

**LU  
GARES**

ANA PAULA VIECELI

**DA**

**LOU**

**CURA**

ARQUITETURA E CIDADE NO ENCONTRO COM A DIFERENÇA

Ana Paula Vieceli

# LUGARES DA LOUCURA

ARQUITETURA E CIDADE NO ENCONTRO COM A DIFERENÇA

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Arquitetura - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (PROPAR) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Orientador: Prof. Fernando Freitas Fuão, Phd

Porto Alegre  
2014





*A todas as Ismálias.*



## AGRADECIMENTOS

À minha mãe Leandra, pela serenidade e esperança. Pelas velas e orações, pelo afago, pelo colo e pelas roscas carameladas.

Ao meu pai Mário, pelo drama e pela intensidade. Pelas palavras não ditas e por “aquilo que se diz” mas que não tem tradução.

À minha irmã Juliana, pelo transbordamento de afeto e pela poesia. Por esperar e torcer para a finalização deste mestrado. Por toda delicadeza de cada passo dançante “livre, solto, feliz da vida, ali na rua, passeando” e por toda “beleza, na mesa, com margarina” que só a composição mais singular poderia criar. Amo muito você! Tudo que eu quero na minha vida é ver você feliz!

À minha irmã Mariana, pela cumplicidade, amizade e coexistência do nosso tempo. Pela presença mesmo que distante durante a feitura deste trabalho, que lhe deve referência, por ter me convidado a adentrar no mundo da loucura e da diferença. Por aquilo que eu não sei explicar e que fica sempre preso na garganta.

A Eduardo Lanius, por existir próximo do meu corpo e da minha alma, e por ser o grande interlocutor junto à construção deste trabalho. Pelas jantas preparadas quando muitas vezes, imersa em meu trabalho, esquecia de comer. Pelo espaço e pelo tempo renunciado e pela compreensão dos meus estados nervosos. Pela bobice, pela criancice, pela cara do Clint, pela loucura criativa e alegre que permitiram que eu não sufocasse entre as palavras e os capítulos escritos. Pela amizade, pelo amor, por todo apoio e, em especial, pela parceria profissional no projeto gráfico desse trabalho.

Ao Chimia de Pérola pela chinelagem e pela procrastinação. Pela “cachú”, pelo “bulen”, pela fogueira. À Mari, Dudu, Juci, Ba-

varesco, John, Lali, Peixotão, Tunai e Aline, pelo *non sense* e por todo sentido, e principalmente pelo estranho laço virtual que nos conecta.

A Fernando Freitas Fuão, orientador deste trabalho, pelo acolhimento do tema e pelo percurso de aprendizagem. Pela desorientação, indefinições e desalinhos questionadores, pela contribuição ora com as figuras, ora com a cola, para a composição desta *collage* dos lugares da loucura.

À Ana Elisia da Costa, por nunca ter deixado de me orientar. Pela aposta e pela força propulsora de cada incentivo em cada nova etapa, sobretudo por esta. Pelo cigarrinho e café com palavras. Pela amizade.

À Rosita Borges, secretária do PROPAP, pela atenção, pelo sorriso e pelas respostas de e-mail mais rápidas do velho oeste.

À Analice Palombini, pela imediata abertura, hospedagem e hospitalidade no território outro que se mostrou menos outro do que eu pudesse imaginar... Pela admirável convocação do corpo, pelas linhas de empuxo para viver e pensar a cidade e pelo convite à implicação como sujeito neste trabalho.

Aos integrantes do Projeto ATnaRede, pelo convívio e pelas trocas extraordinárias. Por sustentarem junto comigo os turbilhões que existem nas adjacências dos territórios pelos quais circula o AT e por tornarem-no possível para mim.

À Ismália por ter deixado sua torre, mesmo que por um breve momento, para ser acompanhada e sobretudo por acompanhar. Pelas marcas impressas na minha tela branca de acrílico. Pelo Volpi.

À equipe do CAPS Cais Mental Centro, pela concessão da abertura que possibilitou

o encontro com a realidade do serviço. Aos usuários deste serviço, pelo acolhimento, pelas trocas e pelo afeto que ajudaram a tecer esta pesquisa.

À CAPES e aos cidadãos deste país que, através da contribuição de tantos impostos, permitiram a concessão de minha bolsa, fundamental para a dedicação integral a esta pesquisa.

Ao Lucius pelas recepções calorosas e pela saudade, e à Joanita pela festa e apatia alternadas e imprevisíveis, e por me roubar a atenção do trabalho sempre que resolvia circular por cima do meu teclado enquanto compunha esta dissertação.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, acompanharam o processo deste trabalho e que contribuíram de alguma forma para que ele pudesse ser finalizado.

Obrigada a todos!

*“E aqueles que foram vistos dançando foram  
julgados loucos por aqueles que não podiam  
ouvir a música.”*

*Friederich Nietzsche*

## RESUMO

Os processos de transformação das formas de compreender a loucura sempre imprimiram seus reflexos e expressaram-se na materialidade do espaço construído, determinando os lugares da loucura, os espaços da diferença. A contemporaneidade é testemunha de um processo de grande ruptura com o paradigma moderno manicomial e tem a Reforma Psiquiátrica como um marco das transformações que se deram nas formas de conceber a loucura e nas formas de cuidado e assistência ao sujeito-louco. O presente trabalho realiza um percurso histórico dos espaços arquitetônicos dedicados à loucura ao longo do tempo e em diversas sociedades, e investiga os espaços arquitetônicos dedicados à atenção em saúde mental que surgiram após o período de reformas e a ruptura com o sistema asilar e hospitalocêntrico. Apresenta-se o Centro de Atenção Psicossocial como um dos lugares possíveis da loucura na contemporaneidade, a partir de um ponto de vista arquitetônico sobre o desenvolvimento de um desses equipamentos na cidade de Porto Alegre, através de um estudo de caso realizado no CAPS Cais Mental Centro. O trabalho analisa as respostas imediatas da arquitetura às demandas da Reforma Psiquiátrica, e problematiza as diversas soluções espaciais de acordo com a sua apropriação pelos usuários do espaço. O estudo privilegia as análises qualitativas, considerando a complexidade do objeto de estudo, a fim de identificar os novos conceitos e práticas produzidos nestes espaços que se diferenciam dos modelos assistenciais excludentes que o precederam e, conseqüentemente, as formas e elementos arquitetônicos que os acompanham. O trabalho também considera a relação entre loucura e espaço urbano, apresentando o Acompanhamento Terapêutico (AT) como uma clínica que se desprende da clínica tradicional e se lança numa imersão pelo território da cidade acompanhando o sujeito-louco em seus percursos, buscando criar, junto com ele, vínculos com os serviços

de saúde mental e demais equipamentos sociais e culturais oferecidos pela cidade, criando novas possibilidades de existência para o louco e questionando a cidade em sua capacidade de acolher a diferença.

**Palavras-chave:** Arquitetura; Cidade; Loucura; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental.

## ABSTRACT

The processes of transformation in the ways of understanding madness always mirrored their reflections and expressed themselves on the materiality of the built space, determining the places of madness, the spaces of difference. The contemporaneity is witness to a process of great disruption from the asylum modern paradigm and has the Psychiatric Reform as a mark of transformations that occurred in the ways of conceiving madness and forms of care and assistance to the mad subject. This work performs a historical journey of architectural spaces dedicated to madness through time in different societies and investigates architectural spaces dedicated to mental health care that emerged after the period of reformation and rupture with asylum and hospitalocentric system. The Psychosocial Care Center (CAPS) is presented as one of the possible places of madness nowadays from an architectural point of view on the development of these equipments in the city of Porto Alegre, through a case study in CAPS Cais Mental Centro. The work analyzes the immediate responses of architecture to the demands of the Psychiatric Reform and discusses the various spatial solutions according to its appropriation by users of the space. The study focuses on the qualitative analysis, considering the complexity of the object of study in order to identify the new concepts and practices produced in these spaces that differ from the exclusionary care models that preceded it and, consequently, the forms and architectural elements that accompany them. The work also considers the relationship between madness and urban space, introducing the Therapeutic Accompaniment (AT) as a clinic that detaches from traditional clinic and launches into a immersion through the territory of the city accompanying the mad-subject in their paths, seeking to create, along with him, connections with mental health services and other social and cultural equipments offered by the city, creating new possibilities of existence for the mad-subject

and questioning the city in its ability to embrace the difference.

**Keywords:** Architecture; City; Madness; Psychiatric Reform; Mental Health.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE LOUCURA E DOS LUGARES DESTINADOS À ELA</b>	<b>21</b>
LOUCURA NA ANTIGUIDADE CLÁSSICA: A LOUCURA RITUAL, O TEATRO E OS TEMPLOS DA CURA	25
LOUCURA NA IDADE MÉDIA: A DEMONOLOGIA CRISTÃ E O NASCIMENTO DO HOSPITAL	33
O RENASCIMENTO DA LOUCURA	42
O SÉCULO XVII E AS GRANDES INTERNAÇÕES	47
O ADVENTO DA MODERNIDADE: O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA E DO MANICÔMIO	53
LUGARES DA LOUCURA NA AMÉRICA DO NORTE: O MODELO KIRKBRIDE E O SAINT ELIZABETHS HOSPITAL	62
LUGARES DA LOUCURA NO BRASIL: O HOSPÍCIO PEDRO II E O HOSPÍCIO SÃO PEDRO	68
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>O MANICÔMIO COMO UM LUGAR DO LUGAR NENHUM</b>	<b>85</b>
O PARADOXO DA ARQUITETURA: ESPAÇO CONCEITUAL E ESPAÇO EXPERIENCIAL	90
SOBRE AS CASAS DE ORATES, ALIENISTAS E ALIENADOS: AS OBRAS DE MACHADO DE ASSIS E LIMA BARRETO	99
AS INSTITUIÇÕES TOTAIS E A MORTIFICAÇÃO DO SUJEITO	107
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>NOVOS PARADIGMAS DA LOUCURA NO SÉCULO XX</b>	<b>115</b>
O PÓS-GUERRA E AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS	119
A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	125
AS POSSÍVEIS FORMAS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	132
<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>LUGARES DA LOUCURA: UMA CONCHA, UMA CASA, UM CAIS</b>	<b>137</b>
UM CAIS COMO METÁFORA	141
UMA CASA	144
O SENTIDO ANCESTRAL DE HABITAR E A POÉTICA DA CASA	145
A DIALÉTICA ENTRE INTERIOR E EXTERIOR	147
AS DOBRAS DA MATÉRIA E AS REDOBRAS NA ALMA	149
O FORA E O DENTRO DO FORA: DIAGRAMA DA LOUCURA	151

- 155** ESTUDO DE CASO: A CASA E O CAIS  
**155** A CASA: ARQUITETURA E CONTEXTO  
**162** O CAIS: ANÁLISE DO LEVANTAMENTO ESPACIAL E OBSERVAÇÃO DE CAMPO  
**181** UM CAIS DENTRO DE UMA CASA: A DISJUNÇÃO DA ARQUITETURA
- 186** O CAIS COMO POTÊNCIA DE ACOLHIMENTO  
**186** ACOLHIMENTO COMO UMA PRÁTICA DA SAÚDE MENTAL  
**187** ARQUITETURAS DO ACOLHIMENTO E DA HOSPITALIDADE  
**191** AS FORMAS DO ACOLHIMENTO: DUAS CENAS  
**191** O ACONTECIMENTO-ORELHÃO: ENTÃO, O QUE (H)OUVE?  
**196** O GESTO DO CAIS: ABERTURA E TRAVESSIA

## **CAPÍTULO 5**

- 201** A CIDADE COMO LUGAR DA LOUCURA
- 204** A CIDADE MODERNA E MODERNISTA: AS TRANSFORMAÇÕES FORA DOS MUROS DO MANICÔMIO
- 213** PÓS-GUERRA: A CRISE DO URBANISMO MODERNO ORTODOXO
- 218** MARCO CAVALLO COMO MARCO POÉTICO DA LIBERDADE
- 223** A CIDADE CONTEMPORÂNEA  
**226** A CIDADE E O CORPO
- 229** O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO
- 235** OS MUROS INVISÍVEIS  
**236** A TORRE DE ISMÁLIA  
**237** CENA 1  
**238** CENA 2  
**239** CENA 3  
**241** CENA 4
- 244** MICRORRESISTÊNCIAS URBANAS
- 251** O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO MICRORRESISTÊNCIA LOUCA E URBANA

## **257 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## **265 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **275 LISTA DE FIGURAS**

## **287 ANEXOS**

- 289** ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO INSTITUIÇÃO (CAPS Cais Mental Centro)  
**291** ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO USUÁRIOS DO ESPAÇO (CAPS Cais Mental Centro)  
**293** ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO  
**294** ANEXO 4 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA  
**297** ANEXO 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO



# INTRODUÇÃO



O discurso sobre a loucura, nas diversas sociedades e épocas, sofreu inúmeras transformações, refletindo as próprias transformações pelas quais passou a humanidade. O que se convencionou chamar de loucura nunca foi pensado de maneira linear e uniforme, e cada sociedade em seu tempo atribuiu à loucura uma função e um significado próprio. O conceito de loucura é, antes de tudo, uma construção social e é definido em relação aos fatores e contextos culturais e políticos de determinada época.

A origem dos diversos conceitos de loucura em cada sociedade encontra-se na relação do homem com a diferença, com aquilo que escapa aos padrões estabelecidos, às convenções da norma, aos modelos vigentes de normalidade. Assumindo a condição do diferente, o louco, esse estranho por natureza, se transforma em um outro do homem, um outro em relação a outros que podem concebê-lo e classificá-lo como tal.

Os processos de transformação das formas de compreender a loucura sempre imprimiram seus reflexos e expressaram-se na materialidade do espaço construído, determinando os lugares da loucura, os espaços da diferença. O desenvolvimento da arquitetura e das cidades vinculam-se intimamente com as relações sociais e o desenvolvimento da civilização humana e são, portanto, um reflexo especular das ações e pensamentos de um determinado grupo de pessoas enquanto estrutura social. Assim, não se pode conceber uma história da arquitetura que seja dissociada da história da sociedade e, da mesma forma, não se pode acompanhar uma história dos lugares da loucura sem que se percorra também a própria história da loucura.

Diferentemente daquilo que se cultivava como senso comum, existiram muitas formas de conceber a loucura antes que ela fosse capturada e compreendida através do rótulo de doença mental e antes que o louco se naturalizasse como habitante exclusivo do manicômio sob o olhar do saber psiquiátri-

co. A trajetória histórica dos lugares da loucura tem a Modernidade como uma grande cisura cujas várias possibilidades espaciais e sociais para o modo de existência da loucura se restringem a um único e exclusivo lugar: o manicômio. A partir desse período, o louco se encaminha ao seu destino de entrar para o imaginário social como sendo natural a este território e, nesta condição, perde o direito à cidade, deixando de estabelecer laços sociais e de pertencer aos contextos múltiplos de trocas e fluxos e conflitos da cidade. Durante mais de dois séculos o panorama da loucura se manteve intocável, e o mundo não se relacionou com o louco a não ser pela exclusão, pelo fechamento dos muros do manicômio. O manicômio, como dispositivo disciplinar, atravessou os séculos, carregando em seu interior a lógica da exclusão até o mundo contemporâneo.

É então que, a partir do período pós-guerras, surgem em diversos lugares do mundo, diversos movimentos que se processam na direção de uma abertura nesse cenário inerte, quando passa-se a pensar a transformação do modelo manicomial de assistência, centrado no hospital psiquiátrico, em um modelo de atenção comunitário, praticado em liberdade, que se relaciona com o cuidado em saúde, mas também com todos os equipamentos e esferas que compõem a vida em comunidade. Esses movimentos representam uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico, trazendo a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. Para que essa transformação tivesse lugar na história da loucura no século XX, foi necessária uma transformação das formas de compreensão da loucura. Nesse período a loucura passa a ser entendida como experiência-sofrimento na relação com o corpo social, e a doença passa ser colocada entre parênteses para dar lugar ao sujeito que se mantinha escondido atrás do rótulo de doença mental. Dessa ma-

1. O Trabalho em questão é intitulado *Fábrica de Subjetividades* que consiste em um projeto arquitetônico de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Leopoldo-RS, inserido em uma pré-existência arquitetônica fabril que, ainda que em estado de abandono, faz parte da paisagem da cidade há mais de 60 anos. O trabalho reflete sobre a vocação urbana da pré-existência e considera que, embora seu uso esteja desativado, ainda pulsa de forma latente uma vontade fabril de existência, onde o próprio espaço resiste e pede por um uso que possa fazer ressurgir o movimento de produção de alguma coisa. De outro lado está o CAPS, que busca um lugar na cidade para ser inserido e para que a loucura possa experimentar o encontro com a realidade além dos muros, no seio da efervescência urbana. Dessa forma, o trabalho traça um paralelo entre a vocação do lugar vazio e do abandono com a vontade de inserção da loucura, também outrora abandonada em espaços vazios de significado. Esta sobreposição de duas naturezas diferentes se abre ao inesperado e à multiplicidade de suas dimensões e significados. A loucura faz ressurgir o espírito fabril no lugar, que toma agora um novo sentido de produção, não mais de artefatos ou produtos, mas sim o de produção de subjetividades e se reconecta com a realidade da cidade restituindo à loucura o seu direito à *polis*. O trabalho foi apresentado no Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS no segundo semestre de 2009, orientado pela Prof. Dra. Ana Elísia da Costa.

neira, buscou-se favorecer a manifestação do louco em seu território, em seu contexto, e valorizar a singularidade das relações que se estabelecem entre eles.

No Brasil, o movimento antimanicomial culminou com a Reforma Psiquiátrica, um conjunto de leis que foi responsável pela criação de novas maneiras de atenção ao louco, e propôs a desativação progressiva dos manicômios na medida em que propunha a criação de outros equipamentos de atenção e saúde mental que pudessem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. A proposta de desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica brasileira se processa através da desospitalização e ressocialização dos pacientes e da humanização dos tratamentos. Para isso, sua principal estratégia foi propor a criação de uma série de equipamentos dentre os quais está o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, considerado pela política de saúde mental como dispositivo estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira. O serviço articula com a rede de saúde básica regional, com os demais equipamentos existentes na rede de saúde mental, mas também articula com as diversas redes e equipamentos urbanos que são comuns a todos os cidadãos, tendo em vista que a loucura se constitui como pertencente à sociedade, e como tal tem seu direito restituído de estar e existir no espaço social.

Mas que lugares são estes afinal que se dedicam ao cuidado e à atenção à loucura na contemporaneidade? Como se desenvolvem estes serviços na prática? Através de quais formas, de quais elementos arquitetônicos esse espaço construído se utiliza para aproximar-se e expressar as demandas da Reforma Psiquiátrica e as rupturas com o modelo asilar? Que aspectos do espaço construído representam uma arquitetura antimanicomial?

O encontro com o tema deste trabalho surgiu no ano de 2010, quando, ao fim do curso de graduação da pesquisadora, foi apresentada para o Trabalho de Conclusão

de Curso a abordagem do tema da loucura e seus espaços arquitetônicos contemporâneos<sup>1</sup>. Para esse trabalho foi iniciada uma pesquisa sobre a evolução da concepção de loucura e dos espaços destinados a ela ao longo da história, culminando com a Reforma Psiquiátrica brasileira e os equipamentos de saúde mental, substitutivos ao manicômio, idealizados por esta. No decorrer do trabalho foi identificada a carência e até mesmo a ausência de diretrizes e orientações para os projetos arquitetônicos desses novos serviços, o que motivou o surgimento desta dissertação, como uma forma de aprofundar a pesquisa acerca da criação deste novo programa arquitetônico, investigando diretamente os espaços já existentes dentro da perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

O tema deste trabalho trata dos lugares da loucura, seja na abordagem histórica, com o devido afastamento temporal, seja na abordagem dos espaços arquitetônicos dedicados ao cuidado e atenção em saúde mental contemporâneos, que surgiram após o período de rupturas com o sistema asilar e hospitalocêntrico e a Reforma Psiquiátrica. A revisão histórica dos lugares e conceitos atribuídos à loucura transpassam um período que parte da Antiguidade clássica até os dias de hoje, mas o trabalho sobretudo se atém à Modernidade e ao período contemporâneo, onde claramente são apresentadas rupturas de paradigmas importantes no entendimento da loucura e do seus espaços físicos e sociais.

O trabalho apresenta o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como um dos lugares possíveis da loucura na contemporaneidade, a partir de um ponto de vista arquitetônico sobre o desenvolvimento de um desses equipamentos na cidade de Porto Alegre. Através de um estudo de caso realizado no CAPS Cais Mental Centro, um dos serviços substitutivos mais antigos e protagonista da viabilização da desinstitucionalização no sul do país, são analisadas as respostas imediatas da arquitetura às demandas

da Reforma Psiquiátrica, e problematizadas as diversas soluções espaciais de acordo com a sua apropriação pelos usuários do espaço. O estudo privilegia as análises qualitativas, considerando a complexidade do objeto de estudo, a fim de identificar os novos conceitos e práticas produzidos nestes espaços que se diferenciam dos modelos assistenciais excludentes e, conseqüentemente, as formas e elementos arquitetônicos que os acompanham.

Considerando que a ruptura com o sistema asilar não somente proporcionou a criação de novos espaços físicos de cuidado e atenção ao sujeito-louco, mas também restituiu-lhe o direito à cidade, à integração social e ao pertencimento territorial, este trabalho, assim como analisa o espaço construído da loucura, vem problematizar também a loucura e o espaço urbano, ou seja, a cidade como um lugar possível ao louco. O trabalho apresenta o Acompanhamento Terapêutico (AT) como uma clínica que se desprende da clínica tradicional, ortodoxa, fechada entre quatro paredes, e que se lança numa imersão pelo território da cidade acompanhando o sujeito-louco em seus percursos, buscando criar, junto com ele, vínculos, histórias, relações e possibilidades de existência. Através da participação e vivência no Projeto ATna-Rede – ligado ao Instituto de Psicologia da UFRGS, que opera como projeto de ensino, pesquisa e extensão em torno da prática do Acompanhamento Terapêutico – são analisadas as relações que se estabelecem entre os sujeitos em sofrimento psíquico e o corpo social, questionando a cidade em sua capacidade de acolher a diferença.

Mas que cidade é esta que está prestes a reencontrar o sujeito-louco? Em que aspectos a cidade é capaz de acolher a loucura e contribuir para a criação de novos laços sociais? De que maneira o Acompanhamento Terapêutico pode favorecer os princípios da Reforma Psiquiátrica? E de que maneira problematiza o próprio espaço urbano?

## DA RELEVÂNCIA / JUSTIFICATIVA

Considerando que as mudanças na forma de conceber a loucura, ocorridas em âmbito filosófico, político e social no decorrer da história, sempre refletiram no ato de conceber um espaço construído destinado a ela, também hoje, após um período de rupturas e mudanças no entendimento da loucura, busca-se captar as transformações pelas quais o espaço construído passou para responder aos ideais de cuidado e atenção em saúde mental que surgiram após a Reforma Psiquiátrica, bem como busca-se investigar a relação e a importância do espaço urbano inserido neste processo.

Apesar de estabelecidos conceitos para os equipamentos substitutivos e seu funcionamento, o espaço físico não foi abordado na sua base normativa. Desde a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica até 2013, não existiam diretrizes arquitetônicas para desenvolvimento de lugares/espaços de atenção à saúde mental de caráter antimanicomial, nem foram indicados modelos e tipologias arquitetônicas ideais, e nem sequer se definiram programas mínimos para as instalações físicas necessárias ao provimento da assistência. Essa lacuna, deixada em aberto pela legislação da Reforma Psiquiátrica, por um lado, salientou a forte intenção de não se criar um novo modelo fechado e universal que se reproduzisse de forma generalizadora e para que se buscassem soluções particulares a cada equipamento, levando em consideração fatores sociais, econômicos e culturais da região na qual se insere, considerando sua singularidade e complexidade. Por outro lado, a falta de diretrizes e orientações arquitetônicas na legislação, bem como a carência de estudos na intersecção entre as áreas da saúde mental e da arquitetura e urbanismo, gerou uma grande dificuldade na concepção, projeto e implantação desses novos equipamentos da loucura nas cidades. Um dos ris-



cos que ainda se apresentam é a repetição de um modelo arquitetônico manicomial, fechado em si, distante do contexto da cidade, reproduzindo ainda os mecanismos do dispositivo psiquiátrico e, portanto, incoerente com as novas propostas. Outro risco é a escolha de espaços físicos que não deem conta da demanda de usuários e atividades ali propostas, prejudicando o funcionamento do serviço.

O presente trabalho justifica-se pela urgência de se olhar para essas novas modalidades públicas de atenção que estão sendo desenvolvidas no país, cuja implantação vem se expandindo desde 2002, após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica. Os fatores espaciais, territoriais e arquitetônicos podem e devem contribuir para avaliar o espaço físico destinado à atenção da loucura e, através dos estudos de caso, se pode compreender a singularidade e o funcionamento de cada serviço, auxiliando para uma compreensão mais próxima da dinâmica espacial e das necessidades que este novo programa requer. Da mesma forma, se faz urgente problematizar não apenas a unidade do espaço construído, mas sim, a relação desta com o território no qual ela se insere, e a cidade como parte fundamental dos novos modos de relação com a loucura.

## DOS OBJETIVOS

Compreendendo que, de fato, estamos no meio de um processo de transformação gradual da concepção de lugares da loucura, objetiva-se a analisar, em um primeiro momento, a evolução da concepção da loucura e seus lugares de tratamento numa perspectiva histórica, passando pela Modernidade, e pelas rupturas que se sucederam no período pós-guerras, através das reformas psiquiátricas e na crítica ao modelo psiquiátrico clássico. Pretende-se elaborar um paralelo entre a ruptura ocorrida no âmbito da loucura com as próprias rupturas da arquitetura e urba-

nismo, que coincidem num movimento de crítica ao pensamento moderno.

Objetiva-se, também, investigar os espaços já propostos no processo de desinstitucionalização para problematizar a conexão do espaço físico com as novas perspectivas da Reforma Psiquiátrica. Propõe-se analisar, através de estudos de caso, os espaços físicos e as inter-relações sujeito-lugar que se dão no interior do espaço para capturar afecções e percepções dos protagonistas dos lugares da loucura e acompanhar os seus processos de produção de subjetividade.

Objetiva-se realizar uma cartografia no espaço arquitetônico do CAPS, onde serão sobrepostas leituras do espaço físico, real, existente, com o espaço afetivo, poético, subjetivo, percebido pelos sujeitos envolvidos na pesquisa. A partir dessa sobreposição, refletir sobre a referida espacialidade e verificar as suas potencialidades e fraquezas. Como o louco percebe o seu lugar de referência em cuidado e atenção? Qual é o papel do espaço arquitetônico no campo da saúde mental?

Ademais, para além da unidade do espaço físico dos serviços de saúde mental, através da vivência no Projeto ATnaRede e da prática do AT, objetiva-se mapear as relações da loucura com a cidade para acompanhar o processo do encontro com a diferença, problematizando tanto a restituição de um direito ao sujeito-louco e sua produção de novos modos de existência, como também problematizando a própria capacidade da cidade contemporânea em acolher a diferença.

## METODOLOGIA E ESTRUTURA DO TRABALHO

O estudo inicial deste trabalho consiste na revisão bibliográfica tangente ao tema da loucura e dos espaços físicos que a acompanharam no decorrer da história. Os três primeiros capítulos trazem a construção de bases teóricas, conceitos e contextualização da pesquisa para a apresentação dos estudos de

caso deste trabalho. Os temas da história da loucura, a arquitetura manicomial, as reformas psiquiátricas e os novos paradigmas da loucura, bem como os novos equipamentos de saúde mental contemporâneos são apresentados e aprofundados.

Posteriormente são apresentados os dois estudos de caso. No quarto capítulo é apresentado o primeiro estudo de caso que permeia a temática do espaço construído como lugar da loucura.

O critério para a escolha do caso que se refere ao espaço construído como lugar da loucura a ser pesquisado considerou os equipamentos de saúde mental, na cidade de Porto Alegre, que caracterizem o CAPS tipo II: “serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, para municípios com população com mais de 70 mil habitantes” (BRASIL, 2004), que tivessem estrutura independente de hospitais. A escolha desses equipamentos justifica-se pela proposta da Reforma Psiquiátrica, que elege o CAPS como dispositivo estratégico para o processo de desinstitucionalização e que tem papel fundamental na articulação e no tecimento das redes de saúde mental. O serviço escolhido foi o CAPS Cais Mental Centro, por se enquadrar nos requisitos mencionados acima e por ter sido apresentado à pesquisadora como um serviço referência na cidade de Porto Alegre.

As etapas deste estudo de caso combinam coleta e produção de dados. Para a coleta de dados da dimensão física do espaço foram executados o levantamento de projetos arquitetônicos originais do edifício onde está hoje implantado o CAPS; o levantamento do histórico e de dados das pré-existências e do seu contexto próximo; o levantamento *in loco* das atuais configurações arquitetônicas do serviço, gerando plantas baixas, cortes, fachadas, perspectivas, etc.; e o levantamento fotográfico. Para sobrepor a dimensão física do espaço com a dimensão afetiva do mesmo foi necessário que houvesse uma

produção de dados, para a qual foram realizadas diversas visitas ao serviço; entrevistas com usuários e profissionais; participação nas atividades do serviço, aplicação de um questionário aos usuários e profissionais do serviço para captar as percepções e afecções dos mesmos com relação ao espaço; e, acompanhando todo este processo, a elaboração de um diário de campo. Em outra etapa são sobrepostas as informações coletadas e produzidas, de espaço físico e espaço afetivo do campo pesquisado, e, com base no conjunto conceitual construído na primeira etapa, são analisadas as informações coletadas em campo. No que diz respeito ao espaço físico, serão avaliadas questões de organização espacial, conforto ambiental, funcionalidade, iluminação, habitabilidade e possíveis inconformidades com as legislações. No que diz respeito ao espaço afetivo, são avaliadas, conforme o conceito de acolhimento e hospitalidade, as relações dos usuários com o espaço, traduzindo as impressões afetivas, as potencialidades e carências dos espaços da loucura.

No quinto capítulo é apresentado o segundo estudo de caso, que permeia a temática do espaço da cidade como lugar da loucura. Na participação do Projeto ATnaRede, a pesquisadora se implica como acompanhante de um sujeito-louco em percursos pela cidade. Nesse processo, o caminhar e o narrar se transformam em um método e, invocando sempre o corpo como participante ativo desse processo, vêm gerar uma cartografia do corpo, ou seja uma corpografia, que resulta da experiência espaço-temporal que o corpo acompanhante e o corpo acompanhado processam na cidade ao se relacionarem com ela e com tudo o que faz parte do seu ambiente. Este método resulta na implicação da pesquisadora também como sujeito e, portanto, é um método que convoca a abrir mão de recursos como a imparcialidade e a neutralidade para estar próximo dos fluxos, linhas e forças que compõem um mapa de determi-

nado território, seja ele físico ou existencial. Antes de pretender representar um cenário estático e objetivo, a corpografia do AT se desenha ao mesmo tempo em que se acompanham os movimentos do corpo e de transformação da paisagem, assumindo assim a complexidade, acompanhada de suas incertezas, problemas e contradições, as quais se busca integrar, e não excluir da própria experiência de pesquisa.

A EVOLUÇÃO DO  
CONCEITO DE **LOUCURA**  
E DOS **LUGARES**  
DESTINADOS À ELA

1



Não é incomum que a nossa sociedade contemporânea ainda reproduza e naturalize uma visão sobre a loucura como um objeto da ciência médica, condicionada sob um único rótulo de “doença mental”. Essa visão é uma herança da psiquiatria clássica, que teve, a partir do século XIX, a posse exclusiva do discurso sobre a loucura, quando, para poder analisar e tratar, distanciou-se do sujeito portador de sofrimento psíquico e atribuiu-lhe o caráter de objeto. Sob tal atribuição, o louco se constituiu como sujeito juridicamente incapaz, como perturbador do grupo social e que, portanto, deveria ser interditado, confinado e tratado longe do convívio social. O discurso psiquiátrico, como um discurso de saber e, logo, como um instrumento de poder, foi sendo assimilado pela nossa cultura, adquirindo assim um estatuto de verdade inquestionável. A partir de então, e por muito tempo, a história da loucura, sob a ótica da ciência e do saber médico, foi contada como uma história linear da doença mental. (FOUCAULT, 2000)

No entanto, nem sempre aquilo que convencionou-se chamar de loucura significou doença. Desatino, alienação, doença mental, sofrimento psíquico não foram pensados de maneira uniforme, nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal. É particular da cultura, em cada período da história da humanidade, atribuir à loucura uma função diferente, e também inventar um modo específico de ser louco (PELBART, 1989). O conceito de loucura é, antes de tudo, uma construção social, e tem sua definição permeada por aspectos culturais que se transformam ao longo das épocas. Nesse sentido, “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal” (FOUCAULT, 1975, p. 49).

Cada sociedade determina seus próprios conceitos de normalidade e, conseqüentemente, designa como anormal tudo aquilo que escapa aos modelos vigentes, que foge aos padrões estabelecidos, ou seja, aquilo que está fora da norma. Portanto as origens

do que se define por doença mental encontram-se numa certa relação, historicamente situada, do homem com a diferença. Na condição do diferente, o louco é sempre um outro em relação a outros e, estes por sua vez, sujeitos do conhecimento. Portanto o louco, estranho por natureza, diferença pura, simulacro da razão, só é louco aos olhos de um terceiro que pode distingui-lo. (FOUCAULT, 2000)

Com o passar dos séculos, não só a percepção e as definições de loucura sofreram transformações, mas também o modo pelo qual esta foi sendo apropriada pela razão. A experiência da loucura no mundo ocidental, antes do século XIX, mostrou-se bastante polimorfa e exuberante, a cada momento histórico, antes que a loucura fosse confiscada ao rótulo exclusivo de “doença mental”. Através da história, é possível compreender essas transformações e acompanhar o processo de confisco da loucura pela razão que leva até sua transformação em doença e sua conseqüente condenação ao isolamento asilar. (PELBART, 1989; FOUCAULT, 1975; 2000<sup>2</sup>; PESSOTTI, 1994)

Ao longo da história, a forma como cada sociedade percebeu e lidou com a loucura sempre imprimiu seus reflexos e expressou-se nos espaços construídos dedicados ao louco. A evolução da concepção de loucura sempre foi acompanhada pelas transformações ocorridas em âmbito arquitetônico, já que sempre houve a necessidade de um espaço físico que pudesse abrigar as diferentes atividades desenvolvidas em torno à loucura e ao louco, nos diversos períodos da história. Nesse sentido, a arquitetura se torna uma peça fundamental para somar-se à trajetória da loucura, já que, colocando-se como uma cúmplice silenciosa, evidencia as práticas destinadas a ela, suas condições e transformações em cada período.

A arquitetura, ao passo que cria espaços para as relações entre as pessoas, adquire uma estreita relação com a vida humana e

2. A obra *História da Loucura na Idade Clássica (Histoire de la folie à l'âge Classique)*, é a tese de doutorado do pensador francês Michel Foucault defendida em 1961. Essa obra permeia todo o percurso histórico que traçamos neste capítulo, pois, no livro em questão, Foucault (2000) historiciza criticamente a constituição do saber sobre a loucura e sua submissão à razão pelo internamento. São analisadas as distintas formas de percepção da loucura e as práticas dos séculos XV a XIX que levaram à exclusão dos loucos do convívio social. Na obra, o autor evidencia a transformação da loucura em doença mental, o deslocamento dos poderes que atuam sobre os loucos, e o conseqüente “lugar” ao qual são condenados e entregues pela sociedade.

vincula-se intimamente com as próprias relações e o desenvolvimento da civilização. Desse modo, não pode existir uma história da arquitetura dissociada da história da sociedade, bem como uma história dos lugares da loucura dissociada da própria história da loucura. Todo espaço construído surge em um contexto social, político e econômico, e toda obra é o resultado de decisões políticas e dos conflitos de interesse dos diversos atores sociais, e sempre carrega, de uma forma ou de outra, um peso ideológico. Portanto, os espaços construídos podem ser considerados um espelho do que é, pensa e faz um determinado grupo de pessoas enquanto estrutura social. Assim se compreendem todas as razões pelas quais a arquitetura acompanha as trajetórias, a evolução e as ideologias da humanidade. (MONTANER, 2007; MONTANER; MUXÍ, 2012; TAFURI, 1985)

Direta ou indiretamente, a sociedade influencia na arquitetura de muitas maneiras, mas principalmente pedindo satisfação construtiva para certos usos que, por serem típicos da estrutura social de determinados momentos, produzem soluções espaciais e arquitetônicas, que vão modificando-se ao longo do tempo para responder às mudanças nas condições sociais. As formas da arquitetura são consideradas, no processo histórico, como testemunhas de uma época e da sua cultura, afirmando-se assim a relação dialética entre arquitetura e sociedade, as quais se condicionam numa relação recíproca: por um lado, a arquitetura sempre é executada sobre uma base social existente, por outro, contribui para dar forma a essa sociedade, e caracterizá-la. (TEDESCHI, 1978)

Consequentemente, a arquitetura, estando profundamente implicada no processo político da sociedade e nos espaços da vida comunitária, está diretamente ligada ao exercício do poder, para o qual o espaço é fundamental (FOUCAULT, 2011a). Ao longo da história, percebemos que o papel da arquitetura, entre tantos outros, foi servir aos po-

deres instituídos ao refletir em seu programa as visões predominantes no quadro político existente. A arquitetura sempre reproduziu, seja na sua linguagem nobre, seja na sua linguagem popular, as desigualdades induzidas pelas relações de subordinação e dependência. Sob esse ponto de vista, a arquitetura é o produto fiel da sociedade dominante, e representa um meio pelo qual as instituições podem manifestar e solidificar a sua presença na sociedade. O arquiteto, projetando as imagens de instituições sociais, traduz essa estrutura econômica e política da sociedade em edifícios. (TSCHUMI, 1998).

Dessa forma, a arquitetura dos lugares da loucura revela-se, em cada período, não apenas como testemunha das formas como o louco foi percebido pela sociedade, mas também como evidência das relações de poder que são intrínsecas à trajetória da loucura na história, sobretudo no momento em que ela é apropriada por uma instituição disciplinar, adquirindo um lugar próprio. Cada gesto arquitetônico é um condicionante da vida humana que ali há de habitar. A arquitetura dos lugares da loucura, sejam eles de natureza ritual, terapêutica ou mesmo de mera exclusão, ajudam a compreender os processos de transformação da percepção da loucura, pois serviram-lhe de base para o seu desenvolvimento, determinando os seus ambientes de ação, delimitando e sustentando as relações estabelecidas entre os indivíduos, influenciando seus hábitos e o movimento de seus corpos, formando a percepção do espaço e expressando significados da cultura de um tempo.

Sendo assim, essa reflexão visa reconstruir a trajetória da percepção da loucura desde a Grécia Antiga até os dias em que foi apropriada pela psiquiatria e considerada como uma doença, enfocando, principalmente, nos períodos onde ocorreram mudanças significativas, e enfatizando o desenvolvimento dos lugares destinados a ela.

## LOUCURA NA ANTIGUIDADE CLÁSSICA: A LOUCURA RITUAL, O TEATRO E OS TEMPLOS DA CURA

Isaías Pessotti, em seu livro *A loucura e as épocas* (1994), nos traz uma rica análise de textos poéticos de algumas obras gregas que retratam a expressão das diversas modalidades da experiência da loucura na Grécia Antiga. Esses textos constituem-se de fontes consistentes sobre o conceito de loucura no período antigo, sob o ponto de vista da arte e literatura. Acrescentando-se a esta análise, na obra *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura* (1989), de Peter Pál Pelbart, há uma justaposição da experiência da literatura à filosofia. Através desses dois autores, podemos perceber três diferentes abordagens da experiência da loucura na Grécia Antiga: uma místico-religiosa, uma passional e uma organicista. Por fim, examinamos o pensamento grego acerca da loucura através da filosofia de Platão, que permite uma visão múltipla, incluindo as três abordagens anteriores.

Através das obras de Homero e Hesíodo, no período anterior ao século V a.C., encontram-se as evidências de que, para os gregos, tudo o que acontecia na vida do homem era definido pela vontade dos deuses e seus “caprichos”. A loucura seria, então, a partir dessa perspectiva mitológica, um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não fossem contrastados pela vontade dos homens. A loucura estava exterior ao homem e era, portanto, produto de alguma interferência divina. Na poesia de Homero, o conceito de loucura articula-se com a desrazão, com a perda do controle consciente sobre si mesmo ligada à obra de deuses ou de outras entidades. Mediante a interferência dos deuses sobre o pensamento e ação dos homens, justifica-se a ocorrência de comportamentos que revelam desequilíbrio, destemperamento, exacerbação. (PESSOTTI, 1994)

Séculos mais tarde, diversos elementos fundamentais da concepção homérica serão substituídos ou transformados no enfoque dado à loucura pelos grandes poetas trágicos, Ésquilo (525-456 a.C.), Sófocles

(496-406 a.C.) e Eurípides (485-406 a.C.). A concepção da arte e literatura baseada na tragédia negava a loucura exterior, das epopeias homéricas, e a caracterizava como resultado de conflitos interiores: da luta entre vontade individual e destino, da rivalidade no amor, entre outros. As forças que acometiam os indivíduos deixaram de ter sua justificação apenas pela vontade dos deuses e passaram a ser entendidas também como forças da própria natureza humana: paixão, vergonha, culpa, dor. Na obra de Eurípides, principalmente, encontraremos uma concepção da loucura como resultado da força e dos conflitos das paixões humanas. (PESSOTTI, 1994)

Diferentemente da concepção homérica e trágica, os escritos de Heródoto, historiador grego, revelam uma outra visão da loucura, como sendo esta causada por eventos naturais e físicos, capazes de alterar a atividade psíquica do ser humano. Através da figura de Hipócrates (460-370 a.C.) temos a terceira abordagem da loucura na Grécia Antiga. Nela, há uma recusa de explicação mitológica da vida e das doenças do homem, sejam elas mentais ou físicas. Hipócrates reconhece nos processos orgânicos o domínio sobre o funcionamento da razão e da vontade, e por isso pode ser considerado o pioneiro do organicismo. Para ele, a loucura deriva do desequilíbrio entre os quatro humores do corpo: o sangue, a fleuma, a bílis amarela e a bílis negra, cada um dos quais relacionado com um órgão particular do corpo: o coração, o cérebro, o fígado e o baço. Um desequilíbrio na produção desses humores, especialmente a bílis negra, poderia desencadear não somente males físicos, como também diversas formas de loucura. (ROSEN, 1980)

A filosofia grega, por sua vez, permitiu aos gregos pensar a respeito da loucura diferentemente do que era pensado nas narrativas épicas homéricas, e que também se diferenciava da concepção de loucura desenvolvida nas tragédias. Sem deixar de passar



Figura 1. Dionísio. Cerâmica, século V a.C.  
Fonte: <http://www.mythesgrece.com/2bgallimg/dionysos/dionysos-94.jpg>

3. PLATÃO. *Fedro*. In *Oeuvres Complètes*, trad. Léon Robin, Paris, Gallimard, 1950; e PLATÃO. *Fedro*. In: Diálogos, trad. de Jorge Paleikat, Rio de Janeiro: Ediouro, 1981.

4. A Pitonisa (serpente) era a sacerdotisa do templo de Apolo, em Delfos, na Antiga Grécia, situado nas encostas do monte Parnasso. A pitonisa era amplamente renomada por suas profecias inspiradas pelo deus Apolo. As profecias lhe davam uma importância pouco comum para uma mulher no mundo dominado pelos homens da Grécia Antiga. O oráculo delfico foi fundado no século VIII a.C., e sua última resposta registrada ocorreu em 393 d.C., quando o imperador romano Teodósio I ordenou que os templos pagãos encerrassem suas operações. Até então o oráculo de Delfos era tido um dos mais prestigiosos e fiáveis oráculos do mundo grego.



pela visão organicista, a abordagem da filosofia sobre a loucura reúne as visões místicas e passionais e é considerada por Pélbart (1989) como expressão das diversas modalidades da experiência da loucura na Grécia Antiga. Para ele, Platão, enquanto expoente da cultura grega, concebia as diversas modalidades de loucura como legítimas e vizinhas da razão grega, numa relação que, segundo ele, nossa história mistifica ou invalida.

Segundo Pelbart, Platão aborda a questão da loucura da forma mais extensa e explícita na obra *Fedro*<sup>3</sup>. Segundo Platão, “a loucura é para nós a fonte dos maiores bens, quando ela é efeito de um favor divino” (PLATÃO, 1981, p. 244, apud PELBART, 1989, p.23). Para Pelbart, não poderia haver elogio mais categórico à loucura.

A atitude platônica em relação à loucura é discriminada e complexa, pois privilegia nitidamente a loucura divina entre as demais loucuras, e, desta, distingue a “boa” loucura da “má”. A primeira, segundo Platão (apud PELBART, 1989), é efeito de um favor divino, a segunda seria proveniente de um castigo dos deuses. Platão discrimina a loucura em dois grandes gêneros — a loucura humana e a divina. A primeira, produzida por doenças humanas, permite explicar as perturbações do espírito pelo desequilíbrio do corpo e, segundo Pelbart, é uma visão ligeiramente organicista de Platão. A segunda é aquela “que por uma revulsão divina nos tira dos hábitos cotidianos” (PLATÃO, 1981, p. 265, apud PELBART, 1989, p.23): a loucura divina, que subdivide-se nas quatro espécies seguintes, correspondentes, cada uma delas, a uma divindade específica: a loucura profética (Apolo), a ritual (Dionísio), a poética (as Musas) e a erótica (Afrodite). Dessa série, para Pelbart, a mais bela seria a última, pois, segundo ele, leva à filosofia. No entanto, o autor nos traz uma rica análise dois primeiros tipos de loucura: a loucura profética e a loucura ritual.

Na loucura profética, o discurso oracular da pitonisa<sup>4</sup>, que, em transe, está possuída

por um deus, diz a palavra divina e do destino. Platão associa delírio ou loucura (*mania*) à arte divinatória (*mantike*). Os termos “divinatório” e “delirante” eram nomeados por uma mesma palavra na Grécia Antiga, e, segundo Pelbart, isso ocorria porque eram uma única coisa. Para Platão (apud PELBART, 1989) é preferível o delírio que vem de um deus, e que se constitui em uma profecia, ao bom senso de origem humana. Para Pelbart, a partir do delírio e da loucura como horizonte comum, teria se destacado algo como a sabedoria, que mais tarde daria origem à filosofia. Essa curiosa genealogia nos mostra a dimensão de verdade e saber contidas na loucura grega. A loucura profética produz algo que é da ordem do saber, que passa sempre por uma linguagem desarrazoada, mas que, nem por isso, o desqualifica. Pelbart explica que, para os gregos, da desrazão à razão não há exclusão, e sim um movimento de ida e volta, uma relação de continuidade.

O segundo tipo de loucura sagrada mencionado por Platão é a ritual, que se refere ao culto dionisíaco. Dionísio (*figura 1*), em diferentes épocas e lugares da Grécia, era o deus do vinho, da fecundidade, da caça, da música, da alegria ou da vida, e, onde quer que fosse celebrado, seu culto apresentava um caráter de exaltação e excesso. Dionísio era conhecido por ser o deus que leva as pessoas a se comportarem como loucas. A loucura ritual dionisíaca diz respeito ao exterior do sujeito e às forças do mundo, é sobretudo feminina, coletiva, catártica, liberadora, festiva, e associada aos ciclos agrícolas.

Pelbart (1989) nos conta que houve diversas modalidades de ritual báquico, ou dionisíaco, e dentre eles se destaca o culto onde aparecem as figuras das *Mênades*, ou *Bacantes*. Uma das funções desse tipo de culto dionisíaco é a “cura” da loucura pelo ritual da dança orgiástica, que acontecia ao som extasiante de tambores e flautas. Nesse ritual, bem como em todas as manifestações da *mania* na Grécia Antiga, o louco está pos-

Figura 2. Dionísia Urbana. Detalhe de cerâmica representando Dionísio e o coro satírico.

Fonte: <http://courses.missouristate.edu/ECarawan/images/SatChor.jpg>

suído por um *daimon*, que quer dizer força divina, e essa presença de deus o torna sagrado. Segundo Pelbart, no processo desse ritual, a loucura era “exorcizada” através da catarse provocada pela loucura coletiva. Era através da música que se chegava a um diagnóstico, em função da reação do louco ao tambor e à flauta. A “cura” consistia no alívio proporcionado pela dança, que acontecia apenas se houvesse a identificação com o deus causador de tal estado alterado. A “cura” não resultava na expulsão do deus, mas consistia na reconciliação do sujeito com a divindade que o molestava. Essa modalidade de tratamento foi condenada pela medicina hipocrática, o que, no entanto, não impediu que essas práticas proliferassem e constituíssem parte respeitável do cotidiano grego.

Nas modalidades desse culto há sempre a valorização da embriaguez dos sentidos e de um gosto pelo excesso. O êxtase dionisíaco não é só da ordem da exaltação e do júbilo. É inquietante, e na sua revulsão libera forças obscuras que o senso de equilíbrio grego considerava como terríveis. No entanto, segundo Pelbart (1989), seria um erro conectar as noções de *mania* e doença mental, a começar pelo termo “doença”, impróprio para designar uma experiência que aos olhos dos gregos não caía no domínio exclusivo da medicina, e o termo “mental”, que a psicologia entende como uma interioridade estruturada, e, no caso da doença, alterada, que os gregos desconheciam por completo.

Como sugerem os trágicos gregos, os filósofos e os historiadores que mencionam tais rituais em suas obras, o acontecimento do culto dionisíaco se dava em lugares abertos, em contato com a natureza para que se estabelecesse o contato com a divindade. Não há, contudo, informações que permitam saber ao certo se para esses rituais havia uma estrutura espacial concreta, determinada por elementos físicos e arquitetônicos. Pode-se, no entanto, afirmar que havia uma apropriação espacial através do movimento dos cor-

pos e da música entoada. Se de fato não era necessária uma estrutura física e arquitetônica para as práticas rituais, eram os próprios corpos que se tornavam responsáveis por criar, moldar e delimitar um espaço mental transcendental, onde a música e os movimentos exerciam o papel de preencher, dar volume e vitalidade ao acontecimento ritual. Contribuindo para essa análise, Fuão (2003), sobre o sentido do espaço, nos explica que o corpo, sendo a principal referência espacial, é o principal responsável pela compreensão do espaço, e o espaço, por sua vez, funciona como a extensão do corpo, passando a existir a partir do sujeito que o percebe. Os corpos em êxtase do ritual da loucura divina davam existência a lugares onde eles próprios podiam existir e, tomados pelo entusiasmo, isto é, tendo o “deus dentro de si”, reconciliavam-se com ele através da música e dos movimentos.

Pelbart (1989) também nos apresenta o que ele considera como o mais simples e primitivo dos rituais dionisíacos, a *Pequena Dionísia* ou *Dionísia rural*:

Uma procissão rústica, encabeçada por uma ânfora de vinho, um sarmento de vinha, um bode, um cesto de figos e um falo, conta Plutarco. A procissão e ao sacrifício seguiam-se copiosas libações, jogos populares, danças grotescas, máscaras, diálogos cômicos, trocas de injúrias e anedotas, num ambiente de ruidosa euforia. (PELBART, 1989, p. 33)

Essas festas foram se ampliando e deram origem às *Grandes Dionísias*, ou *Dionísias Urbanas* (figura 2), cujo surgimento coinci-



Figura 3. Teatro Dionísio na Acrópole de Atenas  
 Fonte: Elaboração da autora. A partir de: [http://it.wikipedia.org/wiki/Acropolis\\_di\\_Atene](http://it.wikipedia.org/wiki/Acropolis_di_Atene)  
 Figura 4. Teatro de Dionísio. Planta baixa.  
 Fonte: <http://www.personal.psu.edu/kvl5099/greek5.jpg>

diu com o apogeu político, intelectual e artístico de Atenas, e, de todas as festas báquicas, parece ter sido a mais brilhante. Com o tempo, as festas dionisíacas foram ficando cada vez mais elaboradas, quando surgiram os diretores de coro, os organizadores de procissões. Os participantes cantavam, dançavam e apresentavam diversas cenas das peripécias de Dionísio em procissões urbanas. (PELBART,1989)

Foi justamente a partir dessas manifestações que surgiu o teatro grego. Nos primórdios do culto a Dionísio, as autoridades não aprovavam os festejos, entre outras razões, porque eram as vítimas das sátiras. Símbolo do caráter catártico, os festejos dionisíacos, além de serem uma teatralização coletiva, serviam como um acerto de contas do povo com os seus governantes, ainda que metaforicamente. Apesar de ter sido por muito tempo uma manifestação reprimida pelo Estado grego, no século VI a.C., Pisístrato, o tirano de Atenas, oficializou o ritual e dedicou-lhe um templo na Acrópole: o teatro Dionísio.

O teatro grego constituiu a primeira manifestação em escala grandiosa da arquitetura grega.

A arquitetura do teatro grego estava, de modo geral, situada em uma topografia onde pudessem ser aproveitados os declives de suas encostas, montanhas e colinas de pedra, para servirem de suporte às arquibancadas. A visibilidade e a acústica eram perfeitas, garantidas em parte pela implantação na topografia, em parte pela sua forma geométrica, de tal maneira que, em qualquer fileira, poder-se-ia ver os atores e ouvir perfeitamente as suas vozes. Inicialmente as fileiras eram feitas de madeira, mas a partir do século IV a.C. passaram a ser construídas em pedra, com capacidade para acomodar toda a população da cidade onde estivesse implantado, o que revela a importância adquirida por esse tipo de edifício.

O Teatro de Dioniso (figuras 3 e 4), situado na encosta sul da Acrópole de Atenas, foi o mais importante dos teatros da Grécia Antiga. Berço do teatro ocidental e da tragédia, foi o local onde se apresentaram as célebres tragédias clássicas de Ésquilo, Sófocles e Eurípedes, que, entre outros temas, retratavam a loucura. Este teatro se tornou o protótipo para todos os demais teatros na Grécia Antiga.

O teatro grego era composto por três setores principais: O *theatron*, ou plateia; a *skene*, ou palco-camarim; e a *orkhestra*, espaço circular central destinado às evoluções do Coro (figuras 5 e 6). O *theatron*, geralmente desenvolvido em forma semicircular,

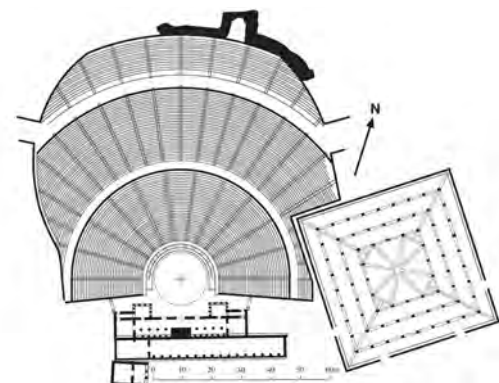
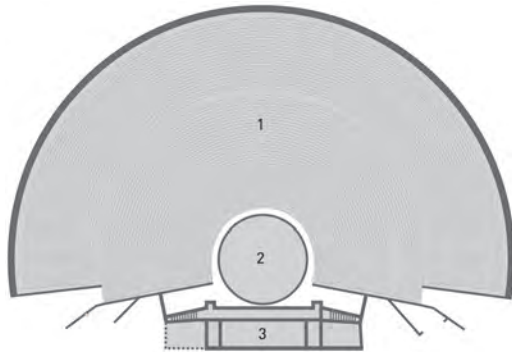
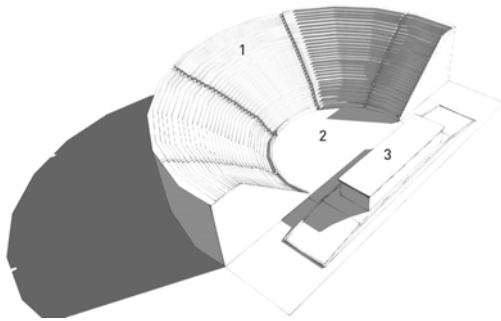


Figura 5. Distribuição espacial do teatro grego. Planta baixa.  
 Fonte: Elaboração da autora. A partir de: <http://www.cawbi.com/upload/1109171049276427.jpg>  
 Figura 6. Teatro grego. Perspectiva  
 Fonte: Elaboração da autora



1-Theatron (plateia)  
 2-Orkhestra (coro)  
 3-Skene (palco-camarim)



possuía como foco visual o centro da *orkhestra*, e não a *skene*, onde desenvolvia-se a ação propriamente dita. Esta configuração arquitetônica demonstra a importância da intervenção do coro, que estava ligada inseparavelmente à função catártica do drama grego. O coro no teatro representa, em suas origens, o sentimento do coletivo que deu início à manifestação teatral na Grécia. Portanto, a arquitetura do teatro grego revela uma relação entre o papel desempenhado pelo coro e a organização da sociedade grega, na medida em que enfatiza a opinião do cidadão, como uma espécie de interface entre os atos divinos e o espectador. (DANCKWARDT, 2001)

A distribuição espacial da arquitetura do teatro grego promovia uma relação de comunhão entre intérpretes e público, estabelecendo-se como espaço de representação adequado para promover a catarse trágica, pois a própria disposição do público à volta da

Figura 7. Asclépios. Gravura. (Londres, 1860?)  
 Fonte: [http://www.nlm.nih.gov/hmd/greek/popup/images/asclepius\\_detail.jpg](http://www.nlm.nih.gov/hmd/greek/popup/images/asclepius_detail.jpg)

*orkhestra* aquecia o espetáculo, promovendo esta relação interativa. O espetáculo teatral grego era um acontecimento que revelava toda a simbologia ritualística que remonta às suas origens, a *Dionísia Urbana*.

A partir disso, pode-se afirmar que o teatro grego tenha continuado a funcionar como um ritual, e pode ser considerado como uma espécie de terapêutica coletiva, na medida em que era catalisador das emoções dos espectadores. A multidão reunida no teatro não era meramente espectadora, mas participava ativamente do ritual teatral, inseria-se na esfera dos deuses e compartilhava o conhecimento das grandes conexões mitológicas. No espetáculo teatral, portanto, a loucura era uma manifestação que podia ser expressa através da arte. Para Pessotti (1994), o teatro, a loucura e a explosão devastadora do desejo reprimido, em forma de tragédia, andam juntos desde a Antiguidade.

A experiência da loucura na Grécia Antiga apresenta também, além das visões míticas e passionais, uma abordagem médico-religiosa que posteriormente adquiriu um caráter científico e organicista. Além dos rituais da loucura divina dionisiaca, havia as práticas em santuários que dedicavam-se à cura dos males do corpo e da mente.

Os santuários *Asklepieia*, que passam a existir a partir do século V a.C., eram consagrados ao deus Asclépios (figura 7), cuja popularidade deve-se principalmente à sua função, pois era conhecido como o deus da cura (MIQUELIN, 1992).

Os *Asklepieia* geralmente se estabeleciam em lugares salubres e agradavelmente situados, estando próximos a uma fonte de água doce ou ao mar, pois a água sempre teve relação direta com o desenvolvimento do culto, onde desempenha um papel fundamental como o componente catalisador da cura e intermediador da purificação no processo de tratamento do paciente. A arquitetura característica desses lugares sagrados, em cada uma das regiões em que se desenvolveram,





5. UNESCO. Sanctuary of Asklepios at Epidaurus. Disponível em <<http://whc.unesco.org/en/list/491>>. © UNESCO World Heritage Centre 1992-2013. Consulta: 19/03/2013.  
6. Ibidem. Op. Cit.

refletia uma intenção médica, ainda que se mantivesse um comportamento religioso. (MIQUELIN,1992; KOCH, 2012)

Os *asclepiades*, médicos-sacerdotes descendentes de Asclépios, acreditavam na cura pela harmonia e equilíbrio da relação entre corpo (*soma*) e alma (*psyque*), e executavam os rituais nos santuários de acordo com essa crença. Antes de serem aceitos no templo, os doentes que procuravam o santuário passavam por um rito preliminar de acolhimento, chamado de processo de preparação, quando eram submetidos às práticas de purificações que incluíam banhos corporais, unções e jejuns. Após ser aceito pelos sacerdotes, o enfermo era convidado a pernoitar no santuário, processo chamado de “incubação”, que consistia em dormir e sonhar. Durante a noite, através dos sonhos, acreditava-se acontecer o contato entre a divindade e o enfermo. Na manhã seguinte, os sacerdotes faziam a interpretação dos sonhos e submetiam os pacientes a prescrições determinadas. Os tratamentos prescritos por Asclépios eram frequentemente inofensivos, mas em certas circunstâncias eram prescritas fortes sangrias, cicuta, vomitórios e purgativos. Os doentes curados faziam quase sempre oferendas e deixavam os ex-votos ou ainda jogavam peças de ouro ou prata na fonte. (MIQUELIN,1992; KOCH, 2012)

Considerado o primeiro santuário de Asclépio e a partir do qual o culto se difundiu por toda a Grécia, o *Asklepeion* de Epidaurro situa-se em um vale rodeado por cumes rochosos cobertos pela vegetação escassa do mediterrâneo, a trezentos metros acima do mar. Um caminho sagrado cobre os nove quilômetros que separam a *polis* de Epidaurro do santuário, entre os bosques de oliveiras e pinheiros silvestres (*figura 8*).<sup>5</sup> O Santuário (*figura 9*) abrigava diversos edifícios, entre eles o Templo de Asclépio, o *Tholos*, o *Enkoimeterion* (onde os doentes pernoitavam e aguardavam suas curas), as Termas de Asclépio, e um núcleo cultural, composto

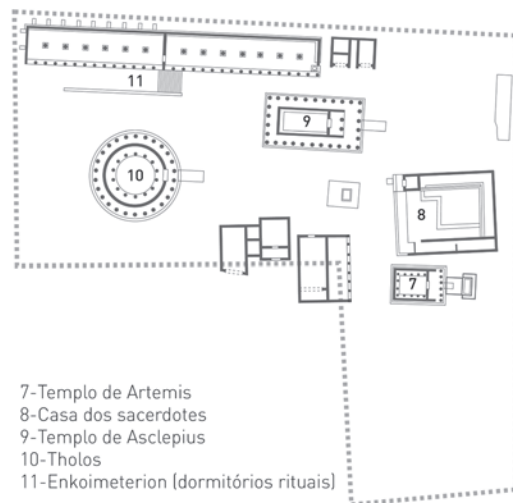
Figura 8 e 9. Santuário de Epidaurro. Implantação e Plantas baixas. Fonte: Elaboração da autora. A partir de: <http://www.discusmedia.com/pictures/maps/000/00/ml/0024729m.jpg>

por ginásio, *palaestra*, estádio e o Teatro.<sup>6</sup>

Os enfermos que chegavam a Epidaurro percorriam o caminho sagrado até chegarem às portas do recinto do Santuário. Ficavam alojados no *Enkoimeterion*, edifício de dois



- |                              |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1-Teatro                     | 11-Enkoimeterion (dorm. rituais) |
| 2-Xenon (hóspedes)           | 12-Fonte                         |
| 3-Termas                     | 13-Termas e Biblioteca           |
| 4-Gymnasium                  | 14-Stoa                          |
| 5-Palaestra                  | 15-Termas romanas                |
| 6-Templo dos deuses Egípcios | 16-Templo de Afrodite            |
| 7-Templo de Artemis          | 17-Cisterna                      |
| 8-Casa dos sacerdotes        | 18-Mainson                       |
| 9-Templo de Asclepius        | 19-Propylaia                     |
| 10-Tholos                    | 20-Stadium                       |
|                              | 21-Albergue para atletas         |



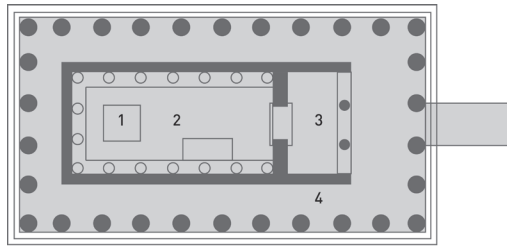
- |  |
|--|
| 7-Templo de Artemis                    |
| 8-Casa dos sacerdotes                  |
| 9-Templo de Asclepius                  |
| 10-Tholos                              |
| 11-Enkoimeterion (dormitórios rituais) |

Figura 10. Templo de Asclépio. Planta baixa.

Fonte: Elaboração da autora. A partir de: <http://classics.unc.edu/courses/clar244/EpidAsTPL.jpg>

Figura 11 e 12. Templo de Asclépio. Fachada e Seção.

Fonte: <http://ibm.nlm.nih.gov/luna/servelet/view/all/what/Temples/>



- 1- Altar de Asclépius
- 2- Naos
- 3- Pronaos
- 4- Peristilo



andares, de setenta e seis metros de lado, dotado de cento e sessenta quartos em redor de quatro pátios.<sup>7</sup>

O culto a Asclépio realizava-se no Templo do Deus (figuras 10, 11, 12), centro do santuário. De geometria retangular e volumetria prismática, o típico templo grego é composto por três elementos: base (plataforma que serve para nivelamento do terreno), colunas (sistema de elevação e suporte da cobertura) e entablamento (elemento superior e de remate, constituído pela arquitrave, pelo friso e pela cornija, encimada pelo frontão triangular), onde se apoia a cobertura em duas águas. O Templo de Asclépio possui distribuição períptera das colunas (são completamente distribuídas ao redor do templo), de estilo dórico, com seis colunas no frontão e onze nos lados. A sua planta era composta por um recinto e por um pronaos com duas colunas *in antis* e não possuía opistódomos. A estrutura era composta por elementos em pedra sem rejunte em um sistema trilitico, ou seja, constituído por dois elementos de suporte vertical (colunas) e um elemento de suporte horizontal (arquitrave). A pavimentação alternava mármore branco e preto

Figura 13, 14 e 15. Tholos. Planta baixa, Perspectiva e Fachada.

Fonte: <http://www.gottwein.de/Hell2000/epid002.php>

produzindo um efeito estético de oposição de cores. No interior do recinto encontrava-se a estátua de Asclépio feita em ouro e marfim, que representava o deus sentado, acariciando com a mão a cabeça de uma serpente; e junto ao trono está encostado um cão. A característica templária desse edifício pode ser associada a uma decisão para monumentalizar o local dos ritos e afirmar o culto a Asclépios como um emblema, a manifestação concreta de poder e prestígio.<sup>8</sup>

Mais adiante encontra-se o *tholos* (figuras 13, 14, 15), uma edificação circular em mármore branco composta por um grande número de colunas sobre as quais se inscreviam o nome do doente curado pelo deus, o nome da doença, e a maneira como havia sido tratada. Tanto o templo como o *tholos* guardavam as oferendas dos doentes que chegavam ao santuário para se curarem e para se oferecerem ao deus.<sup>9</sup>

A importância do espaço dos santuários de Asclépio não se restringe unicamente à questão médica ou religiosa, o espaço de culto abriu-se para as mais variadas expressões humanas, típicas da sociedade grega na antiguidade. Vinculadas ao culto de Asclépio, tinham lugar, no mesmo santuário, manifestações socioculturais como os desportos, o canto, a dança, o teatro. O ritmo da música, da dança e da poesia era utilizado por seu alto valor tranquilizante e seu efeito terapêutico imediato sobre a alma e o corpo. Mas, além do seu caráter terapêutico, no núcleo cultural do santuário, eram realizados grandes festivais que passaram a integrar de forma relevante a sociedade grega. Nesse sentido, este era um culto que promovia uma grande mobilização populacional. (BRANDÃO, 1987 apud KOCH, 2012)<sup>10</sup>

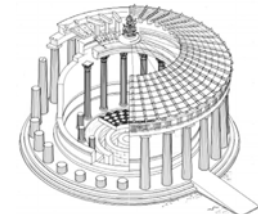
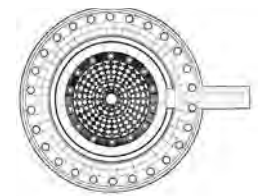
Como vimos, nos *asklepieia*, os serviços eram ministrados por sacerdotes-médicos e as práticas possuíam um caráter de misticismo, religiosidade e superstição. Entretanto, esse caráter foi dando lugar a uma medicina mais racional e organicista, que triunfou na

7. NOVA ACRÓPOLE. O Santuário de Epidauro. Disponível em <[http://www.nova-acropole.pt/a\\_epidauro.html](http://www.nova-acropole.pt/a_epidauro.html)>. © Nova Acrópole 2009. Consulta: 19/03/2013.

8. Ibidem. Op. Cit.

9. Ibidem. Op. Cit.

10. BRANDÃO, Junito de Souza. Mitologia Grega. Vol. 2. Petrópolis: Vozes, 1987.



família dos Asclepiadas de Cós, com Hipócrates. Nos *asklepieia* havia anexos em seu complexo, que destinavam-se a abrigar as diversas escolas de medicina da época, que deram nascimento a uma corporação laica de praticantes, os quais clinicavam em tendas específicas. Assim, concluímos que a ciência médica grega não nasceu das práticas dos Asclepiades, de sacerdotes curadores, mas sim da experiência e das pesquisas dos médicos dessas escolas de medicina, anexas aos templos; tais médicos, pouco a pouco, foram se distanciando dos primeiros até romperem decididamente os laços com eles; afastaram-se do pensamento mitológico e religioso, e, depois, do pensamento filosófico. A medicina hipocrática se trata de uma ciência pela adoção do método indutivo e de observação da natureza, buscando alcançar determinado fim pela experimentação.

As diversas abordagens mostradas aqui, sejam elas mitológicas, literárias, históricas, filosóficas ou médicas, destacam a multiplicidade de experiências e sentidos atribuídos à loucura na Antiguidade grega sob o único termo *mania*. Não há, contudo, o intuito de buscar o mínimo denominador comum capaz de reduzir essa expressão, que apresenta múltiplas facetas, a um sentido único e familiar, porém permite-se a abertura do horizonte da *mania* para sua diversidade máxima, desfazendo a noção unitária de loucura grega em favor de uma pluralidade multiforme, em que seja impossível contrapô-la numa simetria simples, seja à razão, seja à saúde.

Os lugares da loucura na Grécia Antiga eram os lugares vividos e celebrados por toda a população. Eram lugares por excelência ritualísticos e catárticos, de uma arquitetura que vai da simplicidade do espaço moldado pela música e corpos em movimento, passando por complexos santuários de múltiplas atividades, aos teatros gregos, obras primas da arquitetura clássica. Assim, a arquitetura acompanha a multiplicidade de formas como a loucura foi percebida nesse período

e, através do seu caráter templário e monumental, revela a importância dada ao tema, que acompanha sempre outros temas sociais e comunitários desenvolvidos nos mesmos locais onde ela está presente.

Segundo Pelbart (1989) as múltiplas formas de loucura, para os gregos, foram experimentadas entre uma proximidade e uma distância que nossa época aboliu e inverteu. A proximidade sobre a qual trata o autor se refere à não exclusão da loucura, pois, para os gregos, a loucura habita a vizinhança do homem e de seu discurso, permitindo um trânsito ritual que não desqualifica seu portador nem sua palavra. Ao mesmo tempo, há uma distância sem mediação possível, a distância inapelável do sagrado, exterioridade da loucura em relação ao sujeito, estranheza da mensagem que ela porta. Para Pelbart, a relação do homem com a loucura não é a do homem com sua loucura, portanto, a loucura não é o Outro do homem (do qual ele poderia se assenhorear), mas simplesmente o Outro.

## LOUCURA NA IDADE MÉDIA: A DEMONOLOGIA CRISTÃ E O NASCIMENTO DO HOSPITAL

A cultura medieval teve, como importante aspecto, a fusão de elementos da cultura dos invasores bárbaros à herança clássica e à emergente cultura cristã. O corpo da doutrina da Igreja Católica se moldou sob uma tradição profética e apocalíptica que, durante a Idade Média, ganhou uma vitalidade radical e exuberante. Segundo Rosen (1980) esse período foi marcado pela angústia e preocupação com um eminente fim do mundo. Pregava-se que Deus destruiria o mundo e o substituiria por um outro novo. A luta final, o *Armagedom*, seria um combate mortal entre os seguidores de Cristo e os seguidores do Anticristo, sendo este último o oposto equivalente ao filho de Deus, representado pela figura de Satã, cuja existência representa a fonte de todo o mal na Terra. Dividida dualistamente entre o bem e o mal, a sociedade medieval, guiada pela doutrina cristã, considerou todos aqueles que seguiam doutrinas diferentes ou contrárias às da Igreja Católica como instrumentos do demônio e, portanto, agentes do anticristo. Assim, foram classificadas como heresia todas as práticas e comportamentos que não seguissem o padrão cristão, que não fossem compreendidos ou tidos como bizarros. A Igreja convocava os fiéis a atacar os grupos heréticos, cujas práticas eram associadas com bruxaria, para erradicar todo o mal e garantir um único modelo doutrinário e uma única crença. Essa intolerância religiosa levou as massas a perseguirem e capturarem as consideradas bruxas, para que fossem julgadas, torturadas e mortas na fogueira. (ROSEN, 1980)

O conceito de loucura na Idade Média foi profundamente influenciado pela literatura demonológica cristã, e recebeu seu estigma moral alimentado pelos dogmas e pelas crenças populares com relação a possessões demoníacas e bruxaria. Causada diretamente pelos demônios, ou indiretamente, por intermédio das bruxas, a loucura medieval estava fortemente vinculada ao pecado e à culpa. Ela representa uma relação defeituosa entre

o homem e Deus, e era entendida como uma provação, castigo ou condenação por faltas morais e pecados cometidos. (ROSEN, 1980; PESSOTTI, 1994)

Segundo o que se acreditava nesse período, o demônio atuava fisicamente no organismo das pessoas, causando dores e doenças gerais. A loucura, nesse sentido, seria, então, provocada pela presença demoníaca diretamente no corpo dos indivíduos, de modo a causar alucinações, tremores, cegueiras e doenças inexplicáveis para a medicina da época, que era completamente desautorizada pela fé e pela crença. Sendo assim, as práticas de cura eram as mesmas práticas indicadas para as expiação dos pecados: peregrinações a lugares santos, confissões, ritos de preces, manifestações de devoção e de caridade, ingestão e consumo de ervas e xaropes, auto-flagelação e suplícios, torturas para expiar o demônio e, principalmente, o exorcismo. (PESSOTTI, 1994)

Foucault (2010), no entanto, diferencia as práticas dirigidas à bruxaria e as práticas que diziam respeito à possessão demoníaca. A bruxaria, enquanto fundada pelo contrato entre mulher e demônio, tem sua origem colocada fora da Igreja, representando a resistência à conversão e à persistência de outra ordem de valores e lógicas. Era, portanto, um desvio a ser simplesmente eliminado. Já a possessão não era da ordem do contrato, ao contrário: a possessão era da ordem da invasão, na qual o corpo se transforma em um palco da luta entre Deus e o diabo. Foucault observa que a possessão, ao contrário da bruxaria, se transforma em um problema constituído no interior da própria Igreja, pois atingia especialmente cristãos devotos, e por isso não podia ser resolvido simplesmente pela eliminação. Foi então que surgiu a figura do padre exorcista, disposto a enfrentar o demônio em nome de Deus e salvar as almas dos possuídos.

Dentro dessa concepção demonista, segundo o senso moral dominante da socie-



11. O pergaminho, preservado até hoje, é composto por cinco peças costuradas de desenhos e anotações, que incluem as plan-tas baixas dos edifícios, assim como jardins, cercas, muros, vias e um pomar.

dade medieval, encontramos o louco como um ser castigado por Deus e possuído pelo demônio. Contudo, nesse período, as práticas com relação a ele se davam de diferentes formas, conforme a quem fosse atribuída a responsabilidade de dar-lhe um destino.

As autoridades públicas medievais tinham responsabilidades limitadas com relação aos loucos. Membros da comunidade acometidos pela loucura usufruíam de liberdade e podiam viver e circular na cidade, assim como os pobres, sendo assistidos pela caridade. Geralmente, a sua custódia ficava a cargo de seus familiares e amigos, exceto nos casos em que fosse considerado perigoso ou perturbador da ordem pública, quando, então, haveria a intervenção das autoridades e, excepcionalmente, a sua transferência. (ROSEN, 1980; FOUCAULT, 2000)

O hospital, tal como o conhecemos hoje, definido como uma instituição destinada à atenção à saúde, é uma criação cristã da Idade Média, que pregava as práticas da caridade, hospitalidade e da solidariedade entre os homens, como forma de expiação dos pecados. Segundo uma justificativa cristã, a existência de pobres e de loucos na sociedade fazia parte dos desígnios de Deus, sendo assim justificável dentro do plano divino. Acreditava-se que o auxílio aos pobres e loucos contribuiria para a salvação do homem, sendo corrente a prática da compra de indulgências e a doação de esmolas para que os que possuíam bens pudessem salvar suas almas.

Etimologicamente, a palavra “hospital” vem do latim medieval *hospitale* - lugar onde se recebiam pessoas que necessitavam de cuidados, alojamento, hospedaria; do latim *hospitalis*, relativo a *hospites* ou *hospes* - hóspedes ou convidados. Na Europa medieval, profundamente marcada pela terrível fragilidade da condição humana e pela escatologia apocalíptica cristã, esses hóspedes eram originariamente qualquer pessoa que necessitasse de qualquer tipo de cuidados, fosse alojamento, alimentação, abrigo, ajuda,

conforto, assistência ou tratamento. Não só os peregrinos e os viajantes, mas também os doentes, os deficientes, os velhos, os pobres e os loucos eram o alvo da caridade cristã. O hospital confundia-se assim com a albergaria ou o hospício, palavra que vem do latim *hospitiu* - alojamento, hospitalidade - também derivado de *hospes*.

Em geral, a gênese do hospital se deu na forma de enfermarias, pequenas farmácias e hortas medicinais, anexadas às catedrais, abadias ou mosteiros, que estenderam-se por todas as vias de peregrinação e rotas comerciais para cumprir o dever cristão da hospitalidade, em conformidade com as instruções dos concílios ecumênicos realizados já no período da cristianização do Império Romano. Os monges se encarregavam do estudo e das práticas curativas, cultivavam ervas e raízes, copiavam e traduziam os tratados médicos da antiguidade. Estas instituições, que eram, a princípio, restritas ao atendimento dos membros das ordens monásticas, passaram a ser abertas a viajantes e peregrinos. (ROSEN, 1980; PEVSNER, 1980; MIQUELIN, 1992)

Em geral, os mosteiros se localizavam fora das muralhas das cidades medievais, nos cruzamentos das estradas. Neles é que se estabeleceu mais significativamente a atividade hospitalar medieval. O famoso pergaminho da abadia de *Saint Gall* é a primeira visualização preservada de um extraordinário projeto de um complexo de edifícios produzido na Idade Média. Elaborado entre os anos de 819-26, o projeto foi concebido como uma solução genérica desenvolvida pelas autoridades monásticas carolíngias para o mosteiro ideal, que poderia ser construído em qualquer lugar na Europa<sup>11</sup>.

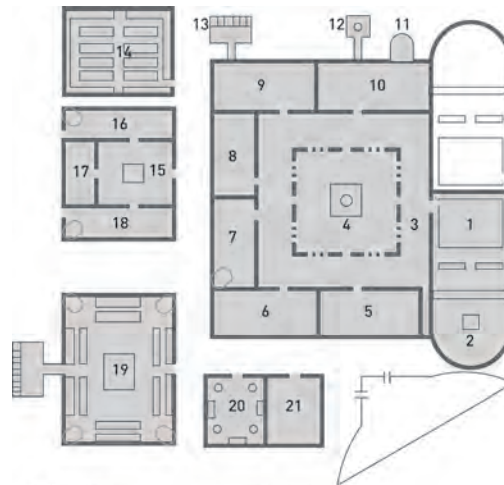
No projeto (*figuras 16 e 18*) visualizam-se quarenta edifícios nos quais se desenvolviam todas as atividades da vida dos monges, incluindo aquelas de albergar os hóspedes e peregrinos, e de cuidar dos enfermos. Destacamos aqui a enfermaria para tratar de doentes e monges idosos, função que passou

**Figura 16.** Abadia de Saint Gall. Baseada no pergaminho original.  
 Fonte: Elaboração da autora. A partir de: [http://historyofinformation.com/images/plan\\_of\\_st\\_gall.jpg](http://historyofinformation.com/images/plan_of_st_gall.jpg)

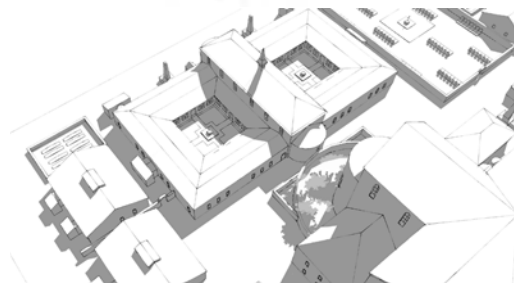
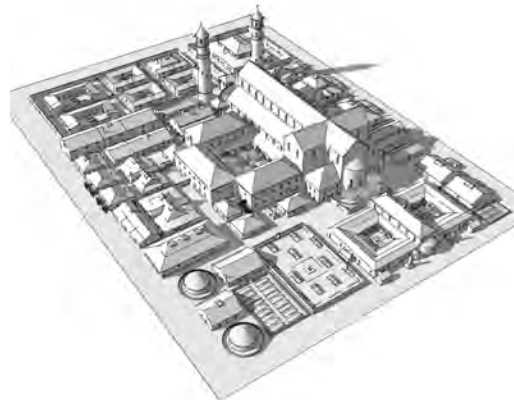


- |                                  |                               |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 1- Jardim Medicinal              | 26- Cláustro                  |
| 2- Casa do Médico                | 27- Refeitório                |
| 3- Sangria                       | 28- Oficinas de artesãos      |
| 4- Enfermaria                    | 29- Casa de hóspedes          |
| 5- Capelas                       | 30- Refeitório de hóspedes    |
| 6- Casa dos noviços              | 31- Torres                    |
| 7- Cozinha                       | 32- Coro                      |
| 8- Banhos                        | 33- Adega                     |
| 9- Cemitério                     | 34- Hospício para os pobres   |
| 10- Jardim                       | 35- Refeitório para os pobres |
| 11- Casa do jardineiro           | 36- Cozinha                   |
| 12- Aviário                      | 37- Panificadora              |
| 13- Casa do guarda de aves       | 38- Cervejaria                |
| 14- Sala de negócios             | 39- Moinho                    |
| 15- Sala do abade                | 40- Moedor                    |
| 16- Nave                         | 41- Fabricação de barris      |
| 17- Biblioteca sob Scriptorium   | 42- Forno                     |
| 18- Altar                        | 43- Cavalos                   |
| 19- Sacristia                    | 44- Bois                      |
| 20- Sala da Hóstia               | 45- Ovelhas                   |
| 21- Dormitórios sob calefatorium | 46- Cabras                    |
| 22- Sanitários                   | 47- Vacas                     |
| 23- Banhos                       | 48- Servos                    |
| 24- Eira                         | 49- Porcos                    |
| 25- Escola                       | 50- Cavalos                   |

**Figura 17.** Enfermaria de Saint Gall. Detalhe da planta baixa.  
 Fonte: Elaboração da autora. A partir de: <http://historyofinformation.com>  
**Figura 18 e 19.** Abadia de Saint Gall. Perspectiva geral e Detalhe da enfermaria.  
 Fonte: Elaboração da autora. A partir de: <http://cdn2.all-art.org/Architecture/images/4/384.jpg>



- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1-Capela                    | 11-Lareira                   |
| 2-Altar                     | 12-Chaminé                   |
| 3-Claustro                  | 13-Latrinas                  |
| 4-Pátio interno             | 14-Jardim medicinal          |
| 5-Câmara                    | 15-Casa do médico            |
| 6-Refeitório                | 16-Câmara do médico          |
| 7-Sala do mestre            | 17-Farmácia                  |
| 8-Sala para enfermos graves | 18-Sala para enfermos graves |
| 9-Dormitório                | 19-Sala de sangria           |
| 10-Calefatorium             | 20-Banhos                    |
|                             | 21-Cozinha                   |



12. Calefatório - (Etm. do latim: calefactoriu) Aposento aquecido que servia de sala de estar para os religiosos.

13. Disponível em: <<http://www.portsmouth-guide.co.uk/local/rgchurch.htm>>; <[http://www.memorials.inportsmouth.co.uk/churches/royal\\_garrison/index.htm](http://www.memorials.inportsmouth.co.uk/churches/royal_garrison/index.htm)>; <<http://archive.org/details/storyofdomusdei-00wrig>> Consulta: 19/03/2013.

progressivamente a acompanhar os mosteiros e abadias na Idade Média e para onde muitas vezes os pobres, doentes e loucos eram levados.

No pergaminho, observa-se o edifício da enfermaria de *Saint Gall* (figuras 17 e 19) que possui sua própria capela e claustro, reforçando o caráter religioso das práticas de cura da época. Sua volumetria é composta por um prisma retangular, vazado internamente pelo pátio central, por meio do qual são estabelecidas as inter-relações entre os compartimentos e as relações destes com o exterior da edificação. É também através dele que os espaços interiores recebem iluminação, servindo igualmente para preservar a intimidade do edifício com respeito à área externa. Ao redor do pátio interno, encontram-se quatro aposentos destinados à estadia dos enfermos: um calefatório<sup>12</sup>, dormitórios separando pacientes comuns e graves, quarto principal (mestre), refeitório e uma câmara (consultório). Anexos à enfermaria, estão uma sala de banho e a cozinha. Próximo à enfermaria localiza-se a casa do médico, que abriga uma farmácia e quarto para doentes muito graves. Há também uma edificação com propósitos cirúrgicos, onde seriam feitas as sangrias e demais procedimentos médicos da época. Por fim, encontramos um jardim medicinal. A disposição dos espaços segue uma hierarquia em que o conjunto pátio-claustro é o elemento mais valorizado, seguido pelas enfermarias, o refeitório, e, por fim, a sala de banho e a cozinha. A estrutura do claustro é sustentada pelas colunas localizadas no perímetro do pátio interno e paredes portantes nos cômodos na parte externa, onde se apoiam arcos semicirculares e abóbadas e, por sua vez, a cobertura. O claustro preserva a intimidade do edifício com respeito à área externa. O consolo espiritual é exercido à semelhança dos ritos religiosos dos monges, privilegiando a relação dos enfermos com a religião. (MIQUELIN, 1992; PEVSNER, 1980)

Embora a abadia de *Saint Gall* tenha sido construída diferentemente do seu projeto, o pergaminho mostra uma inovadora e rigorosa planificação de ambientes monásticos, como a organização do espaço do culto religioso, distinguindo claramente a distribuição dos espaços do clero e dos leigos. Esta organização dos espaços parece bem adequada à vida de isolamento e meditação dos monges. No entanto, não havia nenhuma relação direta com as atividades de cuidados dos enfermos.

A partir do século VIII, com o crescimento do contingente de peregrinos, ao longo das rotas comerciais e religiosas, foram se instalando instituições denominadas *hospitalia*. Após o Concílio de *Aix-la-Chapelle*, em 816, tornou-se obrigatória a construção de um hospital junto a cada catedral, chamado de *Domus Dei* (casa de Deus). (MIQUELIN, 1992)

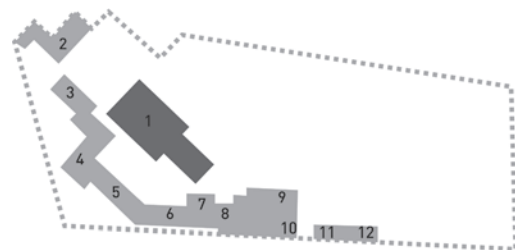
A configuração arquitetônica da *hospitalia* era muito semelhante à das igrejas da mesma época. Um exemplo construtivo desse período, mencionado por Miquelin (1992), é o *Domus Dei* de Portsmouth, na Inglaterra, atual Igreja Royal Garrison (figuras 20 a 22). Foi fundada em 1212 como um hospício, para abrigar e ajudar os peregrinos estrangeiros. Originalmente, era um longo salão abobadado cuja planta retangular era semelhante à de uma basílica de três naves. Ambas as naves laterais eram divididas em baias, onde estavam os leitos dos pacientes da casa. A Capela localizava-se numa das extremidades, onde podia ser avistada por todos os enfermos. Na atual capela-mor da Igreja, estava localizada a capela da antiga *Domus Dei* e na nave da igreja atual, era onde funcionava originalmente o hospital (figura 21).<sup>13</sup>

O hospital desse período tem como base a solução basilical, que se ancora na ideia central de acolher sob o mesmo teto todas as atividades indispensáveis à vida dos enfermos: alimentação, repouso, banhos e, sobretudo, a ritualística religiosa. Com esse requerimen-

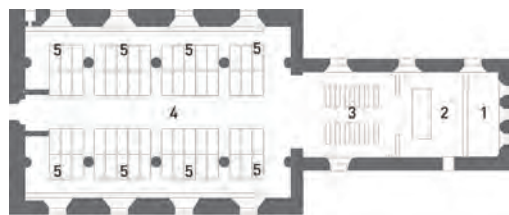
Figura 20. Hospício Domus Dei. Implantação (anterior a 1540)  
 Fonte: Elaboração da autora: A partir de WRIGHT, 1873, p. 161.  
 Figura 21. Hospício Domus Dei. Planta baixa (1794)  
 Fonte: Elaboração da autora: A partir de Op. Cit., p. 37.

to básico, e visando tornar mais toleráveis as condições de vida, faz-se necessário um ambiente de grandes dimensões, não só em planta, mas também em termos de pé direito, sem quaisquer divisões entre os leitos.

A solução basilical possui planta retangular dividida em três naves. Na extremidade do retângulo, em lugar de destaque, está localizado o altar. Os leitos dos enfermos são distribuídos perpendicularmente às paredes nas naves laterais. A planta é desenvolvida em uma só direção, no eixo longitudinal que



- |                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| 1- Domus Dei                     | 7- Grande Câmara |
| 2- Portaria/ Alojamentos/ Igreja | 8- Hall          |
| 3- Arsenal                       | 9- Despensa      |
| 4- Forjaria                      | 10- Enfermaria   |
| 5- Câmara                        | 11- Panificadora |
| 6- Câmara                        | 12- Estábulo     |



- |                  |
|------------------|
| 1- Sacristia     |
| 2- Altar         |
| 3- Capela        |
| 4- Nave          |
| 5- Baiais/Leitos |



Figura 22. Hospício Domus Dei. Perspectiva.  
 Fonte: Elaboração da autora. A partir de: [http://www.memorials.inportsmouth.co.uk/churches/royal\\_garrison/](http://www.memorials.inportsmouth.co.uk/churches/royal_garrison/)

passa pelo altar. Cozinha e latrinas ocupam anexos longitudinais, incorporados à edificação por circulações e acessos. A volumetria do conjunto, com cobertura em duas águas de grande inclinação, justapõe um prisma retangular discorrendo horizontalmente, e um prisma destacado, correspondente ao volume da capela. A estrutura tinha linhas de colunas, de grande altura, no perímetro da nave central e com as paredes laterais de fechamento em pedra. O teto da nave central era em abóbada semicircular, em pedra ou madeira, culminando com a capela, abobadada a uma altura superior e coberta em cúpula. O princípio norteador da organização dos espaços era o de garantir que a missa celebrada no altar pudesse ser vista e ouvida desde uma grande quantidade de leitos. Por outra parte, permitia também que todas as atividades dos enfermos, religiosas ou não, pudessem ser realizadas dentro do mesmo espaço. Logo, a configuração resultante é fortemente influenciada pela relação entre os leitos e a capela, à qual se segue a necessidade de abrigar, no mesmo espaço dos leitos, as atividades não religiosas, como beber, comer e dormir, exercidas coletivamente. Um anexo ao edifício provê latrinas e banhos.

Segundo Miquelin (1992), as paredes estruturais em alvenaria e estruturas abobadas refletem o avanço das tecnologias estruturais na Idade Média. Os vãos tornam-se maiores e as condições de iluminação e ventilação melhoram. Há também uma grande preocupação na distribuição de água, por ser fundamental para a melhoria das condições de higiene e limpeza, assim como, em alguns casos, se inspirava na separação por gênero e grau de doença.

Entretanto, de acordo com Foucault (2011a), a *hospitalia* não era, de modo algum, concebida para curar, e não se pode considerá-la uma instituição médica, pois, nessa época, a medicina era uma prática não hospitalar. Portanto o hospital medieval era uma instituição de assistência, onde se mistu-



Figura 23. Mapa da área do Hôtel Dieu de Paris. Meados do século XVI.  
Fonte: [http://www.alyon.org/InfosLyon/geographie/plan\\_hotel\\_dieu.jpg](http://www.alyon.org/InfosLyon/geographie/plan_hotel_dieu.jpg)

Figura 24. Hôtel Dieu (1703).

Fonte: <http://www.parisenimages.fr/Export450/4000/3775-14.jpg>

ravam doentes, loucos, devassos, prostitutas, viajantes, como também servia para a prática da separação e da exclusão. Para Foucault, o personagem ideal do hospital nesse período é o pobre moribundo, pessoas que deveriam ser assistidas material e espiritualmente, aos quais se deveria dar os últimos cuidados e o último sacramento. A função essencial do hospital, no momento em que a medicina permaneceu quase paralisada com relação a novas descobertas, era a de morredouro, um lugar onde morrer e conseguir a salvação eterna.

Outro exemplo construtivo dessa época é o *Hôtel-Dieu* (figuras 23 e 24), considerado o maior, mais antigo e mais conhecido hospital de Paris, que mantém uma terrível fama entre os hospitais da época. Construído entre os séculos VII e XVII, era uma espécie de hospital geral de caridade, não especializado, para onde era enviado todo o tipo de enfermos e flagelos sociais. A sua estrutura inicial medieval foi completamente destruída por um incêndio e reconstruída séculos mais tarde. Localizado entre a Catedral de Notre Dame e o rio Sena, o “Hotel de Deus”, como o nome indica, pertencia ao grupo de instituições que cresceu em conexão com a catedral. Segundo Pevsner (1980) seu conjunto original possuía quatro largas naves bipartidas construídas em entre finais dos séculos XII e XIII. Para atender sua demanda por espaço, foi sendo paulatinamente ampliado sobre a ponte da margem esquerda do rio. Outras enfermarias ainda foram implantadas em uma segunda ponte, que retornava ao conjunto principal.

O número de leitos ao final da Idade Média era de aproximadamente 450 para um número três vezes maior de pacientes, colocados todos juntos, independente da sua doença. Também levados para lá, os loucos ficavam em camas comuns e eram fortemente amarrados a elas. Também era comum que os loucos considerados mais agitados fossem colocados em quartos fechados que pos-



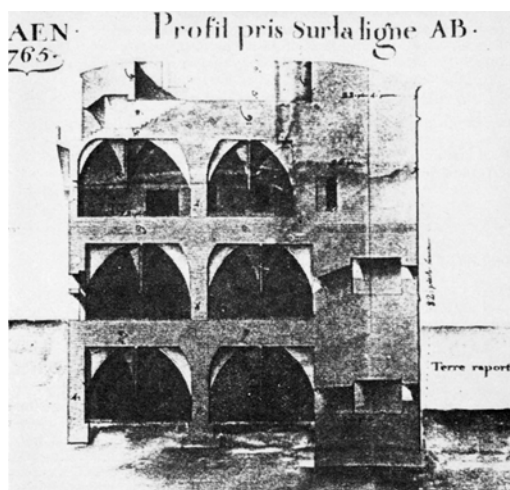
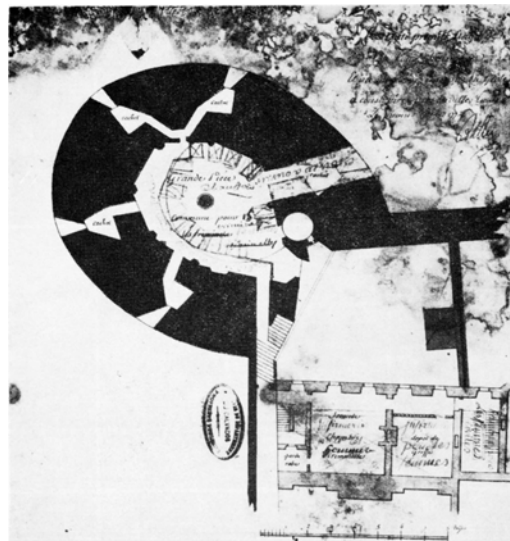
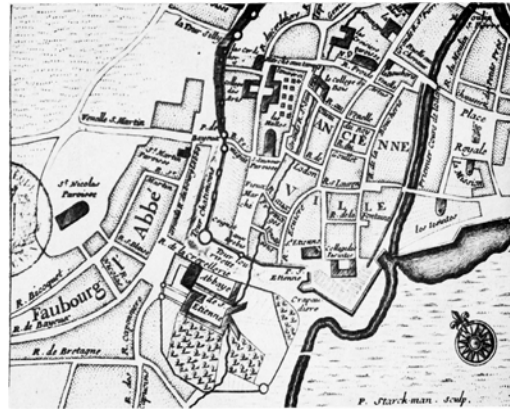
Figura 25. Mapa da área da Torre dos Loucos de Caen.  
Fonte: QUÉTEL, 1982, p. 511.  
Figura 26. Planta baixa da Torre dos Loucos de Caen.  
Fonte: Op. Cit., p. 512.

suíam duas janelas para que pudessem ser observados e através das quais pudessem ser alimentados. (ROSEN, 1980; PEVSNER, 1980)

Além do hospital, em alguns casos, o destino do louco na Idade Média também foi o cárcere. Nos casos em que o louco representasse perigo ou ameaça à ordem pública, ele era muitas vezes enviado para prisões, onde se misturava com presos de direito comum. Essas prisões não eram edifícios específicos, mas lugares especiais dentro de castelos. Porém, identificam-se também, a partir do século XIII, locais de detenção reservados exclusivamente aos loucos. Ali, longe de receber qualquer tratamento, os loucos eram simplesmente trancafiados. Foucault (2000) menciona os casos do *Châtelet de Melun* e da famosa Torre dos Loucos de Caen (figuras 25, 26 e 27). Essa última, já demolida, foi construída entre 1455 e 1465. Sua planta baixa possui forma de ferradura com trinta metros de diâmetro. A torre se desenvolvia em trinta metros de altura divididos em quatro níveis de pavimento, o último tendo sido suprimido em 1522 e substituído por uma plataforma. As paredes possuíam sete metros de espessura, o que permitia que no seu interior existissem salas. Cada nível consistia de um único recinto com um pilar no centro, no qual se apoiavam oito arcos. Para acessar os níveis superiores, havia uma escada em espiral localizada em um sulco na convergência entre os braços da ferradura, e uma escada exterior que era fixada à parede sul (QUÉTEL, 1982). A maioria dos que ali se encontravam, abandonados por suas famílias, eram atados em calabouços insalubres, e deviam morrer rapidamente. Nesse lugar da loucura medieval, o cárcere do louco condenado adquiria um caráter espiritual de purgatório, um lugar entre o paraíso e o inferno.

Paralelamente ao surgimento do hospital, como forma de isolamento, há uma multiplicação dos leprosários em toda Europa. Estes eram estabelecimentos para os quais o leproso, principal personagem de segregação

Figura 27. Secção da Torre dos Loucos de Caen  
Fonte: Op. Cit., p. 513.



desse período, era enviado, a fim de mantê-lo em quarentena, isolando-o do resto da população. Historicamente, a lepra (hanseníase) foi muito temida por provocar terríveis deformações, era altamente contagiosa e incurável na época. Algumas colônias foram localizadas em ilhas, montanhas ou em locais remotos, a fim de garantir a contenção da doença e, geralmente, eram administradas por ordens monásticas. Por muito tempo, antes do desaparecimento da lepra, esses lugares se mantiveram como dispositivos de exclusão social. (FOUCAULT, 2000)

Segundo Foucault (2000), a exclusão dos leprosos era uma prática social que comportava uma regra de distanciamentos entre grupos. Era a exclusão de alguns indivíduos para além dos limites da comunidade. Era uma exclusão que implicava em desqualificação política e jurídica do indivíduo leproso, sua morte social. Essa forma de exclusão se aplica à maneira como o poder se exerce sobre os loucos, os doentes, os criminosos e os pobres. São mecanismos e efeitos de exclusão, desqualificação, exílio, rejeição, privação, enfim, um conjunto de conceitos negativos da exclusão. No entanto, com o desaparecimento da lepra, no fim da Idade Média, essas grandes estruturas tornam-se temporariamente vazias. No momento em que a lepra se retira, deixa sem utilidade esses lugares obscuros, que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a distância. (FOUCAULT, 2000)

Cabe aqui mencionar que a importância do leprosário como estrutura de exclusão, no que diz respeito à história da loucura, se dá ao passo em que esse grande vazio deixado pelos leprosos vai ser retomado num próximo período, mantendo sua tradição de segregação, onde estará como protagonista a figura do louco.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estra-

nhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e 'cabeças alienadas' assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. (FOUCAULT, 2000, p.6)

Os hospitais cristãos mantiveram-se em funcionamento até os séculos XII e XIII, e seu declínio se dá quando as ordens religiosas são afastadas do seu controle, que passa à responsabilidade da municipalidade (MIQUELIN, 1992). Isso se deve principalmente pelo florescimento das cidades europeias a tal ponto que esta prosperidade refletiu-se em iniciativas de príncipes, reis e municipalidades de edificarem edifícios hospitalares. Ao término da Idade Média muitas congregações cristãs fecharam suas casas de assistência, transferindo para os laicos a responsabilidade de prestar os serviços de assistência social, hospitalidade, ensino e atenção a enfermidades que vinham prestando até aquele momento, mantendo-se, porém, nas atividades administrativas.

Apesar dos casos isolados, de prisões e internações, os loucos das comunidades medievais tiveram, em sua grande maioria, um lugar de aceitação social, onde conviviam em liberdade, e eram acolhidos se não pela família, pela caridade cristã.

No entanto, ao fim da Idade Média, muitos loucos adquiriram uma existência errante. Por mais que cada comunidade tratasse dos seus loucos nativos, pertencentes à comunidade, a relação com o louco estrangeiro era muito diferente. Era comum que não se admitisse a presença de loucos forasteiros, que eram então expulsos das cidades. Antes de serem expulsos, ficavam nas prisões e em alguns casos eram açoitados antes de serem transportados, como punição por comportamentos indesejáveis, ultrajantes, maliciosos ou sacrílegos. Muitas vezes eram entregues a grupos de mercadores e peregrinos que os abandonavam em locais distantes, para que



não mais encontrassem seu local de partida (FOUCAULT, 2000; ROSEN, 1980). No fim da Idade Média essas práticas tornaram-se mais recorrentes e, para Foucault (2000), sem dúvida, o ritual mais significativo e simbólico dessa época foi a chamada Nau dos Loucos. Original instrumento de segregação, constituía-se de uma embarcação que transportava os loucos de uma cidade para a outra, evitando que eles ficassem vagando indefinidamente entre os muros da cidade, livrando-a assim do louco, que era então entregue ao rio, ao mar, à incerteza. O ato de confiar o louco a essas embarcações garantia que ele iria para longe, tornando-o prisioneiro de um entre-lugares, um lugar nenhum.

Se na Antiguidade Clássica a loucura e suas manifestações ainda tinha um sentido de lugar, um significado cosmológico ligado ao sagrado, no fim da Idade Média, contudo, com a Nau dos Loucos, já não existe mais o lugar da loucura. O não lugar físico que a loucura adquire como significado é o caráter de exclusão, privação de lugar e espaço para o indivíduo na comunidade. Esse lugar entre, esse lugar nenhum ao qual o louco era destinado, abre o caminho para o que veio a ser efetivamente o lugar da loucura no período seguinte: o internamento.

Os últimos quatro séculos do período medieval ofereceram um grande progresso tecnológico, que propiciou, no século XVI, com o fim do feudalismo, a ascensão de uma civilização moderna, baseada numa economia mercantilista, e o nascimento da própria ciência. (ROSEN, 1994)



## O RENASCIMENTO DA LOUCURA

Um sentimento de melancolia e pessimismo marcaram o declínio da Idade Média. Segundo Rosen (1980), uma impressão geral de desgraça iminente pairava sobre homens e mulheres agravado pela obsessão de que o mundo iria acabar. E de fato *um* mundo estava para acabar: a comunidade cristã, guiada pela Igreja de Roma, foi atingida por discórdia, ódio e violência; o sistema feudal estava abrindo caminho para a política absolutista e para o estado-nação; abusos na Igreja Católica levaram a um desejo urgente de reformas, para dar a ela um novo nascimento; e novos grupos sociais urbanos surgiam.

Desde a Idade Média até os meados do século XV, o tema da morte, associada ao apocalipse, ao fim iminente, imperava sozinho na sociedade europeia. O medo do fim do homem, do fim dos tempos, reflete uma realidade de pestes e de guerras que assolaram as cidades descontroladamente nesse período. Porém, eis que ocorre uma mudança, na qual o tema da morte é substituído. O tema que vai passar assombrar a Europa durante todo o Renascimento é a loucura. Essa mudança não marca uma ruptura, mas sim uma virada no interior da mesma inquietude medieval. Com a loucura protagonizando no lugar da morte, o medo do fim iminente se desarma, torna-se irrelevante e risível, e aparece como parte do espetáculo da vida, disseminado nos vícios, defeitos e ridículos de cada um. O medo do fim ou o vazio da existência é encarado não mais como vindo de um exterior, mas como algo que é sentido no interior, que invade o ser humano e lhe demonstra que o mundo está perto da sua derradeira catástrofe. (FOUCAULT, 2000)

Assim, se a Idade Média havia atribuído à loucura um lugar enquadrado nas concepções cristãs do pecado e da culpa, por sua vez, no Renascimento, essa posição de inferioridade é substituída por um lugar de destaque, no momento em que a loucura é redescoberta como um dos segredos da natureza do homem, e passa-se a considerá-la um

saber invisível, exotérico, proibido.

Inicialmente, como herdeira da Antiguidade Clássica e Idade média, a concepção da loucura no Renascimento permanece, obstinadamente, ligada a representações místicas. Porém, diferentemente dos períodos que o sucederam, no Renascimento o louco se apresenta como o revelador das verdades e das hipocrisias da sociedade. A loucura denuncia nesse momento a contradição humana, ela representa ao mesmo tempo o real e o ilusório, a verdade e a mentira, a luz e a sombra. Nesse período:

[...] [A loucura] é objeto de discursos, ela mesma sustenta discursos sobre si mesma; é denunciada, ela se defende, reivindica para si mesma o estar mais próxima da felicidade e da verdade que a razão, de estar mais próxima da razão que a própria razão. (FOUCAULT, 2000, p. 15)

É então que a loucura volta a ser exaltada nas artes, tanto nas formas plásticas quanto literárias, sendo seu tema recorrente durante todo Renascimento. Segundo Foucault (2000), num primeiro momento coexistiam no pensamento e na arte renascentistas, dois tipos de abordagem da loucura, que se encontravam entrecruzadas, com constantes intercâmbios: a experiência trágica e a experiência crítica da loucura, ambas aparecendo em diversas obras da arte desse período.

A experiência trágica da loucura, também chamada de experiência cósmica, reflete a pequenez do homem diante da infinitude do universo, em sua proximidade constante com a morte, com o fim do mundo. Nessa experiência, segundo Foucault (2000), há um fascínio que se exerce através da imagem da loucura, que detém um poder de revelação e que conduz o homem à verdade e à sabedoria. A loucura fascina porque é um saber obscuro, que precisa ser revelado.

Por sua vez, esta experiência trágica da loucura do mundo foi se contrapondo, no humanismo da Renascença, a uma experiência crítica da loucura, que a despia de

Figura 28. *Stultifera Navis* ou *Narreschiff* de Sebastian Brant (1497).  
 Página de título da edição 1549 do livro.  
 Fonte: <http://s77.n15.n84.n66.static.myhostcenter.com/literature/germany/145.jpg>



suas alegorias metafísicas e transcendentais. Foi se erguendo uma prática discursiva que considerava que a loucura nasce no coração dos homens na medida em que ele organiza e desorganiza sua conduta, não como efeito de um mistério oculto, mas fruto da prática moral do homem.

A nau dos loucos, instrumento que surgiu no fim da Idade Média, retorna como um tema no Renascimento, quando, no século XV, há uma súbita formulação literária e iconográfica acerca do tema da loucura e sua barca.

É que ela simboliza toda uma inquietude, soerguida subitamente no horizonte da cultura europeia, por volta do fim da Idade Média. A loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e mediocre ridículo dos homens. (FOUCAULT, 2000, p. 14)

Uma onda onírica de composições literárias surgiu nesse período sobre diversos tipos de naus, cujos personagens geralmen-

te eram heróis imaginários, modelos éticos ou tipos sociais, os quais embarcavam para uma grande viagem simbólica que lhes trazia a figura de seus destinos ou suas verdades. Uma dessas composições, retratando a nau dos loucos, era *Stultifera Navis* ou *Narreschiff* (1497) de Sebastian Brant (figura 28). Nessa obra, a loucura desemboca num universo moral. A loucura não seria um castigo, mas sim erro e defeito. Na obra de Brant são traçados os retratos dos insanos passageiros da nau, todos os quais apresentam irregularidades de conduta: são os avaros, delatores, bêbados, adúlteros, etc. Assim, a loucura em Brant, assume sobretudo um aspecto de sátira moral, e se transforma em um traço de caráter. Porém, na mesma obra, todo um capítulo é dedicado ao tema apocalíptico do anticristo revelando os vestígios trágicos numa obra crítica. (FOUCAULT, 2000)

Também retratando o mesmo motivo, e muito provavelmente inspirada na obra de Brant, *A Nave dos Loucos* (1503), pintura do artista flamengo Hieronymus Bosch (figura 29), mostra a loucura como um outro lado do ser humano, aquele que abriga a fraqueza, os devaneios, enfim, seus vícios. Percebe-se que Bosch mostra, por meio de todos os símbolos que compõem sua obra, que todos os homens possuem e estão propensos aos vícios, inclusive os religiosos, alvo de sua crítica, e que são os personagens principais da obra. Foucault (2000) chama a atenção para a figura da árvore, símbolo do saber, antes plantada no coração do paraíso de Adão e Eva, que agora constitui o mastro da *Nau dos Loucos*. Nessa nau, a árvore simboliza o saber dos loucos, um saber proibido, que anuncia o fim do mundo. Para Foucault (2000), em Bosch há uma manifestação cósmica obscura da loucura, mas que não deixa em nenhum momento de expressar a seriedade sobre uma realidade social decadente. Os quadros de Bosch ilustram não só a loucura, mas a própria realidade do mundo, absorvida no universo de imagens fantásticas, atra-

Figura 29. A Nave dos Loucos de Hieronymus Bosch (1503-1504).  
 Fonte: <http://harpers.org/wp-content/uploads/bosch-ship-of-fools.jpg>  
 Figura 30. A pedra da Loucura de Hieronymus Bosch (1475-1480).  
 Fonte: <http://cgi.di.uoa.gr/~grad0146/lmages/stone.jpg>

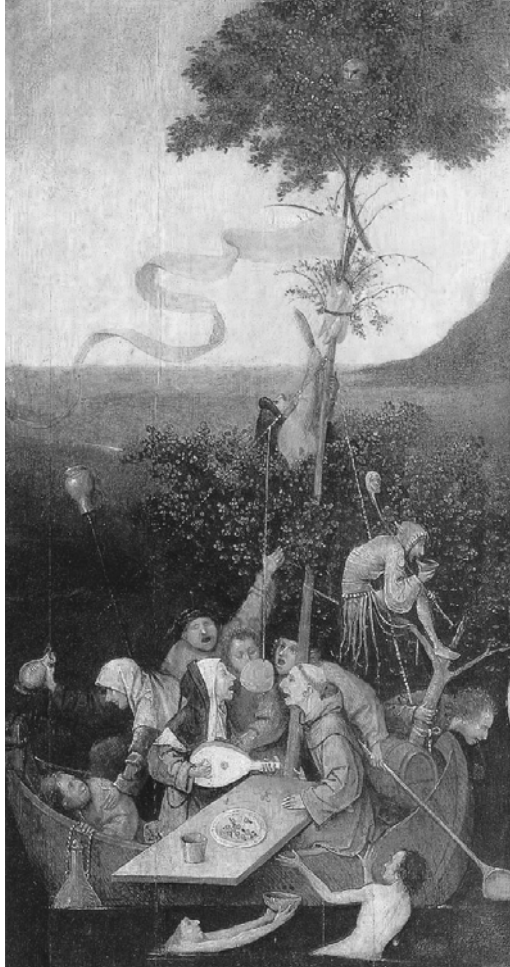


Figura 31. Ilustração. Elogio da Loucura de Erasmo de Roterdam (1676).  
 Fonte: [http://www.maggs.com/media/77646/20293\\_01.jpg](http://www.maggs.com/media/77646/20293_01.jpg)  
 Figura 32. Ilustrações. Elogio da Loucura de Erasmo de Roterdam (1509).  
 Fonte: <http://www.gutenberg.org/files/27846/27846-h/27846-h.htm>

vessado pela ameaça da fome, da tentação, da fatalidade e das guerras.

Bosch também se utiliza da crítica para retratar *A pedra da Loucura* (figura 30), na qual um médico cirurgião, usando um funil sobre a cabeça, extrai “a pedra da loucura” do cérebro de um paciente, só que, ao invés de uma pedra, ele retira uma flor. A cena pode ser interpretada como uma alusão ao charlatanismo da medicina da época. Para Foucault, o quadro de Bosch mostra um médico que:

[...] ainda mais louco que aquele que pretende curar – com toda sua falsa ciência não tendo feito outra coisa senão depositar sobre ele os piores despojos de uma loucura que todos podem ver, menos ele. (FOUCAULT, 2000, p. 26)

O livro *Elogio da Loucura* (1509), de Erasmo de Roterdam (figuras 31 e 32), constitui-se de uma sátira moral, na qual há, principalmente, uma crítica à racionalidade emergente na época, visto que, em sua obra, a loucura é assumida como condição essencial da vida que conduz à felicidade. A loucura, para Roterdam, não está à espreita do homem, não lhe é exterior, mas ela se insinua nele, ou melhor, ela é um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo e diz respeito às verdades de si que o homem acredita conhecer.

Nesse conjunto de obras, Foucault (2000) percebe uma enorme proliferação de sentidos, de onirismo, onde as figuras simbólicas



tornam-se silhuetas do pesadelo, uma inter-rogação a permanecer indefinidamente sem resposta. Mas também apresentam um aspecto de sátira moral, de uma loucura sábia e denunciadora que aponta criticamente as contradições e hipocrisias de uma sociedade. Na confluência dessas duas experiências:

A loucura torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra. (FOUCAULT, 2000, p. 30)

Segundo Foucault (2000) entre essas duas formas de experiências, trágica e crítica, dar-se-á uma ruptura cada vez maior, até romper-se plenamente.

As figuras da visão cósmica e os movimentos da reflexão moral, o elemento trágico e o elemento crítico irão doravante separar-se cada vez mais, abrindo, na unidade profunda da loucura, um vazio que não mais será preenchido. (FOUCAULT, 2000, p. 27)

No começo do século XVII, ocorre uma ruptura no pensamento sobre a loucura, a literatura autoriza cada vez mais a manifestação da verdade e o retorno da razão, quando a loucura perde sua seriedade dramática, sua experiência cósmica, e vai se limitar a trilhar o caminho iniciado pela experiência crítica, no qual, a partir daí, loucura e razão passam a ser entendidas como antagônicas, habitando dois extremos da natureza humana.

Os lugares da loucura no Renascimento trilharam o caminho da evolução histórica das práticas que já haviam começado a surgir na Idade Média. Segundo Foucault (2000), até o fim do Renascimento, havia um sentimento de hospitalidade para com o tema da loucura, ela se encontrava presente como temática central entre os homens, aparecendo sempre como um signo irônico que confunde e agita

a sociedade de forma irrisória. Portanto, as práticas de convívio em sociedade, com relação à loucura, são ainda muito comuns no Renascimento. Geralmente havia a aceitação e o cuidado dos familiares que se estendiam pela comunidade. Os hospitais já não eram mais administrados pelas ordens religiosas, tendo passado, ainda na Idade Média por um processo de laicização e municipalização do serviço. Segundo Rosen (1980), já no Renascimento, no final do século XV, a Europa contava com uma extensa rede de hospitais, e, se comparados com as instituições que havia na Idade da Trevas, houve um grande salto no desenvolvimento tecnológico. Esse progresso que a Renascença testemunhava, propiciou, no século XVI, a ascensão de uma civilização moderna, baseada numa economia mercantilista, e o nascimento da própria ciência.

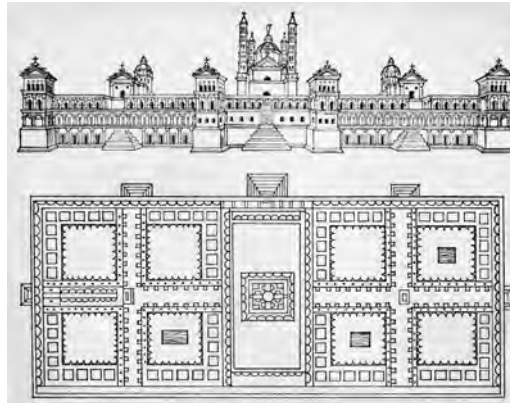
O hospital renascentista, em comparação com o medieval, é mais complexo e utiliza-se de duas formas básicas: o elemento cruciforme e o pátio interno ou claustro rodeado por galerias e corredores, sendo o claustro utilizado como elemento organizador na distribuição destes edifícios. Ao longo desse período este conceito formal apresenta variações morfológicas: plano em “T”, “L”, “U” e quadrado, seguindo não mais a arquitetura religiosa, mas sim a palaciana.

Para Pevsner (1980) e Miquelin (1992), o exemplar mais importante do hospital desse período é o *Ospedale Maggiore* de Milão (*figuras 33, 34 e 35*), desenhado pelo florentino Antônio di Pietro Averlino - Filarete, em funcionamento até os dias de hoje. Esse hospital contém os elementos básicos das construções hospitalares dos próximos quatro séculos, que são: pátios distribuidores, galerias e corredores, pórticos, alojamentos lineares organizados em um plano cruciforme e simetria do conjunto com o eixo principal de entrada passando sobre a capela.

O plano de Filarete [...] é uma retângulo de

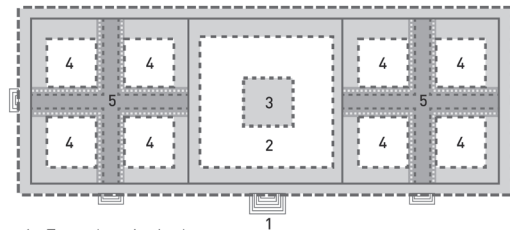


Figura 33. Ospedale Maggiore di Milano. Planta baixa e fachada (1456).  
Fonte: <http://www2.arch.uuic.edu/Faculty/bhminor/Arch413/Presentation%2012/images/1229.jpg>

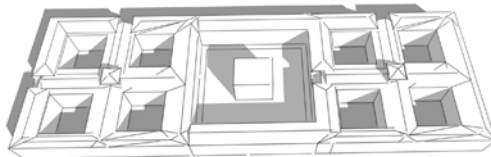


14. El plano de Filarete [...] es un rectángulo de aproximadamente 1000 pies de fachada, dividido en três partes: la parte central consiste em um gran pátio y em médio la capilla; una verdadera iglesia de planta central con cuatro torres como minarettes; los tercios a izquierda y a derecha están formados por quatro salas dispuestas em forma de cruz, com um altar en el cruce. Cada sala estaba concebida para 60 camas. (PEVSNER, 1980, p.170)

15. El agua tenía que guardarse em uma cisterna o tanque y conducida a través de passajes abovedados com certo desnível a todas las estancias y por último al río. Por encima de los passajes debía haber habido outra red de pasillos donde estarían los excusados. El acceso a los aseos se haría a través de escotillones colocados entre las camas (PEVSNER, 1980, p.170)



- 1- Entrada principal
- 2- Pátio central
- 3- Capela
- 4- Pátios internos
- 5- Internações em cruz/ Leitos



aproximadamente 1000 pés de fachada, dividido em três partes: a parte central consiste em um grande pátio com, no meio, uma capela; uma verdadeira igreja de planta central com quatro torres como minarettes; as outras duas partes, à esquerda e à direita, estão formadas por quatro salas dispostas em forma de cruz, com um altar no seu cruzamento. Cada sala foi concebida para 60 camas.<sup>14</sup> (PEVSNER, 1980, p. 170, tradução nossa)

A solução cruciforme revela um aspecto importante na organização dos espaços do edifício. Os serviços de apoio, instalados antes em anexos, agora se posicionavam de maneira a compor o traçado geométrico induzido na planta a partir do cruzamen-

Figura 34 e 35. Ospedale Maggiore di Milano. Planta baixa e Perspectiva esquemática.

Fonte: Elaboração da autora. A partir de: <http://www2.arch.uuic.edu/Faculty/bhminor/Arch413/Presentation%2012/images/1229.jpg>

to de enfermarias. A forma cruzada ajuda a supervisão dos leitos desde a capela central, além atender à separação de enfermos de diferentes gêneros em diferentes alas. A preocupação com aspectos de salubridade e saneamento do edifício é manifestada através de soluções de distribuição, como área para lavagem de roupas sob os alojamentos, sanitários junto aos leitos e sistema de esgoto para as fossas. Pevsner (1980) cita alguns dos “engenhosos trabalhos de distribuição” presentes nas observações do projeto:

A água tinha que ser guardada em uma cisterna ou tanque e ser conduzida, através de passagens abobadadas com certo desnível, a todos os quartos e por último ao rio. Por cima das passagens deveria ter existido outra rede de corredores onde estarían os dispensados. O acesso aos banheiros se faria através de alçapões colocados entre as camas.<sup>15</sup> (PEVSNER, 1980, p.170, tradução nossa)

A solução cruciforme é o embrião do tipo pavilhonar, o qual vem a se desenvolver posteriormente, ao longo dos séculos XVIII a XIX (ver capítulo 1.5). É importante salientar que o hospital e medicina permanecem independentes até o século XVIII, e, apesar de ter configurado um novo tipo de instituição sanitária, segundo Foucault (2011a) e Rosen (1980), o hospital permanece com as mesmas características medievais, no que diz respeito às suas funções, até o começo do século XVIII. O hospital continuou sendo um lugar de internação, de contenção de pobreza e erradicação da mendicância, onde se misturavam doentes, loucos, devassos, prostitutas, viajantes, etc. Eram instituições de alta mortalidade e que contribuíam para a disseminação de doenças entre os internos e os que os acompanhavam, por isso era um lugar temido pela população.

## O SÉCULO XVII E AS GRANDES INTERNAÇÕES

O século XVII foi um período de grandes revoluções nas ciências naturais e nas artes, que com a revalorização da cultura clássica grega transformaram profundamente a visão que os homens tinham do mundo. Nesse período, uma grande ruptura ocorre no pensamento e na concepção sobre a loucura. Segundo Foucault (2000), com o advento do pensamento racionalista, a loucura se encontra lado a lado com a ilusão do sonho e todas as formas de erro, passando a ser considerada uma condição de impossibilidade de pensamento. Com isso, a problemática da loucura se vê modificada com relação ao período anterior, ela agora passa a ser situada em um território de exclusão, de exílio, fora do domínio da razão, perdendo portanto seus direitos à verdade. Com base no pensamento racionalista, a razão é que fornece a norma, e qualquer divergência a ela passa a ser considerada irracional. A loucura, através desse pensamento, se torna, a partir de então, apenas castigo e desespero na dimensão do erro. (FOUCAULT, 2000)

Paralelamente a esse pensamento, em um contexto de crise econômica, aglomera-se nas grandes cidades europeias, uma numerosa quantidade de desempregados, miseráveis, indigentes e mendigos, enfim, toda uma camada social que, após a crise, não retoma seu lugar na sociedade.

Muitos teóricos do século XVII aceitavam a ideia de que os governos deveriam usar o seu poder para obrigar todas as pessoas a trabalharem e se dedicarem à produção. Como um resultado dessas teorias, a literatura econômica desse período possui propostas para lidar com a ociosidade, que incluem a sua repressão por uma legislação corretiva ou punitiva, e a criação de instituições que proveriam trabalho para os pobres e punição para aqueles que se recusassem a trabalhar. (ROSEN, 1980)

Foi então que surgiu o período das grandes internações, caracterizado pela criação de numerosas casas de internamento em toda

a Europa, para onde era levada, arbitrariamente, toda uma camada da população que se encontrava em situação de miséria e ociosidade, entre eles, mendigos, loucos, desempregados, vagabundos, prostitutas, enfim, toda uma classe marginal que se transformava em alvo de sequestro do novo sistema político e de suas práticas.

Essas práticas foram executadas sob um pretexto econômico de transformar em mão de obra toda uma massa humana tida como inútil, para aumentar a produção e diminuir o desemprego. Mas, principalmente, o internamento funcionou como um mecanismo social que tinha como finalidade a eliminação dos elementos heterogêneos e nocivos, os considerados “associais”. Desejava-se punir a ociosidade para restaurar a ordem pública e livrar a cidade da paisagem de mendicância. Soma-se a isso todo um sistema religioso dominante, de controle e repressão, que buscava eximir os pecados através da cura dos corpos e na purificação das almas. Todos os que subvertiam os valores morais familiares e religiosos, que se desviavam da ordem, que cometiam crimes, eram chamados de ‘desatinados’, e deveriam ser punidos e castigados através de um reajuste ético. A loucura, entendida como desorganização da família, desordem social, perigo para o Estado, está compreendida e justificada nesse grupo. (FOUCAULT, 2000; ROSEN, 1980)

Nesse período diversas instituições como hospitais gerais foram abertas e se espalharam por toda a Europa. Muitas delas não foram implantadas em novos edifícios, todavia, pela urgência das políticas de internamento, se instalaram em estruturas arquitetônicas preexistentes, que serviam anteriormente a diferentes funções. É nesse exato período que as estruturas vazias dos antigos leprosários são retomadas, e, a muitas delas, atribuída a função de livrar as cidades não mais dos leprosos, mas da miséria, na mesma lógica de exclusão. As novas instituições localizam-se geralmente fora dos muros das cidades e

Figura 36. Hospital Geral de Bicêtre. Planta baixa e fachada.  
 Fonte: [http://www.culture.gouv.fr/Wave/image/memoire/1137/sap01\\_68n00209\\_p.jpg](http://www.culture.gouv.fr/Wave/image/memoire/1137/sap01_68n00209_p.jpg)  
 Figura 37. Bicêtre, Paris (1740). Gravura de Rigaud Jacques  
 Fonte: <http://gu.geneanet.org/sym43?lang=nl&m=NOTES&f=Monlet>

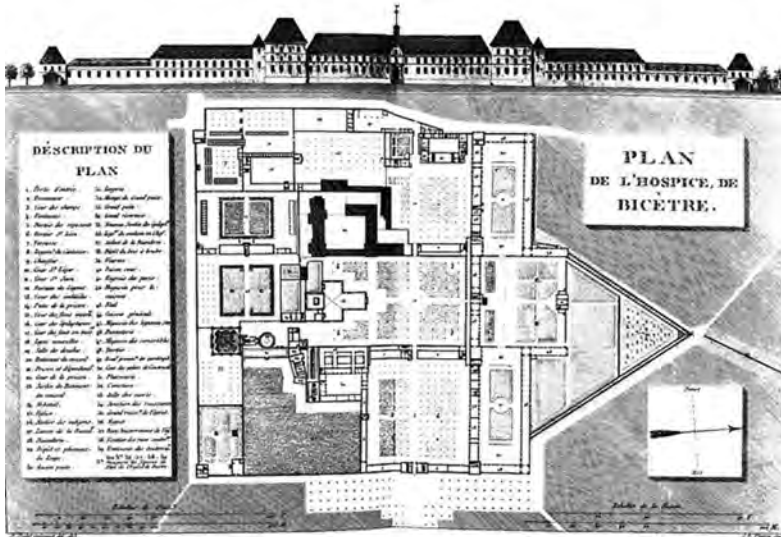


Figura 38. Bicêtre, Paris (1740). Gravura de Rigaud Jacques  
 Fonte: <http://gu.geneanet.org/sym43?lang=nl&m=NOTES&f=Monlet>  
 Figura 39. Bicêtre, Paris. Préparatifs du ferrement. Gravura de Gabriel Cloquemin (1835).  
 Fonte: [http://fluidocq.free.fr/banque\\_images.html](http://fluidocq.free.fr/banque_images.html)

adquirem um caráter de depósito humano justificado pela moral.

[O internamento] é análogo à maneira como a lepra foi tratada no período medieval. Ao separar tais indivíduos da sociedade, ao exilá-los no hospital geral, eles foram entregues a uma situação social e psicológica, cuja principal característica é a alienação. Um espaço psicossocial separado foi criado para aqueles que transgrediam a ordem moral.<sup>16</sup> (ROSEN, 1980, p. 163, tradução nossa)

Em 1656, é fundado o *Hôpital Général de Paris*, fato apontado por Foucault (2000) e Rosen (1980) como um marco referencial na trajetória da loucura no século XVII. O Hospital Geral agrupa em seu funcionamento três unidades localizadas em lugares distintos e já existentes: *Bicêtre* para os homens, *La Pitié* para jovens, e *La Salpêtrière* para mulheres. Para lá era enviada toda a massa marginal parisiense da época, e em pouco tempo o espaço físico já encontrava-se superlotado e em condições insalubres e desumanas.

Segundo Pevsner (1980), o *Bicêtre* (figuras 36 a 39), localizado nos subúrbios ao sul de Paris, foi originalmente planejado como hospital militar, destinado aos soldados inválidos. Quando torna-se parte do Hospital Geral, passa a recolher e confinar os pobres, mendigos, loucos, e toda a classe de indesejáveis sociais. Mais tarde passou a receber também criminosos. Portanto, o *Bicêtre* misturava funções de asilo, hospício e prisão na mesma estrutura física.

*La Salpêtrière* (figuras 40 a 43) foi originalmente um depósito de arsenal. Pouco tempo depois de fazer parte do Hospital Geral, a instituição degenerou em um repugnante depósito de mulheres pobres e loucas e mais tarde ainda abrigou mulheres criminosas e prostitutas presas nas ruas da cidade. Existem muitos relatos de que, nos arredores de *La Salpêtrière*, ouviam-se gemidos e gritos o tempo todo, e de que ali havia uma grande infestação de ratos. *La Salpêtrière* foi



16. This procedure [internment] is analogous to the manner in which the leper was treated in the medieval period. By separating such individuals from society, by exiling them to the Hôpital Général, they were consigned to a social and psychological situation of which the dominant character is alienation. A separate sócio-psychological lifespaces was created for those who removed themselves from or transgressed the moral order considered appropriate to their social position, occupation, or family relationship. (ROSEN, 1980, p. 163)



Figura 40. La Salpêtrière. Gravura de François Muguet, Paris, 1676. Fonte: <http://news.library.depaul.edu/news/image.axd?picture=hospital+general+de+paris.jpeg>

Figura 41. O massacre da Salpêtrière. Ordre National des Pharmaciens, Paris. Fonte: <http://www.magnoliabox.com/tag/La%20Salpêtrière%20hospital>

palco de um dos mais hediondos episódios da Revolução Francesa: *Le massacre de La Salpêtrière*, como ficou conhecido, aconteceu em setembro de 1792, quando uma multidão decidiu libertar as prostitutas lá recolhidas e, apesar de libertarem um certo número delas, as demais mulheres foram arrastadas para a rua e massacradas à vista do povo.

Apesar de, no mesmo século, muitas descobertas terem influenciado decisivamente uma evolução científica natural da medicina, as teorias médicas encontravam-se dissociadas do exercício prático, e, nos locais de internação, ela não se fazia presente. O Hospital Geral não se constituía em um estabelecimento de saúde, muito pelo contrário, era uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que desempenhava mais um papel de repressão que de assistência. Constituía-se como um depósito de humanos que não se desejava ter circulando pelas ruas das cidades.

Todos aqueles que apresentassem um

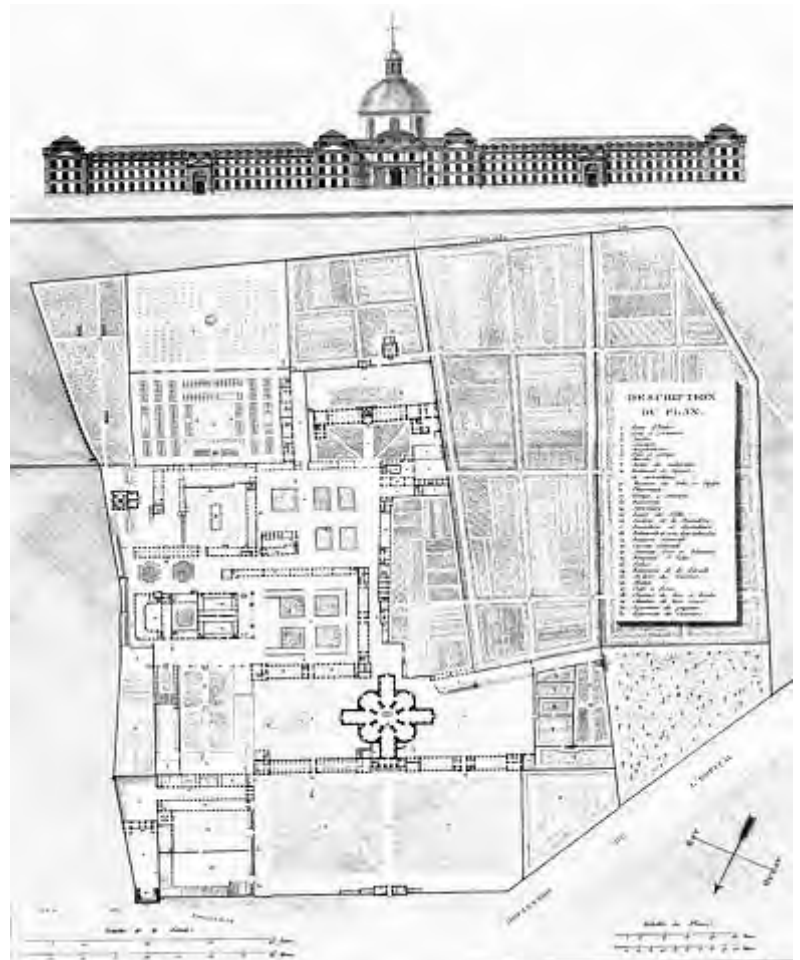
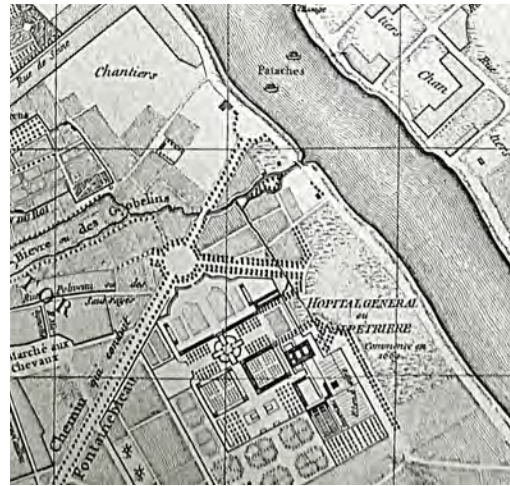


Figura 42. Mapa da área do Hospital geral La Salpêtrière (1760).

Fonte: [http://fr.wikipedia.org/wiki/Hôpital\\_de\\_La\\_Salpêtrière](http://fr.wikipedia.org/wiki/Hôpital_de_La_Salpêtrière)

Figura 43. Hospital Geral la Salpêtrière. Planta baixa e fachada.

Fonte: [http://www.culture.gouv.fr/Wave/image/memoire/1137/sap01\\_68n00214\\_p.jpg](http://www.culture.gouv.fr/Wave/image/memoire/1137/sap01_68n00214_p.jpg)





17. [...] what had happened by the later seventeenth century was not only or simply an evolution of institutions; it was more than that. It was a change in the social perception of irrationality and madness based on criteria derived from a new view of human nature. (ROSEN, 1980, p. 164)

comportamento socialmente inaceitável ou irracional acabavam sendo enviados para essas instituições. A ênfase dessa prática estava em seu aspecto social e não médico. O ato de internar tinha simplesmente um caráter de polícia e dimensão política, encarcerando pessoas não por motivos do direito ou da ciência, mas através da percepção acerca de valores morais dessa época.

[...] o que aconteceu no século XVII não foi apenas uma evolução das instituições; foi mais que isso. Foi uma mudança na percepção social da irracionalidade e loucura baseada no critério derivado de uma nova visão da natureza humana.<sup>17</sup> (ROSEN, 1980, p. 164, tradução nossa)

A percepção social e jurídica da loucura no século XVII a aparentava aos ociosos, libertinos, venéreos e sacrílegos, confinando-os aos hospitais gerais, enquanto que, longe dali, a medicina discursava sobre a loucura segundo um regime próprio, e independente. As duas sensibilidades, jurídica e médica, defasavam tanto que mais pareciam incidir sobre objetos distintos. (PELBART, 1989, p. 132)

Diante de uma nova moral do homem trabalhador, a loucura, junto a toda a massa de miseráveis, foi enclausurada e identificada através de uma condenação ética da ociosidade pela comunidade de trabalho, que passa a rejeitar todas as formas de inutilidade social.

[...] na história do desatino, [a internação] designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo; momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. (FOUCAULT, 2000, p. 78)

Este é o grande momento no qual a loucura começa tornar-se indesejável por estar ligada à pobreza e ser considerada incapaz de produzir, algo inadmissível numa sociedade que se autojustificava moralmente pelo trabalho. O internamento é a prática que melhor corresponde ao conceito de loucura en-

tendido como incapacidade produtiva, como diferença, e sua finalidade foi justamente a supressão dessa diferença seja para sua correção, ou simplesmente sua erradicação da paisagem urbana. (FOUCAULT, 2000)

Mas, recolhido junto aos ociosos e toda a classe marginal da época, o louco ainda será diferenciado. Sob a luz da razão, a loucura encontra-se assumida em uma negatividade:

[...] a loucura deixou de ser o signo de um outro mundo, tendo se tornado a paradoxal manifestação do não-ser. No fundo, o internamento não visa tanto suprimir a loucura, ou escorrçar da ordem social uma figura que aí não encontra lugar; sua essência não é a conjuração de um perigo. Ele apenas manifesta aquilo que a loucura é em sua essência: uma revelação do não-ser. (FOUCAULT 2000, p. 249).

Nos séculos XVII e XVIII a loucura foi duplamente confiscada: em primeiro lugar pela razão, e em seguida pelo internamento. Enquanto a cidade trancafiava os loucos, o pensamento racional trancafiava a loucura. (PELBART, 1989)

As internações se mantêm até o século XVIII, quando, com a Revolução Francesa e seus ideais de “liberdade, igualdade e fraternidade”, grande parte das pessoas que haviam sido banidas do convívio social pelo internamento foram devolvidas à cidade e reabsorvidas ao convívio social. Apenas restaram nos lugares de internação, por ainda serem considerados nocivos e perigosos, os loucos e criminosos.

Até então, as raízes da loucura tinham sido fixadas no mundo moral, originando-se no mal ou em uma vontade perversa. Por isso entre loucura e crime não há muita diferença nesse período e, em comum, ambos adquirem a atribuição da periculosidade. Seguindo-se essa lógica, os locais de internação começam a ser assombrados por uma imagem de animalidade que se associa a imagens de fúria e enraivecimento do louco. A loucura já não é entendida apenas como uma ausência da razão e do pensamento,

mas ganha um atributo de bestialidade, que anda lado a lado com o crime. Dentro dessas instituições, em alguns casos, os loucos eram mostrados ao público numa espécie de espetáculo, onde eram mostrados como monstros, o que atribui ao internamento sua condição de jaula, um legítimo zoológico. O sistema de coação, portanto, não se baseia apenas na punição, mas fixa limites físicos: correntes, coleiras, amarras, celas. Para este louco visto como um animal, monta-se todo um sistema de segurança contra uma esperada e temida violência animalésca dos alienados. Nessa redução à animalidade, a loucura passa a ser dominada através domesticação e do embrutecimento, despojada do que nela possa haver de humano. É o limite absoluto da razão e o escândalo da condição humana. (FOUCAULT, 2000)

Paulatinamente, vai sendo construída uma distinção entre os loucos e os criminosos, sendo ambos os últimos tipos excluídos que ainda permanecem no internamento, antes generalizado. Nesse período surge toda uma tentativa de explicação teórica da loucura, e, a partir de então, desenvolve-se uma medicina na qual o conjunto médico-doente vai se constituindo. Apesar desse desenvolvimento teórico, a terapêutica ainda se baseará em um corpo de práticas de origem arcaica, de significações mágicas e de sistemas de aplicação extramédicos no tratamento da loucura. (FOUCAULT, 2000)

Em meados do século XVIII, desperta um grande medo nas populações europeias, quando a loucura assume a imagem do horror à contaminação, semelhante à lepra, no período medieval. A população passou a considerar a possibilidade de um contágio pela “podridão” fermentada pela loucura onde ela se localizava. Na verdade, esse medo se justificava pela situação calamitosa de insalubridade dos locais dos internamentos, aos quais não se destinava qualquer cuidado. A reforma que se desenvolverá no fim do século XVIII tem aí sua primeira origem:

reduzir a contaminação, impedir que os males viciem o ar espalhando seu contágio pela atmosfera das cidades. É então, nessa época, que começa-se a sonhar com um asilo que, conservando as suas funções essenciais, se organize de forma que o mal não se difunda. Lugar onde o desatino seria contido e retomaria seu papel de espetáculo esterilizado, restituindo-se assim a sua verdade de jaula. Estes são os sonhos de um asilo, através dos quais a moral e a medicina se defendem dos perigos do internamento. (FOUCAULT, 2000)

O medo do século XVIII consiste no fato de a loucura estar emergindo novamente sob a forma de uma presença confusa, mas que questiona a abstração do internamento. Gradativamente, em meados do século XVIII, foi aberta toda uma série de casas destinadas a receber exclusivamente os loucos. Um fenômeno tão repentino quanto o internamento do século XVII, que passou despercebido. É necessário salientar que esse movimento não é a reforma das instituições, mas sim uma ação espontânea que determina e isola o louco, tornando a loucura autônoma, independente e singular com relação ao desatino. Devido a essa divisão entre o louco e o desatinado, o louco agora encontra uma terra de asilo que é só dele, o que permitiu que a loucura fosse melhor percebida, dando-se assim início a um trabalho de classificação e de reconhecimento da mesma, através do qual se pôde distinguir melhor suas figuras. Porém, as condições jurídicas do internamento não mudaram, e a divisão de forma alguma significou a liberdade da loucura ou uma atenção mais filantrópica ou mais médica. Se o século XVIII, aos poucos, possibilitou um lugar exclusivo para loucura, não foi aproximando-se dela, pelo contrário, foi afastando-se. (FOUCAULT, 2000)

Nessa época aconteceu também um movimento que nasceu fora do internamento. Uma reflexão a respeito da pobreza, doença e assistência sob um ponto de vista econômico e social. Pela primeira vez se isola a

doença da pobreza e da miséria. Esta é uma mudança fundamental do período em questão, pois tudo o que antes envolvia a loucura se fragmenta: os círculos da miséria e do desatino se desfazem. E justamente o que aparece é a loucura, ainda condenada à exclusão como um crime, mas confrontada com novos problemas assistenciais que lhe são próprios. Nesse momento surgiriam numerosos tratados médicos sobre a loucura, nos quais esboçavam-se modalidades de medicalização distintas e algumas até conflitantes. Além disso, na situação de internamento, a loucura passa a ser objeto de uma percepção mais médica e as práticas a respeito dos insanos começam a diferenciar-se das que se destinam aos outros reclusos. (FOUCAULT, 2000)

A loucura então estaria livre, apenas, porém, para uma percepção que a individualiza; livre para o reconhecimento de seus rostos particulares entre tantos outros rostos que no internamento se misturavam indiscriminadamente a ela; livre, mas ainda isolada da comunidade, numa espécie de zona neutra, estéril, que se tornará seu único destino possível. Com o surgimento do lugar exclusivo da loucura, não desapareceu o rigor desumano com o qual se tratavam os loucos, mas apenas a evidência do internamento.

## O ADVENTO DA MODERNIDADE: O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA E DO MANICÔMIO

O século XVIII é testemunha de um conjunto de mudanças nas esferas políticas, sociais, econômicas e em diversas áreas do conhecimento humano. O advento da Modernidade é marcado pelo pensamento Iluminista, pela ascensão da burguesia, pela Revolução Industrial e pela Revolução Francesa, que contribuíram para o processo de constituição e consolidação da sociedade capitalista e de novas classes sociais. Esse momento marca o ponto culminante de uma evolução que vinha se processando na Europa desde a Renascença, e apresenta mudanças radicais no cenário tecnológico, científico, econômico, social, cultural e moral, e que dão início à gestação de uma nova sociedade. A evolução da máquina e o aproveitamento da eletricidade nas indústrias proporciona um imediato progresso, multiplicando-se a produção em larga escala e fazendo crescer o comércio, que por sua vez fomenta o transporte. Sem dúvida, o homem moderno estava diante de um turbilhão de mudanças, de uma divisão e especialização cada vez maior do trabalho, e da adequação a uma nova disciplina. (QUINTANEIRO, 2003)

Até a Modernidade o pensamento médico e o internamento estiveram distantes um do outro, porém, no fim de século XVIII, esse panorama começa a ser alterado. Neste período dá-se início ao processo de medicalização do espaço hospitalar, que se transforma numa instituição terapêutica, lugar privilegiado de produção e exercício do saber médico. Nesta época, a medicina incorporou às suas responsabilidades o fenômeno da loucura, desenvolvendo novas práticas para o seu tratamento. Com o advento da Modernidade surge a psiquiatria e, com ela, o manicômio: o lugar exclusivo do louco, disciplinar por excelência, onde a loucura está livre para manifestar-se, sob o olhar absoluto do médico, que lhe confere o estatuto de objeto. (FOUCAULT, 2000)

O nascimento da psiquiatria moderna, bem como do manicômio, tem uma figura

chave: Phillipe Pinel, responsável pela libertação dos loucos das correntes do internamento do século XVII. Pinel realizou um trabalho nos hospitais gerais *La Salpêtrière* e *Bicêtre*, onde executou uma triagem para descobrir e separar o louco das outras categorias que ali se encontravam indiscriminadamente. Tirar as correntes dos alienados presos em celas significou abrir-lhes o domínio de uma liberdade e uma verificação num campo asilar puro, onde a objetividade médica poderia surgir. Para Pinel, o manicômio deveria funcionar como grande continuidade da moral social, onde imperariam os valores da família e do trabalho. No asilo de Pinel, antigos métodos terapêuticos, como os castigos, eram empregados para correção, para que o louco se reconhecesse como vigiado, julgado e condenado. Mesmo baseando-se num mito de libertação, havia ali uma segunda reclusão, onde o louco que fugia às regras era aprisionado novamente, voltando à sua situação inicial de prisioneiro.

No seminário *O poder psiquiátrico*<sup>18</sup>, Foucault (2006 apud PALOMBINI, 2007) afirma que Pinel definiu a terapêutica da loucura como “a arte de subjugar e domar o alienado”, de forma que o êxito do tratamento significava a vitória da vontade do médico sobre a vontade do louco. No momento em que Pinel liberta os doentes das correntes (sem, com isso, livrá-los do internamento), se estabelece uma dívida entre o libertador e os libertos, entre o médico e os loucos, que vai ser paga duplamente: a primeira moeda é a obediência contínua e involuntária; a segunda é a própria cura, moeda de alto valor com a qual o louco paga pela sua libertação. (PALOMBINI, 2007)

Pinel abriu o asilo ao conhecimento médico, mas não introduziu ali uma ciência, e, sim, o personagem do médico, cujos poderes são de ordem moral, social e de higiene pública. A sua obra não pode ser considerada como ponto de chegada, é apenas uma manifestação de reestruturação do pensamento

18. In: FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes. 2006.

Figura 44. Philippe Pinel ordena a remoção das correntes das pacientes da Salpêtrière. Tony Robert-Fleury, 1795.  
Fonte: <http://www.histoire-image.org/pleincadre/index.php?a=675&d=1&i=897>

organiscista cuja origem se situa na experiência clássica da loucura. A reforma de Pinel permitiu uma ‘libertação’ ao louco, mas deu à psiquiatria um poder de atuar num espaço mais fechado e mais rígido que o próprio internamento. Retiram-se as correntes do louco para acorrentá-lo novamente ao saber médico, e esta nova liberdade encerra-o numa certa verdade da loucura da qual ele não pode escapar. (FOUCAULT, 2000)

É importante observar que a psiquiatria como atualmente a conhecemos nasceu com o nome de “alienismo”. Essa foi a denominação dada por Pinel à ciência dedicada ao estudo da alienação mental. Reconhecido como o pai da psiquiatria, uma enorme quantidade de hospitais psiquiátricos em todo o mundo leva seu nome, nome esse que também virou sinônimo popular e pejorativo de “louco” em muitos países. A expressão “alienado” tem a mesma origem etimológica de alienígena, *alien*, estrangeiro, de fora do mundo e da realidade. (AMARANTE, 2006)

Para Foucault, a psiquiatria não surgiu como especialização do saber médico, mas sim como um ramo especializado da higiene pública, que serve de proteção social contra os perigos de doenças que podem afetar a

sociedade. A psiquiatria, para se institucionalizar, precisou urgentemente codificar a loucura como doença, torná-la uma patologia, analisá-la da maneira que mais a aproximasse do saber médico, para fazê-la funcionar em função deste. Foi preciso, ao mesmo tempo, codificar a loucura como perigo, para que a ação da psiquiatria valesse também no campo da higiene pública, como precaução social para evitar os perigos suscitados pela loucura. Segundo Foucault, foi dessa maneira que a psiquiatria procedeu tanto nos manicômios como fora deles, para se autojustificar como ciência e autoridade na sociedade. (FOUCAULT, 2010)

Paralelamente ao surgimento da psiquiatria, a sociedade moderna industrial, preocupada com a eficácia da produção e a economia dos meios, descobriu o corpo como objeto e alvo do poder. Voltam-se, então, muitas atenções “ao corpo que se manipula, modela-se, treina-se, que obedece, responde, torna-se hábil ou cujas forças se multiplicam” (FOUCAULT, 2011b, p. 132). O corpo dócil, segundo Foucault, “é um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado.” (2011b, p. 132). Nesse contexto, existem novidades na forma como o corpo é entendido: não se trata de cuidar do corpo, mas trabalhá-lo detalhadamente, de exercer coerção sobre ele, de tratá-lo no mesmo nível da máquina. Portanto não é o corpo em sua linguagem ou seu comportamento que importam, mas sim a sua economia, sua eficácia, sua organização interna. Neste período passa-se a existir o ideal de coerção constante que se impõe aos processos de atividade de acordo com uma codificação que examina ao máximo, o tempo, o espaço, os movimentos. Este método - que permite o controle das operações do corpo, que realiza a sujeição constante de suas forças e lhe impõe uma relação de docilidade-utilidade - é o que se pode chamar de “disciplina”. No decorrer do século XVIII as disciplinas se tornaram fórmulas gerais de





Figura 45. O Panóptico. Misericórdia, a justiça, a vigilância.  
Fonte: FONTES, 2003, p. 8.

dominação tanto em escolas como em quartéis e fábricas. A disciplina tem como seu maior objetivo fabricar corpos dóceis, submissos e exercitados, aumentando as forças do corpo e sua utilidade, e enfraquecendo a sua força política através da obediência. O poder disciplinar tem como sua principal função o adestramento, capaz de conter e amarrar as forças para poder utilizá-las:

Adestra as multidões confusas, móveis, inúteis de corpos e forças para uma multiplicidade de elementos individuais – pequenas células separadas, autonomias orgânicas, identidades e continuidades genéticas, segmentos combinatórios. A disciplina ‘fabrica’ indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. (FOUCAULT, 2011b, p. 164).

Para este corpo que se pretende docilizar a Modernidade elabora toda uma aparelhagem de controle que se exerce pela localização imediata ou pelo *quadriculamento*:

Cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar um indivíduo[...]. O espaço disciplinar tende a se dividir em tantas parcelas quanto corpos ou elementos há a repartir. [...] A disciplina organiza o espaço analítico. E ainda aí ela encontra um velho procedimento arquitetural e religioso: a cela dos conventos. Mesmo que os compartimentos que ela atribui se tornem puramente ideais, o espaço das disciplinas é sempre no fundo, celular. Solidão necessária do corpo e da alma [...]. (FOUCAULT, 2011b, p. 138)

Um dos mais importantes e fundamentais instrumentos de que o emergente poder disciplinar se utilizou foi o espaço. Segundo Foucault (2011) a arquitetura, que sempre correspondeu à necessidade de manifestar poder, divindade e força, começa a se especializar ao se articular com os problemas da população, da saúde, do urbanismo. No final do século XVIII, a civilização apresenta novos e diferentes problemas: é necessário utilizar a organização do espaço para alcançar objetivos econômico-políticos. A arquitetura surge então como um dispositivo necessá-



rio para que se estabeleça uma nova relação entre as instituições modernas formalmente constituídas e a massa de cidadãos comuns. Os novos padrões de organização espacial se transformam no meio fundamental para estabelecer modelos disciplinares de comportamento sobre os indivíduos, principalmente quando as estruturas precedentes já não mais atendiam a tais expectativas.

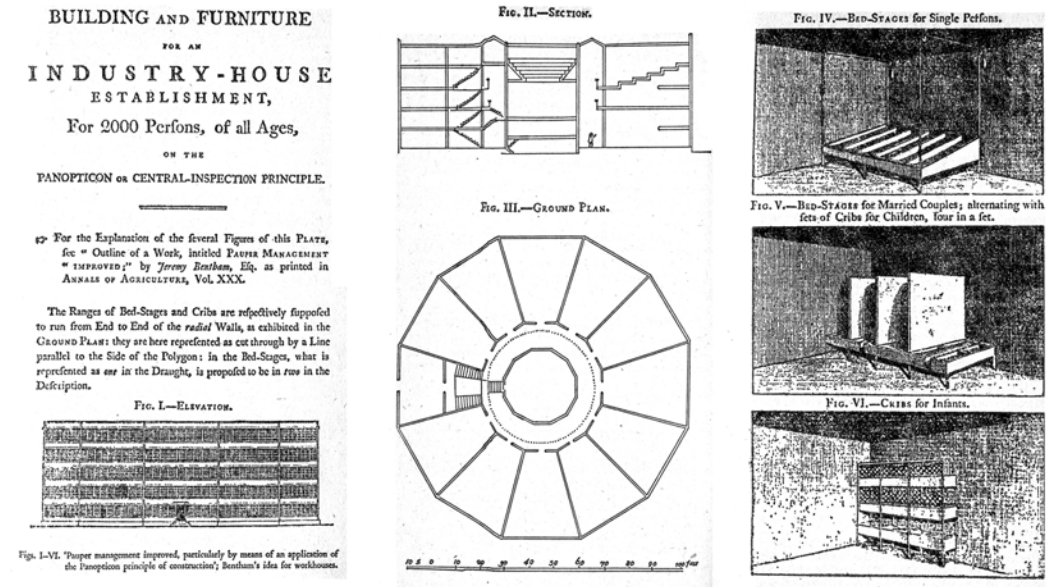
Para Foucault, o principal símbolo arquitetônico da sociedade disciplinar é o modelo Panóptico (*figuras 45 a 48*), um modelo arquitetônico proposto pelo inglês Jeremy Bentham<sup>19</sup> em 1787, com o objetivo de estabelecer uma clara hierarquia entre indivíduos dentro de uma dada instituição. O Panóptico assegurava a primazia da disciplina, controle e vigilância, enfim, de relações de poder aplicadas tanto a prisões, fábricas, quartéis, escolas, hospitais e manicômios.<sup>20</sup> (FOUCAULT, 2011b)

O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exte-

19. Jeremy Bentham (1748-1832) foi um filósofo, economista, jurista e reformista social inglês nascido em Houndsditch, Londres, fundador da doutrina utilitarista e cujas idéias exerceram grande influência sobre o desenvolvimento do liberalismo político e econômico.

20. Bentham expôs as suas ideias para o Panóptico em uma série de cartas escritas da Rússia para "um amigo", na Inglaterra (na verdade seu pai) em 1787. Estas foram mais tarde complementadas por dois *postscripts* muito mais extensos. Cartas e *postscripts* foram publicados como *Panopticon: or, the Inspection-House* (Thomas Byrne, Dublin 1791) e *Panopticon: Postscript* (T Payne, Londres 1791, 2 vols). Elas foram, então, republicadas em *The Works of Jeremy Bentham*, ed. J. Bowring, 11 vols, Edimburgo 1843, III, pp 37-172, juntamente com *Panopticon versus New South Wales: or the Panopticon Penitentiary System, and the Penal Colonization System, Compared*, pp 173-211.

Figura 46. Ilustração do livro de Jeremy Bentham sobre o Panóptico.  
 Fonte: BENTHAM, 1843, p. 38



rior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia. Tantas jaulas, tantos pequenos teatros, em que cada ator está sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível. O dispositivo Panóptico organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente. Em suma, o princípio da masmorra e invertido; ou antes, de suas três funções - trancar, privar de luz e esconder - só se conserva a primeira e suprimem-se as outras duas. A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha. Cada um, em seu lugar, está bem trancado em sua cela de onde é visto de frente pelo vigia; mas os muros laterais impedem que entre em contato com seus companheiros. É visto, mas não vê; objeto de uma informação, nunca sujeito numa comunicação. A disposição de seu quarto, em frente da torre central, lhe impõe uma visibilidade axial; mas as divisões do anel, essas celas bem separadas, implicam uma invisibilidade lateral. É esta é a garantia da ordem. (FOUCAULT, 2011b, p. 190)

No Panóptico, Bentham assegurou o princípio de que o poder, representado pela torre de controle, deveria ser visível e inver-

ficável, pois o detento nunca poderia saber de fato se estava sendo observado. Foucault considerou esse dispositivo importante, pois ele permite a automação e a desindividualização do poder.

O Panóptico é um zoológico real; o animal é substituído pelo homem, a distribuição individual pelo grupamento específico e o rei pela maquinaria de um poder furtivo. (FOUCAULT, 2011b, p. 193)

O Panóptico é também uma máquina de fazer experiências, modificar o comportamento, treinar os indivíduos, é um local privilegiado para tornar possível a experiência com homens e para analisar as transformações que se pode obter neles. Logo, o Panóptico funcionaria também como um laboratório do poder que, devido a seus mecanismos de observação, conseguiria penetrar no comportamento do homem, o qual se tornaria um objeto a ser conhecido, e sobre o qual, a partir do panóptico, se adquire um aumento de saber.

O Panóptico também permite aperfeiçoar o exercício do poder em cada uma de suas

Figura 47. Projeto Panóptico. Jermeý Bentham, Samuel Bentham e Willey Reveley, (1791).  
 Fonte: <http://www.litencyc.com/images/penitentiarypanopticon1791.jpg>

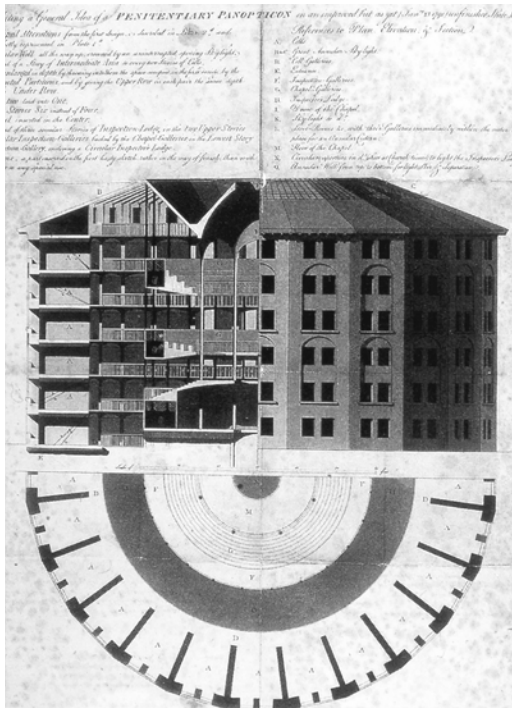
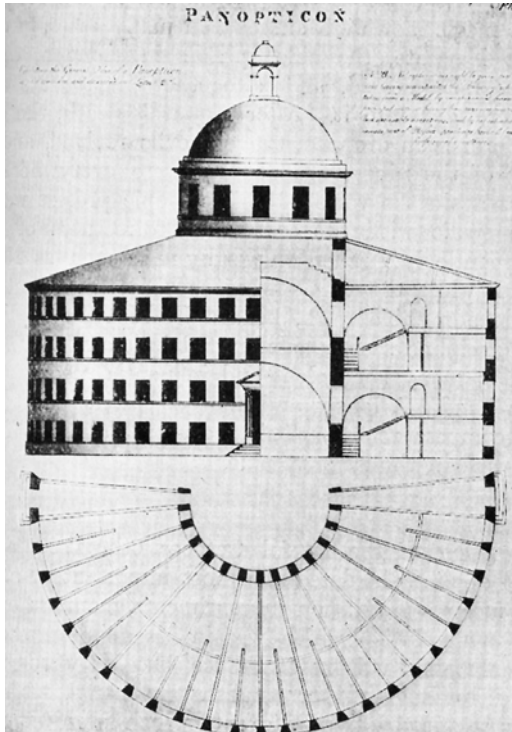


Figura 48. Panóptico de Bentham. Fachada, corte e planta baixa. Desenhado por Willey Reveley, 1791.  
 Fonte: <http://blogs.dickinson.edu/hist-fbi/files/2012/04/panopticon.jpg>

aplicações, pois assegura sua economia: pode reduzir o número dos que exercem o poder e ao mesmo tempo aumentar o número de pessoas sobre as quais o poder é exercido. O próprio Bentham considerava o Panóptico como uma maneira de obter poder numa quantidade inédita, que serviria como um novo instrumento de governo, aumentando a força de qualquer instituição a que fosse aplicado. Bentham propunha ainda, que o panoptismo fosse capaz de agir em quase todas as instituições, pois ele permite reformar a moral, preservar a saúde, revigorar a indústria, difundir a instrução, aliviar encargos públicos, e tudo isso com uma simples ideia arquitetônica de distribuição espacial. O Panóptico permite intervir a todo o momento: com arquitetura e geometria ele age diretamente sobre os indivíduos.

Segundo Foucault, Bentham quis projetar uma instituição disciplinar perfeita, e quis fazer dela a constituição de uma rede de dispositivos que estariam em toda sociedade e constantemente alertas. Essa generalização foi possibilitada pelo Panóptico, que muitas vezes apareceu descrito como uma jaula cruel e sábia. “O Panoptismo é o princípio geral de uma nova ‘anatomia política’ cujo objeto e fim não é a relação de soberania, mas as relações de disciplina” (FOUCAULT, 2011b, p. 197).

O Panóptico ganha força ao se contrapor aos demais modelos de disciplina até então existentes: a disciplina-bloco, instituição fechada à qual eram atribuídas funções negativas, sempre à margem. Em detrimento disso, o panoptismo chegava com a proposta de disciplina-mecanismo: um dispositivo funcional que melhoraria o exercício do poder tornando-o mais eficaz. Ele se constituía em uma promessa para a sociedade que estava por vir.

O movimento que vai de um projeto ao outro, de um esquema da disciplina de exceção ao de uma vigilância generalizada, repousa sobre uma transformação histórica: a extensão pro-



gressiva dos dispositivos de disciplina ao longo dos séculos XVII e XVIII, sua multiplicação por meio de todo o corpo social, a formação do que se poderia chamar grosso modo a sociedade disciplinar.

Realizou-se uma generalização disciplinar, atestada pela física benthamiana do poder, no decorrer da Era Clássica. Comprova-o a multiplicação das instituições de disciplina, com sua rede que começa cobrir uma superfície cada vez mais vasta, e principalmente a ocupar o lugar cada vez menos marginal: o que era ilha, local privilegiado, medida circunstancial ou modelo singular, torna-se fórmula geral. (FOUCAULT, 2011b, p. 198)

Arquitetonicamente, reconhece-se em Bentham uma dupla contribuição: antes de tudo, uma preocupação funcional, notável em uma época em que ela apenas emergia; além disso, uma grande generosidade no arranjo interior, tanto no emprego de materiais novos – ferro e vidro são abundantemente utilizados – quanto no sistema de comunicações internas, na ventilação, na calefação, na evacuação das águas da chuva, na de vapores etc. O modelo arquitetônico de Bentham não foi seguido literalmente, mas influenciou indiretamente todas as construções que se destinavam às funções de controle sobre uma determinada população, fosse ela fabril, prisional, escolar, hospitalar ou manicomial. (TADEU, 2008)

Assim como os lugares da loucura sempre acompanharam, lado a lado, o processo de evolução ora dos edifícios hospitalares, ora dos edifícios prisionais, com o advento da Modernidade e o modelo Panóptico surge uma única tipologia que promete dar conta de ambos os programas e ainda destaca o manicômio como um programa diferenciado, capaz de ser absorvido pela mesma máquina arquitetônica. O modelo Panóptico, se não pôde ser construído à risca, influenciou, através da sua conceituação espacial, a criação de uma nova tipologia, e o princípio básico de que o espaço hospitalar fosse tratado de forma a permitir a supervisão de cada paciente foi fundamental para a transformação

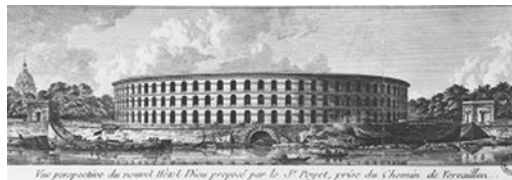
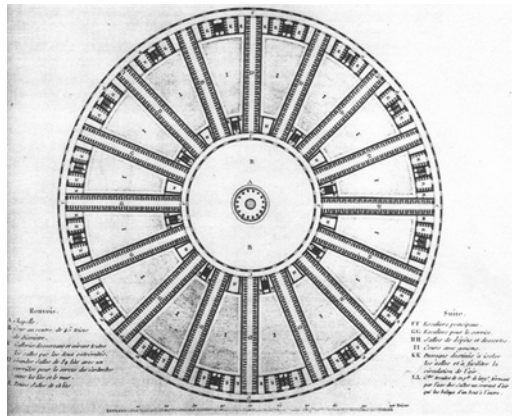
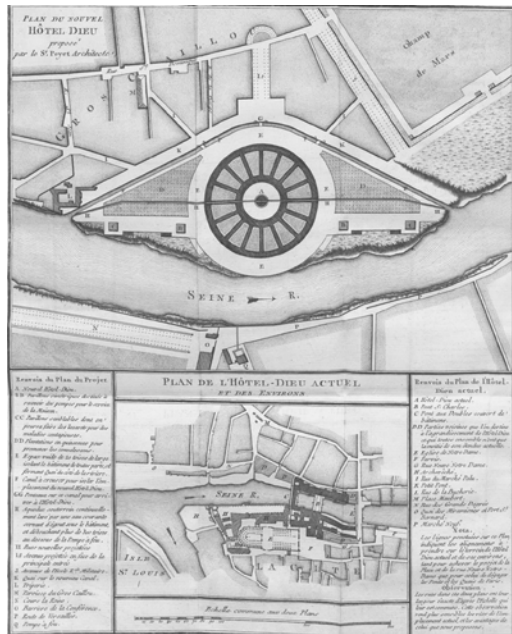
que atingiu o hospital no século XVIII.

No mesmo período que a instituição hospitalar ocidental passa a ser concebida como um instrumento de cura e o seu espaço torna-se um instrumento terapêutico, nasce separadamente o manicômio, com base nas mesmas intenções espaciais e funcionais. Os hospitais com partido em bloco (inspirados nos antigos templos romanos) e em cruz (da Renascença) são condenados, devido à sua insalubridade, alto nível de mortalidade e o seu caráter negativo. Inicia-se um período de intensas pesquisas onde médicos e arquitetos se unem para fixar uma tipologia de caráter positivo e que atendessem a todas as demandas espaciais do hospital e de outras instituições modernas.

Um dos acontecimentos do século XVIII que marcou a evolução da tipologia hospitalar e a posterior ampliação da mesma em diferentes instituições foi o grande incêndio do *Hôtel-Dieu* de Paris, em 1772, que desencadeou o debate sobre sua reestruturação física e organizacional. Após esse incêndio, que destruiu os prédios mais antigos deste complexo conjunto, houve revolta, manifestações e protestos da população contra a precária situação do hospital, resultando em severas críticas, que propunham sua transferência para os arredores da cidade (PEVSNER, 1980). A discussão sobre a reconstrução do *Hôtel-Dieu* de Paris possibilitou uma apreciação crítica acerca do espaço hospitalar.

Dentre as propostas apresentadas para o *Hôtel-Dieu* está o projeto de Bernard Poyet e Claude-Philippe Coqueau (*figuras 49 a 51*), datado de 1785, cuja proposta apresentava uma solução com capacidade para 5000 leitos, e que possuía uma configuração circular fielmente panóptica. No entanto, a avaliação realizada sobre esse projeto considerou-o uma calamidade, devido à grande quantidade de enfermos respirando a mesma atmosfera miasmática, o que não contribuiria ao combate dos problemas já existentes nos hospitais. Diversas outras propostas foram

Figura 49, 50 e 51. Projeto de Bernard Poyet e Claude-Philippe Coqueau para Hôtel Dieu (1785). Planta Baixa, Detalhe planta baixa, Fachada e Secção  
 Fonte: [http://library24.library.cornell.edu:8280/luna/servlet/view/all/when/1785?sort=accession,preferred\\_name,title,classification](http://library24.library.cornell.edu:8280/luna/servlet/view/all/when/1785?sort=accession,preferred_name,title,classification)



surgindo no mesmo debate, entre elas a proposta de estruturação do *Hôtel-Dieu* do médico Jacques-René Tenon, datada de 1788. Segundo Foucault (2011), Tenon examinou o funcionamento e a organização administrativa de muitos hospitais europeus, chegando a estabelecer uma relação entre fenômenos patológicos e espaciais. No término de sua pesquisa, o médico francês publicou a obra *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*<sup>21</sup>, que marcaria, de forma inédita, uma nova maneira de lidar com a instituição hospitalar a partir da interação entre arquitetura e medicina. Tenon explica o hospital pelo viés da utilidade, colocando as relações entre o desenvolvimento das atividades e o uso do espaço, do ponto de vista simultâneo de todos os usuários. A estruturação dos serviços e dos espaços hospitalares, segundo a orientação de Tenon, seria feita através de pequenas unidades funcionais organizadas a partir de eixos de circulação, tendo como base as relações entre fluxos e usos. A obra de Jacques Tenon é coerente com o espírito questionador e humanista do Iluminismo e contribuiu de forma relevante para os conhecimentos que se construíam nessa época, sobretudo aqueles que tratavam da salubridade dos ambientes. Tenon, em parceria com Poyet, apresentou os projetos para os hospitais que seriam necessários para compor o complexo de cinco estabelecimentos do *Hôtel Dieu*.

Num panorama geral, através do debate do novo *Hôtel-Dieu*, médicos e arquitetos passaram a pensar o hospital juntos. Esse exercício culminou na fixação de um modelo definido que, segundo eles, se traduzia em um espaço médico e útil. Tratava-se da tipologia pavilhonar, composta por pavilhões paralelos, independentes, mas interligados por galerias. Nele seriam aplicados múltiplos dispositivos disciplinares e climáticos que identificariam uma arquitetura instrumental, eficaz, socialmente útil e de caráter positivo.

A estruturação do espaço do tipo pavilhonar surgida no século XVIII era baseada

21. TENON, Jacques-René. *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*. Paris: De L'imprimerie de Ph-D Pierres, Premier Imprimeur Ordinaire du Roi, & c, 1788.

nas exigências de salubridade ambiental (espaços naturalmente bem ventilados e iluminados), nas necessidades funcionais de suas atividades (de fluxos, dimensões, e supervisão dos enfermos) e na articulação desses espaços por meio de uma circulação ou sistema de circulações. O hospital pavilhonar foi o tipo consagrado como aquele que se ajusta bem a esses requisitos, na medida em que o pavilhão, como edifício independente e de laterais livres, permite obter ventilação cruzada e iluminação natural. Assim, resolve-se o que era tido como maior produtor de insalubridade hospitalar: a estagnação do ar e a umidade. Além disso, há que considerar a flexibilidade de posicionar convenientemente os pavilhões, uns em relação a outros, estruturando os serviços e os compartimentos através dos eixos de circulação.

Essa nova tipologia foi considerada como a solução arquitetônica ideal, fundamentada nas teorias higiênicas e fortemente influenciada pelo Panóptico de Bentham, e foi incorporada também ao manicômio. A tipologia em pavilhão foi muito difundida pela Europa e em seus domínios coloniais, e nela percebemos uma influência cientificista e racionalista. Segundo Foucault:

Tudo isso mostra como, em sua estrutura espacial, o hospital é um meio de intervenção sobre o doente. A arquitetura do hospital deve ser fator e instrumento de cura. O hospital-exclusão, onde se rejeitam os doentes para a morte, não deve mais existir. A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura de mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico. O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e seus efeitos. Esta é a primeira característica da transformação do hospital no final do século XVIII. (FOUCAULT, 2011, p. 108)

A despeito de tantos projetos apresentados para o *Hôtel Dieu* de Paris e das discussões geradas em torno deles, somente na segunda metade do século XIX, em 1861, é que o antigo *Hôtel-Dieu* de Paris seria demolido e reconstruído do lado norte do adro da

Catedral de Notre Dame, tendo sido inaugurado em 1877. Adotou-se para essa nova edificação a tipologia pavilhonar, já dominante na época. A contribuição do *Hôtel-Dieu* de Paris ao desenvolvimento da arquitetura hospitalar ocidental é, sem dúvida, relevante e definidora de um momento de ruptura, em que se observa uma nova relação entre o espaço hospitalar e sua real função: a de auxiliar na cura dos doentes. Essa nova relação traz à tona uma nova forma de pensar esse espaço, em que se percebe a inserção da arquitetura como um instrumento no processo terapêutico.

O século XVIII desencadeou uma reflexão sobre a produção não só do espaço hospitalar, mas instigou e conformou o modelo pavilhonar como resposta da arquitetura para as necessidades modernas das diversas instituições que surgiram nesse período, entre elas o manicômio. Nesse período, em comum, hospital e manicômio possuíam características de compartimentação, ventilação, higiene, disciplina, vigilância, etc., mas com relação à sua implantação na cidade, o manicômio ainda estava muito mais próximo, ideologicamente, de uma prisão: longe dos grandes centros urbanos, isolado do convívio social, atrás de altos muros, portões e grades.

Desse momento em diante, o hospital continuará sua evolução na direção de novas e mais eficientes tipologias arquitetônicas, na busca por uma estrutura física promotora da saúde e da cura amparada pela tecnologia. É a partir desse momento que hospital e manicômio têm suas trajetórias separadas: enquanto que a evolução do hospital acompanha o desenvolvimento da ciência e das tecnologias, o manicômio é destinado a congelar no tempo. Desde o século XVIII, atravessando inteiramente o século XIX até o fim do século XX, as estruturas físicas, espaciais e arquitetônicas, bem como as práticas de tratamento, se mantêm as mesmas. Parado no tempo, o manicômio se naturaliza

cada vez mais como o destino inevitável do louco, lugar do esquecimento.

Para Foucault (2000), o manicômio é uma instituição fundamental enquanto mecanismo disciplinar complementar ao processo de legitimação da loucura fora do território da cidade, mantendo-se a supremacia da razão em detrimento ao saber construído pelo louco. O manicômio, como dispositivo disciplinar, atravessou os séculos, carregando em seu interior a lógica da exclusão até o mundo contemporâneo. Dessa forma, o processo de internação constituiu-se como um modelo oportuno de eliminar do contexto social a loucura, considerada heterogênea e nociva à ordem desejada.

Parte essencial da teoria psiquiátrica do século XIX está baseada na destituição do louco enquanto produtor de um saber e na eficácia do manicômio como modelo de tratamento. O manicômio é, por excelência, o lugar operador de práticas para docilização dos corpos, condição indispensável ao processo de transformação do paciente em um ser útil e obediente (RIBEIRO. F., 2006).

No fim do século XIX a psiquiatria recebe sua consagração. Ela se afirma como disciplina médica e como disciplina especializada no campo da prática médica. Entre normas e anomalias, a psiquiatria se converterá agora na ciência das condutas e de indivíduos anormais. “Tudo o que é desordem, indisciplina, agitação, indocilidade, caráter recalcitrante, falta de afeto, etc., tudo isso pode ser psiquiatrizado agora.” (FOUCAULT, 2010, p.138).

Foi no manicômio que a psiquiatria surgiu como especialidade médica. A medicina positivista do século XIX atribui à doença mental o caráter de objeto, onde o louco se constitui como sujeito juridicamente incapaz, como perturbador do grupo sob o efeito do pensamento político e moral do século XVII. O código civil faz da interdição a condição indispensável para todo internamento. A psiquiatria moderna herdou as relações

instauradas na era clássica e acredita falar de loucura apenas em sua objetividade patológica, mas lida com uma loucura ainda habitada pela ética do desatino e da animalidade (FOUCAULT, 2000). O século XIX é conhecido como o século dos manicômios, pois nesse período se multiplicaram teorias a respeito da loucura e a construção de locais específicos para o tratamento da doença no mundo todo, inclusive na América do Norte e no Brasil, casos que veremos a seguir.



## LUGARES DA LOUCURA NA AMÉRICA DO NORTE: O PLANO KIRKBRIDE E O SAINT ELIZABETHS HOSPITAL

22. Thomas Story Kirkbride nasceu em 31 de julho de 1809, filho de pais Quaker na Pensilvânia rural. Depois de sua educação formal na *University of Pennsylvania Medical School* (1828 - 1832), Kirkbride originalmente trilhou os caminhos na direção de se tornar um cirurgião. No entanto, em 1840 recebeu uma oferta para se tornar superintendente do recém criado Hospital para Insanos da Pensilvânia. Sua formação e experiência estagiando no Asilo dos Amigos e no Hospital para os Insanos da Pensilvânia, na Filadélfia, lhe forneceu a base necessária para a posição. Sua ambição, intelecto e forte senso de propósito que lhe permitiu usar essa posição para se tornar uma das autoridades mais importantes sobre os cuidados de saúde mental na segunda metade do século XIX. Kirkbride foi membro fundador da Associação de Superintendentes de Medicina de Instituições Estadunidenses para os Insanos (*Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane* (AMSAII)), precursora da Associação Psiquiátrica Estadunidense (*American Psychiatric Association*), servindo como primeiramente secretário, e depois como presidente. Através desta associação e em seus escritos, Kirkbride promoveu um método padronizado de construção de asilo e de tratamento de saúde mental, popularmente conhecido como o Plano Kirkbride, que influenciou significativamente toda a comunidade asilar americana durante sua vida. Similar aos asilos tão intimamente associado com o seu nome, Kirkbride despertou sentimentos fortes em outros, variando de profunda hostilidade à profunda admiração. Respeitado e venerado por suas realizações por seus colegas, Kirkbride também foi insultado por uma nova geração de médicos que viram sua extensa influência e dedicação obstinada em suas crenças como obstáculos ao progresso na medicina psiquiátrica. Com seus pacientes, Kirkbride despertou a animosidade suficiente para inspirar uma tentativa de homicídio (que Kirkbride escapou por pouco). Dr. Kirkbride se casou com uma ex-paciente depois que sua primeira esposa

O tratamento moral, difundido por Pinel, obteve sucesso no século XIX, quando foram implantados hospitais psiquiátricos em todo o mundo ocidental e, por isso, o século XIX ficou conhecido como o século dos manicômios. Nesse período, nos Estados Unidos, também houve um crescimento considerável no tratamento de doentes mentais patrocinado pelo Estado e, conseqüentemente, um aumento da construção de manicômios. Os novos métodos terapêuticos da Europa e o quadro político progressista da época fomentaram a criação de muitos manicômios públicos em todo o país, que vinham a substituir métodos mais rudimentares de lidar com os loucos, como os confinamentos em prisões ou asilos onde eram, muitas vezes, abusados, e suas necessidades especiais raramente cumpridas.

Thomas Story Kirkbride<sup>22</sup> foi um defensor influente de um sistema de asilo com base nos princípios do tratamento moral. Em seu tratado sobre projetos asilares<sup>23</sup>, Kirkbride promoveu um conjunto de princípios detalhados que influenciaram a construção e operação de muitos asilos estadunidenses construídos durante esse período. Entendidos por Kirkbride como participantes ativos na terapia, a arquitetura do asilo e o seu entorno eram um componente central no conceito de tratamento da época, e o trabalho que ele desenvolveu deu origem ao que ficou conhecido como Plano Kirkbride.

Devido à grande demanda construtiva que a nova política asilar gerou no território dos Estados Unidos, o Plano Kirkbride foi difundido com sucesso, e serviu de base para a construção de edifícios com fins asilares, na intenção da aplicação do tratamento moral em todo o território estadunidense. O asilo foi concebido como um lugar destinado a curar transtornos mentais, melhorar a vida dos pacientes e, principalmente, a qualidade da sociedade em geral. O novo lugar do louco tinha a função de ser o estruturador de seus comportamentos, servia como reclusão

do que se acreditava serem os focos da doença mental, além de concretizar-se como um instrumento ideal, onde se pudessem aplicar as terapias médicas europeias. (YANNI, 2007)

Arquiteticamente, Kirkbride concebeu um asilo como um conjunto onde se apresenta um bloco central administrativo ladeado por duas alas compostas por enfermarias diferenciadas. Este plano linear facilitou a segregação hierárquica dos internos de acordo com gênero e sintomas da doença. Pacientes do sexo masculino seriam alojados em uma ala, pacientes do sexo feminino na outra. Cada ala foi subdividida por enfermarias, com os pacientes mais “agitados” colocados nos pisos inferiores, o mais distante da estrutura administrativa central, e os mais bem comportados, os pacientes “mais racionais”, situados nos andares superiores e mais perto do centro administrativo. O ideal desse arranjo era tornar a experiência dos pacientes asilares mais confortável e produtiva, isolando-os de outros pacientes com doenças antagônicas à sua própria, e ainda permitir ar fresco, a luz natural e vista para os jardins do asilo, de todos os lados de cada ala.

Acreditava-se ser crucial colocar os pacientes em um ambiente “mais natural”, longe dos poluentes e da energia agitada dos centros urbanos. Ar fresco, luz natural abundante, área extensa, com parques e terras de cultivo, eram requisitos para a implantação dos edifícios asilares. Parques de paisagem natural, porém aliados a paisagens artificiais, reforçados por uma ordem racional, serviam tanto para estimular e acalmar a mente dos pacientes, e muito também para melhorar o aspecto geral do asilo. O cultivo da terra serviu para tornar o asilo autossuficiente, fornecendo alimentos prontamente disponíveis e outros produtos agrícolas a um custo mínimo para o Estado. É claro que eram os pacientes a mão de obra desse serviço: eles foram encorajados a ajudar e a trabalhar nas fazendas e manter os jardins, bem como participar em outras tarefas. Tal ocupação

foi concebida como parte da terapia, para proporcionar uma sensação de propósito e responsabilidade que, acreditava-se, poderia ajudar a regular a mente e o corpo. Os pacientes também eram encorajados a participar de recreações, jogos e entretenimentos que também envolveriam suas mentes, tornariam a sua estadia mais agradável, e talvez ajudassem a promover e manter habilidades sociais. (YANNI, 2007)

A ambição, dedicação e influência de Kirkbride garantiu a boa reputação do seu plano arquitetônico em grande parte da sua vida. Perto do final do século XIX, no entanto, esse sistema perdeu importância, pouco a pouco tornou-se obsoleto e foi abandonado. Na medida em que o tratamento moral não demonstrava eficiência, não reduzia a incidência da doença mental, e pelos problemas causados por uma combinação de superlotação e falta de apoio financeiro necessário, a instituição de saúde mental buscou outras formas de tratamento, e outras fórmulas arquitetônicas para tal prática. Uma nova geração de superintendentes asilares começou a defender diferentes formas de concepção de asilo com base em ideias diferentes de atendimento. E, como a psicanálise, a droga-terapia, e outros tratamentos emergentes começaram a ser favorecidos, a ideia do asilo como um plataforma para o Plano Kirkbride tornou-se obsoleta. Os edifícios asilares não eram mais construídos nos moldes Kirkbride, embora muitos destes edifícios existentes continuassem como partes importantes dos hospitais públicos até o século XX. (YANNI, 2007)

Hoje, nos Estados Unidos, muitos edifícios Kirkbride estão se deteriorando rapidamente devido a anos de negligência. Com o declínio do sistema asilar público - principalmente devido às novas formas de tratamento, o desenvolvimento dos direitos dos doentes, e clamor público sobre os escândalos de abuso e condições insalubres - estes edifícios notáveis caíram em desuso e decadência. In-

felizmente, muitos foram demolidos, considerados caros demais para restauração, ou ocupantes de terras valiosas para a especulação imobiliária. Muitos destes exemplares icônicos da arquitetura asilar ainda existem, mas estão ameaçados de destruição. A condição de abandonado intensifica ainda mais a grandeza e o mistério que paira em torno destes edifícios.

Um exemplar de manicômio cuja concepção é embasada no Plano Kirkbride, e um dos primeiros projetados e construídos em escala de grande porte, é o Hospital Nacional para Insanos<sup>24</sup> em Washington DC. Sua construção foi inaugurada em 1855, embora o seu conjunto arquitetônico tenha sido concluído alguns anos mais tarde. Dorothea Dix<sup>25</sup>, considerada líder de uma cruzada nacional para o tratamento ético e humano dos doentes mentais nos Estados Unidos, foi a responsável pela fundação do asilo. Foi criado principalmente para fornecer cuidados para os membros das forças armadas e moradores de Washington DC. O arquiteto, Thomas U. Walters, utilizou o plano Kirkbride como base de projeto, embora o primeiro superintendente do hospital, Dr. Charles Nichols, tenha projetado sua planta baixa e determinado outras características importantes. (figuras 52 a 64)

O edifício, de modelo Kirkbride e de caráter fortificado neogótico, fica em uma colina com uma impressionante vista de Washington DC. Durante a Guerra Civil, sua ala leste temporariamente funcionou como um hospital geral para soldados da União, e, ali, o presidente Lincoln costumava visitar os feridos. Os soldados internados se referiam ao hospital como *Saint Elizabeths* - o nome que área possuía na Era Colonial - porque relutavam em reconhecer que estavam sendo tratados em um asilo de insanos. O congresso mudou oficialmente o nome da instituição para *Saint Elizabeths Hospital* em 1916.

O projeto original do *Saint Elizabeths* consistia em um bloco administrativo cen-

faleceu. Este casamento revelou a profundidade da crença de Kirkbride que os doentes mentais são seres humanos com muito a oferecer, apesar de sofrer de uma doença que pode ser possivelmente tratada e curada. Em 16 dezembro de 1883, Kirkbride faleceu de pneumonia aos 74 anos de idade. (YANNI, 2007)

23. KIRKBRIDE, Thomas Story. On the construction, organization, and general arrangements of hospitals for the insane. Lindsay & Blakiston, Philadelphia, 1854. Disponível em <<http://archive.org/details/onconstructionor00kirk>>. Acesso em: jun 2013

24. *Government Hospital for the Insane*.

25. Dorothea Dix nasceu em Hampden, Maine em 4 de abril de 1802. A sua carreira como professora dos menos favorecidos, indiretamente levaram-na ao seu papel como um reformadora social influente. Ao visitar uma prisão em 1841, ela testemunhou o terrível tratamento dos doentes mentais, que foram forçados a viver na companhia de criminosos comuns. Dix sentiu-se moralmente obrigada a promover o cuidado humano daqueles que sofriam de doença mental. Nesse período, os doentes mentais muitas vezes eram encarcerados em prisões ou amontoados em pequenas enfermarias em hospitais privados. Dix convenceu os legisladores de vários estados a construir asilos públicos onde os doentes mentais pudessem receber tratamento adequado e serem encorajados a viver suas vidas de forma mais humana. O trabalho incansável de Dix denunciou o abuso dos doentes mentais e foi um catalisador para a evolução do seu tratamento. Seus esforços foram diretamente responsáveis pela fundação de vários asilos nos EUA e no Canadá. Dorothea Dix e Thomas Kirkbride se tornaram parceiros devido aos seus interesses e objetivos em comum. O trabalho de Dix, sem dúvida, criou circunstâncias favoráveis para a proliferação de asilos com base nas ideias de Kirkbride. Em seus últimos anos de vida, Dix residiu no Trenton State Hospital, um asilo que ela ajudou a fundar e primeiro edifício Kirkbride. Ela faleceu em 17 de julho de 1887. (YANNI, 2007)

Figura 52. Planta de Localização, Hospital Nacional para Insanos.  
 Fonte: US, The Library of Congress. Historic American Landscape Survey St. Elizabeths Hospital West Campus, Halls No. DC-11, p.110. Documento disponível em: <http://memory.loc.gov>.

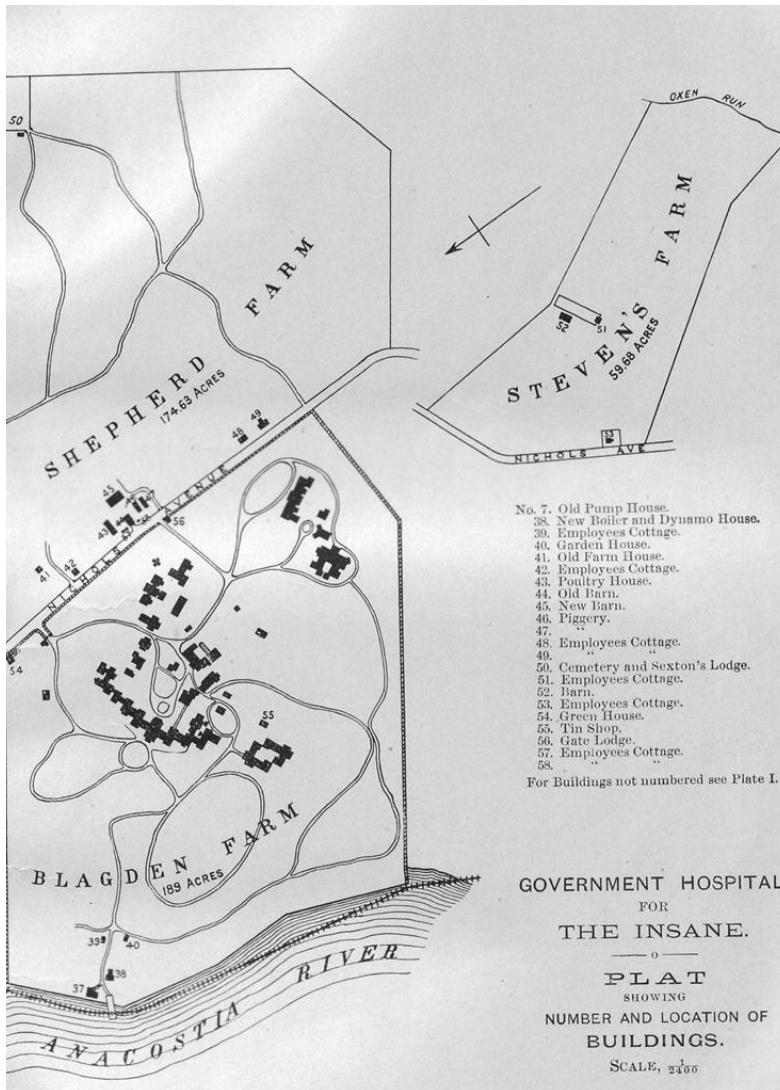
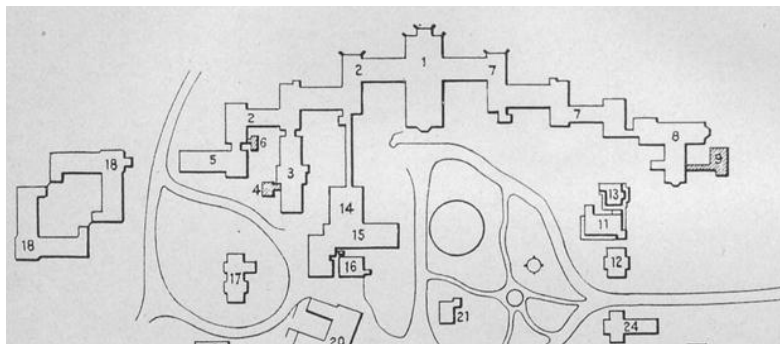


Figura 53. Planta de Situação, Hospital Nacional para Insanos.  
 Fonte: US, The Library of Congress. Historic American Landscape Survey St. Elizabeths Hospital West Campus, Halls No. DC-11, p.112. Documento disponível em: <http://memory.loc.gov>.



tral, que distribuía linearmente duas asas laterais em um plano simétrico. O bloco central possui quatro andares, e uma torre de cinco, e suas asas anexadas decrescem em altura para edifícios de três e dois andares. Assim, o edifício era dividido basicamente em três partes: o bloco central, que abrigava as instalações administrativas e pacientes nas alas laterais; a asa oeste, que era ocupada pelas diferentes enfermarias para os pacientes do sexo masculino; e a ala leste para os pacientes do sexo feminino. Esse arranjo possibilitou a classificação e a separação dos pacientes por gênero, bem como pela gravidade da sua doença: os pacientes mais “violentos” ou “agitados” eram localizados em enfermarias mais seguras e mais distantes do bloco central. O Plano Kirkbride aplicado no *Saint Elizabeths* foi executado, porém, com algumas alterações, definindo um escalonamento mais acentuado das asas laterais, assim melhorando a circulação através da construção e proporcionando os maiores benefícios da luz natural e ventilação.

O Edifício Central possui quatro andares e é composto por uma ala norte-sul, central e duas alas em forma de L nas laterais leste e oeste. A parte sul da ala central compreende uma ampliação construída em 1874. O edifício central é quase simétrico sobre o eixo norte-sul, com algumas diferenças nas configurações de aposentos. A ala central do edifício é composto por um longo corredor atendendo a salas de ambos os lados. Seu acesso está localizado no extremo norte do corredor do primeiro andar, emoldurado por um par de contrafortes. Há um outro acesso para o exterior na fachada posterior. O corredor é truncado no terceiro e quarto andares, acomodando o ginásio na metade sul da asa. O ginásio possui pé-direito duplo, abrangendo os terceiro e quarto andares. Em cada nível, os corredores centrais conectam-se às asas leste e oeste através de portais centrais de cada lado dos corredores. Cada andar das alas leste e oeste do Edifí-



Figura 54. Fachada norte, Hospital Saint Elizabeths.  
 Figura 55. Planta Baixa tipo, Hospital Nacional para Insanos.  
 Figura 56. Corte AA, BB e CC, Hospital Saint Elizabeths.  
 Fonte: Elaboração da autora. A partir de: US. The Library of Congress.  
 Documento disponível em: <http://www.loc.gov/pictures/item/dc1099/>

Figura 57. Croqui de Thomas U. Walter, assinado por Millard Fillmore, Hospital Nacional para Insanos, 1860.  
 Fonte: US, The Library of Congress. Photographs, written historical and descriptive data (...). Disponível em: <http://lcweb2.loc.gov/pnp/habshaer/dcl/dc1000/dc1099/data/dc1099data.pdf>

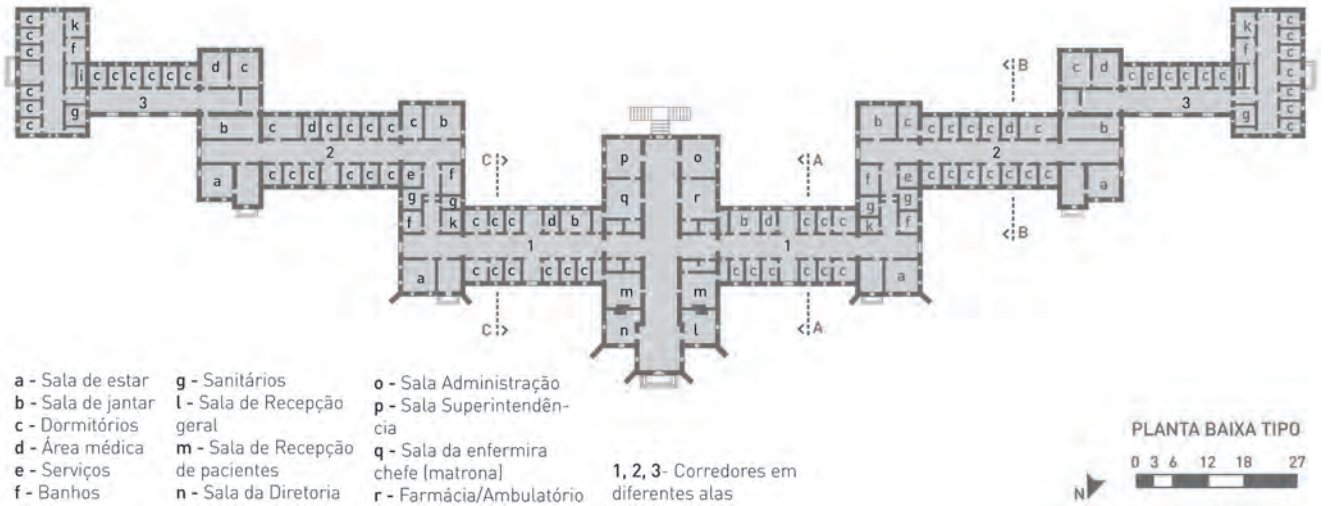




Figura 58. Hospital Saint Elizabeths. Edifício Central, 1938.  
Fonte: US, The Library of Congress. Photographs, written historical and descriptive data (...). Disponível em: <http://lcweb2.loc.gov/pnp/habshaer/dc/dc1000/dc1099/data/dc1099data.pdf>



Figura 59. Hospital Saint Elizabeths. Trecho da Fachada Norte, 1968.  
Fonte: Idem.  
Figura 60. Asa oeste, fachada sul, Hospital Saint Elizabeths, 1968,  
Fonte: Idem.

o Edifício Central é definido com um corredor que atende a salas de ambos os lados, uma sala de estar e escada no lado norte. Duas alcovas estão localizadas no centro dos lados norte e sul do corredor. Em 1874, foram alocados recursos adicionais para a construção de um pórtico de entrada: um *porte cochère* hierárquico, estendido sobre a entrada do primeiro andar, e varandas foram criadas na fachada norte para proteger o acesso principal do clima severo.

As alas leste e oeste são divididas em alas por andar e constituem-se basicamente de corredores que comunicam-se a quartos e, nas suas extremidades, a salas de banho, sanitários, serviços, salas técnicas e de enfermagem e sala de estar. Como em cada ala foram utilizados diferentes tipos de madeira nos pisos e em acabamentos diversos, cada ala recebeu o nome da árvore que origina a madeira utilizada. A ala oeste inclui a as enfermarias nogueira no primeiro andar, carvalho no segundo andar, álamo no terceiro andar, e a enfermaria geral, no quarto andar. A ala leste tem a enfermaria cerejeira no primeiro andar, castanha no segundo andar, cedro no terceiro andar e os quartos de pessoal no quarto andar.

Após a Guerra Civil, a legislação do Congresso, em 13 de julho de 1866, estendeu os serviços médicos no *Saint Elizabeths* para incluir veteranos militares que procuravam atendimento médico por problemas de doença mental. A mudança na política de admissão alterou a demografia da instituição, e a população de *Saint Elizabeths* aumentou mais de dez por cento ao ano durante o início dos anos 1870, sendo a maioria dos novos pacientes constituídos por veteranos da Guerra Civil. Por causa da superlotação no final do século XIX, o arranjo ordenado e segregação dos pacientes por doença, diagnóstico e sexo foi gradualmente perdido.

O *Saint Elizabeths* foi recebendo ampliações na sua estrutura construtiva e diversos outros edifícios foram sendo adicionados ao

Figura 61. Alcova na Ala Álamo, Hospital Saint Elizabeths. 1905.  
Fonte: Idem.  
Figura 62. Recepção, Ala Cerejeira. Hospital Saint Elizabeths, 1905.  
Fonte: Idem.

conjunto ao longo dos anos. Foi declarado Patrimônio Histórico Nacional em 1990 e continua a oferecer atendimento psiquiátrico. No entanto, a maioria dos edifícios está desativada em condição de abandono, e as funções do hospital se concentram em apenas uma parte do seu complexo arquitetônico. Em 1996, ainda 850 pacientes permaneciam no hospital, e os anos de negligência tornaram-se aparentes: falta de equipamentos e medicamentos ocorriam com frequência, e o sistema de aquecimento deixou de funcionar, sem haver qualquer reparo. Até 2002, todos os pacientes restantes nesse complexo foram transferidos para outras instalações, que operam em uma escala menor, comparando-se o seu histórico populacional. Em 31 de janeiro de 2009, o censo de pacientes era 404 pacientes internados<sup>26</sup>.

O edifício principal em questão possui um caráter historicista neogótico que impõe

Figura 63. Hall principal do apartamento do superintendente, segundo andar do Edifício Central, Hospital Saint Elizabeths, 1905.  
Fonte: Idem.  
Figura 64. Ala Cerejeira (feminina e branca), H. Saint Elizabeths, 1905.  
Fonte: OTTO, 2013, p. 25.

o peso de uma fortaleza de alvenaria vermelha. É um dos Kirkbride estadunidenses que ainda está de pé e ainda guarda intacto seu aspecto exterior. Ao longo dos próximos anos, o Department of Homeland Security<sup>27</sup> pretende restaurar o Saint Elizabeths, entre outras estruturas históricas Kirkbride, para preservar o seu caráter histórico e arquitetônico.

O Hospital Saint Elizabeths, ícone da arquitetura manicomial, do tratamento moral difundido na América do Norte no século XIX, adquire maior importância entre os outros modelos kirkbrides do território dos Estados Unidos e Canadá, por ter sido, entre os anos de 1954 a 1957, peça fundamental de uma pesquisa, que acabaria por se tornar, anos mais tarde, obra chave para as reformas psiquiátricas em todo o mundo, que será apresentada no Capítulo 2).

26. THE DISTRICT OF COLUMBIA, Department of Mental Health. Saint Elizabeths Hospital. Disponível em <<http://dmh.dc.gov/page/saint-elizabeths-hospital>>. Acesso em 17 jun 2013  
27. U.S. Department of Homeland Security. Cost Guard Headquarters at St. Elizabeths. Disponível em <<http://www.uscg.mil/stelizabeths/default.asp>>. Acesso em jun 2013



## LUGARES DA LOUCURA NO BRASIL: O HOSPÍCIO PEDRO II E O HOSPÍCIO SÃO PEDRO

28. Expressão formulada pelo provedor José Clemente Pereira para a campanha pública, em 1839, pela criação do primeiro hospício de alienados do Brasil. Em seu contundente relatório ele denunciava a ausência de tratamento para os loucos até então, que eram enviados para as prisões ao invés de um hospital.

No Brasil, a lógica, já estabelecida na Europa, de que o louco deveria ser tratado pela instituição psiquiátrica e que o saber sobre a loucura se localiza no interior do hospital, remonta ao final do século XIX. Antes dessa época, a exemplo da Europa, os loucos desfrutaram do direito de circular em liberdade pelas cidades. Cabe destacar, que no século XVIII, quando a psiquiatria na Europa capturava a loucura, as cidades brasileiras ainda não passavam de prolongamentos da zona rural. O desenvolvimento urbano ainda era muito pequeno, mesmo nas chamadas grandes cidades da época. O Brasil Colônia estava muito distante do processo de desenvolvimento industrial e urbano que ocorria na Europa. Enquanto que no Velho Mundo os loucos eram considerados como desajustados sociais e elementos indesejados pela inadequação ao trabalho, no Novo Mundo, a economia primitiva sustentada pelo trabalho escravo imprimia um outro ritmo ao processo de exclusão. A sociedade escravocrata delineava duas classes sociais bem distintas, de um lado, os senhores e proprietários de terras, de outro, os escravos. Paulatinamente, segundo Resende (1997), uma outra categoria vai se interpor, caracterizada por sujeitos sem trabalho, ociosos e desocupados que passam a ganhar atenção das autoridades como agentes de perigo eminente e nocivo à sociedade.

Por quase três séculos, a loucura não teve atenção nem um lugar instituído: “a doença mental no Brasil parece ter permanecido silenciosa por muito tempo, suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro” (RESENDE, 1997, p.31). Os loucos se misturavam aos indigentes e desordeiros, e, juntos, indistintamente, compunham a massa marginal de desajustados sociais que, conseqüentemente, sofriam as mesmas medidas punitivas.

Com a chegada da Família Real ao Brasil em 1808, inicia-se um processo de ordenação da urbanização e disciplina da socieda-

de, para que a colônia estivesse compatível com o desenvolvimento mercantil e as novas políticas do século XIX. O estabelecimento da corte em território brasileiro motivou um grande desenvolvimento nas práticas médicas e sanitárias, incentivando a criação de Escolas e Faculdades de Medicina. A então recém criada Sociedade de Medicina reivindicava para si a capacidade de promover a implantação de um projeto de medicina social, que assumia a cidade como espaço para sua atuação, a sociedade como objeto da sua intervenção. (MACHADO, 1978)

A partir de 1830, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro lançou a expressão “Aos loucos o hospício”<sup>28</sup>, que denunciava a periculosidade do louco, mas também o seu inadequado destino nas prisões, e propunha a sua reclusão em um espaço apropriado. Constata-se que a reclusão se destinava à massa marginal dos loucos pobres, já que os ricos poderiam ser mantidos em isolamento em quartos fechados nas próprias casas, aos cuidados de sua família. Portanto, o principal alvo da polícia médica era a população desviante que se avolumava pelas ruas da cidade. Essa camada social passou a ter como destino as Santas Casas de Misericórdia, que abrigavam loucos e outros indigentes em porões sem assistência adequada, submetidos à violência de guardas e carcereiros. Também havia casos em que eram mandados para as prisões, onde a loucura dividia espaço com criminosos comuns, e onde não havia qualquer forma de cuidado ou assistência. Esse modelo de intervenção remonta a uma lógica de mera exclusão, que atendia à demanda econômica e social da época, cujo objetivo era remover do meio social os elementos que promoviam desordem, para depois promover sua reabilitação em instituições disciplinares. O lugar que vai se modelando para os insanos desvela velhos pilares constituídos pela lógica racional de dominação da irracionalidade: “exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da

assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje” (RESENDE, 1997, p. 36).

Um ponto fundamental na atenção aos loucos no Brasil é a inauguração do Hospício Pedro II (figuras 65 a 70), em dezembro de 1852, na Praia Vermelha, na cidade do Rio de Janeiro. A edificação, de arquitetura imponente, era inspirada nos moldes dos mais conceituados asilos europeus, especialmente nos modelos franceses defendidos por Pinel.

A arquitetura monumental neoclássica, projetada por Domingos Monteiro, Joaquim Cândido e José Maria Jacinto Rebello, conta com uma planta de base retangular e simétrica, com alas que ladeiam um pátio central, constituindo quartos, áreas de serviço e administração. As longas circulações foram dispostas em torno dos quatro pátios internos, para facilitar o acesso dos alienados ao espaço livre. O corpo central, em planta, é destacado com uma escadaria de acesso à capela, à sala de visitas e ao salão do fundador no segundo pavimento. As laterais correspondem aos alojamentos, enfermarias e outros ambientes que constituem o programa do hospício. O projeto segue os princípios das plantas cruciformes da Renascença. Há afinidades com o *Ospedale Maggiore* de Milão evidentes na sua composição dividida em três partes com eixo central em simetria; três acessos na fachada principal; alas que circundam um pátio central; capela ao centro; e grande extensão horizontal. O conjunto arquitetônico é marcado por uma volumetria geometrizada e simétrica, na qual o volume da capela se destaca e ganha importância de eixo principal, distribuindo simetricamente os demais espaços. O conjunto evidencia a opção pela escala de monumentalidade e pelas feições palacianas.

O hospício, atual Palácio Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), deveria ser um instrumento de cura, sendo a sua organização cuidadosamente planejada, assim como a localização dos pa-

Figura 65. Detalhe da planta da cidade do Rio de Janeiro e subúrbios (1890)  
Fonte: SOBRAL FILHA, 2009, p. 172.

Figura 66. Implantação do Hospício Nacional dos Alienados (Hospital Pedro II). Em cinza escuro estão marcadas as ampliações de 1903.  
Fonte: Elaboração da autora. A partir de FACHINETTI, 2010, p.749.

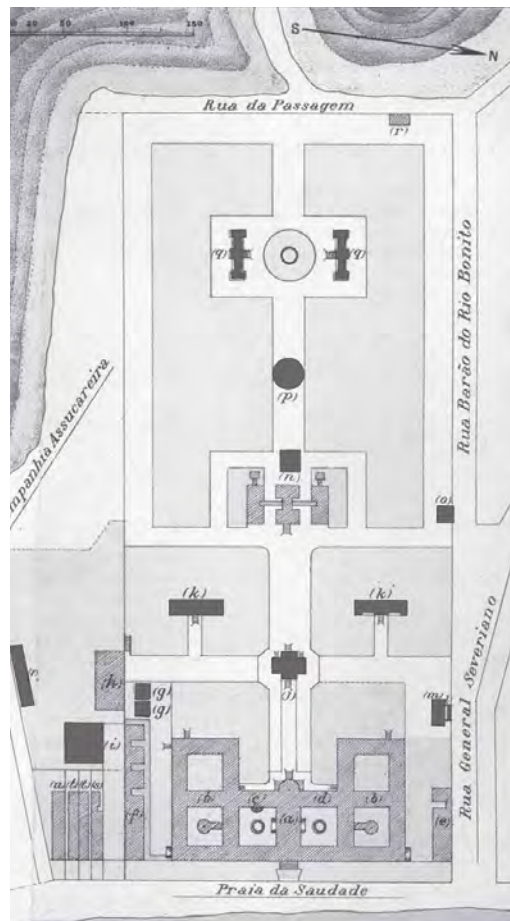




Figura 67. Hospício Pedro II. Planta baixa e Fachada  
 Fonte: Elaboração da autora. A partir de: SOBRAL FILHA, 2009, p. 172.

cientes no seu interior. Essa instituição tinha capacidade para 350 pacientes e, na data de sua inauguração, contava com cerca de 144 internos, atingindo sua capacidade máxima no primeiro ano de funcionamento. A instituição tinha como característica básica a distribuição do tempo dos internos, cujo imperativo era a ocupação, pois ali não se permitiam o ócio ou inércia, assim o tratamento era mais uma educação do que uma medicação, a exemplo do modelo de tratamento cunhado por Pinel.

O isolamento era o princípio básico da nova instituição e, conforme o que a psiquiatria considerava na época, tinha como objetivo modificar os hábitos relacionados ao desenvolvimento da loucura, possibilitando, assim, a cura, e facilitando, além disso, a observação e a intervenção médica. A espacialidade do hospício deveria, portanto, em sua organização, convergir para a eficiência do tratamento que ali se propunha desenvolver. Sendo assim, o Hospício Pedro II foi planejado da seguinte forma:

O hospício é [...] dividido em duas partes simétricas. Tem a forma de um retângulo com um bloco central separando essas duas alas

laterais, cada uma contendo dois pátios internos. Cada divisão está ainda subdividida em três classes. A primeira classe que dispõe de quarto individual; a segunda, com um quarto para dois alienados e a terceira, que congrega também os indigentes, dispõe de enfermarias gerais para quinze pessoas. E a distribuição dos indivíduos ainda se refina pela divisão dos pensionistas de primeira e segunda classes em tranquilos e agitados e os de terceira classe e indigentes em tranquilos limpos, agitados, imundos e afetados de moléstias contagiosas. (MACHADO, 1978, p. 433)

O espaço asilar adquire um caráter de um espaço classificatório, e favorece as condições para a vigilância, medida essencial do tratamento, presente através do “princípio da inspeção”, definido por Bentham em seu Panóptico. Entretanto, apesar de toda a grandiosidade da arquitetura da instituição, logo após sua inauguração, criticou-se a limitada participação médica na sua concepção e a hegemonia dos aspectos filantrópicos e religiosos, representados pela administração exercida pela Santa Casa. A crítica se referia à negligência de questões terapêuticas em detrimento da imponência da arquitetura da instituição, cujo planejamento supervalorizava questões estéticas e ornamentais.

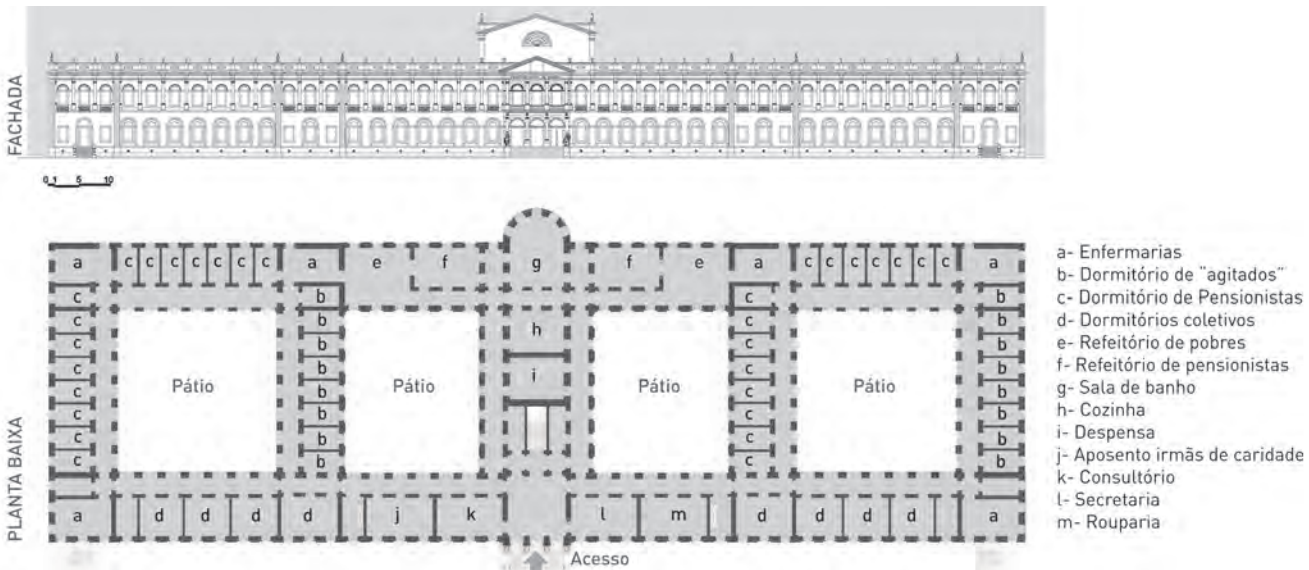


Figura 68. Hospício Pedro II. Litogravura de Pieter Godfred Bertichen, século XIX.

Fonte: <http://bndigital.bn.br/>

Figura 69. Hospício Pedro II. Gravura de Bachelier, século XIX.

Fonte: <http://bndigital.bn.br/>

Reconhecia-se que a criação do hospício representava uma importante etapa histórica, ao contemplar um espaço especialmente destinado aos loucos, porém, caberia aos médicos psiquiátricos a definição das diretrizes para um espaço realmente terapêutico. Com a chegada dos republicanos ao poder, em janeiro de 1890, o Hospício Pedro II desvinculou-se da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública e médica, quando passou a se chamar Hospício Nacional de Alienados (MACHADO, 1978).

Em meados da década de trinta do século passado, devido ao Hospício Nacional de Alienados encontrar-se assoberbado pela superlotação, recorreu-se às colônias agrícolas da Ilha do Governador que, também reveladas insuficientes para satisfazer a demanda, deram lugar às colônias de Engenho de Dentro e de Jacarepaguá. As colônias Juliano Moreira, situadas em Jacarepaguá, no Rio de Janeiro, destinadas exclusivamente aos homens e o Centro Psiquiátrico Nacional, no Engenho de Dentro, só para mulheres, fundadas na década de quarenta, também desenvolviam atividades agrícolas. Todo o trabalho baseava-se no tratamento moral, que objetivava reduzir os efeitos da internação e manter a capacidade produtiva do interno, permitindo a redução das despesas da hospitalização. (RESENDE, 1997)

Semelhante trajetória histórica deu-se também no Rio Grande do Sul. O Hospital Psiquiátrico São Pedro foi a primeira instituição psiquiátrica de Porto Alegre e da Província de São Pedro, e o sexto hospício de alienados durante o Segundo Reinado no Brasil (1841-1889). Fundado em 1874, e inaugurado dez anos depois, foi batizado em homenagem ao padroeiro da Província: Hospício São Pedro. Em 1925, passou a ser chamado Hospital São Pedro até 1961, quando então assumiu a atual identidade de Hospital Psiquiátrico São Pedro. (CHEUCHE, 2004)

Em Porto Alegre, antes de o Hospício São Pedro ser criado, os loucos eram alo-

Figura 70. Antigo Hospício Pedro II, atual Palácio Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Praia Vermelha.

Fonte: <http://rememorator.info/?p=3654>





gados em uma ala especial da Santa Casa. Uma circular imperial, em meados do século XIX, definiu os hospitais e as casas de caridade das províncias como as instituições responsáveis pela administração da loucura, impossibilitando o envio dos insanos para o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Como o número de loucos crescia consideravelmente, provenientes das mais diversas regiões da província, foi necessário que eles fossem recolhidos também à Cadeia Civil. Devido à superlotação da Santa Casa e do destino alternativo ser em prisões, os agentes filantropos, pela incapacidade de absorver essa massa de excluídos sociais, declararam a urgência da criação de um local ímpar, na província, exclusivamente para os loucos. (CHEUICHE, 2004)

O projeto de construção do Hospício São Pedro, que se constituía no maior espaço de cunho social da província no século XIX, fez parte do processo de saneamento e regulamentação social da cidade, ação esta que era própria às exigências de produção da emergente sociedade capitalista. Para que as relações mercantil-sociais pudessem ser realizadas de modo previsível e controlável, são criadas, em Porto Alegre, diversas medidas de disciplinarização da cidade. Neste momento se inicia um processo de esquadrihamento, vigilância, divisão e organização de Porto Alegre e de seus habitantes. O Código de Posturas havia sido criado em 1889, e em 1896 surge a Polícia Administrativa, uma guarda municipal que tinha como finalidade a sustentação da ordem através da constante vigilância preventiva dos espaços públicos suspeitos (os becos, botecos e bordéis), ou onde vagavam os indivíduos suspeitos. (COSTA, 2007)

A urbe, normatizadora, vista como espaço de opulência, previsibilidade e disciplina, era destinada aos grupos sociais judiciosos, que definiam os padrões racionais de comportamento. É nesse meio de racionalidade que a loucura foi considerada uma ameaça, devendo ser silenciada e isolada através do encarceramento físico,

longe do espaço público. (CHEUICHE, 2004, p. 119)

Logo, a intenção imediata da fundação do hospício era erradicar da paisagem os sujeitos desviantes da norma, deslocando para o subúrbio todos os que tivessem desvio de conduta.

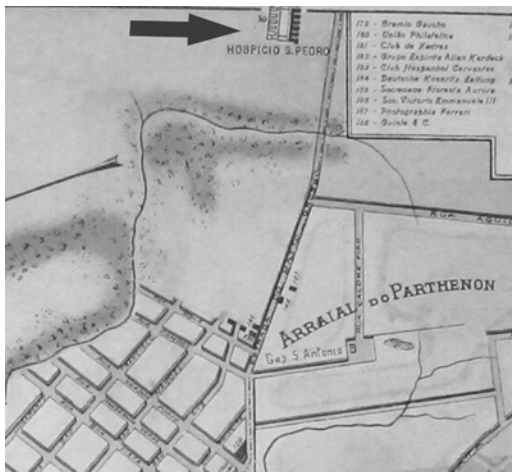
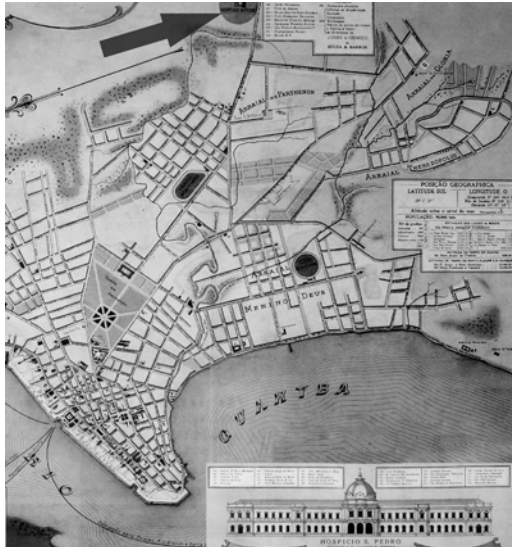
Iniciou-se, então, um processo de busca de um terreno para a implantação do hospício, o qual deveria ser necessariamente fora da cidade, não somente por um isolamento com fins de exclusão, mas também pelo fato de que, na época, as teorias médicas prescreviam ao louco o isolamento em contato com a natureza, justificado na certeza de que, no isolamento, seria possível rearmonizar a percepção desordenada do alienado (SCHIAVONI, 1997). Assim, encontrar a perfeita localização para a implantação do novo equipamento urbano não era apenas uma questão de afastamento:

Este [terreno] é caro, aquele está distante, o outro está muito próximo, um não tem água suficiente, outro não tem condições higiênicas, neste a construção fica muito dispendiosa, aquele é estéril e não se presta a ser arborizado. [...] a planta do edifício está feita, e só falta assentar-se definitivamente na escolha do terreno para dar-se começo à obra. (Relat. Prov. Santa Casa, 1876, p.09. apud SCHIAVONI, 1997, p. 19)

O local escolhido para a construção do prédio destinado aos loucos atendeu perfeitamente a esta demanda: em 1879 se efetua a compra de uma chácara na estrada do Mato Grosso (atual Av. Bento Gonçalves), no Arraial do Partenon, a uma légua da cidade (*figuras 71 e 72*), e se lança a pedra fundamental do futuro hospício. A localização, arbalde da cidade, invocava explicitamente a necessidade de um ambiente próprio ao tratamento terapêutico, deixando implícita a sua função de excludente social: “afastado da urbe, [...] o local era arborizado, rico em

Figura 71. Detalhe da Planta da cidade de Porto Alegre, Capital do Estado do Rio Grande do Sul, 1906.

Fonte: Desenho de Attilio Trebbi. Publicado pela Casa Editora – Livraria do Comércio. Disponível em: <http://poavive.files.wordpress.com/2013/03/planta-porto-alegre-1906.jpg>



água potável e ar puro, apto ao tratamento terapêutico e à segregação social da loucura”. (CHEUICHE, 2007, p. 4)

Como mostram os relatórios da Santa Casa (apud SCHIAVONI, 1997) o projeto arquitetônico já estava pronto e aguardava apenas um local ideal para ser implantado e construído. Dessa forma, o projeto se desvincula de fatores como o contexto, o qual não existia em princípio e não se desejava que existisse. O projeto do Hospício São Pedro se apresentava como uma resolução espacial de um objeto isolado, que se findava

Figura 72. Recorte da Planta da cidade de Porto Alegre, Capital do Estado do Rio Grande do Sul, 1906, mostrando a localização do Hospício São Pedro no Arraial do Partenon

Fonte: <http://poavive.files.wordpress.com/2013/03/planta-porto-alegre-1906.jpg>

em si mesmo, e que se limitava a satisfazer os requisitos e cuidados das regulamentações e tratados existentes na época. Tanto o objeto arquitetônico quanto o objeto doente mental, são isolados para que possa recair sobre eles um saber racional, seja do arquiteto, seja do psiquiatra. Ambos objetos são isolados em um ambiente idealizado, puro, asséptico, sem que haja a interferência do caos da existência real da vida das pessoas e das coisas.

Na França existiam a Regulamentação de 1839 e o Tratado de Arquitetura de Louis Cloquet em 1898. A primeira considerava questões como: salubridade do espaço aberto e construído; afastamento do espaço urbano assim como de qualquer vizinhança afim de garantir segurança e conforto para os internos, bem como para a população; divisões espaciais classificadoras entre adultos e crianças, entre gêneros, que permitisse também o isolamento dos convalescentes e furiosos; e, por fim, terreno e edificação que garantissem a vigilância sobre os pacientes (ANTUNES; BARBOSA; PEREIRA, 2002 apud COSTA, 2007)<sup>29</sup>. Já o Tratado de Cloquet<sup>30</sup> traz, além destas, outras assertivas específicas do espaço manicomial, entre as quais, a construção em locais agradáveis à vista; e a preferência por uma geometria retangular, dispersiva e alongada em relação a uma geometria radial centralizada. Justificava-se tal geometria por ser favorável a uma melhor classificação dos internos.

Seguida à risca a cartilha higienista das arquiteturas asilares, o projeto do Hospício São Pedro engendra a captura dos fluxos de ar, luz e de corpos, e em seguida organiza os seus deslocamentos. O fluxo dos corpos é direcionado e controlado em espacializações classificatórias, onde será possível dividi-lo em categorias distintas segundo alguns critérios analíticos, o que impedirá seu encontro, e sua mistura, para evitar a propagação de desordem e conter interações consideradas perniciosas à saúde dos corpos: contágios, agressões, sujeira, sexo, etc. No que se refere

29. ANTUNES, Eleonora Haddad; BARBOSA, Lúcia Helena Siqueira; PEREIRA, Lygia Maria de França. *Psiquiatria, Loucura e Arte: fragmentos da história brasileira*. São Paulo: EDUSP, 2002.

30. O *Traité d'Architecture*, do arquiteto belga Louis Cloquet (1849-1920), foi publicado pela primeira vez em 1898 (CLOQUET, Louis. *Traité d'architecture*. Paris: Beranger, 1911). Cloquet, além de exercer a profissão de arquiteto, foi ainda professor da Universidade de Gante, na Escola de São Lucas, onde teve papel destacado no final do século XIX, e no Instituto de Belas Artes de Antuérpia. Não muito conhecido por autores internacionais, o Tratado de Cloquet consiste num importante e minucioso estudo teórico dividido em quatro partes: “Os elementos de arquitetura”, “Higiene, aquecimento e ventilação”, “Tipos de edifícios” e “Estética e Composição”. (CARVALHO, Maria Cristina Wolff de. Ramos de Azevedo. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2000)

31. OLINTO, Plínio. Introdução à Psiquiatria. Rio de Janeiro, F. Briguiet & Cia. Editores, 1930.

32. *A Federação* foi um jornal fundado em 1884, de cunho republicano e positivista, cujo editor mais influente foi Júlio de Castilhos. (PICCININI, 1999)

33. FRANCO, Sérgio da Costa. Porto Alegre: Guia Histórico. 2 ed. Porto Alegre: Editora UFRGS, 1992.

ao fluxo de ar e luz, é necessário contemplar uma maior infiltração possível no espaço asilar, impedindo a umidade e estagnação do ar, produtores de insalubridade. Para tanto, se deviam planejar as aberturas, passagens e volumes que permitissem farta incidência solar e renovação do ar constante (COSTA, 2007). Pela especificidade dos seus enfermos, ao pensar o espaço manicomial outros fatores têm que ser levados em consideração:

“Janelas de Hitzig, de grossos vidros e meias venezianas, fixas por um varão de ferro que lhes serve de eixo, giram facilmente sem que permitam nos espaços laterais a passagem de quem quer que seja. O ar e a luz, penetrando largamente no aposento, trazem aos que ali permanecem a impressão de liberdade completa. Asseio, flores, enfermeiros e enfermeiras carinhosos, outros doentes deitados em agradável repouso, etc., fornecem a qualquer, mais inquieto e subversivo, a plena convicção de que é ele um doente a quem o resguardo sob os lençóis é aproveitável. [...] Assim é que os doentes de todas as categorias sociais, de todas as graduações das perturbações cerebrais, encontram ali guarda sem alterar muito os seus hábitos, sem se sentirem coagidos, sem se aperceberem que estão reclusos.” (OLINTO, 1930, p.32-34 apud COSTA, 2007)<sup>31</sup>

A convergência entre arquitetura e saúde era de grande importância para que os médicos de então pudessem constituir o seu espaço, fosse ele físico - o hospício -, fosse ele subjetivo - um espaço de colocação e poder na sociedade. Ao arquiteto cabia o projeto do primeiro espaço, do lugar onde os médicos pudessem pôr em funcionamento as suas práticas, e, por sua vez, lhes garantir um espaço amplo de prestígio social. Essa relação entre médicos e arquitetos geralmente findava por gerar diversos conflitos no encontro desses profissionais de áreas distintas, quando o tema era o próprio projeto. Nessa relação surgiu um conflito de poderes que permeava ambas as profissões. Havia posicionamentos que entendiam o exercício da arquitetura como subordinado ao médico, mas também os que compreendiam tal relação como uma parceria fundamental, como o caso do próprio Dr. Lisboa, primeiro diretor do HSP: “O

alienista e o arquiteto devem andar de mãos dadas; devem obrar de comum acordo; a construção de um hospício deve ser obra de ambos”. (RELATÓRIO HOSPÍCIO SÃO PEDRO, 1884, p.04 apud SCHIAVONI, 1997, p.24)

Desde o lançamento da pedra fundamental do hospício, as obras seguiram em ritmo lento. Segundo Piccinini (1999), foram as disputas políticas que retardaram o processo, mas, com a fundação do jornal *A Federação*<sup>32</sup>, que já havia feito pressão na época da compra do terreno, clamou-se pelo término da construção e pela inauguração da obra para que finalmente dela se pudesse usufruir. Diante da demora e das pressões, além da demanda apresentada pela Santa Casa e pela Cadeia Pública, inaugura-se o Hospício São Pedro mesmo incompleto, com apenas dois dos seis pavilhões, em 13 de junho de 1884.

A inauguração do Hospício São Pedro foi um ato “comemorado com ostentação na presença das autoridades e da imprensa de Porto Alegre” (CHEUICHE, 2004, p.120). A mesma imprensa, que antes cobrava a finalização da obra, agora a saudava. O jornal *A Federação* publicou uma nota que demonstra o otimismo e felicidade com o fim das obras:

Até que afinal! Vai ser inaugurado no dia 29 corrente o hospício de alienados! Parabéns à Província! Vai cessar o repugnante espetáculo do encarceramento, como criminosos, dos infelizes desprovidos de razão. O dia 29 de junho marcará uma data gloriosa para nossa província. Desde esse dia poderemos apresentar às vistas de todos que visitarem nossa capital esse monumento que fará o nosso orgulho. (cit. por FRANCO 1992, p.381 apud SCHIAVONI, 1997, p.22)<sup>33</sup>

No primeiro ano, o Hospício São Pedro, uma das obras mais notáveis do governo imperial, passou a receber inúmeros e ilustres visitantes. Em 30 de janeiro de 1885, seis meses após a inauguração do hospício, o governo do império se fez presente oficialmente através da visita da Princesa Isabel, Condessa D’Eu, e sua comitiva, quando foi a primeira a registrar presença no livro de visi-



Figura 73. Livro de presenças do Hospício São Pedro, assinado pela Princesa Isabel em 1885.  
 Fonte: <http://3.bp.blogspot.com/-f1PfdwJMn7Y/Te6hbHfMnr1/AAAAAAAAAByl/STxH7aOpcBw/s1600/Foto+43.jpg>

tantes da instituição (figura 73) (WADI, 2002; CHEUICHE, 2007). As suas impressões foram registradas em seu *Diário de Viagem*:

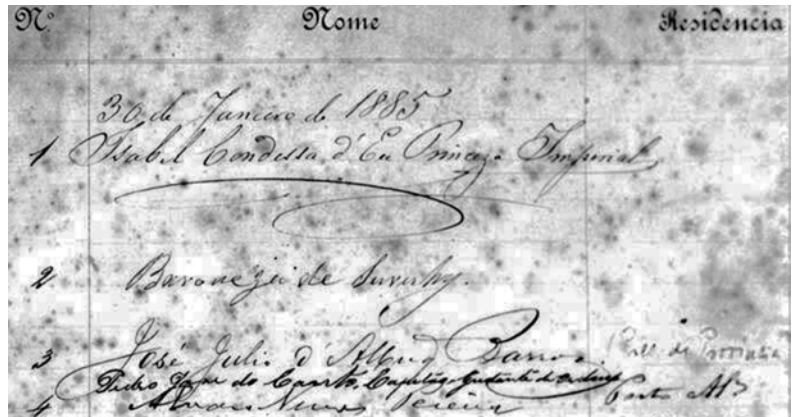
[...] às 11, fui com a Baronesa e o Presidente ao Hospício de Alienados, obra caridosa quanto é possível, tirando 70 e tantos infelizes de cadeias, onde não podem senão piorar. Parece-me bem entendido, bem dirigido e será imenso, pois o que está construído é a quarta parte e já é muito grande. (cit. FRANCO, 1992, p. 380-381 apud WADI 2002)<sup>34</sup>

Incluso num conjunto de 13,9 de hectares, está o prédio centenário do Hospital Psiquiátrico São Pedro, idealizado em planta pelo Engenheiro Alvaro Nunes Pereira. Além dos doze pavilhões previstos que findaram em seis, o projeto apresenta algumas diferenças com relação ao prédio quanto à sua fachada. Tal diferença pode ser fruto da interferência do estilo do construtor, Julio Nectroux.

Monumento arquitetônico, o hospício foi considerado como uma das obras mais notáveis da expressão imperial. Paradoxalmente, um lugar construído para isolar e esconder da civilização seus sujeitos anormais, durante muitos anos foi celebrado como marco arquitetônico de Porto Alegre, tendo recebido menções em cartões postais da cidade (figura 74). Expressando riqueza arquitetônica, o hospício teve, posteriormente, seu acesso facilitado pela implantação de um terminal de bondes de tração animal, que estendia até o conjunto a então linha do Partenon.

Em 1903, a construção de toda a edificação é terminada, revelando sua solução pavilhonar, já consagrada na Europa desde o século XVIII. Com 12.324 m<sup>2</sup> de área construída, o conjunto arquitetônico (figuras 75 a 98) é composto por seis pavilhões de dois pavimentos e porão, que se voltam para o sul, onde se localizam os quartos dos pacientes, as áreas administrativas, áreas médicas e de serviços. São ligados transversalmente por um extenso eixo de circulação, na direção leste-oeste, gerando cinco pátios internos num arranjo tipo pente, herdeiro da confi-

Figura 74. Cartão Postal exibindo o edifício do Hospício São Pedro. 1904, Selo Cem Reis.  
 Fonte: [http://bimg2.mlstatic.com/postal-porto-alegre-hospicio-so-pedro\\_MLB-F-195496366\\_5755.jpg](http://bimg2.mlstatic.com/postal-porto-alegre-hospicio-so-pedro_MLB-F-195496366_5755.jpg)

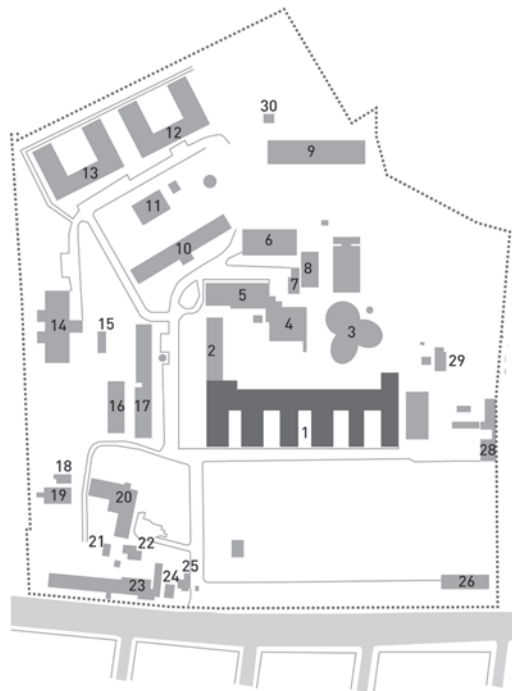


guração do Panóptico de Jeremy Bentham. O edifício revela uma disciplina geométrica neoclássica em planta e fachada, com maior ênfase decorativa nas fachadas principais. O vazio frontal existente entre avenida Bento Gonçalves e o edifício permite um distanciamento que colabora com a visualização da sua arquitetura, destacando-o em uma posição privilegiada na paisagem urbana, “[...] causando sensação de respeito a esse magnífico exemplar arquitetônico, elemento marcante no imaginário coletivo [da província]” (HOROWITZ, 2006, p. 112).

Com tais características, o Hospício São Pedro ocupa uma função fundamental para a província, que desejava mostrar-se como

34. Ibidem. Op. Cit.

Figura 75. Conjunto atual do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Em cinza escuro, o edifício centenário. Implantação. Fonte: Elaboração da autora. A partir de: material fornecido pelo IPHAE-RS em 2013.



- |  |                        |
|--|------------------------|
| 1- Prédio Centenário                               | 15- Salão de beleza    |
| 2- Unidade de moradia                              | 16- Unidade de moradia |
| 3- Atividades Múltiplas                            | 17- Enfermaria         |
| 4- Cozinha   | 18- Unidade de moradia |
| 5- Almoxarifado                                    | 19- Unidade de moradia |
| 6- Lavanderia                                      | 20- Admissão           |
| 7- Caldeira  | 21- Recursos Humanos   |
| 8- Sias  | 22- Recursos Humanos   |
| 9- Unidade de portadores de necessidades especiais | 23- Ambulatório/ CAPS  |
| 10- Unidade de moradia                             | 24- Unidade de moradia |
| 11- Teto Solar                                     | 25- Portaria           |
| 12- Dependentes químicos/ Escola                   | 26- Creche             |
| 13- Hospital Psiquiátrico                          | 28- Farmácia           |
| 14- Reabilitação                                   | 29- Necrotério         |
|  | 30- Unidade de moradia |

moderna e humanitária. O hospício é recebido pela cidade como uma importante maquinaria disciplinadora, que seria capaz de proporcionar à cidade o controle moderno. Nesse sentido, o Hospício São Pedro adquire uma função simbólica e passa a ser concebido como um monumento à razão, à civilidade de um povo, à sua capacidade de ser e agir racionalmente:

[O Hospício São Pedro] é um monumento à grande razão branca, neutra, reta e regular, a

que se acredita a capacidade de antever sempre o que deve ser bom, verdadeiro e belo [...] (COSTA, 2007, p.64)

A arquitetura imponente e majestosa do hospício expressa toda a magnificência do absolutismo imperial, mas, sobretudo, profere aquilo que é absoluto na Modernidade: a razão. Na composição do edifício do hospício há uma racionalidade clássica, que impõe, através da harmonia de suas retas, arcos e simetrias sóbrias, uma ação contra a confusão dos sentidos dos homens loucos que ali se pretendia agrupar. (COSTA, 2007)

Embora inserido na cidade como uma ação estratégica na constituição de espaços classificatórios e de contenção-ordenação do espaço urbano, esta otimização utilitarista não existia no seu próprio espaço construído. Antes de se apresentar como utilitarista, servia a uma mera contenção asilar, estando alheia a qualquer produção de saberes e práticas na busca do zelo e da cura do doente mental. O hospício não era, de forma alguma, um instrumento médico. Funcionava como um instrumento administrativo a serviço da província ao prevenir a desordem, dividindo, fixando, anulando e marcando uma população em um espaço de exclusão. (COSTA, 2007)

Logo após ser inaugurado, o edifício mostrou-se insuficiente e inviabilizador das práticas alienistas. Segundo a classe dos médicos, não havia um esquadramento espacial suficiente para sustentar a classificação psiquiátrica, o que impedia a disposição espacial enquanto um instrumento formador de saberes e práticas. Enfim, a disposição espacial do Hospício São Pedro impedia as ações de ordenação que deveria desempenhar para a cidade (COSTA, 2007). O primeiro diretor do Hospício São Pedro, Dr. Carlos Lisboa, que possuía a então rara formação em alienismo, clamava pela construção das demais alas do Hospício:

Figura 76, 77 e 78. Hospital Psiquiátrico São Pedro. Plantas baixas: porão, primeiro pavimento, segundo pavimento (1999).  
Fonte: Elaboração da autora. A partir de: material fornecido pelo IPHAE-RS em 2013.

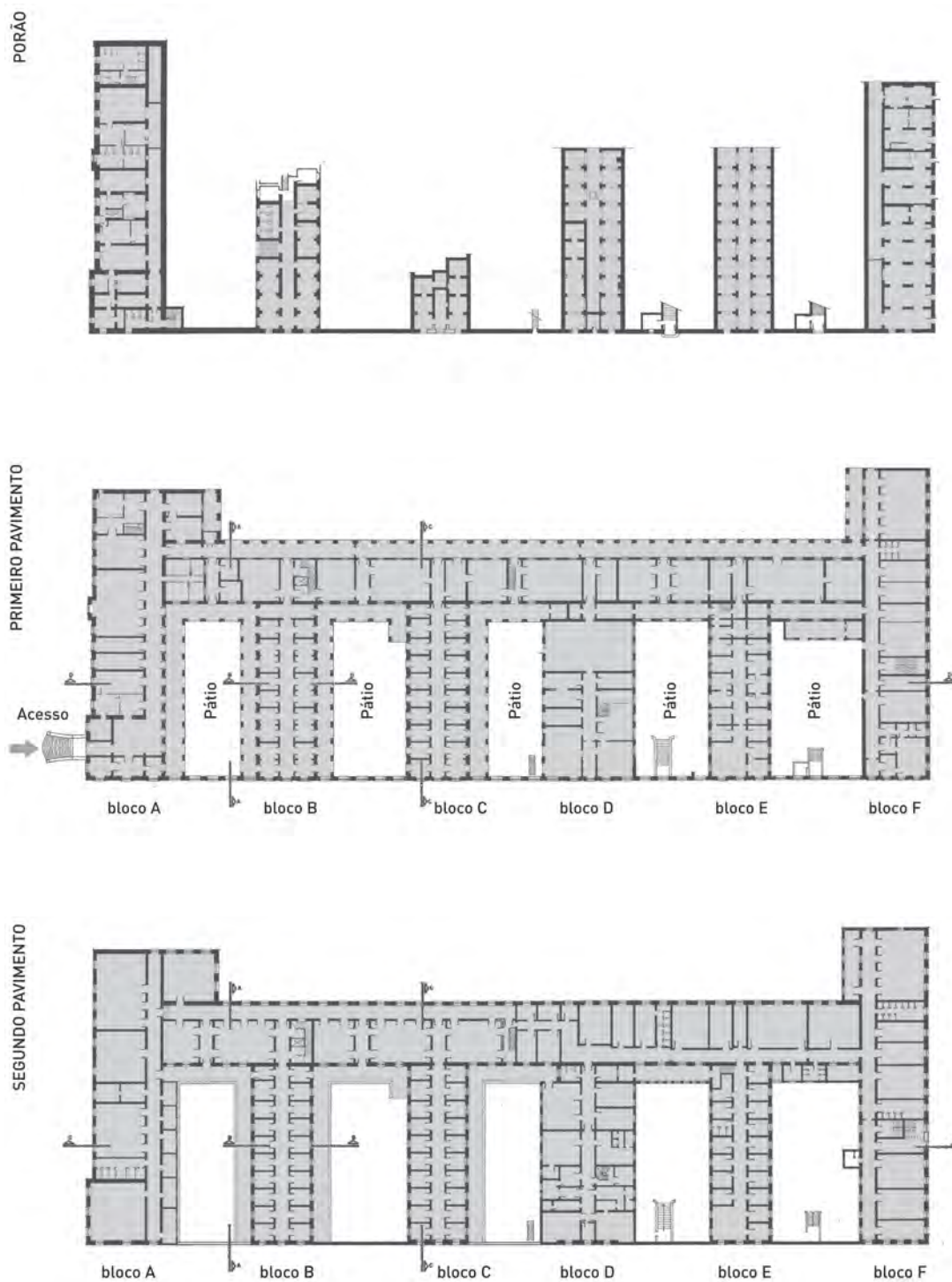




Figura 79 a 82. Hospital Psiquiátrico São Pedro. Cortes AA, BB, CC e DD (1999).  
Fonte: Elaboração da autora. A partir de: material fornecido pelo IPHAE-RS em 2013.



Figura 83. Hospital Psiquiátrico São Pedro. Fachada Sudeste (1999).  
Fonte: Elaboração da autora. A partir de: material fornecido pelo IPHAE-RS em 2013.

[A] única classificação atualmente possível é precisamente incompleta e não satisfaz, debaixo do ponto de vista científico. [...] Sem uma divisão metódica, sem uma classificação científica, o tratamento dos alienados é um impossível, uma utopia. (Relatório Hospício São Pedro, 1884, p.04. apud SCHIAVONI 1997, p. 26).

Além de toda a insuficiência do espaço físico do hospício, ocorriam diversos choques no encontro entre o saber-poder médico e administrativo, este último, leigo dentro da instituição. O espaço funcional entrava como alvo da disputa entre esses saberes quando um opunha-se ao outro em decisões sobre o uso do espaço institucional, mesmo quando esse espaço ficava fora dos limites construídos. Segundo Costa (2007), a administração leiga se opunha à prática médica de que os pacientes fossem soltos no pátio em um determinado período do dia. Essa estratégia, tipicamente alienista, se baseava na utilização do pátio enquanto dispositivo terapêutico, entendendo a loucura enquanto desordem a ser ordenada pela natureza; e a outra estratégia, de cunho meramente admi-

nistrativo, buscava a simples contenção do louco, pois compreendia que o louco, enquanto desmedido, perigoso, deveria receber os limites das grossas paredes do hospício. Como alvo de disputa entre poderes, o pátio adquiria dois modos de compreensão: enquanto que para o olhar médico o pátio era um espaço de cura, para a administração não passava de um espaço vazio, com fins de permitir a ventilação, a insolação e o isolamento dos loucos.

Inicialmente o Hospício São Pedro foi gerido pela Santa Casa de Misericórdia, quando toda e qualquer internação era realizada apenas com o despacho do Provedor da Santa Casa, sob requisição de autoridades competentes, como o Juiz dos Órfãos, Chefe de Polícia, Delegado local, seu superior (quando o paciente pertencia a instituições militares ou religiosas), pai, tutor, curador, irmão, marido, esposa, ou senhor do alienado. O médico, surpreendentemente, é o personagem que não consta nesta lista. (WADI, 2002)

Em 1889, com proclamação da Repúbli-

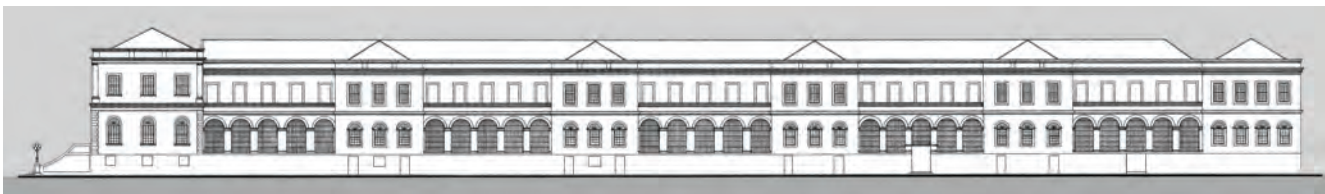


Figura 84. Hospício São Pedro, fotografia de 1922.

Fonte: <http://grupohospitalarestadual.blogspot.com.br/p/hpsp.html>

Figura 85. Hospital Psiquiátrico São Pedro. Vista aérea.

Fonte: <http://grupohospitalarestadual.blogspot.com.br/p/hpsp.html>

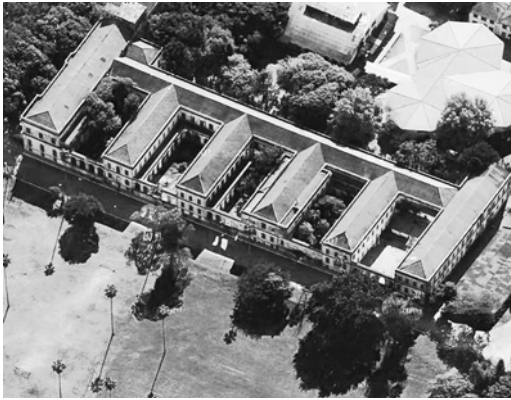


Figura 86 a 88. Fachada Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Fonte: Acervo pessoal Carlos Renan Pires Santos, Karina Kohl e Loteles. Disponível em: <http://www.flickr.com>



ca, por decisão de governo, o Hospício São Pedro passou a ser subordinado à Secretaria do Interior e Exterior. Com a intervenção estatal, os médicos assumiram efetivamente a Direção-Geral do Hospício São Pedro, e o discurso da medicina conseguiu afirmar o saber médico e fazer nascer no hospício a psiquiatria como detentora do poder sobre a definição, nomeação, interdição, internação da loucura. O Estado Republicano, ao delegar suas instituições para as ciências, pretendia-se ele mesmo científico, agindo de forma neutra e visando sempre o bem comum. Com isso o Estado alcançava o objetivo de se diferenciar do Estado Imperial, constantemente atravessado por interesses particulares. Como sintetiza Teixeira Brandão (autointitulado o Pínel brasileiro):

A relação do Estado com os loucos tem um du-



Figura 89. Hospital Psiquiátrico São Pedro. Acesso à Divisão Pinel. Fonte: Acervo pessoal de Luciana Bandeira. Disponível em: <http://www.flickr.com/photos/lubandeira/4778131715/>

35. MACHADO, Roberto et al. *Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

36. O Regulamento Geral de Construções, de 1913, estabelecia as diretrizes básicas de estética e higiene das futuras edificações em Porto Alegre. Esquadrinhava os terrenos urbanos, o alinhamento das ruas, os espaçamentos entre as casas, as fachadas distintas, dotando-os de medidas pré-estabelecidas como norma geral. Foi retomado em 1924 junto com o Plano Moreira Maciel. (COSTA, 2007)

37. O Plano Moreira Maciel era um plano tipicamente viário, baseado em princípios orientadores bem definidos. Estabelecia a criação de vias de acesso suficientemente amplas que desafogassem o tráfego do Centro para a periferia e vice-versa. Através deste plano, foram projetadas as avenidas Júlio de Castilhos, Otávio Rocha e Borges de Medeiros (na altura da Coronel Genuíno) e a primeira ponte sobre o Arroio Dilúvio. Muitas de suas ideias influenciaram os planos elaborados posteriormente e acabaram sendo executadas. (PORTO ALEGRE. Porto Alegre tem tradição em Planejamento. Disponível em < [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/spm/default.php?p\\_secao=125](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/spm/default.php?p_secao=125)>. Acesso em: 28 mai 2013

38. O médico gaúcho Jacintho Godoy Gomes, formado pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1911 e com estágio junto aos mestres franceses da Salpêtrière, foi diretor do Hospital Psiquiátrico São Pedro em duas gestões (1926-32 e 1937-51). Foi também o idealizador e primeiro diretor do Manicômio Judiciário e da Diretoria de Assistência a Alienados do Rio Grande do Sul. (WADI, Y. M.; SANTOS, N. M. W. O Doutor Jacintho Godoy e a história da psiquiatria no Rio Grande do Sul / Brasil. Revista Nuevo Mundo Mundos Nuevos [on line]. Disponível em <http://nuevomundo.revues.org/1556>. Acesso em: 28 mai 2013

39. As reformas contaram com: saneamento; eletrificação; aquecimento central; um novo grande pavilhão; dois refeitórios independentes e separados por

plo aspecto: uma que é a defesa da coletividade contra o perigo representado pelo louco; outra, que é a defesa do louco contra os abusos passíveis de serem cometidos pela coletividade, em virtude da 'incapacidade' de autogestão do louco no que diz respeito a sua pessoa e bens (...) Daí a necessidade de recorrência ao Estado, que deve se tornar superior à família, às confrarias, a qualquer estabelecimento particular, instâncias que podem fazer do louco objeto de arbitrariedades; o Estado deve ter poder de sequestrar o louco, aliená-lo de seus direitos, em nome da defesa coletiva e da liberdade individual, contanto que seja assessorado pela psiquiatria. (cit. MACHADO, 1978, p.487. apud WADI, 2002, p.13)<sup>35</sup>

Apenas três anos após a proclamação da República é instituído um novo regulamento e a administração também passa a ser responsabilidade do médico-diretor, contando com auxiliares da área. Assim, formalizava-se, por fim, a loucura como campo de direito da medicina.

Na década de 10, a cidade de Porto Alegre passa por um processo de reformulações que confluem para um projeto de modernização da cidade. Em 1913 é criado o Regulamento Geral de Construções<sup>36</sup> e em 1914 surge o Plano Moreira Maciel<sup>37</sup>, e ambos foram executados apenas em 1924. As reformulações consistiam no esquadrinhamento da malha urbana porto-alegrense, transformando-a em uma rede cada vez mais simétrica e veloz.

Enquanto isso, por trás dos muros, o antigo Hospício, se torna gradativamente Hospital Psiquiátrico. Em 1926, sob a direção de Jacintho Godoy<sup>38</sup>, assim como a própria cidade onde se insere, passa por um processo de reformulação. Passa-se a buscar para o Hospital São Pedro um ideal de hospital moderno, defrontando-se com o seu *status* de asilo. Essa ação pretendia transformar o asilo de depósito de alienados em hospital psiquiátrico, através da medicalização da instituição e da loucura, de acordo com os padrões científicos de sua época. Desse modo, essa intervenção não apenas elevava o alienado ao *status* de doente mental, assim como elevava a psiquiatria ao *status* de especialidade

Figura 90. Hospital Psiquiátrico São Pedro. Acesso ao pavilhão Protásio Alves.

Fonte: Acervo pessoal de Luciana Bandeira. Disponível em: <http://www.flickr.com/photos/lubandeira/4778131715/>



médica. Em 1927, com o apoio do Presidente Borges de Medeiros, Godoy iniciou uma série de obras visando à reformulação do hospital, através de novas construções e remodelações nas pré-existências<sup>39</sup>. Com essas ações Godoy pretendia transformar o São Pedro no centro referência do estado na assistência aos doentes mentais. As reformas deram conta de aumentar a capacidade de pacientes e funcionários, além de capacitar o hospício

Figura 91. Médicos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, Década de 1940. Fonte: Serviço de Memória Cultural do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Disponível em: [http://www.scielo.br/img/revistas/rprs/v28n3/a01fig01\\_thumbnail.jpg](http://www.scielo.br/img/revistas/rprs/v28n3/a01fig01_thumbnail.jpg)

para serviços hospitalares e de ensino-pesquisa (figuras 91 e 92). Por volta de 1930 o discurso psiquiátrico e os novos recursos terapêuticos foram efetivamente instalados no âmbito do Hospital São Pedro. (COSTA, 2007)

A despeito de todas as transformações ocorridas no Hospital São Pedro, desde o aumento de sua capacidade populacional até a implementação de tantas novas técnicas para trazer o louco para a normalidade<sup>40</sup>, o hospício apresentava sérios problemas de superlotação, principalmente na segunda gestão de Godoy (1937-1951). Nesse período forçou-se a colocação de até três internos em quartos onde deveria ser alojado apenas um. Desde a administração Godoy e a conversão do *status* do hospício em “cidadela murada da loucura medicalizada” (COSTA, 2007, p.97), vê-se crescer geometricamente a demanda por seus serviços no estado. Com essa grande busca pelo hospital, imediatamente surge a ameaça da superlotação. Em 21 de março de 1951, a situação precária do hospital foi exposta pela imprensa. Através de uma matéria-denúncia, publicada no *Diário de Notícias*, lia-se as condições em que vivia uma parcela da população do hospital psiquiátrico. A matéria foi intitulada *Desleixo e desumanidade - Mergulho nos Abismos da Mansão da Loucura*, e nela foram mostradas fotos dos internos agitados de quarta classe, ou seja, indigentes, e se falava da falta de 714 leitos para os seus, então, 2.961 pacientes. (WADI & WEBER, 2006)

Nesse mesmo período, o hospital, que havia sido construído distante do centro da cidade, já tinha sido envolvido pela malha urbana, passando a situar-se em área densamente povoada. A cidade cresceu, transformando o terreno do hospital em área central, que passou a ser cercada e dominada por invasões de moradias irregulares e de instituições imponentes. No ano de 1961, o antigo hospício passa a ser chamado de Hospital Psiquiátrico São Pedro.

A trajetória de superlotações do Hospital

Figura 92. Irmãs francesas da Ordem de São José de Chambéry, Década de 1940.

Fonte: Serviço de Memória Cultural do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Disponível em: <http://3.bp.blogspot.com/-UA4cgzDQlJY/Te6enlWC8fI/AAAAAAAAABx/YngW1lLkFKY/s1600/Foto+46.jpg>



Psiquiátrico São Pedro não difere da história de qualquer outro manicômio do Brasil: em 1942 são registrados 1.898 pacientes; em 1957 são 3.280; na década de 60 a superlotação chega ao seu máximo extremo de 5.500 pacientes internados numa área física com capacidade real para menos de 1.000 leitos (PICCININI, 2007; COSTA, 2007). Na década de 70, a baixa qualidade dos serviços prestados e as condições precárias de vida dos usuários e da superlotação começaram a demonstrar a condição indesejável do São Pedro. Nesse período, o hospital se fechou com relação à cidade: paredes passaram a cercar os pátios internos e a arquitetura original do conjunto foi agredida; um muro passou a separar a área do hospital da rua, suprimindo a praça de visitas com lagos e passeios, característica marcante do conjunto. Já, na década de 80, a carência de equipamentos, bem como a de-

sexo; um atelier de costura em um dos pavilhões; reformou-se a seção de pacientes pensionistas homens, com vistas a ampliá-la e aumentar a arrecadação; impermeabilização dos pisos e partes das paredes de todos locais reformados. A farmácia, que funcionava em pequenos corredores, passou para a localizar-se em salas maiores; A Secretaria foi realocada com novos espaços para administração, direção, arquivos administrativos e clínicos; Posteriormente a farmácia novamente é realocada com a construção de um pavilhão onde, no primeiro andar, ficarão residências para funcionários e no seu térreo instalar-se-iam o laboratório, a farmácia e o Serviço Aberto (profilaxia mental: assistências sociais e consultas externas). Já, quanto à concentração de outras atividades médicas no HPSP que não apenas a psiquiatria, em um pavilhão onde a administração anterior havia instalado uma sala de cirurgia, fez-se uma ala de serviço somático: enfermarias para cirurgia e medicina (clínica geral), raios-X, atendimento odontológico, isolamento (para evitar contágios), salas de esterilização, desinfecção, etc. Por fim, podemos citar a constituição de um salão de honra, salas de banho, narcose, visitas, além da remodelação de um pavilhão localizado na Azenha, para abrigar o Posto Municipal de Psicopatas, onde foram criados alojamentos masculinos/femininos separados e instalações hidroterápicas. (COSTA, 2007, p.78)

40. “Em 1940 o Dr. Murillo Silveira introduz a eletroconvulsoterapia (ECT) no HPSP com a construção de um aparelho ali mesmo, em decorrência da impossibilidade de importá-lo devido à segunda guerra mundial. O aparelho fora testado primeiro em um cachorro para depois ser usado em humanos. Inicia-se então a troca da farmacovulsoterapia pelo eletrochoque, fundamento da clínica psiquiátrica que servirá de bandeira para delatar os excessos cometidos tanto por parte das instituições totais, quanto pelos que pedem o seu fim, já que, tornando-se bandeira de uma luta, perde suas especificidades contextuais, sendo seu uso, por um lado, simplificado enquanto ex-

*Figura 93. Pátio do Hospital Psiquiátrico São Pedro.  
Fonte: acervo pessoal de Luciana Bandeira. Disponível em: <http://www.flickr.com/photos/lubandeira/4778165031/in/photostream/>*

clusivo instrumento de tortura, e por outro, reduzido enquanto eficaz e inofensivo dispositivo clínico científico. Caricaturas de tempos de guerra, quando não se permitem ambigüidades e sentidos múltiplos. Outro método introduzido nesta época foi a intervenção psicocirúrgica, criada pelo psiquiatra português Egaz Moniz em 1935. Até 1955 estima-se que tenham sido realizadas ao menos 100 intervenções desta natureza.” (COSTA, 2007, p. 78, nota de rodapé)



terioração dos prédios agravaram a situação do hospital, que em 1987 enfrentou uma das piores fases de sua história.

Foi na década de 90 que o Rio Grande do Sul tornou-se pioneiro na Reforma Psiquiátrica brasileira (ver Capítulo 3), o que se reflete na aprovação da primeira lei de Reforma Psiquiátrica (Lei estadual número 9716, de 07 de agosto de 1992) do Brasil. A lei determinou a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico por uma rede integrada e por variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social. Desde então, em Porto Alegre, o Hospital Psiquiátrico São Pedro está em estado de desativação gradativa na direção dos equipamentos substitutivos. A partir da lei estadual sua administração passa a discutir novos tratamentos e estratégias para recuperar o São Pedro. Como parte das ações, o muro frontal do hospital é suprimido, e, simbolicamente, representa

*Figura 94. Interior do Hospital Psiquiátrico São Pedro.  
Fonte: acervo pessoal de Luciana Bandeira. Disponível em: <http://www.flickr.com/photos/lubandeira/4778188597/>*



uma tentativa de integrar os pacientes à sociedade e recuperar o hospital como um todo (EPAHC, 2008).

Em 1993, o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul lança os princípios norteadores do Projeto São Pedro Cidadão, o qual tem a deliberação política de sua realização em 1999. Desde então, vêm se implementando diversas estratégias em busca de efetivar a Reforma Psiquiátrica aos internos que ainda se mantêm na instituição, de forma dependente dela.

Em cumprimento da lei da Reforma Psiquiátrica (ver Capítulo 3), o Hospital Psiquiátrico São Pedro vem sendo progressivamente desativado e o governo tem como meta zerar o número de pacientes. Atualmente boa parte da área do conjunto permanece desocupada ou com utilização informal.

Remanescente a toda essa história de mais de uma década, o edifício do Hospital



Figura 95 e 96. Interior do Hospital Psiquiátrico São Pedro.  
Fonte: acervo pessoal de Cristiano Medeiros Dalbem. Disponível em: <http://www.flickr.com/photos/helloninja/5813779784/>



Figura 97. Interior do Hospital Psiquiátrico São Pedro.  
Fonte: acervo pessoal de Guilherme Beiró. Disponível em: <http://www.flickr.com/photos/beiro/334607617/>

Psiquiátrico São Pedro recebeu, desde a década de 20, várias obras de remodelação e reformas sem critérios de intervenção, que não chegaram a descaracterizar o conjunto como um todo. Também foram edificados anexos ao prédio centenário, que foram construídos atrás deste, a partir dos anos 50. Fatores como um incêndio no bloco 3, obras sem critério de conservação/intervenção e mal administradas, entre outros, levaram o conjunto ao seu atual estado de degradação e abandono. O edifício centenário:

Atualmente, encontra-se em avançado estado de deterioração, apresentando infiltrações em vários pontos da cobertura, alvenarias com desabamentos, ataque generalizado de cupins, presença de fungos, descolamento de pintura e reboco, entre outras várias patologias comuns a prédios históricos em estado de abandono. (HOROWITZ, 2006, p. 111)

Composto por quarenta edifícios, o conjunto arquitetônico, juntamente com seu entorno, foi tombado em nível estadual em 1990 e em nível municipal em 1993, obtendo



Figura 98. Vista frontal do Hospital Psiquiátrico São Pedro  
Fonte: <http://memoriadasaude.com.br/wp-content/uploads/2013/03/banner-hpsp.jpg>



suas áreas frontal e lateral sudeste gravadas como praça pelo Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano Ambiental em 2002. (HOROWITZ, 2006)

Atualmente, os seis pavilhões históricos não mais abrigam pacientes, que foram realocados, seja para os residenciais terapêuticos, seja para outras edificações que fazem parte do complexo do hospital. Os pavilhões 1, 2 e 3 abrigam a direção, administração e museu do São Pedro; o Pavilhão 4 é utilizado, em partes, para as atividades da Oficina de Criatividade, e os Pavilhões 5 e 6 estão sendo utilizados, através de uma concessão de uso, pelo Condomínio Cênico do Hospital Psiquiátrico São Pedro, atualmente constituído pelos grupos de teatro Caixa Preta, NEELIC, Falos & Stercus, Oigalê e Povo da Rua.

A edificação centenária do Hospital Psiquiátrico São Pedro é, sem dúvida, o símbolo de uma época, palco da opressão, do enclausuramento do corpo e da mente, de maus tratos “corretivos” e de todo tipo de sofrimento, que ainda hoje se encontram documentados, através de frases escritas pelos ex-internos em muitas das paredes da edificação tombada. As práticas efetuadas no manicômio, atualmente revistas e combatidas, permanecem vivas na memória popular como um estigma: uma aura de mistério e medo envolve as edificações do hospital. Os relatos e as his-

tórias contadas por aqueles que já passaram pelo hospital (funcionários, antigos internos) aumentam esse sentimento indefinido e também a curiosidade da população em relação ao objeto arquitetônico e sua implantação. Apesar desse rico imaginário popular, a verdade é que o abandono atualmente toma conta do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Uma obra arquitetônica que testemunhou desde as primeiras dificuldades para ser edificada, passando pelo horror anônimo das internações dos homens loucos e miseráveis, das superlotações, hoje testemunha o descaso, a deterioração, e se mantém no impasse, aguardando intervenção, restauro e a retomada de seu uso pela população.

**O MANICÔMIO COMO UM  
LUGAR DO LUGAR NENHUM**

**2**



A reflexão teórica acerca de como se deram historicamente a percepção e a conceituação da experiência da loucura, as formas de agir perante ela, bem como os lugares pelos quais ela passou, ou foi coagida a estar, nos ajuda, até aqui, a compreender que a construção histórica da loucura é uma construção social e permeada por transformações profundas vinculadas a determinadas épocas e às próprias transformações pelas quais passou a civilização. A importância em conhecer esse processo está em poder desnaturalizar conceitos prévios e engessados, a fim de reconstruí-los sob uma ótica mais próxima do humano que está encoberta pelo seu estigma de doente mental.

A relação com a loucura sempre foi uma relação com a diferença plena, e as diversas épocas mostram como cada sociedade, conforme sua política, cultura, valores morais, necessidades e grandes medos, lidou com ela. Dentro desse panorama, como vimos, a loucura já tomou diversas formas: manifestação de deuses, força passional humana, castigo divino, possessão demoníaca, provação divina, experiência trágica, anúncio do fim dos tempos, sabedoria oculta, verdade dos homens, desatino, alienação, e, enfim, objeto da psiquiatria: doença mental.

Paralelamente observamos, através desse apanhado histórico, a evolução e a transformação dos lugares aos quais a loucura foi designada: a existência do louco atravessou grandes períodos nos quais esteve em estado de liberdade, de aceitação comum e de coexistência no espaço comunitário; foi celebrada em rituais próprios, em procissões urbanas, no teatro grego; foi alvo de caridade religiosa, aceita em enfermarias, fossem elas claustrais e basilicais da Idade Média ou cruciformes do Renascimento, lugares comuns às pessoas doentes e necessitadas; passou por períodos de errância entre comunidades, navios, reclusão em prisões e torres; foi condenada, junto a todos os marginalizados, miseráveis e delinquentes aos hospitais gerais;

e, enfim, encontrou-se com o território exclusivamente médico: o manicômio.

Através dessa evolução, percebemos que os lugares da loucura foram definidos e constituídos nas sociedades de maneiras diversas, em diferentes períodos históricos. Eles também são determinados de acordo com diferentes fatores sociais, políticos e culturais, e, sem dúvida, representam um fator fundamental para o exercício dos poderes dominantes, sejam eles a Igreja, o Rei, o Estado, o Juiz, a Polícia ou a Psiquiatria.

A história da loucura revela que, diferentemente daquilo que se tende a cultivar como senso comum, existiram muitas formas de conceber a loucura antes que ela obtivesse o rótulo de doença mental e se naturalizasse como habitante exclusiva do manicômio, sob o olhar do saber psiquiátrico. A concepção que levou o louco ao exílio da vida em comunidade é uma criação da Modernidade, sob a luz do pensamento iluminista, demandada pela sociedade emergente capitalista e industrial, que coloca a razão no extremo oposto da loucura e a tem como um mal que é necessário corrigir. A correção se dá diretamente no corpo, e a disciplina é um requisito para atingir a recuperação e a transformação de um “doente” em um homem produtivo e ativo na sociedade, ou mantê-lo cativo entre muros e médicos, onde, através da própria espacialidade poderá facilmente ser controlado, classificado e mantido numa desejada condição pura, asséptica e disciplinada, sob a guarda do saber/poder médico.

Ao colocarmos lado a lado na história, loucura e lugar, e, conseqüentemente loucura e arquitetura, podemos constatar que a complexidade das maneiras como a loucura foi entendida e vivida resulta numa equivalente complexidade de lugares e arquiteturas por onde a loucura passava, habitava ou celebrava sua própria condição existencial. Entretanto, ao passo em que a loucura foi sendo apreendida por um único saber - o psiquiátrico - os lugares e as formas do seu acolhi-



mento se reduzem, da mesma maneira, a um único lugar - o manicômio - que se naturaliza como sendo seu território e destino final.

Da Antiguidade Clássica até fim da Idade Média, os lugares da loucura eram lugares comuns a todo o corpo social, não se constituindo jamais em um lugar exclusivo, uma ilha da loucura: o louco convivia livremente em sociedade, sendo destinados aos hospitais e enfermarias apenas em casos graves e violentos, que representassem algum perigo para a comunidade ou quando necessitassem de assistência. Os seus lugares eram lugares comuns a todo o corpo social.

Ao avançarmos Modernidade adentro não há mais escolha no modo de entender a loucura que não se contraponha ao saber médico, nem escolha do lugar onde ela possa existir. A Modernidade testemunha o sequestro da loucura por um saber que se estabelece como único verdadeiro, e que, por isso mesmo, exerce sobre o louco um poder capaz de selar o seu destino. No século XVIII, com a especialização do hospital dos insanos, o lugar exclusivo da loucura se institui. Ao mesmo tempo que ele nasce ele congela no tempo e no espaço, deixando de acompanhar a evolução do hospital, e mantendo para sempre as mesmas estruturas e soluções espaciais do século que o havia inventado. Embora a psiquiatria tenha se sofisticado com o passar do tempo, o seu principal instrumento terapêutico – o manicômio – resistiu a qualquer processo de sofisticação, seja espacial, seja terapêutica.

É com a Modernidade que o espaço físico passa a ser protagonista nas relações de poder, e, no que diz respeito ao contexto da loucura, passa a ter um papel fundamental na constituição da verdade médica. É certo afirmar que a forma arquitetônica transmite valores estéticos, mas com esses mesmos valores estéticos estão, inevitavelmente, consolidados valores éticos. A forma arquitetônica remete a marcos culturais, compartilha critérios sociais, responde a visões de mundo,

concepções do tempo e a ideias sobre o sujeito, enfim, as formas arquitetônicas carregam e produzem significados. E no contexto da loucura, ao adentrar a Modernidade, vimos claramente a paulatina transformação da arquitetura em instrumentos de domínio e controle do sujeito louco. Se “todo poder se exerce arquitetonicamente” (MONTANER; MUXÍ, 2012, p. 32), a arquitetura manicomial é um dos maiores exemplos da efetuação do poder através do espaço construído.

Através da leitura de Foucault sobre o espaço, podemos concluir que ele é um elemento pertencente à sociedade e que um não existe sem o outro. Dessa maneira, nem a arquitetura pode ser encarada como um produto isolado nem relações sociais podem ser viabilizadas sem o espaço edificado. Existe, sim, uma reciprocidade nos papéis desempenhados por um e ou por outro, e não um direto determinismo. Para Foucault, o espaço não é um mero produto ou um cenário das práticas sociais, ele é, sim, parte integrante e fundamental dessas práticas. “Seria preciso fazer uma ‘história dos espaços’ – que seria ao mesmo tempo uma ‘história dos poderes’ [...]” (FOUCAULT, 2011, p. 212)

Como uma legítima instituição da sociedade disciplinar, o manicômio intervém diretamente nas relações entre os indivíduos e o corpo social, exercendo sobre ambos uma disciplina que é capaz de moldar os pretendidos corpos dóceis. A psiquiatria, a partir do manicômio, justifica seu saber e instaura um novo poder cujo alvo são os sujeitos anormais de uma sociedade que começa a buscar um conceito de normalidade baseado no trabalho e na subserviência.

Arquiteticamente, as estruturas funcionais do manicômio buscam um resultado espacial que atinja uma eficiência pragmática asséptica, onde o controle e a vigilância, como vimos, são fatores fundamentais nas decisões projetuais. O esquadrinhamento, seguindo critérios de divisão do espaço interno, como a separação por gênero, por níveis

da doença e por classes sociais, era o grande responsável pelo controle e molde de um novo ser que dali deveria surgir. Portanto, o próprio espaço era a principal terapêutica, na qual se esperava que o louco, considerado desprovido de razão e ordem mental, seria reestruturado e recomposto através da ordenação e da disciplina do espaço. A cura se daria através da geometria.

O lugar da loucura a partir da Modernidade se inclui entre os diversos novos espaços sociais modernos – escola, fábrica, hospital, prisão -, pacificados e normatizados, onde o principal objetivo arquitetônico é, através da disposição espacial, domar os fluxos e garantir a completa subserviência e docilidade dos corpos.

Mas que fluxos são estes que se estabelecem no manicômio? Como entender a sua complexidade a partir apenas da representação gráfica do espaço matemático que a análise arquitetônica nos oferece?

## O PARADOXO DA ARQUITETURA: ESPAÇO CONCEITUAL E ESPAÇO EXPERIENCIAL

Quando se fala em espaço, numa reflexão apressada, costuma-se, quase que instantaneamente, visualizar o espaço tridimensional – este que é definido por três dimensões: altura, profundidade e largura; e mensurável através de um sistema de unidade de medidas padronizado. Este é o espaço conceitual, matemático, que se define através dos centímetros, metros, polegadas, pés, um conceito que se aprende a dominar desde a escola e que, como senso comum, se toma por princípio sempre que, na prática, for necessário fazer uso de relações espaciais, como mensurações e aferições.

O espaço conceitual, de natureza abstrata, é um dos maiores instrumentos laborais do arquiteto na medida em que ele possibilita, através da representação deste mesmo espaço, a elaboração do projeto. Esse espaço, compreendido através das representações arquitetônicas clássicas, ferramentas fundamentais de projeto arquitetônico - plantas baixas, seções, fachadas e perspectivas - é apenas um aspecto determinado do espaço, uma captura dele que se propõe como verdade geométrica.

A geometria tem a função de orientar e de organizar o espaço. Essa base geométrica é inseparável da arquitetura, tendo esta ajudado a construí-la. O primeiro passo para a organização através da geometria ocorreu no Renascimento, quando se inventou a perspectiva. A sua confecção se obtinha através de uma retícula como um tabuleiro, segundo as regras matemáticas. Nessa época foram derrubadas a representação e organização medievais, quando o olho divino dá lugar ao olho humano. Desde o Renascimento toda concepção de espaço tem se fundamentado no sentido de profundidade ou de verticalidade. É a orientação imposta pelas imagens técnicas, que se estabelecem sob os critérios de luz, distância e fotogenia que norteia nossa vida atual, nossos sentidos. A geometria privilegia a visão e a regularidade dos espaços e seus alinhamentos. Para a organização

de nossa cultura foi necessária uma disciplina geométrica imposta às formas, através de estratégias estéticas compositivas para a disposição dos corpos no espaço, organizados e disciplinados. (FUÃO, 2003)

Como vimos, o século XIX se utiliza de algumas soluções arquitetônicas particulares e inéditas para solucionar todas as demandas de controle, vigilância e salubridade que a medicina perseguia para montar seu aparato científico espacial. A análise com base no arranjo volumétrico e nas diversas projeções ortogonais da solução pavilhonar manicomial nos mostra que a solução se dá através de geometrias retangulares subdivididas, e de conexões entre elas através de extensos eixos de circulação, supervisionados desde as suas extremidades; a volumetria é resolvida com a intersecção entre os pavilhões prismáticos, geralmente desenvolvidos em até três pavimentos, e o contínuo eixo de interconexão, que os organiza; entre os prismas pavilhonares surgem os pátios, espaços abertos responsáveis pela boa insolação e ventilação de todo o conjunto, etc.

Essa leitura arquitetônica, apesar de nos apresentar informações fundamentais na compreensão de uma espacialidade manicomial – tal como a divisão e distribuição dos diversos compartimentos, suas relações entre si, e a volumetria gerada para alcançar tal solução –, se trata da leitura de um espaço matemático, de natureza abstrata. O espaço em questão não é jamais habitado, jamais se está no seio dele, podendo-se apenas observá-lo estando posicionado exteriormente a ele. O espaço conceitual possui uma constância científica e se propõem fixo, neutro e exato.

Da verdade geométrica do projeto, estampada em projeções sobre o papel, à sua concretização em espaço físico construído e habitado, há um salto e um desdobramento de uma realidade abstrata para uma realidade palpável, concreta, onde se encontra a vida humana, e a sua perspectiva singular. A introdução do ponto de vista orgânico, hu-

mano, no espaço outrora abstrato, torna a objetividade do mesmo e o rol de intenções projetuais, em uma incompletude de significados e sentidos. É quando o espaço perde sua natureza abstrata e se torna um espaço concreto, um espaço vivido, experiencial, que transcende o primeiro na presença da vida que ali há de habitar e fluir, conquistando novos significados e sentidos. Ao se introduzir no espaço o ponto de vista humano e a sua troca experiencial com o mesmo, a sua significação se torna imprevisível, incapaz de ser antecipada pelo projeto arquitetônico. O significado do espaço, que se produz na sua vivência, nunca precede o seu projeto e, apesar de ser possível que um projeto bem-sucedido venha a cumprir com suas intenções projetuais ao se desdobrar em matéria, ainda dependerá das indefinidas e cambiáveis relações que se efetuarão no espaço vivido.

Segundo Bollnow (2008), o espaço vivenciado pode ser entendido como a própria experiência do espaço. Diferentemente de posicionar-se cientificamente para uma observação neutra, exata e exterior ao objeto, implicar-se como sujeito no interior de uma determinada espacialidade é fundamental para a completa percepção do mesmo e das condições que o determinam. Julgar um espaço, interpretá-lo e defini-lo sem incluir a sua percepção vivida, só é capaz de contemplar apenas um aspecto do espaço, que, assim, incompleto e parcial, não é capaz de revelar, em sua concretude plena, as verdades escondidas para além das geometrias, dos planos, das retas e dos pontos.

O espaço não se reduz, para nós, a relações geométricas que determinamos como se nós mesmos, limitados ao simples papel de curiosos observadores científicos, nos encontrássemos externos a ele. Vivemos e agimos no espaço, e no espaço se dá tanto nossa vida pessoal como a vida coletiva da humanidade. (MINKOWSKI, 1933, p.367 apud BOLLNOW, 2008, p. 17)<sup>41</sup>

A relação dicotômica entre espaço mate-

mático e espaço vivido é abordada também pelo arquiteto Bernard Tschumi em seu livro *Architecture and Disjunction* (1998). O autor associa o paradoxo entre teoria e prática, concepção e experiência do espaço, respectivamente, a dois arquétipos espaciais: o labirinto e a pirâmide.

De um lado temos a pirâmide, que se constitui de pura transcendência, da dominação da ideia sobre a matéria, da arquitetura como “coisa do intelecto”. Ela é associada às disciplinas conceituais nas quais reinam o discurso e a abstração da representação. Desmaterializadamente, o arquiteto concebe a pirâmide, “concebe a forma do edifício sem manipular ele mesmo os materiais”<sup>42</sup> (TSCHUMI, 1998, p.38, tradução nossa). De outro lado temos o labirinto, que se constitui de pura imanência, e é onde corpo e arquitetura se encontram, uma arquitetura como fato empírico, que se concentra nos sentidos. No labirinto não há futuro nem passado, apenas o instante presente da experiência estética do espaço. O labirinto é a prática do espaço, na qual “todas as sensações e os sentimentos são intensificados, mas nenhuma ‘vista aérea’ é apresentada de forma a fornecer uma pista sobre como escapar dali”<sup>43</sup> (TSCHUMI, 1998, p. 42, tradução nossa).

Lembre-se: você está dentro de um espaço fechado, com alturas e comprimentos iguais. Os seus olhos instruem você sobre o cubo apenas observando-o, sem dar nenhuma interpretação adicional? Não. Você não vê o cubo. Você pode ver um canto, uma face, ou o teto, mas nunca todas as superfícies que o definem ao mesmo tempo. Você toca uma parede, ouve um eco. Mas como você relata essas percepções para um único objeto? E através de uma operação da razão?<sup>44</sup> (TSCHUMI, 1998, p. 40, tradução nossa)

Como opostos à pirâmide da razão, processo de concepção iluminado por uma clareza absoluta, os cantos escuros e obscuros da experiência não são diferentes de um labirinto, onde as sensações e os sentimentos são aprimorados, mas de onde não se atinge

41. MINKOWSKI, E. *Le temps vécu: études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris, 1933.

42. [...] the person who conceives the form of the building without manipulating materials himself. (TSCHUMI, 1998, p. 38)

43. [...] a labyrinth where all sensations, all feelings are enhanced, but where no overview is present to provide a clue about how to get out. (TSCHUMI, 1998, p. 42)

44. Remember: you are inside an enclosed space with equal height and width. Do your eyes instruct you about the cube merely by noticing it, without giving any additional interpretation? No. You don't really see the cube. You may see a corner, or a side, or the ceiling, but never all defining surfaces at the same time. You touch a wall, you hear an echo. But how do you relate all these perceptions to one single object? Is it through an operation of reason? (TSCHUMI, 1998, p. 40)

45. [...] one never knows whether one is inside or not, since one cannot grasp it in one look. (TSCHUMI, 1998, p. 43)

46. Indeed, architecture constitutes the reality of experience while this reality gets in the way of the overall vision. Architecture constitutes the abstraction of absolute truth, while this very truth gets in the way of feeling. We cannot both experience and think that we experience. “The concept of dog does not bark”; the concept of space is not in space. (TSCHUMI, 1998, p. 48)

47. The Labyrinth cannot be dominated. The top of the Pyramid is an imaginary place [...]: the nature of the Labyrinth is such that it entertains dream that include the dream of the Pyramid. (TSCHUMI, 1998, p. 49)

48. For it is only by recognizing the architectural rule that the subject of space will reach the depth of experience and its sensuality. Like eroticism, architecture need both system and excess. (TSCHUMI, 1998, p. 50)

uma visão geral que forneça uma pista sobre como sair dali: “não se sabe se está-se dentro ou fora do labirinto, já que não se pode compreendê-lo com apenas um olhar.”<sup>45</sup>(TSCHUMI, 1998, p. 43, tradução nossa). A pirâmide, por outro lado, com seu eixo vertical ascendente-descendente e com a luz absoluta que ilumina sua dimensão, é capaz de tornar visível a totalidade de tudo o que existe no espaço. O olho da pirâmide é também o olho do pássaro, a visão superior do arquiteto, capaz de perceber sua tábula rasa abstrata em apenas um lance de olhar. Porém, da altura do voo do pássaro, numa suspensão do lugar real onde as coisas acontecem – na altura do chão, do chão da realidade, onde habita a vida – não é possível experienciar o espaço. Eis o paradoxo da arquitetura, do qual, aparentemente, é impossível escapar: a pirâmide dos conceitos, e o labirinto da experiência; a arquitetura imaterial como conceito, e a arquitetura material como presença.

O paradoxo de que Tschumi fala trata da impossibilidade de questionar a natureza do espaço ao mesmo tempo que se torna ou se experiencia um espaço real. O paradoxo persiste no fato de que a arquitetura é feita de duas condições que são interdependentes, mas que são mutuamente exclusivas.

De fato, a arquitetura constitui a realidade da experiência, enquanto que essa realidade fica no caminho da visão geral. A arquitetura constitui a abstração da verdade absoluta, enquanto que sua própria verdade fica no caminho do sentimento. Não podemos experienciar e pensar no que experienciamos ao mesmo tempo. “O conceito de cachorro não late”; o conceito do espaço não está no espaço.<sup>46</sup> (TSCHUMI, 1998, p. 48, tradução nossa)

A realização da realidade arquitetônica, a sua efetivação em espaço construído, em obra, acaba por derrotar a teoria arquitetônica que, ao mesmo tempo, é o produto dela. Tschumi explica que há uma relação dialética entre teoria e prática, mas no espaço efetivo, quando o conceito é traduzido em

obra e a abstração é superada pela realidade, há uma dissolução dessa dialética e um condicionamento de incompletude. Uma vez no labirinto, se está condenado a ele. Mesmo participando e compartilhando seus fundamentos, a sua percepção é sempre parcial, já não mais se poderá compreendê-lo em sua totalidade. “O labirinto não pode ser dominado. O topo da pirâmide é um lugar imaginário [...]: a natureza do labirinto é tal que entretém sonhos, inclusive o sonho da pirâmide.”<sup>47</sup> (TSCHUMI, 1998, p. 49, tradução nossa).

A pirâmide é um arquétipo já consagrado e em muitos momentos da história da arquitetura salientado como seu principal aspecto. A análise do objeto arquitetônico, a ruptura da suas formas e elementos, todos fogem da questão do sujeito. É exatamente por isso então que Tschumi salienta a importância do labirinto. A prática espacial e a realidade da arquitetura sensual não são experienciadas como um objeto abstrato já transformado pela consciência, mas sim como uma atividade humana imediata e concreta, como uma prática, com toda subjetividade que lhe é inerente. A importância do sujeito está posta em oposição a todas as tentativas filosóficas e históricas de objetificar a percepção imediata da realidade. Para Tschumi, levantar a questão do labirinto e da sua prática significa insistir nos seus aspectos subjetivos: ele é pessoal e requer uma experiência imediata. Esse imediatismo do labirinto é capaz de fazer a conexão entre prazer e razão, pois ele introduz novas articulações entre interior e exterior, entre público e privado; sugere novas oposições entre condições dissociadas e novas relações entre espaços homogêneos. Contudo, ressalta Tschumi, o imediatismo do labirinto não privilegia a condição experiencial: “É somente ao reconhecer a regra arquitetônica que o sujeito do espaço atingirá a profundidade da experiência e sua sensualidade. Como o erotismo, a arquitetura precisa tanto de sistema e excesso.”<sup>48</sup> (TSCHUMI, 1998, p. 50, tradução nossa).



Segundo Fuão (2003), um espaço só existe segundo a experiência de quem o vê, de quem o percebe, sente, vivencia. Pensá-lo seria pensar em si mesmo. Para a filosofia, o sentido é essência, é Ideia platônica. Desde Platão e passando pelo cristianismo, se acreditou que a essência vem antes da existência, ou seja, que, mesmo antes de um objeto existir, já existiria *a priori* uma Ideia desse objeto e, portanto, sua essência natural, como se houvesse um conceito inato para todas as coisas que existem. Derivando desse pensamento, o Determinismo se desenvolveu sob a ideia de que tudo o que existe aplica-se por seus antecedentes e que a sua essência está em sua raiz. Condição esta na qual uma forma é predeterminada por uma anterior e assim sucessivamente. O autor chama a atenção para o determinismo que existe também na arquitetura, através do qual sempre se buscou uma genealogia arquitetônica a fim de revelar suas raízes originais. Segundo Fuão (2003) este é um darwinismo arquitetônico, que buscou encontrar ancestrais nas antigas civilizações, no mito da cabana primitiva de Laugier<sup>49</sup>. E foi assim que se constituiu a trajetória do sentido do espaço. Através de uma busca da origem. Já, para os existencialistas, não é a Ideia, a essência, o sentido, o significado, o conceito inato, que determina a existência. Segundo esse pensamento não existe um sentido *a priori*, ele encontra-se suspenso em sua liberdade, em suas possibilidades, seu projeto, sua construção. Para os existencialistas, a existência não tem sentido, e este é sempre produzido, inventado, reinventado.

O espaço não é para o homem um meio neutro e constante, mas, sim, preenchido com significados produzidos pelas relações vitais que se dão no seu interior. Os significados, por sua vez, mudam de acordo com os diferentes sujeitos e com os seus posicionamentos nos diferentes lugares e regiões do espaço experienciado. Esses significados não são devidos a sentimentos apenas subjetivos que o homem liga ao espaço, mas são caracteres

autênticos do próprio espaço vivido. “[O espaço] é forma de expressão, conservação e realização do sujeito que nele vive e vivencia, e com ele se relaciona.” (GRAF VON DÜRCKHEIM, 1932, p. 383 apud BOLLNOW, 2008, p. 18)<sup>50</sup>. Sendo assim, o espaço vivido não somente é diverso para os diversos homens, mas varia para o próprio sujeito de acordo com a sua constituição e estados circunstanciais. Para Bollnow (2008), cada modificação do sujeito condiciona uma mudança de seu espaço vivido. “[...] [O espaço] modifica-se com o homem que nele está, modifica-se com a atualidade de determinadas posturas e orientações [...]” (GRAF VON DÜRCKHEIM, 1932, p. 390 apud BOLLNOW, 2008, p. 19)<sup>51</sup>.

Não há sentido falar de espaço enquanto este não for passível de ser preenchido por uma necessidade concreta de vida, e esta é, acima de tudo, a função da arquitetura: dar abrigo à vida e seus fluxos. A vida consiste originalmente na relação com o espaço e nem mesmo em pensamento ou em sonho o homem pode se libertar dele. Guattari (2012) sustenta que a abordagem fenomenológica do espaço e do corpo apresenta um caráter de inseparabilidade. “[...] no sono e no sonho, o corpo fantasmado coincide com as diferentes modalidades de semiotização espacial que ponho em funcionamento. A dobra do corpo sobre si mesmo é acompanhada por um desdobramento de espaços imaginários.” (GUATTARI, 2012, p. 135).

Segundo Fuão, seria melhor entender o espaço como “um estado de uma situação em constante mudança” (FUÃO, 2003, p. 11). Segundo ele, o espaço só recebe significado ou sentido quando relacionado com um sujeito. É na percepção de um espaço pelo sujeito que esse espaço passa a existir. E dessa forma existirão tantas interpretações para o mesmo espaço quanto houverem sujeitos percebendo o mesmo. É como se o espaço ainda sem sentido se curvasse na direção do sujeito e com ele resultasse em espaço-sentido, quando o espaço se torna uma extensão

49. Abade Marc-Antoine Laugier (1713-1769), foi o codificador da teoria da cabana primitiva como base da arquitetura. Afirmou sua teoria ao publicar em 1753, de forma anônima, seu *Essai sur l'Architecture*. Segundo a hipótese de Laugier, toda a arquitetura tem sua origem na cabana primitiva, sendo o princípio e medida de toda a arquitetura. O desenvolvimento da coluna, do entablamento e do frontispício suprimindo os muros de fechamento faz surgir a cabana primitiva, contendo toda a lógica construtiva. A ilustração de seu livro mostra a musa da arquitetura indicando a uma criança (supostamente a primeira da espécie humana) a “cabana rústica”, base de toda forma arquitetônica, ou seja, uma estrutura límpida formada por pilares e vigas, oriundas dos troncos de árvores. Para Laugier, essa cabana primitiva era a origem da arquitetura, sendo a arte da estrutura pura, cujos elementos essenciais são a coluna, a arquitrave e o frontão, os quais hão de cumprir suas funções estruturais de origem, não havendo razão alguma para aplicação de ornamentos. (MIGUEL, 2002)

50. GRAF VON DÜRCKHEIM, Karlfried. *Untersuchungen zum gelebten Raum*. Munique, v.6, 1932.

51. *Ibidem*. Op. Cit.

do sujeito, refletindo-o em sua curvatura.

O sentido do espaço só existe a partir da experiência do 'eu'; portanto, o sentido do espaço da arquitetura não está no interior da abstração do espaço, no interior da arquitetura, na relação utilitária entre o cheio e o vazio, e tampouco nas entranhas das paredes. Qualquer sentido que se possa atribuir está fora dele, muito além de sua superfície. Está no interior de quem o vivencia, está nas pessoas que nele se deslocam constantemente. Curiosamente transportamos o sentido do espaço para qualquer lugar que formos. (FUÃO, 2003, p. 12)

Segundo Fuão, o espaço, assim como os objetos e a arquitetura, é um instrumento que se esvazia de sentido e significado quando deixa de ser vivenciado, voltando a seu estado bruto. Sentido e significado são transportados junto com o sujeito para fora do espaço, para qualquer outro lugar que for. Portanto, só pode haver o sentido do espaço a partir da experiência do sujeito. O que contraria a ideia de que o espaço seja uma realidade fixa e válida para todos. Ele varia conforme os indivíduos e seus contextos. Assim, se reafirma o argumento de que o espaço vivido transcende o espaço geométrico, uma vez que ele é experienciado por sujeitos que, com o próprio espaço, estabelecem uma relação de continuidade, fletindo e refletindo significados.

Fuão também acrescenta ao pensamento existencialista o tratamento dado pela fenomenologia, que considera o espaço a partir da dimensão corporal do sujeito. Foi a fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty que “se contrapôs à concepção espacial cartesiana, abstrata, indiferenciada, uma espécie de plano regular, homogêneo, onde se dispõem todos os corpos” (FUÃO, 2003, p.12). Merleau-Ponty trouxe a ideia de que o corpo, sendo a principal referência espacial, será ele próprio o responsável pela compreensão de espaço, e o espaço, por sua vez, a própria extensão do corpo.

Reforçando essa mesma ideia, Bollnow (2008) afirma que o espaço é do homem as-

sim como seu corpo, ou seja, além de habitar o espaço, o homem é o seu espaço, e nele está encarnado. Assim, a relação do homem com o espaço é muito mais do que se encontrar num meio e poder nele mover-se. A relação do homem com o espaço é fazer parte desse meio, estar ligado a ele e por ele ser sustentado. Segundo o autor “há somente um espaço uma vez que o homem é um ser espacial, isto é, que forma espaço e se expande no espaço” (BOLLNOW, 2008, p. 21).

Em *Ser e Tempo*, Martin Heidegger (apud BOLLNOW, 2008)<sup>52</sup> afirma que o homem é sempre e necessariamente determinado por sua atitude em relação a um espaço circundante. Heidegger adverte para o fato de que estar no espaço seja diferente de um objeto encontrar-se dentro de um recipiente, pois o homem não é alguma coisa dentro das coisas, e, sim, um sujeito que se relaciona com seu meio e, que tem, nessa relação, uma intencionalidade. Uma vez que o homem se relaciona com o espaço, ou com as coisas no espaço, ele não é algo interior ao espaço, pois é a sua relação com as coisas que é caracterizada como espacialidade. Em outras palavras, “o modo como o homem se encontra no espaço não é uma determinação do espaço cósmico que o circunda, mas de um espaço intencional, referido a ele, como sujeito”. (BOLLNOW 2008, p. 290)

Como extensão do corpo, morada do homem, o espaço não pode ser considerado apenas um meio passivo ou inerte, ao contrário, ele é um elemento ativo na produção de significados. As suas condições físicas, concretas, palpáveis, num contexto arquitetônico, se dão segundo um projeto, elaborado, como vimos, com uma matéria abstrata, dentro de um espaço matemático, cuja elaboração se fixa sobre o desenho de objetos sólidos, as paredes, mensuráveis em centímetros. No desdobramento de espaço abstrato ao espaço construído, há, então, uma relação de complementaridade, onde o primeiro envia intenções tridimensionais ao segundo

que, por sua vez, os decodifica e os realiza transformando-o em matéria, onde a ênfase não está mais nos objetos sólidos, mas, sim, naquilo que se encontra entre eles. É neste processo de desdobramento que acrescenta-se a quarta dimensão: o tempo; e é onde o centímetro pode ser compreendido em centímetros<sup>53</sup>, uma medida dos sentidos, única de cada sujeito que adentrar esse novo espaço.

Para Guattari (2012), o espaço construído interpela os sujeitos através de diferentes aspectos, sejam eles estilísticos, históricos, funcionais, afetivos, etc. Para o autor, os espaços construídos são máquinas enunciativas, ou seja, fornecem discursos, e operam, nos sujeitos que os experienciam, impulsos cognitivos e afetivos, percepções e afetos, produtores de uma subjetivação parcial que vem complementar-se com outros agenciamentos de subjetivação.

O alcance dos espaços construídos vai então bem além de suas estruturas visíveis e funcionais. São essencialmente máquinas, máquinas de sentido, de sensação, [...] máquinas portadoras de universos incorporais que não são todavia, Universais, mas que podem trabalhar tanto no sentido de um esmagamento uniformizador quanto no de uma ressingularização liberadora da subjetividade individual e coletiva. (GUATTARI, 2008, p. 140)

Nessa perspectiva, sugere-se que, no desdobramento do projeto em espaço construído, são transferidas intenções projetuais que podem vir a dar forma tanto a estruturas uniformizadoras como liberadoras de subjetividades. A direção que vai tomar o desdobramento de projeto em realidade concreta depende, em primeiro lugar, do esforço intencional projetual, que se define pelo seu programa arquitetônico. Como vimos, essa determinação se faz no espaço abstrato, e, portanto, ela é parcial, e fica no aguardo da complementação pelo uso e pelos fluxos vitais que habitarão o espaço. Assim, naquilo que concerne ao arquiteto, quanto à criação de espaços que se convertem de abstratos a concretos para abrigar vidas, é no processo

inicial de projeto, ou seja, anterior ao lançamento no espaço matemático, que se encontram as intenções a serem desdobradas em espaço como máquina enunciativa. Esse processo é conhecido como programa arquitetônico.

“Programa” é o termo arquitetônico que designa o conjunto sistematizado de necessidades de atividades e usos que deram origem à demanda por um espaço construído. O programa, portanto, é elaborado em uma primeira etapa do projeto, anterior às projeções gráficas do espaço matemático, anterior ao desenho. O projeto, em si, nada mais é do que um conjunto de interpretações do Programa, do qual se retiram soluções geométricas espaciais para o desenvolvimento projetual.

Segundo Fuão (2004), programas são jogos de combinações e relações entre elementos distintos, nos quais há uma riqueza de possibilidades. A relação entre programa e projeto é reflexiva, um se constitui como o espelho do outro. “O projeto é essencialmente programa no seu interior. Estrutura do pensamento” (FUÃO, 2004, p. 2). Dessa maneira, o projeto pode ser considerado como o DNA do espaço.

Para Fuão (2004), o programa é o projeto direcionado a alguém, a algum grupo de pessoas, e em função delas são feitas escolhas, se estabelecem relações, produzindo novas dimensões, organizações, estruturas, fluxos. “O programa é mais importante que a forma gerada por esse programa” (FUÃO, 2004, p. 2), pois ele vem antes do projeto e, finalmente, o determina. Fuão (2004) entende o programa no sentido mais amplo da palavra, referindo-se a ele como um mecanismo de um sistema, que por sua vez é definido, numa lógica circular, como algo que é produzido pelo homem e que produz programas, que, por sua vez, influenciam diretamente o homem.

Um sistema arquitetônico<sup>54</sup>, conceito desdobrado da *Crítica da razão pura* de Immanuel Kant, que definiu precisamente a arqui-

53. Expressão muito utilizada pelo Professor Rufino Becker, nas aulas ministradas em conjunto com o Prof. Dr. Fernando Fuão, no Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (PROPAR), na disciplina Textos Fundamentais da Arquitetura Contemporânea, no segundo semestre de 2012.

54. Este conceito já aparece em Étienne Bonnot Condillac, no seu Tratado dos Sistemas (1749), e em G. W. F. Hegel, que definiu uma verdade sistemática que consistiria na articulação de cada parte ao todo. Como método, a Teoria Geral dos Sistemas consolidou-se nos anos de 1960, em uma evolução próxima à de outras teorias gerais, como a psicologia da Gestalt, que analisa os sistemas segundo a percepção das formas, ou como o estruturalismo, que tem suas raízes na análise sistemática das línguas. (MONTANER, 2009)

tetura como a arte de produzir sistemas, é um conjunto de elementos heterogêneos, materiais ou não, em diferentes escalas, que se relacionam entre si. Possuem uma organização interna e constituem-se num todo que não é explicável pela mera soma de suas partes. Cada parte do sistema está em função da outra, não havendo elementos isolados. Dentro dos sistemas que se podem estabelecer, a arquitetura e o urbanismo são sistemas do tipo funcional, espacial, construtivo, formal e simbólico. (MONTANER, 2009)

Para Fuão (2004), ampliando o sentido da palavra, o sistema é invisível, pois opera com desejos, injeta subjetividades, infiltra a falta para criar necessidades que direcionem os desejos. Para isso, produz e incorpora os programas que lhe convêm para a manutenção da lógica de dependência, como uma espécie de tentativa de perpetuação infinita do próprio sistema. Ele promove a cegueira diante de seus programas e na utilização deles na medida em que não se faz questionar. O sistema é entendido como verdade *a priori*, é “um jogo de peças pré-determinadas a serem encaixadas” (FUÃO, 2004, p. 1), e essa ação se dá mecanicamente. O sistema é inércia, repetição, entorpecimento, lavagem cerebral. O sistema é classificação, rótulo, clichê, superficialidade, é alienação. O objetivo do sistema é a permanência, é a manutenção de estados de submissão, de alienação, é manter o consumo num fluxo veloz e entorpecente, fazendo girar a sua engrenagem infinitamente. Segundo o autor, ainda, os programas que o sistema promove são feitos para injetar euforia por coisas vazias, superficiais. Injetar medo da proximidade com as bordas e as rotas de fuga, institucionalizar verdades e sacramentá-las. (FUÃO, 2004)

O Arquiteto é um programador por excelência, como criador, atua no DNA do espaço. Através do programa, o arquiteto gera comportamentos, pensamentos, reinventa, reinterpreta... Estabelece destinos. Para Fuão (2004), pensar em projeto apenas em termos

de forma e função é estar aprisionado e condicionado a uma crença pertinente ao sistema. “Arquitetos programam não só volumes no espaço, lugares, lares, mas, sobretudo modos de vidas, e conseqüentemente vidas” (FUÃO, 2004, p. 1). Logo, o arquiteto pode atuar como o principal peão do sistema, que tem por objetivo produzir soldadinhos para operar seus programas sem que se percebam partes dele. “Quando o arquiteto deixa de operar sobre os programas, abdica da possibilidade de atuar sobre o mundo. Ao priorizar a forma, acredita modelar, construir o mundo. Mas está só atuando na superfície do problema e não em sua essência.” (FUÃO, 2004, p. 1).

Em outras palavras, ao deixar de ser um programador, o arquiteto está servindo de mero peão de um sistema, para que este, através de uma programação do programador, enfim cumpra seus objetivos. Arquitetos podem ser soldados do sistema, robôs, mas podem atuar também como desprogramadores, ao proporem a “sabotagem” dos antigos programas e das regras estabelecidas; ao manipular os programas destrutivamente; ao usar os programas para fins diferentes daqueles para os quais foram programados. Segundo Fuão, para ser um desprogramador é necessário brincar com o programa, buscar o lance novo, esgotar o programa fornecido. E sobretudo questioná-lo e, quem sabe, repropô-lo. (FUÃO, 2004)

O programa arquitetônico, para além de um atendimento imediato às questões utilitárias entendidas em um sentido funcionalista, é o momento do ato projetual em que surgem oportunidades de investigar os diversos modos de vida e os territórios existenciais dos sujeitos que estão envolvidos no processo de criação de novos espaços físicos, para que se evite a reprodução de espaços esmagadores e uniformizadores da subjetividade individual e coletiva. O programa retira da experiência dos espaços existentes e do conhecimento prévio das relações que se dão no espaço

vivido. Logo, do espaço vivido há um envio para a montagem de um programa, do qual se extraem códigos geométricos e abstratos que resultarão em um projeto, o espaço matemático. Do desdobramento desse espaço, retornamos ao princípio: da experiência ao programa, do programa ao projeto, do espaço matemático ao espaço concreto e, finalmente, no espaço concreto, a experiência do mesmo.

Não se quer, no entanto, a partir dessa perspectiva do espaço que atribui valor ao seu aspecto vivido e subjetivo, da sua experiência, questionar a importância da atividade projetual ou o seu domínio do espaço abstrato como campo de criação. Antes, vem-se afirmar o projeto como peça fundamental no envio de intenções ao desdobramento de um espaço matemático em espaço construído. Fuão (2003) coloca o arquiteto no lugar do agente organizador embrionário da arquitetura, pois é diretamente responsável pela sua materialidade e existência, e manipula essa “pseudo-essência que creditamos à arquitetura” (FUÃO, 2003, p.11).

Segundo Tschumi (1998), para cada arquétipo, seja da pirâmide ou do labirinto, há uma forma diferente de deleite, de prazer. Da pirâmide surge o prazer da geometria, o prazer da ordem, e por consequência o prazer dos conceitos, enquanto que o labirinto provoca o prazer do espaço, da poética da experiência, da sua violência.

Os prazeres da geometria e dos conceitos são governados pelas proporções e guiam-se pela régua e pelo compasso. É o prazer da arquitetura como “coisa mental”:

[...] [é] uma arte da geometria e não uma arte pictórica ou experiencial, de modo que o problema da arquitetura se torna um problema de ordenação – ordem dórica ou coríntia, eixos e hierarquias, grelhas ou linhas reguladoras, tipos ou modelos, paredes ou lajes, e, naturalmente, a gramática e a sintaxe do signo arquitetural se tornam pretextos para sofisticadas e agradáveis manipulações. Levadas ao extremo, essas manipulações tendem para uma poética de signos congelados, desvinculados da reali-

dade e voltados para um prazer mental, gélido e sutil. (TSCHUMI, 2010b, p. 576)

O prazer do espaço, segundo Tschumi, é impossível de ser expresso em palavras, é indizível.

[...] pode-se dizer que é uma forma de experiência – a “presença da ausência”; diferenças inebriantes entre a superfície plana e a caverna, entre a rua e a sala de estar; simetrias e assimetrias, que acentuam as propriedades espaciais do meu corpo: direita e esquerda, em cima e embaixo. Levado ao extremo, o prazer do espaço inclina-se para a poética do inconsciente, para o limiar da loucura. (TSCHUMI, 2010b, p. 576)

Para Tschumi, no entanto, nem o prazer da geometria, como nem o prazer do espaço, são, por si sós, o prazer da arquitetura. Segundo ele, o prazer da arquitetura contém e dilui simultaneamente os conceitos e a sensualidade do espaço. Nem espaço e nem os conceitos, separadamente, atingem o erotismo da arquitetura, o qual, só será atingido a partir da confluência entre eles. E é ali que está o prazer da arquitetura.

[...] o prazer da arquitetura é concedido quando ela cumpre as expectativas espaciais de alguém assim como incorpora as ideias, os conceitos ou os arquétipos arquitetônicos com inteligência, invenção, sofisticação e ironia. Ainda existe um prazer especial que resulta de conflitos: quando o prazer sensual do espaço conflita com o prazer da ordem.<sup>55</sup> (TSCHUMI, 1998, p.91, tradução nossa)

A arquitetura do prazer encontra-se onde o conceito e a experiência do espaço abruptamente coincidem, onde os fragmentos arquitetônicos colidem e se fundem em deleite, onde a cultura da arquitetura é, finalmente, desconstruída e todas as regras são transgredidas.<sup>56</sup> (TSCHUMI, 1998, p.92, tradução nossa)

Tschumi afirma que o prazer máximo da arquitetura reside nos aspectos mais proibidos da produção arquitetural, onde o conflito com a ordem é estabelecido, onde os limites são corrompidos e as proibições são trans-

55. [...] the pleasure of architecture is granted when architecture fulfills one's expectations as well as embodies architectural ideas, concepts, or archetypes with intelligence, invention, sophistication, irony. Yet there is also a special pleasure of space conflicts with the pleasure of order. (TSCHUMI, 1998, p.91)

56. The architecture of pleasure lies where concept and experience of space collide and merge in delight, where the culture of architecture is endlessly deconstructed and all rules are transgressed. (TSCHUMI, 1998, p.92)



gredidas. A única solução para o paradoxo da arquitetura, segundo o autor, é a colisão entre a pirâmide e o labirinto mediada pela imaginação: a mistura imaginária da regra arquitetônica com a experiência do prazer da arquitetura.

\* \* \*

Para adentrarmos no mundo da arquitetura manicomial, escopo deste capítulo, a mera descrição analítica do espaço matemático do manicômio é incapaz de revelar o aspecto concreto da vida que pulsa ou um dia já pulsou entre e através das suas paredes e de suas configurações geométricas. É impossível projetar em verdadeira grandeza, em dado plano, os fluxos vitais que perpassaram os interiores desses espaços manicomiais, nem a rotina que, dia após dia, ano após ano, um século após o outro, foi tecendo a história quase muda sobre as vidas loucas que por ali passaram, e muitas das quais ali ficaram para o seu sempre. O espaço abstrato, enfim, não nos revela a subjetividade, os significados produzidos no seu interior ao passo em que é habitado e vivido. Do contrário, o espaço matemático é apenas um aspecto determinado do espaço e que não coincide com o espaço concreto, vivenciado diretamente na vida. A crença de um sentido do espaço sobrevive na história e na teoria da arquitetura, que busca nela uma essência, um significado. Mas a história parece ter pouco a oferecer nessa busca de sentido, pois ela é toda senso comum e o verdadeiro sentido nunca é princípio, origem ou essência, e, sim, criado, produzido, reinventado constantemente (FUÃO, 2003).

Compreendendo que haja uma relação fundamental e recíproca entre as leituras do espaço arquitetônico abstrato, objetivo, matemático, e do espaço arquitetônico subjetivo, vivido, concreto, o presente capítulo vai em busca do preenchimento desse vazio deixado pela ausência perceptiva das análises

objetivas até aqui expostas. Através de um conjunto de relatos de vida e experiências no interior do espaço manicomial que o tempo não deixou apagar, convidamos a um percurso pelo interior do manicômio, esse lugar do lugar nenhum.

## SOBRE AS CASAS DE ORATES, ALIENISTAS E ALIENADOS: AS OBRAS DE MACHADO DE ASSIS E LIMA BARRETO

Entre o fim do século XIX e o início do século XX, como vimos, o Brasil passa a implantar instituições asilares em diversas regiões. O país, que antes mantinha seus loucos livres ou nas Casas de Misericórdia, ou até mesmo reclusos em prisões, passa, a partir de então, a ter contato e se relacionar, mesmo que à distância, com os novos edifícios criados na paisagem urbana, uma nova realidade imposta ao louco. Através de uma imagem arquitetônica de grande esplendor, ostentação palaciana e de imponência imperial, a casa dos loucos foi entrando para o imaginário urbano e perpetuando a sua condição de monumento à razão, à modernização do povo brasileiro e ao saber psiquiátrico.

O advento da psiquiatria e a constituição dos manicômios no Brasil foram brilhantemente interceptados pela literatura brasileira da época, através das figuras de Machado de Assis (1839-1908) e Lima Barreto (1881-1922). Ambos, porém, retrataram o tema do asilo, do alienista e do alienado a partir de perspectivas distintas: enquanto que Machado de Assis, com a obra *O alienista* (conto publicado sob forma de folhetim entre 1881 e 1882), utiliza um suporte ficcional para compor e retratar o perfil do alienista no século XIX, Lima Barreto escreveu *Diário do hospício* durante sua segunda internação no Hospital Nacional dos Alienados (onde ficou do ano de 1919 a 1920), na desprivilegiada condição de interno. São, portanto, duas visões diferentes acerca do mesmo objeto, que se tornam aqui significativas para a investigação arquitetônica, devido à sua contribuição literária na construção de uma imagem espacial dos lugares da loucura, que venha a somar e compor com o entendimento estético e analítico arquitetônico, através do prisma da experiência vivida ou crítica dos dois autores.

Apesar de possuírem alguns aspectos biográficos em comum, como serem naturais da cidade do Rio de Janeiro, terem uma origem negra e socialmente desprivilegiada,

Machado de Assis e Lima Barreto não só optaram por distintos caminhos estéticos como também se distinguiam e contrastavam entre si pelas suas personalidades e pelo seus modos de vida. Machado obteve sucesso e reconhecimento extraordinário na República das Letras e na carreira burocrática; teve um casamento feliz e reconhecimento social. Completamente inserido na intelectualidade da época, o autor lançou um olhar preciso ao criticar os paradoxos da sociedade de seu tempo, porém, sustentava um posicionamento crítico social irônico e muito sutil, que muitas vezes se tornava quase imperceptível. Lima Barreto, por outro lado, em sua luta pela sobrevivência, enfrentou a tragédia familiar do pai diagnosticado como doente mental, foi destinado a um emprego modesto em uma repartição pública, acumulou fracassos e frustrações de toda ordem e, paulatinamente, se entregou ao alcoolismo. Sem reconhecimento pela sua obra literária, atravessou um período sofrido de crises de loucura e internações em hospitais psiquiátricos, antes de falecer precocemente em 1922, aos 41 anos. Diferentemente de Machado de Assis, Lima Barreto ultrapassava os limites da ironia e, com violência, incitava o confronto direto com a sociedade e seus valores instituídos. (HIDALGO, 2008)

Reservando as diferenças à parte, no entanto, muitas das suas questões coincidem, unindo algumas obras num diálogo surpreendente quando confrontadas, especialmente em relação a um tema caro a ambos e abordado em obras exclusivamente dedicadas ao tema: a loucura. Ambos os autores, com particular estilo e gênero, inverteram a lógica instituída do poder ao desqualificar a autoridade do médico alienista, levando-o ao ridículo ou denunciando-lhe a arbitrariedade, o abuso, o equívoco (HIDALGO, 2008). Ambos os autores, apesar de toda a diferença entre suas vidas, investem contra o saber/poder da psiquiatria, que é responsabilizada pela manipulação do indivíduo louco numa época

Figura 99. Machado de Assis.  
Fonte: <http://media.escola.britannica.com.br>  
Figura 100. Lima Barreto  
Fonte: <http://www.fca.pucminas.br>



dominada pela razão e pela verdade científica. Sutilmente irônica ou violentamente direta, as obras destes dois autores são precursoras absolutas na crítica ao saber e às instituições psiquiátricas no Brasil.

Machado de Assis escreveu o conto *O alienista*<sup>57</sup>, que explicita de forma irônica uma crítica ao alienismo, e, mais diretamente, ao poder incontestável do médico psiquiatra. No conto, o alienista é representado pelo personagem de “Dr. Simão Bacamarte, filho da nobreza da terra e o maior dos médicos do Brasil, de Portugal e das Espanhas.” (ASSIS, 1998, p. 13). Bacamarte, depois de ter a sua formação completa na Europa, aos 34 anos retorna à sua terra natal, Itaguaí. Não havendo no reino qualquer autoridade semelhante à de patologista mental, passou a dedicar-se à ciência da *saúde da alma* e para pôr em prática sua ciência, inovadora e inédita, construiu um edifício onde pretendia “agasalhar e tratar [...] todos os loucos de Itaguaí, e das demais vilas e cidades, mediante um estipêndio, que a Câmara lhe daria quando a família do enfermo o não pudesse fazer.” (ASSIS, 1998, p. 15).

Era na Rua Nova, a mais bela rua de Itaguaí naquele tempo; tinha cinquenta janelas por lado, um pátio no centro, e numerosos cubículos para os hóspedes. [...] A Casa Verde foi o nome dado ao asilo, por alusão à cor das janelas, que pela primeira vez apareciam verdes em Itaguaí. Inaugurou-se com imensa pompa; (ASSIS, 1998, p. 17)

Depois de instituir a *casa de orates*, a casa de *doucos*, Bacamarte se entrega ao estudo da loucura e, através das experiências e pelo aprisionamento dos moradores de Itaguaí, cria um campo ideal para os seus estudos e para sua carreira médica. Sob o pretexto científico, ele passa a classificar todos os tipos de loucura e com isso passa encontrar cada vez mais diagnósticos que tornem possíveis novas internações.

Uma vez desonerado da administração, o alie-

nista procedeu a uma vasta qualificação dos seus enfermos. Dividiu-os primeiramente em duas classes principais: os furiosos e os mansos; daí passou às subclasses, monomanias, delírios, alucinações diversas. Isto feito, começou um estudo aturado e contínuo; analisava os hábitos de cada louco, as horas de acesso, as aversões, as simpatias, as palavras, os gestos, as tendências; inquiria da vida dos enfermos, profissão, costumes, circunstâncias da revelação mórbida, acidentes da infância e da mocidade, doenças de outra espécie, antecedentes na família, uma devassa, enfim, como a não faria o mais atilado corregedor. (ASSIS, 1998, p.22)

Bacamarte funda seu extenso território: “A loucura [...] objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente” (ASSIS, 1998, p. 29). Para o alienista, tratar do espírito humano era a ocupação mais digna de um médico, cuja prática se dava em relação com sujeitos loucos, e a loucura significava ausência total da razão:

Suponho o espírito humano uma vasta concha, o meu fim, Sr. Soares, é ver se posso extrair a pérola, que é a razão; por outros termos, demarquem definitivamente os limites da razão e da loucura. A razão é o perfeito equilíbrio de todas as faculdades; fora daí insânia, insânia e só insânia. (ASSIS, 1998, p. 31)

O perfil do Dr. Bacamarte é tão claro e perfeito, que mal disfarça a crítica de Machado. Quando o alienista cria a Casa Verde para recolher *doucos* num mesmo espaço, se faz perceber claramente a arbitrariedade do diagnóstico da loucura. Dr. Bacamarte vai jogando pouco a pouco toda a cidade na Casa Verde, “essa Bastilha da razão humana” (ASSIS, 1998, p. 49), ação que se traveste e tenta se fazer convencer por método científico. Quase como um sacerdote, Bacamarte mantém uma fé fervorosa no método científico: “Não dou razão dos meus atos de alienista a ninguém, salvo aos mestres e a Deus.” (ASSIS, 1998, p. 53). As críticas que recebe, para ele, só evidenciam o desequilíbrio mental de seus opositores, afinal, a ciência assegura suas

57. Para alguns especialistas, trata-se de uma novela, outros o consideram um conto. A maioria dos críticos porém, considera a obra um conto mais longo, por causa da sua estrutura narrativa.

imunidades. Depois de internar sua própria esposa, considera que havia falhas nas suas concepções anteriores, e resolve soltar os loucos da Casa Verde, internando apenas os normais. Depois de posta em prática, a nova teoria também se revela falsa, e surge uma nova e derradeira teoria de Dr. Bacamarte: a rigor só há um louco em Itaguaí, o mais equilibrado deles, sem defeitos nem vícios: o próprio doutor.

[...] recolheu-se à Casa Verde. Em vão a mulher e os amigos lhe disseram que ficasse, que estava perfeitamente são e equilibrado: nem rogos nem sugestões nem lágrimas o detiveram um só instante. [...] - A questão é científica, dizia ele; trata-se de uma doutrina nova, cujo primeiro exemplo sou eu. Reúno em mim mesmo a teoria e a prática. (ASSIS, 1998, p. 87)

Machado chega ao ápice de seu conto destruindo o mito do doutor. No epílogo, ninguém menos que ele próprio se diagnostica como o único louco de Itaguaí, perdendo sua condição privilegiada de médico para dar lugar à de doente.

[...] o ilustre médico, com os olhos acesos da convicção científica, trançou os ouvidos à saudade da mulher, e brandamente a repeliu. Fechada a porta da Casa Verde, entregou-se ao estudo e à cura de si mesmo. Dizem os cronistas que ele morreu dali a dezessete meses no mesmo estado em que entrou, sem ter podido alcançar nada. Alguns chegam ao ponto de conjecturar que nunca houve outro louco além dele em Itaguaí [...] (ASSIS, 1998, p.88)

O Dr. Bacamarte de Machado de Assis encarna o típico alienista do século XIX, para quem a ciência – neste caso específico, o alienismo – constituía a única verdadeira forma de conhecimento e concepção acerca da loucura. O conto, escrito alguns anos após a inauguração do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro – a Casa Verde de Machado de Assis – se aproxima também da história real de Philippe Pinel e de seu trabalho na construção do alienismo e do seu território – o asilo – no final do século XVIII. Nessa obra de ficção não é de loucura que se fala,

por mais que seja uma preocupação constante em Bacamarte. Em *O alienista* se retrata a obsessão da psiquiatria através da figura do alienista, pela captura da loucura, pela sua classificação através de métodos supostamente científicos, e a suposição de que ela seja uma completa ausência de razão. A obra demonstra uma arrogância do alienista diante do mistério da loucura ao considerar sua verdade como única e definitiva (HIDALGO, 2008). Na leitura dessa obra, que é ficcional, podemos nos questionar, afinal, “quem nos afirma que o alienado não é o alienista?” (ASSIS, 1998, p. 49).

Diferentemente de Machado de Assis, Lima Barreto possui um ponto de vista especial, posicionado no interior da realidade manicomial, constituindo, assim, sua obra em um relato autobiográfico. Lima Barreto foi internado duas vezes no Hospital Nacional dos Alienados, antigo Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. A primeira internação foi em 1914 e a última de 1919 a 1920, devido a delírios provocados pelo alcoolismo. Durante a sua segunda internação, envolvido completamente pela lógica manicomial, em meio a loucos, enfermeiros, guardas e psiquiatras, entre o sofrimento íntimo, delírios alheios e indiferença dos profissionais, escreveu *Diário do hospício*, reunindo nele as suas ricas impressões sobre o território ao qual tinha sido destinado, sobre as pessoas e sobre o drama do seu próprio diagnóstico. Lima Barreto expõe nas suas anotações<sup>58</sup> uma visão muito peculiar da instituição psiquiátrica e da loucura, buscando organizar na escrita sua tumultuada e sofrida experiência do internamento em uma *casa forte*, como chamava.

Estou no hospício ou, melhor, em várias dependências dele, desde o dia 25 do mês passado. Estive no pavilhão de observações, que é a pior etapa de quem, como eu, entra para aqui pela mão da polícia. Tiram-nos as roupas que trazemos e dão-nos uma outra, só capaz de cobrir a nudez, e nem chinelos ou tamancos nos dão. [...] Deram-me uma caneca de mate e, logo em

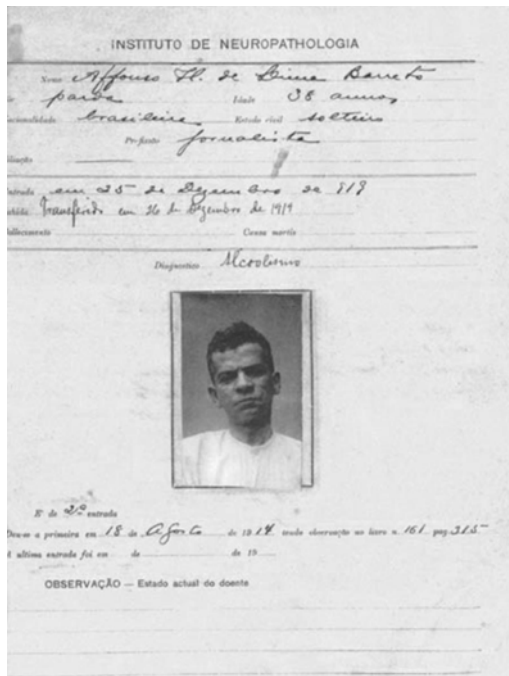
58. Lima Barreto transformou as suas anotações no Diário do Hospício em um projeto para a construção da sua obra ficcional *O cemitério dos vivos*, que, embora começada, não pôde ser concluída devido ao seu precoce falecimento, dois anos após o internamento no Hospital Nacional dos Alienados, em decorrência de um ataque cardíaco.

Figura 101. Ficha da segunda internação de Lima Barreto.  
Fonte: BARRETO, 2010 p. 40

59. O autor evoca o livro *Recordações da casa dos mortos*, livro de Fiódor Dostoiévski escrito em 1860. O livro é composto por uma série de fatos e eventos ligados à vida nas prisões da Sibéria, organizado mais pelo tema do que com a intenção de formar uma história contínua. Dostoiévski passou quatro anos exilado em uma dessas prisões, em função de sua condenação por envolvimento com um grupo literário russo banido pelo relativo potencial subversivo associado à revolução de 1848. A experiência do exílio deu-lhe condições de descrever com grande autenticidade as condições da vida nestas prisões e do caráter dos condenados que nelas viviam.

seguida, ainda dia claro, atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre, muito conhecida de toda a nossa pobreza e miséria. (BARRETO, 2010, p. 43)

Comparado à obra de Machado de Assis, Lima Barreto se encontrava no lugar extremo oposto do alienista, levado pela polícia, como um marginal, e sobretudo por ter sido internado inicialmente na seção de indigentes. A polícia aparece na vida de Lima Barreto como um instrumento que serve para a “limpeza” das ruas, um veículo de encaminhamento de supostos dementes ao seu “verdadeiro lugar”, confundindo-os com marginais. Os considerados anormais deviam ser retirados da sociedade e encerrados numa espécie de depósito, longe da vista dos considerados “normais”. Logo, a polícia aparece como o grande primeiro funcionário do manicômio, é ela a responsável em separar o marginal que vai pra cadeia, e o que vai para o hospício. Lima Barreto se enquadrava na segunda classificação.



Uma vez no hospício, em meio a loucos indigentes, Lima Barreto é despido e dão-lhe um banho de “ducha de chicote”. Para ele, a grande primeira violência infligida ao seu corpo: “Todos nós estávamos nus, as portas abertas, e eu tive muito pudor. Eu me lembrei do banho de vapor de Dostoiévski, na *Casa dos mortos*”<sup>59</sup>. (BARRETO, 2010, p.45).

As notas íntimas de *Diário do hospício*, assim como em *O alienista*, revelam a percepção do autor sobre a figura autoritária e inquestionável do médico psiquiatra, no qual demonstra sua descrença, desqualificando a autoridade do alienista, ironizando sua atividade e a aplicação mecânica e indiscriminada de saberes importados da Europa e aplicados como cartilha em terras tupiniquins. Lima Barreto estabelece seu próprio parecer, o parecer do dominado sobre o dominador, um diagnóstico às avessas (HIDALGO, 2008). Sobre o alienista da seção onde estava, diz:

É bem curioso esse [Henrique] Roxo. Ele me parece inteligente, estudioso, honesto; mas não sei por que não simpatizo com ele. Ele me parece desses médicos brasileiros imbuidos de um ar de certeza de sua arte, desdenhando inteiramente toda a outra atividade intelectual que não a sua e pouco capaz de examinar o fato por si. Acho-o muito livresco e pouco interessado em descobrir, em levantar um pouco o véu do mistério – que mistério! – que há na especialidade que professa. Lê os livros da Europa, dos Estados Unidos, mas não lê a natureza. (BARRETO, 2010, p. 46)

Não lhe tenho nenhuma antipatia, mas julgo-o mais nevrosado e avoado que eu. É capaz de ler qualquer novidade de cirurgia aplicada à psiquiatria em uma revista norueguesa e aplicar, sem nenhuma reflexão preliminar, num doente qualquer. É muito amante de novidades, do *vient de paraître*, das últimas criações científicas ou que outro nome tenham. (BARRETO, 2010, p. 56)

Lima Barreto, de forma clara e ácida, critica a arrogância clínica de boa parte dos psiquiatras do início do século XX. Ele nos faz perceber que, do olhar médico, há um completo desinteresse pelo sujeito e pelo seu contexto, seu drama, sua natureza. O médico não é capaz de chegar perto do corpo nem da



**Figura 102.** Pavilhão de observações, Hospício Pedro II.  
Fonte: Acervo Instituto Philippe Pinel (IPP). Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/Index.htm>

alma do homem que sofre e está diante dele. Como alienista, só tem a certeza do seu manual médico e do manicômio, lugar que viabiliza sua ciência e a aplicação da sua terapia. Segundo Lima Barreto, essa certeza seria semelhante à “fé na onipotência da ciência” e “crendice do Hospício” (BARRETO, 2010, p. 47), ou seja, o alienista adquire um poder tão semelhante ao poder dos padres e bispos na Idade Média, só que, durante a Modernidade, o alienista professa sua fé à psiquiatria e à ciência, e possui o manicômio como templo. Paradoxalmente é este manicômio que, segundo Lima Barreto, ainda possui característica medieval:

Amaciado um pouco, tirando dele a brutalidade do acorrentamento, das surras, a superstição das rezas, exorcismo, bruxarias etc., o nosso sistema de tratamento da loucura ainda é o da Idade Média: o sequestro. (BARRETO, 2010, p. 90)

O autor que, embora sem conquistar a crítica e sem ter recebido reconhecimento pela sua obra, até então, já havia composto *Recordações do escrivão Isaías Caminha*, *Triste fim de Policarpo Quaresma* e *Vida e morte de M. J. Gonzaga de Sá*, foi temporariamente destituído da sua identidade: o escritor passou a ser um paciente psiquiátrico, de intelectual passou a alcoólatra, e de funcionário público passa a indigente. Assim, o escritor observa o manicômio do ponto mais baixo da hierarquia do poder.

Passei a noite de 25 no pavilhão [...]. Amanheci, tomei café com pão e fui a presença de um médico, [...] tratou-me com indiferença [...]. Voltei para o pátio. Que coisa meu deus! Estava ali que nem um peru, no meio de muitos outros [...]. (BARRETO, 2010, p. 45)

Julguei, apesar de tudo, que Roxo me mandasse embora [...]. Chamou-me o Bragantino e levou-me pelos corredores e pátios até o hospício propriamente. Ai é que eu percebi que ficava e onde, na seção, na de indigentes, aquela em que a imagem do que a Desgraça pode sobre a vida dos homens é mais formidável. (BARRETO, 2010, p. 47)

**Figura 103.** Pacientes, Hospício Pedro II.  
**Figura 104.** Instalações internas, Hospício Pedro II.  
Fonte: Acervo Instituto Philippe Pinel (IPP). Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/Index.htm>

O mobiliário, o vestuário das camas, as camas, tudo é de uma pobreza sem par. Sem fazer monopólio, os loucos são da proveniência mais diversa, originando-se em geral das camadas mais pobres da nossa gente pobre. São de imigrantes italianos, portugueses e outros mais exóticos, são os negros roceiros, que teimam em dormir pelos desvãos das janelas sobre uma esteira esmolambada e uma manta sórdida; são copeiros, cocheiros, moços de cavalaria, trabalhadores braçais. No meio disto, muitos com educação, mas que a falta de recursos e proteção atira naquela geena<sup>60</sup> social. (BARRETO, 2010, p. 48)

O período de internamento no hospício gera uma escrita angustiada, pelo isolamento, pela solidão, pelo confinamento de um homem que, ao receber o diagnóstico de louco, ainda procura entender e traduzir literariamente a sociedade que o rotulava, estigmatizava, segregava. Lima Barreto vai nos apresentando, pouco a pouco, através de seus escritos, o mundo asilar chamado Hospital Nacional dos Alienados. O escritor nos apresenta, além de médicos, enfermeiros e guardas, as pessoas que, assim com ele, estão na condição de internos, e demonstra, através das descrições de cada personagem, um sentimento de lástima e compadecimento: “Estou entre mais de uma centena de homens, entre os quais passo como um ser estranho. Não será bem isso, pois vejo bem que são meus semelhantes. Eu passo e perpasso por eles como um ser vivente entre sombras [...]” (BARRETO, 2010, p. 59).

O *Diário do hospício* nos leva a conhecer os espaços interiores na sua mais vívida experiência. Por trás das fachadas neoclássicas e majestosas do hospício, está o verdadeiro manicômio, aquele preenchido por pessoas reais, onde imperam o sofrimento e a pobreza de corpos sequestrados, classificados e estigmatizados para sempre com o rótulo de loucos. Nesse verdadeiro lugar da loucura, nenhum esplendor arquitetônico é condizente com a realidade de vida das pessoas que ali se encontram. Lima Barreto descreve a frieza da máquina manicomial:

60. Lugar de suplício eterno pelo fogo. O autor associa aqui o hospício ao inferno.



Figura 105. Biblioteca, Hospício Pedro II.

Fonte: FACHINETTI, 2010, p. 751.

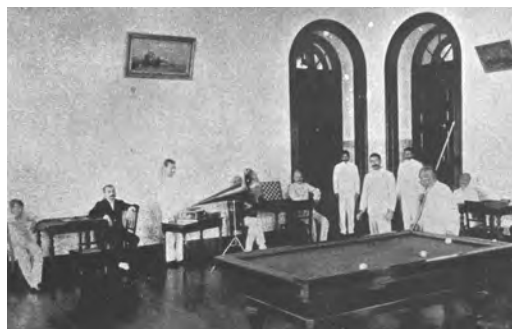
Figura 106. Sala de diversão dos enfermos, Hospício Pedro II.

Fonte: Op. Cit., p. 759

O hospício é bem construído e, pelo tempo em que o edificaram, com bem acentuados cuidados higiênicos. As salas são claras, os quartos amplos, de acordo com a sua capacidade e destino, tudo bem arejado, com o ar azul dessa linda enseada de Botafogo que nos consola na sua imarcescível beleza, quando a olhamos levemente enrugada pelo terral através das grades do manicômio, quando amanhecemos lembrando que não sabemos sonhar mais... (BARRETO, 2010, p. 50)

Habito, com mais dezenove companheiros, um salão amplo, com três janelas para a frente da rua, olhando para o mar. A minha cama fica perto da janela [...] (BARRETO, 2010, p. 105)

A circulação de Lima Barreto pelo hospício é percebida em suas anotações e consiste em sair do quarto, passar por extensos corredores, até chegar ao pátio, ou às enfermarias para ser avaliado ou consultar-se com o médico, ou ao distante refeitório. Ao praticar a leitura e a escrita no manicômio, Lima saía da esfera mecânica e automatizada dos ritos manicomialis: o banho, as refeições, o passeio ao sol. A leitura e a escrita eram modos de resistir e subsistir à sua condição, uma ma-



neira de fazer passar o tempo congelado do manicômio. O escritor apresenta então dois lugares que fogem à rotina e a presença obrigatória:

O hospício tem uma biblioteca; antigamente, isto é, há cinco anos, quando aqui estive, estava no fundo da seção, em uma pequena sala. Tinha uma porção de livros, até um Dostoiévski lá havia e um excelente dicionário das literaturas, de Vapereau, que eu lia com muito agrado; atualmente, porém, conquanto tenha pequenas mesas, meia dúzia, próprias para ler e tomar notas, duas cadeiras de balanço e duas espécies de divãs [...], não possui mais a mesma quantidade de livros, e a frequência é dos delirantes, que lá vão dar pasto a seu delírio, berrar, gritar, fazer bulha com as cadeiras sobre o assoalho, não permitindo nenhuma leitura. (BARRETO, 2010, p. 101)

A sala de bilhar é uma das melhores peças da parte do edifício que ocupamos. Fica no extremo da ala esquerda do hospício. Tem três janelas de sacada para frente, que olha para o mar; e três outras do lado esquerdo. Já foi melhor mobiliada. Nas paredes há quadrinhos, com recortes de revistas ilustradas, emolduradas modestamente com *passee-partout* improvisadas. (BARRETO, 2010, p. 130)

Entre circular, ler, escrever, sair ao pátio, dormir, acordar, lavar-se, comer, o escritor mantém seu pensamento reflexivo a respeito da sua condição de louco. Mergulhado em sua condição existencial, no drama do seu diagnóstico e na realidade decadente do internamento contra a sua vontade, o escritor reflete sobre a origem de toda a fatídica trajetória que o leva ao hospício e constitui seu drama pessoal. Para Lima Barreto, o fantasma da loucura confere-lhe o grau máximo de marginalização social, já que, para além das diferenças raciais, sociais, econômicas e culturais, a loucura atinge o homem em cheio, marcando-o imediatamente e para sempre com o estigma de louco. Lima Barreto questiona a definição imprecisa da loucura pelo viés da psiquiatria e indica a dificuldade de conceituar o fenômeno, pelo seu caráter ambíguo, impreciso, multifacetado:

Que dizer da loucura? Mergulhado no meio de quase duas dezenas de loucos, não se tem abso-

lutamente uma impressão geral dela. Há, como em todas as manifestações da natureza, indivíduos, casos individuais, mas não há ou não se percebe entre eles uma relação de parentesco muito forte. Não há espécies, não há raças de loucos; há loucos só. [...] Há uma nomenclatura, uma terminologia, segundo este, segundo aquele; há descrições pacientes de tais casos, revelando pacientes observações, mas uma explicação da loucura não há. (BARRETO, 2010, p. 67)

Todas essas explicações da origem da loucura me parecem absolutamente pueris. Todo o problema de origem é sempre insolúvel; mas não queria já que determinassem a origem, ou explicação; mas que tratassem e curassem as mais simples formas. Até hoje, tudo tem sido em vão, tudo tem sido experimentado; e os doutores mundanos ainda gritam nas salas [...] que a ciência tudo pode. [...] Por que a riqueza, base da nossa atividade, coisa que, desde menino, nos dizem ser o objeto da vida, da nossa atividade na terra, não é também a causa da loucura? Por que as posições, os títulos, coisas também que o ensino quase tem por mérito obter, não é causa da loucura? (BARRETO, 2010, p. 68)

Em fins do século XIX e início do século XX, período histórico ditado pela verdade científica, Machado de Assis e Lima Barreto apreendem, cada um à sua maneira, o processo de constituição da psiquiatria, trazendo à tona seus pontos mais frágeis e seus dispositivos de poder, antecipando todas as críticas ao paradigma psiquiátrico que anos mais tarde serão aprofundadas por autores como Michel Foucault, Erving Goffman, Ronald Laing, David Cooper, Franco Basaglia, entre outros.

Ao contrário do alienista de Machado de Assis, que distribui diagnósticos a partir de grupos de sintomas e designa classificações ditas científicas, Lima, ao conviver com pacientes na condição de semelhantes, seja quanto a classificações, privações ou tratamentos, enxerga apenas os singulares sujeitos por trás dos rótulos psiquiátricos. Lima Barreto crê que seja impossível generalizar sobre o tema, e julga precárias as denominações psiquiátricas. Para ele, apesar do esforço da medicina nas especificações, nunca houve exatamente uma explicação da loucura. Por

Figura 107. Um quarto de pensionista, Hospício Pedro II.

Fonte: Op. Cit., p. 757

Figura 108. Pavilhão dos desaceitados, Hospício Pedro II.

Fonte: Op. Cit., p. 758.

Figura 109. Pátio da seção Pinel, Hospício Pedro II.

Fonte: Op. Cit., p. 757



fim, a ciência não podia tudo. Machado de Assis, mesmo a partir de um outro posicionamento, longe dos espaços manicomiais, não apenas questiona a concepção racionalista e positivista de ciência, mas também interroga o poder de todo e qualquer saber que se pretenda como rigorosamente objetivo e com pretensões universais. Afinal de contas, por que um saber tão frágil e inconsistente acumula tanto poder?

A lógica dos primeiros manicômios instituídos no Brasil à moda francesa é de um caráter definitivamente excludente que se propunha científico. O Hospital Nacional dos

Figura 110. Refeitório, Hospício Pedro II.

Figura 111. Pátio interno, Hospício Pedro II.

Fonte: Acervo Instituto Philippe Pinel (IPP). Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostrar/Index.htm>

Alienados é uma das instâncias de exclusão institucionalizada. A beleza e imponência da arquitetura neoclássica, seu posicionamento junto a uma belíssima praia, os pátios internos e escadarias, o modelo organizacional francês parecem não condizer com o uso que lhe é atribuído e a sua realidade de cárcere de loucos, palácio dos alienistas. A sensibilidade dos autores para com o tema do manicômio e a crítica ao alienismo demonstra como estavam indiscutivelmente à frente do seu tempo. O Hospital Nacional dos Alienados foi representado na obra de Machado de Assis como a Casa Verde e vivido intimamente por Lima Barreto como um cemitério dos vivos.

As imagens que acompanham as narrativas aqui apresentadas (*figuras 92 a 96*) são fotografias dos interiores do Hospital Nacional de Alienados (Capítulo 1), alguns anos antes da internação de Lima Barreto. É possível notar, não sem estranhamento, que as imagens apresentadas exibem cenas de forma elaborada, com uma representação harmônica do ambiente, dos pacientes, dos médicos e dos equipamentos. O lugar dos in-



sanos, dos epiléticos, dos loucos perigosos, dos imundos, das loucas, das histéricas, dos dementes, dos desasseiados, dos idiotas e dos imbecis, conforme se denominava na época, no entanto não é o mesmo lugar retratado nas fotografias. (FACCHINETTI, 2010)

Tal contradição se explica pelos acontecimentos anteriores a 1903, quando houve uma série de denúncias quanto à superlotação e maus-tratos. Relatórios técnicos da época evidenciam o hospício como “casa para detenção de loucos, onde não há tratamento conveniente, nem disciplina, nem fiscalização” (RELATÓRIO TÉCNICO, 1903 apud FACCHINETTI, 2010). A partir do início da gestão de Juliano Moreira, em 1903, novas medidas são tomadas para contornar a situação que as denúncias revelavam. Deu-se início a uma grande reforma estrutural para tratamento dos asilados no hospício. O relatório final dessa reforma foi apresentada, e entre os documentos estavam cinquenta fotografias (algumas delas aqui apresentadas) como registro incontestável das modificações realizadas. As imagens refletem não apenas as modernizações do espaço asilar, mas igualmente pacientes em atividades terapêuticas ou a circular pelo asilo. Uma resposta contundente salvadora da reputação do hospício, para quem quisesse crer que fosse realmente a verdade. (FACCHINETTI, 2010)

Nas fotografias, os pacientes aparecem sempre de forma organizada, sensata e participativa. Em algumas das imagens, o hospício poderia até ser confundido com uma casa de repouso, com lazer e exercícios. Os motivos pelo quais as pessoas das fotografias ali foram internadas e seus diagnósticos não estão representados nas imagens, por sua vez, está retratado um espaço físico edificado e reformado, funcionando de maneira artificial e idealizada, retratando toda a sua assepsia e ordenamento. Esse lugar das imagens é o lugar ideal da ciência psiquiátrica, e não o real repositório de doentes que as constantes denúncias mencionavam. (FACCHINETTI,



## AS INSTITUIÇÕES TOTAIS E A MORTIFICAÇÃO DO SUJEITO

2010)

O *Saint Elizabeths Hospital*, edifício apresentado no Capítulo 1 como um ícone da arquitetura manicomial da América do Norte no século XIX, entre os anos de 1954 a 1957 foi peça fundamental de uma pesquisa, que veio a converter-se em uma obra chave para as reformas psiquiátricas em todo o mundo. A obra *Manicômios, Prisões e Conventos*<sup>61</sup>, de Erving Goffman<sup>62</sup>, é o resultado de uma pesquisa de três anos (1954-57) de estudos de comportamentos em enfermarias dos Institutos Nacionais do Centro Clínico de Saúde, dos quais, um ano foi dedicado a um trabalho de campo no *Saint Elizabeths Hospital*, em Washington DC. O objetivo da pesquisa de Goffman foi conhecer e perceber o mundo subjetivo dos internados em instituições totais. Para tanto foi necessário um olhar mais próximo que exigia estar entre os internos, vivenciar e perceber a partir do lado de dentro dos muros, tornando-se parte da realidade vivida no interior do espaço da instituição. É através dessa obra que adentramos o espaço vivido do *Saint Elizabeths Hospital* e, através da experiência de Goffman, podemos capturar alguns dos fluxos que já percorreram este lugar da loucura, entender a dinâmica das pessoas que ali habitavam e as relações que se estabeleciam entre elas, que o espaço matemático, em suas dimensões limitadas e parciais, não nos permite ver.

\*\*\*

Manicômios, prisões e conventos são exemplos do que Erving Goffman (2010) chamou de Instituições Totais. Segundo ele, essas instituições constituem-se de locais de residência ou trabalho, onde um grande número de indivíduos vivem enclausurados, sob uma administração formal. O caráter de clausura de uma instituição total é simbolizado por uma barreira com relação ao mundo externo e explicitado por barreiras físicas

e arquitetônicas como altos muros, paredes, portões e cadeados. O caráter fechado dessas instituições não permite qualquer contato entre o internado e o mundo exterior, pois seu objetivo é excluí-lo completamente do mundo social de origem, de modo que o internado assimile totalmente as regras internas, evitando associações prejudiciais ao seu processo de “aprendizagem”. As instituições totais destinam-se a atender pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas ou que representem alguma ameaça à comunidade. Todas as atividades cotidianas dos indivíduos que ali se encontram - dormir, recrear, circular e trabalhar - são realizadas no mesmo local, de forma conjunta, sob um regime de atividades e horários predefinidos e regidos por um sistema de regras formais, aplicadas por um grupo de funcionários que representam a autoridade vigilante. Esta estrutura se organiza dentro de um plano racional único que busca atender os objetivos oficiais da instituição.

A experiência de Goffman no Hospital Saint Elizabeths resulta em uma análise inserida em um prisma dividido entre dois mundos antagônicos. Segundo o autor, há uma divisão básica entre um grande grupo controlado (internados) e uma pequena equipe de supervisão. Desenvolvem-se, então, duas categorias de grupo que diferem entre si tanto social quanto culturalmente. Segundo Goffman, internados e equipe dirigente, embora estejam oficialmente em contato, estão separados pela distância que existe entre seus papéis. (GOFFMAN, 2010)

O autor explica que a instituição total, embora possa ter fins como moradia e trabalho, atua nos indivíduos sob condições diferentes daquelas de moradia e trabalho que a sociedade incorpora, funcionando como um mundo à parte, de regras próprias e independentes do mundo além dos muros. Mesmo que haja trabalho e incentivo para este, ele se desenvolve num conjunto de significâncias diferentes daquelas do mundo externo. A

61. Título original: *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*.

62. Sociólogo canadense, nascido em 1922 e falecido em 1982, efetuou pesquisas na linha da sociologia interpretativa e cultural, iniciada por Max Weber. A ideia que mais identifica a sua obra é de que o mundo é um teatro e cada um de nós, individualmente ou em grupo, teatraliza ou é ator consoante às circunstâncias em que nos encontramos, marcados por rituais, posições distintas relativamente a outros indivíduos ou grupos. Goffman considera a interação como um processo fundamental de identificação e de diferenciação dos indivíduos e grupos.



estrutura básica de pagamentos, por exemplo, é substituída por um sistema de recompensas e prêmios, e o trabalho é imposto sob ameaça de castigos e punições. O autor compara que, enquanto no mundo exterior o indivíduo busca alcançar a dignidade pelo trabalho, no mundo fechado da instituição o indivíduo está sujeito à desmoralização pelo mesmo. O autor salienta também que, por mais que a vida se desenvolva em grupo, a convivência entre os indivíduos muito longe está de corresponder a uma família.

A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal. [...] Em nossa sociedade, são estufas para mudar pessoas; cada um é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao 'eu'. (GOFFMAN, 2010, p. 22)

A chegada ao mundo da internação caracteriza-se inicialmente por um rompimento físico do indivíduo com família e sociedade: é o ingresso do mundo do internado. Segundo Goffman, este afastamento do ambiente civil impossibilita ao indivíduo o contato com uma série de experiências que confirmam a ele uma concepção de si próprio. As instituições totais padronizam um processo que o autor chama de mortificação do sujeito, a qual é responsável pela perda de identidade, da visão que o internado tem de si e das outras pessoas à sua volta. “A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do ‘eu’.” (GOFFMAN, 2010, p. 24). As justificações para a mortificação do “eu”, são segundo Goffman,

[...] simples racionalizações, criadas por esforços para controlar a vida diária de grande número de pessoas em espaço restrito e com pouco gasto de recursos. Além disso, as mutilações do eu ocorrem (...) mesmo quando o internado está cooperando e a direção tem interesses ideais pelo seu bem-estar. (GOFFMAN, 2010, p. 24)

Há, segundo Goffman, um despojamen-

to de papéis, assegurado pela ruptura inicial profunda com a vida do sujeito no mundo exterior. O enclausuramento leva à total perda de contato: esta seria sua morte civil.

Os processos de admissão talvez pudessem ser denominados “arrumação” ou “programação”, pois, ao ser “enquadrado” o novato admite ser conformado e codificado num objeto que pode ser colocado na máquina administrativa do estabelecimento modelado suavemente pelas operações de rotina. (GOFFMAN, 2010, p. 26)

No instante da admissão de um novo internado, lhe é imposta a condição de cooperação e obediência, e a partir daí sucede-se uma sequência de perdas muito íntimas: nome, bens materiais, roupas, muitas vezes os cabelos, enfim, todo um conjunto de identidade que o internado ainda possuía, ao qual atribuía sua imagem ao se apresentar perante os outros. O autor chama esse processo de deformação pessoal, quando ocorre uma desfiguração do “eu”. Uma vez privado de seus bens e de sua própria aparência, a instituição providencia ao recém-internado algumas substituições padronizadas, distribuídas uniformemente entre todos os que ali se encontram. Segundo Goffman, a vida do recém-internado tem uma rotina de humilhações frequentes que se referem a uma exposição total de si mesmo quanto à sua história e quanto ao seu presente, além de exposições à nudez, violência, e às relações sociais impostas dentro do novo ambiente. Para o autor, a dignidade se perde completamente quando o indivíduo torna-se parte do fluxo do programa de atividades, às quais ele é obrigado a obedecer. Numa instituição total, os menores segmentos de atividades de uma pessoa estão sujeitos a regulamentos e julgamentos e a vida é constantemente penetrada e colocada à mercê de sansões. Este controle social torna impossível ao internado desenvolver qualquer autonomia, pois ele perde o poder de decisão pessoal e, logo, sua liberdade de ação.

As instituições exploram um sistema de privilégios em troca de obediência, que, segundo o autor, possibilitam a construção de um mundo em torno de atividades secundárias que nada têm a ver com qualquer tratamento. Para o não cumprimento desse sistema existem consequências que se estabelecem dentro de um outro sistema, o de castigos. Neste se enquadram aumento de pena, violência física, humilhação. Ambos os sistemas se ligam a um sistema de trabalho interno que serve simplesmente para a manutenção da instituição. Sistema este no qual a moeda é muitas vezes o próprio espaço. Castigo ou privilégios podem ser efetuados através de posicionamento e localização. Melhores lugares são destinados aos obedientes, enquanto que os piores lugares se destinam a quem não se adapta às regras. Portanto, na instituição total, o lugar adquire valor de moeda e se torna um elemento fundamental no jogo próprio do internamento.

Por mais duras que sejam as condições de vida no interior das instituições totais, o autor considera que a mais penosa sensação para o internado é angústia do tempo. Tempo que lhe foi tirado, roubado. O sentimento de tempo morto por toda a vida que se deixou além dos muros, de todo o contato social, pode ser a maior pena e a maior tortura para o condenado a viver, ou a não viver, numa instituição total: exílio da vida. Todavia, a angústia do tempo não acaba prestes à alta do paciente da instituição. Segundo Goffman existe também uma angústia da liberação. Uma vez internado, o indivíduo adquire um baixo *status* social de doente mental que lhe imprime uma condição permanente. Sua saída da instituição poderia significar o fim do pesadelo, da trajetória de alienação e violência, mas, ao deparar-se com o mundo além dos muros, o indivíduo arrasta consigo sua história através do estigma de doente mental. Depois de ter se adaptado ao mundo do enclausuramento, a desaculturação é um fator importante na trajetória do internado,

que culmina com a impossibilidade de acompanhar ou adquirir os hábitos exigidos na sociedade mais ampla: “[...] pode-se descobrir que a liberação significa passar do topo de um pequeno mundo para o ponto mais baixo de mundo grande.” (GOFFMAN, 2010, p. 68)

Além do mundo do internado, Goffman explica como funciona o mundo da equipe dirigente de uma instituição total, cujo contexto básico, segundo ele, é a contradição entre o que a instituição diz e o que realmente faz.

[...] muitas instituições totais parecem funcionar como depósitos de internados, mas [...] usualmente se apresentam [...] como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas. [...] um frequente objetivo oficial é a reforma dos internados na direção de algum padrão ideal. (GOFFMAN, 2010, p. 69)

O mundo de trabalho da equipe dirigente se refere apenas a pessoas, os internados. Elas se tornam o seu objeto de trabalho, e, como material de trabalho, as pessoas podem adquirir características de objeto, especialmente nas instituições totais, onde o acompanhamento dado a elas é tratado dentro de um sistema burocrático de atividades, expresso, por exemplo, nas rígidas notas de registros. No fim de cada dia de trabalho, elas são livres para sair da instituição e ter seu *status* social e relações no mundo externo.

Apesar de essa equipe ter obrigações para a manutenção de alguns padrões humanitários de tratamento dos pacientes, bem como na relação com seus familiares, há uma responsabilidade maior com a manutenção da eficiência da instituição. Essa responsabilidade de defesa e controle se coloca acima das obrigações para com as pessoas internadas. Segundo Goffman, a equipe está livre para dar interpretações próprias dentro da lógica manicomial, o que torna possível justificar cada ato dentro dos limites deste mundo à

parte. E, assim, longe dos padrões do mundo exterior, se tornam aceitáveis e justificáveis atos desumanos, violentos e autoritários com fins de controle e defesa da instituição.

[...] quando as justificativas racionais da sociedade mais ampla não podem ser invocadas, o campo se torna perigosamente aberto para todos os tipos de voos e excessos de interpretação e conseqüentemente, a novos tipos de tirania. (GOFFMAN, 2010, p. 83)

A instituição estimula a suposição de que dirigentes e internados são tipos humanos profundamente diferentes, exercendo papéis muito distantes um do outro. Essas diferenças, de qualidade social e caráter moral, são assumidas por todos os atores desse teatro manicomial, e cada grupo tende a perceber o outro como diferente, dentro de uma hierarquia de poder e submissão garantida pela instituição. O autor ainda menciona o necessário distanciamento afetivo por parte do grupo dirigente, cuja lógica é de que, independente do que se possa sentir, o importante é não demonstrar. Para exercer este trabalho é necessário muita frieza e portas afetivas fechadas, devido à grande dificuldade do trabalho. Isso torna sua atividade cada vez mais burocrática e eficiente para a instituição, como se ela fosse uma máquina.

Goffman aborda questões fundamentalmente espaciais em sua obra. Segundo ele, há o espaço de vigilância, área destinada ao paciente onde este se encontra sujeito à autoridade e às restrições. O hospital psiquiátrico é entendido, a partir desses locais, como uma organização formal instrumental com limites físicos, barreiras, que são configurados principalmente pelas paredes, ou por organizações muradas para a completa submissão dos indivíduos nas atividades da organização. Toda organização inclui disciplina de atividades, de rotinas e de comportamentos. Porém, segundo Goffman, existem também os espaços fora do alcance da vigilância, que se constituem de qualquer espaço

localizado fora do campo de observação da equipe. Estes são os espaços não regularizados, meios temporários em que se evita a vigilância, espaços físicos limitados designados por “locais livres”. Goffman os apresenta como a face oculta das relações entre internos e dirigentes. A casa de guarda, a cantina e o refeitório são exemplos destes chamados “locais livres”, ambientes empregados para as atividades proibidas, preenchidos por um relaxamento, em uma conquista de tempo livre do controle rígido. É nesse espaço que surgem marcações territoriais ou territórios de grupos entre os próprios internos. Isso ocorre, segundo Goffman, quando um grupo de pacientes atribui a um local livre um direito de manter afastados dali todos os demais pacientes. Há, também, em meio a todos esses territórios que se estabelecem dentro de uma instituição total, os territórios pessoais, que se estendem numa aproximação entre o lar e o refúgio. O quarto de dormir é o tipo básico de território pessoal. O cobertor é um espaço mínimo que se transforma em território pessoal. Um território pessoal pode ser criado dentro de um local livre ou de um território de grupo e pode funcionar também como esconderijo, de si mesmo e de objetos.

\* \* \*

Segundo Goffman, ao ser considerado louco, cada sujeito ingressa numa certa carreira singular: a carreira moral do doente mental. Para o autor carreira seria sinônimo de um posicionamento oficial, um estilo de vida que acarretaria em uma evolução (ou involução) de autoimagem e segurança do indivíduo. Como aspectos morais dessa carreira teríamos a sequência regular de mudanças que a carreira provoca no eu da pessoa e em seu esquema de imagens para julgar a si mesma e aos outros. Goffman explica que a categoria de doente mental é um estigma, pois, a partir do momento em que se está classificado nela, todo o destino social se

altera para sempre. O indivíduo que passa pelo processo de hospitalização é apanhado pela “pesada máquina de serviços de hospitais para doentes mentais” (GOFFMAN, 2010, p. 112). Uma vez iniciado nesse caminho, o *status* uniforme de paciente mental assegura um destino comum a um conjunto de pessoas, que se tornam cada vez mais distantes e não pertencentes ao mundo exterior. Independentemente do diagnóstico do internado, o fato de estar preso a um manicômio é que o define como louco.

[...] a loucura ou o ‘comportamento doentio’ atribuído ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribuiu isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto de doença mental. (GOFFMAN, 2010, p. 113)

Segundo Goffman há uma primeira fase nessa carreira, que ele chama de fase pré-paciente, ou seja, anterior à admissão no hospital. Muitas vezes há uma procura voluntária, quando o próprio indivíduo percebe a si mesmo como louco. Goffman afirma que a angústia resultante dessa percepção poderia ser comum a qualquer pessoa socializada em nossa cultura. A percepção da loucura “se baseia em estereótipos culturalmente derivados, e socialmente impostos, quanto à significação de alguns sintomas” (GOFFMAN, 2010, p. 115). Há, como vimos no Capítulo 1, uma evolução do conceito de loucura no decorrer da história da humanidade, onde cada período formula sua própria definição do que é ou não loucura. Goffman afirma que perceber-se louco, na maioria das vezes, significa estar passando por perturbações emocionais temporárias em situação de tensão, e que lançar-se ao tratamento em um hospital psiquiátrico implica em levar esse estado a nível de permanência, o estigma. Por outro lado, e representando a grande maioria dos casos, existe a internação involuntária. Segundo Goffman ela ocorre através de membros da família, ou da vigilância policial ou até

mesmo por terceiros. Assim, os aspectos morais dessa carreira iniciam sempre com uma primeira experiência de abandono, deslealdade, amargura, traição, de ser enganado. Esse é o início social da carreira do paciente, quando sofre uma passagem do *status* civil para o de internado. Para Goffman é uma carreira construída e imposta. Os exemplos dados pelo autor se assemelham muito ao filme brasileiro *Bicho de sete cabeças*<sup>63</sup>, que mostra a trajetória do personagem Neto em hospitais psiquiátricos e a realidade de violência e descaso no suposto tratamento dado aos considerados loucos.

A fase de internamento caracteriza-se pela compreensão do indivíduo – justificada ou não – de que ele foi abandonado pela sociedade e que conseqüentemente perdeu todas as relações com quem estava próximo a ele. Após uma possível fase de rejeição, ausência e anonimato, há uma fase de aceitação, quando o paciente começa a socializar com os demais internados nas atividades cotidianas do internato. Tendo uma vez aceitado sua nova condição, as linhas básicas do seu destino seguem as linhas da instituição, onde passa um longo período da sua vida (se não toda ela) submetido a uma disciplina rotineira na companhia de um grupo de pessoas com o mesmo *status* institucional. O novo internado se percebe sem direitos e defesas, satisfações e afirmações, além de estar envolto em um conjunto de experiências de mortificações – restrições ao movimento livre, vida comunitária, submissão total a uma autoridade dirigente, experiências morais humilhantes. A partir disso o paciente aprende a orientar-se no sistema do qual agora faz parte, para conseguir levar uma vida dentro dele.

Se desobedecer às normas onipresentes da instituição, o internado recebe castigos severos que se traduzem pela perda de privilégios; pela obediência, será finalmente autorizado a readquirir algumas satisfações secundárias que, fora aceitava sem discussão.”(GOFFMAN, 2010, p. 127)

63. *Bicho de sete cabeças*, dirigido por Laís Bodanzky e com roteiro de Luiz Bolognesi baseado no Canto dos Malditos, livro autobiográfico de Austregésilo Carrano Bueno.

No hospital psiquiátrico, o ambiente e as regras da casa recordam ao paciente que ele é, afinal de contas, um caso de doença mental, que sofreu algum tipo de colapso social do mundo externo, tendo fracassado de alguma forma global. Ali o indivíduo recebe um atestado de mente doentia, que atinge direto no seu orgulho. Ainda assim, para poder conviver neste ambiente, o indivíduo precisa necessariamente compreender – ou fingir compreender – a interpretação que o hospital tem dele, para finalmente adquirir a intenção de “endireitar-se”, e assim ser compensado dentro desse jogo manicomial. A carreira moral de uma pessoa de determinada categoria social inclui uma sequência padronizada de mudanças em sua maneira de conceber os seus “eus” (os seus, os da instituição e os da sociedade). Essas linhas de desenvolvimento podem ser acompanhadas pelo estudo de suas experiências morais – acontecimentos que marcam um momento decisivo na maneira pela qual a pessoa vê o mundo, posições que assume diante dos outros. O “eu” pode ser visto como algo que se insere nas disposições que um sistema social estabelece para seus participantes.

Cada carreira moral, e, atrás desta, cada eu, se desenvolvem dentro dos limites de um sistema institucional [...]. Neste sentido o eu não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam. (GOFFMAN, 2010, p. 142)

Goffman conclui que a hospitalização psiquiátrica não se ajusta ao modelo de serviço médico, e que a figura do psiquiatra tem, no manicômio, um papel constantemente discutível pela abordagem menos científica do que baseado na moral e no comportamento. A equipe dirigente precisa traduzir a vida de pessoas em expressões de observação, diagnóstico e tratamento, e justamente essa tradução é que acaba por deformar a realidade de muitas vidas capturadas para um mundo

amargo, áspero e pobre. Goffman não pretendeu sugerir que exista uma forma mais adequada para tratar os loucos em nossa sociedade, pois é ela, a própria sociedade, a verdadeira clientela de instituições como o manicômio.

Em nossa sociedade, não há hospitais psiquiátricos só porque supervisores, psiquiatras e auxiliares desejam empregos; encontramos hospitais psiquiátricos, porque existe um mercado para eles. Se hoje em determinada região, fossem eliminados todos os hospitais psiquiátricos, amanhã os parentes, a polícia e os juízes pediriam a criação de outros hospitais; os verdadeiros clientes do hospital psiquiátrico exigiriam uma instituição para atender às suas necessidades. (GOFFMAN, 2010, p. 311)

Os doentes mentais podem ser esmagados pelo peso de um ideal de serviço que torna a vida mais fácil para todos nós. (GOFFMAN, 2010, p. 312)

Da mesma maneira que, para construir a sua obra, Goffman precisou realizar um movimento na direção do interior da instituição total manicomial, em sua conclusão, o autor faz um novo movimento, só que na direção contrária, quando leva para fora do manicômio um questionamento, que reflete como um espelho, direcionado à sociedade em que vivemos e da qual fazemos parte. Portanto, seguindo esse questionamento, as estruturas físicas que dão o caráter de fechamento total, que encerram as pessoas constituindo um mundo à parte, não são em si manicomiais. A arquitetura - suas estruturas físicas, seus elementos construtivos, sua forma, seus modelos – não poderia ser considerada, em si, como um adjetivo daquilo que ela encerra. Não existe uma arquitetura manicomial, pois, sem a experiência e as práticas que nela se efetuam, arquitetura é apenas pedra, matéria inerte. Manicômio não é a arquitetura, mas uma sociedade que demanda espaço para o isolamento daquilo que considera indesejável, daquilo que não quer ver.

Contribuindo com o pensamento de Goffman, e introduzindo a problemática espaço-sociedade, Bernard Tschumi (1998) afirma



que as análises históricas geralmente sustentam a visão de que o papel do arquiteto é projetar no solo as imagens de instituições sociais, traduzindo a estrutura econômica e política da sociedade em obra, construções. Portanto, arquitetura seria, acima de tudo, a adaptação do espaço às estruturas socioeconômicas existentes. A arquitetura serviria aos poderes instituídos, e seu programa refletiria as visões predominantes no quadro político existente. Tschumi questiona como arquitetos poderiam evitar ver a arquitetura e planejamento urbano como produtos fiéis da sociedade dominante, vendo o seu ofício, ao contrário, como um catalisador de mudanças. O autor questiona se os arquitetos poderiam inverter a questão, para que, ao invés de servir a uma sociedade conservadora que age em nossas cidades, a própria cidade e sua arquitetura agissem na sociedade.

Tschumi conclui de seu questionamento que um espaço arquitetônico por si só (o espaço antes do seu uso) é politicamente neutro: um espaço assimétrico, por exemplo, não seria mais nem menos revolucionário ou reacionário do que um espaço simétrico. É aqui que Tschumi se aproxima de Goffman, quando afirma que não existe algo como uma arquitetura socialista ou uma arquitetura fascista, e aqui podemos estender essa compreensão afirmando que, da mesma forma não há uma arquitetura manicomial ou antimanicomial. O que existe, segundo o autor, são arquiteturas em sociedades socialistas ou fascistas, manicomiais ou antimanicomiais. Nesses casos não é apenas a forma da arquitetura que conta, mas o uso e significado que lhes são atribuídos.

Tschumi afirma que nenhuma tática ambiental e construtiva leva diretamente a uma nova estrutura social.

Arquitetura e seus espaços não mudam a sociedade, mas através da arquitetura e da compreensão dos seus efeitos, podemos acelerar processos de mudança em curso.<sup>64</sup> (TSCHUMI, 1998, p.15, tradução nossa)

[...] arquitetura trata de duas condições mutuamente exclusivas – espaço e seu uso ou, num sentido mais teórico, o conceito de espaço e a experiência do espaço. A ação recíproca entre espaço e atividade me parece uma possível via para ultrapassar alguns obstáculos que acompanham muitas angústias acerca do papel político e social da arquitetura.<sup>65</sup> (TSCHUMI, 1998, p.16, tradução nossa)

O autor afirma que, de fato, qualquer discussão política pelos críticos e historiadores sobre a produção da arquitetura foca geralmente na forma ou em aspectos físicos de obras e cidades, raramente se levanta a questão dos acontecimentos que se realizaram nelas. Tschumi questiona se, assim como o uso rebelde do quadro físico urbano levou a vários tipos de agitações urbanas, o uso ou o mau uso do espaço arquitetônico poderia levar a uma nova arquitetura. Da mesma forma, Josep Maria Montaner e Zaida Muxí, no livro *Arquitectura y Política* (2012), questionam se as estruturas espaciais as quais já serviram socialmente como arquiteturas símbolos da exclusão, da repressão, arquiteturas de poderes fascistas, etc., podem, abandonados seus usos originais, serem transformadas em algo novo, com novo significado. Considerando a arquitetura como a expressão dos comportamentos de cada sociedade humana e como a portadora das pautas das autoridades para ordenar e proibir, Montaner e Muxí, contribuindo com o pensamento de Michel Foucault, trazem a ideia de que o grande papel histórico da arquitetura é servir como um instrumento de poder, seja para expressá-lo ou para exercê-lo.

Para o correto exercício da arquitetura, esta consciência do poder do espaço como elemento de domínio e controle deve servir para repensar os significados e as relações que se propõem sem que se renuncie como técnicos a pensar espaços onde possam dar-se os conflitos e onde sejam possíveis outras relações.<sup>66</sup> (MONTANER; MUXI, 2012, p. 32, tradução nossa)

64. Architecture and its spaces do not change society, but through architecture and the understanding of its effect, we can accelerate processes of change under way. (TSCHUMI, 1998, p. 15)

65. [...] architecture was about two mutually exclusive terms – space and its use or, in a more theoretical sense, the concept of space and the experience of space. The interplay between space and activities appeared to me as a possible route to by-pass some of the obstacles that accompanied many anxieties about the social and political role of architecture. (TSCHUMI, 1998, p. 16)

Se o sentido do espaço não está na abstra-

66. Para el correcto ejercicio de la arquitectura, esta conciencia del poder del espacio como elemento de dominio y control debe servir para replantear los significados y las relaciones que se proponen sin por ello renunciar como técnicos a pensar espacios donde puedan darse los conflictos y sean posibles otras relaciones. (MONTANER; MUXÍ, 2012, p. 32)

ção do espaço matemático, nem no interior da arquitetura, e, sim, encontra-se além de sua superfície e de sua dimensão física, no interior de quem o vivencia, se é através da experiência dos espaços e das diversas soluções arquitetônicas que uma sociedade se torna protagonista na transformação do sentido do próprio espaço, só pode haver uma mudança no sentido do espaço se houver uma mudança nas formas de existir de uma determinada sociedade.

Assim, como veremos no próximo capítulo, uma transformação na forma de conceber a loucura vai surgir a partir da metade do século XX, nas esferas sociais, políticas e culturais. Essa transformação vai trilhar um caminho na direção de uma ruptura com os modelos manicomial de assistência ao sujeito louco. Problematizando o conceito de loucura, esse movimento vai problematizar também o espaço no qual a loucura se insere, e a partir disso surgirão novas possibilidades para os lugares da loucura, sejam eles físicos ou existenciais. Para compreender essa transformação radical, esse movimento de ruptura como o modelo manicomial, se faz oportuno um percurso pelos caminhos do movimento que culminou com a Reforma Psiquiátrica.

NOVOS PARADIGMAS DA  
**LOUCURA** NO SÉCULO **XX**

3



No decorrer de toda a Modernidade, o lugar da loucura e dos loucos foi, por excelência, o da exclusão. Os loucos, considerados incapazes, desarrazoados, imorais, indisciplinados, a partir da fundação do Hospital Geral, em 1656, foram mantidos fora do convívio social, além dos muros dos manicômios. No entanto, entre os séculos XIX e XX, as formas de classificação e tratamento do louco foram alvo de severas críticas por parte de médicos, psiquiatras, filósofos, historiadores, sociólogos, entre outros pensadores. (OLIVEIRA, 2011)

Na primeira metade do século XX, palco das duas grandes guerras mundiais, repercutiram as atrocidades das experiências nazistas, dos campos de concentração e de extermínio, da bomba atômica, entre todas as outras barbáries ocorridas nestas circunstâncias que motivaram a violência, a segregação, o sofrimento, práticas cruéis e desumanas. Tais fatos, expostos ao mundo, promoveram um intenso questionamento da visão romântica do homem, erigida com base no Iluminismo, bem como puseram em crise o ideal de sujeito de razão, provocando uma intensa ruptura nos ideais que sustentavam as relações humanas do século anterior. Em meados do século XX, a sociedade Moderna passa por um processo de mudança sem precedentes no pensamento dos mais diversos campos de conhecimento: na filosofia, na ciência, nas artes e no campo social. Após a segunda Guerra Mundial o mundo se encontra descrente dos ideais modernos, da valorização da máquina, do progresso e do homem ideal.

A política mundial, nesse contexto, passou por grandes transformações e mudanças. Os estados-nações passaram a reivindicar autonomia, voltando-se para as questões nacionais e a democracia. Na economia, o mercado surge como um campo cada vez mais complexo, onde reformulam-se suas práticas e criam-se novas necessidades de consumo. No contexto cultural, os intelectuais, ao questionar o sistema, reivindicaram direitos

e autonomia, contestaram valores e normas implementados pela sociedade do controle<sup>67</sup>. (OLIVEIRA, 2011)

A partir do pós-guerra, surgem no mundo todo, e em diversas esferas do saber, tentativas de reconstrução da ordem social, política e econômica, visando redimensionar a cultura e o passado fragilizado pelo trauma da guerra. Se fazia necessária, por exemplo, a emergente criação de novas práticas de intervenção que, de algum modo, pudessem acolher os veteranos de guerra, que demandavam uma atenção especial. É neste instante histórico que se testemunha o surgimento do Aconselhamento Psicológico, quando foi exigida da psiquiatria uma rápida adaptação para lidar com as situações emergenciais que se apresentavam quando um grande número de soldados retornava da guerra em situação de choque, pressionados, confusos e com sequelas de diversas ordens, impondo-lhe a invenção de novos instrumentos e modalidades terapêuticas. Houve uma série de experiências, no Reino Unido e nos Estados Unidos, de assistência psiquiátrica a soldados internados durante a guerra, quando houve uma tentativa de distribuir o conjunto de internos em pequenos grupos de discussão e atividades, retirando-os da inércia. Essa experiência revelou a potencialidade terapêutica da convivência em grupo e das atividades laborais. (PALOMBINI, 2007)

O período pós-guerra, na Europa, foi marcado por um processo de crítica à estrutura asilar, quando passou-se a afirmar o combate ao modelo manicomial. Cerca de duzentos anos depois de Pinel e da consolidação da psiquiatria, é que surgem os grandes questionamentos, em todo o mundo, acerca do objetivo desta dita ciência, seu saber e seu poder. A deprimente condição dos hospitais psiquiátricos e o estado de degradação e abandono de seus internos passou a chamar a atenção da sociedade, chegando-se a estabelecer uma comparação entre estas instituições e os campos de concentração

67. Sobre a conceituação de sociedade do controle, será abordada a teoria de Gilles Deleuze no Capítulo 5.



nazistas, imagens que a Europa e o mundo já não mais tolerava. O asilo psiquiátrico se encontrava numa situação de extrema precariedade e de não cumprimento da função de recuperar os doentes mentais, ao contrário, era responsável por agravar a doença. (AMARANTE, 1995)

Tal quadro se abre para uma série de propostas de reformulação deste espaço que mais adiante vai se consolidar nos processos de reformas psiquiátricas que ocorreram em diversas partes do mundo. No princípio, os movimentos diziam respeito à busca pela humanização dos asilos. Partia-se de uma crítica à estrutura asilar, vista como responsável pelos altos índices de cronificação e de que, por ser o manicômio uma instituição de cura, deveria ser urgentemente reformado, uma vez que havia se afastado de sua finalidade. As diversas experiências que contribuíram para essa revisão do modelo manicomial serão mencionadas para uma rápida compreensão do panorama de crítica à estrutura asilar.

## O PÓS-GUERRA E AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

No início da década de 50, surgiu na Inglaterra, com o psiquiatra sul-africano radicado no Reino Unido Maxwel Jones, o movimento das Comunidades Terapêuticas. Jones desenvolveu um trabalho no qual propunha a superação do hospital psiquiátrico, fazendo uso tanto de psicoterapia individual como de grupo, envolvendo os internos nas atividades propostas e reduzindo o uso de medicação (PALOMBINI, 2007). Esse tipo de intervenção tinha sua lógica baseada na democracia das relações, participação e papel terapêutico de todos os membros da comunidade, com ênfase na comunicação e no trabalho, como instrumentos essenciais no processo de recuperação dos internos. Possuía por fundamento a tentativa de reprodução, no ambiente terapêutico, do mundo externo e suas relações, pois, para Jones, o asilo havia criado um outro mundo diferente do real, impossibilitando assim o tratamento a que se propunha. Nas Comunidades Terapêuticas trabalhava-se muito na dimensão de grupo, envolvendo o sujeito na sua própria terapia e com os demais. A experiência da comunidade terapêutica, porém, não conseguiu solucionar o problema da exclusão do louco, pois a proposta ainda se reduzia ao espaço asilar (AMARANTE, 1995).

Na França temos a experiência do movimento da Psicoterapia Institucional, iniciada durante a II Guerra por François Tosquelles, psiquiatra catalão, junto ao hospital Saint-Alban, que, reunindo ativistas da resistência, surrealistas, marxistas e freudianos, condensou o espírito das transformações a serem preconizadas pela psiquiatria francesa, tendo como expressão máxima o trabalho na Clínica *La Borde*, conduzido por Jean Oury e Félix Guattari a partir de 1953 (PALOMBINI, 2007). A Psicoterapia Institucional foi um trabalho que denunciou e lutou contra o caráter segregador e totalizador da psiquiatria. Observava-se que o mau uso da terapêutica e da administração, assim como o descaso político e social, fez com que o hospital se

desviasse de sua finalidade para tornar-se lugar de violência e repressão. A Psicoterapia Institucional tinha como objetivo recuperar a função de curar e tratar a doença mental, trazendo uma nova ideia de que, antes de curar o louco, seria preciso curar a instituição. O objeto da Psicoterapia Institucional é o coletivo dos pacientes e técnicos, ao invés da relação vertical hierárquica da psiquiatria. (AMARANTE, 1995)

Segundo Palombini (2007), no pós-guerra, as formas de tratamento no hospital psiquiátrico buscam a recuperação dos pacientes como sujeitos de produção. Muitos dos sintomas que antes se atribuía à própria natureza da loucura são entendidos agora como subprodutos do espaço asilar, evidenciando o internamento como um criador e cronificador da loucura. Através da nova percepção que se estabelece nesse período, o espaço do hospital deveria ser tratado, de forma a revertê-lo em espaço terapêutico, onde pudesse se desviar da direção do objeto “doença mental” e pudesse constituir-se num lugar da promoção da saúde. Porém, segundo Palombini (2007), esta transformação implica em fazer do hospital psiquiátrico uma réplica do espaço extra asilar. Essa tentativa faz do hospital um lugar de aprendizado das normas e limites que regem a vida social, onde os pacientes seriam recuperados para o convívio social e familiar, e a própria noção do lugar externo aos muros é idealizada como um lugar moral. Há uma tentativa de reproduzir o mundo exterior ao intramuros de forma artificial, que acaba sendo uma forma cheia de amarras das concepções de uma vida ideal. Essas experiências de reforma hospitalar, tanto na forma das Comunidades Terapêuticas ou da Psicoterapia Institucional, acabam fracassando, pois se tornam incapazes de dialetizar a relação entre o dentro e o fora, ou seja, não encontram uma forma de inserção possível da loucura no espaço social. O limite e o enfraquecimento desses movimentos, porém, não diminuem a sua

importância como precursores dos processos contemporâneos de reforma psiquiátrica. Foi por meio destas experiências que a psiquiatria foi paulatinamente colocada sob uma perspectiva que não é mais a de curar um doente, mas a de adaptá-lo a um grupo, e a saúde mental torna-se o seu novo objeto. (PALOMBINI, 2007)

A saúde mental como enfoque da prática psiquiátrica encontra-se igualmente presente na França do pós-guerra, no movimento da Psiquiatria de Setor, anterior à experiência da Psicoterapia Institucional. Dentre o grupo de adeptos dessa experiência, despontavam os psiquiatras Bonnafé e Daumezon, que preconizavam a transferência do tratamento dos doentes mentais, então confinados em instituições asilares, para instituições extra-hospitalares que seriam implantadas nas suas próprias comunidades de origem. O movimento propunha devolver à psiquiatria a sua vocação terapêutica, porém num espaço fora da estrutura alienante do hospital, através da aproximação do psiquiatra com a população, concebendo o doente como sujeito de uma relação patológica inserida na esfera familiar, escolar, profissional etc, o qual devia ser tratado *dentro* de seu próprio meio social e com este meio, evitando o isolamento e a segregação (PALOMBINI, 2007). Na Psiquiatria de Setor a passagem pelo hospital seria apenas uma etapa transitória, como auxílio no tratamento, restringindo a internação a uma etapa, destinando o principal momento do tratamento para a própria comunidade. Os territórios passam a ser divididos em setores geográficos, cada um deles contando com uma equipe (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, etc.) e diversas instituições externas que asseguram o tratamento pós-cura (AMARANTE, 1995).

Outra experiência, a Psiquiatria Preventiva, nasce nos anos 60, nos Estados Unidos, almejando não só a prevenção das doenças mentais, mas a promoção da saúde mental. Saiu-se às ruas para reconhecer, identificar e

mapear os “suspeitos” de serem portadores de doença mental. Esse projeto determina que as intervenções precoces evitem o desenvolvimento de doenças, tornando assim obsoleto o hospital psiquiátrico. A institucionalização/hospitalização é vista como um problema a ser enfrentado, já que produz dependência do paciente em relação à instituição, pela falta de elos comunitários, familiares, sociais e culturais, conduzindo à cronificação. Dentro desse novo contexto surge a expressão *desinstitucionalização*, que designa um conjunto de medidas de desospitalização, criando-se serviços alternativos que se contrapõem ao processo de alienação e exclusão social dos indivíduos. São centros de saúde mental, hospitais dia/noite, oficinas protegidas, lares abrigados e enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais. A psiquiatria preventiva buscou também uma *despsiquiatrização* da assistência, ou seja, retirar a exclusividade dos médicos nas decisões terapêuticas para trabalhar numa equipe multidisciplinar, envolvendo profissionais do serviço social, da enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, entre outros, no atendimento a grupos reflexivos, operativos, de escuta, etc. (AMARANTE, 1995)

Tanto a Psiquiatria de Setor quanto a Preventiva recebem críticas quanto ao que na prática elas se converteram, caracterizando-se, então, como novas formas de medicalização da vida social e uma reiteração da vocação psiquiátrica para o exercício de uma política de população. Nenhuma destas tentativas de reforma fez algum tipo de transformação cultural com relação à psiquiatria e à loucura, e acabaram por representar uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social.

Diferentemente dos dois movimentos anteriores, na década de 60 iniciou-se, na Inglaterra, um movimento denominado de Antipsiquiatria, com Ronald Laing, David Cooper, Aaron Esterson, entre outros psiquiatras. Esse movimento promoveu um forte ques-

tionamento não só ao saber e às práticas da psiquiatria, mas ao próprio conceito de doença mental, tentando mostrar que o saber psiquiátrico não conseguia responder à questão da loucura. A Antipsiquiatria era respaldada em referências teóricas diversas, entre as quais o existencialismo, a obra de Michel Foucault, algumas correntes da sociologia e psiquiatria norte-americanas, a psicanálise, o marxismo, e, imbuída do espírito da contracultura, a Antipsiquiatria busca romper com o modelo assistencial vigente, destituindo o valor do saber médico da explicação, compreensão e tratamento das doenças mentais (PALOMBINI, 2007).

Para a Antipsiquiatria, a loucura constitui um fato social e político, e mesmo uma experiência de libertação, de reação a uma ordem social e familiar repressiva e segregadora. Por conseguinte, o louco não necessitaria de tratamento, sendo este apenas acompanhado em suas vivências. As postulações da Antipsiquiatria situavam-se num ambiente de contracultura libertária e visavam promover críticas às estruturas sociais, tidas como conservadoras. Segundo eles, a sociedade enlouquecia as pessoas e, em seguida, culpada, buscava tratá-las. Assim, o hospital psiquiátrico configurava apenas um mecanismo de *mea culpa* social. Defendia-se que o delírio não deveria ser contido, procurando-se, como saída possível, a modificação da realidade social. Descartando os tratamentos químicos ou físicos, produtores de cronificação, o método terapêutico da Antipsiquiatria propunha o acompanhamento da evolução de uma manifestação aguda da psicose, cuja travessia, o delírio, seria o processo que levaria até a cura. Laing denominou essa experiência de *metanoia*, palavra grega que, nos evangelhos, vinha significar conversão ou transformação espiritual. Assim, as viagens ou delírios metanoicos das psicoses produziriam uma transformação do espírito, podendo essa transformação se revelar positiva ou negativa conforme a qualidade do ambiente

que se oferecia para a sua expressão. Todo o processo seria acompanhado pelo grupo que, sem reprimir a crise, a auxilia com recursos de regressão, psicodrama ou análise do discurso. O posicionamento mais radical desse movimento é a negação de todo o saber psiquiátrico desde o diagnóstico até a psicofarmacoterapia, ou seja, a área médica é radicalmente depreciada no campo da saúde mental. Porém, segundo Amarante (1995), a maior contribuição da Antipsiquiatria foi a transformação prático-teórica do conceito de desinstitucionalização em *desconstrução*. (AMARANTE, 1995)

Entretanto, é na Itália, na década de 60, que surge o movimento que promove a maior ruptura epistemológica e metodológica entre o saber/prática psiquiátricos, vivenciada até então. Ao contrário da Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática Italiana não nega a existência da doença mental, antes, propõe uma nova forma de olhar para o fenômeno. Olhar que beneficia a complexidade da loucura como algo inerente à condição humana e que vai além do domínio da psiquiatria, dizendo respeito ao sujeito, à família, à comunidade e demais atores sociais. A psiquiatria democrática italiana traz a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como essa se relaciona com o sofrimento e com a diferença, afirmando-se como movimento político e social que, ao confrontar-se com o cenário institucional, admite a possibilidade da cidade como lugar central e preconiza a organização das relações econômicas, sociais e culturais. (AMARANTE, 1995; PALOMBINI, 2007)

O movimento de desinstitucionalização da psiquiatria italiana inicia-se a partir da experiência de Franco Basaglia na direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia (1961 a 1968). Com o trabalho nessa instituição, utilizando algumas contribuições do modelo das Comunidades Terapêuticas, torna-se evidente para ele que o manicômio é um lugar de segregação, de violência e morte e

que, portanto, deveria ser combatido, negado, superado, e questionadas as suas finalidades num contexto mais geral das instituições sociais. Suas propostas encontram fortes reações do poder político local, sendo rechaçadas, fato que fez com que os técnicos do hospital, também convencidos da inviabilidade manicomial, optassem em dar alta coletiva e, em seguida, pedissem demissão em massa. No livro *A Instituição Negada* (1985), Basaglia narra de forma incisiva as suas experiências na direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, onde promoveu as primeiras práticas na direção de uma desinstitucionalização. Ali foi realizado um trabalho de humanização, que incluía um processo de transformação das relações entre pacientes e funcionários, passando pelo que chamou de *despsiquiatrização*, “a tentativa de colocar entre parênteses todos os esquemas, para ter a possibilidade de agir em um território ainda não codificado ou definido” (BASAGLIA, 1985, p. 29).

O doente mental é doente sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem pode-se tudo. Por isso negamos dialeticamente nosso mandato social, que exigia que considerássemos o doente como um não-homem, e, ao negá-lo, negamos a visão do doente como um não-homem. (BASAGLIA, 1985, p.29)

A narração do livro atravessa os sucessos e as dificuldades encontradas no cotidiano da instituição durante o processo de desinstitucionalização, como, por exemplo, a abertura progressiva dos diversos setores, a retirada das grades, as impressões dos internos diante da liberdade, através da transcrição de entrevistas e diálogos travados durante as reuniões diárias realizadas na instituição. A convivência entre pacientes e funcionários deveria ser fundamentada numa relação de igualdade, destituindo o poderio incondicional do médico psiquiatra, e envolvendo a todos, independentemente de sua condição na instituição, na causa da ressocialização. A

experiência em Gorizia teve imensa importância, já que trouxe à tona a importância do sentido da vida em comunidade, do incentivo à corresponsabilidade dos pacientes uns com os outros e da participação de todos na busca de soluções e alternativas, ao invés de um mandato estritamente médico. Paralelamente, despertou atenção para a aliança da estrutura institucional/saber médico com as questões políticas, sociais e jurídicas.

Em 1971, Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, em Trieste, perfeitamente convencido da impossibilidade de reformar o Manicômio. Dá-se início a um projeto mais sólido de desinstitucionalização, que tem por objetivo a desconstrução do aparato manicomial, assim como de toda a lógica de segregação que lhe é implícita.

A desmontagem do manicômio se efetuou pela criação de centros de saúde mental, um para cada área da cidade, capaz de abranger entre 20 e 40 mil habitantes, com funcionamento integral, 24 horas por dia, frequentado por cerca de 80 a 100 pessoas engajadas em diversas atividades de socialização durante o dia, contando também com oito leitos disponíveis para as situações de crise, além da execução de um trabalho intenso de visitas domiciliares. Foram implementados os chamados grupos-apartamentos, nos quais residiam usuários que não podiam estar com suas famílias, às vezes sós, às vezes acompanhados por técnicos ou outros operadores voluntários. Foram criadas também, as cooperativas de trabalho, inicialmente destinadas a atender a demanda dos ex-internos do hospital por postos de trabalho, mas que se tornaram, ao longo do tempo, um importante espaço de produção, seja ela artística, intelectual ou de prestação de serviços, que acabou sendo reconhecida por toda a comunidade. Por fim, em articulação com os centros de saúde mental, os grupos-apartamentos e as cooperativas, é mantido, no hospital geral, um serviço psiquiátrico para atender as si-



tuações de emergências em regime diuturno, reportando a continuidade do tratamento aos centros de saúde mental. Em 1978, a lei n.180 proíbe, na Itália, novas internações em manicômios, determinando o seu esvaziamento progressivo e garantindo, a todos os usuários dos serviços de saúde mental, direitos e deveres civis. (ROTELLI (2002 [1994] apud PALOMBINI, 2007)<sup>68</sup>

A desinstitucionalização é um conceito que parte da ideia de que, primeiramente, é necessário abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. É não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades (AMARANTE e TORRE, 2001). A desinstitucionalização propõe reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel de doentes. O tratamento consiste na transformação dos modos de viver e sentir o sofrimento e na transformação da vida cotidiana (ROTELLI, 2001). A desinstitucionalização como desconstrução está relacionada à noção de invenção, de construção do real, de produção de sociabilidade, de subjetividade. Segundo Amarante e Torre (2001), a invenção de formas de vida nada mais é que a produção de subjetividade, já que esta não é natural e sim produzida. A subjetividade não é dada, não é interior ao indivíduo, mas produzida pelos vetores mais diversos presentes na coletividade.

[...] seria conveniente dissociar radicalmente os conceitos de indivíduo e de subjetividade. Para mim, os indivíduos são resultados de uma produção de massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado. [...] A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social. (GUATTARI, 1981, p. 31 apud AMARANTE E TORRE, 2001, p. 76)<sup>69</sup>

A experiência de Trieste demonstra ser possível a constituição de um circuito de atenção que oferece e produz cuidados, ao mesmo tempo que oferece novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica.

Tanto a proposta de humanização institucional como o modelo de comunidade terapêutica são superados por uma prática que encontra na comunidade em suas relações com o louco, através do trabalho, amizade e vizinhança, a matéria para desconstrução do dispositivo psiquiátrico da tutela, exclusão e periculosidade. A reinvenção das práticas requer, não a adequação da loucura ao meio social, como almejava a vertente preventivista da psiquiatria, mas a produção de novas formas de sociabilidade. (PALOMBINI, 2007, p. 107)

Por ter se iniciado tardiamente em relação a outros países, a experiência italiana de desinstitucionalização pôde seguramente levar ao limite todas as propostas que até então se apresentavam: ela entrou em confronto direto com o hospital psiquiátrico, ao mesmo tempo em que questionou os modelos da comunidade terapêutica inglesa e da política de setor francesa, ainda que tenha absorvido, de uma, o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e, de outra, a ideia de territorialidade. (PALOMBINI, 2007)

O território se refere ao conceito do conhecimento local. Território é aqui entendido não apenas como a configuração de um espaço estático, da ordem do geográfico, mas que nos remete às forças vivas e dinâmicas de uma comunidade, com sua cultura, sua história, suas dificuldades e potencialidades locais. Território como relação entre o natural e o social, como produção de subjetividades aprisionadas, e também como potencialidade de rompimento, de criação de novos territórios existenciais, de espaços de afirmação de singularidades autônomas. O que significa encontrar e ativar os recursos de singularização locais existentes. (YASUI, 2006)

Essencialmente, para Franco Basaglia (apud AMARANTE, 1995), a instituição psiqui-

68. ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 2. reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p.149-169. Trabalho originalmente publicado em 1994.  
69. GUATTARI, Felix. *As três ecologias*. Rio de Janeiro: Papyrus, 1981.

átrica deveria ser negada enquanto saber e poder, buscando-se substituir os serviços e tratamentos oferecidos pela lógica hospitalocêntrica, com toda sua cultura de exclusão, por intervenções que visassem à reinserção social do sujeito no pleno exercício de sua cidadania. Além disso, a própria estrutura social teria que promover a revisão de valores e práticas institucionais excludentes. Trata-se de uma tentativa de colocar a doença entre parênteses, voltando toda a atenção ao sujeito, considerando sua complexidade, através de um trabalho interdisciplinar e psicossocial. O conceito de loucura, a partir dessa ruptura, passa a ser desconstruído de doença mental para dar lugar a uma nova forma de perceber a loucura enquanto “existência-sofrimento” do sujeito em relação com o corpo social (ROTELLI, 1990), não mais para curar, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência. Basaglia propôs colocar a doença entre parênteses para tornar-se possível lidar com o sujeito em seu contexto. Conceito este que difere de negar a existência da mesma:

O colocar entre parênteses a doença mental não significa a sua negação, no sentido de negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal-estar, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao “duplo” da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado. (AMARANTE, 1994, p. 65)

Basaglia parte, fundamentalmente, da premissa de que deveria ser produzido um novo imaginário social para a loucura, que a desvinculasse dos conceitos de periculosidade, preguiça, incapacidade, dentre outros, de forma a gerar uma nova relação entre o “louco” e a sociedade.

Estas noções, que se desenvolveram num contexto de pós-guerra em países da Europa

e nos Estados Unidos, influenciaram grandemente diversos outros países a trilhar o caminho da desinstitucionalização da loucura e a revisão do paradigma psiquiátrico. No Brasil, a partir do final dos anos 70, impulsionado pela efervescência dos movimentos ocorridos na Europa, principalmente pela Psiquiatria Democrática Italiana, surge o movimento denominado Luta Antimanicomial, que começa, a partir desse período, a mover-se na direção de uma Reforma Psiquiátrica brasileira.

## A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O termo Reforma Psiquiátrica é entendido como o processo histórico de formulação crítica e prática, que objetiva questionar e elaborar propostas para a transformação do modelo clássico da psiquiatria. No Brasil ela surge nos fim dos anos 70, quando começa a se delinear uma trajetória que se diferencia de movimentos anteriores. O termo 'reforma' já tinha sido empregado anteriormente<sup>70</sup> e vinculada a outros movimentos de transformações superficiais, no entanto, este termo prevaleceu pela necessidade de não se criar maiores resistência a transformações. (AMARANTE, 1995)

De meados do século XIX, período de constituição da medicina mental no Brasil, até a II Guerra Mundial, desenvolve-se uma trajetória higienista com características marcadamente eugênicas, responsável por um projeto de medicalização social, no qual a psiquiatria surgia como um instrumento técnico-científico de poder, que tinha caráter disciplinar e servia como um dispositivo de controle político e social.

Como vimos no Capítulo 1, no Brasil, desde a criação do Hospício de Pedro II até a Proclamação da República, a classe médica investia severas críticas ao hospício, pois encontrava-se excluída de sua direção e demonstrava-se inconformada com a ausência de um projeto assistencial científico. A classe médica passa então a reivindicar o poder institucional que se encontra nas mãos da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, assim como da Igreja. Os alienistas, em sua maioria adeptos dos ideais positivistas e republicanos, aspiravam o reconhecimento legal, por parte do Estado, da legitimação e autorização de uma intervenção mais ativa no campo da doença mental e assistência psiquiátrica. O que se desejava era que o hospício fosse medicalizado, isto é, que tivesse em sua direção o poder médico, para que o hospício pudesse contar com uma organização embasada por princípios técnicos e, paralelamente, tornar a medicina

mental uma ciência respeitável publicamente. (AMARANTE, 2002)

Efetivamente, com a chegada dos republicanos ao poder, em janeiro de 1890, o Hospício de Pedro II é desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública, passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. Logo no mês seguinte é criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. No âmbito da assistência são criadas as duas primeiras colônias de alienados, que são também as primeiras da América Latina. Denominadas de Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, ambas situam-se na Ilha do Galeão, atual Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, e destinam-se ao tratamento de alienados indigentes do sexo masculino. Logo após serão criadas as Colônias de Juqueri, em São Paulo, e a de Vargem Alegre, no interior do Estado do Rio<sup>71</sup>. Enfim, o período que se conclui em 1920 constitui uma etapa do desenvolvimento da psiquiatria em que se destaca a ampliação do espaço asilar<sup>72</sup>. (AMARANTE, 2002)

A vinculação da psiquiatria brasileira à corrente alemã, através do trabalho de Juliano Moreira<sup>73</sup>, tem um importante significado quanto à discussão etiológica das doenças mentais. O biologicismo, tendência predominante da tradição alemã, passa a explicar não só a origem das doenças mentais, mas também muitos dos fatores e aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais. Um fator histórico de extrema relevância é a fundação, em 1923, por Gustavo Heidel, da Liga Brasileira de Higiene Mental, que fundava o movimento higienista, com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, fascistas, antiliberais e racistas, com grandes semelhanças com o pensamento nazista alemão. Através da Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria coloca-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa

70. A Psiquiatria já nasceu como reforma, a julgar pelo mito de Pinel, que desacorrentou os loucos em Paris, ainda no séc. XVII (ver Capítulo 1), visando a um tratamento mais humano. No entanto, as demandas sociais e econômicas de exclusão da loucura predominaram historicamente e, desde então, movimentos reformistas sempre buscaram distanciar-se, mesmo que minimamente, da contenção, seja pela criação de colônias agrícolas no início do século XX, seja pela psiquiatria comunitária das décadas de sessenta e setenta, entre outros movimentos que surgiram no pós-guerra.

71. "Este conjunto de medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais. Esse modelo asilar de colônias inspira-se em experiências europeias. A ideia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar." (AMARANTE, 2002, p. 76)

72. "Neste período, no Rio de Janeiro é criada a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro (1911), para mulheres indigentes, e em 1920 são iniciadas as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá (para onde serão transferidos os internos de São Bento e Conde de Mesquita, que devem ser extintas) e as obras do Manicômio Judiciário." (AMARANTE, 2002, p. 77)

73. Juliano Moreira (1873 - 1932), médico psiquiatra, de 1903 a 1930 dirige a Assistência Médico-Legal aos Alienados. Por sua obra prática e teórica, passa a ser conhecido como o Mestre da psiquiatria brasileira. Tendo passado anos na Europa, Moreira traz para o Brasil a escola psiquiátrica alemã, que toma o lugar dominante até então ocupado pela escola francesa. (AMARANTE, 2002)

74. “Eugenia” é um termo grego antigo, e representa conceitos e práticas para a purificação racial e do corpo abordados por Platão em *A República*. Em 1883 o termo foi exaltado por Francis Galton (1822-1911), significando “bem nascido”. Galton definiu eugenia como o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações seja física ou mentalmente. O tema é bastante controverso, particularmente após o surgimento da eugenia nazista, que veio a ser parte fundamental da ideologia de pureza racial, a qual culminou no Holocausto.

de controle social, não se limitando a estabelecer modelos ideais de comportamento individual, mas valendo-se da teoria da degenerescência para lançar seu olhar à cidade ao mesmo tempo em que cultiva o asilo como espaço de tratamento e exclusão. Toma-se a cidade como tema, onde a tarefa é a normalização social e o objeto central não é mais o indivíduo, mas a sociedade. Nesse período aprimora-se a teoria da degeneração em eugenia<sup>74</sup> e desinveste-se a prática asilar em favor da prevenção (PALOMBINI, 2007). A psiquiatria brasileira passa a pretender a recuperação de “raças” e a constituição de coletividades sadias. Com esse movimento, o asilo passa a ser fortalecido por uma nova ideologia: a psiquiatria deve operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana. Busca-se, assim, atingir um ideal de um espaço eugênico, asséptico, de normalidade (AMARANTE, 2002).

Nos anos 30, vem somar-se à perspectiva preventivista do movimento eugenista o desenvolvimento da psiquiatria organicista, que demonstra grande entusiasmo com a descoberta dos tratamentos mais controversos do século XX: do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias, acreditando ter encontrado a cura para as doenças mentais.

Posteriormente, na década de 50, o surgimento dos primeiros neurolépticos intensifica o processo de psiquiatrização, gerando muitas vezes um uso indiscriminado dos medicamentos, quando não a sua utilização repressiva no interior dos manicômios, produtora de docilidade à custa do embotamento subjetivo e deterioração física de seus internos. (AMARANTE, 2002)

E, a bem da verdade, a assistência psiquiátrica continua a ser prestada, nos anos que se seguem, quase que exclusivamente por estruturas manicomialis. Se as novas técnicas serviram para aumentar a demanda e produzir novos clientes, principalmente no que tange à assistência privada, em nada contribuíram seja na

desospitalização, seja na desinstitucionalização. (AMARANTE, 2002 p. 79)

Como vimos anteriormente, após a II Guerra Mundial surgem, mundialmente, experiências socioterápicas, como a comunidade terapêutica inglesa, a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor francesas, psiquiatria preventiva norte-americana, culminando com a experiência da Antipsiquiatria. Já, a partir dos anos 70, a psiquiatria não visa simplesmente à terapêutica e à prevenção das doenças mentais, mas constrói um novo objeto: a saúde mental. A Reforma Psiquiátrica brasileira começa a ser tecida nesse período, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, como um protagonista, desempenha o principal papel tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas. Surge desde então, no Brasil, uma série de experiências inspiradas nos modelos das reformas ocorridas na Europa e Estados Unidos. (AMARANTE, 1995)

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil surge contemporaneamente à eclosão do “movimento sanitário”, que veio ao encontro das transformações dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde coletiva. No entanto, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. A Reforma Psiquiátrica:

[...] é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psi-

quiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6)

O início do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira deu-se no contexto dos últimos anos do regime militar. Foi um momento em que a estratégia autoritária começa a defrontar-se com seu fim, com o crescimento da insatisfação popular decorrente da falta de liberdade e da perda de participação social das classes médias e baixas. Com isso, surgem os diversos movimentos sociais de oposição à ditadura, que começam a demandar serviços e melhorias de condição de vida. Nesse contexto, surgem as primeiras manifestações no setor da saúde mental quando uma crise é deflagrada a partir de uma série de denúncias das irregularidades do hospital psiquiátrico, trazendo ao público a trágica realidade manicomial<sup>75</sup>. Os trabalhadores do hospital psiquiátrico denunciavam as condições precárias do seu local de trabalho, como o clima de ameaça e violência sobre todos os que atuavam ou viviam nessas instituições. Nesse período, foram frequentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, o que resultou na mobilização de profissionais de diversas unidades<sup>76</sup>, que se uniram para elaborar reuniões periódicas em grupo, comissões e assembleias, como objetivo de criar novas políticas de saúde. O caráter trabalhista e humanitário dessas ações permitiram uma grande repercussão desse movimento. (AMARANTE, 1995)

Foi nesse período que surgiu Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que assume, a partir de então, um papel relevante na história da Reforma Psiquiátrica, ao abrir um leque de denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema de assistência psiquiátrica, que incluía torturas, corrupções e fraudes<sup>77</sup>. O MTSM tinha por objetivo constituir-se como um movimento de luta não institucio-

nal, de debate e encaminhamento de propostas de transformação de assistência psiquiátrica, reivindicando a regularização da situação trabalhista por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. O MTSM constituiu-se um movimento não cristalizado institucionalmente, o que fez parte de uma estratégia proposital: o movimento representava uma resistência à institucionalização<sup>78</sup>. Entre 1978 e 1980, o MTSM, que já se desenvolvia em alguns estados brasileiros, ajudou a criar diversos congressos a nível nacional<sup>79</sup>. Nesse período, são levantadas diversas questões a respeito da realidade da saúde mental, entre eles o direito dos pacientes psiquiátricos, o processo de mercantilização da loucura, a privatização da saúde, o ensino médico e a psiquiatrização da sociedade. A crítica dirigia-se diretamente ao modelo assistencial, entendido como ineficiente, cronificador e estigmatizante em relação à doença mental. Amarante (1995) considera que o MTSM é o ator e sujeito político que se destaca na trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, principalmente pela divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras das políticas de saúde mental nesse período inicial da Reforma. Segundo o autor, o MTSM foi capaz de fundar um exercício regular e sistemático de reflexão e crítica ao saber/prática psiquiátricos, e podemos entendê-lo como uma mobilização política em torno da temática social da saúde mental. Foi a partir dessa mobilização que passam a ser sistematizadas as primeiras denúncias do modelo asilar dominante e assim surgiram os primeiros projetos alternativos a ele. (AMARANTE, 1995)

Um segundo momento da Reforma dá-se início nos primeiros anos da década de 80. Este é, segundo Amarante (1995), ao contrário do período anterior, um momento vigorosamente institucionalizante, quando se tem uma postura menos crítica e parte-se do princípio de que as ciências médicas e a ad-

75. O episódio ficou conhecido como 'crise da DINSAM' (Divisão Nacional de Saúde), órgão do Ministério da Saúde, responsável pela formulação de políticas de saúde no sub-setor saúde mental. Em abril de 1978, os funcionários de quatro unidades psiquiátricas do Rio de Janeiro declaram uma greve seguida da demissão de 260 funcionários.

76. Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que se unem pela necessidade de discutir e organizar as políticas de saúde.

77. Uma prática constante dos regimes autoritários é o aprisionamento de pessoas contrárias àquela forma de poder em instituições psiquiátricas. No Brasil, nos anos de ditadura militar, utilizaram-se os hospitais psiquiátricos como um instrumento de tortura contra presos políticos.

78. Uma relação bastante singular vai surgir no decorrer dessa trajetória entre a opção pela não institucionalização do MTSM e pela 'desinstitucionalização' do saber e prática psiquiátricos. Esta última se tornará conceito chave no projeto de transformação da psiquiatria por parte do movimento.

79. Alguns desses congressos possibilitaram a vinda ao Brasil dos principais mentores da Rede de Alternativa à Psiquiatria, do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, enfim, das correntes de pensamento crítico em saúde mental, dentre eles Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman etc.



80. A cogestão foi um convênio entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS) que previa a colaboração do MPAS no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do MS. Nesse espírito, o MPAS deixa de comprar serviços do MS e passa a participar da administração global do projeto institucional da unidade cogestida. A cogestão representa uma primeira experiência de uma nova relação entre as instituições públicas do setor da saúde. A sua implantação estabelece a construção de um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos, mais descentralizado e dinâmico, em face um modelo de assistência profundamente debilitado em seu caráter e em sua prática privatizante. (AMARANTE, 2005)

81. O plano do CONASP para a assistência psiquiátrica, de 1982, alinha diretrizes gerais de uma reformulação da assistência. Dentre as suas diretrizes estão as da descentralização executiva e financeira, da regionalização e hierarquização dos setores e do fortalecimento das intervenções do Estado. O plano tem propostas para utilização total da capacidade ociosa do setor público, assim como propõe: a adoção de modalidades assistenciais que assegurem melhoria de qualidade, uma previsibilidade orçamentária e mecanismo de controle adequados, em detrimento do setor privado. Para isso, preconiza a descentralização do planejamento e da execução da assistência à saúde, desburocratizando-se os procedimentos administrativos, contábeis e financeiros. Cada unidade sanitária seria gestora de seus próprios recursos. (AMARANTE, 2005)

82. A APB é constituída a partir de 1970, composta por profissionais que atuam na prática clínica particular, na universidade e na rede privada. É criada com objetivos tipicamente científicos e corporativos, buscando interesses da classe. É uma entidade preocupada com aspectos de aprimoramento e intercâmbio científicos. (AMARANTE, 2005)

83. A indústria farmacêutica é aparentemente um ator ausente no debate sobre as organizações da assistência psiquiátrica. Bus-

ministração podem resolver o problema das coletividades.

Pretendendo proporcionar uma melhor assistência à população, a política da Previdência Social (PS) priorizava a compra de serviços de hospitais privados por meio de convênios, o que absorvia grande parte do orçamento previdenciário destinado à assistência médica, causando a estagnação do setor hospitalar público, principalmente no campo da saúde mental. Devido a essas ações privatizadoras, surge o que se chamou de “indústria da loucura” mantida às custas do próprio Estado. O setor privado tinha como grande representante a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), criada em 1966, que se constituía como uma entidade quase exclusivamente formada por investidores na área de hospitais privados de psiquiatria. A partir do investimento do Estado no setor privado, começa a existir uma enorme proliferação de clínicas psiquiátricas, já que, como entendem os empresários, trata-se de serviços de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou de pessoal qualificado. No início dos anos 40 havia 24 mil leitos psiquiátricos no Brasil, dos quais 21 mil eram públicos e 3 mil, privados. Depois do golpe militar de 64, o setor de saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo. A psiquiatria foi a área mais explorada e preferida pelas empresas privadas, na medida em que a falta de direitos dos usuários, somada à baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a construção ou transformação de velhos galpões em “enfermarias”. A “indústria da loucura” fez o número de leitos saltar de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo em que os investimentos no setor público começavam a diminuir (AMARANTE, 2006). Constata-se que nesse período a assistência médica privada torna-se mero instrumento de lucro, sem a efetiva preocupação com a resolutividade dos problemas de saúde apresentados pelas pessoas. Na era da “indústria da loucura”, em plena ditadura

militar, se construíam manicômios cada vez maiores e mais lucrativos sustentados por recursos públicos. Nesse período constatam-se o crescimento do número de internações, reinternações e do tempo médio de permanência hospitalar, índices que ultrapassavam a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Além disso, a política privatizante da Previdência Social acaba produzindo um excesso de fraudes e abusos que causam um déficit nos cofres públicos, o que obriga a pensar em novas soluções. Nesse momento, a Previdência Social se encontrava em uma profunda crise institucional, de insatisfação popular com o sistema e de sucateamento do serviço público. A crise não tinha apenas caráter financeiro, era uma crise fundamentalmente qualitativa, de caráter ético e de modelo de saúde. Nesse contexto de crise, surgem algumas táticas do governo, para a ocupação e gerenciamento dos espaços e recursos públicos, evitando a compra de serviços privados. Essas ações caracterizam-se como o marco do segundo momento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Destacam-se a criação da chamada cogestão<sup>80</sup> entre o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Saúde, e o plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP)<sup>81</sup>. (AMARANTE, 1995)

Paralelamente à criação das táticas de gerenciamento, sucedem-se encontros, congressos e conferências a nível nacional, organizadas pelo MTSM, que neste momento entra diretamente em conflito com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)<sup>82</sup>, pois ela mantém uma postura conservadora e se compromete com alguns setores como a indústria farmacêutica<sup>83</sup> e o empresariado da saúde. A partir da cogestão e do plano do CONASP, a APB oscila em oferecer apoio aos projetos de transformação da psiquiatria pública. De 1985 em diante a APB, patrocinada pela indústria farmacêutica, assume o domínio dos congressos brasileiros de psiquiatria, fazendo diminuir os temas da saúde mental e

saúde pública, para dar lugar a temas como psiquiatria biológica e psicofarmacologia. É nesse confronto que o MTSM se fortalece e se renova para rever estratégias, repensar princípios e estabelecer novas alianças. Com a I Conferência Nacional de Saúde Mental marca-se o fim da trajetória sanitarista. A estratégia de transformar o sistema de saúde mental encontra uma nova tática: é preciso desinstitucionalizar no cotidiano das instituições e inventar novas formas de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, transcendendo os modelos preestabelecidos pela instituição médica. (AMARANTE, 1995)

O terceiro período da Reforma Psiquiátrica brasileira se dá através da trajetória da desinstitucionalização, que tem início na segunda metade dos anos 80 e se insere no contexto político da redemocratização brasileira. Para a saúde mental, é um período marcado por eventos e acontecimentos muito importantes. Essa trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo técnico-assistencial para alcançar e articular, além desse, os campos político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.

Ocorre em Brasília, em março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que, pela primeira vez, teve o caráter de consulta e participação popular. Foi nessa conferência que uma nova concepção de saúde surgiu: ela passou a ser aceita como direito dos cidadãos e dever do Estado, o que permitiu a definição de alguns princípios básicos, como a universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, e uma nova visão de saúde como sinônimo de qualidade de vida.

Como preparativos para a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, o MTSM realizou algumas reuniões para discutir os rumos do Movimento. Foram organizados alguns encontros, num dos quais, contou-se com a presença de Franco Rotelli,

então secretário-geral da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria e também diretor do Serviço de Saúde Mental de Trieste, desde a saída de Franco Basaglia. Nesse evento, Rotelli atentou para o fato de que o problema da exclusão nas sociedades ocidentais era muito mais uma questão de cultura do que econômica (AMARANTE, 1995). O diálogo estabelecido com Basaglia e Rotelli, protagonistas da Reforma Psiquiátrica italiana, foi um fator que determinou as direções assumidas pelo movimento brasileiro, que passa a priorizar a invenção de práticas assistenciais que se associassem a intervenções territoriais, articuladas à diversidade de campos presentes num determinado território de vida, visando à desconstrução de conceitos e práticas psiquiatrizadas. *Desinstitucionalização e territorialização* tornam-se conceitos-chave dessas ações, que começam a ser exercitadas em experiências concretas e inéditas (PALOMBINI, 2007).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi finalmente convocada para junho de 1987, no Rio de Janeiro. Nesse momento surgem novos atores no cenário das políticas de saúde mental, que passam a merecer um papel de destaque. É o caso das associações de usuários e familiares, que passam a se constituir como novos e importantes protagonistas no movimento, e têm papel fundamental no processo da Reforma Psiquiátrica. A partir desse momento, o movimento deixa de ser caracterizado como sendo dos trabalhadores de saúde mental e tornar-se um movimento de cidadãos, composto por trabalhadores, usuários, seus familiares e demais interessados, que, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, passam a integrar o *Movimento Nacional da Luta Antimanicomial*, propondo a eliminação do manicômio, a construção da rede substitutiva de serviços, e a busca de um novo espaço na sociedade para o louco, através da transformação cultural das relações entre sociedade e loucura (PALOMBINI, 2007). Trata-se de um movimen-

cava uma imagem de que a sua contribuição era apenas científica e não política. Na verdade organiza uma verdadeira guerra, assediando médicos, profissionais intermediários e também toda a população, no sentido de estimular a automedicação. E, quando os órgãos públicos normatizam a comercialização dos medicamentos, é que essa indústria demonstra seus interesses por meio da Associação Brasileira de Indústria Farmacêutica (ABIFARMA). De fato, o aparecimento dos psicofármacos contribuiu em muito para as reformas do ambiente hospitalar psiquiátrico, como para o cenário da assistência psiquiátrica em geral. Porém há uma discussão sobre seu uso, abrangendo questões que polemizam sobre sua generalização e outras que teorizam sobre o melhor momento de utilizá-los. A ABP é o braço direito da indústria farmacêutica, o que dá legitimidade aos produtos farmacêuticos e divulga a ideologia do medicamento como o recurso fundamental, senão único, no tratamento das enfermidades mentais. (AMARANTE, 2005)

to político e social que visa à produção de outras formas de conceber a loucura e sugere novos espaços onde ela possa ser expressa, dando abertura ao desejo e, a partir daí, criar situações de produção de subjetividades. Coloca a doença entre parênteses (ROTELLI, 2001) para favorecer a manifestação do sujeito em seu contexto e a singularidade da relação entre eles. A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos, para alcançar o espaço das cidades e da vida dos cidadãos.

A partir dos trabalhos de preparação da I Conferência Nacional de Saúde Mental, as associações de usuários e familiares se afirmam como importantes entidades presentes no cenário das políticas públicas. Muitas outras associações de usuários e familiares têm sido criadas desde então. Com esse novo protagonismo, o do próprio louco, delineia-se, efetivamente, um novo momento no cenário da saúde mental brasileira. O louco deixa de ser simples objeto da intervenção psiquiátrica para tornar-se, de fato, agente da transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevisitas no panorama psiquiátrico ou nas iniciativas do próprio MTSM (AMARANTE, 1995).

No âmbito do modelo assistencial essa trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, como alternativas ao modelo psiquiátrico tradicional. O surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, em 1987, passou a influenciar muitos serviços por todo país. Conforme o projeto original, o CAPS tinha como objetivo criar mais uma forma de atendimento entre o hospital e a comunidade. Pretendia-se garantir o atendimento e o acolhimento de pessoas com dificuldade de inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas em regime de funcionamento integral.

Em maio de 1989, o processo da Reforma Psiquiátrica assumiu repercussão nacional

mediante o caso da Casa de Saúde Anchieta, no Município de Santos, quando foram constatadas as piores barbaridades neste hospital psiquiátrico privado. Esse episódio possibilitou um processo inédito em que foram criadas condições para implantação de um sistema psiquiátrico que se definisse como completamente substitutivo ao modelo manicomial, o qual realizou-se com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações, além da reformulação do espaço do antigo hospício. O processo santista representou um marco na Reforma Psiquiátrica brasileira. A partir da criação de CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde regulamentou a implantação e o funcionamento de novos serviços dessa natureza, ampliando o leque de opções terapêuticas e assistenciais no processo da Reforma, tomando tais serviços como modelo para todo o país. (AMARANTE, 1995)

No campo jurídico-político, foi apresentado o Projeto de Lei 3657/89, do Dep. Paulo Delgado (PT/MG). Nesse projeto, regulamentavam-se os direitos do doente em relação ao tratamento e indicava-se a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, bem como sua substituição por outros equipamentos não manicomiais de atendimento. Esse projeto de lei estimulou alguns estados a elaborarem e aprovarem projetos de lei com os mesmos propósitos. Foi o caso do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Ceará, Pernambuco e Minas Gerais. A lei federal, no entanto, tramitou doze anos no Congresso Nacional antes de ser promulgada. (AMARANTE, 1995)

O Rio Grande do Sul tornou-se pioneiro na Reforma Psiquiátrica brasileira, o que se reflete na aprovação da primeira lei de Reforma Psiquiátrica (Lei estadual número 9716, de 7 de agosto de 1992) do Brasil. A lei determinou a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico por uma rede integrada e por variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social. Desde então, em

Porto Alegre, o Hospital Psiquiátrico São Pedro está em estado de desativação gradativa na direção dos equipamentos substitutivos.

Em 2001, um substitutivo ao projeto de lei do deputado Paulo Delgado é aprovado no Congresso Nacional, definindo a Lei 10.216, que mantém do projeto de lei anterior, o redirecionamento da assistência em saúde mental para os serviços de base comunitária e a garantia aos direitos das pessoas com transtornos mentais, no entanto, não contempla uma menção clara dos mecanismos da extinção progressiva dos manicômios (BRASIL, 2001). Apesar das limitações que essa omissão impõe à construção de uma sociedade sem manicômios, a promulgação da Lei Paulo Delgado consolida o alinhamento da política nacional de saúde mental com as diretrizes do movimento pela Reforma Psiquiátrica. Nesse período, foram implementados serviços abertos e substitutivos, como CAPS e residências terapêuticas, impulsionados pela criação de uma linha específica para o seu financiamento. Neste mesmo momento institui-se a redução progressiva no número de leitos psiquiátricos no país, através de mecanismos de fiscalização e gestão como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH). Ocorre, também, o incentivo à desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação, já dependentes da instituição, através do Programa De Volta Para Casa<sup>84</sup>. (PALOMBINI, 2007)

Segundo Palombini (2007), a Reforma Psiquiátrica brasileira apresenta-se como um movimento em contínua transformação, que busca viabilizar a transformação do modelo assistencial hospitalocêntrico em um modelo de atenção psicossocial e comunitário que reflita sobre campos distintos e que se relacione com cultura, política, gestão, formação, clínica, etc. Segundo a autora, a Reforma Psiquiátrica brasileira buscou referenciar-se

especialmente nos ideais das experiências da comunidade terapêutica inglesa, da psicoterapia institucional francesa e sobretudo da desinstitucionalização italiana, e dali extraiu os elementos de base para compor, de forma inédita, a matéria original de que é feita. Na construção cotidiana das práticas que sustentam a proposta da Reforma, foram utilizadas como ferramentas uma concepção diferente da loucura, entendida como *experiência-sofrimento* na relação com o corpo social<sup>85</sup>, e também a noção de subjetividade como um campo inconsciente e irreduzível articulador do singular ao coletivo<sup>86</sup>. Pretendendo a inserção dos usuários dos serviços de saúde mental nos espaços sociais próprios ao seu território,

[...] a Reforma Psiquiátrica requer não apenas uma rede de serviços de saúde, mas também ações intersetoriais, além da mediação de outros atores sociais, possibilitando a articulação da complexidade de referências, instituições, associações, equipamentos, dispositivos, pessoas, discursos, códigos, afetos, pensamentos que compõem a vida em comunidade. (PALOMBINI, 2007, p.119)

84. O Programa “De Volta Para Casa” regulamenta a concessão do auxílio-reabilitação psicossocial com vistas ao acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas com história de longa permanência em instituições psiquiátricas. O auxílio foi instituído pela Lei Federal n.10.708, de 2003, e regulamentado pelas Portarias 2077 e 2078, do mesmo ano.

85. Conforme a concepção basagliana, na descrição de Franco Rotelli.

86. Como propõem a psicanálise e a psicoterapia institucional.

## AS POSSÍVEIS FORMAS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A proposta de desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica brasileira, que atingiu a esfera do Legislativo na década de 90, se processa através da desospitalização e ressocialização dos pacientes e da humanização dos tratamentos. Para isso, sua principal estratégia foi propor a criação de uma série de equipamentos funcionando como substitutivos, e não como complementares ao hospital psiquiátrico. Dentre os principais equipamentos apontados pelo Ministério da Saúde (2004) está o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, considerado pela política de saúde mental como dispositivo estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira. O serviço articula com a rede de saúde básica regional, com a rede de saúde mental - CAPSi (Infanto-Juvenil); CAPS-ad (Álcool e Drogas); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Hospital-Dia, Hospital-Noite; unidades psiquiátricas em hospital geral – e com as diversas redes sociais, de cultura, lazer e esporte. (BRASIL, 2005)

O objetivo dos novos serviços é transformar a abordagem do louco como sujeito, como produtor de si, é trazê-lo para o meio urbano, para o convívio social, para produção de autonomia e de cidadania ativa. O trabalho de desinstitucionalização leva, necessariamente, à produção de um novo tipo de subjetividade, que permita a manifestação do devir-louco sem interditar sua expressão, sem regulá-lo no jogo das sanções institucionais e legais ou objetificá-lo, fazendo com que se desistorize e deixe de ser um sujeito. É a produção de um novo lugar para a subjetividade louca e o estabelecimento de uma nova relação com ela. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla para que se promova a vida comunitária e a autonomia dos usuários do serviço. (AMARANTE e TORRE, 2001)

Desde a definição da legislação da Reforma Psiquiátrica brasileira, alguns novos problemas se apresentam. A Reforma Psiquiátrica é um processo que ainda está em curso

e acompanhado de um confronto, em função da dicotomia dos discursos dos que acreditam que o hospital psiquiátrico deve ser mantido, humanizado e modernizado, e dos que lutam pelo fim dos manicômios, ou seja, que acreditam que é necessário abolir totalmente esta estrutura e investir na rede substitutiva. Atualmente, constata-se que os serviços substitutivos ainda não se consolidaram como tal, sendo-o mais em termos potenciais do que efetivos, pois não conquistaram totalmente a substituição do sistema asilar no país. Além da lenta desativação dos hospitais psiquiátricos públicos, há ainda uma vasta rede de hospitais psiquiátricos privados funcionando nos modelos dos antigos manicômios, e que, como dito anteriormente, a lei da Reforma não conseguiu alcançar. Esse fato não diminui a importância dos novos serviços, principalmente por representarem possibilidades alternativas concretas ao modelo manicomial, o que todos os movimentos anteriores não conseguiram construir. Porém, os novos serviços externos ao manicômio não garantem sua natureza não manicomial, e podem acabar por reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional (AMARANTE, 1995). Por exemplo, aos CAPS, além do compromisso direto com a assistência, lhes foi atribuído um papel estratégico na articulação e composição das redes de cuidado presentes no território. Segundo Palombini (2007), devido a esse propósito, a condição de instituição que o CAPS recebe, através de leis, portarias, linhas de financiamento, etc., ao mesmo tempo em que estimula o fortalecimento de novos modos não manicomial do cuidado, representa um risco de provocar um engessamento e um retrocesso desse serviço em uma configuração novamente manicomial:

A institucionalidade [...] corre o risco de provocar o seu engessamento (e uma nova cronificação), num processo em que as práticas, tendendo à naturalização, perdem a potência de criação; os usuários, passivamente aderidos ao serviço, não vislumbram, para além dele,



outros lugares de vida; e o que deveria ser uma rede de serviços apresenta-se como um conjunto frágil de pontos que refletem para o CAPS como seu centro absoluto. É preciso o investimento contínuo numa firme articulação com a heterogeneidade de atores presentes no território e, em especial, o diálogo permanente com os movimentos sociais para que a institucionalidade necessária ao processo de implantação da reforma não venha travar os movimentos vivos de resistência à manicomialização nem faça obscurecer as conquistas e avanços que inegavelmente vêm sendo obtidos. (PALOMBINI, 2007, p.121)

Segundo Amarante (2006), um dos riscos que a política nacional de saúde enfrenta é a redução do processo da Reforma Psiquiátrica a uma mera mudança de modelo assistencial. A Reforma em si, trata de um processo social complexo, fazendo-se necessária uma contínua reflexão sobre o modelo científico da psiquiatria, que não consegue ver saúde nas pessoas, apenas doenças. Para o autor, o grande mérito do processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica está no fato de que, no lugar de doenças, trata-se de sujeitos concretos, pessoas reais, lidando, portanto, com questões de cidadania, de inclusão social, de solidariedade. A Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo multidisciplinar, do qual participam muitos atores sociais, para além do campo da saúde e que, segundo o autor, deve ser constantemente reinventada.

Amarante (2006) afirma categoricamente que o manicômio caminha para sua extinção, devido a seu caráter arcaico de instituição fundada há mais de 300 anos e devido ao crescimento da rede substitutiva. Para o autor, a persistência das estruturas manicomialis, nos dias de hoje, está muito mais relacionada a fatores econômicos do que ao valor terapêutico ou social.

Segundo Rotelli (2001), a instituição que se tem questionado nos últimos anos não é o manicômio, mas sim a loucura. O autor discorda da divisão entre o período manicomial e o período atual, pois a própria essência da psiquiatria não mudou. Logo, seria

um equívoco acreditar que a era manicomial está concluída, correndo-se assim o risco de estabilizar uma luta que deve ser contínua e nisso permitir o retorno camuflado de práticas manicomialis. A instituição a ser negada, referente à proposta de Franco Basaglia

[...] era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: “a doença”, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto ‘periculosidade’. (ROTELLI, 2001, p.92)

Para Rotelli (2001), a desinstitucionalização coincide com uma reconstrução da complexidade do objeto, antes radicalmente simplificado pela psiquiatria. Esse novo objeto emergente pede por uma nova instituição à sua altura: que esteja sempre em definição, e que seja sempre inventada e nunca dada. Uma falsa desinstitucionalização mantém o antigo objeto, alterando apenas as formas e os modos de gestão, maquiando-as superficialmente. A verdadeira desinstitucionalização seria um processo de reorientação prática-crítico às instituições, saberes, estratégias e intervenções na direção desse novo objeto. (ROTELLI, 2001)

Com um novo objeto, surge também uma nova problematização a caminho da singularização: ao invés da cura buscar a emancipação, ao invés da reparação proporcionar a reprodução social. A desinstitucionalização se empenha na criação de oportunidades e possibilidades para o louco. Nesse caso não há necessidade de ambulatórios, mas sim de laboratórios, no sentido de produção, de experimentação, de inovação. Colocar a doença entre parênteses não significa negá-la, e sim dar lugar à existência da pessoa. O objetivo e a prática da *instituição inventada* é a produção da vida, a reprodução social, é reconstruir sentidos, produzir valor, tempo, trocas, é reingressar no corpo social. O trabalho de desinstitucionalização que busca reconstruir as pessoas como atores sociais,

para impedi-las de sufocar sob o estigma da doença, é o trabalho terapêutico. A instituição inventada se constitui de serviços que invadem o território social dinamizando a sociabilidade e produzindo sentido, interferindo na vida cotidiana onde há trocas plurais, que são terapêuticas. A intenção desses serviços é colocar-se como intermédios entre as trocas sociais, é aceitar a complexidade, a multiplicidade dos planos de existência, não reduzindo o sujeito à doença e sim reinscrevendo-o no corpo social. A instituição inventada, onde os sujeitos são plurais, deve ser feita de atravessamentos e de encontros. Tratar é transformar os modos de viver e de sentir o sofrimento do paciente para que sua vida também seja transformada. Na complexidade do novo objeto já não há mais lugar para análise, mas sim para novos projetos, invenções, através dos quais se pode transformar e obter conhecimento, considerando as singularidades dos indivíduos. (ROTELLI, 2001)

Acredito que o bom manicômio seja aquele vazio, o bom serviço seja aquele cheio. [...] Em um bom centro de Saúde Mental, as demandas se misturam, se cruzam, se multiplicam, como acontece num mercado (trocas). (Que este seja o melhor indicador de um bom serviço deriva da pergunta: se não, por que as pessoas iriam?) Não existe para mim um centro de saúde mental mais bonito do que um mercado no Senegal ou em Marrocos. Quero compreender melhor o porquê, mas é certo, existe o fato de que as classes sociais se misturam, trocam, os indivíduos se olham, jogam e trabalham (e podem ser também muito loucos). É um dos poucos lugares, um bom mercado, onde o corpo social se reconhece, existe inteiro e é difícil para todos fugir de seu turbilhonamento (do mercado e do corpo). Onde nos singularizamos através da participação. (ROTELLI, 2001, p.95)

A espacialidade dos novos lugares da loucura, interface da arquitetura com a saúde mental, tem reconhecimento e importância cada vez mais explícitos, seja nas esferas políticas, administrativas, sociais e acadêmicas. O estudo do espaço arquitetônico, como um conjunto expressivo capaz de revelar muito mais do que apenas fatores clínicos e funcio-

nais, tem encontrado uma crescente valorização nos processos de planejamento em saúde pública, sobretudo em saúde mental, área na qual buscam-se constantemente respostas novas do espaço para o desenvolvimentos de novas práticas.

Considerando que as mudanças na forma de conceber a loucura, ocorridas em âmbito filosófico, político e social no decorrer da história, sempre refletiram no ato de conceber um espaço construído, hoje, após diversas rupturas com o paradigma psiquiátrico/manicomial, não seria diferente. A reformulação radical na assistência ao portador de sofrimento mental se reflete nos espaços físicos onde se pratica a assistência, e novos caminhos arquitetônicos vêm surgido, revolucionando uma cultura secular manicomial. Se há uma busca pela implantação de *instituições inventadas*, inventadas também devem ser as suas relações com uma nova espacialidade.

A grande motivação deste trabalho está na busca pela compreensão de como o espaço responde às intenções e demandas inscritas no novo programa arquitetônico da assistência à saúde mental estabelecido após a Reforma Psiquiátrica. Se o programa se desdobra em projeto para que este se desdobre em um espaço físico, o grande desafio arquitetônico pós-Reforma, é expressar no espaço físico as novas concepções de tratamento da loucura, garantidas ao sujeito-louco como um direito.

Apesar de estabelecidos conceitos para os equipamentos substitutivos e seu funcionamento, o espaço físico não foi abordado na sua base normativa. Apenas em 2013, doze anos após a Lei da Reforma Psiquiátrica, surgiu, durante a elaboração deste trabalho, a primeira cartilha de diretrizes arquitetônicas para os serviços do CAPS. Antes disso, não existiam diretrizes arquitetônicas para desenvolvimento de lugares/espacos antimanicomiais dos novos serviços de saúde mental, não tinham sido indicados modelos e ti-

pologias arquitetônicas ideais, nem sequer se tinham definido ainda programas mínimos para as instalações físicas necessárias ao provimento da assistência.

Essa lacuna, deixada em aberto pela legislação da Reforma Psiquiátrica, foi a princípio interpretada como uma intenção de não criar um “novo modelo” para reprodução de forma generalizadora, mas, sim, como uma forma de buscar soluções particulares a cada equipamento, levando em consideração fatores sociais, econômicos e culturais da região na qual se insere, considerando sua singularidade e complexidade. Segundo Yasui (2006), para cada CAPS se estabelece um território singular que acolhe os territórios compostos por cada usuário. O autor afirma ainda que:

[Os novos serviços são] locais de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas e livres, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social. Lugares para articular o particular, o singular do mundo de cada usuário, com a multiplicidade, com a diversidade de possibilidades de invenções terapêuticas. E isso implica em desenvolver a cada demanda que se apresenta a cada usuário que recorre ao serviço, uma complexidade de estratégias que contemplem distintas dimensões do existir. (YASUI, 2006, p.139).

A singularidade, um dos princípios adotados pela nova perspectiva da saúde mental pode, também, ser incorporada à arquitetura. É importante a valorização e a utilização de referências do contexto local, como forma de favorecer a integração da instituição e de seus usuários à comunidade e ao espaço urbano onde se inserem. Revela-se, assim, uma proposta de “inversão” do esquema Panóptico, onde o ponto central perderia a sua função original de vigilância ou controle, dando lugar a um espaço de convívio e trocas. Os novos equipamentos procuram estimular o exercício da vida social, através da criação de espaços que favoreçam o encontro e as trocas sociais. (FONTES, 2003)

Segundo Carvalho (1999; 1999b), a arqui-

tetura, junto a outros saberes e práticas, pode atuar nos lugares da loucura num diálogo interdisciplinar. A autora salienta que a arquitetura pode contribuir na mobilização e na flexibilização do espaço existente e na criação de lugares de acolhimento que sejam diferentes daquele no qual o usuário é visualizado e imobilizado panópticamente, tal como nos espaços referidos por Foucault (2011b).

A espacialidade panóptica, mostra que o projeto político da vigilância e da repressão pode realizar-se através de um projeto arquitetônico. Mas, observamos, a arquitetura pode oferecer movimentos contrários a esse; no caso da Reforma Psiquiátrica, ela pode participar criando dinâmismos que permitam a transitividade do “paciente” à cidade, transitividade que se faz através de espaços poéticos: espaços pluridimensionais, sem os recortes que separam, hierarquizam e rotulam o indivíduo em função da sua fragilidade. (CARVALHO, 1999, p.118)

A proposta de singularização de cada equipamento, no entanto, gerou uma grande dificuldade na concepção e implantação desses novos equipamentos da loucura na cidade. Considerando a relação loucura e cidade como analisador do processo de desinstitucionalização, o espaço dos serviços substitutivos ao manicômio na cidade, exige uma localização que, na intenção de evitar a indesejada repetição de um lógica manicomial, não afaste nem isole o louco dos territórios urbanos, do convívio com a sociedade e que não venha a privar-lhe novamente seus direitos e dignidade. Tal espaço deve surgir como possibilidades de encontro, circulação e reapropriação do espaço não só pelos usuários, mas por toda a comunidade. Um dos riscos que se corre é a implantação do serviço fora dos territórios acessíveis e centrais, de modo que eles não se comuniquem com a rede de saúde e com a rede de equipamentos urbanos, e se tornem de acesso difícil. Nesse caso, o serviço perde força de integração espacial com a própria cidade e deixa de criar laços com as redes às quais o usuário adquiriu como direito. A permeabili-

dade do serviço está estreitamente vinculada à sua implantação física e territorial na cidade, que vem contribuir estrategicamente para o cumprimento da proposta de reinserção e integração social no espaço urbano.

Outro risco da indefinição na legislação, com relação aos aspectos arquitetônicos, é o retorno de um modelo arquitetônico manicomial, fechado em si, reproduzindo ainda os mecanismos do dispositivo asilar, de controle e vigilância, constituindo-se de uma barreira entre o espaço construído e vivido pelos usuários e o próprio contexto urbano onde se insere, impedindo a permeabilidade e as trocas possíveis.

Arquitetonicamente, a Reforma Psiquiátrica tem se manifestado de forma peculiar em cada serviço implantado, os quais têm procurado adaptar suas instalações às novas formas de tratamento por ela preconizadas, a partir de suas demandas e especificidades espaciais. A maioria dos serviços da rede de saúde mental criados até hoje estão instalados em edificações pré-existentes, alugados pelos governos municipais e adaptados para esse novo fim. Um outro risco da ausência de maiores diretrizes arquitetônicas na legislação é a escolha de edifícios cujos espaços físicos não deem conta da demanda de usuários e atividades ali propostas, limitando a capacidade de acolher, cuidar e oferecer atividades terapêuticas e recreativas de forma adequada.

Como afirmam Carvalho e Amarante (1996), para que não se acabe retrocedendo a um modelo manicomial, é necessária uma constante avaliação dos serviços de saúde mental. Segundo os autores, no atual contexto, há poucos trabalhos que valorizam o *locus* cotidiano como fonte de análise:

Deparamo-nos com a premissa de que é necessário realizar desenhos de avaliação dos novos serviços de saúde mental a partir do estudo de caso em unidades dos mesmos, privilegiando as análises qualitativas que considerem a complexidade do objeto, a fim de detectar quais os novos conceitos e práticas produzidos nestes serviços que se diferenciam dos modelos as-

sistenciais excludentes. (CARVALHO E AMARANTE, 1996, p. 80)

Os autores propõem que, para além do paradigma científico, sejam elaboradas avaliações que se configurem em mapas das relações e dos acontecimentos que ocorrem nesses serviços, levando em consideração mais os fatores qualitativos do que quantitativos. Nesse caso, se faz necessário que o pesquisador interaja com o seu objeto de pesquisa, a fim de que seja possível observar alguns estranhamentos. Segundo os autores, ao invés da utilização de indicadores clássicos, se propõe construir indicativos que poderiam servir mais como “termômetros” de um serviço que tem como meta a inclusão dos sujeitos que dele demandam.

Entendendo a urgência de se olhar para essas novas modalidades públicas de atenção que estão sendo desenvolvidas no país, cuja implantação vem se expandindo desde 2001, após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, faz-se necessário direcionar olhares, sejam eles da própria área da saúde, sejam eles de outras esferas do saber, que possam contribuir para avaliar o serviço. A arquitetura dá a sua contribuição através do olhar ao espaço físico destinado ao serviço de saúde mental e das relações que se estabelecem nesse espaço.

Compreendendo que, de fato, estamos no meio de uma transformação paulatina da concepção de lugares da loucura, objetiva-se investigar os espaços já propostos no processo de desinstitucionalização para problematizar a conexão do espaço físico com as novas perspectivas da Reforma Psiquiátrica. No próximos capítulos, serão apresentados os estudos de caso desta pesquisa, que se situam em duas esferas distintas desdobradas uma sobre a outra, através da problematização do espaço construído e do espaço social da cidade como lugares da loucura na contemporaneidade.

LUGARES DA LOUCURA:  
UMA CONCHA,  
UMA **CASA**, UM **CAIS**

4





No Estado do Rio Grande do Sul, como vimos, os primeiros registros de cuidados psiquiátricos sistemáticos e institucionalizados remetem à inauguração do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em 1884. A criação do Hospital fez parte de um processo de saneamento e regulamentação social da cidade e, apesar de ser o marco da história da saúde mental no estado, sua intenção imediata era erradicar da paisagem os sujeitos desviantes da norma, deslocando para detrás dos muros todos os que tivessem desvio de conduta. Mais de um século se passou depois da criação do HPSP, e o cenário da loucura e seu tratamento no estado mostra poucas mudanças, mantendo as internações como única alternativa.

Foi na década de 90 que o Rio Grande do Sul entrou em cena na luta pela desinstitucionalização, tornando-se pioneiro na Reforma Psiquiátrica brasileira. Nesse período surge o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, movimento social antimanicomial constituído em 1991, por trabalhadores, usuários e familiares, protagonistas do histórico de lutas pela inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico e pelo fim dos manicômios e hospitais psiquiátricos.

Em 1992 aconteceu a I Conferência Municipal de Saúde Mental da Cidade de Porto Alegre, com a presença maciça de trabalhadores, usuários e prestadores de serviços de saúde mental, contando com um total de 1050 delegados inscritos. Dessa conferência resultou o primeiro Plano de Saúde Mental, referenciado teoricamente pelas ciências sociais, pela saúde coletiva, pela psicanálise, pela psiquiatria social e democrática, esferas do saber que propiciaram as condições necessárias para um trabalho efetivo, eficaz e de impacto em saúde mental. (CARVALHO DA SILVA, 2004b)

O Plano de Saúde Mental propôs, para a cidade de Porto Alegre, a organização dos serviços públicos em saúde mental, respeitando as peculiaridades de cada distrito:

uma rede de serviços resolutive, hierarquizada e integrada nos vários níveis de complexidade, a contemplar ações de atenção integral à saúde pela equipe de saúde nas unidades de saúde, nos serviços especializados, nos prontos atendimentos, nas emergências, nos leitos em hospitais gerais, nas oficinas e nas moradias. A intenção do Plano de Saúde Mental era criar um sistema que, funcionando integradamente, provocasse uma mudança no modelo assistencial vigente, revertendo a tendência hospitalocêntrica. (CARVALHO DA SILVA, 2004b)

Ainda no ano de 1992, a Assembleia Legislativa do estado promulgou a Lei da Reforma Psiquiátrica, cujo relator foi o então deputado estadual Marcos Rolim. A Lei Estadual nº 9.716, dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental e inclui regras de proteção aos portadores de sofrimento psíquico. A lei determinou a extinção dos manicômios pela sua gradativa substituição por uma rede integrada e por variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social.

Em 1993, o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul lança os princípios norteadores do Projeto São Pedro Cidadão, o qual tem a deliberação política de sua realização em 1999. Desde então, vêm se implementando diversas estratégias em busca de efetivar a Reforma Psiquiátrica para os internos que ainda se mantêm na instituição, de forma dependente dela. O São Pedro Cidadão propôs mudanças estruturais no que, historicamente, foi o grande manicômio do Estado do Rio Grande do Sul, símbolo do encarceramento da loucura, da exclusão dos associaais, e palco de todos os movimentos de reforma vividos pela assistência psiquiátrica em mais de um século de existência. Dentre essas estratégias, encontram-se os residenciais terapêuticos (RT) que são construídos em um terreno aos fundos do antigo Hos-

87. Hoje, este serviço está instalado de forma independente na cidade, em uma casa, sem ligação direta com qualquer unidade de saúde.

pital, onde, nos anos 70, havia se instalado um assentamento ilegal, a Vila São Pedro, ou Vila Cachorro Sentado, como é popularmente conhecida. Lá foram construídos 36 residenciais terapêuticos, que possibilitaram a inclusão de 144 moradores no projeto, com proposta de ampliação. As residências foram destinadas tanto a ex-internos do hospital psiquiátrico quanto a moradores, visando à reurbanização deste ponto da cidade e sua legitimação, e auxiliando também a entrada da loucura neste ambiente. Nesta mesma vila, no ano de 2000, fundou-se uma associação de reciclagem de lixo, da qual participam internos, ex-internos e moradores da comunidade, que “se unem na captação, triagem, enfardamento e venda de uma parte do lixo reciclável de Porto Alegre, na busca de também reciclar suas vidas desgastadas, com novos modos de conviver.” (COSTA, 2007, p.116).

O primeiro serviço em âmbito municipal em saúde mental de Porto Alegre foi a Pensão Pública Protegida Nova Vida, iniciando suas atividades no ano de 1990, em um esforço de não deixar reingressar na internação psiquiátrica pública um grupo de 50 cidadãos que perderiam seu vínculo de usuários em uma clínica privada pelo descredenciamento com a previdência social. Na sequência, a década de 90 viu surgirem os Centros de Atenção Integral à Saúde Mental (CAIS Mental) para dar conta dos níveis mais complexos de atendimentos aos portadores de sofrimento psíquico. O CAIS Mental, em 2002, foi amparado pela lei federal da Reforma Psiquiátrica, sendo classificado como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Surgem também as Oficinas vinculadas ou não aos CAIS Mental e Moradias Protegidas, distribuídas nos distritos com demandas específicas para este tipo de serviço. O primeiro CAIS Mental de Porto Alegre é inaugurado no Distrito Sanitário 4, na Vila Cruzeiro, região de periferia e protagonista das lutas por saúde na capital. O CAIS Mental 4 (atual CAPS Cais Mental Cruzeiro) ocupava a área física de

uma grande unidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, hoje conhecido como Postão da Vila Cruzeiro<sup>87</sup>. Do serviço Pensão Pública Protegida Nova Vida, resultou, entre 1996 e 1997, a atual Oficina de Geração de Renda-GerAção POA e o Centro de Atenção Integral à Saúde Mental do Distrito Sanitário nº 8, reconhecido pelas atuais normativas nacionais como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). (CARVALHO DA SILVA, 2008)

## UM CAIS COMO METÁFORA

Resultado de um processo iniciado em 1990, o CAPS Cais Mental Centro<sup>88</sup>, na época, denominado CAIS Mental 8<sup>89</sup>, surge em 1996, produto do desmembramento da equipe da Pensão Pública Protegida Nova Vida, criada para abrigar portadores de sofrimento psíquico que vinham de uma instituição privada que havia se descredenciado do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A Pensão Protegida acabou dividindo-se para gerar outros serviços que pudessem ser mais que apenas abrigo e moradia, e que pudessem se oferecer como uma soma à função de atenção e cuidado.

Desse movimento surge o Cais, concebido com base nas contribuições da psicologia social, atravessado, também, pelas contribuições da psicanálise. Na vertente da Reforma Psiquiátrica, o serviço foi criado de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, a qual regulamenta todos os serviços de saúde mental no país. Com as mudanças dos parâmetros dessa portaria, o serviço readequou-se à Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, sendo definido, portanto, como CAPS II, considerando seu porte, complexidade e abrangência populacional.

Este serviço, definido a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil, se configura como um dispositivo aberto e comunitário de atendimento, que compõe e se articula com outros serviços da rede de saúde mental, substitutivo ao modelo asilar. Sua principal característica é constituir novas formas de acolher e de acompanhar os sujeitos com transtornos mentais graves em sua área territorial, com o objetivo de delinear possibilidades para que esses sujeitos possam estar em relação com o espaço da cidade e com os seus contextos sociais. Nessa perspectiva, o CAPS atua nos territórios, entendidos não somente como espaços geográficos, mas sim territórios formados por pessoas, instituições, por cenários nos quais a vida cotidiana de usuários e seus

familiares se desenvolve, constituindo-se assim como um “lugar” na comunidade. Lugar de referência, de cuidado, promotor de vida, cuja missão é garantir o exercício da cidadania e a inclusão social dos seus usuários e suas famílias. (BRASIL, 2013)

Inserido na rede de saúde municipal, o CAPS foi criado com o intuito de realizar suas práticas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios da cidade e dos bairros. O cuidado é desenvolvido por intermédio de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada usuário, envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família. Os PTS, na medida em que acompanham o usuário em sua história, cultura, projetos, e vida cotidiana, ultrapassam, por conseguinte, o espaço do próprio serviço, envolvendo as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios. Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivos, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias, e podem acontecer tanto no espaço físico do CAPS como nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas. (BRASIL, 2013)

O CAPS Cais Mental Centro é formado por uma equipe transdisciplinar composta por terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, nutricionistas, além de profissionais que atuam em serviços como portaria, secretaria, administração e serviços gerais. O quadro de funcionários é formado majoritariamente por mulheres.

A população atendida varia em torno de 220 pessoas que estão distribuídas entre atendimentos intensivos e semi-intensivos.

No Cais, são promovidas diferentes modalidades de atendimento, seja em nível ambulatorial, seja em regime de atenção diária. Ao ingressar no serviço o usuário é recebido pela ação de acolhimento inicial, que consiste no primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada pela rede básica

88. Cais (Centro de Atenção Integral à Saúde) Mental Centro (por estar localizado no Distrito centro da cidade de Porto Alegre, território que deve ser referência para o atendimento da população com transtorno mental grave).

89. Por localizar-se no oitavo Distrito Sanitário da cidade de Porto Alegre.

de saúde, incluindo as situações de crise no território. O acolhimento consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade do sujeito e familiares que buscam o serviço e visa direcionar as demandas, construindo um vínculo terapêutico inicial ou, caso necessário, conduzir ao acesso a outros serviços.

A partir do acolhimento inicial, diferentes modalidades incorporam projeto de reabilitação psicossocial, que é construído desde cada sujeito e para cada um em particular. A estruturação de um plano terapêutico individual articulado, considerando, em cada caso, as potencialidades e limitações psíquicas, familiares e sociais, convertendo-se, assim, em uma peça fundamental para o desdobramento de uma clínica que considera o singular de cada sujeito e sua articulação no social, no coletivo, com a cidade. Para tanto, diversos e diferentes dispositivos são criados, inventados e reinventados cotidianamente, a partir da escuta de cada novo usuário. (CARVALHO DA SILVA, 2004)

Levando em conta a necessidade de um atendimento intensivo e semi-intensivo, foi implantado o CAD – Centro de Atenção Diária, espaço protegido, que funciona em regime de turnos, e acompanhado por equipe interdisciplinar. Nesse espaço os usuários integram-se a atividades durante o dia, participam das atividades e fazem suas refeições, retornando à noite aos cuidados de seus familiares em casa ou para a instituição que os esteja abrigando. (CARVALHO DA SILVA, 2004b)

A intervenção terapêutica se dá em diversas modalidades de atendimento, seja individual ou de grupo. O oferecimento das diversas oficinas se apresenta estrategicamente como atividades a serem realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários, bem como o favorecimento da percepção corporal, da autoimagem, da coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de constru-

ção de autonomia, promoção e prevenção em saúde, além de favorecer a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura (BRASIL, 2013). Atualmente o CAPS Cais Mental Centro promove diversas oficinas terapêuticas e de expressão, entre elas estão as oficinas de jogos, culinária, vídeo, música, canto, imagens, escrita, expressão plástica, expressão corporal, oficina de beleza, de bonecos, circulação e futebol.

A Assembleia dos Usuários é outra atividade desenvolvida no CAPS. Um espaço democrático, de participação livre, realizado semanalmente, que caracteriza-se por ser um espaço onde todos os usuários são convidados a participar, podendo opinar e contribuir com sugestões sobre o dia a dia do serviço e demais atividades da saúde mental. A assembleia remete a um espaço democrático no qual todos os participantes têm o direito de fazer o uso da palavra.

Segundo Raione (2012), a prática cotidiana de trabalho no CAPS Cais Mental Centro é guiada por um projeto construído coletivamente que estabelece pontes com o território e com a comunidade local. Nesse sentido, o serviço estabelece parcerias tecidas no território e na cidade, buscando dialogar com o fora da instituição, oxigenando a estrutura do CAPS que se propõe porosa e em direção ao que a cidade oferece, constituindo assim uma espécie de tentáculo para o social. Nesse âmbito o serviço busca estabelecer ações intersetoriais que abranjam a cultura, lazer, educação e trabalho. Como destaque na realização dessas intenções, o CAPS Cais Mental Centro conta com o Projeto Insere, que consiste em um programa de acompanhamento em Reabilitação Psicossocial dos sujeitos atendidos nos serviços de saúde mental de Porto Alegre, que, desde 2002, efetua a construção de parcerias com instituições públicas ou privadas, visando obter qualificação, reinserção no mercado formal de trabalho, lazer e educação em diferentes níveis de



complexidade. (RAIONE, 2012)

Segundo Raione (2012), todos esses dispositivos terapêuticos surgem para transformar o antigo modelo asilar e hospitalocêntrico da atenção psiquiátrica. Cada serviço de saúde mental, dependendo da cidade e do estado onde se encontram, desenvolve seu próprio modo de funcionamento. Em equipe, vai se construindo um *modus operandi* singular, composto pelos referenciais nos quais o grupo de trabalhadores acredita, o modo como se dá o acolhimento dos sujeitos que buscam atendimento, o trabalho com familiares e com a comunidade do território em que o serviço se localiza.

Entretanto, apenas um outro lugar físico, uma casa, ou uma equipe menor não garantem que a atenção psicossocial não se transforme numa prática fechada em si, reproduzindo ainda os mecanismos do dispositivo psiquiátrico. Na atual política de saúde mental, ainda é possível que a rede de cuidados, ao propor-se como usuário-centrada, corra o risco de tornar o usuário cercado por um emaranhado de serviços que acabem por eliminar a singularidade dos sujeitos aos quais se pretende atender, de maneira que se torna um desafio escutar suas vozes, discernir suas demandas, e seu desejo. Entende-se que os novos equipamentos que vêm substituir os manicômios estão inseridos numa Reforma Psiquiátrica que se dá cotidianamente, na invenção e reinvenção de modos anti-manicomiais de atenção, que vão depender, sobretudo, da prática de uma atenção que esteja voltada para o acolhimento dos sujeitos loucos, de sua singularidade, e que vá ao encontro da ampliação de possibilidades para a existência louca nos diversos territórios sociais. Portanto, o CAPS não se findaria em si mesmo como alternativa ao modelo manicomial, mas, sim, deveria ser entendido como um serviço de referência, de passagem, de travessia, não como único lugar do louco na cidade, mas, ao contrário disso, como um serviço aberto e poroso, que seja capaz de

irradiar possibilidades de laços para além do serviço, do seu espaço interior, do seu espaço arquitetônico.

O nome do CAPS que é objeto deste estudo foi escolhido no momento em que foi concebido e, como na década de 90 não havia ainda a determinação ministerial de se padronizar o uso do nome e da sigla CAPS no território brasileiro, elegeu-se a sigla CAIS (Centro de Atenção Integral à Saúde), seguida da palavra Mental, por se tratar de um dispositivo da rede de serviços em saúde mental.

Naquele momento, entendeu-se que o nome Cais portava a potência de ser utilizado também como metáfora, como um lugar onde aportar e de onde partir, um porto, um espaço de ancoragem e de passagem, de travessia, ponto de referência numa travessia difícil, que requer acolhimento, que possibilite o ir e vir, facilitando a ampliação dos horizontes sociais de cada sujeito que ali buscasse acompanhamento. Assim, quando a denominação CAPS foi incorporada à política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde, a equipe do Cais resolveu, em virtude de seu sentido metafórico, manter associada a ela a antiga nomeação, de tal modo que o nome ficou: CAPS Cais Mental Centro. (RAIONE, 2012)

## UMA CASA

Antes mesmo que a arquitetura se encontrasse com as novas propostas e demandas das políticas e lutas antimanicomiais, contextualizadas no fim do século XX e marcadas pela Reforma Psiquiátrica que impulsionou a criação de outros lugares possíveis para o tratamento da loucura e do louco, foram os próprios protagonistas deste cenário de mudanças em relação aos cuidados em saúde mental que se depararam com a problemática, então emergente, do espaço. Com o imperativo de desconstrução do modelo manicomial de assistência, que se desenvolveu no interior de uma arquitetura definida e consagrada como lugar exclusivo da loucura, os sujeitos envolvidos na desafiadora tarefa de criar novas possibilidades para a existência do louco iniciam uma busca por espaços inseridos na dinâmica da cidade, onde a loucura pudesse ter lugar para sua assistência, e voz para exercer seu direito à cidadania e à convivência em sociedade. Sem que os novos lugares tivessem sido idealizados em sua base normativa, em uma dimensão formal e funcional arquitetônica, não se pôde saber ao certo, a princípio, que lugar seria este, e que arquitetura poderia traduzir esse novo programa elaborado para a saúde mental. No entanto, sabia-se o que não se queria: a continuidade ou a repetição dos antigos modelos da prática em saúde mental e de uma arquitetura que lembrasse ou que se aproximasse das ideias de manicômio, prisões, hospitais, ambulatórios e até mesmo unidades de saúde. Sob essa perspectiva e, na impossibilidade de propor novos espaços construídos, de uma arquitetura planejada para o fim a que se propunha, grande parte do movimento defendeu, para a implantação dos novos serviços, um tipo de arquitetura que, afastando-se das formas e da escala institucionais, aproximava-se de uma escala menor e mais humana e das formas mais acolhedoras das arquiteturas residenciais. Desse modo, através de uma arquitetura de caráter residencial, menor peça do jogo que compõe

a cidade e que se acomoda nesta sem o alvoroço de um palácio manicomial, buscou-se desfazer a imagem estigmatizada dos lugares da loucura como monumentais, incomuns, segregados, lugares fechados, burocratizados e exclusivamente clínicos ou ambulatoriais. A arquitetura da casa, residência unifamiliar, assume, a partir de então, a tarefa de acolher a nova função e o novo público, e de dar vazão ao funcionamento de um novo equipamento de saúde mental nas cidades em todo o país.

Uma casa (do latim *casa*) ou uma residência (do latim *residentia*) é, no seu sentido mais comum, uma construção humana, cuja função é constituir-se de um espaço de moradia para um indivíduo ou conjunto de indivíduos, de tal forma que os protejam dos fenômenos da natureza, como o vento, a chuva, o calor e frio, além de servir de refúgio contra ataques de animais ou outros indivíduos. A residência corresponde ao arquétipo da habitação, referente ao ato de morar e às suas várias possibilidades e configurações, ao passo que a casa é entendida como o objeto da moradia.

Entretanto, ultrapassando o sentido de abrigo, a casa também se define como uma construção cultural inserida em uma determinada sociedade. A imagem da casa está tradicionalmente associada à ideia de família, visto que a palavra muitas vezes costuma ser usada com esse significado. Uma visão também tradicional e conservadora a respeito da estrutura de uma sociedade considera a família como sua unidade fundamental, enquanto que a casa corresponderia à unidade fundamental de uma cidade.

Com o advento da Modernidade e da economia capitalista e de produção, sustentada pela força do trabalho, o indivíduo foi extraordinariamente afastado de sua casa. O homem passa a vivenciar longos períodos do dia, como enunciavam os urbanistas da Carta de Atenas, trabalhando, recreando ou circulando pela cidade. Esta prática urbanística

de fragmentação da cidade e da sua especialização acabou por fundar uma nova relação do próprio corpo, com a cidade e com a casa, lugar ao qual se passou a reservar a mera função de dormir. Apesar dessa separação, ainda que esteja cada vez mais afastado do significado de morar, o lar sempre foi considerado uma referência de identidade para o sujeito.

### O SENTIDO ANCESTRAL DE HABITAR E A POÉTICA DA CASA

O termo “lar”, ainda que possa ser considerado um sinônimo de “casa”, tem uma conotação muito mais profunda, quando apresenta um significado mais afetivo e pessoal: é a casa vista como o lugar próprio de um indivíduo, onde este encontra a sua privacidade e onde a parte mais significativa da sua vida pessoal se desenrola.

Investigando a etimologia da palavra “lar”, Fuão (2010), a partir da leitura do livro *A cidade antiga*<sup>90</sup>, de Fustel de Coulanges, nos conta que a origem e o significado da palavra lar estão diretamente associados ao fogo sagrado. Todas as casas gregas ou romanas possuíam um altar sobre o qual mantinha-se sempre uma chama acesa. Esta era uma obrigação de cada dono de casa, para que, assim, o fogo se conservasse dia e noite. Se o fogo fosse extinto, significaria a extinção do lar, a extinção da família.

Na Grécia e Roma antigas os mortos eram enterrados no interior da casa, e essa prática estabelecia a relação entre o culto dos mortos e o lar, entre a tradição, a família e a propriedade privada. As almas humanas, divinizadas pela morte, eram consideradas pelos gregos como demônios ou heróis, e os latinos, por sua vez, as chamavam *lares, manes, gênios*. O lar, então, era o fogo sagrado que personificava os espíritos dos antepassados, que encarnava os mortos, as raízes da família. O lar possuía um caráter divino: era adorado, cultuado, dirigiam-lhe preces para

dele conseguirem saúde, riqueza e felicidade, e davam-lhe como oferendas: flores, frutas, incenso, vinho. O lar, portanto, era o deus oculto, deus doméstico, o deus protetor da casa. O fogo mantido no lar, para o pensamento dos homens, era um fogo puro, casto, uma espécie de ser moral. (FUÃO, 2010)

Até hoje, em algumas línguas latinas podemos observar esse fenômeno. Em espanhol, a palavra *hogar*, designa tanto o lar como a lareira, e, em português, o termo “lareira” é formado a partir da palavra “lar”. Por isso ainda encontramos expressões que dizem que a lareira é o coração da casa. O lar, como coração da casa, nos traz a imagem do oculto, do guardado, daquilo de mais íntimo que deve ser preservado, uma interioridade. Segundo o arquiteto Aldo Van Eyck (apud FUÃO 2010)<sup>91</sup>, habitar a sua casa é habitar seu próprio espaço interior e seu tempo, e assim se pode habitar qualquer espaço com o qual se estabeleça um laço afetivo. Logo, o mundo habitável é aquele que se tem na mente.

Gaston Bachelard, em seu livro *A Poética do Espaço* (1978), afirma que, antes de mais nada, a casa possui a função de cobrir e do proteger. Ela é para o homem uma esfera ordenada, na qual o caos do mundo exterior está sob controle, e o acaso fica do lado de fora. A casa, assim, representa para o homem uma profunda constância:

A casa, na vida do homem, afasta contingências, multiplica seus conselhos de continuidade. Sem ela, o homem seria um ser disperso. Ela mantém o homem através das tempestades do céu e das tempestades da vida. Ela é corpo e alma. É o primeiro mundo do ser humano. Antes de ser “atirado no mundo”, [...] o homem é colocado no berço da casa. (BACHELARD, 1978, p. 201)

Os espaços da intimidade proporcionados pela casa se caracterizam por uma atração primitiva, um sentimento da vida ancestral que a casa transmite ao homem. Esse sentimento é o bem-estar do abrigo, do refúgio, onde o homem pode fechar-se sobre

90. COULANGES, Fustel. *A cidade antiga*. São Paulo, Martins Fontes Editora. 1981. 480 p.

91. VAN EYCK, Aldo. *La interioridad del tiempo*, em Jencks, C.; Baird, G.; *El significado en arquitectura*, Madrid, Hermann Blume, 1975, p.187.

si mesmo, recolher-se, esconder-se, ocultar-se. Bachelard cita o pintor Vlamincck, que, vivendo em sua casa tranquila, escreve: “O bem-estar que experimento diante do fogo, quando o mau tempo desencadeia tempestade, é todo animal. O rato na sua toca, a raposa em seu covil, a vaca no estábulo devem ser felizes como o sou”. (VLAMINCK, 1931, p. 52 apud BACHELARD, 1978, p.256)<sup>92</sup>

Entretanto, Bollnow (2008) afirma que, para além de uma necessidade primitiva de abrigo, a casa mantém um certo caráter de sacralidade, sentido diferentemente por cada pessoa: “a construção começa quando do espaço caótico é recortado um determinado território, que se distingue do mundo restante como um território sagrado” (BOLLNOW, 2008, p. 153). Assim, para o homem, a casa se encontra no centro do mundo, demarcando o território do que é próximo e do que é familiar. Na vastidão infinita do espaço, possuir um ponto de referência fixo é uma condição para a existência. A este centro todos os seus caminhos são referidos, do qual se parte, e para o qual se retorna. Para o autor a casa é o centro de qualquer distância.

Nesse sentido, cada construção de casa é, para o ser, um canto no mundo, ela é o primeiro universo, um verdadeiro cosmos em meio ao caos. Segundo Bachelard (1978), uma vez abrigado, o ser vive a casa em sua realidade bem como em sua virtualidade, através dos pensamentos e dos sonhos. As imagens da casa estão no ser, assim como o ser está na casa. Ao evocar as suas lembranças, acrescentam-se a elas valores oníricos e afetivos, capazes de traduzir a poesia do espaço através dos valores que marcaram o homem em sua profundidade. “O espaço compreendido pela imaginação não pode ficar sendo o espaço indiferente abandonado à medida e reflexão do geômetra. É vivido. É vivido não em sua positividade, mas com todas as parcialidades da imaginação.” (BACHELARD, 1978, p.196). O autor destaca, então, a casa como um espaço vivido e concre-

to e o diferencia completamente do espaço matemático e abstrato: “Nessa comunhão dinâmica do homem e da casa, nessa rivalidade da casa e do universo, estamos longe de qualquer referência às simples formas geométricas. A casa vivida não é uma caixa inerte. O espaço habitado transcende o espaço geométrico.” (BACHELARD, 1978, p.227).

A casa, à primeira vista, não deixa de ser um objeto que possui uma geometria rígida. Arquitetos, sobretudo, são sempre tentados a analisá-la racionalmente, afinal, a sua realidade primeira é visível e tangível. É feita de volumes, paredes, vigas, pilares... elementos sobre os quais predomina a linha reta. Para Bachelard (1978), tal objeto geométrico deveria resistir a metáforas que acolhem o corpo e a alma humana, mas a transposição ao humano se faz imediatamente, desde que se tome a casa como um espaço de conforto e intimidade. Abre-se, então, fora de toda a racionalidade, o campo do onirismo.

Mesmo que tenhamos passado já por um período (e talvez continuemos nele) em que a crença nos valores da máquina tenha sido explorada universalmente em todas as esferas do saber, sobretudo na arquitetura, incidindo, no início do século XX, diretamente sobre o projeto da casa com o conceito de “máquina de morar” corbusiana, é possível sentir logo que essa expressão carrega um caráter desmedido, que a vida humana no interior de tal espaço não encontra garantias de morada para si, no seu mais íntimo sentido ancestral ou poético.

A habitação humana não se deixa desintegrar na racionalização do mundo técnico moderno. Muito mais, permanecem nela certos restos indissolúveis da vida arcaica, que não são mais compreensíveis a partir de um pensamento objetivo, racional. A casa das pessoas é ainda um território santificado. (BOLLNOW, 2008, p. 149)

Bollnow (2008) reafirma que habitar é a forma como o homem vive em sua casa. Num sentido mais amplo, o homem habita

a sua casa assim como habita a cidade. Esse habitar, porém, não significa apenas estar ou encontrar-se em um lugar, muito antes, significa sentir-se em casa, apropriar-se, criar raízes. Logo, habitar não é estar passivamente em um lugar, habitar pressupõe criar sentidos, criar relações, desdobramentos e aprofundamentos na espacialidade onde se inscreve o homem. Habitar é uma experiência de amorosidade, de afetividade, é um processo de imaginação. O ato de habitar não se resume somente à casa como objeto de construção. Para Bachelard (1978), todo e qualquer espaço que for verdadeiramente habitado trará consigo a noção de casa. O habitar pode situar-se no espaço arquitetônico sempre que se privilegiar o ser que habita.

Mas é na direção do habitar um espaço, diz Bollnow (2008), que o homem dá início a um processo de delimitação de um território, produzindo um corte no caos capaz de criar um cosmos. O autor afirma que, para habitar, o homem deve, por força, dividir o seu mundo entre um exterior e um interior:

Com os muros que delimitam a casa, com os limites do território de habitação, surge no espaço vivenciado um elemento da inconstância [...]. O espaço se vê, agora, dividido em dois âmbitos cujo contorno é nítido. Com os muros da casa, um espaço especial, privado, se separa do espaço grande, geral, e assim um espaço interno se separa de um espaço externo. O homem [...] coloca esses limites do modo mais visível e direto nos muros de sua casa. Essa duplicidade de espaço interno e espaço externo é fundamental para a estrutura posterior de todo o espaço vivenciado, e mesmo para a vida humana. (BOLLNOW, 2008, p. 139)

Para Bollnow (2008), exterior e interior possuem um caráter inteiramente distinto um do outro. O espaço externo é o espaço da atividade no mundo em que se tem constantemente que superar as resistências e lutar contra os perigos e estar exposto a eles. Se o homem tivesse apenas esse mundo, permanecería em constante condição de fugitivo

acuado. Portanto, é condição para o homem medir forças com seu entorno, para criar um espaço distinto, diferenciado desse grande espaço de vastidão, onde possa silenciar e desligar sua atenção constantemente alerta e enfim recolher-se. A tarefa superior da casa é dar essa paz ao homem. Para o autor, para que o homem se mantenha no mundo e nele se realize, ele necessita um espaço de abrigo, tranquilidade e de paz, onde possa se recolher e se recompor das escoriações da luta com o exterior.

Entretanto, a partir dessa reflexão, não se deve entender que o homem tenha como condição a imobilidade no interior de seu refúgio, que esse seja seu objetivo e fim máximo. Bachelard (1978) ressalta que a casa não é só proteção externa, mas um símbolo da vida humana. Para Bachelard, o benefício mais precioso da casa é abrigar o devaneio, protegendo o sonhador, permitindo-lhe sonhar em paz. A casa se torna uma fortaleza sólida que encoraja o solitário a vencer seus medos. Contudo, a casa não somente interioriza calor e bem-estar, mas também propulSIONA um movimento para fora, dá aos seres humanos a firmeza e a força para se afirmarem no mundo. “Contra tudo, a casa nos ajuda a dizer: serei um habitante do mundo, apesar do mundo” (BACHELARD, 1978, p.227). Da vastidão do espaço, o homem se recolhe em um interior, para que possa dele sair e retornar ao mundo num movimento contínuo de ir e voltar. Nessa espacialidade as linhas e os muros já não apenas separam interior de exterior, mas eles os relacionam, produzem relações e posições em um espaço que não é dividido, rompido, mas sim contínuo.

## A DIALÉTICA ENTRE INTERIOR E EXTERIOR

Para Bachelard (1978), interior e exterior, apesar de formarem uma dialética cuja geometria evidencia os limites como barreiras, na verdade constituem sempre um mesmo dentro, ou, pela mesma lógica, sempre um



mesmo fora. Tanto o interior como o exterior podem ser íntimos, e estão sempre prontos a inverter-se, e mostrar também a sua hostilidade. Assim como um exterior sem interior pode ser imenso, aterrorizante, na mesma medida, o interior sem exterior também assim o pode ser; assim como o interior pode ser um sufocante aprisionamento, o exterior sem interior também pode ser uma prisão. Dessa maneira, interior e exterior, entendidos como absolutos, excludentes, dicotômicos, permutam sua capacidade de proporcionar o medo, a vertigem. Claustrofobia e agorafobia são medos que se originam da mesmaimensidão no ser, seja a do fora, seja a do dentro absolutos.

No entanto, Fuão (2008, inédito)<sup>93</sup> afirma que a oposição dentro x fora não é nunca absoluta, ao contrário, ela é sempre relativa ao contexto próximo entre o ser e o espaço.

Se estamos dentro de casa, na rua, na cidade, dizemos que estamos fora de casa. Se estamos na rua, na cidade, e olhamos para o céu, ou para o distante, ainda dizemos que estamos dentro, dentro de nossa cidade. Se estamos de viagem no exterior, dizemos que estamos fora de nossa casa, nosso país. Se estamos na terra, ainda que em sua superfície externa – aparentemente fora – mesmo assim dizemos que estamos dentro, dentro de nosso planeta. Assim estamos sempre dentro, desde que saímos da barriga da mãe até dentro do túmulo. (FUÃO, 2008, inédito)

Bachelard afirma que, se há uma superfície limite entre um tal interior e um tal exterior, essa superfície é sensível e dolorosa dos dois lados. “Então, na superfície do ser, nessa região onde o ser quer manifestar-se e quer esconder-se, os movimentos de fechamento e abertura são tão numerosos, tão frequentemente invertidos, tão carregados também de hesitação, que poderíamos concluir por esta fórmula: o homem é o ser entreaberto.” (BACHELARD, 1978, p. 342). O ser humano é uma superfície que também habita na superfície da superfície da Terra, na fina película habitável da crosta, e ele, também enquanto superfície, erra e desliza por outras superfícies

(FUÃO, 2008, inédito). Mas para assim poder deslizar precisa abrir-se, romper os limites, estabelecer uma passagem, rasgar uma fenda, projetar uma porta.

A interioridade é construída por uma relação de abertura, construída de fora por aquele que chega para o outro, de fora para dentro, para constituir assim o dentro, como muitas vezes parece atestar a construção da arquitetura. Sempre parece que construímos a edifício por fora constituindo o dentro, mesmo muitas vezes construindo de dentro para fora. Isso porque o nosso conceito de interioridade se dá a partir do fechamento do corpo, esse fechamento sempre é a pele, a exterioridade. A interioridade lateja na borda do outro. Se existe uma interioridade, uma interioridade das coisas, ela só pode estar mesmo fora, fora de si, quase ali no outro, só pode ser ar, neuma. Uma ansiedade do ar que mora no lar. (FUÃO, 2008, inédito)

Não existe casa ou interioridade sem porta. A porta é o elemento de comunicação, participação direta entre o dentro e o fora, o público e o privado, entre os diversos mundos dentro de mundos (FUÃO, 2014). A porta relaciona um dentro e um fora, um distante e um próximo. Assim como uma ponte, a porta conecta e também aparta, separa. É através da porta que o homem se apropria da casa, é através dessa abertura que lhe é permitido entrar e sair, exteriorizar-se e recolher-se. Uma casa fechada, sem porta, é um sepulcro, onde a vida não pode habitar.

Para Bachelard, a porta “é todo um cosmos do entreaberto” (1978, p. 342). Ela traz sempre consigo a imagem da hesitação, da curiosidade, do desejo, da tentação que brota no ser diante do desconhecido, do inimaginável. A porta é também o símbolo máximo do acolhimento e da hospitalidade. Essa abertura é também um convite ao outro, à entrada do estranho, do estrangeiro. Não existe casa sem porta. Enquanto que, pela janela, se pode observar a vida sem sofrer as intempéries, a porta nos torna observadores ao mesmo tempo que atores, implicados no movimento de entrada e saída que ela proporciona.

A casa, em seu processo de interiorização, representaria assim, o primeiro abismo da existência humana, a própria condição, o primeiro e eterno fosso a ser superado todo dia, diariamente, obrigando aos homens fazerem pontes, aberturas nas paredes, colocando portas – que se abrem e se fecham de acordo com os nossos desejos e necessidades – colocando janelas para que possamos observar, sem nos expor às intempéries ou aos olhares dos outros. Tudo isso para que possamos nos relacionar uns com os outros. Quanto mais interiorizo, quanto [mais] estabeleço uma cumplicidade, um segredo, um ocultamento, mais provooco o distanciamento, o abismo entre o eu e os outros lá fora. (FUÃO, 2008, inédito)

A porta constitui-se então como um lugar limite, uma borda, um umbral, uma fronteira. Sob este limite não se está dentro nem fora, e ao mesmo tempo dentro e fora. Tanto aberta como fechada, ela é sempre o anúncio de uma fissura, uma fratura na continuidade do espaço, é também como uma dobra.

## AS DOBRAS DA MATÉRIA E AS REDOBRAS NA ALMA

Segundo Fuão (2010), para entender a concepção da continuidade do espaço, é necessário encarar um conceito de espaço diferente do espaço clássico e moderno. A partir do Renascimento e do Humanismo, a existência foi colocada entre um interior e seu exterior, ao colocar o homem num plano material cartesiano, horizontal, onde a matéria se dividiria em partes até atingir sua porção menor: o ponto. Deleuze (2011), entretanto, propôs uma outra posição e compreensão do espaço, desconstruindo o conceito espacial cartesiano e até mesmo fenomenológico. Em sua obra *A dobra*, partindo das reflexões do filósofo Gottfried Leibniz, do século XVII, e da estética barroca, nos explica que não existe uma separação definitiva entre um dentro e um fora, ambos são modos de um mesmo espaço que se dobra e se redobra sobre si mesmo, configurando um sistema contínuo de dobras. Interior é também o próprio exterior dobrado e redobrado, e exterior é

interior, desdobrado. Assim, a questão do interior não se explicaria por uma fragmentação de partes diferentes, ela seria mais uma questão de superfície do que profundidade, que é mais uma questão periférica que de centralidade.

[...] um corpo flexível ou elástico ainda tem partes coerentes que formam uma dobra, de modo que não se separam em partes de partes, mas sim se dividem até o infinito em dobras cada vez menores, que conservam sempre uma coesão. Assim, o labirinto do contínuo não é uma linha que dissociaria em pontos independentes, como a areia fluida em grãos, mas sim é como um tecido ou uma folha de papel que se divide em dobras até o infinito ou se decompõe em movimentos curvos, cada um dos quais está determinado pelo entorno consistente ou conspirante. Sempre existe uma dobra na dobra, como também uma caverna na caverna. A unidade da matéria, o menor elemento do labirinto é a dobra, não o ponto, que nunca é uma parte, e sim uma simples extremidade da linha. (DELEUZE, 2011, p.18)

O espaço proposto por Deleuze é constituído por um número infinito de dobras, como se a matéria se desenvolvesse como uma esponja, repleta de dobras dentro de dobras, sempre um mundo dentro de outro mundo, assim como a estética barroca, que apresenta formas esponjosas, cavernosas, ou em forma de turbilhão, sempre tendendo a transbordar o espaço, para conciliar-se com o fluído. Deleuze afirma que o barroco remete a um traço, a uma operação de fazer dobras, e se diferencia por levá-las ao infinito.

A continuidade ininterrupta do espaço pode ser entendida como um grande papel dobrado onde há um encadeamento entre a dobra – menor parte da matéria – e todo o universo. Então é possível entender como “tudo está em tudo e reciprocamente”<sup>94</sup>, a parte está no todo, como o todo está na parte. Tudo é uma extensão de tudo e o que diferencia cada parte são as condições das pregas e vincos vizinhos e da pressão que elas exercem sobre os corpos, para sua conformação.

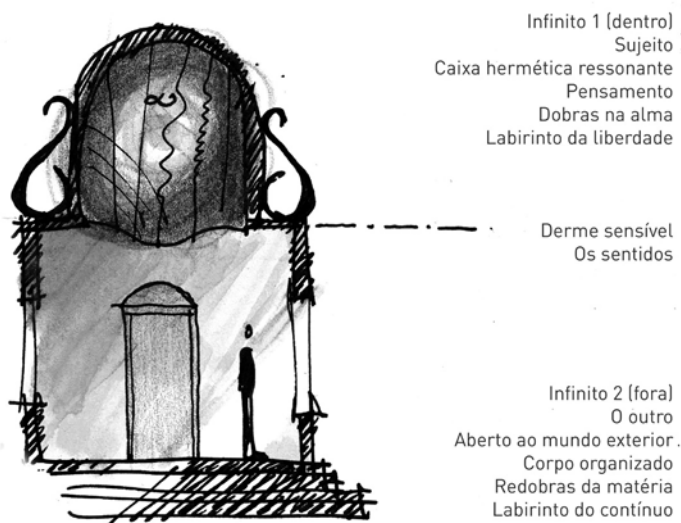
Assim, é possível conceber também a cidade se dobrando em porções menores de

94. Célebre frase atribuída a Blaise Pascal (1623-1662), contemporâneo de Leibniz.

território, que se dobram em bairros e suas ruas e becos, que se dobram em quadras, casas, com suas paredes, portas, janelas, clausuras, aberturas, e depois temos os quartos, a cama, e assim infinitamente pela porosidade da matéria. Nada é independente de nada, tudo se liga pelas dobras, pelas pregas, pelas redobras, como um grande receptáculo, um aquário, para a vida ali habitar.

A ideia da dobra articula de forma diferente as relações que se estabelecem no espaço tradicional cartesiano: relação horizontal-vertical, dentro-fora. Ao contrário do espaço da visão clássica, a dobra não privilegia mais a projeção planimétrica, mas uma curvatura variável. O ato de dobrar representa a passagem de um espaço efetivo para um espaço afetivo, ao passo que, ao dobrar-se, o espaço inclui um sujeito, e assim ganha um significado.

Para ilustrar a teoria da dobra como um componente da visão de mundo, um modelo espacial e de subjetivação, ou seja, da inclusão de sujeitos no mundo, assim como de mundos no sujeito, Deleuze (2011) se utiliza da alegoria de uma casa: a casa barroca (figura 112).



Segundo Deleuze, a casa barroca se constitui segundo dois infinitos, ou dois andares. No primeiro andar estão as redobras da matéria e, no andar de cima, estão as dobras na alma. O andar de baixo é aberto ao mundo exterior e se comunica com ele através de pequenas perfurações em sua vedações, em sua fachada. Ali, envolvidas pelas redobras da matéria orgânica e inorgânica, as massa e os organismos, estão também as almas de baixo: sensitivas e animais. O andar de cima é uma câmara escura, caixa hermética, totalmente fechada, mas que, segundo Deleuze (2011, p. 15), é “ressonante como um salão musical”, e abriga as almas que elevaram-se ao grau de almas racionais. Entre andares há uma separação feita por uma fina película, como uma derme sensível, que vibra ao passo em que há movimento no andar inferior. Essa derme funciona como uma tela sensível que se desenvolve a partir de uma série de dobras, cordas ou molas que assim compõem o andar superior: “salão que traduziria em sons os movimentos visíveis de baixo” (DELEUZE, 2011, p. 15). Essa vibração é a comunicação entre os dois andares, entre dois labirintos: o labirinto do contínuo e o labirinto da liberdade.

O elemento ideal da dobra é a inflexão, puro acontecimento da linha ou do ponto. Partindo da inflexão, chegamos a uma concavidade: um ponto que se encontrasse nessa concavidade não seria exatamente um ponto, mas um lugar, uma posição a que Deleuze se refere como ponto de vista. Da passagem da inflexão ao ponto de vista, acontece o que Deleuze chama de inclusão. Se algo se dobra, é para ser envolvido, para ser posto em outra coisa, para ser incluído em algo. A inclusão é “causa final da dobra” (DELEUZE, 2011, p. 44). Segundo Deleuze, o ponto de vista é agente da inclusão, não sendo ele o responsável por incluir. A inclusão tem uma condição de clausura ou de fechamento e o ponto de vista sozinho não basta para preencher, é necessário infletir, é necessário o espaço gerado

pela concavidade da dobra. O que preenche, o que ocupa o ponto de vista e em que a inclusão se faz é, para Leibniz, necessariamente uma alma, ou, como explica Deleuze, um sujeito: “é sempre a alma que inclui o que ela apreende do seu ponto de vista, isto é, a inflexão.” (DELEUZE, 2011, p. 45)

O mundo inteiro é apenas uma virtualidade que só existe atualmente nas dobras da alma que o expressa, alma que opera desdobras interiores pelas quais ela dá a si própria uma representação do mundo incluída. Vamos da inflexão à inclusão em um sujeito, como do virtual ao atual, e a inflexão define a alma ou o sujeito, isto é, o que envolve a dobra, sua causa final e seu ato acabado. (DELEUZE, 2011, p. 45)

Podemos comparar a exterioridade com o andar de baixo e a interioridade com o segundo andar da casa barroca. A casa barroca ilustra uma dobra especial, que se diferencia das redobras da matéria e dos organismos. Em cada casa, em cada dobra há um sujeito, que possui o mundo inteiro dentro de si, mas que é capaz de expressar apenas o que dele inclui com seu ponto de vista. A dobra estabelece uma noção de sujeito para com o mundo, nas suas relações de reciprocidade, sempre entre um dentro e um fora que estão sob a mesma superfície dobrada e redobrada. A noção de espaço trazida por Deleuze coloca o sujeito sempre como protagonista da produção do sentido do espaço, sem o sujeito, o espaço é apenas andar de baixo, espaço vasto e indiferenciado, espaço cartesiano.

Tanto a alegoria da casa barroca de Deleuze e Leibniz como o espaço poético da casa em Bachelard remetem a uma interioridade da arquitetura que, por sua vez, nos traz a questão do espaço e do habitar o espaço, habitar o mundo. Segundo Fuão (2010), para muitas culturas e religiões o interior sempre foi o espaço destinado a recolher e abrigar a interioridade humana, como um invólucro, uma cápsula dos sentimentos. Assim foi também, desde muito tempo, que se concebeu a ideia da habitação. O espaço interior da casa

foi, e ainda é, o lugar privilegiado da representação do indivíduo, da sua manifestação, da sua identidade, do seu recolhimento.

Para além de se realizar apenas em uma determinada tipologia ou um modelo de construção estritamente residencial, o significado da casa para o homem se estende a qualquer lugar habitável e por onde quer que ele vá. Habitar é mais uma condição de apropriação do espaço por um sujeito, como uma inflexão da dobra sobre seu ponto de vista. Habitar, então, pressupõe criar sentidos, criar relações, desdobramentos e aprofundamentos na espacialidade onde se inscreve o homem. Como Bachelard nos ensina, habitar é uma experiência de amorosidade, de afetividade, é um processo de imaginação, um processo de subjetivação.

#### O FORA E O DENTRO DO FORA: DIAGRAMA DA LOUCURA

No livro intitulado *Foucault*, Deleuze (2011b) se apropria do conceito foucaultiano acerca do Fora: o lado de fora da dobra que compõe um sujeito, o fora absoluto. O Fora em Foucault, para Deleuze, é pura força expressa em fluxos desordenados, intempestivos e turbulentos. Para que um sujeito possa emergir desse caos de forças e fluxos é necessário que se efetue uma dobra da linha do fora, constituindo-se um dentro, que nada mais é do que o Fora invaginado em uma espécie de bolsa, onde é possível desacelerar as velocidades dos fluxos, filtrá-las, amortecê-las, selecioná-las. Esse processo de dobrar o fora é “uma relação da força consigo, um poder de se afetar a si mesmo, um afeto de si por si” (DELEUZE, 2011b, p. 108). O fora absoluto, que não constitui um lugar, é infinitamente mais distante que qualquer exterior e ao mesmo tempo mais próximo que qualquer um deles. O Fora é o não estratificado, ou seja, não visível, não dizível, disforme, amorfo, ele é o reino do devir e das forças.

O Fora não é a plenitude de um vazio onde viriam alojar-se as diferentes forças previamente constituídas. O Fora é a distância entre as forças, isto é, a Diferença. O Fora será sempre um Entre, e se as metáforas espaciais ainda forem imprescindíveis, acrescentemos: não um espaço, mas “vertigem do espaçamento”. (PELBART, 1989, p. 121)

Pelbart (1989) explica que o Fora, sendo matéria constituinte da existência subjetiva, atravessa as esferas da experiência cotidiana, da linguagem, da arte e do pensamento, sendo capaz de provocar neles

[...] uma espécie de subversão silenciosa, que se caracteriza por uma conjugação incomum de evanescência e intensidade, passividade e paixão, solidão e comunhão, vida e morte, excesso e dissolução (do sujeito, do saber, da totalidade, do tempo, da memória, do trabalho, da linguagem). (PELBART, 1989, p. 125).

O Fora, portanto, está em relação com tudo o que possui subjetividade, e cada sociedade, cada cultura, cria um modo de se relacionar com ele. Expor-se ao Fora significa expor-se ao acaso, à ruína, à força e ao desconhecido, à vertigem, é ficar à beira, à margem, nas bordas.

No Diagrama de Foucault, segundo Deleuze (figura 113), o número 1, situado acima da linha do Fora, representa o plano do Fora. Como vimos, campo de tempestade de forças

e fluxos, este plano é composto por singularidades selvagens, que se agitam logo acima da abertura desenhada pela dobra, de forma impetuosa e violenta. Esse campo representa o indeterminado jogo do acaso, um temporal abstrato. No mesmo diagrama, o número 4 é a curvatura realizada pela linha do Fora e, portanto, o processo de dobrar o fora, processo de subjetivação. Dobra-se o Fora para criar um bolsão que se acomoda junto aos estratos visíveis e dizíveis do saber, logo abaixo da zona de turbulência do Fora.

Assim, segundo Deleuze (2011b), a subjetividade pode ser definida como um processo de inflexão das forças do Fora, através do qual se cria um interior, que contém em si nada mais que o Fora em seu estado imperturbado, com suas partículas desaceleradas, obedecendo a um ritmo próprio e a uma velocidade específica, um caos calmo. A subjetividade não pode ser jamais uma interioridade fechada, encerrada sobre si mesma pois ela não se contrapõe ao fora, mas sim se constitui de uma inflexão do próprio Fora, uma Dobra do Fora. Pelbart (1989) explica que a inflexão da linha do Fora pode ser comparada à reflexão especular:

Ao devolver a imagem projetada sobre si, o espelho (côncavo, digamos) cria um movimento reflexo, desviando e curvando o que incide sobre ele. A dobra cria um dobro, espécie de duplo distorcido. A dobradura que é o sujeito é também, ao mesmo tempo, uma réplica especular do Fora. Assim, o sujeito é aquele que reflete, que espelha, que devolve o que sobre si projeta o Fora, e aquele que curva sobre si as forças que lhe vêm do Fora. A rigor, um único movimento. Pois refletir o Fora é também imprimir-lhe uma curvatura e assim dobrar o que se reflete, constituindo-se enquanto dobra e invaginação. (PELBART, 1989, p. 136)

Para Pelbart (1989), a relação entre o pensamento e o Fora não se dá através de uma passagem livre. Entre o dentro do fora e o Fora há uma espécie de hímen, uma membrana permeável, semiobstruída, que é capaz de filtrar, desacelerar, curvar, rejeitar, amortecer, selecionar as forças do Fora. Essa mem-



1. Linha do lado de fora 2. Zona estratégica 3. Estratos. 4. Dobra (zona de subjetivação)

DIAGRAMA DE FOUCAULT



brana funciona como uma passagem, uma via de comunicação com as forças do Fora. Para que o Fora, o Outro, a Diferença, o mais longínquo se torne a intimidade do sujeito, do pensador, do artista, do filósofo, do arquiteto, seria necessário desobstruir e estender ao máximo a superfície da membrana da zona de subjetivação em direção ao Fora.

Jacques Derrida (apud PELBART, 1989)<sup>95</sup>, contribuindo com a ideia desta membrana da zona de subjetivação, compara o pensamento com um tímpano. O tímpano é uma superfície estendida e funciona como uma tela que se mantém pronta a receber pancadas, a amortecer impressões, ressoando e equilibrando as pressões entre o dentro e o fora. É devido ao tímpano que se pode perceber o som, ao mesmo tempo em que os sons mais ruidosos podem ser atenuados. Pelbart (1989) ressalta que a membrana do tímpano, esta fina e transparente película, se encontra distendida obliquamente com relação ao eixo do canal, o que colabora com o aumento da superfície de contato e com a sua capacidade de vibração. Para Pelbart (1989), ao sugerir a “timpanização” da filosofia, Derrida quer dizer que é preciso torná-la oblíqua para que cresça a dimensão da sua superfície de vibração e, conseqüentemente, seja ampliada sua permeabilidade com o Fora, remodelando a subjetividade e abrindo o pensamento. Todavia, Pelbart (1989) observa que a ruptura dos tímpanos traz a surdez, não a acuidade. No movimento de uma abertura descomedida para o Fora, o pensamento tende a ser aspirado por ele, expondo a subjetividade ao risco de ser absorvida e dissolvida, risco maior da loucura.

Segundo Pelbart, a loucura é uma viagem para o Fora, um vagar no Aberto. O romper do hímen, o desfazer da membrana permeável, que provoca a sucção da interioridade, antes desacelerada pela dobra, que agora descurva-se, sendo jogada à pura exterioridade, expelida para o turbilhão das forças. A loucura, então, a partir da leitura de Pelbart,

poderia ser entendida como:

[...] o destampe do gargalo subjetivo, pelo qual o vórtice que plana sobre sua abertura aspira o sujeito como um todo. A invaginação da linha do Fora [...] descurva-se, restituindo a interioridade que ela constituía à pura exterioridade, expelindo-a para o turbilhão das forças do qual ela não passava, enquanto subjetividade, de uma dobradura desacelerada. Isso num nível — o do Fora. Em outro plano trata-se da ruptura do bolsão da subjetividade (zona de subjetivação na figura) e o vazamento selvagem, por todos os lados, de tudo aquilo que ela, através de seu fino contorno, refreava. Como um tímpano arrombado, que já nada filtra, nem seleciona, nem amortece — mas que também não dá ressonância, nem faz passar. Pois agora por essa membrana esgarçada já tudo passa: o próprio dentro escancarou-se. O estupro multífido da invaginação subjetiva abole o “limite” entre dentro e fora, e tudo o que daí decorre: interioridade, unidade, identidade, memória, história, continuidade etc. Com a diluição do dentro/fora esvai-se também o lugar (“em relação a”, “em contraoposição a”), deixando emergir um espaço intensivo. (PELBART, 1989, p. 139)

O colapso da invaginação de subjetividade torna o sujeito que antes curvava a força (sujeito da força) em sujeito-louco, sujeito à força. A partir desse momento, o sujeito-louco é exposto a todas as forças circundantes, que o atravessam segundo o turbilhão do Fora. Espaço e tempo são abolidos, diluídos na violência das partículas agitadas do Fora. Palavras se transformam em coisas, corpos, matéria sonora. Objetos transmutam-se em signos. Frases se desfazem em ruído. O visível se desarticula enquanto campo e se funde desordenadamente com sons, palavras, frases. A fala se fragmenta. (PELBART, 1989)

O plano do fora irrompe com suas partículas singulares e não ligadas, no jogo selvagem e aleatório das forças e entre-forças, vertiginosa tempestade de fluxos (corpo dilacerado, objetos parciais, pedaços, intensidades travessas, não significadas). Trata-se dos Elementos, na indeterminação e indecisão de seu devir. Devir-louco, diria Deleuze. Sugado pelo vórtice, o nome próprio do sujeito é arremessado ao entrelaço de uma multiplicidade virginal — ou apocalíptica. Não há aí o consolo de uma forma, a tranquilidade de uma organização, a promessa de uma consistência. Nem unidade, nem acúmulo possível. Ductilidade turbilhonar do

95. DERRIDA, Jacques. Timpanizar a filosofia. In: Margens da filosofia, traduzido por Joaquim Torres Costa, António M. Magalhães. Portugal: RES-Editora, s.d.

puro devir das partículas elementares. A irrupção do Fora distende o sujeito louco segundo a diagonal do Acaso. (PELBART, 1989, p. 139)

Cabe observar que, ao mesmo tempo em que o sujeito-louco é atingido violentamente pelas forças do Fora, ele também se transforma em objeto da força de outros, seja na forma jurídica, policial, manicomial ou familiar, pela determinação histórica de sua figura social estigmatizada. O sujeito-louco então já não é mais sujeito de si, seja porque é tomado pelo Fora, seja porque se torna objeto de um saber-poder que estrutura à sua volta um bloqueio para a criação de novos modos de existência, restando-lhe apenas a existência-doente. Talvez seja por isso que o sistema manicomial tenha sido responsável historicamente pela impossibilidade de recuperação e da “cura”, já que, ao encerrar o sujeito-louco em uma estrita condição de prisioneiro institucional, impediu o investimento em criação de novas dobras de onde um sujeito pudesse reemergir. O sistema moderno manicomial foi responsável pela cronificação do estado de loucura, bem como pelo distanciamento do corpo-louco com o corpo social, distância esta que hoje busca-se diminuir até a sua dissolução, para que seja possível ao louco criar/inventar novos modos de se relacionar com o mundo para que possa voltar a produzir novas dobras, ou seja, produzir outros modos de subjetivação para a sua existência. Para isso, é fundamental que se constituam novos espaços, sejam eles físicos ou existenciais, nos quais o sujeito possa restabelecer a sua história e conectá-la a uma trajetória cotidiana que lhe permita, neste processo, ser novamente um sujeito. Mais do que insistir em doença e sintomas, o cuidado em saúde mental, este que vai na direção da desinstitucionalização da loucura, remete-se a biografias, culturas, histórias, enfim, na busca da transformação do sujeito-louco, adoecido, em sujeito social, assumindo sua diferença, suas trajetórias e seu mundo subjetivo.

## ESTUDO DE CASO: A CASA E O CAIS

O estudo do espaço arquitetônico do CAPS Cais Mental Centro se deu primeiramente através do levantamento de dados espaciais da edificação e a sua posterior análise, enriquecida pela experiência de observações de campo, através das quais se pôde estar próximo das atividades, das ocasiões, dos interesses e dos afetos das pessoas que compunham o grupo de usuários do Cais, a fim de perceber a relação que este grupo estabelecia com o seu próprio espaço. A observação de campo se deu em dez visitas entre os meses de julho e outubro de 2013. As três primeiras visitas foram utilizadas para fazer o levantamento arquitetônico, fotografar o espaço e fazer observações escritas a respeito do mesmo. Cinco encontros foram marcados para a participação na assembleia dos usuários, de ocorrência semanal, dos quais o último encontro foi dedicado à aplicação de um questionário acerca da percepção de cada um dos usuários presentes na assembleia a respeito do espaço do Cais. As demais visitas foram utilizadas para permanecer no espaço do CAD, ou para circular pelos espaços restritos aos profissionais. Ao longo desse processo foi elaborado um diário de campo onde ficaram registradas as impressões pessoais da pesquisadora, assim como também a descrição de alguns acontecimentos marcantes que se deram no interior deste espaço que marcaram esta experiência de aproximação com o objeto do estudo de caso. A seguir, apresenta-se a análise espacial do Cais de acordo com os levantamentos feitos no seu espaço físico, aliados às contribuições da experiência de observação participante que se deu neste espaço e da percepção dos próprios usuários sobre o espaço que frequentavam, de acordo com o questionário aplicado coletivamente.

### A CASA: ARQUITETURA E CONTEXTO

Após a criação do CAIS Mental, e, depois de uma primeira instalação do serviço em um objeto arquitetônico que se mostrou funcio-

nalmente insuficiente, iniciou-se uma busca pela cidade de Porto Alegre, dentro do Distrito Sanitário 8, de um edifício que pudesse abrigar tal serviço acolhendo suas demandas. A busca deu preferência a uma arquitetura de caráter residencial, com o objetivo de desmistificar o lugar de atenção e tratamento da loucura como um lugar limitado a uma arquitetura institucional. E, assim, no bairro Farroupilha, encontrou-se disponível para locação, uma casa de dois pavimentos, localizada na Avenida José Bonifácio, de frente para o Parque Farroupilha.

O bairro Farroupilha, antiga Várzea do Portão, foi doado à cidade em 24 de outubro de 1807 pelo governador da capitania de São Pedro do Rio Grande do Sul, para servir de logradouro público com a finalidade de conservação do gado que abastecia os açougues locais. A várzea correspondia a uma grande planície alagadiça e sua paisagem tinha o aspecto rústico de um potreiro, numa área quase deserta, com raros habitantes. Em 1870, o Potreiro da Várzea passou a chamar-se Campos do Bom Fim, devido a sua proximidade com a Capela Nosso Senhor Jesus do Bom Fim e das festas que ali se realizavam. Mais tarde, em 1884, em comemoração à abolição da escravatura na cidade, passa a ser denominado Campos da Redenção. Em 1925, na administração do Intendente Otávio Rocha, inicia-se efetivamente o ajardinamento do Parque. Mais tarde, em 1930, sob administração do prefeito Alberto Bins, foi dado seguimento ao projeto de drenagem, nivelamento e arborização de toda parte sul do Campo, inspirado em projeto do urbanista francês Alfredo Agache, para exposição do Centenário da Revolução Farroupilha em 1935. Com esse projeto o parque passa a adquirir suas características atuais, como o grande eixo monumental, que atravessa o parque de sudeste a noroeste, o lago, e a sua unificação como um todo. Nesse mesmo ano, o parque passa a ser chamado oficialmente de Parque Farroupilha. É o parque mais an-

Figura 114. Vista aérea bairro Farroupilha.  
Fonte: Elaboração da autora. A partir de: Google Earth. Acesso: nov. 2013  
Figura 115. Localização CAPS Cais Mental Centro.  
Fonte: Elaboração da autora. A partir de: Google Earth. Acesso: nov 2013

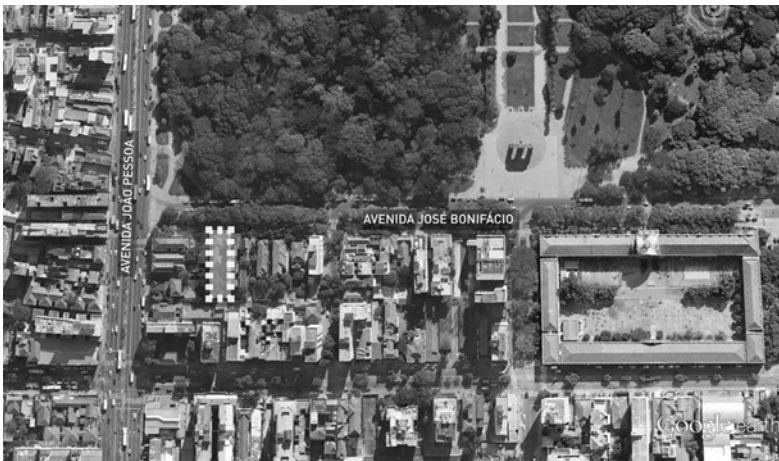


Figura 116. Fachada do CAPS Cais Mental Centro.  
Fonte: Elaboração da autora.

tigo e arborizado de Porto Alegre.

O desenvolvimento do bairro Farroupilha, criado oficialmente em 1959, está ligado diretamente ao parque da Redenção, mas também à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Faculdades de Arquitetura, Engenharia, Medicina e Educação e a Reitoria - e a duas tradicionais instituições de ensino porto-alegrenses: o Colégio Militar e o Instituto de Educação Marechal Flores da Cunha, além do Auditório Araújo Viana, inaugurado em 1964, que se situa no interior do parque. Os limites do bairro Farroupilha compreendem a Avenida João Pessoa, a Rua Sarmiento Leite, a Avenida José Bonifácio, e a Avenida Osvaldo Aranha. A única avenida que pertence em toda sua extensão ao bairro é a Avenida José Bonifácio, onde, desde 1978, instala-se o tradicional Brique da Redenção, que oferece, além da comercialização de antiguidades, a venda de artesanato e de artes plásticas. Toda a área do bairro é considerada pelo Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Ambiental de Porto Alegre (PDDUA) como Área Especial de Interesse Cultural (AEIC)<sup>96</sup>, devido ao seu reconhecimento em âmbito cultural, morfológico, paisagístico e funcional<sup>97</sup>. Na delimitação dessa Área Especial encontramos unidades já tombadas, unidades já referidas em legislação anterior como patrimônio cultural, e unidades de relevância, ou seja, que apresentam potencial para futura inventariação do patrimônio cultural da cidade.

É neste cenário (figuras 114 a 116), de forte reputação cultural, que se dá o encontro, na década de 90, do novo serviço de saúde mental do Distrito 8, com um edifício residencial. De frente para o parque, o CAIS encontra a CASA.

A casa, localizada na Avenida José Bonifácio 71, foi construída no ano de 1951. A busca pela documentação arquitetônica da casa resultou apenas em cópias de plantas e documentos do ano de 1952, encontradas no Arquivo Público Municipal, referentes a



Figura 117. Planta de situação, novembro de 1952.  
Fonte: Arquivo Público Municipal

uma reforma e ampliação da residência em questão, onde também constava o ano de construção da mesma. Existem plantas relativas ao mês de agosto e também outra de novembro do mesmo ano, com diferentes soluções para a mesma reforma. Apesar de não ter sido encontrado o projeto original, as plantas baixas de 1952 dão algumas pistas da antiga organização espacial da casa.

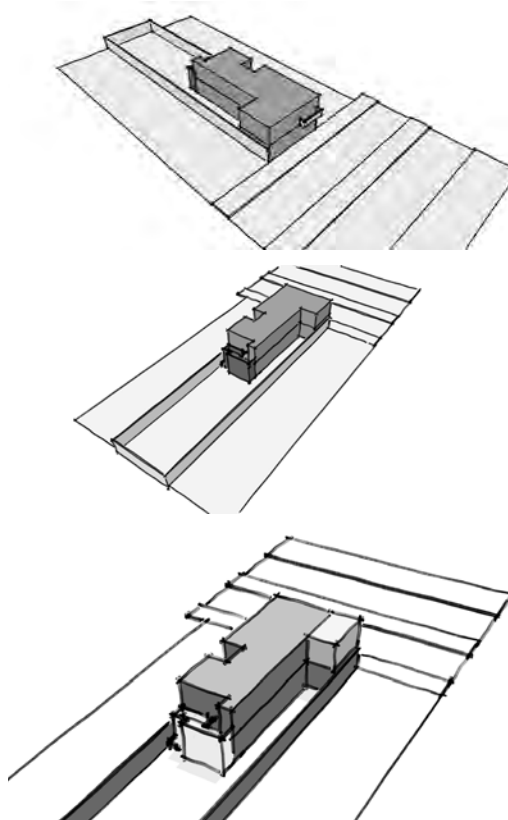
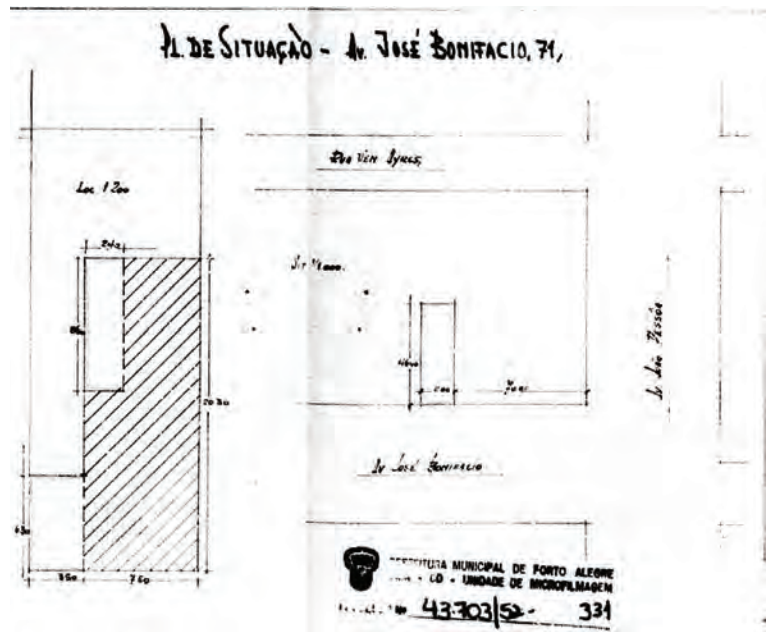
O terreno onde se insere a casa, um lote de meio de quadra, possui 510,40 metros quadrados, apresentando 11 metros de testada e 46,40 metros de profundidade. O edifício se desenvolve em dois pavimentos e, de acordo com a planta de situação para a reforma e aumento de 1952 (figura 117), antes dessa data possuía um total de 265,56 metros quadrados, tendo sido ampliado posteriormente para 352,66 metros quadrados.

A volumetria da casa (figuras 118 a 120) é composta por um volume principal compacto, do qual é subtraído um espaço que se configura como um pequeno pátio interno na divisa com o lote vizinho da direita, e soma-se o volume da garagem. O volume é implantado sobre o alinhamento do passeio público, sem recuo frontal portanto, e sobre a divisa com o lote vizinho da direita, abrindo um recuo lateral de 3,50 metros à esquerda. Devido a esta configuração da implantação do volume no terreno, há um pátio lateral que se estende a um enorme pátio de fundos de aproximadamente 26 metros de profundidade pelos 11 metros de largura do terreno.

As plantas de 1952 (figuras 121 e 122) mostram que foram anexados ao edifício original as áreas de serviço em ambos os pavimentos e o segundo pavimento sobre a garagem, que corresponde ao espaço identificado na planta como “jardim de inverno” (figura 122). Após o levantamento da configuração atual da casa, constata-se que há uma área construída na extremidade posterior do volume que não consta no projeto de reforma e ampliação, provavelmente construída posteriormente. Essa área é compreendida por

Figura 118 e 119. Volumetria da casa pós reforma de 1952.  
Fonte: Elaboração da autora.

Figura 120. Transformações na volumetria devido a reforma de 1952.  
Fonte: Elaboração da autora.



96. As AEIC são delimitações de áreas na cidade, nas quais incide concentração de bens culturais de interesse para preservação, exigindo regimes urbanísticos específicos com vistas a diferenciar o uso e ocupação do solo do padrão geral adotado para as demais áreas da cidade. A criação dessas áreas especiais é uma estratégia que visa evitar a perda das características que conferem a singularidade de determinadas áreas da cidade, valorizando esses espaços como elementos de fortalecimento das vocações e identidades locais, favorecendo a diversidade cultural e enriquecendo o patrimônio urbano como um todo.

97. O PDDUA classifica o bairro Farrouilha como AEIC pelos seguintes fatores: O espaço propicia a integração dos moradores das redondezas; Abriga uso recorrente e especial pela população; Possui significado referencial para a comunidade; Fato histórico de interesse para a comunidade; Incidência de legislação de preservação cultural; Singularidade na relação entre prédios, lotes, quadras e vias; Monumento natural ou construído preponderante na morfologia urbana; Convivência harmônica entre várias soluções

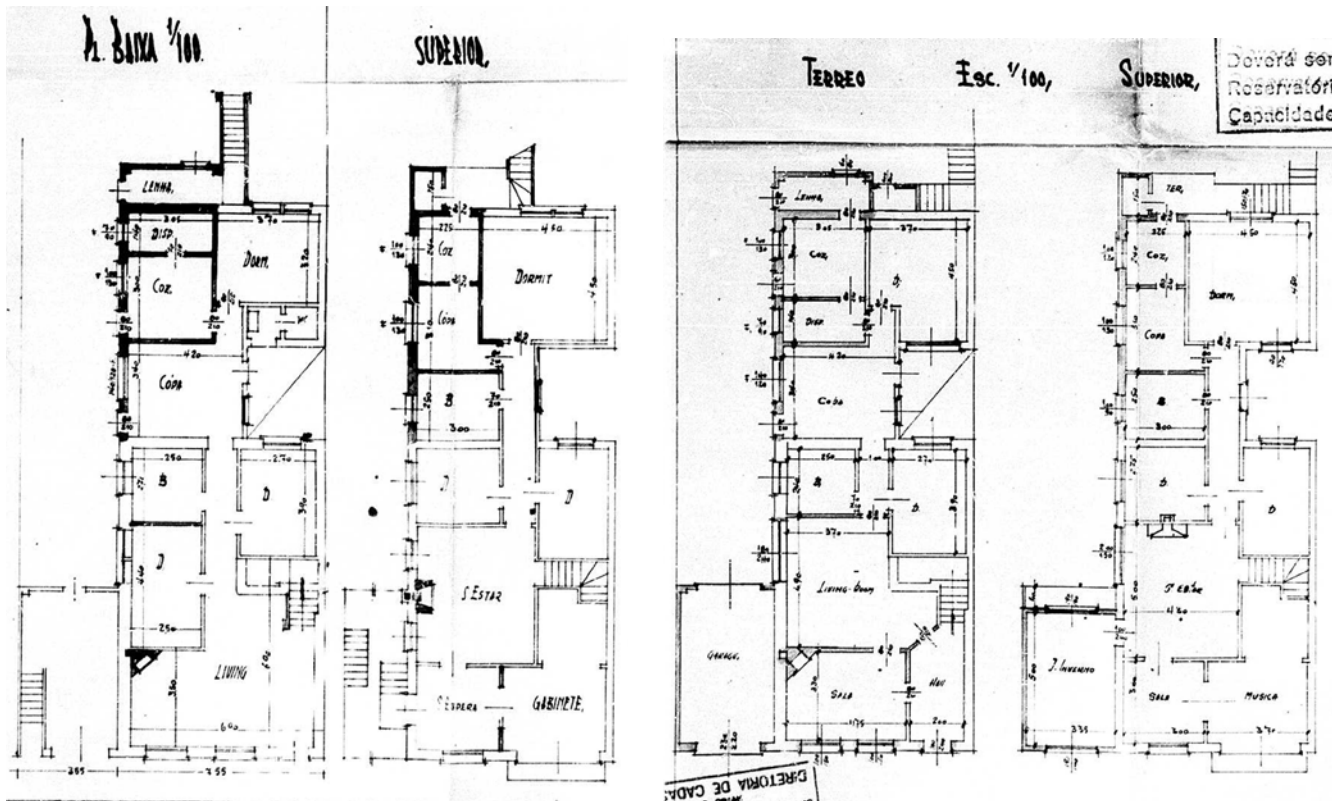


Figura 121. Planta baixa, agosto de 1952.

Fonte: Arquivo Público Municipal

Figura 122. Planta baixa, novembro de 1952.

Fonte: Arquivo Público Municipal



tipológicas; Influência de modelo consagrado da história da arquitetura e do urbanismo; Elemento natural ou construído estruturador da paisagem; Conjunto de unidades estruturador da paisagem; Recinto urbano estruturado; Visualização da paisagem aberta; Delimitação não acarreta conflitos com a dinâmica do sistema urbano; Permanência de usos originais nas estruturas existentes; Presença de atividade de caráter excepcional.

parte da área de serviço, e no segundo andar se configura como um terraço (figura 120).

Com base na configuração pós-reforma de 1952, podemos supor que se tratou de uma ampliação para abrigar duas unidades habitacionais separadas: uma no térreo e a outra no pavimento superior, cada uma dispondo de seu núcleo de serviço e áreas laváveis, dormitórios e demais salas, apresentando de modo diverso, nas duas plantas de 1952, soluções que poderiam acolher outras funções além de habitação, como por exemplo a de um consultório, no gabinete do segundo pavimento da planta de agosto, ou na primeira sala depois do *hall* da planta de novembro.

A planta de novembro, diferentemente da planta de agosto, apresenta soluções que se aproximam mais da solução adotada na execução final da reforma sofrida naquele ano,

apesar de ainda assim haver discrepâncias entre o projeto e o espaço que foi efetivamente construído a partir dessa reforma. A planta de agosto revela o acesso antigo da casa que lançava os moradores diretamente no *living*, enquanto que a planta de novembro já mostra uma divisão do acesso entre as duas unidades (térreo e pavimento superior), que se dá secundariamente através de um pequeno *hall*. Essa configuração é encontrada na distribuição existente. Há também uma diferença na representação da garagem entre as duas plantas: na primeira, a garagem não possui um segundo pavimento construído e se configura como um segundo acesso ao pavimento superior através de uma escada, a partir da qual se acessa uma sala de espera que, por sua vez, se comunica com um gabinete; já na planta de novembro a garagem vem a se confirmar como um volume de al-

Figura 123. Transformações da casa conforme plantas baixas de 1952 e a situação presente.  
Fonte: Elaboração da autora.



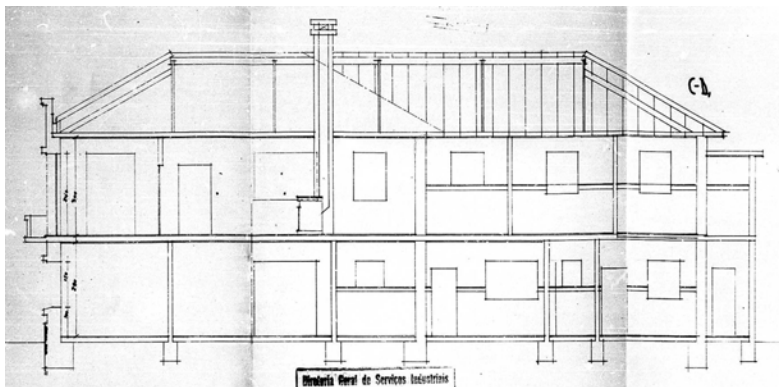
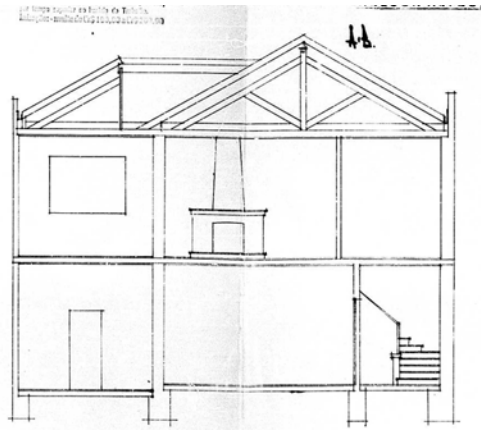
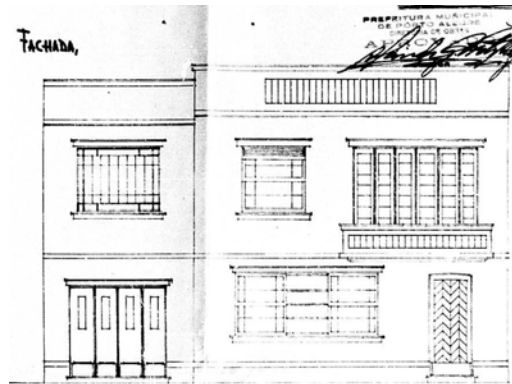
Figura 124. Fachada, novembro de 1952.

Figura 125. Corte, novembro de 1952.

Figura 126. Corte, novembro de 1952.

Fonte: Arquivo Público Municipal.

tura igual aos demais volumes da casa, sendo suprimido o acesso secundário ao segundo pavimento. O gabinete, então, passa a dar lugar a uma sala de música, e a sala de espera passa a ser apenas uma sala, não identificada quanto à sua especificidade. Na planta de



agosto, há uma intenção de aumentar a altura do pé-direito do pavimento térreo para 3 metros de altura, enquanto que a planta de novembro não menciona um aumento, mas marca um pé-direito de 2,80 metros, o que confere com o existente. Há, também, entre as plantas, diferenças no posicionamento das lareiras, e nenhuma delas confere com a situação atual.

A partir do projeto dessa reforma ocorrida em 1952, pode-se perceber que a solução encontrada para dividir a residência em duas unidades habitacionais apresenta algumas deficiências de conexão e distribuição. Além da disposição volumétrica não permitir que o pátio se comunique com a rua, a conexão entre pátio e espaço construído se dá muito timidamente através das áreas de serviço e por apenas duas portas, limitando a relação interior x exterior e sua permeabilidade. Além disso, percebe-se claramente que, enquanto na parte frontal do volume está bem definida uma área social, composta por salas de estar, de música, jardim de inverno e demais salas, não há um zoneamento claro da área íntima e da área de serviço: os dormitórios se organizam de forma adjacente ao conjunto composto por copa, cozinha e despensa, na parte posterior do volume.

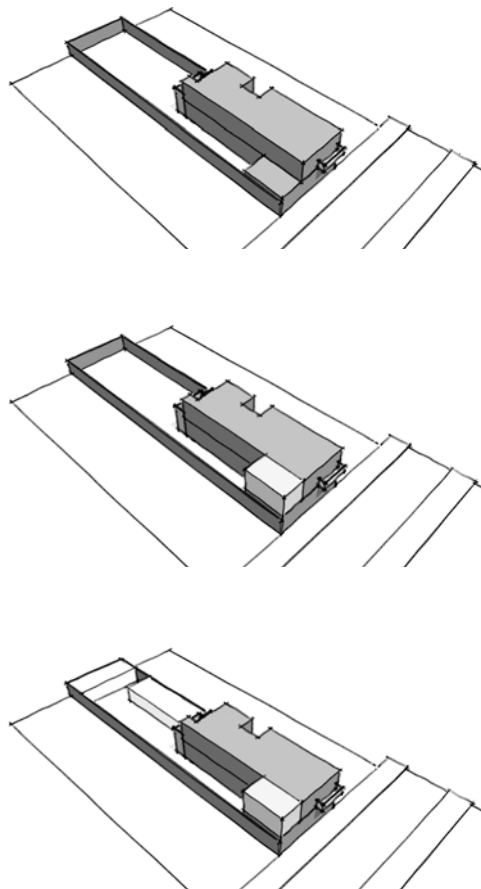
Em 1996 a casa encontra o Cais, quando para ela se desenvolve uma nova configuração funcional dos seus espaços a fim de acolher um público totalmente inesperado. O esforço do Cais para se acomodar na casa não foi pequeno e apesar de ter-se mantido intacta quase toda a sua estrutura física, algumas alterações na sua composição espacial foram necessárias, sobretudo para acolher as funções mais técnicas e ambulatoriais, bem como para acolher as funções mais coletivas do serviço, que atendem a um público maior e, assim, demandam espaços maiores que aqueles ofertados pela antiga residência. A seguir apresentamos o espaço do Cais como ele se configura hoje, após sua apropriação do espaço da casa.

Figura 127. Volumetria anterior a 1952.

Figura 128. Volumetria após reforma de 1952.

Figura 129. Volumetria atual, CAPS Cais Mental Centro.

Fonte: Elaboração da autora.



-  Edificação anos 2000 anexo CAPS
-  Edificação década de 50 (original mais ampliações)
-  Paredes existentes
-  Paredes adicionadas pelo CAPS
-  Acessos bloqueados



Figura 130. Transformação da CASA em CAIS, Plantas baixas.

Fonte: Elaboração da autora.



Figura 131 e 132. Recepção.  
Fonte: Elaboração da autora.

## O CAIS: ANÁLISE DO LEVANTAMENTO ESPACIAL E OBSERVAÇÃO DE CAMPO

Ao adentrar o espaço do Cais, ocupando o que era o *hall* de entrada da antiga residência, há uma pequena recepção (*legenda 1 da figura 133*), onde todas as pessoas devem se identificar e a partir da qual os usuários do espaço se distribuem no edifício. A recepção, longe de poder acolher um número grande de pessoas, afunila a entrada do edifício, tornando dificultoso e apertado o acesso aos demais espaços da casa. Neste espaço a mobília compreende um pequeno balcão de atendimento em L e uma cadeira, onde fica o profissional responsável pela recepção (*figura 131 e 132*). A passagem entre o balcão de atendimento e a parede lateral é o equivalen-

te a uma unidade de passagem, insuficiente para qualquer atividade que se proponha a receber e dar passagem de entrada e saída de um edifício. Os visitantes e os usuários com hora marcada são direcionados ao segundo pavimento, onde devem sinalizar sua presença pelo toque de uma sineta de mesa, localizada sobre um balcão que delimita o espaço entre as zonas de usuários e a zona da equipe profissional. Após essa sinalização, deve-se aguardar o atendimento na sala de espera (*leg. 21; fig. 133*), antiga sala de estar da casa, que possui uma bela lareira e recebe uma boa iluminação indireta (*figuras 134 a 137*). Apesar da grande dimensão deste espaço, o maior da casa, nele estão distribuídas, de forma pontual e esparsa, apenas seis poltronas. Há uma mesa baixa de centro sobre





Figura 133. Plantas baixas do CAPS Cais Mental Centro.  
 Fonte: Elaboração da autora.



Figura 134 e 135. Sala de espera.  
Fonte: Elaboração da autora.

um tapete e diversos quadros nas paredes.

Segundo o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2013), elaborado pelo Ministério da Saúde, o local da recepção deve ser compreendida como um espaço de acolhimento e acessibilidade, com sofás, poltronas, cadeiras para comportar as pessoas que chegam à unidade, e mesas para a recepção. É o local que salienta a afirmação da perspectiva de um serviço que se propõe como de portas abertas, no sentido literal e simbólico da expressão.



Figura 136. Sala de espera. Escada que acessa o segundo pavimento.  
Fonte: Elaboração da autora.

Figura 137. Sala de espera. Corredor de acesso à área privativa.  
Fonte: Elaboração da autora.

Portanto, a recepção é a grande responsável pela acolhida e pelo relacionamento que o serviço tem com seus usuários e seus familiares, acompanhantes, e com os visitantes do serviço.

No Cais, a recepção e a sala de espera, apesar de comunicadas, estão distribuídas em andares diferentes e o fluxo entre ambos não se dá de forma direta. Antes de chegar à sala de espera, que atende aos requisitos do Ministério da Saúde, é necessário apresentar-se duas vezes ao serviço (recepção e secreta-



Figura 138 e 139. Sala de acolhimento.  
Fonte: Elaboração da autora.

ria) e, preferencialmente, ter agendado hora com os profissionais. A pequena recepção, portanto, funciona mais como uma portaria que efetua o controle do fluxo de entrada no edifício.

No caso da entrada de um novo usuário junto a seus familiares ou acompanhantes, da recepção ele é encaminhado à sala disposta ao lado desta (*leg. 2; fig. 133*), que o serviço chama de sala de acolhimento (*figuras 138 e 139*). Esta sala se propõe a ser o espaço onde há o primeiro contato do novo usuário, seus familiares ou acompanhantes, com os membros da equipe do serviço, quando se define o seu plano terapêutico e as atividades as quais ele poderá participar. Apesar do nome que a sala recebe e das intenções que o seu nome sugere, espacialmente não se constitui como um lugar acolhedor. É uma sala fria, de aspecto vazio, com um mobiliário de material rígido, disposto de forma esparsa, e que, apesar de receber uma boa iluminação através das janelas que dão para a rua, ainda assim tem o aspecto de um espaço sombrio, cujas paredes possuem uma aparência rude devido a marcas de reboco e algumas tubulações aparentes.

A área ocupada pelo CAD compreende o espaço coletivo utilizado livremente pelos usuários que se encontram nessa modalidade de tratamento. Um dos principais espaços do CAD é uma sala de estar, chamada de sala ambiente (*leg. 8; fig. 133*), que possui um mobiliário composto por uma mesa redonda, cadeiras, um balcão com televisão e som, uma pequena estante com livros, e algumas poltronas dispostas no perímetro da sala. Este ambiente caracteriza o espaço de convivência interno previsto pelo Ministério da Saúde, um espaço de encontros de usuários, familiares e profissionais do CAPS, assim como de visitantes, profissionais ou pessoas das instituições do território, que seja capaz de promover circulação, troca de experiência, bate-papos, realização de saraus e outros momentos culturais. Este espaço é caracte-

rizado pelo Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2013) como um ambiente atrativo e agradável que permita encontros informais. De fato, esta sala reúne diariamente um grande número de pessoas composto em sua grande maioria por usuários. Um dos profissionais do serviço fica responsável pelo funcionamento do CAD, revezando-se com os demais profissionais em turnos e dias da semana. A sala ambiente recebe boa iluminação através

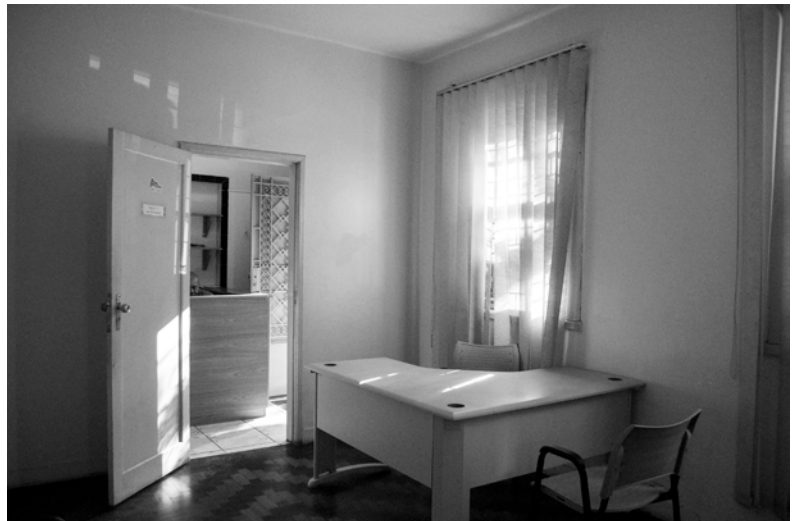
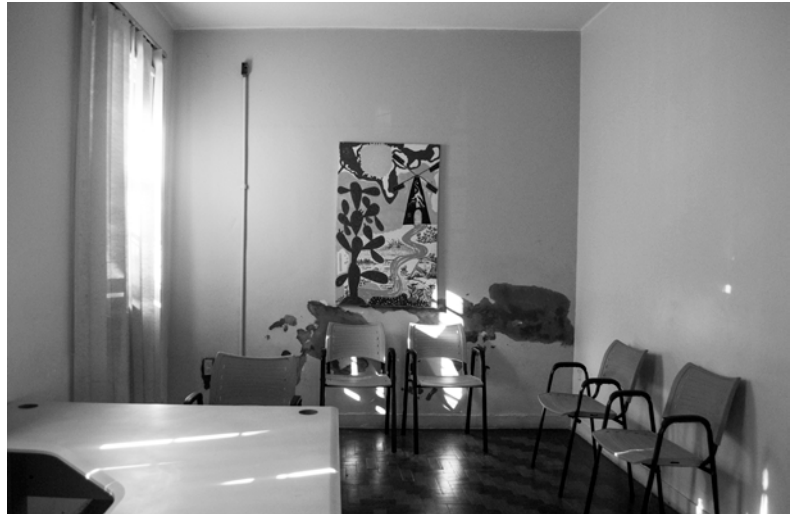




Figura 140 a 141. Sala ambiente (CAD).  
Fonte: Elaboração da autora.



Figura 142. Sala ambiente (CAD). Vista do jardim de inverno.  
Fonte: Elaboração da autora.



Figura 143. Sala ambiente (CAD). Porta de acesso ao pátio.  
Fonte: Elaboração da autora.



de uma janela que se abre para o pátio, e de outra janela que recebe iluminação do jardim de inverno (*leg. 9; fig. 133*), local que permanece sempre sem acesso.

O espaço do CAD ainda comporta uma sala de repouso, um refeitório e um sanitário (*leg. 6, 10 e 7; fig. 133*). A sala de repouso, que acolhe duas pessoas, possui duas camas e um armário, atendendo assim à demanda do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), porém não se configura como um espaço acolhedor

que expresse a perspectiva da hospitalidade, também requisito do Manual de Estrutura Física dos CAPS, pois possui um aspecto frio, com pouca iluminação e ventilação, e tem presente um forte odor de mofo. O sanitário, que atende a ambos os gêneros, também não está de acordo com o manual, que pede que sejam acessíveis a pessoas com deficiência física, tenham chuveiros e sejam divididos por gênero. O refeitório (*figuras 144 e 145*) possui duas mesas que comportam doze pessoas

Figura 144 e 145. Refeitório (CAD).  
Fonte: Elaboração da autora.

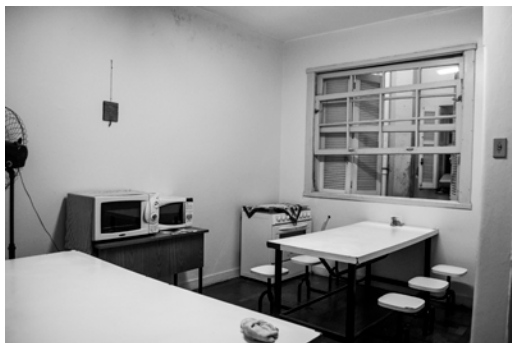


Figura 146. Pátio.  
Fonte: Elaboração da autora.  
Figura 147 e 148. Oficina de beleza (antiga garagem).  
Fonte: Elaboração da autora.



no total, um número inferior aos usuários em CAD. O manual ressalta que o refeitório deve ser organizado de forma a propiciar um local agradável para as refeições, bem como momentos de convivência e de trocas. Usuários e alguns funcionários mencionaram esse espaço como deficiente em atratividade para permanência durante as refeições, considerando-o monótono.

A área do CAD se comunica livremente com o pátio externo (figuras 146 e 149), um espaço pavimentado onde também há uma área gramada, que possui algumas árvores de pequeno porte, grandes vasos com flores e alguns bancos. O Manual de Estrutura Física dos CAPS (BRASIL, 2013) ressalta o potencial desse espaço como uma área de convivência aberta e arejada, onde usuários e familiares possam compartilhar momentos em grupo, ações coletivas e individuais.

O pátio, por sua vez, dá acesso à oficina de beleza (leg. 20; fig. 133), antiga garagem da casa (figuras 147 e 148), que teve seu





Figura 149 e 150. Pátio, vista das edificações anexas.  
Fonte: Elaboração da autora.  
Figura 151. Área coberta.  
Fonte: Elaboração da autora.



Figura 152. Pátio. Vista a partir do terraço.  
Fonte: Elaboração da autora.

acesso à rua bloqueado. Este espaço possui um mobiliário composto por equipamentos de salão de beleza: lavatórios, mesas para manicure e algumas cadeiras. Apesar da boa procura por essa oficina, que ocorre duas vezes na semana, o espaço não apresenta características de conforto ambiental, pois não recebe boa iluminação natural, algumas tubulações são aparentes, duas das paredes apresentam marcas intensas de infiltração.

Também através do pátio se acessa as edificações que foram construídas num período posterior à instalação do Cais na casa, e foram anexos que se fizeram necessários pela demanda espacial do serviço (*leg. 17,18,19; fig. 133*). Há uma área coberta, com mesas e bancos (*figura 152*), e duas salas multiuso, sendo que apenas uma delas é utilizada, a sala multiuso 1, onde acontecem a grande maioria das oficinas, as assembleias e as reuniões de equipe (*figuras 150 e 151*). O mobiliário é composto por uma mesa e di-



Figura 153 e 154. Posto de enfermagem.  
Fonte: Elaboração da autora.

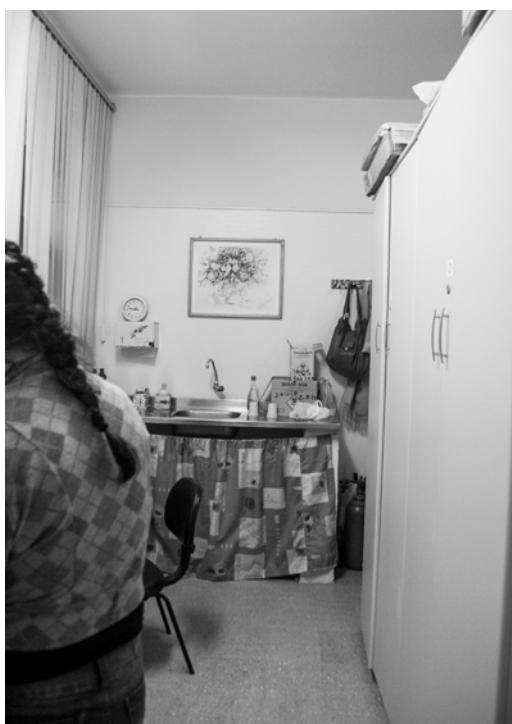


Figura 155. Área em frente ao posto de enfermagem.  
Fonte: Elaboração da autora.

versas cadeiras, além de alguns armários. A sala multiuso 2 funcionaria como um brechó do Cais, mas ela permanece fechada e, em decorrência disso, é outro espaço com forte odor de mofo na casa. Entre os espaços criados como anexos ainda estão uma sala de arquivo morto, utilizada também como almoxarifado, e um sanitário para os usuários. O acesso a todos os espaços anexos à casa, a partir do interior desta, passando pelo pátio externo, se dá sem qualquer proteção de cobertura, marquise ou telhado.

Na transformação da casa em Cais, nenhuma das paredes foi subtraída. O único acréscimo na edificação existente foi uma divisória leve, subdividindo o espaço do antigo *living-room* (figura 122) em uma enfermaria e um espaço de circulação e espera (leg. 4 e 3; fig. 133). A enfermaria, entre todos os espaços do CAIS, foi apontada pelos profissionais como o espaço mais deficiente, pois, além de a sua dimensão ser insuficiente, é um ambiente que se fecha visualmente para o interior do espaço do CAIS, abrindo-se apenas para o pátio, através de uma grande janela, o que não proporciona a privacidade necessária para a realização dos procedimentos da enfermagem, como as aplicações de medicamentos. O mobiliário é composto por balcão

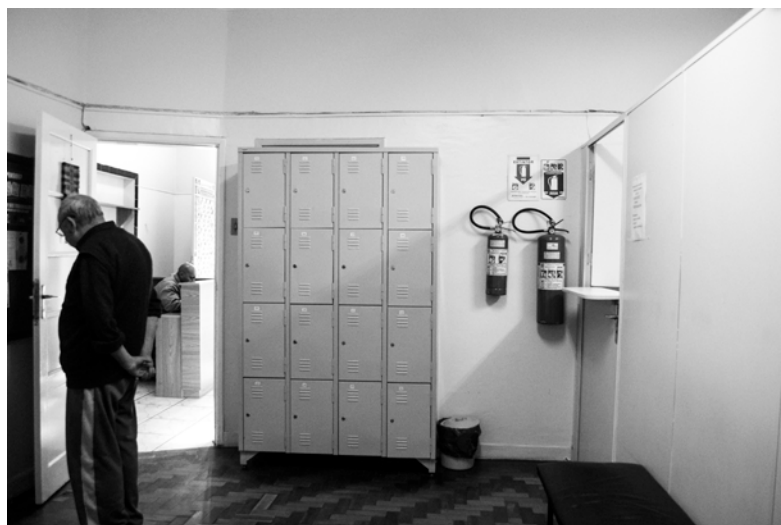


Figura 156 e 157. Cozinha.  
Fonte: Elaboração da autora.  
Figura 158. Despensa.  
Fonte: Elaboração da autora.



com pia, duas mesas com cadeiras, armário, uma balança e uma poltrona. A divisória leve, inserida para dar origem a este espaço, é cega, ou seja, não possui partes translúcidas, e a porta, que fica numa das extremidades é do tipo guichê.

A antiga área de serviços da CASA, no primeiro pavimento, manteve-se com a mesma função: cozinha, despensa, depósito de limpeza e um sanitário de serviço (*leg. 11, 12, 13, 14; fig. 133*). É uma área dimensões insuficientes para a demanda do serviço, pouco iluminada e ventilada, e que tem comunicação interna com o refeitório e externamente com o pátio.

No segundo pavimento do Cais, além da grande sala de espera, estão localizadas as salas de atendimento individual (*leg. 22 a 26; fig. 133*), das quais as maiores (*leg. 22 e 24*) sediam também algumas oficinas. Cada uma destas salas possui uma identidade e conformação próprias, mas, em todas elas, a mobília é composta por mesas e cadeiras e, nas salas maiores, armários.

As oficinas são atividades grupais realizadas por diversas categorias profissionais e têm por objetivo promover a expressão, a socialização e fortalecer os laços sociais dos usuários. Elas possibilitam um lugar de fala, expressão e acolhimento, utilizando-se de atividades manuais ou técnicas de expressão. Entre as oficinas que o Cais oferece, existem algumas que se estendem ao território da cidade, numa tentativa de manter o serviço em sua porosidade, proposta de qualquer serviço em saúde mental que se proponha antimanicomial e desistitucionalizante. Uma dessas oficinas é a oficina de imagens, que propõe que os usuários desenvolvam, produzam, editem e finalizem filmes que muitas vezes são feitos no território da cidade; há também a oficina de expressão corporal que se realiza fora do espaço do Cais e uma oficina chamada circulação, que, como o nome já elucida, auxilia os usuários com dificuldades de locomoção pela cidade. As demais ofici-



Figura 159. Secretaria.  
Fonte: Elaboração da autora.  
Figura 160. Terraço.  
Fonte: Elaboração da autora.



Figura 161 e 162. Sala da equipe.  
Fonte: Elaboração da autora.



nas do serviço realizam-se no próprio espaço do Cais.

Ainda no segundo pavimento, atravessando o limite do balcão com a sineta de mesa, fica a área restrita do serviço, composta por secretaria, sala da equipe, sanitários de usos privativos e um terraço (*leg. 28 a 32; fig.133*). A secretaria ocupa duas unidades espaciais, antiga copa e cozinha da CASA, onde estão dispostas três mesas com computadores, uma delas de acesso da equipe (*fi-*

*gura 159*). A sala da equipe é composta por uma grande mesa rodeada de cadeiras onde ficam os profissionais do serviço, armários, arquivos, escaninhos, mesa do café e chá, e uma lousa branca na qual consta a agenda de atividades que o serviço oferece, bem como os respectivos profissionais responsáveis por cada atividade (*figuras 161 e 162*). A sala está constantemente cheia de pessoas e, para o número total de profissionais que se utilizam dela, é um espaço deficiente em

suas dimensões. Do terraço (*figura 160*) se tem uma vista privilegiada do pátio do Cais, e a este, um acesso independente e privativo.

Um dos pontos mais críticos da arquitetura da casa é a falta de acessibilidade universal. Desde a calçada esburacada, que acumula a água da chuva, à ausência de rampas de acesso, passando pela ausência de espaços mínimos para que um cadeirante pudesse adentrar ao serviço, até a situação mais grave, do acesso ao segundo pavimento, que só pode ser feito através das escadas. Em uma conversa, uma das profissionais relatou que ,há algum tempo atrás, para preencher uma vaga de trabalho na secretaria do Cais, havia um candidato cadeirante, que, em função da falta de acessibilidade da edificação, não pôde preencher a vaga. Em outro momento, um usuário também relatou a sua preocupação com a ausência de acessibilidade da casa, fator que não condiz com a proposta de acolhimento do serviço de maneira geral.

Nas assembleias dos usuários do Cais, um espaço democrático, de participação livre, dedicado à fala, expressão e ao acolhimento de opiniões e sugestões ao funcionamento do serviço, debatem-se assuntos gerais levantados pelos participantes, que são intermediados por uma profissional do serviço.

No início da assembleia, os participantes escolhem a pauta que será discutida. Qualquer pessoa pode pontuar um tema para discussão em grupo. Muitos assuntos são conclusivos da semana anterior. A disposição da sala está semelhante à da semana passada, com algumas pessoas a mais. Sentados em cadeiras dispostas em círculo, preenchem a sala multiuso 1, que, envidraçada, convida o verde do pátio para participar junto da atividade. (DIÁRIO DE CAMPO, 2013)<sup>98</sup>

Entre os assuntos que entram na pauta da semana, sempre se divulga uma agenda cultural, dos eventos gratuitos ou de baixo custo que acontecem na cidade. Percebe-se a intenção de motivar os usuários a terem,

sozinhos, vivências fora da instituição, mas há claramente uma dificuldade dos usuários em aderirem a essa programação externa. Seja qual for o motivo, pouquíssimos usuários fazem uso da agenda cultural repassada em assembleia. Durante a observação de campo feita neste espaço, foram levantados temas a respeito da doença mental, das medicações, das refeições oferecidas pelo Cais, dos direitos dos pacientes em saúde mental, do trabalho em oficinas de geração de renda, entre outros. O ambiente é muitas vezes bem divertido, quando a atividade se desenvolve num clima descontraído.

Na oportunidade das visitas de campo, também pôde-se perceber a dinâmica dos usuários que se encontram em CAD e que, portanto, passam um turno ou dois do seu dia no Cais. Esses usuários são frequentadores, em sua maioria, da sala ambiente. Neste espaço os usuários jogam carta, ouvem rádio, ou simplesmente se sentam e conversam. Em alguns momentos se deslocam, solitariamente ou em pequenos grupos, para o pátio, que permanece vazio na maioria do tempo e que é frequentado também pelos fumantes. Os profissionais, se não estão atendendo os usuários individualmente, em grupo, nas oficinas ou demais atividades, estão quase sempre na sala de equipe. Sempre um deles está no primeiro pavimento, junto aos usuários que estão em CAD. No primeiro pavimento, ficam também os profissionais da enfermagem e os profissionais de serviços como da cozinha e limpeza, além do responsável pela recepção.

Especialmente, percebeu-se que, assim como a antiga casa estava claramente dividida em dois pavimentos para abrigar duas unidades residenciais, o Cais se instalou no edifício seguindo a mesma lógica para a sua distribuição funcional. Dividindo-se quase como duas unidades de dinâmicas diferentes, o primeiro e o segundo pavimento se dividem e se diferenciam tanto pelas funções que abrigam quanto pelo público que circula



Figura 163. Planta de uso do espaço.  
Fonte: Elaboração da autora.

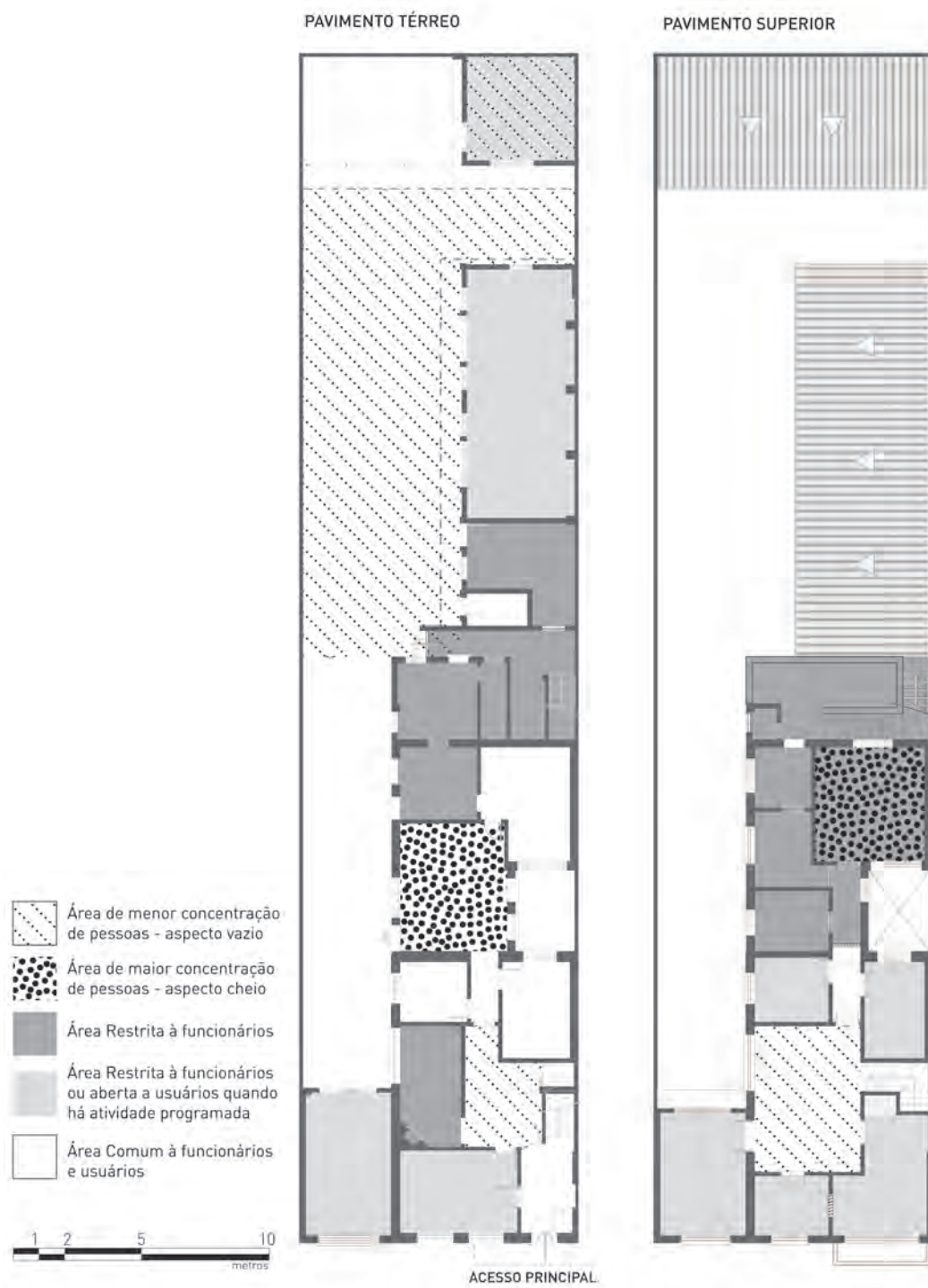


Figura 164. Guichê de atendimento no segundo pavimento.  
Fonte: Elaboração da autora.

99. VIECELI, Ana Paula. Trecho do diário de campo elaborado durante as visitas feitas para o estudo de caso do CAPS Cais Mental centro. 21/12/2012

por eles. Enquanto no segundo pavimento se organizam as funções administrativas, centrando-se num público mais privativo e profissional, com fluxo pré-ordenado, baseado em agendamentos, no primeiro pavimento o público é majoritariamente composto pelos usuários do serviço, ainda que o espaço do primeiro pavimento não seja todo ele de uso comum. Essa diferenciação entre os dois pavimentos da casa ressalta o aspecto “cheio” e vivo do primeiro pavimento em comparação ao aspecto “vazio” do segundo. De fato, a concentração de pessoas na casa se localiza basicamente em dois lugares pontuais, um deles é a sala ambiente, onde ficam os usuários em CAD, o outro lugar é a sala da equipe profissional, que parece superlotar em alguns momentos do dia. Enquanto esses dois ambientes na casa permanecem quase que por tempo integral cheios, os demais espaços encontram-se ou ociosos ou movimentados apenas nos períodos em que se desenvolvem as oficinas ou outras atividades coletivas. Nas primeiras visitas ao serviço, não foi possível identificar onde estavam afinal os usuários do espaço, devido ao aspecto vazio dos espaços de recepção e espera.



Chove, chove e chove na minha primeira visita ao CAPS Cais Mental centro. Estou no segundo andar da casa, numa sala grande, aguardando ser atendida pra falar com [uma das profissionais do serviço]. Uma poça d'água imensa se formou bem na entrada da casa e, como improvisado, alguém colocou um esquadro de veneziana no chão para fazer uma ponte entre a calçada e a edificação. Percebi tarde demais, já tinha mergulhado meu pé inteiro naquela piscina. A recepção me indicou o segundo andar. No guichê da secretaria, que fica no fundo de um corredor, apertei a sinetinha e achei engraçado. E desde então estou aqui aguardando. É uma sala confortável, eu diria, pelo menos pela luz que entra pela janela, e pelo som da chuva. Mas tão vazia e silenciosa? Onde estão as pessoas? Onde estão os usuários do CAPS que eu quero ver? (DIÁRIO DE CAMPO, 2013)<sup>99</sup>

Posteriormente fez-se perceber que os usuários são mantidos num espaço do Cais que se pretende “protegido”, ou seja, isolado do contato com as demais pessoas que possam adentrar ao serviço, e até mesmo dos profissionais. A uma primeira vista, os usuários do CAD ficam escondidos.

Outro fator que chamou a atenção foi a distribuição dos espaços coletivos, de uso comum, e os espaços restritivos, de uso profissional. Os ambientes internos de uso comum são equivalentes a menos de 1/3 do total da área da edificação, enquanto que os espaços comuns de acesso eventual mais os espaços restritos equivalem a 2/3 do total da área construída (figura 163).

Existe no Cais, ainda que sutil, uma divisão entre as categorias de pacientes e funcionários, embora as propostas de desinstitucionalização, pautadas pela Reforma Psiquiátrica, preconizem a destruição destas barreiras. O espaço é o fator que mais indica essa barreira existente. Desde o acesso nota-se que há um limite separando essas duas categorias em territórios distintos dentro do próprio espaço do Cais. O balcão-guichê com sineta de mesa demarca um desses limites, que também pode ser notado na utilização de outros espaços, como os banheiros, por exemplo. Assim como usuários não utilizam

Figura 165 e 166. Pátio.  
Fonte: Elaboração da autora.

os sanitários dos funcionários, os funcionários também não utilizam os sanitários dos usuários, e, no caso de uma pessoa que não pertence a nenhuma dessas categorias, como um pesquisador do espaço, por exemplo, é convidado pelos profissionais a não utilizar o sanitário dos pacientes. Outra observação sobre a apropriação do espaço em territórios é que são raros os momentos em que profissionais estão no pátio junto aos usuários, muitas vezes pôde-se perceber que apenas os observam a distância, a partir do terraço do segundo pavimento.

Um dos episódios mais marcantes da experiência de observação de campo do espaço do Cais se deu justamente no pátio:

[...] enquanto eu registrava algumas imagens do pátio, em um momento que achei que ele estivesse vazio, me deparei com um senhor que, de pé, mais no fundo do pátio, estava conversando sozinho, ou com alguém que para mim era impossível enxergar. Ele falava alto, e num tom firme, explicava alguma coisa [...]. Na dúvida entre não avançar pátio adentro para não interromper sua conversa, ou seguir adiante fotografando, decidi por continuar bem devagar. [...] foi só quando passei por ele e disse “oi” que ele me viu. Imediatamente interrompeu sua conversa animada, me olhou de canto e saiu dali, meio que contrariado. Fiquei um tempo fotografando e lembrando dessa cena. (DIÁRIO DE CAMPO, 2013)<sup>100</sup>

Essa cena reflete o potencial do espaço do Cais, sobretudo o pátio, uma área externa de convivência, no que se refere à sua capacidade de proporcionar distintos modos de existência para o sujeito louco, usuário deste espaço. Assim como há o espaço individual, de atendimento, clínica, medicação, orientação, atenção, há também o espaço coletivo, rico em acontecimentos, que proporciona as trocas, o convívio, o riso, o choro, os conflitos, os afetos. Existem também os espaços residuais, como o pátio vazio que, em determinado momento, se enche, preenchido pela possibilidade de dar vazão ao delírio. O senhor de pé ao fundo do pátio encontrou um lugar no Cais onde, por um momento, pudesse ser louco em paz, longe da negação

do seu modo de ser, do controle que impõe norma e define modos dominantes de existência. Afinal, os serviços substitutivos ao manicômio diferem-se do mesmo por não pretenderem a captura do sujeito louco para sua adaptação à ordem social. Se no manicômio a doença mental era sinônimo de um mal para o qual, por vias da normalização, se perseguia a cura, a proposta antimanicomial, por sua vez, compreende o sofrimento psíquico como condição humana e busca no-

100. VIECELI, Ana Paula. Trecho do diário de campo elaborado durante as visitas feitas para o estudo de caso do CAPS Cais Mental centro. 02/09/2013



Figura 167. Pátio, fumódromo.  
Fonte: Elaboração da autora.



vos sentidos para a saúde, ainda que exista o sofrimento. A direção das novas propostas de serviços substitutivos vai ao encontro de um trabalho que requer um cuidado com o outro, e busca proporcionar uma constante produção de vida, de sentido, de sociabilidade. O espaço surge, então, como um elemento valioso e fundamental para a produção de novos modos de existência da loucura, seja no interior de um objeto arquitetônico, seja no campo aberto da cidade, na direção de conquistar cada vez mais os espaços coletivos de convivência, na medida em que se aposta neles como possíveis produtores de sentido, de sociabilidade.

O Cais, como um serviço que compõe a rede de saúde mental, esta que se propõe como substitutiva ao manicômio, antimanicomial, e desinstitucionalizante, se propõe, antes de constituir-se como um serviço centrado em si, desenvolver-se como um dispositivo que age junto à rede em busca da

criação contínua de formas afirmativas de relação com a alteridade, com a loucura, sem necessidade de controles ou aprisionamentos. Para tanto, a Casa-Cais deveria ser reinventada cotidianamente como um espaço construído coletivamente, respeitando a potência singular de cada vida ali compartilhada, constituindo-se como acolhimento e abertura para todos. Apesar de demonstrar uma preocupação com a porosidade do serviço, o Cais apresenta, especialmente, algumas dificuldades de estender-se à cidade e à outros contextos que não o da saúde mental, a partir do próprio edifício. Se o objeto arquitetônico pode dar pistas das intenções, daquilo que acontece e se desenvolve no seu interior, a Casa-Cais demonstra algumas dificuldades de se abrir para o seu contexto, mantendo-se encerrada e desperdiçando o contexto imediato tão rico, do parque, do brique, dos espaços culturais e recreativos e sobretudo lugares de coletividade.

\*\*\*

Durante a observação participação na assembleia, muitos integrantes desse espaço queriam entender o motivo que trazia uma pesquisadora de outra área que não a da saúde a frequentar o Cais, e também ficaram curiosos em saber, afinal, que ligação existe entre arquitetura e saúde mental. Ao explicar no que constituía o trabalho, alguns não acharam relevante, outros acharam interessante a proposta e deram boas-vindas. No último dia da frequência na assembleia, um questionário foi aplicado aos integrantes, composto por usuários e profissionais. Foram respondidas 10 perguntas ao todo, a respeito do espaço do Cais. Alguns participantes responderam com poucas palavras e rapidamente entregaram o questionário completo, muitos, nem tão completo assim. Outros participantes acharam as perguntas muito interessantes, com dedicação demoraram-se para responder todas elas, e alguns



Figura 168. Corredor entre acesso e sala ambiente (CAD).  
Fonte: Elaboração da autora.

ainda desejaram boa sorte no trabalho.

Os participantes do questionário definiram o espaço do Cais como uma casa antiga de dois pavimentos e com muitas salas. Foi explicado que no primeiro pavimento ficam os pacientes e no segundo os técnicos, mas que apesar disso há uma circulação entre estes dois espaços. Ao espaço, foram atribuídas as características de um espaço dinâmico, agradável e aconchegante, apesar de ser muito frio no inverno. Alguns participantes afirmaram que a dimensão do Cais é insuficiente para acolher mais pessoas, bem como para atender a todos que já se utilizam deste espaço. Quase todos os participantes mencionam o pátio, o jardim, o espaço aberto, verde, como um lugar da casa que é muito bonito, principalmente em dias de sol, e que traz uma paz de espírito muito grande. Mesmo assim, alguns mencionaram que é muito pouco utilizado pelos membros da equipe. A sala multiuso 1, local no qual, entre outras atividades, ocorre a assembleia, foi mencionado como um lugar muito agradável, arejado, de onde se pode ouvir os passarinhos cantarem, e onde o sol entra pela janela. Alguns mencionaram outros espaços que compõem o Cais, como a garagem, a cozinha apertada, e a sala ambiente, onde ficam os pacientes.

Os espaços do Cais mais estimados pelos participantes eram a sala multiuso 1, pois é ampla e se relaciona como pátio, e a sala ambiente, pois é onde fica a maioria dos usuários, onde acontecem os encontros, boas conversas e diversos jogos. A grande maioria dos entrevistados mencionou também o pátio como lugar favorito do Cais, pois possui um belo jardim, é um ambiente agradável, ótimo nos dias de sol, onde se pode andar e alguns sentam-se para fumar. É, enfim, um lugar de contato com a natureza, e tem em sua potência propiciar uma informalidade capaz de aproximar as pessoas e gerar trocas entre elas. Também foram mencionados o posto de enfermagem, por ser um lugar onde se faz o

tratamento e se recebe a medicação; a sala de informática, que é bem iluminada através de uma janela que se abre para uma sacada que dá vistas para a rua; a sala da equipe, pois, segundo uma das funcionárias, é um espaço grande, onde os profissionais se encontram, trabalham, se distraem; e além destes ainda foram mencionados a sala de espera do segundo pavimento e o refeitório.

Já, entre os espaços com os quais público do Cais possui uma relação de desafeto, foram mencionados as circulações entre o acesso e a sala ambiente, por serem muito estreitas e apertadas; o posto de enfermagem, por ser muito pequeno, fechado, apertado, de onde não se tem contato com os pacientes; sala de equipe, pois é muito tumultuada com muitas pessoas falando assuntos diversos ao mesmo tempo; o sanitário dos usuários, descrito como desagradável; o fundo do pátio, quando este se encontra vazio;





Figura 169. Corredor entre acesso e sala ambiente (CAD).  
Fonte: Elaboração da autora.

o fumódromo, que incomoda pelo odor de cigarro; a cozinha, por ser muito apertada; uma das funcionárias considerava a sala ambiente como um local muito “pesado”; e um dos usuários tinha as salas de atendimento dos médicos como o lugar de que menos gostava entre todos os espaços do Cais.

Na opinião dos participantes do questionário, a sala ambiente, o pátio interno e a sala multiuso são os ambientes do Cais que mais representam os espaços cujas aspectos são positivos e representam alegria e acolhimento. Coincidentemente são os espaços de uso coletivo e onde acontecem atividades durante tempo integral. Por outro lado, os participantes mencionaram a sala de acolhimento, o acesso e circulações (sobretudo o espaço em frente ao posto de enfermagem), o fumódromo e as salas de atendimento individuais como os espaços que menos inspiram alegria e acolhimento.

Entre os espaços que os participantes consideraram mais ociosos estão a grande sala de espera do segundo pavimento, o pátio e a sala multiuso 2, que se mantém fechada diariamente. Já os espaços mais concorridos e populosos mencionados são a sala ambiente e a sala de equipe. Dois espaços tidos como antagônicos e que não se comunicam seja visualmente, seja por proximidade física. Também foi salientado no resultado do questionário que falta espaço na cozinha e na recepção.

Perguntados sobre o que falta no espaço atual, os participantes responderam que falta acessibilidade, faltam salas para reunir todos os integrantes do Cais, falta espaço na enfermagem, falta conforto térmico no inverno, uma horta, faltam salas de oficinas. Enquanto alguns funcionários mencionaram que faltam salas para equipe e salas individuais para os profissionais, outros funcionários mencionaram que o que falta mesmo é uma maior integração, visual e de circulação, entre os espaços da equipe e os espaços dos usuários.

Numa das questões, foi solicitado aos participantes que expusessem seus desejos acerca de como seria um espaço para um Cais ideal. Entre usuários e funcionários coincidiram os sonhos de um espaço maior, mais iluminado, com um pátio maior, onde pudessem ser oferecidos uma quadra para praticar esportes, uma sala de cinema e, sobretudo, um espaço para o CAD mais amplo do que o atual. Funcionários mencionaram ainda que poderia haver espaços mais abertos e comunicantes com o pátio, cores mais claras no interior da edificação, refeitório maior, uma sala de TV e som, e uma funcionária mencionou um dormitório com seis leitos, apesar de o máximo recomendado pelo Ministério da Saúde para um CAPS II ser de dois leitos. Os usuários foram mais além nos seus desejos: imaginaram um Cais com academia, sala de desenho, maior área de lazer, e um salão de festas.



Figura 170 a 174. Ilustração: como é o CAPS Cais Mental Centro.  
 Fonte: Elaboração dos membros da assembleia, CAIS Mental Centro, 2013.

O questionário, em dois momentos diferentes, pedia também que o participante representasse o Cais através de um desenho. Primeiramente foi pedido que se desenhasse a situação atual do Cais, e o segundo desenho deveria representar o Cais ideal. Os resultados foram surpreendentes. Enquanto que a maioria dos funcionários tentou explicar o funcionamento do Cais em vista plana, como uma planta baixa, demonstrando a distribuição espacial atual e uma distribuição ideal, a maioria dos usuários não se preocupou com esse aspecto e teve maior liberdade para

expressar no seu desenho elementos que são mais simbólicos e afetivos do que uma planta baixa.

Muitas das representações do Cais como ele é hoje mostram o desenho de casas, nas quais estão também representados elementos como a cobertura, portas e janelas. Nota-se, contudo, que, em todas as casas, portas e janelas são sempre representadas fechadas. O único usuário a reproduzir o espaço do Cais em planta mostrou o percurso que fazia da entrada até os espaços que utilizava na casa. Não se pôde deixar de perceber o caminho

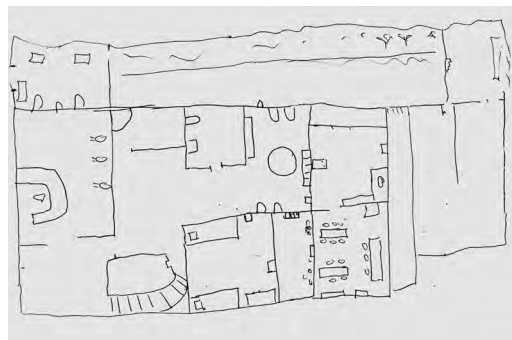
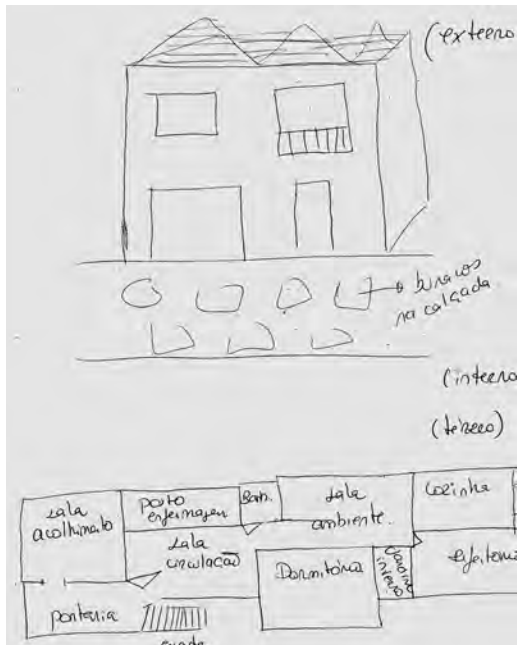
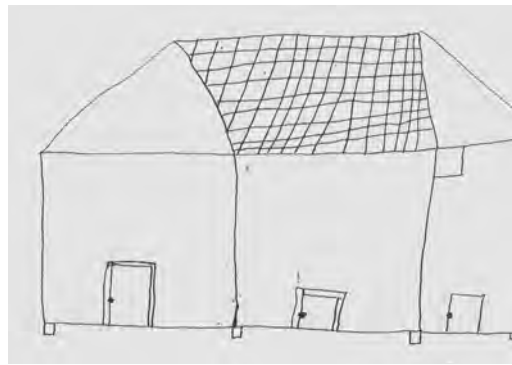
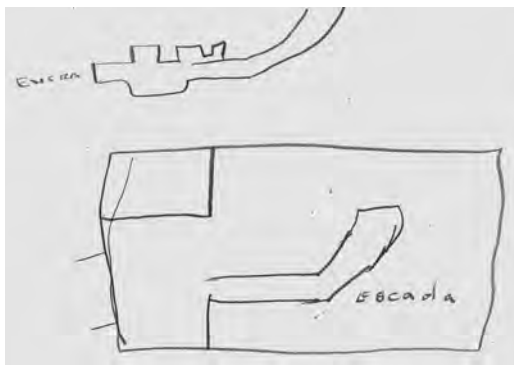
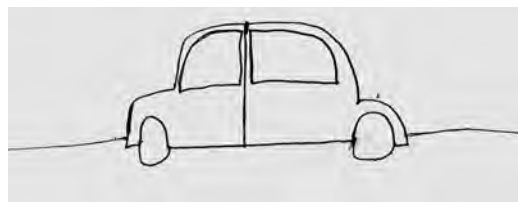
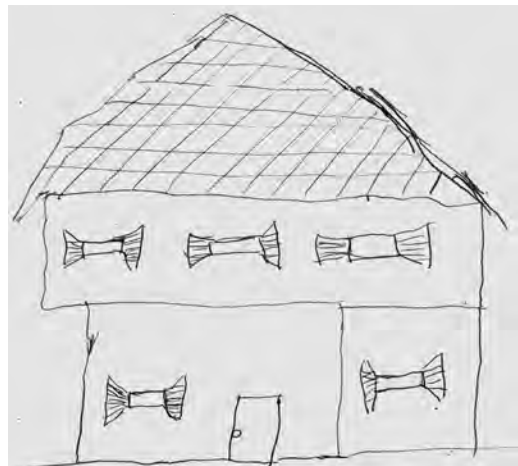
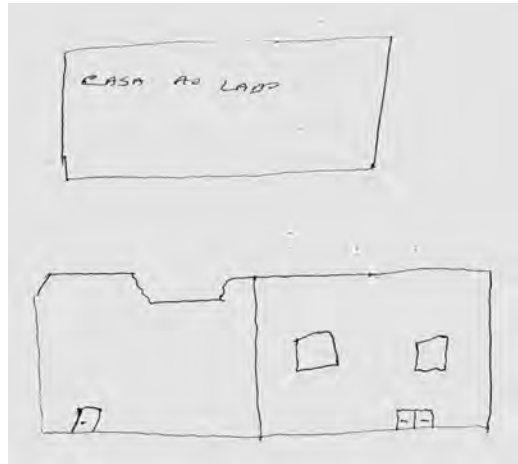
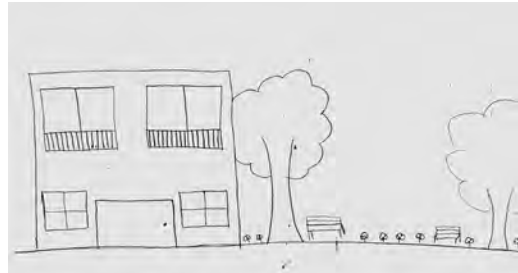


Figura 175 a 179. Ilustração: o CAPS Cais Mental Centro ideal.  
Fonte: Elaboração dos membros da assembleia, CAIS Mental Centro, 2013.

estreito e tortuoso desse percurso. Uma das profissionais desenhou a fachada do Cais com buracos na calçada e sua planta baixa é quase fiel à distribuição existente.

Quando os participantes foram solicitados a desenhar um espaço ideal do Cais, além da casa, outros elementos apareceram. As casas, dessa vez, possuem outros elementos: um espaço ajardinado ao lado, reforçando o desejo da proximidade com áreas abertas e verdes; outra casa ao lado, demonstrando o desejo por ampliação do espaço. Um dos usuários desenhou a mesma casa em ambas as questões, porém a segunda, a do Cais ideal, agora possui janelas abertas. Surpreendentemente o Cais ideal apareceu também na forma de um carro, um elemento de mobilidade que é capaz de circular por vários territórios. Apareceu também na forma de uma bela árvore, na qual vêm representadas suas raízes, mas onde vem representado também o vento, que não se vê, mas está presente, pois leva algumas folhas a se desprenderem da árvore e a voarem para outros lugares.



## UM CAIS DENTRO DE UMA CASA: A DISJUNÇÃO DA ARQUITETURA

A partir do momento em que um objeto arquitetônico é utilizado com um propósito diferente daquele para o qual foi concebido, ou localizado em um novo contexto, esse objeto adquire um novo significado? A relocação que acontece através da mudança de função da CASA para o CAIS, implicará em uma mudança de significado para a mesma? No momento em que a CASA se transforma em CAIS, ela continua sendo uma CASA? Como caráter, tipo ou forma, podemos arriscar em afirmar que o objeto arquitetônico, apesar da modificação do seu uso, manterá a sua associação a seu uso original. Ainda assim, esse processo de transformação provoca um forte questionamento a respeito da relação, por muito tempo entendida como direta, entre a concepção, a forma arquitetônica, o seu uso e o seu significado.

O que ocorre com a casa ao transmutar sua função pode ser compreendido através do que Bernard Tschumi (1998), subvertendo as próprias ideias de uso e função, denomina com o termo “disjunção arquitetônica”. A disjunção proposta por Tschumi pode ser entendida como o conjunto de operações capazes de transformar a arquitetura em sua acepção mais estática. Compreensão, inserção, transferência, superposição, distorção e descentramento são algumas das operações capazes de desdobrar o objeto arquitetônico e alterar o significado anteriormente dado a ele. Tschumi (2010) afirma que, embora disjunção não seja um conceito arquitetônico, seus efeitos afetam diretamente o local, o edifício e o programa deste, dependendo da lógica deslocadora que rege a obra: “não há arquitetura sem cotidiano, movimento e ação; são os aspectos mais dinâmicos da sua disjunção que sugerem uma nova definição de arquitetura.”<sup>101</sup> (TSCHUMI, 1998, p. 23, tradução nossa). Para o autor, disjunção é deslocamento, é levar ao limite, é interrupção: ela

implica numa rejeição da síntese ou totalidade autossuficiente da arquitetura em favor da ideia de análise dissociativa; rejeita a oposição do tradicional par forma x função ou forma x uso em favor da justaposição destes termos; enfatiza a dissociação, a superposição e a combinação, como capazes de se expandir para todo o sistema arquitetônico, desfazendo seus limites ao mesmo tempo em que, em função dessa dissolução, acaba por sugerir-lhe uma nova definição.

O conceito de disjunção é incompatível com uma visão estática, autônoma e estrutural da arquitetura. Mas não é contrário à autonomia ou à estrutura: apenas implica operações mecânicas constantes que produzem sistematicamente a dissociação no espaço e no tempo, em que um elemento arquitetônico somente funciona por meio da colisão com um elemento programático, com o movimento de corpos ou coisas do tipo. (TSCHUMI, 2010, p. 191)

Para Tschumi (1998) não existe uma relação de causa e efeito entre um edifício e seu conteúdo, seu uso, e, por conseguinte, o seu improvável significado. Para o autor, o espaço e o seu uso são duas noções opostas que excluem uma à outra, gerando uma variedade de incertezas infinitas.

A confrontação inerente do espaço e do uso arquitetônico e a inevitável disjunção das duas condições significa que a arquitetura é constantemente instável, constantemente à beira de mudança. É paradoxal que três mil anos de ideologia arquitetônica tentaram afirmar o oposto: que arquitetura se trata de estabilidade, solidez, fundação.<sup>102</sup> (TSCHUMI, 1998, p. 19, tradução nossa)

Não existe, portanto, uma relação direta entre o conceito do espaço e a experiência do mesmo, ou entre o espaço e o movimento que corpos nele exercem. Da mesma forma, pode-se pensar a CASA, concebida originalmente para atender à função de habitar destinada a um grupo restrito unifamiliar e que, no decorrer do tempo, se transmuta em CAIS, com sua funcionalidade comple-

101. There is no architecture without everyday life, movement and action; and that it is the most dynamic aspects of their disjunctions that suggest a new definition of architecture. (TSCHUMI, 1998, p. 23)

102. Architecture's inherent confrontation of space and use and the inevitable disjunction of the two terms means that architecture is constantly unstable, constantly on the verge of change. It is paradoxical that three Thousand years of architectural ideology have tried to assert the very opposite: that architecture is about stability, solidity, foundation. (TSCHUMI, 1998, p. 19)



103. The Cartesian body-as-object has been opposed to the phenomenological body-as-subject, and the materiality and logic of the body has been opposed to the materiality and logic of spaces. From the space of the body to the body-in-space – the passage is intricate. (TSCHUMI, 1998, p.110)

104. The pervasive smells of rubber, concrete, flesh; the taste of dust; the discomfiting rubbing of an elbow on an abrasive surface; the pleasure of fur-lined walls and the pain of a corner hit upon in the dark; the echo of a hall - space is not simply the three-dimensional projection of a mental representation, but it is something that is heard, and is acted upon. And it is the eye that frames - the window, the door, the vanishing ritual of passage... Space of movement - corridors, staircases, ramps, passages, thresholds; here begins the articulation between the space of the senses and the space of society, the dances and gestures that combine the representation of space and the space of representation. Bodies not only move in but generate spaces produced by and through their movements. Movements - of dance, sport, war - are the intrusion of events into architectural spaces. At the limit, these events become scenarios or programs, void of moral or functional implications, independent but inseparable from the spaces that enclose them. (TSCHUMI, 1998, p. 111)

tamente distinta e acolhendo um público muito mais numeroso, adquirindo assim um novo significado. A partir disso surge outra questão: sob quais aspectos podem ser analisadas as sobreposições e as substituições funcionais e de uso deste objeto arquitetônico transmutado? Para Tschumi (2010), o grande elemento que pode julgar a funcionalidade em arquitetura é o corpo. Para o autor, o corpo é que deve ser o ponto de partida e o ponto de chegada da arquitetura, o início e o fim das intenções projetuais. Para além de suas intenções e concepções, o objeto arquitetônico materializado é constantemente questionado e até negado conforme as ações dos corpos que nele habitarão.

O corpo-objeto cartesiano se opõe ao corpo-sujeito fenomenológico, e a materialidade e a lógica do corpo se opõem à materialidade e à lógica dos espaços. Do espaço do corpo ao corpo-no-espaço – a passagem é intrincada.<sup>103</sup> (TSCHUMI, 1998, p.110, tradução nossa)

Para Tschumi, todo espaço que é real afeta os sentidos bem antes da razão. Nessa troca de afetos, a materialidade do corpo coincide com a luta com a materialidade do espaço. O corpo carrega, nele mesmo, as suas próprias propriedades e determinações espaciais: em cima, embaixo, direita, esquerda, simetria, assimetria. O corpo já é um espaço, que ouve tanto quanto vê e percebe o espaço no qual ele se insere.

O cheiro penetrante de borracha, de concreto, de carne; o gosto da poeira; o roçar desconfortável do cotovelo sobre uma superfície abrasiva; a sensação prazerosa de paredes felpudas e a dor de esbarrar em uma quina no meio da escuridão; o eco de um salão – o espaço não é simplesmente a projeção tridimensional de uma representação mental, mas é algo que se ouve e no que se age. É o olho que enquadra – a janela, a porta, o ritual efêmero da passagem... Espaços de movimento – corredores, escada, rampas, passagens, soleiras; é aí que começa a articulação entre o espaço dos sentidos e o espaço da sociedade, as danças e os gestos que combinam a representação do espaço e o espaço da representação. Os corpos não somente se movem para o seu interior, mas produzem

espaço por meio e através de seus movimentos – dança, esporte, guerra – são a intromissão dos acontecimentos nos espaços arquitetônicos. Ao limite, esses acontecimentos se tornam cenários ou programas, vazios de implicações morais ou funcionais, independentes, porém inseparáveis, dos espaços que os envolvem.<sup>104</sup> (TSCHUMI, 1998, p. 111, tradução nossa)

O corpo, portanto, ao mover-se no interior da arquitetura, também é responsável por produzir espaços dentro de espaços, causando incidentes, ocorrências, situações, o que o autor chama de eventos. Evento é a intrusão do corpo no espaço e a sua interação com ele. Evento é também a articulação estrutural entre sujeito e objeto. O autor ressalta que, mesmo que evento e movimento possam acontecer isoladamente e de forma independente, são fatores que, ao se relacionarem, fazem com que os componentes arquitetônicos sejam desconstruídos e reconstruídos, configurando sempre novas relações. Para Tschumi, o espaço só pode ser apreendido quando é lido junto com os movimentos e eventos que nele ocorrem e que dele são inseparáveis. Dessa maneira, a arquitetura não lida somente com o espaço, mas, também, com o tempo.

Assim, a CASA que abriga um CAIS no seu interior, também pode ser considerada um evento, na medida em que é um incidente de transmutação. Entre uma existência e outra, CASA, CAIS e CAPS vão se diferenciando de suas funções prévias, supostamente fixas, imutáveis, e experimentando transformações na sua natureza na medida em que se agenciam em infinitas combinações possíveis para a transformação em algo novo: quarto-oficina, sala-ancoradouro, sala de estar-sala de ser, sala de ser louco, *hall*-recepção, estar-acolhimento, garagem-salão de beleza... Infinitas combinações possíveis, infinitos agenciamentos, frutos de uma outra lógica, que não partiu da objetividade e abstração projetual, e que se trata, sobretudo, da apropriação quase que informal do espa-



ço CASA, para nele efetivar o espaço CAIS. É um processo de apropriação que se utiliza de inserção, renovação, sobreposição, tornando múltiplos os usos para um determinado espaço pré-concebido, convocando-o a funcionar de maneira diferente. Na apropriação do espaço CASA, correu-se o risco de não conseguir encaixar suficientemente bem o programa CAIS, de não atingir o pleno funcionamento da sua nova lógica inserida na materialidade da lógica anterior. Assim como houve o risco de não adaptação, houve também, pela urgência que se fazia romper com o instituído, um investimento nessa mudança inexplorada, e foi nesse aspecto em que se apostou. Mais que tornar-se um paradigma, um emblema, um modelo, o CAIS surge como um ensaio de novas práticas a serem investidas como possível. Assim, o CAIS na CASA precisou assumir sua imperfeição, sua incompletude.

É justamente a incompletude que coloca a arquitetura da casa na oscilação entre as diversas potencialidades, muitas que vemos, muitas que não vemos, competindo por se concretizar. Os vazios deixados pela incompletude entre CASA e CAIS são justamente os espaços a serem preenchidos pelo imprevisto e pelo improvisado, pois é a própria vida e a dinâmica das suas atividades que se insinuam entre os limites, as barreiras, as paredes e demais elementos arquitetônicos, instaurando-se como impulsos que geram o movimento do cotidiano e do edifício na dimensão do inesperado. Mesmo que haja sempre uma força ordenadora do espaço da ordem da disciplina, do controle e do adestramento, o próprio movimento dos corpos, seja na dimensão do perceptível ou do imperceptível, atua na produção de eventos que por sua vez resultam na disjunção espacial e que abrem possibilidades de fazer eclodir forças e dinamismos.

Tschumi (1998) desenvolve um conceito conhecido por “violência da arquitetura”. Segundo o autor, todo ato arquitetural pro-

move um encontro de corpos, e nesse encontro, tanto o espaço viola o corpo, como o corpo viola o espaço. É, portanto, um encontro entre fluxos de diferentes naturezas, um encontro de potências de afeto. A relação entre um edifício e seus usuários é uma relação de violência pois qualquer utilização do espaço significa uma intrusão de um corpo no outro, a intrusão de uma ordem na outra, intrusão que, segundo o autor, é própria da ideia de arquitetura. Para o autor, reduzir a arquitetura e seus espaços a qualquer ideia que ignore os acontecimentos que se dão nele, é um ato tão simplista quanto reduzir a arquitetura às suas fachadas.

No entanto, quando fala em violência da arquitetura, o autor não se refere à violência enquanto brutalidade que destrói uma integridade física ou emocional. Ao invés disso, ele a usa como uma metáfora para traduzir a intensidade da relação entre o corpo e o ambiente que o envolve. A violência da arquitetura, segundo ele, é fundamental e inevitável, pois está ligada aos acontecimentos que se dão em seu interior. “[...] ações qualificam espaços tanto quanto espaços qualificam ações; [...] espaço e ação são inseparáveis e [...] nenhuma interpretação, desenho, ou notação apropriados, podem recusar-se a considerar esse fato.”<sup>105</sup> (TSCHUMI, 1998, p. 122, tradução nossa). A arquitetura, para se efetivar enquanto tal, pressupõe uma troca de afetos. Ao percorrer um espaço, o corpo articula com ele um intervalo de tempo comum, preenchido de matéria e memória. Essa interação adquire a natureza de uma violência intensa.

O ato de entrar em um edifício pode ser um ato delicado, mas ele viola o equilíbrio de uma geometria precisamente ordenada [...]. Corpos esculpem todo o tipo de espaços novos e inesperados, através de movimentos fluidos ou erráticos. A arquitetura, então, é apenas um organismo empenhado em uma constante cúpula com seus usuários, cujos corpos avançam contra as regras cuidadosamente estabelecidas pelo pensamento arquitetônico. [...] O corpo perturba a pureza da ordem arquitetônica. É equivalente à

105. [...] actions qualify spaces as much as spaces qualify actions; [...] space and action are inseparable and [...] no proper interpretation of architecture, drawing, or notation can refuse to consider this fact. (TSCHUMI, 1998, p. 122)

106. Entering a building may be a delicate act, but it violates the balance of a precisely ordered geometry [...]. Bodies carve all sorts of new and unexpected spaces, through fluid or erratic motions. Architecture, then, is only an organism engaged in constant intercourse with users, whose bodies rush against the carefully established rules of architectural thought. [...] The body disturbs the purity of architectural order. It is equivalent to a dangerous prohibition.

Violence is not always present. [...] Yet it is always implicit. Each door implies the movement of someone crossing its frame. Each corridor implies the progression of movement that blocks it. Each architectural space implies (and desires) the intruding presence that will inhabit it. (TSCHUMI, 1998, p.123)

107. A building is a point of reference for the activities set to negate it. A theory of architecture is a theory of order threatened by the very use it permits. And vice versa. (TSCHUMI, 1998, p. 132)

108. If violence is the key metaphor for the intensity of a relationship, than the very physicality of architecture transcends the metaphor. There is a deep sensuality, an unremitting eroticism in architecture. It's underlying violence varies according to the forces that are put into play – rational forces, irrational forces. They can be deficient or excessive. (TSCHUMI, 1998, p.130)

proibição perigosa.

A violência não está sempre presente. [...] Ainda assim ela é sempre implícita. Cada porta implica um movimento de atravessar a sua estrutura. Cada corredor implica na progressão de movimento que o bloqueará. Cada espaço arquitetônico implica (e deseja) a presença intrusiva que o habitará.<sup>106</sup> (TSCHUMI, 1998, p.123, tradução nossa)

A arquitetura e seus acontecimentos, explícita ou implicitamente, estão constantemente transgredindo as regras um do outro. Essas regras, essas composições organizadas, embora possam ser questionadas, sempre se mantêm como pontos de referência: “Um edifício é um ponto de referência às atividades definidas para negá-lo. Uma teoria da arquitetura é uma teoria da ordem ameaçada pelo próprio uso que ela permite. E vice-versa.”<sup>107</sup> (TSCHUMI, 1998, p. 132, tradução nossa). Para além de forma x função, utilidade, estrutura e deleite (*utilitas, firmitas e venustas*), arquitetura é também uma questão de movimento dos corpos no espaço, e a linguagem exercida por este movimento é, enfim, complementar a linguagem das paredes e dos demais elementos arquitetônicos.

Se a violência é a chave metafórica para a intensidade de um relacionamento, a materialidade da arquitetura transcende à metáfora. Existe uma profunda sensualidade, um erotismo constante em arquitetura. Sua violência subjacente varia de acordo com as forças que são colocadas em jogo – forças racionais, forças irracionais. Elas podem ser deficientes ou excessivas.<sup>108</sup> (TSCHUMI, 1998, p. 130, tradução nossa)

A violência da arquitetura contém, nas contradições que ela suscita de maneira dinâmica, com seus conflitos e complementaridades, a possibilidade de mudança e de renovação.

A própria inserção do CAIS num contexto urbano integrado, diferentemente do que ocorria com os manicômios que eram implantados muito afastadamente da dinâmica das cidades, já é uma violência da e na

arquitetura no sentido trazido por Tschumi. É um evento que tem como potência as diversas formas pelas quais pode se dar o encontro com a diferença, com o CAIS, com o louco, com a loucura, como se esse, até então estranho objeto na cidade, já tivesse, em sua localização, a potencialidade de desdobrar-se, justapor-se, cozer-se com e no território em que se insere, contaminando e sendo contaminado, atravessando e sendo atravessado, estabelecendo novas relações e incorporando os modos de existências diversas e locais do seu próprio território, e disso tudo, fazer uma grande coleta para criar sempre novas estratégias para se diferenciar numa constante recriação.

\* \* \*

Derrida (2010) diz que o estabelecimento de um lugar habitável já é um acontecimento. Para ele, a arquitetura é movida fundamentalmente pela questão do lugar, do “ter lugar” no espaço. Segundo o autor, um lugar acontece quando se estabelece um espaço que até então não existia e que é compatível com aquilo que nele habitará algum dia. Não seria possível ao CAIS “ter lugar” se não fosse encontrado para ele um lugar, uma forma arquitetônica que tivesse alguma semelhança com aquilo que poderia ser pensado dentro dele. Assim, se a CASA foi um dia habitável, o CAIS, no interior dela, é habitado de uma forma completamente diferente. Assim como um molusco que sofreu uma transformação, uma mutação, que cresceu mais que sua casa e que está apertado em sua concha e busca outra que lhe dê maior liberdade de movimentos, salvando-se da asfixia, o CAIS, tendo abandonado a sua antiga concha, aquela manicomial, limitadora, segregadora e também asfíxiante, foi em busca de uma nova concha para ser seu novo abrigo. Nessa busca alimentou-se do desejo por uma outra forma que fosse capaz de dar abrigo ao seu corpo transformado, aos novos modos de

pensar a loucura e seu cuidado, novos modos de fazer e habitar um lugar-louco.

Se o CAIS se instalou na CASA, foi por não ter o seu próprio PORTO concebido, projetado e construído. Para que se execute um lugar “é preciso que uma comunidade assuma o compromisso e se empenhe em dar lugar a um pensamento arquitetônico” (DERRIDA, 2010, p. 171). Se o PORTO não existe ainda como arquitetura, talvez seja porque não existam ainda modelos pensados para tal, ou prioridades de investimento para tal, ou políticas públicas para tal, mas, também, é provável que não haja uma comunidade para tal e, por isso, o lugar não se constitui. Mesmo que todos os esforços tenham sido reunidos para a desconstrução do modelo manicomial, para o abandono da concha anterior, o molusco encontrou adversidades na emergência de encontrar um novo abrigo, em criar novas propostas para a sua existência que fossem igualmente idealizadas e realizadas arquitetonicamente. Se a concha se mostra, em alguns momentos, espacialmente insuficiente, é porque ela pertencia originalmente a outro molusco menor: a uma unidade unifamiliar, com uma quantidade limitada de membros e com diferentes demandas espaciais.

De todo modo, na ausência de um PORTO, apostou-se na CASA para abrigar um CAIS. Essa escolha se justifica pelo que a casa não é: um monumento institucional hospitalar ou ambulatorial de dimensões e escala impessoais. Mas, sobretudo, a escolha da CASA está calcada do seu sentido maior de habitar que privilegia o ser que habita. Como vimos, habitar o espaço, em seu sentido ancestral, é dar início à criação de um território e, no caso do CAIS, este movimento significa a instauração de um território alternativo às antigas formas espaciais manicomiais.

Em seu sentido poético, a CASA que abriga o CAIS abriga no seu interior um pensamento de CAIS, e com ele o desejo de novas práticas e novas relações com a loucura. En-

tendemos que a escolha da CASA, além do seu sentido ancestral, carrega em si a ideia deste objeto arquitetônico, deste arquétipo, como primeiro lugar do acolhimento, primeira hospitalidade, primeiro abraço arquitetônico que cada ser recebe ao vir a este mundo.

Mas existe então uma forma do Acolhimento? Que relações encontramos entre acolhimento e saúde mental, e entre acolhimento e arquitetura? Onde podemos identificar o acolhimento nas formas da CASA que abriga o CAIS?

## O CAIS COMO POTÊNCIA DE ACOLHIMENTO

109. Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2004). Ambiência na Saúde é uma política que se aplica aos espaços arquitetônicos e busca proporcionar, em território nacional, uma atenção acolhedora, resolutive e humana para os usuários do SUS. O conceito de ambiência abrange basicamente três eixos que devem funcionar juntos: confortabilidade espacial; espaço possibilitador de produção de subjetividades e encontros; espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho. O Ministério da Saúde tem considerado que, para uma nova concepção de modelo de atenção e gestão que considera a importância da ambiência para a saúde das pessoas, é necessário, além de um novo modo de operar, um arranjo espacial adequado a essa organização, que, por sua vez, só se torna possível com a participação das equipes no processo de reflexão e decisão para a construção das áreas, das práticas e dos processos de trabalho. A arquitetura discutida isoladamente não muda processo de trabalho, mas pode ser usada como uma das ferramentas facilitadoras que propiciam esse processo de mudança.

110. AZAMBUJA, Mariana P. R. et al. Relato de experiência: o acolhimento em grupo como uma estratégia para a integralidade. *Psico USF: revista trimestral da área de psicologia da Universidade de São Francisco, Bragança Paulista v. 12, n. 1, p. 121-124, jan./jun. 2007.*

### ACOLHIMENTO COMO UMA PRÁTICA DA SAÚDE MENTAL

A dimensão da interface da arquitetura com as questões que envolvem a saúde tem o seu reconhecimento cada vez mais explícito, sobretudo pela preocupação cada vez maior com os ambientes da saúde mental, seja nas instâncias políticas e administrativas, seja nas sociais e acadêmicas. O estudo do espaço arquitetônico, como fator capaz de propiciar o bem-estar físico e emocional a seus usuários, tem então encontrado uma crescente valorização nos processos de planejamento em saúde pública<sup>109</sup>.

Nos novos modelos de cuidado em saúde mental, assim como em todos os campos da saúde geridos pelo Sistema Único de Saúde, é recorrente o uso da palavra Acolhimento. Tradicionalmente, a noção de Acolhimento, no campo da saúde, é identificada como uma recepção administrativa, e tem a função de uma ação de triagem e repasse de encaminhamentos para serviços especializados (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011). Todavia, existe outra perspectiva da noção de Acolhimento, que difere de um dado momento inicial de atendimento, em um dado espaço, no qual um dado profissional realiza um acolhimento-triagem de natureza administrativa. O Acolhimento também é entendido, mais do que uma etapa de um processo, como ação que deve ocorrer em vários espaços e momentos de um serviço de saúde, não restringindo-se a uma mera ação de triagem burocrática (BRASIL, 2009). Por essa perspectiva, pode-se entender o Acolhimento de forma muito mais ampla, retomando os sentidos da própria palavra, como dispositivo que vai muito além da mera recepção ou triagem, concebido enquanto uma postura ética a ser desenvolvida por todos os trabalhadores de saúde, assim como também se estende a uma ética para a humanidade (AZAMBUJA et al., 2007 apud SCHEIBEL; FERREIRA, 2011)<sup>110</sup>. Entendido dentro desse ponto de vista, o Aco-

lhimento é uma estratégia do Ministério da Saúde para a humanização da assistência, pensado como um conceito-ferramenta que qualifica e humaniza as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários. O Acolhimento é considerado uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS:

Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças; estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver; política porque implica compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com o outro”. (BRASIL, 2009, p. 6).

Portanto, o Acolhimento pode ser expresso através do olhar dirigido aos sujeitos que chegam aos serviços de saúde, ou até mesmo em uma palavra entonada de forma mais acolhedora, podendo com isso romper com os atendimentos tecnocráticos, possibilitando assim a experiência de relações mais humanizadas entre trabalhadores e usuários. Nessa perspectiva, o Acolhimento pretende ser uma ação realizada “com o outro” e “para o outro”. Portanto, pode-se dizer que o Acolhimento enquanto ato de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, podendo ser considerado uma tecnologia do encontro, um regime de afeto construído a cada encontro e mediante os encontros (BRASIL, 2009).

Contudo, a prática dos princípios do SUS, sobretudo a sua concepção de Acolhimento ainda precisam ser legitimados em alguns serviços públicos de saúde. A efetivação dessa política requer necessariamente uma atitude de mudança das equipes no seu fazer em saúde. A observação do cotidiano de instituições de saúde nos revela que os usuários por vezes são obrigados a esperar longos períodos para receber assistência, que muitas vezes é burocratizada, e a população ainda não recebe cuidados integrais.

Na esfera da saúde mental, o Acolhimen-

to é pensado em sua função terapêutica, e se apresenta como um contínuo espaço de escuta. No CAPS Cais Mental Centro, apesar de existir uma sala chamada “Sala do Acolhimento”, reservada para o primeiro contato com um novo usuário, seus familiares ou acompanhantes, recebendo assim uma função de recepção administrativa e de triagem, alguns profissionais deste serviço ressaltam que o Acolhimento não se resume exclusivamente a esta sala na casa, e que há uma busca na direção de praticar o Acolhimento no cotidiano do serviço, nos espaços de escuta, e espaços informais que o serviço possibilita.

Na Política Nacional de Humanização do SUS, a interface da Ambiência<sup>111</sup>, que se preocupa com a espacialidade dos serviços, com o Acolhimento, pressupõe a criação de espaços acolhedores e que, para além do seu sentido de conforto ambiental, seja capaz de proporcionar encontros entre os sujeitos.

Assim, pensar o Acolhimento é uma tarefa que tange também ao campo da arquitetura, sobretudo ao se relacionar com os campos da saúde e da saúde mental. A partir disso, faz-se urgente problematizar o Acolhimento em sua acepção ético-estético-política e sobretudo investigar as formas que dão lugar para que o Acolhimento possa acontecer. Impossível pensar o Acolhimento sem pensar também os lugares nos quais ele se dá, ou se propõem que ele seja praticado. A ética do Acolhimento também não se restringe às intenções e políticas públicas em saúde, ela deve ser pensada ampliando-se o seu significado e encontrando as suas relações nos diversos espaços sociais inseridos sempre em espaços construídos que por sua vez se inserem em territórios mais amplos, que por sua vez se inserem na cidade. É preciso problematizar o Acolhimento desde a escala da cidade, sobretudo na interface com a saúde mental, cujos equipamentos se propõem como uma ponte, um cais, conectando os sujeitos, usuários de seus serviços, com contextos mais amplos e envolvidos nos diversos tecidos sociais que

são entrelaçados com o corpo das cidades.

## ARQUITETURAS DO ACOLHIMENTO E DA HOSPITALIDADE

Como vimos, o habitar está tradicionalmente ligado à ideia de acolhimento, de abrigo, conforto, bem-estar. Habitar, portanto, está associado à ideia de um receptáculo no qual o que prevalece é o interior, o estável, o contido, o familiar, o íntimo, o estar dentro.

Paradoxalmente, ao lançarmos um olhar sobre os modos de habitar contemporâneos, percebemos que, mais do que apresentarem-se como metáfora do ser e da interioridade, se apresentam como produto, oferecido pelo mercado imobiliário, o qual dissemina as ideias de uma vida condominizada, privatizada, composta por ilhas muradas dentro da cidade, pretendendo-se como uma minicidade que idealiza o afastamento dos perigos da violência, do estranho. A casa, assim como o bairro e a cidade contemporânea incorporaram uma tendência de fechamento ensimesmado, de um encapsulamento vital que surge para garantir uma certa invulnerabilidade, uma sensação ilusória de estar seguro. A arquitetura da casa, metáfora da interioridade e do acolhimento, vem frequentemente acompanhada por elementos de hostilidade: altos muros, grades, cercas elétricas, portões, portarias, porteiros, automóveis individuais, janelas fechadas, ruas expressas, estacionamentos protegidos, câmeras, sensores, alarmes. Casa, bairro e cidade foram conduzidos historicamente na direção de transformarem-se em intocáveis fortalezas muradas, cujas fachadas são cegas e surdas, sem aberturas para qualquer aproximação do acaso, do acontecimento e da diferença, reforçando a ideia de exterior como sendo o lugar do inóspito, do instável, do desconhecido, do estranho. Exterior e interior se veem assim rompidos, encerrados cada qual em seu território, proibidos um ao outro. Ninguém de fora entra, ninguém de dentro sai, sem ao

111. Segundo a cartilha de Ambiência na Saúde (BRASIL, 2010), o Acolhimento pressupõe espaços de recepção, encontros e escuta entre os sujeitos. Espaços de acolhimento são aqueles que proporcionam a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores e entre os próprios usuários. O Acolhimento também é entendido em suas qualidades físicas, no sentido de conforto ambiental: iluminação e ventilação naturais, cores, artes, vegetação entre outros. Acolhimento também abrange ao conforto proporcionado pelo mobiliário, que deve ser confortável e em número suficiente, deve estar disposto de maneira a promover interação entre os usuários, sem ser intimidador, e que ofereça privacidade ao usuário.



menos sucumbir ao medo e ao terror.

Segundo Fuão (2008, inédito)<sup>112</sup>, há um equívoco em atribuir ao familiar, ao doméstico, à interioridade a certeza de proteção, segurança e felicidade, ou em acreditar que o estranho, o perigo, a insegurança sempre venham de fora, de um exterior. Muitas vezes o estrangeiro, a ameaça surgem dentro da própria casa, da interioridade de cada um, provocando o terror, o sinistro, o cárcere privado. Portanto, entre os pares dialéticos interno x externo, proteção x insegurança não existe necessariamente uma correspondência. Muitas vezes, o dentro se torna insuportável, e o conforto, a hospitalidade podem estar fora da casa, na rua, na fuga de casa. A casa e o lar como o lugar da felicidade, o lugar da paz e da segurança, é, portanto, um mito sustentado pela sociedade ocidental.

Quanto mais se valoriza a casa como um refúgio da cidade, lugar de onde se obtém a segurança, mais vazias e violentas se tornam as cidades e, assim, entra-se num ciclo vicioso, quando as políticas do medos das ruas reforçam mais ainda a consagração da casa e do interior como um paraíso gradeado, uma ilha artificial cercada, murada e cega, a tal ponto que a casa se transforma em cela, ilusão do “lar doce lar”.

O tema da casa, para Fuão (2008, inédito), sempre esteve relacionado aos cultos, ao oculto. Mas, afinal, o que é que a casa oculta, senão sua própria condição de oculta, de um recolhimento, de um esconderijo?

A casa é o *oikos* grego, o lugar do oculto, do culto, do privado, do reservado, recolhido. A casa é onde está aquilo que não deve ser revelado para qualquer um, é o lar. Na Antiguidade o culto aos mortos, aos espíritos ancestrais, era uma cerimônia oculta. Como explicou Fustel de Coulanges (apud FUÃO, 2010), sobre a origem do culto dos lares, se uma dessas cerimônias fosse presenciada por algum estranho, a cerimônia era dada como profanada, apenas pelo olhar daquele que não pertencia ao lar. A casa, em sua origem

mítica, carrega esse duplo sentido, ela é também o lugar do oculto, o lugar onde as coisas não se deixam ver, onde ocorrem as práticas veladas, muitas vezes invisíveis, escondidas e sinistras.

O duplo segredo que a casa tradicional esconde em sua interioridade-exterioridade é poder ser familiar ou desfamiliar em sua interioridade, mas, ainda assim, sempre familiar em sua exterioridade formal, em sua aparência. Por mais que a casa esconda um cativo domiciliar, a aparência familiar da casa sempre prevalece.

O que se sabe, todavia, é que a questão da familiaridade é muito mais uma questão das diferentes práticas de vida que ocorrem dentro de uma casa, e das pessoas que nela habitam, que podem tanto tornar a casa num lugar hospitaleiro, um lar, como transformá-la num lugar inóspito, hostil. A familiaridade é muito mais decorrente de uma vivência e do entendimento do que é uma casa, do que a casa em si, em sua capacidade formal. A forma da casa não carrega em si as propriedades de ser sinistra/familiar, ou hospitaleira/hostil. Há muitas casas dentro da casa, assim como há muitos fora lá fora. A morada se estende e transborda na porta do outro.

Portanto, apesar de a hospitalidade e o acolhimento endereçarem, num primeiro momento, a figura da morada, da casa, logo ela acaba por negar este lugar. Segundo Derrida (2003), hoje em dia, refletir sobre a hospitalidade requer pensar também as barreiras rigorosa das soleiras ou fronteiras: entre o familiar e o não familiar, entre o estrangeiro e o não estrangeiro, entre o cidadão e o não cidadão e, sobretudo, entre o privado e o público.

Para Derrida (2008), a palavra “hospitalidade” traduz e leva adiante as duas palavras que a precedem: “atenção” e “acolhimento”. A hospitalidade pressupõe o rosto, primeiro elemento do acolhimento, a (a)tensão em direção ao outro.

A intencionalidade, a atenção à palavra, o acolhimento do rosto, a hospitalidade são o mesmo, mas o mesmo enquanto acolhimento do outro, lá onde ele se subtrai ao tema. Ora, este movimento sem movimento apaga-se no acolhimento do outro, e como ele se abre ao infinito do outro, ao infinito como outro que o precede, de alguma maneira, o acolhimento do outro [...], já será uma resposta: ao sim do outro. (DERRIDA, 2008, p. 40)

Para Derrida o acolhimento é um gesto afirmativo, uma intenção atenta, atenção intencional. O acolhimento do outro é o sim ao outro, que é convocado desde que o infinito é acolhido, quando o *sim a* é precedido pelo *sim de* outro. O acolhimento é sempre um primeiro movimento, uma resposta que precede ao chamamento, assim como um sim que aguarda a interrogação. O acolhimento é, portanto, a receptividade do receber como relação ética, na medida em que se recebe para além da capacidade do eu. “Aquele que convida é convidado por seu convidado. Aquele que recebe é recebido, ele recebe a hospitalidade naquilo que considera como sua própria casa.” (DERRIDA, 2008, p. 58).

Mas a hospitalidade supõe uma ausência da casa, negação dessa morada protegida, na medida em que se constitui como um movimento de virar a casa ao avesso, para que os mundos do fora e do dentro, do interior e do exterior, do “eu” e do outro possam finalmente se reconciliar no pertencimento ao mesmo mundo, compartilhar um mesmo tempo de existência. Hospitalidade e acolhimento demandam um movimento de exteriorizar, ou seja, permanecer no território do outro, nas bordas do outro, na interioridade do outro. Hospitalidade se traduz como um “dentro e fora ao mesmo tempo, nem dentro nem fora em nenhum tempo.” (FUÃO, 2010, p. 102)<sup>113</sup>.

A hospitalidade diz respeito a uma questão de lugar, mas antes de tudo, ela convoca o sujeito a reconhecer que ele é, antes de mais nada, um hóspede: um hóspede do cosmos, um hóspede da terra, um hóspede

da cidade, um hóspede de si mesmo. Derrida (2008) afirma que uma casa só é possuída na medida em que ela já é hospitaleira ao seu proprietário, ou seja, o dono da casa, o senhor do lugar já é um hóspede recebido em sua própria casa. O espaço construído que acolhe o primeiro hóspede que se transforma em hospedeiro na medida em que é capaz de acolher o outro. A hospitalidade, portanto, tira do espaço o tema do espaço, e o relaciona com o indivíduo, como se ele próprio portasse a hospitalidade, e, junto com ela, o próprio espaço. Como afirma Fuão (2003), o sentido não está no espaço ou na arquitetura, mas sim nas próprias pessoas.

Para Fuão (2012), a hospitalidade só pode ser oferecida por alguém, num determinado tempo, numa determinada situação, não sendo possível pensar a hospitalidade apenas em sua relação com o lugar, como sua fundação. O autor acrescenta que não é possível pensar a hospitalidade sem pensar as figuras do hospedeiro e do hóspede, da espera e da errância, sem pensar aquele que espera a chegada do outro. A errância só existe porque algo ou alguém espera.

A espera: figura inicial, receptáculo das demais, corpo anfitrião que hospeda os demais corpos. Hospedeira. Ela é uma figura de encantamento, de imobilização. Ela tal como o espaço, não faz nada, só aguarda e guarda. O hospedeiro, a figura da espera é território, campo, receptáculo onde as figuras errantes, os fragmentos isolados desfilam em busca de uma conjugação poética, de uma casa, um acasalamento. (FUÃO, 2012, s.p., grifo nosso)

Para Fuão (2012), espera é querência, é um ser, um objeto, um espaço, um lugar. Ser e lugares de espera se fundem e se “co-fundem”. Assim como o hospedeiro, o errante também espera, ambos esperam, cada um a seu modo, a chegada em algum lugar. O efeito da espera pode ser o desespero e a angústia, mas seu principal efeito é a esperança. “Esperrância”<sup>114</sup>.

O lugar que está em questão na hospitalidade é um lugar que não pertence nem àque-

113. FUÃO, Fernando. A Interioridade da Arquitetura. Cadernos PROARQ, Rio de Janeiro, n.14, p. 99-107, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72044/000836679.pdf?sequence=1>>. Acesso em: março 2013

114. Termo utilizado pelo autor designando as relações entre hóspede e hospedeiro e entre a ‘espera’ e a ‘errância’. Errar na espera e esperar na errância é um processo nomeado como esperrância. Para o autor, tanto a espera como a errância possuem formas e arquiteturas propícias a esses estados. Esperrância é também, segundo o autor, “um modo errante e errado de pensar a arquitetura, um pensar suspensivo, onde o mundo todo poderia ser traduzido através dos locais de espera e dos locais de errância, deslocamentos.” (FUÃO, Fernando. As ocupações dos viadutos e as formas do acolhimento na arquitetura. 2013. Disponível em: <<http://fernandofuao.blogspot.com.br/2013/11/as-ocupacoes-dos-viadutos-as-formas-do.html>>. Acesso em: nov 2013.)

115. FUÃO, Fernando. A interioridade da arquitetura. 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72044/000836679.pdf?sequence=1>>. Acesso em: mar 2013.

le que hospeda, nem ao convidado, mas, sim, ao gesto pelo qual um oferece acolhida ao outro; é a capacidade de receber o diferente em sua diferença, sem que, para isso, não seja necessário dar nada em troca. A hospitalidade é o ‘lugar outro’ da interioridade da arquitetura, o lugar que dá lugar às relações humanas, relações fundantes das cidades. A hospitalidade é um lugar que não requer um espaço planejado para existir, mas precisa necessariamente do outro como um lugar, seu corpo e seu tempo. “O outro é sempre um outro espaço, um outro lugar, um outro tempo. O outro é sempre um outro tipo de ocupação, um desvio na origem do uso de um espaço já programaticamente definido. Um acontecimento.” (FUÃO, 2010, p. 104.)<sup>115</sup>.

A errância e a figura do errante também reforçam a ideia de uma outra forma de ocupar tanto o espaço quanto o tempo, executando um desvio na origem do uso espacial e temporal de algo já definido. Uma legítima disjunção arquitetônica, como nos explicou Bernard Tschumi (1989), que proporciona um deslocamento, rejeitando a estaticidade sintética e a totalidade autossuficiente da arquitetura. O inesperado acontece.

O errante é o que provoca o acontecimento, modifica o espaço perturbando. Quando o errante chega, quando se encosta, desdobra o sentido da coisa em outra coisa, transborda. Enlouquece e vira tudo do avesso. [...] Não é só o errante o enlouquecido, mas também a figura da espera está sempre enlouquecida, desesperada, fixada no tempo e no espaço, imobilizada em sua loucura. Quando ele abraça mesmo o outro, quando ele abraça a loucura sorrindo, quando a loucura abraça a loucura, quando se abre recebendo, quando se rasga desdobrando-se, quando vira abraço: aí então se cria o lugar. (FUÃO, 2012, s.p.)

O que funda a hospitalidade, portanto, é o lugar, porém, não qualquer lugar. O lugar que funda a hospitalidade é um lugar outro, criado pelo gesto de abertura, gesto de acolher, gesto do encontro. Este lugar que não pede nada em troca, a não ser a presença do que chega e de quem espera.

Só depois ter concebido a hospitalidade pensada a partir das figuras da espera e do errante é que o tema pode retornar ao lugar. É impossível pensar a hospitalidade sem pensar também em um lugar específico para que ele ocorra. O acolhimento na arquitetura também se configura como um gesto, uma intenção, uma decisão, um corte, uma abertura, assim como se manifesta na inflexão na dobra aberta, na concavidade, no colchete aberto. O acolhimento e suas feições de acolher não se dão nem num lado e nem outro da dobra, nem dentro, nem fora, nem no interior, nem no exterior, não estão nesse ou naquele lado; o acolhimento definitivamente está nos dois ao mesmo tempo, em suas bordas, e, reparando bem, nem no um nem no outro, mas no meio, bem no entre.

Há muitas formas de acolher na arquitetura, e esse gesto é sempre dado através de uma fissura, um estado aberto do ser. O acolhimento é, pois, uma inflexão, uma dobra do espaço, uma concavidade que permite se tornar recipiente, receptáculo. A arquitetura é demonstrativa desse pensamento quando as paredes se dobram e redobram criando espaços para o envoltório, caixas dentro de caixas, espaços dentro de espaços, dobras dentro de dobras, infinitamente.

Existem formas, geometrias, linhas que propiciam o acolhimento, enquanto que há também outras que propiciam a hostilidade, que afastam, distanciam. Para Fuão (2012), os elementos arquitetônicos da hospitalidade estão sobretudo relacionados aos lugares de espera e de encontros, como a porta aberta e entreaberta, a marquise, o alpendre, as ruas, as praças, e, de um modo geral, a maioria dos espaços públicos, onde o acolhimento é mais expressivo do que a própria casa. Há também os lugares da errância, que são entendidos como os espaços que têm a capacidade de fazer passagens, conectar as diferenças, não somente geográficas, mas sobretudo sociais. As pontes, os viadutos, os elevadores, as escadas, as portas são todos elementos in-

termediadores que permitem a passagem de objetos e seres de um lugar para outro. Segundo o autor, estas são todas formas distintas da mesma ideia da ponte e, para ele, são arquiteturas da errância, pois permitem a circulação, fazem circular, são veículos de transposição, que ao deslocar acolhem, ao unir transportam o sentido.

Para o autor, se faz cada vez mais emergente estudar o tema das aberturas ao mundo, do acolhimento e da hospitalidade no espaço. Segundo Derrida (2008), o acolhimento hospitaleiro, ou o acolhimento aberto ou oferecido ao outro, pode ser representado pela porta. Porta aberta designa a abertura de uma exterioridade ou de uma transcendência da ideia de infinito. Essa nos chega por uma porta que é aberta e que é tudo, menos uma simples passividade. Para Fuão (2012), não é possível imaginar uma arquitetura sem portas, é preciso haver alguma abertura que, assim como pode ser entendida como uma desnudação da pele exposta, uma vulnerabilidade de uma pele oferecida, ferida exposta, também pode ser entendida como abrir um objeto aos outros, à carícia, ou algo como uma cidade declarada aberta à aproximação com o diferente, e é justo nessa abertura que a hospitalidade e o acolhimento apostam, e dizem sim.

## AS FORMAS DO ACOLHIMENTO. DUAS CENAS

Andava à noite. Andava na direção obscura dos pensamentos rumorosos que vem daquele lugar que só pode ser um completo fora. Caos recolhido pela derme sensível. Andava. A noite acolhia seus passos, seu corpo, sua alma, sua errância. Acolhia todo seu passado, seu presente, seus monstros, seu delírio. Era a noite – e só à noite – que fazia subir a multidão que lhe estava dentro. Andava mais, e quanto mais andava foi desejando violentamente abandonar coisas no caminho. Queria livrar-se do barulho inaudível, das palavras de ordem, do estado de gaiola, das respostas exatas, do molde de gesso. Queria cuspir palavras inteiras, vomitar sentenças, na tentativa de esvaziar-se um pouco, silenciar. Sentiu-se pouco a pouco invadida

pela sua própria multidão, sentiu sua caixa sensível aberta demais expondo toda pele à luz da noite. Andava e latejava. Sentiu perder-se de si, confundiu o que estava dentro e o que vinha de fora. Perdeu-se no meio dos tantos sinais. -Quem são eles? O que dizem e por que o dizem dessa forma? Os olhares, os gestos, todos lhe pareciam perversos e ameaçadores. A noite já não acolhia, lhe era hostil. Encontrou o caos e perdeu-se. Ainda andava, segurando seus pensamentos hemorrágicos, tentando estancar os medos incontroláveis. Andava agora vertiginosamente na direção do completo desconhecido. Sentiu que se desterritorializava. Tudo se movia e o tempo não passava. O tempo deixou de existir e o espaço perdeu qualquer significado. Não andava mais. Não sabia mais como andar. Paralisou-se. Olhou com toda atenção que podia dedicar à sua volta, e então...

{a pausa}

Então ali, bem ali, uns passos mais à frente, deparou-se com o inesperado. Ali estava, como que lhe aguardando, como que à sua espera, uma vulgar e quase esquecida cabine telefônica. Andou até ela e ali se instalou, não para fazer chamadas, não para fazer da cabine o que dela sempre foi feita. Abrigou-se em sua forma, descansou em sua curvatura, respirou em sua inflexão, silenciou justo ali, na grande orelha acústica da cidade. Parecia-lhe o interior de um ovo, útero temporário. A noite andava. Neste instante a cabine telefônica transmutou-se em outra coisa. Desprovida de sua função original emprestou-lhe sua forma para tornar-se o receptáculo de um momento, protagonizando um acontecimento, um crivo no caos, um dentro no fora. Dentro da cabine, não sentiu-se recolhida da noite, mas redobrada nela. E percebeu-se desdobrada em um novo território. Observava tudo à sua volta a partir da concavidade protetora. Territorializou-se. O grande abraço do inanimado trouxe-lhe de volta a si. E sorriu. Era a hora mais linda da noite. A mesma noite e ao mesmo tempo outra. Vista do interior da cabine, a noite compunha com ela a beleza daquele momento. Momento do seu encontro com um objeto transmutado em puro afeto que abriu-se a uma nova possibilidade. E continuou andando à noite. (VIECELI, 2012, não publicado)<sup>116</sup>

## O ACONTECIMENTO-ORELHÃO: ENTÃO, O QUE (H)OUVE?

Um Acontecimento, mais do que uma simples sequência lógica de palavras e ações, é definido por Foucault (RAJCHMAN apud TSCHUMI, 1998, p. 256, tradução nossa), como

116. VIECELI, Ana Paula. Andava à noite. 2013. Texto da autora, composto para apresentação na disciplina ministradas pelos Professores Fernando Fuão e Rufino Becker, no Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (PROPAR), na disciplina Textos Fundamentais da Arquitetura Contemporânea, no segundo semestre de 2012. O trabalho baseou-se em uma experiência vivida, quando, na situação narrada, deu-se o encontro entre a teoria ofertada na disciplina e um acontecimento da vida real, problematizado no contexto da cidade. A narrativa acompanha o vídeo disponível em: < <http://www.youtube.com/watch?v=GVm7Ho2vzGE> >

Figura 180. Orelha.  
 Figura 181. Concha.  
 Figura 182 e 183. Inflexão da linha da errância.  
 Fonte: Elaboração da autora

117. [...] the moment of erosion, collapse, questioning, or problematization of the very assumptions of the setting within which a drama may take place – occasioning the chance or possibility of another, diferente setting. (Foucault citado por RAJCHMAN apud TSCHUMI, 1998, p. 256)

“o momento de erosão, colapso, questionamento ou problematização da preparação mesma da cena na qual um drama tem lugar – ocasionando a chance ou possibilidade de uma outra cena diferente”<sup>117</sup>. Essa concepção foucaultiana acompanha o pensamento sobre o Acontecimento presente na obra de Gilles Deleuze.

O acontecimento produz-se em um caos, em uma multiplicidade caótica, com a condição de que se intervenha certo crivo. (DELEUZE, 2011, p. 132)

O brilho, o esplendor do acontecimento é o sentido. O acontecimento não é o que acontece (acidente), ele é no que acontece o puro expresso que nos dá sinal e nos espera. (DELEUZE, 2009, p. 152)

Nas duas cenas apresentadas sobre o andar à noite, a palavra “caos” vem representar uma completa desorientação, que atinge o sujeito que caminha, na medida em que caminha pela cidade e por seus pensamentos. Tal desorientação lança o sujeito em um espaço existencial, bruto, indiferenciado, capaz de desconjugar a relação espaço-tempo, jogando aquele que caminha a noite no “abismo dos sentidos” (FUÃO, 2003, p. 14). A desorientação é um elemento suscetível sempre que se coloca em estado-errante, ou quando o próprio pensamento está nesse estado. O estado de errância é um estado de busca constante, é sempre um entre-lugares. A errância é esse estado que abre, através do acaso, todas as variáveis possíveis, fazendo, assim, emergir a diferença, que se coloca à sua espera.

Na experiência errante na noite, o orelhão se mostrou como um objeto que constituiu um crivo no caos da desorientação, um instante, um tempo fora do tempo. Esse crivo, ampliado pela sensação de acolhimento, promoveu uma profunda reflexão sobre o que a forma daquele objeto representou naquele momento. Essa reflexão está incluída no que chamamos *Acontecimento-orelhão*.

Em todo acontecimento existe realmente o momento presente da efetuação, aquele em que o acontecimento se encarna em um estado de coisas, um indivíduo, uma pessoa, aquele que designamos dizendo: eis aí, o momento chegou, e o futuro e o passado do acontecimento não se julgam se não em função deste presente definitivo, do ponto de vista daquele que o encarna”. [...] [No acontecimento] não há outro presente além daquele do instante móvel que o representa, sempre desdobrado em passado-futuro (DELEUZE, 2009, p.154)

O Acontecimento-orelhão relaciona-se com a diferença, pois ele encaminha a uma outra lógica do sentido. Ele se abre a uma resignificação de um objeto ordinário que, em um movimento de disjunção, se transforma em lugar, num determinado instante. Esta transformação se enche de significados novos, imprevisíveis e imprevisíveis na noite que, apesar de ser a mesma, já transformava-se em outra.

Só ao se tornar ‘para mim’ o espaço recebe um significado, um sentido. O espaço ‘para mim’ ao contrário do ‘espaço em si’, só existe porque estou aqui. [...] O sentido do espaço só existe a partir da experiência do ‘eu’; portanto, o sentido do espaço da arquitetura não está no interior da abstração do espaço, no interior da arquitetura, na relação utilitária entre o cheio e o vazio, e tampouco nas entranhas das paredes. Qualquer sentido que se possa atribuir está fora dele, muito além da sua superfície. Está no interior de quem o vivencia, está nas pessoas que nele se deslocam constantemente. (FUÃO, 2003, p.11)

O Acontecimento-orelhão se deu no meio do caminho, num ‘espaço-entre’. Quem andava à noite, andava sobre uma linha reta que demonstrou-se hostil durante o caminho. O Acontecimento-orelhão representa, pois, uma inflexão na linha da errância, transformando-a em chegada, em acolhimento. Foi quando a mesma se dobrou, se invaginou, gerou um bolsão, reduzindo assim as velocidades num interior do exterior. Estava-se sempre fora, porém dentro. O acontecimento-orelhão não poderia ser reproduzido sem a dobra, sem a inflexão. Essa dobra foi uma condição do

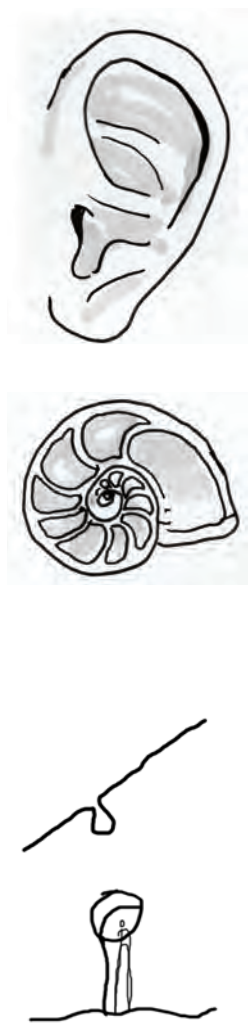




Figura 184. Orelhão.  
Fonte: Elaboração da autora.

ser, mas também se apresenta na condição do espaço. A forma-orelhão emprestou seu espaço, gerado por uma concavidade formal, mas também emprestou um novo sentido e se transformou em puro acolhimento na noite hostil. É então preciso falar dessa forma, desse lugar existencial, pois o acontecimento se deu em função dele como uma das variáveis.

Chama-se Orelhão o protetor para telefones públicos projetado pela arquiteta e *designer* brasileira, nascida na China, Chu Ming Silveira. Lançado em 1972, inicialmente nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, foi incorporado ao mobiliário urbano brasileiro, e ganhou o título de ícone do *design* mundial, símbolo do Brasil. Após o sucesso da telefonia celular, o orelhão caiu em desuso e a exigência da sua implantação nas cidades diminuiu. Porém eles ainda estão dispostos a menos 300 metros de onde quer que se este-



Figura 185. Projeto de Chu Ming para um orelhão, 1970  
Fonte: <http://www.orelhao.arq.br/>.

ja. No programa de necessidades do projeto de Chu Ming estão listados quatorze itens: proteção ao telefone; proteção ao usuário; baixo custo de fabricação e manutenção; baixo custo e simplicidade de instalação; durabilidade e resistência às intempéries, uso e danificação provocada; modularidade para atender pontos de diferentes concentrações; boa acústica; boa estética; atraente ao público; simplicidade operacional; possibilidade de uso ininterrupto; projetar uma boa imagem de serviço ao público; instituição de mais um elemento na paisagem urbana; satisfazer ergonometricamente à moda estatística do homem urbano brasileiro.

Para chegar a uma espécie de cabine feita em fibra de vidro, forte, levíssima, resistente ao sol, à chuva e ao fogo e, segundo jornais da época, barata, Chu Ming Silveira partiu da forma do ovo: segundo ela, a melhor forma acústica. A curvatura da cúpula oferecia uma proteção acústica de 70 a 90 decibéis, desde que o usuário ficasse sob ela. A maior parte do ruído que atingia o protetor era refletida para fora, o restante convergia para o centro do raio de curvatura, localizado bem abaixo do ouvido do usuário médio, de forma a minimizar a interferência na comuni-

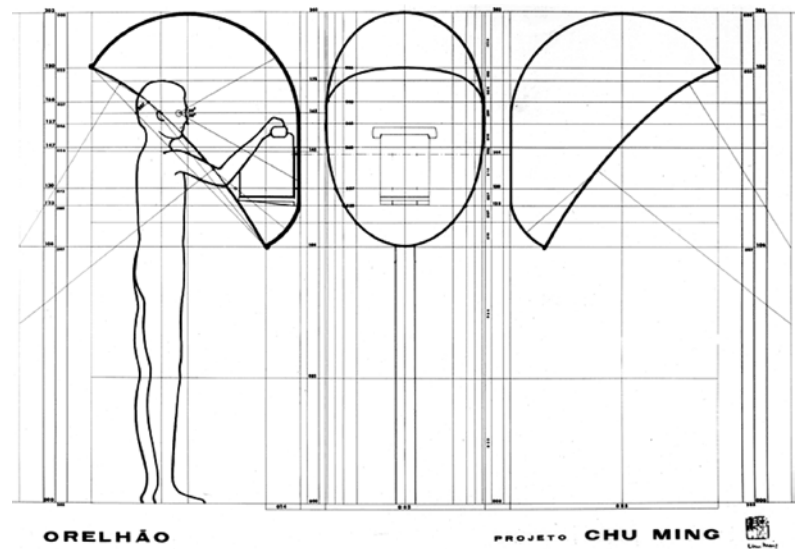


Figura 186. Ovo

Fonte: Elaboração da autora

Figura 187. Mãos, gesto de (a)colher.

Fonte: [http://porele.files.wordpress.com/2010/04/maos\\_vazias.jpg?w=271&h=300](http://porele.files.wordpress.com/2010/04/maos_vazias.jpg?w=271&h=300)

118. BECKER, Rufino. O banco como lugar da espera e dos encontros. 2012. Aula ministrada em conjunto com o Prof. Dr. Fernando Fuão na disciplina Textos Fundamentais da Arquitetura Contemporânea, no segundo semestre de 2012, no Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (PROPAR).



ção.

O encontro com a forma do orelhão nos traz a imagem do ovo e nos direciona a ele como a primeira forma do acolhimento: ovo, útero. O primeiro interior, o primeiro protetor. A partir dessas formas podemos pensar a interioridade, fundada no interior de um espaço “destinado a recolher e abrigar a interioridade humana, a expressão involucrada, encapsulada do sentimento” (FUÃO, 2010, p. 101). A forma do orelhão é um ovo, mas não um ovo fechado, lacrado. Ao contrário, ele apresenta uma abertura, uma fissura, um elemento de comunicação, de relação direta entre um dentro e um fora. É através da abertura que o sujeito errante se apropria da forma oval, e é através dessa abertura que lhe é permitido entrar, para reduzir suas velocidades, e posteriormente sair, num movimento contínuo entre recolher-se e exteriorizar-se, sem, no entanto, transformar-se em um refém da forma, sem ser dela prisioneiro. A abertura, símbolo máximo do acolhimento e da hospitalidade, é também um convite ao outro, à entrada do estranho, do estrangeiro. A abertura constitui-se como um lugar limite, uma borda, um umbral, uma fronteira, sob a qual não se está nunca dentro, nunca fora, mas ao mesmo tempo dentro e fora.

Um orelhão, em sua concepção usual, é um protetor para telefonar, fazer chamadas, conectar pessoas. Bolha que reduz o ruído, isola sem prender, para que possa haver encontro virtual, auditivo, entre duas pessoas ou mais. No acontecimento-orelhão, no entanto, este objeto perde sua função original, restando apenas sua forma, a casca do ovo aberto, a partir da qual surge uma nova interpretação, uma nova leitura. Há então um novo tipo de chamada, de telefonema, de encontro, aquele consigo mesmo, com as multidões de dentro, uma reconexão, um novo sentido.

Sabemos que o sentido do acolhimento está no gesto. O gesto de acolher com as mãos já gera um receptáculo que toma cui-

Figura 188. Acolhimento da forma

Fonte: Elaboração da autora

Figura 189. (A)colher

Fonte: Elaboração da autora

dado de não se fechar completamente: está aberto para a chegada e para deixar partir. A forma do acolhimento é um gesto que é capaz de acolher um momento, como na cena noturna, em que acolhe-se a noite, acolhe-se o errante, acolhem-se os pensamentos. Oferecer acolhida pressupõe uma abertura que se faça entre-mundos. Sempre entre, nas bordas. “Abrigou-se em sua forma, descansou em sua curvatura, respirou em sua inflexão, silenciou justo ali, na grande orelha acústica da cidade. Parecia-lhe o interior de um ovo, útero temporário.” (VIECELI, 2012, não publicado)

A forma-orelhão é uma forma que foge às disciplinas das formas, das linhas retas. Ela abraça e envolve tornando-se mais que um recinto: um (re)sinto, que, na condição de aberto, não faz de si um cativo. A forma-orelhão é um abraço do inanimado capaz de acolher. (A)colher, colher o outro.

Acolhimento é pausa: o orelhão não é somente um espaço, um equipamento urbano, mas transformou-se também em um tempo, “um elemento pré-disposto à pausa, que é sempre um convite a parar, parar no tempo, parar o tempo” (BECKER, 2012)<sup>118</sup>. A duração do acolhimento como acontecimento pode ser entendida como “essa duração sem duração, esse lapso, esse sequestro, esse instante de um instante que se anula, essa rapidez infinita que se contrai numa espécie de parada ou de pressa absolutas.” (DERRIDA, 2003, p.111).

Entende-se que não existe um lugar do acolhimento *a priori*, mas sim lugares como potência de acolhimento, uma vez que ele se dá não no espaço, mas no interior do ser que ali se instala. Se o sentido do espaço está nas pessoas e não no espaço em si, ele sozinho não possui a capacidade de configurar-se como acolhedor, mas pode ser sim acolhimento em potência. “As formas espaciais, os ritmos e ritornelos aos quais se encontram associados, são por si próprios portadores de um sentido assignificante que distingo aqui de

Figura 190. Ensaio Fotográfico do orelhão na década de 70

Fonte: <http://orelhao.arq.br/>

Figura 191. Orelhão

Fonte: [http://img1.olhardigital.uol.com.br/area\\_logadalimagem.php?id=237474](http://img1.olhardigital.uol.com.br/area_logadalimagem.php?id=237474)

uma função de significação, pelo fato de ter como papel ser o suporte existencial de um foco enunciativo.” (GUATARRI, 2012, p. 144).

Assim como espaço e tempo são dimensões que não existem separadamente, o sujeito entra aqui como mais um fator indissociável. Não se pode nem ao menos imaginar um sujeito sem situá-lo num determinado espaço ou tempo... três dimensões, portanto, que estão intimamente vinculadas e a sua inseparabilidade é a condição da existência. Mesmo que o espaço seja inóspito pode haver o acolhimento, quando o acolhimento não está no espaço e sim nas pessoas. Arquitetura, espaço, sujeito, tempo... componentes parciais e heterogêneos de subjetividade.

O alcance dos espaços construídos vai bem além de suas estruturas visíveis e funcionais. São essencialmente máquinas de sentido, de sensação, máquinas abstratas [...], máquinas portadoras de universos incorporais que não são, todavia, Universais, mas que podem trabalhar tanto no sentido de um esmagamento uniformizador quanto no de uma ressingularização liberadora da subjetividade individual e coletiva. (GUATARRI, 2012, p. 140)

A partir do acontecimento-orelhão somos levados a refletir sobre o sentido do espaço e sobre o acolhimento. A forma-orelhão nos mostra que ela é também, enquanto forma inerte, responsável pela construção de sentido. Através da sua abertura, da sua concavidade, das suas linhas sinuosas e do seu bolsão acústico, podemos atribuir-lhe o grande potencial de acolhimento. No entanto, essas são apenas pistas formais para repensar o acolhimento em arquitetura. O acontecimento-orelhão é apenas um tempo, um instante, que nos foge.

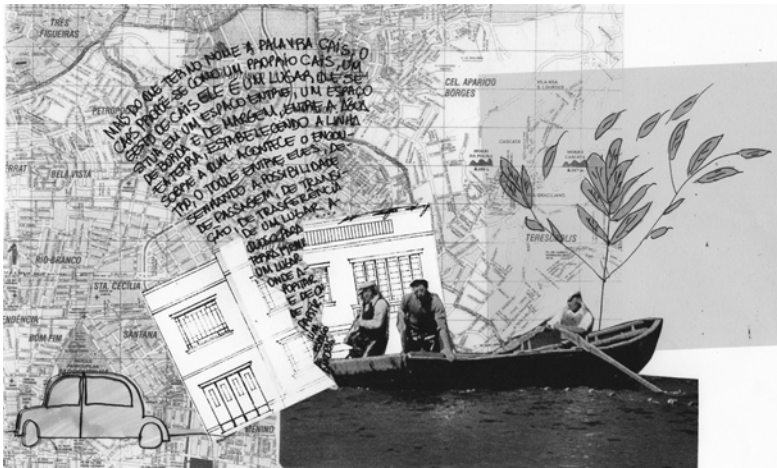
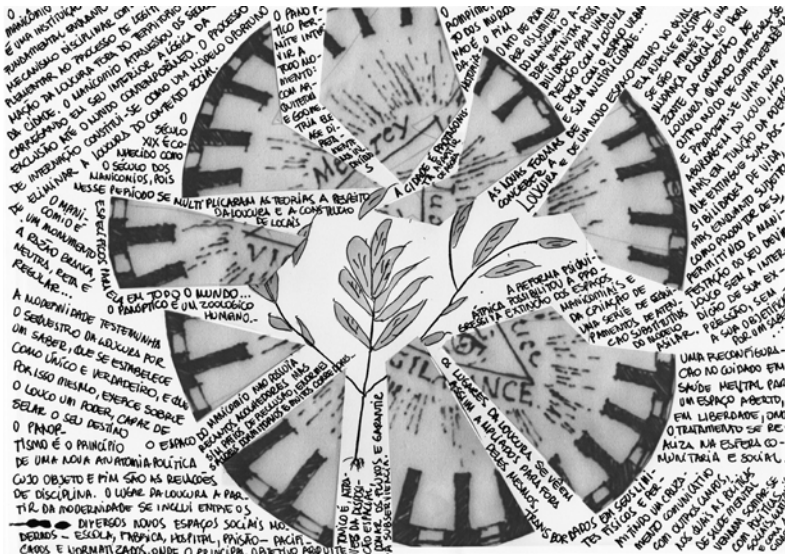
Os objetos, os espaços e a arquitetura, servem-nos apenas de instrumentos. Caso não tenham nenhuma relação com o nosso desígnio, permanecem no estado de existentes brutos: são como se não existissem. Os espaços que nós visualizamos, quando deixam de ser usados, vivenciados, voltam ao estado de ser bruto, esvaziado. Mas seus múltiplos significados, seus sentidos, nós transportamos. (FUÃO, 2003, p.12)

Não existem fórmulas para uma forma do acolhimento, já que o acolhimento lhe é exterior, e posterior. Porém, após refletir sobre a potência de acolhimento, se faz necessário investigar mais no sentido de descobrir ou redescobrir os meios de que o arquiteto dispõe para incorporar, no projeto, os potenciais de acolhimento. É necessário que o conceito se traduza em forma, que se efetue no espaço, que seja visível e palpável na experiência do mesmo. Para tanto, é necessário que haja sempre, e cada vez mais, a busca por experiências singulares que sejam capazes de capturar diferentes sentidos do acolhimento na arquitetura. Sabemos que as grandes inspiradoras das formas do acolhimento são as formas na natureza, formas orgânicas: o ovo, a concha, a mão, a enseada, etc. No entanto, o acolhimento independe da escolha da linha curva, ou da linha reta como escolha gramatical, mas, sim, depende das intenções de desenho, de projeto, enfim, dos devires das linhas.





Figura 192. Rupturas.  
 Fonte: Elaboração da autora.  
 Figura 193 e 194. O Cais, um CAIS.  
 Fonte: Elaboração da autora.



## O GESTO DO CAIS: ABERTURA E TRAVES-SIA

Se o acolhimento é um gesto, mais do que um conceito, ele deve ser uma ação, uma ação afirmativa, como diz Derrida. O CAPS Cais Mental Centro, mais do que ter no nome a palavra CAIS, propõe-se como um próprio CAIS, um gesto de CAIS.

Um cais é uma estrutura construída que se desenvolve como uma plataforma, geralmente fixa em estacas, em uma região à beira da água, do rio ou do mar, onde embarcações atracam e aportam para carregar e descarregar carga e passageiros. O cais é, portanto, um lugar que se situa em um espaço de borda e de margem, entre a água e a terra, estabelecendo a linha sobre a qual acontece o encontro, o toque entre eles, desenhando a possibilidade de passagem, de transição ou transferência de um não lugar aquoso e fluante para a terra firme.

A água, como não lugar físico, foi por muito tempo atribuída ao lugar da loucura, como o lugar nenhum ao qual o louco era destinado. Essa imagem remete àquela velha embarcação da loucura, a Nau dos Loucos: original instrumento de segregação, que se constituía de uma embarcação que transportava os loucos de uma cidade para a outra, evitando que eles ficassem vagando indefinidamente entre os muros da cidade, livrando-a assim do louco, que era então entregue ao rio, ao mar, à incerteza. O ato de confiar o louco a essas embarcações garantia que ele iria para longe, tornando-o prisioneiro de um lugar flutuante, suspenso, um lugar nenhum.

Água e navegação têm realmente esse papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem, E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que

Figura 195. O Cais, um CAIS.  
Fonte: Elaboração da autora.

terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer. (FOUCAULT, 2000, p. 12).

A água possui um significado construído historicamente como um elemento de purificação, porém, no contexto da loucura, a água recebe um insólito caráter de exclusão, privação de lugar e espaço para o indivíduo na comunidade. O mar, por onde vaga a nau dos loucos, é um lugar sem porto, de eterna passagem, sem qualquer destino senão o destino de não ter chão. Dessa forma, a água simboliza essa ausência de território, e, se ainda resta algo de purificação na sua metáfora, ela se encontra na ação de purificar não o louco, mas sim as cidades, por meio da erradicação do louco da sua paisagem, de um lugar social.

O CAIS surge justamente como um lugar que se situa em um espaço entre, na borda, na margem, entre a água e a terra, entre a loucura e o corpo social, entre o serviço de saúde mental e a cidade, criando uma linha, um ponto, sobre os quais acontece o contato entre eles, permitindo a passagem, a conexão, que leva de um mundo para outro.

O nome CAIS carrega em si potência de ser um lugar do acolhimento, como um lugar onde aportar e de onde partir, um espaço de ancoragem e de travessia, que possibilita o ir e vir, entre um dentro e um fora, facilitando a ampliação dos horizontes sociais de cada sujeito que busca acompanhamento em tal serviço.

No gesto do CAIS se reconhecem todos os elementos fundamentais para o acolhimento: ele é uma ponte, uma porta, uma plataforma, enfim, um elemento que acolhe e possibilita a travessia dos sujeitos que, historicamente, estiveram rodeados ora por água, em embarcações sem destino, ora por muros e grades, dentro das prisões manicomiais. Este cais surge como uma possibilidade de ancoragem para sujeitos em sofrimento psíquico, uma

parada terapêutica que busca investir na promoção de saúde e de subjetividade. Uma parada no tempo, parada do tempo, sem que, contudo, se torne um espaço de âncoras fixas, imóveis, um cativo. Ao contrário, esse CAIS é um lugar que se coloca em um 'entre' e que articula com os territórios com os quais margeia. Da água turva e misteriosa da loucura, cujo sofrimento necessita de atenção e assistência, o CAIS abre passagem para o chão firme da vida social das cidades, produtora de infinitos encontros, onde pulsam singularidades atravessadas por diversos fluxos e afetos.

Apesar de perceber-se facilmente que, na transmutação de função da CASA para o CAIS, muitos espaços foram prejudicados em suas dimensões físicas ao exercer a nova função, ainda assim, os protagonistas desta transformação, tiveram sucesso em criar um

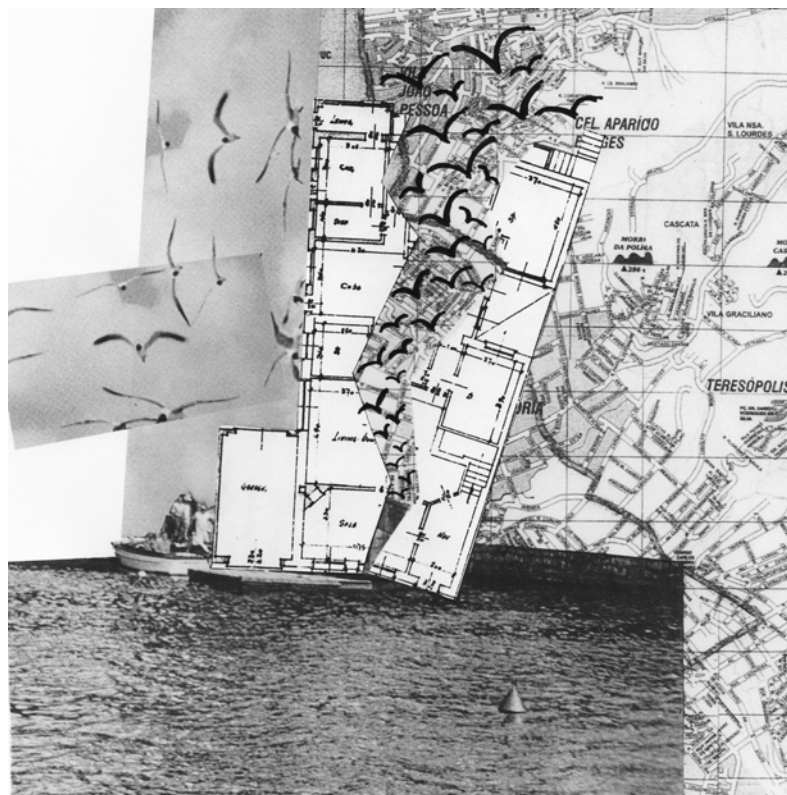
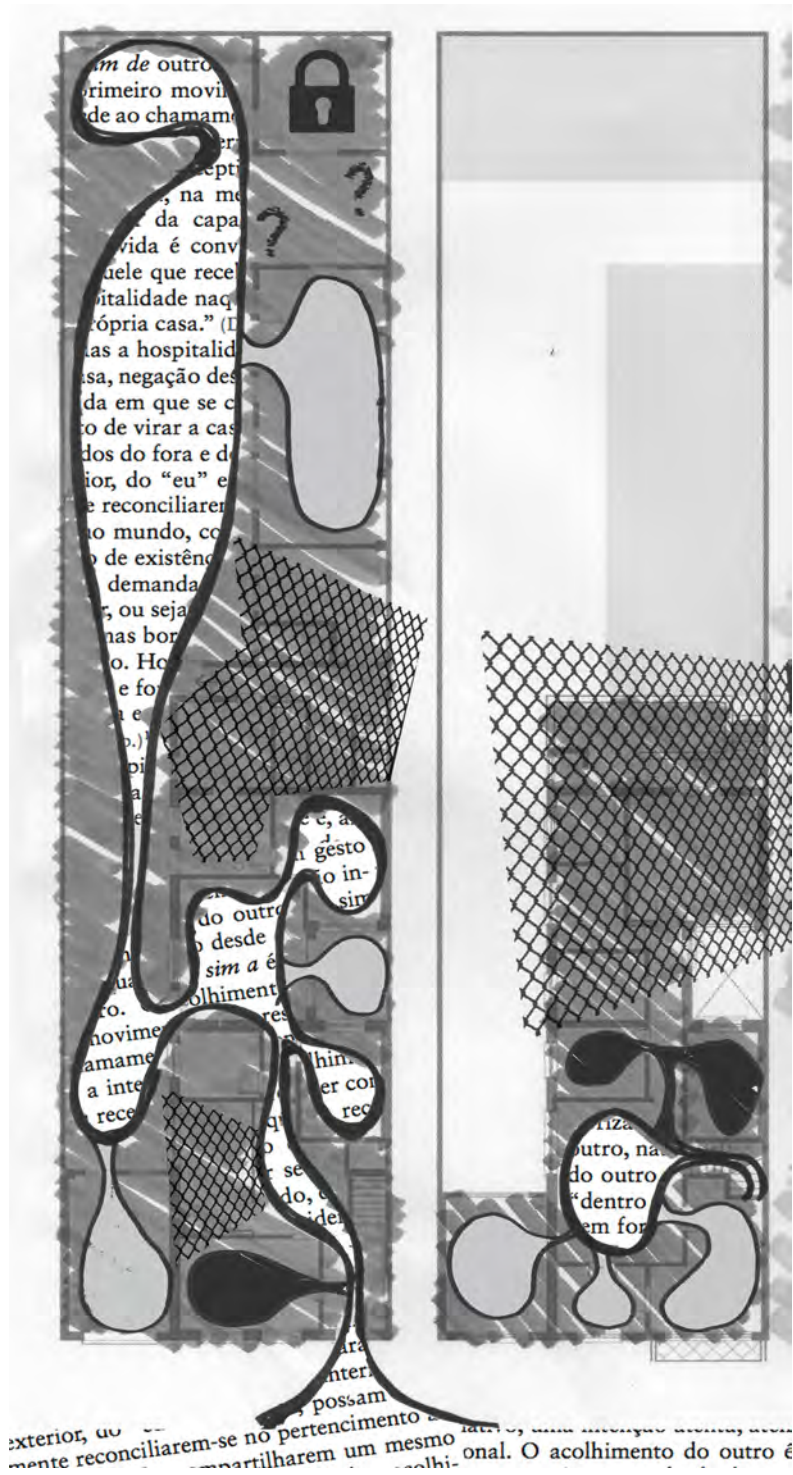




Figura 196. Planta de acolhimento.  
Fonte: Elaboração da autora.



espaço que se distanciasse do caráter e do estigma arquitetônico manicomial e que se aproximasse de um sentido de acolhimento ao sujeito-louco, permitindo a ele novas possibilidades de encadear o seu mundo a diversos mundos possíveis.

O CAIS apresenta em seu interior alguns traços acolhedores remanescentes da CASA que um dia foi: a escala familiar, as dimensões reduzidas de cada recinto, um pé-direito aprazível, um jardim de inverno, uma boa iluminação natural, e até duas gentis lareiras, ainda que desativadas, em espaços inesperados, como na sala de espera e no posto de enfermagem.

Na experiência no interior deste espaço pudemos perceber que existem lugares de convívio e de trocas entre os usuários deste serviço, lugares que se mostram cheios: cheios de pessoas, de sons, de cores e de possibilidades. A sala ambiente, sem dúvida, é o espaço que, dentro da lógica do serviço, mais se aproxima do sentido de acolhimento. Ainda que mal dimensionado para suas funções coletivas, é o espaço da casa que mais possui conexões com outros ambientes, ainda que seu acesso, a partir da recepção, seja restrito. É um lugar na casa dedicado aos usuários em CAD, mas acolhe também os que chegam para outras atividades, além de acolher os profissionais do serviço, ainda que estes não o frequentem intensivamente. Este recinto é, enfim, um lugar onde se fundem as atividades de circulação e de parada, de conversas, de jogos, onde todos os usuários do serviço podem se encontrar.

Por comunicar-se diretamente com o pátio, ainda que por uma estreita porta, a sala ambiente multiplica suas dimensões físicas e ganha qualidades nessa comunicação com a área aberta. O pátio se apresenta como um espaço de grande potencial de abertura e acolhimento, e que pode ser investido como grande espaço articulador das funções e atividades do serviço. Ainda assim, se percebeu que o pátio mantinha-se vazio, sinal de que

Figura 196. Acolhimento e abertura, a passagem do infinito.  
Fonte: Elaboração da autora.

ainda há que ser preenchido, seja com elementos atrativos, seja com a proposição de atividades ou conexões.

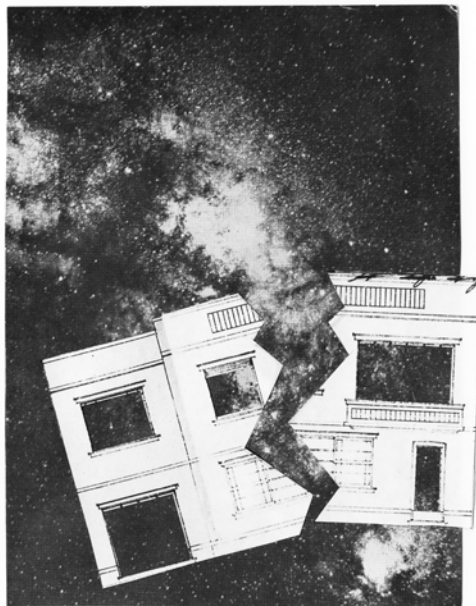
Por outro lado, alguns espaços da casa não apresentam as características de abertura ou transição. Muitos espaços mantêm-se fechados, inacessíveis e sem conexão, restringindo o público dos usuários ao seu uso em momentos programados e controlados. É o caso das salas de oficinas e dos consultórios individuais.

Ainda menos acolhedora é, curiosamente, a sala de acolhimento, que recebe este nome pelo contato inicial com um novo usuário. Esta sala está à margem do serviço, quase que fora dele, e foi descrita por alguns usuários como a sala mais desagradável da casa. Ela funciona de certa forma como uma sala de contenção de sujeitos que ainda não estão “preparados” para acessar o serviço e assim devem passar inicialmente por um “acolhimento” que se enquadra mais num processo administrativo de triagem.

Muitas das atividades que funcionam no interior do espaço do CAIS demonstram claramente uma intenção de manter uma relação de porosidade com o território no qual ele se insere, condição primeira do acolhimento. Porém, também ficou visível, que outras atitudes e práticas neste serviço bloqueavam este movimento para fora, principalmente no que se referia a um recolhimento fosse da equipe, fosse dos próprios usuários, que se escondiam em certos ambientes e que se comunicavam muito pouco entre si e com os demais contextos além-cais. A falta de integração e confluência entre os públicos distintos dentro do próprio espaço, além da dificuldade demonstrada em lançar-se para fora do objeto arquitetônico, são pontos que ainda podem ser mudados. Abrir rasgos, fendas, rachaduras. Dar passagem, conectar, possibilitar travessias. Derrubar os muros ainda persistentes, impedir que eles se levantem. Costurar o CAIS com o território... Imperativos totalmente arquitetônicos,

mas também éticos, políticos, de resistência. São práticas espaciais que revelam práticas sociais. “[...] ações qualificam espaços tanto quanto espaços qualificam ações.” (Tschumi, 1998, p. 122). As formas do acolhimento do CAIS só podem ser atingidas pelo que Tschumi (1998) chamou de violência da arquitetura, que contém, nas contradições e conflitos que ela suscita, a possibilidade de mudança e de renovação.

Apesar de o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2013), que se apoia fortemente no conceito de ambiência e acolhimento, ter sido elaborado muito tempo depois que o CAIS já tinha se instalado na CASA, este fato não impede que seja um momento para rever as questões que dizem respeito à sua espacialidade, sobretudo daquelas que demonstram ser insuficientes ou não condizem com a própria proposta de acolhimento do CAIS. Assim como anos atrás foi possível a radical mudança dos paradigmas da loucura e dos seus lugares, espera-se que esta mudança não termine aí, que não venha a se calcificar sobre si mesma, e, sim, mantenha-se na direção de sempre po-



der mudar, de poder se reinventar.

Acreditamos que os desenhos dos próprios usuários, quando representaram um CAIS ideal, tenham muito a dizer. O desafio da CASA-CAIS é ser também uma CASA-CARRO, ou uma CASA-ÁRVORE que, apesar de possuir raízes fortes, deixa o vento renovador bater e levar suas folhas para outros contextos.

\* \* \*

A reformulação radical no entendimento e na assistência à loucura se reflete nos espaços físicos dedicados ao seu tratamento, e, sem dúvida, cada vez mais, novos caminhos arquitetônicos vêm surgindo, acompanhando, mesmo que tardiamente, a transformação paulatina de uma cultura secular manicomial, cuja arquitetura possuía como características a falta de recantos acolhedores, a existência de pátios de reclusão, onde os loucos ficavam isolados e desprovidos de qualquer assistência, enormes salões-dormitórios, privação de intimidade, enfim, uma arquitetura que, antes de proporcionar saúde, constituía-se como um grande produtor de loucura.

Os novos serviços têm por missão e desafio inverter ou subverter a lógica espacial da arquitetura manicomial e, para isso, requerem sensibilidade no tratamento do espaço. Inverter o panoptismo espacial é uma entre as diversas propostas, na qual se põe em evidência central não mais os locais de vigilância ou controle, mas sim os espaços de convívio e trocas, que favorecem o encontro e a sociabilidade entre os diversos atores que compõem o cenário da saúde mental com outros cenários e contextos. Um dos grandes desafios, portanto, ainda permanece: expressar no espaço físico os novos conceitos e formas de atenção à loucura que o movimento idealiza há mais de 20 anos, sem que se repita um modelo arquitetônico manicomial, fechado em si, reproduzindo ainda os mecanis-

mos do dispositivo psiquiátrico, sem que se tenha como única alternativa o espaço físico residencial que, em muitos aspectos, não dá conta da demanda de usuários e atividades coletivas ali propostas.

Se a Reforma Psiquiátrica é entendida, mais do que um conjunto fixo de leis, como um processo que se dá cotidianamente, na invenção e reinvenção de modos antimanicomiais de atenção, o CAPS, como um dos serviços que compõem esta rede de atenção, não se finda em si mesmo como um modelo fechado alternativo ao modelo manicomial, mas, sim, deve buscar uma constante reinvenção de si. O molusco, nesse processo, deve resistir em deixar-se calcificar pela sua própria CONCHA atual, e manter ativos e empenhados sua esperança, seu horizonte, sua promessa de encontrar o PORTO, um desses lugares onde caiba aquilo que poderia ser pensado dentro deste serviço, e onde o desejo possa habitar.

O CAIS, entendido como um serviço de referência, de passagem, de travessia, não se constitui como o único lugar da loucura na cidade, mas, ao contrário disso, como um serviço aberto e poroso, capaz de irradiar possibilidades de laços para além do serviço, do seu espaço interior, do seu espaço arquitetônico.

Por si só, a existência dos novos lugares de atenção e tratamento não é suficiente para pôr em prática as novas abordagens de cuidado da loucura e os direitos do sujeito-louco. Os lugares da loucura se veem, assim, ampliados para fora deles mesmos, transbordados em seus limites físicos e permitindo um cruzamento comunicativo com outros campos inseridos nos espaços públicos da cidade, espaço conquistado pelo louco como um direito.

Mas que cidade é essa que reencontra o sujeito-louco? É desse território que falaremos no próximo capítulo, no qual se problematizará a questão da cidade também como um lugar da loucura.

A **CIDADE** COMO  
LUGAR DA **LOUCURA**

5





A trajetória histórica dos lugares da loucura, entendidos como espaços construídos dedicados ao louco, bem como espaços sociais nos quais ele se inscreve, tem a Modernidade como uma grande cisura onde as várias possibilidades espaciais e sociais para o modo de existência da loucura se restringem a um único e exclusivo lugar: o manicômio. Com o advento da Modernidade o louco passa a trilhar seu destino de entrar para o imaginário social como sendo natural a este território, que, a partir de então, torna-se seu, exclusivamente.

As concepções que levaram o louco ao exílio da vida em comunidade repousam sob a luz do pensamento iluminista, demandadas pela sociedade emergente capitalista e industrial, que concebe um “homem ideal” padrão, um indivíduo, sujeito do conhecimento cartesiano, pautado no modelo hegemônico da racionalidade científica. Assim, a Modernidade coloca a razão no extremo oposto da loucura, que se torna um signo negativo, e é entendida como um mal que é necessário corrigir e combater através do isolamento. Logo, Modernidade adentro, não há mais escolha no modo de entender a loucura, instaurada como doença mental, nem de lugares outros onde ela possa existir, além do intramuros. A Modernidade testemunha o sequestro da loucura pelo saber psiquiátrico, que se estabelece como único verdadeiro, e que exerce sobre ela um poder, determinando-lhe um único lugar de existência.

Foi com a Modernidade que o espaço físico se tornou protagonista, passando a ter um papel fundamental na constituição da verdade médica. As estruturas funcionais do manicômio buscam atingir uma eficiência pragmática asséptica, onde o controle e a vigilância são fatores fundamentais nas decisões projetuais. O manicômio, como uma legítima instituição da sociedade disciplinar, intervém diretamente nas relações entre os indivíduos e o corpo social, exercendo sobre ambos uma disciplina que é capaz de criar

corpos dóceis. O lugar da loucura a partir da Modernidade se inclui entre os diversos novos espaços sociais modernos, pacificados e normatizados, onde o principal objetivo arquitetônico é, através da disposição espacial, domar os fluxos e garantir a completa vigilância e controle. Dessa forma, o processo de internação constituiu-se como um modelo oportuno de eliminar do contexto social a loucura, considerada heterogênea e nociva à ordem desejada. O manicômio se torna, então, entre outros espaços criados pela Modernidade, um regulador da vida nas cidades, que garantiria a ordem de um espaço urbano que se pretendia, assim como o manicômio, um lugar disciplinado, medicalizado, higienizado.

Afastado da urbe, o sujeito louco perdeu o direito à cidade. Lhe foi negado fazer parte da efervescência da vida urbana, estabelecer laços sociais e integrar-se a um contexto múltiplo de trocas e fluxos humanos, de produção de vida e desejos. No manicômio, homens e mulheres foram estrangidos pelo destino de não possuir nenhum espaço para o acontecimento, para que algo entrasse e transtornasse as impermeáveis bordas e os muros manicômiais. O manicômio, como dispositivo disciplinar, atravessou os séculos, carregando em seu interior a lógica da exclusão até o mundo contemporâneo.

Enquanto a loucura se encaminhava ao seu derradeiro destino por detrás dos muros dos manicômios, fundamentado pelos mesmos princípios ordenadores, o mundo fora dele também se transformava. Aspectos do mesmo processo, os lugares da loucura e a cidade se desenvolvem, a partir da Modernidade, segundo a lógica da industrialização e da ordem que lhe é inerente. A cidade, o espaço além muros, sofre uma drástica transformação que tem a razão como sua principal linha mestra.

## A CIDADE MODERNA E MODERNISTA: AS TRANSFORMAÇÕES FORA DOS MUROS DO MANICÔMIO

O século XVIII, como vimos no decorrer deste trabalho, foi testemunha do advento da Modernidade, um período que assistiu um conjunto de mudanças nas esferas políticas, sociais, econômicas e em diversas áreas do conhecimento humano. Esse momento marca o ápice de uma evolução que vinha se processando desde a Renascença, e apresenta mudanças radicais no cenário tecnológico, científico, econômico, social, cultural e moral, e que dão início à gestação de uma nova sociedade industrial, maquinica e disciplinar, que foi capaz de multiplicar a produção em larga escala e fazer crescer o comércio, este que, por sua vez, passa a fomentar o transporte. O homem moderno estava diante de grandes mudanças, nas quais o trabalho se processa por meio da divisão e da especialização cada vez maiores, e da adequação a uma nova disciplina. (QUINTANEIRO, 2003)

Precedentes à industrialização, as cidades orientais e arcaicas (gregas e romanas) foram essencialmente políticas, e a cidade medieval, além de política, foi, principalmente, comercial, artesanal e bancária. No despontar da Modernidade, quando a industrialização se desenvolve, quando nascem o capitalismo concorrencial e uma classe burguesa industrial, a cidade já tem uma poderosa realidade: ela acumulou riquezas, sobreproduto da agricultura, obtida pela usura e pelo comércio. São centros onde prospera o artesanato, centros de vida social e política, onde se acumulam, além de riquezas, conhecimento, técnicas e obras. Quando a industrialização desponta na história, a riqueza já havia deixado de ser principalmente imobiliária e tanto a produção agrícola como a propriedade de terra deixam de ser predominantes. A sociedade, então entendida como o conjunto de campo, cidade e instituições, se constitui ao redor de uma rede de cidades, onde há uma certa divisão técnica, social e política do trabalho, ligada por uma rede de transportes e por relações comerciais e bancárias. Sobre essa base se ergue o Estado: o poder centra-

lizado. Os detentores de riquezas e poder justificam seu privilégio criando, na face da cidade, edifícios, palácios, fundações e festas. Os violentos contrastes entre a riqueza e a pobreza, os conflitos entre poderosos e oprimidos têm a cidade por local, como uma arena. As lutas de facções de grupos e de classes reforçam um sentimento de pertencer, “esses grupos rivalizam no amor pela sua cidade.” (LEFEBVRE, 2001, p.13)

A industrialização, que caracteriza a sociedade moderna, foi responsável por uma ruptura com a cidade antiga, instalando um novo tipo de cidade, sobre as próprias estruturas da sua precedente. “A prodigiosa expansão das trocas, da economia monetária, da produção mercantil, do ‘mundo mercadoria’ que vai resultar da industrialização, implica uma mudança radical.” (LEFEBVRE, 2001, p.14). De início se a indústria se instala longe das cidades já pré-estabelecidas, com o tempo ela passa a se aproximar dos centros urbanos, afinal, era ali que se encontravam os mercados, fontes de capitais disponíveis, reserva de mão de obra e, principalmente, a concentração dos meios de produção num pequeno espaço. Assim, para a indústria, a aproximação com os centros urbanos permitiu o rápido crescimento de sua produtividade. Pode-se dizer então, que foi a cidade que desempenhou um papel de alavanca para o desenvolvimento da indústria. O que se tem, com a Modernidade, é um processo dialético entre industrialização e urbanização, crescimento e desenvolvimento, produção econômica e vida social, aspectos que são inseparáveis. (LEFEBVRE, 2001)

A relação entre indústria e cidade resulta em concentrações urbanas gigantescas e sem precedentes: as populações se amontoam atingindo densidades inquietantes, instalando-se predominantemente em cortiços próximos aos centros de produção. Esses locais estavam em condição de superlotação, não tinham condições adequadas de iluminação e ventilação, não possuíam espaços abertos,

apresentavam péssimas instalações sanitárias, as latrinas e lavatórios eram externos e comuns, e o despejo de lixo era contínuo. Muitos núcleos antigos não deram conta de sustentar tamanha inflação populacional e se deterioraram. Tais condições ajudavam a propagar uma alta incidência de doenças, como as epidemias de tuberculose e cólera, que alarmaram a Europa no início do século XIX.

Dentro desse contexto, segundo Foucault (2011; 1991 [1982]), passa-se a se desenvolver, no mundo ocidental, uma reflexão muito ampla e geral sobre o espaço em função dos objetivos e técnicas de governo das sociedades: era necessário utilizar a organização do espaço para alcançar objetivos econômico-políticos. O espaço, seja ele entendido como um objeto arquitetônico isolado, seja como um espaço mais amplo, o da própria cidade, neste período, torna-se um dos mais importantes e fundamentais instrumentos do emergente poder disciplinar. Passa a existir o ideal de coerção constante que se impõe aos processos de atividade de acordo com uma codificação que examina, ao máximo, o tempo, o espaço, os movimentos. Esse método permite o controle das operações do corpo, realiza a sujeição constante de suas forças e lhe impõe uma relação de docilidade-utilidade. A disciplina fabrica os corpos dóceis, submissos e exercitados, ela aumenta as forças do corpo, sua utilidade, e enfraquece a sua força política através da obediência. Os novos padrões de organização espacial se transformam no meio fundamental para estabelecer modelos disciplinares de comportamento sobre os indivíduos, principalmente quando as estruturas espaciais precedentes já não atendiam a tais expectativas. Começa, então, a surgir uma forma de literatura política que aborda a ordenação espacial da sociedade, e que define como uma cidade deveria ser, dadas as exigências de manutenção da ordem, uma vez que deviam-se evitar revoltas, epidemias, permitir uma vida decente e moral, e assim

por diante. Em função desses objetivos, desponta na literatura científica uma reflexão ampla acerca da questão da organização das cidades e da construção de uma infraestrutura coletiva. (FOUCAULT, 2011; 1991 [1982])

E é no interior dessa ebulição teórica de modernização das cidades, que fundamenta os princípios de ordenação social como um instrumento de poder, e com o intuito de transformar as antigas cidades tradicionais em metrópoles modernas, que nasce o urbanismo enquanto um campo disciplinar<sup>119</sup>. Essa nova disciplina tem como marco os planos urbanísticos de Barcelona de Cerdà, e Paris de Haussmann, em meados do século XIX, mas vinha sendo constituída nas tentativas de racionalização dos espaços das cidades desde o Renascimento, posteriormente no pensamento dos socialistas utópicos – Owen, Fourier e Cabet. Entre o final do século XVIII e o século XIX, o urbanismo torna-se um pensamento hegemônico na Europa, que estabelece um conjunto de práticas de intervenção nos espaços urbanos, organizado por uma disciplina do espaço, a ser utilizado como modelo a ser aplicado também nas colônias da América e África.

Os planos urbanísticos de Cerdà e Haussmann inauguram a prática de planificação das cidades, a substituição das ruas estreitas e tortuosas da cidade tradicional por longas e largas avenidas, a fim de tornar o espaço legível e organizado, passando a garantir o controle do crescimento urbano e de qualquer atividade que pudesse fugir à sua nova ordem. Bairros inteiros passam a ser desapropriados e demolidos, empurrando para a periferia as classes pobres e minorias, em privilégio de uma classe burguesa. Os grandes espaços abertos e eixos da nova cidade tinham um objetivo declarado de abrir a cidade à circulação e à beleza da perspectiva, no entanto, essas não eram as principais finalidades da cidade moderna, que via no espaço aberto e na perspectiva uma forma de manter o constante controle sobre a popula-

119. Disciplina, para Foucault (2011b), é o arranjo de saberes e o poderes dominantes que controlam e sujeitam o corpo dos outros, os dominados, educando para operar/funcionar como se quer. É uma dominação que usa o discurso da civildade, do justo e do que é direito para afirmar-se como uma norma a ser internalizada nos corpos dos sujeitados.

Figura 198. Plano de Cerdà para Barcelona, 1858.

Fonte: FRAMPTON, 2000, p. 19.

Figura 199. Cruzamento de vias, Plano de Cerdà para Barcelona, 1858.

Fonte: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:CrulllesCerdà.jpg>. Acesso em novembro de 2013.

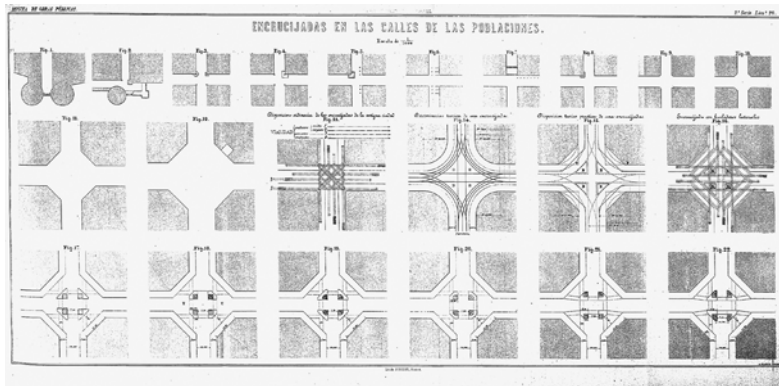


Figura 200. Vista aérea de Barcelona.

Fonte: Google Earth. Acesso em: novembro de 2013.

ção e sobre esta exercer e proclamar o poder do Estado. (LEFEBVRE, 2001)

Assim, a cidade se torna um grande Panóptico, onde, assim como no manicômio e todos os novos equipamentos modernos (escolas, prisões, fábricas), se busca uma medicalização espacial: torná-la um lugar de assepsia, livrando-a dos germes da pobreza, miséria, loucura, crime e da ociosidade. O urbanista, então, faz o papel do médico, e a cidade, por sua vez, transforma-se em um organismo objetificado, passível de tratamento, de domaçaõ, adestramento e ortopedia das suas linhas e gestos. O novo traçado urbano do século XIX é gerido por uma medicina do espaço que, semelhante à função médica no manicômio, surge como um saber que tem poder de regular e controlar, e portando se caracteriza como um poder de polícia.

Tanto as ruas, quanto comportamentos, mercadorias, residências, e indivíduos são meticulosamente medidos e tratados. Tudo aquilo que foge à racionalização e à previsibilidade na cidade, o inominável, o improvável ou o ambíguo, converte-se em perigo. A partir de então, tudo deverá estar no seu devido lugar: loucos, criminosos, trabalhadores, vegetais, animais, coisas móveis e imóveis. Todo e qualquer fluxo incerto ameaçará a saúde da cidade moderna. (BAPTISTA, 2010)

Segundo Baptista (2010), a Paris de Haussmann, dentro do conceito de organismo doente e da necessidade de medicá-lo, inspirou-se na circulação sanguínea para tornar-se uma cidade saudável.

Construtores e reformadores passaram a dar maior ênfase a tudo o que facilitasse a liberdade do trânsito das pessoas e seu consumo de oxigênio. Imaginando uma cidade de artérias e veias contínuas, através das quais os habitantes pudessem se transportar tais quais hemácias e leucócitos no plasma saudável. A revolução médica parecia ter operado a troca de moralidade por saúde – e os engenheiros sociais estabelecido a identidade entre saúde e locomoção/circulação. Estava criado um novo arquétipo da felicidade humana. (SENNET, 1997, p. 214 apud BATISTA, 2010, p.70)<sup>120</sup>

120. SENNET, Richard. Carne e Pedra: O Corpo e a Cidade na Civilização Ocidental. São Paulo: Record, 1997



Figura 201. Plano de Haussmann para Paris, 1851 - 1870.  
Fonte: <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/05.059/473>. Acesso em: novembro, 2013.

A partir do século XIX, segundo Baptista (2010), a vida asséptica das cidades domadas e medicadas, gradativamente, torna as ruas como apenas vias de passagem, lugares temidos, lugares onde não se quer permanecer e onde nenhuma surpresa pode acontecer. O devir incerto das cidades é ocultado pela certeza da linha reta, da planificação, da velocidade, dos fluxos objetivos. Os becos sinuosos, as ruas estreitas são entendidos como obstruidores de uma vida sadia e, portanto, sofrem transformações decisivas. (BAPTISTA, 2010)

A evolução industrial, a geração da cultura urbana e o próprio urbanismo, como disciplina homogeneizadora, provocaram paralelamente a mortificação de um aspecto importante da cidade que o planejamento esqueceu ou não quis lembrar: a efervescência da vida urbana, o caos que lhe é inerente. O culto à higiene, à medicalização, à cidade elétrica, ao sistema de tráfego, ao controle, bem como a ação de exclusão da paisagem urbana dos considerados associais, destinados todos a lugares próprios (o manicômio, a prisão, as casas de trabalho), foram manifestações de um mesmo processo que foi sendo aperfeiçoado ao longo do século XIX.

\* \* \*

No desabrochar do século XX, envolta numa progressiva atmosfera racionalista, de confiança na máquina, na técnica e nos novos materiais, surge, junto com os movimentos de vanguardas artísticas, a arquitetura moderna. Os ideais modernistas surgem de uma demanda da sociedade industrial, que precisava estar apta para trabalhar e produzir, em meio às grandes cidades. Assim, buscam-se soluções para a cidade através de um funcionalismo racionalista que separa e classifica as funções básicas do homem moderno. Os arquitetos desse período direcionam suas práticas projetuais em função de um homem ideal moderno, puro, perfeito,

Figura 202. Plano de Haussmann para Paris, 1851 - 1870  
Fonte: <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/05.059/473>. Acesso em: novembro, 2013.

Figura 203. Vista aérea de Paris.

Fonte: Google Earth. Acesso em: novembro de 2013.

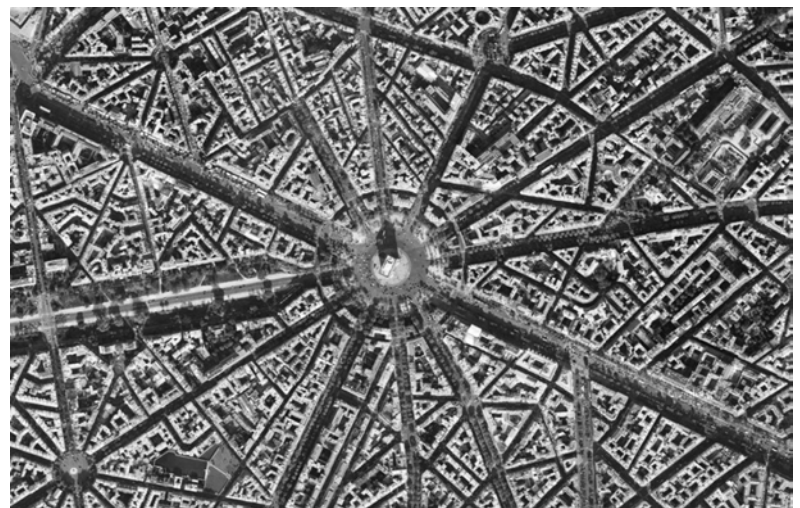
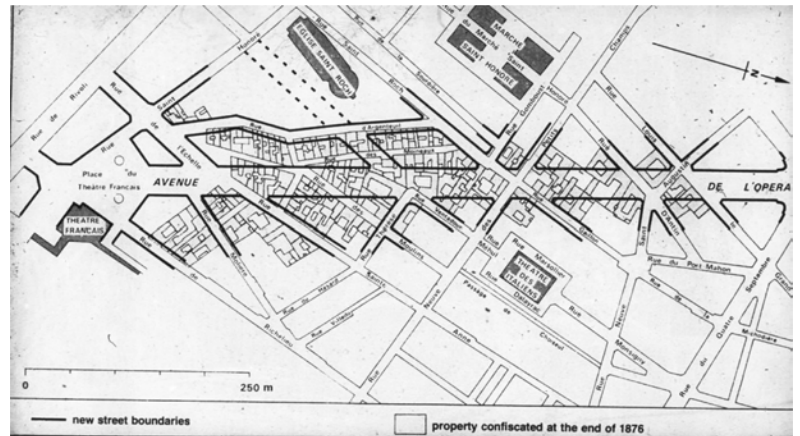




Figura 204. Cidade Industrial, Tony Garnier, 1904 - 1917.

Fonte: FRAMPTON, 2010, p. 118.

Figura 205. Cidade Industrial, Tony Garnier, 1917.

Fonte: FRAMPTON, 2010, p. 120.

genético, total, que seria capaz de viver em espaços totalmente racionalizados, perfeitos, transparentes, configurados segundo formas elementares e cúbicas. (MONTANER, 2001)

A ascensão do capitalismo e a expansão das cidades, na era Moderna, são acompanhadas pela ascensão do racionalismo. Uma das referências iniciais deste pensamento, o mesmo que influencia a medicina psiquiátrica, que coloca a razão no extremo oposto da loucura tornando-a um signo negativo, influenciou fortemente também o pensamento e a arquitetura modernos. Essa referência radica nas teorias de René Descartes (1596-1650), considerado o primeiro filósofo moderno, e no método desenvolvido por ele, exposto essencialmente na sua obra *Discurso do método* (1637). O método cartesiano consiste no Ceticismo Metodológico que instaura a dúvida sobre as ideias que não sejam claras e distintas. Ao contrário dos gregos antigos e dos escolásticos, que acreditavam que as coisas existem simplesmente porque precisam existir, ou porque assim deve ser, Descartes instituiu a dúvida: só se pode dizer que existe aquilo que puder ser provado, sendo o ato de duvidar indubitável. Baseado nisso, Descartes buscou provar a existência do próprio eu (que duvida, portanto, é sujeito de algo - *ego cogito ergo sum* - eu que penso, logo existo) e de Deus. Descartes defendeu um racionalismo que nega a autoridade do passado estabelecendo tábula rasa e aplicando a própria experiência como método de interpretação racional.

Entre todas as formas artísticas, pode se dizer que a arquitetura é a que se aproxima mais vertiginosamente da ideia de racionalidade, pois é a mais condicionada pela utilidade e pela necessidade. Segundo o pensamento racionalista da arquitetura, a sua beleza positiva só pode se basear na proporção, na razão e na função (MONTANER 2001b). O século XX, inevitavelmente, verá transpostas as condições racionalistas da arquitetura também para o urbanismo, através

do pensamento e práticas dos próprios arquitetos do início desse século.

Em 1904, foi exposto o primeiro projeto de planejamento urbano do século XX: *A cidade industrial* de Tony Garnier, que consistia na planificação do que deveria ser uma cidade moderna baseada no funcionamento da indústria. O plano de Garnier, projetado para 35 mil habitantes, era desenvolvido linearmente, isto é, estabelecia uma via central que funcionava como estrutura principal em torno da qual se desenvolviam ramos secundários compreendendo uma rede de ruas paralelas e perpendiculares. Seguindo uma lógica industrial, o projeto se antecipou ao propor a separação da cidade em zonas que abrangiam os usos industrial, administrativo, residencial, e zonas verdes abertas, cada atividade possuindo um espaço próprio para que uma não implicasse em alteração nas outras, proposta que, mais tarde, se tornaria uma condição do urbanismo moderno. Gar-

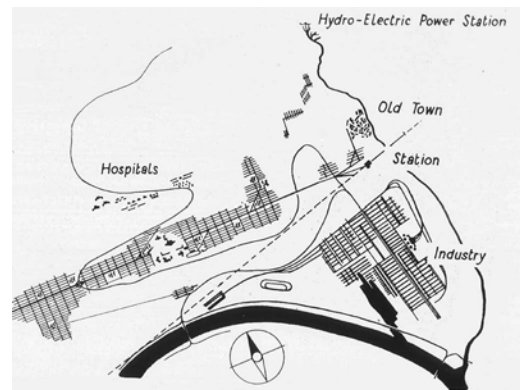


Figura 206. *Cidade Contemporânea*, Le Corbusier, 1922.  
Fonte: <http://www.urbanidades.arq.br>. Acesso em novembro de 2013.

nier também pensava a cidade em função da produção em massa das suas edificações, facilitada pela uso do novo material, o concreto armado, e propunha a retomada dos valores clássicos da arquitetura em detrimento do ecletismo. Através deste projeto, o arquiteto almejou a construção de uma cidade socialista, apostando na bondade fundamental do homem, atingida pela progressiva educação moral e intelectual, que viveria numa cidade sem muros ou propriedade privada, uma cidade que não teria necessidade de tribunais, estações de polícia, cadeia ou igrejas, e onde todas as áreas não construídas seriam parques públicos.

Mais tarde, em 1922, Le Corbusier, influenciado pelas ideias de Tony Garnier, e reinterpretando suas teorias socialistas, cria uma solução tipológica para as cidades, assim como fez para casas e edifícios. Valendo-se da aposta na produção em série e na mecanização que a industrialização iniciou, ele cria o homem-tipo e a casa-tipo para poder criar um projeto urbano que atendesse às necessidades padrões e universais da humanidade inserida na sociedade urbana e industrial. Para Le Corbusier, independentemente da individualidade de cada ser, todo homem possui a mesma identidade, estrutura corporal humana, e as mesmas necessidades vitais, ou seja, o homem é um objeto-tipo com necessidades-tipo. Seguindo esse pensamento, Le Corbusier trabalha com o conceito de casas como máquinas de morar, uma vez que devem possuir as mesmas funções essenciais para suprir as necessidades de seus habitantes.

A *Cidade Contemporânea* de Le Corbusier foi projetada para 3 milhões de habitantes e, diferentemente da cidade socialista de Garnier, propôs uma cidade capitalista de elite que seria o centro de administração e controle.

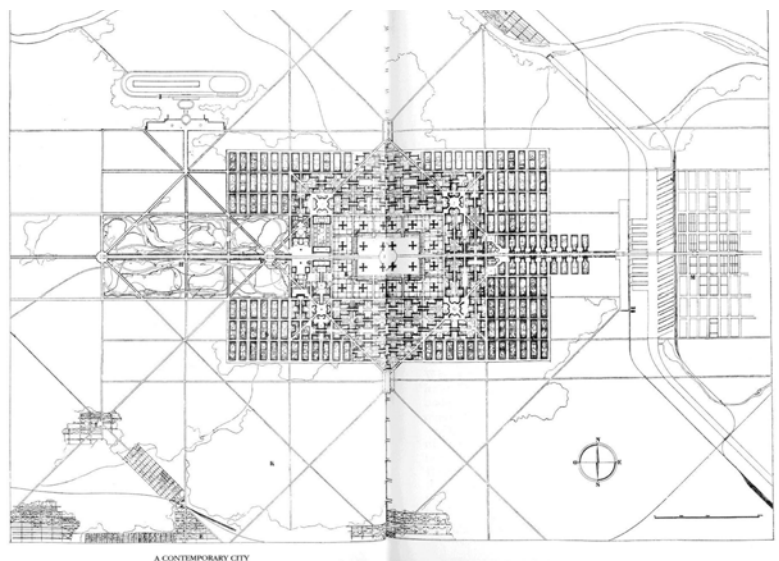
[...] [O projeto] consistia em blocos residenciais de dez a doze andares cada, além de vinte e quatro escritórios centrais com sessenta andares, com o conjunto cercado por um parque

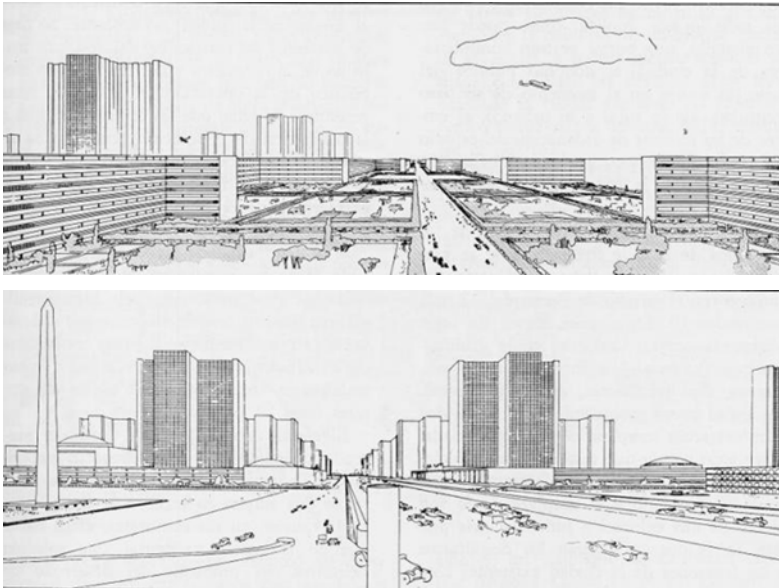
pitoresco que, como o tradicional glacis, mantinha a separação de classe entre elite urbana e proletariado suburbano. As próprias torres cruciformes para os escritórios – os chamados arranha-céus cartesianos – evocam, com seu perfil denteado, as formas escalonadas dos templos khmers ou hindus, e, enquanto tal, tinham a finalidade evidente de substituir, em sua condição de centros do poder secular, as estruturas religiosas da cidade tradicional. (FRAMPTON, 2000, p. 186)

Através da padronização e da criação dos protótipos funcionais, o arquiteto busca o máximo rendimento dos materiais – concreto, aço e vidro –, eficácia no emprego do tempo e o menor custo das construções. O habitar se torna coletivo e racionalizado ao máximo, e os arranha-céus se tornam o centro da cidade, com quase todas as atividades concentradas neles.

A *Cidade Contemporânea* foi planejada através de um desenho que tende à perfeição geométrica, que valoriza a simetria, a ortogonalidade, onde prevalece a linha reta. Como defende Le Corbusier em seu livro *Urbanismo*, de 1923:

A geometria é o meio que nos propiciamos para perceber a nossa volta e para nos exprimir. A geometria é a base. É também o suporte ma-





terial dos símbolos que significam a perfeição, o divino. Ela nos traz as elevadas satisfações da matemática. A máquina procede da geometria. Toda a época contemporânea é portanto eminentemente geometria; seu sonho, ela o orienta para as alegrias da geometria. (LE CORBUSIER, 1992, p. VII)

As “alegrias da geometria” são celebradas em seu projeto sobre um terreno imaginado como sem acidentes geográficos, completamente plano, onde se desenvolvem os eixos das grandes e largas vias em linha reta.

O homem caminha em linha reta porque tem um objetivo: sabe aonde vai, decidiu ir a algum lugar e caminha em linha reta. A mula zigzagueia, vagueia um pouco, cabeça oca e distraída, [...] empenha-se o menos possível. O homem rege seu sentimento pela razão. [...] Domina o animal com a inteligência. [...] O homem trabalha para não perecer. Para produzir é preciso uma linha de conduta. (LE CORBUSIER, 1992, p. 5-6)

Uma cidade moderna vive praticamente da linha reta: construção dos imóveis, dos esgotos, das canalizações, das ruas, das calçadas, etc. o trânsito exige a linha reta. A linha reta é sadia também para a alma das cidades. A linha curva é ruínoza, difícil e perigosa; ela paralisa. [...] A rua curva é o caminho das mulas, a rua reta o caminho dos homens. (LE CORBUSIER, 1992, p. 10)

Le Corbusier era contra a morfologia espontânea adquirida pelas ruas da cidade tradicional, que para ele eram tortuosas e perigosas, desenvolvidas como corredores fechados, cercados lateralmente por casas e edifícios, como se estivesse abafada em meio às construções. Em seu projeto, o arquiteto se livra dessa sua fobia da rua, livrando-se da própria rua: com os edifícios centralizados nos vastos lotes e suspensos através de pilotis, não há mais rua no seu sentido tradicional, no seu lugar, uma multiplicação dos espaços abertos, verdes e iluminados, “prazeres essenciais”, segundo Le Corbusier. Toda a cidade seria envolta e atravessada por bosques, não se limitando à área destinada aos parques. Os pedestres teriam vias específicas para circular, afastadas e isoladas das vias expressas dedicadas ao carro. Seguindo a premissa de que “uma cidade feita para a velocidade é uma cidade destinada ao sucesso”, a *Cidade Contemporânea* elege o automóvel como o seu principal integrante, e a sua velocidade como salvadora da cidade. Para o carro, exclusivamente, foram projetadas vias expressas que cortariam toda a cidade de norte a sul e de leste a oeste e que seriam denominadas autódromos, possuindo até quarenta metros de largura. Assim, o urbanismo de Le Corbusier é, como ele mesmo afirma, “uma luta contra o acaso, contra a desordem, contra o desleixo, contra a preguiça que traz a morte; aspira-se à ordem, e a ordem é atingida pelo recurso às bases determinantes de nosso espírito: a geometria.” (LE CORBUSIER, 1992, p. 85). Mais tarde, o arquiteto retoma as suas investidas na direção de uma universalização desses conceitos de cidade contemporâneas desenvolvidas em seu projeto. Ele vai elevar esse trabalho ao nível de manifesto.

É depois das Grandes Guerras Mundiais, com o advento do processo de reconstrução de espaços destruídos pela guerra na Europa e, sobrepondo-se ao enorme processo de expansão das grandes cidades ao redor do

mundo devido à economia industrial, que o urbanismo moderno, já estabelecido como instrumento legítimo de intervenção nas cidades, ganha um novo vigor. Neste momento o urbanismo incorpora o ideário urbanístico proposto pelos arquitetos modernos, cujos princípios - racionalidade, padronização e funcionalidade - se propagam, fixando-se cada vez mais como promessa de um mundo cada vez mais veloz, automatizado e industrializado, e são difundidos pelas instituições urbanísticas, implantados em diferentes cidades e continentes. Assim, uma paisagem moderna, genérica, de cidade moderna e industrial passa a surgir nas cidades de todo o mundo.

O urbanismo racionalista, difundido pelos arquitetos modernistas, tem como principal instrumento o *zoning*, que baseia-se na divisão da complexidade da cidade entre as funções de morar, trabalhar, circular e recrear, que se configuram como partes da cidade passíveis de tratamento genérico e independente.

Seguindo as premissas cartesianas, a cidade como problema é descomposta por zonas de maneira que funcione como uma máquina produtiva, dividida em partes monofuncionais conectadas pelas linhas de circulação. Desta maneira, o delírio máximo do racionalismo induz à tentativa de planejamento da imensa complexidade da cidade mediante sua decomposição em estruturas formais e funcionais simples. (MONTANER 2001b, p. 66)

A Carta de Atenas, manifesto urbanístico resultante do IV Congresso Internacional de Arquitetura Moderna (CIAM), realizado em Atenas em 1933, contempla o conceito de urbanismo moderno, considerando a cidade como um organismo a ser concebido de modo funcional, na qual as necessidades do homem deveriam estar claramente colocadas e resolvidas. Além do zoneamento, no mesmo documento ainda, redigido pelo arquiteto Le Corbusier, propunha, em lugar do caráter e da densidade das cidades tradicionais, uma cidade na qual os edifícios se desenvolvessem

em altura e se inscrevessem em áreas verdes, e por esse motivo, seriam poucas e densas.

Para Montaner (2001; 2001b), a Carta de Atenas é a máxima expressão da corrente racionalista e tecnocrática entre os arquitetos urbanistas. Seus princípios são fundados de acordo com um modelo neocapitalista de cidade, pois permitem que a produção da cidade entre em sintonia com os objetivos e métodos da empresa capitalista: facilitam o controle, a fragmentação, a segregação, a produção em série e a pré-fabricação. A lógica do zoneamento é poder explorar e controlar mais facilmente cada área da cidade, estando estas homogeneizadas pela sua função pré-determinada.

Entretanto, após a segunda Guerra Mundial, enquanto o urbanismo moderno funcionalista se desenvolvia e era praticado com entusiasmo progressista em toda parte no mundo, o pensamento racionalista entrava em crise. Racionalismo e funcionalismo, que o século XX elevou ao máximo extremo, começaram a ser interpretados como mecanismos empobrecedores das complexidades e qualidades da realidade, aliados ao sistema capitalista, que segue uma lógica de unificação e quantificação, que limita as coisas à pura utilidade e determinação econômica. A razão e o progresso são sentidos e entendidos nesse período como possuidores de um caráter ambivalente: se de um lado admitem a melhora da vida humana, o desenvolvimento tecnológico e o aumento da socialização, de outro lado, geram dispositivos mais aperfeiçoados de dominação do indivíduo e de exploração da natureza; se, por um lado, desde o Renascimento até o século XX, o racionalismo se constitui como um motor para a dessacralização e humanização do mundo, por outro lado, na segunda metade do século XX, ele se converte em um obstáculo, um limite, uma simplificação para toda e qualquer complexidade. O racionalismo passa a ser considerado um absolutismo que se pretende à perfeição, que absorve a realidade, as dife-

renças, nos esquemas da razão (MONTANER, 2001b). Lefebvre (2001), entretanto, explica que não é a razão em si que convém incriminar, mas sim um certo racionalismo limitado, e os próprios limites extremos dessa racionalidade que levam a uma cegueira. “Uma tal racionalidade nada tem de inofensivo. O maior perigo que ela encobre provém de que ela pretende ser e se diz sintética. Pretende atingir a síntese e formar ‘homens de síntese’ [...]. Ora, temos aí uma ilusão ideológica.” (LEFEBVRE, 2001, p. 88).



## PÓS-GUERRA: A CRISE DO URBANISMO MODERNO ORTODOXO

Nos anos sessenta, o tema da habitabilidade da cidade moderna escapa ao campo restrito de arquitetos-urbanistas, e passa a ser afrontado cada vez mais por pensadores de outras esferas do saber, entre eles, sociólogos, historiadores, economistas, geógrafos. Neste período surge uma quantidade expressiva da bibliografia dedicada à vida nas cidades, entre os quais se destacam o trabalho da jornalista Jane Jacobs, com seu livro *Morte e vida nas grandes cidades (americanas)* (2011), e o trabalho de Henri Lefebvre, que publicou, entre muitos outros livros sobre o tema da cidade, *O direito à cidade* (2001). Tanto Jacobs quanto Lefebvre se colocam numa posição ofensiva aos princípios funcionalistas do urbanismo moderno do século XX, considerando-o como um sistema de saber ortodoxo, fechado em si, cujos modelos, ao se fecharem a reflexões vindas de outras esferas do saber, acabam por aprisionar as reflexões sobre o urbano, que têm como sua exclusiva propriedade. Assim como Jacobs, Lefebvre constata que o saber do urbanista é um sistema restrito, que se torna uma ideologia e prática, que no entanto não reconhece as questões da cidade e da realidade urbana.

O foco de Jacobs está na ofensiva a um dos princípios básicos da Carta de Atenas: a ideia de setorização da cidade segundo funções predeterminadas. Jacobs constata que muitos projetos de reurbanização se tornaram ora núcleos de abandono, delinquência e desesperança social generalizada, ora “monumentos à monotonia e à padronização”, fechados a qualquer tipo de exuberância ou vivacidade da vida urbana. “Isso não é reurbanizar as cidades, é saqueá-las.” (JACOBS, 2011, p. 2). Jacobs defende, em contrapartida, a diversidade de usos e usuários bem como de edificações, como único meio de garantir a vitalidade urbana. Segundo Jacobs, a experiência prática de vivência e observação das cidades é a única forma de perceber quais princípios de planejamento urbano conseguem promover a vitalidade socioeco-

nômica nas cidades e quais a inviabilizam. A autora critica os especialistas teóricos do planejamento urbano por não se utilizarem das experiências reais urbanas, e, sim, por pautarem-se por princípios de experiências ideais, imaginárias, irrealis. “As cidades são um imenso laboratório de tentativa e erro, fracasso e sucesso, em termos de construção e desenho urbano.” (JACOBS, 2011, p. 5).

Segundo Jacobs, os planejadores urbanos se apegam à teoria do urbanismo moderno ortodoxo com tanta devoção, que, quando se deparam com uma realidade urbana que contradiga a teoria, tendem a deixá-la de lado. Um número crescente de urbanistas acabou por acreditar que, solucionando os problemas de trânsito viário, se solucionaria o problema das cidades, como se o único problema da cidade se restringisse à circulação de automóveis, quando, no entanto, as cidades apresentam preocupações socioeconômicas muito mais complexas. A autora ironiza os “santos e sábios” desse urbanismo que ditaram como as cidades deveriam funcionar, e o que deveria ser bom para os cidadãos, baseando-se apenas em especulação puramente teórica, deixando de assimilar ideias novas e importantes por várias gerações. Para Jacobs, sem qualquer embasamento prático, a tentativa de lidar com o fenômeno complexo que é a cidade define o urbanismo moderno ortodoxo como uma pseudociência, sobre a qual, anos de aprendizado e uma infinidade de dogmas misteriosos e intrincados se apoiaram num alicerce de absurdos:

A pseudociência do planejamento urbano e sua companheira, a arte do desenho urbano, ainda não se afastaram do conforto, ilusórios das vontades, das superstições conhecidas, do simplismo e dos símbolos, e ainda não se lançaram na aventura de investigar o mundo real. (JACOBS, 2011, p.12)

Para Lefebvre (2001) o urbanismo é uma doutrina, isto é, uma ideologia que interpreta os seus conhecimentos parciais e que justifi-

ca suas aplicações, elevando-as a uma totalidade mal fundamentada ou mal legitimada. Para o autor, o urbanismo do século XX, na mão dos arquitetos, liga-se principalmente ao pensamento humanista clássico: quer-se construir em escala mundial para um homem moderno ideal, com base numa racionalidade produtivista, que se oferece como conhecimento, quando na verdade contém um componente ideológico ligado à sua própria essência. Os urbanistas se apresentam como os novos médicos da sociedade e criadores de novas realidades sociais. Segundo Lefebvre, na melhor das hipóteses, esta tradição resulta em um formalismo ou em um esteticismo vazios de conteúdo e sentido. Jacobs afirma que é impossível separar a aparência das coisas e o modo como elas funcionam, sobretudo no contexto das cidades, e considera uma “tolice” o planejamento da aparência da cidade sem que se tenha compreendido sua ordem funcional.

Há um aspecto ainda mais vil que a feiura ou a desordem patentes, que é a máscara ignóbil da pretensa ordem, estabelecida por meio do menosprezo ou da supressão da ordem verdadeira que luta para existir e ser atendida. (JACOBS, 2011, p. 14)

A autora ainda afirma que as ideias totalitárias do urbanismo moderno ortodoxo tornaram-se parte do nosso folclore, e as considera prejudiciais pois são encaradas como naturais, mesmo que não tenham embasamentos reais. Esse material absurdo, como chamou a autora, ajudou a popularizar algumas ideias que se tornaram inquestionáveis no urbanismo ortodoxo:

[...] a rua é um lugar ruim para os seres humanos; as casas devem estar afastadas dela e voltadas para dentro, para uma área verde cercada. Ruas numerosas são um desperdício e só beneficiam os especuladores imobiliários, que determinam o valor pela metragem da testada do terreno. A unidade básica do traçado urbano não é a rua, mas a quadra, mais particularmente, a superquadra. O comércio deve ser separado das residências e das áreas verdes.

A demanda de mercadorias de um bairro deve ser calculada “cientificamente”, e o espaço destinado ao comércio deve ater-se a isso, e a nada mais. A presença de um número maior de pessoas é, na melhor das hipóteses, um mal necessário, e o bom planejamento urbano deve almejar pelo menos a ilusão de isolamento e privacidade, como num subúrbio. (JACOBS, 2011, p. 20)

Essas ideias também foram gradativamente sendo assimiladas na disciplina de planejamento urbano, como uma linha mestra na maneira de pensar e propor as cidades. Ao mesmo tempo em que os estudiosos do urbanismo estavam querendo fortalecer as cidades, estavam se baseando em uma teoria que ia na direção oposta.

Jacobs cita o urbanismo de Le Corbusier como a “ideia mais espantosa” a respeito de colocar todo um planejamento de anticidade em prática. Le Corbusier propunha uma solução de cidade-jardim vertical, onde o elemento essencial do seu projeto era o planejamento para automóveis: traçou grandes artérias de mão única para trânsito expresso, reduziu o número de ruas e seus cruzamentos, propôs vias subterrâneas e manteve os pedestres fora das ruas. Era como se a cidade fosse um brinquedo mecânico maravilhoso.

Sua concepção, como obra arquitetônica, tinha uma clareza, uma simplicidade e uma harmonia fascinantes. Era muito ordenada, muito clara, muito fácil de entender. Transmítia tudo num lampejo, como um bom anúncio publicitário. Essa visão e seu ousado simbolismo eram absolutamente irresistíveis para urbanistas, construtores, projetistas e também para empreiteiros, financiadores e prefeitos. Ela deu enorme impulso aos “progressistas” do zoneamento, que redigiram normas elaboradas para encorajar os construtores a reproduzir ainda que parcialmente o sonho. [...] Como um ego visível e enorme, ela representa a realização de um indivíduo. Mas, no tocante ao funcionamento da cidade, tanto ela como a Cidade-Jardim só dizem mentiras. (JACOBS, 2011, p.23)

Para Lefebvre, Le Corbusier procede como um filósofo da cidade quando descreve a relação do habitante e do habitat urba-

no com a natureza, com o tempo cíclico e com os ritmos do cosmo. A isso somam-se incontestáveis conhecimentos sobre os problemas reais da cidade moderna, mas esses conhecimentos vão resultar numa prática urbanística e numa ideologia cujo funcionalismo reduzirá a sociedade urbana, a vida do homem, a limitadas funções prescritas pela arquitetura.

Semelhante arquiteto se considera um 'homem de síntese', pensador e prático. Ele aumenta e deseja criar as relações humanas ao defini-las, ao conceber o seu contexto e o seu palco. Numa perspectiva que se associa a horizontes bem conhecidos do pensamento, o arquiteto percebe a si mesmo e se concebe como Arquitecto do Mundo, imagem humana do Deus criador. (LEFEBVRE, 2001, p. 48)

Para o autor, o urbanismo moderno, que declara a cidade como rede de circulação e de consumo, como centro de informações e de decisões, é uma ideologia absoluta que procede de uma redução arbitrária e perigosa, por se oferecer como uma verdade total e se transformar em um dogma, utilizando meios 'terroristas' para pô-lo em prática. Para Lefebvre, essa ideologia conduz ao "urbanismo dos canos, da limpeza pública, dos medidores, que se pretende impor em nome da ciência e do rigor científico." (LEFEBVRE, 2001, p. 48-49). Se por um lado a ideologia urbanística mentalmente implica numa teoria da racionalidade e da organização espacial e social, por outro lado, formula todos os problemas da sociedade em questões de espaço, transpondo, assim, para termos espaciais, tudo o que provém da história, da consciência, da vida urbana. No urbanismo como ideologia, o espaço organizado e racional fica tão em primeiro plano que acaba por eliminar as noções de tempo e devir, negligenciando as singularidades da vida urbana, os modos de viver da cidade, o habitar propriamente dito. "Acontece frequentemente que homens de talento acreditam estar no âmago do conhecimento e da experiência

quando na verdade permanecem no âmago de um sistema de grafismo, de projeção para o papel, de visualizações." (LEFEBVRE, 2001, p. 71).

A problematização da cidade reduzida simplesmente à questão do morar, trabalhar, recrear e circular, e sua urgência nas condições e no contexto do crescimento industrial, ocultaram outras questões complexas e singulares, inerentes à cidade. A maneira como o urbanismo moderno ortodoxo pretendeu resolver os problemas da cidade, subordinou a organização da cidade à organização da indústria. A cidade viu-se assim atacada, alinhada ortopedicamente, domada, enfim, pela empresa industrial. Tendo como engrenagem a planificação e o esquadrinhamento, tornou-se um dispositivo material, um meio para organizar a produção, controlar a vida dos produtores e consumidores e do consumo dos produtos. Ora, mais do que um meio, desde a sua fundação, a cidade só tem sentido como obra, como um fim. Mais do que valor de consumo, a cidade tem valor de uso. Mais do que um mero instrumento ou dispositivo, a cidade é um momento que se desenrola no tempo como uma condição. (LEFEBVRE, 2001)

A doutrina do urbanismo ortodoxo, com o pretexto da organização, impõe um funcionalismo simplificador da forma e dos contextos sociais urbanos, justapondo espaços de acordo com funções homogêneas, como se a cidade fosse uma soma ou uma combinatória de elementos. Na concepção dessa combinatória as diferenças somem na percepção do seu conjunto. É inútil procurar a diversidade numa operação matemática que é por excelência racional. Qualquer diversidade proposta por uma combinatória racional, é recoberta por uma impressão de monotonia, já que o urbano perdeu os traços e as características da cidade como obra, da sua apropriação.

Do lado da habitação, a decupagem e a disposi-

ção da vida cotidiana, o uso maciço do automóvel (meio de transporte 'privado'), a mobilidade (aliás, freada e insuficiente), a influência dos *mass-media* separaram do lugar e do território os indivíduos e os grupos (famílias, corpos organizados). A vizinhança se esfuma, o bairro se esboroa; as pessoas (os 'habitantes') se deslocam num espaço que tende para isotopia geométrica, cheia de ordens e de signos, e onde as diferenças qualitativas dos lugares e instantes não têm mais importância. Processo inevitável de dissolução das antigas formas, sem dúvida, mas que produz o sarcasmo, a miséria mental e social, a pobreza da vida cotidiana, a partir do momento em que nada tomou o lugar dos símbolos, das apropriações, dos estilos, dos monumentos, dos tempos e ritmos, dos espaços qualificados e diferentes da cidade tradicional. (LEFEBVRE, 2001, p. 83)

Como se sabe, a essência das cidades não está enraizada somente em fatores funcionais, produtivos ou tecnocráticos, ao contrário, é a socialização da sociedade que contém por essência a urbanização. O urbano definitivamente não se define como uma forma material, como um conjunto de linhas traçadas, ao mesmo tempo que não pode separar-se delas. É um fenômeno que não é possível interpretar de maneira unívoca.

[O urbano] é uma forma mental e social, a forma da simultaneidade, da reunião, da convergência, do encontro (ou antes, dos encontros). [...] É um campo de relações que compreendem notadamente a relação do tempo (ou dos tempos: ritmos cíclicos e durações lineares) com o espaço (ou espaços: isotopias-heterotopias). Enquanto lugar do desejo e ligação dos tempos, o urbano poderia se apresentar como significativo cujos significados procuramos neste instante [...]. (LEFEBVRE, 2001, p. 87)

As críticas que surgem nos anos sessenta não são críticas insuficientes ou infundadas, muito pelo contrário, elas se baseiam na experiência vivida dos cidadãos e na constatação nada difícil de que as cidades, invadidas pelas intervenções urbanísticas, baseadas no racionalismo simplificador, passaram por um processo de homogeneização que descaracterizou em muito seus modos de vida mais particulares, e tende, cada vez mais, seguindo-se a mesma lógica, a eliminar a relação

do próprio corpo do cidadão com o lugar ao qual ele pertence, culminando com o individualismo e a passividade característicos da contemporaneidade. A sensação de pertencimento se esvai quando o corpo só entra em relação com o espaço para deslocar-se entre suas funções determinadas, a saber, entre a casa e o trabalho, entre o trabalho e a casa. A circulação pelo urbano, tema tão consagrado pelo urbanismo moderno, antes de aderir o corpo no encontro com a diversidade, lança-o na cômoda monotonia do individualismo, da apatia, do medo e da insegurança.

Mas a cidade resiste. Retomando o sentido da cidade como uma sobreposição contínua dos diversos estratos, como sendo palco e também personagem da diversidade e da pluralidade, feita de matéria sobretudo, mas também de representações, símbolos, memória, de desejos, sonhos e devires, abre-se uma perspectiva para começarmos a repensar as cidades a partir do humano que nela habita, a partir também da possibilidade de encontro com o outro, e do encontro com este outro devolver à cidade a sua capacidade de receber novamente o acaso e o imprevisível.

Durante todo esse tempo pelo qual a cidade e a cultura urbana se transformavam, por detrás dos muros do manicômio a vida (ou a sobrevivida) seguia a mesma. Congelada no tempo e presa no espaço, a loucura perdeu todas as possibilidades de encadear seu mundo no mundo; o louco tornou-se um desconhecido, pois a realidade social alienou-se dele. Durante mais de dois séculos o mundo não se relacionou com o louco a não ser à distância, e dele só restaram a lembrança e a associação com tudo aquilo que fosse anormal no comportamento em sociedade. Ele se tornou um ser distante, objeto de escárnio movido pelo preconceito e pelo medo. Medo do desconhecido que o louco havia se tornado.

Mas, como vimos, a partir do período pós-guerra, surge um movimento que se processa na direção de uma abertura nesse cená-

rio estático e cruel, quando passa-se a pensar a transformação do modelo manicomial de assistência, centrado no hospital psiquiátrico, em um modelo de atenção comunitário, praticado em liberdade, que se relaciona com o cuidado em saúde, mas também com todos os equipamentos e esferas que compõem a vida em comunidade. Enfim, fez-se possível um modelo de assistência que se abriu completamente à cidade.

[...] a clínica, nascida na cidade, dela vem se apartar, guardada entre quatro paredes, o que se coloca como paradoxo presente nos processos de reforma psiquiátrica contemporâneos que propunham o retorno ao convívio nas cidades. Ao abrir-se à cidade, é esse paradoxo que é preciso habitar, cabendo disso extrair as consequências que interessam a uma clínica conforme a radicalidade do que propõe a reforma. Pois é o cotidiano mesmo da vida cidadina que pode convocar a clínica ao abandono das certezas próprias a um sistema fechado, pouco permeável à variabilidade dos jogos e de forças presentes no território da cidade, aos sentidos inesperados e inconclusos que emergem do uso de seus objetos, ao traçado desviante de suas ruas. (PALOMBINI; OLIVEIRA, 2012, p. 99)

O movimento de desinstitucionalização da loucura, que traz, ou melhor, devolve o louco para o meio urbano, para o convívio social, para produção de autonomia, é uma afirmação da sua existência, e busca restituir seu direito à cidadania, seu direito à cidade. Abandona-se o confinamento entre muros, a clausura dos gabinetes e se ocupa o bairro, a rua, a praça. Este movimento implica em um novo e grande desafio: o encontro da cidade com o louco e a loucura.



## MARCO CAVALLLO COMO MARCO POÉTICO DA LIBERDADE

Para introduzir a problematização da relação entre loucura e cidade no contemporâneo, momento que nos tange, será resgatada, entre as muitas narrativas heroicas que as reformas psiquiátricas proporcionaram, uma história muito peculiar que ocorreu num momento que, embora contemporâneo, já está muito distante, pelo menos das novas gerações que hoje se aproximam do tema da loucura. A história se passa na década de setenta, tendo como plano de fundo a cidade de Trieste, província situada ao norte da Itália. O cenário é o Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, que foi testemunha da fantástica história de Marco Cavallo.

A primeira cena retrata a crua realidade do manicômio:

O hospital naquela época estava superlotado, os internos tinham que aceitar a convivência naquele aglomerado. Muitos pacientes estavam ali compulsoriamente, poucos sabiam o porquê do encarceramento e os que questionavam eram – na melhor das hipóteses – dopados. Os que não se acalmavam eram submetidos a métodos de tratamento mais eficazes, por isso eram poucos os agitados. Ainda assim, para esses havia um local, reservado dentro do imenso terreno do Hospital Psiquiátrico de Trieste. (BATISTA, 2012, p. 111)

Em meio à superlotação de sujeitos loucos, condenados a perecer sob o estigma da doença mental, e dos funcionários infelizes que, de diferente maneira, estavam intrincados na mesma realidade, quase todas as manhãs fazia parte também daquele cenário cotidiano um velho cavalo, que tinha como função carregar a roupa suja dos internos, recolhida de cela em cela, de pavilhão em pavilhão. Marco era seu nome.

O animal, que diariamente era alimentado com abundante capim fresco, tinha como função carregar roupas sujas do local onde morava para a cidade. No trajeto percorrido, Marco passava por muitos moradores, alguns com seus territórios marcados, geralmente pequenos pedaços no chão. Marco já havia se acostumado, os corpos caídos já não eram mais obstáculos. Em 1970, era comum tropeçar em corpos quase vivos. Conforme passava pelos

quartos, apanhando as roupas sujas, Marco sentia seu lombo mais pesado. A travessia marcava seu corpo. (BATISTA, 2012, p. 110)

Inegável é que, na rotina cotidiana do manicômio, na qual todos participavam, Marco era um condenado como todos os loucos ali aprisionados, tinha seus horários para comer, para carregar as roupas, para ir à cidade e retornar.

Perto da saída para a cidade, mais moradores se aproximavam, e já não eram tantos caídos. Alguns poucos se mexiam, outros balançavam a cabeça, ao vê-lo passar, havia também os que se aproximavam para alisar seu couro castigado. O homem que o conduzia entre os pacientes impedia qualquer um de chegar perto, reafirmando a disciplina que todos deveriam se submeter para aproveitar a boa estadia que lhe ofereciam os funcionários daquela hospedaria. (BATISTA, 2012, p. 110)

Apesar de essa cena repetir-se todos os dias e, com o passar do tempo, ir adquirindo um caráter de rotina, um acontecimento trágico seria capaz de revelar a ligação que, por detrás dessa silenciosa cena cotidiana, Marco havia conseguido estabelecer com os internos do hospital. Marco já era um cavalo velho e não tinha força para sua tarefa diária de carregar tanto peso em seu lombo. Sendo assim, o corpo técnico do hospital decidiu sacrificar Marco, já que, em seu estado terminal, mostrava-se improdutivo para o trabalho, não apresentando mais serventia para o hospital. Entretanto, no dia do sacrifício, de um quarto do pavilhão dos pacientes crônicos ouviram-se gritos: “Vão matar Marco! Salvem Marco!”. Como tratava-se de um paciente crônico, sua manifestação foi entendida como uma crise, um surto, e, imediatamente, este corpo gritante foi dominado pela enfermagem.

Como já vimos no Capítulo 3, em 1971, Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, onde dá início a um projeto sólido de desinstitucional-

lização, que tem por objetivo a desconstrução do aparato manicomial, assim como de toda a lógica de segregação que lhe é implícita. Enquanto Marco havia sido sentenciado ao sacrifício, havia no hospital de Trieste dois grupos claramente definidos e divididos por suas ideologias e posições com relação ao manicômio. Enquanto o grupo liderado por Basaglia, composto pelos psiquiatras democráticos, era contrário ao Hospital Psiquiátrico, o outro grupo era composto por aqueles que eram a favor da manutenção do manicômio como espaço de terapia e tratamento.

Em meio à agitação trazida por Basaglia, tendo este preconizado novas formas de atenção ao louco, o corpo que gritava pela vida de Marco foi ouvido, impedido, assim, de ser transformado em palavra muda, em grito contido.

Ao ouvir a gritaria, muitos se aproximaram para saber o que aquela pessoa que falava em voz contundente gostaria de dizer. Outros se afastaram, expressando um ar de tédio, desdenhando os novatos profissionais, “afinal era só mais um crônico que berrava”. Ao inclinar-se até o chão, onde estava imobilizado o corpo surtado que gritava, Basaglia escutou um balbúcio pedindo a vida do velho cavalo. Com ajuda de outros trabalhadores, o homem pôde ficar de pé. (BATISTA, 2012, p.112)

Esse episódio, primeira cena do que vem a ser a história de Marco Cavallo, é muito mais do que o levante de um único corpo. Muitos outros corpos, institucionalizados, paralisados, inertes, do manicômio de Trieste, insurgiram-se a favor da vida de Marco Cavallo. Com o apoio dos profissionais chamados democráticos, foi pensada uma assembleia, a qual seria crucial para o desfecho deste episódio: o cavalo improdutivo seria sacrificado? Os pacientes se organizaram para a assembleia, e até os crônicos reivindicaram sua participação, o que significava a saída do pavilhão, um movimento que nunca havia sido feito. Os sonolentos sedados já não queriam dormir e tantos outros sur-

prenderam a equipe técnica com uma espantosa mudança que se alastrava por todos os corredores do hospital.

A luta proposta por Franco Basaglia para mudar as concepções obsoletas da psiquiatria, os conceitos de doença e cuidado, para abolir a instituição manicomial e, com ela, a barreira entre os cidadãos saudáveis-normais, e os loucos-anormais, foi aderida não apenas por médicos psiquiatras e profissionais da saúde, mas trouxe, para somarem-se ao movimento, cidadãos comuns que simpatizavam com a causa, acadêmicos, escritores, filósofos e muitos artistas.

Um grupo de artistas italianos, entre eles o dramaturgo Giuliano Scabia e o artista plástico Vittorio Basaglia, foi convidado por Basaglia em Trieste, no final de 1972, para colaborar com médicos, estudantes e enfermeiros, em uma intervenção no pavilhão “P” do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni. A ideia principal era criar algo que fosse capaz de estimular o interesse, a imaginação e participação dos pacientes. A demanda da direção do hospital ao grupo de artistas consistia na criação de uma oficina, que abrangesse as atividades de pintura, fantoches, escultura, teatro, etc. Fazia-se necessário o estímulo contínuo de participação, mesmo passivamente, por meio de visitas à noite, panfletos e um jornal de parede diário com relatórios e desenhos das atividades, um teatro errante (uma carroça transportando, aos vários pavilhões, materiais produzidos: os bonecos amarrados em paus pregados aos lados do carrinho, desenhos, materiais impressos, entre outros). Essas ferramentas eram utilizadas como elementos de ligação entre os espaços da oficina, no pavilhão “P”, livre, onírico e utópico, com o restante do corpo do hospital, que mantinha-se na lógica manicomial, de prisão de corpos e de almas. (TORTELLI, 2011)

Paralelamente à criação da oficina, outra demanda da direção chegava ao grupo de artistas: a construção de um objeto grande,

Figura 209. Oficina do Pavilhão “P”, com Dino e Vittorio Basaglia, 1973.  
Figura 210. A ruptura dos portões, com Franco e Vittorio Basaglia, 1973.  
Fonte: <http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/archivioFoto>. Acesso em: novembro de 2013

simbólico para todos, em torno do qual se pudesse organizar atividades de expressão. Inicialmente, o tema da construção desse grande objeto girava em torno da ideia de uma casa de papelão, que pudesse se conectar à ideia de um cenário, provocando os internos a entrarem em uma nova cena criada por eles mesmos. Porém tudo muda quando o grupo de artistas encontra-se com o grande embate que ocorria no hospital neste período: a questão da vida ou morte de Marco Cavallo.

No superlotado pavilhão “Q”, ala de observação feminina, o grupo de artistas observou a interna Angelina Vitez enquanto desenhava um cavalo. Com quatro linhas ela



dividiu o corpo do equídeo em seis compartimentos, em cada um deles, estava desenhado um objeto: um vaso de flores, um ganso, uma panela, uma casa, uma árvore e um Pinóquio. Agelina explicou aos artistas que seu nome era Marco, mesmo nome do cavalo que levava para cima e para baixo as roupas sujas, o mesmo que seria enviado para o abate, destino do qual os internos queriam salvá-lo. Assim, o grupo de artistas tomou conhecimento dos embates fervorosos e surpreendentes acerca da vida ou morte do velho cavalo de carga do manicômio. (DELL'ACQUA, 2013)

O afeto que os internos nutriam com relação a Marco Cavallo fez mudar a rota dos atos planejados e esperados tanto na vida cotidiana do manicômio quanto para o desenvolvimento da oficina de expressão que estava a cargo dos artistas convidados por Franco Basaglia. Finalmente, após a assembleia criada para discutir o destino de Marco Cavallo, surge o resultado da discussão: Marco, o cavalo, viveria! Seguiria vivo até sua morte natural. Os pacientes, implicados com a vida do cavalo, se organizaram para cuidar do animal até sua morte. Alguns meses depois, Marco Cavallo morreu, e, para sua despedida, foi organizada uma cerimônia no Hospital.

Como uma homenagem ao cavalo de carga, tão estimado pelos internos, a ideia de Angelina Vitez ganhou vida. Marco Cavallo renasceu, construído pelo artista plástico Vittorio Basaglia (primo de Franco Basaglia) em madeira e papel machê, contendo em seu ventre os desejos dos pacientes que lutaram por ele. Na cor azul, o renascido Marco Cavallo era o símbolo concreto do desejo de vida e liberdade para todos os internos. O cavalo foi construído no manicômio, mas não para ali permanecer, ele estava sendo preparado para uma grande saída, a grande cena final dessa história.

Foi num claro domingo de março, quando chegou o momento em que Marco Cavallo sairia do laboratório. Construído dentro do

manicômio, descobriu-se que era grande demais para sair pelas portas estreitas de seu espaço arquitetônico. Estava também pesado demais, com a carga de necessidades e desejos que trazia no seu ventre, para ser erguido e ultrapassar as cercas. Tentaram a porta do jardim, depois a da varanda, pensando que pudesse saltar a grade. (SCABIA, 1976)

O cavalo tentou dobrar-se, corta-se, abaixar-se, com a barriga até o chão, e se feriu. Mas nada. Permaneceu preso dentro dos muros. Todos estavam ali a olhá-lo: era aquele o seu momento. O cavalo começou a correr nervoso por um longo corredor do velho pavilhão “P” transformado em laboratório, para frente e para trás, bem como fizeram por anos os doentes que o habitaram. Giuliano tentou acalmá-lo, dizendo que era preciso esperar, que talvez não era aquele o momento, que era necessário ter paciência. Os doentes começaram a pensar que era apenas um sonho, séculos de cinza voltaram em suas cabeças, os gritos desumanos ensurdeceram seus ouvidos. Dino Tinta chorava. Marco Cavallo, tremendo, de cabeça baixa, começou a correr furiosamente, como um enlouquecido, na direção da porta principal e, sem hesitar, agrediu o pedaço de azul e verde em cima da porta.<sup>121</sup> (SCABIA, 1976, s.p., tradução nossa)

Para fazer Marco sair do manicômio, ultrapassar os limites do confinamento, libertar-se do espaço cujas portas eram mais estreitas que o desejo que carregava em si, profissionais e internos tiveram que quebrar os umbrais de portas internas, o portão e parte do muro que circundava o manicômio. Com violência, caíram pelo chão fragmentos de cascalho, tijolos e vidros. Arrebentaram-se os limites do manicômio, que ficou para trás, enquanto que à frente, agora via-se todo um indefinido de possibilidades.

Marco Cavallo apenas parou sua corrida no gramado, entre as árvores, ferido e ofegante, confundindo-se com o céu azul, ao som dos aplausos, dos vivas, do pranto, da alegria, que curaram, num piscar de olhos suas feridas.<sup>122</sup> (SCABIA, 1976, s.p., tradução nossa)

Muros, paredes e portões. Os primeiros obstáculos de Marco haviam sido violentamente ultrapassados. Esse esforço dá sequên-

Figura 211. Cortejo de Marco Cavallo, com Giuliano Scabia, Dino e Vittorio Basaglia, 1973.

Figura 212. Cortejo de Marco Cavallo, 1973.

Fonte: <http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/archivioFoto>. Acesso em: novembro de 2013

cia e possibilidade à primeira grande saída de Marco pela cidade, sua saída triunfal.

O cavalo de papel machê azul, recipiente de sofrimentos e sonhos, percorreu Trieste seguido por um cortejo de loucos, estudantes, trabalhadores da saúde mental, voluntários e artistas. O cortejo invadiu as ruas da cidade, lembrando o trajeto do velho cavalo, provocando o desassossego e o desconforto da ordem social antes protegida pelo confortável limite do manicômio. Marco e seu cortejo dissipavam muitas fronteiras da cidade italiana, algumas delas invisíveis.

Limites claros iam abaixo nesta travessia. Lugares da identidade, da razão e da não razão, por algumas horas, perdiam a clareza de seus



121. Cercò di piegarsi, di mettersi di taglio, si abbassò, pancia a terra, si ferì. Niente. Restava chiuso dentro. Tutti erano lì a guardarlo: era quello il suo momento. Cominciò a correre nervoso per il lungo corridoio del vecchio reparto «P» trasformato in laboratorio, avanti e indietro, proprio come avevano fatto per anni i malati che lo avevano abitato. Giuliano cercò di calmarlo, dicendo che bisognava aspettare, che forse non era quello il momento, che bisognava avere pazienza. I malati cominciarono a pensare di avere solo sognato, secoli di grigio tornarono nelle loro teste, urla disumane assordarono le loro orecchie. Dino Tinta piangeva. Marco Cavallo, fremendo, testa bassa, cominciò una corsa furibonda, come impazzito, verso la porta principale e, senza più esitazione, oramai a gran carriera, aggredì quel pezzo di azzurro e di verde oltre la porta. (Ibidem. Op. Cit.)

122. Marco Cavallo arrestato la sua corsa nel prato, tra gli alberi, ferito e ansimante, confuso all'azzurro del cielo. Gli applausi, gli evviva, i pianti, la gioia guarirono in un baleno le sue ferite. (Ibidem. Op. Cit.)



Figura 213. Cortejo de Marco Cavallo, 1973.  
Fonte: <http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/archivioFoto>. Acesso em: novembro de 2013



contornos. Dores e alegrias personalizadas também. Loucos, artistas, estudantes, entre outros, faziam da mistura das ruas a morada provisória dos seus desejos. Alguns passantes não entendiam o porquê daquele cavalo. A alegria da passeata insultava. Susto, incômodo, um soco no estômago agregavam-se às cores e aos ruídos do cortejo. A violência sujava a cidade de destroços; muros e grades demolidos perdiam a função de forjar e abrigar o nomeável. Trieste era invadida por afetos em combate alojáveis dentro da escultura azul de papel machê. (BATISTA, 2012, p. 105)

Mesmo que os loucos não tenham construído o cavalo materialmente, enquanto sua estrutura de madeira crescia nas mãos de Vittorio Basaglia, enquanto o papel machê tomava forma, enquanto se moldava sua cabeça, os loucos, por sua vez, construíram, sem jamais tocar o cavalo, alguma coisa mais duradoura e definitiva que ele: a liberdade. A carga simbólica do cavalo azul foi sendo gerada nos corações loucos do manicômio de Trieste. Ao olhar para Marco Cavallo, ele

pode parecer apenas a escultura de um cavalo azul. Um pouco torto, longo, fino, com a boca aberta. No entanto, Marco Cavallo é muito mais. Ele carrega dentro de si um projeto de vida. Saltitante ao longo das ruas da cidade bordejadas de sonhos de liberdade.

A cena final da história de Marco Cavallo remete ao adentrar da loucura no espaço além muros, este espaço cujos limites se diluem, é o adentrar na cidade. Da mesma forma a cidade também adentra uma realidade antes oculta, e se depara com a diferença e com a verdade de sujeitos antes escondidas por detrás de muros construídos para não revelá-los. A destruição deste muro, num rompimento violento, proporcionou um encontro entre loucura e cidade, causando um estranhamento agudo, desacomodador, dolorido. A força investida para romper a membrana dessa separação, entre o normal e o anormal, precisou ser forte e violenta o suficiente para quebrar os muros da ordem social, da hipocrisia, da sociedade que criou recintos para encarcerar o diferente.

O Rompimento dos muros não é, e jamais será, o fim da história. O ato de romper limites antecede um cortejo, que abre infinitas possibilidades para uma relação com o espaço urbano e com a multiplicidade que este invoca. O cortejo de Marco Cavallo se abre para a composição de novas e singulares histórias de encontro de vidas e suas produções, oferece novos fios para uma teia construtora de novos territórios, onde o encontro com a diferença será inevitável.

A cidade não é apenas um palco onde acontece o encontro, ela é protagonista das cenas que a loucura acaba de inaugurar em sua história. Mas que cidade é esta que está prestes a reencontrar o sujeito-louco e seu cavalo azul de liberdade?



## A CIDADE CONTEMPORÂNEA

O período posterior à II Guerra Mundial determina um período de transição da sociedade industrial para uma sociedade pós-industrial, implicada na transição do capitalismo industrial, concorrencial, para o capitalismo financeiro e informacional. Neste período, como afirma Deleuze (2010), inicia-se um processo de mudança na qual a sociedade disciplinar dá lugar à consolidação da sociedade do controle. Como vimos, Foucault situa as sociedades disciplinares nos séculos VIII e XIX, atingindo seu apogeu no início do século XX. As disciplinas organizam os grandes meios de confinamento – a família, a escola, a fábrica, o hospital, a prisão, o manicômio – cujo espaço físico desempenha um papel fundamental para atingir os ideais de concentrar, distribuir e ordenar o corpo no espaço e no tempo, para compor forças cada vez mais produtivas.

Deleuze (2010) explica que, com a ascensão da sociedade do controle, os corpos não deixaram de ser modelados em espaços confinados e esquadrihados, no entanto, além das moldagens disciplinares o corpo sofre modulações contínuas e universais que atravessam e regulam as malhas do tecido social: é como se vestisse uma “coleira eletrônica” acionada e controlada a distância por redes midiáticas competentes na construção de subjetividades que incorporam o poder simbólico da imagem sob amparo do capital financeiro. A sociedade do controle funciona no sentido de manipular o desejo na direção do consumo, instaurando-se tanto na esfera individual como coletiva, sempre conduzindo a novos sonhos, novos produtos, novos modelos, novos serviços, de forma tão sutil a ponto de fazer parecer que eles são desejos naturais e espontâneos. Com a virtualidade e a velocidade da transmissão das comunicações, dados e imagens, o espaço perde a propriedade sólida de seus limites, sendo caracterizado por uma verdadeira interpenetração de espaços, pela suposta ausência de limites definidos e pela instauração de um tempo

contínuo no qual os corpos estariam sempre enredados, prisioneiros em um campo aberto. A sociedade do controle é “a implantação progressiva e dispersa de um novo regime de dominação.” (DELEUZE, 2010, p. 229).

O poder na sociedade do controle se torna cada vez mais onipresente e ilocalizável, pois se dissemina entre os nós das redes que se formam com o desenvolvimento das comunicações. Dessa maneira, a ação do poder já não se dá mais de forma direta, vertical e hierárquica, mas se estabelece de maneira indireta, horizontal e impessoal, utilizando-se de dispositivos de controle sofisticados e alienantes através dos quais os sujeitos se transformam em perfis de usuários, amostras, dados, mercados, capazes de serem capturados entre as massas a fim de rastream-se e definirem-se os padrões de comportamento, definindo, também, através de dispositivos como perfis, *logins*, senhas, cartões, os acessos e os obstáculos na fruição dos espaços físicos, virtuais e existenciais.

Não há necessidade de ficção científica para se conceber um mecanismo de controle que dê, a cada instante, a posição de um elemento em espaço aberto, animal numa reserva, homem numa empresa (coleira eletrônica). Félix Guattari imaginou uma cidade onde cada um pudesse deixar seu apartamento, sua rua, seu bairro, graças a um cartão eletrônico [...] que abriria as barreiras; mas o cartão poderia também ser recusado em tal dia, ou entre tal e tal hora; o que conta não é a barreira, mas o computador que detecta a posição de cada um, lícita ou ilícita, e opera uma modulação universal. (DELEUZE, 2010, p. 228-229)

Pensem nas cidades de hoje, já disciplinadas e esquadrihadas pelo urbanismo moderno, onde há uma tendência de encapsulamento da vida para garantir uma certa invulnerabilidade, uma sensação de estar seguro: altos muros, grades, cercas elétricas, portões, portarias, porteiros, automóveis individuais, janelas fechadas, ruas expressas, estacionamentos protegidos. Em todos os lugares pelos quais o homem circula, já reduzidos a um compasso funcional e pro-

123. PECHMAN, Robert Moses. Quando Hannah Arendt vai à cidade e encontra com Rubem Fonseca, ou da cidade, da violência e da política. [2005?]. Mimeografado.

duto, são cada vez mais acompanhados e monitorados por modernos sistemas de segurança: câmeras, sensores, alarmes. A cidade contemporânea foi conduzida na direção de transformar-se em uma cidade intocável, proibida aos sentidos humanos, atravessada por pessoas escondidas dentro de automóveis, separadas do contato da cidade pelo vidro, vivendo a cidade através de imagens, e cultivando o medo, altamente disseminado pelos meios de comunicação.

É o medo o grande responsável pelo desejo desesperado de consumir os serviços de segurança, como se a segurança só pudesse, hoje em dia, ser conquistada pelo consumo. Ela se apresenta como produto, oferecido pelo mercado imobiliário, que aposta na vida condominizada, privatizada, composta por ilhas muradas dentro da cidade, pretendendo-se como uma minicidade afastada dos perigos da violência, da diferença, do estrangeiro. Como se não bastasse o zoneamento moderno, segregador do território da cidade, homogeneizador das relações sociais, que se dão apenas entre os iguais, a cidade contemporânea, através de mecanismos sofisticados de controle, funda novos meios ainda mais sutis de segregação e exclusão, que contribuem para acentuar a desigualdade social e promover a violência simbólica e a violência real nas cidades.

Tendo o planejamento urbano se orientado por pacificar as cidades, acabou por suprimir os seus espaços de relação. “Corbusier e os urbanistas modernos bem que tentaram, aliás com relativo sucesso, abolir a rua, conter a proliferação de relações, impedir as misturas, colocando cada coisa no seu lugar, evitando espaços vazios, propícios ao inesperado, ao incontrolável.” (PECHMAN [2005?], s.p. apud PALOMBINI, 2007, p. 54)<sup>123</sup>. Assim, ao suprimir os espaços relacionais da cidade, suprime-se também seu erotismo, a possibilidade de ligação e encontro com o outro. A cidade hoje contenta-se em apresentar espaços privados que se oferecem como

“públicos”, dos quais os *shoppings centers* se apresentam como um modelo exemplar daquilo que se transformou num insolente simulacro da cidade, um espaço asséptico e pacificado, onde estão aplicados os mais sofisticados mecanismos de controle, onde os conflitos são devidamente eliminados, onde o comércio, e não as relações, é o motor da mobilização e da presença de seus usuários.

Jacques (2004) introduz a problemática da crise da noção de cidade contemporânea, investindo contra as ideias de uma não cidade, sob o termo “espetacularização”. A autora ataca duas vertentes de discursos contemporâneos sobre a cidade nas quais este termo pode ser aplicado: uma delas é o conservador congelamento, que preconiza a petrificação ou o pastiche do espaço urbano, principalmente de centros históricos, provocando uma museificação e patrimonialização, onde vem surgir um tipo de cidade-parque-temático, o que a autora chama de uma disneylandização urbana, exemplos típicos da cidade espetáculo; a segunda vertente atacada é a corrente dita progressista, neomodernista, que readota a ideia de Tábula Rasa do urbanismo ortodoxo, fazendo apologia à grande escala, sem a preocupação social e utópica dos primeiros modernistas. A autora considera estes discursos contemporâneos sobre a cidade uma “quase esquizofrenia”, pois vêm surgindo muitas vezes simultaneamente em uma mesma cidade e patrocinados muitas vezes pelos mesmos atores. A autora afirma que a não participação da população nas formulações de ambos os tipos de propostas transforma o cidadão em um mero figurante na própria cidade que habita, o que contribui para o afastamento de seu corpo e o esquecimento do seu pertencimento ao corpo social, processo que caracteriza a reprodução de alienação espacial e social. É, também, consequência dos discursos ora conservadores, ora progressistas sobre intervenção na cidade contemporânea, o processo de gentrificação, que consiste numa elitiza-

ção da áreas urbanas e a decorrente expulsão da população mais pobre das suas áreas. O resultado dessas práticas demonstra que as duas correntes, embora antagônicas, são faces de uma mesma moeda: a mercantilização espetacular das cidades.

Como parte do mesmo problema, temos o processo de privatização dos espaços públicos, sua concessão de uso por empresas privadas que se interessam nos espaços pelo seu potencial de publicidade e *marketing*, que pode ser incluída também no rol de práticas que produzem a não cidade, tendo em vista que o espaço público da cidade é o elemento básico para uma cidade democrática e participativa.

Cada vez que um lugar público é privatizado, a coletividade perde parte do seu direito de participar da cidade. Este 'direito à cidade' deve ser ampliado com a exigência à memória, à beleza e aos lugares para a expressão da comunidade. (MONTANER, 2011b, p.163)

De forma geral, os processos de espetacularização e de privatização do espaço público vêm se tornando paulatinamente a própria lógica organizativa da dinâmica urbana, atuando de modo estrutural e não mais apenas circunstancial, na medida em que se desvinculam de sua justificativa contextual para generalizarem-se como um “padrão cultural” de pensamento, comportamento e ação. Os atuais projetos urbanos contemporâneos, ditos de revitalização urbana, estão sendo realizados no mundo inteiro de acordo com uma mesma estratégia: genérica, homogeneizadora e consensual. A espetacularização urbana – cidade-espetáculo, cidade-cenário – como um processo de estetização acrítico e segregador, bem como a privatização do espaço público, está diretamente relacionada a uma diminuição tanto da participação cidadã quanto da própria experiência corporal das cidades enquanto prática cotidiana, estética, artística ou política no mundo contemporâneo. O principal aspecto dessa

configuração contemporânea das cidades é o empobrecimento da experiência urbana dos seus habitantes, cujo espaço de participação civil, de produção criativa e vivência afetiva ocorrem de forma cada vez mais restrita, bem como se veem diminuídas as suas possibilidades de complexificação. Assim, os espaços da cidade se tornam apolíticos, destituídos de seus conflitos inerentes, dos desacordos e dos desentendimentos que negam o próprio caráter político que está, ou deveria estar, na base de qualquer formulação de esfera pública. (BRITTO; JACQUES, 2009)

Dessa maneira, a força geratriz da cidade é negada. Negam-se o encontro, as relações que brotam dele, as trocas – não só comerciais, mas principalmente trocas de olhares, de toques, de palavras, de ideias e de substâncias – e, no lugar disso, introduzem-se meios que possibilitem o contato a distância enquanto se habita espaços artificiais e homogeneizados. “Com isso vive-se não a percepção do isolamento e da solidão, mas a convicção da multiplicação da comunicação ao mesmo tempo em que se preserva aguerridamente o individualismo.” (PECHMAN; KUSTER, 2010, p. 98). Em decorrência disso, passa a ocorrer um esvaziamento dos espaços públicos e, aos poucos, a cidade passa a ter a sua vocação – para ser o lugar do convívio, da urbanidade, da civilização, da cultura, da esperança, da criação – relegada para um segundo plano, enquanto que é substituída por uma ideia de meio que possibilita a conquista do sustento, do “pão nosso de cada dia”, em decorrência do qual se atinge um determinado modo de vida, muitas vezes sem vida. Dessa forma, a vocação da cidade se inverte: ao invés de produção de relações ela se torna em função das relações de produção. Essa simplificação da vida na cidade impossibilita percebê-la além da sua mineralidade: é a pedra sem o corpo. O que a cidade ganha em robustez material perde em fragilidade corporal, perde assim o seu próprio sentido. (BAPTISTA; KUSTER; PECHMAN, 2008)

Segundo Jacques (2004), todo projeto de revitalização urbana, para muito além do seu caráter econômico, deveria retomar o seu sentido de vitalidade, da vida decorrente da presença de um público e atividades diversificadas. Revitalização só se realiza verdadeiramente de forma não espetacular, quando a própria população se apropria e participa do espaço público, quando ela passa pela experiência corporal, sensorial, podendo ser até mesmo erótica, da cidade. Só a experiência sensorial, individual ou coletiva, que não se deixaria espetacularizar, não se deixaria reduzir a simples imagens. Sendo esta uma ação espontânea, ela não pode ser completamente planejada, predeterminada ou formalizada. A maior questão das intervenções não estaria na requalificação em si do espaço físico, material, mas sim no tipo de uso que se faz do espaço público, ou seja, no próprio público frequentador desses espaços. Somente através de uma participação efetiva o espaço público pode deixar de ser cenário e se transformar em verdadeiro palco urbano: espaço de trocas, conflitos e encontros. Cada vez mais privatizados ou não apropriados, os novos espaços públicos contemporâneos nos levam a repensar as relações entre urbanismo e corpo, entre o corpo urbano e o corpo do cidadão.

## A CIDADE E O CORPO

No artigo *As máquinas falantes*, Maria Rita Kehl (2003) apresenta o homem moderno como um sujeito que, apesar de estar cercado e amparado pela ciência da saúde e do bem estar corporal, ao mesmo tempo se distancia cada vez mais das demandas e manifestações do seu corpo, tornando-se incapaz de desfrutar as sensações provocadas pelo contato com a sua própria natureza, pelo contato com o corpo do outro e com o corpo da cidade. Com o advento da Modernidade e da sociedade industrial-discipli-

nar, os corpos foram submetidos a ritmos uniformes que acompanhavam os ritmos da produção. O tempo da máquina substituiu, assim, o tempo do corpo. O ócio passa a ser entendido como algo negativo, de onde provém a culpa, pois foge à lógica da otimização do tempo e à sua transformação em trabalho e produção. Assim os momentos vazios, a contemplação, essenciais para as experiências criativas, sensíveis ou “para se conhecer o mero prazer de estar aí”, são banidos da vida (KEHL, 2003, s.p.). Todo esse processo resulta em um esquecimento do pertencimento a uma comunidade, ao corpo social, que abrange o semelhante como também o diferente, e as várias possibilidades que surgem do encontro entre eles.

“O mundo é aqui e agora e ele se materializa no encontro” (PECHMAN; KUSTER, 2010, p. 101). Ora, se a cidade é a própria possibilidade de o indivíduo encontrar uma forma de estar no mundo, encontrar o outro, com toda riqueza de possibilidades e acontecimentos, oferecendo-lhe a oportunidade de sobrepor subjetividades e objetividades, mundo individual e convivência coletiva, virtualidades e concretudes, se faz urgente, portanto, recuperar a cidade como potência para que este encontro, entre corpo e cidade, se realize. É preciso, para isso, recuperar também os corpos desejantes de cidade, evocando o mundo de afetos que surgem do encontro entre os dois. Dessa forma, recuperam-se também as motivações e o aspecto mais primário da arquitetura e urbanismo: relacionar corpo e espaço – a manifestação humana em seus ambientes de existência.

Para que essa reunião aconteça é preciso que haja uma disposição dos corpos em implicarem-se no risco do contato, em arriscarem-se em direção da encarnação com a cidade, em habitar esse plano comum de forma sensível, inventiva, aberta para desfazer os contornos e amarras da cidade funcional, homogeneizada e padronizada. “[...] é na produção de um ‘sensível comum’ (estético/

político) que o homem dá sentido ao encontro ‘com’ o outro (comunidade) ao mesmo tempo em que cria marcas territoriais produzindo sentido também em um lugar [...]” (KNIJNIK; GUIZZO, 2012, p. 176).

Para pensar a relação entre corpo e cidades, Jacques e Britto (2010) explicam que se faz necessário, antes de tudo, reconhecer a cidade como um ambiente de existência do corpo que ao mesmo tempo promove e se implica nos processos interativos que são produtores de sentido. Dessa maneira, a cidade passa a ser entendida como um fator de continuidade da própria corporalidade de seus habitantes. Corpo e cidade, sozinhos, não possuem existência própria. Não podemos pensar o corpo sem pensar ao mesmo tempo um espaço no qual ele se insira. Da mesma forma, não existe cidade sem a presença dos corpos que lhe atribuem sentido e funcionamento. Corpo e cidade, antes de serem entendidos como sobrepostos um sobre o outro, estão implicados numa dependência mútua e, portanto, são instâncias de um mesmo e único processo, como um conjunto de relações simultâneas. É como se corpo e cidade pertencessem a uma mesma superfície que estivesse infinitamente dobrada e redobrada, sempre um mundo dentro do outro, onde há um encadeamento entre a dobra – menor parte da matéria – e todo o universo. Tudo é uma extensão de tudo e nada é independente de nada, tudo se liga pelas dobras, pelas pregas, pelas redobras, como um grande receptáculo, um aquário, para a vida ali habitar. A dobra representa a passagem de um espaço efetivo para um espaço afetivo e ao dobrar-se o espaço ganha significado, pois sempre inclui um sujeito (DELEUZE, 2011). Chega-se, assim, muito próximo da ideia de que o corpo *da e na* cidade é também a cidade. Cidade e corpo são corpos de propriedades diferentes, mas que, juntos e implicados, formam um outro corpo que contém os dois, dobrados e redobrados.

Segundo Britto (2010), a cidade é perce-

bida pelo corpo como conjunto de condições interativas, cuja síntese é expressa pelo corpo que, por sua vez, configura em sua corporalidade uma corpografia urbana, ou seja, uma espécie de cartografia corporal. Na corpografia não se diferencia nem se distingue o objeto cartografado e sua representação, já que corpo e cidade estão condicionados de forma contínua e recíproca: ao mesmo tempo em que a experiência urbana se inscreve, sob diversos graus de estabilidade no próprio corpo daquele que a experimenta, o corpo configura a corporalidade da cidade, mesmo que involuntariamente. As corpografias são resultantes da experiência espaço-temporal que o corpo processa na cidade ao se relacionar com ela e com tudo o que existe e faz parte do seu ambiente: outros corpos, objetos, ideias, cheiros, cores, sons, situações, acontecimentos. A cidade, nesse processo, é entendida como um conjunto de condições para que a dinâmica corporal ocorra, assim, mais do que um mero espaço físico disponível para ser ocupado, ela é entendida como um campo de processos que produz configurações de corporalidade, instauradas pela própria ação interativa de quem a experimenta.

A cidade assim concebida como um campo de processos atua não somente como um co-fator de configuração da corporalidade de seus habitantes, mas inclusive como condição de continuidade das próprias corpografias que contribui para formular. (BRITTO, 2010, p. 15)

Assim, pode-se entender a corpografia como a memória urbana inscrita no corpo, o registro de uma experiência da cidade, da própria cidade vivida que configura o corpo de quem a experimenta. A corpografia é, portanto, uma espécie de grafia urbana em processo. Esse processo descreve uma ocorrência contínua e simultânea de diversas relações que possuem diferentes naturezas e escalas de tempo. Não é, portanto, uma descrição linear, de um ponto a outro,



objetiva, dada, e, por isso mesmo, não há como identificar onde ela começa e onde ela termina, nem como distinguir precisamente quais os termos nela envolvidos. Segundo Britto (2010), a corpografia possui uma lógica processual que contradiz as ideias lineares de origem, matriz, influência, identidade e genealogia, procedimentos incapazes de capturar e compreender os sistemas complexos não lineares, como, por exemplo, a vida e as relações sensíveis que ela estabelece.

se atualiza já desapropriado, desencarnado.

Importa, pois, destacar o sentido de continuidade expresso no modo relacional de existência das coisas nesse mundo, para diferenciá-lo do sentido apriorístico ou essencialista que costuma embasar os argumentos e procedimentos meramente acasaladores entre ideias, pessoas e situações. Importa diferenciar o pressuposto que define as coisas como entidades dadas e isoladas, daquele que as considera na sua co-implicação contextual e contínua reconfiguração. (BRITTO, 2010, p. 14)

Sendo o método científico incapaz de apreender as subjetividades que se produzem num processo não linear e múltiplo, onde se incluem além de múltiplas temporalidades, também o devir e o acaso, as corpografias surgem como uma possibilidade de capturar os desejos, os afetos, os sentidos produzidos pela singularidade de cada corpo ao conduzir a tessitura de sua rede nos territórios da cidade.

Através da corpografia, se apresenta um possível ponto de partida para um novo modo de pensar as cidades e a relação que os cidadãos estabelecem com ela através da experimentação por vias afetivas que produzam sentido e novos modos de ser *na* cidade e de pensar *a* cidade. Dessa experimentação seria possível elaborar ou criar espaços urbanos que aproximassem as dimensões físicas, matemáticas, mensuráveis, dos centímetros, com as medidas do sensível, do sentir, do *sentímetro*. É preciso fazer e pensar a cidade como sendo parte constituinte de si e do outro para resistir ao modelo de cidade ditado pelo insensível e pelo desenho objetivado que

## O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Marco Cavallo, o cavalo azul da liberdade, introduz de forma poética as transformações concretas que se deram, num contexto pós-guerra, nas formas de conceber a loucura e de um novo espaço-tempo no qual ela pudesse existir. Esse processo se dá através de uma mudança radical no horizonte da concepção da loucura, quando configura-se outro modo de compreendê-la, e propõe-se uma abordagem do louco não mais em função da doença que extingue suas possibilidades de vida, mas enquanto sujeito, como produtor de si, permitindo a manifestação do seu devir-louco sem a interdição de sua expressão, sem a sua objetificação. A loucura então se constitui como pertencente à sociedade e, como tal, tem seu direito restituído de estar e existir no espaço social.

Vimos que o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira possibilitou, através da progressiva extinção dos espaços manicomial e da criação de uma série de equipamentos substitutivos ao manicômio, uma reconfiguração no cuidado em saúde mental para um espaço aberto, em liberdade, onde o tratamento se realiza na esfera comunitária e social. Os novos serviços, portanto, não se propõem como um novo modelo, mas sim com uma intenção de reconduzir o espaço de tratamento a uma abertura ao tempo e ao espaço.

No entanto, por si só, a existência dos novos lugares de atenção e tratamento não é suficiente para produzir uma conexão entre eles, nem conduzir a tessitura do louco com o seu território de existência. Para além do estabelecimento dos novos serviços se faz necessário um movimento de articulação capaz de estabelecer relações entre os serviços e os espaços comunitários de diferentes naturezas que estão inseridos no território da cidade, uma mediação entre os diversos elementos que compõem a complexidade da vida em comunidade.

Os lugares da loucura se veem, assim, ampliados para fora deles mesmos, transbor-

dados em seus limites físicos e permitindo um cruzamento comunicativo com outros campos, nos quais as políticas de saúde mental venham a se somar com políticas sociais, educacionais, de cultura, de trabalho e finalmente com o espaços públicos da cidade, espaço conquistado pelo louco como um direito. Além de prever espaços para a atenção e o tratamento é preciso trazer o louco para o meio urbano, para o convívio social, para produção de autonomia e de cidadania ativa. É portanto num espaço que não é nem dentro, nem fora, mas sim em um 'entre', um limiar, que se constituem os novos lugares onde a loucura é convidada a habitar, seu território.

Pensar o território se trata tanto de pensar um espaço concreto, definido pelas suas dimensões mensuráveis, geográficas, arquitetônicas e urbanísticas, como também se trata de pensar um espaço existencial, onde se fazem e desfazem, se constroem e se derrubam, se reforçam ou se enfraquecem os laços sociais que dão sentido ao existir. O território onde acontece o cuidado, espaço que se abre e que amplia seus contornos, passa a estar cada vez mais relacionado a outros territórios socio-históricos e existenciais de trocas, de luta, de vida.

[...] a noção de território não se reduz a uma área física com características estáticas nem equivale à ideia de comunidade como totalidade homogênea e sem conflitos; tanto concreto quanto simbólico e cultural, o território é, antes, lugar de vida, possuindo um caráter processual, de construção e reconstrução, próprio à dinâmica e tensões que acompanham o espaço de permanente negociação entre os múltiplos atores sociais que o compõem e no qual operam saberes e práticas políticas, sociais e culturais relacionadas ao contexto histórico vigente. (PALOMBINI, 2007, p. 120)

Nesse sentido, é o território – enquanto espaço de produção e reprodução de vida, de subjetividades, de confluência de diversos saberes – e não mais o espaço manicomial – concêntrico, reproduzidor de doença, de ex-

124. Usaremos no texto a abreviação AT para designar a prática do acompanhamento terapêutico, enquanto que para o acompanhante terapêutico será empregada a abreviação at.

clusão, definido exclusivamente pelo saber da psiquiatria – o novo lugar da loucura. Da tutela hospitalocêntrica, passa-se a uma relação de reciprocidade, não mais baseada nas promessas de cura, mas de cuidado e acolhimento, não mais em um espaço fechado, mas aberto à multiplicidade pulsante do território.

Portanto, desde a Reforma Psiquiátrica, o trabalho em saúde mental passa a incidir cada vez mais sobre um campo que é excêntrico ao hospital. Abandonam-se as grades, os muros altos, as paredes, o tempo sem cadência, os imensos pátios internos, os corredores extensos. Abandona-se cada vez mais este espaço manicomial como única forma possível de lidar com o louco, este espaço que se autoexclui da paisagem da cidade, imóvel, completamente voltado para dentro de si mesmo, fechado entre muros e desabitado do tempo. As novas formas de lidar com a loucura vão na direção de romper com muros da internação e da exclusão do louco, inserindo-se cada vez mais no terreno vivo, múltiplo e cambiante da cidade, no contexto das trocas sociais que se estabelecem em comunidade. O cuidado em saúde mental passa a fazer parte do panorama da cidade, apropriando-se dos bairros, das ruas, das praças, das igrejas, do bar da esquina, enfim, dos espaços sociais, que se constituem como os novos lugares da loucura. Ao lançar-se no espaço aberto, sem fronteiras demarcadas e sem medidas prévias de tempo, não são só os loucos que estão diante da novidade de experimentar os espaços urbanos, mas também os profissionais, com seus saberes e práticas, que se deparam com uma nova realidade de atuação, a qual passa a incorporar a paisagem citadina, os espaços públicos, com o desafio de articular o espaço-tempo da cidade com a condição espaço-temporal própria da loucura. (PALOMBINI, 2004)

É no contexto de deslocamento dos lugares de existência da loucura, da transposição dos espaços de clausura para o espaço

comunitário, que surge o Acompanhamento Terapêutico (AT) como uma modalidade clínica. O AT<sup>124</sup> é definido como uma clínica sem muros, a céu aberto, nômade, que se realiza no espaço da cidade ou na direção dela, acompanhando sujeitos em seu cotidiano para favorecer os laços com o território onde habitam. Essa clínica se propõe como uma contribuição para a consolidação de um cuidado tomada dentro dos princípios que o movimento pela Reforma Psiquiátrica veio pautar, a qual deve incluir, necessariamente, no âmbito do tratamento, além do corpo discursivo e do corpo biológico, também o familiar e o social. O AT não é um campo de saber específico, e sim uma prática, portanto não se restringe a determinadas profissões ou especialismos, mas atravessa um conjunto de práticas para o qual convergem múltiplos saberes. Portanto, o exercício do AT não se limita ao campo da psicologia, nem se restringe àqueles que detêm diploma de curso superior. Trabalhadores de diversas áreas de atuação, seja da esfera da saúde, das ciências humanas, das artes (e por quê não arquitetura e urbanismo?), e de diferentes níveis e formação, tem se dedicado ao AT como uma modalidade do seu fazer profissional e como campo de investigação e produção de conhecimentos.

A prática do Acompanhamento Terapêutico surgiu nos anos sessenta nas comunidades terapêuticas na Argentina e no Brasil, e pode ser referida também às experiências de desinstitucionalização da loucura na Inglaterra, Estados Unidos e Itália. O AT tem sua gênese ainda no interior de instituições psiquiátricas privadas que conciliavam as formas de saber e poder próprias à psiquiatria tradicional, com algumas práticas inovadoras inspiradas na psiquiatria social inglesa, na antipsiquiatria e na psicanálise. No princípio dessa prática, o acompanhante terapêutico (at) – que na época chamava-se auxiliar psiquiátrico, amigo qualificado – tinha como tarefa apenas acompanhar o pa-

ciente, dentro da clínica ou, eventualmente, pela rua, e era visto como um agente cujo saber se encontrava à margem de uma formação técnica ou acadêmica, sendo subordinado ao saber psiquiátrico (A CASA, 1991). Contudo, a partir do momento em que emergem as críticas à estrutura social do hospital psiquiátrico tradicional, a figura do acompanhante desponta como um possibilitador de uma intervenção que busca a simetria na relação com o paciente. É no horizonte da Reforma Psiquiátrica que o acompanhamento terapêutico ganha uma nova intensidade, inserindo-se como uma prática que se dá no campo das novas políticas de saúde mental, que, como vimos, propõe a desconstrução do modelo manicomial de assistência e cria novos equipamentos de saúde mental articulados entre si e com o território. Portanto, o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada não é mais o espaço do manicômio, mas sim o espaço da cidade (PALOMBINI, 2007).

É nesse sentido que afirmamos ser o AT uma função emblemática da mistura e contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo da cidade. É o seu exercício – que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto – que apresenta uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, seja qual for o dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma. (PALOMBINI, 2007, p. 131)

Acompanhar o sujeito-louco na circulação pela cidade é uma alternativa para a construção de um espaço que cumpre uma função transicional, como um cerzimento no território que une os retalhos do louco com os de sua referência institucional, bem como com os demais retalhos da vida presentes no seu território. O circular, o ir e vir acompanhado, vai tecendo, ainda que tênues, os fios que permitem enlaçar o louco ao tecido social, buscando ampliar os modos de habitar a cidade, abrindo espaço para que nela a di-

ferença possa ter lugar.

Segundo Palombini (2007), os desdobramentos do uso do dispositivo do AT se dão principalmente em três âmbitos de incidência. O primeiro consiste numa rica aproximação com os sujeitos que se encontram inacessíveis ou pouco permeáveis aos serviços substitutivos ou às formas tradicionais de tratamento. Constatamos que muitas vezes a população atendida pelos serviços da rede de saúde mental não conta com nenhum outro suporte, seja familiar ou social, estabelecendo unicamente um laço com a própria instituição de saúde e, muitas vezes, nem esse laço se efetua. Nesses casos, a figura do at, devido à sua grande mobilidade, se apresenta como uma forma de chegar até o sujeito em seu mundo, “alcançar o sujeito lá na sua concha, no seu casulo, ou acompanhá-lo em sua errância.” (PALOMBINI, 2004; p. 79). O segundo âmbito de incidência do AT é institucional: na medida em que o at constrói sua prática através de incursões a céu aberto, lançando-se no contexto do cotidiano, pelo fora da instituição, ele se aproxima mais da rotina dos sujeitos acompanhados, das situações vividas, das cenas em família e no social, assim, a partir desse contato mais cotidiano, pode mais facilmente identificar os recursos que esse sujeito possui, seus talentos, habilidades e estratégias de sobrevivência, seja no âmbito de sua família, seja no da instituição de tratamento. Em suma, o at possibilita uma outra visão, uma outra experiência de encontro com o seu acompanhado, diferente das experiências vividas nos serviços. Através dessa soma de experiências e fazendo-as chegar à equipe dos serviços, o at pode enriquecer o espaço terapêutico na medida em que, vindo de fora, traz, para o dentro da instituição, todo um conjunto de informações novas que exigem da equipe um reposicionamento com relação ao caso. Assim, podem ser melhor escolhidas as estratégias e até criadas novas formas de intervenção conforme o caso se apresentar. Por fim, o ter-

ceiro âmbito de incidência do AT é político, ainda que os dois anteriores não o deixem de ser: ao posicionar-se de forma dinâmica entre o dentro e o fora da instituição, o at não apenas acompanha o sujeito-louco inserido, ou quase, na rede de saúde mental, mas, também, o próprio processo de implantação da Reforma Psiquiátrica é acompanhado. (PALOMBINI, 2004; 2007)

Segundo Rolnik (1997), o at circula nas adjacências dos territórios, sejam eles da clínica de saúde mental, da família ou dos diversos territórios possíveis da cidade, ocupando os espaços vazios que existem entre eles. O vazio aqui toma o sentido não de uma completa ausência, mas como de possibilidades. Como afirma Fuão (2008), assim como o movimento natural do cheio é esvaziar-se, o movimento natural do vazio só poderia ser encher-se. O vazio, esse lugar cheio de sentidos latentes, surge como uma potência de criação, e está sempre ali, aguardando que chegue o momento de encher-se e transbordar-se em acontecimento. “Todo vazio é um vir a ser, há algo de fascinante nesses espaços pelo que suscitam a imaginação.” (FUÃO, 2008, s.p.). O vazio que o at, com seu acompanhado, vem habitar se transforma em um lugar do encontro, do encontro com a diferença, como o lugar propício ao evento, ao acontecimento, ao novo, ao impossível. É neste vazio entre os territórios já estabelecidos e aparentemente estáticos que o AT aparece como possibilitador da construção de modos de existência louca não doentes, não institucionalizados.

Como vimos anteriormente, o processo de subjetivação implica sempre em fazer e refazer dobras constantemente. O sujeito é aquele capaz de dobrar a linha do Fora, criando para si uma condição de interior que nada mais é que o dentro de um fora, formado por partículas deste. “Nesse processo que nunca pára, somos levados para fora de nós mesmos e nos tornamos ‘um sempre outro’. A subjetividade, então, é esse dentro-e-fora

indissociáveis, mas, também, inconciliáveis: ‘um si e não-si’, concomitantemente.” (ROLNIK, 1997, p. 87). A saúde mental é um processo de flexibilidade no envolver o fora e o dentro: é a fluidez dos movimentos de dobrar, desdobrar e redobrar novamente, sem que se interrompa a passagem dos fluxos do fora. O contrário disso, o emperramento dos fluxos ou a incapacidade de dobrar-se, pode caracterizar o adoecimento. Rolnik (1997) nos traz brilhantemente as figuras psicanalíticas do neurótico e do psicótico entendidos dentro dessa imagem da dobra da subjetivação. O neurótico – esta figura ou estado que se aproxima, de maneira mais ou menos intensa, de cada ser “normal” com seus conflitos existenciais – tem tanto horror à vertigem causada pelas forças do fora em sua subjetividade, que acaba por realizar um enrijecimento de sua dobra, anestesiando sua membrana aos efeitos do das forças e uma surdez à voz dos híbridos, realizando um bloqueio, um recalçamento dos efeitos do Fora. Mesmo que assim consiga desacelerar os fluxos, não consegue aplacar seu mal-estar. O psicótico, por sua vez, como já vimos através da abordagem de Pelbart (1989) (Capítulo 4), é este que se encontra completamente vulnerável ao turbilhão do Fora, jogado num espaço tempestivo onde as forças e os fluxos tendem a sugar e dilacerar a sua subjetividade. Encarcerado no Fora, o psicótico perde a capacidade de constituir modos de existência baseados nos afetos violentos e agitados desse Fora, e, assim, refazer sua dobra se torna quase impossível. O delírio então advém como uma tentativa de constituir um território para a sobrevivência na clausura do Fora, é um esforço para não se deixar desfazer completamente. Rolnik (1997) afirma que o psicótico, ou seja, o louco, possui territórios que são marcados por uma acentuada singularidade que, por sua vez, não encontra lugar de existência no mundo no qual impera uma política de subjetivação estritamente neurótica. Assim, nesse mundo



neurótico, que tende a bloquear as forças do Fora e sua singularidade, a existência louca tende a ser segregada e estigmatizada com a classificação de doença. O louco, a partir do seu diagnóstico, será tutelado pela medicina mental, e passará a ser visto e tratado como um ser desprovido de subjetividade e desejo. (ROLNIK, 1997).

Para realizar o seu trabalho, na aproximação com o sujeito louco, o at também se aproximará das forças do Fora, e, para isso, deverá trabalhar a sua própria subjetividade para que ela não bloqueie ou enrijeça-se diante dessa aproximação. O acompanhante terapêutico

[...] é chamado a procurar meios para favorecer a reativação dos movimentos de invaginação do fora, de constituição do dentro; favorecer a aquisição de uma dupla capacidade – administrar a inconciliabilidade entre o fora e o dentro e resistir ao despotismo da dobra dominante contra tudo o que dela se distingue. (ROLNIK, 1997, p. 90)

Mais que uma intervenção de interpretação, o AT se efetua por uma exploração experimental na qual se investe em tentativas de dobrar e redobrar o fora para fabricar dentro possíveis. Não há fórmulas para atuar com as forças do fora, o que faz de cada AT um lance imprevisível, uma experimentação que sempre vai na direção de criar mundos possíveis. A tarefa do at é, junto ao sujeito-louco, buscar tecer redes nas quais se criem conexões e tessituras de sentido.

A experimentação consiste em fisgar no contexto problemático que se delinea ao longo das errâncias do acompanhamento elementos que possam eventualmente funcionar como componentes dessas redes; identificar focos suscetíveis de fazer a existência do louco bifurcar em novas direções, de modo que territórios de vida possam vir a ganhar consistência. (ROLNIK, 1997, p. 91)

Segundo Palombini (2007) o AT se dá num entre lugares, entre um dentro e um fora, margeando as linhas entre mundos,

entre o sujeito e sua família, a comunidade, o espaço amplo da cidade. Porém, mesmo que o direito à liberdade seja legalmente garantido ao sujeito-louco, muitas vezes o seu espaço de existência, seja por dificuldades próprias a sua loucura ou por imposição da família, mantém-se fechado entre as paredes de seu próprio quarto. Muitas vezes os muros do manicômio ainda permanecem, e se dão de forma sutil, invisível, circunscrevendo os sujeitos num mundo limitado, vazio, sem perspectiva nem esperança. Para Palombini (2007) muitas vezes o trabalho do at, antes de se lançar no espaço da cidade, precisa ocupar o quarto, ocupar esses lugares de reclusão, de pouca luz, pouca vida, e ali explorar as possibilidades e os lugares subjetivos, trazendo pouco a pouco os fios do fora que possam despertar o desejo de enlace com a vida. Mesmo nesse movimento quase parado de um espaço interior quase asfíxiante, há sempre a atuação de forças que agem como um empuxo para a cidade, que tem na rua sua potencialidade de alargar as redes sociais e produzir encontros. Mesmo que se tenha um longo trabalho, a curtos passos, conduzidos pela velocidade do tempo do louco, em espaços fechados e pequenos, os movimentos do at vão sempre na direção da cidade que, mesmo lá fora, deve estar sempre no horizonte do AT.

Do quarto para a casa, da casa para a calçada, para a rua, para o bairro, para a cidade: o at vai esticando linhas antes recolhidas num ponto só, vai possibilitando o cruzamento com novas linhas e a cidade, em sua condição favorecedora de acontecimentos, vai tratando de mudar suas direções, bifurcá-las, transmutá-las.

Assim, essa cidade que o at percorre não se concebe tão somente como palco da clínica, ou como seu elemento acessório, que vem dar concretude e permanência a conteúdos psíquicos de frágil consistência. Na experiência do AT, na medida em que se desbravam ruas, cantos, quartos, a cidade adquire um outro vulto, revelando-se a potência contida na incorporação,

pela clínica, de cada um dos gestos e objetos que compõem o cotidiano urbano. A cidade, os seus espaços e tempos, restos e monumentos, em sua rica variabilidade, passam a ser concebidos como matéria constitutiva e primeira dessa clínica. (PALOMBINI, 2007, p. 172)

A cidade, nesse sentido, divide com acompanhante e acompanhado papéis que se efetuam e muitas vezes se invertem, o protagonismo dessa clínica itinerante.

As breves linhas que se seguem tentarão exprimir a experiência de um acompanhamento terapêutico em suas errâncias por espaços da cidade, durante a participação no grupo ATnaRede<sup>125</sup>, em 2013, como estudo de caso para este trabalho. Entendendo a cidade como um lugar da loucura, um espaço de infinitas possibilidades de criação de modos existenciais para o sujeito louco, o tema da loucura e seus lugares se aproxima dos temas da cidade e do urbanismo e com estes vem somar-se. Uma soma entre diferentes não resulta em um acúmulo quantitativo, mas resulta sempre em algo novo, potente, diferente. Somar áreas do conhecimento, acrescentar novas maneiras de compreender um mesmo objeto, adicionar pontos de vista, construir novos métodos, são tarefas para um pesquisador que foge do seu território delimitado para poder retornar a ele trazendo sempre algo novo.

O caminhar e o narrar como método, invocando sempre o corpo como participante ativo desse processo, vêm gerar uma cartografia do corpo, ou seja, uma corpografia, que, como vimos, resulta da experiência espaço-temporal que o corpo acompanhante e o corpo acompanhado processam na cidade ao se relacionar com ela e com tudo o que faz parte do seu ambiente. Nesse processo, a cidade, mais do que um mero espaço físico a ser ocupado, surge como um conjunto de condições para que a dinâmica corporal ocorra, como um campo de processos que produz configurações de corporalidade que se instauram pela interação dos corpos que a experimentam. Investir na corpografia como método resulta em implicar-se como sujeito na pesquisa e, portanto, requer abrir mão de recursos como a imparcialidade e a neutralidade. Ao lançar-se numa incursão pela cidade, o sujeito acompanhante e o sujeito acompanhado se implicam na própria experiência desse ato. A corpografia coloca-se como uma possibilidade de aproximação dos fluxos, linhas e forças que compõem um

mapa de determinado território, seja ele físico ou existencial, que pode ser percorrido através de múltiplas entradas, caminhos e movimentos. Antes de pretender representar um mundo estático, objetivo, binarizado, a corpografia se desenha ao mesmo tempo em que se acompanham os movimentos do corpo e de transformação da paisagem, assumindo assim a complexidade, acompanhada de suas incertezas, problemas e contradições, os quais se busca integrar, e não excluir da própria experiência de pesquisa.

Na experiência de caminhar, proposta como um método, permite-se tomar a cidade ao rés do chão e, com isso, ser capaz de colher fragmentos do cotidiano, restos, resíduos que jamais são apreendidos nas cidades vistas de longe ou de cima, como o fazem comumente os urbanistas e arquitetos. O caminhar afirma um pesquisar que não busca o invariável, mas o singular e, até mesmo, o irrepitível (MORAES, 2012). No caminhar há um processo constante de colheita e captura, a partir do qual se tecem narrativas: histórias sujas e porosas, pois, ao rés do chão, se despojam de qualquer assepsia de neutralidade científica, e não guardam para si a certeza de qualquer verdade impermeável, nem a necessidade de desqualificar outras versões, mas sim fazê-las coexistirem e se atravessarem, movidas por homens anônimos, acasos e acidentes. Narrar, portanto, é uma experimentação prática e local que põe em questão os modos de constituição do pesquisador como sujeito e serve como guia à cidade heterogênea, aberta, que nunca se conhece totalmente, já que nela nada é fixo, nem repetitivo, mesmo nos movimentos habituais (FLORES, 2012).

Peço licença, então, para, a partir daqui, narrar implicando-me em primeira pessoa.

125. O Projeto ATnaRede, ligado ao Instituto de Psicologia da UFRGS desde 1998, opera como projeto de ensino, pesquisa e extensão em torno da prática do Acompanhamento Terapêutico (AT). Em parceria com serviços de assistência social, saúde e justiça do município, acolhe demandas oriundas desses serviços, com os quais mantém uma interlocução, no sentido de abrir espaço para discussão dos casos propostos para AT. O projeto é composto por estagiários de psicologia, residentes de saúde mental coletiva, extensionistas e mestrados de diversas áreas do conhecimento. Conta com um espaço semanal de supervisão na universidade e prevê a participação em reuniões de rede e com as equipes dos serviços parceiros.

126. Nome fictício e poético que vem identificar, nesta narrativa, a acompanhada. O nome foi inspirado no poema de Alphonse de Guimaraens cujos versos atravessaram este AT.

127. A medida de segurança trata-se de uma forma de sanção penal, com caráter preventivo e curativo, visando evitar que o autor de um fato havido como infração penal, inimputável ou semi-imputável, mostrando periculosidade, torne a cometer outro injusto e receba tratamento adequado. A medida de segurança tem um prazo mínimo de um a três anos, porém o máximo da duração é indeterminado, perdurando a sua aplicação enquanto não for averiguada a cessação da periculosidade (Código Penal, artigo 97, parágrafo 1º).

## A TORRE DE ISMÁLIA

Entreí no grupo ATnaRede levada por um desejo de aproximar-me da problematização da cidade como um lugar da loucura, sem no entanto saber exatamente o que me reservava essa peculiar trajetória. A princípio, num território estrangeiro, me supus como observadora dos acompanhantes em seus acompanhamentos narrados em supervisão. Num movimento inesperado, o próprio grupo me convocou a sair da posição passiva, inerte e neutra de mera observadora, para uma posição implicada, atuante e participante naquilo que o grupo se propunha: acompanhar sujeitos em sofrimento psíquico em seus processos de vida. Esquivei-me por um momento, na dúvida de mim mesma, por não entender que fosse possível para mim, arquiteta-urbanista, formação que parecia, na época, tão distante das disciplinas envolvidas em saúde mental, atuar como at. Confiando na linha guia que já tinha me levado até ali, enchi o corpo de coragem para ir de encontro ao completo desconhecido, movimento este que, hoje percebo, esteve presente durante todo o meu percurso nos dois anos de mestrado e que se intensificaram vertiginosamente ao implicar meu próprio corpo na experiência do AT. Eis que, num dos encontros semanais com o grupo, já preparada para acolher um acompanhamento, surge o caso de Ismália<sup>126</sup>.

Ismália, senhora de seus quase 60 anos, diagnosticada com esquizofrenia paranoide, chegou até o projeto ATnaRede através de uma demanda advinda do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul. Há quase um ano em Medida de Segurança<sup>127</sup>, Ismália foi encaminhada ao projeto ATnaRede para que pudessem ser ampliadas suas conexões com a vida cidadina e para que retomasse o contato com a arte, objeto de sua formação e de seu interesse.

Até aqui sabia que Ismália havia adoecido mais ou menos cinco anos atrás e, em

Figura 214. Mapa Acompanhamento Terapêutico.  
Fonte: Elaboração da autora

decorrência disso, teria passado por dois momentos de internação em hospitais psiquiátricos privados. A segunda internação se fez via judicial devido a conflitos que surgiram entre ela e os moradores do condomínio onde morava e, desde então, cumpria a medida de segurança. Soube também que Ismália possuía uma rede de cuidados, em âmbito privado, muito ampla, à sua volta: família, cuidador, enfermeiras (mulher e filha do cuidador), psiquiatra e psicóloga, e que o AT viria, a princípio, para enriquecer as suas relações com a dinâmica da cidade relacionada com seu campo de atuação, as artes plásticas. Como arte e arquitetura são cam-



pos que possuem alguns entrecruzamentos e interfaces, e, como havia uma arquiteta no projeto ATnaRede, entendeu-se que poderia ser uma experiência interessante.

## CENA 1

Para chegar até a casa onde Ismália morava, junto ao seu cuidador e à família deste, percorri a cidade de Porto Alegre em dois ônibus, num deslocamento de cinquenta minutos, no qual pouco a pouco foi-se me apresentando uma nova Porto Alegre, uma cidade desconhecida. Do espaço centralizado, de vias arteriais congestionadas e paisagens conhecidas, fui cada vez mais adentrando em paisagens inéditas, com sua gente, seu movimento, tantos mundos. Durante todo o caminho naquele dia de sol, me acompanharam pensamentos e sensações de curiosidade, um tanto de ansiedade e um pouco de medo e vazio no estômago. Pouco a pouco começaram a surgir verdes morros, o fluxo do trânsito foi ficando mais desobstruído, vias arteriais desembocaram em vias mais locais, estreitas, as alturas dos edifícios já eram mais baixas, o grão urbano, menor, algumas áreas, rarefeitas, e o verde, mais denso. Achei que tinha chegado ao meu destino, mas meu destino era me perder um pouco pelas ruas locais do bairro distante, pois havia tomado o ônibus errado. Caminhei por ruas compridas, sem passeio público, ladeadas por mato e de poucas edificações. Depois de uns vinte minutos cheguei num ponto nodal, referência visual para o desembarque em trajetos futuros, numa próxima vez, com o ônibus certo. Pedindo informação na farmácia, depois no bar, fui me aproximando cada vez mais do endereço escrito num pedaço de papel. A última indicação necessária foi: “sobe a ladeira, primeira à esquerda, primeira à direita.” Achei.

Conferindo o endereço, achei uma casa azul de dois pavimentos e jardim frontal, localizada num beco sem saída povoado por

muitos cachorros e gatos. Esperei no portão, após tocar a campainha, e logo veio alguém me receber. Era a filha do cuidador de Ismália, que me encaminhou rapidamente para o interior da casa, acolhendo-me com um sorriso. Ismália já me esperava, recebeu-me com um abraço. Uma senhora de estatura baixa, cabelos claros e curtos amarrados na altura da nuca. Vestia-se de forma muito recatada e formal, a mesma formalidade com que se expressava, falando pausadamente num português corretíssimo. Sentamo-nos à mesa de madeira da cozinha e este foi o espaço construído em nosso primeiro contato, pois ali ficamos durante três horas, entre apresentações e diálogos sobre muito além do que apenas o contrato inicial do AT.

Confesso que não vi o tempo passar, me agradou muito poder, com Ismália, trocar ideias sobre arte e também sobre arquitetura, matéria de nosso interesse comum. Senti que muito poderia contribuir, mas principalmente muito teria a descobrir com Ismália. Ela tinha algo de muito cativante, um conhecimento sobre arte que me interessava profundamente. Entre uma fala e outra às vezes se estabeleciam uns “brancos”, assim chamados por Ismália para definir momentos em que ela esquecia o que dizia e perdia o fio da meada. Brinquei com ela dizendo que poderíamos utilizar esse quadro branco para desenhar sempre que surgisse a oportunidade. Ela riu comedidamente.

Ao falar sobre o que chamou de sua “condição”, não pude deixar de perceber que Ismália tinha uma noção muito esclarecida, muito clínica, quase ensaiada, a respeito do seu diagnóstico, da sua experiência com as internações e a decorrente mudança de residência para a o endereço de seu cuidador. Apresentou as profissionais psi que a acompanham, dizendo-se eternamente grata, sobretudo à psiquiatra que havia finalmente acertado o remédio para que pudesse se livrar do sofrimento dos seus sintomas alucinatórios auditivos. Ismália contou um pouco de





Figura 216. Fotograma do AT.  
Fonte: Elaboração da autora



sua paixão pela arte, mas relatou que após o período de internação não teve mais contato com seu material de desenho, interrompendo completamente sua produção artística. Nesse ponto da conversa a demanda pelo AT se confirmou, quando Ismália demonstrou grande interesse na lista dos lugares culturais que pude elencar para que pudéssemos escolher juntas a fim de realizar o acompanhamento. No entanto, ela demonstrou hesitação quando lhe falei que iríamos de ônibus, pois explicou que suas raras saídas de casa se davam sempre de carro, dirigido ou pelo cuidador, que reservava um dia da semana para levá-la ao mercado, ou pela psicóloga, para suas duas consultas semanais. Fora estas atividades, Ismália permanecia em casa, na companhia de sua televisão.

## CENA 2

Na semana seguinte, já estávamos lado a lado conversando enquanto a paisagem da cidade passava velozmente pela janela do lotação. Situação quase que (re)inaugural na vida de Ismália que não tomava qualquer condução coletiva havia tanto tempo, que nem ela mesma lembrava. O conforto do banco macio e do ar-condicionado surpreendeu até mesmo a mim, acostumada a fazer meus trajetos a pé ou de ônibus comum. Descemos numa parada, que, segundo o motorista, ficava o mais próximo do museu, nosso destino do dia, mas que, ainda assim, pedia uma boa caminhada até lá. Uma preocupação se instaura: a rótula do joelho doído da Ismália surge para mim inserida num contexto de outra rótula, tão doída para quem caminha quanto o joelho dela, mas uma rótula de fluxos urbanos, onde a paisagem parece ser feita de modo a esquecer o humano que caminha por ela. Esforçando seu joelho, Ismália enfrentou comigo a travessia difícil próxima à rótula viária: muitos carros, pouca calçada e, em certos trechos, quase nenhuma. Reduzi meus passos para dar passo ao

passo da Ismália, que ofegava e culpava seu sedentarismo: “Me acomodei, Ana Paula, me acomodei...”.

E assim, vagarosamente, ao som dos carros que passavam por nós, foi se abrindo, finalmente, uma nova paisagem feita de água e pedra: de um lado o rio, do outro, a arquitetura. Passamos lentamente pela frente do edifício de concreto branco, erguendo nossas cabeças e direcionando nosso olhar a contemplar a volumetria irregular, a expressividade dos braços que se separam do corpo principal do edifício, o contraste entre as linhas retas e as linhas curvas que completavam o desenho da tarde de céu azul e o vento fresco do outono.

Uma vez no interior daquele volume demos início, a pedido de Ismália, a um percurso espacial que começou lá em cima e foi descendo, escorregando pelas rampas sutilmente perfuradas de céu e paisagem. Não sabíamos quase nada sobre a exposição que nos aguardava, a não ser poucos dados sobre a origem do artista que expunha sua obra. Foi assim que entramos juntas no mundo monocromático do papel e do carvão, de onde inesperadamente jorrava um azul iluminado. Na sala de projeção, caixa escura de acesso labiríntico, uma animação nos prendeu a atenção. Eram imagens lindamente fortes acompanhadas por sons perturbadores, que me deixaram de início um tanto quanto insegura por Ismália. Alguns segundos depois, sentindo que ela estava compenetrada, absorta pelo filme em sua intensidade, decidi sustentar esse momento junto com ela. Ao final da projeção lembro de Ismália dizendo apenas: “Forte!”, e depois, entre um intervalo e outro das obras que fomos vendo, comentava mais um pouquinho a respeito das imagens que vimos lá: olhos, tripés, cafeteiras, ralos, gatos, vultos, todos elementos presentes na obra do artista. Em outra projeção Ismália se fixou a uma frase “*Her absence filled the world*”, traduziu lentamente em voz alta e ficou em silêncio.

Seguindo a incursão pela obra de carvão, a cada passo dado surgiam novas imagens que, a mim, enchiam de afetos, os quais não sabia nem explicar, onde guardar nem para que usar. Com essa sensação de ter preenchido o vazio e o silêncio que se instaurava muitas vezes entre mim e Ismália, descemos juntas a sinuosa rampa, deslizando no espaço que afetava tanto quanto a obra exposta. No andar inferior encontramos o rinoceronte de jornal e arame que encantou Ismália pela sua simplicidade e fragilidade material que, por sua vez, davam vida a um animal forte e belo. Nos distraímos em meio a tantas esculturas, gravuras feitas sobre jornais e livros, o tom monocromático que fazia brotar palavras fortes escritas em tinta vermelha. Ismália parecia estar tão à vontade ao descermos a rampa seguinte, que deixava transparecer em seus olhos um brilho pela alegria de saber que nos aproximávamos do ponto que mais lhe interessava em nossa visita naquele dia: o acervo do artista pelo qual ela reservava uma enorme admiração. Esse foi o grande momento para Ismália que, com conhecimento e paixão, me explicava como uma professora tudo aquilo que eu ainda não sabia sobre esse artista e sua obra.

Foi Ismália quem convidou para o café, no volume destacado do conjunto arquitetônico. Sentamo-nos em frente à imensa janela de vidro para, em alguns momentos de silêncio, saborear um café amargo e ver o sol mergulhar na água do Guaíba. Ismália permaneceu pensativa. A luz do dia se foi de forma inesperada e Ismália preocupou-se em ir embora.

Dali onde estávamos não conseguimos pegar um lotação de volta, e táxi algum passava vagarosamente. Tivemos que caminhar mais um tanto em busca de táxi. Só fomos conseguir atravessar a avenida bem longe dali, e um sentimento de pedestre frustrado me abateu. Finalmente um táxi, que nos deixou, já noite, na frente da casa de Ismália, e, assim, nos despedimos. Dali eu teria ainda que retornar

para minha casa, pegando um lotação e um ônibus, mas não antes de ser expulsa da rua de Ismália pelo cachorro, verdadeiro proprietário do território, que agarrou minha calça pelo calcanhar e me fez paralisar de medo antes de andar rápido sem olhar para trás.

### CENA 3

Na semana seguinte fui novamente buscar Ismália. No caminho, já quase conhecido, fui pensando de que maneira poderia fugir do cachorro dono da rua, mas não parecia ter jeito. Mudar o caminho até a casa de Ismália era impossível, já que se localizava em um rua sem saída, de um único acesso. Pensei em levar algum objeto para me defender, tamanho era o meu pavor do bicho, um cachorro amarelo e branco, de pelo curto e porte médio. Correr e gritar não pareciam ser soluções de enfrentamento com um cão. Estava já um pouco atrasada e Ismália, preocupada, me telefona. Avisei que estava quase chegando e, num impulso, pedi a ela que me encontrasse na parada, para que dali pudéssemos pegar o lotação até o centro sem que houvesse mais atraso, para que pudéssemos aproveitar nosso tempo juntas. Ela ficou pensando por um breve tempo e aceitou minha proposta. Desci do ônibus feliz por não ter que enfrentar meu medo, e caminhei em direção à parada onde combinamos. Passaram-se alguns minutos e nada de Ismália. A casa ficava a uns trezentos metros dali. Comecei a pensar que ela não viria. Mais alguns minutos e avisto Ismália se aproximando, sorridente, com uma pastinha na mão. Ela chega mais perto e me abraça, dizendo que nem lembrava a última vez que tinha saído do portão de casa sozinha. Perguntei como tinha sido a sensação, e ela respondeu sorrindo, num tom suspiroso: “Maravilhosa, maravilhosa...”. Tomamos o lotação.

Ismália estava diferente nesse dia, falante, empolgada, disse que tinha começado a usar



Figura 218. Fotograma do AT.  
Fonte: Elaboração da autora



os lápis aquareláveis que eu lhe tinha emprestado e que tinha feito alguns croquis. A sua animação me contagiou completamente e falamos sem parar no trajeto até o centro. Depois de desembarcarmos no terminal, andamos por um curto trecho da Rua da Praia. Ismália disse que muito já havia frequentado essa rua e que tinha um carinho especial por ela. De fato é uma rua singular: longe dos carros, as pessoas caminham livremente, se cruzam, se esbarram, se encontram. É um lugar de pluralidade, de memória, de história e que concentra diversos equipamentos culturais da cidade. Sua paisagem vai mudando conforme o percurso e em uma de suas extremidades se dá o encontro com a orla do Guaíba.

Dessa vez estávamos prestes a adentrar uma espacialidade eclética, na qual predominam elementos neoclássicos, mas também *art nouveau* e neobarroco-rococó. A sua arquitetura, antiga sede bancária, é um edifício sólido e robusto como uma caixa forte, de cantos arredondados, e fachadas de arenito rosa ornamentadas. Ismália e eu entramos no interior desse edifício dos anos trinta que reforça o tempo todo sua imponência com um pé direito de mais de doze metros de altura e com incidência de iluminação natural através de três grandes claraboias. Expostas estavam as pinturas, gravuras e desenhos de artistas expoentes do Modernismo brasileiro, e trechos de poemas do mesmo período. Nossa incursão por essas obras ocorreu da forma mais leve e agradável possível. Ismália estava se sentindo em casa junto às obras que lhe remetiam a um passado feliz de estudante e de artista plástica. Sempre falante, tecia comentários que mesclavam a arte, a arquitetura e a vida. A cada poesia que descobríamos exposta em áudio, ela vibrava e declamava os trechos de que se recordava. Fiquei surpresa com Ismália, que seguido apresentava muitos lapsos de memória, mas que, naquele dia em especial, mostrou sua “tela branca” cheia, e por demais colorida.

De obra em obra chegamos até um suporte onde estava escrito um trecho de uma poesia de Alphonsus de Guimaraens. Li em silêncio e percebi no poema a palavra “enlouqueceu”. Pensei: o que será que a Ismália vai achar?, sempre com aquele desconforto, o mesmo que tinha tido na semana anterior, de não saber se era capaz de sustentar a intensidade da arte e do enfrentamento com a palavra “loucura”. E mais uma vez Ismália surpreende e tranquiliza minha aflição silenciosa. Ela já conhecia o poema e estava muito feliz por ele estar ali. Disse que o amava profundamente, achava-o uma história triste, mas que era lindo. Para confirmar a força desse momento eu quis ler para nós o trecho que estava exposto no suporte de acrílico branco:

Quando Ismália enlouqueceu,  
Pôs-se na torre a sonhar...  
Viu uma lua no céu,  
Viu outra lua no mar.

No sonho em que se perdeu,  
Banhou-se toda em luar...  
Queria subir ao céu,  
Queria descer ao mar...

Sem dar tempo de uma pausa mais demorada, Ismália tomou a palavra e continuou recitando os trechos do poema que ela sabia de cor e que não estavam lá:

E, no desvario seu,  
Na torre pôs-se a cantar...  
Estava perto do céu,  
Estava longe do mar...

E como um anjo pendeu  
As asas para voar...  
Queria a lua do céu,  
Queria a lua do mar...

As asas que Deus lhe deu  
Ruíram de par em par...  
Sua alma subiu ao céu,  
Seu corpo desceu ao mar...

E assim que terminou de recitar, partiu em direção a outra obra. Eu não pude me mover. Fiquei ali, olhando para a poesia im-



pressa em acrílico, sentindo algo totalmente estranho e grande me atravessar. Algo que até hoje não passou, e, se passou, deixou impresso, na minha própria “tela branca de acrílico”, as palavras, sons e cores daquele instante.

Ao subir até o mezanino, encontramos uma exposição de uma beleza tão leve e tão rara. A artista expunha uma série de imagens fotográficas impressas em papéis artesanais, feitos por ela mesma. As imagens se mesclavam com a textura do papel fibroso, mas que possuía uma transparência leve, de uma materialidade tão delicada que parecia se desmanchar. As imagens eram poéticas e me remetiam a um sentimento doce e infantil. Ismália achou maravilhoso o trabalho da artista com o papel, e ficamos nos perguntando como tinha feito para imprimir imagens tão bem definidas em um papel tão frágil, que se desmancharia se o tocássemos. Junto à obra estava sendo projetada a imagem de uma grande bolha de sabão crescendo em câmera muito lenta, até que se estourava e se desfazia em micropartículas líquidas que iam sumindo, até que a bolha deixava de existir. O filme repetia o mesmo processo infinitamente. Pensei num dos grandes mistérios que me afligem desde a infância: o tempo que nunca para e que nunca volta. Pensei na transitoriedade das coisas e dos acontecimentos ao nosso redor, sendo afetados pela ação do tempo, nos momentos que nos passam tão rápido sem que dê tempo de percebê-los ou compreender o que nos acontece. E acabei me percebendo dentro de um momento transitório, cheio de cores e imagens, tempo compartilhado com Ismália e que, como a bolha de sabão, já se iria desfazer. Num misto de tristeza e alegria, dessa vez fui eu que convidei para o café.

Descemos até o subsolo, no cofre do antigo banco, e ali ficamos um tempo conversando sobre o que tínhamos visto e sentido naquela dia, tomando café, mas também falando muito sobre a experiência de Ismália

no início daquela tarde, saindo sozinha de casa para vir ao meu encontro na parada de ônibus. Essa foi a grande questão da nossa conversa e meu questionamento era o que impedia esse movimento: medo, insegurança? Eu queria entender por que era tão difícil pra ela dar esse passo para a rua. Sem me dar resposta que clareasse a minha dúvida, ela falou sobre sentir que não podia sair.

Mas foi então que, depois de um breve silêncio, ela me perguntou como voltaríamos para casa naquele dia. Respondi que da mesma maneira viemos, com o mesmo lotação. Ela refez a pergunta: “Como você volta pra casa hoje, a partir daqui?”. Eu perguntei: Daqui? daqui poderia inclusive voltar a pé. Então ela disse: “Vamos fazer assim hoje.”. Fiquei muito surpresa, ela disse que poderia voltar sozinha para sua casa, que pegaria o lotação, desceria na mesma parada onde nos encontramos e caminharia os trezentos metros a pé até sua casa. E assim ficou decidido. Estávamos as duas animadas com aquela ideia. Acompanhei Ismália até o lotação, no caminho ela ainda me disse que as exposições estavam lhe trazendo muita inspiração e vontade sobretudo de retomar seus desenhos. Me falou que mais tarde me mostraria seus antigos trabalhos e eu fiquei ansiosa por esse momento. Me despedi dela com um abraço, muito feliz por ela estar dando esse passo, a meu ver fundamental. Poder circular, descobrir mundos e se inspirar com a cidade e com o que a cidade oferece.

#### CENA 4

Se por um momento tive certeza de estar acompanhando um processo de movimento de Ismália na direção do mundo, no dia seguinte tudo ficou confuso.

Recebi uma ligação das profissionais psi que atendiam Ismália. Psicóloga e psiquiatra, numa ligação turbida, realizaram um verdadeiro interrogatório, sem dar espaço para que eu pudesse entender o que se passava.



Figura 220. Fotograma do AT.  
Fonte: Elaboração da autora



Quem sou, o que sou, qual minha formação, qual instituição de ensino... queriam saber no que consistia exatamente o “experimento” que estava fazendo com Ismália, por quê, para quê, a pedido de quem. A cada tentativa de resposta eu era sacudida por novos questionamentos ou afirmações poderosas vindo de quem imaginei, por detrás daquela linha telefônica, trajar um jaleco branco. Antes que a ligação pudesse parecer mais absurda, insisti em saber os motivos da mesma, ao que a profissional respondeu não me poder revelá-los por razões éticas, mas que era para eu saber que tinha colocado a vida de Ismália em risco, e disse isso em um tom de voz alto antes de encerrar a ligação.

Mais tarde, soube que as profissionais psi que haviam me ligado exigiram o fim do AT, pois ele estaria contribuindo para uma desorganização de Ismália, bem como do ambiente estável em que ela se inseria, que levou muito tempo para ser ajustado, através de muitos acordos entre os profissionais envolvidos no cuidado de Ismália e a própria família desta. A exigência do fim do AT foi reforçada pela figura, para mim sempre oculta, da mãe de Ismália, uma senhora de seus quase oitenta anos, que morava longe de Porto Alegre e que administrava a distância a vida doente de Ismália, mantendo a sua curatela, delegando as funções aos vários profissionais em torno à sua filha, e que mantinha financeiramente este panorama de cuidado. Às profissionais psi, coube a tarefa dos cuidados medicamentosos, sua prescrição e observação para a estabilidade do seu quadro psíquico. Ao cuidador, que vim a conhecer mais tarde – um senhor simples, trabalhador da construção civil, de meia idade –, coube a responsabilidade de abrigar Ismália em sua casa e tomar conta das suas atividades cotidianas. O controle do banho, da alimentação e da medicação, era realizado em conjunto pelo cuidador, sua esposa e filha, estas que atuavam profissionalmente como enfermeiras. A circulação de Ismália se limitava a

um dia da semana, no qual o cuidador tinha disponibilidade para levá-la de carro até o mercado. Além disso, Ismália possuía um espaço individual nesta casa, composto por um pequeno quarto no segundo pavimento e um banheiro. A internet não lhe era permitida, apenas a televisão.

De fato, Ismália estava inserida em um ambiente estável, constante dia após dia, que facilitava a economia e o cumprimento das tarefas e dos contratos realizados pela sua família. Neste cenário inerte, a presença do AT gerou a perturbação de uma dada ordem, quase intocável, cujas forças, a princípio, não se faziam visíveis. O movimento do AT, que para mim parecia ser tão sutil e, acredito, talvez até para Ismália, ameaçou violentamente a manutenção deste cercamento territorial seguro, controlado, asséptico e econômico em torno da doença mental de Ismália, diagnóstico que atestou sua reclusão em um mundo pobre de acontecimentos e vazio de esperança.

Mais de vinte anos passados desde a Reforma Psiquiátrica brasileira, e mais de quarenta anos desde que Marco Cavallo anunciou o rompimento dos muros para os sujeitos portadores de sofrimento psíquico, ainda existem hoje muros tão sólidos e altos quanto os muros manicomial. Muros que muitas vezes não podemos ver, mas que, ainda assim, estabelecem seu controle e sua força para capturar corpos e limitar vidas. Manicomial não pode ser o muro, objeto arquitetônico em sua dimensão física, mas uma sociedade que demanda espaço para o isolamento daquilo que considera indesejável, daquilo que não quer ver, daquilo que representa um desvio. Os muros materiais do manicômio não demarcavam apenas espaços físicos, mas expressavam um ideal de sociedade que, com a pretendida extinção dos muros físicos manicomial, ainda continua a existir. Os muros invisíveis que demarcam o controle são instâncias simbólicas que ainda asseguram o funcionamento dos mecanis-



mos autoritários e coercitivos manicomiais. No caso de Ismália, vemos enfim que ela, assim como no poema de Alphonsus de Guimaraens, estava sitiada em sua torre e rodeada de mar. Rodeada também de uma equipe composta por personagens que faziam ora papel de polícia, de médico, de enfermeiro, de administrador. Todos os personagens históricos do manicômio, quase que ao pé da letra, se repetindo mesmo fora dele.

Meses depois da súbita interrupção do acompanhamento, encontrei Ismália. Um encontro marcado para concluir formalmente o AT. O cuidador estava junto. Trazia um discurso preparado, com todas as justificativas para que o AT não voltasse a ocorrer, afinal, a família de Ismália entendia que ela não tinha mais idade para certos passeios na cidade, não tinha sequer condições físicas para tanto. Também ressaltou os perigos que a rua representa, as vilas, os becos, os bandidos, o risco que é andar por aí... Ismália permaneceu quase o tempo todo em silêncio, mal tirava os olhos da grande janela de vidro. Parecia resignada e um tanto cansada. Na oportunidade que tive perguntei se estava tudo bem, se havia ficado com alguma má impressão do nosso percurso juntas, e ela respondeu “De maneira alguma, Ana Paula, mas é complicado. Eu preciso aceitar que minha condição é esta.”. No final, me devolveu os lápis aquareláveis e agradeceu. Disse que com eles havia produzido muito e que numa próxima oportunidade me mostraria seu trabalho. Esse momento nunca aconteceu.

E assim foi que Ismália voltou para sua torre a sonhar.

## MICRORRESISTÊNCIAS URBANAS

Deleuze e Guattari (2008), no capítulo Micropolítica e Segmentaridade, do livro *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*, explicam que o homem em seu mundo está segmentarizado por todos os lados e em todas as direções. A segmentaridade constitui, desse modo, uma característica de todos os estratos que conformam o homem em seu mundo, e se dá tanto espacial quanto socialmente: uma casa segmentariza-se em cômodos; a rua, conforme sua ordem e fluxo na hierarquia viária da cidade; a fábrica, conforme a natureza do trabalho e as operações; a cidade moderna, conforme as funções, etc. O homem é segmentarizado tanto binariamente – a partir de oposições dicotômicas de classe (alta/baixa), gênero (homem/mulher), idade (criança/adulto), etc. – como circularmente – a partir da circunscrição de territórios e mundos em volta de mundos cada vez maiores, como uma casa dentro de um bairro, dentro de uma cidade, dentro de um mundo maior e assim por diante; e também linearmente – a partir da linha como um processo que dá origem sempre a novos processos, como da família para a escola, da escola para a fábrica, ou para o exército ou para a prisão. Essas figuras de segmentaridade são transpassadas umas pelas outras: cada segmento remete ora a diferentes indivíduos ou grupos, ora indivíduos e grupos passam de um segmento ao outro. Os autores diferenciam, porém, dois tipos de segmentaridade, uma flexível, das sociedades primitivas, e outra dura, das sociedades modernas.

As sociedades primitivas, sem aparelho de Estado central fixo, sem poder global nem instituições políticas especializadas, possuíam uma certa flexibilidade, de acordo com as tarefas e as situações dos indivíduos incluídos em sua coletividade. Se por um lado desenvolviam fortemente suas oposições binárias (homem/mulher, por exemplo), por outro lado, estas eram resultado de agenciamentos de natureza não binária, resultando portanto de multiplicidades

com  $n$  dimensões, permitindo, assim, uma grande comunicabilidade entre elementos heterogêneos da sociedade, de modo que o ajustamento de um segmento a outro podia ser feito de múltiplas maneiras. A segmentarização circular neste tipo de sociedade não recaía sobre um único ponto, ao contrário, desenvolvia-se uma multiplicidade de pontos funcionando como nós, olhos, buracos negros, que não ressoavam todos juntos, não convergiam para um buraco negro central. A segmentaridade primitiva se faz através de um código polívoco, fundado nas linhagens, suas situações e suas relações variáveis, bem como através de uma territorialidade itinerante, fundada em divisões locais emaranhadas. Os códigos e os territórios, as linhagens de clãs e as territorialidades tribais organizavam um tecido de segmentaridade relativamente flexível. A segmentarização linear das sociedades primitivas se expressa através de uma protogeometria que opera junto aos demais elementos vivos: é uma geometria em que as figuras não se separam de suas afecções, das linhas de devires, dos segmentos da segmentação. Se nessa sociedade primitiva há arredondamentos, eles nunca formam um círculo, se há alinhamentos, eles não são compostos pela linha reta. (DELEUZE; GUATTARI, 2008)

Já as sociedades modernas, sociedades com Estado, procedem predominantemente por relações biunívocas e por escolhas binarizadas, elevando a segmentaridade dual ao nível de uma organização suficiente. Da mesma forma que o homem, o Estado possui também sua própria segmentaridade, e atua sobre os demais segmentos que ele mantém ou deixa subsistir. Mesmo que o sistema político moderno seja um todo global e unificado, nele está implicado um conjunto de subsistemas que se justapõem. A tecnocracia e a burocracia, por exemplo, possuem uma organização e uma hierarquia que estão embasadas numa segmentaridade endurecida. A segmentarização circular da sociedade

moderna circunscreve todos os seus centros em um só, ressoando em um único ponto de acumulação. Então já não há múltiplos nós, “não se tem mais *n* olhos no céu ou nos devires vegetais e animais, mas sim um olho central computador que varre todos os raios.” (DELEUZE; GUATTARI, 2008, p. 87). Do ponto de vista de uma segmentaridade linear, a sociedade moderna passa por uma máquina de sobrecodificação que instaura o espaço homogêneo e geométrico traçando segmentos determinados em sua substância, sua forma e suas correlações. Desde a cidade grega, tem-se o surgimento de um espaço político homogêneo e isótopo que vem se sobrepor aos segmentos primitivos de linhagens, onde os diversos pontos se põem a ressoar num centro que atua como denominador comum. Paul Virilio (apud DELEUZE; GUATTARI, 2008) mostra como o Império Romano já impunha uma razão de Estado linear ou geométrica, uma arte universal de demarcar, através de traçados, de planejamento territorial, substituindo os lugares e territorialidades primitivas pelo espaço, transformando o mundo em cidades, onde as segmentaridades se tornam cada vez mais duras.

[...] a geometria é a base necessária para uma expansão calculada do poder do Estado no espaço e no tempo; portanto, o Estado possui em si, inversamente, uma figura suficiente, ideal, contanto que ela seja idealmente geométrica. [...] Mas Fénelon, opondo-se à política de Estado de Luiz XIV, grita: Desconfiem dos feitos e dos atributos diabólicos da geometria!”. (VIRILIO, 1976, p. 120 apud DELEUZE; GUATTARI, 2008, p. 88)<sup>128</sup>

A ligação do Estado com a geometria se manifesta na supremacia dos tratados matemáticos e geométricos, que substituíram as morfologias flexíveis por essências ideais e fixas, substituindo também afetos por propriedades e segmentações em ato por segmentos pré-determinados. A geometria e a aritmética, nas mãos do Estado, adquirem a potência de uma lâmina. A propriedade pri-

vada, por exemplo, passa a ser representada por um espaço sobrecodificado e esquadrihado pelo cadastro.

Segundo Deleuze e Guattari (2008), a segmentaridade aparece sempre como o resultado de uma máquina abstrata<sup>129</sup>, no entanto, não é a mesma máquina abstrata que opera no modo duro e no modo flexível. O modo de segmentaridade duro é expresso pelo modelo arbóreo: a árvore é o nó de arborescência e princípio de dicotomia, ela é eixo de rotação que garante a concentricidade, ela é estrutura ou rede que esquadrinha o possível. Oposto ao modelo arbóreo, está o rizoma, um processo totalmente diferente, que expressa a segmentarização flexível, e que procede por código e territorialidade.

Mas não basta opor a segmentaridade flexível à endurecida, pois ao mesmo tempo em que as duas efetivamente se distinguem – por não terem os mesmos termos, nem as mesmas correlações, nem a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade – elas são inseparáveis, embaralhadas uma com a outra, uma na outra: elas coexistem segundo diferentes figuras como nos primitivos ou nos modernos - mas sempre uma pressupondo a outra. Ambos os modelos, arbóreo e rizomático, são dois estados de um mesmo processo. Toda sociedade, e também todo indivíduo, são atravessados pelas duas segmentaridades simultaneamente: uma molar (dura, macro) e outra molecular (flexível, micro), e toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica. (DELEUZE; GUATTARI, 2008)

Molar e molecular, portanto, se distinguem em duas naturezas diferentes: de um lado, a natureza molecular, com suas massas ou fluxos, com suas mutações, seus quantas de desterritorialização, suas conexões, suas precipitações, que realiza uma política do plano gerado pela linha dos afetos, primeiro movimento do desejo, linha das intensidades não subjetivadas, determinadas por agenciamentos que o corpo produz e, portanto, são

128. VIRILIO, Paul. L'insécurité du territoire. Stock, 1976, p. 120.  
129. O conceito de máquina abstrata pode parecer, num primeiro sentido, não concreta, como a Ideia platônica, transcendente e universal, eterna. Porém, ele opera em agenciamentos concretos: define-se pela descodificação e desterritorialização. Assim, abre o agenciamento territorial para agenciamentos de um outro tipo, para o molecular, o cósmico, e constitui devires. Portanto, é sempre singular e imanente. Contrariamente ao que se passa nos estratos, e também nos agenciamentos considerados sob seus outros aspectos, as máquinas abstratas ignoram as formas e as substâncias, produzindo antes intensidades e matérias não formadas. Por isso são abstratas.

inseparáveis de suas relações com o mundo; De outro lado, a natureza molar, com suas classes ou segmentos, com sua organização binária, sua ressonância, sua conjunção ou acumulação, sua linha de sobrecodificação. É a política do plano gerado pelas linhas do reconhecível, do dizível, do visível, da linha que recorta os sujeitos, codificando-os em grupos identitários caracterizados por oposições binárias: burguês/proletário, branco/preto, jovem/velho, homem/mulher, normal/anormal, etc., assim como também segmenta objetos, unidades de tempo, etc.

Um fluxo molecular implica sempre algo que tende a escapar aos códigos, não sendo, pois, capturado, enquanto que a linha dura implica uma sobrecodificação que substitui os códigos desgastados, e os segmentos são como que reterritorializações na linha sobrecodificante ou sobrecodificada.

Os dois sistemas de referência estão em razão inversa, no sentido em que um escapa do outro e o outro detém o um, impedindo-o de fugir mais; mas eles são estritamente complementares e coexistentes, porque um não existe senão em função do outro; e, no entanto, são diferentes, em razão direta, mas sem se corresponder termo a termo, porque o segundo não detém efetivamente o primeiro senão num “plano” que não é mais o plano do primeiro, e porque o primeiro continua seu impulso em seu próprio plano. Um campo social não para de ser animado por toda espécie de movimentos de des-codificação e de desterritorialização que afeta “massas”, segundo velocidades e andamentos diferentes. (DELEUZE; GUATTARI, 2008, p. 99)

Do ponto de vista da micropolítica, uma sociedade se define por suas linhas de fuga, que são moleculares, por sua diferença em relação à linha de segmentos molares. As fugas e os movimentos moleculares, porém, não teriam sentido se não repassassem pelas organizações molares e não remanejassem os segmentos duros, suas distribuições binárias, operando mudanças de ritmo e de modo. Sempre escapa alguma coisa às organizações binárias, ao aparelho de ressonância, à máquina de sobrecodificação. A linha de

segmentos (macropolítica) está mergulhada e se prolonga num fluxo de quanta (micropolítica) que constantemente remaneja seus segmentos, agitando-os. A micropolítica diz, então, de um fluxo, que é sempre de crença e desejo:

[...] a diferença não é absolutamente entre o social e o individual (ou interindividual), mas entre o campo molar das representações, sejam elas coletivas ou individuais, e o campo molecular das crenças e dos desejos [...]. Enquanto que as representações definem de antemão grandes conjuntos ou segmentos determinados numa linha, as crenças e os desejos são fluxos marcados de quanta, que se criam, se esgotam ou se modificam, e que se somam, se subtraem ou se combinam. (DELEUZE; GUATTARI, 2008, p. 98)

A partir do entendimento da condição de segmentaridade, entende-se que existem as formas dominantes de existência e expressão do mundo e do homem. Pode-se imaginar um grande muro, rígido e fixo, que representa o nível macro das convenções duras, onde estão localizados os predominantes sistemas políticos, econômicos, culturais, bem como o espaço, os objetos, a vida e o pensamento. O homem se insere nesse muro através da binarização e de classificações identitárias, de normatividades comportamentais, de direções e alinhamentos do pensamento. Esse muro tende a absorver tudo o que existe no mundo, inclusive aquilo que não se encaixa de forma binária, circular ou linear. Toda diferença, tudo aquilo que foge à norma, aos padrões do mundo sobrecodificado, suas definições e classificações, ao chocar-se com o grande muro molar, tanto pode ser absorvida por ele, sofrendo um processo de deformação para ser sobrecodificada, como pode não ser absorvida, não deixando-se sobrecodificar, e iniciando assim um processo de fissura desse muro, uma espécie de resistência, uma revolução molecular.

Na direção de uma total internalização e absorção dos valores capitalísticos, sabe-se que o sistema dominante capitalista provo-

ca processos de produção de subjetividades homogêneas e serializadas que são impostas aos sujeitos por meio do controle social, em escala planetária. Para manter sua reprodução, o capitalismo, que se sustenta pela continuidade do consumo, é obrigado a construir e impor seus próprios modelos de crenças e de desejo, produzindo subjetividades individualizadas bem como coletivas. A ordem capitalística se projeta na realidade do mundo e na realidade psíquica, incidindo nos esquemas de conduta, comportamento, ação, gesto, assim como incide também no pensamento, na produção de sentido, de sentimento, de afeto, nas montagens de percepção, da memória, enfim, na modelização das instâncias intrassubjetivas (GUATTARI; ROLNIK, 1996). A disciplina e o controle, seja dos corpos como do pensamento, se dão não somente através dos instrumentos de coação, vigilância e punição, mas também através das mídias, da publicidade, que enviam mensagens e códigos para serem captados e absorvidos pelos sujeitos inseridos no sistema, abrangendo tanto em nível individual, como, também, sendo produzindo e reproduzido intensamente no nível coletivo, produzindo, assim, as forças sociais e as realidades históricas.

A ordem capitalística produz os modos das relações humanas até em suas representações inconscientes: os modos como se trabalha, como se é ensinado, como se ama, como se trepa, como se fala, etc. Ela fabrica a relação com a produção, com a natureza, com os fatos, com o movimento, com o corpo, com a alimentação, com o presente, com o passado e com o futuro – em suma, ela fabrica a relação com o mundo e consigo mesmo. Aceitamos tudo isso porque partimos do pressuposto de que esta é a ordem do mundo, ordem que não pode ser tocada sem que se comprometa a própria ideia de vida social organizada. (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 42)

A cidade, em sua dimensão física, a *urbs*, sofreu um processo cirúrgico ao longo da modernidade, para servir às demandas de produção do sistema capitalista, no qual a cidade passa a ser dividida em zonas, es-

quadrinhada, medicalizada e controlada. Os modos dominantes de se fazer cidade, ou de se intervir nela, fazem parte de um processo geral de produção de modos dominantes de existência, na qual o espaço sempre teve um papel fundamental. É nesse processo que temos uma relação binarizada entre público/privado, centro/periferia, carro/pedestre, abandono/intervenção, valor de uso/valor de mercado, etc. Os modos dominantes de espacialização da cidade vão na direção da segregação, da rodoviarização, da gentrificação, da privatização, da alienação do espaço e do tempo, do abandono da experiência do corpo, cada vez mais afastado da realidade da cidade.

Existem na cidade, no entanto, fluxos e relações que escapam às organizações binárias, à máquina de sobrecodificação do muro molar absorvente, aos modos dominantes e lineares do espaço da cidade. Mesmo que a produção de subjetividades capitalísticas implantada no indivíduo e no coletivo seja dominante, mesmo que o espaço e o tempo se distribuam para o homem apenas entre as funções de morar, trabalhar e consumir, mesmo que a política do medo afaste o homem da cidade refugiando seu corpo em áreas condominizadas e artificiais, mesmo que o território da cidade seja administrado e desenhado em função do benefício e dos lucros exorbitantes da indústria automobilística, das empresas privadas de transporte público, do mercado imobiliário... ainda assim, há uma persistência e uma resistência de modos de subjetivação originais e singulares, próprios e espontâneos, que batem no muro molar e não permitem ser incorporados por ele. Esses modos de subjetivação resistentes são parte de processos de singularização que se dão no campo do desejo; são modos de produzir fissuras no muro rígido da dominação molar; são a manifestação de outras formas, além da forma dominante, de ser mundo e de existir no mundo, outras sensibilidades, outras percepções. Segundo Guattari e Rolnik



(1996), o processo de singularização:

[...] é algo que frustra estes mecanismos de interiorização dos valores capitalísticos, algo que pode conduzir à afirmação de valores num registro particular, independente das escalas de valor que nos cercam e espreitam de todos os lados. [...] O traço comum entre os diferentes processos de singularização é um devir diferencial que recusa a subjetivação capitalística. Isso se sente por um calor nas relações, por determinada maneira de desejar, por uma afirmação positiva da criatividade, por uma vontade de amar, por uma vontade de simplesmente viver ou sobreviver, pela multiplicidade dessas vontades. É preciso abrir espaço para que isso aconteça. O desejo só pode ser vivido em vetores de singularidade. (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 47)

A cidade, na sua dimensão de conjunto de relações, conflitos e negociação, isto é, como *polis*, é sempre criadora e mantenedora de fluxos diversos, e comporta a coexistência dinâmica de multiplicidades e de complexas redes de conexões de elementos heterogêneos em permanente transformação. É na dimensão da *polis* que emergem os Acontecimentos, as misturas, as zonas de vizinhança, contaminações, as diversas temporalidades. É com o sentido de *polis* que a cidade abre-se para o encontro e resiste à *urbs* como única possibilidade de definição da cidade, isto é, forma, ordem, classificação, hierarquia, espaço matemático, espaço geométrico.

Como *polis*, as cidades interpelam seus cidadãos, acionam neles intensidades, afetos, perceptos e devires, e sua experimentação diretamente no corpo compreende uma experimentação intensa com a alteridade, bem como implica um devir-estrangeiro que surge quando se está presente corporalmente construindo territórios existenciais dentro do território da cidade. Do encontro do corpo com o corpo da cidade, processa-se a reconciliação da *urbs* com a *polis*, duas concepções de naturezas diferentes sobre a cidade que foram separadas pelo afastamento e pela alienação do seu espaço político e social. Enquanto a *urbs* é pedra, é geometria, é linha, é o privado, a *polis* é relação, é fluxo, é desejo,

é devir, é o público. Entre *urbs* e *polis* há uma relação simultânea de dependência, pois elas são instâncias de um mesmo e único processo de cidade. Reassumir a *polis* como parte constitutiva da cidade, em sua condição de campo de forças vivas que afetam e se fazem presentes em nosso corpo, requer justamente uma convocação do corpo, sua entrega, uma encarnação. A relação entre corpo e cidade vai contra a lógica da cidade contemporânea, cidade de espaços desencarnados. A encarnação do corpo no corpo da cidade é um movimento de resistência ao modo dominante de se fazer e de se pensar as cidades, assim como resiste a um modo de ser e de se pensar o próprio corpo. Portanto, a encarnação corpo-cidade é uma revolução molecular na medida em que concede “possibilidades de práticas específicas de mudança de modo de vida, com seu potencial criador [...], condição [...] para qualquer transformação social. E isso não tem nada de utópico, nem de idealista.” (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 187)

Antes de tudo, uma micropolítica urbana repousa sobre uma concepção singular do corpo e do desejo. Não se trata do corpo da medicina ou do *fitness*, ou do corpo que se restringe ao organismo, mas sim do corpo apreendido pela sua capacidade de afetar e ser afetado, na sua dupla dimensão de atração e repulsão, do corpo entendido como uma relação entre forças ativas e reativas: um corpo químico, biológico, mas também social, político, sensível.

Uma micropolítica urbana, resistência molecular, é um conjunto de práticas que confrontam a normatividade e o ordenamento social e espacial de modo a transgredir os modos dominantes de existência, os modos dominantes de espacialização e temporalização (molares). A prática da micropolítica realiza-se através de uma rede de revoluções moleculares que vão na direção de romper ou transformar as relações sociais, espaciais e temporais, dando existência a máquinas desejantes em detrimento das máquinas técni-

cas. Entrar em ruptura com as estratificações dominantes é produzir processos de subjetivação singulares, a partir da multiplicidade e da pluralidade de agenciamentos.

Vindo ao encontro desse pensamento, Britto e Jacques (2009) definem a corpografia, isto é, a intensa relação do corpo com o espaço, como uma possibilidade de microrresistência ao processo segregador, homogeneizador, alienante e apolítico da cidade contemporânea. Através da corpografia poderão se esboçar novos modos relacionais sugestivos e novos nexos de sentido. Para Jacques (2010), a questão central da ideia de corpografia está na experiência corporal cotidiana das cidades, na sua prática urbana ordinária, diretamente relacionada com a questão da ação e, sobretudo, do uso dos espaços. Viver e refletir sobre cidade operando numa lógica encarnada, confere substância política a esta iniciativa. É a retomada da *polis* em seu mais verdadeiro sentido.

Para Ribeiro (2010) a prática do corpo na cidade possibilita novos agenciamentos e metamorfoses que implicam na criação de uma singular gramática da existência, isto é, de uma tecnicidade que confronta os mecanismos das ações dominantes. Por mais que haja uma burocratização da existência, um direcionamento de fluxos e um monitoramento dos rumos da vida coletiva, ao atualizar diariamente a gramática da prática cotidiana, se percorre a cidade sem a posse de mapas detalhados, sem roteiros seguros, sem a previsibilidade de personagens e rituais.

Ações que interrompem a cotidianidade implicam em sincronização de gestos e na representação de papéis que não são esperados nem programados. Essas ações corporificam, na encenação da experiência urbana, o descarte, por alguns instantes, de controles que tolhem a invenção (e inversão) de posições sociais nos fluxos urbanos. (RIBEIRO, 2010, p. 31)

Dessa forma, o sujeito corporificado retoma o seu direito de ser protagonista da sua própria vida, transformando-se em acontecimento bem ali onde são esperados o seu

silêncio e o apagamento da sua individualidade. O sujeito corporificado se opõe à sua desmaterialização em papéis e imagens repetitivos e em modelos de cidade (e de urbanidade) que o excluem. Esse sujeito, que transforma o planejado em imprevisível, “ensina que a procura da transcendência permanece latente nos encadeamentos do cotidiano.” (RIBEIRO, 2010, p. 32).

Uma experiência da cidade que se instaura no corpo – corpo ordinário, corpo vivido, corpo cotidiano – é uma forma molecular (ou micro) de resistência aos processos molares (ou macro) de homogeneização tanto do corpo – corpo mercadoria, corpo imagem, corpo simulacro –, como dos espaços da cidade – corpo privatizado, corpo segregado, corpo gentrificado, corpo espetacularizado, corpo alienado, etc. –, uma vez que a cidade vivida e experienciada sobrevive à absorção pelos modos dominantes, no corpo daqueles que a experimentam. Os praticantes ordinários das cidades experimentam na carne os espaços quando os percorrem e os vivem e, assim, dão-lhe “corpo” pela simples ação de vivenciá-los. Através da apropriação, da experiência efetiva ou prática dos espaços urbanos, pela própria experiência corporal, sensorial, afetiva da cidade, os corpos denunciam, por sua simples presença e existência, a domesticação dos espaços espetacularizados, segregadores e esvaziados de sentido, assim como também revelam os aspectos vivos, pulsantes, acolhedores, que resistem aos processos desurbanizantes da cidade contemporânea. (BRITTO; JACQUES, 2008; idem, 2009)

[...] Mesmo se boa parte do poder simbólico já foi capturado pelo capital financeiro privado nesta atual fábrica de imagens consensuais, podemos pensar em micropoderes sensíveis como a possibilidade de ação crítica, como micromáquinas de guerra. Uma guerrilha do sensível, ou seja, uma resistência não pensada como uma simples oposição binária, mas sim como uma coexistência não pacificada de diferenças, sobretudo de diferenças no mundo sensível, de divisões ou “partilhas do sensível”. (JACQUES, 2010, p. 115)

A microrresistência urbana é uma ação que visa iluminar aos conflitos existentes e inerentes ao campo da cidade. Jacques (2009) considera que os conflitos urbanos não são apenas legítimos e necessários, como também, da tensão entre eles são capazes de surgir novas propostas para construção de uma cidade mais democrática, que mistura, embaralha, tensiona as fronteiras, mantendo vivas o que ela chama de “zonas de tensão”.

[...] precisamos urgentemente aprender a trabalhar com os conflitos e a manter essas tensões no espaço público, aprender a melhor agenciar, atualizar e incorporar estes conflitos e tensões nas teorias e práticas urbanas, e a arte crítica - a experiência sensível enquanto micro-resistências sobre ou no espaço público - pode vir a ser, efetivamente, uma grande aliada. (JACQUES, 2009, s.p.)

Do ponto de vista do urbanismo, a experiência do corpo *na* e *com* a cidade é capaz de revelar justamente aquilo que escapa ao projeto tradicional urbanístico, explicitando, através das micropáticas cotidianas do espaço, as apropriações diversas do espaço urbano, os aspectos que o projeto urbano não é capaz de absorver ou propor apenas através de análises objetivas, frias e estatísticas. Ao provocar e valorizar a experiência corporal da cidade, convocam-se também os urbanistas a aprenderem corporalmente com a cidade, ou seja, a construir e analisar suas corpografias, o que efetivamente poderia conduzir a uma reflexão crítica e uma prática mais incorporada do urbanismo, desenvolver outras formas, corporais ou incorporadas, de apreender o espaço urbano para, posteriormente, propor outras formas de intervenção nas cidades. Esse processo poderia revelar caminhos alternativos, desvios, linhas de fuga, micropolíticas ou ações moleculares de resistência na cidade e no próprio corpo na contemporaneidade. A cidade não só deixaria de ser cenário, mais do que isso, ganharia corpo a partir do momento em que ela é apropriada, vivenciada, praticada, tornan-

do-se “outro corpo urbano”. Consequentemente, surgem outras formas de reflexão, de relação e de intervenção nas cidades contemporâneas. (BRITTO; JACQUES, 2008; 2009)

Nestas ações que buscam um escape da hegemonia das imagens consensuais, a questão do uso e do corpo são prioritárias, em particular, a experiência corporal urbana – as relações entre corpo e cidade, entre corpo humano, e, entre corpo da arte e corpo político – que é determinante para a explicitação ou criação de tensões no espaço público. [...] O importante é ressaltar aqui o potencial problematizador que este tipo de experiência sensível sobre o espaço público [...] pode nos propor enquanto material empírico, e, que, ainda muito raramente é considerada em nossas análises, críticas, teorias ou práticas urbanísticas. (JACQUES, 2010, p. 117)

## O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO MICRORRESISTÊNCIA LOUCA E URBANA

Palombini (2007) se reporta a Foucault (2011b) para explicar o AT como um dispositivo. Um dispositivo é:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2011b, p. 244).

Contribuindo com essa concepção, no texto *O que é um dispositivo?*, Deleuze (1990) retomando Foucault, afirma que o dispositivo é como uma meada, um conjunto múltiplo de linhas de naturezas diferentes, que não delimitam ou envolvem sistemas homogêneos (objetos, sujeitos, linguagem, etc.) por sua própria conta, mas indicam direções, traçam processos. Essas linhas ora se aproximam, ora se afastam umas das outras e podem tanto variar de direção quando bifurcarem, sofrer derivações. Nessas linhas, os objetos visíveis, os enunciados formuláveis, as forças em exercício, os sujeitos numa determinada posição atuam como vetores ou tensores.

Desenredar as linhas de um dispositivo, em cada caso, é construir um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que [Foucault] chama de “trabalho de terreno”. É preciso instalarmo-nos sobre as próprias linhas; estas não se detêm apenas na composição de um dispositivo, mas atravessam-no, conduzem-no, do norte ao sul, de leste a oeste, em diagonal. (DELEUZE, 1990, s.p.)

Segundo Deleuze (1990), os dispositivos são compostos por linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de brecha, de fissura, de fratura, que, entrecruzadas e misturadas, acabam por remeter umas às outras, ou suscitar linhas novas, através de variações ou de mutações de agenciamento. Todo dispositivo é definido pelo que detém de novidade e cria-

tividade, que marca ao mesmo tempo sua capacidade de transformar-se ou fissurar-se em proveito de um dispositivo futuro. Para Deleuze, a filosofia de Foucault acerca do dispositivo compreende o repúdio aos universais e o distanciamento do Eterno para apreender o novo, o atual, aquilo que difere de nós mesmos, aquilo que estamos em vias de ser.

Pertencemos a dispositivos e neles agimos. À novidade de um dispositivo em relação aos que o precedem chamamos atualidade do dispositivo. O novo é o atual. O atual não é o que somos, mas aquilo em que nos vamos tornando, aquilo que somos em devir, quer dizer, o Outro, o nosso devir-outro. É necessário distinguir, em todo o dispositivo, o que somos (o que não seremos mais), e aquilo que somos em devir: a parte da história e a parte do atual. (DELEUZE, 1990, s.p.)

O AT como dispositivo, então, é a rede, é a meada, composta por um conjunto múltiplo de linhas de naturezas diferentes, que articula um conjunto heterogêneo de elementos, que os põe a funcionar. Na sua dimensão clínico-política, o AT entrelaça linhas entre o dentro e o fora, entre o espaço do cuidado e o espaço social, entre as esferas individuais e coletivas, e traz consigo a capacidade tanto de enlaçar os sujeitos na sua tessitura com a rede e com o social, quanto romper ou bifurcar as linhas mais cristalizadas, previamente instituídas, ao se colocar como um dispositivo analisador do próprio processo de desinstitucionalização proporcionado pela Reforma Psiquiátrica. Ao posicionar-se de forma dinâmica num espaço entre o dentro e o fora das instituições, o at não apenas acompanha o sujeito-louco, mas, também, o próprio processo de implantação da Reforma Psiquiátrica é acompanhado, pondo em análise o funcionamento da rede substitutiva ao manicômio e as formas como as comunidades locais e as famílias, respondem à desinstitucionalização da loucura. (PALOMBINI, 2004; 2007)

Ao lidar com o imprevisto e com o inesperado, próprios a uma clínica que se propõe

funcionar a céu aberto, inventa e cria constantemente novos modos de acompanhar sujeitos em seus percursos errantes, auxiliando na confecção de uma rede ampla de relações que busca desnaturalizar a posição identitária do louco e romper com a hegemonia de certos conceitos e verdades acerca da loucura, ainda predominantes.

Da mesma forma que o AT problematiza a desinstitucionalização da loucura como uma prática contínua que não se finda com um conjunto de leis, ou com a extinção dos muros físicos do manicômio, também se coloca como um analisador do espaço urbano, onde esta prática se insere e onde se encarna ao percorrer seus mais variados caminhos. O AT se coloca como uma resistência ao homem que caminha em linha reta, proposto pelo modernista Le Corbusier, e encarna um devir-mula que é capaz de zigzaguear na direção de encontrar sempre algo novo. O AT questiona a cidade em sua capacidade de acolher a diferença, acolher o tempo do louco, o tempo do outro. O espaço-tempo da cidade, tão predeterminado e orientado pela produção e pelo consumo, se vê atravessado por sujeitos que historicamente perderam as possibilidades de encadear o seu mundo ao mundo, e que por isso mesmo foram esquecidos pela realidade social. Recolocar esses sujeitos em funcionamento com a realidade urbana requer de ambas as partes, louco e cidade, uma abertura para que esse reencontro possa acontecer. O teor de novidade próprio ao AT como um dispositivo pode provocar sentimentos de estranhamento, medo, recusa, desconfiança, sentimentos que se instauram em um primeiro momento de contato com a diferença. Mas é preciso dar um primeiro passo na direção desse contato, pois o estranhamento se dá naquilo que desconhecemos, e desconhecemos por estarmos historicamente afastados da loucura e do seu saber louco. Todo preconceito, todo estigma só pode ser desconstruído no contato, nas bordas entre o eu e o outro. A partir do momento em que

passamos a conhecer e reconhecer o outro, é possível aceitar sua existência louca em sua diferença, e a coexistência se torna possível. O at, abrindo a primeira brecha nesse muro social invisível, possibilita o gradual derruimento do mesmo, a partir do momento em que, pela brecha pequena, passam a entrar e sair fluxos os mais variados possíveis, sejam eles novos desejos, novas pessoas, novos lugares, novas situações, que vão surgindo à medida que se caminha pela cidade.

A busca pela reinserção do sujeito-louco em seu território não pode ser confundida com adequação ou reeducação dos modos loucos de ser. O at não faz o papel de aplicar uma ortopedia nos sujeitos aos quais acompanha, antes, há um esforço que vai na direção contrária, que busca problematizar as práticas ainda ortopédicas no tratamento da loucura. Essa prática de alinhamento ao *grid* social não é um problema exclusivo da loucura, ainda que seja muito evidente pelas suas particularidades de ser, mas todo os seres no mundo passam por essa ortopedia enlouquecida, neurótica, que transforma as múltiplas formas de vida em padrões reproduzíveis em larga escala. O louco como intruso nessa realidade movimenta a base segura e passiva, de homens acomodados e solitários, que sustenta a cidade contemporânea.

Palombini (2007) aproxima a figura do *flâneur*, trazido em textos de Baudelaire e Benjamin, que ilustra um certo modo de se relacionar com a cidade, o qual, segundo a autora, se aproxima da espírito do AT. Charles Baudelaire, entre os errantes urbanos do século XIX, retomou e recriou a figura mítica do *flâneur*, mais tarde analisada por Walter Benjamin, no século XX. O termo francês *flâneur* significa “caminhante”, “andarilho”. A palavra *flânerie* - “vadiagem”, “vagabundagem” - refere-se à atividade do *flâneur*: vagar pelas ruas, vagar sem rumo, sem propósito, aberto a todos os eventos e às impressões que vêm a caminho.

As flanâncias ocorrem no contexto das



grandes transformações urbanas do século XIX movidas pelo desenvolvimento da indústria, a qual possibilitou o início de um processo de inflação populacional das cidades europeias. O *flâneur*, ao mesmo tempo em que se deixa fascinar pela modernização, também reage à velocidade que ela impõe. Baudelaire, por exemplo, se posicionou criticamente quanto à reforma urbana de Haussmann, principalmente pela produção de segregação social, pela eliminação da cidade antiga e de suas ruínas e pela ordenação e controle impostos no espaço urbano. Baudelaire recria o *flâneur* justo nesse momento, procedendo não por meio de uma nostalgia ingênua, mas, ao contrário, produzindo uma crítica moderna à própria modernização, denunciando a violência, a velocidade e o autoritarismo das transformações urbanas, a expulsão de seus habitantes, a divisão de trabalho, a uniformização de costumes, as vias cada vez mais velozes, orientadas e sinalizadas, e, em particular, ao empobrecimento, pela recente mecanização da relação do corpo com a cidade. (JACQUES, 2012)

No entanto, ao mesmo tempo em que critica os processos da Modernidade, o *flâneur* se estabelece como fruto dela, parte do contexto urbano de modernização. Pode-se afirmar que o *flâneur* nasce exatamente da experiência nova da multidão, da experiência física dos corpos se esbarrando, se esquivando, se acotovelando, do estranhamento, do estar só no meio desconhecidos formando com eles um todo sem rosto, uma massa feita de diferenças, de individualidades, de solidões. Para Baudelaire multidão e solidão são sinônimos, ele dizia: “Multidão, solidão: termos iguais e conversíveis para o poeta diligente e fecundo. Quem não sabe povoar sua solidão também não sabe estar só em meio a uma multidão atarefada” (BAUDELAIRE, 2002 apud JACQUES, 2012, p. 56)<sup>130</sup>. O *flâneur* em Baudelaire busca a solidão no meio da multidão, mas ele não se esconde, ele se perde voluntariamente, e tem prazer em estar entre

a alteridade e o anonimato da multidão. É a multidão que possibilita o jogo de perder-se e achar-se, do passar entre as pessoas desconhecidas, abrindo sempre possibilidades de encontros, de desencontros, de conflitos, de choques. Baudelaire buscava a experiência do choque com o outro, com os vários outros anônimos, até sentir-se embriagado de multidão. (JACQUES, 2012)

Diferentemente do “homem da multidão” que segue os fluxos que lhe são impostos, que se deixa levar e disciplinar pelas regras implícitas, que age mecanicamente e se aliena, que só olha de fora, de longe, o *flâneur* entra na multidão de forma crítica, experienciando a multidão no seu próprio corpo, por dentro dela. É uma experiência com a alteridade que, sim, se dá de forma anônima, porém corporificada:

A experiência corporal do *flâneur* dentro da multidão, ao contrário, surge como um novo e enorme campo de experiências, prazeres e possibilidades: gozar ou se embebedar do anonimato, tomar um “banho de multidão”, se perder ou se encontrar no meio de desconhecidos, sentir-se só no meio de tantos outros diferentes, se desorientar no meio de tantas pernas, diminuir o próprio passo, sair do ritmo uníssono da turba, ir mais devagar para forçar desvios, esquivas, deslocamentos de ombros, olhares passantes, toques errantes, encontros de mãos, arrepios de pele, fricções de braços, empurrões, cotoveladas, trombadas, diversos tipos de contato carnais fugazes, dos mais violentos aos mais afetuosos, com tantos e variados corpos incógnitos. (JACQUES, 2012, p. 72)

Palombini (2007) vê no *flâneur* semelhanças com o at na sua capacidade de dissolver os limites entre interior e exterior, no andar distraído, à deriva, no deixar-se levar pelo acaso ao mesmo tempo em que se dedica aos detalhes com a agudeza e a sagacidade do olhar. O at possui sempre um sentimento de estrangeiridade, mesmo que circulando pela sua própria cidade, ao acompanhar o sujeito-louco, com sua peculiar relação espaço-temporal, faz da cidade sempre outra cidade. O at, assim, percorre com seu acompanhado por um passeio por outra temporalidade,

130. BAUDELAIRE, Charles. LXXXIX Le cygne. Tableaux parisiens. Les fleurs du mal. In: ———. Œuvres complètes I. Paris: Gallimard (Pléiade), 1983, p. 85-87 e 1003-9 (notas), 1.ed. 1975. Originalmente publicado em 1860.

131. BENJAMIN, Walter. *Pasagens*. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

132. ORTEGA, Francisco. *Para uma política da amizade*: Arendt, Derrida, Foucault. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000. (Coleção Conexões, 6).

mas que no entanto é encarnada no presente e se abre para compor novos futuros, novos devires. O AT se afasta dos espaços fechados, dos consultórios, dos espaços institucionais, para se jogar no contato com a cidade, com as multidões, com a alteridade anônima, porém corporificada, que permite o confronto entre diferentes, a coexistência não pacificada no espaço público das cidades. Assim como o *flâneur*, o acompanhante e acompanhado, apesar de se lançarem na multidão, não se constituem como “homens de multidão” a medida em que não seguem os fluxos normatizadores ortopédicos da cidade nem da construção da sua existência, nem agem mecanicamente e de forma alienada, pelo contrário, o AT é também uma experiência que possui uma capacidade crítica, seja com relação aos cuidados em saúde mental, seja com relação ao próprio espaço urbano.

Entretanto, diferentemente do *flâneur*, a experiência do AT com a cidade não se dá como uma prática solitária e, sim, segundo Palombini (2007), se realiza através de um exercício da amizade, que tem como potência constituir-se como um antídoto para a solidão (BENJAMIN apud PALOMBINI, 2007)<sup>131</sup>. A amizade da qual se vale a experiência do AT escapa ao modo como esta é concebida pelo senso comum ou em textos filosóficos consagrados.

Ortega (2000 apud PALOMBINI, 2007)<sup>132</sup>, através do pensamento de autores como Arendt, Derrida e Foucault, considera o modelo da amizade, tal como o conhecemos ou tendemos a concebê-lo e praticá-lo – este modelo que se restringe ao universo privado da família, do parentesco, da fraternidade e do amor –, como sendo forças antipolíticas capazes de anular a pluralidade, dando forma a comunidades identificatórias, universalistas, que caminham em direção do nacionalismo, do patriotismo, ligados aos interesses de uma política imperialista mundial. Ortega defende então uma amizade que, diferentemente daquela vivida na esfera da intimidade e

das identificações, que iguala o amigo ao irmão, ao semelhante, é uma amizade que tem uma condição voltada para espaço público do agir, que abre o caminho para a relação com a diferença. Pensar a amizade a partir da diferença e do não familiar, ao invés de pensá-la a partir da igualdade e da familiaridade, funciona como substituir o ‘amor ao próximo’ pelo ‘amor ao distante’, causando assim um desvio do tipo de intimidade que conduz ao mesmo, à confusão do eu com o tu, ao narcisismo, a uma egologia.

Trata-se, antes, de levar a sério a incomensurabilidade existente entre o eu e o outro, o que impede sua incorporação narcisista. Em outras palavras, não utilizarmos o amigo para fortalecer nossa identidade, nossas crenças, isto é, “o que somos”, mas a possibilidade de concebermos a amizade como um processo, no qual os indivíduos implicados trabalham na sua transformação, na sua invenção. Diante de uma sociedade que nos instiga a saber quem somos, a descobrir a verdade sobre nós mesmos, e que nos impõe uma determinada subjetividade, esse cultivo da distância na amizade levaria a substituir a descoberta de si pela invenção de si, pela criação de infinitas formas de existência. (ORTEGA, 2000, p. 114 apud PALOMBINI, 2007, p. 64)

Na perspectiva do AT, portanto, o amigo não é aquele que oferece um reconhecimento entre iguais, um reflexo espelhado de si, mas é aquele que, pela sua condição de diferença, provoca transformações. A amizade não é pacificadora, ela não exclui as contradições e as tensões próprias ao encontro de diferenças. A amizade como o encontro entre diferentes é capaz de mudar direções ou bifurcá-las através dos questionamentos que ela suscita, crenças e ideias deixam de ser fixos e imutáveis. A amizade descrita por Derrida, segundo Ortega (2000 apud PALOMBINI, 2007), é uma experiência do impossível, ou seja, um movimento do desejo, do talvez, e define-se por sua inconstância, imprevisibilidade e instabilidade, que sempre se abre para o acontecimento, para o novo, para a experimentação, para a invenção. Essa nova ética da amizade cria um tipo de relaciona-

mento que não permite que as relações de poder se transformem em estados de dominação. Além de antídoto contra a solidão, a amizade surge como uma resistência ao funcionamento da ordem social, que direciona a amizade para sua concepção privada, de formas reconhecidas, despolitizadas e individualizadas. A afirmação da amizade como política tem uma potência transgressora que multiplica as possibilidades e formas de vida minoritárias, capaz de inventar de novas formas de relação (ORTEGA, 2000 apud PALOMBINI, 2007). Portanto, a amizade se faz presente à dinâmica do AT como diferença, como distância, como assimetria, sem anular o que o outro traz em si.

O AT como uma micropolítica urbana aposta na potência da cidade como *polis*, “poder de produzir relações, de obrigar à negociação, de acolher o conflito” (PECHMAN, [2005?], s.p. apud PALOMBINI, 2007, p. 51)<sup>133</sup>, para incorporar suas práticas que aproximam o movimento das flanâncias com uma política da amizade. A cidade, antes de ser um meio de possibilidade para esta clínica, é entendida como a extensão desta. Ambas se fundem numa relação recíproca para a criação de algo novo.

Ao mesmo tempo em que, no encontro com a rua, a clínica se desacomoda, colhendo junto aos elementos da cidade modos inéditos de se produzir conhecimento, desfazendo os contornos fixos dos saberes instituídos, a cidade também acaba por se desacomodar, tendo sua racionalidade perturbada pela introdução da diferença em seus espaços, intercessão que pode ser entendida como uma ação de resistência em nível micropolítico à lógica da cidade contemporânea, ao passo que valoriza os espaços pelo seu uso, pela sua capacidade de acolhimento, e não apenas pelo seu valor de mercado.

O AT privilegia o uso do espaço público, ação que por si só já resiste à inércia dos modos de vida privatizados e privatizantes das cidades. É no espaço do comum que o louco

vem buscar construir a sua reapropriação deste espaço e pôr à prova a capacidade da cidade em acolher a diferença.

A amizade tem lugar, nesse processo, como possibilidade de uma nova forma de sociabilidade que expressa uma preocupação com o mundo e com o outro, e não apenas consigo mesmo. Nesse sentido, ela se revela um fenômeno político que permite recuperar a confiança no espaço público, de forma que a cidade possa voltar a ser lugar de relações e não de anulação das diferenças – lugar onde o conflito, próprio à vida coletiva, sustenta-se na palavra, na ação e na negociação como formas da política.

O AT, com sua capacidade de tecer redes de relações junto ao acompanhado, se ocupa também da experiência de construção de uma nova cidade. O at acaba por se desprender das condições dadas de uma cidade para que uma outra cidade possa ser habitada. Essa nova cidade é construída no exato momento em que juntos, acompanhante e acompanhado, e demais atores que surgem no caminho, a percorrem. Essa construção se alinha com o devir *polis* da cidade, se alinha com o desejo de criação de uma cidade que possa acolher a diferença. Os movimentos do AT, ao implicarem o corpo numa experiência espaço-temporal com as cidades, na sua dimensão cotidiana, ao rés do chão, registram a experiência da cidade como uma corpografia, uma experimentação que se dá por vias afetivas e que produz sentido e novos modos de ser e de pensar. O sujeito-louco corporificado na cidade retoma o seu direito de ser protagonista da sua própria existência, produtor de si, transformando-se em acontecimento e resistindo ao silenciamento, ao apagamento do seu devir-louco e à manicomialização. Este sujeito corporificado transforma o planejado em imprevisível, e registra, de um ponto de vista que se constituiu historicamente como a diferença por excelência, as experiências nas cidades contemporâneas.

133. PECHMAN, Robert Moses. Quando Hannah Arendt vai à cidade e encontra com Rubem Fonseca, ou da cidade, da violência e da política. [2005?]. Mimeografado.

A prática do AT como uma prática do corpo-louco na cidade possibilita novos agenciamentos, metamorfoses, bifurcações, acontecimentos, que acabam por ajudar a criar novas gramáticas de existência para a loucura e que, assim como confronta e questiona diretamente os mecanismos das ações dominantes na relação com a própria loucura, também questiona os modos dominantes de se fazer cidade.

# CONSIDERAÇÕES FÍNAIS





É tão difícil dedicar-se a encerrar um trabalho que parece não ter fim. A busca por entender os lugares da loucura atravessa uma ponte que liga diferentes tempos e diferentes espaços, a partir do ponto de vista de diferentes campos do saber. A tarefa de atravessar essa ponte e, portanto, durante este percurso estar sempre entre - entre tempos, entre lugares, entre saberes -, parece condição primeira, ainda que vertiginosa, na busca infundável de respostas para as perguntas que levaram à composição deste trabalho.

Se há uma impressão de incompletude e inconclusão, talvez seja porque os próprios processos contemporâneos da loucura estejam em processo. As transformações na forma de conceber a loucura que surgiram a partir da metade do século XX, nas esferas sociais, políticas e culturais, trilharam um caminho na direção de uma ruptura com os modelos manicomial de assistência ao sujeito louco. Problematizando o conceito de loucura, esse movimento abre consequentemente caminhos para a problematização também do espaço no qual a loucura se insere, e a partir disso surgem novas possibilidades para os lugares da loucura, os lugares da diferença, sejam eles físicos ou existenciais. Mas a reforma não significa um ponto de chegada e está longe de ser concluída. Ela representa um processo social e complexo que precisa de uma contínua reflexão, um movimento em contínua transformação, e portanto deve ser sempre reinventada, deve estar sempre em definição. É justo na construção cotidiana das práticas que se sustentam as propostas da reforma, que requer mais do que uma rede serviços, precisando necessariamente contar com aquilo que está além deles, outros territórios, outros atores, discursos, afetos, que compõem a vida em comunidade.

Portanto, hoje não cabe mais pensar o lugar da loucura como um lugar exclusivo a ela, que se molda no interior de contornos rígidos e fixos, dentro de espaços segregados

e excludentes do meio social, e, sim, com a ruptura dos muros físicos do manicômio, se propõe a pensar a loucura em um novo espaço-tempo a partir da sua abertura à comunidade, à dinâmica da cidade, ao convívio social, onde venham a ser garantidas a sua existência em liberdade, e a produção de autonomia e cidadania ativa. Na contemporaneidade, ou seja, no momento que nos tange, não há um novo lugar da loucura, mas sim a proposta de muitos novos lugares para ela, que se fundem e se confundem com os espaços comuns a todo o corpo social. O lugar da loucura, hoje, no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica, é a constante tentativa de produção de novos lugares para a subjetividade louca e o estabelecimento de uma nova relação com ela.

Há um esforço muito grande para que o processo de reforma não seja entendido e praticado como uma mera mudança de modelo assistencial, que não seja uma mera reforma do espaço físico. Os novos serviços de saúde mental propostos pela Reforma Psiquiátrica são pensados para se constituírem em locais de produção de cuidado e atenção, mas eles também são idealizados como locais de produção de subjetividades mais autônomas e livres, constituindo-se como um espaço social de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social. Mais que um mero ambulatório, distribuidor de medicamentos e diagnósticos, os novos serviços foram concebidos para serem laboratórios, funcionando no sentido de produção, de experimentação e inovação, mantendo sempre um cuidado aberto. Essa abertura não existe apenas porque os novos serviços, diferenciando-se do modelo manicomial, permitem que os usuários possam retornar às suas casas para dormir, mas, muito mais que isso, significa uma ideia de abertura no próprio interior do serviço, uma abertura no pensamento, uma abertura de práticas, uma abertura visando sempre o fora da instituição, o exterior do espaço arquitetônico, uma aber-

tura por onde possam circular os fluxos e os ares da cidade e de outros saberes e pensamentos. Tais laboratórios abertos são capazes de proporcionar a produção de vida, a reprodução social, a reconstrução de sentidos e laços, a criação, as trocas, incentivando o acolhimento da complexidade, da multiplicidade dos planos de existência da loucura.

Os novos serviços substitutivos ao manicômio, por si sós, não garantem sua natureza não manicomial, e, ao se consolidarem como novas instituições, os novos serviços, ao mesmo tempo em que estimulam novos modos não manicomiais de cuidado, podem também estagnarem-se e se reconfigurarem em um modelo centralizador, fechado em si, reabsorvendo a lógica manicomial. Ao naturalizarem-se como novos lugares da loucura, muitas vezes exclusivos, os serviços perdem a capacidade de criação. Se neles se apostar como um centro absoluto da rede de saúde mental, os pacientes não poderão vislumbrar para além dele outros lugares de vida, empobrecendo as suas relações e possibilidades. Portanto, percebe-se a importância de um investimento nas pontes, nas portas, nas conexões com os diversos atores do território, com os movimentos sociais que protagonizaram a ruptura com o modelo manicomial, para que a institucionalização dos atuais serviços de saúde mental não venha a calcificar a sua concha e fechá-la em si mesma, e que não interrompa os movimentos vivos de resistência à manicomialização.

Partindo da descoberta moderna, quando médicos e arquitetos trabalharam juntos para fixar uma solução para as demandas arquitetônicas, médicas e sociais do hospital, podemos pensar a arquitetura da saúde mental neste século, não mais, porém, partindo da relação exclusiva de médicos e arquitetos, mas da confluência de todos os saberes e atores que compõem a realidade da cena da saúde mental, considerando sobretudo os próprios usuários como avaliadores do espaço. É necessário pensar juntos. A expe-

riência do presente trabalho no interior de um serviço de saúde mental com um enfoque arquitetônico salientou a necessidade de trazer cada vez mais o tema da experiência vivida dos espaços para dentro da arquitetura de maneira que, através dela, se convoquem todos os atores e saberes envolvidos no funcionamento de determinado espaço, para sempre poder retornar ao espaço matemático, ambiente de projeto, tendo uma base mais próxima da realidade e dos ideais dos serviços no horizonte da Reforma Psiquiátrica. É necessário nutrir o ciclo de concepção, construção e vivência dos espaços, para desalienarmo-nos das ideias e concepções dominantes que ainda persistem, herdadas da era manicomial.

Os dois estudos de caso apresentados neste trabalho foram experiências vividas e pulsantes que permitiram uma imersão problematizadora do processo contemporâneo de implantação da Reforma Psiquiátrica. Em ambas as experiências deparamo-nos com pensamentos e práticas transformadoras e revolucionárias, questionadoras e libertadoras, porém também fomos interpelados por sujeitos e pensamentos excludentes da diferença que resistem às mudanças e mantêm os modos dominantes e manicomiais de pensar e de tratar a loucura.

Além dos muros físicos, visíveis e palpáveis que encontramos no interior do espaço arquitetônico, esbarramos também em alguns muros invisíveis. Os muros são estruturas ou elementos arquitetônicos que, mesmo ao deixarem de existir fisicamente, continuam existindo no pensamento de uma sociedade que ainda carrega os vestígios, os rastros de muros manicomiais invisíveis. Muros que constituem uma herança do pensamento que entende a loucura como algo a esconder, a guardar entre muros, que desacredita no convívio e nas trocas com o mundo lá fora, que desautoriza a palavra do louco, excluindo da sua vida as possibilidades de construir novas dobras, novos modos

de existir. Pensamento que entende a vida pulsante das cidades como um fator “desorganizador” e que pretende a simplificação de vidas em ambientes reclusos e empobrecedores, onde se leva em conta mais a economia da manutenção desse modo de vida do que a constante produção de diferentes modos de vida onde os devires e os desejos possam ter lugar.

Recolocar os sujeitos que historicamente perderam as possibilidades de encadear o seu mundo ao mundo em funcionamento com a realidade urbana requer, de ambas as partes, louco e cidade, uma abertura para que esse reencontro possa acontecer, e com ele o resgate da loucura como um componente da cultura, que a própria sociedade tratou de ocultar por meio dos muros do manicômio e muros mentais invisíveis, que colocam um limite entre o eu-social e os sociais, entre os iguais e a diferença. Abrir a primeira brecha neste muro social invisível possibilita o gradual derruimento do mesmo, a partir do momento em que, pela brecha pequena, passam a entrar e sair fluxos os mais variados possíveis, sejam eles novos desejos, novas pessoas, novos lugares, novas situações.

A relação entre loucura e cidade se coloca como uma micropolítica de resistência ao apostar na cidade como *polis*, como o lugar das relações e dos conflitos, cujo espaço-tempo, tão predeterminado e orientado pela produção e pelo consumo, ao encontrar-se com os novos serviços de saúde mental e com a própria loucura, se vê atravessado pela diferença. É no espaço do comum que o louco vem buscar construir a sua reapropriação deste espaço ao mesmo tempo em que questiona os modos dominantes de se fazer cidade e põe à prova a capacidade da própria cidade em acolher a diferença, acolher o tempo do louco, o tempo do outro.

Mesmo que no princípio o movimento antimanicomial, com o intuito de proporcionar uma desconstrução da imagem estigmatizada dos lugares da loucura, exclusivamen-

te clínicos ou ambulatoriais, tenha defendido a implantação dos atuais serviços de saúde mental em arquiteturas residenciais, visando um tipo de arquitetura que se aproximasse de uma escala menor, mais humana, e das formas mais acolhedoras das arquiteturas residenciais, por outro lado a escolha da casa como única alternativa implanta os serviços muitas vezes em espaços físicos que não dão conta da demanda de usuários e atividades ali propostas, limitando a capacidade de acolher, cuidar e oferecer atividades terapêuticas, recreativas de forma adequada, e, muitas vezes, ainda que a casa seja símbolo de acolhimento, acaba criando novos muros e novos contornos de dimensões meramente ambulatoriais e institucionais. A escolha da arquitetura residencial como única diretriz ignorou uma variedade de tipologias existentes que se parecem muito mais com os ideais do serviço, como os centros comunitários, por exemplo, lugares onde a lógica do serviço poderia funcionar dando ênfase aos espaços de trocas e de convívio. Como afirmava um dos precursores dos movimentos desinstitucionalizantes, o bom serviço é aquele cheio, que atua como um mercado de trocas, não aquelas materiais, mas imateriais, onde há o convívio entre os diferentes, onde os indivíduos se olham, jogam, trabalham, e podem ser também muito loucos. Os serviços de saúde mental são pensados e desejados como lugares onde o corpo social possa se reconhecer, onde os sujeitos sejam singularizados pela sua participação como protagonistas.

Se há uma busca pela implantação de instituições inventadas, inventadas também devem ser as suas relações com uma nova espacialidade. Mais importante do que a tipologia, a forma, a aparência do serviço, é a sua capacidade de propor constantemente uma “inversão” do esquema Panóptico, onde o ponto central perderia a sua função original de vigilância ou controle, dando lugar a um espaço de convívio e trocas. Os novos equi-

pamentos procuram estimular o exercício da vida social, através da criação de espaços que favoreçam o encontro e as trocas sociais. A arquitetura pode contribuir na mobilização e na flexibilização do espaço existente e na criação de lugares de acolhimento que se relacionem com a cidade e que sejam diferentes daquele no qual o usuário é visualizado e imobilizado panópticamente. Assim como a espacialidade panóptica pôde realizar o projeto político moderno da vigilância e da exclusão através de uma solução arquitetônica, a arquitetura pode também oferecer um movimento contrário a esse, criando dinâmismos que permitam a conexão com a cidade, transitividade que se faz através dos vazios das aberturas, das fendas das rachaduras, das pontes que comunicam dentro e fora, de espaços poéticos, plurais, multiformes, sem os muros visíveis e invisíveis que separam, hierarquizam, rotulam e estigmatizam o sujeito louco pela sua diferença, em função da sua fragilidade.

Independentemente da aparência, da tipologia ou do modelo arquitetônico escolhido para os novos serviços, quanto mais se ocultarem, quanto mais se interiorizarem as práticas fechadas exclusivamente ao seu interior, seja através dos muros, dos gestos, das possibilidades, mais se provoca o distanciamento entre o eu e os outros, entre o dentro e o fora, e assim se esvai a ideia de um tratamento comunitário, aberto e promotor de cidadania, sufocando os atores novamente em ares de reclusão, repetindo a lógica manicomial. É preciso, antes de tudo, que nas paredes e nos muros que envelopam cada nova instituição haja uma ou várias portas abertas. A porta é o elemento arquitetônico e poético, símbolo primeiro do acolhimento e da hospitalidade. Essa abertura é também um convite ao outro, à entrada do estranho, do diferente. Ela nos torna observadores ao mesmo tempo que atores implicados no movimento de entrar e sair, deixar entrar e deixar sair, que ela proporciona. A porta é

sempre o anúncio de uma fissura, uma fratura, na continuidade do espaço, ela é um vinco da dobra, uma dobra em si. É o elemento chave que põe a arquitetura a funcionar com a cidade, e o serviço de saúde mental a conversar com outros territórios, para que o seu interior não se contraponha ao exterior, mas sim se constitua dele.

É fundamental que cada serviço em sua arquitetura possa resgatar, valorizar e utilizar as referências do contexto local, como forma de favorecer a integração da instituição e de seus usuários à comunidade e ao espaço urbano onde ela se insere. No modelo manicomial, o objeto arquitetônico, bem como os sujeitos para os quais ele se destinava eram isolados de seu contexto, afastados da vida das cidades, isolado do contato com a população. Talvez hoje, trilhando caminhos antimanicomiais, o desafio seja considerar cada vez mais o contexto da cidade, seja no cuidado, seja nas intenções projetuais e na conformação destes novos espaços. Para isso é necessário que tanto o funcionamento do serviço, somando-se à sua estrutura física expresse porosidade, permeabilidade, que permitam entrecruzamentos, fusões, combinações com elementos de fora, com atores de diversas proveniências, com atividades que se lancem no território da cidade e na dimensão do comum, do espaço público.

Entendemos que uma arquitetura antimanicomial, para existir, depende de uma sociedade que seja igualmente antimanicomial. Um espaço arquitetônico por si só, ou seja, o espaço antes do seu uso, ainda que forneça pistas, indique direções, dê indícios silenciosos, ainda assim ele é politicamente neutro. Se não existe algo como uma arquitetura manicomial ou uma arquitetura antimanicomial, mas sim arquiteturas em sociedades manicomiais ou antimanicomiais, então não são apenas as formas da arquitetura que contam, mas o uso e o significado que lhes são atribuídos. Se o sentido do espaço não está na abstração do espaço matemático, nem no



interior da arquitetura, e, sim, encontra-se além de sua superfície e de sua dimensão física, no interior de quem o vivencia, se é através da experiência dos espaços e das diversas soluções arquitetônicas que uma sociedade se torna protagonista na transformação do sentido do próprio espaço, então só pode haver uma mudança no sentido do espaço se houver uma mudança nas formas de existir de uma determinada sociedade.

Ainda que seja provável que o manicômio caminhe para sua extinção, devido a seu caráter arcaico e desumano fundado há mais de três séculos e sobretudo devido ao crescimento da rede substitutiva, seria um equívoco acreditar que a era manicomial esteja concluída, correndo-se assim o risco de estabilizar uma luta que deve ser contínua e, com esse engessamento, permitir o retorno camuflado de práticas manicomiais. Atualmente, constata-se que os serviços substitutivos ainda não se consolidaram como tais, sendo-os mais em termos potenciais do que efetivos, pois não conquistaram totalmente a substituição do sistema asilar no país. Além da lenta desativação dos hospitais psiquiátricos públicos, há ainda uma vasta rede de hospitais psiquiátricos privados funcionando nos modelos dos antigos manicômios, que a lei da Reforma não conseguiu alcançar. Esse fato não diminui a importância dos novos serviços, principalmente por representarem possibilidades alternativas concretas ao modelo manicomial, o que todos os movimentos anteriores não conseguiram construir.

Muitas vezes, durante o percurso deste trabalho, no movimento de atravessar a ponte carregando tantas obras, textos, fatos, marcos e conhecimentos de vários autores de vários campos do saber, a experiência do encontro com a realidade dos serviços e com os diversos atores que participam ativamente das práticas contemporâneas da saúde mental foi a experiência que, de certa forma, mais manteve a ponte no tremor da oscilação entre a teoria e a prática. Em muitos momentos, o

tremor desse encontro levou a pensar que a ideia do encontro com a diferença e seu acolhimento em nossa sociedade não passaria de uma utopia, uma ideia capaz de entristecer o olhar a partir do meio do caminho desta ponte pênsil. Mas alegremente hoje podemos arriscar a dizer que sim, há sempre uma utopia! Pois a utopia é um conjunto de sonhos e desejos que compõem um horizonte, o qual se busca continuamente e para o qual se caminha mesmo que a difíceis passos e contra a correnteza dominante, resistindo à inércia e ao engessamento, e ao retrocesso do pensamento. A utopia é uma força motriz, que não deixa parar, que leva sempre mais longe na direção desse horizonte onde se vislumbra um mundo melhor. Como nos diz Deleuze (2010, p. 218)

Acreditar no mundo é o que mais nos falta; [...] Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempo, mesmo de superfície ou volume reduzidos. [...] É ao nível de cada tentativa que se avaliam a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle.

Acreditar neste mundo não é aceitá-lo passivamente, mas é acreditar num mundo por vir e dar chance para que ele venha.



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



A CASA, Equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital-dia (org.). **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico.** São Paulo: Escuta, 1991.

AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** 2 reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

\_\_\_\_\_. **Uma Aventura no Manicômio: a trajetória de Franco Basaglia.** História, Ciências e Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 1, p. 61-77, 1994.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

\_\_\_\_\_. **Rumo ao fim dos Manicômios.** Revista *Mente&Cérebro*, São Paulo, n. 164, p. 30-35, setembro de 2006.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.6, n.01, p. 73-85, 2001.

ASSIS, Joaquim Maria Machado de. **O Alienista.** Porto Alegre: Coleção L&PM Pocket, 1998.

BACHELARD, Gaston. **A Poética do Espaço.** In: BACHELARD, Gaston. Coleção: Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978, p. 181-354.

BAPTISTA, Luís Antônio; KUNSTER, Eliana; PECHMAN, Robert. Entrevista. Revista online *Redobra*, Salvador, vol. 1, n. 05: modos de subjetivação na cidade, 2008. Disponível em: [http://www.corpocidade.dan.ufba.br/dobra/05\\_03\\_entrevista.htm](http://www.corpocidade.dan.ufba.br/dobra/05_03_entrevista.htm)

BAPTISTA, Luís Antônio. **Tartarugas e Vira-latas em Movimento: políticas da mobili-**

**dade na cidade.** In: JACQUES, Paola Berenstain (org.); BRITTO, Fabiana Dultra (org.). **Corpocidade: debates, ações e articulações.** Salvador: EDUFBA, 2010, p. 42-53.

BAPTISTA, Luís Antônio (Org.); FERREIRA, Marcelo Santana (Org.). **Por que a cidade?: escritos sobre experiência urbana e subjetividade.** Niterói: Editora da UFF, 2012.

BARRETO, Lima. **Diário do Hospício; O Cemitério dos Vivos.** Organização e notas: Augusto Massi, Murilo Marcondes de Moura, Prefácio: Alfredo Bosi. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada: relato de um Hospital Psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BENTHAM, Jeremy. **The Works of Jeremy Bentham.** Edimburgo: J. Bowring, 1843. Disponível em: <[http://oll.libertyfund.org/?option=com\\_staticxt&staticfile=show.php%3Ftitle=1925](http://oll.libertyfund.org/?option=com_staticxt&staticfile=show.php%3Ftitle=1925)>. Acesso em: abril 2013

BOLLNOW, Otto Friedrich. **O Homem e o Espaço.** Tradução Aloísio Leoni Schmid. Curitiba: Editora UFPR, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Legislação em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica**



e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITTO, Fabiana Dultra. **Co-implicações entre Corpo e Cidade: da sala de aula à plataforma de ações**. In: BRITTO, Fabiana Dultra (Org.); JACQUES, Paola Berenstein (Org.). **Corpocidade: Debates, Ações e Articulações**. Salvador: EDUFBA, 2010.

BRITTO, Fabiana Dultra (Org.); JACQUES, Paola Berenstein (Org.). **Corpocidade: Debates, Ações e Articulações**. Salvador: EDUFBA, 2010.

\_\_\_\_\_. **Cenografias e Corpografias Urbanas: um diálogo sobre as relações entre corpo e cidade**. Cadernos PPG-AU/UFBA, Salvador, vol. 7, edição especial: Paisagens do Corpo, p. 79-86, 2008.

\_\_\_\_\_. **Corpocidade: arte enquanto micro-resistência urbana**. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 2, p. 337-349, maio/agosto 2009.

CARVALHO, Andréa da Luz; AMARANTE, Paulo. **Avaliação de Qualidade dos Novos Serviços de Saúde Mental: em busca de novos parâmetros**. *Saúde em Debate*, Londrina, vol. 52, p. 74-82, setembro 1996.

CARVALHO, Mirian de. **Arquitetura e Reforma Psiquiátrica: epistemologia e poética do espaço**. In: FERRAZ, M. H. M. (org.); GOLDFARB, J. L. (org.). **Anais Do VII Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia: VII Encontro da Sociedade Brasileira de História da Ciência**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Editora Unesp: Imprensa Oficial do Estado, 1999, p. 117-121.

\_\_\_\_\_. **Filosofia e Poética do Espaço Arquitetônico: Incursões no Campo da saúde mental**. In: **Cadernos PROARQ**, Rio de Janeiro, vol.3, p. 41-57, 1999b.

CARVALHO DA SILVA, Maria Cristina. **Acompanhamento Terapêutico: Do Um ao Outro, do Porto ao Mar**. In: PALOMBINI, Analice de Lima (Org.). **Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a Clínica em Movimento**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004, p. 137-145.

\_\_\_\_\_. **História da Loucura e Reforma Psiquiátrica: um percurso**. In: NASCIMENTO, C. A. T. et al (Org.). **Psicologia e Políticas Públicas: Experiências em Saúde Pública**. Porto Alegre: CRP 7 região, 2004b, p. 109-125.

\_\_\_\_\_. **Educação do Lugar: saúde mental e pedagogia da cidade** (Dissertação). Mestrado em Educação e Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008. 93 f.

CHEUICHE, Edson Medeiros. **120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um pouco de sua história.** Revista de psiquiatria do RS, Porto Alegre, v. 26, n. 2, 2004.

\_\_\_\_\_. **Fragmentos Históricos na Formação do Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre.** Disponível em < <http://www.slideshare.net/acshospitais/fragmentos-historicos-da-criao-e-inaugurao-do-hpssp> > acesso em: 19 abr. 2013. Porto Alegre, 2007.

COSTA, Luis Artur. **Brutas Cidades Sutis: espaço-tempo da diferença no contemporâneo** (Dissertação). Mestrado em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2007. 222 f.

DANCKWARDT, Voltaire P. **O Edifício Teatral: resultado edificado da relação palco-plateia** (Dissertação). Mestrado em Arquitetura. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001. 244f.

DELEUZE, Gilles. **¿Que é um dispositivo?**. In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de Wandererson Flor do Nascimento. Disponível em: <<http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/deleuze-gilles/o-que-e-um-dispositivo>>. Acesso em: 26 set 2013

\_\_\_\_\_. **Lógica do Sentido.** 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

\_\_\_\_\_. **Conversações: 1972-1990.** 2 ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2010.

\_\_\_\_\_. **A dobra: Leibniz e o Barroco.** 6 ed. Campinas: Papirus, 2011.

\_\_\_\_\_. **Foucault.** São Paulo: Brasiliense, 2011b

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia.** Vol. 3.

Trad. Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suelly Rolnik. São Paulo: Editora 34, 2008.

DELL'ACQUA, Peppe. **Buon compleanno Marco Cavallo!** Jornal on-line: *Forum Salute Mentale*. Artigo disponível em < <http://www.news-forumsalutementale.it/buon-compleanno-marco-cavallo/> > Acesso em: julho 2013

DERRIDA, Jacques. **Anne Dufourmantelle Convida Jacques Derrida a falar da Hospitalidade.** Trad. Antonio Romane. São Paulo: Escuta, 2003.

\_\_\_\_\_. **Adeus a Emmanuel Lévinas.** Trad. Fábio Landa e Eva Landa. São Paulo: Perspectiva, 2008

\_\_\_\_\_. **Uma Arquitetura onde o Desejo pode morar.** Entrevista de Jacques Derrida a Eva Meyer. In: NESBIT, Kate (Org.). Introdução: notas para uma teoria da disjunção arquitetônica. In: Uma nova agenda para a arquitetura: antologia teórica (1965 – 1995). São Paulo, Cosac Naify, 2010.

EPAHC. **Histórico Hospital São Pedro.** Prefeitura de Porto Alegre. (Sessão: Secretaria Municipal da Cultura / Memória Cultural / Equipe do Patrimônio Histórico e Cultural / Tombamentos / Hospital São Pedro. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smc/usu\\_doc/historico\\_hospital\\_sao\\_pedro\\_1.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smc/usu_doc/historico_hospital_sao_pedro_1.pdf)> acesso em: 01 maio 2013). Porto Alegre, 2008.

FACCHINETTI, Cristiana et al. **No Labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados.** História, Ciências, Saúde, Mangueiras, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p.733-768, dez. 2010.

FLORES, Diego. **Corpo e Experiência na Cidade dos Poetas Piratas.** In: BAPTISTA, Luís

- Antônio (Org.); FERREIRA, Marcelo Santana (Org.). *Por que a cidade?: escritos sobre experiência urbana e subjetividade*. Editora da UFF. Niterói. 2012.
- FONTES, Maria Paula Zambrano. *Imagens da Arquitetura da Saúde Mental: Um estudo sobre a requalificação dos espaços da Casa do Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira* (Dissertação). Mestrado em Arquitetura. Universidade federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003. 201f.
- FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1975.
- \_\_\_\_\_. *Space, Knowledge and Power*. In: Paul Rabinow, (ed.), *The Foucault Reader*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin, 1991 [1982]. Disponível em: <<http://lcast2120.files.wordpress.com/2011/07/space-power-and-knowledge.pdf>>. Acesso em: mai 2013.
- \_\_\_\_\_. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Os Anormais: Curso no Collège de France (1974-1975)*. 2 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir*. 39 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011b.
- FRAMPTON, Kenneth. *História crítica da arquitetura moderna*. 1 ed. 2 tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- FUÃO, Fernando Freitas. *O Sentido do Espaço. Em que sentido, em que sentido?*. Revista *Arquitexto*, UFRGS, Porto Alegre, n. 3-4, p. 10-40. 2003. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/propar/publicacoes/ARQtextos/PDFs\\_revista\\_3-4/03\\_Fernando%20Freitas%20Fu%C3%A3o.pdf](http://www.ufrgs.br/propar/publicacoes/ARQtextos/PDFs_revista_3-4/03_Fernando%20Freitas%20Fu%C3%A3o.pdf)>. Acesso em: jan. 2012
- \_\_\_\_\_. *Sobre Programas e Necessidades*. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://fernandofuao.blogspot.com.br>>. Acesso em: jan. 2012
- \_\_\_\_\_. *Arquitetura e Vazio*. Entrevista para Marina Mezzacappa. Julho de 2008. Disponível em: <http://fernandofuao.blogspot.com.br/2012/10/arquitetura-e-vazio.html> Acesso em: outubro de 2013.
- \_\_\_\_\_. *A Interioridade da Arquitetura*. Porto Alegre: UFRGS/PROPAR, 2008. Trabalho inédito.
- \_\_\_\_\_. *A Interioridade da Arquitetura*. Cadernos PROARQ, Rio de Janeiro, n.14, p. 99-107, 2010.
- \_\_\_\_\_. *A Hospitalidade na Arquitetura*. 2012. Disponível em: <<http://fernandofuao.blogspot.com.br/2012/09/a-hospitalidade-na-arquitetura.html>>. Acesso em: março 2013
- \_\_\_\_\_. *A Porta*. Porto Alegre: UFRGS/PROPAR, 2014. Trabalho inédito.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 1 reimpressão, 8 ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2010.
- GUATTARI, Félix. *Caosmose*. São Paulo: Editora 34, 2012.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- HIDALGO, Luciana. Machado de Assis, Lima Barreto e a 'verdade' da loucura. *MA-TRAGA*: Revista do Programa de Pós-graduação

duação em Letras / Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Casa Doze, Rio de Janeiro, ano 15. n. 23, jul./dez. 2008.

HOROWITZ, Renata G. **Análise do Conjunto Histórico do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP)**. Revista de psiquiatria do RS, Porto Alegre, vol. 28, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n2/v28n2a01.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2013

JACOBS, Jane. **Morte e Vida de Grandes Cidades (Americanas)**. 3 ed. São Paulo: Editora Martins Fontes (coleção cidades), 2011

JACQUES. Paola Berenstein. **Apologia da Deriva: escritos situacionistas sobre a cidade**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2003.

\_\_\_\_\_. **Espetacularização Urbana Contemporânea**. In: FERNANDES, Ana; JACQUES, Paola Berenstein. Territórios urbanos e políticas culturais. Cadernos do PPGAU/FAUFBA, , Salvador, número especial, p. 23-29, 2004.

\_\_\_\_\_. **Notas sobre Espaço Público e Imagens da Cidade**. *Arquitextos*, Vitruvius, São Paulo, ano 10, n. 10.110, julho 2009. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/10.110/41>>. Acesso em: set 2013

\_\_\_\_\_. **Zonas de Tensão: em busca de micro-resistências urbanas**. In: BRITTO, Fabiana Dultra (Org.); JACQUES, Paola Berenstein. (Org.). *Corporidade: Debates, Ações e Articulações*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 106-129

\_\_\_\_\_. **Elogio aos Errantes**. Salvador: EDUFBA, 2012

KEHL, Maria Rita. **As Máquinas Falantes**. In: NOVAES, Adauto. *O homem-máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Com-

panhia das Letras, 2003.

KIRKBRIDE, Thomas Story. **On the construction, organization, and general arrangements of hospitals for the insane**. Philadelphia: Lindsay & Blakiston, 1854. Disponível em <<http://archive.org/details/onconstruction00kirk>>. Acesso em: junho 2013

KNIJNIK, Cristiane; GUIZZO, Iazana. **Troca de Segredos: um dispositivo que contagia experiências**. In: BAPTISTA, Luís Antônio (Org.); FERREIRA, Marcelo Santana (Org.). *Por que a cidade?: escritos sobre experiência urbana e subjetividade*. Niterói: Editora da UFF, 2012, p. 169-184.

KOCH, Scheila Rotondaro. **Os Santuários de Asclépio: expressões arquitetônicas, sociais e Religiosas nos séculos V, IV e III a.C.** (Dissertação). Mestrado em arqueologia. Programa de Pós-Graduação em Arqueologia do Museu de Arqueologia e Etnologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012, 113 f.

LE CORBUSIER. **Urbanismo**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LEFEBVRE, Henri. **O Direito à Cidade**. São Paulo: Centauro, 2001

MACHADO, Roberto et ali. **Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MIGUEL, Jorge Marão Carnielo. **Casa e Lar: a essência da arquitetura**. *Arquitextos*, Vitruvius, São Paulo, ano 3, n. 03.029, out. 2002. Disponível em <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/03.029/746>>. Acesso em jun 2013

MIQUELIN, Lauro. **Anatomia dos Edifícios Hospitalares**. São Paulo: CEDAS – União Social Camiliana, 1992.

- MONTANER, Josep Maria. **Arquitectura y Crítica**. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Depois do Movimento Moderno: arquitetura da segunda metade do século XX**. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, 2011
- \_\_\_\_\_. **A Modernidade Superada: arquitetura, arte e pensamento do século XX**. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, 2011b
- MONTANER, Josep Maria; MUXÍ, Zaida. **Arquitectura y Política. Ensayos para mundos alternativos**. Barcelona. Editorial Gustavo Gili, 2012.
- MORAES, Marcia. **Prefácio**. In: BAPTISTA, Luís Antônio (Org.); FERREIRA, Marcelo Santana (Org.). *Por que a cidade?: escritos sobre experiência urbana e subjetividade*. Editora da UFF. Niterói. 2012.
- NESBIT, Kate. **Introdução: notas para uma teoria da disjunção arquitetônica**. In: NESBIT, Kate (Org.). *Uma nova agenda para a arquitetura: antologia teórica (1965 – 1995)*. São Paulo, Cosac Naify, 2010, p.188.
- NOVA ACRÓPOLE. **O Santuário de Epidauro**. Disponível em: <[http://www.nova-acropole.pt/a\\_epidauro.html](http://www.nova-acropole.pt/a_epidauro.html)>. © Nova Acrópole 2009. Acesso em: mar. 2013.
- OLIVEIRA, William Vaz de. **A Fabricação da Loucura: contracultura e antipsiquiatria**. História, Ciências, Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.141-154, jan/mar. 2011.
- OTTO, Thomas. **St. Elizabeths Hospital: a history**. United States General Services Administration, National Capital Region. Washington, DC, 2013.
- PALOMBINI, Analice de Lima (Org.). **Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a Clínica em Movimento**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004
- \_\_\_\_\_. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica** (Tese). Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- PALOMBINI, Analice de Lima; OLIVEIRA, Rafael Wolski de. **Andanças: artes de habitar uma cidade**. In: BAPTISTA, Luís Antônio (Org.); FERREIRA, Marcelo Santana (Org.). *Por que a cidade?: escritos sobre experiência urbana e subjetividade*. Niterói: Editora da UFF, 2012. p. 83-103.
- PECHMAN, Robert Moses; KUSTER, Eliana. **Também sem a Feli(z)cidade se vive**. In *Corpocidade*: JACQUES, Paola Berenstein (Org.); BRITTO, Fabiana Dultra (Org.). *CORPOCIDADE: Debates, Ações e Articulações*. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 80-105.
- PELBART, Peter Pál. **Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: Loucura e Desrazão**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.
- PESSOTTI, Isaías. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro. Ed. 34, 1994.
- PEVSNER, Nikolaus. **Historia de las Tipologias Arquitectonicas**. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, 1980.
- PICCININI, Walmor J. **Breve história da psiquiatria do Rio Grande do Sul à luz das suas publicações**. Revista Psiquiatria RS, vol. 21 n. 2, p. 95-103, maio/ago 1999.
- \_\_\_\_\_. **Um pouco da História do Hospital Psiquiátrico São Pedro**. *Psychiatry On-line Brazil*, vol.12, n. 6, junho 2007. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano07/>>



wal0607.php>. Acesso em: maio 2013

QUÉTEL, Claude. **Un archétype de l'horreur carcérale: La Tour Chatimoine**. In: Hors-série des Annales de Normandie. Recueil d'études offert en hommage au doyen Michel de Boüard Vol. 2, n. 2, 1982, p. 509-532. Disponível em: <[www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/annor\\_0000-0003\\_1982\\_hos\\_1\\_2\\_4189](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/annor_0000-0003_1982_hos_1_2_4189)>. Acesso em: abril 2013.

QUINTANEIRO, Tânia et. al. **Introdução**. In: QUINTANEIRO, Tânia et. Al. Um toque de clássicos: Marx, Durkheim, Weber. 2 ed. revista e ampliada 1 reimpressão. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003

RAINONE, Francilene Nunes. **Experiência e Transmissão: O Projeto Insepe como articulador de reabilitação psicossocial no campo da saúde mental** (Tese). Doutorado em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012. 236 f.

RESENDE, Heitor. **Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica**. In: TUDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (org). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1997.

RIBEIRO, Fabrício Junio Rocha. **Da Razão ao Delírio: por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Belo Horizonte, 2006. 131f.

RIBEIRO JR., W.A. **Os Templos da Cura**. Portal Graecia Antiqua, São Carlos. Disponível em <[www.greciantiga.org/arquivo.asp?num=0253](http://www.greciantiga.org/arquivo.asp?num=0253)>. Acesso em: março 2013.

RIBEIRO, Ana Clara Torres. **Dança de sentidos: na busca de alguns gestos**. In: BRIT-

TO, Fabiana Dultra (Org.); JACQUES, Paola Berenstein. (Org.). **Corpocidade: Debates, Ações e Articulações**. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 24-41.

ROLNIK, Suely. **Clínica nômade**. In: EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Org.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997, p.83-97.

ROSEN, George. **Madness in Society: Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness**. Phoenix edition. Chicago: University of Chicago Press, 1980

ROTELLI, Franco. **Desinstitucionalização: uma outra via**. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucietec, 1990, p. 17-59.

\_\_\_\_\_. **A instituição inventada**. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.) **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

\_\_\_\_\_. (1994). **Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste**. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 2 reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p.149-169.

SCABIA, Giuliano. **Marco Cavallo: Una esperienza di animazione in un ospedale psichiatrico**. Einaudi, Torino, 1976. Extrato disponível em: <<http://www.triestesalute-mentale.it/storia/marcocavallo.htm>> Acesso em: julho 2013

SCHIAVONI, Alexandre Giovanni da Costa. **A Institucionalização da Loucura no Rio Grande do Sul: o Hospício São Pedro e a Faculdade de Medicina** (Dissertação). Mestrado em História. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

SCHEIBEL, Aline; FERREIRA, Lígia Hecker.

- Acolhimento no CAPS: Reflexões acerca da Assistência em Saúde Mental.** Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 35, n. 4, p. 966-983, out./dez. 2011.
- SOBRAL FILHA, Doralice Duque. Lazer, Saúde e Ordem: Principais programas desenvolvidos na arquitetura do século XIX no Rio de Janeiro e no Recife (Dissertação). Mestrado em Arquitetura. Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ, Rio de Janeiro, 2009. 270f.
- TADEU, Tomaz (org). **O Panóptico / Jeremy Bentham.** 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.
- TAFURI, Manfredo. **Projecto e Utopia: Arquitetura e Desenvolvimento do Capitalismo.** Lisboa: Ed. Presença, 1985.
- TEDESCHI, Enrico. **Teoría de la Arquitectura.** 3 ed. Buenos Aires: Nueva visión, 1978.
- TORTELLI, Sara Enrica. **I muri non sono mai semplicemente muri. A volte possono essere storia, altre volte possono essere idee. Giuliano Scabia e il sentiero teatrale per pensare e incontrare diversamente la follia.** Rivista Ricerche di S/Confine, vol. 2, n. 1, I muri. Parma, 2011. Disponível em <<http://www.ricchedisconfine.info/II-1/index.htm>>
- TSCHUMI, Bernard. **Architecture and Disjunction.** 4 ed. Cambridge/Massachusetts, London/England: The MIT Press, 1998.
- \_\_\_\_\_. **Introdução: Notas para uma Teoria da Disjunção Arquitetônica.** In: NESBIT, Kate (org.). Uma nova agenda para a arquitetura: antologia teórica (1965 – 1995). São Paulo: Cosac Naify, 2010, p. 189-191.
- \_\_\_\_\_. **O Prazer na Arquitetura.** In: NESBIT, Kate (org.). Uma nova agenda para a arquitetura: antologia teórica (1965 – 1995). São Paulo: Cosac Naify, 2010b, p. 573-584.
- UNESCO. **Sanctuary of Asklepios at Epidaurus.** Disponível em <http://whc.unesco.org/en/list/491>. © UNESCO World Heritage Centre 1992-2013. Consulta: 19/03/2013.
- U.S. Department of the Interior. National Park Service. **Historic American Buildings Survey. St. Elizabeths Hospital, Center Building: photographs, written historical and descriptive data reduced copies of measured drawings.** Documento HABS DC-349-W. Washington, DC, sem data. Disponível em: <<http://lcweb2.loc.gov/pnp/habshaer/dc/dc1100/dc1127/data/dc1127data.pdf>> Acesso em: jun 2013
- WADI, Yonissa M. **Palácio para Guardar Doidos: Uma História das lutas pela Construção do Hospital de Alienados e da Psiquiatria no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: UFRGS, 2002.
- WADI, Yonissa Marmitt; WEBER, Nádia Maria. **O Doutor Jacintho Godoy e a História da Psiquiatria no Rio Grande do Sul /Brasil.** *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, n. 6, 2006. Disponível em: <http://nuevomundo.revues.org/document1556.html>. Acesso em: 28 mai 2013
- WRIGHT, Henry Press. **The History of Domus Dei of Portsmouth.** London : J. Parker, 1873. Disponível em: <<https://archive.org/details/storyofdomusdeio00wrig> >. Acesso em: abril 2013
- YANNI, Carla. **The Architecture of Madness: Insane Asylums in the United States.** Minneapolis and London: University of Minnesota Press, 2007.
- YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Tese).** Doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006, 208 f.

# LISTA DE FIGURAS



FIGURA	FONTE	PG.	
<b>CAPÍTULO 1</b>			
FIG. 1	DIONÍSIO. CERÂMICA, SÉCULO V A.C.	<a href="http://www.mythesgreco.com/2BGAL/IMG/DIONYSOS/DIONYSOS-94.JPG">HTTP://WWW.MYTHESGRECS.COM/2BGAL/IMG/DIONYSOS/DIONYSOS-94.JPG</a>	26
FIG. 2	DIONÍSIA URBANA. DETALHE DE CERÂMICA REPRESENTANDO DIONÍSIO E O CORO SATÍRICO.	<a href="http://courses.missouristate.edu/ecarawan/images/satchor.jpeg">HTTP://COURSES.MISSOURISTATE.EDU/ECARAWAN/IMAGES/SATCHOR.JPEG</a>	27
FIG. 3	TEATRO DIONÍSIO NA ACRÓPOLE DE ATENAS	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: <a href="http://it.wikipedia.org/wiki/acropolis_di_atene">HTTP://IT.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/ACROPOLI_DI_ATENE</a>	28
FIG. 4	TEATRO DE DIONÍSIO. PLANTA BAIXA.	<a href="http://www.personal.psu.edu/kvl5099/greek5.jpg">HTTP://WWW.PERSONAL.PSU.EDU/KVL5099/GREEK5.JPG</a>	28
FIG. 5	DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DO TEATRO GREGO. PLANTA BAIXA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: <a href="http://www.cawhi.com/upload/1109171049276427.jpg">HTTP://WWW.CAWHI.COM/UPLOAD/1109171049276427.JPG</a>	29
FIG. 6	TEATRO GREGO. PERSPECTIVA	ELABORAÇÃO DA AUTORA	29
FIG. 7	ASCLÉPIOS. GRAVURA. [LONDRES, 1860?]	<a href="http://www.nlm.nih.gov/hmd/greek/popup/images/asclepius_detail.jpg">HTTP://WWW.NLM.NIH.GOV/HMD/GREEK/POPOP/IMAGES/ASCLEPIUS_DETAIL.JPG</a>	29
FIG. 8	SANTUÁRIO DE EPIDAURO. IMPLANTAÇÃO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: <a href="http://www.discusmedia.com/pictures/maps/000/00/M/0024729M.jpg">HTTP://WWW.DISCUSMEDIA.COM/PIC-TURES/MAPS/000/00/M/0024729M.JPG</a>	30
FIG. 9	SANTUÁRIO DE EPIDAURO. PLANTAS BAIXAS.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: <a href="http://www.discusmedia.com/pictures/maps/000/00/M/0024729M.jpg">HTTP://WWW.DISCUSMEDIA.COM/PIC-TURES/MAPS/000/00/M/0024729M.JPG</a>	30
FIG. 10	TEMPLO DE ASCLÉPIO. PLANTA BAIXA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: <a href="http://classics.unc.edu/courses/clar244/epidastpl.jpg">HTTP://CLASSICS.UNC.EDU/COURSES/CLAR244/EPIDASTPL.JPG</a>	31
FIG. 11	TEMPLO DE ASCLÉPIO. FACHADA.	<a href="http://ihm.nlm.nih.gov/luna/servlet/view/all/what/temples/">HTTP://IHM.NLM.NIH.GOV/LUNA/SERVLET/VIEW/ALL/WHAT/TEMPLES/</a>	31
FIG. 12	TEMPLO DE ASCLÉPIO. SECÇÃO.	<a href="http://ihm.nlm.nih.gov/luna/servlet/view/all/what/temples/">HTTP://IHM.NLM.NIH.GOV/LUNA/SERVLET/VIEW/ALL/WHAT/TEMPLES/</a>	31
FIG. 13	THOLOS. PLANTA BAIXA.	<a href="http://www.gottwein.de/hell2000/epid002.php">HTTP://WWW.GOTTWEIN.DE/HELL2000/EPID002.PHP</a>	31
FIG. 14	THOLOS. PERSPECTIVA.	<a href="http://www.gottwein.de/hell2000/epid002.php">HTTP://WWW.GOTTWEIN.DE/HELL2000/EPID002.PHP</a>	31
FIG. 15	THOLOS. FACHADA.	<a href="http://www.gottwein.de/hell2000/epid002.php">HTTP://WWW.GOTTWEIN.DE/HELL2000/EPID002.PHP</a>	31
FIG. 16	ABADIA DE SAINT GALL. BASEADA NO PERGAMINHO ORIGINAL.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: <a href="http://historyofinformation.com/images/plan_of_st_gall.jpg">HTTP://HISTORYOFINFORMATION.COM/IMAGES/PLAN_OF_ST_GALL.JPG</a>	35
FIG. 17	ENFERMARIA DE SAINT GALL. DETALHE DA PLANTA BAIXA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: <a href="http://historyofinformation.com/images/plan_of_st_gall.jpg">HTTP://HISTORYOFINFORMATION.COM/IMAGES/PLAN_OF_ST_GALL.JPG</a>	35
FIG. 18	ABADIA DE SAINT GALL. PERSPECTIVA GERAL.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: <a href="http://cdn2.all-art.org/architecture/images4/384.jpg">HTTP://CDN2.ALL-ART.ORG/ARCHITECTURE/IMAGES4/384.JPG</a>	35
FIG. 19	ABADIA DE SAINT GALL. DETALHE DA ENFERMARIA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: <a href="http://cdn2.all-art.org/architecture/images4/384.jpg">HTTP://CDN2.ALL-ART.ORG/ARCHITECTURE/IMAGES4/384.JPG</a>	35
FIG. 20	HOSPÍCIO DOMUS DEI. IMPLANTAÇÃO (ANTERIOR A 1540)	ELABORAÇÃO DA AUTORA: A PARTIR DE WRIGHT, 1873, P. 161.	37
FIG. 21	HOSPÍCIO DOMUS DEI. PLANTA BAIXA (1794)	ELABORAÇÃO DA AUTORA: A PARTIR DE WRIGHT, 1873, P. 37.	37
FIG. 22	HOSPÍCIO DOMUS DEI. PERSPECTIVA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: <a href="http://www.memorials.inportsmouth.co.uk/churches/royal_garrison/">HTTP://WWW.MEMORIALS.INPORTSMOUTH.CO.UK/CHURCHES/ROYAL_GARRISON/</a>	37
FIG. 23	MAPA DA ÁREA DO HÔTEL DIEU DE PARIS. MEADOS DO SÉCULO XVI.	<a href="http://www.alyon.org/infoslyon/geographie/plan_hotel_dieu.jpg">HTTP://WWW.ALYON.ORG/INFOSLYON/GEOGRAPHIE/PLAN_HOTEL_DIEU.JPG</a>	38
FIG. 24	HÔTEL DIEU (1703).	<a href="http://www.parisenimages.fr/export450/4000/3775-14.jpg">HTTP://WWW.PARISENIMAGES.FR/EXPORT450/4000/3775-14.JPG</a>	38
FIG. 25	MAPA DA ÁREA DA TORRE DOS LOUCOS DE CAEN.	QUETEL, 1982, P. 511.	39



FIG. 26	PLANTA BAIXA DA TORRE DOS LOUCOS DE CAEN.	QUETEL, 1982, P. 512.	39
FIG. 27	SECÇÃO DA TORRE DOS LOUCOS DE CAEN	QUETEL, 1982, P. 513.	39
FIG. 28	STULTIFERA NAVIS OU NARRESCHIFF DE SEBASTIAN BRANT (1497). PÁGINA DE TÍTULO DA EDIÇÃO 1549 DO LIVRO.	HTTP://S77.N15.N84.N66.STATIC.MYHOSTCENTER.COM/LITERATURE/GERMANY/145.JPG	43
FIG. 29	A NAVE DOS LOUCOS DE HIERONYMUS BOSCH (1503-1504). MUSEU DO LOUVRE, PARIS.	HTTP://HARPERS.ORG/WP-CONTENT/UPLOADS/BOSCH-SHIP-OF-FOOLS.JPG	44
FIG. 30	A PEDRA DA LOUCURA DE HIERONYMUS BOSCH (1475-1480). MUSEU DO PRADO, MADRI.	HTTP://CGI.DI.UOA.GR/~GRAD0146/IMAGES/STONE.JPG	44
FIG. 31	ILUSTRAÇÃO. ELOGIO DA LOUCURA DE ERASMO DE ROTERDAM (1676).	HTTP://WWW.MAGGS.COM/MEDIA/77646/20293_01.JPG	44
FIG. 32	ILUSTRAÇÕES. ELOGIO DA LOUCURA DE ERASMO DE RÓTERDAM (1509)	HTTP://WWW.GUTENBERG.ORG/FILES/27846/27846-H/27846-H.HTM	44
FIG. 33	OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO. PLANTA BAIXA E FACHADA (1456).	HTTP://WWW2.ARCH.UIUC.EDU/FACULTY/HHMINOR/ARCH413/PRESENTATION%2012/IMAGES/1229.JPG	46
FIG. 34	OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO. PLANTA BAIXA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: HTTP://WWW2.ARCH.UIUC.EDU/FACULTY/HHMINOR/ARCH413/PRESENTATION%2012/IMAGES/1229.JPG	46
FIG. 35	OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO. PERSPECTIVA ESQUEMÁTICA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: HTTP://WWW2.ARCH.UIUC.EDU/FACULTY/HHMINOR/ARCH413/PRESENTATION%2012/IMAGES/1229.JPG	46
FIG. 36	HOSPITAL GERAL DE BICÊTRE. PLANTA BAIXA E FACHADA.	HTTP://WWW.CULTURE.GOUV.FR/WAVE/IMAGE/MEMOIRE/1137/SAP01_68N00209_P.JPG	48
FIG. 37	HOSPITAL GERAL DE BICÊTRE, PARIS (1740). GRAVURA DE RIGAUD JACQUES	HTTP://GW.GENEANET.ORG/FILE/GENEWEBFILE/S/Y/SYMI43/61/H%C3%B4PITAL%20BIC%C3%AATRE_1.JPG	48
FIG. 38	HOSPITAL GERAL DE BICÊTRE, PARIS (1740). GRAVURA DE RIGAUD JACQUES	HTTP://GW.GENEANET.ORG/SYMI43?LANG=NL&M=NOTES&F=MONLET	48
FIG. 39	VISTA DO PÁTIO DO HOSPITAL GERAL DE BICÊTRE, PARIS. PRÉPARATIFS DU FERREMENT. GRAVURA DE GABRIEL CLOQUEMIN (1835).	HTTP://FVIDOCQ.FREE.FR/BANQUE_IMAGES.HTML	48
FIG. 40	LA SALPÊTRIÈRE. GRAVURA DE FRANÇOIS MUGUET, PARIS, 1676.	HTTP://NEWS.LIBRARY.DEPAUL.EDU/NEWS/IMAGE.AXD?PICTURE=HOPITAL+GENERAL+DE+PARIS.JPEG	49
FIG. 41	O MASSACRE DA SALPÊTRIÈRE. AUTOR DESCONHECIDO. ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS, PARIS.	HTTP://WWW.MAGNOLIABOX.COM/TAG/LA%20SALPETRIERE%20HOSPITAL	49
FIG. 42	MAPA DA ÁREA DO HOSPITAL GERAL LA SALPÊTRIÈRE (1760).	HTTP://FR.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/HÔPITAL_DE_LA_SALPÊTRIÈRE	49
FIG. 43	HOSPITAL GERAL LA SALPÊTRIÈRE. PLANTA BAIXA E FACHADA.	HTTP://WWW.CULTURE.GOUV.FR/WAVE/IMAGE/MEMOIRE/1137/SAP01_68N00214_P.JPG	49
FIG. 44	PHILIPPE PINEL ORDENA A REMOÇÃO DAS CORRENTES DAS PACIENTES DA SALPÊTRIÈRE. TONY ROBERT-FLEURY, 1795.	HTTP://WWW.HISTOIRE-IMAGE.ORG/PLEINCADRE/INDEX.PHP?A=675&D=1&I=897	54
FIG. 45	O PANÓPTICO. MISERICÓRDIA, A JUSTIÇA, A VIGILÂNCIA.	FONTES, 2003, P. 8.	55
FIG. 46	ILUSTRAÇÃO DO LIVRO DE JEREMY BENTHAM SOBRE O PANÓPTICO.	BENTHAM, 1843, P. 38	56

FIG. 47	PROJETO PANÓPTICO. JERMEY BENTHAM, SAMUEL BENTHAM E WILLEY REVELEY, (1791).	<a href="http://www.litencyc.com/images/penitentiarypanopticon1791.jpg">HTTP://WWW.LITENCYC.COM/IMAGES/PENITENTIARYPANOPTICON1791.JPG</a>	57
FIG. 48	PANÓPTICO DE BENTHAM. FACHADA, CORTE E PLANTA BAIXA. DESENHADO POR WILLEY REVELEY, 1791.	<a href="http://blogs.dickinson.edu/hist-fbi/files/2012/04/panopticon.jpg">HTTP://BLOGS.DICKINSON.EDU/HIST-FBI/FILES/2012/04/PANOPTICON.JPG</a>	57
FIG. 49	PROJETO DE BERNARD POYET E CLAUDE-PHILIPPE COQUEAU PARA HÔTEL DIEU (1785). PLANTA BAIXA.	<a href="http://library24.library.cornell.edu:8280/luna/servlet/view/all/when/1785?sort=accession,prefereed_name,title,classification">HTTP://LIBRARY24.LIBRARY.CORNELL.EDU:8280/LUNA/SERVLET/VIEW/ALL/WHEN/1785?SORT=ACCESSION,PREFEREED_NAME,TITLE,CLASSIFICATION</a>	59
FIG. 50	PROJETO DE BERNARD POYET E CLAUDE-PHILIPPE COQUEAU PARA HÔTEL DIEU (1785). DETALHE PLANTA BAIXA.	<a href="http://library24.library.cornell.edu:8280/luna/servlet/view/all/when/1785?sort=accession,prefereed_name,title,classification">HTTP://LIBRARY24.LIBRARY.CORNELL.EDU:8280/LUNA/SERVLET/VIEW/ALL/WHEN/1785?SORT=ACCESSION,PREFEREED_NAME,TITLE,CLASSIFICATION</a>	59
FIG. 51	PROJETO DE BERNARD POYET E CLAUDE-PHILIPPE COQUEAU PARA HÔTEL DIEU (1785). FACHADA E SECCÃO.	<a href="http://library24.library.cornell.edu:8280/luna/servlet/view/all/when/1785?sort=accession,prefereed_name,title,classification">HTTP://LIBRARY24.LIBRARY.CORNELL.EDU:8280/LUNA/SERVLET/VIEW/ALL/WHEN/1785?SORT=ACCESSION,PREFEREED_NAME,TITLE,CLASSIFICATION</a>	59
FIG. 52	PLANTA DE LOCALIZAÇÃO, HOSPITAL NACIONAL PARA INSANOS.	US, THE LIBRARY OF CONGRESS. HISTORIC AMERICAN LANDSCAPE SURVEY ST. ELIZABETHS HOSPITAL WEST CAMPUS, HALLS NO. DC-11, P.110. DOCUMENTO DISPONÍVEL EM: <a href="http://memory.loc.gov">HTTP://MEMORY.LOC.GOV</a> .	64
FIG. 53	PLANTA DE SITUAÇÃO, HOSPITAL NACIONAL PARA INSANOS.	US, THE LIBRARY OF CONGRESS. HISTORIC AMERICAN LANDSCAPE SURVEY ST. ELIZABETHS HOSPITAL WEST CAMPUS, HALLS NO. DC-11, P.110. DOCUMENTO DISPONÍVEL EM: <a href="http://memory.loc.gov">HTTP://MEMORY.LOC.GOV</a> .	64
FIG. 54	FACHADA NORTE, HOSPITAL SAINT ELIZABETHS.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: US. THE LIBRARY OF CONGRESS. DOCUMENTO DISPONÍVEL EM: <a href="http://www.loc.gov/pictures/item/dc1099/">HTTP://WWW.LOC.GOV/PICTURES/ITEM/DC1099/</a>	65
FIG. 55	PLANTA BAIXA TIPO, HOSPITAL NACIONAL PARA INSANOS.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: US. THE LIBRARY OF CONGRESS. DOCUMENTO DISPONÍVEL EM: <a href="http://www.loc.gov/pictures/item/dc1099/">HTTP://WWW.LOC.GOV/PICTURES/ITEM/DC1099/</a>	65
FIG. 56	CORTE AA, BB E CC, HOSPITAL SAINT ELIZABETHS.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: US. THE LIBRARY OF CONGRESS. DOCUMENTO DISPONÍVEL EM: <a href="http://www.loc.gov/pictures/item/dc1099/">HTTP://WWW.LOC.GOV/PICTURES/ITEM/DC1099/</a>	65
FIG. 57	CROQUI DE THOMAS U. WALTER, ASSINADO POR MILLARD FILLMORE, HOSPITAL NACIONAL PARA INSANOS, 1860.	US, THE LIBRARY OF CONGRESS. PHOTOGRAPHS, WRITTEN HISTORICAL AND DESCRIPTIVE DATA (...). DISPONÍVEL EM: <a href="http://lcweb2.loc.gov/pnp/habshaer/dc/dc1000/dc1099/data/dc1099data.pdf">HTTP://LCWEB2.LOC.GOV/PNP/HABSHAER/DC/DC1000/DC1099/DATA/DC1099DATA.PDF</a>	65
FIG. 58	HOSPITAL SAINT ELIZABETHS. EDIFÍCIO CENTRAL, 1938.	US, THE LIBRARY OF CONGRESS. PHOTOGRAPHS, WRITTEN HISTORICAL AND DESCRIPTIVE DATA (...). DISPONÍVEL EM: <a href="http://lcweb2.loc.gov/pnp/habshaer/dc/dc1000/dc1099/data/dc1099data.pdf">HTTP://LCWEB2.LOC.GOV/PNP/HABSHAER/DC/DC1000/DC1099/DATA/DC1099DATA.PDF</a>	66
FIG. 59	HOSPITAL SAINT ELIZABETHS. TRECHO DA FACHADA NORTE, 1968.	US, THE LIBRARY OF CONGRESS. PHOTOGRAPHS, WRITTEN HISTORICAL AND DESCRIPTIVE DATA (...). DISPONÍVEL EM: <a href="http://lcweb2.loc.gov/pnp/habshaer/dc/dc1000/dc1099/data/dc1099data.pdf">HTTP://LCWEB2.LOC.GOV/PNP/HABSHAER/DC/DC1000/DC1099/DATA/DC1099DATA.PDF</a>	66
FIG. 60	ASA OESTE, FACHADA SUL, HOSPITAL SAINT ELIZABETHS, 1968.	US, THE LIBRARY OF CONGRESS. PHOTOGRAPHS, WRITTEN HISTORICAL AND DESCRIPTIVE DATA (...). DISPONÍVEL EM: <a href="http://lcweb2.loc.gov/pnp/habshaer/dc/dc1000/dc1099/data/dc1099data.pdf">HTTP://LCWEB2.LOC.GOV/PNP/HABSHAER/DC/DC1000/DC1099/DATA/DC1099DATA.PDF</a>	66
FIG. 61	ALCOVA NA ALA ÁLAMO, HOSPITAL SAINT ELIZABETHS. 1905.	US, THE LIBRARY OF CONGRESS. PHOTOGRAPHS, WRITTEN HISTORICAL AND DESCRIPTIVE DATA (...). DISPONÍVEL EM: <a href="http://lcweb2.loc.gov/pnp/habshaer/dc/dc1000/dc1099/data/dc1099data.pdf">HTTP://LCWEB2.LOC.GOV/PNP/HABSHAER/DC/DC1000/DC1099/DATA/DC1099DATA.PDF</a>	67
FIG. 62	RECEPÇÃO, ALA CEREJEIRA. HOSPITAL SAINT ELIZABETHS, 1905	US, THE LIBRARY OF CONGRESS. PHOTOGRAPHS, WRITTEN HISTORICAL AND DESCRIPTIVE DATA (...). DISPONÍVEL EM: <a href="http://lcweb2.loc.gov/pnp/habshaer/dc/dc1000/dc1099/data/dc1099data.pdf">HTTP://LCWEB2.LOC.GOV/PNP/HABSHAER/DC/DC1000/DC1099/DATA/DC1099DATA.PDF</a>	67
FIG. 63	HALL PRINCIPAL DO APARTAMENTO DO SUPERINTENDENTE, SEGUNDO ANDAR DO EDIFÍCIO CENTRAL, HOSPITAL SAINT ELIZABETHS, 1905.	US, THE LIBRARY OF CONGRESS. PHOTOGRAPHS, WRITTEN HISTORICAL AND DESCRIPTIVE DATA (...). DISPONÍVEL EM: <a href="http://lcweb2.loc.gov/pnp/habshaer/dc/dc1000/dc1099/data/dc1099data.pdf">HTTP://LCWEB2.LOC.GOV/PNP/HABSHAER/DC/DC1000/DC1099/DATA/DC1099DATA.PDF</a>	67
FIG. 64	ALA CEREJEIRA (FEMININA E BRANCA), H. SAINT ELIZABETHS, 1905.	OTTO, 2013, P. 25.	67

FIG. 65	DETALHE DA PLANTA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO E SUBÚRBIOS (1890)	SOBRAL FILHA, 2009, P. 172.	69
FIG. 66	IMPLANTAÇÃO DO HOSPÍCIO NACIONAL DOS ALIENADOS (HOSPITAL PEDRO II). EM CINZA ESCURO ESTÃO MARCADAS AS AMPLIAÇÕES DE 1903.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE FACHINETTI, 2010, P.749.	69
FIG. 67	HOSPÍCIO PEDRO II. PLANTA BAIXA E FACHADA	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: SOBRAL FILHA, 2009, P. 172.	70
FIG. 68	HOSPÍCIO PEDRO II. LITOGRAVURA DE PIETER GODFRED BERTICHEN, SÉCULO XIX.	<a href="http://BNDIGITAL.BN.BR/">HTTP://BNDIGITAL.BN.BR/</a>	71
FIG. 69	HOSPÍCIO PEDRO II. GRAVURA DE BACHELIER, SÉCULO XIX.	<a href="http://BNDIGITAL.BN.BR/">HTTP://BNDIGITAL.BN.BR/</a>	71
FIG. 70	HOSPÍCIO PEDRO II, ATUAL PALÁCIO UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, PRAIA VERMELHA.	<a href="http://REMEMORATOR.INFO/?P=3654">HTTP://REMEMORATOR.INFO/?P=3654</a>	71
FIG. 71	DETALHE DA PLANTA DA CIDADE DE PORTO ALEGRE, CAPITAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 1906.	DESENHO DE ATTILIO TREBBI. PUBLICADO PELA CASA EDITORA – LIVRARIA DO COMÉRCIO. DISPONÍVEL EM: <a href="http://POAVIVE.FILES.WORDPRESS.COM/2013/03/PLANTA-PORTO-ALEGRE-1906.JPG">HTTP://POAVIVE.FILES.WORDPRESS.COM/2013/03/PLANTA-PORTO-ALEGRE-1906.JPG</a>	73
FIG. 72	RECORTE DA PLANTA DA CIDADE DE PORTO ALEGRE, CAPITAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 1906, MOSTRANDO A LOCALIZAÇÃO DO HOSPÍCIO SÃO PEDRO NO ARRAIAL DO PARTENON.	DESENHO DE ATTILIO TREBBI. PUBLICADO PELA CASA EDITORA – LIVRARIA DO COMÉRCIO. DISPONÍVEL EM: <a href="http://POAVIVE.FILES.WORDPRESS.COM/2013/03/PLANTA-PORTO-ALEGRE-1906.JPG">HTTP://POAVIVE.FILES.WORDPRESS.COM/2013/03/PLANTA-PORTO-ALEGRE-1906.JPG</a>	73
FIG. 73	LIVRO DE PRESENCAS DO HOSPÍCIO SÃO PEDRO, ASSINADO PELA PRINCESA ISABEL EM 1885.	<a href="http://3.BP.BLOGSPOT.COM/-F1PFDWJMN7Y/TE6HBHFMNRI/AAAAAAAABYI/STXH7AOPCBW/S1600/FOTO+43.JPG">HTTP://3.BP.BLOGSPOT.COM/-F1PFDWJMN7Y/TE6HBHFMNRI/AAAAAAAABYI/STXH7AOPCBW/S1600/FOTO+43.JPG</a>	75
FIG. 74	CARTÃO POSTAL EXIBINDO O EDIFÍCIO DO HOSPÍCIO SÃO PEDRO. 1904, SELO CEM REIS.	<a href="http://BIMG2.MLSTATIC.COM/POSTAL-PORTO-ALEGRE-HOSPICIO-SO-PEDRO_MLB-F-195496366_5755.JPG">HTTP://BIMG2.MLSTATIC.COM/POSTAL-PORTO-ALEGRE-HOSPICIO-SO-PEDRO_MLB-F-195496366_5755.JPG</a>	75
FIG. 75	CONJUNTO ATUAL DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. EM CINZA ESCURO, O EDIFÍCIO CENTENÁRIO. IMPLANTAÇÃO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: MATERIAL FORNECIDO PELO IPHAE -RS EM 2013.	76
FIG. 76	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. PLANTA BAIXA: PORÃO (1999).	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: MATERIAL FORNECIDO PELO IPHAE -RS EM 2013.	77
FIG. 77	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. PLANTA BAIXA: PRIMEIRO PAVIMENTO (1999).	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: MATERIAL FORNECIDO PELO IPHAE -RS EM 2013.	77
FIG. 78	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. PLANTA BAIXA: SEGUNDO PAVIMENTO (1999).	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: MATERIAL FORNECIDO PELO IPHAE -RS EM 2013.	77
FIG. 79	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. CORTE AA (1999).	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: MATERIAL FORNECIDO PELO IPHAE -RS EM 2013.	78
FIG. 80	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. CORTE BB (1999).	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: MATERIAL FORNECIDO PELO IPHAE -RS EM 2013.	78
FIG. 81	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. CORTE CC (1999).	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: MATERIAL FORNECIDO PELO IPHAE -RS EM 2013.	78
FIG. 82	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. CORTES DD (1999).	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: MATERIAL FORNECIDO PELO IPHAE -RS EM 2013.	78
FIG. 83	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. FACHADA SUDESTE (1999).	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: MATERIAL FORNECIDO PELO IPHAE -RS EM 2013.	78
FIG. 84	HOSPÍCIO SÃO PEDRO, FOTOGRAFIA DE 1922.	<a href="http://GRUPOHOSPITALARESTADUAL.BLOGSPOT.COM.BR/P/HPSP.HTML">HTTP://GRUPOHOSPITALARESTADUAL.BLOGSPOT.COM.BR/P/HPSP.HTML</a>	79

FIG. 85	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. VISTA AÉREA.	<a href="http://GRUPOHOSPITALARESTADUAL.BLOGSPOT.COM.BR/P/HPSP.HTML">HTTP://GRUPOHOSPITALARESTADUAL.BLOGSPOT.COM.BR/P/HPSP.HTML</a>	79
FIG. 86	FACHADA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO.	ACERVO PESSOAL CARLOS RENAN PIRES SANTOS. DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/CRENAN/2387819781/">HTTP://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/CRENAN/2387819781/</a>	79
FIG. 87	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. DETALHE DA FACHADA.	ACERVO PESSOAL DE KARINA KOHL. DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/KARINAKOHL/3189899160/">HTTP://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/KARINAKOHL/3189899160/</a>	79
FIG. 88	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. DETALHE DA FACHADA.	ACERVO PESSOAL DE LOLETES. DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/LOLETES/5042678537/">HTTP://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/LOLETES/5042678537/</a>	79
FIG. 89	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. ACESSO À DIVISÃO PINEL.	ACERVO PESSOAL DE LUCIANA BANDEIRA. DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/LUBANDEIRA/4778131715/">HTTP://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/LUBANDEIRA/4778131715/</a>	80
FIG. 90	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. ACESSO AO PAVILHÃO PROTÁSIO ALVES.	ACERVO PESSOAL DE LUCIANA BANDEIRA. DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/LUBANDEIRA/4778131715/">HTTP://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/LUBANDEIRA/4778131715/</a>	80
FIG. 91	MÉDICOS DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO, DÉCADA DE 1940.	SERVIÇO DE MEMORIA CULTURAL DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.SCIELO.BR/IMG/REVISTAS/RPRS/V28N3/A01FIG01_TUMBNAIL.JPG">HTTP://WWW.SCIELO.BR/IMG/REVISTAS/RPRS/V28N3/A01FIG01_TUMBNAIL.JPG</a>	81
FIG. 92	IRMÃS FRANCESAS DA ORDEM DE SÃO JOSÉ DE CHAMBÉRY. DÉCADA DE 1940.	SERVIÇO DE MEMORIA CULTURAL DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. DISPONÍVEL EM: <a href="http://3.BP.BLOGSPOT.COM/-UA4CGZDIJY/TE6ENIWC8FI/AAAAAAAABXY/NGW1ILLKFKY/S1600/FOTO+46.JPG">HTTP://3.BP.BLOGSPOT.COM/-UA4CGZDIJY/TE6ENIWC8FI/AAAAAAAABXY/NGW1ILLKFKY/S1600/FOTO+46.JPG</a>	81
FIG. 93	PÁTIO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO.	ACERVO PESSOAL DE LUCIANA BANDEIRA. DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/LUBANDEIRA/4778165031/IN/PHOTOSTREAM/">HTTP://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/LUBANDEIRA/4778165031/IN/PHOTOSTREAM/</a>	82
FIG. 94	INTERIOR DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO.	FONTE: ACERVO PESSOAL DE LUCIANA BANDEIRA. DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/LUBANDEIRA/4778188597/">HTTP://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/LUBANDEIRA/4778188597/</a>	82
FIG. 95	INTERIOR DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO.	ACERVO PESSOAL DE CRISTIANO MEDEIROS DALBEM. DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/HELLONINJA/5813779784/">HTTP://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/HELLONINJA/5813779784/</a>	83
FIG. 96	INTERIOR DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO.	ACERVO PESSOAL DE CRISTIANO MEDEIROS DALBEM. DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/HELLONINJA/5835041056/">HTTP://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/HELLONINJA/5835041056/</a>	83
FIG. 97	INTERIOR DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO.	ACERVO PESSOAL DE GUILHERME BEIRÓ. DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/BEIRO/334607617/">HTTP://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/BEIRO/334607617/</a>	83
FIG. 98	VISTA FRONTAL DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO	<a href="http://MEMORIADASAUDE.COM.BR/WP-CONTENT/UPLOADS/2013/03/BANNER-HPSP.JPG">HTTP://MEMORIADASAUDE.COM.BR/WP-CONTENT/UPLOADS/2013/03/BANNER-HPSP.JPG</a>	84
<b>CAPÍTULO 2</b>			
FIG. 99	MACHADO DE ASSIS.	<a href="http://MEDIA.ESCOLA.BRITANNICA.COM.BR">HTTP://MEDIA.ESCOLA.BRITANNICA.COM.BR</a>	100
FIG. 100	LIMA BARRETO	<a href="http://WWW.FCA.PUCMINAS.BR">HTTP://WWW.FCA.PUCMINAS.BR</a>	100
FIG. 101	FICHA DA SEGUNDA INTERNAÇÃO DE LIMA BARRETO.	BARRETO, 2010 P. 40	102
FIG. 102	PAVILHÃO DE OBSERVAÇÕES, HOSPÍCIO PEDRO II.	ACERVO INSTITUTO PHILIPPE PINEL (IPP). DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.CCS.SAUDE.GOV.BR/MEMORIA%20DA%20LOUCURA/MOSTRA/INDEX.HTM">HTTP://WWW.CCS.SAUDE.GOV.BR/MEMORIA%20DA%20LOUCURA/MOSTRA/INDEX.HTM</a>	103
FIG. 103	PACIENTES, HOSPÍCIO PEDRO II.	ACERVO INSTITUTO PHILIPPE PINEL (IPP). DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.CCS.SAUDE.GOV.BR/MEMORIA%20DA%20LOUCURA/MOSTRA/INDEX.HTM">HTTP://WWW.CCS.SAUDE.GOV.BR/MEMORIA%20DA%20LOUCURA/MOSTRA/INDEX.HTM</a>	103
FIG. 104	INSTALAÇÕES INTERNAS, HOSPÍCIO PEDRO II.	ACERVO INSTITUTO PHILIPPE PINEL (IPP). DISPONÍVEL EM: <a href="http://WWW.CCS.SAUDE.GOV.BR/MEMORIA%20DA%20LOUCURA/MOSTRA/INDEX.HTM">HTTP://WWW.CCS.SAUDE.GOV.BR/MEMORIA%20DA%20LOUCURA/MOSTRA/INDEX.HTM</a>	103

FIG. 105	BIBLIOTECA, HOSPÍCIO PEDRO II.	FACHINETTI, 2010, P. 751.	104
FIG. 106	SALA DE DIVERSÃO DOS ENFERMOS, HOSPÍCIO PEDRO II.	FACHINETTI, 2010, P. 759	104
FIG. 107	UM QUARTO DE PENSIONISTA, HOSPÍCIO PEDRO II.	FACHINETTI, 2010, P. 757.	105
FIG. 108	PAVILHÃO DOS DESACEIADOS, HOSPÍCIO PEDRO II.	FACHINETTI, 2010, P. 758	105
FIG. 109	PÁTIO DA SEÇÃO PINEL, HOSPÍCIO PEDRO II.	FACHINETTI, 2010, P. 757	105
FIG. 110	REFEITÓRIO, HOSPÍCIO PEDRO II.	ACERVO INSTITUTO PHILIPPE PINEL (IPP). DISPONÍVEL EM: <a href="http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/index.htm">HTTP://WWW.CCS.SAUDE.GOV.BR/MEMORIA%20DA%20LOUCURA/MOSTRA/INDEX.HTM</a>	106
FIG. 111	PÁTIO INTERNO, HOSPÍCIO PEDRO II.	ACERVO INSTITUTO PHILIPPE PINEL (IPP). DISPONÍVEL EM: <a href="http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/index.htm">HTTP://WWW.CCS.SAUDE.GOV.BR/MEMORIA%20DA%20LOUCURA/MOSTRA/INDEX.HTM</a>	106
<b>CAPÍTULO 4</b>			
FIG. 112	ALEGORIA DA CASA BARROCA	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: DELEUZE, 2011, P. 16.	150
FIG. 113	DIAGRAMA DE FOUCAULT (SEGUNDO DELEUZE)	DELEUZE, 2011B, P. 128.	152
FIG. 114	VISTA AÉREA BAIRRO FARROUPILHA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: GOOGLE EARTH. ACESSO: NOV. 2013	156
FIG. 115	LOCALIZAÇÃO CAPS CAIS MENTAL CENTRO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA. A PARTIR DE: GOOGLE EARTH. ACESSO: NOV. 2013	156
FIG. 116	FACHADA DO CAPS CAIS MENTAL CENTRO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	156
FIG. 117	PLANTA DE SITUAÇÃO, NOVEMBRO DE 1952.	ARQUIVO PÚBLICO MUNICIPAL	157
FIG. 118	VOLUMETRIA DA CASA PÓS REFORMA DE 1952.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	157
FIG. 119	VOLUMETRIA DA CASA PÓS REFORMA DE 1952.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	157
FIG. 120	TRANSFORMAÇÕES NA VOLUMETRIA DEVIDO A REFORMA DE 1952.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	157
FIG. 121	PLANTA BAIXA, AGOSTO DE 1952.	ARQUIVO PÚBLICO MUNICIPAL	158
FIG. 122	PLANTA BAIXA, NOVEMBRO DE 1952.	ARQUIVO PÚBLICO MUNICIPAL	158
FIG. 123	TRANSFORMAÇÕES DA CASA CONFORME PLANTAS BAIXAS DE 1952 E A SITUAÇÃO PRESENTE.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	159
FIG. 124	FACHADA, NOVEMBRO DE 1952.	ARQUIVO PÚBLICO MUNICIPAL.	160
FIG. 125	CORTE, NOVEMBRO DE 1952.	ARQUIVO PÚBLICO MUNICIPAL.	160
FIG. 126	CORTE, NOVEMBRO DE 1952	ARQUIVO PÚBLICO MUNICIPAL.	160
FIG. 127	VOLUMETRIA ANTERIOR A 1952.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	161
FIG. 128	VOLUMETRIA APÓS REFORMA DE 1952.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	161
FIG. 129	VOLUMETRIA ATUAL, CAPS CAIS MENTAL CENTRO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	161
FIG. 130	TRANSFORMAÇÃO DA CASA EM CAIS, PLANTAS BAIXAS.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	161
FIG. 131	RECEPÇÃO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	162
FIG. 132	RECEPÇÃO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	162
FIG. 133	PLANTAS BAIXAS DO CAPS CAIS MENTAL CENTRO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	163



FIG. 134	SALA DE ESPERA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	164
FIG. 135	SALA DE ESPERA	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	164
FIG. 136	SALA DE ESPERA, ESCADA QUE ACESSA O SEGUNDO PAVIMENTO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	164
FIG. 137	SALA DE ESPERA, CORREDOR DE ACESSO À ÁREA PRIVATIVA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	164
FIG. 138	SALA DE ACOLHIMENTO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	165
FIG. 139	SALA DE ACOLHIMENTO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	165
FIG. 140	SALA AMBIENTE (CAD).	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	166
FIG. 141	SALA AMBIENTE (CAD).	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	166
FIG. 142	SALA AMBIENTE (CAD). VISTA DO JARDIM DE INVERNO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	166
FIG. 143	SALA AMBIENTE (CAD). PORTA DE ACESSO AO PÁTIO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	166
FIG. 144	REFEITÓRIO (CAD).	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	167
FIG. 145	REFEITÓRIO (CAD).	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	167
FIG. 146	PÁTIO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	167
FIG. 147	OFICINA DE BELEZA (ANTIGA GARAGEM).	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	167
FIG. 148	OFICINA DE BELEZA (ANTIGA GARAGEM).	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	167
FIG. 149	PÁTIO, VISTA DAS EDIFICAÇÕES ANEXAS.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	168
FIG. 150	PÁTIO, VISTA DAS EDIFICAÇÕES ANEXAS.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	168
FIG. 151	ÁREA COBERTA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	168
FIG. 152	PÁTIO, VISTA A PARTIR DO TERRAÇO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	168
FIG. 153	POSTO DE ENFERMAGEM.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	169
FIG. 154	POSTO DE ENFERMAGEM.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	169
FIG. 155	ÁREA EM FRENTE AO POSTO DE ENFERMAGEM.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	169
FIG. 156	COZINHA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	170
FIG. 157	COZINHA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	170
FIG. 158	DESPENSA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	170
FIG. 159	SECRETARIA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	171
FIG. 160	TERRAÇO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	171
FIG. 161	SALA DA EQUIPE.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	171
FIG. 162	SALA DA EQUIPE.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	171
FIG. 163	PLANTA DE USO DO ESPAÇO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	173
FIG. 164	GUICHÊ DE ATENDIMENTO NO SEGUNDO PAVIMENTO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	174

FIG. 165	PÁTIO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	175
FIG. 166	PÁTIO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	175
FIG. 167	PÁTIO, FUMÓDROMO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	176
FIG. 168	CORREDOR ENTRE ACESSO E SALA AMBIENTE (CAD).	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	177
FIG. 169	CORREDOR ENTRE ACESSO E SALA AMBIENTE (CAD).	ELABORAÇÃO DA AUTORA.	178
FIG. 170	ILUSTRAÇÃO: COMO É O CAPS CAIS MENTAL CENTRO.	ELABORAÇÃO DOS MEMBROS DA ASSEMBLEIA, CAIS MENTAL CENTRO, 2013.	179
FIG. 171	ILUSTRAÇÃO: COMO É O CAPS CAIS MENTAL CENTRO.	ELABORAÇÃO DOS MEMBROS DA ASSEMBLEIA, CAIS MENTAL CENTRO, 2013.	179
FIG. 172	ILUSTRAÇÃO: COMO É O CAPS CAIS MENTAL CENTRO.	ELABORAÇÃO DOS MEMBROS DA ASSEMBLEIA, CAIS MENTAL CENTRO, 2013.	179
FIG. 173	ILUSTRAÇÃO: COMO É O CAPS CAIS MENTAL CENTRO.	ELABORAÇÃO DOS MEMBROS DA ASSEMBLEIA, CAIS MENTAL CENTRO, 2013.	179
FIG. 174	ILUSTRAÇÃO: COMO É O CAPS CAIS MENTAL CENTRO.	ELABORAÇÃO DOS MEMBROS DA ASSEMBLEIA, CAIS MENTAL CENTRO, 2013.	179
FIG. 175	ILUSTRAÇÃO: O CAPS CAIS MENTAL CENTRO IDEAL.	ELABORAÇÃO DOS MEMBROS DA ASSEMBLEIA, CAIS MENTAL CENTRO, 2013.	179
FIG. 176	ILUSTRAÇÃO: O CAPS CAIS MENTAL CENTRO IDEAL.	ELABORAÇÃO DOS MEMBROS DA ASSEMBLEIA, CAIS MENTAL CENTRO, 2013.	180
FIG. 177	ILUSTRAÇÃO: O CAPS CAIS MENTAL CENTRO IDEAL.	ELABORAÇÃO DOS MEMBROS DA ASSEMBLEIA, CAIS MENTAL CENTRO, 2013.	180
FIG. 178	ILUSTRAÇÃO: O CAPS CAIS MENTAL CENTRO IDEAL.	ELABORAÇÃO DOS MEMBROS DA ASSEMBLEIA, CAIS MENTAL CENTRO, 2013.	180
FIG. 179	ILUSTRAÇÃO: O CAPS CAIS MENTAL CENTRO IDEAL.	ELABORAÇÃO DOS MEMBROS DA ASSEMBLEIA, CAIS MENTAL CENTRO, 2013.	180
FIG. 180	ORELHA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA	192
FIG. 181	CONCHA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA	192
FIG. 182	INFLEXÃO DA LINHA DA ERRÂNCIA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA	192
FIG. 183	INFLEXÃO DA LINHA DA ERRÂNCIA.	ELABORAÇÃO DA AUTORA	192
FIG. 184	ORELHÃO.	ELABORAÇÃO DA AUTORA	193
FIG. 185	PROJETO DE CHU MING PARA UM ORELHÃO, 1970	<a href="http://www.orelha.arq.br/">HTTP://WWW.ORELHA.ARQ.BR/</a> .	193
FIG. 186	OVO	ELABORAÇÃO DA AUTORA	194
FIG. 187	MÃOS, GESTO DE (A)COLHER.	<a href="http://porele.files.wordpress.com/2010/04/maos_vazias.jpg?w=271&amp;h=300">HTTP://PORELE.FILES.WORDPRESS.COM/2010/04/MAOS_VAZIAS.JPG?W=271&amp;H=300</a>	194
FIG. 188	ACOLHIMENTO DA FORMA	ELABORAÇÃO DA AUTORA	194
FIG. 189	(A)COLHER	<a href="http://images.createandbarrel.com/is/image/crate/cirrusoups-poons10?wid=400&amp;hei=400">HTTP://IMAGES.CREATEANDBARREL.COM/IS/IMAGE/CRATE/CIRRUSSOUPS-POONS10?WID=400&amp;HEI=400</a>	194
FIG. 190	ENSAIO FOTOGRÁFICO DO ORELHÃO NA DÉCADA DE 70	<a href="http://orelha.arq.br/">HTTP://ORELHA.ARQ.BR/</a>	195
FIG. 191	ORELHÃO	<a href="http://img1.olhardigital.uol.com.br/area_logada/imagem.php?id=237474">HTTP://IMG1.OLHARDIGITAL.UOL.COM.BR/AREA_LOGADA/IMAGEM.PHP?ID=237474</a>	195
FIG. 192	RUPTURAS	ELABORAÇÃO DA AUTORA	196
FIG. 193	O CAIS, UM CAIS	ELABORAÇÃO DA AUTORA	196

FIG. 194	O CAIS, UM CAIS	ELABORAÇÃO DA AUTORA	196
FIG. 195	O CAIS, UM CAIS	ELABORAÇÃO DA AUTORA	197
FIG. 196	PLANTA DE ACOLHIMENTO	ELABORAÇÃO DA AUTORA	198
FIG. 197	ABERTURA E ACOLHIMENTO, A PASSAGEM DO INFINITO	ELABORAÇÃO DA AUTORA	199
<b>CAPÍTULO 5</b>			
FIG. 198	PLANO DE CERDÀ PARA BARCELONA, 1858.	FRAMPTON, 2000, P. 19.	206
FIG. 199	CRUZAMENTO DE VIAS, PLANO DE CERDÀ PARA BARCELONA, 1858.	<a href="http://commons.wikimedia.org/wiki/File:CRUILLESCERDA.JPG">HTTP://COMMONS.WIKIMEDIA.ORG/WIKI/FILE:CRUILLESCERDA.JPG</a> . ACESSO EM NOVEMBRO DE 2013.	206
FIG. 200	VISTA AÉREA DE BARCELONA.	GOOGLE EARTH. ACESSO EM: NOVEMBRO DE 2013.	206
FIG. 201	PLANO DE HAUSSMANN PARA PARIS, 1851 - 1870.	<a href="http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/">HTTP://WWW.VITRUVIUS.COM.BR/REVISTAS/READ/ARQUITEXTOS/</a>	207
FIG. 202	PLANO DE HAUSSMANN PARA PARIS, 1851 - 1870	<a href="http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/">HTTP://WWW.VITRUVIUS.COM.BR/REVISTAS/READ/ARQUITEXTOS/</a>	207
FIG. 203	VISTA AÉREA DE PARIS.	GOOGLE EARTH. ACESSO EM: NOVEMBRO DE 2013.	207
FIG. 204	CIDADE INDUSTRIAL, TONY GARNIER, 1904 - 1917.	FRAMPTON, 2010, P. 118.	208
FIG. 205	CIDADE INDUSTRIAL, TONY GARNIER, 1917.	FRAMPTON, 2010, P. 120.	208
FIG. 206	CIDADE CONTEMPORÂNEA, LE CORBUSIER, 1922.	<a href="http://www.urbanidades.arq.br">HTTP://WWW.URBANIDADES.ARQ.BR</a> . ACESSO EM NOVEMBRO DE 2013.	209
FIG. 207	PERSPECTIVA, CIDADE CONTEMPORÂNEA, LE CORBUSIER, 1922.	<a href="http://www.urbanidades.arq.br">HTTP://WWW.URBANIDADES.ARQ.BR</a> . ACESSO EM NOVEMBRO DE 2013.	210
FIG. 208	PERSPECTIVA, CIDADE CONTEMPORÂNEA, LE CORBUSIER, 1922.	<a href="http://www.urbanidades.arq.br">HTTP://WWW.URBANIDADES.ARQ.BR</a> . ACESSO EM NOVEMBRO DE 2013.	210
FIG. 209	OFICINA DO PAVILHÃO "P", COM DINO E VITTORIO BASAGLIA, 1973.	<a href="http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/archiviofoto">HTTP://WWW.DEISTITUZIONALIZZAZIONE-TRIESTE.IT/ARCHIVIOFOTO</a> . ACESSO EM: NOVEMBRO DE 2013	220
FIG. 210	A RUPTURA DOS PORTÕES, COM FRANCO E VITTORIO BASAGLIA, 1973.	<a href="http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/archiviofoto">HTTP://WWW.DEISTITUZIONALIZZAZIONE-TRIESTE.IT/ARCHIVIOFOTO</a> . ACESSO EM: NOVEMBRO DE 2013	220
FIG. 211	CORTEJO DE MARCO CAVALLO, COM GIULIANO SCABIA, DINO E VITTORIO BASAGLIA, 1973.	<a href="http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/archiviofoto">HTTP://WWW.DEISTITUZIONALIZZAZIONE-TRIESTE.IT/ARCHIVIOFOTO</a> . ACESSO EM: NOVEMBRO DE 2013	221
FIG. 212	CORTEJO DE MARCO CAVALLO, 1973.	<a href="http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/archiviofoto">HTTP://WWW.DEISTITUZIONALIZZAZIONE-TRIESTE.IT/ARCHIVIOFOTO</a> . ACESSO EM: NOVEMBRO DE 2013	221
FIG. 213	CORTEJO DE MARCO CAVALLO, 1973.	<a href="http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/archiviofoto">HTTP://WWW.DEISTITUZIONALIZZAZIONE-TRIESTE.IT/ARCHIVIOFOTO</a> . ACESSO EM: NOVEMBRO DE 2013	222
FIG. 214	MAPA ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO	ELABORAÇÃO DA AUTORA	236
FIG. 215	FOTOGRAMA DO AT	ELABORAÇÃO DA AUTORA	237
FIG. 216	FOTOGRAMA DO AT	ELABORAÇÃO DA AUTORA	238
FIG. 217	FOTOGRAMA DO AT	ELABORAÇÃO DA AUTORA	239
FIG. 218	FOTOGRAMA DO AT	ELABORAÇÃO DA AUTORA	240
FIG. 219	FOTOGRAMA DO AT	ELABORAÇÃO DA AUTORA	241
FIG. 220	FOTOGRAMA DO AT	ELABORAÇÃO DA AUTORA	242



**ANEXOS**





## ANEXO 1: QUESTIONÁRIO INSTITUIÇÃO

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PROPAR – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA

Pesquisa de Mestrado: Lugares da Loucura  
Mestranda: Ana Paula Vieceli

#### QUESTIONÁRIO INSTITUIÇÃO

Este questionário faz parte de uma pesquisa que tem como objetivo capturar a forma como os usuários e trabalhadores se apropriam do espaço físico do serviço de saúde mental, buscando capturar as impressões subjetivas dos sujeitos que nele convivem.

Instituição: **CAPS CAIS MENTAL CENTRO**

Cidade: Porto Alegre – RS

Respondido por: \_\_\_\_\_ Cargo/função: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/2013

#### 1) Dados do histórico do serviço:

- a) Como nasceu o CAPS Cais Mental Centro? O serviço funcionava anteriormente em outro local antes de vir a ocupar o atual edifício?
- b) Como foi a busca pelo edifício que hoje abriga o CAPS? Quais foram os critérios para a escolha?
- c) Por que o serviço escolheu se instalar em uma tipologia arquitetônica residencial?
- d) Quando o serviço foi inaugurada?
- e) Foram feitos ajustes no serviço desde sua inauguração (remoção ou acréscimo de paredes, novas salas etc)? Quais?
- f) Missão do serviço /objetivos:

#### 2) Perfil dos usuários:

- a) Idade:
- b) Sexo:
- c) Grau de escolaridade:
- d) Condições sociais e econômicas:

e) Quantidade total de usuários atendidos pelo serviço atualmente (por dia/mês):

f) Frequência de atendimento ao usuário (vezes por semana, vezes por mês):

g) Tempo de permanência dos usuários no serviço durante o tratamento:

### **3) Perfil dos funcionários:**

a) Quantidade de funcionários do serviço:

b) Idade:

c) Sexo:

d) Cargos:

e) Tempo de serviço médio no serviço:

f) Turnos dos funcionários:

### **4) Perfil do serviço:**

a) Dias e horários de funcionamento do serviço:

b) Você poderia descrever a rotina operacional do serviço centrando-se no usuário, isso é, as atividades de um usuário e da equipe em relação ao seu atendimento, desde o momento de chegada até o momento de saída do serviço (horários das principais atividades) / rotina prescrita:

c) Quais são as oficinas e projetos executados pelo CAPS? Quais seus objetivos? Quais deles se comunicam com o fora da instituição, com a cidade?

d) Existem regras administrativas, que determinem algumas questões em relação ao uso dos ambientes pelos usuários ou pela equipe (coisas que se pode ou não fazer nos ambientes, ambientes que não podem ser acessados)?

e) Você acha que há atualmente características do ambiente que contribuem para a sua humanização, no sentido de dar suporte e contribuir para o bem-estar do usuário em tratamento? Em caso afirmativo, quais:

f) Você acha que há atualmente características do ambiente que contribuem para a sua humanização, no sentido de dar suporte e contribuir para o bem-estar dos funcionários? Em caso afirmativo, quais?

g) Existem cuidados específicos no sentido de se buscar a humanização do atendimento ao usuário, isso é, na relação equipe x usuário?

## ANEXO 2: QUESTIONÁRIO USUÁRIOS DO ESPAÇO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROPAR – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA

Pesquisa de Mestrado: Lugares da Loucura  
Mestranda: Ana Paula Vieceli

### QUESTIONÁRIO USUÁRIOS DO ESPAÇO

Este questionário faz parte de uma pesquisa que tem como objetivo capturar a forma como os usuários e trabalhadores se apropriam do espaço físico do serviço de saúde mental, buscando capturar as impressões subjetivas dos sujeitos que nele convivem.

Instituição: **CAPS CAIS MENTAL CENTRO**  
Cidade: Porto Alegre – RS

#### 1) Identificação:

a) Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

(  ) Usuário

(  ) Funcionário – Qual a formação/função/cargo:

b) Há quanto tempo frequenta o CAPS Cais Mental Centro?

c) Quais as atividades que participa no CAPS Cais Mental Centro?

#### 2) Desenhe como é o CAPS Cais Mental Centro:

- 3) Descreva o espaço do CAPS como ele é hoje:
- 4) Quais são os lugares do CAPS que você mais gosta? Por quê?
- 5) Quais são os lugares do CAPS que você menos gosta? Por quê?
- 6) Quais é o lugar do CAPS...
  - a) Mais cheio de gente?
  - b) E os mais vazio?
  - c) Mais alegre?
  - d) E o menos alegre?
  - e) Mais acolhedor?
  - f) E o menos acolhedor?
  - g) Onde falta espaço (muito apertado)?
  - h) Onde sobra espaço (grande demais)?
- 7) O que você acha que deveria ser mudado no espaço do CAPS?
- 8) O que você acha que poderia existir no espaço do CAPS que hoje não existe?
- 9) Se você fosse responsável por construir um CAPS ideal, como ele seria?
- 10) Faça um desenho do CAPS ideal:



## ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PROPAR – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA

Pesquisa de Mestrado: Lugares da Loucura  
Mestranda: Ana Paula Vieceli

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o Sr(a) \_\_\_\_\_ para participar da Pesquisa intitulada 'Lugares da loucura', sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Paula Vieceli, a qual pretende investigar os espaços já propostos no processo de desinstitucionalização para problematizar a conexão do espaço físico com as novas perspectivas da Reforma Psiquiátrica. Propõe-se a analisar, através de estudos de caso, os espaços físicos e suas condições de conforto ambiental, organização espacial, funcionalidade, iluminação. Analisar também as relações que se estabelecem entre espaço construído, o louco e a cidade. Através dessa inter-relação sujeito-lugar, capturar afecções e percepções dos protagonistas da loucura e acompanhar os seus processos de produção de subjetividade. Objetiva-se a realizar uma cartografia no espaço arquitetônico do CAPS, onde serão sobrepostas leituras do espaço físico, real, existente, com o espaço afetivo, poético, subjetivo, percebido pelos sujeitos envolvidos na pesquisa. A partir desta sobreposição, refletir sobre a referida espacialidade e verificar as suas potencialidades e fraquezas. A participação é voluntária e se dará por meio de entrevistas individuais e coletivas, fotografias, mapas mentais e outras gravuras, a serem confeccionadas individual e coletivamente. Toda a participação de fará no local do serviço de saúde mental. Se da aceitação em participar, a contribuição será de fundamental importância para o levantamento de dados a serem analisados na pesquisa. Se depois de consentir em sua participação a Sra. desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A Sra. não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Liberdade, 170 apto. 503, pelo telefone (51) 3099.3141, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS, na Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico), telefone (51) 3289.5517.

Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

## ANEXO 4: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Lugares da loucura

**Pesquisador:** Ana Paula Vieceli

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 14594013.6.0000.5338

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/ SMSPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 271.601

**Data da Relatoria:** 30/04/2013

#### Apresentação do Projeto:

A dissertação proposta abordará o tema da loucura em relação à sua percepção através de seu lugar de referência: o espaço arquitetônico. Serão abordados, através de estudos de caso, os lugares contemporâneos da loucura, ou seja, equipamentos que estão inseridos na Rede de Saúde Mental da cidade de Porto Alegre. Foram escolhidos para o estudo de caso o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS- Centro) e o GerAçãoPOA. Serão analisados as respostas da arquitetura às demandas da Reforma Psiquiátrica, sejam elas espaciais ou não, a partir de um ponto de vista arquitetônico, sobre o desenvolvimento e sua relação com os usuários.

#### Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa procura analisar, em um primeiro momento, a evolução da concepção da loucura e seus lugares de tratamento. Objetiva-se também, a investigar os espaços já propostos no processo de desinstitucionalização para problematizar a conexão do espaço físico com as novas perspectivas da Reforma Psiquiátrica. Propõe-se a analisar, através de estudos de caso, os espaços físicos e suas condições de conforto ambiental, organização espacial, funcionalidade, iluminação. Analisar também as relações que se estabelecem entre espaço construído, o louco e a cidade. Através dessa inter-relação sujeito-lugar, capturar afecções e percepções dos protagonistas da loucura e acompanhar os seus processos de produção de subjetividade. Objetiva-se a realizar uma cartografia no espaço arquitetônico de dois equipamentos da rede de Saúde Mental de Porto Alegre.

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

**Bairro:** Centro Histórico

**CEP:** 90.010-040

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-5517

**Fax:** (51)3289-2453

**E-mail:** cep\_sms@hotmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA



Continuação do Parecer: 271.601

Alegre, onde serão sobrepostas leituras do espaço físico, real, existente, com o espaço afetivo, poético, subjetivo, percebido pelos sujeitos envolvidos na pesquisa. A partir desta sobreposição, refletir sobre a referida espacialidade e verificar as suas potencialidades e fraquezas. É também objetivo desta dissertação, depois de efetuadas as análises e reflexões sobre os casos estudados, identificar e julgar o caso de maior necessidade, e apresentar uma proposta de um projeto de requalificação dos espaços existentes, como exercício de aplicação do campo teórico à particularidade de um caso singular e complexo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a pesquisadora, a presente pesquisa não apresenta riscos aos participantes. Quanto aos benefícios, o estudo dos espaços arquitetônicos dos serviços analisados irá contribuir para uma futura readequação caso faça-se necessário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma dissertação de mestrado do curso de Arquitetura da UFRGS. Serão entrevistados 15 sujeitos de pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos foram apresentados.

**Recomendações:**

Recomenda-se que os termos de consentimento sejam anonimizados, a fim de garantir a privacidade e confidencialidade dos sujeitos de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram devidamente atendidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicita-se que seja apresentado relatório ou trabalho concluído ao CEP SMSPA.

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA



Continuação do Parecer: 271.601

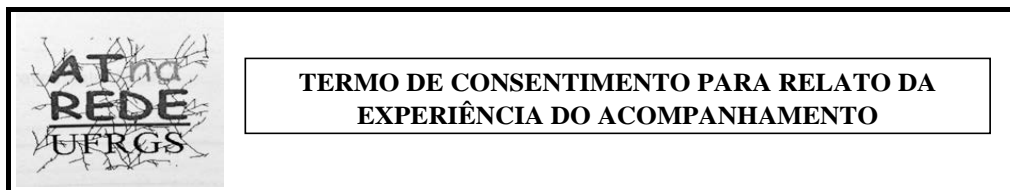
PORTO ALEGRE, 14 de Maio de 2013

---

**Assinador por:**  
**MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com

## ANEXO 5: TERMO DE CONSENTIMENTO PARA RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO



Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, tenho conhecimento que o *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública – AtnaRede* é um projeto de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que presta serviço de acompanhamento terapêutico para usuários da rede de serviços da saúde, assistência social e outros e que se vale dessa experiência para formação de profissionais e para produção de conhecimento sobre o cuidado em saúde mental na rede pública. Aceito receber esse acompanhamento e concordo com que o relato dessa experiência seja disponibilizado ao *AtnaRede*, para fins exclusivos de formação e produção de conhecimentos. Sei que a responsável por esse projeto é a docente Analice de Lima Palombini, que pode ser contatada pelo telefone 51-3308-5918 ou pelo email [atnarede@ufrgs.br](mailto:atnarede@ufrgs.br).

Tomo conhecimento, segundo a resolução 196/96 do Ministério da Saúde, dos meus direitos abaixo descritos:

- Todos os dados relativos ao meu caso serão utilizados somente para fins acadêmicos, com a garantia de sigilo e guarda de anonimato;
- Não será divulgada nenhuma informação que possa me identificar ou me comprometer social e/ou profissionalmente;
- A qualquer momento, poderei entrar em contato com o Projeto *AtnaRede* para retirar o meu consentimento;
- Tenho a escolha de não disponibilizar as informações sobre a experiência do meu acompanhamento terapêutico. Tal procedimento não me impedirá de ter acesso a esse acompanhamento oferecido pelo referido projeto.

Declaro que compreendi os termos deste documento e que:

(  ) Concordo em disponibilizar informações sobre a experiência do meu acompanhamento terapêutico.

(  ) Não concordo em disponibilizar informações sobre a experiência do meu acompanhamento terapêutico.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Acompanhado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal  
(quando menor de idade ou impossibilitado de responder, legalmente, por si)



