

Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?

Ariadne Cedraz

*Aluna do Programa de Pós-Graduação do
Mestrado em Psicologia da UFRN.*

*End.: Rua São João, n. 1305, Lagoa Seca,
Natal/RN. CEP: 59.022-390*

e-mail: dinecedraz@yahoo.com.br

Magda Dimenstein

*Professora do Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da UFRN; Dra. em Saúde Mental pelo
IPUB/UFRJ.*

*End.: UFRN, CCHLA, Depto. de Psicologia,
Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN.
CEP: 59.078-970*

e-mail: magdad@uol.com.br

RESUMO

O objetivo deste trabalho é conhecer o funcionamento das oficinas terapêuticas, questionando se elas constituem ou não um dispositivo de promoção de mudança da lógica manicomial. Sabe-se que a Reforma Psiquiátrica brasileira se materializou com o financiamento e regulamentação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tendo sido fomentada pela luta antimanicomial e embasada pelos paradigmas da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial. Assim, com o cuidado à saúde mental ganha uma nova configuração, de modo que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são um dos principais serviços da rede de saúde que vem sendo estabelecida. Os CAPS são serviços abertos que oferecem uma gama de terapêuticas, entre as quais a oficina se coloca como fundamental para fazer valer os ideais da Reforma. O estudo foi realizado num CAPS II, em Natal-RN, por meio de visitas sistemáticas ao serviço, orientadas pela perspectiva da Análise Institucional. Os dados foram discutidos à luz da Esquizoanálise, revelando que as oficinas muitas vezes se reduzem a meras estratégias de ocupação do tempo e servem de veículo de transmissão de valores socialmente legitimados como certos. A relação entre técnicos e usuários é hierarquizada e, por vezes, ambos vêem a oficina como uma tarefa a ser cumprida. Enfim, as oficinas terapêuticas preservam em seu funcionamento resquícios sutis de um paradigma inconciliável com os ideais da desinstitucionalização.

Palavras-chaves: oficinas terapêuticas, CAPS, reforma psiquiátrica, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial

ABSTRACT

The purpose of this study is to get to know how the therapeutic workshops function, while questioning if they constitute a mechanism for change of the traditional asylum logic. The Psychiatric Reform materialized with the financing and regulation of alternative services that substitute the psychiatric hospital, a change promoted by the anti asylum debate and the

deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation paradigms. Mental health care, therefore, acquired a new form and the Centers for Psychosocial Care (CAPS) are considered the main services of the health network presently under construction. They are services that offer a lot of therapeutics and amongst them is the workshop, considered essential for the advancement of the Reform ideas. The study was conducted in a CAPS II in Natal, RN. Systematic visits were made using the Institutional Analysis perspective and data were then discussed according to Schizoanalysis. Results indicate that the workshops are oftentimes reduced to strategies for the occupation of time, and as a means for the transmission of social values considered correct. The technician-client relationship is hierarchical and both players see the workshop as a task to be met. In sum, the therapeutic workshops subtly maintain vestiges of a paradigm that is incompatible with the ideas of deinstitutionalization. Key words: therapeutic workshops, CAPS, psychiatric reform, deinstitutionalization, psychosocial rehabilitation

Um olhar apurado sobre a história denota como o mundo da loucura foi-se tornando o mundo da exclusão. Guerra (2004) atesta que a partir de determinado período da Idade Média houve uma condenação burguesa ao ócio, de modo que qualquer forma de improdutividade, inclusive a loucura, era condenada. Assim, foram criadas casas correccionais as quais tinham por finalidade impedir a mendicância, a ociosidade e qualquer forma de comportamento humano considerado desordem social. Nestas casas havia uma imposição do trabalho aos ociosos. Ressaltando isso, a autora citada pretende demonstrar que o uso do trabalho e de outras atividades como modalidades terapêuticas não nasceram no território psiquiátrico, mas num território que pode ser associado ao da polícia ou da assistência social.

Entretanto, a Revolução Francesa, com seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, veio trazer transformações às instituições sociais que deveriam, nesse novo tempo, romper com o Antigo Regime. É nesse contexto que o hospital deixa de ser somente um local de hospedagem, pois nele era possível agrupar as moléstias

e observá-las no seu curso e evolução e, a partir de então, os estudiosos podiam conhecer as doenças e produzir conhecimento sobre as mesmas (Amarante, 2003). Por conseguinte, o hospital tornou-se um local de tratamento, onde o saber médico começou a se constituir munido de estratégias disciplinares.

Pinel, pai da Psiquiatria, via a doença como um desequilíbrio das paixões, entendendo que sua cura consistia em trazer o alienado de volta à realidade, dominar seus impulsos e afastar suas ilusões. Por isso, objetivando uma reeducação da mente alienada, defendia-se a adoção de um tratamento moral articulado a um trabalho terapêutico (Amarante, 1996).

Pode-se dizer que o médico francês deu ao uso do trabalho uma nova conotação. A psiquiatria transformou o trabalho em terapêutica, fazendo surgir uma associação entre o ato de trabalhar e a saúde. Entretanto, convém frisar que o tratamento moral não se restringia ao trabalho. Na intenção de se chegar à cura, a disciplina poderia ser feita, também, por meio da repressão.

Produções científicas e filosóficas do século passado elucidaram a apropriação da psiquiatria sobre a loucura. Foucault (1975), por exemplo, afirmava que a loucura foi transformada em “doença mental” com o advento do capitalismo, visto que o louco não tinha valor no mundo do trabalho alienado: o que não se encaixava na nova ordem social passou a ser visto como patológico, anormal e, portanto, devia ser excluído e ou corrigido. Já Birman e Costa (1994) explicitam a importância desse momento no qual a loucura passa a ser tratada em termos de doença, desvelando a apropriação médica da saúde mental, por meio da Psiquiatria.

Tais produções fizeram com que o tratamento dispensado à loucura fosse repensado, de modo que se iniciou em todo o mundo a chamada Reforma Psiquiátrica. Esta pode ser definida como um processo histórico de formulação crítica e prática e fundamenta-se numa nova concepção de homem como ser biopsicossocial, que veio se firmar após a Segunda Grande Guerra (Amarante, 1995). A Reforma tinha por objetivo estratégias de questionamento e elaboração de propostas para a transformação do paradigma da Psiquiatria Clássica.

Dentre as várias Reformas que ocorreram em diferentes

lugares do mundo, cabe destacar a Reforma Italiana, pois esta trouxe à luz o paradigma da desinstitucionalização, inspirador da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Barros (1994) salienta que os italianos enfatizaram a necessidade de se partir de dentro do estabelecimento psiquiátrico, a fim de criar condições para sua própria desmontagem, indo além dos muros do manicômio, subvertendo sua lógica e seu funcionamento. Losboque (2001), por sua vez, destaca que as vertentes anteriores à italiana eram fortemente marcadas pelo discurso “psi” (Psiquiatria, Psicopatologia, Psicologia, Psicanálise), enquanto a reflexão orientada por Basaglia (ícone da Reforma na Itália), consistia em uma crítica radical sobre tais discursos. Para Amarante (1996), esses discursos se estabelecem na prática como instrumentos de saber e poder, de controle e segregação, sendo empecilhos no processo de negação da psiquiatria enquanto ideologia, de negação do conceito de doença mental, emperrando o questionamento do lugar dos técnicos na reprodução da lógica manicomial.

Dessa forma, a negação tem muitas dimensões e ângulos: negação da instituição manicomial; da psiquiatria enquanto ciência, do doente mental enquanto resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro de psiquiatra em relação ao paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição (Amarante, 1996, p.73).

Afirma-se, pois, que a perspectiva da desinstitucionalização tem por escopo romper com a violência da objetivação do homem em síndromes e doenças construídas pela psiquiatria, e voltar-se para o sujeito em sua experiência da loucura. Amarante (1996) afirma que esse giro epistemológico (colocar a doença mental entre parênteses) impõe o vislumbamento do sujeito, ao invés do seu diagnóstico. O autor expõe que pôr a doença mental entre parênteses permite a visualização do que se chamou de “duplo da doença mental”, que seria:

(...) tudo aquilo que se constrói em termos institucionais

em torno do internado: é a face institucional da doença mental, construída tomando-se por base a negação da subjetividade do louco, da negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber. São formas institucionais de ligar com o objeto, e não mais com o sujeito, sobre o qual edificam-se uma série de 'pré-conceitos' 'científicos', fundados em noções tais como a de periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade da doença mental (p. 81).

Na Itália, onde a desinstitucionalização se materializou em termos práticos, os manicômios foram extintos, vitória de uma luta política que não se encerra com tal feito, uma vez que se almeja que o louco circule livremente pela cidade, sem que isso seja visto como um episódio estranho ou perigoso.

Aqui no Brasil, o projeto de lei Paulo Delgado, declarando sobre a ineficiência dos tratamentos psiquiátricos, propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, através do impedimento da abertura de novos e ou financiamento de outros leitos além dos já existentes. Também propôs a criação de recursos assistenciais alternativos, estruturas não manicomiais, como unidades psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência etc. (Amarante, 2003; Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar em Saúde Mental – Ministério da Saúde, 1998). Tal projeto de lei foi, em 1997, rejeitado pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado. Seu substitutivo – Lucídio Portela – mantém a internação psiquiátrica como uma intervenção terapêutica válida, caso os recursos extra-hospitalares não sejam suficientes para o tratamento. Além disso, impede que a internação seja considerada exclusivamente um ato médico (Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar em Saúde Mental – Ministério da Saúde, 1998).

Dessa maneira, os hospitais psiquiátricos ainda se mantêm como um recurso possível no nosso país, porém não podem mais ser classificados como a única forma de tratamento existente: um novo modelo assistencial é apresentado aos trabalhadores da saúde mental, aos seus usuários e às famílias destes. Todos esses atores

da Reforma se deparam com uma nova concepção de saúde, doença e, mais concretamente, uma nova noção de tratamento, posto que uma das características mais marcantes dos serviços substitutivos é a variedade de terapêuticas que visam rumos distintos da Psiquiatria Clássica, do tratamento moral e do trabalho terapêutico. No seio dessa nova conjuntura, destacam-se as oficinas terapêuticas, e é sobre tais modalidades de atenção em saúde mental que vamos dedicar nossa discussão neste artigo.

Para esclarecer os objetivos das oficinas, é de fundamental importância explicitar que elas estão intimamente ligadas a um outro paradigma que ampara a Reforma Psiquiátrica no Brasil: a reabilitação psicossocial. Esta é apresentada por Rauter (2000) como a grande empreitada da Reforma, que tem a finalidade explícita de recuperar o louco como cidadão “por meio de ações que passam fundamentalmente pela inserção do paciente psiquiátrico no trabalho e/ou em atividades artísticas, artesanais, ou em dar-lhe acesso aos meios de comunicação etc.” (p. 268). De acordo com a autora, a oficina terapêutica seria um dispositivo privilegiado para se atingir tal objetivo.

Barros, Josephson, Catalán, Mascarenhas, Santos e Oliveira (2001), investigando as práticas implementadas em serviços de assistência em saúde mental, atentam para o fato de que as oficinas são referidas como espaços articulados à reinserção social e ao exercício da cidadania, ressaltando que oficinas dizem respeito ao campo social e político.

Não obstante a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial serem nitidamente apontadas como paradigmas propulsores da Reforma Psiquiátrica brasileira, é importante ressaltar que essas duas vertentes não se confundem e não têm exatamente os mesmos objetivos, mesmo que alguns autores tratem os dois paradigmas como se fossem sinônimos. A desinstitucionalização requer uma desconstrução cotidiana de ideologias e práticas cristalizadas, defendendo uma mudança para além dos muros dos serviços de saúde mental. Nesse sentido, ela se aproxima do movimento da luta antimanicomial que, segundo Losboque (2001), participa de uma luta política por transformações estruturais da sociedade. É preciso não perder de vista que a reabilitação

psicossocial se fundamenta na idéia de que o indivíduo portador de sofrimento psíquico sofreu inúmeras perdas em decorrência do seu adoecimento. Desse modo, a reabilitação parte do registro da falta e segue em direção ao desejo de assegurar a equidade entre iguais e diferentes. A desinstitucionalização, por outro lado, visa levar a diferença aos iguais, dizimando a falta de semelhança entre ambos. Cabe ressaltar que a negação do processo de naturalização das normas e práticas sociais é vital para esta vertente.

Emfim, enquanto a reabilitação objetiva reinserir o indivíduo na sociedade, a desinstitucionalização se preocupa em transformá-la, repensando o trabalho, a família, a medicina, as políticas públicas e demais instituições que atravessam as nossas vidas na contemporaneidade, por isso exige um questionamento interminável acerca das nossas ações e se estabelece como uma idéia muito mais ampla que a reabilitação.

São comuns discursos acerca do resgate da cidadania do “louco” e pronunciamentos em favor da autonomia e da aceitação da diferença. Doravante, os novos tratamentos, que buscam ser mais eficazes e humanos, são considerados indispensáveis e, dentre estes, as oficinas terapêuticas assumem um papel de fundamental importância.

Ribeiro (2004) afirma que as oficinas se sustentam “na possibilidade de representarem dispositivos que sejam catalisadores da produção psíquica dos sujeitos envolvidos, facilitando o trânsito social deles na família, na cultura, bem como sua inserção ou re-inserção no trabalho produtivo” (p. 105). Dessa maneira, os estatutos que regulamentam as oficinas terapêuticas mostram que elas são a estratégia por meio da qual a reabilitação psicossocial deve se realizar.

De fato, o Ministério da Saúde (2004) define que os serviços substitutivos tipo CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) devem, necessariamente, oferecer oficinas terapêuticas, de modo que elas são uma das principais formas de tratamento encontradas nesses estabelecimentos. As oficinas podem ser: expressivas (espaços de expressão corporal, verbal, musical e artística), geradoras de renda (possibilitando o aprendizado de atividades que podem servir como fonte de renda) ou de alfabetização (destinada aos que não foram

inseridos no mundo letrado) (Ministério da Saúde, 2004).

Enquanto algumas produções científicas discutem as oficinas geradoras, outras pretendem discutir as oficinas expressivas, relacionando a arte a idéias afeitas à desinstitucionalização, entendendo-a como território da criação e da transformação e, portanto, da desconstrução de velhas formas estabelecidas de existência. Desse modo, diversos autores defendem a arte como estratégia terapêutica produtiva.

Segundo Rocha (1997), a arte é vista como uma possível fonte de revitalização. De acordo com Wanderley (2004), pode ser a ponte para o exercício de diferentes linguagens. E pode ainda, para Varella (1997), ser o meio pelo qual se operam transformações de si e do mundo. Já Assis (2004) entende a arte como forma de dar vazão à loucura e acredita que a produção artística poderia retirar o sujeito do lugar de desacreditado social que o louco normalmente ocupa. Rauter (1997) diz que "(...) se a clínica aspira produzir mutações no campo da subjetividade, deve aproximar-se da arte, talvez deva mesmo tornar-se arte" (p. 109).

Independente de ser uma oficina geradora de renda ou expressiva, Ribeiro (2004) entende as oficinas como catalisadores da produção psíquica dos sujeitos envolvidos. Mas Rauter (2000) adverte que "as oficinas serão terapêuticas ou funcionarão como vetores de existencialização, caso consigam estabelecer outras e melhores conexões que as habitualmente existentes entre produção desejante e produção da vida material" (p. 269-270). A autora salienta que as oficinas precisam estabelecer relações com o que ela chama de "plano de imanência", no qual se geram a arte, a política e o amor.

Portanto, não é a simples existência de uma oficina que garante o fato de ela estar produzindo novas formas de vida; para ela ser terapêutica é necessário conectar-se com uma dimensão distinta da que habitualmente nos encontramos. Nesse sentido, consideramos que pensar nas oficinas nos leva necessariamente a uma reflexão acerca das conexões existentes entre produção desejante e produção da vida material.

Tais conexões se referem a um mecanismo de produção subjetiva e, para discutirmos essa questão, partimos da concepção

de Guattari (1992) segundo a qual o modo de produção capitalista tem como alvo e matéria-prima a produção de um modo hegemônico de ser sujeito, um tipo de subjetividade que ele denominou capitalística, que tem alcance mundial. Trata-se de um modo específico de estar no mundo, de sentir, agir e pensar. Enfim, são esquemas de sensibilidade, corporeidade e de desejos, produzidos por fatores conscientes e inconscientes de ordem molar (relações culturais, familiares, econômicas etc), e de ordem molecular (mídia, música, espaço urbano, dentre outros).

Segundo Pereira (1997), “essa subjetividade capitalística se adere desejante a esse modo de vida, às relações valorizadas por esse sistema, às percepções necessárias a ele, à sensibilidade e à sociabilidade correlatas à reprodução do próprio sistema” (p. 43). Ou seja, ela é um dispositivo de produção, reprodução e cristalização do *establishment*, de forma que nada fica fora do seu controle.

Essa ordem capitalística funciona no sentido de promover agenciamentos subjetivos segundo formas padronizadas, serializadas e homogêneas, bloqueando a produção de modos de subjetividades singulares e de outros desejos – o que Guattari identificou como revoluções moleculares.

Por conseguinte, ao passo que somos atravessados por um controle cada vez mais crescente, produzimos formas de relação com o mundo que operam no sentido de reproduzi-lo do mesmo, seja nos aspectos perceptivo, mnêmico, ou ainda nos aspectos afetivo e volitivo (Guattari, 1992). Assim sendo, os estudos que se voltam para a temática da subjetividade não deixam de fazer chegar à consciência a idéia de que a organização social tem funcionado como um anulador de singularidades, e é nesse sentido que os processos criativos têm-se estabelecido como uma força contrária à ideologia dominante e castradora (Rey, 2003). Exposto isso, cabe destacar que entendemos que as oficinas terapêuticas precisam seguir os mesmos caminhos que os processos criativos, uma vez que pretendem acolher as singularidades.

Entretanto, Guattari denuncia que “tudo o que é de domínio da ruptura, da surpresa e da angústia, mas também do desejo, da vontade de amar e de criar, se deve encaixar de alguma forma nos registros de referências dominantes” (Guattari, 1996, citado por Rey,

2003, p. 114). A partir disso, pode-se inferir que os próprios sistemas hegemônicos guardam em si as forças contrárias a ele, na tentativa de controlar a potência destas mesmas forças.

Em virtude disso, vale também considerar que, tendo sido oficialmente inaugurada, a Reforma Psiquiátrica corre o risco de não passar de uma norma cristalizada, pois o fato de essa Reforma ter o paradigma da desinstitucionalização como força propulsora não garante a desconstrução das práticas há anos reforçadas pela normatização imputada à Psiquiatria Clássica. Dessa forma, é imprescindível pensar os caminhos que tem percorrido a Reforma Psiquiátrica e, em especial, a forma pela qual tem-se valido das oficinas terapêuticas, porque ordinariamente a Reforma é parte constituinte do capitalismo que, segundo Coimbra (2000), mascara-se cada vez mais sob véus de “humanidade”.

Considerando tudo o que foi dito, o presente trabalho tem o objetivo de conhecer o funcionamento das oficinas terapêuticas realizadas num serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico tipo CAPS II¹, a fim de discutir em que medida elas vêm se apresentando ou não como um dispositivo de promoção de mudança da lógica manicomial.

Metodologia

Caracterização da instituição estudada: O estudo foi realizado em um CAPS II da rede de saúde municipal da cidade de Natal-RN, situado na zona lesta da cidade. Os CAPS são serviços abertos destinados a portadores de transtornos mentais severos e/ou persistentes. Segundo o Ministério da Saúde (2004), os CAPS II não funcionam nos finais de semana e existem em municípios que possuem entre 70.000 e 200.000 habitantes. O serviço estudado é o mais antigo do estado, funciona de segunda a quinta-feira, das 8 horas da manhã às 5 horas da tarde, sendo que na sexta-feira funciona somente pela manhã. Durante a realização do estudo, o quadro de funcionários contemplava profissionais das áreas de enfermagem, psiquiatria, psicologia, serviço social, farmácia e arte-educação.

Participantes: Técnicos, auxiliares e vigilantes, bem como

estagiários de psicologia e serviço social. Participaram também os usuários do serviço que se encontravam em regime de internação intensiva ou semi-intensiva.

Procedimento: Após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e da Secretaria Municipal de Saúde – Núcleo de Saúde Mental –, foram realizadas visitas sistemáticas ao estabelecimento, a fim de se vivenciar a dinâmica institucional do serviço. Embora as oficinas terapêuticas tenham sido tomadas como dispositivos de análise do processo de Reforma Psiquiátrica, a coleta não se restringiu a observá-las, tendo se estendido à participação em todos os espaços do serviço, tais como as reuniões de passagem, o almoço coletivo e os preparativos de eventuais comemorações. Isso se deu, pois, seguindo os princípios da Análise Institucional – que neste trabalho se coloca tanto como perspectiva teórica orientadora das discussões, como estratégia metodológica – é fundamental ao analista (e investigador) imiscuir-se na instituição, a fim de que seja possível entrar em contato com os valores que nela circulam (Lourau, 1996). Cabe dizer que partimos do princípio de que as instituições são sistemas de normas ou regras, que regulam e orientam a vida dos indivíduos, dos grupos sociais e das formas sociais organizadas (Barembliitt, 1992; Lourau, 2004). Assim sendo, no presente trabalho os CAPS são vistos como estabelecimentos (locais concretos onde as instituições se presentificam) e como instituições em si.

Dito isso, destaca-se o fato de que toda instituição guarda em si forças instituintes e instituídas. O instituinte refere-se às forças produtivas que transformam a instituição. Já a dimensão instituída designa o resultado das pressões outrora operadas pelas forças instituintes; dessa maneira, o instituído é o resultado do constante processo de produção (Barembliitt, 1992). Por isso Lourau (2004) diz que “regras, normas, costumes, tradições etc., que o indivíduo encontra na sociedade, são o que está instituído” (p. 72).

Assim sendo, os dados foram obtidos por meio do contato com a dinâmica do estabelecimento estudado, possibilitando a percepção dos elementos instituintes e instituídos presentes no serviço. Foram realizadas visitas sistemáticas ao CAPS num período de três meses. Foram feitas, em média, duas visitas semanais, ora

no turno matutino, ora no turno vespertino. Tal vivência possibilitou uma escuta institucional que focaliza as contradições presentes na instituição e visa à elucidação dos valores e forças que a permeiam, regulando as ações dos seus agentes – atores institucionais que circulam no estabelecimento, dão suporte à instituição e são protagonistas do seu dinamismo da mesma (Baremlitt, 1992). Por meio da referida escuta, foram levantados analisadores que denunciam a dimensão instituinte da instituição CAPS.

Analisador é o instrumento por meio do qual emerge a análise (Lourau, 1996). Ou seja, analisador é um dispositivo que, uma vez vislumbrado, possibilita uma análise, um pensar sobre a instituição da qual ele surge. Trata-se de um conceito inspirado na Psicanálise (na clínica ele é análogo ao ato falho) e, segundo Baremlitt (1992), os analisadores referem-se a demonstrações e indícios do que realmente acontece, mas nem sempre é enunciado; eles são, portanto, fenômenos privilegiados para a análise. Corroborando isso, Lourau (2004) afirma que é o analisador que dirige a análise, uma vez que esta “se propõe a descobrir, revela-se no *não dito*” (p. 68). Então, analisadores funcionam como pistas, mas vão além disso, uma vez que não apenas denunciam, mas contêm em si mesmos elementos para se auto-entender (Baremlitt, 1992).

Por fim, cabe esclarecer que os analisadores apresentados nesse artigo foram discutidos à luz do referencial da Esquizoanálise. Tal referencial teórico apoia-se nas idéias de Gilles Deleuze e Félix Guattari, teóricos afins e demais estudiosos que têm dado continuidade ao pensamento desses autores. A Esquizoanálise é considerada um pensamento filosófico dissidente da análise institucional, não se fundamenta em pressupostos deterministas e se debruça sobre a temática da subjetividade, entendendo que esta nunca está dada, mas é sempre produzida nas relações. Fundamenta-se nas filosofias de Nietzsche, Espinosa e Hume, não faz distinção entre a teoria e a prática, se coloca como uma prática política e propõe a ética como um exercício fundamental a toda ação-pensamento humano.

Resultados e discussão

Primeiramente é preciso dizer que no estabelecimento estudado as oficinas terapêuticas são atividades diárias, ocorrendo, normalmente, duas no período da manhã e duas no período da tarde. Cada oficina tem uma duração média de uma hora. Os usuários participam das oficinas que lhes interessam e toda a equipe técnica é envolvida nessas atividades. No período de coleta de dados, faziam parte do quadro de atividades do serviço as seguintes oficinas: Culinária, Música, Coral, Acolhimento, Higiene e Beleza, Limpeza, Espaço Saúde e Sociedade e Relaxamento. Durante as visitas ao CAPS, também ocorreram algumas Oficinas de Artesanato com o objetivo explícito de preparar artefatos para festividades (como o Natal, por exemplo).

Também é preciso esclarecer que os analisadores aqui discutidos referem-se às forças instituídas do CAPS; todavia é imprescindível afirmar que nem tudo na instituição funciona em conformidade com as mesmas. Não obstante, tais forças prevalecem e marcam sobremaneira o funcionamento cotidiano do serviço, mesmo quando destoam do paradigma da desinstitucionalização oficialmente adotado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. A fim de proporcionar ao leitor um panorama da rotina que favoreceu o mapeamento dessas forças, serão apresentadas situações ocorridas durante a coleta de dados. Tais acontecimentos serão aqui utilizados como analisadores da instituição investigada e estão destacados em negrito.

Um dos primeiros fatos que chamou a atenção logo no início das visitas ao estabelecimento referia-se às queixas da equipe técnica acerca do número reduzido de profissionais do CAPS. Isso era apontado como justificativa para o fato de, em alguns momentos da semana não ser realizada nenhuma atividade com os usuários.

“Vamos ficar sem atividade?”, indagava um usuário no momento em que ele e todos os outros presentes naquele dia, reunidos numa sala, se impacientavam com a ociosidade. Eles se expressavam como se a ausência de uma atividade, qualquer que fosse, aumentasse suas aflições. Também comentava que essa falta era indicativo da decadência do serviço. Nesse contexto, os usuários

permaneciam sentados no sofá, em silêncio ou reclamando, alguns poucos circulavam pela casa, tomavam café ou fumavam, alguns pares dialogavam, mas não se percebia nenhuma mobilização por parte deles que os fizesse sair do registro da lamentação e da espera. Para eles, a única forma de escapar dessa situação seria a presença de um técnico que coordenasse uma atividade, uma oficina que ocupasse seu tempo.

Tal situação nos leva a importantes questões. A primeira delas é a presença clara, entre os usuários, da idéia de que o tratamento deve necessariamente estar pautado na ocupação do tempo, posto que alguns deles chegaram a comentar que ficar parado é como dar espaço para a mente pensar em coisas ruins, acarretando, o aumento do mal-estar. Há uma expectativa de que as horas passadas no serviço possam ser ocupadas integralmente com atividades que preencham o excesso de tempo disponível e aliviem o sofrimento. Tais idéias nos recordam a condenação burguesa ao ócio – que deu origem a casas correccionais (Guerra, 2004) – e a concepção de trabalho terapêutico que visava domar os impulsos da mente alienada mantendo-a ocupada (Amarante, 1996; 2003). A idéia de que a ocupação diminui o sofrimento cristalizou-se no discurso dos usuários; é cotidianamente por eles mesmos e também se faz presente entre os técnicos. No CAPS todos os agentes referem-se à oficina como uma ferramenta que possibilita o exercício de outros modos de expressão, ou seja, como um importante dispositivo no processo de Reforma Psiquiátrica, corroborando com Rauter (1997; 2000), Ministério da Saúde (2004) e Ribeiro (2004). Apesar disso, é visível nas ações diárias do serviço estudado a existência de práticas que destituem tal ferramenta do seu potencial transformador, reduzindo-a a **meros dispositivos de ocupação de tempo**.

Assim sendo, a ausência de oficina significa, para o usuário, ausência de tratamento, ao invés de ser motivo para criação espontânea de uma atividade qualquer ou simplesmente possibilidade de usufruir um tempo livre, para a produção de novos circuitos, redes sociais e afetivas. Vemos, portanto, que a despeito de serem interessantes, transformadoras, mobilizadoras – terapêuticas ou não –, as oficinas assumem um lugar na engrenagem cotidiana, que, ao invés de dar passagem para outros mundos possíveis, realimenta a

máquina de produção de subjetividades que agencia a ocupação das mentes no intuito de exercer uma vigilância produtiva e contínua, uma ortopedia moral fundamental para sustentar os padrões de sociabilidade vigentes e de controle social contemporâneos. Além disso, segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), “o trabalho é ‘terapêutico’ se é o reconhecimento de um direito, não o é se é ‘técnica de tratamento’; no primeiro caso, é o sujeito que realiza uma possibilidade sua; no segundo, é a instituição que o decide” (p. 34). Os autores concluem dizendo: “o problema não é a cura (vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade” (p. 30).

Um segundo aspecto a ser discutido diz respeito ao fato de que ainda está presente no serviço a idéia de que deve partir dos técnicos a iniciativa de realização de qualquer que seja a atividade, enquanto que os usuários ocupam o lugar de expectadores ou consumidores das propostas. Não foi observado nenhum movimento de questionamento dessa lógica que pudesse desnaturalizar os saberes instituídos, as competências técnicas inquestionáveis ou determinações normativas. Não foram constatadas iniciativas eficazes que gerassem problematizações consistentes acerca das relações de saber/poder intrincadas no convívio cotidiano entre técnicos e usuários, entre os próprios usuários, bem como entre os diferentes técnicos presentes no serviço. Isso revela, dentre outras coisas, que **as relações entre esses agentes mantêm-se hierarquizadas**, o que se contrapõe ao ideal da desinstitucionalização que pretende questionar formas de poder e hierarquia existentes em todas as relações e promover uma “emancipação terapêutica (que se torna substitutivo da ‘cura’) que só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico” (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001, p. 31).

Mesmo quando se abre um espaço para questionamentos, **a palavra final é a do técnico**. Na oficina de Culinária, onde usuários até podem dar sugestões de receitas a serem praticadas na oficina (embora isso quase nunca ocorra), são os técnicos coordenadores que, diante dos recursos da dispensa, decidem o que será realizado. É indubitável que não se pode manter uma oficina de culinária sem

que sejam observados os ingredientes que a casa dispõe, porém é certo que a cada dia de oficina é possível fazer, por exemplo, um bolo ou um biscoito, e a decisão entre um e outro nunca cabe aos usuários. Quando estes chegavam à culinária, a receita já estava escolhida e os ingredientes estavam na mesa, de forma que **a oficina se restringe a mais uma tarefa a ser cumprida.**

Outro ponto que chama a atenção é a marca do “tratamento moral” presente nas oficinas, pois durante a realização das atividades, especialmente na de “Acolhimento”², observou-se que **valores socialmente legitimados como certos são transmitidos para o usuário como a forma mais adequada de ser e agir.** Por exemplo: fala-se sobre sexualidade, enfatizando a heterossexualidade; fala-se sobre casamento, enfatizando a fidelidade; fala-se de autonomia, enfatizando a capacidade de se manter uma casa limpa e organizada. Entretanto, a produção de autonomia pelos usuários, que é atestadamente um dos objetivos dos CAPS, segundo o Ministério da Saúde (2004), está mais ligada à “capacidade de cada sujeito estabelecer pactos sociais que deverão gerar normas para a sua vida” (Corrêa, 2004, p. 159).

Além disso, foi possível observar que todos os usuários mantêm uma forma cristalizada de se apresentar no serviço (“meu nome é fulano, estou no CAPS há x anos, aqui é melhor que hospital etc.”) e costumam repetir os mesmos repertórios comportamentais cotidianamente. Notamos, dessa forma, que muitos desses comportamentos estereotipados, visíveis no dia-a-dia do serviço, não são questionados pelos técnicos, mas, pelo contrário, são reforçados na medida em que muitos deles correspondem a um padrão socialmente desejado. Comportamentos considerados adequados pelos técnicos, tais como fala pausada, cumprimento das instruções para a realização da oficina, respeito à autoridade do técnico e cumprimento do horário, são vistos como um sinal de saúde e bem-estar. Ao adotar essa norma, mesmo que de maneira informal, ou sem se dar conta das suas conseqüências, **o CAPS tem padronizado os modos de ser de cada usuário, reproduzindo formas de existência idealizadas.**

Mantendo essa lógica, podemos dizer que as oficinas tornam-se, de acordo com Castelo Branco (2004), uma “técnica de

assujeitamento das existências humanas vindo da manipulação e docilização das subjetividades, feitas para efetivar certos padrões de normalidade preestabelecidos e desejáveis aos gestores dos poderes instituídos” (p. 36). Isto é, dispositivos de produção de modos de vida subordinados e pacatos.

Entretanto, entendemos que, ao invés disso, as oficinas deveriam sustentar um espaço no qual é possível o exercício de novas formas de atuação no mundo, um espaço onde se convive com a presença do estranho, sem que isso seja necessariamente motivo para intervenções que visam ao seu reordenamento, ao restabelecimento de uma normalidade. E, uma vez que se pretende uma estratégia de desinstitucionalização, a oficina pode ser várias coisas, menos um dispositivo disciplinador cuja função é a de produzir sujeitos que se comportam de acordo com o que a sociedade espera.

Também observamos que a oficina, para o técnico, muitas vezes, acaba funcionando como uma economia do olhar, uma oportunidade de reunir todos os usuários em um só lugar sob o olhar cuidadoso, vigilante e desconfiado, que indaga a cada um “Como está você hoje?”. Rodrigues (2004), discutindo as idéias de Foucault, ressalta que

(...) o poder disciplinar se espraia na sociedade, assumindo formas diferentes nos mais infinitesimais pontos onde tais procedimentos encontram homens e mulheres. Em escolas, reformatórios, quartéis, hospitais, manicômios, fábricas, oficinas, associações filantrópicas, igrejas, agremiações profissionais, partidos, o poder disciplinar incide, fixando e moldando os indivíduos com a intenção de ser um procedimento por meio do qual a ‘força do corpo é com o mínimo ônus reduzida como força ‘política’, e maximizada como força útil’. A constituição mesma da força de trabalho: fornecer saúde para corpos que devem estar aptos à lide e indispostos à contestação (p. 163).

A imposição de uma disciplina e o estabelecimento de uma moralidade são viabilizados por práticas de vigilância produzidas no interior dos serviços, no acontecer das oficinas. Efeitos daquilo que

Foucault chama de biopolítica, tais estratégias servem para gerenciar a vida, ordenar o cotidiano, excluir o que ameaça a normalidade, evitando desvios. Assim, a loucura só pode se expressar dentro da legalidade, do conveniente, do que é passível de ser controlado e corrigido.

Observou-se que, no período de investigação, os profissionais do serviço privilegiavam as oficinas expressivas; no entanto, embora a arte seja aclamada como o espaço da criação, **há muito pouco de criação nas oficinas**. O exercício de diferentes linguagens pressuposto por Wanderley (2004) não tem muito espaço no CAPS estudado, embora essa seja uma questão levantada pelos profissionais da casa. O trabalho de expressão corporal é quase nulo. As poesias escritas pelos usuários são somente aplaudidas em eventos sociais (festas natalinas, aniversários e outras confraternizações do gênero) e raramente têm o peso para retirar o louco do lugar de desacreditado social como prega Assis (2004). Caiafa (2000) defende que a arte pode “deflagrar uma experimentação subjetiva em larga escala” (p. 66), mas a autora salienta que isso só ocorre quando essa arte incita ressonâncias, tendo brotado de um processo singular que, necessariamente, se opõe aos poderes instituídos. A estrutura das oficinas no CAPS é composta de um técnico que representa o saber/poder e de usuários que, através do saber do técnico, pretende galgar uma melhora definida por padrões que lhe são exteriores. Assim sendo, a produção artística do serviço não pode ser singular, já que está intimamente ligada à idéia de cumprimento de tarefa, além de se produzir almejando o agrado do técnico, pois uma vez aprovada por ele a produção pode ser considerada positiva. Também vale comentar que, segundo Caiafa (2000), a produção de multiplicidade depende da qualidade das relações, e relações hierarquizadas, comumente verificadas no CAPS, dificilmente despertam a potência de uma expressão artística (instituinte) que provoque ressonâncias.

Também vale discutir a concepção de cura e terapêutica que circula no CAPS. Tanto funcionários quanto usuários do serviço admitem que se alcança um estado saudável quando não existem inquietações motoras e psíquicas, havendo uma conseqüente dissipação da angústia. Desse modo, **estar bem significa a**

remissão dos sintomas. São reforçados os relatos de usuários que admitem uma mudança no seu quadro, expressando uma diminuição das características que favoreceram o diagnóstico. Isso pode ser observado por meio do fato de usuários, que comumente são agitados, manterem comportamentos considerados comuns aos mais pacientes e calmos. Diz-se que assim, ele está bem. Do mesmo modo, quando um usuário grita, faz movimentos bruscos ou corre pela casa, diz-se que ele está “atacado”. Isso também se evidencia quando entra em discussão o funcionamento do “Acolhimento”. Nessa oficina, geralmente coordenada por dois técnicos, pergunta-se a cada usuário como ele está, como ele passou a noite, o que foi feito no dia anterior, o que há de novo e outras questões similares. São comuns respostas que se referem aos sintomas físicos, como: estou (ou não) dormindo bem ou estou (ou não) me alimentando bem.

Funcionando dessa maneira, o CAPS não se volta para o sujeito, mantendo sua visada nos diagnósticos, fugindo à proposta da desinstitucionalização que pretende pôr a doença mental entre parênteses (Amarante, 1996). Não se defende aqui um cuidado que despreze o sofrimento, mas é preciso ter cautela para que o tratamento não se baseie no desejo de amputar peculiaridades de certos indivíduos somente porque elas se enquadram na descrição de uma morbidade.

Também é comum entender as **queixas como sendo sintomas da doença, mesmo quando o usuário vive num contexto no qual tais queixas são absolutamente compreensíveis.** Por exemplo: uma usuária disse que sente muita angústia e não dorme quando pensa nos seus filhos que estão envolvidos com o comércio ilegal de drogas e, tarde da noite, ainda não voltaram para casa, ela comenta que teme que eles sejam assassinados como outros jovens que assim morreram em seu bairro. Após a sua fala, o coordenador da oficina perguntou se ela estava tomando direito a medicação e propôs que a mesma conversasse com a psiquiatra para saber se a insônia não era devido a uma quantidade insuficiente de ansiolítico. Assim sendo, durante essa oficina é reforçada a idéia de que **o medicamento tem posição privilegiada no tratamento, o que dá à psiquiatra um status diferenciado na instituição,** dificultando ainda mais a

horizontalização das relações, que é um dos objetivos do processo de desinstitucionalização (Amarante, 1996; Losboque, 2001). A psiquiatra costuma ter no estabelecimento uma ação quase que exclusivamente médica, reforçando a medicalização da loucura, lançando o CAPS para um modelo de funcionamento que, de fato, não rompe com os preceitos da Psiquiatria Clássica, a qual já é considerada ultrapassada desde elucidada a sua crise teórico-prática (Birman & Costa, 1994), quando os asilos passaram a ser comparados com campos de concentração (Amarante, 2003).

Considerações finais

“DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO MANICÔMIO É INTERMINÁVEL”
(LEONARDIS, MAURI E ROTELLI, 2001)

As observações realizadas em um serviço substitutivo da rede de saúde mental local possibilitaram a identificação de alguns aspectos referentes ao funcionamento das oficinas terapêuticas aí realizadas, os quais apontam para a existência de núcleos de tensão em termos da condução do processo de reforma psiquiátrica, mas particularmente em relação ao ideário da desinstitucionalização. Voltamos a ressaltar que os aspectos identificados e problematizados neste trabalho não podem ser entendidos como próprios de um serviço de saúde mental específico, nem tampouco produzidos por uma equipe delimitada. Focamos nas muralhas invisíveis presentes no cotidiano de técnicos e usuários, nas redes de poder que são construídas, nas sociabilidades produzidas, nos regimes de afetos existentes, aspectos que atravessam nossas vidas e condicionam nosso agir.

É de fundamental importância destacar que, embora as oficinas sejam aclamadas pela sua relação com o social e o político (Barros; Josephson; Catalán; Mascarenhas & Santos, 2001) e pela sua potência de fazer extrapolar para além dos muros do CAPS uma nova forma de lidar e conviver com a loucura, princípio base segundo o qual os serviços devem funcionar (Losboque, 2001; Barros, 1994; Amarante, 1996), o estabelecimento investigado não tem operado, por meio das oficinas, ações transformadoras de alcance público,

mantendo-se fechado em si mesmo. Desse modo, tudo que produz fica circunscrito em seu ínfimo espaço, e como consequência vê-se pouca permeabilidade entre o serviço e a comunidade circunvizinha ou demais campos sociais. Assim sendo, o CAPS se torna, para a cidade, somente mais uma casa de loucos.

Percebemos que a falta de recursos materiais e humanos compatíveis com as necessidades do serviço impede a realização de uma maior diversidade de oficinas. Além disso, técnicos se queixam da ausência de capacitação continuada para coordenar esse tipo de atividades, segundo os quais exige uma certa especialização. Apesar de legítimas, tais queixas não avançam em termos da “obrigação de romper cotidianamente o cenário e o *script* da relação terapeuta-paciente; de impedir o refúgio de autodefesa da organização nos procedimentos codificados e nas especializações; de reduzir a miséria dos serviços e do próprio serviço em primeiro lugar” (Leonardis, Mauri & Rotelli, 2001, p. 85). Notamos também que as oficinas ocupam boa parte do tempo de permanência dos usuários no serviço e, conseqüentemente, dos técnicos, o que termina inviabilizando a produção de outras estratégias assistenciais mais voltadas para fora do serviço, articuladas com outros estabelecimentos, com outras instituições e com a comunidade. Ou seja, esse dispositivo, que toma grande parte do tempo dos atores institucionais e os sobrecarrega, empobrece possíveis modos de intervenção em outros espaços sociais que poderiam operar, na vida dos usuários e familiares, transformações mais contundentes.

Cuidar, como dizem Leonardis, Mauri e Rotelli (2001), não contempla o manejo de ferramentas que reproduzem os próprios códigos institucionais, mas a invenção daquelas que buscam desmascarar tais códigos, revelar os movimentos de apropriação, de produção de cronicidade, ou seja, daquelas que buscam manter o manicômio vivo. E não é nessa direção que as oficinas observadas têm apontado. Na verdade, elas têm-se configurado como lugares de controle e disciplina, de produção do “doente mental” bem comportado, obediente e trabalhador.

A fabricação desses modos de existência capturados em sua força de invenção, de devires fascistas que se voltam (em nome da razão) para a correção de tudo o que escapa à normalidade, à

vigilância ininterrupta, à produção de práticas e tecnologias de disciplinarização, é algo que perpassa nossa forma de pensar e nossos atos nos espaços sociais. Portanto, não são produzidos especificamente no contexto das oficinas terapêuticas, mas atravessam o *socius*, o tornar-se humano na contemporaneidade.

Pelbart (2000), discutindo sobre subjetividade e pós-modernismo, em particular sobre a “colonização” dos afetos pelo capitalismo mundial integrado (CMI), ou sobre “como o capitalismo invadiu as esferas mais privadas e íntimas da vida humana, desde a fé até o corpo biológico” (p. 26), que vivemos “uma extraordinária operação de anestesia social, fundada na unidade atômica indispensável, o homem médio estatístico, o consumidor ideal de bens e serviços, de entretenimento, de política, de informação, o cyber-zumbi” (p. 23).

Diante disso nos perguntamos: contra o que devemos lutar então? Contra o que precisamos provocar insurreições, inconformações, terrorismo? Contra idéias letais e asfixiantes (Bey, 2003), contra o fácil trajeto dos obedientes (Passetti, 2004), contra os desejos de manicômio que nos atravessam (Alverga & Dimenstein, 2005), contra os amoladores de faca, sábios, experts, pastores da alma, da ciência, da culpa, do medo, que criam a necessidade de tutela de diversas ordens (Baptista, 1999).

Consideramos que nosso desafio é “produzir modos de viver, pensar e sentir capazes de afirmar a potência de efetuação da vida, a partir da invenção permanente de práticas aptas a deflagrar movimentos de singularização, em lugar das diferentes camisas-de-força subjetivas que nos aprisionam na ‘metafísica-do-que-jamais-seremos’” (Santos, 2004, p. 55).

Isso significa enfrentar, como diz Castelo Branco (2004), o espírito de rebanho produzido por nós mesmos, modos de vida subordinados e comprometidos com poderes instituídos, que emperram a eclosão de modos de vida heterônomos. Trata-se, pois, de empreender o exercício do político – tal como entendido por Arendt (Ortega, 2000) – de produção de novas subjetividades, novas formas de sociabilidade, de milagres em favor do inesperado e do imprevisível, de formas de agir que são máquinas de guerra contra a

despolitização da vida.

É imprescindível fazer das oficinas espaços de discussão e desconstrução dos valores que fundamentam nossas idéias e práticas, abrindo possibilidades para que cada um possa estabelecer novas conexões, criar territórios existenciais atravessados por outros valores que não sejam somente os que aprisionam numa vida aparentemente sem riscos. Esta é uma batalha contra forças invisíveis que moldam as formas de vida vigentes, contra uma clausura subjetiva que tende à uniformidade, à homogeneização, à redução das infinitas possibilidades de vida, ao que Pelbart (2000) chamou de “a forma-homem historicamente esculpida” (p. 13) que está intimamente articulada à vida social, ao cotidiano, à nossa circulação nas cidades.

Nesse sentido, ressaltamos a potencialidade das oficinas terapêuticas, desde que elas caminhem na direção da não humanização da loucura, buscando viabilizar ações terapêuticas que não estejam “impregnadas de manicômios invisíveis” (Baptista, 1999, p. 116), que sejam espaço de resistência e não meras “cadeias da existência cotidiana” (Pelbart, P. 2000, p. 62), fazendo emergir devires plurais que rompem com forças instituídas que insistem em se reatualizar, mascaradas por véus de humanidade (Coimbra, 2000), naturalidade (Lourau, 2004) e de especialismos inúteis.

Embora o CAPS seja uma instituição que adota em seu discurso o paradigma da Desinstitucionalização, o funcionamento das oficinas terapêuticas revela resquícios de um discurso-prática afeito ao tratamento moral, base fundante da Psiquiatria Clássica que, uma vez posta em crise (Birman & Costa, 1994), já não pode mais ser aceita como norteadora das ações em Saúde Mental.

Uma vez seguindo os princípios da Luta Antimanicomial, as oficinas terapêuticas deveriam funcionar como dispositivos de mudança social, não sendo, somente, fonte de experiências prazerosas para os usuários ou mecanismos que acabam por devolver o mesmo à sociedade, sem preocupar-se em transformá-la. Ou seja, se a função das oficinas é materializar o ideário da Desinstitucionalização, sua atuação deve extrapolar o espaço físico restrito do CAPS, atingindo subjetividades, quebrando as barreiras

dos preconceitos instituídos, possibilitando a criação.

Notas

1. Foi escolhido esse tipo de serviço porque, dentre os serviços substitutivos encontrados no local da pesquisa, esse era o tipo de estabelecimento mais consolidado no âmbito das práticas de saúde mental.
2. Uma oficina muito peculiar que ocorre no início de cada turno. Nela todos se reúnem numa roda e falam de como se sentem naquele dia; também podem ser discutidos assuntos levantados por técnicos ou usuários.

Referências

- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2005). A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In P. Amarante (Org.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (Vol. 2, pp. 45-66). Rio de Janeiro: NAU.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O Homem e a serpente: Histórias para a loucura e psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2003). *Saúde mental, políticas e instituições: Programa de educação à distância* (20a ed., Vols. 2-3). Rio de Janeiro: Fiotec/Fiocruz.
- Assis, E. (2004). Arte e oficina terapêuticas em tempos de reconstrução. In C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania* (pp. 95-103). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Baptista, L. A. (1999). *A cidade dos sábios*. São Paulo: Summus.
- Baremlitt, G. (1992). *Compêndio de análise institucional*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

- Barros, D. D. (1994). Cidadania versus periculosidade social: A desinstitucionalização como desconstrução do saber. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 171-193). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barros, R. D. B. de, Josephson, S. C., Catalán, L. E. G., Mascarenhas, W. F., Santos, A. D. Dos, & Oliveira, F. P. de (2001). A desinstitucionalização da loucura, os estabelecimentos de cuidado e as práticas grupais. In A. M. Jacó-Vilela, A. C. Cerezzo, & H. B. C. Rodrigues, *Clio-psyché hoje: Fazeres e dizeres psi na história do Brasil* (pp. 65-70). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Bey, H. (2003). *Caos: Terrorismo poético e outros crimes exemplares*. São Paulo: Conrad.
- Birman, J., & Costa, J. F. (1994). Organizações de instituições para uma psiquiatria comunitária. In P. Amarante, *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 41-72). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Caiafa, J. (2000). *Nosso século XXI: Notas sobre arte, técnica e poderes*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Castelo Branco, G. (2004). A prisão interior. In E. Passetti (Org.), *Kafka/Foucault: Sem medos* (pp.33-44). Cotia, SP: Ateliê.
- Coimbra, C. M. B. (2000). Neoliberalismo e direitos humanos. In P. Amarante, *Ensaios: Subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 257-265). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Corrêa, D. (2004). Oficinas: Uma reflexão. In C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania* (pp. 155-160). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose: Um novo paradigma estético*. São Paulo: Ed. 34.
- Guerra, A. M. C. (2004). Oficinas em saúde mental: Percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental*:

- Sujeito, produção e cidadania* (pp. 23-58). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Leonardis, O., Mauri, D., & Rotelli, F. (2001). Prevenir a prevenção. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 65-88). São Paulo: Hucitec.
- Losboque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lourau, R. (1996). *A análise institucional*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lourau, R. (2004). Objeto e método da análise institucional. In S. Altoé, *René Lourau: Analista institucional em tempo integral* (pp. 66-88). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (1998). *Temas de saúde mental: Textos básicos do Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar em Saúde Mental (CBAD)*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ministério da Saúde (2004). *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Autor.
- Ortega, F. (2000). *Para uma política da amizade: Arendt, Derrida, Foucault*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Passetti, E. (2004). Pequenas obediências, intensas contestações. In E. Passetti, (Org.), *Kafka/Foucault: Sem medos* (pp.123-138). Cotia, SP: Ateliê.
- Pelbart, P. P. (2000). *A vertigem por um fio: Políticas da subjetividade contemporânea*. São Paulo: FAPESP/Illuminuras.
- Pereira, W. C. C. (1997). A cidade: Da modernidade a pós-modernidade (pp.41-46). In *Anais. A Cidade Vivente: Subjetividade, Socialidade e Meio Ambiente na Cidade Contemporânea*, 1997, Belo Horizonte, MG. Belo Horizonte, MG: Movimento Instituinte de Belo Horizonte/ Engendra/Instituto Felix Guattari.
- Rauter, C. (1997). Subjetividade, arte & clínica. In A. Lancetti (Org.), *Saúde loucura* (Vol. 6, pp. 109-119). São Paulo: Hucitec.
- Rauter, C. (2000). Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-

- política para oficinas terapêuticas. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 267-277). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rey, F. G. (2003). *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thompson.
- Ribeiro, R. C. F. (2004). Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania* (pp. 105-116). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Rocha, A. (1997). Experiência da toca. In A. Lancetti (Org.), *Saúde loucura* (Vol. 6, pp. 135-142). São Paulo: Hucitec.
- Rodrigues, T. (2004). Uma mecânica da dor: Kafka-Foucault e o horror ao horror. In E. Passetti (Org.), *Kafka-Foucault: Sem medos* (pp.157-176). Cotia, SP: Ateliê.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 17-59). São Paulo: Hucitec.
- Santos, A. R. C. (2004). Vai ser coxo na vida: Problematizando alguns modos de subjetivação claudicantes na reforma psiquiátrica brasileira (pp. 54-55). In *Resumos, 6. Encontro Clio-Psyché: Corpo, Psicologia e História, 2004*, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ.
- Varella, A. (1997). Lygia Clark: Arte e terapia. In A. Lancetti (Org.), *Saúde loucura* (Vol. 6, pp. 120-122). São Paulo: Hucitec.
- Wanderley, L. (2004). Máquinas de tecer. In C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania* (pp. 149-154). Rio de Janeiro: Contra Capa.

Recebido em 12 de dezembro de 2004

Aceito em 10 de janeiro de 2005

Revisado em 20 de junho de 2005