

O CASO “ESTRELA”: PRÁTICAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA REFORMA PSIQUIÁTRICA *THE “ESTRELA” CASE: PRACTICES OF DESINSTITUCIONALIZATION IN THE PSYCHIATRIC REFORM*

Giceli Carvalho Batista

Universidade Tiradentes e Faculdade Pio Décimo, Aracaju, Brasil

Maria Teresa Nobre

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil

RESUMO

Este artigo discute o processo de consolidação e institucionalização da reforma psiquiátrica em Aracaju/Sergipe a partir de uma pesquisa realizada entre 2009 e 2010, que teve como objeto as práticas da equipe de gestão Rede de Atenção Psicossocial (REAP). Foram realizadas entrevistas com sujeitos que compunham ou já haviam composto a equipe de gestão e análise documental dos relatórios anuais de gestão, seguindo o método da análise das configurações tomado como estudo de caso social e da análise do discurso de base foucaultiana. Constrói-se uma breve história da reforma psiquiátrica no município, pontuando em que medida a função de gerir articula-se com alguns dispositivos biopolíticos. Evidencia-se que a governamentalidade, inerente ao exercício de poder que caracteriza as funções estatais, efetiva-se através do exercício de gestão configurando práticas normativas a serviço do controle dos corpos, mas não impede a produção de práticas de resistência, como mostra o caso “Estrela” aqui apresentado.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; desinstitucionalização; governamentalidade.

ABSTRACT

This paperwork is a discussion about the process of the Psychiatric Reform in Aracaju, state of Sergipe, were considered, taking into account the practices of the management group of the Psychosocial Attention Network between 2007 and 2009. The investigation adopted the analysis of configuration e analysis of discourse as studied by Michel Foucault. It is done a brief history about the psychiatric reform process, emphasizing the level in which the function of manager is articulated to mechanisms of control was considered, also considering the partisanship in vogue. What becomes clear is that the “governmentalization”- essential when exercising the power in state functions- takes place throughout exercises of management, configuring normative practices, those which are in service of body control, therefore, resistance is in attendance, represented in the “Estrela” case.

Keywords: psychiatric reform; management; “governmentalization”.

Este artigo apresenta uma descrição e análise de práticas institucionais desenvolvidas pela Gestão da Rede de Atenção Psicossocial (REAP), em Aracaju, Estado de Sergipe, entre 2007 e 2009. Por meio de uma análise das configurações dessas práticas nesse período, discutimos o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no município. Para tanto, discutimos o caso de Estrela¹, uma mulher com transtorno mental quase interdita pela Justiça, que passa a ser usuária da rede de saúde mental a partir dessa intervenção do Estado. A história de Estrela, tomada aqui como emblemática dos avanços e dificuldades do processo de desinstitucionalização da loucura, é parte de uma

pesquisa mais ampla (Batista, 2010) na qual se buscou interrogar a construção e implantação de um projeto singular de gestão da Rede de Atenção Psicossocial. Nela, foram enfocados os efeitos produzidos a partir da execução de uma política pública de Estado, operada por meio de práticas comprometidas com os princípios da Luta Antimanicomial, mas também com interesses governamentais e com projetos particulares de administração pública.

As análises das práticas de gestão da REAP produzidas na pesquisa procuram problematizar os processos de reprodução ou de subversão das lógicas

de controle vigentes, questionado as vinculações político-partidárias, a institucionalização das políticas públicas e a possibilidade de efetuar processos de resistência nesses espaços. O conceito-ferramenta principal que opera as análises do trabalho é o de desinstitucionalização, entendido como um processo ou movimento que não defende a extinção dos manicômios, apenas. Ela está presente nas práticas que engendram modos de subjetivação não aprisionados, sendo a ação que interroga a instituição psiquiátrica, tornando visível outros possíveis, que não se operacionalizam pela lógica do confinamento, da anulação e do silenciamento do louco. O movimento desinstitucionalizante é sempre um movimento de resistência àquilo que está respaldando a condição da doença em detrimento do doente, suas necessidades e seu sofrimento (Rotelli, Leonardis, & Mauri, 2001).

É importante compreender que na história da loucura a instituição que se engendra não é o hospital psiquiátrico, e sim a psiquiatria amparada em seus dispositivos técnicos, científicos, administrativos e jurídicos, que não se limitam aos muros do asilo. A psiquiatria, assim como qualquer outro saber cartesiano, se legitima e funciona com base na relação racional entre a definição e explicação do problema (doença), acompanhadas da solução ou da possibilidade de solução (cura), tudo em função de uma leitura causal que se faz dos fatos (Rotelli, Leonardis, & Mauri, 2001). Desse modo, desinstitucionalizar seria, segundo Rodrigues (2009, p. 205), “uma transformação radical, nos âmbitos epistemológicos, teórico, cultural, jurídico e de ação cotidiana, relativa aos modos de pensar, perceber, sentir e viver a loucura e com a loucura”.

Este artigo está dividido em três partes: na primeira, descrevemos o método e o campo de problematização da pesquisa. A seguir, relatamos o processo de implantação da reforma psiquiátrica em Aracaju, especificando o contexto social e político no qual se constrói a gestão da REAP a partir de 2007, apresentando as configurações das práticas institucionais observadas, as relações de poder e as práticas de resistência, a partir das quais o caso de Estrela emerge. Na terceira parte, relatamos sua história, enfatizando os percursos e percalços travados pela REAP nos embates com a Justiça, as alternativas encontradas, as possibilidades e limites das práticas de cuidado frente a uma visão excludente e moralizadora da loucura ainda dominante. Por fim, concluímos com alguns questionamentos acerca do processo de consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil, seus avanços e impasses enquanto política pública de desinstitucionalização da loucura e de produção do cuidado em saúde mental.

Questões de método e o campo problemático da pesquisa

O método de análise das configurações, tomado como estudo de caso social, permite a construção de análises que podem servir como “modelos” para configurações correlatas, como apontam Elias e Scotson (2000). Produzem como resultados de pesquisa “paradigmas-empíricos”, os quais podem ser validados ou não em estudos subsequentes. Esse método aponta a importância de examinar numa perspectiva local um problema de caráter social mais amplo, para que com isso sejam observadas suas configurações atravessadas por relações complexas que constituem o problema. Observando-as em sua dinâmica na rede social, estuda-se de forma mais minuciosa as estratégias de socialização grupal que, neste caso, são os modos de funcionamento de um novo projeto de atenção e gestão em saúde mental.

O estudo das configurações das práticas desenvolvidas pela gestão da REAP em Aracaju entre os anos de 2007 e 2009 considera, por um lado, o processo de implantação da reforma psiquiátrica por meio da institucionalização de práticas de controle, comuns à lógica biopolítica, e, por outro, práticas de resistência imprescindíveis à efetivação de processos desinstitucionalizantes. Para discutir a configuração dessas práticas, desenvolvemos um trabalho de análise do discurso que segue os pressupostos foucaultianos, verificando principalmente as interdições, as separações e a vontade de verdade presentes na ordem discursiva, indicando em que medida a reforma psiquiátrica aponta ou não ao processo de desinstitucionalização. Considerando a importância da dimensão discursiva, Foucault (2004) irá delimitar um método para análise do discurso, o qual tem como princípios: a inversão, a descontinuidade, a especificidade e a exterioridade. A inversão reconhece o jogo negativo do recorte e de uma rarefação do discurso, que devem também ser percebidos como práticas descontínuas. Não se deve buscar por trás da sua rarefação um grande discurso ilimitado que supostamente estivesse reprimido, pois os discursos se cruzam em sua descontinuidade, mas também se ignoram e se excluem. Considerar o princípio da exterioridade é tomar o discurso não em direção ao centro, tentando encontrar a suposta significação que estaria ali escondida, mas tomá-lo em direção às suas condições externas de possibilidade, levando em conta a microfísica das relações. O autor destaca a especificidade do discurso, não como um jogo de significações prévias, mas que apresenta regularidades produzidas no processo de enunciação.

Tomamos como fonte de dados os relatórios de gestão e alguns relatórios nacionais do Ministério da Saúde, disponibilizados pela Coordenação da REAP de Aracaju. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete dos gestores ou ex-gestores que trabalharam em algum momento na REAP, entre 2007 e 2009. As entrevistas tiveram como eixo discursivo a implantação do novo desenho organizacional proposto pela coordenação no período estudado. Estas, que foram as principais fontes de dados para a descrição das configurações e da análise dos discursos da gestão estudada, aconteceram entre os meses de outubro de 2009 e janeiro de 2010 e versaram sobre: formação acadêmica, experiência em saúde pública e saúde mental, processo de implantação da reforma psiquiátrica, processos de desinstitucionalização em Aracaju e a função de gestor, com seus entraves e potencialidades.

A análise das práticas discursivas e a sua relação com a lógica de produção de sentidos são fundamentais para este trabalho, pois indicam a importância de pensar a questão da loucura vinculando-a ao que se faz e ao que se diz, a partir da experiência estudada. Desse modo, foi imprescindível problematizar, como questões norteadoras da pesquisa: Que práticas são essas? O que elas instauram? Que relação elas teriam com outras que já existiam? Quais as que se mantêm e por que são mantidas? O que se institui são outros sentidos para experiência da loucura ou apenas novos dispositivos que operam com as mesmas lógicas?

Questionamos, então, se o novo desenho institucional da REAP, composto por um Coletivo Gestor jovem e engajado na reforma psiquiátrica, funcionaria como um dispositivo a serviço de uma lógica de controle microfísica e cada vez mais sutil. Consideramos, entretanto, também a possibilidade contrária, de uma significativa mudança dos pilares institucionais, efeito de tais práticas. Assim, surge a questão da relação entre o Estado e a instauração de projetos de desinstitucionalização: é possível desencadear e institucionalizar, por dentro da máquina do Estado, processos que mantenham os sentidos das práticas que foram protagonizadas pelos movimentos sociais antes de se tornarem políticas públicas?

Do ponto de vista da operacionalização das políticas públicas que são, quase sempre, viabilizadas através de políticas governamentais, temos uma imbricada relação entre ambas e as políticas de Estado. Essas, por sua vez, guardam uma distância em relação à noção de público, pois se vinculam a interesses do mercado, cujas pretensões estão ligadas à constituição de um Estado mínimo do ponto de vista social e máximo do ponto de vista penal (Kant de Lima,

Barbosa, Mouzinho, & Silva, 2008), o que acaba por transformar cidadãos em consumidores, tanto de bens materiais quanto simbólicos, produzindo modos de subjetivação individualistas e serializados. As políticas governamentais, por seu turno, aliadas a interesses corporativistas, clientelistas, partidários e de grupos que detêm maior acesso aos dispositivos de exercício de poder, também cumprem a função de cooptar os operadores da máquina do Estado, responsáveis pela execução das políticas públicas, a favor dos seus interesses.

Entretanto, as políticas públicas como ações desenvolvidas pela máquina do Estado (programas, projetos, medidas, regulamentações etc.) visando à oferta de respostas às necessidades e demandas de alguns setores da sociedade são sempre resultado de lutas sociais que pressionam o Estado na adoção de práticas de proteção e garantia de direitos. São, portanto, ações que se pretendem afirmativas, embora, paradoxalmente, também garantam a manutenção do próprio capitalismo, sem as quais ele implodiria (Castoriadis, 2004; Faleiros, 1982). Cumprindo essa dupla função, a implementação das políticas públicas guarda invariavelmente uma distância entre o projeto que lhe deu origem e o que é de fato instituído, como é próprio dos processos de institucionalização. Contudo, exatamente por essa ambivalência, as políticas públicas constituem-se como campo de embates, disputas e negociações entre o Estado e a sociedade, no qual os operadores dessas políticas e seus usuários comparecem em posições desiguais, em função dos diferentes lugares que ocupam, dos seus interesses, e das relações de poder que se produzem nesses confrontos. Como essas relações são móveis, instáveis e porosas, são também fecundas as possibilidades tanto de cooptação desses atores sociais quanto dos processos de resistência que podem protagonizar.

Pensar nessa imbricada relação entre políticas de Estado, políticas de governo e políticas públicas significa colocar em análise a função do Estado no estágio atual do capitalismo financeiro, cuja sobrevivência e reprodução somente são possíveis mediante a execução de políticas sociais, uma vez que ele tornou-se “marionete no plano da economia” (Castoriadis, 2004). Diante disso, esclarecemos que adotamos neste trabalho a ideia de um constante atravessamento entre política de Estado, política governamental e política pública, considerando, entretanto, que o espaço da construção das políticas públicas, sendo público na sua dimensão originária, permite a produção cotidiana de táticas de resistência, no embate entre práticas de controle do Estado e o exercício de micropoderes. Apropriar-se das fragilidades do poder, produzir

instabilidades, descontinuidades e ruídos frente às formas cristalizadas do instituído, e, ao mesmo tempo, deparar-se com impossibilidades postas pelo endurecimento da máquina estatal são movimentos de avanços e retrocessos, observados no campo da pesquisa, que esse artigo pretende enunciar.

Implantação e implementação da Reforma Psiquiátrica em Aracaju: um olhar sobre as práticas de gestão da Rede de Atenção Psicossocial

A política de saúde pública em atual vigência no Brasil é resultado de dois grandes movimentos sociais: o movimento sanitário e o movimento da luta antimanicomial.

O primeiro, nascido em plena ditadura militar, questionava as ações governamentais na sua tarefa de garantir o direito à saúde da população. De um lado estava a presença de um Estado autoritário, intervencionista, clientelista e higienista, omissos diante dos graves problemas da saúde pública no País e, de outro, a assistência restrita à saúde da população vinculada à previdência do contribuinte trabalhador. Entendendo a saúde como um conjunto de práticas voltadas ao cuidado com a Vida, concepção que extrapola a noção de saúde como ausência de doenças, como direito dos cidadãos e dever do Estado, o movimento sanitário elaborou o projeto de uma política pública que originou os princípios, as diretrizes e o modelo operacional do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual se apresentou a primeira ementa oriunda do movimento social para a mudança da Constituição Brasileira (Nunes, 2008)

O segundo movimento social que constrói o cenário das políticas públicas de saúde no Brasil também nasce no fim da ditadura, questionando a concepção de doença mental, a reclusão dos doentes e, sobretudo, a relação de poder entre aqueles que detêm o saber e os que podem dizer a verdade sobre a loucura e sobre o louco. Surge o Movimento da Luta Antimanicomial, composto não apenas por trabalhadores, mas também por usuários, familiares e outros setores da sociedade, incluindo outros movimentos sociais, sindicatos e partidos políticos de esquerda (Amarante, 1995). À princípio, as suas denúncias e reivindicações dirigiam-se à situação calamitosa e degradante dos hospitais, para os loucos, e às precárias condições de trabalho, para os profissionais. Posteriormente, o movimento voltou-se para a defesa da desinstitucionalização psiquiátrica.

Seus embates com as práticas de uma psiquiatria que, mais do que disciplina científica, se mostrava como campo estratégico de forças do poder/saber médico, questionavam a infantilização, a dependência do louco e a aliança histórica que a loucura estabelece entre a criminalidade, a moral e a periculosidade, expressa em medidas disciplinares, medicalizando, patologizando e normalizando o desvio, a transgressão, a diferença. As imensas contradições de um sistema que produzia, pela segregação completa dos internos e de relações de dominação totalitária, a apatia crônica, a morte lenta, o silenciamento da existência e a imobilidade das resistências apontavam o inevitável fim dos manicômios e a criação de uma rede de serviços substitutivos em espaço aberto. O processo de desinstitucionalização passava, assim, pelo desmonte da lógica manicomial, sendo essa a principal bandeira do Movimento da Luta Antimanicomial, consolidada através do projeto da Reforma Psiquiátrica.

Entretanto, enquanto a reforma sanitária se institui a partir de 1988, sendo os princípios doutrinários do SUS - a universalidade do direito à saúde, a integralidade e a equidade da atenção à saúde - preconizados na Constituição Federal de 1988 e regulamentados na Lei Orgânica da Saúde, em 1990, a reforma psiquiátrica se consolida somente a partir de 2001, com a aprovação da Lei 10.216, a chamada Lei Paulo Delgado. A legislação determina o fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos e o respeito a normas preconizadas de internação e cuidado para os ainda existentes. Desse modo, a reforma psiquiátrica, do ponto de vista da sua institucionalização, consiste, sobretudo, na implantação de uma rede de serviços substitutivos destinados a atender às necessidades das pessoas que sofrem de transtornos mentais, composta pelos seguintes equipamentos: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Urgências Psiquiátricas, Ambulatórios de Referência em Saúde Mental e Centros de Convivência e Cultura.

Na capital sergipana, mudanças no funcionamento da rede de saúde pública começaram a acontecer em 2001, quando a cidade se torna Gestão Plena de Sistema de Saúde, assumindo a partir de então o controle e a responsabilidade de todos os equipamentos de saúde pública locais. Logo no ano seguinte é fundado o primeiro CAPS no município e, sequencialmente, são criados outros serviços. Hoje, Aracaju possui seis CAPS, quatro Residências Terapêuticas, cinco Ambulatórios de Referência em Saúde Mental na Atenção Básica, duas Clínicas conveniadas ao SUS, leitos psiquiátricos no Hospital Universitário, uma Urgência Psiquiátrica, um Centro de Convivência e Cultura. Tal estruturação é considerada modelo,

em função do nível de complexidade no que tange à rede de serviços implantados e à sua capacidade de cobertura populacional (Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, 2008).

A primeira gestão da REAP do Município de Aracaju assume a tarefa seguindo a política de reforma implantada no país desde 2001, acompanhando o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH-Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS. Nesse período, também houve um aumento no número de trabalhadores da REAP por meio de concurso público, formando um novo quadro de profissionais para os serviços criados.

Todavia, o conjunto desses investimentos em recursos materiais e humanos não garantiu, por si, um processo de desinstitucionalização da loucura, no máximo, assegurou a desospitalização. Isso porque a implantação da política de Estado que era priorizada em âmbito nacional indubitavelmente se concretizava em Aracaju, mas desvinculada dos sentidos que nortearam as causas defendidas pelo Movimento de Luta Antimanicomial, incipiente no estado: o desmonte de uma lógica manicomial para além da derrubada dos seus muros, o protagonismo e autonomia do usuário e o controle social, mediante a participação popular, como dispositivo privilegiado na implantação da reforma psiquiátrica. Ou seja, as mudanças ocorriam por força da legislação e de modo verticalizado, mas sem o suporte de um projeto político-assistencial que operasse para além do plano formal jurídico-administrativo.

É diante deste contexto que surge um projeto de gestão e cuidado inovador, assumido pela Coordenação da REAP de Aracaju a partir de 2007, período em que a prefeitura e o governo do estado passaram a ser geridos por líderes do Partido Comunista do Brasil (PC do B) e do Partido dos Trabalhadores (PT), respectivamente coligados. A então empossada Secretária Municipal de Saúde do município nomeia, como coordenadora da REAP, uma profissional que possui um histórico de militância junto à saúde pública – particularmente na assistência em saúde mental – que, por sua vez, monta a equipe de trabalho denominada Coletivo Gestor composta por pessoas que também têm essa trajetória, tanto em termos de engajamento político, quanto de formação acadêmica.

A nova equipe foi formada por treze gestores, a maioria com especialização em saúde coletiva ou egressa de residências em saúde pública. Alguns deles haviam militado no movimento estudantil ainda na graduação universitária, sendo, portanto, pessoas

com uma trajetória de participação em espaços institucionalizados de atuação política. Outros tinham experiência anterior na REAP e foram convidados a compor esse coletivo justamente porque haviam se mostrado comprometidos com o ideário da reforma psiquiátrica.

A gestão definiu como eixos principais de atuação: o fortalecimento da diretriz de educação permanente e de ações que extrapolassem os espaços físicos dos CAPS. Dentre as mudanças está a criação de três núcleos: Núcleo de Gestão Inter-Redes, Núcleo de Apoio ao Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica e Núcleo de Gestão de Serviços, compostos por apoiadores institucionais, e este último também pelos coordenadores dos CAPS.

Esses núcleos pretendiam: aproximar os diferentes serviços; regionalizar cada vez mais o cuidado em saúde mental, criando uma aproximação com as Unidades Básicas de Saúde; produzir redes de discussão a respeito das práticas desenvolvidas no interior dos serviços, tanto por profissionais quanto por usuários, além de gerir cada serviço considerando suas especificidades. Estas mudanças produzidas no funcionamento da REAP foram pensadas a partir de inúmeras avaliações a respeito da realidade local, realizadas pela coordenação e pelo Coletivo Gestor, considerando as necessidades dos usuários e também os problemas apontados pelos trabalhadores (Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, 2007).

Apesar das afinidades em termos de referenciais teóricos, metodológicos e político-ideológicos que aproximavam os trabalhadores que assumiram a gestão da REAP, a análise das suas práticas aponta a existência de muitas pluralidades e diferenças, caracterizando-se pela impossibilidade de ser esta equipe concebida como um bloco homogêneo. Havia muitas divergências em relação aos modos de enfrentar os desafios cotidianos, não havendo nem mesmo consenso a respeito dos papéis e funções da gestão, o que se refletia nas tomadas de decisões. O compromisso comum que todos assumiram, de contribuir com o processo de consolidação da reforma psiquiátrica, se fundamentava em princípios e interesses diferentes, que podem ser vislumbrados a partir de três configurações de práticas, descritas a seguir:

O primeiro conjunto de práticas identificava o compromisso dos gestores como sendo também partidário: garantir a implantação de uma política pública, defendida pelo projeto político partidário ao qual estavam vinculados. Diante de tal vinculação, suas práticas procuravam garantir que a reforma

psiquiátrica acontecesse de uma maneira que não questionasse, por exemplo, determinadas formas de consolidação da política de saúde pública, ainda que essas não contribuíssem com a produção de processos desinstitucionalizantes.

Um segundo conjunto de práticas caracterizava-se pelo engajamento na reforma psiquiátrica independentemente da política partidária. Os gestores trabalhavam pela reforma psiquiátrica por acreditarem nela enquanto política pública potente na transformação da assistência em saúde mental. Questionavam em muitos momentos os problemas que surgiam no processo de sua implementação, mas mantinham a defesa desse projeto, por entenderem que a reforma psiquiátrica representava uma conquista, um projeto balizado em uma perspectiva desinstitucionalizante. Um projeto ancorado em princípios políticos para o enfretamento das antigas instituições e para a produção de novas formas de cuidado. Esta concepção reflete-se na defesa dos avanços produzidos na assistência em saúde mental, nos quase 10 anos de implantação do modelo substitutivo.

Já o terceiro conjunto de práticas buscava construir e desconstruir, no cotidiano de trabalho, os sentidos dos espaços de gestão e da reforma psiquiátrica, questionando lógicas e práticas que continuavam se repetindo no dia a dia da REAP. Este era um grupo desvinculado dos partidos políticos e também da defesa perene da reforma psiquiátrica. Ainda que reconhecessem os avanços que se empreenderam na assistência, não desconsideravam a força de exclusão que atravessa a instituição psiquiátrica vigente e outras instituições sociais presentes nas práticas aparentemente mais transformadoras instituídas nos serviços.

O ano de 2007, o primeiro deste novo formato de gestão, foi um ano árido, segundo os próprios gestores. Primeiramente porque era preciso apresentar as mudanças propostas aos trabalhadores e usuários para que delas se apropriassem, mas, como nos anos anteriores, havia uma relação de afastamento entre gestão e trabalhadores, a resistência foi imediata. Além disso, os núcleos tinham por função confrontar espaços de interlocução que estavam travados na construção da assistência em saúde mental, como por exemplo: o descuido à saúde mental na atenção básica, os serviços de baixa qualidade prestados pelas clínicas conveniadas, o distanciamento da REAP junto à prestação de serviço pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a falta de uma política de cuidado em relação ao álcool e a outras drogas.

No início do ano de 2008 houve uma mudança na equipe da gestão, com a saída e entrada de antigos e novos profissionais respectivamente no Coletivo Gestor. Isso acontece porque, ao mesmo tempo em que se elegeu um governador petista no Estado de Sergipe, responsável pela mudança na configuração da REAP em 2007, elegeu-se também um governador petista no Estado da Bahia. O governo da Bahia em 2008 convocou um número considerável de profissionais que trabalhavam nas Secretarias de Saúde do Estado de Sergipe e do Município de Aracaju.

Nesse momento de substituições, novos profissionais foram convidados para compor a gestão, e, desde então, um novo critério passou a ser considerado para a convocação dos membros: a experiência anterior na função de gestor. No ano de 2008, o grupo empreende um trabalho mais coletivizado e menos conflituoso internamente, que pode ser vislumbrado pela produção de novos espaços de cogestão nos serviços, por uma maior autonomia dos trabalhadores e nos enfretamentos com a Polícia e com o Ministério Público.

Mais uma vez, em 2009, há uma mudança na gestão, com entrada e saída de novos membros. Nesse terceiro momento, o novo desenho da gestão da REAP se consolida, o trabalho avança: em termos de processos coletivos de discussão e tomadas de decisão, na aproximação gestão-trabalhadores de ponta, no cuidado ao usuário e na territorialização dos serviços em alguns lugares. Entretanto, as práticas da gestão mantêm as três configurações descritas acima, o que corrobora a posição assumida por De Certeau (1999, pp. 37-38):

o que deve nos interessar não são as individualidades ou o enfoque nos indivíduos protagonistas dessas práticas. A questão tratada se refere a modos de operação ou esquemas de ação e não diretamente ao sujeito que é seu autor e seu veículo.

Para além das diferenças e divergências, a configuração de algumas práticas desenvolvidas na REAP de Aracaju no período se caracteriza por apresentar a potência das forças instituintes presentes em importantes embates travados pela gestão contra a instituição psiquiátrica, nos mais diversos equipamentos estatais e não estatais, inclusive, no interior do próprio Coletivo Gestor.

Construir, dentro de uma formatação já existente, um novo modelo de gestão foi o primeiro exercício de resistência: fazer da forma que não se esperava que se fizesse e recusar-se, em determinados momentos, a fazer conforme as formas previstas,

buscando produzir novos sentidos das práticas. Nos serviços, os coordenadores procuravam ouvir os trabalhadores e usuários, que também faziam parte deste processo de pensar e fazer coletivamente. Assim, o Coletivo Gestor instaurava processos desinstitucionalizantes a princípio desnaturalizando o próprio lugar da gestão, transversalizando as posições de hierarquia e questionando a funções supostamente previstas para serem desenvolvidas pelos então gestores. Foi preciso, para isso, que parte deste coletivo mantivesse permanentemente um exercício de reflexão crítica e discussão das práticas cotidianas.

As práticas de desinstitucionalização que caracterizam a REAP nestes três anos foram cruciais para a condução de uma nova postura perante a Justiça, os próprios trabalhadores da REAP, os usuários e a sociedade de modo geral. Uma vez que a desinstitucionalização caracteriza-se por ser um processo incessante de resistência em dimensões macro e micropolíticas, deve-se considerar que foram, de fato, em meio a conflitos e embates que se desenvolveram as ações de desinstitucionalização em Aracaju. Tais práticas podem ser identificadas como táticas de enfrentamento.

De Certeau (1999) considera que, em virtude das diferenciadas formas de uso de bens materiais e simbólicos, haveria uma produção múltipla e secundária de sentidos, que subverteria as pretensões do instituído. Afirmo, assim como Foucault (2008), que existe uma rede microfísica de vigilância e controle, mas que apesar da eficiência dessa lógica biopolítica, microfísica e invisível, nem todos são capturados por ela. Assim, tão importante quanto reconhecer que dispositivos biopolíticos operam o controle da vida é atentar para as práticas de resistência que os desarticulam, alterando os seus princípios e efeitos: uma rede de antidisciplina, múltipla, disforme e capilar, que percorre o tecido social, a malha das instituições e a vida cotidiana. As práticas de resistência são fragmentadas, multiformes e dispersas na rede social. Elas se constituem pelas circunstâncias e são sempre efeitos gerados pelas forças instituintes, as quais se manifestam na dinâmica de institucionalização colocando em análise a racionalidade estabelecida. São maneiras de pensar investidas de modos de agir, consideradas por De Certeau (1999) como táticas, em contraposição às estratégias. Essas se referem ao cálculo das relações de força, consolidando-se a partir de um lugar próprio que funciona como base, onde a partir de então são geridas as relações com a exterioridade, operação que se efetiva por meio da produção, mapeamento e imposição. As táticas, por outro lado, não se constituem por meio da produção de

um lugar próprio, ao contrário, se articulam por meio de relações miúdas, sem distinguir-se desse Outro, essa suposta exterioridade.

As práticas desinstitucionalizantes são táticas astuciosas que se engendram na articulação com os mais variados dispositivos que reproduzem o controle biopolítico. Essas práticas confrontam a instituição psiquiátrica nas suas diferenciadas formas e espaços de reprodução cotidiana. Atuam operando o deslocamento dos pilares institucionais como ensaios instituintes, posto que são, necessariamente, a expressão do movimento presente na relação de resistência que se processa nos jogos de poder.

Ainda que observemos com evidência “práticas de polícia” (Foucault, 2008) na gestão da REAP nos últimos três anos, inevitáveis no exercício da governamentalidade, priorizamos, neste artigo, as práticas que apresentam um caráter desinstitucionalizante, das quais o caso Estrela surge como analisador², como veremos a seguir.

A Hora da Estrela

Antes de nascer ela era uma idéia? Antes de nascer ela era morta? E depois de nascer ela ia morrer? ... A menina não perguntava por que era sempre castigada, mas nem tudo se precisa saber e não saber fazia parte importante de sua vida. Esse não-saber pode parecer ruim, mas não é tanto porque ela sabia muita coisa assim como ninguém ensina cachorro a abanar o rabo e nem a pessoa a sentir fome; nasce-se e fica-se logo sabendo. Assim como ninguém lhe ensinaria um dia a morrer: na certa morreria um dia como se antes tivesse estudado de cor a representação do papel de estrela. Pois na hora da morte a pessoa se torna brilhante estrela de cinema, é o instante de glória de cada um e é quando como no canto coral se ouvem agudos sibilantes ... era muito impressionável e acreditava em tudo o que existia e no que não existia também. Mas não sabia enfeitar a realidade. Para ela a realidade era demais para ser acreditada. Aliás a palavra “realidade” não lhe dizia nada. Nem a mim, por Deus. ... Dava-se melhor com um irreal cotidiano ... O final foi bastante grandiloquente para a vossa necessidade? Morrendo ela virou ar: Ar enérgico? Não sei. Morreu em um instante. O instante é aquele átomo de tempo em que o pneu do carro correndo em alta velocidade toca no chão e depois não toca. (Lispector, 1998, pp. 44-105)

Estrela era uma senhora que circulava em espaços públicos locais, mais precisamente em um shopping da pequena cidade de Aracaju. Tornou-se figura folclórica na cidade, identificada por meio de um apelido depreciativo. Eram comuns as especulações sobre a sua história, na tentativa de encontrar razões

que justificassem seus modos de agir. Alvo não só da curiosidade, mas dos preconceitos locais, Estrela era considerada uma pessoa bizarra, sempre carregando sacolas de compra, com uma quantidade excessiva de creme na face, cabelos brancos meios acinzentados e crespos, sempre de óculos escuros, usava roupas velhas e tinha um cheiro impregnante. Assim, criou-se toda uma polêmica em função do seu aspecto não convencional, alheio aos padrões dos consumidores que circulavam neste estabelecimento.

Estrela falava pouco, circulava tranquila, fazia compras em lojas e supermercados e almoçava no shopping com frequência. Era responsável pelas próprias finanças, estava em licença do trabalho por motivos de saúde, mas continuava recebendo seu salário. Contudo, seus parentes e alguns vizinhos acionaram o Ministério Público, por considerarem que ela poderia causar problemas nos espaços por onde circulava e não ser capaz de cuidar-se e manter-se por conta própria. O Ministério Público, então, determinou que a REAP fizesse uma avaliação do caso.

Através do CAPS referente à área de abrangência da residência de Estrela, a REAP procedeu à avaliação encomendada. Nas intervenções realizadas para a elaboração do diagnóstico, descobriu-se que ela já havia sido duas vezes internada involuntariamente em clínica psiquiátrica e por isso mostrava-se bastante resistente em entrar em contato com o serviço. Dessa forma a equipe da REAP, durante o processo de avaliação e posteriormente na produção do cuidado, desenvolveu uma série de estratégias de contato e produção de vínculo: almoçar com ela no shopping, circular de ônibus pela cidade, conversar sobre cinema e outras coisas que lhe interessassem. Feita a avaliação, consideraram que Estrela era capaz de manter-se de forma autônoma, gerindo sua própria vida. Ainda assim, confirmaram o diagnóstico de transtorno mental, que justificava seu afastamento do emprego e estrategicamente impedia que fosse encomendada outra avaliação a técnicos e psiquiatras que pudessem defender a necessidade de internação, o que seria péssimo para Estrela. Era contra isso que a REAP se posicionava, demarcando uma posição firme e de caráter desinstitucionalizante.

A seguir, o Ministério Público determinou sua frequência regular ao CAPS e o comparecimento mensal à repartição pública da qual estava de licença. Como não cumpriu as determinações, seu salário foi bloqueado, o que se tornou um grande entrave na garantia da sua independência. Como se recusava a ir ao CAPS, estava sujeita à interdição e internamento, sob responsabilidade da REAP, que deveria responder juridicamente por qualquer incidente que fosse

provocado por ela ou do qual fosse vítima. O que fazer diante de tal circunstância?

Criou-se um embate dentro da REAP: para alguns gestores e trabalhadores, ela não demonstrava interesse no cuidado e, se compreendia a situação, não colaborava. Além disso, ponderavam que não podiam assumir tamanha responsabilidade, ficando sujeitos às imposições judiciais que os responsabilizavam. Alguns consideravam que não se podia carregar o peso de tantas determinações da Justiça: pontuavam que não haviam estudado para isso, não ganhavam para tanto e não tinham como responder a tal situação que, por sua vez, não estava prevista nas determinações da reforma psiquiátrica e nem na própria legislação. Todavia, outros profissionais enxergavam nesta situação o reflexo de impasses antigos, os quais a Luta Antimanicomial já procurava superar desde o final da década de 1970: a internação, como a mais eficiente alternativa de cuidado. Diante dessa proposição do Ministério Público, o Coletivo Gestor, na sua maioria, e alguns trabalhadores do CAPS aliaram-se a Estrela, considerando sua decisão de não ir compulsoriamente ao serviço e de estar satisfeita com os seus hábitos.

A REAP renegociou junto à Justiça o desbloqueio do salário de Estrela, alegando os empecilhos que se desdobravam em função disso, mas teve, em contrapartida, que garantir seu acompanhamento diário. Como Estrela resistia em ir ao CAPS, por causa do seu histórico de internações involuntárias, dois membros do Colegiado Gestor que ocupavam a função de apoiadores institucionais na REAP comprometeram-se em acompanhá-la diariamente, descobrindo e explorando diferentes possibilidades de contato. Não eram, portanto, técnicos dos serviços, mas estavam neles justamente com o objetivo de fazer essa articulação entre a gestão e os trabalhadores. Nesse momento de impasses, puderam, ao mesmo tempo, fortalecer práticas de resistência do CAPS e garantir o cuidado à usuária. Com isso, aproximavam-se das suas preferências e compartilhavam com ela informações sobre a sua vida, produzindo vínculo e, aos poucos, uma relação de confiança.

Assim, com o objetivo de confrontar a lógica da instituição psiquiátrica que se atravessava no discurso da Justiça, da sociedade e da própria família de Estrela, apresentava-se a ela outra perspectiva de cuidado, que não desconsiderava as suas escolhas e a sua vida. Tal decisão, ancorada nos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica e no suporte legal e institucional que ela oferecia, exigia uma concentração de esforços para operar o cuidado e um forte confronto com o Ministério Público. Nesse momento as divergências presentes no interior da gestão transformaram-se, em virtude da

construção de um projeto coletivo; ação conjunta que exigiu esforços de todos. Empreendeu-se, assim, um trabalho de desinstitucionalização da psiquiatria: junto a Estrela primeiramente, que carregava sua aversão, justificada, aos serviços de assistência em saúde mental; junto à família e aos vizinhos; junto à Justiça e junto aos próprios trabalhadores e gestores que repensaram e reconstruíram muitas das suas práticas em função das interferências que tal ação produziu.

Ainda assim, o Ministério Público insistia que Estrela frequentasse o CAPS, não considerando suficiente o fato de ser acompanhada diariamente através de ações de base territorial. Desse modo, inúmeras vezes a equipe voltou à sua casa para levá-la ao serviço, impedindo que fosse conduzida compulsoriamente pelo SAMU. Todas essas mudanças foram relatadas à Justiça, o que acabou promovendo um efeito positivo em termos de conquista jurídica. A partir de então, a Promotoria passou a considerar a possibilidade de outras formas de cuidado e de intervenção judicial em tais casos, que não priorizassem a internação como sendo a melhor e única opção de assistência em saúde mental.

Estrela, com o tempo, restabeleceu contato com a família da qual estava afastada e passou a frequentar o CAPS voluntariamente. Conquistou-se, a partir dessas experimentações, a possibilidade de compartilhar outras formas de atenção em saúde mental, principalmente entre gestão, trabalhadores e usuários. Além disso, como o caso Estrela teve uma enorme repercussão local, inclusive com divulgação pela imprensa, a sociedade aracajuana pôde vislumbrar que dentre as medidas bem-sucedidas adotadas nenhuma delas foi a internação compulsória e involuntária, nem mesmo a proibição de Estrela circular naquele que foi por muito tempo o seu espaço de convivência mais frequente, um dos shoppings locais.

Entretanto, as repercussões na mídia acabaram fortalecendo de certa forma o caráter normativo, descaracterizando a potência do trabalho desenvolvido: afirmavam que agora que Estrela “toma banho, corta o cabelo e vai à Igreja, está realmente curada”. Talvez as transformações que se processaram nos hábitos, modos de agir e mesmo na aparência de Estrela sejam fruto das intervenções biopolíticas de tais dispositivos de controle, mas a conquista que caracteriza parte de tal ação como de fato desinstitucionalizante tem o seu reverso: o seu protagonismo em ações miúdas da vida cotidiana, através das quais Estrela afirma a sua condição de sujeito desejante e os vínculos que estabelece com seus cuidadores, numa aliança que confronta duas instituições: a Psiquiatria e o Poder Judiciário.

Para alguns dos gestores entrevistados, os resultados desse e de outros projetos que tinham um caráter de resistência não podiam ser avaliados de forma linear, considerando simplesmente aqueles que se perpetuaram na REAP ou não, ganhando o caráter de institucionalização formal. Consideraram que se estas práticas repercutiram de alguma forma já era um indicativo de mudança, talvez não aquela desejada, nem explicitamente visível, mas potente para produzir outros sentidos nas relações, ainda que temporariamente, como é característico das táticas de resistência.

Analisando as configurações das práticas da gestão no intervalo considerado, vemos que muitas delas, de fato, produziram interferências e disseminaram-se de forma dispersa no cuidado em saúde mental. Entretanto, o trabalho não se engendrou como uma prática política cotidiana, da qual trabalhadores e gestores apropriaram-se de forma contínua, o que representou uma mudança significativa na melhora da assistência nos serviços, consolidando-se no cotidiano desses em novas perspectivas de cuidado. As práticas da gestão que tinham o potencial de manter os processos em movimento, questionando a instituição psiquiátrica, não só não foram apropriadas pelos diferentes serviços e trabalhadores, mas foram muitas vezes combatidas dentro da própria REAP, sobretudo aquelas que, de fato, profanavam os mecanismos de governo, como afirma Agamben (citado por Pinheiro, 2009). Essas eram questionadas justamente porque conflitavam com a formatação prevista para o lugar da gestão e confrontavam, mesmo indiretamente, interesses políticos partidários. Isso não impediu, entretanto, em alguns casos, a potência da dimensão instituinte, que em sua dinâmica com o instituído opera a favor de ensaios desinstitucionalizantes, como aconteceu no caso Estrela.

O que se percebe é que, por trás das práticas cotidianas da gestão, do empenho e compromisso das pessoas, sejam elas gestoras, trabalhadoras, familiares ou usuários, há uma política estatal de institucionalização da reforma psiquiátrica com suas prerrogativas e determinações que deve ser implementada e que, em muitos aspectos, inclusive, colocam o próprio modelo de reforma em análise. Desse modo, as novas práticas da gestão que tendiam à desinstitucionalização da loucura pouquíssimas vezes se consolidaram: tornavam-se castelos de areia. O que fica evidenciado nesse processo é a ideia de que a ocupação de lugares de poder por dentro da máquina do estado, na intenção de subvertê-la e fazê-la operar a partir de outra lógica, é um projeto de grande envergadura, mas geralmente fadado ao insucesso.

Trata-se de uma contradição em termos, pois a ocupação desse lugar significa, na maioria das vezes, estar a serviço do Estado, na condição de operador de seus dispositivos “e nesta condição, o operador não muda a máquina, ele a faz funcionar” (Monteiro, Coimbra, & Mendonça Filho, 2006, p. 11).

Considerações finais

A configuração das práticas de atenção e da gestão em saúde mental no Município de Aracaju é similar a uma série de outras frentes de assistência no país, não só na área da saúde. Refere-se à composição de espaços de gestão com a incorporação de militantes e profissionais com histórico de participação crítica e implicação política, todos pensando a transformação social, mas muitos defendendo também a permanência e a solidificação no poder de uma política específica de governo associada ao programa de determinados partidos e suas coligações. Assim, o caso social aqui discutido mediante a análise das configurações de práticas sociais locais nos permitiu estabelecer conexões com uma problemática mais ampla: a relação entre as políticas públicas cooptadas pelo Estado e os modos como se implementam, afastando-se do seu projeto original, sendo um analisador dessa relação a ocupação dos espaços de gestão e seus modos de funcionamento institucional.

A presença de militantes com trajetória política nos espaços de poder é uma mudança significativa em um país que há pouco mais de duas décadas saiu da ditadura militar, quando todo tipo de participação popular crítica era limitada e frequentemente punida. Mesmo assim, não se pode ignorar que a absorção de militantes e lideranças críticas pelos cargos estatais – oriunda de diversos setores, mas especialmente dos movimentos sociais – deixa um vácuo na formação de posicionamentos críticos às políticas governamentais no nosso país. Mais que isso, impede que estas políticas se desenvolvam como políticas de fato públicas, pois seria preciso para isso a participação popular crítica, autônoma e permanente, e não uma participação instituída em espaços institucionalizados, como vem acontecendo com os dispositivos do chamado “controle social”. No caso social aqui analisado, a função de gestor torna esses profissionais responsáveis por incumbências que vão além da tarefa de garantir o processo de transformação da assistência em saúde mental: eles tornam-se responsáveis, na verdade, pela condução da reforma psiquiátrica enquanto política de governo. Esta que, quando desconectada das reivindicações sociais e dos princípios críticos de luta

política, perde seu caráter público e atrela-se a interesses vinculados a certos projetos governamentais.

No caso social aqui analisado, a configuração das práticas de gestão evidencia que essas estiveram, por um lado, institucionalizando processos a serviço dos dispositivos de governo e, por outro, subvertendo esses dispositivos. Como o projeto da gestão entre 2007 e 2009 incluía disparar reflexões e apoiar tecnicamente os trabalhadores, este apoio acontecia tanto conforme os modos instituídos, expressando-se por meio de mecanismos de governo, de modo que não houvesse confrontos entre as questões defendidas pelos trabalhadores e o Estado, quanto através de práticas que potencializavam os questionamentos e funcionavam como expressão de resistência. Para não operar reproduzindo a formatação que já estava prevista para a função de gestão, como se pôde observar em algumas ações e iniciativas, foi imprescindível o exercício de reflexão sobre as práticas e os seus efeitos, inclusive interrogando aquilo que parecia potência desinstitucionalizante, como, por exemplo, as reuniões do Coletivo Gestor e dos serviços, assembleias de usuários, além de espaços de capacitação e oficinas. Estes modos de gerir atravessavam o Coletivo Gestor, dividido em conjuntos variados de práticas que se confrontavam em diversas situações, sobretudo em um ponto: reproduzir ou não a lógica hegemônica, tanto no que dizia respeito às maneiras de pensar o cuidado quanto no exercício de poder na relação com os trabalhadores.

O caso Estrela aponta a importância das práticas de desinstitucionalização, que se apresentam nas constantes intervenções cotidianas em suas dimensões macro e micropolíticas. É por meio de novas formas de articulação, processos de experimentação, que se desmontam mecanismos antigos de governamentalidade, neste caso a instituição psiquiátrica, alicerçada em relações de saber-poder que constituem dispositivos de segurança da população, como a Saúde e a Justiça, por exemplo.

Assim, evidencia-se que a governamentalidade (Foucault, 2008) inerente ao exercício de poder que caracteriza as funções estatais efetiva-se através do exercício de gestão, configurando práticas normativas que estariam a serviço do controle dos corpos. Entretanto, em meio a enfrentamentos e embates institucionais também são produzidas novas práticas, presentes tanto na esfera da gestão quanto da assistência ao usuário. É sobre essa tensão entre os movimentos, tanto de captura quanto de resistência, que a pesquisa se deteve e da qual extraímos o fragmento da história de Estrela, aqui apresentada.

Notas

- 1 Nome fictício utilizado para a protagonista do nosso caso. O codinome é baseado na obra de Clarice Lispector “A Hora da Estrela”, cuja personagem principal é Macabéa, e se não utilizamos o nome original é para enfatizar que nossa protagonista é aqui descrita quando circunscrita em uma rede institucional, que lhe impõe a hora de ser “Estrela”. Pinheiro (2009) analisa o caso, utilizando outro codinome para a mesma personagem.
- 2 Analisadores são acontecimentos reveladores e catalisadores, efeitos de uma configuração institucional que age sobre ela: reveladores porque dissolvem o saber instituído e catalisadores porque modificam as relações de força constitutivas das formas de representação instituída (Lourau, 2004).

Agradecimento

À CAPES, que fomentou a pesquisa por meio da bolsa de mestrado

Referências

- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Batista, G. C. (2010). *A gestão da Rede de Atenção Psicossocial e o processo de consolidação da reforma psiquiátrica no município de Aracaju: práticas instituídas e ensaios instituintes*. Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Psicologia Social, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão.
- Castoriadis, C. (2004). *Figuras do pensável* (E. Aguiar, Trad.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- De Certeau, M. (1999). *A invenção do Cotidiano: artes de fazer* (E. F. Alves, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Elias, N. & Scotson, J. L. (2000). *Os Estabelecidos e os Outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade* (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar Editor.
- Faleiros, V. (1982). *Políticas sociais do Estado capitalista*. São Paulo: Cortez Editora.
- Foucault, M. (2004). *A ordem do discurso* (L. F. A. Sampaio, Trad.). São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)* (E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Lispector, C. (1998). *A Hora da Estrela*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Lourau, R. (2004). Uma apresentação da análise institucional. In S. Altoé (Org.), *René Lourau: analista institucional em tempo integral* (pp. 128-139). São Paulo: Hucitec.

- Kant De Lima, R.; Barbosa, A. R., Mouzinho, G. M. P., & Silva, E. M. A. (2008). Reflexões sobre a municipalização da segurança a partir do diagnóstico de segurança pública. *Civitas*, 8, 386-408.
- Monteiro, A., Coimbra, C., & Mendonça Filho, M. (2006). Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? *Psicologia & Sociedade*, 18(2), 7-12.
- Nunes, E. D. (2008). Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In G. W. S. Campos et al. (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 19-39). São Paulo: Hucitec.
- Pinheiro, F. L. (2009). *O dispositivo “alta” nos Centros de Atenção Psicossocial/CAPS: loucura, vida cotidiana e organização social*. Tese de Doutorado, Doutorado em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Rodrigues, H. B. C. (2009). Formação ‘psi’: reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, desinstitucionalização. In J. C. Mourão (Org.), *Clínica e Política 2* (pp. 201-206). Rio de Janeiro: Abaquare.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. (2007). *Relatório de Gestão 2007*. Aracaju: Coordenação de Saúde Mental.
- Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. (2008). *Relatório de Gestão 2008*. Aracaju: Coordenação de Saúde Mental.

Recebido em: 22/01/2012

Revisão em: 19/05/2012

Aceite em: 27/07/2012

Giceli Carvalho Batista é Psicóloga na Secretaria Municipal de Assistência Social de Aracaju e professora de Psicologia na Universidade Tiradentes e da Faculdade Pio Décimo. Endereço: Avenida Silvério Leite Fontes nº: 1125, apt. 302. Edifício Palmeira do Campo. Aracaju/SE, Brasil. CEP 49038-740. Email: giceli@hotmail.com

Maria Teresa Nobre é Graduada em Psicologia pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda (1984), com Mestrado em Sociologia pela Universidade Federal de Sergipe (1997) e Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (2006). Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Docente Colaboradora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe. Email: teresa-nobre@uol.com.br

Como citar:

Batista, G. C. & Nobre, M. T. (2013). O caso “Estrela”: práticas de desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. *Psicologia & Sociedade*, 25(1), 240-250.