



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Crise, trabalho e tendências contemporâneas das políticas sociais no capitalismo

REFORMA PSIQUIÁTRICA, DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: desafios do cuidado no território

CAROLINA MORAIS SIMÕES DE MELO ¹

RESUMO

Este trabalho apresenta a discussão teórico-analítica de pesquisa de Doutorado em andamento sobre a produção territorial do cuidado em saúde mental. A desinstitucionalização não se resume à supressão ou substituição de aparatos físicos, mas indica a necessidade de desmontagem do paradigma psiquiátrico e biomédico. Esse processo demanda o retorno ao território como espaço de construção de um novo “modo de operar” a atenção aos sujeitos em sofrimento mental. Neste caminho, os serviços substitutivos possuem um mandato não só técnico-assistencial, mas de questionamento das relações sociais nos territórios, que reproduzem tanto as práticas manicomiais, quanto potencializam as práticas psicossociais.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização, território, Atenção Psicossocial, Saúde Mental

ABSTRACT

This paper presents the theoretical-analytical discussion of

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro

a Doctoral research in progress about the territorial production of mental health care. Deinstitutionalization is not limited to the suppression or replacement of physical devices, but indicates the need to dismantle the psychiatric and biomedical paradigm. This process demands a return to the territory as a space for the construction of a new “way of operating” the attention to subjects in mental suffering. In this way, the substitutive services have not only a technical-assistential mandate, but it also question the social relations inside those territories which reproduce the asylum practices as well as intensify the psychosocial practices.

Keywords: Psychiatric Reform, Deinstitutionalization, territory, Psychosocial Care, Mental Health

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como finalidade apresentar as reflexões desenvolvidas até o momento a partir da pesquisa de Doutorado em andamento. A pesquisa foi motivada pela inserção em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil em uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais. Este serviço estava sendo inaugurado e houve o convite para composição da equipe responsável por construí-lo.

A aproximação com o campo da Saúde Mental e com a realidade do município, possibilitou, inicialmente, o conhecimento da história do tratamento dado à loucura e, particularmente, da história de Barbacena/MG, conhecida por abrigar um dos maiores complexos manicomiais do país, sendo conhecida como a “cidade dos loucos”.

O conhecimento dos serviços substitutivos ao manicômio, criados a partir da luta dos movimentos sociais e expressos na política de saúde mental, também possibilitou compreender a proposta de substituição das estruturas manicomiais. Trata-se não apenas de novos espaços físicos, pelo contrário: estes espaços são organizados a partir de uma nova forma de pensar e cuidar da loucura e dos sujeitos em sofrimento. A questão central suscitada por este primeiro contato relacionava-se a como construir uma nova lógica de cuidado fora do espaço dos hospitais, no território dos sujeitos, na vida da cidade.

O trabalho no Capsi também possibilitou perceber, através do acolhimento aos usuários de saúde mental e suas famílias, demandas recorrentemente voltadas para a internação ou permanência de crianças e adolescentes durante todo o dia, a resolução de problemas de aprendizagem através de diagnósticos e medicações psiquiátricas e a demanda de medicalização dos mais diversos comportamentos infanto-juvenis.

Essa percepção levou, primeiramente, ao questionamento sobre o fator coletivo dessas demandas, representações das demandas de um território, para um equipamento de saúde mental infanto-juvenil. Essas demandas pareciam indicar uma necessidade de normatização, ajustamento, correção e/ou extinção de sintomas desses sujeitos, seja pelo isolamento em uma instituição, seja pela contenção medicamentosa. Essas demandas chegavam pelas famílias ou pelos próprios órgãos públicos (escolas, hospitais gerais, conselho tutelar, Sistema de Justiça, dentre outros), raramente sendo demandas dos próprios sujeitos.

Considerando as características do público atendido, particularmente influenciado pelo seu contexto familiar e social, em um período de desenvolvimento caracterizado por constantes e intensas modificações pertinentes às suas fases de desenvolvimento, questiona-se se não seria este um processo de patologização e medicalização de processos sociais e da vida humana.

A partir daí, surgiram questões relativas, primeiramente, à função destes novos serviços de saúde mental e, por conseguinte, quais seriam os pressupostos fundantes de uma prática manicomial e do seu oposto, para além da prestação de serviços extra-muros do hospital. Isto gerou reflexões sobre as bases ideológicas

que sustentaram – e sustentam - a criação dos hospitais psiquiátricos, justificando o isolamento de determinados sujeitos com fins aparentemente terapêuticos, mas fundamentalmente higienistas e de controle. Se os fundamentos dessas práticas são sociais, é possível – na verdade, provável – que elas continuem sendo reproduzidas nos serviços substitutivos.

Nesse caminho, a desinstitucionalização dos manicômios, proposto pela Reforma Psiquiátrica, não se resume à desospitalização, mas indica a necessidade de mudanças de valores socioculturais referentes a padrões de normalidade, práticas de controle e ajustamento e, conseqüentemente, um outro lugar social para a loucura e o sofrimento psíquico. Inclui também um outro olhar para o território como espaço de vida e para a circulação e pertencimento à cidade.

Reflete-se, então, que um elemento central para este processo é a compreensão crítica do componente territorial nessa construção, pois a concepção de cuidado no território pode reproduzir os fundamentos institucionalizantes ou ser um campo de resistência aos valores e práticas hegemônicas, criando de fato algo novo.

A partir destas reflexões, foi elaborado o projeto de tese aqui apresentado, que tem como objetivo compreender a produção do cuidado em saúde mental na cidade de Barbacena-MG, na perspectiva do cuidado de base territorial, tendo como marco a Reforma Psiquiátrica brasileira. Busca-se identificar, a partir das noções de desinstitucionalização e cuidado territorializado em saúde mental, os elementos que caracterizam uma prática não manicomial.

Importa, ainda, compreender essas transformações numa perspectiva de processo, de movimento dinâmico, com avanços e recuos, limites e possibilidades, para compreender as particularidades da história da Reforma Psiquiátrica em Barbacena e a organização dos serviços nesse território.

O território é considerado, então, para além de suas características físicas ou político-administrativas, como o espaço de síntese de determinantes ecológicos, sociais, econômicos e culturais que se organizam de forma particular. Ele revela as relações de poder e indica de que forma a vida se produz e se movimenta em cada lugar. Pensar o território é pensar nas redes que interligam pessoas e deixar que

apareçam os atores destas relações e dos processos sociais, indicando os limites mas também as potencialidades de transformação da vida na cidade.

Nesse percurso, busca-se conhecer como tem se organizado o cuidado em saúde mental no município a partir da Reforma Psiquiátrica, numa perspectiva de movimento, avanços e limites. Para tanto, metodologicamente, baseia-se na pesquisa teórica-bibliográfica e documental. O foco dessa etapa direciona-se, portanto, à análise da transição de um modelo asilar, centrado em uma instituição que ordena todo o território, para um modelo horizontal, em rede, intra e intersetorial, orientado pela Atenção Psicossocial.

O segundo movimento da pesquisa busca compreender como tem se dado a construção da lógica de cuidado territorial nos serviços substitutivos de Barbacena, entendendo que este é um processo extremamente complexo, envolvendo não só a criação de novos dispositivos, mas também a construção de novos saberes e práticas. Busca-se, compreender, portanto, como a noção de território tem orientado o modo de funcionamento dos serviços substitutivos e quais os limites e potencialidades tem sido encontrados nesse percurso.

Para definir o escopo do trabalho de campo, tomamos como parâmetro a estrutura de serviços substitutivos criada no Brasil, através dos marcos regulatórios² para realizar a desinstitucionalização. Assim, ainda que ela se realize a partir de uma rede composta por vários componentes, desde a atenção básica em saúde até as estratégias de leitos de retaguarda nos hospitais, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) aparecem como a principal estratégia de construção de uma nova lógica de cuidado de base territorial, tendo um mandato não somente assistencial, mas de ordenação e articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)³ (BRASIL, 2002).

Busca-se entender como estão se constituindo estes serviços, a partir do modelo de

2 Consideramos neste trabalho como principais marcos regulatórios da desinstitucionalização e da política de saúde mental brasileira a lei 10.216/2001, a Portaria SAS/MS 224/1992, Portaria 336/2002, Lei 10.708/2003, Portaria 106/2000, Portaria 3088/2011 e Documentos orientadores do Ministério da Saúde.

3 Pela Portaria GM/MS nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, é definido como característica de todas as modalidades de CAPS, “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” (BRASIL, 2002).

Estratégia Atenção Psicossocial⁴ e a territorialização do cuidado em saúde mental, propostos pela política de saúde mental, com foco no “modo de operar”⁵ destes serviços.

Neste trabalho, serão apresentados os fundamentos teórico-analíticos da pesquisa e as reflexões realizadas até então sobre o objeto. Para tanto, o próximo item se estruturará em duas partes, a primeira com reflexões a respeito da constituição do paradigma psiquiátrico e dos fundamentos da desinstitucionalização e a segunda sobre o território e a cidade como categorias de análise central para construir um novo modelo de atenção em saúde mental. Pretende-se, com esse percurso, apresentar os elementos principais que podem auxiliar a compreender os processos mais amplos nos quais se inserem a Reforma Psiquiátrica de Barbacena e a construção de uma nova lógica de cuidado nos serviços substitutivos.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Institucionalização da loucura e Reforma Psiquiátrica: a desconstrução de um paradigma

Na história da loucura, é possível observar diferentes tratamentos dados a este fenômeno. Na época clássica, a loucura era polimorfa e livre no meio social (AMARANTE, TORRE, 2018). Na Idade média, segundo Foucault (1999a apud GULJOR, 2013, p. 91), o louco era identificado como “enunciador da tragédia” e para estes era destinada uma existência nômade, representada pela famosa pintura a “Nau dos Loucos”. A loucura nesse período estava inserida no cenário e na linguagem comuns, e fala por si mesma através da produção de pintores e escritores.

É com a modernidade que muda-se esse status, perdendo seu componente mítico, e sendo a loucura inserida no lugar do encarceramento e da morte

4 No Brasil, foi adotada como estratégia de desinstitucionalização pela política de saúde mental a Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2007; COSTA-ROSA, 2000;2013).

5 “Modo de operar” é uma expressão usada por Costa-Rosa (2000) para designar o conjunto de elementos que coexistem dentro de um serviço substitutivo, desde o objeto e os meios de trabalho, à forma de organização da instituição, das equipes, a relação com o território e os fins terapêuticos e éticos.

(FOUCAULT, 1994 apud GULJOR, 2013, p. 92). Há, então, a retirada da loucura da cidade e da convivência social, sendo excluída da participação no pacto social, nas relações sociais, gerando uma “morte social para os sujeitos considerados alienados ou doentes mentais” (AMARANTE, TORRE, 2018, p. 1092).

Os conceitos de alienação mental e doença mental são construções geradas a partir das experiências individuais e coletivas sobre a loucura, vinculados ao processo de constituição do hospício, da psiquiatria e da captura da loucura pelo discurso médico (AMARANTE, TORRE, 2018, p. 1092). A história da loucura e a história do modelo hospitalar estão interligados. O advento do Hospital Geral foi de fundamental importância para a definição de um novo ‘lugar social’ para o louco e a loucura na sociedade ocidental (AMARANTE, 2019, p. 23).

A transição da sociedade absolutista para a sociedade disciplinar teve como marco a “disciplina dos corpos, a introjeção das normas do pacto social construído entre pares, a normalização dos cidadãos e a própria noção de cidadania” (AMARANTE, 2019, p. 26). Essa relação da medicina com o hospital, marcou a medicina ocidental com um modelo biomédico, que considerava a doença como objeto abstrato e natural, retirando o sujeito da experiência da doença.

Foi nesse chão histórico que Philippe Pinel começou a dirigir um hospital geral na França e ficou conhecido como o fundador da psiquiatria, mas também um dos responsáveis pela clínica médica moderna (AMARANTE, 2019). Pinel lançou as bases do que ficou conhecido como a ‘síntese alienista’. Elaborou uma primeira classificação das enfermidades mentais, criou a profissão de alienista e fundou os primeiros hospitais psiquiátricos.

Pinel não elege o termo ‘doença mental’, mas ‘alienação mental’ para tratar das enfermidades, por considerar que seria um processo com uma natureza distinta das demais doenças. Esse termo acaba fazendo referência à perda da razão, irracionalidade, animalidade, gerando exclusão do louco dos processos sociais e associando-o à ideia de periculosidade. Conseqüentemente, o tratamento mais importante seria o isolamento do mundo exterior, afastando-o do que pudesse ser uma interferência sobre o diagnóstico e sobre o tratamento.

Há uma ideia de que o isolamento e o tratamento poderiam, através de um

processo pedagógico-disciplinar, auxiliar o doente a recobrar a razão e atingir a cura, podendo retomar sua liberdade e seus direitos como cidadão. Se não é possível a um alienado fazer escolhas, ter desejos e tomar decisões, a sua exclusão do meio social não seria uma violação de seus direitos, mas medida terapêutica, direito a um tratamento. Haveria então dois tipos de “isolamento terapêutico”: isolar para conhecer (as causas e tipos de alienação mental) e isolar para tratar (afastando as influências negativas ao tratamento) (AMARANTE, TORRE, 2018, p. 1093).

O isolamento, como princípio teórico e ato institucional, propicia um método, semelhante ao estado *in vitro*, afasta as influências malélicas e a contaminação. Esse método faz “ver” diferente a figura do louco (produz uma nova visibilidade sobre a loucura, que passa a ser vista como alienação mental), e produz formas de compreensão da loucura condizentes com a crença no tratamento como regramento da desordem, por meio da disciplina, e como um retorno à razão (“dobrar o alienado à razão”), uma espécie de ortopedia da alma a partir do modelo da instituição correcional.” (AMARANTE, TORRE, 2018, p. 1093)

Em meados do século XX, essas instituições começam a sofrer críticas mais duras, não só pela incapacidade de “cura” que apresentavam, mas também pela superlotação, pelas condições precárias, pelas práticas violentas e degradantes que eram adotadas.

Ao voltar o olhar para os hospícios, a sociedade percebeu que estes em nada se diferenciavam dos campos de concentração, representando uma ausência absoluta de dignidade humana, e surgem, então, as primeiras experiências de ‘reformas psiquiátricas’ (AMARANTE, 2019, p. 40). A partir da Segunda Guerra Mundial é desencadeado um processo mais consistente de reformas, tanto pelas consequências devastadoras da guerra para a população, quanto pelo desenvolvimento de movimentos civis (GULJOR, 2013). Elas expressam reflexões, acúmulos e experiências dos diversos países, sendo possível analisar algumas tendências.

Amarante (2019) destaca alguns movimentos que tiveram um grande impacto e que influenciam ainda hoje as experiências contemporâneas. O primeiro, composto pela Comunidade Terapêutica, inglesa, e a Psicoterapia Institucional, francesa, que acreditavam ser possível alterar o hospital internamente, de forma a qualificar a psiquiatria e tornar as instituições de fato terapêuticas. O segundo grupo, formado pela Psiquiatria de Setor, francesa e a Psiquiatria Preventiva ou

Comunitária, estadunidense, surgiram após a percepção de que as experiências de reformar internamente os hospitais possuíam algumas limitações, apontando para a necessidade de um trabalho externo ao hospital.

Outro grupo diz respeito à Antipsiquiatria, inglesa e à Psiquiatria Democrática, italiana, que não são considerados por Amarante como modelos de reforma, mas como uma crítica à própria constituição da psiquiatria como modelo científico (AMARANTE, 2019, p. 41). O termo “antipsiquiatria” foi pensado por Ronald Laing e David Cooper para indicar “uma antítese à teoria psiquiátrica, propondo compreender que a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo enquanto corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade.” (AMARANTE, 2007, p. 52).

Essas duas vertentes, a Antipsiquiatria francesa e a Psiquiatria Democrática italiana, ampliam a discussão da transformação de aparatos físicos, indicando a necessidade de mudanças no modo de pensar e no imaginário social ligado à loucura e ao sofrimento mental. A Psiquiatria Democrática italiana tem como principal representante Franco Basaglia, sendo a corrente que mais influenciou a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Franco Rotelli traz reflexões sobre a questão paradigmática que envolve a Psiquiatria. Ele aponta a existência de um paradigma racionalista que domina a psiquiatria que tem como base a definição e explicação de um problema e a resposta ou solução racional ótima. É essa lógica problema-solução que vai criar um sistema organizado de teorias, normas e definições de diagnósticos e prognósticos, levando da doença à cura (ROTELLI et al, 2001, p. 26). Para ele, a desinstitucionalização, então, não se resume à desospitalização, sendo necessário “desinstitucionalizar o paradigma” (ROTELLI et al, 2001).

O primeiro passo seria desmontar a relação problema-solução, a busca de uma condição tendencialmente ótima, da normalidade. Nessa lógica, a “instituição” deixa de ser o aparato que se estrutura em torno do objeto “doença”, e, assim,

se o objeto ao invés de ser ‘a doença’ torna-se ‘a existência-sofrimento dos pacientes’ e sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (ROTELLI et al, 2001, p. 30).

Pensar a desinstitucionalização dos hospitais é pensar, então, na desinstitucionalização do paradigma que os sustentam, alterar a ideia de cura de uma doença para a ideia de promoção de vida da existência-sofrimento.

A reforma proposta por Basaglia tem componentes que abarcam a clínica, a política, o campo social e cultural, contando com práticas e saberes diversos. A Reforma é compreendida como um processo, com avanços e retornos, em movimento e com diversas ações e estratégias para além do fechamento dos hospitais e leitos.

Em síntese, a desmontagem do manicômio começa com o fechamento das estruturas manicomiais, prossegue com a construção de novos conceitos, práticas, espaços de cuidado e novas formas de lidar com a loucura, e ganha sua maior abrangência com as lutas por uma nova cultura e uma nova forma de olhar e cuidar da loucura e a diferença na cidade. A cura se torna a ação de produzir subjetividade, sociabilidade — mudar a história dos sujeitos, o que passa a mudar a história da própria doença. (AMARANTE, TORRE, 2018, p. 1095).

Amarante e Torre (2018) destacam de forma muito precisa os riscos de se perder de vista a desinstitucionalização em seus fundamentos:

Na medida em que não se toma a desinstitucionalização como desconstrução do dispositivo e do paradigma psiquiátricos, há grande possibilidade de produzir a gestão da loucura em serviços sanitários que não desenvolvem o trabalho cultural, isto é, acaba-se com as 'instituições da violência' para criar 'instituições de tolerância'. É a atualização ou metamorfose das práticas manicomiais, com aparência de novas tecnologias de 'última geração', que passam a ter lugar não mais nos manicômios e macroinstituições asilares tradicionais, mas nos serviços 'abertos' e 'territoriais'. (AMARANTE, TORRE, 2018, p. 1097).

Nesse sentido, as novas estruturas podem continuar reproduzindo uma mesma lógica, ainda que em ambientes diferentes. Essa desconstrução passa pelo questionamento dos lugares de saber e de poder das profissões e das instituições, demandando um modo de pensar e cuidar que questione o modelo manicomial constantemente. Demanda também construir um “novo lugar” para a loucura que seja de fato “extra-muros”, inclusive além dos muros dos novos serviços, indicando um mandato mais amplo para essas novas estruturas que vem sendo pensadas e construídas como substitutivas.

Se a retirada dos sujeitos da convivência e das relações sociais vem do princípio de isolamento terapêutico, a desmontagem desse princípio é central para o processo de desinstitucionalização. Essa reflexão leva a outro questionamento: qual

é o lugar de existência que tem sido destinado a esses sujeitos e seus sofrimentos?

Nesse caminho, ao invés de nos perguntar “por que o manicômio?”, questionamos: “por que não a cidade?” Por que determinados sujeitos e situações devem ser apartados e “excluídos” da convivência e das relações? Quem ou o quê determina que lugares podem ou não ser ocupados?

Longe de responder a todos esses questionamentos, compreende-se que colocar em cheque a prática de isolamento e institucionalização é o caminho central para pensar outras relações e outras práticas sociais e de saúde. E, portanto, é preciso voltar os olhos a esse espaço a ser (novamente ou diferentemente) habitado: a cidade.

2.2. Destruindo estruturas, questionando relações: o retorno ao território

A superação dos manicômios é um processo complexo que envolve vários determinantes. Segundo AMARANTE (2009), essas mudanças aconteceriam em quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2007, p. 64). Todas elas são dinâmicas e estão interligadas, porém considera-se, que um dos maiores desafios tem sido a reinserção da loucura na vida da cidade, haja vista o retorno e aumento da presença do paradigma psiquiátrico no imaginário social e também nas práticas dos serviços substitutivos.

A conquista desse novo status envolve, necessariamente, o território em que o sujeito se insere, pois “a legitimação de seu lugar social se dá pelo reconhecimento que lhe é endereçado pelas instituições e pelas pessoas” (GULJOR, 2013, p. 58). As representações criadas sobre o louco, como perigosos, sem razão ou desejo, incapazes e alienados, tem justificado o seu aprisionamento, dizendo qual é o seu lugar. A desconstrução dessas imagens demanda transformações na realidade social para a construção de novos sentidos e representações.

Este processo só é possível pelo encontro com o sujeito, ao ouvir e se relacionar com as pessoas e não com as doenças. Esse encontro se dá na vida, no cotidiano, no território e, nesse sentido, como colocam Amarante e Torre (2018), “se o manicômio é o lugar zero das trocas sociais, a cidade é o lugar infinito das trocas

sociais” (p. 1096, grifos do autor).

Como sinaliza Amarante (2007),

Em última instância, todo o conjunto de transformações e inovações anteriores contribuem para a construção de um novo imaginário em relação à loucura e aos sujeitos em sofrimento, que não seja de rejeição ou tolerância, mas de reciprocidade e solidariedade. Franco Basaglia observava que era importante questionar não somente “o manicômio nem a psiquiatria como ciência, mas tudo o que, partindo do ‘território’ repelia a doença e confiava à psiquiatria e ao manicômio. (BASAGLIA, 2005: 243 em AMARANTE, 2007, p. 73).

Nesse caminho, é importante se debruçar sobre o conceito de território e o espaço da cidade, que produz e reproduz valores, relações, representações sociais, e que é “o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência.” (SANTOS, 1999, p. 7).

O território tem sido utilizado pelas políticas públicas nas últimas décadas não apenas como uma nova forma de organização de instituições e serviços, mas também como uma promessa de transformação dos paradigmas de cuidado e reorientação das práticas e estruturas institucionais (HONORATO, 2016). Território, porém, é um termo polissêmico (HAESBAERT, 2013; SANTOS, 2021) e as diferentes concepções impactam diretamente na compreensão da produção territorializada de saúde e na estruturação das políticas públicas⁶.

Milton Santos (2021) considera que o território não é um conceito rígido, absoluto, mas sim um conceito relativo, ou seja, só pode ser encontrado em relação com outras realidades, quais sejam a natureza e a sociedade, tendo o trabalho como mediação entre ambos. O espaço não é uma coisa e nem um sistema de coisas, mas uma realidade relacional.

O espaço deve ser considerado como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento. O conteúdo (da sociedade) não é independente da forma (os objetos geográficos), e cada forma encerra uma fração do conteúdo. O espaço, por conseguinte, é isto: um conjunto de formas contendo cada qual frações da sociedade em movimento. As formas, pois, têm um papel na realização social. (SANTOS, 2021, p. 10).

Neste caminho, entende-se o conceito de território como “a extensão apropriada e usada” (SANTOS, 2006, p. 19). Assim, não seria uma categoria

⁶ Alguns trabalhos que analisam os impactos das diferentes concepções sobre território para as políticas públicas de saúde mental, particularmente, são as produções de FURTADO et al. (2016) e HONORATO (2016).

analítica por si, pois “a categoria analítica é o território usado pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelos homens, sendo também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições.” (SANTOS, 2003, p. 310, grifos do autor). Ou seja, para a análise geográfica o que importa é o *território usado*, que é *sinônimo de espaço geográfico* (SANTOS; SILVEIRA, 2006, p. 20). As cidades são, desta forma, a grande representação do espaço humanizado.

A noção de território utilizado indica a interdependência e inseparabilidade entre a materialidade (natureza) e o seu uso (ação humana) para definir qualquer parte do território, ou seja, o trabalho e a política (SANTOS; SILVEIRA, 2006, p. 247). É nesse processo que encontramos o território vivo.

Rogério Haesbaert (2003) apresenta três noções mais comuns de território. A jurídico-política, que considera o território como um espaço delimitado e controlado, local de exercício do poder político do Estado; a cultural ou culturalista, que enfoca a dimensão simbólica, subjetiva, em que o território é constituído a partir da apropriação simbólica de um grupo sobre ele; e a econômica, que considera a dimensão espacial a partir das relações das classes sociais e da relação capital-trabalho.

Embora a noção mais destacada nos estudos sobre território seja a política, o simbólico-cultural sempre esteve presente ligado aos sentidos dados pelos sujeitos aos espaços que ocupam, que envolve a ideia de um controle simbólico, de um pertencimento e apropriação daquele território. Desta forma,

o território envolve sempre, ao mesmo tempo [...] uma dimensão simbólica, cultural, através de uma identidade territorial atribuída pelos grupos sociais, como forma de ‘controle simbólico’ sobre o espaço onde vivem (sendo também, portanto, uma forma de apropriação), e uma dimensão mais concreta, de caráter político-disciplinar: a apropriação do espaço como forma de domínio e disciplinarização dos indivíduos (HAESBAERT, 1997, p. 42)

Há uma relação importante entre as concepções de poder e as concepções de território (SAQUET, 2010; HAESBAERT, 2013; 2007). Isto porque toda relação de construção do espaço, contém uma relação de poder. Compreende-se o poder para além da sua dimensão política, representado pela figura do Estado, mas também em suas dimensões econômicas e simbólicas. Essa concepção relacional de poder considera-o “não apenas como mediador, mas como constituinte,

indissociável, de qualquer relação social” (HAESBAERT, 2013, p. 808).

Remetendo-se à Lefebvre, Haesbaert (2007) diferencia apropriação de dominação, “o primeiro sendo um processo muito mais simbólico, carregado das marcas do ‘vivido’, do valor de uso, o segundo mais concreto, funcional e vinculado ao valor de troca” (HAESBAERT, 2007, p. 20). O território, então, imerso nas relações de dominação e apropriação, engloba uma dominação político-econômica e ao mesmo tempo uma apropriação mais subjetiva e cultural-simbólica (HAESBAERT, 2004 apud HAESBAERT, 2007, p. 21). Dessa forma, “enquanto ‘espaço-tempo vivido’, o território é sempre múltiplo, ‘diverso e complexo’, ao contrário do território ‘unifuncional’ proposto pela lógica capitalista hegemônica” (HAESBAERT, 2007, p. 21).

É importante identificar quem são os atores que constroem o território, pois ele se define a partir do modo como as pessoas utilizam a terra, como se organizam e como dão significado ao lugar (HAESBAERT, 2007, p. 22). Por isso, podemos ver o território como um componente do poder, como um meio para criar e manter a ordem, assim como criar e manter o espaço que é veículo para experimentarmos o mundo e dar significado a ele.

A modificação do território se dá de acordo com o contexto histórico e geográfico, sendo a territorialização o processo de dominação e apropriação do espaço pelos atores ao longo do tempo (HAESBAERT, 2007). Os usos do território são diferentes em cada período histórico, mas é possível construir uma periodização desses usos (SANTOS, SILVEIRA, 2006; SANTOS, 2020), marcada pelas manifestações particulares daquele local, mas também pela história geral. Assim, considerar o território e sua condição de unidade e diversidade é uma questão central para a história humana, e cada localidade se torna, ao mesmo tempo, a base dos estudos dos diferentes períodos e da atualidade.

Ao analisar a formação das cidades ao longo da história, é possível observar diferentes processos que impactaram nas formas como os homens se organizam no espaço (SANTOS, 2006, 2021; SPOSITO, 1988). A principal transformação das cidades, que transformou a sociabilidade até a contemporaneidade, foi marcada pela industrialização e a urbanização, principalmente a partir do século XIX (LEFEBVRE,

2001; SANTOS, 2006).

No período industrial, há uma alteração das noções de espaço habitado, especialmente após a década de 1850. O uso do solo é refuncionalizado de acordo com o seu valor e sua capacidade de especulação, sendo palco de uma luta entre os capitais que ocupam a cidade e o campo (SANTOS, 2021).

Lefebvre (2001) considera que a industrialização é o motor das transformações dos últimos séculos, e é também o ponto de partida para tratar da “problemática” urbana. A industrialização é a geradora dos problemas urbanos – e não o contrário -, como as questões referentes a cidade e ao desenvolvimento urbano, os problemas de crescimento e planificação e das questões relativas ao lazer e à cultura.

O efeito mais importante da industrialização para a urbanização foi a mudança no papel desempenhado pelas cidades e suas estruturas internas, diretamente ligado a uma mudança na produção artesanal para a produção industrial. Conseqüentemente, “as cidades, como formas espaciais produzidas socialmente, mudam efetivamente, recebendo reflexos e dando sustentação a essas transformações estruturais que estavam ocorrendo a nível do modo de produção capitalista” (SPOSITO, 1988, p. 58). Ao mesmo tempo em que o capitalismo acentuou o papel produtivo das cidades, ele transforma a própria cidade, que se torna o espaço de concentração do capital e da força de trabalho, além de abrigar uma infraestrutura importante para o desenvolvimento industrial.

Lefebvre (2001) considera que, no período anterior à industrialização, a cidade era uma obra, conceito que se opõe à condição de produto. A obra está ligada ao poder criativo, ao valor de uso, enquanto o produto relaciona-se ao valor de troca. Este é um ponto significativo de mudança para as cidades a partir da industrialização, que as orientam na direção do comércio, das trocas, dos produtos, da especulação e da utilização lucrativa do solo e do espaço.

Para o autor, a cidade é uma obra, criação de seres humanos em relação, uma “produção” em sentido amplo, diferenciando-a do produto.

A cidade é obra a ser associada mais com obra de arte do que com o simples produto material. Se há uma produção da cidade, e das relações sociais na cidade, é uma produção e reprodução de seres humanos por seres humanos, mais do que uma produção de objetos. A cidade tem uma história, ela é obra de uma história, isto é, de

peças e de grupos bem determinados que realizam essa obra nas condições históricas. As condições que simultaneamente permitem e limitam as possibilidades, não são suficientes para explicar aquilo que nasce delas, nelas, através delas (LEFEBVRE, 2001, p. 52).

A cidade como obra pressupõe a valorização de seu uso, da fruição, da beleza, do encanto dos locais de encontro, mais do que os valores de lucro, das exigências do mercado, ou seja, do valor de troca. Considerando a “produção” em sentido amplo, como produção de obras e de relações sociais, é possível considerar que houve uma produção de cidades na história da mesma forma que de conhecimento, cultura, assim como de bens materiais e objetos, fenômenos que não se confundem, mas não se dissociam.

Ao tratar das transformações na cidade a partir da industrialização, é possível compreender que,

a produção de produtos substituiu a produção de obras e de relações sociais ligadas a essas obras, notadamente na Cidade. Quando a exploração substituiu a opressão, a capacidade criadora desaparece. [...] O que traz argumentos para apoiar uma tese: *a cidade e a realidade urbana dependem do valor de uso. O valor de troca e a generalização da mercadoria pela industrialização tende a destruir, ao subordiná-las a si a cidade e a realidade urbana, refúgios do valor de uso, embriões de uma virtual predominância e de uma revalorização do uso* (LEFEBVRE, 2001, p. 13-14, grifos do autor).

Ainda que seja possível observar um certo assalto da cidade pela industrialização, não se trata de um processo “natural”, sem intenções e vontades envolvidas. Pelo contrário, há uma intervenção ativa das classes dirigentes, que possuem o capital, ao lado da classe operária, ambos com frações e grupos diferentes. A cidade é palco da luta de classes. É a burguesia, responsável pelo crescimento econômico, que substituiu a opressão pela exploração e, ao não criar, substituiu a obra pelo produto. Assim, a Cidade é isolada e separada do conjunto complexo que representava para ser projetada em uma direção, sendo a criação dos subúrbios um dos efeitos desse processo.

Para Lefebvre (2001), a vida urbana “pressupõe encontros, confrontos das diferenças, conhecimentos e reconhecimentos recíprocos (inclusive no confronto ideológico e político) dos modos de viver, dos ‘padrões’ que coexistem na cidade”. Nesse caminho, concebe-se então o que o autor chama de habitat, que substituiria o habitar:

Até então, 'habitar' era participar de uma vida social, de uma comunidade aldeia ou cidade. A vida urbana detinha, entre outras, essa qualidade, esse atributo. Ela deixava habitar, permitia que os cidadãos-cidadãos habitassem (LEFEBVRE, 2001, p. 23).

As transformações ocorridas na cidade impactam não apenas a ocupação do espaço, mas os modos de pensar, de agir e de viver dos seres humanos. Ao ser palco da acumulação e valorização capitalistas, a terra passa a ser refuncionalizada no sentido da produção de valor de troca e não mais de valor de uso. As relações na cidade se organizam no sentido da produção e reprodução dos valores do capital, transformando-se num espaço de desigualdades.

Este é um elemento importante para compreensão e análise do processo de ocupação da cidade pelos sujeitos sociais. O retorno à cidade, então, coloca uma questão ainda mais ampla, a questão relativa à sociabilidade constituída nos marcos do capitalismo e suas expressões no território, com mecanismos, ora sutis ora explícitos, de "inclusão" ou "exclusão" dos sujeitos.

3. CONCLUSÃO

As Reformas Psiquiátricas, junto com as Reformas Sanitárias, são um dos movimentos sociais e de direitos humanos mais importantes da contemporaneidade, tendo o Brasil ocupado um papel importante no cenário mundial frente às alternativas e à força dos movimentos sociais que construíram esse processo no país.

Para a superação dos aparatos manicomiais, porém, é importante considerar não só a alteração das estruturas físicas, mas a mudança na forma de ver e pensar a loucura e o sofrimento psíquico, ou seja, uma mudança que envolve as representações sociais, os valores socioculturais que determinam qual é o lugar social da loucura e dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Ainda que a criação de novas estruturas seja fundamental para a mudança no modelo de cuidado aos sujeitos em sofrimento, é importante ter em mente que o lugar da "cura" e da "reabilitação" não é uma instituição nem um serviço, este lugar é o território, é a cidade (AMARANTE, TORRE, 2018).

A cidade é o palco da vida humana, e palco da produção e reprodução das relações sociais, sendo a síntese de elementos econômicos, políticos, culturais e sociais que formam as sociedades. É na cidade que se dá a luta de classes e a disputa de

hegemonia entre os diferentes projetos societários, podendo aqui ser representados pelos paradigmas psiquiátrico e psicossocial.

Ao inserir sujeitos em sofrimento em novos dispositivos, sem um questionamento das relações reproduzidas por essas próprias instituições de novo tipo, faz-se apenas um reposicionamento do sujeito no mesmo lugar social que sempre ocupou, reproduzindo a prática de institucionalização.

O retorno à cidade se coloca como o grande desafio dos movimentos sociais, dos trabalhadores e das políticas públicas de saúde mental, pois coloca em cheque as relações sociais vigentes, tensionando os valores instituídos. Porém, se ainda pretendemos construir uma “sociedade sem manicômios”⁷, não é possível fugir dessa batalha.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p.1090-1107, nov./dez., 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **GM/MS Portaria Nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/htjgj>>. Acesso em 15 jul 2022.

_____. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S. Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial. *In*: RABELO, I. V. M. et al. (Org.). **Olhares, experiências de CAPS**. Goiânia: Kelps, 2009.

FURTADO, J. P. et al. A concepção de território na Saúde Mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, set, 2016.

7 A I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1987 é um marco da Luta Antimanicomial no Brasil, teve como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, termo que faz referência a uma frase de Franco Basaglia: “Para que não se esqueça. Para que nunca aconteça. Por uma sociedade sem manicômios! ”

GULJOR, A. P. F. **O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi**: um estudo de caso. 2013. 356f. Tese (Doutorado em Ciências - Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

HAESBAERT, R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. **Boletim Gaúcho de Geografia**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 11–24, jan-jun., 2003. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/bgg/article/view/38739/26249>>. Acesso em: 18 jan. 2022.

_____. Território e multiterritorialidade: um debate. **Revista GEOgraphia**, Niterói, v. 9, n. 17, p. 19-45, jan./jun., 2007.

_____. De espaço e território, estrutura e processo. **Economía, Sociedad y Territorio**, Toluca, v. 13, n. 43, p. 805-815, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-84212013000300011>. Acesso em: 16 jul. 2022.

HONORATO, L. T. **Loucuras geográficas**: desafios para a abordagem territorial na saúde mental. 2016. 133f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Geografia). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

LEFEBVRE, H. **O direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. Reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. **GEOgraphia**, Niterói, v. 1, n. 1, p. 7-13, 1999. Disponível em <https://periodicos.uff.br/geographia/article/download/13360/8560>. Acesso em 16 de jul. 2022.

_____. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 8, v. 1, p. 309-314, 2003.

_____. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4ª ed. São Paulo: Edusp, 2006.

_____. **Espaço e método**. 5ª ed. São Paulo: Edusp, 2020.

_____. **Metamorfoses do espaço habitado**. fundamentos teóricos e metodológicos da geografia. 6ª ed. São Paulo: Edusp, 2021.

SANTOS, M; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. 9ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SPOSITO, M. E. B. **Capitalismo e urbanização**. 14ª. ed. São Paulo: Contexto, 1988. Disponível em: <http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1415/capitalismo_e_urbanizacao__maria_encarnacao_beltrao_sposito__pdf_rev.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2022.