

---

## ACIDENTE DE PERCURSO NA CONTRAMÃO DA HISTÓRIA

NEUZA A. N. GONZAGA\*

---

GONZAGA, N.A.N. Acidente de percurso na contramão da história. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.32-7, jan./abr., 1997.

**RESUMO:** Novos serviços, substitutivos ao manicômio, têm sido criados buscando-se formas de assistência capazes de romper com o paradigma psiquiátrico e que possibilitem a reprodução social das pessoas. O presente trabalho tem como objetivo, a partir do relato de caso atendido em um serviço aberto da cidade de Santos (NAPS, Vila Belmiro), problematizar sobre os riscos de práticas tradicionais serem atualizadas e reproduzidas nos novos serviços.

**DESCRITORES:** Saúde mental. Desinstitucionalização, tendências. Relato de caso. Equipe de assistência ao paciente. Administração municipal. Política de saúde, tendências.

---

*“... existe sempre a possibilidade de se verificar a reprodução da distância entre operador e paciente, a não escuta, a objetivação, a prevaricação, a indução passiva da cronicidade. A capacidade do serviço de se repropor constantemente tais entraves, de vivê-los como “crise” permite a este - em um processo certamente não linear, geralmente desordenado, à custa de conflitos também penosos, com risco de “queimar” os próprios operadores (“burn-out syndrome”) - se reproduzir e afrontar o risco de sua própria “institucionalização” (DELL’ACQUA e MEZZINA, 1991, p.76)<sup>1</sup>.*

O NAPS 4 foi inaugurado em 1992 com a proposta de oferecer assistência alternativa

ao modelo manicomial. Os NAPS são regionalizados, funcionam 24 horas por dia, sete dias na semana, inclusive feriados. Possuem uma equipe multiprofissional composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, acompanhantes terapêuticos, auxiliares de enfermagem. São ações dos NAPS: hospitalidade integral (internação), hospitalidade diurna (passar o dia no NAPS), hospitalidade noturna (dormir no NAPS), atendimento às situações de crises, atendimento ambulatorial e atendimentos domiciliares (com o objetivo de intervir nas relações familiares quando o nível de tensão é alto, discutir os papéis cristalizados desempenhados no núcleo familiar, estimular a busca de alternativas para uma transformação das relações, garantir a administração de medicamentos, intervenções de auxílio ao

---

\* Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Atenção Psicossocial, Vila Belmiro, Santos, SP. Coordenadora do Curso de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental da Fundação de Desenvolvimento Administrativo, FUNDAP, HGA e Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de Santos, SEHIG, no período de março de 1996 a dezembro de 1996.

**Endereço para correspondência:** Neuza A. N. Gonzaga. Rua do Estilo Barroco, 607, ap. 23, Alto da Boa Vista. 04709-011. São Paulo, SP.

usuário para organização do domicílio, etc.)\*, atendimentos grupais, intervenções comunitárias e ações de reabilitação psicossocial.

Os familiares participam do projeto terapêutico através de atendimentos individuais, orientação e grupos de familiares, que acontecem semanalmente, com o objetivo de orientá-los sobre a doença mental, favorecer contato e trocas entre familiares de outros usuários procurando ajudá-los no enfrentamento das dificuldades surgidas no cotidiano.

Apresentamos a seguir as situações vividas no NAPS através de um relato do processo de acompanhamento de João, que vem sendo tratado no NAPS desde setembro de 1993. Este usuário já havia sido internado por duas vezes em hospital psiquiátrico. Ao ser trazido pela primeira vez ao NAPS encontrava-se delirante, agressivo, não aceitando o atendimento nem a sugestão de permanência no NAPS.

Mesmo assim optamos por atendê-lo em hospitalidade integral devido ao alto nível de tensão familiar e ao seu comportamento explosivo, que colocava em risco sua rede de relações. Após longa conversa e a definição do acordo de que suas possibilidades de saída do NAPS deveriam ser previamente combinadas com a equipe, visto ser importante para ele o contato com pessoas do seu trabalho, aceita ficar internado. Após alguns dias, como João sentia falta de sua casa e já se encontrava melhor, é feito novo combinado: dormirá em casa e virá diariamente ao NAPS para tomar medicação e conversar.

João teve muitas idas e vindas, resistia à medicação, procurava médicos em outros serviços, como o Pronto Socorro, buscando autorização para não usar mais medica-

mento e se opunha em vir ao NAPS dar continuidade ao acompanhamento proposto. Por vezes a família mostrava-se conivente com suas atitudes de recusa, talvez por não saber administrar a situação, temendo contrariá-lo. Convidamos a família para participar dos grupos de família e, quando João não comparecia à unidade, fazíamos visitas domiciliares para fornecer medicação, fortalecer o vínculo e elaborar com a família seus movimentos de alianças, rupturas, posições ocupadas, presentes na história deste grupo familiar.

Aos poucos João foi melhorando, mostrando-se menos delirante, favorecendo um contato mais próximo e tendo sua medicação diminuída. João começou então a trabalhar, vindo periodicamente ao NAPS para o acompanhamento medicamentoso e conversas.

Aproximadamente após um ano João retorna ao NAPS em crise, gritando, rasgando documentos e dizendo :

*“Nada dá certo na minha vida,... todos querem me explorar”.*

Havia brigado com a noiva, que descobriu que ele fazia tratamento psiquiátrico. Neste momento não aceita ficar no NAPS, mas concorda em tomar a medicação prescrita. Após alguns dias foi necessário recorrer à internação no NAPS pois João encontrava-se agressivo com os familiares e no local de trabalho. Permanece alguns dias no NAPS e depois passa a vir somente para tomar medicação e conversar.

Começa então um período difícil, pois João oscila quanto à aceitação do tratamento; às vezes ausenta-se da unidade sendo necessário ir à sua residência. A família queixa-se constantemente sobre seu estado, que não está bem, que não permanece em casa e que

\* Sobre este tema ver texto da autora: *Assistência domiciliar em saúde mental: da instituição ao território* [Apresentado no I Seminário Nacional de Assistência Domiciliar, Santos, São Paulo, 1994]

apresenta dificuldade para dormir. Certo dia chega ao NAPS acompanhado pelo irmão que relata que João não se encontrava bem, estava jogando objetos da casa pela janela. João mostra-se choroso, diz ser explorado pela família e para agredí-los atira objetos pela janela. Aceita prontamente permanecer no NAPS. Nesse momento ficar no NAPS é um pedido seu e acreditamos que isto seja resultado de uma maior aproximação do usuário com o serviço e equipe, produzida pelo processo das visitas domiciliares, atendimentos periódicos e o desenvolvimento de sua percepção para a pouca continência dos familiares para com seu sofrimento e estado atual.

Esse novo período de permanência no NAPS é um momento difícil, pois apesar das várias abordagens (atendimento frequente para discussão de sua problemática, atendimento familiar, visitas domiciliares, medicação, atendimento conjunto dele com a noiva, intermediação na sua relação com o trabalho e rede social), João parece não querer melhorar, pois isto implicaria num enfrentamento de suas perdas atuais, configuradas no trabalho, na relação com a noiva e no distanciamento familiar.

João passa então a ser atendido por uma nova médica, pois a sua encontrava-se em férias. Ela concorda com o pedido de João e sua família de que ele viajasse, durante uma semana, para a casa de uma irmã, moradora em outra cidade. João retorna triste, pois avalia ter sido enganado pelos familiares que sabiam que essa irmã o levaria a um *“tratamento espiritual”*. Assim como João, a equipe também desconhecia essa decisão familiar. Em reunião posterior, com os familiares, ficou mais claro a presença na dinâmica familiar de coisas não ditas ou escondidas e João como depositário de conflitos familiares não expressos.

Percebemos ser importante realizarmos uma mudança no tipo de escuta que até então vínhamos realizando. Optamos por centrá-la

mais em João e menos na família, à partir do que ele trazia íamos trabalhando. Neste momento a medicação ganha o papel de aliviar suas queixas mais imediatas, como insônia e angústia. João passa aos poucos a colocar em discussão o seu delírio, seus significados e consequências. Apesar de questionar permanentemente o tratamento, vem regularmente ao NAPS, cumprindo o contrato estabelecido.

*“Os problemas do paciente são constantemente redefinidos; na relação com o serviço ele pode progressivamente maturar novos níveis de necessidade e conscientizá-los. Pode passar da linguagem desarticulada da crise à capacidade de compreender e exprimir as próprias exigências e expectativas de vida, com respeito às quais o serviço deve se orientar e se organizar”* (DELL’ACQUA e MEZZINA, 1991, p.72)<sup>1</sup>.

Algum tempo depois João é novamente trazido ao NAPS pelo irmão, que relata que após desentendimento com a família ele voltara a jogar objetos pela janela. João é mais uma vez colocado na situação de hospitalidade integral. No dia seguinte sai sem avisar e quando a plantonista vai à sua casa encontra-o tranquilo, assistindo televisão. João explica que só havia brigado com a família e que vinha cumprindo o contrato indo regularmente ao NAPS, o que era verdade. A plantonista combina com ele que vá no dia seguinte conversar com a profissional que o acompanha e ele concorda, mas novamente não comparece no período da manhã e à tarde é trazido pelo irmão para ser internado. No dia seguinte foge, trancando usuários e técnicos no NAPS e levando a chave!

Alguns dias depois retorna, pedindo sua transferência, pois afirma querer se tratar em outro local. Tentamos conversar com João para entendermos este seu pedido, mas ele não aceita nenhuma abordagem.

Passados mais alguns dias é trazido pelos irmãos para que permanecesse no NAPS, pois diziam:

*“Em casa ele não pode ficar.”*

João encontrava-se delirante e agressivo com os familiares e conosco. Após longo diálogo, no qual mostramos que necessitava de tratamento, aceita ser tratado, mas não no NAPS; pede para ser encaminhado a um hospital psiquiátrico.

Problematizando alguns aspectos dessa situação nos questionamos sobre o quanto não reproduzimos, em nossas práticas cotidianas, soluções normativas e uma atenção centrada na verificação do sintoma e na sua repressão, onde o ideal de cura corresponde ao cessar da agitação, do delírio e da agressividade. Nessa perspectiva a alta está relacionada com a *“melhora”* e *“cura”*, pautadas na capacidade que o usuário apresenta de se *“readaptar”* às regras de convivência social. Ao pensarmos nesta terapêutica e seus preceitos a consideramos distantes dos nossos propósitos. Mas será mesmo?

Ao chegar ao NAPS João foi diagnosticado, medicado e internado por muitas vezes. Quando foi tentada uma nova abordagem, privilegiando a escuta do usuário e não mais da família, criou-se uma discussão na equipe, pois muitos concordavam com a mudança da abordagem e outros ainda se encontravam presos à proposta de que seria necessário que João ficasse restrito ao NAPS até melhorar, atendendo ao pedido dos familiares e considerando essa melhora como supressão de sintomas.

A prática clínica em psiquiatria busca responder ao paradigma racionalista problema/solução. Assim, no momento da verificação da crise ou da verificação dos sintomas, busca-se sua supressão através de medidas terapêuticas pré estabelecidas, como a medicação e a internação.

*“O primeiro passo da desinstitucionalização foi o de começar a*

*desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida”*(ROTELLI, 1990, p.28)<sup>2</sup>.

Uma nova prática deverá romper com essa lógica não privilegiando esse ideal de cura e sim um conjunto de intervenções que possam objetivar a emancipação, a autonomia e a reprodução social.

*“O problema não é cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa”* (ROTELLI, 1990, p.30)<sup>2</sup>.

Quando João recusou ajuda, por que não consideramos primeiro a nossa dificuldade em estabelecer com ele uma forma possível de contato, que lhe fizesse algum sentido e lhe despertasse interesse, ao invés de lhe atribuímos uma incapacidade, devido à sua doença, de adequar-se à instituição? Ficamos aprisionados em uma conduta inicial (a internação), repetindo-a, apesar das diversas fugas de João e a sua não melhora. Nosso olhar e nossa compreensão estavam limitados e não conseguimos buscar outros instrumentos, outras propostas que respondessem melhor aos impasses de nossa prática.

Quando João foge e a plantonista realiza uma visita familiar - encontrando-o calmo, coerente em seus argumentos - e ela opta em deixá-lo em casa, fazendo com ele um novo acordo, ela o está escutando e respeitando. Mas nem todos na equipe conseguem ter esta escuta, pois no dia seguinte é internado sem ao menos ser escutado. Constatamos aqui a dificuldade em se tentar buscar novas alternativas.

*“O olhar médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma*

*patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos”* (ROTELLI, 1990, p.92)<sup>2</sup>.

João é trazido pela família e internado. Não lhe damos voz. Mais uma vez ele é dominado, exercemos nosso poder. Todo o tempo o louco está confrontado com a norma, julgado em sua inadequação. Será que não precisaríamos entender o porquê de João não querer melhorar? Os sentidos de seu delírio? Ouvindo sua história constatamos tantas perdas (o trabalho, a noiva, a família). Parece restar-lhe apenas o delírio, que também queremos tirar-lhe. O que colocar, o que dar em troca? Outra questão é que sempre baseávamos nossa conduta num João já anteriormente conhecido, o que não nos permitia olhá-lo na singularidade dos novos momentos de sua história, que continuava a ser construída, para criarmos outras possibilidades de comunicação e alívio do sofrimento.

Nessa trajetória de João, com tantos vai-e-vem, pudemos visualizar também o nosso vai-e-vem nas maneiras de enfrentarmos a loucura. Na primeira internação tentamos ouvir João em sua dificuldade de permanecer no NAPS, procurando abreviar sua hospitalidade noturna, diminuir ao máximo sua medicação, trabalhar com a família, onde as relações eram difíceis e conflitantes e onde ele era o depositário dessa dificuldade. Mas ainda assim continuamos presos a algumas condutas: internação, medicação, supressão de sintomas e quando procuramos

mudar o vínculo, arriscar, deixá-lo delirante, fora do NAPS e com êle buscarmos novos caminhos, a equipe se apavora, questiona, cobra atitudes voltadas à prática antiga.

Quando João pede para ser internado em um hospital psiquiátrico ele não estará pedindo uma ação mais clara, ou apenas mais conhecida? Nós apresentamos um discurso, procuramos colocá-lo em prática, mas às vezes o contradizemos tomando atitudes contrárias. No hospital psiquiátrico ele conhece as regras, que são fixas e inquestionáveis. Para o usuário também é difícil desconstruir as relações de poder existentes entre ele e a instituição, sair do seu lugar de doente para se tornar um sujeito que sofre e participar da reconstrução de sua história como ator social, buscar autonomia e emancipação.

Neste relato privilegiamos os aspectos referentes à internação para refletir o quanto é difícil nos despojarmos de saberes historicamente constituídos e que não basta discutirmos e criticarmos estes saberes para garantir um outro padrão de atendimento que construa efetivamente uma nova prática.

A riqueza disto tudo é podermos estar constantemente nos avaliando, fazendo um movimento de ir e vir. Assim, avançamos nesta construção de uma nova prática que, apesar dos acidentes de percurso, tem se mostrado não só substitutiva ao manicômio como também oferecido instrumentos de reprodução social do indivíduo, permitindo que ele continue a viver, apesar da doença e com ela.

GONZAGA, N.A.N. Old patterns interfering a new approach. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.32-7, jan./abr., 1997.

**ABSTRACT:** New assistance sites have been created, replacing the traditional mental health institution, in the search of new methods to treat the mentally ill patient. These new methods should be able to replace the old psychiatric patterns and allow the social reintegration of these individuals. The objective of this paper, starting with the report of a patient in an open institution in Santos, is to question how traditional practices can be observed in these new services sites.

**KEYWORDS:** Mental health. Deinstitutionalization, trends. Case reported. Patient care team. Municipal management. Health policy, trends.

GONZAGA, N.A.N. Acidente de percurso na contramão da história. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.32-7, jan./abr., 1997.

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DELL'ACQUA, G., MEZZINA, R. Resposta à crise. In : DELGADO, J. org. *Loucura na sala de jantar*. São Paulo : Resenha, 1991. p. 53-79.
2. ROTTELLI, F., DE LEONARDIS, O., MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F., org. *Desinstitucionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990. p. 28-92.