o melancólico, o deprimido, o alcoolista, o drogadito, etc, etc, enfim (...) estaria aqui enumerando tamanha diversidade.."
(Informante 8)

O Informante 1 coloca que dados como escolaridade e profissão, que podem apontar para a condição sócio-econômica, em geral, surgem nos atendimentos devido à preocupação com a capacidade de compreensão do paciente sobre seu problema ou sobre a orientação dada pelos profissionais.

"(...) a escolaridade é entendida como (...) a capacidade da pessoa de exercitar o pensamento, não só a nível de informação. Evidente que a pessoa mais escolarizada (...) é capaz de refletir melhor sobre a sua situação (...) esta é uma questão muito individual, mas a escolaridade pode contribuir até pelo sentimento de integração, pelo reconhecimento de seus direitos, tentar ver o que é seu problema, o que é problema dos outros, o que são problemas sociais. Então, a escolaridade favorece um aumento de consciência de si mesmo, (...)" (Informante 1)

Dependendo do problema relatado, a equipe pode desejar saber se o paciente estará só em determinado período do dia, se estará conseguindo sustentar-se, se tem onde morar ou quem o acompanhe, se estará realizando algum trabalho que necessite sua atenção enquanto estiver tomando medicação, se está amamentando, etc. Em vários casos é preciso que sejam feitas perguntas mais detalhadas sobre sua situação de vida. As respostas a elas costumam ser redigidas como parte da história da doença do paciente.

Constatamos que, na maioria das vezes, é o próprio paciente que acaba falando algo sobre sua formação ou profissão. Dos 79 casos acompanhados, só foram perguntadas pelos profissionais durante o atendimento a escolaridade de 2 pacientes. 11 deles falaram de sua escolaridade espontaneamente. Através da consulta de 67 boletins, conseguimos poucos registros da escolaridade. Encontramos este dado preenchido somente em 7 deles. A situação profissional do paciente, estar empregado ou desempregado, assim como sua ocupação, costuma surgir espontaneamente no momento do atendimento. A profissão dos pacientes costuma ser trazida quando falam sobre seu problema, como ocorreu em 32 dos 79 casos acompanhados. Apenas em 3 deles foram os profissionais que perguntaram ou consultaram diretamente o boletim do paciente para informar a equipe, sendo que de 67 boletins observados, conseguimos este dado de 1 só deles.

Apesar de alguns Informantes relatarem seu interesse por dados como profissão ou escolaridade, observamos com maior frequência sua preocupação com dados como local de residência. O serviço é territorializado, o que implica o encaminhamento do paciente para um serviço de sua área programática, isto é, mais próximo de sua residência ou, em alguns casos, mais próximo de seu local de trabalho, como nos mostra o Informante 3.

"Muitas vezes a gente vai encaminhar para a área que a pessoa mora, mais próximo da casa, ou do trabalho da pessoa." (Informante 3)

O serviço visa a facilitar ao máximo a continuidade do tratamento do paciente, seja ela na própria instituição ou em outra que seja mais conveniente para o sujeito. A comunidade também possui participação em sua melhora e a territorialização tenta aproximá-los, sujeito e comunidade (IPP, 2000a). Entretanto, algumas vezes o encaminhamento do paciente para a sua área programática pode ser interpretado como uma tentativa de *"resolutividade"* (Informante 5) do serviço. Isto é, quando o serviço está tendo muita procura, está cheio, oferece a resposta mais rápida que, neste caso, é o encaminhamento do paciente a outra instituição. Quando o paciente não pertence a área do Pínel, ele não costuma ser atendido no grupo pela RIIPP e sim pelos profissionais do *staff* e plantonistas. Neste caso, a territorialização pode se mostrar algo necessário, *"se não, sobrecarrega demais o serviço"* (Informante 6).

"Geralmente a gente procura ver a regionalização para ver se, quem sabe, próximo a residência, por questões financeiras (...) para o paciente, porque fica dispendioso para ele, (...) essa história de passagem (...) Eu, pessoalmente, procuro ver essa parte de regionalização para facilitar para o paciente." (Informante 6)

"O boletim a gente dá uma olhada primeiro para saber, (...) se o paciente é da área ou não, se ele não for da área, ele costuma ser atendido no plantão porque a RIIPP costuma dar encaminhamento. Assim, se for de fora da área e tem uma demanda de psiquiatria, (...) a RIIPP vai (...) encaminhar ele, para um posto de saúde, um hospital, um ambulatório, perto da casa dele. Então, como é um trabalho mais direto, o plantão faz isso. A RIIPP dá preferência para quem é da área, porque aí a RIIPP sabe o profissional que tem aqui no ambulatório do Pinel, (...) acompanha mais de perto, porque conhece como cada profissional trabalha, então vai encaminhar de uma forma muito mais criteriosa (...)" (Informante 2)

Pessoas de vários lugares do Rio de Janeiro procuram o Instituto, não apenas de sua área programática. Pessoas de outros estados vêm ao Rio de Janeiro, especificamente, em busca de ajuda ou apenas uma explicação para sua maneira de ser. Pessoas que estão no Rio de Janeiro, temporariamente, podem buscar o hospital ou serem levados até ele. O dado naturalidade poderia indicar aqueles pacientes que não somente são nascidos em outro estado, mas que, em alguns casos, possuem a vivência migrante. Em sua experiência, um dos informantes constatou a importância deste dado, que para ele pode indicar *"um certo desenraizamento do seu grupo familiar, da sua identidade"* (Informante 1). Nesse sentido, o migrante é entendido como podendo ter algo mais a resgatar a partir de seu deslocamento.

"Então isso era um fator importante, a questão de tentar resgatar a identidade, integrar isso com lembranças, integrar essas coisas." (Informante 1)

"(...) quem está aqui, de uma certa forma, está no mínimo angustiado. Se ele está no mínimo angustiado, ele também não tem cabeça para pensar muito nas coisas e resolver as questões pessoais. As pessoas que estão de fora, geralmente os profissionais (...), por ser o próprio trabalho deles, (...) deviam

cogitar também nesses fatores, que seriam, se não desencadeantes, seriam fatores agravantes. Então, deviam estar um pouco mais atentos a isso. (...) que eu realmente acho que estar fora de casa é um fator bastante agravante de qualquer coisa, principalmente em saúde mental." (Informante 4)

Observamos que a naturalidade não costuma ser perguntada, nem verificada no boletim. Ela surge, na maioria dos casos de pacientes originários de outro estado, quando o próprio paciente se refere à sua história de vida ou ao seu problema. Dos 79 casos acompanhados e a partir da verificação de 67 boletins, constatamos que 26 pacientes não eram nascidos no Rio de Janeiro. 11 deles chegaram a falar espontaneamente de sua naturalidade no atendimento. Verificamos que um dos profissionais chegou a ler a naturalidade nos boletins em 3 dos 79 casos. No entanto, por duas vezes ele se dirigiu para a pesquisadora e relatou ser o paciente migrante ou não migrante. A terceira vez ocorreu após o atendimento e pareceu apenas uma curiosidade de um dos profissionais presentes na equipe em decorrência do nome "diferente" do paciente.

Entendemos que o dado naturalidade não corresponde ao local de residência do paciente. Seu endereço pode corresponder a uma referência sua próxima ao hospital, pois nem sempre o paciente revela seu endereço verdadeiro.

"Eu acho que é importante sim, apesar de ser uma coisa muito primária, só um pedacinho da vida da pessoa, mas é alguma coisa, por exemplo, (...) a gente atendeu uma pessoa que mora em Recife, e veio aqui só para se tratar, não mora aqui, e veio só para se tratar." (Informante 3)

Na visão de alguns Informantes, os dados sobre o paciente servem para tentar integrar o indivíduo em sua história. As informações não significam apenas um maior conhecimento do sujeito, mas podem representar também a possibilidade dele "*integrar-se como indivíduo*" (Informante 1), se reencontrar. Pensando assim, o boletim fornece dados sobre a história do paciente que podem ajudar a compor o quadro atual de seu problema e oferecer os caminhos possíveis para sua resolução.

"(...) a partir dali a gente vai perguntando, reperguntando também, coisas desse paciente da situação atual, tentando integrar com a história anterior e

esses dados depois são pensados até na formulação diagnóstica, pensados na forma de proposta terapêutica (...)" (Informante 1)

"(...) às vezes a gente pega menos da informação para gente do que algo que possa ajudar o paciente a juntar suas coisas. (...) eu pelo menos tento buscar (...) algo que ajude a integrar a história do paciente e ele integrar-se como um indivíduo, e não como um conjunto de sinais e sintomas. A função desses dados sócio-demográficos é de tentar de alguma forma desaliená-lo (...), ou seja, é tentar o resgate do sujeito." (Informante 1)

Dados sobre idade e gênero também foram considerados relevantes em nosso estudo, pois fariam parte da história desse paciente e de sua singularidade e poderiam, dessa forma, contribuir para o melhor conhecimento por parte dos profissionais sobre o sujeito. Observamos, porém, que estes dados não possuíam a mesma função de integração do indivíduo a sua história em relação aos outros mostrados.

A idade do paciente surge, principalmente, para se pensar a abordagem que será utilizada com ele. Um exemplo é a abordagem medicamentosa. Determinadas medicações não são recomendadas a pessoas idosas. Alguns quadros podem também ser causados pela idade avançada ou podem ter se agravado em sua decorrência. Verificamos essa preocupação, tanto através da participação nos atendimentos, quanto nas entrevistas.

"A idade para você saber alguma coisa compatível com a idade e moradia sempre dá o indício de como é o fator sócio-econômico da pessoa e cultural também." (Informante 4)

"(...) assim, se for muito jovem a gente vai encaminhar para um serviço infante juvenil, se for muito idoso a gente já atende sabendo que vai encaminhar para um serviço especializado." (Informante 2)

O sexo também surge como um dado do paciente, relevante somente para se decidir o tipo de atendimento que será proposto, se em grupo ou individual, como veremos adiante.

PRIMEIRO MOVIMENTO: O QUE TROUXE A PESSOA ATÉ AQUI?

O encaminhamento feito pelo plantão à RIIPP não é direcionado a um profissional em particular. Não há hora marcada, o atendimento na RIIPP é feito por ordem de chegada, que pode ser verificada no horário digitado no boletim e, de acordo com as possibilidades da equipe do dia, pode variar devido ao número de profissionais, sua disponibilidade, etc.

Alguns dias vemos que há uma grande agitação na sala de espera. Muitas vezes os pacientes ou seus acompanhantes abordam os profissionais, fazem exigências, ameaçam, questionam a demora. Ficam agressivos, gritam. Todos falam de sua urgência. A espera pode gerar muita ansiedade para eles e seus acompanhantes. Vinte minutos podem significar horas para os pacientes. Esse tempo, porém, pode ser essencial para os profissionais que se organizam para os atendimentos. Na visão de alguns profissionais, o tempo de espera seria compensado por essa escuta mais cuidadosa. Entre cada atendimento deve haver tempo para a equipe conversar sobre cada caso, melhorando sua atenção a cada paciente. Esse tempo seria também necessário pensando-se a contribuição para a formação de novos profissionais pelo serviço.

"A gente sabe que, quando você está precisando, nunca é bom você ficar esperando muito tempo ali. Inclusive, tem pessoas que às vezes esperam mais de duas horas (...) para o atendimento (...), mas depois (...) compensa no sentido de que às vezes você fica meia hora mesmo com uma pessoa só (...)" (Informante 9)

"(...) a população é muita massacrada com fila, com espera (...) Uma coisa é você convencer que é preciso uma escuta cuidadosa (...) e que não é descaso dos profissionais que as pessoas esperem, mas, por outro lado, essa coisa de conversa de equipe, (...) às vezes realmente prolonga o tempo de atendimento (...) porque a gente ali, além de fazer o atendimento em benefício do paciente, a gente faz também em benefício da formação dos profissionais, residentes, estagiários que participam." (Informante 7)

Verificamos que pode haver demora no início dos atendimentos em decorrência da equipe da RIIPP ser composta por residentes, especializando de

psiquiatria ou de saúde mental, e estagiários os quais aguardam que algum profissional do *staff* chegue para então iniciarem o trabalho. Acreditamos que isto acontece talvez por uma questão de hierarquia ou por ainda não se acharem qualificados para atenderem sem supervisão ou pelo fato da sala onde o atendimento é realizado ficar trancada até que um *staff* da equipe chegue e a abra. Neste último caso, observamos que os residentes que chegam se vêem impossibilitados de entrar na sala e precisam aguardar.

As pessoas são chamadas de acordo com a ordem dos boletins e vão entrando na sala indicada pelo profissional. Geralmente, sentam-se formando um semi-círculo ou um círculo, dependendo do número de pessoas. Não existe uma disposição prévia ou "certa". Os profissionais podem preferir sentar-se enfileirados, um ao lado do outro, ou não, podem ficar misturados entre os pacientes e seus acompanhantes.

Observamos que a decisão de como o atendimento será realizado, se em grupo ou individualmente, ocorre através da verificação da quantidade de boletins e o interesse manifestado por algum paciente ou acompanhante de ser ou não atendido individualmente ou em grupo por algum profissional específico (psiquiatra, psicólogo, assistente social). Esse interesse pode ser constatado através de informação contida no boletim ou pelo contato com o paciente antes do atendimento, enquanto ele está na sala de espera ou num atendimento individual antes do atendimento para conversar com algum dos profissionais do *staff*.

"(...) previamente a gente conversa com os pacientes ali fora sem ver qual é o problema, principalmente na hora que a gente chega ali. Aí vê se pode, por exemplo, fazer um grupo de pacientes (...) Vê se eles podem conversar, cada um expor o seu problema na frente de outros (...) ou não (...)" (Informante 9)

"Vai depender muito da demanda da pessoa. Às vezes a gente atende individualmente, às vezes (...) atende em grupo. (...) às vezes a assistente social faz um preenchimento, pelo menos do dado 'motivo da consulta'. Então, às vezes, pelo motivo da consulta dá para a gente perceber. (...) a gente percebe que (...) ela só vai se sentir bem falando sozinha, é uma coisa que vai atrapalhar ser atendida em grupo." (Informante 3)

"Primeiro tem um pouco de antecipação, coisa que até quando dá a gente faz, de chegar mesmo a conhecer a pessoa antes de chamar, de chegar no salão de espera e ver se é primeira vez, se não é, porque está vindo, mais ou menos, ver como é que a pessoa está, para decidir se coloca no grupo, se é atendimento individual (...)" (Informante 7)

De acordo com as *"Rotinas e Orientações gerais - Manhã e Tarde"* é feita uma *"triagem rápida"* a partir dos boletins:

"De posse dos Boletins de atendimento com os dados de identificação preenchidos pela secretaria da recepção (ou prontuários) e através de uma triagem rápida, serão definidos os casos para atendimento em grupo, os que se recomenda atendimento individual e aqueles que requerem uma orientação prévia sobre o funcionamento e organização dos serviços (clientes ambulatoriais ou de responsabilidade de outras Unidades que vêm em busca de fornecimento de medicação, solicitações de atestados para licenças, benefícios ou outras demandas de serviços não ofertados por esta Porta de entrada)" (IPP, 2000b: 1)

Os critérios usados para definir se o atendimento será realizado ou não em grupo parecem depender de cada profissional. Em geral, tentam reunir um grupo de pessoas que possuam idade aproximada, problema semelhante ou o mesmo sexo, elementos comuns que facilitem sua identificação uns com os outros. O Informante 9 chega a sugerir a importância em não juntar um paciente *"intelectualizado"* com outro cuja capacidade de se expressar seja inferior, pois este último teria maiores limitações.

"(...) eu acho que a gente pensa assim: se tem duas pessoas de 70 anos e uma garota de 18, a gente pensa, 'será que vai dar para colocar no mesmo grupo ou não?' (...)" (Informante 7)

"(...) o boletim, no caso de seleção, eu acho que ajudaria mais você vendo (...), talvez a idade do paciente (...) para poder juntar (...)" (Informante 9)

"(...) eu olhei ali, são duas meninas praticamente da mesma idade (...), aí eu vi que trouxeram os mesmos problemas, (...) Conversei com elas, após olhar

o boletim (...) para saber qual era o problema, (...) se pode juntar o grupo ou não." (Informante 9)

Ao nos referimos aos grupos, estamos falando especificamente da união de mais de um paciente para um atendimento realizado pela equipe com dois ou mais profissionais. Portanto, os grupos podem ser compostos de dois pacientes ou mais, com ou sem acompanhantes. Verificamos que o grupo com a presença de acompanhantes pode gerar ansiedade e agressividade em algumas situações. Alguns profissionais também reconhecem essa possibilidade.

"(...) eu acho que esse atendimento em grupo por um lado é favorável porque o paciente vê que não sofre sozinho, que existem outras pessoas que sofrem, mas a gente tem que lembrar que o paciente chega num meio adverso, num meio que normalmente traz repulsa às pessoas. Elas ficam envergonhadas de estarem aqui e eu acho que é muito melhor o atendimento individual, porque as pessoas se sentem mais a vontade de falar sobre os seus problemas para a equipe, porque falar para a equipe com uma pessoa leiga do lado ouvindo o que está se passando é uma quebra de privacidade. Eu acho que o paciente percebe isso." (Informante 4)

Observamos que este atendimento foi questionado por alguns pacientes por acharem errado a presença de pessoas que para eles não são pacientes (os acompanhantes) em seu atendimento. Alguns chegam a ficar agressivos com este fato, pois não se identificam com o acompanhante de outro paciente. Nestes casos, não acreditam compartilhar de um mesmo sofrimento e podem achar que aqueles acompanhantes (dos outros pacientes) não deveriam estar presentes em seu atendimento.

"O grupo é uma forma de tratamento, (...) ele só é útil mesmo quando existe uma seleção prévia (...) para saber o que os pacientes podem (...) trocar entre si (...)" (Informante 9)

Num mesmo dia podem ocorrer vários atendimentos individuais e/ou grupais. Os casos reunidos nos grupos costumavam ser bem diversificados, assim como as características pessoais dos pacientes que participavam do grupo. Não identificamos uma homogeneidade nestes atendimentos. Apesar da preocupação demonstrada

pelos entrevistados, pareceu-nos quase impossível o controle da idade, sexo ou do motivo da consulta para se pensar a formação de um grupo. Essa escolha dependia dos profissionais no dia, sua disponibilidade, disposição, paciência, etc. Mesmo assim, num grupo heterogêneo, era possível a identificação de alguns pacientes com outros. A incompreensão, o desespero, o sofrimento, muitas vezes, apareciam como marcas comuns em suas histórias, unindo-os em comentários, sorrisos, lágrimas, enfim, sentimentos.

Dos 79 casos acompanhados na RIIPP, 46 foram atendidos individualmente, enquanto 33 foram atendidos em grupo. Foram realizados 11 grupos no total, 6 grupos compostos de 3 pacientes, 3 grupos de 2 pacientes, 1 grupo de 5 pacientes e 1 grupo de 4 pacientes. Os grupos, em geral, eram compostos de pacientes e seus familiares ou acompanhantes, variando em termos de número de pessoas presentes, inclusive com relação à equipe.

De todos, o critério que nos pareceu mais freqüente para definição da forma como seria o atendimento, individual ou grupal, foi o tempo. A decisão de se realizar ou não um grupo partia do fato de haver maior ou menor tempo para se ouvir cada paciente. O grupo, para alguns, costuma ser sentido como algo mais lento, que requer mais disposição e atenção de sua parte.

"(...) às vezes o movimento lá fora tá muito grande. Às vezes a gente tem que tentar dar uma agilizada. Às vezes o grupo demora muito, por mais que pareça que não, às vezes demora. Às vezes o atendimento individual fica um pouco mais fácil administrar (...)" (Informante 3)

"(...) eu percebo que pega muito essa coisa do tempo: 'Ah, a gente está com tempo, vamos ouvir cada um'; 'Tá, vamos agrupar todo mundo'. Aí, a impressão que eu tenho é que as pessoas estão falando individualmente, porém aglomeradas num único espaço. Sabe, (...) esse dispositivo grupal (...), poucas vezes eu vi isso realmente funcionar, poucas vezes. Era mais um aglomerado de pessoas, cada um falando do seu problema no dispositivo." (Informante 5)

"(...) se às vezes as pessoas (...) tão mais cansadas, é melhor fazer um a um, do que fazer em grupo." (Informante 7)

Os atendimentos costumam seguir os movimentos descritos por Cláudia Corbisier (2000) citados anteriormente. Vimos que em geral o atendimento é conduzido por profissionais do *staff*, mas fica aberta a possibilidade de intervenções dos outros profissionais da equipe. No início a equipe é apresentada, um a um os nomes são falados, algumas vezes a especialidade de cada profissional também é dita. Procura-se explicar a proposta da RIIPP, enfatizando que o atendimento é feito pela equipe multiprofissional. Pede-se que cada paciente se apresente e diga o que o trouxe ao serviço.

"De modo geral, a gente apresenta a equipe, apresenta a proposta de escuta em grupo, (...) avisa que (...) vai escutar as pessoas e que depois elas vão sair, a gente vai conversar entre a gente e (...) vai chamar individualmente (...), para dar um último retorno do que a gente possa ter pensado. (...) Nem sempre a gente consegue funcionar como (...) propõe." (Informante 7)

Nesse "*primeiro movimento*" (Corbisier, 2000: 65), em grupo ou individualmente, a equipe escuta cada pessoa presente, inclusive acompanhantes, caso desejem falar. Pode surgir grande ansiedade ao longo do atendimento em grupo, pois cada um precisa escutar a fala do outro até chegar seu momento de falar e ser escutado. Constatamos que o atendimento com um número grande de pessoas exige maior atenção da equipe devido às intervenções que podem ocorrer. Parece confuso, pois são muitas informações sendo trazidas ao mesmo tempo por diferentes pessoas, numa dinâmica na qual os pacientes e seus acompanhantes interagem entre si e com a equipe. No grupo²⁰, todos participam, pacientes ou não pacientes, acompanhantes, familiares e equipe de profissionais. Na RIIPP, os profissionais devem estar atentos à fala, ao comportamento, aos gestos e expressões, de aproximadamente oito pessoas ao mesmo tempo. Os profissionais concordam que o fato do atendimento ser em grupo pode acentuar a timidez de alguns, o que só será percebido quando ficam à vontade, individualmente, num terceiro momento, que ocorre após o intervalo ao serem chamados de volta à sala.

"Eu particularmente prefiro (...) o atendimento (...) individual (...) porque (...) o paciente (...) consegue colocar as suas coisas assim da maneira dele, (...) mas por outro lado, tem os pacientes que as vezes não conseguem colocar

nada e, dentro do grupo (...), as vezes, ou eles conseguem (...) ajudados pelos outros a colocar os seus problemas ou eles aí é que ficam mais embotados ainda, aí é que não conseguem falar mesmo." (Informante 9)

Apesar da existência dessas restrições, o grupo é visto pelo Informante 7 como a possibilidade dos pacientes terem poder frente à equipe de profissionais. Entendemos que no grupo as pessoas, no caso, os pacientes, poderiam sentir-se *"menos acuadas pela figura do terapeuta"*, no caso da RIIPP, a equipe de profissionais, pois estariam acompanhadas por *"outros pares"* (Costa, 1989: 41), isto é, outros pacientes como ele.

"No princípio eu (...) tinha (...) restrição quanto à privacidade de cada um (...) E comecei a ver como era importante para os pacientes, se os profissionais estão em grupo e portanto tem poder ali, os pacientes terem seu grupo e ter uma certa distribuição em termos de poder deles entre si frente à gente, à equipe. (...) Então, essa troca entre os pacientes, eu acho que tem esse aspecto de relativizar a fragilidade do paciente frente à autoridade do saber (...) da equipe, por outro lado, abre também para a relativização de seu próprio sofrimento, para ver o sofrimento do outro (...) E isso realmente dá um grau de abertura, envolve plasticidade (...)" (Informante 7)

O grupo de pacientes parece funcionar diminuindo sua ansiedade, pois têm a possibilidade de compartilharem com pessoas semelhantes (outros pacientes que estão sofrendo) os seus problemas. Esta possibilidade de falar e de ouvir o outro, de identificar-se com este outro, solidarizar-se, pode aumentar sua consciência de si mesmo e de seu problema, podendo trazer à tona mais informações sobre o caso. Seu sintoma pode ser assim *"relativizado"* (Informante 7). Há uma *"troca"* (Informante 6).

"(...) na teoria (...) é muito legal essa coisa (...) das pessoas, ao escutar o outro, já ter um outro posicionamento subjetivo de repente. Chega com uma impressão, já fica essa coisa muito grupal da identificação com o sofrimento do outro, já se tranqüilizaria..." (Informante 5)

²⁰ Para maior esclarecimento sobre a dinâmica presente no grupo terapêutico, ver Zimmermann (1971).

"(...) a gente faz essa avaliação em conjunto, até é muito interessante que (...) a gente ouve um por um e às vezes há um diálogo entre eles. Um está ouvindo e diz: 'Ah, rapaz eu também estou sentindo isso'. Então, é aquela troca e a gente deixa que eles comentem entre eles o que estão achando, o que estão sentindo (...). Às vezes eles chegam assim muito ansiosos, com vergonha de ter que se expor e de repente eles se sentem felizes porque ouviu o colega falando de um problema muito pior do que o dele e (...) ali parece que já rolou o início de uma terapia (...)" (Informante 6)

"(...) é uma coisa muito importante para o paciente esse atendimento (...) em grupo, (...) particularmente, acho que é muito bom porque há uma ajuda ali mútua entre eles, (...) acabam vendo que o caso deles não é pior, não está perdido, tem pessoas em situação muito pior (...)" (Informante 6)

"Já aconteceu de uma pessoa falar e a outra dizer: 'Nossa, mas eu sinto isso também, exatamente assim que eu me sinto'. Ou então: 'Já passei por isso uma época, foi assim, foi assado'. (...) Já teve o contrário também de gente falar: 'Olha, eu não tenho condições de falar isso aqui, eu estou muito constrangida, preferia falar individualmente'." (Informante 5)

Mas nem todo caso pode ser atendido em grupo, como nos aponta o Informante 7. É preciso que o profissional tenha o cuidado e a atenção para perceber se o paciente deve ou não ser atendido no grupo, se ele tem condições de permanecer, de realizar essa troca, ou se isso se torna mais um fator ansiogênico. Essa percepção, que cabe ao profissional, é entendida pelo Informante 1 como uma "intuição", uma maior sensibilidade por parte do profissional que já possui uma vivência capaz de lhe dar tal discernimento. Este tipo de "intuição", surgiria da experiência direta do profissional com o paciente, não apenas da leitura do boletim. Teria base na atenção ao seu comportamento desde o momento de sua chegada ao serviço.

Percebemos que a equipe deve estar atenta à presença dos acompanhantes no momento do atendimento, de forma a não prejudicar o paciente. Pode surgir, por exemplo, o questionamento sobre o envolvimento do paciente com drogas, em que é preciso ouvir o próprio paciente, quando é possível, individualmente, pois o acompanhante pode não ter esse conhecimento e o paciente ficar constrangido de

falar na sua presença. É preciso tomar cuidado com as perguntas feitas, assim como com as respostas. Os profissionais devem se preocupar com alguns casos em que somente o acompanhante fala, quando o paciente é trazido e não tem espaço para si no atendimento, sua palavra não é valorizada, podendo se tornar "louco" a partir da fala do outro. Em alguns casos, o paciente tem apenas um episódio agudo e pode ser tratado como "doente mental" ao longo de sua vida, não apenas pelas instituições de saúde, mas também por sua família e pela sociedade, deixando de trabalhar, passando a não fazer mais nada, inclusive em relação à si próprio, à sua casa, à sua vida.

Ressaltamos que em alguns casos pode ser observada a necessidade de contenção, por medicação ou mesmo física antes do atendimento. Quando o paciente não está em condições de participar do grupo, de contribuir para seu atendimento individual, pode ser necessário uma postura mais rígida do profissional de forma a controlar sua agressividade ou agitação, podendo medicá-lo para se acalmar e participar, posteriormente, do atendimento, seja na própria RIIPP ou no leito diagnóstico²¹. A RIIPP tenta diminuir assim sua ansiedade inicial, para então pensar junto com ele sua melhora. Caso o profissional perceba que o paciente não está bem, mesmo antes de terminar o atendimento, pode agilizar seu encaminhamento. Da mesma forma, sempre que é manifestado algum desejo por parte do paciente ou do(s) acompanhante(s) em se retirar, a equipe pede que aguardem o término do grupo do lado de fora para, então, serem atendidos individualmente (sem a presença de outros pacientes e seus respectivos acompanhantes).

Podem existir dúvidas quanto ao relato do paciente, o que fica difícil de lidar quando ele está desacompanhado. Pode ser necessário pedir-lhe que retorne à RIIPP acompanhado de alguém de sua família. A equipe considera importante ouvir o discurso da família assim como o do próprio paciente. Se o paciente não estiver bem, podem ligar para sua casa para pedir que venham buscá-lo e para também participarem deste processo. É importante a presença da família para acompanhar o caso, e o retorno pode servir para implicar os familiares no tratamento do paciente.

²¹ Fica sob responsabilidade da equipe da enfermagem. É o local onde as pessoas ficam em observação, aguardando encaminhamento. Possui 12 leitos, com uma média de permanência de até dois dias.

Pode-se ouvir separadamente paciente e/ou acompanhante caso haja necessidade, após o atendimento em grupo ou do individual. Essa separação pode ser proposta pela equipe, a fim de se obter uma melhor compreensão do quadro apresentado. Os próprios familiares podem pedir para falar só com o profissional, tentando entender melhor o que está acontecendo ou acrescentar mais algum aspecto com relação ao paciente. Em algumas situações, se percebe que a família e/ou acompanhante também precisam de um acompanhamento, o que pode ser sugerido. A família também sofre e muitas vezes necessita ajuda. Portanto, existe o cuidado em dar atenção também à família, explicando o problema do paciente e oferecendo possibilidades para sua melhora.

SEGUNDO MOVIMENTO: ENQUANTO VOCÊ VAI PENSAR...

Percebemos que o tempo de atendimento na RIIPP envolve: o tempo de espera para ser atendido; o tempo de um atendimento, com interrupções, primeiro em grupo ou individual, intervalo para os profissionais conversarem, depois o atendimento individual; o tempo de espera correspondente ao intervalo entre os atendimentos no mesmo dia; e o tempo para se resolver ou dar um encaminhamento apropriado ao paciente que pode envolver mais de um atendimento, em dias diferentes, o que é chamado retorno, com um intervalo de até uma semana ou 15 dias. Nesse aspecto, seu atendimento pode ser considerado mais longo, pois envolveria vários momentos num período maior de tempo do que ocorre num atendimento psiquiátrico de emergência realizado pelo plantão, por exemplo. Mas para alguns Informantes esse atendimento da RIIPP trata de "qualidade" e não de "quantidade" ou tempo, como nos fala o Informante 2. Dependendo do caso, o tempo de atendimento varia, fica mais extenso ou mais curto, de acordo com a necessidade de deixar o paciente falar sem interrupção ou, ao contrário, de interrompê-lo.

"Se a gente quer fazer uma coisa de qualidade, a gente vai ter que ir mesmo como cada grupo que a gente atende ou cada paciente sugerir. Às vezes pode fazer o mesmo tempo do plantão, às vezes demora muito. Não dá para cortar a coisa assim, pensando no tempo cronológico (...)" (Informante 2)

"(...) quando a coisa é complicada, quando a gente recebe paciente com dificuldades diagnósticas ou então um caso grave, aí você tem que explorar e

gasta muito tempo. E quando é uma coisa coletiva, de grupo, os outros pacientes também ficam impacientes e assim, meio angustiados com a situação (...)" (Informante 4)

Alguns informantes falam da existência de críticas com relação ao tempo de atendimento da RIIPP, por parte de profissionais da própria instituição. O tempo é percebido como longo, lento, mas o dispositivo não se preocupa em ser rápido, em dar uma resposta imediata, apenas em atender da melhor forma possível a sua clientela.

"(...) a gente vive uma certa tensão que é isso demanda tempo (...) e aos olhos, às vezes, dos colegas que estão acostumados a uma situação de emergência como urgência, no sentido de resolver o aparecimento de questões, no sentido de calar, não por maldade ou falha técnica, mas é por cultura, aos olhos da instituição, às vezes fica como um tempo longo, uma demora desnecessária, uma lenga-lenga, uma coisa assim." (Informante 1)

Este "segundo movimento" (Corbisier, 2000: 65), no qual pede-se que as pessoas aguardem do lado de fora da sala, enquanto a equipe conversa sobre cada caso, pensa possibilidades, corresponde ao que chamamos de "intervalo" e também envolve tempo. Percebemos que esse tempo de espera dos pacientes fora da sala após a primeira parte do atendimento pode tornar-se tão angustiante em alguns casos, quanto os 15 minutos em que falaram anteriormente. Mas esta espera pode oferecer também a possibilidade da equipe pensar sobre os caminhos para cada caso; de pacientes e acompanhantes interagirem na sala de espera, conversarem e complementarem suas histórias a partir de novas lembranças. A equipe não corre com o atendimento. Este intervalo é importante e é considerado como parte do atendimento. O espaço para discussão de cada caso entre os profissionais da equipe é essencial para que não sejam desconsiderados elementos colocados pelo paciente durante o atendimento que possam ter grande importância para lidarem com o sujeito e seu sofrimento.

"(...) quando a gente pede que se afaste um pouco, se retire um pouco, enquanto você vai pensar qual é o melhor tipo de encaminhamento e o que tem que ser feito para cada um e, nesse caso, seria chamado individualmente. A gente nota na segunda chamada, quando entram, que eles

já entram com um outro comportamento, assim, mais descontraído. Já aí, então, acrescenta mais alguma coisa que não se lembrou, não foi nem por vergonha, às vezes é porque (...), se lembrou lá fora, enquanto conversava com outro paciente." (Informante 6)

O tempo de atendimento (incluindo os três movimentos) varia muito de acordo com o dia da semana, a procura pelo serviço, o número de profissionais da equipe, sua disponibilidade, etc. É preciso, portanto, que os profissionais tenham a consciência das limitações de tempo e façam o possível para responder bem a cada caso, mesmo que isso implique em não dar uma resposta imediata a alguns.

"Então a gente tem uma preocupação com o paciente que é atendê-lo na medida do possível. A gente tenta encaminhar a situação até que o paciente possa estar em tratamento efetivo, eficaz." (Informante 1)

Para alguns profissionais, parece impossível dar conta de tudo em um espaço de tempo tão curto. Verificamos que, em geral, cada paciente fala de dez a quinze minutos no primeiro momento, tendo uma espera também de dez a quinze minutos, para retornar à sala por mais uns cinco minutos no terceiro movimento.

TERCEIRO MOVIMENTO: UM ENCAMINHAMENTO POSSÍVEL

Observamos que existem profissionais que se acostumam a determinadas respostas como o encaminhamento do paciente para a sua área programática, o retorno ou a própria medicalização. Sua escuta pode se mostrar restrita, isto é, sem a preocupação em obter conhecimentos sobre o caso que possam ajudar a pensar possibilidades para aquele sujeito. Mas, acreditamos que a equipe multiprofissional é uma tentativa de evitar estes tipos de respostas sem uma maior reflexão ou discussão, como nos aponta Oliveira (2000).

"Eu acho que o trabalho fica muito interessante quando tem outra pessoa, outro profissional para você trocar. Tem essa coisa que a gente faz de dar o retorno. O paciente sai da sala, a gente conversa, isso é muito interessante. Muitas vezes a gente começa conversando um encaminhamento possível e, no final da troca, (...) vai fazer outra coisa completamente diferente disso, porque a gente se escutou também e viu que (...) não é tão interessante dar

um primeiro encaminhamento assim, porque tem isso ou aquilo que escapou ao outro. (...) cada um colocando a sua percepção, (...) consegue trocar mais e fazer um encaminhamento melhor." (Informante 2)

Neste "terceiro movimento" (Corbisier, 2000: 66), cada paciente é chamado individualmente, com ou sem acompanhantes, para que a equipe lhe proponha caminhos possíveis. De acordo com cada caso, verifica-se o melhor procedimento a ser adotado como o tratamento medicamentoso, ou encaminhando para tratamento ambulatorial em psiquiatria, ou para tratamento psicológico, ou para outra instituição da rede pública, ou para outros setores do próprio serviço etc. A equipe pode achar, por exemplo, que não há necessidade de tratamento psiquiátrico.

"Aí, dependendo de qual seja a medida que a gente acha (...) que vai melhor beneficiar o paciente, a gente encaminha para o ambulatório daqui, tanto o de psiquiatria ou o de psicoterapia, ou encaminha para algum grupo que a gente conheça, ou daqui ou de um outro hospital, ou (...) encaminha para a área da pessoa, para o posto mais próximo da casa (...) É mais ou menos assim, a gente procura aliar um pouco da praticidade com o que é melhor para o sujeito." (Informante 2)

"(...) às vezes o paciente chega dizendo que prefere ter o atendimento em grupo, às vezes (...) a gente não faz nada. Não faz nada porque não tinha nada para fazer, porque o paciente não está precisando." (Informante 2)

As possibilidades discutidas pela equipe durante o intervalo são colocadas para o paciente que deve participar de seu processo de melhora. Após conversar com o sujeito, a equipe deve tomar as providências necessárias para que ele consiga dar continuidade ao tratamento indicado, seguindo o caminho recomendado pela equipe. O encaminhamento é feito pensando-se nos recursos e possibilidades do paciente.

Observamos que os profissionais da RIIPP costumam não medicar quando o paciente for realizar tratamento em outro local ou quando verificam que o paciente já faz algum tratamento psiquiátrico, sendo que, neste último caso, procuram não intervir e sugerem que retorne ao médico que já o acompanha. Porém, em algumas situações, para se prevenir a piora e evitar possíveis riscos ao paciente, é preciso

medicar ou mesmo retirar a medicação e, sendo assim, acabam por pedir o retorno do paciente para poderem acompanhá-lo melhor e, posteriormente, fazer o encaminhamento.

No caso de indicação psicoterápica, constatamos que, devido ao fato de existir certa dificuldade em marcar psicoterapia na própria instituição, pois a demanda parece ser maior que a oferta, e o Pinel, por ser um serviço público, não poderia indicar um local privado ou que cobre a consulta, a equipe pode indicar, por exemplo, "clínicas sociais" universitárias e informar que se costuma cobrar um valor. Quando a marcação é para o ambulatório, há também o problema do tempo de espera, que pode demorar em média 15 dias, dependendo da procura pelo serviço.

A internação pode ser um dos caminhos previstos, mas, se o paciente está acompanhado da família, a equipe procura não internar. Ao longo da participação nos atendimentos de 79 pacientes, constatamos apenas uma internação, mesmo assim, requisitada pelo próprio paciente, quase como um pedido de socorro de alguém que só poderia se reencontrar a partir do afastamento temporário de sua vida. Precisava afastar-se para "renascer" socialmente. A equipe percebeu sua urgência e providenciou a internação antes mesmo do fim do atendimento em grupo.

A institucionalização é um dos medos da equipe da RIIPP que tenta sempre que possível evitá-la. Verificamos que a preocupação em não institucionalizar leva o profissional a pensar as internações como último recurso. Entretanto, algumas pessoas, que procuram ajuda no IPP, já trazem um discurso institucionalizado. Percebemos pacientes que têm o hábito de vir ao Instituto, geralmente com o discurso de buscar medicação que lhes é fornecida. Alguns deles chegaram a realizar acompanhamento ambulatorial, outros nunca deram continuidade ao seu tratamento, outros já passaram por diversas instituições. Em alguns destes casos, os profissionais questionam o porquê permanecem vindo à instituição se estão bem, pois existe o risco destes pacientes ficarem para sempre rotulados como doentes mentais, o que poderá afetá-los em sua vida social. Vimos que algumas pessoas ao chegarem ao hospital achando que o medicamento é a solução para seus problemas, ficam até decepcionadas quando a sugestão da equipe é "somente" um retorno ou a psicoterapia.

Na RIIPP, percebemos que é essencial não precipitar um diagnóstico, muito menos recorrer à medicação, caso haja dúvidas a respeito da situação de vida do paciente, de sua história, ou mesmo de qual seria o seu problema real. Quando a equipe acha necessário pede o retorno, isto é, que ele volte a procurar o serviço da instituição e, de preferência, a mesma equipe que lhe atendeu naquele dia. Sempre se informa os nomes dos profissionais que lhe atenderam como referência, pois já têm o conhecimento de seu caso. Havendo necessidade do paciente ser atendido antes que os mesmos profissionais estejam reunidos, é comum marcarem retorno diretamente com um dos profissionais que participaram de seu atendimento, ou, excepcionalmente, pode-se marcar com outra equipe da RIIPP.

*"(...) se a primeira entrevista não foi suficiente para nós ou para o próprio paciente clarear qual é a demanda, a gente pede retorno a nossa própria equipe, à equipe que o atendeu, para ir aprofundando mais, para poder propor o encaminhamento de uma forma mais segura. Se esse paciente está num nível de angústia (...) que ele precisa de um acompanhamento de perto, a gente pede retorno a nós mesmos, ou às equipes subseqüentes a gente."
(Informante 1)*

Pode-se pedir retorno de casos cujos diagnósticos ainda precisam ser analisados, quando existem dúvidas quanto à demanda, ou se há preocupação em acompanhá-los mais de perto, para verificação de alguma alteração no estado do paciente ou mudanças a partir do uso da medicação prescrita. Algumas vezes recomenda-se o retorno apenas numa nova crise ou devido a alguma alteração em função da medicação prescrita.

*"(...) muitas vezes a gente (...) não consegue entender o que está acontecendo com a pessoa, então, a gente também não pode dar (...) um encaminhamento porque (...) precisa primeiro acolher aquilo ali melhor. Então, a gente às vezes orienta para retornar na semana seguinte, às vezes orienta para retornar na mesma semana, talvez com uma outra equipe (...)"
(Informante 3)*

"Eu vejo o retorno como possibilidade de estar avaliando melhor o que a pessoa realmente está buscando, não dar a resposta imediata (...) É mais nesse sentido, no sentido da pessoa poder estar reavaliando também. Porque

ao longo do tempo, as coisas que a pessoa falou é como se as fichas fossem caindo. (...) A gente pede o retorno para ver de lá para cá o que aconteceu, o que a pessoa pôde produzir." (Informante 5)

"Então, o retorno (...) é muito importante porque a gente não pode ter a pretensão de querer dar um encaminhamento para a pessoa num primeiro contato, quando as coisas estão muito confusas ainda. (...) Aí, se você for dar a medicação e esperar a pessoa ir para o primeiro atendimento no ambulatório médico, às vezes (...) não vai ter o efeito esperado. Então, o retorno às vezes é muito importante, não só pelo efeito da medicação, como para ver melhor qual é a demanda (...)" (Informante 3)

Mesmo quando já há hipóteses sobre o diagnóstico, percebemos a preocupação de alguns profissionais em não diagnosticar antes de ver o paciente pela segunda vez, inclusive para verificar com maior certeza a medicação a ser prescrita. A equipe procura acompanhar o estado do paciente para pensar num encaminhamento posteriormente. Certas informações podem escapar aos profissionais, que devido ao cuidado com a escuta ao sujeito, acreditam ser necessário saber mais detalhes sobre o paciente, o que pode ocorrer através do retorno.

O interessante no retorno é a possibilidade de se fazer um acompanhamento do quadro do sujeito, que caminhos ele está percorrendo. Sempre fica aberta a possibilidade de retorno ao Pinel, pois acredita-se que o paciente forma um vínculo com o hospital. Alguns pacientes retornam mais calmos e agradecem o cuidado da equipe. A RIIPP é uma "porta aberta". Os pacientes podem retornar mesmo tendo sido encaminhados para outro local. Nestes casos, o retorno pode servir também para a constatação de se a instituição recomendada está atendendo normalmente, se houve algum motivo específico para a dificuldade por parte do paciente de conseguir levar adiante seu tratamento.

Fomos informados que não são todos os pacientes que retornam, mesmo que este retorno tenha sido sugerido pela equipe em seu atendimento. Dos 79 casos que acompanhamos, houve 9 retornos que foram atendidos pela equipe, pois 4 estavam marcados para aquela equipe e 5 para profissionais que estavam na equipe naquele

dia. Outros 15 retornos foram requisitados pela equipe para serem atendidos posteriormente.

O número de retornos, porém, pode representar um fator negativo para o serviço, já que a Recepção, como nos fala Oliveira (2000) sobre o grupo de recepção do IPUB, é *"um lugar de passagem, cujo horizonte é o encaminhamento para um tratamento que tenha continuidade"* (Oliveira, 2000: 33). A RIIPP funciona como uma passagem, através da qual os pacientes terão seus caminhos definidos. O local do tratamento, da continuidade, não é lá. Aquela, é apenas a porta de entrada da primeira vez. A RIIPP deve acolher, mas não cabe a ela responder por todo o caminho. O encaminhamento deve ser definido logo de forma a evitar que o paciente faça um vínculo com os profissionais da equipe, e, depois, ainda seja encaminhado para outro profissional ou outra instituição. O acompanhamento deve ser realizado por um profissional que lhe ofereça um espaço com um número maior de horas, dedicando-se com maior cuidado ao seu caso, o que não pode ser feito no espaço de atendimento da RIIPP.

"Às vezes o retorno (...) é muito importante para poder entender melhor o que está acontecendo. Agora, também não sou a favor de três, quatro retornos, porque, aí, eu acho que já começa a fazer um vínculo com a equipe e depois fica complicado desfazer. A pessoa se sente até meio abandonada."
(Informante 3)

Na RIIPP, os retornos não costumam ser atendidos no grupo de pacientes. Existe um entendimento por parte de alguns profissionais que, mesmo quando o retorno é para a equipe, não deveria ser atendido no grupo, pois o paciente pode ser levado a pensar que se trata de uma "psicoterapia de grupo". Apesar da RIIPP ser considerada um espaço terapêutico, ela não pretende ser uma psicoterapia de grupo. O grupo que participa é flutuante, variando de acordo com o dia e a demanda, e sua proposta é de atendimento de primeira vez, num prazo curto, estabelecido pela equipe, que pode ser de até três atendimentos, caso haja necessidade para tal.

"Um retorno não precisa começar tudo de novo, só que se ela está num grupo que tem pessoas que estão começando tudo de novo, a pessoa vai contar a história dela desde o início e aquela que está ali só para dar um retorno vai ter

que ouvir todo mundo e vai ter que falar de si para pessoas estranhas. Então, eu acho que o retorno pode ser atendido individualmente, até atendimentos mais rápidos." (Informante 3)

Na visão dos profissionais, o atendimento em grupo do paciente que está retornando ao serviço pode representar mais um fator ansiogênico para o paciente que se vê na situação de apresentar-se novamente diante de pessoas desconhecidas. Seu retorno à instituição seria o momento de dar continuidade ao seu tratamento e não de repetir sua "primeira vez", isto é, apresentando-se e falando de seu problema desde o início diante da equipe, que provavelmente já o conhece, e de pessoas que também precisam se apresentar uma a uma. Essa seria considerada uma nova e desnecessária exposição, além de constrangedora para o sujeito.

Após o término dos atendimentos, caso haja tempo, costuma haver uma reunião com toda a equipe, na qual os profissionais falam sobre os diferentes casos, e depois, sem os residentes, os profissionais do *staff* falam sobre problemas internos do Instituto. A reunião tem grande importância pois é vista como a abertura para os diferentes profissionais discutirem: dificuldades nos atendimentos; sua ansiedade em dar uma resposta ao paciente; sua habilidade para conduzir este tipo de atendimento psiquiátrico; dúvidas sobre a forma de preenchimento do boletim; questionamentos sobre o encaminhamento a determinados casos; recomendações de leituras, etc.

"A proposta de conversar (...) acho que deve ser mais preservada (...) tem dias muito tumultuados que essa coisa vai por água abaixo. Então, tem um esforço permanente de poder manter essa conversa (...) da equipe, pensar cada caso, ter mais bagagem para atender (...)" (Informante 7)

Consideramos a reunião como o movimento final dos atendimentos. O momento da própria equipe estar refletindo, voltando-se para si, pensando cada caso, mas, principalmente, seu próprio desempenho, isto é, sua interação, as possibilidades sugeridas, os caminhos considerados ideais, outras possibilidades ainda não discutidas. Esse nos pareceu o momento da verdadeira "troca" entre os profissionais, pois permite-lhes estar avaliando suas ações com frequência, repensando seu papel diante do que é proposto na RIIPP. Parece ser este o

momento para se construir também novas formas de atuação, sempre viabilizando o melhor atendimento do cliente.

UM QUÊ DE DIFERENTE

As entrevistas com os profissionais possibilitaram a análise de seu entendimento sobre a condição migrante. Os Informantes falam como percebem o migrante, sua vivência e as possibilidades de adoecimento que esta envolve. Acabam ressaltando a escuta singular da RIIPP, voltada à história do paciente, independente deste ser ou não migrante.

Dos 9 entrevistados, 3 (Informantes 1, 3, 4) utilizam os termos *"solidão"* ou *"estar sozinho"*, *"sozinho"* ou *"sozinha"* ao falar da situação do migrante, mas, no geral, este termo está associado ao fato de estar sem a família, ou longe da mesma, o que pode ser visto também na fala do Informante 5, *"ter deixado família"*, ou mesmo na ausência de uma referência, alguém com quem contar, que lhe dê suporte ou apoio, como pode ser observado nas falas dos Informantes 1, 3, 4 e 5, ou de ser *"recém-chegado"*, como coloca os Informantes 7 e 5, ao dizerem *"acabou de chegar"* ou *"estar chegando"*.

Essa necessidade de uma referência ou apoio familiar, que é sempre diretamente relacionada à sensação de solidão, também está ligada à imagem dos migrantes que saem de seus lugares de origem *"porque são forçad[os]"* (Informante 1), devido a pressões, geralmente econômicas, que os conduzem à busca de algo melhor como apontam os Informantes 1, 4, 5 e 9, na *"expectativa de aqui ganhar dinheiro para ajudar"* (Informante 1) aqueles que lá ficaram.

"As pessoas normalmente migram porque são forçadas a, (...) mas eu acho que a pessoa se desloca para outro lugar em geral por uma certa pressão da própria dificuldade do lugar em que vive." (Informante 1)

O Informante 1 percebe ainda o sentimento de culpa que está associado à migração, que surge em decorrência de se deslocar com tal propósito (de ajudar) e acabar por não conseguir e/ou perder o contato com sua família ou sua terra natal. Relata também sua experiência com pessoas de nível cultural mais alto, que, apesar

de não sofrerem tantas dificuldades quanto o *"migrante pobre"*, ainda assim possuíam vivências semelhantes como a de *"afastamento"* e *"isolamento"*.

"Bom, quando vem essa palavra a minha cabeça eu já penso logo em alguém que saiu de seu local de origem porque não estava bom. (...) geralmente é um motivo econômico, que pesa e ele vem para cá na expectativa de uma coisa boa, mas geralmente são pessoas que acabam marginalizadas, não têm oportunidade, acabam no subemprego, ou no desemprego (...) é assim angustiante você estar fora de casa, fora do teu ambiente, onde você foi criado, onde você está acostumado, com um ambiente totalmente diferente, cultura diferente, sem pessoas que possam te abrigar num momento de tristeza, solidão ou angústia. Você não tem muito com quem contar, e se você ainda conta com adversidade do meio isso aí é um pulo para qualquer coisa, inclusive para doença mental, como fator desencadeante mesmo. Então, para o paciente que tem problema mental, se está fora de casa, geralmente longe da família, passando por dificuldades econômicas, a situação eu acho que complica ainda mais." (Informante 4)

A idéia do migrante que se vê obrigado a buscar melhores condições de vida está também vinculada à visão do migrante como aquele que sai da *"roça"* (Informante 9) para a cidade, o centro urbano (Informantes 7, 9), em busca do *"grande sonho da cidade grande"* (Informante 7). Ferreira (1996/7), nos fala da imagem do migrante estar associada à *"representação da migração campo-cidade"* (Ferreira, 1996/7: 120). Nossos informantes, também associam à imagem do migrante a do *"nordestino"* (Informantes 3, 5, 7 e 9), que durante o período de *"migração em massa"*, como lembra o Informante 7 e como já vimos em Ferreira (1998), veio para a cidade trabalhar na construção civil, sempre alimentando este *"sonho"*, pensando na oportunidade de melhorar suas condições de vida, mas acabando por viver em condições muito ruins.

"Noutro dia a gente estava conversando como que teve uma época por volta de 80, 90, e tal, quando (...) a questão dos nordestinos que faziam obras na Barra realmente (...) era 80% da população interna era o pessoal que tinha chegado do nordeste para trabalhar em obra na expansão (...) da construção civil, que se desgastava, que vivia nos barracões (...) era uma coisa muito

expressiva (...) Mas ainda hoje, toda a questão do recém chegado do nordeste, do grande sonho da cidade grande, que sofre com a violência (...) é uma questão que a gente vê muito. A outra, é a questão da religião também (...) Mas enfim, às vezes (...) como desorganizadores, desencadeadores." (Informante 7)

Os Informantes 3, 5, 7 e 9, ao demonstrarem seu entendimento sobre a condição migrante, fazem menção ao nordestino, seja ao lembrar de um caso específico em que o sujeito *"tinha vindo de algum lugar do nordeste"* (Informante 3), ou do fato de haver *"muito nordestino, muito nordestino"* (Informante 5) internado no hospital, ou da *"questão dos nordestinos"* (Informante 7), ou *"do nordestino que vem (...) tentando melhorar de vida"* (Informante 9). Este aspecto do migrante nordestino também evoca a idéia das dificuldades de vida que trazem consigo em seu deslocamento, *"geralmente elas não vêm em condições muito boas"* (Informante 5), *"paciente que é analfabeto, é... do nordeste.... assim... que sempre teve dificuldades"* (Informante 9).

"(...) eu vejo que algumas pessoas (...) olham (...) o imigrante vendo (...) o que que ela veio fazer aqui (...) aí tem aquelas teorias (...), ele está acostumado lá de uma maneira na roça, aí chega aqui, vê a cidade, (...) aí tem o impacto (...), isso pode até contribuir para o maior número de imigrantes internados em instituições, (...) porque (...) o urbano que já está acostumado com isso (...) é diferente a visão de cada um (...) do nordestino que vem (...) tentando melhorar de vida. De repente, ele olha e vê que aquilo é totalmente diferente do que (...) ele esperava (...) e daquilo que (...) estava acostumado, do que era a realidade dele (...)" (Informante 9)

Estar num local novo e diferente pode implicar também experimentar dificuldades principalmente de ordem econômica, como o *"subemprego"* (Informante 4) ou o *"desemprego"* (Informantes 4, 5), o *"trabalho muito duro, muito mal remunerado"* (Informante 5), chegando até a *"morar na rua"* (Informante 5), sem ter onde ficar, o que comer, ou para onde ir, o que, novamente, nos remete à questão de estar sem referência, como nos fala o Informante 6, quando fala que vários pacientes buscam no hospital um *"abrigo"*. Segundo o Informante 1, o migrante tem a necessidade de buscar um grupo de referência, o que pode ocorrer, por exemplo,

através da participação em algumas comunidades, como na Rocinha, de grupos de apoio. Podemos pensar também, neste caso, no migrante que encontra a sua referência nesse "abrigo", o hospital.

"(...) já atendi caso de alcoolismo: aqui sozinho, aí começou também com drogas, aí depois parou, tentou parar, aí ficou mal, e ele aqui muito sozinho, tinha vindo de algum lugar do nordeste, não me lembro da onde, sem família nenhuma aqui (...) as vezes na hora que a pessoa começa a falar que está se sentindo mal, doente, a primeira reação das pessoas, em geral, quando começam a se sentir assim, é procurar um suporte na família, mas aqui muitas das pessoas não têm ninguém da família, então ficam se sentindo mais sozinho ainda." (Informante 3)

Diferentemente do Informante 2, que vê o dado sobre naturalidade como não sendo determinante para o paciente, mas apenas como mais um dado, alguns Informantes falam sobre sua preocupação com relação ao fato do paciente ser migrante e estar sujeito, desta forma, além das dificuldades que o levaram a partir, àquelas que encontraram aqui, como vimos em suas falas. Essas vivências de *"um linguajar diferente"*, *"cultura diferente"*, *"sentimento de estarem diferentes"*, *"desenraizamento"*, *"sentimento de culpa"*, *"sentimento de desamparo"*, *"desespero"* (Informante 1), *"depressão"*, estar *"se sentindo mal, doente"* (Informante 3), *"tristeza"*, *"angústia"* (Informante 4), a *"mudança de universo cultural"* (Informante 5), o sofrimento com a *"violência"* (Informante 7), *"o impacto"* (Informante 9), poderiam funcionar como fatores *"desorganizadores"* (Informante 7) ou *"desencadeadores"* (Informantes 4 e 7), *"estressantes"* (Informante 4), sendo fatores *"agravantes"* (Informante 4) ou complicadores em relação ao seu quadro psiquiátrico. O Informante 1 coloca ainda que o migrante poderia estar sujeito a um aumento de *"auto-referência"*, o que poderia determinar *"uma coisa mais persecutória"*, *"uma forma paranóide"*, mas esclarece que é *"evidente que as questões são individuais"*. Além disso, a associação da condição migrante à vivência da *"solidão"*, *"depressão"*, *"angústia"* e *"tristeza"*, como foi relatada, poderia ser mais um fator a levar o sujeito ao hospital psiquiátrico.

"A gente fica até pensando, até que ponto essas condições influenciam, essa mudança de universo cultural... É porque você vê na pessoa um quê de

diferente (...) você nota sim toda uma diferença, você percebe que a pessoa não é daqui, tem todo um universo existencial diferente. Isso, muitas vezes, não dá para avaliar só na RIIPP, no primeiro momento. No primeiro momento, você vê que é de fora porque ela fala, você vê no sotaque, porque está na história que ela está relatando (...)" (Informante 5)

"Eu acho que a questão do desenraizamento, (...) do sentimento de culpa, do sentimento de desamparo, a situação das diferenças, como funcionam como fator de auto-referência, de uma forma paranóide, a situação das decepções, das frustrações, evidente que as questões são individuais, mas eu acho que isso é um fator a ser pensado (...)" (Informante 1)

"(...) às vezes o fato da pessoa estar no Rio sente (...) às vezes uma depressão, uma sensação de solidão, algum sintoma relacionado com o que ela está falando. Então saber da onde a pessoa vem, se ela tem família aqui, se ela veio sozinha, veio acompanhada, tudo isso é importante também." (Informante 3)

Alguns dos aspectos apontados nas falas de determinados profissionais entrevistados mostram seu entendimento do migrante a partir das associações entre migração e: solidão; distanciamento familiar / ausência de referências; dificuldades financeiras e ser nordestino / ser da roça. Em suas falas, percebemos que esses elementos se interligam, criando uma espécie de ciclo, no qual o fato de ter migrado leva à solidão devido ao distanciamento familiar e à ausência de outras referências, o que por sua vez implica em dificuldades para se manter numa terra estranha ou distante, isto é, dificuldades financeiras, que, em geral, foram o principal (ou único) motivo de sua partida do "Nordeste" ou da "roça". Mais uma vez, podemos retornar ao sentimento de solidão, ou à culpa, à angústia, à tristeza, presentes na descrição do migrante.

A importância em se realizar uma escuta singular é ressaltada pelos Informantes 3, 5 e 9, pois acreditam que independente de ser migrante, o profissional deve estar atento à história de vida do paciente, o que implica preocupar-se com essa informação, caso acredite ser relevante, como aponta o Informante 5.

*"Então todos eles, eu acho que têm que ter o mesmo tipo de atendimento."
(Informante 9)*

"(...) eu procuro (...) privilegiar a singularidade. Então, (...) o fato dela ser de fora, (...) está no pacote de singularidade, essa forma dela ver o mundo (...), que é culturalmente diferente, está implícito nessa singularidade." (Informante 5)

"Eu acho que só quando tem relevância direta assim, quando se nota que pela história da pessoa, como é o caso, alguém que é de fora, que acabou de chegar, então você nota que aquela dificuldade ali na vida da pessoa, contra a qual ela veio te pedir ajuda, está intimamente relacionada com o fato dela estar chegando, ter deixado família, ou com o fato dela estar desempregada, não é sempre que vai ter (...) relevância, mas quando isso está (...) explícito como problema que ele está (...) apresentando (...)" (Informante 5)

Constatamos que preocupações comuns permeiam a fala de praticamente todos os Informantes não só com relação ao migrante, mas também ao não migrante. Destacamos: o fato de estar só, sem ter com quem contar, sem o suporte da família ou em dificuldades financeiras. Acreditamos que estes aspectos ou preocupações costumam estar presentes também nessa proposta de uma escuta "singular", para o migrante ou não migrante, ao menos, na visão destes profissionais entrevistados.

"Eu acho que os profissionais em geral, não é porque é migrante, mas é porque é mais uma preocupação que tem que ter, é com a história de vida daquela pessoa, às vezes a pessoa é do Rio mas não tem ninguém com quem possa contar, então é essa a preocupação, 'tem suporte?' (...) isso pode estar dando um entendimento melhor no todo do que está acontecendo com aquela pessoa ali naquele momento. Então, para tentar responder mais objetivamente, não é só uma questão de ser migrante, mas uma questão de ter mais um dado importante na história da pessoa." (Informante 3)

Mostramos a coexistência de dois modelos, o psiquiátrico e o psicanalítico. Ao nos referirmos ao gênero, à idade, à naturalidade, à escolaridade e à profissão, falamos no sentido de serem itens presentes no boletim, a serem ou não preenchidos, mas também como elementos que podem ou não surgir num atendimento, sendo ou não considerados relevantes para a escuta realizada. A preocupação com o registro, o boletim, aponta para o primeiro modelo, enquanto a escuta da RIIPP, que possui base psicanalítica, talvez não necessitasse estar presa a um formulário para ocorrer.

Percebemos que nessa escuta o gênero, a idade, a naturalidade ou a condição migrante, a escolaridade e a profissão não costumam surgir como questões relevantes em um atendimento, estando ou não preenchidos no boletim, sendo ou não revelados pelos próprios pacientes. O sexo, a idade e até a escolaridade são apontados como aspectos interessantes para se formar um grupo de pacientes para atendimento. A idade, como observamos algumas vezes, pode nortear o tratamento. Já o item naturalidade, mesmo quando ressaltado pelos pacientes, não era considerado pelos profissionais, nem mesmo para se investigar a possibilidade de existir relação entre a vivência migrante do paciente e seu adoecimento. Da mesma forma, constatamos que a informação sobre profissão, a qual surge com grande frequência na fala dos próprios pacientes, está sendo usada apenas para indicar se o paciente estará correndo riscos ao utilizar determinada medicação e continuar trabalhando e se terá condições de sustento durante o tratamento. Neste caso, a presença da família em seu tratamento surge como importante elemento para esta escuta. A escolaridade também só é verificada caso seja preciso saber se o paciente compreendeu as instruções fornecidas pela equipe.

Através do material de campo, analisamos a forma de funcionamento da RIIPP e seu processo de escuta. Compreendemos que essa escuta não está restrita aos itens do boletim que observamos. Trata-se de uma forma de acolhimento que envolve vários momentos de interação da equipe com seus pacientes e que se amplia para além da sala de atendimento. O cuidado dessa escuta não se limita as palavras ouvidas ou escritas em boletins e prontuários, envolve, antes, crenças, valores e atitudes de cada profissional para com seus colegas de equipe e sua clientela.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS: VISITANDO FRONTEIRAS²²

*"Estas são, portanto, histórias de metamorfoses (...), mas metamorfoses em estados alternativos do ser, outras formas de vida, não menos humanas pelo fato de serem tão diferentes."
(Oliver Sacks)*

Apresentamos um serviço que propõe considerar "diferenças", aquilo que faz de uma história algo singular, própria a um sujeito particular. Nossa leitura aponta para a modernidade como um processo que afeta a vida em sociedade e determina a formação de novas identidades. A modernidade que poderia levar o mundo à homogeneização, ressalta diferenças. As mudanças constantes exigem dos indivíduos uma multiplicidade de identidades. A busca de referências para si mostra-se essencial. Vemos o migrante como um representante desse homem moderno, sujeito às mesmas vivências de mudanças e necessidade de adaptação e, conseqüentemente, criação de vínculos e identidades. Em sua história, destacamos a vivência de deslocamento que implica sua busca de adaptação às novidades do meio.

A preocupação em analisarmos como se daria uma "escuta atenciosa" em saúde mental surgiu da possibilidade de existirem dificuldades de compreensão na relação médico-paciente. A diferença cultural poderia determinar problemas na comunicação entre o profissional da área de saúde mental e seu paciente. Observando esse importante momento que é o atendimento ao sujeito em sofrimento, essa "escuta" permitiria uma terapêutica voltada ao caso particular deste sujeito.

A fim de compreender como se daria a escuta à diferença na Recepção Integrada do setor de emergência do IPP, estabelecemos, primeiramente, o que seriam essas "diferenças". Para tal, alguns aspectos nesse processo de uma "escuta criteriosa" foram considerados relevantes, pois forneceriam parte da história do paciente e estariam ao alcance dos profissionais através da simples leitura do

²² Como é ressaltado por Maria Cecília Minayo (1996) e como vimos em Sacks (1995). Este último fala de sua experiência ao deixar o espaço do consultório *"para pesquisar a vida de meus pacientes*

boletim, antes mesmo do atendimento. Foram eles os seguintes dados: gênero, idade, naturalidade, escolaridade e profissão.

Através da análise do material de campo, verificamos a preocupação dos profissionais em conhecer esses dados pessoais, de identificação do paciente e sócio-demográficos, previamente ao atendimento. Dados como gênero e idade podem ser levantados como critérios para a formação de um grupo de atendimento. A idade pode determinar, também, certos aspectos do quadro psiquiátrico atendido ou da avaliação do tratamento mais indicado para o caso. Apesar de alguns profissionais ressaltarem seu interesse por dados como naturalidade, escolaridade e profissão, observamos que não têm o costume de verificá-los. Estes surgem, apenas, a partir do próprio paciente e/ou de seus acompanhantes. Inicialmente, a busca de informações sobre escolaridade e profissão visa a um melhor entendimento da condição sócio-econômica e cultural do paciente, sua capacidade de compreensão ou, mesmo, de sustentação (econômica e cultural) em sua comunidade. Neste sentido, surge maior preocupação com relação ao apoio familiar dispensado ao sujeito doente.

Alguns dos profissionais entrevistados parecem ter conhecimento sobre a possibilidade de adoecimento que a experiência de migração pode implicar. Acreditam, assim como a pesquisadora, que o conhecimento da origem do paciente migrante pode contribuir em sua terapêutica. No entanto, quando era conhecida a condição de migrante do paciente, verificamos que tal constatação não despertava a atenção do profissional para com sua vivência de deslocamento, mudança e adaptação a uma "terra estranha". Poucas vezes surgiu o interesse em se conhecer tal trajetória. Sabia-se, apenas, o que era relatado, espontaneamente, pelo paciente ou acompanhantes. Em geral, esta mudança não é associada ao adoecimento, nem mesmo é cogitada no momento de elaboração de um diagnóstico ou de se propor um tratamento. A preocupação surge somente em relação ao local onde o tratamento será realizado, por exemplo, no caso do paciente não possuir residência fixa no Rio de Janeiro, estar apenas visitando familiares ou não saber se voltará, onde ficará ou por quanto tempo. A compreensão dos Informantes com relação à condição migrante do paciente parece envolver fatores comuns ao migrante e não migrante. Sua atenção volta-se para seus referenciais, isto é: a presença de sua

no mundo real". Suas visitas a domicílio são consideradas "*visitas às fronteiras distantes da*

família e o conhecimento de sua situação econômica, em termos do suporte que este paciente possui.

Entendemos o boletim como aspecto importante por fornecer dados considerados variáveis nos casos atendidos. Entretanto, compreendemos que uma escuta que se propõe a considerar o sujeito, capaz de trazer à tona informações relevantes para se sugerir um tratamento mais adequado, talvez dispensasse o acesso ao boletim. Esta escuta seria eficaz em seu entendimento do sujeito em sofrimento, independente do registro de dados em formulários. Como foi ressaltado por alguns Informantes, sua escuta fica atenta a essas informações, caso acreditem ser relevantes. Contudo, conhecendo a visão de certos Informantes sobre a condição migrante, constatamos o desinteresse de profissionais da RIIPP por dados como naturalidade, presentes ou não no boletim. Percebemos que, mesmo quando o próprio paciente indicava o fato de ser de outro local ao falar de seu processo de adoecimento, não havia preocupação ou interesse por parte dos profissionais em investigar a possibilidade de existir alguma relação entre a vivência migrante e seu adoecimento. Pensamos que este fator não surge como questão importante no atendimento e, portanto, não é considerado relevante para essa escuta.

Vimos que o "cuidado" com a escuta na RIIPP gira em torno da possibilidade de troca entre os profissionais de diferentes áreas, permitindo uma "escuta ampliada", através do conhecimento de diferentes disciplinas voltadas para um mesmo atendimento. Em nossa opinião, seu trabalho favorece uma "escuta cuidadosa", em especial no sentido de "responsabilização". A equipe se sente responsável pelas pessoas que atende. Talvez, o próprio sentimento de uma relação "fraternal" entre seus integrantes esteja implicado neste "cuidado", que pode ser visto como *"uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro"* (Boff, 1999: 33).

Pensamos que o atendimento em grupo de pacientes, juntamente com a participação de acompanhantes, pode dificultar a realização de uma escuta atenta à história particular de cada paciente, devido ao número de pessoas que interagem simultaneamente no espaço do atendimento. Como verificamos, este atendimento em grupo é considerado por alguns Informantes como um aglomerado de pessoas.

O tempo que cada um tem para falar de si fica restrito e a presença de estranhos pode gerar ansiedade em alguns. Porém, esse atendimento em grupo faz parte também do "cuidado" da equipe com aquele que sofre. Colocar outros que como ele precisam de ajuda num mesmo grupo, pode "relativizar" seu sofrimento, possibilitando identificar-se com o outro, interagindo entre si e com os profissionais. Mas existe, ainda, preocupação com relação à exposição demasiada de certos pacientes, o que pode acabar dificultando seu atendimento. É preciso, portanto, uma grande "intuição" ou sensibilidade por parte da equipe envolvida para estar atenta àqueles casos em que o atendimento individual será mais proveitoso.

A "territorialização" também é uma realidade e tem sua parcela nesse "cuidado". Sua proposta visa a aproximar indivíduo e comunidade, oferecendo maior possibilidade para que ele continue seu tratamento próximo ao seu local de residência, sem perder seus laços, sua referências com a comunidade, a qual deve, também, participar desse processo em busca de sua saúde. Essa preocupação em oferecer referências para o paciente está sempre presente na equipe da Recepção Integrada, quando se procura indicar serviços da área, de preferência conhecidos, para que seja dada continuidade ao trabalho.

Os Informantes demonstram concordar que o conhecimento da história do paciente poderia contribuir para uma terapêutica mais adequada. Porém, não nos é possível avaliar o quanto de conhecimento seria preciso ao profissional para se obter uma melhora na qualidade de um atendimento, no sentido de buscar a terapêutica mais apropriada. Muitas vezes, o que se percebe é que o tempo não é suficiente para se estabelecer tal conhecimento. Entretanto, como vimos, apesar da recepção possuir uma proposta para o atendimento de primeira vez, existe, ainda, a possibilidade da pessoa ser atendida novamente, mas dentro de um período de tempo limitado que, segundo alguns dos entrevistados, compreende até três atendimentos, dependendo do caso. Surgem preocupações a respeito do vínculo que o sujeito possa estar estabelecendo com os profissionais da equipe, ao invés de ser com a instituição, o que, futuramente, poderia dificultar seu tratamento, pois os profissionais que lhe prestaram atendimento podem não ser os mesmos que irão dar continuidade ao seu tratamento. Contudo, a possibilidade de retorno deste paciente poderia auxiliar o atendimento, ampliando a "escuta" do profissional, pois é no retorno que, muitas vezes, os quadros se esclarecem, oferecendo aos profissionais

a oportunidade de acompanharem sua evolução, ficando mais próximos do sujeito e de seu sofrimento. O retorno pode favorecer ao paciente o estabelecimento de um vínculo maior com o serviço tendo, mais uma vez, um espaço para se reencontrar, além do apoio dos profissionais que já conhecem parte de sua história, fato que contribui para que seja indicado um caminho a ser seguido que realmente atenda àquele caso.

O entendimento desse "cuidado" e "atenção" da RIIPP envolve a compreensão dos profissionais do que seria uma "emergência". Como mostramos, a emergência pensada como algo a ser resolvido imediatamente, sem tempo para maiores investigações, vai justamente de encontro ao que este serviço se propõe. O que a recepção pretende não é oferecer uma resposta imediata e sim escutar "cuidadosamente" e "pensar possibilidades" juntamente com o paciente. A emergência não deve ser definida pela necessidade de internação ou de contenção (física ou química). A emergência deve ser considerada a partir do próprio sujeito que sofre e busca o serviço. Ele deve ser "escutado", pois o que o conduziu até ali necessita de atenção para "emergir" através de sua fala, de sua "palavra". A RIIPP oferece essa oportunidade ao sujeito. A "escuta" é seu instrumento.

Não somos iguais. Mesmo que algumas pessoas apresentem quadros psiquiátricos semelhantes, possuem histórias de vida diversificadas que podem indicar a melhor resposta à sua crise. A maneira como cada um percebe a realidade, o mundo e, conseqüentemente, sua doença, é particular e única.

A RIIPP nos mostrou as possibilidades dessa escuta, voltada para o sujeito, para suas diferenças e singularidades. Compreendemos que através de seu "cuidado", ela evita o silenciamento do paciente pelo "*amordaçamento bioquímico*" que cala os sintomas e também "*silencia a história*" (Birman, 1992). Evita o "*aprisionamento psíquico*", "*orgânico*", "*existencial*" (Corbisier, 1992), onde o sujeito deixa de existir, "*pois sua palavra não diz mais nada*" (Birman, 1992: 84). A desinstitucionalização surge, assim, como prioridade. Pensando a lógica da Reforma Psiquiátrica, essa escuta cuidadosa da RIIPP estaria efetivamente contribuindo para transformar nossa realidade assistencial em saúde mental. O entendimento do sujeito que existe atrás da doença implica um novo posicionamento do profissional diante da doença mental. A RIIPP oferece o espaço e a possibilidade do sujeito

utilizar da melhor forma seus próprios recursos, através da participação de seus familiares, sua comunidade ou dele próprio em seu problema. O médico não aparece mais como o único detentor das respostas para este sujeito. Os profissionais da equipe, de diferentes formações, são levados a refletir e buscar as respostas juntamente com este sujeito, único conhecedor e intérprete de sua realidade.

É importante ressaltar que a Reforma Psiquiátrica é um processo. Em alguns lugares ela é bem sucedida, em outros podemos verificar que, apesar da existência de um discurso voltado para a desinstitucionalização, a prática psiquiátrica permanece reforçando a clausura e o silenciamento de seus pacientes. A contenção, física e química, continua sendo seu trunfo para lidarem com o "doente mental". A RIIPP é um caso específico de um serviço ainda em transformação. Entendemos que sua proposta de escuta está em construção. Trata-se de um modelo emergente que procura dar conta da escuta dentro de uma instituição psiquiátrica, na qual a "escuta tradicional médica ou psiquiátrica" continua predominante.

Nos preocupamos com a proposta de escuta à singularidade de cada sujeito, compreendendo suas diferenças, sua identidade, sua história. Essa escuta não deve permanecer como algo exclusivo da RIIPP. Trata-se de uma postura particular que pode envolver todo e qualquer setor em saúde. Entendemos como limitações para tal forma de escuta o fato de variar segundo o profissional, as condições de trabalho, o tempo, a demanda; a proposta em si, porém, é válida e pode ser concretizada. É uma opção de trabalho para cada profissional. Dessa forma, acreditamos ser essencial repensar nossa prática, buscando maior abertura para aspectos considerados "subjetivos", mas enriquecedores e capazes de contribuir para o estabelecimento de uma relação mais proveitosa entre nós e nossa clientela. Necessitamos pensar a realidade da relação e a subjetividade que esta envolve em nossa prática diária. Precisamos conhecer o sujeito para melhor lidarmos com seu sofrimento. É nesse sentido que propomos o "mergulho" no mundo do paciente, a "visita às suas fronteiras" (Sacks, 1995: 18), através da valorização de sua palavra. Neste âmbito, a questão da migração ganha especial relevância por ser o migrante aquele que, ao ultrapassar suas fronteiras, necessita construir significados num novo espaço, criando, assim, novas "fronteiras", novas identidades para si.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- AMARANTE, Paulo, MAGALHÃES, Paula Rebello e outros (2001). "Metamorfose ou invenção: notas sobre a história dos novos serviços em saúde mental no Brasil", *In: JACÓ-VILELA, Ana Maria et al. (org.). Clio-Psyché Hoje: Fazeres e Dizeres Psi na História do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: FAPERJ, p. 51-63.
- BARRETO, Adalberto (1998). "Os Espíritos que Governam o Brasil, 500 Anos Depois", *In: BARROS, José Flávio Pessoa de (org.). Terapêuticas e culturas*. Rio de Janeiro: UERJ, INTERCON, p. 9-23.
- BARRETO, Adalberto e VIANA, Norberta (Coord.) (1999). *Do Sertão à Favela da exclusão à inclusão. Uma produção do atelier de arte terapia do Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária - Projeto Quatro Varas*. Fortaleza, Ceará, Brasil.
- BAUDRILLARD, Jean (1995). *A Sociedade de Consumo*. Rio de Janeiro: Elfos Editora; Lisboa: Edições 70, p. 11-43.
- BAUMAN, Zygmunt (1999). *Globalização: As conseqüências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p. 7-62.
- BELLO, Roberto Araújo (1999). "Etnopsiquiatria e Psicoterapia Popular", *In: Consciência*. Informativo do Conselho Regional de Psicologia - 5ª Região, IX Plenária, Ano I, N ° 1, março, p. 10-11.
- BECKER, Howard S. (1993). *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, p. 9 - 64.
- BERGER, Peter (1995). *Perspectivas Sociológicas: uma visão humanística*. Petrópolis: Vozes, p. 7-64.
- BEZERRA Jr, Benilton (1992). "Cidadania e loucura: um paradoxo?", *In: BEZERRA Jr., Benilton e AMARANTE, Paulo (org). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 113-126.

- BIRMAN, Joel (1992). "A cidadania tresloucada", *In: BEZERRA Jr., Benilton e AMARANTE, Paulo (org). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 71-90.*
- BODSTEIN, Regina Cele de A. (2000). "Complexidade da ordem social contemporânea e redefinição da responsabilidade pública", *In: ROZENFELD, Suely (org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 63-97.*
- BOFF, Leonardo (1999). *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, p. 31-39; 87-106.
- BOLTANSKI, Luc (1994). *As classes sociais e o corpo*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, p. 37-89.
- BOTEGA, Neury J. e DALGALARRONDO, Paulo (1993). *Saúde Mental no Hospital Geral - Espaço para o Psíquico*. São Paulo: HUCITEC, p. 33-39; 46-52; 80-102.
- CASTELLS, Manuel (1999). *O Poder da Identidade*. São Paulo: Paz e Terra, p. 71 - 85.
- CFP (Conselho Federal de Psicologia) (1962-1987). *Código de Ética Profissional dos Psicólogos*.
- CHIZZOTTI, Antônio (1995). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*, 2ª ed. São Paulo: Cortez.
- CORBISIER, Claudia (1992). "A escuta da diferença na emergência psiquiátrica", *In: BEZERRA Jr., Benilton e AMARANTE, Paulo (org). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 9-15.*
-
- (2000). "RIPP: quando escutar é preciso", *In: Cadernos IPUB: n° 17*, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n° 1, Vol. VI, p. 59-69.

- COSTA, Jurandir Freire (1989). *Psicanálise e Contexto Cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia*. Rio de Janeiro, p. 41-55.
- CZERESNIA, Dina (1998). *Conceito de Saúde e Diferença entre Prevenção e Promoção*, mimeo.
- DAIN, José *et al.* (1999). *Recepção Integrada do Instituto Philippe Pinel (RIIPP) - Pequeno histórico e algumas reflexões*. Novembro (mimeo).
- DALGALARRONDO, Paulo (sem data). *Civilização e Loucura: uma introdução à história da Etnopsiquiatria*. São Paulo: Lemos.
- DUARTE, Luís Fernando Duarte e ROPA, Daniela (1985). “Considerações teóricas sobre a questão do atendimento psicológico à classes trabalhadoras”, *In*: FIGUEIRA, S. A. (org.). *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, p. 178-201.
- ELIAS, Norbert (1994). *A Sociedade dos Indivíduos*. Jorge Zahar Editor, p. 102-125.
- FERNANDES, Francisco (1983). *Dicionário de Verbos e Regimes*, 33^a ed. Rio de Janeiro: Globo.
- FERREIRA, Ademir Pacelli (1996). *A Migração e suas vicissitudes: análise de uma certa diversidade*. Rio de Janeiro, PUC-RJ, Tese de Doutorado.
- _____ (1996/7). “O campo e a cidade: espaços de migrações e desdobramentos”, *In: Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa*, Departamento de Psicologia, PUC-Rio, Volume 8. Rio de Janeiro, p.129-138.
- _____ (1998). “Migração: Desdobramentos Subjetivos e Alterativos”, *In: Cadernos de Psicologia*, Série Social e Institucional, Nº 8. Rio de Janeiro: IP/UERJ, p. 97-115.
- FERREIRA, Ademir Pacelli (1999). *O Migrante na Rede do Outro. Ensaios sobre alteridade e subjetividade*. Rio de Janeiro; Belo Horizonte: TeCorá.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda (1986). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

GIDDENS, Anthony (1989). *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, p. 1 - 31; 187-363.

_____ (1991). *As Conseqüências da Modernidade*. São Paulo: UNESP, p. 11-60; p.83-113.

GÓMEZ, José María (1999). "Globalização da política: mitos, realidades e dilemas". In: GENTILLI, Pablo (org.). *Globalização excludente*. Petrópolis: Vozes; Buenos Aires: CLACSO, p.128-179.

HARVEY, David (1994). *Condição pós-moderna. Uma Pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural*, 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola, p. 185-289.

HELMAN, Cecil G. (1994). *Cultura, Saúde e doença*, 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 21-29; 100-136; 165-167; 216-146.

IPP (Instituto Philippe Pinel), Superintendência de Serviços de Saúde, Coordenação de Saúde AP-2.I (2000). *Boletim do 1º Semestre de 2000*.

IPP (Instituto Philippe Pinel) (2000a). *Memorando do Colegiado da RIIPP aos técnicos do IPP*. Rio de Janeiro, 16 de junho (mimeo).

IPP (Instituto Philippe Pinel) (2000b). *Recepção e emergência - porta de entrada IPPinel/SMS - IPUB/UFRJ - I. Psiquiatria/UERJ - Rotinas e Orientações gerais - Manhã e Tarde* (mimeo).

JAMESON, Frederic (1985). Pós-modernidade e Sociedade de Consumo. In: *Novos Estudos CEBRAP* n° 12. São Paulo, p. 16-26.

KOOGAN/HOUAISS (1994). *Enciclopédia e Dicionário*. Rio de Janeiro: Edições Delta.

LAPLANCHE e PONTALIS (1995). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, p. 514-522; 119-120; 235-238.

LARAIA, Roque de Barros (1992). *Cultura: Um Conceito Antropológico*, 6ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LEE, Fu I *et al.* (1991). "Psicose reativa aguda e imigração: revisão de literatura e relato de dois casos", *In: Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Órgão Oficial do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Vol. 10, n° 2, 2 abr/mai/jun, p. 41-44.

LÉVI-STRAUSS, Claude (1974). "A obra de Marcel Mauss", *In: MAUSS, Marcel. Sociologia e Antropologia II*, São Paulo: EDUSP, p. 1-36.

_____ (1976). "Raça e Cultura", "Diversidade das Culturas", "O Etnocentrismo", *In: Antropologia Estrutural Dois*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

_____ (1985). "O Feiticeiro e sua magia", "A eficácia simbólica", *In: Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, p. 193-213; p. 215-236.

MANCIBO, Deise (2000). "Globalização e efeitos de subjetivação". *In: Logos*, vol. 7, n° 12, p. 58-62.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) *et al.* (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (1996). "Um Antropólogo em Marte ou os Paradoxos da Saúde-Doença", *In: Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. I, N° 1, ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, p. 157-160.

MS (Ministério da Saúde), FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz) (1996). *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde*.

MS (Ministério da Saúde) / SES (Secretaria Estadual de Saúde) / SMS (Secretaria Municipal de Saúde) / ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública) / UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro) (1996). *Censo da População de Internos em Hospitais Psiquiátricos do Município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro.

NATHAN, Tobie (1998). "A Guerra Intercultural e a Psicopatologia - Especificidade da Etnopsiquiatria" e "Georges Devereux e a Etnopsiquiatria Clínica", *In*: BARROS, José Flávio Pessoa de (org.). *Terapêuticas e culturas*. Rio de Janeiro: UERJ, INTERCON, p. 165-195.

OLIVEIRA, Paulo Salles (1998). *Metodologia das Ciências Humanas*. São Paulo: HUCITEC/UNESP.

OLIVEIRA, Raquel Corrêa de (2000). "A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ", *In*: *Cadernos IPUB*: n.º 17, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n.º 1(1995), Vol. VI, p. 30-45.

PEREIRA, Júlio Cesar Rodrigues (1999). *Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

PINTO, Lucia Luiz (1999). *Atenção à crise*. Divisão de Pesquisa, Coordenação de Ensino e Pesquisa do IPP (mimeo).

REBELLO, Leda Maria de Vargas (1997). *O Banzo do Migrante: Embates e Ressonâncias da Mudança*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, junho. Dissertação de Mestrado.

RECHTAND, Mauro e LEAL, Erotildes Maria (2000). "Notas sobre a emergência psiquiátrica", *In*: *Cadernos IPUB*: n.º 17, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n.º 1, Vol. VI, p. 7-14.

SACKS, Oliver (1995). *Um Antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*. São Paulo: Companhia das Letras.

- SAYAD, Abdelmalek (1998). "O que é um imigrante?", *In: A Imigração ou Os Paradoxos da Alteridade*. São Paulo: EDUSP, p. 45-72.
- SENNETT, Richard (1999). *A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, p. 9-73.
- STAKE, Robert E. (1995). *The Art of Case Study Research*. London: SAGE Publications.
- TENÓRIO, Fernando (2000). "Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção", *In: Cadernos IPUB: n ° 17*, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n ° 17, Vol. VI, p. 79-91.
- TENÓRIO, Fernando *et al.* (2000). "Apresentação: A importância da estratégia dos dispositivos de recepção", *In: Cadernos IPUB: n ° 17*, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n ° 1, Vol. VI, p. 7-14.
- VARELA, Armando Loera (docente) (2000). *Evaluación Cualitativa de Programas Sociales*. BID (Banco Interamericano de Desarrollo) / INDES (Instituto Interamericano de Desarrollo Social). Washington, DC. Julio (apostila).
- VELHO, Gilberto (1987). *Individualismo e cultura: Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea*, 3^a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 15-37.
- _____. "Trajetória individual e campo de possibilidades", "Memória, identidade e projeto", *In: Projeto e Metamorfose: Antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 31-48; 97-105.
- VIANNA, Eliane Chaves (1998). *A realidade da migração entre mudanças e dificuldades, um novo contexto sócio-cultural - o provisório-permanente*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação de Mestrado.
- VISSER, Margaret (1998). *O Ritual do Jantar: as origens, evolução, excentricidades e significado das boas maneiras à mesa*. São Paulo: Editora Campus, p.17-37; p. 245-265.
- ZIMMERMANN, David (1971). Estudos sobre psicoterapia analítica de grupo. São Paulo: Mestre Jou, p. 87-105; 107-125; 163-181.

ANEXOS

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

IDENTIFICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Número da entrevista: ◆ Data: ◆ Tempo de duração:
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nome: ◆ Sexo: ◆ Idade: ◆ Naturalidade: ◆ Formação: ◆ Setor de trabalho: ◆ Tempo de trabalho no IPP: ◆ Forma de contato:
ROTEIRO DE ENTREVISTAS
Serviço
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pínel ◆ Emergência ◆ Clientela <ul style="list-style-type: none"> Características Demanda ◆ Rotina <ul style="list-style-type: none"> Chegada Procedimentos Boletim ◆ Atendimento <ul style="list-style-type: none"> Elaboração do diagnóstico Encaminhamento Tratamento ◆ Dispositivo - modelo assistencial
Profissionais-clientela
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Escuta - processo terapêutico ◆ Especificidades: gênero, idade, naturalidade, escolaridade e profissão ◆ Condição de migrante

Prefeitura do RIO - Secretaria Municipal de Saúde - INSTITUTO PHILIPPE PINEL
BOLETIM DE ATENDIMENTO DA RECEPCAO INTEGRADA

Boletim:

Partuário:

Data: 08/05/2001 10:49:15

1 - Identificação do Usuário
 Nome: _____
 Pa: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Município: _____ Complemento: _____ UF: _____
 Telefone: _____ Cidade/Est.: _____ Identidade: _____ Orgão Emissor: _____

2 - Dados Sócio Demográficos
 Sexo: Masculino _____ Nascimento: _____ Idade Aparente: _____ Casa: Própria _____ Profissão: _____
 Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ UF: _____ País de Origem: _____

3 - Características Pessoais
 Situação Conjugal: _____ Situação de Matrimônio: _____
 Renda: _____ Ocupação: _____ Escolaridade (anos): _____
 Previdência Social: _____ Previdência Privada: _____

4 - Acompanhante/Responsável
 Nome: _____ Parentesco: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Telefone: _____

5 - Episódio Corrente
 Quem Trouxe? Voz Suspeita Parentes, amigos, conhecidos Profissional de Saúde Agência Saúde
 Vizinho (amigo, amigo, etc) Não informou/não sabe Ambulância Outros: _____
 Quem Encaminhou: Auto Encaminhamento Ambulatório do IPP UTA COU Enfermarias CAIS
 Retorno da recepção e Emerg Hospital/Serv. Psic Hospital Sem. Univer. Clínicas Privadas cred
 sem Encaminhamento Outras Unidades de Saúde da Rede Pública (Especificar): _____
 Emergência? Sim Não Voz é Revela? Não Sim (Especificar o Motivo): _____

6 - Atendimento Anterior em Saúde Mental
 Nenhum Internação Ambulatório Atenção Intensiva Outros: _____
 ano: Sim Não Assintoma: Sim Não
 Última Ato: Há menos de 1 mês Há menos de 6 meses Há menos de 1 ano Mais de 1 Ano Não informou/não sabe
 Sem Informação Anterior

7 - História
 Tratamento: Entrevistas Tratamento Ambulatório Internação Medicação Reposição de Medicação
 CAPS / Atenção Intensiva Lei Delegada
 Avaliação: Avaliação Psiquiátrica Avaliação Psicológica Avaliação Neurológica Análise Clínica
 Outros: Orientação Social/Institucional Soluções de laudo/relatório
 Forma de Atendimento: Grupo Individual

8 - Encaminhamento
 Sem encaminhamento Hospital da do IPP Sim Não
 Serviço de Saúde não Psiquiátrico (Especificar): _____ Leito Diagnóstico
 Internação em outra instituição (Especificar): _____ CAIS
 Outro serviço extra-hospitalar psiquiátrico (Especificar): _____ Clínicas Universitárias
 Retorno Para Continuidade de avaliação na recepção de emergência Ambulatório do IPP
 Outros (Especificar): _____

9 - Avaliação Clínica
 Condições de Chegada: Calmo Ansioso Agitado Confuso Sedado Incoerente
 Lesões Traumáticas: Não Sim (Especificar): _____
 Diagnóstico Simbólico: _____
 Psicose(s) Apresentada(s):
 Transtornos Mentais Organicos (F00, F09) Estado Mental (F01, F06)
 Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10, F19) Transtornos mentais no desenvolvimento psicológico (F60, F69)
 Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos, Transtornos Delirantes (F20, F29) Transtornos do comportamento e emoções de início ou subseqüente (F62, F68)
 Transtornos De Humor (Melancolia) (F30, F39) Transtornos esquizofrênicos e paranoias (G40, G49)
 Transtornos neuróticos (F40, F49) Esquizia (G40)
 Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos (F50, F59) Transtornos de personalidade e do comportamento de início (F60, F69)
 Outros: _____
 CID-10: _____

Avaliação do Serviço Social

Nome do Paciente	Idade	Sexo
Endereço	Profissão	Estado Civil
Telefone	Religião	Escolaridade
Outros dados		

Motivo da Consulta

Descrição do motivo da consulta

Queixa Principal

Descrição da queixa principal

H.D.A.

História da Doença Atual
Antecedentes Pessoais
Antecedentes Familiares
Antecedentes Sociais
Outros dados

Exame Psíquico

Estado de consciência	Atividade	Contato	Atenção	Memória	Inteligência	Insights
Estado de humor	Conteúdo	Processo	Forma	Conteúdo	Forma	Conteúdo
Estado de ansiedade	Estado de defesa	Estado de adaptação	Estado de equilíbrio	Estado de organização	Estado de integração	Estado de diferenciação
Estado de autoconceito	Estado de identidade	Estado de papel	Estado de função	Estado de estrutura	Estado de organização	Estado de integração

Exame Clínico

Exame físico	Exame neurológico	Exame psiquiátrico	Exame psicológico	Exame social
Exame de fala	Exame de linguagem	Exame de pensamento	Exame de sentimento	Exame de comportamento
Exame de personalidade	Exame de inteligência	Exame de memória	Exame de atenção	Exame de motricidade
Exame de percepção	Exame de orientação	Exame de insight	Exame de julgamento	Exame de adaptação

Medicação Prescrita (Quantidade Fornecida)

Nome da medicação	Dose	Frequência	Observações

Anotações Gerais

Observações gerais

Responsável pelo Atendimento_____
(Assinatura / Carimbo)

Prefeitura do RIO - Secretaria Municipal de Saúde - INSTITUTO PHILIPPE PINEL
BOLETIM DE ATENDIMENTO DA RECEPÇÃO INTEGRADA

Boletim: _____

Prontuário: _____

Data: / /

1 - Identificação do Paciente

Nome: _____

Mãe: _____

Pat: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____

Telefone: _____

Cartão SUS: _____

Identidade: _____

Orgão Emissor: _____

4 - Acompanhante/Responsável

Nome: _____

Parentesco: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Telefone: _____

2 - Dados Básico Demográficos

Sexo: _____

Nascimento: _____

Idade Aparente: _____

Profissão: _____

Nacionalidade: _____

País de Origem: _____

Naturalidade: _____

Estado: _____

3 - Características Pessoais

Situação Conjugal: _____

Situação de Moradia: _____

Renda: _____

Ocupação: _____

Educacionalidade (anos): _____

5 - Episódio Gerenciado

Referido por: _____

Procedência: _____

Modo de Atendimento: _____

Forma de Atendimento: _____

Encaminhamento: _____

Veio à Revelar: _____

Emergência: _____

Atendimento psiquiátrico Anterior: _____

Última Alta: _____

6 - Avaliação Clínica

Condições de Chegada: _____

Código de Saúde: _____

Lesões Traumáticas: _____

Problemas Apresentados: _____

Data de Saída: _____

CID-10: _____

Mês de Saída: _____

Técnico que Realizou Atendimento: _____

Motivo da Consulta

ACADEMIA GÁRGAS DO OTIMISMO ÀS 20 HORAS

Queixa Principal**H.D.A.****Exame Psíquico****Exame Clínico****Hipótese Diagnóstica****Conduta Encaminhamento****Medicação Fornecida****Responsável pelo Atendimento (Assinatura / Carimbo)****Anotações Gerais**

BOLETIM

Exame psíquico: (Aparência, estado, consciência, orientação, atenção, pensamento, senso-percepção, humor, afeto, vontade e pragmatismo. Descreva estas funções de maneira clara e objetiva).

Exame Físico: (Estado de consciência. A escopia, verifique lesões corporais, feridas e patologias dos aparelhos locomotor e neurológico. Observe ritmos respiratório e cardíaco, pulso, P.A., temperatura e condições de hidratação).

Diagnóstico Sindrômico:

Hipótese Diagn.:

Destino: (Residência, L.D., Internação, Transferência, outros)

Identificação do(s) técnico(s) que fez(izeram) o atendimento:

Relação de bens e valores (Campo a ser preenchido pela enfermagem)

Identificação do enfermeiro que recebe o paciente: