

DA INTERNAÇÃO À REABILITAÇÃO: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA EM SANTA CRUZ DO SUL - RS

From hospitalization to rehabilitation: a collective construction in Santa Cruz do Sul, southern Brazil

Martha Helena Oliveira Noal¹

*Artigo encaminhado: 31/07/2012
Aceito para publicação: 20/02/2013*

RESUMO

Este artigo relata a mudança de paradigma quanto à atenção em saúde mental em Santa Cruz do Sul (RS), município gaúcho de colonização alemã, que oferecia um modelo estritamente hospitalocêntrico de assistência aos transtornos psíquicos. Em 1996, a partir da contratação de diversos profissionais da área da saúde mental, a cidade passa a oferecer outro modo de cuidado ao sofrimento psíquico, com o processo de construção de uma rede de atenção psicossocial territorial e interdisciplinar, contemplando a integralidade dos sujeitos implicados, culminando com o fechamento de um hospital psiquiátrico, em 1999. A ampliação dos serviços de saúde mental e a priorização do enfoque preventivo, comunitário, em constante comunicação com a Atenção Básica, baseado nas prerrogativas do Sistema Único de Saúde e da Organização Mundial de Saúde possibilitam, atualmente, ações em saúde mental que promovem uma melhora clínica dos usuários e uma redução da necessidade de internações, com reabilitação psicossocial e incremento na qualidade de vida destes e de suas famílias. A constituição de um Fórum Regional Permanente de Saúde Mental expandiu a articulação e fortalecimento da rede não só na cidade como em toda a região.

Palavras-chave: Saúde mental; CAPS; Reforma psiquiátrica.

¹ Psiquiatra do Hospital Universitário de Santa Maria; trabalhou no CAPS de Santa Cruz do Sul – RS, de 1996 a 2009. Mestre em Psicologia da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, RS. E-mail: marthaonoal@yahoo.com.br

ABSTRACT

This article reports the paradigm shift concerning mental health care in the city of Santa Cruz do Sul, State of Rio Grande do Sul, in southern Brazil. The city, of German colonization, offered a model of assistance of psychiatric disorders strictly centered in the psychiatric hospital. In 1996, after hiring several mental health care professionals, another form of care of those in mental distress began, with the establishment of a mental health care system territory-based and of an interdisciplinary nature, considering the subjects' integrality. The establishment of the system culminated with the closing of the local psychiatric hospital in 1999. Broadening the mental health services and prioritizing a preventive, community focus, and in constant communication with the Basic Health Care system, oriented by the principles of the Unified Health System and of the World Health Organization actions in mental health care enabled clinical improvement of users, reduction of hospitalization, psychosocial rehabilitation, and improvement of the users and their families' quality of life. The constitution of a Permanent Mental Health Regional Forum expanded articulations and strengthened the services, not only in the city, but throughout the region.

Keywords: Mental health; CAPS; Psychiatric reform.

1 O INÍCIO DA CONSTRUÇÃO

No curso da história, 18 anos representam quase nada, porém, especificamente na história da saúde mental de Santa Cruz do Sul, município gaúcho de colonização alemã, situado a cerca de 150 quilômetros de Porto Alegre, este período representou a consolidação da mudança de um modelo de atenção. Mudança radical no modo de lidar com o sofrimento psíquico: das celas para as salas, do hospital para a comunidade, da internação à reabilitação, dos "eletrochoques" às oficinas, passeios e festas, do modelo biomédico à interdisciplinaridade, do estigma à inclusão, dos "doentes dos nervos" para o cuidado com as pessoas em sofrimento. Todas essas mudanças começaram sem que a própria equipe de saúde as dimensionasse. Através de um despretenhoso concurso público que se dizia servir para oficializar os antigos funcionários, selecionou-se um grupo de pessoas com duas características em comum: vínhamos de diferentes cidades, sem conhecer a cultura nem os poderes locais e éramos praticamente todos jovens profissionais, alguns com alguma trajetória e experiência em saúde mental, outros não.

A princípio, ficamos dispersos, lotados entre Posto de Saúde, Secretaria de Educação e Plantão de Urgências, atendendo muitas vezes a mesma clientela, sem efetividade

ou integração. Logo percebemos que não seria este o caminho e, antes mesmo de nos constituirmos como uma equipe, partimos para a construção de um novo trajeto.

Começamos a nos mobilizar através de reuniões fugidias, onde aguardavam apressados os motoristas da prefeitura para levar-nos de volta aos nossos setores. Poucos encontros foram suficientes para detectarmos um panorama preocupante quanto à saúde mental na cidade. Eram elevados os índices de internações psiquiátricas e sentia-se a ausência de uma política pública de saúde mental. “Em 1996 foram registradas 553 internações psiquiátricas na Clínica Vida Nova, além de 206 internações na Unidade de Tratamento e Recuperação do Alcoolismo do Vale do Rio Pardo (UTRAVARP)”, ambas, clínicas privadas que mantinham convênio com a prefeitura municipal (SILVA; PUJOL; PRITSCH, 2002, p. 20). Índices extremamente altos para uma cidade que à época contava com 118.374 habitantes (IBGE, 2010).

Três anos após a criação do CAPS estes números já haviam caído para 49 internações no ano de 2000. Em 2013 foram realizadas 14 internações e em 2014 houve 22 internações psiquiátricas, de janeiro até novembro. Conforme Alves e Guljor (2006, p.237), “a redução do número de internações das pessoas em tratamento em CAPS é um dos indicadores mais sensíveis para auferir a qualidade do cuidado nesses serviços”.

1.1 O percurso

Normalmente, o caminho preconizado para a saúde é a descentralização, mas naquele momento precisávamos unificar e integrarmo-nos para instaurar um novo paradigma de atenção à saúde mental. Para isto, valemo-nos da legislação gaúcha (Lei 9.716), pioneira no Brasil e da Portaria MS 224, ambas de 1992, que dispõem sobre a rede integrada de assistência à saúde mental (BRASIL, 2004).

Facilitados por período eleitoral profícuo e por gestores que acreditaram em nossa proposta, fundamos o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em 17 de março de 1997, inspirados em experiências que conhecíamos: a Nossa Casa, em São Lourenço do Sul (RS), a Casa das Palmeiras, no Rio de Janeiro, o CAPS Luís Cerqueira em São Paulo e os NAPS de Santos.

Oficialmente, nossa missão seria eliminar as filas do SUS que, na época, avolumavam-se nas madrugadas frias. Mas nossos planos eram bem mais ousados. Precisávamos intervir sobre um padrão essencialmente hospitalocêntrico que a cidade mantinha há mais de um século. Missão difícil, pois seria necessário influir na própria cultura da cidade. Ao mesmo tempo, tínhamos que superar um modelo biomédico que ainda funcionava

com base no “Gardenal” e nas celas fortes e convencer os gestores sobre a economia de gastos públicos que este novo modelo poderia representar; acolher as famílias, acostumadas a internarem seus familiares diversas vezes por ano em clínicas e hospitais psiquiátricos; e, por último, talvez o mais fácil: cuidar dos usuários, muitos deles ditos “crônicos”. Pela própria natureza do desafio, quase uma utopia, fomos instigados a prosseguir, e assim iniciou-se a Reforma Psiquiátrica em Santa Cruz do Sul.

Em âmbito regional, como estratégia de mobilização política, construímos juntamente com colegas dos municípios que fazem parte da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, um movimento social, o Fórum Regional Permanente de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo, com reuniões mensais e itinerantes nos treze municípios que compõem o Vale. Todos os anos, em comemoração ao Dia Nacional de Luta Antimanicomial, ocorre o Fórum Anual de Saúde Mental, também itinerante, que reúne em média 550 pessoas em cada edição, entre técnicos, usuários dos serviços e familiares, mudando as perspectivas em saúde mental dos municípios integrantes. Este fórum realizou sua XVIII edição em maio de 2014 reunindo 790 participantes em Gramado Xavier, município de 4.168 habitantes (IBGE, 2013).

A representatividade do Fórum no contexto regional propiciou, nas respectivas comunidades, uma nova forma de promover saúde mental, baseada em uma abordagem biopsicossocial, com enfoque comunitário, preventivo, reabilitador e visando a integralidade da atenção. A maioria dos municípios constituintes do Fórum Permanente não dispunha de qualquer ação de saúde mental até sua implantação. Atualmente a rede de atenção em saúde mental da região conta com nove Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), três ambulatórios de saúde mental, leitos psiquiátricos em sete hospitais gerais, serviços especializados em álcool e drogas em três destes hospitais gerais e ações de saúde mental na rede básica em todos os municípios que compõe o Fórum.

2 O CONTEXTO HISTÓRICO

Até 1997, na área de saúde mental, o município de Santa Cruz do Sul não dispunha de nenhum serviço ambulatorial especializado na prevenção e reabilitação psicossocial, o que estava em consonância com a realidade brasileira da época. Um hospital psiquiátrico, antigo sanatório, denominado Clínica Vida Nova, abarcava a responsabilidade pelo tratamento das pessoas com sofrimento psíquico da cidade e região como único recurso institucional disponível. Fundado em 1889, inicialmente como estação hidroterápica (CORREA, 2010), com o passar do tempo foi se transformando em um modelo asilar. No

final da década de 90 do século passado, quando o conhecemos, ainda tinha como rotinas a reclusão em celas fortes, a eletroconvulsoterapia sem anestesia nem critérios de indicação e as internações recorrentes sem resolutividade. Não havia um plano terapêutico de manutenção dos tratamentos. Após a alta, quem precisasse consultar, o fazia no Plantão de Urgências da prefeitura, gerando muitas vezes uma reinternação. Por muitos anos o município manteve um convênio com a instituição, subsidiando o pagamento de internações particulares dos usuários do SUS. Logo, além do imensurável ônus afetivo e social aos familiares e usuários implicados neste processo, ainda havia um alto custo financeiro para o município.

A partir de 1997, com a criação do CAPS, Santa Cruz do Sul passa a ter uma política de saúde mental e este serviço apropria-se do papel de gerenciar as ações em saúde mental do município, antecedendo em cinco anos a portaria 336 que institui as modalidades de CAPS (I, II e III) e mesmo a lei 10.216, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, aprovada em 2001 (BRASIL, 2004). A partir de 2002, o serviço constitui-se como CAPS II e começa a receber verba federal regularmente.

Por ser o único serviço municipal especializado em saúde mental além do atendimento hospitalar, o CAPS inicialmente atendia a demanda espontânea, crianças ou adultos nas áreas de psiquiatria, psicologia, enfermagem, assistência social e terapia ocupacional. Com o passar do tempo, a sobrecarga de tarefas e a superlotação do serviço, foi preciso restringir a clientela para o cuidado de pessoas com patologias graves. Também se evidenciou a necessidade de organização de outros CAPS, específicos à infância e adolescência e dependência química e a ampliação da rede de atenção à saúde mental.

Muitas parcerias intersetoriais foram estabelecidas: o jornal da cidade patrocinou a impressão do tablóide “De perto ninguém é normal”, produto da Oficina de Jornalismo do CAPS que elaborou onze edições; a Oficina de Autoestima recebeu apoio de um curso de cabeleireiros e a de Teatro contou com um professor de artes cênicas lotado na Secretaria Municipal de Educação e Cultura. A rádio FM da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) acolhe o programa “Papo Cabeça”, resultado da Oficina de Rádio do CAPS; o “Dia de Integração” é realizado anualmente na sede campestre de uma multinacional, que gentilmente disponibiliza o seu espaço. Empregos protegidos são agenciados em parcerias com empresas, como forma de reinserção profissional. Com o passar do tempo, as oficinas de jornalismo, teatro e autoestima deram lugar a outras oficinas. As demais ações intersetoriais se mantêm até hoje.

Atualmente as oficinas terapêuticas oferecidas no CAPS são a Oficina de Esportes, de Música, de Artesanato, de Culinária, Oficina de Orientação Nutricional, Oficina Filtro

dos Sonhos, Engenharia da Informação, Oficina de Rádio e eventualmente a Oficina de Jardinagem, a mais antiga delas. Cabe ressaltar que a Oficina de Rádio recebeu o Prêmio Estadual de Direitos Humanos, edição 2003, na categoria Divulgação de Direitos Humanos.

Além das oficinas, atendimentos individuais e visitas domiciliares, o CAPS oferece desde os seus primórdios, atendimento em grupoterapia. Atualmente acontecem os Grupos de Acompanhamento, para pessoas em início de tratamento, o Grupo de Autocuidado, Grupos de Acompanhamento Psiquiátrico e o Grupo de Familiares, este último com um histórico de dezesseis anos de existência. Outros grupos foram extintos ou absorvidos pelos atuais, como o Grupo de Acolhimento e o Grupo Primavera, este último, destinado à reabilitação de egressos de internações psiquiátricas, assim como o Grupo de Alcoolistas que após nove anos no CAPS II, migrou para o CAPS ad a partir da inauguração deste.

Se internamente o CAPS foi-se organizando em diferentes modalidades terapêuticas, sucessivamente, as articulações para a organização de uma rede de atenção em saúde mental também foram se estabelecendo ao longo dos últimos anos, chegando à configuração atual com diferentes dispositivos, relacionados cronologicamente:

- 1997 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- 1997 - Fórum Regional Permanente de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo;
- 1997 - Serviço Integrado de Saúde (SIS), vinculado à UNISC;
- 2000 - Enfermaria Psiquiátrica no Hospital Geral da cidade (Hospital Santa Cruz)
- 2001 - Associação de Usuários e Familiares (AUFA-CAPS);
- 2002 - Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSia);
- 2006 - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad);
- 2007 - Matriciamento em Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família;
- 2008 - Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF);
- 2010/2011 - Supervisão Clínico-Institucional nos CAPS
- 2011 - Criação da Comissão Municipal de Saúde Mental
- 2014 – CAPS ad transforma-se em CAPS III

Gradativamente, a rede de atenção integral à saúde mental foi absorvendo com eficiência a demanda das internações na clínica psiquiátrica, culminando com o fechamento desta em 1999, logo após uma intervenção municipal.

Neste período, a cidade vivenciou proféticas ameaças de que haveria uma “epide-

mia de suicídios”, assim como “faltariam árvores para tantos enforcamentos.” Entretanto, como toda mudança sócio-cultural exige coragem, embasamento teórico e maturidade para ser efetivada, a equipe de saúde mental do município superou estes rumores de desestabilização no *status quo* que poderia provocar, assumindo tecnicamente a responsabilidade pelas mudanças promovidas.

Concomitantemente, um grupo de profissionais desta equipe buscou parcerias com profissionais da região, vinculados à área da saúde mental e engajados aos princípios da reforma psiquiátrica que fortaleceram um movimento de mobilização à realização da intervenção municipal. Esta teve início a partir de visitas regulares de técnicos da equipe do CAPS à Clínica quando se fez um mapeamento preliminar das dificuldades encontradas. Tais observações foram encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, gerando uma auditoria municipal na clínica psiquiátrica.

2.1 A Clínica Vida Nova

Tratava-se de um complexo arquitetônico imponente, cuja construção foi iniciada no século XIX. Situada à margem da cidade, num local privilegiado pela natureza, com morros, cascata e vegetação nativa da Mata Atlântica, denominada Serra Geral, seria um belo lugar para passar um final de semana. Um mau lugar para passar a vida.

Lá foram encontrados prontuários incompletos, sem evoluções, nem anamneses. As prescrições limitavam-se a repetidos “idem”. Nunca foi possível quantificar o número de internações, devido à falta de registros. Mesmo as famílias tinham dificuldade de precisar quantas vezes seus próprios filhos haviam sido internados, utilizando expressões vagas, como “muitas”, “perdi as contas”, “mais de 30”. Contrariando a realidade da maioria dos hospitais brasileiros, lá não faltavam vagas para internação.

Pelo menos três celas fortes foram identificadas, uma delas em uso. As celas constituíam-se de paredes e cama de cimento, grades de ferro, com um espaço aberto o suficiente para passar um prato de comida e instalações sanitárias resumidas a um buraco no chão. Estas celas se aproximavam dos relatos de Foucault (1987, p. 150) sobre a “animalidade que assombra os hospícios”, impondo “jaulas individuais para animais ferozes”. Numa referência à Salpêtrière, do final do século XVIII, ele descreve celas com grades de ferro, através das quais “lhes entregam comida e palha, sobre a qual dormem.”

Voltando ao final do século XX, durante a referida intervenção, foi-nos apresentada “a sala da sonoterapia”, local sem qualquer condição de segurança para a realização da eletroconvulsoterapia, prescrita inclusive para alcoolistas que permaneciam, em média, 120 dias de internação. Cada sessão onerava aos cofres públicos um valor significativo,

somando-se à diária hospitalar.

Além das constantes internações de pessoas em situações clínicas agudas, viviam na clínica sete pessoas asiladas há anos, também sob a tutela e responsabilidade financeira do município. As internações eram indicadas pelo psiquiatra da própria clínica, que também trabalhava no plantão de urgências da prefeitura.

O fator determinante para a intervenção através da auditoria municipal foi a falta de uma equipe técnica capacitada. Evidenciou-se que uma das “psicólogas” era estudante de psicologia e o “enfermeiro” era um auxiliar de enfermagem, com grande habilidade no manejo clínico, mas sem formação para assumir tais responsabilidades técnicas.

Frente ao encontrado, o auditor solicitou a adequação de todas as irregularidades referentes às internações de usuários do SUS como condição à manutenção do convênio com a prefeitura, que, afinal, não foi renovado. O Conselho Regional de Enfermagem também foi acionado e fez exigências técnicas a serem cumpridas. Em 1998, último ano do convênio foram pagas pelo município 5.545 diárias hospitalares à clínica particular. Em abril de 1999, quatro meses após o cancelamento do convênio a administração da clínica optou por encerrar suas atividades, transformando-se em uma pousada.

A passagem do tempo evidenciou que aquelas profecias sobre suicídios não se concretizaram. Ao contrário, as pessoas em tratamento foram se tornando mais saudáveis. Os antigos moradores da clínica, já idosos, tratam-se no CAPS e vivem há 15 anos em um residencial terapêutico subsidiado por doações internacionais. Trazem consigo uma segurança, a presença do “enfermeiro” que lhes cuidava enquanto hospitalizados, mantendo-se como principal vínculo afetivo dessas pessoas, pois se tornou funcionário da instituição. Recentemente um deles, que contavam ter vivido por sete anos numa das celas fortes da clínica, faleceu aos 68 anos, na dignidade de seu lar.

2.2 A equipe

A equipe interdisciplinar do CAPS II, que foi a *célula mater* das mudanças, é composta atualmente por dois psiquiatras, cinco psicólogas, uma assistente social, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista e um educador físico, além da equipe de apoio, constituída por três secretárias, um técnico administrativo, um motorista, uma auxiliar de limpeza e um segurança, cujo papel primordial é de acolhimento inicial. Por muitos anos, a equipe de saúde mental foi maior, contando com sete psicólogas e duas assistentes sociais e até recentemente sempre houve três psiquiatras na equipe.

Desde 1998 o CAPS recebe estudantes da UNISC como campo de estágio. Em 2014 há quatro estagiários da psicologia, um do serviço social assim como um bolsista da educação física e estagiários itinerantes da enfermagem trabalhando no serviço.

A equipe completa reúne-se semanalmente, iniciando os encontros com assuntos administrativos/operativos compartilhados por todos. Posteriormente, se mantém a equipe interdisciplinar, que debate as questões técnicas, como discussões de casos e revisões dos Planos Terapêuticos Individuais, assim como as articulações para a ampliação da rede municipal de saúde mental e fortalecimento do Fórum Regional.

Nas reuniões, ora tensas e profundas, ora dispersivas e divertidas, após debatermos por duas horas consecutivas, há a disposição de prolongar o convívio em incontáveis *happy hours*, literalmente horas felizes, onde se extravasam as tensões de tamanha responsabilidade. Conforme Cunha (2007, p. 183) “criar um clima fraterno de troca de opiniões, associado à objetividade nas reuniões, geralmente exige um aprendizado de todas as partes, e é a primeira tarefa de qualquer equipe”.

Aproveitando a oportunidade de a equipe estar completa para o horário das reuniões, dia de reunião é dia oficial das festas do CAPS. Festas à tarde, a trabalho, com direito a salão decorado, quentão sem vinho, discurso de gestor, apresentação de dança e Papai Noel. Datas comemorativas como aniversário do CAPS, Páscoa, festa junina e Natal não passam sem celebração, sabidamente estruturante das forças de ego de nossa clientela. Equipe, usuários e familiares divertem-se juntos. Terminada a festa, segue-se o ritual de organização do salão: médico carregando cadeiras, terapeuta ocupacional limpando as mesas, usuárias varrendo o salão, segurança desconectando caixas de som, e em minutos, tudo acabado, em harmônica transversalidade de papéis. As festas noturnas restringem-se à equipe, ou equipes ampliadas, como as seis edições da “Mental Fest”, festas para “tançar”, porque o dialeto/cultura alemã nos fizeram compreender que (t)dançar é um hábito muito saudável.

Relatar o aspecto lúdico dessa equipe, que soube ser, ao mesmo tempo, tão exigente e crítica, é uma forma de esclarecer que o afeto circulante, sua intensidade e qualidade, certamente são ingredientes indispensáveis para o sucesso do dispositivo CAPS.

Yasui (1989, p. 59) descreve processo semelhante na construção do CAPS Luís Cerqueira, como uma experiência única e singular. “No momento certo, no lugar certo, pessoas certas se encontraram e assumiram a tarefa de construir o que o CAPS é hoje e o que será no futuro. O que significa dizer que não há possibilidade de se fazer o mesmo. Serão sempre outras pessoas, em outros lugares, em outros momentos, construindo uma outra história”.

Entretanto, como em toda equipe de trabalho, muitos tensionamentos se processaram ao longo dos anos. Ora por dissociações, ora por objetivos distintos. Diferentes motivações, ideologias e formações profissionais incrementavam debates e até impasses que tiveram que ser administrados, desde se o sol teria que ser pintado de amarelo, se precisávamos do dispositivo “caixa de receitas”, a sobrecarga de trabalho de alguns, o tempo de duração das consultas, muito curtas ou muito longas, quando dar altas ou manter os usuários no CAPS, até questões mais estruturais como se enfrentou nos primeiros anos, de ter no quadro funcional, profissionais que trabalhavam concomitantemente na clínica, cujo modelo era manicomial e no CAPS, em que a proposta terapêutica era totalmente diversa.

2.3 Estórias vividas

Assim como chegavam rumores tendenciosos na tentativa de desestabilização do serviço, também ouvíamos estórias comoventes, de intenso sofrimento, contadas com a determinação de “terra arrasada”, enquanto percebíamos que ali poderiam brotar muitas sementes, desde que fossem semeadas. Foi assim com Ana, que chegou a nos receber em uma visita domiciliar com arco e flecha, tão primitivos como seu funcionamento. Aprendemos a respeitar que o dia que não nos convidava para entrar era porque, para o bem de nossa integridade física, de fato não deveríamos entrar. “Esta não tem volta, só morrendo.”, dizia seu médico anterior, à família. Sobreviveu, inclusive fazendo parte da Oficina “Papo Cabeça”.

Luis vivia andando pelas ruas, juntando lixo e desenhando crianças nas calçadas. Era a pista para que sua mãe soubesse que ele passara por ali e o encontrasse para alcançar-lhe um prato de comida. Após período em regime intensivo, foi ressocializando-se. Atualmente faz seu tratamento ambulatorial, enfrentando, com adequação e autonomia, a perda da mãe tão zelosa.

O Renélson, aquele que nasceu “no século XIII e XIV e cheira(va) ao mofo dos necrotérios e da fecundidade humana”, percebia que seu cérebro estava “desmantelado”, quando descrevia “o óbito do meu cérebro”, mas sozinho não sabia consertá-lo. E a princípio nem nós. Tivemos que tolerar que passasse um ano assistindo a Oficina de Música através da janela. Hoje transmite serenidade no olhar, frequenta alegremente as festas do CAPS e recentemente viajou com a mãe e alguns colegas, para participarem de um congresso de saúde mental em Santa Maria (RS), a 150 km de onde mora.

Faço questão de chamá-los por seus nomes, porque hoje, todos eles, simbolicamente

mente escolhidos dentre tantos Sasás e Isoletes, readquiriram uma identidade. No CAPS todos voltaram a ter nomes, eles que eram “os débeis mentais” da cidade.

Através de Lancetti (2001, p. 18) aprendemos que “é no interstício da praxis que se reforça o conceito de cidadania ... Cada pessoa e cada grupo familiar são conhecidos pelo nome e pela sua história, e não reduzidos a um prontuário, assim como os usuários também conhecem sua equipe pelo nome”.

3 REFLEXÕES

Na literatura sobre saúde mental é recorrente a descrição da necessidade de evolução e reconstrução dos serviços e dos processos de trabalho. Afinal, um paradigma só se mantém até que surja outro mais adequado para aquele momento e àquela realidade.

Guattari (2007, p.22) recomenda que “nas práticas ‘psi’ tudo deveria ser sempre reinventado, retomado do zero, do contrário, os processos se congelam numa mortífera repetição”. Sendo assim, a “invenção (...) deve fazer parte do método” (LANCETTI, 2001, p.19).

Dalmolin *et al.* (2002, p. 66) descrevem “a necessidade de um processo permanente de construção, de reflexões e transformações” quando se referem à atenção a saúde mental. Segundo Amarante (2008) as mudanças devem ocorrer nos diferentes campos:: teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural. A partir dessa ampliação dos campos a serem ressignificados, lembramos que não só as instituições devam passar por este amadurecimento, como as equipes que as representam.

Zusman (1998, p. 121) numa visão psicodinâmica do funcionamento de um CAPS, destaca que “a pressão para a dispersão e para a atuação vivida por um centro que lida com as várias expressões clínicas da psicose é intensa e permanente, fazendo-se necessário uma constante elaboração das angústias que servem de obstáculo à coesão da equipe.” E acrescenta que “uma equipe que alcança certo nível de integração tem que ter em mente que esta não é uma aquisição definitiva, mas algo a ser construído conjuntamente todos os dias”. (ZUSMAN, 1998, p.123)

Guattari (1997, p. 22) aprofunda a questão:

Cada desempenho concreto tem a vocação de evoluir, inovar, inaugurar aberturas prospectivas, sem que seus autores possam se fazer valer de fundamentos teóricos assegurados pela autoridade de um grupo, de uma escola, de um conservatório ou de uma academia (...). Desfazer-se de seus aventais brancos, a começar por aqueles invisíveis que carrega na cabeça, em sua linguagem e em suas ma-

neiras de ser. (...) Da mesma forma, cada instituição de atendimento médico, de assistência, de educação, cada tratamento individual deveria ter como preocupação permanente, fazer evoluir sua prática tanto quanto suas bases teóricas.

Muitos autores, na busca desta evolução, têm proposto reinvenções na ciência e na clínica, como “a reforma do pensamento” (MORIN, 2000), “a reforma da reforma” (CAMPOS, 2007), a reforma da clínica tradicional para uma “clínica peripatética” (LANCETTI, 2008), uma “clínica ampliada” ou “paidéia” (CAMPOS, 2007) ou ainda uma “clínica em movimento” (LOBOSQUE, 2003). Em contrapartida à singularidade, flexibilidade e inovação dessa nova clínica surge uma interrogação. Enquanto “o CAPS se reinventa sempre” (SAMPAIO; SANTOS, 2001, p. 128), os manicômios seriam todos iguais?

As celas da Clínica Vida Nova se pareciam às descritas por Foucault (1987), o clima institucional assemelhava-se ao relatado por Goffman (2007) e os prontuários, “um repetir incontável do mesmo escrever” (OLIVEIRA, 2009, p.124) encontrados no então Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. Lima Barreto (2009) na sutileza de um jogo de palavras, explicita sua comparação deste hospício, onde esteve internado, com a prisão que Dostoievski (2008) viveu na Sibéria, fazendo uma analogia da “casa dos mortos” com o “cemitério dos vivos”.

As celas fortes daqui eram idênticas à imagem que guardo da minuciosa descrição que Charrière (1975) faz de seu calabouço na prisão. Não por acaso, Goffman (2007, p. 16), em seu clássico estudo sociológico, denomina instituição total aquela “simbolizada pela barreira à relação social com o mundo externo”, num sistema hierárquico de controle e “mortificação do eu”. (GOFFMAN, 2007, p. 24)

3.1 A nau possível

Este relato pode passar uma visão romântica dos fatos, mas de romantismo ele só carrega o afeto, o brilho nos olhos e a satisfação que desperta em quem o viveu. E não tem um final feliz porque esta é mais uma estória que se renova.

Em dezoito anos, o panorama de atenção em saúde mental na região do Vale do Rio Pardo, no Rio Grande do Sul, se alterou. O Fórum Regional Permanente de Saúde Mental mobilizou gestores, profissionais e comunidade nos treze municípios que o compõem e desencadeou ações em saúde mental na atenção primária, secundária e terciária, criando novos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. No município de Santa Cruz do Sul, particularmente, três CAPS foram criados, além de leitos em hospital geral e

da articulação com a rede básica, posteriormente organizada nos NASFs, evidenciando ser possível uma mudança de paradigma na atenção psicossocial mesmo em culturas inicialmente pouco receptivas às propostas inovadoras da reforma psiquiátrica.

Foi preciso “construir o barco em alto mar”, cientes de que, cada onda mais forte, e até a própria passagem do tempo, exigem, de quem estiver “a bordo”, a habilidade de re-adaptar-se e reconstruir-se. Assim, sempre haverá retoques e reformas a fazer no “mastro”, no “convés”, “no casco”... A diferença é que nas antigas naus dos loucos, descritas por Foucault (1987), estes ficavam à deriva, navegando rumo a lugar nenhum, e agora, não temos mais medo de compartilhar a viagem. Com o uso de elementos das tecnologias duras, como os psicofármacos, e das ciências sociais e humanas, como acolhimento e vínculo, permitimos que os usuários desenvolvam suas potencialidades e nós, quem sabe, até nos divertimos um pouco no trajeto.

No curso de muitas vidas, estes 18 anos significaram a (re)aquisição da dignidade e autonomia, representando, em média, 15 anos sem a necessidade de internações psiquiátricas para pessoas com histórico de inúmeras internações no passado. No curso de uma vida, particularmente, estes anos representaram muito aprendizado e realização pessoal e profissional, fonte de inúmeras gratificações e vivências inesquecíveis que resultam no orgulho de fazer parte desta estória.

REFERÊNCIAS

ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UFRJ. CEPESC. ABRASCO, 2006.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 2. ed.

BARRETO, Lima. Anotações para o cemitério dos vivos. In: OLIVEIRA, Edmar. *Ouvindo Vozes*. Histórias do hospício e lendas do encantado. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental*. Brasília: 2004, 5. ed.

CAMPOS, Gastão Wagner. *Saúde Paidéia*. São Paulo: HUCITEC, 2007.

CHARRIÈRE, Henri. *Papillon*. São Paulo: Difel, 1975.

CORREA, Sílvio. Germanidade e banhos medicinais nos primórdios dos balneários no Rio Grande do Sul. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Mar. 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 julho 2012.

CUNHA, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: HUCITEC, 2007. 2. ed.

DALMOLIN, Bernadete *et al.* Atenção à Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica. *Rev. Médica HSVP* 14 (31): 64-68, 2002.

DOSTOIEVSKI, Fiodor. *Memórias da casa dos mortos*. Porto Alegre: L&PM, 2008

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GUATTARI, Félix. *As três ecologias*. Campinas: Papirus, 1997.

GOFFMAN, Erving. *Manicônios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2007. 7. ed.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 16 de julho de 2014.

LANCETTI, Antonio. *Saúde mental e saúde da família*. São Paulo: HUCITEC, 2001. (SaúdeLoucura n. 7).

LANCETTI, Antonio. *Clínica peripatética*. São Paulo: HUCITEC, 2008

LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em Movimento*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MORIN, Edgar. *A Cabeça bem-feita: Repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

OLIVEIRA, Edmar. *Ouvindo Vozes. Histórias do hospício e lendas do encantado*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

SAMPAIO, José Jackson; SANTOS, Antônio. A experiência dos centros de atenção psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: PITTA, Ana (Org.). *Reabilitação Psicossocial*. São Paulo: HUCITEC, 2001. 2. ed.

SILVA, Adriana; PUJOL, Luciane; PRITSCH, Mirian. *A construção coletiva no processo de implantação das políticas de saúde mental na região da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde*. Trabalho de conclusão do Curso de Capacitação em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do RS. Santa Cruz do Sul: 2002. Não publicado.

YASUI, Sílvio. CAPS: aprendendo a perguntar. In: *Saúdeloucura 1*. São Paulo: HUCITEC, 1989.

ZUSMAN, José. *Centro de atenção diária Luiz Cerqueira (IPUB): a formação de um modelo*. J. Bras. Psiq, 47 (3): 119-123, 1998.