



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Alverga, Alex Reinecke de; Dimenstein, Magda

A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 10, núm. 20, julho-diciembre, 2006, pp. 299-316

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114101003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura

Alex Reinecke de Alverga¹
Magda Dimenstein²

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. Psychiatric reform and the challenges posed by deinstitutionalization. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

The objective of this study is to discuss the one of the many challenges of the Brazilian psychiatric reform process that seeks to construct an integrated mental health network for deinstitutionalized care, to take care of patients in community-based or family-based environments. It discusses certain aspects identified as “asylum desires” that influence the institutions and day-to-day practices and concepts related to mental health. We propose to examine some of these aspects of the Counseling and Psychological Services Center (“CAPS”), the institution that seeks to replace the institutional form of care, through observation of daily activities and photographic records. We hereby reiterate that the major challenge of the psychiatric reform does not lie solely on its slow-paced implementation, but also the direction it has taken. This reform requires an entire break-away and independent thought from the prior model, instead of a mere shift in attitude that continues conformance with what is apparently new and mechanisms that have maintained long-lasting dominance.

KEY WORDS: mental health. mental health services. mental health assistance. health care reform.

O objetivo deste trabalho é discutir um dos muitos desafios presentes no processo de reforma psiquiátrica brasileira para a construção de uma rede integrada de atenção em Saúde Mental, para o cuidar em liberdade. Aborda determinadas forças identificadas como “desejos de manicômio”, que perpassam todo o *socius* e alimentam as instituições, que se fazem presentes cotidianamente nas práticas e concepções no campo da saúde mental. Para tanto, nos propusemos investigar certos aspectos presentes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços responsáveis pela substituição da atenção manicomial, privilegiando artefatos como a observação de seu cotidiano e seu acervo fotográfico. Discutimos que o principal desafio da reforma psiquiátrica não reside apenas na falta de velocidade na sua implementação, mas na direção que vem tomando. Este movimento, por sua vez, requer rupturas, radicalização, e não uma superação que acaba por promover pactos entre o aparentemente novo e aquilo que representa a manutenção de séculos de dominação.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental. serviços de saúde mental. assistência em saúde mental. reforma dos serviços de saúde.

¹ Doutorando em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Universidade Federal da Paraíba. <alexreinecke@terra.com.br>

² Coordenadora, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. <magdad@uol.com.br>

¹ Rua Joaquim Correia, 20095
Lagoa Nova - Natal, RN
Brasil - 59.064-410

Introdução

A reforma psiquiátrica, apesar dos diversos avanços evidenciados tanto em nível local quanto nacional, ainda apresenta muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. Alguns desses pontos podem ser assinalados: a forma de alocação de recursos financeiros do SUS e suas repercussões no modelo assistencial proposto para os serviços substitutivos; aumento considerável da demanda em saúde mental (especialmente os casos de usuários de álcool e outras drogas, bem como de atenção para crianças e adolescentes); diminuição importante, mas ainda insuficiente, dos gastos com internação psiquiátrica (modelo hospitalar ainda dominante, o que reflete a política ideológica dos hospitais psiquiátricos), fragilidades em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e da formação profissional, bem como um imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura.

Entretanto, e não obstante toda problemática apresentada, pretendemos discutir o que consideramos o pilar central para a sustentação deste processo: a proposta de projetos terapêuticos ancorados na idéia de reinserção social, na busca da afirmação da autonomia e cidadania do louco. Nosso propósito é enfocar esse pilar da reforma, e muito embora cientes da importância fundamental da luta pelos direitos sociais, consideramos tal perspectiva insuficiente para os desafios impostos pela proposta da desinstitucionalização, posicionamento este que nos remete a uma crítica radical à própria constituição da modernidade³. Mais do que isso, estamos interessados - tal como indicado em trabalho anterior (Alverga & Dimenstein, 2005) -, em discutir os “desejos de manicômio”, chamando atenção para o fato de que os mesmos atravessam o tecido social, e, nesse sentido, constituem força motriz que alimenta as instituições⁴, que se fazem presentes cotidianamente nas práticas e concepções no campo da saúde mental.

Por “desejos de manicômio”, estamos nos reportando à discussão de Machado & Lavrador (2001), que ressaltam:

Eles (*desejos de manicômio*) se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele. (p.46)

Desse modo, inquieta-nos o fato de que, uma vez capturados em algum nível por essa lógica manicomial, as equipes inseridas nos serviços de saúde mental podem, sem dar-se conta, reproduzir a institucionalização e, portanto, afirmar o manicômio, atendendo, assim, “aos interesses de sobrevivência dos hospitais psiquiátricos” (Barros, 2003, p.198). Partimos do princípio de que formas manicomiais de expressão ou de subjetividade permeiam todo o espaço-tempo, atravessam nossas ações. Isso quer dizer

³ Não sendo possível uma apresentação detalhada da complexa e conturbada temática da crise da modernidade, para um maior aprofundamento desta temática, indicamos a leitura de Berman (2001), Santos (2001), Habermas (2000), Taylor (1997), que, sob angulações teóricas e objetivos muito distintos, realizam um rico debate sobre a constituição da modernidade e sua crise.

⁴ Instituição, de acordo com Ardoino & Lourau (2003), é imaterial. Pode ser entendida como um dispositivo que atravessa a materialidade das organizações. “Ela se define, então, como o movimento pelo qual as forças sociais se materializam em formas sociais” (p.25). Tais dispositivos articulam forças que buscam a padronização e normalização (instituído), ou seja, a reprodução de modos de vida naturalizados, mas também constituem forças instituintes que rompem com a cristalização e inauguram novos processos.

que elas envolvem todos nós, estão dentro e fora dos muros dos hospitais. Neste sentido, as novas modalidades terapêuticas, tais como os serviços substitutivos, não garantem por si só a superação desse desejo de exclusão e de exploração que carregamos. Nossa preocupação se sustenta no fato de que, segundo Baptista (2003, p.226):

O uso de modelos fixados a duras identidades alheias ao cotidiano poderá fomentar, até mesmos nos profissionais empenhados na consolidação da reforma psiquiátrica, equívocos políticos que poderão traduzir a luta contra a lógica manicomial em um superficial deslocamento de território, isto é, uma transposição do manicômio para outros espaços destituídos de muros e de exclusão.

Assim, do ponto de vista metodológico, propomos a análise de algumas formulações teóricas presentes no campo da saúde mental sobre a reforma psiquiátrica, bem como uma elaboração cartográfica, ou seja, a produção de um olhar diferenciado sobre os fatos, atores e cenários das práticas psiquiátricas. Para Amarante (1995), a cartografia busca uma leitura transversal da relação entre os atores sociais imersos em uma rede de saberes/práticas/subjetividades, com o intuito de superar leituras que versam sobre a definição causas/causadores, vítimas/algozes.

Esclarecemos que nossa análise não pode ser entendida como uma avaliação de processos locais, próprios ao funcionamento das instituições presentes na cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte e palco de nossa investigação. Na verdade, trata-se de uma reflexão que transcende a cena local para visualizar os contornos de uma problemática posta em emergência pelo próprio paradigma da modernidade.

Para tanto, foi feita uma tentativa de subverter a micropolítica do sentido das cadeias semióticas, pensar fora das redes de linguagem, sair do mundo da representação, transformando a constelação de registros de referência disponíveis (Guattari, 2000). Tal perspectiva está norteadada pela idéia de que é preciso ir além da linguagem, ir nesses registros, nessas zonas onde experimentamos intensidades comunicantes, onde se engendram processos, sejam minoritários ou não, pois o que interessa é exatamente aquilo que se revela de forma naturalizada, mas também o que escapa ao discurso da racionalidade dominante.

Seguindo tal inspiração teórico-metodológica, nos propusemos a investigar aspectos presentes no cotidiano dos novos serviços de atenção à saúde mental (CAPS), responsáveis pela substituição da atenção manicomial, privilegiando artefatos como: a observação de seu cotidiano e seu acervo fotográfico. Estávamos interessados em captar, especialmente, os “desejos de manicômio”, já referidos anteriormente como aqueles que habitam usuários, familiares, técnicos, enfim, a sociedade como um todo. Inspirados em Bittencourt (1994), concebemos que, para a consecução de tal intento, necessitávamos lançar mão de dispositivos metodológicos que tinham como foco as linhas que constituem tais desejos. Ao longo do texto, apresentaremos algumas cenas do cotidiano dos serviços, bem como imagens, fragmentos, cenas, flagrantes que expressam, em alguma medida, as engrenagens que mantêm o manicômio vivo.

De loucos faltantes a cidadãos normais: modos de subjetivação nas políticas de reabilitação e reinserção social

todo mundo tem direito à igualdade
quando a diferença discrimina, e todo mundo
tem direito à diferença quando a igualdade descaracteriza
(Santos, 1999, p.62)

Nos últimos anos, a política nacional de saúde mental tem sido orientada⁵, tal como enfatiza Paiva (2003), na seguinte direção:

Trabalha-se com a defesa da reforma psiquiátrica, por ela ser imbuída dos ideais de uma sociedade realmente igualitária e humana, primando pela reinserção social dos excluídos, como são os loucos, baseando-se nos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade. Enfim, por uma sociedade livre da opressão, preconceito e ignorância. (p.22)

⁵ Tal perspectiva constitui o eixo do que vem a ser o modelo de atenção psicossocial, novo paradigma norteador do processo de reforma psiquiátrica, o qual se propõe a substituir o modelo manicomial. Entretanto, isso não quer dizer que há uma adesão unânime a tal princípio por todas as gestões municipais e/ou esferas de governo.

Observamos, em todo o território nacional, que as mobilizações sociais no campo da saúde mental são guiadas politicamente por uma luta de resgate da cidadania e dos direitos humanos, especialmente por meio das práticas de reabilitação psicossocial. Parte-se do pressuposto de que a operação reabilitadora logrará restituir a cidadania plena a esses que foram excluídos desse direito, desprezando um “paradoxo estrutural”, como revela Birman (1992, p.73):

Portanto, não se trata do não-reconhecimento da condição de cidadania dos enfermos mentais de um simples desvio de rota operando sobre um fundo reconhecido de positividade dos seus legítimos direitos sociais, mas de uma positividade que nunca existiu de fato e de direito, sendo esta atribuição de positividade uma ilusão constitutiva da psiquiatria como saber no nosso imaginário. Enfim, a exclusão social da figura da doença mental da condição de cidadania estabeleceu-se estruturalmente na tradição cultural e histórica do Ocidente quando, num lance decisivo, o campo da loucura foi transformado no campo da enfermidade mental, na aurora do século XIX.

Acreditamos que é limitada a luta pela reforma psiquiátrica calcada na perspectiva da reinserção social, busca pela reafirmação dos ideais modernos de liberdade, igualdade e fraternidade, sem uma crítica (ruptura) radical aos fundamentos de um processo societal que se desenvolveu ancorado na rejeição de tudo o que não se identificava com a racionalização da vida cotidiana. Notamos, pois, que a perspectiva de reforma psiquiátrica ancorada no paradigma da reabilitação psicossocial permanece refém do exercício de uma consciência cidadã, perspectiva limitante do que vem a ser a proposta de desinstitucionalização da lógica manicomial que sustenta saberes e práticas cronificadoras e de subjugação de uns pelos outros. Perguntamos: quem, inserido no cotidiano da saúde mental, não carrega, pelo menos

no âmbito de um discurso racional, a desinstitucionalização como referência? Que técnico ou usuário não tem esse princípio como eixo de suas reivindicações? Mas, a perspectiva da ressocialização ou reabilitação alcança o que a desinstitucionalização aponta? Ou a idéia de reabilitação traz em si concepções ligadas à institucionalização da loucura, à norma, à razão, ao sujeito autônomo, à identidade e cidadania, enfim, promessas lançadas na constituição das sociedades modernas que destoam do desinstitucionalizar?

Ancoramo-nos em Santos (2001) para pensar a reforma psiquiátrica como um movimento social mais amplo onde *“as formas de opressão e de exclusão contra as quais lutam não podem, em geral, ser abolidas com a mera concessão de direitos, como é típico da cidadania, mas exigem uma reconversão global dos processos de socialização”* (p.261). Portanto, é um processo de desinstitucionalização do social, do nosso apego às formas de vida institucionalizadas, onde é preciso produzir um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão, abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão, e considerar outras rotas possíveis que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação.

Assim, distintamente de uma reinserção social - que implica, quase sempre, a culpabilização do indivíduo colocado à margem, bem como uma avaliação da falta de adequação social e necessária adaptação ao que lhe marginalizou -, sabe-se que a reforma deve buscar a emancipação, não meramente política, mas, antes de tudo, uma emancipação pessoal, social e cultural, que permita, dentre outras coisas, o não-enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social; que passe a encampar todas as esferas e espaços sociais; que permita um olhar mais complexo que o generalizante olhar do igualitarismo; e busque a convivência tolerante com a diferença.

Consideramos que viabilizar a perspectiva acima referida ainda representa um imenso desafio no cotidiano das práticas institucionais e da sociedade em geral, uma vez que processos contraditórios são postos em movimento simultaneamente. Neste sentido, está claro que pensar a luta antimanicomial sem levar em conta que, nessa relação capital/subjetivação, *“o desejo investe contra si mesmo e a favor do fortalecimento do status quo”* (Rolnik, 1989, p.117); que há movimento de captura dos afectos e conseqüente diminuição da capacidade de afetar e ser afetado; que há perda de potência e de produção de real social, implica desconhecer os processos de produção de subjetividade na contemporaneidade, que tanto podem estar marcados predominantemente por essa desvitalização ou *“esterilização de sua potência criadora”* (Rolnik, 1989, p.118), quanto podem inaugurar agenciamentos, rupturas, mutações, devires, não mais a serviço da conservação. Esse movimento de forças se materializa em cenas de eventos de luta local.



Esta imagem, em nossa perspectiva, registra um paradoxo, a manifestação de forças antagônicas apresentadas em dois planos distintos: o primeiro deles, representado pela faixa, e o segundo, pela corda de contenção. Observamos que há uma força discursiva imbuída dos ideais da reforma psiquiátrica na crítica ao preconceito e valorização social da loucura, bem como a movimentação no espaço público como estratégia de ocupação do território físico e existencial da cidade. Dessa perspectiva, observa-se o movimento de forças instituintes circulando, buscando romper com a racionalidade da lógica manicomial, revitalizando o cotidiano de usuários no espaço urbano, fazendo a cidade e seus moradores experimentarem inquietações, mal-estar, o novo. Por outro lado, identificamos um movimento quase invisível coexistindo e expressando a manutenção de elementos que historicamente caracterizam o dispositivo psiquiátrico, evidenciados na corda, na contenção, no isolamento, no ordenamento, na massificação, no controle, na segregação dos loucos e dos “normais”.

Observando a fotografia a seguir, chama atenção o olhar dirigido à corda por esse participante de uma das atividades festivas realizadas pelo movimento reformista local. Tomamos a liberdade de fazer algumas especulações a respeito



das questões que parecem estar mobilizando tal sujeito, refletidas em um semblante pensativo. Que limites (cordas) são esses que instituem um lugar social demarcado para a diferença? Que forças (braço do segurança) sociais sustentam essa demarcação? Que dispositivos e estratégias de controle estão presentes nos espaços urbanos voltados para o

esmagamento uniformizador da vida? O que faz com que essas imposições sejam naturalizadas e mantenham a crença na desconstrução, mesmo quando esta apresenta fortes feições reativas? Por que a loucura apenas encontra caminhos para sua afirmação em uma rota caricaturada, carnavalizada, impregnada pela ditadura da felicidade? Seriam essas questões suficientes para expressar o que esse olhar indica? Certamente não, para quem vive essa condição. Entretanto, observamos que o manicômio persiste, que viver fora dele ultrapassa o geográfico e o visível, que a exclusão não é característica fundamental definidora do manicômio, já que se mantém grudada ao corpo, dentro da alma (Baptista, 2001).

A perspectiva desconstrucionista, apresentada pelo filósofo Jacques Derrida, serve para guiar a execução da reforma psiquiátrica em sua radicalidade, ultrapassando os limites impostos a perspectivas como a reinserção social, reabilitação, dentre outras, uma vez que partimos do entendimento de que a desinstitucionalização necessita da desconstrução das relações sociais calcadas no paradigma racionalista problema-solução, processo que atribui nexos causais

entre o diagnóstico e prognóstico, entre doença e cura, exclusão e reinserção. Portanto, desconstruir práticas e discursos que naturalizam e reduzem a loucura à doença mental. Trata-se de indagar que forças operam no campo da saúde mental e problematizar os modos de subjetivação presentes na contemporaneidade, destacando a relevância das intervenções no plano micropolítico, que, segundo Baptista (1999), é um campo de forças onde é possível *“explicitar e interpelar os possíveis manicômios invisíveis incrustados nas práticas sociais, no dia-a-dia, nos modos de funcionamento do pensar”* (p.116).

Atravessamentos que incidem sobre modos contemporâneos de existência

Como podemos separar o conceito de espaço dos mecanismos de controle?
Os gângsters do território, as Nações/Estados, tomaram o mapa inteiro.
Quem pode inventar pra nós uma cartografia da autonomia,
quem pode desenhar um mapa que inclua nossos desejos?
(Bey, 2003, p.85)

Para discutir a produção de modos de existência, formas de estar no mundo, partimos da concepção de que a ordem “capitalística” incide nos esquemas de ação, nos gestos, nos sentimentos, nos afetos, dentre outros aspectos. Guattari (1990) nos define o que aqui estamos considerando por ordem capitalística, ao tratar da emergência do capitalismo pós-industrial, preferindo a designação de Capitalismo Mundial Integrado (CMI). Guattari (1990) argumenta que o CMI

Tende, cada vez mais, a descentrar seus focos de poder das estruturas de produção de bens e de serviços para estruturas produtoras de signos, de sintaxe e de subjetividade, por intermédio, especialmente, do controle que exerce sobre a mídia, a publicidade, as sondagens etc. (p.31)

Por conseguinte, a ordem capitalística incide na nossa percepção, em nossa memorização e produz os modos das relações humanas até inconscientemente, ou seja, os modos como se trabalha, se ama, se fala. Tal ordem fabrica a relação do homem consigo mesmo e com o mundo; e o que faz a força dessa subjetividade capitalística, que resulta na produção de uma subjetividade manicomial, é que ela se produz e atravessa tanto “opressores” quanto “oprimidos”, tanto “dominantes” quanto “dominados”, e nos leva, na maioria das vezes, a estabelecer uma adesão a essas forças de dominação.

Tal produção subjetiva é o que nos permite compreender que uma mesma cena social, tal como expressa nas fotos anteriormente apresentadas, traga elementos para uma radicalização da diferença por meio de uma desconstrução ativa dos preconceitos que baniam a loucura da circulação social, mas também apresente outros aspectos que atualizam os “desejos de manicômio” que alimentam clausuras existenciais.

Destarte, necessário se faz destacar que, embora munida das melhores

das intenções, a desinstitucionalização pode travestir-se de uma desconstrução reativa, como no caso dos Estados Unidos, em que o manicômio obteve a necessidade da sua presença confirmada. As palavras de Doel (2001) parecem nos alertar para esta questão: “... *desconstruir, dismantelar ou destruir pode apenas, e sempre, ser uma catástrofe simulada, na medida em que seu único efeito discernível consiste em fornecer os recursos necessários exigidos para uma re-construção*” (p. 95). Ainda sobre a desconstrução, Amarante (1994) apresenta o seguinte argumento derridiano:

É um gesto a um só tempo estruturalista e antiestruturalista: desmonta-se uma edificação, um artefato, para fazer aparecer as estruturas, as nervuras ou o esqueleto (...). A desconstrução enquanto tal não se reduz a um método (redução ao simples) nem a uma análise; ela vai além da decisão crítica da própria idéia de crítica. É por isso que não é negativa, ainda que muitas vezes, apesar de tantas preocupações, a tenha interpretado assim. Para mim, ela acompanha sempre uma exigência afirmativa; diria até que ela não acontece jamais sem amor. (Derrida, 1990, citado por Amarante, 1994, p.44)

Portanto, acreditamos que a desconstrução pode ser responsável por potencializar a loucura como diferença, com base na recusa das violentas técnicas psiquiátricas que se desenvolveram com uma função social de varrer formas de existência disruptivas, seja enquanto uma realidade material, como a reforma psiquiátrica norte-americana, seja de uma maneira mais sutil, num plano conceitual, como no trabalho da dialética hegeliana, na sua falsa imagem da diferença, como nos apresenta Peters (2000), retomando a argumentação deleuziana que serviu de base para uma formulação radicalmente crítica ao paradigma da modernidade, a filosofia da diferença:

A dialética hegeliana consiste, na verdade, em uma reflexão sobre a diferença, mas de imagem invertida. No lugar da afirmação da diferença como tal, ela coloca a negação daquilo em relação ao qual difere; no lugar da afirmação do eu, ela coloca a negação do outro; e no lugar da afirmação da afirmação, ela coloca a famosa negação da negação. (Deleuze, 1983, citado por Peters, 2000, p.34)

Estas questões confirmam ser a reforma psiquiátrica a construção de um novo lugar sociopolítico-conceitual-cultural para a loucura, de novas formas de lidar com a diferença, como defendem Amarante (1994) e outros autores.

Do confinamento ao controle: os desafios dos serviços territoriais para a desinstitucionalização da loucura

A próxima fotografia representa um retorno para aquilo que, como referido no início do trabalho, de certa maneira, motivou a realização de nossa investigação. Por muito pouco, se não fosse um profundo incômodo instalado e sistematicamente traduzido em questionamentos sobre a realidade da reforma psiquiátrica, este trabalho não seria possível: estivemos sempre conduzindo a

pesquisa em uma corda bamba, ou conforme as palavras utilizadas por Pelbart (2000), na vertigem por um fio. Após uma trajetória que buscou ajustar o foco para uma analítica que visualizasse aquilo que os outros estudos não discutiam, afirmamos que esta fotografia pode indicar o cerne da problemática da reforma psiquiátrica com apenas duas palavras: confinamento e controle. Mas como essas palavras se relacionam com os desafios da reforma psiquiátrica?



Em sua obra “Conversações”, Deleuze (1992) afirma que estamos passando da sociedade disciplinar, descrita por Foucault, para uma sociedade de controle. As sociedades disciplinares atuam basicamente pelas instituições de confinamento, como: família, escola, hospital, prisão, fábrica. No entanto, depois da Segunda Guerra Mundial, essas instituições entram em crise e desmoronam os seus muros. Assim, a família nuclear burguesa pulveriza-se; a escola entra em colapso; o manicômio vira hospital-dia; a fábrica se atomiza na acumulação flexível; mas, por mais paradoxal que possa parecer, a lógica de controle se generaliza. Dessa maneira, o controle social prescinde das instituições disciplinares e sua decorrente necessidade de confinamento para assumir modalidades mais fluídas, flexíveis, tentaculares, deslizantes (Pelbart, 1997). Acreditamos que a fotografia acima desperta para essa discussão.

Nesta perspectiva, a lógica restrita às instituições disciplinares, visando à produção de modelos fixos e circuitos rígidos, cede lugar a uma sociedade de controle com redes moduláveis, abarcando todo o campo social: a vida torna-se uma prisão a céu aberto. Que ordem de questões tal fotografia mobiliza? Não parece depor a favor da idéia desta transição do confinamento dos muros ao controle a céu aberto? Desta maneira, Pelbart (1997) resgata mais uma vez Deleuze ao comentar que a contemporaneidade operou uma diluição das fronteiras entre as instituições, criando para cada uma delas uma extensão ilimitada, irreconhecível, que nunca é inteiramente abandonada, fazendo do sujeito não mais um ser confinado, mas endividado.

Assim, não existe mais escola, e sim processo de educação permanente, sendo a própria vida uma incessante e grandiosa escola; não existe mais produção restrita à fábrica, mas trabalha-se em casa; e assim por diante: não existe mais lazer apenas nos espaços de lazer, consumo apenas nos locais de

consumo. Portanto, quando as fronteiras dos espaços são borradas, tudo vira escola, tudo vira empresa etc. É o processo societal vigente reeditando a vocação de que tudo tende ao maximalismo no paradigma da modernidade. Assim, não existiria apenas o manicômio, embora ainda atuante, mas nesta lógica, surgiria o “Manicômio Mental”, a outra face da clausura (Pelbart, 1990).

Para abordar tais aspectos, focalizamos o cotidiano de um serviço substitutivo. Trabalharemos três situações. A primeira que destacamos é a **rotina** de ingresso de um novo usuário nesses serviços, as atividades de triagem que realizam, por meio de uma entrevista, para o estabelecimento do primeiro vínculo com a instituição. Essa entrevista ocorre com a participação de dois profissionais de qualquer formação, que buscam colher informações sobre a história pessoal e familiar dos usuários, histórico do transtorno mental, dentre outros aspectos. Neste sentido, busca-se “*identificar se este apresenta um perfil compatível com os da demanda no NAPS [atualmente CAPS], que priorizam problemas psicóticos e neuroses graves...*” (Crives, 2003, p.99-100).

Desta maneira, chama-nos atenção que, já na primeira atividade do CAPS em relação à chegada do usuário à instituição, o ingresso está condicionado à adequação a um espectro nosológico específico, além do que, ultrapassando essa primeira seleção, o usuário enfrenta uma “lista de espera”, por conta da dificuldade de acolher o contingente da demanda, maior que a capacidade do serviço. Neste sentido, além da denúncia de um dos mais graves problemas da Saúde Pública, a questão da acessibilidade, informa-nos Paiva (2003) que a admissão e as altas desses serviços têm diminuído a cada ano. Além disso, essa demanda reprimida pelo CAPS representa uma proporção equivalente a 44% do total de usuários atendidos, segundo a lista de espera dos serviços consultados. Com base nesses dados, Paiva (2003) indica a possibilidade dos CAPS estarem realizando uma nova modalidade de cronificação, problema já alertado por Amarante (2003), uma vez que os usuários não dispõem de outros serviços de base comunitária.

A segunda atividade que caracteriza a chegada de um novo usuário ao CAPS é a elaboração de um projeto terapêutico individualizado. Para tratar dessa etapa, lembramos de uma situação ocorrida durante a visita a um dos CAPS. Um dos pesquisadores encontrava-se bastante empolgado com a maneira diferenciada com que as pessoas participavam na definição de seu projeto terapêutico, aliás, o próprio fato de cada pessoa atendida pela instituição possuir um projeto específico já apontava para uma transformação em relação à massificante realidade manicomial, em um sentido próximo, talvez, daquilo que Crives (2003) denominava, em sua investigação sobre a realidade local, de inovações desse serviço.

No entanto, a conversa com alguns usuários do CAPS acrescentava novas dúvidas em relação à direção que essa inovação tomava. Ficava-se bastante intrigado com a maneira como eles respondiam à simples pergunta: “Qual o seu nome?” A resposta apresentava-se muito mais longa que a solicitação e várias referências de pertencimento eram acrescentadas ao que se supunha simples pergunta. Assim, muitas foram as respostas neste sentido, por exemplo: “*O meu nome é João da Silva, usuário do CAPS há cinco anos, 36 anos, morador do bairro de Cidade Nova, desempregado, estou aqui porque*

⁶ As características aqui apresentadas são fictícias para salvaguardar a real identidade dos usuários. No entanto, para a construção desta ilustração, buscou-se respeitar o que seria o perfil predominante de usuários que se encontravam no CAPS, segundo a pesquisa de Paiva (2003). Assim, segundo essa pesquisa, os CAPS de Natal teriam a seguinte caracterização: em relação ao gênero, 54% masculinos e 46% feminino; quanto à faixa etária, 50% estão entre 31 e 40 anos; no que diz respeito ao distrito sanitário de origem, dos quatro existentes no município, 40% são oriundos do distrito sanitário oeste; quanto à ocupação, 66% são desempregados; a categoria diagnóstica predominante é de esquizofrenia.

*tenho esquizofrenia*⁶...”. Desta maneira, indagávamos sobre o que parecia depor a favor de uma nova institucionalização, construção de referências massificadas em substituição às manicomiais; enfim, que inovação seria essa? Em contraposição à anterior massificação manicomial, seria agora necessário estabelecer uma identidade própria, mesmo apresentando referências outras? Seria possível escapar da institucionalização sem que isto incorra em uma massificação que nos descaracterize?

A segunda situação para a qual chamamos atenção diz respeito a uma dimensão presente na equipe de um dos serviços investigados. No processo de busca para estabelecer uma certa familiaridade com os hábitos da instituição, participávamos diariamente de sua dinâmica. O fato em questão ocorreu logo na primeira semana dos quarenta dias que passaríamos por lá, momento em que almoçamos pela primeira vez no CAPS. O ponto que chamou atenção foi a **dinâmica do refeitório**. Embora todos estivessem comendo no mesmo cômodo, reparamos que existia uma mesa específica para os profissionais da instituição. Essa divisão não acontecia de maneira explícita, mas o fato de termos sentado junto aos usuários logo motivou o seguinte comentário de uma colega de profissão: “venha sentar aqui conosco, tem um lugar pra você aqui na mesa dos técnicos.” Nesse momento, percebemos que a ciência e a conseqüente barreira entre razão e loucura precisavam se alimentar.

No entanto, a situação que mais marcou esses primeiros dias na instituição ocorreria logo após o almoço. Na busca de conhecer mais a rotina do serviço, notamos que os usuários se encaminhavam para uma pia próxima à cozinha para lavar os seus talheres, pratos e copos. Fizemos o mesmo e, ao chegar nossa vez de limpar o que havíamos sujado, fomos “salvos” mais uma vez por tal colega: “você não precisa lavar nada, venha comigo que te mostro onde colocar suas coisas”. Um tanto acanhados, mas de garfo e faca em punho, fomos levados até uma parte do serviço que ainda não conhecíamos: a cozinha. Lá chegando, nos deparamos com uma pessoa de avental, que, com uma cara bastante assustada, caminhou cautelosamente em nossa direção dizendo, com uma voz trêmula: “Você não pode entrar aqui, aqui é só para os técnicos, volte lá ...” A advertência da pessoa responsável pela cozinha foi interrompida pela sempre alerta colega que vinha logo atrás dizendo: “Não se preocupe, ele também é técnico!”.

Imediatamente, percebemos toda a história do enclausuramento da loucura sendo reeditada, lançando mais uma vez aquilo que a modernidade tinha produzido enquanto uma promessa da salvação da humanidade perante a emergência de um sujeito razoável e autônomo: um técnico. Estranhamente, na mesma hora, não representávamos mais uma ameaça: “Me desculpe, deixe suas coisas aí que eu lavo pra você, estava gostoso o almoço? Você quer mais um pouco?”. Estando de faca em punho, foi aquela senhora que visivelmente amolou uma arma branca, uma daquelas que são responsáveis por assassinatos microscópicos, facas que rasgam o tecido social para se proteger contra a periculosidade atribuída à figura do louco por séculos de aliança entre a justiça e psiquiatria. Dessa maneira, passamos a focalizar os territórios existenciais das interações que ali se faziam no CAPS, nas minúcias do cotidiano.

Em aprofundamento ao que estávamos buscando, tratamos de realizar outro ajustamento em nosso foco analítico e encontramos, dessa vez na obra de Pelbart (1997), os elementos para pensarmos a cidade sob uma ótica pouco convencional, relacionando-a com a produção de subjetividade, ou seja, a cidade enquanto um subterrâneo da memória e do desejo. Assim, partindo de uma das principais obras do movimento surrealista, “O Camponês de Paris”, de Louis Aragon, Pelbart nos relata que a cidade pode ser descrita como um *“reservatório inesgotável de detalhes, associações, surpresas, personagens, um campo de deambulação e de errância”* (Pelbart, 1997, p.43). Dessa maneira, trata-se não unicamente de uma descrição de uma cidade, mas segundo Jeanne Marie, que realiza o prefácio da obra de Aragon, representa uma metáfora para o pensamento, ou seja, *“perder-se na cidade, perder as referências, perder-se a si mesmo, eis o que o pensamento deveria poder aprender”* (Pelbart, 1997, p.43).

Deste modo, ao caminhar pelas cidades, não estaríamos apenas transitando por uma realidade concreta e palpável, mas por várias camadas superpostas, rastros e ruínas. Em outras palavras, a cidade remete sempre a um passado com todos os futuros que foram soterrados, como nos informam Pelbart (1997) e a foto anteriormente apresentada:

Conforme as belas análises de Walter Benjamim, se o homem habita uma cidade real, ele é, ao mesmo tempo, habitado por uma cidade de sonho. A realidade onírica remete aqui ao sonho coletivo, ao sonho do coletivo, ao desejo do corpo coletivo, suas utopias e esperanças abortadas, as miragens e fantasmagorias que o assediam. Os trajetos reais dos personagens na cidade remetem aos trajetos do sonho do coletivo, como se houvesse duas cidades superpostas, uma real, outra imaginária, e a apologia de um trânsito metódico entre elas. (Pelbart, 1997, p.43)

A partir de então, consideramos importante realizar a articulação da idéia de serviços territoriais (CAPS) com a concepção de cidades subjetivas, proposta por Guattari (2000), as quais *“engajam tanto os níveis mais singulares da pessoa quanto os níveis mais coletivos”* (p.170). Assim, as cidades são pensadas como imensas máquinas produtoras de subjetividade, por meio de equipamentos materiais e imateriais. Os CAPS são cidades subjetivas que fazem parte do *socius*, que *“em toda a sua complexidade, exige ser re-singularizado, re-trabalhado, re-experimentado”* (p.176). No entanto, faz-se necessário ressaltar que esse exercício de pensamento errante não corresponde a uma dimensão ilusória ou abstrata, como indica Pelbart (1997, p.44):

... [o que] o pensamento persegue no seu exercício errante não é mais subjetivo do que aquilo que se vê, embora abra o campo da nossa subjetividade, nem é mais ausente do que aquilo que está dado, mesmo sendo invisível, nem é mais imaginário do que aquilo que se toca, conquanto impalpável. Enfim, essa dimensão não é menos operativa do que a concretude que se cruza - ela é apenas mais molecular.

Esse debate nos aproxima, então, da terceira situação focada neste trabalho: o projeto Loko.Motiva. Crives (2003) informa o contexto da formação e dos objetivos do projeto, que iniciou em maio de 2000 na capital potiguar:

Assim, a inexistência de uma rede de serviços em saúde mental, inserida no contexto do SUS em Natal, tem sido motivo de muitas inquietações das próprias equipes dos NAPS [atualmente CAPS]. Não existe uma “rede”, no sentido de serviços de complexidades e objetivos diferentes, mas complementares e integrados. O que temos, é um pequeno conjunto de unidades pouco articuladas, cujo ponto comum de maior contato é o projeto do movimento e a coordenação central. Dessa forma, os profissionais destas equipes se encontravam muito preocupados e angustiados com a falta de espaços para além do NAPS, que contribuísse com o processo de reabilitação e inclusão social do portador de transtorno mental. Foi nesse contexto que surgiu, em 2000, a idéia do Projeto Loko.Motiva que, através da expressão artística e da convivência social, pretendia contribuir para romper com o estigma e o preconceito com a loucura **a partir de um trabalho no interior dos serviços de saúde mental da SMS**. Nesse sentido, este projeto procura ampliar os espaços de convivência, diversificando as trocas entre os usuários e a sociedade e discute a cidadania do portador de transtorno mental. (Crives, 2003, p.86-7) (grifos nossos)

Chamamos atenção para a contradição presente na argumentação acima destacada, pois mesmo aquilo que se pretende realizar para ampliar a rede é materializado fisicamente dentro dos próprios serviços. Apesar de ser concebido como *“um espaço de convivência, criação e produção... como um recurso terapêutico que permite a passagem da loucura para o campo sociocultural da cidade”* (SMS, 2000, s/p), as atividades desenvolvidas pelo projeto ocorriam no interior dos serviços, por meio de oficinas de pinturas em telas e camisetas, confecções de cartões, coral etc., de forma que a concepção inicial de funcionar como um centro de convivência e produção voltado para a cidade nunca aconteceu. Alguns dos impasses para a operacionalização do projeto são assim descritos por Crives (2003): falta de profissionais e recursos financeiros para gratificá-los; falta ou insuficiência de matéria-prima e material de consumo; e dificuldades na coordenação do projeto. Acreditamos que, embora os dois primeiros aspectos levantados sejam um forte condicionante para a falta de continuidade do projeto, vamos nos ater no que a referida autora classificou como dificuldades de coordenação do projeto. No entanto, ampliaremos a sua definição para o entendimento de que esta problemática diz respeito às concepções subjacentes às práticas profissionais.

É importante pensar nos sentidos assumidos pelo projeto Loko.Motiva, pois as suas atividades ocorriam basicamente por meio da rotina de oficinas terapêuticas no interior dos serviços. Esta modalidade de tratamento (oficinas terapêuticas) é uma das principais ferramentas na lida diária do usuário com o seu sofrimento. No entanto, quando participamos de uma

dessas oficinas, um primeiro questionamento surgiu: o que está sendo concebido por arte? Seria uma instância de criação ou adequação aos padrões estéticos comerciáveis? Do que estamos tratando quando dizemos que os usuários estão produzindo? Que foram reinseridos na norma produtiva, na mesma norma que é responsável por sua alienação e a produção de sua anormalidade? Algumas perguntas ficaram sem resposta.

Percebeu-se que as oficinas de teatro, pintura e desenho, jornal, escrita aconteciam com a participação voluntária dos usuários e eram encorajados a participar, sobretudo, aqueles que tinham mais dificuldade de expressar seus sentimentos e encontravam na arte um plano de expressão mais amplo e livre que a verbalização. Desse modo, presenciávamos ricos momentos em experiências criativas que favoreciam o reconhecimento de singularidades em situação de sofrimento, situação que era enfrentada na coletividade da oficina. Porém, mais uma vez atentos aos fatores que contribuíam para o entrave do processo criativo, percebíamos a dificuldade em manter o material necessário para o andamento das atividades, tanto no nível de insumos (tinta, lápis de cor, papel, telas etc.) quanto do ponto de vista dos recursos humanos, notadamente os profissionais ligados à arteterapia, à música, processo descrito na investigação de Crives (2003).

Ao questionarmos o porquê dessas dificuldades, encontramos um bom esclarecimento na resposta da coordenadora de um dos CAPS. Dizia ela que a Secretaria Municipal de Saúde só entendia que era necessário remédio, não sabia como eram necessários tantos papéis, tintas e outras coisas desta natureza para um serviço de saúde. A mesma lógica se dava em relação ao pagamento dos profissionais voltados para as atividades artísticas, que possuíam um frágil vínculo, não formalizado pela mesma concepção de saúde que era ancorada na atuação de profissionais do espectro médico-curativo. Entretanto, para além dessas dificuldades materiais, percebemos um entrave no plano da concepção daquelas atividades, como expresso por Crives (2003, p.103):

A Oficina de Artes estimula a possibilidade que os usuários expressem seus sentimentos, emoções e sua forma de perceber a vida, através de suas potencialidades criativas que se materializam na atividade plástica. O principal objetivo dessa oficina é propiciar forças sociais e interação entre os usuários, embora a questão da **beleza estética** seja observada, respeitando-se os limites de cada um deles no processo terapêutico. (grifos nossos)

Mais adiante, a pesquisadora prossegue avaliando as oficinas:

O resultado do trabalho produzido em algumas destas oficinas, como quadros pintados com diferentes técnicas, poesias, camisetas, entre outros, são apresentados em exposições, feiras e outros espaços de circulação de mercadorias e de produção artístico-culturais, onde se espera que sejam vistos e, eventualmente, comprados pelos visitantes. Esses produtos das oficinas não são expostos como trabalho do “coitadinho”, mas como frutos das atividades de pessoas capazes de se expressarem artisticamente a partir de seus sentimentos e emoções, muitas vezes com **qualidade estética**. (Crives, 2003, p.104-05) (grifos nossos)

Dessa maneira, concebíamos que o posicionamento da autora revelava a concepção que animava as oficinas. Tratava-se de uma ditadura do belo, de uma clausura evidenciada por juízos estéticos que desprezavam o caráter de singularização e o potencial de criação e subversão da arte, sobretudo naquilo que nos ensinou o espanhol Pablo Picasso, ao declarar o seu ponto de vista a respeito de movimento surrealista: “O belo não me interessa”. No entanto, o belo ainda apresentava-se como a medida das ações nas oficinas terapêuticas, e assim nos perguntávamos: como pode a vida se expressar em toda a sua potência sob o crivo da clausura do belo? Além disso, como poderia a arte escapar dos condicionantes impostos pela aspiração de se tornar mercadoria a ser consumida pelo olhar estrangeiro a procura do exotismo? Este último questionamento é bastante pertinente, se levarmos em consideração a vocação turística exercida pela capital potiguar, sobretudo nas duas últimas décadas.

Considerações finais

Esses foram alguns aspectos do complexo e rico cotidiano de serviços substitutivos em saúde mental que elegemos para discutir os atravessamentos e desafios impostos ao processo de reforma psiquiátrica em curso no país. Confirmamos o que já havia sido indicado anteriormente, que essas reflexões não pretendem emitir julgamento acerca do valor e pertinência do trabalho que vem sendo realizado nesses serviços. Ao contrário, nosso interesse volta-se para a reafirmação de um compromisso de luta, especialmente no contexto atual de recrudescimento de

posições retrógradas contra a reforma psiquiátrica Brasileira, retomando a defesa do hospital psiquiátrico como estratégia hegemônica de cuidado, não reconhecendo as conquistas que, malgrado as insuficiências ainda sentidas, obtivemos nas últimas décadas, fruto de uma luta nos campos ético, político, epistemológico, tecnológico e cultural.⁷

⁷ Manifesto dos participantes do XI Congresso Mundial de Saúde Pública (WFPHA) e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO) sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira (Rio de Janeiro, agosto de 2006).

Para finalizar nossa discussão, ressaltamos que os desafios para a desinstitucionalização da loucura requisitam uma complexidade de fatores administrativos, financeiros, organizacionais, técnicos, afetivos, subjetivos, enfim, uma gama de questões que estão no *socius* articuladas com a produção de formas de vida em sociedade, especificamente a produção de outros modos de existência. Tal perspectiva não pode ser interpretada como um abandono da luta por financiamento, avanços técnicos, organizacionais, mas significa manter sempre vigilante nosso foco analítico em virtude da sedução fácil de determinados ganhos que aparentemente indicam a superação de modelos, mas apenas camuflam uma manutenção aprofundada de elementos fascistas que habitam em nós.

Dessa maneira, consideramos que o principal desafio para a reforma psiquiátrica não reside apenas na sua falta de velocidade para implementação, mas na sua direção. Os primeiros passos para essa trajetória implicam um imprescindível abandono do lugar de especialista ocupado por vários dos atores sociais envolvidos com a reforma. Este percurso requer atenção especial

para aquelas pequenas amarras que conduzem as nossas próprias vidas, que nos fazem reproduzir valores, preconceitos, para não dizer “paixões tristes”, culpabilização, infantilização, todas em nome da razão.

Este movimento requer rupturas, uma radicalização, e não uma superação que acaba por promover pactos entre o aparentemente novo e as articulações de manutenção de séculos de dominação. Mas, não guardamos em nosso íntimo a veleidade de que essa tarefa seja fácil e que este trabalho represente uma tentativa bem-sucedida disso, uma vez que somos constantemente capturados por nossos desejos de controle, fixidez, identidade, normatização, subjugação, ou, em outras palavras, nossos desejos de manicômio.

Por conseguinte, analisamos que a nossa caminhada requer um esforço analítico que considere não apenas os condicionantes que atravessam a realidade micro, mas aqueles que estão em um plano mais extenso, como é o caso do CMI. Essa lógica de funcionamento acaba por evidenciar uma disposição incessante para a exclusão. Então, muitos são os desafios na produção/invenção da desinstitucionalização da loucura, de afirmação de uma potência criadora de espaços de liberdade.

Referências

- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial** 2. Rio de Janeiro: NAU, 2005. p.45-66.
- AMARANTE, P. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. **Saúde em Debate**, v.45, p.43-6, 1994.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- AMARANTE, P. (Org.). **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
- ARDOINO, J.; LOURAU, R. **As pedagogias institucionais**. São Carlos: RiMa, 2003.
- BARROS, R. B. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.196-206.
- BAPTISTA, L. A. **A cidade dos sábios**. São Paulo: Summus, 1999.
- BAPTISTA, L. A. Narrações contemporâneas: vagabundos e turistas nas práticas da saúde mental. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (Orgs.). **Clio-Psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/FAPERJ, 2001. p.71-84.
- BAPTISTA, L. A. A reforma psiquiátrica e o cotidiano nos serviços residenciais: a formação dos profissionais da saúde mental em questão. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (Orgs.). **Clio-Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/FAPERJ, 2003. p.225-34.
- BERMAN, M. **Tudo que é sólido se desmancha no ar: a aventura da modernidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- BEY, H. **Caos: terrorismo poético e outros crimes exemplares**. São Paulo: Conrad Editora do Brasil, 2003.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.71-90.
- BITTENCOURT, L. A. **Fotografia enquanto instrumento etnográfico**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994. p.225-41. (Anuário Antropológico, 92)

- CRIVES, M. N. **Os Naps Leste e Oeste de Natal-RN**: semeando mudanças em saúde mental. 2003. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- DOEL, M. Corpos sem órgãos: esquizoanálise e desconstrução. In: SILVA, T. T. (Org.). **Nunca fomos humanos**: nos rastros dos sujeitos. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p.77-110.
- GUATTARI, F. **As três ecologias**. Campinas: Papirus, 1990.
- GUATTARI, F. **Cartografias esquizoanalíticas**. Buenos Aires: Bordes Manantial, 2000.
- HABERMAS, J. **O discurso filosófico da modernidade**: doze lições. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, L. D; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Texturas da psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.45-58.
- PAIVA, I. **Em defesa da reforma psiquiátrica**: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença. 2003. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- PÈLBART, P. P. **A vertigem por um fio**: políticas da subjetividade contemporânea. São Paulo: Iluminuras, 2000.
- PÈLBART, P. P. A cidade virtual. In: _____. **A cidade vivente**: subjetividade, socialidade e meio ambiente na cidade contemporânea. Belo Horizonte: Movimento Instituinte de Belo Horizonte, Engendra, Instituto Felix Guattari, 1997. p.31-40.
- PÈLBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúdeloucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.130-8.
- PETERS, M. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
- ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.
- SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 2001.
- SANTOS, B. S. **A construção multicultural da igualdade e da diferença**. Coimbra: CES, 1999.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NATAL - SMS. **Projeto Loko.Motiva**. Natal, 2000.
- TAYLOR, C. **As fontes do self**: a construção da identidade moderna. São Paulo: Loyola, 1997.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. La reforma psiquiátrica y los desafíos en la desinstitucionalización de la locura. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

Este trabajo tiene el objetivo de discutir uno de los muchos desafíos presentes en el proceso de reforma psiquiátrica brasileña para la construcción de una red integrada de atención en salud mental para el cuidar en libertad. Se trata de determinadas fuerzas identificadas como “deseos de manicomios” que atraviesan el *socius* y alimentan las instituciones presentes en las prácticas y concepciones en la salud mental. Con ese propósito, investigamos aspectos del cotidiano de los CAPS, servicios responsables por la substitución de la atención manicomial. Se utilizó el recurso de la observación y el acervo fotográfico del servicio de salud. Discutimos que el principal desafío de la reforma psiquiátrica no reside solo en la falta de velocidad en su implementación, sino en la dirección que está siguiendo. Ese movimiento, a su vez, requiere rupturas, radicalización y no una superación que acaba por promover pactos entre lo aparentemente nuevo y aquello que representa la permanencia de siglos de dominación.

PALABRAS CLAVE: salud mental. servicios de salud mental. atención en salud mental. reforma en atención de la salud.

Recebido em 28/11/05. Aprovado em 04/10/06.