

INTERSEÇÕES ENTRE PAISAGEM, LOUCURA E ESPAÇO MANICOMIAL: A APROPRIAÇÃO DO ESPAÇO NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA (NITERÓI/RJ)

INTERSICIONES ENTRE PAISAJE, LOCURA Y ESPACIO MANICOMIAL: LA APROPIACIÓN DEL ESPACIO EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA (NITERÓI/RIO DE JANEIRO)

INTERACTIONS BETWEEN LANDSCAPE, MADNESS AND MANICOMIAL SPACE: THE APPROPRIATION OF SPACE AT THE PSYCHIATRIC HOSPITAL OF JURUJUBA (NITERÓI/RIO DE JANEIRO)

Lucas Honorato¹

Doutorando em Geografia do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal Fluminense (PPGEO/UFF). E-mail: lucasthonorato@yahoo.com.br

Resumo

Este artigo busca problematizar a apropriação dos espaços do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói (RJ), por meio da perspectiva dos seus pacientes. Aponta-se para a possibilidade de uma reflexão que vislumbre as diferentes formas de reinvenção do espaço que se refletem na paisagem interna desse hospital. Para tal, apresentamos uma breve análise dos cartazes produzidos pelos pacientes e fixados nas paredes do saguão de entrada e corredores do hospital, tensionando a paisagem manicomial estéril e desumanizada – própria das instituições totais. Dada a complexidade da empreitada, propomos uma linguagem teórico-conceitual renovada, na tentativa de aproximação dos campos da geografia e da saúde mental, materializada em alguns conceitos que se articulam para tentar expressar e dar conta de uma análise geográfica da relação entre loucura, sociedade e espaços institucionais.

Palavras-chave: paisagem, loucura, espaço manicomial, apropriação do espaço, Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

Resumen

Este artículo busca problematizar la apropiación de espacios del Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, en la ciudad de Niterói (Rio de Janeiro, Brasil), por parte de sus pacientes. Se apunta a la posibilidad de una reflexión que vislumbra las diferentes formas de reinvencción del espacio que se reflejan en el paisaje interno de este hospital. Con este fin, presentamos un breve análisis de los carteles producidos por los pacientes y fijados en el hall de entrada y las paredes del pasillo, tensando el paisaje de asilo estéril y deshumanizado, típico de las instituciones totales. Dada la complejidad de la empresa, proponemos un lenguaje teórico-

¹ Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

conceptual renovado, en un intento de abordar los campos de geografía y salud mental, materializado en algunos conceptos que se articulan para tratar de expresar y explicar un análisis geográfico de la relación entre la locura, la sociedad y los espacios institucionales.

Palabras clave: paisaje, locura, espacio de asilo, apropiación del espacio, Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

Abstract

This article seeks to problematize the appropriation of spaces at the Psychiatric Hospital of Jurujuba, in Niterói city (Rio de Janeiro state, Brazil), by your patients. It is pointed to the possibility of a reflection that glimpses the different forms reinvention of the space that are reflected in the internal landscape of this hospital. For this purpose, we present a brief analysis of the posters produced by the patients and fixed to the entrance hall and corridor walls, tensioning the sterile and dehumanized asylum landscape – typical of the total institutions. Given the complexity of the undertaking, we propose a renewed theoretical-conceptual language, in an attempt to approach the fields of geography and mental health, materialized in some concepts that are articulated to try to express and account for a geographical analysis of the relationship between madness, society and institutional spaces.

Keywords: landscape, madness, asylum space, appropriation of space, Psychiatric Hospital of Jurujuba.

Introdução

A loucura e sua expressão talvez sejam, ainda na atualidade, um dos temas mais polêmicos da sociedade moderna. Foucault (1978) nos demonstrou que os significados da loucura, como também o conjunto de instrumentos para a sua significação, variaram ao longo da história das sociedades humanas, de acordo com os conteúdos e a cultura de cada uma delas. É neste sentido que esse autor afirma ser intrínseca a relação entre a loucura e o sistema de valoração das sociedades, relação esta que se dá a partir do momento em que o estabelecimento dos sistemas de valoração de dada sociedade implica na necessidade de certa normalização dos processos sociais em geral. A normalização busca instaurar uma padronização dos nexos e léxicos, que definiriam toda uma sintaxe para o entendimento do Mundo – modos de Ser, ver, sentir e de entender. A loucura aparece, neste contexto, tanto como *diversidade*, como Outro, diferente de mim, e que, assim, não pode ser capturado pelo sistema de normalização, quanto como *diferença*, como “desvio à norma”, aquilo que deve ou não ser considerado (invisibilidade) ou extinto (controle e anulação).

Este duplo viés da loucura (como *diversidade* e *diferença*) pode ser flagrado se nos ativermos ao início do século XIX, quando, embebido do teor humanista da Revolução Francesa, Philippe Pinel (então responsável pelo Hospital Geral de Bicêtre, em Paris) constrói as bases do *paradigma psiquiátrico* (COSTA-ROSA, 2013) e o *asilo de alienados*, um momento crucial da consolidação da sociedade moderna.

Espaço pretensamente de “desalienação”,² o asilo de alienados incorporava todo um conjunto institucional de intervenções em um ambiente rigorosamente delimitado e restrito. Vigorava a perspectiva da retirada do *alienado mental* do convívio social (inclusive, pela suposta necessidade de sua proteção) para o pretenso cuidado em ambiente presumidamente inviolado e “em condições ideais”,³ onde as ferramentas e saberes psiquiátricos poderiam ser desenvolvidos, aplicados e avaliados em vistas ao tratamento e à restituição das faculdades mentais do alienado. Neste contexto, a loucura aparecia como desequilíbrio em relação às normas (de convivência, de autocuidado, culturais) – fato que pressuporia a incapacidade ou a limitação do exercício das capacidades racionais e relacionais que mediam as relações sociais, atravessadas por direitos e deveres. Destarte, o alienado mental era tratado como aquele “incapaz de escolha e/ou clareza”, o que justifica todo o sistema de *sequestro social*,⁴ posto que, readequado, ele poderia retornar à sociedade.

Tal qual abordado em estudos anteriores (HONORATO, 2007), o que foi apresentado em

² Para Pinel (1801 [2007]), a “alienação mental” não necessariamente significava uma ausência da razão, mas uma contradição na razão.

³ Etimologicamente, o termo “asilo” deriva do substantivo grego *ásyllon*, que designa “aquilo que é inviolável”, ou seja, aquilo que está presente, porém não pode ser arruinado, destruído, devastado, em sua própria realidade.

⁴ Cf. Foucault, 1987.

Pinel como “asilo de alienados” – e independente das designações que este veio a receber ao longo da história: hospital geral, manicômio etc. –, neste artigo, será tratado como *espaço manicomial*,⁵ sendo este a expressão espacial do conjunto de tecnologias e relações de poder que se constituem e operam por via de todo um conjunto de *dispositivos territoriais manicomiais*, concernentes ao conjunto do *sistema psiquiátrico* (formal, na figura de suas instituições, normas e práticas institucionais, e informal, na figura das práticas cotidianas e da relação sociedade-loucura), pautado no *paradigma psiquiátrico*, e com base na perspectiva biomédica da internação-tutela-cura.⁶ Consideramos que esse espaço manicomial se revela na *paisagem manicomial*, com suas imagens, sons, odores, paladares e texturas próprias e correspondentes.

Toma-se o conceito de *dispositivo* como em Deleuze (1999), dada a amplitude que este autor agrega ao considerá-lo um conceito operatório multilinear, alicerçado por três eixos:

1. da produção do saber, ou seja, da constituição de uma “rede de discursos”;
2. do poder, que aponta as formas pelas quais, no e pelo dispositivo, é possível determinar as relações e a disposição estratégica de seus elementos;
3. que diz respeito à produção de sujeitos.

Dessa forma, em suas múltiplas dimensões, o conceito de dispositivo consegue abarcar o sentido que buscamos dar à noção de *dispositivo territorial manicomial*, como uma expressão espacial das estratégias de domínio do saber e do poder na produção de sujeitos, com vistas à contenção e à anulação da loucura.

Cabe destacar que não haveria qualquer relação de antecedência ou de hierarquia entre espaço manicomial e dispositivos territoriais manicomiais, entendendo-se que é por meio da configuração destes últimos que os “territórios se fazem espaço”, e que é por meio e no processo de “se fazer” espaço manicomial (ou seja, no processo de (re)produção do espaço manicomial) que este espaço “se faz em territórios”. Isto significa que espaço manicomial e dispositivo territorial manicomial “se fazem” de forma sobredeterminada, como produto, condição e meio do processo de (re)produção das relações manicomiais.

⁵ “Manicomial”, neste artigo, opera radicalmente como adjetivo, ou seja, como o caráter manicomial, a “qualidade” hegemônica em operação na produção social desse espaço. Mesmo que este tipo de conceituação tenda a reduzir alguns importantes aspectos da realidade (desvios, fugas, subversões etc.), ainda assim nos vale como recurso que nos permite pôr em análise o conjunto diverso de forças sociais e disputas pelo, com e naquele espaço. Por tanto, é imprescindível afirmar o fato de que, apesar de o espaço estar operando, naquele momento, em uma lógica mais manicomial, este não é inato e nem monolítico, pois se trata mais de uma expressão das relações sociais que ali operam. No caso, de assujeitamento, de disciplina, de controle e de dominação dos corpos hegemonzados, que, ainda assim, resistem e, à sua forma, negam e disputam aquele espaço.

⁶ É importante ressaltar que esse conjunto de conceitos apresentados foi alinhavado em estudo anterior e de maior fôlego, e que se trata de uma tentativa de aproximação de termos conceituais dos campos da geografia e da saúde mental. Cf. Honorato, 2017.

Nesse sentido, toma-se o espaço socialmente produzido como a estória da relação de como os sujeitos, ao produzirem sua existência, se fazem espaço, se relacionam como território, se significam como lugar, mas, fundamentalmente, se expressam como paisagem.⁷ Então, é nesta inter-relação da *produção do espaço* com o território e a paisagem⁸ que buscaremos empreender uma análise acerca da apropriação dos espaços do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, localizado na cidade de Niterói, Região Metropolitana do Rio de Janeiro, sob a ótica dos pacientes, com vista às possibilidades de fazer avançar a luta antimanicomial.

Tomando a luta antimanicomial como horizonte, a transformação do espaço manicomial e o desmonte do dispositivo territorial manicomial se tornam um desafio que, para Basaglia (s/d), no bojo das lutas sociais que transcorriam na Itália ao longo das décadas de 1960/70, envolveria uma reforma estrutural no sistema psiquiátrico que demandaria operar uma luta em duas esferas: na esfera científica e na esfera política. Só desta forma seria possível compreender o doente e agir em seu benefício, numa luta contra a *institucionalização* do ambiente externo (luta política para a transformação, no âmbito da sociedade, da sua relação com a loucura) e contra a

[...] “institucionalização” e “cronificação” da doença nos aparatos manicomiais; mas, principalmente, na busca por “encontrar um novo tipo de relação entre doente, médico, equipe e sociedade, onde a instituição psiquiátrica, a psiquiatria e os enfermos sejam questões reciprocamente compartilhadas” (BASAGLIA, s/d, p. 69).

⁷ Reconhecemos que esta afirmativa não esgota e, muito menos, resolve a complexidade dos debates acerca das categorias da geografia no âmbito teórico-conceitual, porém, aqui buscamos um axioma mais simplificado, na tentativa de dar conta do objetivo maior, que é o de tornar possível um melhor diálogo entre os conceitos e categorias do campo da geografia e da saúde mental. Contudo, ressaltamos que os termos apresentados, embora de forma bastante geral, do ponto de vista do uso dos conceitos, podem e devem ser distinguidos de acordo com as diferentes dimensões (ontológica, institucional e de poder, cultural, estética) que buscamos elucidar em um mesmo fenômeno geográfico. Cf. Haesbaert, 2014.

⁸ Neste artigo, por opção metodológica, acabamos enfocando nos conceitos de território e paisagem, e não no de lugar – mais especificamente, ligado aos jogos de representação e sentido produzidos na relação do(s) sujeito(s) “e” e “com” o(s) seu(s) espaço(s). Este, amplamente debatido e trabalhado na perspectiva da geografia cultural e humanística para o desvendamento dos vínculos entre espaço, cultura e existência, no âmbito das vivências e experiências individuais e coletivas, poderia ser um caminho interessante para dar conta da problemática aqui apresentada. Optou-se, porém, pelo trato via território, posto que nossa reflexão maior sobre a dimensão do vivido segue a abordagem do conceito de apropriação do espaço, visando a enfatizar as experiências individuais e coletivas mais a partir do contexto de relações de poder no âmbito de uma instituição, e como isto pode ser lido pela paisagem. Portanto, não desconsideramos as relações e sentidos de lugar que se esboçam no cotidiano do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, e que influenciam diretamente nas dinâmicas de território e, conseqüentemente, na paisagem. Apenas por questão de ordem e de coerência metodológica com o que propomos, lidaremos com tais questões sob a ótica da apropriação do espaço.

Ou seja, do ponto de vista da *desinstitucionalização*,⁹ o próprio funcionamento de um dispositivo territorial manicomial produz doença, desumanização e assujeitamento – em suma, acaba por constituir um ambiente antiterapêutico, dado o exercício do *poder institucionalizante* (BASAGLIA, s/d) e manicomial. O adoecimento produzido pela trajetória do *louco* nos dispositivos territoriais manicomiais, concernente à *violência institucional*, comporta a objetificação do sujeito, transformando-o em *coisa*, e uma série de outras consequências: destituição de direitos, destruição do doente, sujeição indiscutível ao poder da instituição, des-historização, entre outras.

Cabe ressaltar que, segundo a perspectiva foucaultiana, o *poder* não é um objeto ou “coisa em si”, nem está localizado em uma instituição, não sendo, portanto, algo que se cede, mas, sim, uma relação. Relação esta que “ainda que desigual, não tem um “centro” unitário de onde emana o poder (como o Estado em algumas posições marxistas mais ortodoxas)” (HAESBAERT, 2004, p. 83). Por assim sê-lo, o poder é imanente – nunca exterior às relações que o concernem –, e, dessa forma, abarca as resistências, fugas e ressignificações que lhe são inerentes. O poder gera sempre o corolário: o *contrapoder*. Poder e contrapoder que permeiam o espaço, expressos nos territórios em constante disputa, referentes aos jogos de apropriação e de dominação que envolvem a produção daquele espaço.

Neste artigo, ao nos debruçarmos sobre as formas de expressão dos pacientes em ambiente hospitalar, buscamos tensionar e fazer ver as diferentes formas de consciência – da relação de si com o hospital –, de significação, de produção de afetos e de vínculos esboçados por aqueles em relação a este espaço institucional.

De acordo com o arcabouço jurídico-administrativo do que se toma por modelo assistencial em saúde mental a partir da Lei 10.216/2001 – a “Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira” –, o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, de gestão municipal, é um dos equipamentos que deveriam apoiar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Niterói. Contudo, considerando-se o fluxo intenso, o contingente populacional que demanda e a centralidade do equipamento, no que diz respeito a atendimentos ambulatoriais e de emergência e urgência, este hospital se constitui, contraditoriamente, como um protagonista nesta rede. Sendo estruturado com albergues e enfermarias masculina e feminina, serviços ambulatoriais de emergência e urgência, esse serviço deveria contar com até 120 pacientes, mas, mesmo considerando-se a alta rotatividade, sua lotação é constantemente ultrapassada. É importante destacar que este mesmo equipamento acaba por

⁹ Trata-se, inicialmente, de um conceito elaborado pela experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, coordenada por Basaglia, e que se tornou, em 1973, pela Organização das Nações Unidas (ONU), a referência mundial como modelo de intervenção em saúde mental. Gradualmente, o conceito de desinstitucionalização migrou para o âmbito político, como bandeira de luta, e absorveu uma série de outras experiências e reflexões ao longo da história do pensamento em saúde mental. O mesmo movimento pode ser notado no campo jurídico-institucional, no que tange ao modelo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e à luta antimanicomial, no Brasil.

absorver alguns dos pacientes oriundos do processo de fechamento, por ordem judicial, de demais hospitais psiquiátricos do município de Niterói – realidade, no mínimo, crítica.

Nesse ambiente, cuja arquitetura remonta à “era de ouro do alienismo” (CASTEL, 1978), com corredores e paredes estéreis, salas funcionais e seus *loucos* perambulando, seus odores hospitalares – e, às vezes, alguns gritos, de alegria ou inconformidade –, a paisagem manicomial é tornada complexa quando provocamos/desacostumamos nossos “modos de ver”.

Segundo Crosgrave (2002), é preciso analisar a paisagem criticamente, mergulhar nela. É preciso assumir que a paisagem vai além daquilo retratado, do que é materialmente visto, e que incorpora dimensões outras que precisam ser esmiuçadas. Um fato importante é reconhecer que uma coisa é *ver*, outra é a *mirada* e outra a *percepção*. Para esse autor, o ato de ver implica no exercício instrumental de interface de nossos olhos com o mundo que nos cerca. Muito diferente já é a questão da *mirada*, que envolve se ater a um objeto de forma minuciosa e carregada de intencionalidade. Porém, nos interessam aqui “los sentidos de la vista”, que invocam diretamente o fato de que, embora a visão seja inerente à natureza humana, a *percepção* é uma construção social que envolve toda uma pedagogia de “como olhar”. É mais importante ainda ressaltar a importância dos *regimes de visibilidade* (GOMES, 2013) que, à semelhança dos *regimes de verdade* (FOUCAULT, 1999), denotam que a qualidade locacional do sujeito implica diretamente no que pode ser visto – e, por conseguinte, no que não pode ser visto (situação, no sentido de uma *posicionalidade*).

Propomos a desacomodação dos regimes de visibilidade instituídos pelas forças hegemônicas de produção do espaço que operam como que, no melhor dos casos, obscurecendo as iniciativas de apropriação do espaço – que as contrapõem à/na paisagem manicomial, em sua estética hegemônica e naturalizada. Nessa linha, buscamos trazer à evidência os pequenos “rastros”, compostos de cartazes que marcam sutilmente as paredes dos corredores do hospital, para trazer à tona a complexidade que envolve a produção de existência em um espaço institucional como o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba.

São fragmentos dispersos, muitas vezes, não vistos, ao longo dos corredores, quase como provocações, que incitam nossas sensibilidades e afetos e produzem desacomodações na narrativa espaço-manicomial: a paisagem também é texto! Tal situação nos imputa a necessidade de nos debruçarmos ante a paisagem manicomial com uma atitude próxima daquilo que Walter Benjamin (1987, p. 223) qualificou, na terceira de suas *Teses sobre o conceito da história*, de “cronista-narrador”: que narra os acontecimentos sem distinguir “os grandes e os pequenos”, entendendo que “nada do que um dia aconteceu pode ser considerado perdido para a história”.

Perguntas constantes que atravessam este breve artigo: a condição de adoecimento mental sofrida e cronificada pelo poder institucionalizante implica, necessariamente, na alienação do sujeito em relação ao espaço de (re)produção da sua vida? Afinal, é possível a produção de um sentido de *pertencimento*? Pode haver, de fato, a produção de potência de vida no âmago de um hospital psiquiátrico?

A loucura e o espaço manicomial

Partindo do marco da “virada pineliana” de trato com a loucura, e para um melhor aprofundamento na reflexão desta como *diversidade e diferença*, o termo “alienado” deve ser mais bem explorado.

O presente termo tem origem do latim *alienatus*, particípio do passado do verbo *alienare* (ceder, vender, afastar, tornar estrangeiro, alterar, transtornar, perturbar, perder os sentidos), que, por sua vez, deriva do adjetivo *alienus* (estrangeiro, extraterrestre). Todos os três termos são derivados do radical *alius* (outro, outra, diferente, diverso, outrem, restante, outros).

A partir desse conjunto de derivações, podemos refletir sobre as semelhanças e a diferença crucial que marcam as relações entre os termos *alienado* e *alienígena*. O alienado é aquele “tornado estrangeiro”, o que invoca o conjunto dos processos de produção da diferença como desigualdade, como distinção de valor a partir da *norma*. De forma correlata, intui-se poder haver ainda alguma possibilidade de “reconversão” deste sujeito tornado estrangeiro, e, conseqüentemente, o seu reenquadramento na norma. Já o termo alienígena deriva do mesmo radical (*alius*) adicionado ao sufixo “-gena”, termo que designa a condição de natureza do substantivo. Ou seja, alienígena é aquele que é naturalmente e irrefutavelmente estrangeiro – e, conseqüentemente, inconversível.¹⁰

Mais ainda, o radical *alius* está diretamente associado aos termos *alter*, *uterque* e *neuter*. O adjetivo *alter* (“outro”), base do termo alteridade, diz respeito àquilo que detém a “qualidade de ser outro”. Versa sobre aquele que, na qualidade de ser “outro”, não se confunde consigo. Já o pronome *uterque* nos traz a noção de “cada”, “ambos”, daquilo que diz respeito a dois, em que um e outro não necessariamente se confundem ou se completam, mas, de fato, se relacionam. Por fim, o adjetivo *neuter* completa o conjunto de significados que podemos associar à noção primeira (*alius*), base do termo adotado para designar a relação da sociedade nascente com a loucura, na modernidade:

¹⁰ Não podemos deixar de apontar a contradição que envolve a relação sociedade-loucura e sociedade-alienígena. É, no mínimo, interessante notar que a figura alienígena provoca uma comoção mais profunda e ativa e certa dimensão de deslumbramento no interesse coletivo que a loucura não produz. Em termos sociológicos, na sociedade moderna, a loucura provoca o oposto: indiferença e repulsa. Nos dizeres de Argullol (2002, p. 15), [a cultura ocidental] “é a cultura inclinada a preferir os espectros aos homens ou, se permitido, os seres duvidosos, quando não manifestadamente mortos, às criaturas pobres mais realmente vivas. Uma cultura com vontade espectral como a descrita o é em todas as direções, mas de maneira genuína especialmente em duas: a que conduz ao sonho de não ser humana e a que conduz ao pesadelo de não ser divina”.

trata-se da designação daquilo que é “neutro”, “intransitivo”, ou seja, daquilo que não pode ser transferido, transmitido, passado a outrem. O termo “neutro”, aqui, completa a sentença daquilo que não pode ser “nem de um, nem de outro”, muito embora faça referência a ambos: daquilo que não pode ser legado, intransferível.

A partir desse conjunto de significados, podemos considerar que a loucura, com a modernidade, do ponto de vista do paradigma psiquiátrico, diz respeito diretamente ao “outro” (qualidade da diversidade), que, por algum motivo que deve ser investigado e remediado cientificamente, tornou-se “estrangeiro” (qualidade da diferença). “Outro” que, para mim, não se confunde comigo, que nunca deve ser próximo de mim – distância que, inclusive, deve ser “preservada” no processo terapêutico. Loucura que se funda na alteridade, na relação “Eu” e “Outro”, mas que, porém, não é “transferível” entre as partes. É imanente às partes, mas “não é de um nem de outro”. Loucura que, fantasmagoricamente, se transforma em ente, existência per si, e sujeito. E que, nesse sentido, demanda a intervenção em ambiente estéril, controlado e manipulado, com todo o esforço, de forma pretensamente inviolável, em um território material, simbólica e radicalmente delimitado, para que esta, “sujeita de si”, não vincule, transmita, transite. Assim, o asilo de alienados, o hospício, o manicômio ou o hospital psiquiátrico emergem como um espaço manicomial privilegiado de contenção e controle da diferença e de anulação da diversidade.

Em contraposição, se partirmos de uma leitura lefebvrieriana de espaço para encaminhar uma análise do espaço manicomial, é fundamental expor que este extrapola a arquitetura (física e institucional) do hospital. Segundo Haesbaert (2004), para Lefebvre, o espaço decifrável e que se lê deve ser tratado em suas diferentes qualidades constitutivas:

- a. como *espaço concebido*: espaço absoluto, do planejamento, dos urbanistas e engenheiros; dimensão externa e objetiva do espaço, dominada no processo de (re)produção das relações de produção – *representações do espaço*;
- b. como *espaço vivido*: espaço do imaginário, da multiplicidade, dos artistas, da coexistência e da diferença – *espaços de representação*; e
- c. como *espaço percebido*: espaço relativo, que não comporta somente objetos espaciais duráveis (formas espaciais), mas também espaços de representação (imagens, narrativas, míticas) – *práticas espaciais*.

Lefebvre (1986 apud HAESBAERT, 2007, p. 21) nos leva a perceber que não se trata do espaço “num sentido genérico e abstrato, muito menos de um espaço natural-concreto. Trata-se, isto sim, de um espaço-processo, um espaço socialmente construído”.

Ferreira (2007), ao analisar o mesmo autor, discorre que as relações sociais existem como produtos e produtores “a partir” e “com” a construção de certas espacialidades que correspondem ao espaço socialmente construído, ao mesmo tempo, concreto e abstrato. E é nestas espacialidades efetivamente vividas e socialmente produzidas que as dimensões do espaço (o percebido, o concebido e o vivido) se organizam e se imbricam, tornando ainda mais densa a trama socioespacial correspondente. Trama que se refere tanto à estrutura de dominação definida pelas forças hegemônicas (historicamente, de caráter manicomial), quanto às disputas cotidianas de apropriação exercidas pelos sujeitos hegemonzados – resistências, negações, reinvenções, heterotopias, fissuras, desvios, contraposições.

Conforme Haesbaert,

Lefebvre distingue apropriação de dominação (“possessão”, “propriedade”), 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. Segundo o autor: “O uso reaparece em acentuado conflito com a troca no espaço, pois ele implica “apropriação” e não “propriedade”. Ora, a própria apropriação implica tempo e tempos, um ritmo ou ritmos, símbolos e uma prática. Tanto mais o espaço é funcionalizado, tanto mais ele é dominado pelos “agentes” que o manipulam tomando-o unifuncional, menos ele se presta a apropriação. Por quê? Porque ele se coloca fora do tempo vivido, aquele dos usuários, tempo diverso e complexo” (LEFEBVRE, 1986, p. 411-412) (HAESBAERT, 2007, p. 21).

Como decorrência disso, observa-se que o conjunto das espacialidades produzidas no cotidiano acaba por se expressar como territórios múltiplos, diversos e complexos, que se contrapõem, em diferentes medidas, ao território “unifuncional” da lógica hegemônica manicomial, que não admite multiplicidade, sobreposição de jurisdições e/ou de territorialidades (HAESBAERT, 2007).

Entretanto, do ponto de vista dos jogos de apropriação e dominação, é crucial compreender que equacionam diferentes, mas correlatas, forças: as forças da *ordem próxima* e as da *ordem distante*. De forma que a ordem distante (mais afim à *dominação*), contendo a ordem próxima (mais afim à *apropriação*), a persuade e nela completa o seu poder de coação. Ao mesmo tempo, a ordem próxima, contida na ordem distante, a encarna, a constrange, a projeta sobre um terreno subordinado ao plano da vida concreta. É nesta dialética que, ao mesmo tempo em que o espaço carrega consigo o conjunto de signos, símbolos e códigos próprios das práticas e do cotidiano, do *modus* particular, do “efetivamente vivido” na escala dos sujeitos, transmite também as mensagens hegemônicas do poder e da dominação.¹¹

¹¹ “Há um clima de guerra permanente entre ambos os grupos antagônicos [oprimidos e opressores], e, mesmo em cada grupo, há facções e disputas, relações de poder, forças em luta que compõem o cenário institucional” (BENELLI, 2004, p. 239).

Mesmo assim, a capacidade dos sujeitos de se apropriarem efetivamente dos espaços, de escaparem da dominação e de se instituírem como potentes agentes produtores do espaço tem relação direta com certo nível de “abertura” dessas *instituições totais*.¹² No caso brasileiro, tal “abertura” se deu no bojo do processo de reestruturação do modelo assistencial em saúde mental no país, que começou a se desenhar no contexto de distensão política e redemocratização, a partir das décadas de 1970/80.

Em uma grande (e atual) arena de disputa, a reorientação do modelo assistencial acabou por amalgamar diferentes experiências, ações, propostas e projetos em saúde e saúde mental, organizadas em diferentes frentes (institucionais, acadêmicas e políticas). Assim, como resultado, após todo um conjunto de transformações, o projeto de lei encaminhado pelo então deputado Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores/MG) ao Congresso Nacional, em 1989, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, acabou por transfigurar-se na Lei Federal 10.216 (a “Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira”), aprovada em 2001.

O encaminhamento do projeto de lei pelo referido deputado marcou o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira nos campos legislativo e jurídico-normativo, luta que transcorreu ao longo de 12 anos (até a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica) e que continua até os dias atuais. Porém, nem a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tampouco nenhuma outra legislação subsequente, viria a prever a extinção progressiva dos manicômios, mas, sim, o “descentramento” destes na reestruturação do modelo assistencial. O foco se torna o privilegiamento de criação, manutenção e fortalecimento de equipamentos extra-hospitalares, tendo as internações (e, por conseguinte, os hospitais psiquiátricos) como indicativas em caso de, e apenas se, aqueles recursos forem insuficientes (BRASIL, 2001, Art. 4º). O que nos parece contraditório, do ponto de vista do que propunha a luta antimanicomial inicialmente, via movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, e acaba por refletir as disputas de poder no campo legislativo e os impasses entre os diferentes grupos sociais e as frações de interesses que atuaram/atua ao longo desses 12 anos de negociações.

Mas, apesar de prever a manutenção do recurso hospitalar, essa lei aponta uma diferenciação importante entre este (previsto e permitido em caráter complementar) e as “instituições com características asilares”, taxativamente proibidas (BRASIL, 2001, Art. 4º, § 3º). Seriam, então, “instituições com características asilares” aquelas instituições cujos regimes de internação não sejam estruturados de forma a garantir “a assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais,

¹² Para Goffman (1987), as instituições totais se caracterizam por serem estabelecimentos fechados de internação, onde um grupo relativamente numeroso de internos vive, em tempo integral, sob a influência de ações restritivas e controladoras esmiuçadas por agentes opressores.

incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (BRASIL, 2001, Art. 4º, § 2º); e que não lhes assegurem os direitos sociais básicos previstos pela lei:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, Art. 2º, Parágrafo Único).

Perante a lei, o hospital aparece como possibilidade, mas desde que “renovado” e não mais como espaço manicomial. Ao mesmo tempo, o foco na criação, na manutenção e no fortalecimento dos equipamentos extra-hospitalares faz emergir, no campo da saúde mental, a dimensão do território como promessa de operar transformações radicais tanto no paradigma de cuidado, em vistas à desinstitucionalização, à valorização e à afirmação da diversidade, e de humanização das relações de cuidado em saúde mental, quanto na reorientação das estruturas e práticas institucionais (ATALLAH, 2013). Busca-se se desenhar a partir de e com o território a construção, em escala municipal, de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), corporificada na integração dos serviços extra-hospitalares e intersetoriais (Unidade Básica de Saúde, Centros de Referência de Assistência Social etc.), e operando com base territorial e comunitária.

Atualmente, após 17 anos de reforma aprovada, são muitas as dificuldades colocadas para a construção, a manutenção e o fortalecimento das RAPS: o delineamento efetivo da porta de entrada; o subfinanciamento; a fragilidade das relações de trabalho; a falta de medicamentos; as dificuldades de formação de profissionais qualificados e que atuem de forma inter e transdisciplinar; a ausência de espaço e de recursos para a infraestrutura dos serviços; o aumento exponencial das demandas no setor e a quantidade e qualidade de serviços inferiores à demanda. Ocorre que muitos dos hospitais psiquiátricos, na prática, se mantêm como protagonistas frente às demandas em saúde mental. Por outro lado, nesse hiato, podemos observar o avanço de algumas experiências de requalificação desses espaços (mudança de perfil profissional, infraestrutura, formas de gestão, linhas terapêuticas, requalificação das práticas de cuidado etc.) propulsionadas pelo acirramento da arena de disputas entre as diferentes forças e agentes sociais das diferentes esferas (gestão, administração, profissionais, pacientes, familiares e pesquisadores) em seu interior. Destarte, a nosso ver, um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na atualidade, consiste em definir o que se fazer com os hospitais psiquiátricos perante as dificuldades de constituição, manutenção e fortalecimento das RAPS para fazer avançar a luta antimanicomial. Seria o hospital

um espaço estratégico a ser disputado? Pode o hospital, após séculos de violência institucional, transformar-se em um espaço antimanicomial?

A paisagem manicomial, entre a apropriação e a dominação

Um fato relevante que marca a luta antimanicomial é o protagonismo dos usuários e dos familiares nas disputas das pautas e das intervenções em relação ao cuidado no campo da saúde mental. Protagonismo que contagia muitos profissionais e alguns gestores, e que acaba por extravasar nos espaços manicomiais como um todo, produzindo fissuras¹³ na rigidez dos dispositivos territoriais manicomiais e em sua estética “naturalizada” ao longo dos séculos. Outros saberes, outras temporalidades, outros *regimes de verdade*,¹⁴ e, com isto, outras *estéticas da existência*¹⁵ buscam se exprimir. Estas fissuras se manifestam produzindo sentidos diferenciados à paisagem (tanto como “orientação”, direcionamento do olhar; quanto como experiência), que se contrapõem àquela paisagem manicomial esterilizada-esterilizante, tensionando nossos modos de ver, e, com isso, desnaturalizando o cômodo aparente.

Para Crosgrave,

Igualmente, o enxergar, a visão e o próprio ato de ver [...] trazem consigo muito mais do que uma simples resposta dos sentidos, é dizer sobre algo a mais do que uma pegada passiva e neutra das imagens formadas pela luz na retina dos olhos. A visão humana é individualmente deliberada e está culturalmente condicionada. [...] Aprendemos a ver graças à mediação comunicativa de palavras e imagens e estas formas de ver se convertem em “naturais” para nós. Mas o deslocamento geográfico ou a transformação cultural podem perturbar o ato de ver, abrindo assim um espaço para uma reflexão mais crítica sobre o que é visto (CROSGROVE, 2002, p. 66-67).¹⁶

À primeira vista, o cenário do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba expõe uma situação que parece “clássica”: uniformes cinzas ou brancos ou azuis, brasões, carimbos, marcas institucionais que tatuam os corpos institucionalizados. Corredores longos, enormes, por onde o mínimo som

¹³ No sentido que Jhon Holloway atribui ao termo. Cf. Holloway, 2013.

¹⁴ Para Foucault (1999), o poder pode até produzir efeitos repressivos, mas, principalmente, produz efeitos de saber e institui verdades. É que as ordens discursivas, os “discursos de verdade”, já são em si constituídas/constituintes de poder, por meio da linguagem, do comportamento e dos valores, e, desta forma, aprisionam os sujeitos. Ao exercer-se, o poder forma, organiza e coloca em circulação um regime de verdade, de forma que a produção da Verdade (como discurso universal legitimado) é genética às relações de poder.

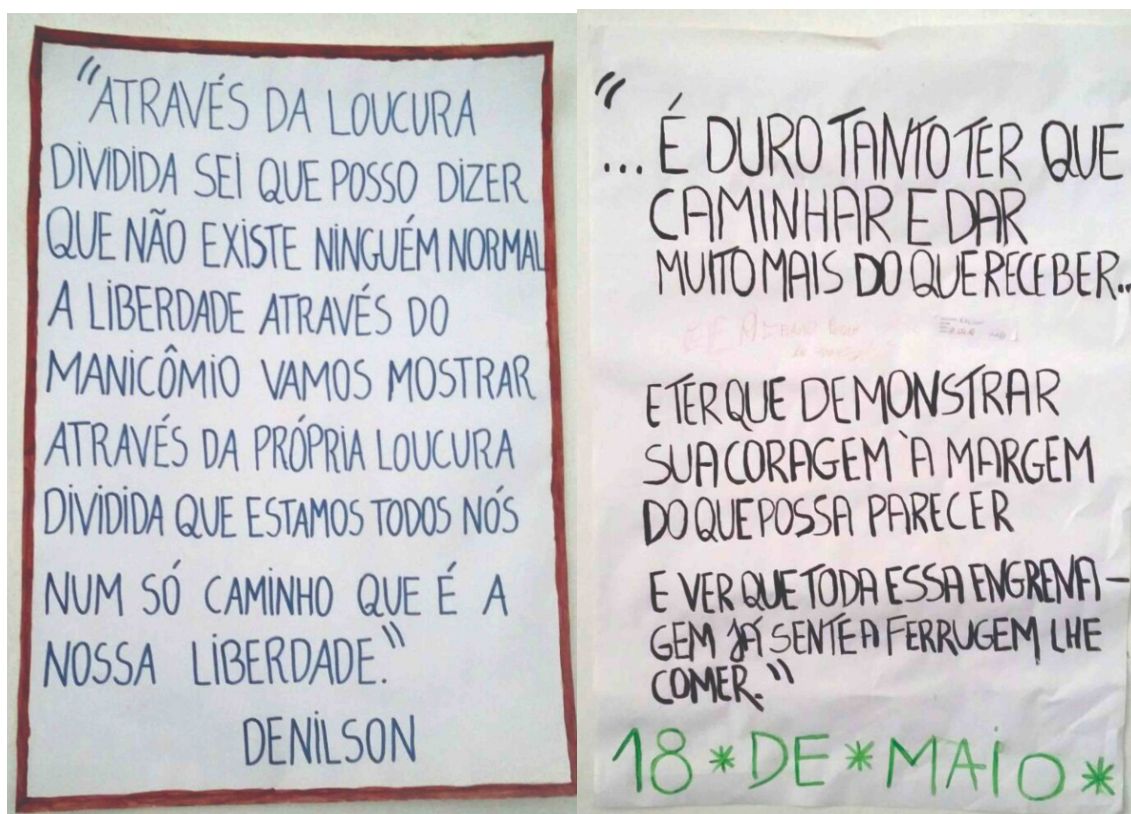
¹⁵ A estética da existência se relaciona com as discussões acerca da ética do sujeito nas ideias de Michel Foucault, que envolve a criação de um “estilo próprio”, concernindo à maneira pela qual cada indivíduo constitui em a si mesmo como sujeito da própria conduta. Exprime uma ética do cuidado de si fundada nas práticas de liberdade do sujeito, em que não existam códigos exteriores e regras de conduta universais, mas que estejam implicadas diretamente na invenção de si e da sua própria vida como obra de arte. Cf. Foucault, 1985.

¹⁶ Tradução livre.

reverbera como um trovão. E há trovões... Barulhos, pés arrastados, gritos, gargalhadas, por vezes, discussões. Uma mistura de cheiros tão particular que se pode dizer tratar-se de quase uma memória olfativa específica: o cheiro da loucura. Olhares desatentos, olhares compulsivos, comportamentos atípicos, comentários distópicos. Uma típica *paisagem manicomial*, conformada e apresentada ao imaginário como Verdade, finalizada em si. Haveria outras imagens pictóricas, outros cheiros, outros barulhos, outras texturas naquele lugar? Era preciso reposicionar o olhar.

A partir de uma rampa em espiral se acessa o segundo andar do hospital. No sopé, um saguão de entrada com um piano e uma pequena mesa (que, por hora, funcionava como banco ou encosto). Subindo, se vê uma série de cartazes espalhados pela parede “meio-branca-meio-cinza”. Cartazes de todas as cores, tamanhos e temas. Como uma tentativa de “encarnação” da loucura nas paredes do hospital, este mural vivo aponta algumas coisas notáveis. A primeira delas são dois cartazes de tempos diferentes (nota-se pelo estado do papel), lado a lado (Imagens 1 e 2), e aparentemente despretensiosos, mas que nos abrem um excelente ponto para reflexão.

Imagens 1 e 2 – Cartazes “Denilson” e “Luta antimanicomial”.



Fonte: Fotografia do autor, 2017.

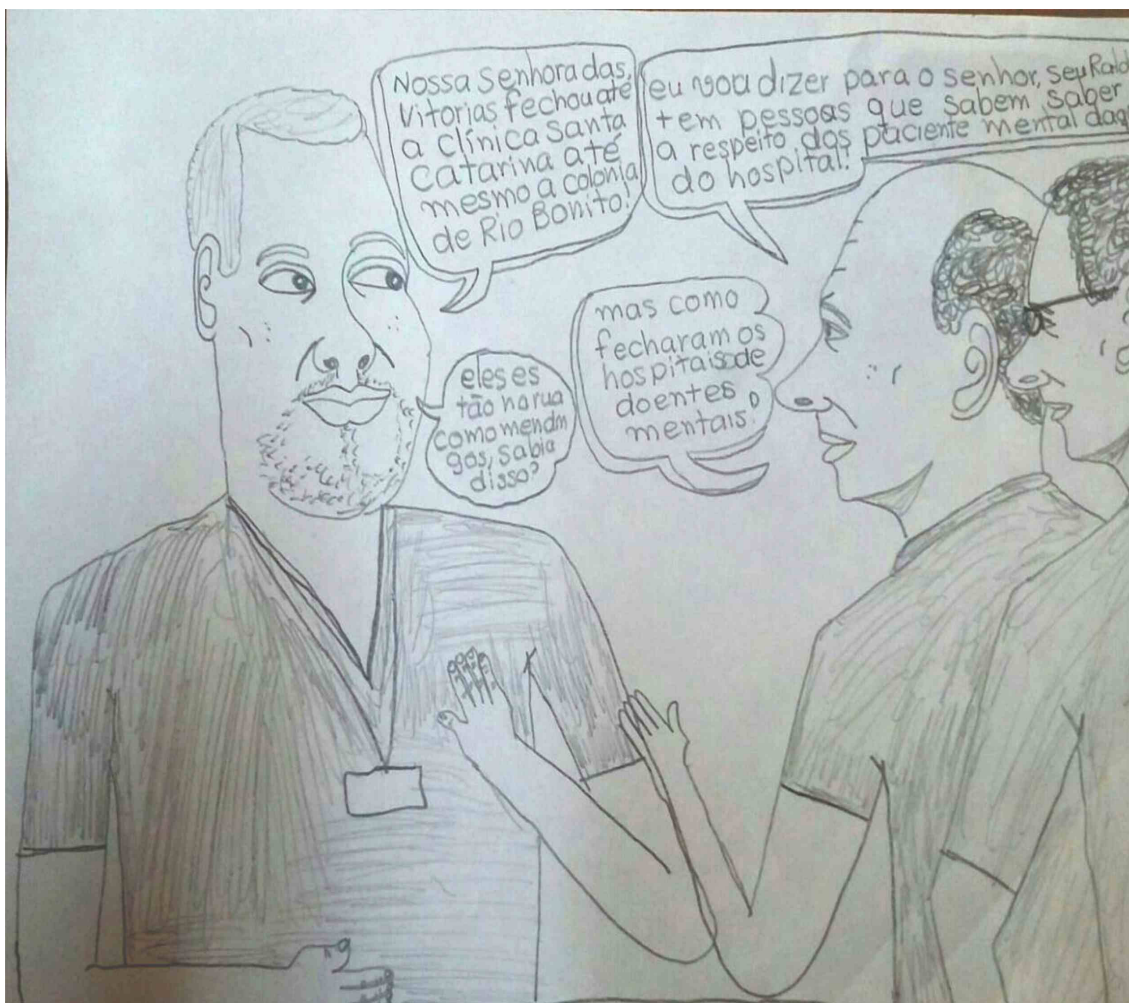
De um lado, observamos um cartaz anônimo que celebra o dia 18 de maio (Dia Nacional da Luta Antimanicomial), com o trecho de uma canção de Zé Ramalho, “Admirável gado novo”. O cartaz explicitamente denuncia a estrutura social corrompida e que produz doença na/da sociedade, sendo apresentado um trecho dessa música como forma de crítica direta a esta estrutura, que (re)produz loucura, e a estrutura manicomial. Aposta-se na possibilidade de novos horizontes às estruturas sociais e na decadência inevitável dos dispositivos territoriais manicomiais, como pode ser intuído pelo verso “E ver que toda essa engrenagem já sente a ferrugem lhe comer”.

Ao mesmo tempo, exatamente ao lado, expõe-se outro cartaz que denota algumas semelhanças, mas com diferenças fundamentais. O cartaz de Denilson, ex-interno que, nos dias de hoje, trabalha e possui uma lanchonete dentro do hospital, apresenta dois posicionamentos bastante particulares: primeiro, a perspectiva de uma “loucura dividida”, como aquilo que é compartilhado por todos. O axioma se estrutura nos seguintes termos: a loucura é dividida por todos, tanto em seus efeitos (consequências e desdobramentos que afetam desde os familiares à sociedade, de forma mais ampla), quanto em sua produção social como *diversidade e diferença* – ou seja, compartilhada, dada a sua gênese na *alteridade*. Sendo assim, o autor do cartaz afirma, em sua primeira sentença: “através da loucura dividida [compartilhada por todos] sei que posso dizer que não existe ninguém normal.”; e, mais à frente, afirma que “estamos todos nós num só caminho que é a nossa liberdade.” Segundo posicionamento: se, por um lado, este segundo cartaz também apresenta certa crítica às estruturas, diferentemente do primeiro cartaz, se aposta agora na possibilidade de ruptura com estas estruturas “por dentro” dos dispositivos territoriais manicomiais: “A liberdade através do manicômio vamos mostrar, através da própria loucura [que é] dividida.” Agora, se aposta explicitamente no hospital como um espaço afirmação da voz da loucura, *locus da diversidade*, por meio do qual se pode alçar à liberdade.

Para alguns usuários dos serviços de saúde mental, às vezes, o hospital psiquiátrico produz certo sentimento de *refúgio* (inclusive, em alguns casos, o senso de *habitar*).¹⁷ Outro cartaz estampado no corredor, produzido por Jerônimo, em tratamento de longa data no hospital, corrobora a visão deste como *abrigo* (Imagem 3), ao retratar uma conversa ficcional entre funcionários e gestor:

¹⁷ Cf. Heidegger, 2002.

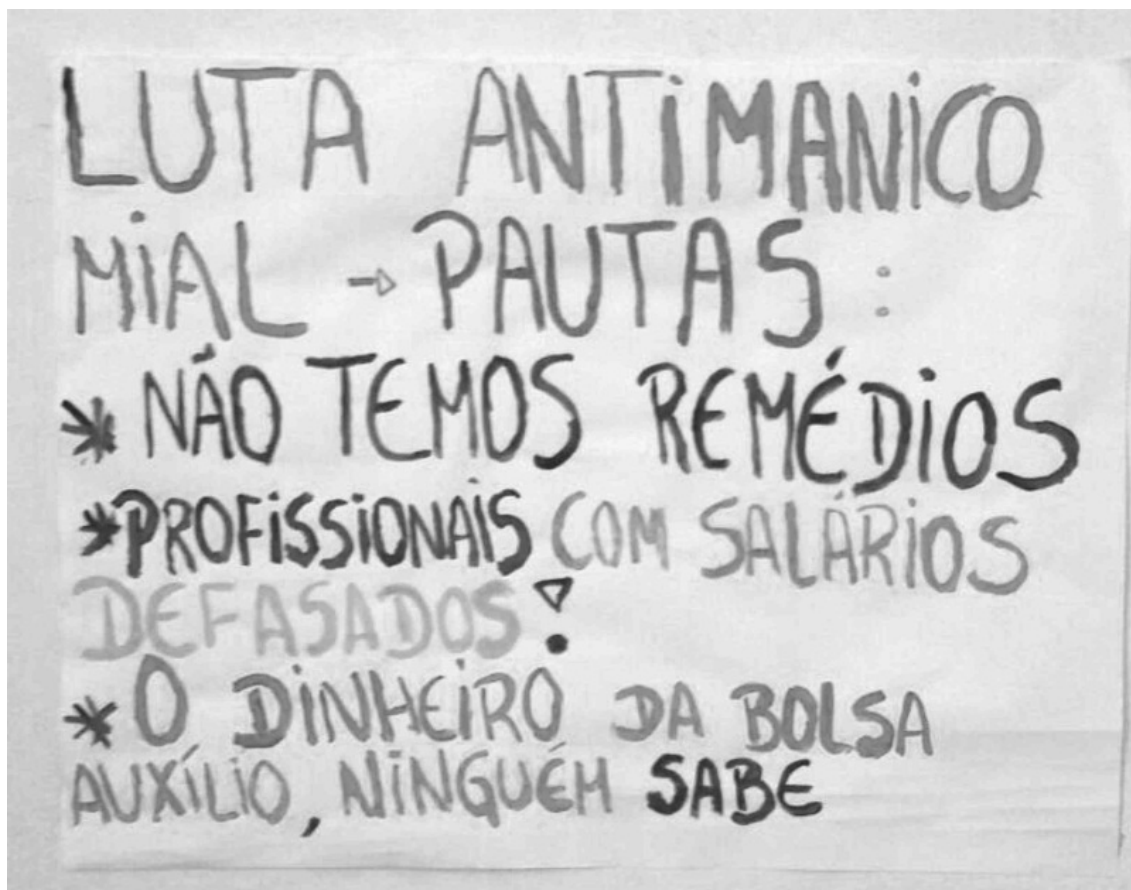
Imagem 3 – Cartaz “Fechamento”, de Jerônimo. Fonte: Fotografia do autor, 2017.-



Mas, qual é o medo? O medo é o medo da rua. Não da rua em si, mas da situação de rua, da mendicância, da exposição à violência decorrente da condição de fragilização social. Em alguns outros relatos, o medo é de que, sem o hospital, seus destinos sejam os hospitais de custódia (os “presídios de malucos”) e demais unidades prisionais. Coabita uma posição ambígua: ao mesmo tempo em que, se como *espaço manicomial*, o hospital opera como *dispositivo territorial manicomial* – e, portanto, de assujeitamento –, por outro, funciona como *abrigo, refúgio, espaço de segurança* aos mesmos sujeitos sujeitados – podendo vir a ser até visto como espaço de vocalização, de afirmação da diferença e de potencial para a liberdade, tal qual apontado por Denílson.

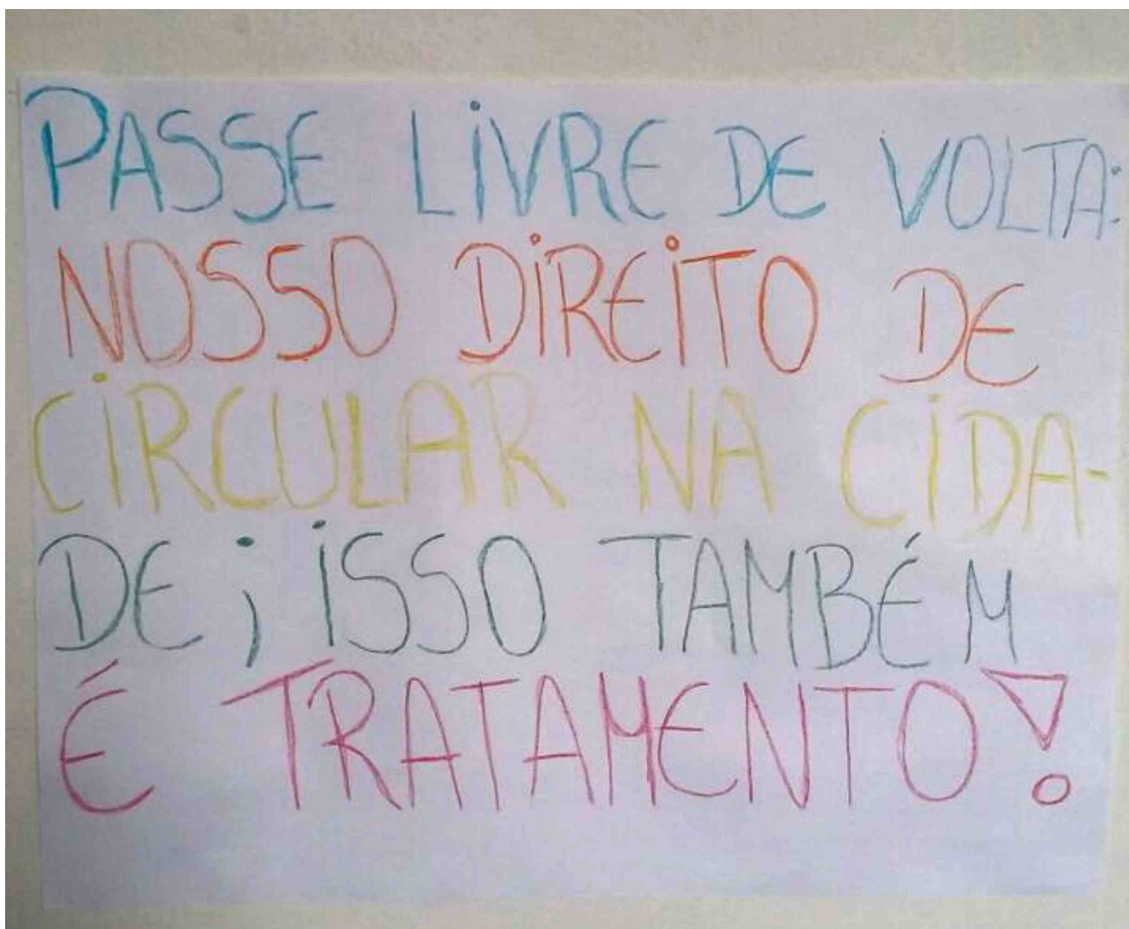
As paredes também marcam e registram a intensidade do debate político presente e pautado pelos usuários e seus familiares. No auditório do hospital, ocorrem as reuniões regulares da Associação de Usuários e Familiares (AUFA) da população em condição de sofrimento mental de Niterói. Tais reuniões mobilizam um contingente considerável de usuários, familiares, profissionais e gestores, e acaba por ser o espaço privilegiado das pautas e disputas da Rede de Atenção Psicossocial de Niterói como um todo, extrapolando em muito as questões internas e domésticas ao hospital (Imagens 4 e 5).

Imagem 4 – Cartaz “Pauta das reuniões”.



Fonte: Fotografia do autor, 2017.

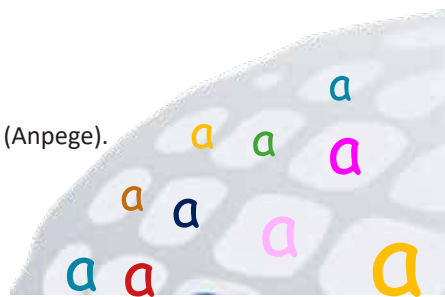
Imagem 5 – Cartaz “Passe livre”.



Fonte: Fotografia do autor, 2017.

É interessante, nesse cenário, ressaltar a importância do passe livre para os usuários da RAPS, de forma geral, mas também para o hospital, em particular. Sendo o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba considerado um espaço de abrigo e referência para essa população, e, ao mesmo tempo, previsto como complementar às RAPS, o passe livre, mais do que instrumento fundamental para acesso aos serviços e equipamentos extra-hospitalares distribuídos pela cidade necessários a uma terapêutica descentrada no hospital, também representa ao *louco* sua liberdade de ir-e-vir e a possibilidade de afirmação de sua própria existência perante a sociedade de forma mais ampla, pela livre circulação e pelo uso da cidade. Está em pauta também o *direito à cidade*.¹⁸ Esta questão fica ainda mais clara quando observamos o samba-enredo do bloco carnavalesco “Loucos pela Vida”, organizado pelo Centro de Convivência e Cultura da RAPS, no ano de 2017:

¹⁸ Cf. Lefebvre, 2001.



PASSE LIVRE JÁ QUE O CALOR TÁ DE MATAR

Compositores: Ângela Carvalho, Cesar Augusto, Igson Thadeu, Luzivane Monteiro, Márcia Simone, Natalia Rodrigues, Paulo Fernando, Wanderson dos Santos.

*O povo do CAPS quer andar
A pé não dá*

*O calor tá de matar (2x)
Eu quero ir pra Sapucaí
Sem passe livre não dá pra ir (2x)*

*Quando cheguei aqui em Jurujuba
Já delirando
Ai, meu Deus, pura loucura (2x)*

*Loucos pela vida a protestar
Meu passe livre já! (2x)*

*Como vou sambar
Se eu não posso voltar (2x)*

*Fiquei maluco
Fiquei sem meu cartão
Senhor prefeito
Me arrume a solução (2x)*

*Vem nos ajudar
Meu tratamento não pode parar (2x)*

*Se estou em São Gonçalo
O samba é de lá pra cá
Se estou em Niterói
O samba é daqui pra lá (2x)*

*Samba lelê tá doente
Tá com a cabeça quebrada (2x)*

Nesse contexto, as diversas expressões da loucura contestam a paisagem manicomial por meio de formas plurais de apropriação dos espaços institucionais (seja na rede, no caso da música, de um desfile de carnaval, ou no hospital, com a fixação de cartazes). Nos detalhes banais – não porque “menores”, mas, sim, porque “de base” –,¹⁹ esboçam-se outras estéticas, carregadas de todo um conjunto de significados e valores associados. Na apropriação, no uso do espaço, a produção de espaços outros – *contra-espacos*, no sentido lefebvrieriano.²⁰

No processo de disputa que envolve a produção do espaço, gradualmente, é como se o paciente elaborasse certo senso de *pertencimento* e apertasse os laços entre *espaço* e *existência*, chegando ao ponto de produzir um movimento, sempre complexo, de *des-re-territorialização* no

¹⁹ Comentário inspirado no artigo “Banalidades de base”, de Raoul Vaneigem (1998), originalmente publicado nos números 7-8 da revista *Internationale Situationiste*, abril de 1962 e janeiro de 1963. Cf. Vaneigem, 1998.

²⁰ Cf. Lefebvre, 1986.

hospital, para refundar o espaço manicomial sobre outros pressupostos. Pressupostos pretensamente definidos pelos pacientes em atos de disputa, no desvio, nas *linhas de fuga*,²¹ pela afirmação de sua liberdade e do direito de apropriação e uso do espaço de forma outra – espaços tão historicamente constituídos pela opressão manicomial.

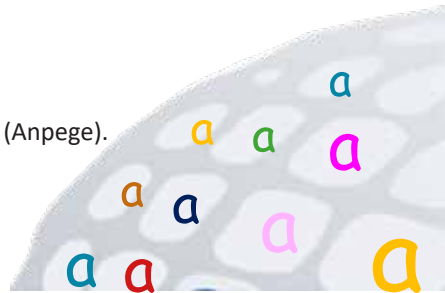
Desterritorialização e reterritorialização são conceitos de caráter fortemente geográfico, mas que surgem no campo da filosofia a partir de Deleuze e Guattari (1976), sendo referenciados na geografia com os trabalhos elaborados por Haesbaert (2004). Para este autor, a reterritorialização se refere ao processo de reconstrução do território, enquanto a desterritorialização, de forma geral, corresponde ao seu processo de desestruturação. Ou, nos termos deleuzianos, é um “vetor de saída dos territórios”. Seguindo nesta perspectiva, não poderia haver território sem um “vetor de saída do território”, e não haveria saída do território (ou seja, desterritorialização) sem, ao mesmo tempo, haver um esforço para se reterritorializar. Portanto, um território pode ser desterritorializado, engajar-se em linhas de fuga, transfigurar-se e até destruir-se, ao mesmo tempo em que se refunda sob outras bases.

A desterritorialização é, então, o processo pelo qual se abandona o território,²² não sendo este um fenômeno necessariamente derivado do movimento de deslocamento físico dos sujeitos, posto que, segundo Haesbaert,

Assim como a territorialização pode ser construída no movimento, a desterritorialização também pode ocorrer através da “imobilização”, pelo simples fato de que os “limites” do nosso território podem não ter sido definidos por nós e, mais grave ainda, podem estar sob o controle ou o comando de outros (HAESBAERT, 2004, p. 20).

²¹ Para Deleuze, “fugir” é um ato libertário, criador e criativo, que nos conduz a um novo modo de vida. É também a tomada de uma postura de negação à submissão de potências fixas e estabelecidas, para descobrir novos mundos. Ao “fazer o sistema vaziar como se fura um cano” (DELEUZE, PARNET, 1998, p. 49), a fuga permite romper paradigmas, olhar o mundo por outros vieses. Fugir é romper com o que está estabelecido, e, portanto, um ato de coragem e ousadia. “Uma fuga é uma espécie de delírio. Delirar é exatamente sair dos eixos (como “pirar” etc). Há algo de demoníaco, ou de demônico, em uma linha de fuga. Os demônios distinguem-se dos deuses, porque os deuses têm atributos, propriedades e funções fixas, territórios e códigos: eles têm a ver com os eixos, com os limites e com cadastros. É próprio do demônio saltar os intervalos, e de um intervalo a outro” (DELEUZE, PARNET, 1998, p. 53).

²² Destaca-se que, de acordo com a abordagem trabalhada, nunca nos des-re-territorializamos sozinhos, mas sempre de forma coletiva.



Conforme Saquet (2000), como “vetores”, desterritorialização e reterritorialização coexistem no tempo e podem coexistir em um mesmo espaço, sendo inseparáveis e movidos por sua relação intrínseca em ambos os processos, muito embora, para nós, não necessariamente se tratem de “vetores contraditórios”, como afirma este autor. Em nossa interpretação, essas linhas de força não são contraditórias, como a visão dialética as entenderia. Não se prestam ao movimento de afirmação e negação, de “tese-antítese-síntese”, mas coexistem e podem emergir, inclusive de forma ambígua, em contingências distintas que se esboçam no cotidiano das relações socioespaciais.

Para Corrêa,

A “desterritorialização” tem o sentido de perda de território apropriado e vivido em decorrência de diferentes processos originados de contradições capazes de desfazerem territórios; ao passo que reterritorialização refere-se à criação de novos territórios, seja por meio de reconstrução parcial, “in situ”, de velhos territórios, seja através da recriação parcial, em outro lugar, de um novo território, que contém características do antigo (CORRÊA, 1994, p. 4).

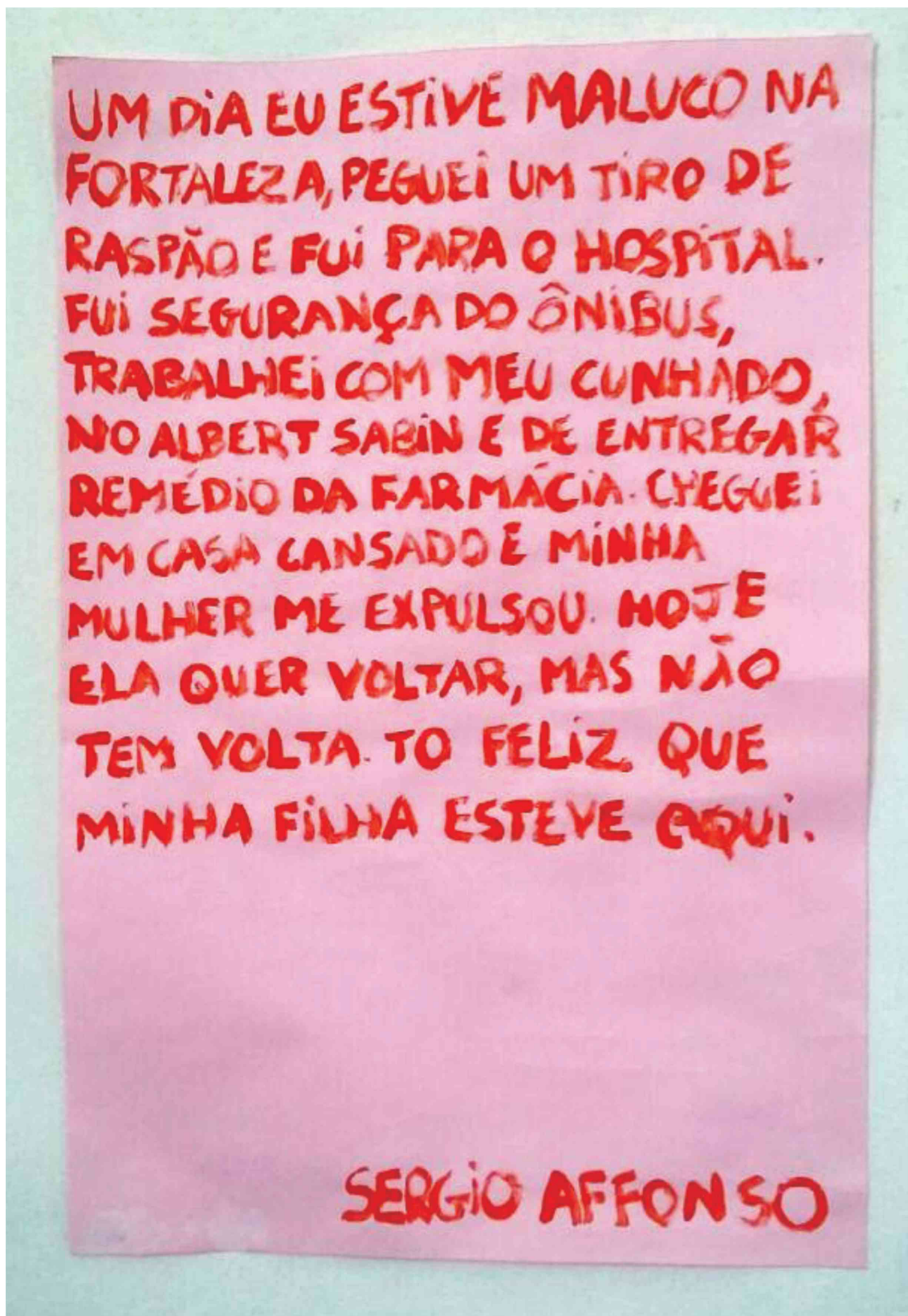
De forma geral, o processo de reterritorialização responde ao movimento de apropriação do espaço. E, muito embora desterritorialização e reterritorialização sejam processos indissociáveis, geralmente operam em escalas distintas. Nos termos de Haesbaert,

A reterritorialização é formada em escalas à margem da escala da territorialização hegemônica, comportando geralmente delimitações mais bem definidas. Um ator ou grupo quando desterritorializa outro, usando para tanto certas estratégias, imprime concomitantemente uma reterritorialização para si mesmo, enquanto que o outro perfaz, também, uma reterritorialização em outra escala de atuação, redefinindo parcelas de suas práticas sociais (HAESBAERT, 2004, p. 12).

Dada essa dimensão indissociável entre os conceitos, no processo, sempre em movimento, de territorialização das relações socioespaciais, é que podemos falar em des-re-territorialização.

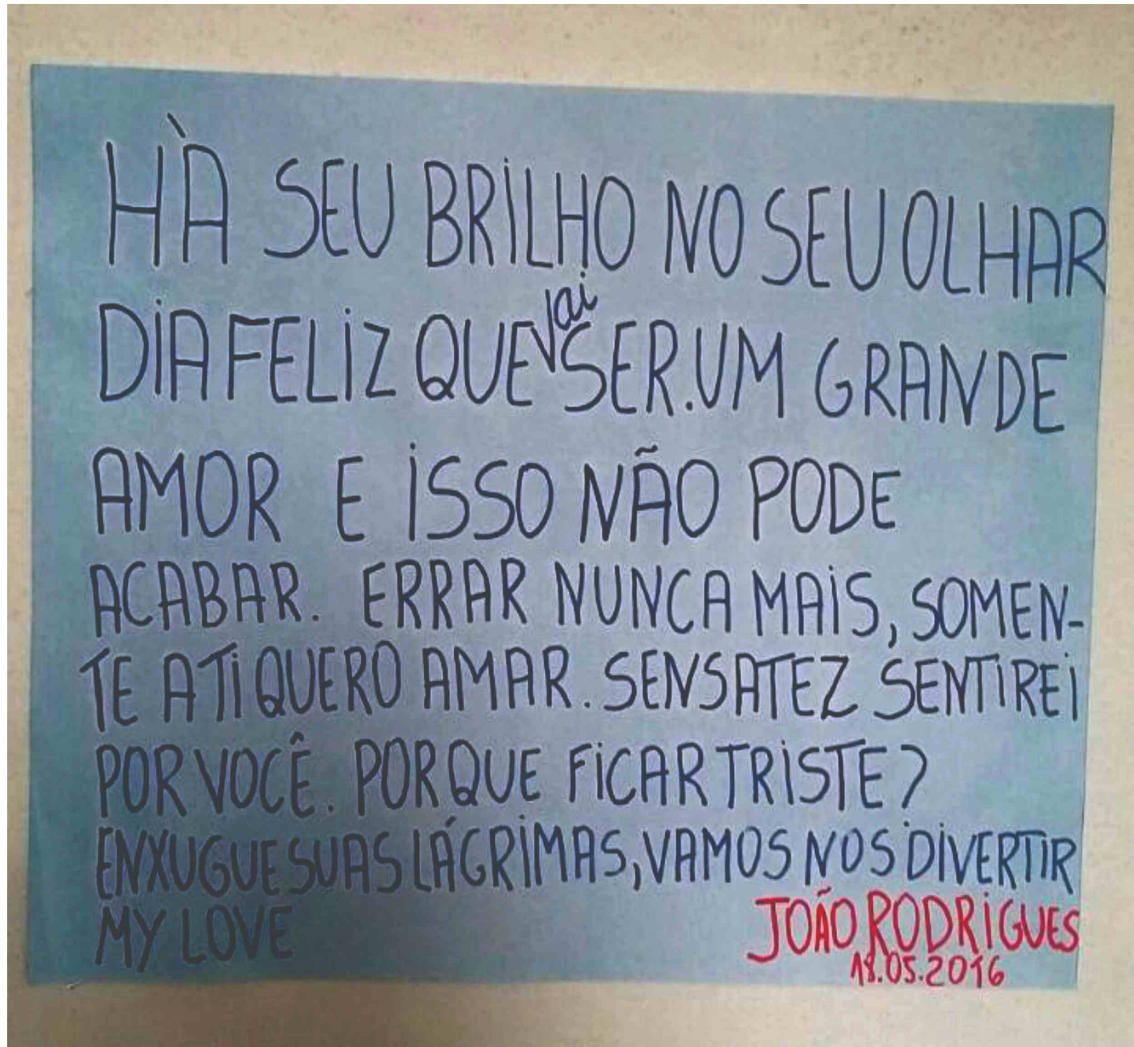
Talvez os “rastros” em que a questão do surgimento de um sentimento de pertencimento, que se revela no movimento de des-re-territorialização, apareça de forma mais explícita estejam naqueles cartazes fixados em que os pacientes expõem sobre suas intimidades e histórias pessoais. Intimidades, assim, não mais privadas, mas que, ao serem expostas nas paredes, são compartilhadas com o coletivo, denotando certo sentido de comunidade (Imagens 6 e 7).

Imagem 6 – Cartaz “Affonso”.



Fonte: Fotografia do autor, 2017.

Imagem 7 – Cartaz “João Rodrigues”.



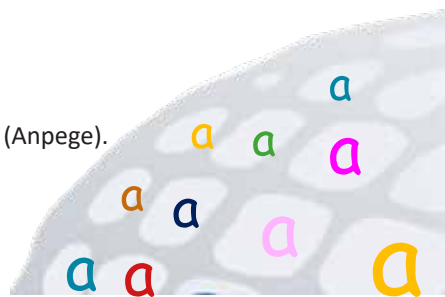
Fonte: Fotografia do autor, 2017.

A situação dos vínculos criados pelos pacientes do hospital e a complexidade que envolve a problemática do espaço manicomial podem ser ainda mais bem desenvolvidas se nos debruçarmos sobre o evento chamado “Musicatório”, ocorrido em 2017. Este evento sucedeu por meio da auto-organização de pacientes, familiares e trabalhadores do hospital, com o apoio dos gestores, como forma de protesto e de “despedida” do (atualmente antigo) auditório – sede das reuniões da AUFA e das atividades coletivas, entre outras funções. Ocorreu que, para a construção do novo túnel da cidade (o túnel Charitas-Cafubá), interligando a Região Oceânica à Região das Praias da Baía, via bairro de Jurujuba, parte da área do hospital teve de ser derrubada. O plano de construção dessa via previa a destruição de uma área bastante significativa, tanto em valor histórico e simbólico, quanto em dimensão espacial, do terreno. Esta notícia produziu uma série de dificuldades no cotidiano

hospitalar, se agravando ainda mais quando começaram as implosões para a perfuração do túnel. A situação de tensão não se restringiu apenas à escala das relações entre os profissionais e gestores da instituição e a prefeitura, mas aos próprios pacientes, que se desestabilizaram pela possibilidade de perda do hospital, de um lado, e pela violência da intervenção em si (grandes explosões, fluxos de pessoas “estranhas” no interior do espaço institucional etc.), de outro.

O fato mais marcante talvez tenha sido o impacto das implosões, que propiciou uma série de situações de instabilidade em vários pacientes, que afirmavam desde a chegada do “fim do mundo” até perseguição pessoal. Diante disto, coletivamente, se organizou o I Sarau da Implosão, que consistiu em um sarau, uma grande festa, que culminava com uma contagem regressiva para as implosões, de forma a ressignificá-las: transformar a tragédia em festa.

Pouco tempo depois, a necessidade de derrubada do auditório produziu mais comoção. Mesmo sendo garantida a construção de outro, ainda assim, a comunidade do hospital, como um todo, recriava a iniciativa e afirmava a força e a importância daquele espaço. Foi marcado, então, um grande “protesto-despedida”, que tomou uma tarde inteira com muita música, intervenções artísticas e homenagens de toda a comunidade ao auditório. O ápice do “Musicatório” se deu com uma intervenção, produzida em articulação com os pacientes, que envolvia entoar em tom de marcha, e mesclando samba e *rap*, o seguinte cântico:



MUSICATÓRIO SAMBA ROCK

(Autoria: Grupo Cantoria/Musicoterapia Ambulatório)

*Transformação
O auditório vai passar por uma reformulação
Pra onde foi o auditório, irmão?*

*Pra cadeia?
Pra cadeia, não!
Chega de cadeia, irmão.*

*De Cafubá para Charitas
Como vai se transitar?
E o passe? E o remédio?
Quem é que vai pagar?
O túnel vai passar aqui mesmo no auditório?
Ou será que isso é transitório?*

*Conservatório
Auditório
Ambulatório
Consultório
Crematório*

*(Olê, olê, olá) Precisamos resolver
Precisamos conversar
(Olê, olê, olá) O auditório
Não se deveria derrubar*

*Não destrói o auditório, não
Aonde vamos cantar a nossa canção?
Aqui tem coisa boa
Enfermeiros, cuidadores, alimentação, musicoterapia
Que não é brincadeira, não*

*A parada tá sinistra
A história é complicada...
Vou falar nada...*

A seguir, destacamos alguns comentários. Logo nos primeiros versos, já podemos notar a repetição da dimensão do medo e do hospital como abrigo. O medo do hospital de custódia e das demais unidades prisionais é latente mediante a destruição parcial do hospital. Num ciclo que começa no “conservatório”, para seguir ao “auditório”, chegando ao “ambulatório”, seguindo pelo “consultório” e até o “crematório”, o medo da destruição do hospital recai sobre a dimensão do caminho trágico: ou da morte ou da “cadeia”. Nota-se também uma crítica direta tanto da função do túnel, para eles (como cidadãos), quanto da escolha de prioridades nas políticas públicas municipais: “De Cafubá para Charitas/Como vai se transitar?/E o passe? E o remédio?/Quem é que vai pagar?”.

Por fim, cabe ainda salientar a perspectiva da valorização do hospital nos versos: “Aqui tem coisa boa/Enfermeiros, cuidadores, alimentação, musicoterapia/Que não é brincadeira, não”. Observam-se mais dois destaques pontuais: o primeiro diz respeito ao fato de o cântico elencar a musicoterapia (e, conseqüentemente, a arte, de forma geral) no mesmo nível de valorização dos enfermeiros e cuidadores, que respondem ao âmbito mais basilar dos cuidados em saúde. O segundo é acerca da alimentação. Para muitos pacientes, a questão do hospital como abrigo extrapola a esfera apenas da proteção contra a violência, mas também abarca o significado de ser este o espaço onde há garantias mínimas de sobrevivência. Muitos, em situação de fragilidade social tão grande, necessitam do hospital para a garantia das refeições básicas do dia, para a garantia de um lugar para dormir. Seria o hospital psiquiátrico um espaço adequado para o atendimento de tais demandas?

Considerações finais

Ao longo deste artigo, vimos que os jogos de apropriação e dominação que envolvem o cotidiano e as estruturas de um espaço institucional como o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói/RJ, são bastante complexos, multiescalares e nem sempre lineares e coerentes. ‘

Seria o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, indiscutivelmente, um *espaço manicomial* conformado e operante como *dispositivo territorial manicomial*? Também. Mas, não só, posto que, como *espaço socialmente produzido*, se configura não só a partir das grandes estruturas, mas também das relações de luta e contraluta, das conquistas e reinvenções que envolvem as relações socioespaciais no âmbito desse equipamento de saúde mental.

Como em *Prometeu acorrentado*, de Ésquilo, na *ordem próxima*, os esforços de apropriação disparam potências grandíssimas, lutando contra outras potências igualmente grandíssimas, das forças de dominação. E, neste jogo entre apropriação e dominação, Prometeus é a própria *tragédia*, que diz aos homens que podem ser livres, mas que nunca poderão ser livres, pois a única liberdade corresponde ao *destino*,²³ ao mesmo tempo inevitável e imprevisível.

E Argullol assim reflete:

Com que habilidade o soldado da Maratona escolheu o lugar para representar a tragicomédia do homem! Os confins da terra, a *fronteira*. Confins que são, ao mesmo tempo, um posto avançado entre o céu e o inferno. Ali, no penhasco caucásico, foi acorrentado Prometeu pelo guerreiro Hefesto, sob a atenta vigilância da *Força e Violência*, os fiéis esbirros de Zeus. Mas o maior castigo de Prometeu não são as correntes, nem o sol cruel que fará sua carne padecer durante dias eternos, nem sequer a águia que lhe devorará o fígado noite após noite. Seu maior castigo é a paisagem que o rodeia, o olhar que contempla perpetuamente uma estepe desnuda cujo infinito e desolação o ameaçam a penetrar no vazio. Não são a ida de Zeus nem sua iminente demolição no Tártaro que dão a Prometeu a magnitude de sua rebeldia e de sua culpa. Somente a consciência do vazio lhe dá a medida exata de seu ato (ARGULLOL, 2002, p. 25).

E é por isso que, quando também espaço manicomial, o hospital psiquiátrico é *fronteira*, onde, perante a paisagem manicomial, o *louco* perambula sem sair do lugar, como que “suspenso no vazio”. Na verdade, pela voz que fala Prometeu, já não há qualquer esperança, e o que mais chama a atenção, neste cenário *trágico* e imensamente magnético que assemelha a paisagem manicomial e o Tártaro, é que ali se descortina o universo inteiro. No *vazio*, a expressão fenomênica do Todo, sem princípio criador, sem mediações quaisquer entre divino e humano, arquétipos ou imagens imutáveis, quiçá “observadores curiosos abastecidos em refúgios insuperáveis”, nem quaisquer ideias de pureza inviolável, ali “tudo e todos estão imersos num caudal vertiginoso de criações e catástrofes” (ARGULLOL, 2002, p. 26). Ante a sordidez do *vazio* que a tudo compreende e a tudo comporta e incorpora, e apesar da condição de seu cativo, o que sustenta o princípio de rebeldia daqueles sujeitos sujeitados?

Nessa ausência de exceções, nessa valentia de negá-la se forma o pequeno resquício de liberdade a que pode permitir-se o homem: não é livre, mas nenhuma força consegue impedi-lo de sonhar em sê-lo, embora o sonho o faça sucumbir (ARGULLOL, 2002, p. 26).

²³ Utilizamos a noção de destino no pensamento foucaultiano, que trata da tragicidade dos sujeitos frente às condições que nos determinam, e da reinvenção do fado que nos toca. Nesta perspectiva, “o destino se mostra [...] como uma fatalidade para a qual temos que forjar ferramentas de superação, embora sem garantia de que será possível” (SANTOS, 2010, p. 99).

Dessa forma, a tragédia (no sentido grego) indica aos loucos não haver retorno e nem nostalgia no espaço manicomial, apenas o movimento à frente. Os dias seguem, contra todos os riscos, sofrimentos e amarguras, apontando que, de alguma forma, é capaz de permitir-se uma imagem mais elevada de si mesmo. Na dor da consciência do inevitável, o anúncio da ação:

O mundo não pode deter-se para retornar a uma perfeição inexistente. Nele não há arrependimento nem redenção: unicamente desafio. [...] Tudo está em perpétua mutação, da mesma forma que todo poder está submetido à iminência do sacrilégio. A possibilidade do sacrilégio é que faz o homem sonhar com um momento de liberdade (ARGULLOL, 2002, p. 27).

Remetemo-nos, então, às perguntas: seria o hospital um espaço estratégico a ser disputado? Pode o hospital, após séculos de violência institucional, transformar-se em um espaço antimanicomial? O hospital psiquiátrico é um paradoxo...

Referências bibliográficas

1. ARGULLOL, Rafael. **O fim do mundo como obra de arte: um relato da cultura ocidental**. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 2002.
2. BASAGLIA, Franco. **A instituição da violência**. Trad. Coletivo Centelha Viva, s/d. Mimeo.
3. BENELLI, Sílvio José. **A Instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar**. In: *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n. 3, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X200400030008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 de fevereiro de 2017.
4. BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre a literatura e a história da cultura**. Tradução: Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1987.
5. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: setembro 2019.
6. CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica – a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
7. CORRÊA, Roberto Lobato. **Território e corporação: um exemplo**. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria A. A. de S.; SILVEIRA, Maria Laura. *Território, globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.
8. COSTA-ROSA, Abílio da. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo: Editora UNESP, 2013.

9. CROSGROVE, Denis. **Observando la naturaleza:** el paisaje y el sentido europeo de la vista. In: *Boletín de la A.G.E.*, n. 34, 2002. Disponível em: <http://www.age-geografia.es/ojs/index.php/bage/article/view/428>. Acesso em: janeiro de 2018.
10. DELEUZE, Gilles. **Que és un dispositivo?** In: BALIBAR, Etienne (org.). *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1999.
11. _____.; GUATTARI, Félix. **O anti-Édipo**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.
12. _____.; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.
13. ÉSQUILO. **Prometeu acorrentado**. Trad. Daisi Malhadas e Maria Helena de Moura Neves. Araraquara: UNESP / ILCSE, 1977.
14. FERREIRA, Álvaro. **A produção do espaço:** entre dominação e apropriação. Um olhar sobre os movimentos sociais. In: *Geocrítica Scripta. Nova Revista Eletrônica de Geografia y Ciências Sociales*. Universidade de Barcelona, vol. XI, n. 245 (15), 2007.
15. FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade III:** o cuidado de si. 8ª ed. São Paulo: Edições Graal, 1985.
16. _____. **História da loucura na Idade Clássica**. Trad. de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978.
17. _____. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. Trad. Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis: Vozes, 1987.
18. _____. **As palavras e as coisas:** uma arqueologia das ciências humanas. 8ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1999.
19. GOFFMAN, Ervin. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.
20. GOMES, Paulo César da Costa. **O lugar do olhar:** elementos para uma geografia da visibilidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.
21. HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização:** do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
22. _____. **Território e multiterritorialidade:** um debate. In: *GEOgraphia*, Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFF, ano IX, n. 17, p. 19-46, Niterói/RJ, 2007.
23. _____. **Viver no limite:** território e multi/transterritorialidade em tempos de insegurança e contenção. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

24. HEIDEGGER, Martin. **Construir, habitar, pensar**. In: *Ensaio e Conferências*. Trad. Márcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2ª ed., 2002.
25. HOLLOWAY, Jhon. **Fissurar o capitalismo**. São Paulo: Publisher Brasil, 2013.
26. HONORATO, Lucas Tavares. **Dos “territórios em loucura” aos “territórios da loucura”:** desafios teórico-metodológicos, práticos e políticos para a abordagem territorial na saúde mental. Dissertação (Mestrado em Geografia). Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ, 2017.
27. LEFEBVRE, Henri. **La production de l'espace**. Paris: Anthropos, 1986.
28. _____. **O direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.
29. PINEL, Philippe (1801). **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Tradução: Joice Armani Galli. Editora da UFRGS, Porto Alegre/RS: 2007.
30. SANTOS, Maria Fernanda Cardoso. **A ontologia do presente e as artes da existência em Foucault**. In: *Revista Saberes*, Natal/RN, v. 3, número especial, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/saberes/article/download/879/811>. Último acesso em 13/01/2018.
31. SAQUET, Marcos Aurélio. **O tempo, o espaço e o território**. In: SOUZA, Álvaro José de et al. *Paisagem, território e região: em busca da identidade*. Cascavel/PR: EDUNIOESTE, 2000.
32. VANEIGEM, Raoul. **Banalidades de base**. 3ª ed., Lisboa: Editora Frenesi, 1998.