

# TERRITÓRIO E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL: UM DIÁLOGO POSSÍVEL ENTRE SAÚDE, GEOGRAFIA E ANTROPOLOGIA\*

PATRÍCIA REINHEIMER\*\*  
EROTILDES LEAL\*\* \*  
ELIZABETH LIMA\*\*\* \*  
MARTINHO SILVA \*\*\*\*\*

Resumo: *este artigo tem por finalidade apresentar os sentidos que a noção de território tem na trajetória histórica e no contexto atual da Reforma Psiquiátrica brasileira. Procuramos compreender como essa noção tem sido utilizada estrategicamente para engendrar novas formas de cuidado em relação ao fenômeno da loucura a partir das delimitações administrativas das regiões programáticas nas quais estão situadas as instituições que vêm substituindo os grandes manicômios.*

Palavras-chave: *Saúde mental. Loucura. Território. Rede. Identidade/representação.*

A análise antropológica da territorialidade faz uso de abordagens etnográficas e históricas para entender a diversidade de territórios como resultado de produtos históricos e processos sociais e políticos. Seguindo essa abordagem, esse artigo tem por finalidade apresentar os sentidos que a noção de *território* tem na trajetória histórica e no contexto atual da Reforma Psiquiátrica brasileira. Procuramos compreender como essa noção tem sido utilizada estrategicamente para engendrar novas formas de cuidado em relação ao fenômeno da loucura a partir das delimitações administrativas das regiões programáticas<sup>1</sup> nas quais estão situados os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), instituições que vêm substituindo os grandes manicômios que domi-

naram como dispositivos de tratamento da loucura o cenário da psiquiatria brasileira até bem pouco tempo atrás.

Ao longo dos debates acerca dos diagnósticos, prevenção e tratamento da loucura a partir de meados do século XX, a *comunidade* apareceu como um espaço de intervenção da psiquiatria. A Constituição Federal de 1988, que formalizou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizou uma transformação no processo de reforma do sistema de saúde mental ao abrir a possibilidade de uma crítica efetiva aos pressupostos da psiquiatria vigente e a condenação de seus efeitos de normatização e controle. A descentralização da assistência pública em saúde aumentou o poder decisório da população e conseqüentemente o comprometimento com a execução das políticas públicas.<sup>2</sup>

As discussões acerca do que foi na década de 1970 denominado “psiquiatria comunitária” reanimaram os debates acerca da importância do processo de adaptação dos doentes às redes de relação social aos quais eles pudessem ser associados. Naquela proposta, a *saúde mental* tinha aparecido como uma forma de pedagogia social na qual o *território* seria o espaço no qual o paciente deveria “aprender a circular”. Rejeitada a ideia normativa de pedagogia social, a noção de *território* foi revista e os cuidados com o paciente começaram a ser transferidos para as instituições nas proximidades de seu local de habitação.

Essa nova abordagem trouxe como um de seus resultados a explicitação do estigma como algo com o qual as famílias tinham que lidar no seu cotidiano. A tentativa de fazer coincidir os limites administrativos com os espaços de convívio social dos usuários e seus familiares mostrou que a lógica da população nem sempre coincidia com a dos planejadores urbanos e sanitários. O estigma da loucura aparecia como um critério que influenciava na circulação das pessoas no espaço geográfico e social.

A discussão acerca da necessidade de inovações na assistência psiquiátrica no Brasil, o que hoje tem sido de-

nominado Reforma Psiquiátrica, foi assim resultado de um longo processo de reflexão sobre a importância da ampliação de redes de suporte, compreendidas tanto no sentido afetivo, como cultural/identitário, e sobre como proceder para se alcançar essa ampliação. Para tanto, a noção de *território* foi utilizada como referência a partir da qual as comunidades foram chamadas a compartilhar com o campo da psiquiatria a responsabilidade pelo cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, através de um compartilhamento entre diversos segmentos do Estado no processo terapêutico. Nesse sentido, a arte e a cultura apareceram com importantes dispositivos de produção de identidades através de editais de premiação de eventos, de projetos artísticos, de geração de renda e de economia solidária.

Os “processos de territorialização” na saúde mental, nesse contexto de discussão acerca das teorias, da clínica e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, dizem respeito à produção de identidades culturais que mantém ao mesmo tempo semelhanças e diferenças com o processo de produção de identidades étnicas.<sup>3</sup> Por um lado, as identidades étnicas são resultado de um longo processo de objetivação e oficialização do reconhecimento de outros grupos em relação à particularidade de um grupo específico. Entretanto, o interesse em ser reconhecido como diferente, no caso das identidades étnicas, visa a inserção em um mercado de identidades que acaba por produzir *efeitos sociais*, isto é, a identidade étnica acaba por se tornar uma realidade objetiva, produto da *função prática* da classificação social.

Na saúde mental, o paradoxo está em produzir uma identidade cultural a partir de uma classificação social que é reconhecida por um único atributo em comum entre seus membros, a “loucura”, característica essa estigmatizada desde a separação instituída principalmente a partir do século XVII entre razão e loucura. O “processo de territorialização” na saúde mental passa então, pela dupla finalidade de subverter os valores negativos atribuídos à loucura através da

participação dos usuários dos serviços de saúde mental na vida cotidiana de seus bairros, assim como permitir a esses usuários que recriem vínculos afetivos e culturais perdidos no processo de adoecimento.

O contexto urbano tem surgido nesse processo como um dos principais espaços para reestruturação dessas identidades deterioradas e a arte e a cultura como as dimensões nas quais os valores negativos da loucura podem ser reorganizados em configurações positivas. Arte e cultura aparecem como dimensões sociais que permitem que os efeitos sociais deletérios sejam coletivamente reapropriados em um novo jogo de significados abrindo caminho para a transformação da própria identidade até então dominada pelos efeitos da *intimidação* social (Bourdieu, 2000). A noção de *território* na Reforma Psiquiátrica refere-se então em parte às delimitações político-administrativas nas quais estão localizados os aparelhos de Estado que podem ser acionados como parceiros na terapêutica psicossocial. Entretanto, como veremos ao longo do artigo, escapam a essa delimitação quando se lança mão da arte e da cultura como dispositivos de cuidado.

## A REFORMA E A PSIQUIATRIA: BREVE TRAJETÓRIA SOCIAL

A ideia de reforma está presente desde o início da psiquiatria enquanto disciplina médica, quando, no século XVIII, separaram-se de outras categorias sociais os loucos, a quem passaram a ser atribuídas medidas curativas e não correccionais (FOUCAULT, 2004). No entanto, o movimento de uma “Nova Psiquiatria” surgiu na Europa, no final da primeira metade do século XX, questionando os tratamentos dispensados aos internos dos hospitais psiquiátricos.

O surgimento dos psicofármacos, após a década de 1950, não silenciou, entretanto, esse debate. A despeito do tratamento orgânico dos transtornos psiquiátricos ter ganho centralidade na cena do cuidado, a “cultura manicomial” não se

alterou significativamente, não se produzindo o esvaziamento dos hospitais, esperado por muitos. A dupla dimensão biológica ou orgânica e moral ou psicológica, que desde o início da disciplina alternava sua aproximação com as ciências da natureza ou do espírito, passava a pender fortemente para o polo da alteração biológica como base dos fenômenos psicopatológicos. O dualismo expresso na existência de uma relação corpo-mente que fundamentavam o território epistemológico no qual se constituiu a disciplina era substituído por um organicismo radical expresso nas teorias fiscalistas dos transtornos psiquiátricos (BEZERRA, 2000).

O abuso dos psicotrópicos, entretanto, embasou novas críticas que foram somadas à denúncia dos eletrochoques como punitivos e não terapêuticos. O movimento da “Nova Psiquiatria” então culminou na oposição ao modelo asilar, locus de aplicação desses métodos. Essas críticas tiveram como ponto de partida o modelo assistencial fundado na hospitalização de tipo asilar, seu caráter segregador, o agravamento da doença pelo próprio hospital, a “despersonalização” e o estigma que os internos ficavam sujeitos pela permanência nessas instituições (VENÂNCIO, 1990). A “desinstitucionalização” passava a ser a palavra de ordem dessa “nova psiquiatria”, surgida na Inglaterra em meados do século XX. Países como a Itália, os EUA e a França também formularam alternativas para o tratamento da “doença mental”, tentando circunscrever novos paradigmas para a prática e o saber psiquiátrico.

Essa crítica aos manicômios não foi desde sempre acompanhada de preocupação com a profilaxia, já que muitos atribuíam aos “loucos” uma igualdade de condições em relação a qualquer outra categoria social que os destituía de sua especificidade, isto é, a “realidade” de suas psicoses. Parte desse movimento concebia a loucura como uma construção social que desapareceria com o fim das instituições que a sustentavam. Essa luta, entretanto assumiu nova dimensão quando novas metodologias de tratamento começaram a ser investigadas como alternativa ao manicômio e mesmo à nega-

ção da loucura, proposta por alguns. A Itália, dentre outros, é um bom exemplo disso com Basaglia e seus seguidores.

A proposta de desinstitucionalização supunha a desativação do manicômio a partir de seu interior. “Tratava-se antes de tudo de questionar e procurar eliminar as relações de poder opressivas que esses médicos e proposições psiquiátricas encarnavam, e que o asilo sintetizava de forma paradigmática” (VENÂNCIO, 1990, p. 76). Começava-se assim a pensar novas formas de se relacionar com os “loucos”. A terapêutica deixava de ser uma técnica, para ser encarada como uma prática, não de exercício do poder médico, mas sim de estabelecimento de relações inter-humanas com os pacientes. Não se tinha mais a certeza da possibilidade da cura, mas consideravam-se as qualidades humanas, subjetivas, de um ser em estado de sofrimento. O contexto do segundo pós-guerra propiciava a reavaliação dos princípios da liberdade, igualdade, democracia e do indivíduo como um valor, que haviam permeado a própria constituição da psiquiatria<sup>4</sup> (VENÂNCIO, 1990).

No Brasil, iniciativas reformadoras foram tentadas ao longo do século XIX, visando dar orientação científica à instituição da psiquiatria<sup>5</sup> e, já na virada do século XX, passou a se ensaiar uma crítica aos asilos como insuficientes para lidar com o fenômeno do desatino. Isso produziu tentativas, como a das colônias agrícolas (TENÓRIO, 2002). Entretanto, foi somente na segunda metade da década de 1970 que surgiram críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista do sistema de saúde estatal, com denúncias de fraude no sistema de financiamentos, de abandono, violência e maus-tratos aos pacientes internados nos grandes hospícios do país. Ainda não estava em questão “os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios” (TENÓRIO, 2002, p. 32).

Esses temas foram aprofundados pelas discussões sobre instituições, poder e violência que tomaram a Europa de assalto no final dos anos 1960. Com a abertura política, no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, a sociedade

civil brasileira começou a ter contato, através dos meios de comunicação, com os mecanismos de segregação e violência que caracterizavam as instituições manicomiais. Na Itália, por exemplo, foi em 1978 que se deu a aprovação da Lei nº 180 que prevê, entre outros, o esvaziamento progressivo dos hospitais psiquiátricos e a constituição de *serviços territoriais* responsáveis pela assistência.

A crítica às políticas de saúde do Estado e a elaboração de propostas alternativas constituíram um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde, que veio a ser chamado “movimento da reforma sanitária”. No começo da década de 1980, os protagonistas do movimento sanitário assumiram cargos de gestão dos serviços e das políticas públicas, aplicando alguns dos pressupostos do programa até então elaborado. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental juntou-se ao movimento da reforma sanitária e aos diversos movimentos sociais em luta pela redemocratização do país e pela reconstrução dos direitos e da cidadania, impulsionando o processo de reforma do campo da psiquiatria no Brasil.

Em 1987, houve a I Conferência Nacional de Saúde Mental. As tentativas, por parte da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Dinsam) em articulação com a Associação Brasileira de Psiquiatria, de esvaziar o caráter comunitário e de participação social do evento e transformá-lo em um congresso científico tem feito com que esse ano seja apontado como marco do “fim da trajetória sanitária, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura” (TENÓRIO, 2002, p. 35).

Instituiu-se o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios<sup>6</sup>” e se estabeleceu um novo horizonte de ação: além de exigir macrorreformas, seria necessário refletir sobre a relação profissional-paciente e questionar não apenas as instituições psiquiátricas, mas também o cotidiano dos pacientes. Orientada para a superação do manicômio e para a criação de uma

rede substitutiva de atenção, a Reforma supunha uma ruptura com o modo psiquiátrico de olhar e compreender a complexa experiência humana denominada loucura (AMARANTE, 2003; YASSUI, 2010). A Reforma demandou a invenção de novos dispositivos que fizessem frente às práticas tradicionais e novas tecnologias de cuidado, rediscutindo a clínica psiquiátrica e reinserindo a dimensão moral e psicológica nas práticas de cuidado. Nesses dispositivos procurava-se atuar a partir do contato com uma população com histórias de isolamento social e de sofrimento psíquico, de maneira a escapar da lógica disciplinar que sustentava a violência e o confinamento (GHIRARDI; LIMA, 2009).

O processo de substituição da internação psiquiátrica foi iniciado com a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs) e Centros de Atenção Psicossocial<sup>7</sup> (CAPs), oferecendo cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. O eixo central dos debates girava em torno da reivindicação da participação política e do direito à cidadania para os pacientes psiquiátricos, na luta pela afirmação das diferenças e por espaços sociais onde estas pudessem ganhar a possibilidade de se constituírem enquanto sujeitos através do desenvolvimento de suas individualidades<sup>8</sup>.

## PROBLEMATIZANDO AS RELAÇÕES ENTRE TERRITÓRIO, ATENÇÃO E SUBJETIVIDADE

Birman e Costa (1998 [1976]: 44-45) descreveram e analisaram a “psiquiatria comunitária”, cuja proposta era tornar a comunidade o novo espaço de intervenção da psiquiatria, apontando críticas a esse projeto. Segundo esses autores, apesar das diferenças entre a psiquiatria institucional – comunidades terapêuticas inglesas e psicoterapia institucional francesa – e a psiquiatria social – psiquiatria preventiva norte-americana e psiquiatria de setor francesa –, as duas estariam reunidas sob um único objetivo: ao invés da terapêutica da enfermidade, a promoção da saúde mental. Assim, não se tratava “de curar



um doente, mas de adaptá-lo num grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais” (idem: 52). A *saúde mental* estava então relacionada aos processos de adaptação social desencadeados por estabelecimentos extra-hospitalares, isto é, o espaço social como um espaço de pedagogia social.

Apesar das críticas aos fundamentos teóricos e metodológicos dessa perspectiva, os autores reconhecem que ela significou pelo menos dois avanços. Em primeiro lugar, a crítica ao monopólio na oferta e prestação de serviços psiquiátricos pelos hospitais privados, sustentados pela Previdência Social. Constatou-se que isto levava à cronificação dos pacientes pelo tempo indeterminado da internação. Em segundo, a setorização da assistência psiquiátrica, transferindo os cuidados dos pacientes para a proximidade de seu local de habitação. Uma das vantagens vislumbradas por essa setorização era financeira ao facilitar a mobilidade do paciente no acesso aos serviços.

Beneficiando-se da crítica à psiquiatrização dos problemas sociais ocasionados pelo projeto teórico-metodológico da “psiquiatria comunitária”, mas mantendo o foco na continuidade dos cuidados e na regionalização da assistência (Dell’Acqua e Mezzina, 1991 [1988]), a Reforma Psiquiátrica italiana realizou uma mudança na prestação de serviços psiquiátricos partindo de uma comunidade terapêutica em Gorizia (Basaglia, 1985 [1968]) em direção à montagem de serviços psiquiátricos *territoriais* em Trieste. Ao invés de procurar promover saúde mental e/ou prevenir doença mental, os “serviços territoriais” integrados em rede, com Centros de Saúde Mental em diálogo com Serviços de Emergência Psiquiátrica, desenharam caminhos para lidar com as situações de crise psiquiátrica sem que o recurso à internação fosse a principal abordagem. Construiu-se em torno das pessoas em situação de sofrimento psiquiátrico pontos de referência e apoio (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 61).

Na base desse projeto estava a noção de “tomada de responsabilidade” – em italiano, *presa in carico*, algo como

tomar para si antes de delegar ao outro o que pode lhe caber. Atribuía-se ao serviço o papel ativo na promoção da saúde de toda a população da sua “área de referência”, seu *território*. A responsabilização do serviço pelo *território* tornava-se a principal estratégia de transformação da assistência psiquiátrica na Reforma italiana, de modo que os estabelecimentos extra-hospitalares criados em substituição aos manicômios viessem “assumir a função de referencial ativo às demandas relativas a situações de miséria, de distúrbio e de conflito” em um dado *território* (DELL’ÁQUA; MEZZINA, 1991, p. 62; ROTELLI, 1990, p. 34).

Tanto pela perspectiva da responsabilização de serviços, profissionais e usuários (SILVA, 2004), quanto de “territorialização da assistência” (UHR, 2001), essa iniciativa em muito inspirou os projetos municipais e nacionais de modificação do sistema de atenção em saúde mental no Brasil. Primeiramente em Santos-SP, ainda na década de 80, e depois com o advento do Sistema Único de Saúde, e a extensão dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial a todo o território nacional, a tomada de responsabilidade pelo *território* marcou o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. A ideia era instalar serviços de atenção diária e ambulatoriais que funcionassem por adscrição da clientela a uma dada área geográfica ao invés da demanda espontânea, ou seja, em uma lógica de “territorialização da assistência” e não de oferta de vagas até a lotação do estabelecimento, como no sistema anterior:

*Situemos a questão: um CAPS tem capacidade limitada (cerca de quarenta a cinquenta pacientes em atendimento diário, intensivo, e em torno de 300 a 400 matriculados, isto é, atendidos em graus muito diversos de intensidade e cuidado); já o NAPS define sua capacidade **pela meta a atingir de cobertura de uma população adscrita (território), e pelo pressuposto ético da tomada de responsabilidade.** Para que o contexto urbano possa tornar-se objeto de nossa análise, ou seja, para dar-lhe sentido na organização de serviços e na clínica, é preciso superar o modelo*

*de demanda espontânea (que é coerente na clínica de consultórios e serviços privados), e tomar as noções de cobertura assistencial e referência domiciliar como indispensáveis. Assim, importa menos que o CAPS de Campo Grande defina sua capacidade [...] e mais o fato de que ele seja o **serviço territorial** de referência para a população de tal bairro da cidade do Rio de Janeiro (DELGADO, 1999, p. 113-4, grifo nosso).*

Entretanto, quando a “territorialização” passou do plano das políticas públicas para aquele das práticas, a problemática se complexificou. Mesmo havendo, em todo o território nacional, oferta de serviços extra-hospitalares de saúde mental próximos às casas das pessoas em sofrimento psiquiátrico, não se levou em conta as razões práticas individuais que pudessem tornar a opção pelos serviços geograficamente distantes mais atrativas do que o uso daqueles serviços que faziam coincidir os limites administrativos com os espaços de convívio social dos usuários e seus familiares (BOUSQUAT, 2006).

Estudando o Programa de Saúde da Família / PSF no estado de São Paulo, Bousquat (2006) notou que dos 26% dos moradores que procuraram serviços de saúde, apenas um terço tinha utilizado o PSF. A grande maioria optava pelos serviços da capital, mesmo sendo cadastrados no serviço local. Ou seja, não procuravam o serviço de saúde perto de sua casa, mesmo podendo fazê-lo. Segundo essa autora, em situações nas quais as doenças são estigmatizantes, como é o caso da hanseníase – ou o da loucura – e outros agravos em saúde, a busca de estabelecimentos longe de casa obedece a essa lógica da população e não a dos planejadores urbanos e sanitaristas.

Deste modo, tanto existem “lógicas de territorialização” ligadas à instalação de uma perspectiva mais pública e menos privada no âmbito das políticas públicas, quanto “lógicas de territorialização” ligadas ao modo pelo qual a população circula no espaço geográfico e social, que por vezes convergem e outras vezes não. A perspectiva apontada pela Reforma Psiquiátrica brasileira tem caminhado no sentido de

articular e promover arranjos entre essas lógicas, garantindo o atendimento em saúde mental e a continuidade dos cuidados. Uma dessas perspectivas é o recurso à arte e à cultura como dispositivos de visibilidade e desconstrução do estigma, apostando que a reconfiguração das representações sobre o louco e a loucura traga novas possibilidades de produção de sujeitos que possam se apoiar em redes comunitárias de socialidade.

## A IMPLANTAÇÃO DA REFORMA: INVENTANDO INSTITUIÇÕES E ENGENDRANDO TERRITÓRIOS

A Reforma Psiquiátrica atual constituiu-se em um campo heterogêneo no qual se inclui não somente a clínica, mas também as relações com o campo jurídico, diferentes esferas culturais e diversas dimensões sociais, colocando em jogo não apenas diversas categorias de atores sociais, mas também estreitando relações entre estas diversas esferas. Passou-se a conceber o processo de doença/saúde como parte de um contexto no qual os fatores sociais, tanto quanto os biológicos e os mentais intervêm no bem-estar das pessoas. A atenção deixou de estar centrada em um modelo assistencial voltado exclusivamente para a internação psiquiátrica, onde não havia a preocupação com as exigências de uma vida social, para a discussão de um modelo de base comunitária no qual se promova a reintegração familiar e social do “maluco”.

Em 1990 foi promulgada a **Lei 8.080** que dispunha sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e reorganização e funcionamento dos serviços correspondentes. Falou-se finalmente na “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). O isolamento começou a se transformar em inclusão (SILVA FILHO, 2008).

A partir de 2001, com a promulgação da Lei nº 10.216 passou a estar regulamentada a nova assistência em saúde mental no Brasil, através de uma série de portarias que tratavam da implantação de diversos serviços, seu funciona-

mento e financiamento, bem como aquele dos hospitais psiquiátricos, criando o Programa de atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool ou outras drogas e o Programa de Reorientação Hospitalar (PRH). Foi a partir dessa lei que se definiu uma mudança no modelo de assistência, procurando garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais graves. Os programas de saúde começaram então a tomar questões como o acesso dos usuários ao mercado de trabalho como prioritárias. Em julho de 2005 o Ministério da Saúde regulamentou uma portaria (nº 1169/GM) incentivando os municípios a desenvolverem projetos de inclusão social.

A perspectiva apontada pela política nacional de saúde mental cada vez mais implicava em uma participação da sociedade e uma parceria com a comunidade mais próxima de onde a pessoa portadora de transtorno mental morava (SILVA, 2005, P. 128). Não só uma aproximação entre profissionais, familiares e usuários dos CAPs se colocava no horizonte – a “convivência” como atividade nos serviços extra-hospitalares –, mas também um convívio mais intenso dos mesmos no próprio local de moradia dos usuários – a “visita domiciliar” como parte da rotina.

Se a “tomada de responsabilidade pelo território” era uma diretriz presente na montagem da rede de atenção em saúde mental, a divisão, delegação e negociação de encargos pelo cuidado da pessoa portadora de transtorno mental tornavam-se parte da rotina dos serviços extra-hospitalares, no sentido de evitar a internação e manter os usuários em suas comunidades (SILVA, 2005, p. 144). Assim as “parcerias com a comunidade” se intensificaram, as “ações intersetoriais”, isto é, com outros órgãos governamentais também, no sentido de formar redes de apoio social aos egressos de internação psiquiátrica.

A noção de *território* no campo da saúde mental denota ao mesmo tempo o campo de abrangência do serviço; o lugar de habitação onde se desenvolvem as relações sociais dos usuários; o espaço de possíveis recursos para o estabelecimento de novas trocas simbólicas por parte dos usuários; assim como

uma categoria capaz de definir e determinar certa compreensão do cuidado clínico a ser oferecido.

Essa última inflexão foi ganhando força quando o CAPS, instituição estratégica para a transformação da assistência brasileira, foi deixando de ser definida como mero estabelecimento de saúde, e foi sendo pensada e proposta como modo de operar o cuidado. O cuidado passava a ter como um dos seus principais desafios a promoção de uma relação e um lugar social diferente para os que experienciam o adoecimento mental e para a própria experiência do adoecimento mental grave. Para tal, a instituição deveria inventar um novo modo de funcionar, de se organizar e articular com a cidade, bem como fazer da relação com o espaço social, com o seu próprio cotidiano institucional, questão central para a atenção à saúde a ser oferecida. Estava finalmente sendo posto em evidência algo que antes era percebido apenas implicitamente: a compreensão de que há modos singulares de constituir relação consigo mesmo e com o mundo, experimentados pelas pessoas adoecidas, e a necessidade de respeitá-los. A novidade é que a indicação da necessidade absoluta dessa relação de respeito não se fazia mais pautada apenas em argumentos dos direitos, mas também nos argumentos de um cuidado clínico que se queria ampliado (LEAL, 2007b).

Para o cuidado construído na lógica da atenção psicossocial é imprescindível a compreensão de que a dimensão patológica implica em comprometimento da capacidade de adequação às exigências do meio, porque está reduzida a capacidade do sujeito criar novas normas para a sua relação com o ambiente, mas também porque está comprometida parcial ou totalmente a capacidade do sujeito adoecido influir sobre o ambiente e modificá-lo, segundo suas aspirações e formas de vida. A compreensão de que a dimensão patológica é sempre a expressão de uma dificuldade de dupla face é imprescindível para a atenção psicossocial.

Quando a atenção psicossocial toma a saúde como mera questão de adaptação do sujeito ao meio e predetermina

os objetivos a alcançar, adota uma orientação puramente normativa que se faz a partir de abordagens de fora da pessoa, desconhecendo a particularidade desses indivíduos. Inaugura-se assim, uma perspectiva clínica que não pode mais ser definida como algo dissociado do serviço, e da forma de organização do cuidado. A realidade, o contexto do paciente, o dia a dia do serviço e o seu contexto tornam-se elementos considerados relevantes para a evolução do quadro. O tratamento, sob essa perspectiva, passa então a se realizar com o propósito de melhorar a vida cotidiana e não exclusivamente reduzir o sintoma. Por isso, são considerados do âmbito do cuidado promover laços sociais para vencer a exclusão, a partir do investimento terapêutico em temas da vida diária como lazer, moradia, trabalho, etc. (LEAL, 2007a, 2010, p. 2).

As noções de *responsabilidade e território*, no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, têm colaborado para mudar o lugar da loucura na medida em que deslocam o estigma da doença mental para outra categorização, a de cidadão com direitos a serem exercidos. Daí a figura do “usuário de serviços de saúde mental”, com acesso garantido no sistema público de saúde, outro lugar social para a loucura.

A própria noção de *atenção psicossocial*, que compõe o nome da principal instituição substitutiva aos hospitais psiquiátricos, os CAPs (Centros de Atenção Psicossocial), substitui também a ideia de “tratamento psiquiátrico”, estando essa noção relacionada às transformações propostas na relação entre a dimensão orgânica e a dimensão simbólica e social no cuidado de pessoas com transtornos mentais graves. Nesse sentido, “os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) foram instituídos no Brasil para substituir a internação manicomial por mecanismos em que o exercício do poder médico desse lugar à ênfase na sociabilidade dos usuários e na sua emancipação como sujeitos” (REINHEIMER; SANT’ANNA, 2010). Nesta perspectiva, o *território*, além de indicar os limites administrativos de domicílio dos usuários (bairros, cidades, estados), é um espaço subjetivo e existencial, relacionando-se, por um lado,

com a regionalização da assistência (MARTINS, 2008), e por outro, com as referências afetivas, socioculturais, históricas e econômicas dos usuários.

Os serviços substitutivos estão colocados diante do desafio de efetivar a prática terapêutica nessas distintas dimensões do *território*, enfrentando de forma nova a experiência da loucura e do sofrimento humano. Os serviços de saúde mental apresentam-se assim como instituições que procuram transcender suas institucionalidades para contribuir na co-produção de “projetos de vida” e propiciar oportunidades “de enriquecimento para todos, cultivando redes relacionais, tecendo e transformando as possibilidades concretas de vida das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico” (NICÁCIO; CAMPOS, 2007, p. 149). É neste sentido que a referência à noção de *cultura* passou a ocupar também um lugar estratégico: a partir do momento em que o movimento de reforma começou a discutir a natureza do saber, das práticas e das instituições psiquiátricas que, influenciadas por certo determinismo biológico, insistem na preeminência da dimensão orgânica sobre o comportamento humano.

A referência à ideia de “cultura”, um dos recursos mais bem sucedidos na tentativa de desvincular o relacionamento entre a humanidade e os sistemas sociais da dimensão biológica, tem em vista “chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura” (TENÓRIO, 2002, 35)<sup>10</sup>. Nesse processo os pacientes, agora denominados “usuários dos serviços saúde mental” e seus familiares têm sido estimulados a participar das discussões nos encontros e conferências. Ao longo das duas últimas décadas constituíram-se diversas ONGs voltadas para a luta antimanicomial, como o IFB (Instituto Franco Basaglia), a INVERSO (ONG em Saúde Mental), o Anankê (Centro de Atenção à Saúde Mental) e/ou para o suporte a usuários, familiares e amigos como o S.O.eSq. (Serviço de Orientação a Esquizofrenia), a APACOJUM (Associação de Parentes e Amigos dos Pacientes do Complexo Juliano Moreira)<sup>11</sup>, entre muitas outras.



Trata-se de oferecer uma estrutura institucional com suporte jurídico e assistência afetiva para as pessoas que, direta ou indiretamente, sofrem com os transtornos mentais. Essas ONGs são uma forma de dar poder de contrariedade aos discursos que questionam os saberes médicos e psiquiátricos instituídos, principalmente desde o final do século XVIII, através também de projetos apresentados para concorrência em distintos editais de fomento. Segundo Foucault (1995), os discursos psiquiátricos emergiram como parte do processo de ordenação cultural que, principalmente a partir do século XVII, se opuseram à cultura, como uma ordem empírica, contra qual a ciência se construiu como um olhar produtor de teorias de ordenação e interpretações das coisas. O recurso à noção de *cultura* no atual contexto da Reforma Psiquiátrica poderia então ser compreendido como uma forma de tentar inserir os discursos produzidos pela experiência da loucura em uma “tradição de conhecimento” (BARTH, 1993) da qual façam parte *também*, mas não estritamente, os saberes dos campos psi e médico.

Essa inovação na assistência psiquiátrica, que reivindica a participação e o direito à voz dos usuários e seus familiares, tem a pretensão de lutar contra os mecanismos que mantém esses atores na condição de tutela em relação aos discursos que são proferidos sobre seus transtornos. Essa nova postura coloca em questão a relação de poder que separa um sujeito *cognoscente* de um objeto cognoscível na constituição do conhecimento sobre a saúde mental. Tenta-se assim, oferecer aos usuários a possibilidade de se constituírem enquanto protagonistas em seus próprios processos terapêuticos.

Esta perspectiva tem sido efetivada através da saída da instituição, da intervenção na vida cultural da cidade, criando espaços de troca, encontro e criação, na tentativa de transformar valores. Ações no campo das manifestações artísticas e culturais buscam tematizar as oposições saúde e doença, normal e patológico, loucura e sanidade ao mesmo tempo em que enriquecem as vidas e ampliam potencialidades singula-

res, estimulando de diversas formas o acesso a bens culturais. Segundo Nicácio (1994, p. 176), trata-se de promover uma ruptura com o modelo clínico de codificação do sofrimento, de confrontar a diversidade, a deficiência e a ruptura com as normas, procurando atribuir-lhes valores positivos. Assim, as práticas em saúde mental atravessam os muros do hospital e passam a intervir em novas redes sociais. Um número cada vez maior de “ações territoriais” visa, através do desenvolvimento de atividades artísticas e culturais, construir uma emancipação para todos os envolvidos: terapeutas, usuários, familiares, artistas. Trata-se em alguma medida de investir na criação de novas comunidades e outras sociabilidades. A atuação se dá em cenários inusitados, na criação de oportunidades de encontro e diálogo entre aqueles que se querem “sadios” e aqueles que passaram pela experiência da “loucura” (CASTRO, 2001).

## ARTE E CULTURA NA PRODUÇÃO DE SUJEITOS E IDENTIDADES

Os valores que vigoram no campo artístico contemporâneo apresentam-se como importantes aliados no processo de reconstrução de um lugar para os “malucos”. A transformação nas representações sobre o fenômeno artístico desde, principalmente, o século XIX implicou na ideia da interioridade das motivações como nova norma, o que deslocava também o critério de avaliação das obras para dimensões cada vez mais autônomas. Com o advento do modernismo artístico, a relação entre arte e as perturbações físico-morais<sup>14</sup> (DUARTE, 1986) tem sido investigada como uma possibilidade de questionamento da razão como definidora das fronteiras da normalidade (REINHEIMER, 2008).

Não se trata somente de usar, como foi o caso na década de 1950, os discursos artísticos do rompimento com as normas para romantizar a loucura transformando-a em possível redentora dos “males da civilização”. As atividades criativas têm sido usadas como uma dimensão que questiona as fronteiras

ras da subjetivação e, paradoxalmente, vincula as “pessoas em sofrimento psíquico severo” a dimensões prosaicas, e mesmo mundanas, da vida através de uma subversão da inversão econômica do fenômeno artístico contemporâneo, aproveitando as representações sobre esse fenômeno para construir as condições de possibilidade da inserção social desses indivíduos, seja através do recurso às representações sobre o criador, seja da intenção explícita da inserção das pessoas em mercados de trabalho e geração de renda.

Segundo Foucault (2004), a loucura passou a ser percebida ao longo do século XVIII paulatinamente como uma incapacidade para o trabalho, a impossibilidade de integrar-se ao grupo e por fim como doença mental. A relação entre arte, loucura e clínica que começou a se constituir principalmente a partir da modernidade artística, isto é, de meados do século XIX foi construída, segundo Coelho (2002) pelas imagens que os psicólogos extraíram da arte moderna para iluminar a loucura, e pelas leituras que os artistas fizeram dos estudos psicológicos para construir sua estética. Aos poucos essa relação passou a ser pautada pela ideia de laborterapia, isto é, um trabalho que ajudava financeiramente a instituição na qual estava internado o paciente psiquiátrico. No final do século XIX e início do século XX, a relação entre arte e loucura se fundou em grande medida na possibilidade de questionamento, de parte a parte, dos cânones vigentes. Enquanto a loucura fornecia aos artistas o fundamento para o desafio à noção de arte como aprendizado e repetição de técnicas de representação de uma natureza dada, a arte fornecia à loucura através da noção psicanalítica de inconsciente uma saída da dimensão biológica do fenômeno do desatino.

Lima e Pelbart (2007) mostram como se constituiu historicamente, no Brasil, essa relação entre arte, clínica e loucura. Atualmente, essa relação passa em grande medida pela apropriação das representações em relação ao artista criador – singularidade, excentricidade, intermitência, dúvida, sensibilidade, criatividade – como estratégia de reformulação das

representações sociais sobre a loucura e faceta mais visível e glamorosa do processo de transformação dos recursos clínicos e sociais da Reforma Psiquiátrica. Mudaram-se as relações do campo da saúde mental com as manifestações artísticas, que deixaram de ser estratégias estritamente terapêuticas tornando-se um recurso de reivindicação social<sup>13</sup>. Segundo Silva (2004) os desafios desse processo têm apontado, tanto na esfera da clínica, como no plano das reivindicações jurídicas, para a elaboração de formas de ação que ampliem a construção de parcerias com a comunidade mais ampla da qual os usuários dos serviços de saúde mental participam.

Soma-se a esse contexto, o fato da UNESCO ter adotado em 2001 a “Declaração universal sobre a diversidade cultural” (UNESCO, 2001), incorporando à noção abstrata de humanidade os particularismos que deram origem à própria noção de *cultura* nas Ciências Sociais. A declaração foi ratificada pelo Brasil que criou a Secretaria da Identidade e Diversidade Cultural (SID) no âmbito do Ministério da Cultura, em 2004. Em 2005 foi ratificada a Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais pela Secretaria. Em 2006, o 1º Fórum Internacional de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Direitos Humanos, que teve lugar em Buenos Aires, favoreceu a interlocução política dos técnicos da saúde mental com movimentos sociais envolvidos na defesa da diversidade cultural, étnica, política e social. Em 2007, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com o Ministério da Cultura, por meio da Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural, realizou uma oficina intitulada “Loucos pela Diversidade: da Diversidade da Loucura à Identidade da Cultura”, com objetivo de “discutir o papel da cultura na humanização do tratamento psiquiátrico no Brasil” (MINC, 2007).

Em 2009, no Rio de Janeiro foi entregue o Prêmio “Loucos pela Diversidade”<sup>14</sup>, numa iniciativa conjunta dos Ministérios da Cultura e da Saúde (através da Fiocruz). Neste evento, foram entregues prêmios a artistas, grupos autônomos

e iniciativas públicas e da sociedade civil que desenvolveram práticas estéticas, a maior parte delas em condições de extrema precariedade, e em confronto com sofrimento psicológico e adversidade. Vinte artistas e vinte grupos autônomos inovaram em termos de linguagem e abriram espaço para que se fosse questionada a atual forma de classificação do sensível, que segundo Rancière (2006), está no cerne das relações entre estética e política. Parceiro nesse questionamento está a declaração da UNESCO sobre a diversidade cultural. Essa declaração tem estimulado o uso estratégico da noção de *cultura* como recurso na formulação de políticas para governar e administrar problemas relativos à diversidade que passam, nesse caso, não por identidades étnicas, sexuais e/ou religiosas, mas principalmente pelas restrições em termos de capacidade produtiva e de organização, entre outras, vinculadas aos usuários da rede de serviços de saúde mental. Em setembro de 2010, foi organizado pela SID a 1ª Reunião Técnica do Mercosul sobre Diversidade Cultural, denominada Encontro da Diversidade, Independência da Cultura, que aconteceu nos arcos da Lapa, no Rio de Janeiro. Nesse encontro estiveram presentes grupos de distintos segmentos culturais como manifestações religiosas, indígenas, quilombolas, populares e grupos culturais da saúde mental<sup>15</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A noção de diferença que está, em geral, relacionada a formas vivenciadas de desigualdade e injustiça marcam grupos sociais como inferiores, anormais ou abjetos (MISKOLCI, 2007). As minorias estão continuamente sujeitas a formas de opressão que têm reflexo nas maneiras de vivenciar suas diferenças. Um dos dispositivos para reivindicação de políticas públicas específicas para esses grupos tem sido o recurso às manifestações artísticas. Esse recurso tem se mostrado uma importante estratégia de produção de identidade. Rogério Hasbert analisou esse processo que em outro contexto, pode ser

visto como um processo de “relativo fechamento identitário, [que] em alguns momentos, ocorre em função de estratégias políticas, como a conquista definitiva de uma reserva, de suas terras” (HAESBAERT, 2009). No caso da saúde mental, podemos associá-lo a uma rediscussão acerca das teorias, da clínica e dos serviços oferecidos com a finalidade de reconstrução das representações acerca da loucura, mas também de formulação de novos dispositivos de cuidado.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, o *território* tem sido uma forma de construção de redes de sociabilidade e a arte e a cultura, uma maneira de apresentar a loucura através de uma inversão nos vetores das representações em geral atribuídas aos “usuários dos serviços de saúde mental”. Enquanto identificadas a partir da loucura, a instabilidade, a insegurança, a imprevisibilidade, a excentricidade são vistas como valores negativos. Entre os criadores artísticos, esses mesmos atributos são valores positivos considerados às vezes como causa, às vezes como consequência da sensibilidade. É na inversão desses critérios de avaliação que as manifestações artísticas aparecem como forma de visibilizar a Reforma Psiquiátrica e suas reivindicações, na expectativa de minimizar noções como a de periculosidade das pessoas com transtornos psíquicos.

Uma das formas de buscar a integração dos usuários na região onde habitam é buscando uma interlocução com outros serviços através da participação de profissionais e usuários em conselhos de saúde, associações de moradores, projetos culturais e outros. Um dos CAPS do município do Rio de Janeiro, por exemplo, buscou uma parceria com um clube local para que uma de suas técnicas ministrasse aulas de expressão corporal, possibilitando a convivência de usuários do CAPS e sócios do clube. Outra ação tem sido as visitas que os técnicos fazem às casas dos usuários com objetivo de conhecer seu cotidiano, mas também de conhecer, conversar e buscar apoio para o tratamento desses entre seus vizinhos.

A dimensão cultural tem sido importante aliada na construção de novos dispositivos de cuidado. Esse é o caso

do cinema situado em um *shopping* próximo a um CAPS do município do Rio de Janeiro que tem recebido grupos de pacientes interessados em cinema. A ida ao cinema é a continuação de uma oficina que acontecia mais ou menos no mesmo horário do passeio ao *shopping*. Denominada “brincando de cinema”, a oficina esteve, em diferentes períodos, referida a assistir filmes, discuti-los ou reproduzir em forma de vídeo trechos dos filmes assistidos, de programas de TV ou outros *sketches* sugeridos pelos participantes. O passo seguinte foi o contato com o cinema local para que os usuários pudessem ser levados de graça aos filmes em determinado horário da tarde. A atividade é uma oportunidade para pessoas que às vezes nunca foram ao cinema terem essa experiência, mas é também uma possibilidade de colocar em contato realidades distintas, como a de pessoas em tratamento psiquiátrico com outras que desconhecem essa dimensão da realidade.

O carnaval tem sido também uma atividade cultural usada como recurso que busca integrar os usuários com a história de seus locais de residência. Diversos blocos de carnaval relacionados à saúde mental foram criados nos últimos dez anos: Tigres da Loucura (Bangu, RJ), Loucura Suburbana (Engenho de Dentro, RJ), Ta pirando, pirado, pirou! (Botafogo, RJ), Bibi-tatan (Itaimbibí, SP), bloco carnavalesco Tirando a Máscara, (Barbacena, MG). Esses blocos têm em geral a loucura como temática e os usuários, familiares e técnicos como protagonistas do evento final, o desfile. Os blocos de carnaval oferecem uma oportunidade para os usuários se apresentarem a partir de habilidades diversas relacionadas à preparação do desfile – organização, criação de alegorias, de fantasias, do enredo, composição e interpretação do samba etc.

Os blocos de carnaval no Brasil se distinguem entre si a partir de suas particularidades temáticas que podem estar vinculadas ao local onde desfilam (nome da rua, bairro), a uma categoria profissional (jornalistas, artistas plásticos), a uma faixa etária (crianças), ou outros grupos de pertencimento

diversos (cegos, gays, usuários dos serviços de saúde mental). Uma das formas de produzir a identidade desses blocos é através dos enredos que serão retratados no samba de cada ano. O enredo é também a temática a ser representada nas camisetas que em geral são vendidas como forma de custear parte das despesas da agremiação. Entretanto, o carnaval é também uma importante característica definidora de identidades regionais e locais. No Rio de Janeiro o carnaval de rua tem vivido um processo de revitalização desde meados da década de 1980 com o surgimento de blocos como o Suvaco do Cristo, Simpatia é quase amor e o Barbas (MARQUES, 2005).

O Engenho de Dentro, bairro onde se localiza um dos mais antigos hospitais psiquiátricos brasileiros, cuja estrutura arquitetônica sedia hoje dois CAPs, foi palco de uma parte importante da história do chorinho, do samba e do carnaval de rua carioca. O conjunto de bairros - Engenho de Dentro, Méier, Encantado, Piedade e Água Santa - que forma a Área Programática onde se localizam esses CAPs e o hospital forma uma comunidade com um passado de projeção através de moradores ilustres como Pixinguinha, Catulo da Paixão Cearense, Araci de Almeida, Ataulpho Alves e Arlindo Cruz, por exemplo, e ainda blocos que marcaram época como o Bloco da Alvorada e o Bloco Chave de Ouro.

A proposta de identificação dos usuários (que são também moradores da região), nesse caso está relacionada ao resgate da história carnavalesca desses bairros e à valorização de uma identidade coletiva que pode ser a ela relacionada. Assim, encontramos no hospital o bloco carnavalesco Loucura Suburbana, do qual participam também usuários dos CAPS Clarice Lispector e Raul Seixas e usuários do Espaço Aberto ao Tempo, outro serviço de saúde mental localizado na estrutura arquitetônica do antigo hospício Pedro II. Diversas outras atividades nesses serviços são organizadas em torno da história carnavalesca dos bairros. Para essas atividades são convidados a participar usuários, familiares, técnicos e a comunidade do entorno<sup>16</sup>. O carnaval de rua é assim uma forma de fortale-



cer os vínculos entre os usuários e seu *território* ao oferecer possibilidades de expressão, espaço de convívio e formas de reestruturação simbólica e social estimulando novas relações de apropriação e identificação dos participantes das atividades com os bairros. Esse é também, *mutatis mutandi*, o caso do coletivo carnavalesco Ta pirando, pirado, pirou!

Haesbaert (2006) define os *territórios* como espaços concreta ou simbolicamente apropriados cuja significação extrapola seus limites físicos e sua utilização material. É através de manifestações como o carnaval, entre outras, que os *territórios* podem servir de referência identitária contribuindo para a construção de leituras simbólicas a partir de apropriações estéticas específicas. Assim se forjam identidades nacionais, regionais e étnicas muitas vezes fundadas no nascimento, mas às vezes também em estereótipos, como o gaúcho e o sertanejo. Nesse caso, se procura desconstruir um estereótipo, o da loucura, usando valores e significados relacionados à criação artística.

Em uma avaliação histórica do conceito de cultura, podemos ver em trabalhos como o de Kuper (2002) como o termo perdeu em capacidade heurística. Ainda assim, ele serve de lastro para a construção de identidades que afirmam minorias (HALL, 2004). No caso da saúde mental, é mais apropriado falar em representações acerca da loucura e, por extensão, do “louco”, ou do usuário dos serviços de saúde mental. Ainda que haja pessoas portadoras de transtorno mental em todas as classes sociais, quem costuma ficar em confinamento e isolamento prolongado nos hospícios são os mais pobres. Assim, falamos de pessoas que dificilmente podem ser unificadas em torno de qualquer outra característica - etnicidade, nacionalidade, regionalismo, cor, classe social, religião -, além do sofrimento psiquiátrico.

O recurso às manifestações artísticas como dispositivo de reconstrução das representações acerca da loucura parece, entretanto recorrer à construção de uma identidade social em geral vinculada à criação e à sensibilidade (Reinheimer,

2010). Ainda que admitamos que as identidades estão sempre em fluxo, as reivindicações políticas, como as da Reforma Psiquiátrica, tem se utilizado de certa essencialização estratégica visando colocar a questão da loucura em novo patamar. A estética que se constitui a partir do recurso às manifestações artísticas é de uma diferença que se constrói a partir de sua semelhança com uma categoria social ao mesmo tempo marginalizada, porque constituída com base em normas de comportamento excêntricas, mas também excepcionais por simbolizarem uma dimensão social que no imaginário social não se deixou aprisionar pelas regras do sistema de produção capitalista.

Em termos de representação, as manifestações artísticas são a esfera que desafia a alienação do trabalho, produz tanto valor de troca como valor estético e pode, ao mesmo tempo, fazer com que seu criador se realize emocionalmente, sentindo-se responsável por sua obra. A noção de *território* surge nesse contexto como uma das formas de buscar a integração dos usuários em uma comunidade que parece objetiva através da concretude das instituições (cinema, clube, feiras etc.) e das atividades no entorno dos serviços de tratamento.

Os “processos de territorialização” são a transformação de determinados grupos humanos vistos como objeto político-administrativo em coletividades organizadas, que acabam por formular suas próprias identidades e instituir mecanismos de tomada de decisão e de representação, reformulando suas formas culturais. A distinção e a individualização são vetores da organização social de grupos com afinidades – linguísticas, culturais, religiosas, históricas, afetivas etc. – que são retrabalhadas “pelos próprios sujeitos e contrastados com características atribuídas aos membros de outras unidades, deflagrando um processo de reorganização sociocultural de amplas proporções” (OLIVEIRA, 1998, p. 56). O processo é assim o resultado de reinvenções identitárias que supõem a superação da contradição entre

objetivos históricos e sentimentos de experiências primárias, individuais traduzidas em saberes e narrativas próprios das identidades étnicas.

Na saúde mental, não se trata de fortalecer identidades coletivas a fim de legitimar reivindicações sociais e fazer frente a processos de descaso estatal face a necessidades básicas como saúde, educação etc.<sup>17</sup> como aqueles vividos por grupos indígenas e de descendentes de quilombos. A experiência da loucura é marcada por forte coeficiente de desterritorialização, entendida como movimento que desfaz tudo aquilo que uma territorialização constitui como dimensão familiar e socialmente constituída. Assim, na atenção psicossocial, as relações entre *território* e *subjetividade* requerem introduzirmos também a noção de *território existencial*, constituído pela apropriação expressiva de elementos materiais e afetivos que produzem espaços de convivência possível.

Portanto, os novos dispositivos de cuidado implicam, por um lado, a construção coletiva de *territórios* que funcionam como uma proteção contra o caos; e, por outro, o desafio de acompanhar e sustentar a construção de *territórios* paradoxais, quando “faz-se da própria desterritorialização, um território subjetivo” (PELBART, 2003, p. 20). Lima e Pelbart (2007) chamam atenção para o fato de que nas práticas artísticas, cada sujeito, ao construir um objeto, pintar uma tela, cantar uma música, faz algo mais que expor a si mesmo e o próprio sofrimento. O sentido de *fazer arte* pode então ser compreendido como o de encontrar ferramentas para a recomposição de *territórios existenciais* e para a produção de novas formas de expressividade (GUATTARI, 1992). O *território* nesse contexto tem então uma dupla dimensão de reconstrução de representações sobre as pessoas com transtornos psiquiátricos, assim como de recomposição de *territórios subjetivos*, ambas recorrendo ao estímulo do convívio entre essas pessoas e a comunidade de seu entorno seja através do recurso aos serviços locais, seja através das manifestações artísticas e culturais. Assim, ser usuário dos serviços de saúde mental é parte de um “processo

de territorialização” distinto daquele identificado entre grupos étnicos, mas que também porta uma dupla dimensão de atribuição e auto-atribuição, ou melhor, que pretende reconstruir as representações que se tem da loucura e também que os próprios usuários têm de suas patologias.

Em conversa com um dos músicos do coletivo carnavalesco Ta pirando, pirado, pirou! ele mencionou a importância que sua participação no bloco tinha por ter mudado sua forma de se perceber. Em seu relato, ele contou que tinha dificuldades em manter relações afetivas estáveis, pois tinha vergonha de contar sua condição de usuário dos serviços de saúde mental e cada vez que entrava em crise e as namoradas descobriam, se afastavam dele. Segundo ele, a participação no bloco lhe apresentava com a possibilidade de discutir abertamente sobre as dificuldades e os significados distintos acerca de ser paciente de saúde mental. Isso, para ele, transformou sua forma de se perceber: ao invés de sentir vergonha e se considerar anormal, ele agora assumia sua condição de paciente psiquiátrico, usuário dos serviços de saúde mental. O trabalho impossível de esconder uma identidade deteriorada havia sido substituído por uma atitude que lhe permita compartilhar com outras pessoas os sentimentos diversos relacionados à sua condição psiquiátrica, construindo assim uma rede de apoio moral e afetivo em seu entorno.

Na saúde mental, os “processos de territorialização” podem ser pensados como experiências que permitem o exercício de direitos, mas que também apontam para caminhos identitários de busca do reconhecimento legítimo da diferença das pessoas usuárias dos serviços de saúde mental. O caminho para a abolição do estigma se coloca então a partir da apropriação das delimitações administrativas regionais (áreas programáticas) como espaço de subversão da lógica de exclusão da loucura e transformação dos critérios de avaliação dos valores materiais e simbólicos relacionados às manifestações da identidade social dos loucos a partir de sua *visibilização*. As manifestações artísticas e culturais, entretanto, rompem

com as lógicas administrativas e criam na saúde mental novas possibilidades de subjetivação. A lógica administrativa do contexto urbano tem sido aliada no processo de transformação do estigma ao oferecer as malhas institucionais que permitem que se criem projetos de intervenção como os blocos de carnaval, assim como diversos outros.

## Notas

- 1 “Área de abrangência = também chamada de território ou região de abrangência. É a região (bairros, área programática) em que o CAPS é responsável pelo atendimento, incluindo-se todas pessoas que moram nessa região” (Ministério da Saúde, 2004).
- 2 Segundo Luz (2001, p. 20-1, grifos nossos), a *política de descentralização da saúde* dos governos neoliberais da última década, poderia dizer que esta tem consistido em *transferir (“delegar”) funções para unidades estatais territorialmente menores (estados, municípios e locais), no sentido de delas poder “cobrar” responsabilidades referentes às funções delegadas com o menor dispêndio político e financeiro possível*. Esta tem sido basicamente a estratégia de descentralização do Estado neoliberal”.
- 3 Em relação aos grupos étnicos, os “processos de territorialização” surgem em parte como resultado das dinâmicas de resistência, consentimento, apropriação, influência mútua e acomodação comuns na história da expansão de fronteiras. A existência de delimitações territoriais dentro de um Estado-nação representa um desafio para a noção de soberania do Estado. No Brasil, os territórios sociais como as terras indígenas e os remanescentes das comunidades de quilombos sobreviveram em parte devido a estratégias de invisibilidade simbólica e social. A partir das décadas de 1970 e 1980, os movimentos sociais e o apoio que esses movimentos receberam de diferentes organizações não governamentais (ONGs) criaram um espaço político, no qual a luta por novas categorias territoriais virou um dos campos privilegiados de disputa. Essa disputa resultou em um interesse renovado nos processos de territorialização como objeto de investigação acadêmica (LITTLE, 2002).
- 4 “O processo de constituição do primeiro saber propriamente psiquiátrico também se coadunava com as tentativas práticas de organização da sociedade ‘contratual’ que estava sendo formada. Estabelecia-se uma relação unívoca entre prática e saber, sendo a primeira pautada no saber constituído sobre a idéia de natureza do século XVIII: todo

fenômeno físico ou humano seria exemplo de alguma lei geral e, conseqüentemente, cada fenômeno isolado seria idêntico aos outros fenômenos, expressões de uma mesma lei. De acordo com essa perspectiva, almejava-se construir uma sociedade composta de indivíduos iguais e livres; fundamentada por uma representação de igualdade que não somente reconhecia e admitia a existência uns dos outros, mas que constrangia os seres a reencontrarem-se substancialmente uns nos outros” (VENÂNCIO, 1990, p. 55).

- 5 Cf. O alienista, de Machado de Assis, publicado em 1882, conta a história de um médico que na tentativa de atribuir cientificidade ao fenômeno da loucura acaba por classificar como loucos toda a população de uma cidade.
- 6 O termo ‘manicômio’, associado, até a década de 1980, ao manicômio judiciário, aponta para uma associação entre essas instituições e os hospitais psiquiátricos. Daí o termo “luta antimanicomial” que foi assumido a partir do início às críticas à natureza do saber, das práticas e das instituições psiquiátricas que o movimento assumiu (TENÓRIO, 2002).
- 7 Os CAPS são instituições extra-hospitalares que oferecem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, estando em processo de implantação no Brasil desde 1991. Os CAPS são distribuídos em relação à demografia das regiões onde atuam e sua rede conta com cinco tipos distintos para lidar com especificidades da região e/ou da clientela a que servem. Assim, o CAPS I é o serviço implantado em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; o CAPS II serve municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; o CAPS III tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente; o CAPSi atende crianças e adolescentes; e o CAPSad faz atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.
- 8 A enorme maioria das pessoas diagnosticadas com psicoses eram internadas por longa duração. Muitas vezes, suas famílias não participavam dos tratamentos e elas morriam no hospital em péssimas condições.
- 9 Maluco tem sido uma categoria frequentemente usada pelos usuários dos serviços de saúde mental para se localizarem no interior desse sistema. Termo que compõe o jargão de grupos sociais que se identificam com determinados comportamentos que se opõem à norma moralmente consagrada e relacionada à postura racional, o termo “maluco” pode ser usado como auto-atribuição para designar pessoas pertencentes a

grupos de jovens, praticantes de esportes e diversas outras fronteiras de pertencimento social que não passam por profissão, identidade étnica ou classe social. O termo então tem, no uso amplo, a conotação do estabelecimento de uma fronteira que une as pessoas em torno de uma identidade que desafia os códigos de comportamento esperados na dimensão profissional, mas também que ultrapassa as distinções sociais que convencionalmente separam pessoas.

- 10 Provavelmente como parte dessa estratégia, os nomes dos CAPS, no Rio de Janeiro, todos estão referidos a criadores (artistas plásticos, músicos, escritores, personagens de romances) ligados, de uma forma ou de outra, às representações da loucura (Clarice Lispector, Simão Bacamarte, Raul Seixas, Artur Bispo do Rosário, Profeta Gentileza etc.).
- 11 Respectivamente, o IFB, fundada em 1989 (<http://www.ifb.org.br/>); o INVERSO, fundado em 2000, (<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7066.html>); o Anankê, fundado em 1991 (<http://www.ananke.med.br/>); o S.O.eSq, fundado em 1999, que “integra o programa mundial de combate ao estigma da esquizofrenia denominado *“Open the Doors”*, promovido pela Associação Mundial de Psiquiatria” (Sanches, 2007).
- 12 A categoria “perturbação” surgiu inicialmente em relação ao estudo da umbanda e do espiritismo e dizia respeito à ideia de que não é o indivíduo que se “altera”, mas as relações sociais que ficam “perturbadas”, “poluídas” (GUEDES, 1977, p. 96-7). O termo “perturbação físico-moral” tornou-se consagrado nos estudos de antropologia da saúde no Brasil (Duarte, 1986), como forma de evitar o etnocentrismo das categorias médicas de entendimento do complexo processo saúde-doença (SILVA, 2010).
- 13 O processo de romantização da loucura pode ainda ser percebido em alguns discursos que reforçam a ideia dos “usuários” como pessoas dotadas de atributos especiais. A reificação dessa representação sobre a loucura não é necessariamente uma oposição ao projeto político de transformação do lugar atribuído à loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica. O recurso à arte e à cultura como dispositivos de transformação das representações e subjetividades é corolário do valor atribuído à criação artística e às noções de sensibilidade, autenticidade e singularidade. Assim, a opção por colocar em evidência qualidades que remetam a uma identidade positiva, deixando de lado as dimensões do sofrimento e dos transtornos, pode ser compreendida como uma forma estratégica de transformação do estigma da loucura. O ponto de divergência entre correntes políticas dentro desse contexto parece então

estar relacionado mais a que tipos de instituição de cuidado devem ser construídas e quais as abordagens práticas, isto é, como o tratamento deve ser efetivado.

- 14 Segundo o site do Ministério da Cultura “o I Edital de Premio Cultural Loucos pela Diversidade, gerou uma grande mobilização de participação nacional”. De 369 iniciativas inscritas, foram premiadas 55, divididas em quatro categorias: 07 prêmios para instituições públicas, 08 para instituições da sociedade civil, 20 para grupos autônomos e 20 para pessoa física. Foram investidos pela Caixa Econômica Federal, recursos em prêmios no total de R\$ 675 mil reais (Site do Ministério da Cultura).
- 15 Os segmentos classificados foram Culturas Populares, Pessoas com Deficiência, Culturas Indígenas, Saúde Mental, Culturas Ciganas, Trabalhadores Urbanos, LGBT, Comunidades Tradicionais de Terreiro, Crianças, Imigrantes, Idosos, Mulheres, Jovens (Hip Hop), Trabalhadores Rurais. <http://www.cultura.gov.br/site/2010/08/26/encontro-da-diversidade-cultural/>
- 16 Ou mesmo de estratégia de inserção em novos mercados turísticos (GRÜNEWALD, 2001).

## Referências

- AMARANTE, Paulo A. *A (clínica) da reforma psiquiátrica*. In: \_\_\_\_\_. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.
- BARTH, Fredrik. *Balinese Worlds*. The University of Chicago Press, Chicago: 1993.
- BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BEZERRA JUNIOR, Benilton. Naturalismo como anti-reduccionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade. *Cadernos do IPUB*, v. VI, n. 18, 2000.
- BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1998. p. 41-72.



BOURDIEU, Pierre. A identidade e a representação. Elementos para uma reflexão crítica sobre a idéia de região. In: \_\_\_\_\_. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2000.

BOUSQUAT, Aylene. Território: base para as políticas públicas? In: *Café com Idéias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 27-49.

CASTRO, Eliane Dias. *Atividades artísticas e terapia ocupacional: construção de linguagens e inclusão social*. Tese (Doutorado em artes) – ECA-USP, São Paulo, 2001.

COELHO, Teixeira. 2002. A arte não revela a verdade da loucura, a loucura não detém a verdade da arte. In: *Eleonora*. ANTUNES, H.; BARBOSA, Lucia Helena S.; PEREIRA, Lygia Maria de F. (Org.). *Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira*. São Paulo: Edusp, p. 147-163.

DELGADO, Pedro. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, n. 14;, p. 113-122, 1999.

DELL'ÁCQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Delgado, J. Org. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991, p. 53-79.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro: J. Zahar, 1986.

HOBBSAWM, Eric; RENGER, Terence. *A invenção das tradições*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

FABIAN, Johannes. *Remembering the Present. Painting and Popular History in Zaire*. Los Angeles: University of California Press, 1996.

FOUCAULT, Michel. *As palavras e as coisas*. Martins Fontes, São Paulo: M. Fontes, 1995.

FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2004.

GUATTARI, Félix. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

GUEDES, Simone. (1977) Umbanda e loucura. In: VELHO, G. (Org.). *Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social*, Rio de Janeiro: J. Zahar, p. 82-98.

GRÜNEWALD, Rodrigo de Azeredo. *Os índios do descobrimento. Tradição e turismo*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2001.

HAESBAERT, Rogério. Entrevista com o Professor Rogério Haesbaert, Universidade Federal Fluminense. Revista Eletrônica dos Estudantes de Geografia da Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC, Florianópolis, 17 de abril de 2009.

HAESBAERT, Rogério. Território, poesia e identidade. In: \_\_\_\_\_. *Territórios alternativos*. São Paulo: Contexto, 2006.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

KUPER, Adam. *Cultura: a visão dos antropólogos*. São Paulo: EDUSC, 2002.

LEAL, Erotildes. *Clínica da atenção psicossocial e a abordagem sintomatológica-criteriológica do diagnóstico: incompatibilidade epistemológica? Comunicação apresentada no Congresso da LASA, em Toronto, Canadá, 2010.*

LEAL, E. M.; SERPA JR, O. D.; MUNÓZ, N. M. A clínica da “disfunção social”: contribuições da psicopatologia do senso comum. In: COUTO, Maria Cristina Ventura; MARTINEZ, Renata Gomes. (Org.). *Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FUJB/NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007a, v., p. 69-99.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Roseni et al. (Org.). *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007b. p. 137-154.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. *Por uma arte menor: articulando potência de vida e criação*. Comunicação apresentada no Congresso da LASA, em Toronto, Canadá, 2010.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; GHIRARDI, Maria Isabel. Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental. *Rev. de Terapia Ocupacional da USP*, v. 19, n. 3, p. 153-158. dez. 2008.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; PELBART, Peter Pál. Arte, clínica e loucura: um território em mutação In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 709-735, jul./set. 2007.

LITTLE, Paul E. Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade. Brasília, UnB, 2002. Série Antropologia.

LUZ, Madel. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental - ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, P. (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; p. 85-96.

LUZ, Madel Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS / ABRASCO, 2001. p. 17-38.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. 2006. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: aspectos históricos e técnicos-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. In: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 20, p. 281-98, jul/dez. 2006.

MARQUES, Márcio. A revitalização do carnaval de rua do Rio de Janeiro: Revista Eletrônica Jovem Museologia – Estudos sobre Museus, Museologia e Patrimônio Ano 1, n. 1, janeiro de 2006. Disponível em: <http://www.unirio.br/jovem-museologia/>.

BRASIL. Ministério da Cultura. MinC» Loucos pela Diversidade, 2007. Disponível em: <<http://www.cultura.gov.br/site/2007/08/17/loucos-pela-diversidade/>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial In: *Série F. Comunicação e Educação em Saúde*. Brasília, Distrito Federal. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde/SAS. 1994.

MISKOLCI, Richard. A Teoria Queer e a Questão das Diferenças. In: 16 Congresso de Leitura do Brasil (COLE), Campinas. No Mundo há muitas armadilhas e é preciso quebrá-las. Campinas : ALB Associação de Leitura do Brasil, 2007, v. 1, p. 1-19, 2007.

NICÁCIO, Maria Fernanda. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação (Mestrado do Programa de Ciências Sociais) PUC-SP, São Paulo, 1994.

NICÁCIO, Maria Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Afirmção e produção*. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 18, n. 3, p. 143-151, set./dez. 2007.

OLIVEIRA, F. João Pacheco de. *O Nosso Governo. Os ticuna e o regime tutelar*. São Paulo: Marco Zero, 1988.

RANCIÈRE, Jacques. *The Politics of Aesthetics*. Continuum International Publishing Group, Ltd. / Pbk. Ed edition, 2006.

REINHEIMER, Patricia; SANT'ANNA, Sabrina Parracho. *Arte e artesanato: filme documentário para acompanhamento do projeto de geração de renda na saúde mental*. Projeto de extensão apresentado ao Decanato da UFRRJ. Seropédica, Rio de Janeiro. 2010.

REINHEIMER, Patricia. *Saúde mental, biopoder e arte no contexto da Reforma Psiquiátrica*. Comunicação apresentada no Congresso da LASA, em Toronto, Canadá, 2010.

REINHEIMER, Patricia. *A singularidade como regime de grandeza: nação e indivíduo como valores nos discursos artísticos brasileiros*. Tese defendida no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, no Museu Nacional, UFRJ. 2008.

ROTELLI, Franco et. alli. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 17-59.

SILVA FILHO, João Ferreira da (Org.). *Sinopse do livro 1968 e a saúde mental*. Coleções, Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. (IPUB).

SILVA, Martinho; CARVALHO, Marcos. *Classificações Psiquiátricas, Populares e Governamentais: construindo e manejando estigmas em duas cidades de médio porte no Brasil*. Comunicação apresentada no Congresso da LASA, em Toronto, Canadá, 2010.

SILVA, Martinho. *Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: sobre os discursos e as práticas em torno da noção da responsabilidade no campo da saúde mental*. *Physis*, v. 15, n. 1, p. 127-150, 2005.

SILVA, Martinho. *Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial*. Dissertação (Mestrado do IMS–UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. *Pode Subalterno Falar?* Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 1988.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica brasileira, década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-29, jan./abr. 2002.

UHR, Débora. *Atenção psicossocial, clínica ampliada e território: a reforma psiquiátrica e os novos serviços de saúde mental*. Dissertação (Mestrado do IMS) – UERJ, Rio de Janeiro, 2001.

UNESCO. 2001. Declaração universal sobre a diversidade cultural. CLT.2002/WS/9. Disponível em: <[unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf)>.

VENÂNCIO, Ana Teresa Acatauassú. *Sobre a Nova Psiquiatria no Brasil. Um estudo de caso do hospital-dia no Instituto de Psiquiatria*. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional), UFRJ, Rio de Janeiro, 1990.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

#### TERRITORY AND PRACTICES IN MENTAL HEALTH: A POSSIBLE DIALOGUE BETWEEN HEALTH, GEOGRAPHY AND ANTHROPOLOGY

*Abstract: The purpose of this article is to present the meanings that the notion of territory have in the historical trajectory and the current context of the Brazilian Psychiatric Reformation. We attempted to understand how this notion has been used strategically to produce new forms of care in relation to the phenomenon of madness.*

*Keywords: Mental health. Madness. Territory. Net. Identity/representation.*

\* Este artigo é um dos resultados de uma pesquisa parcialmente financiada pela Faperj.

\*\* Dra em antropologia social pelo Museu Nacional - Universidade Federal do Rio de Janeiro e professora/pesquisadora na Universidade

Federal Rural do Rio de Janeiro - e-mail: patriciareinheimer@yahoo.com.br

\*\*\* Médica, mestre em Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social -UERJ; doutora em Ciências da Saúde, área Saúde Mental, IPUB/UFRJ; Pós doutora na área de drogas e saúde pública - Universidade de Toronto/CICAD ; professora adjunta Universidade Federal do Rio de Janeiro. e-mail: erotildesleal@macae.ufrj.br

\*\*\*\* Docente do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP; doutora em Psicologia Clínica pela PUC/SP; pós-doutora pela University of the Arts, London; pesquisadora do Laboratório de Estudos e Pesquisa Arte, Corpo e Terapia Ocupacional - e-mail: beth.lima@usp.br

\*\*\*\*\* Doutor em Antropologia Social pelo PPGAS / MN / UFRJ; pesquisador do PRODISA / FIOCRUZ Brasília; bolsista da FAP-DF. E-mail: silmartinho@gmail.com