

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Leticia Paladino

Os Espaços da Loucura Produzindo Subjetividades e Relações:
construindo a dimensão espacial da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Rio de Janeiro

2020

Leticia Paladino

Os espaços da loucura produzindo subjetividades e relações:
construindo a dimensão espacial da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro
2020

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Título em inglês: Spaces of Madness Producing Subjectivities and Relationships: building the special dimension of the Brazilian Psychiatric Reform

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

P153e Paladino, Leticia.
Os espaços da loucura produzindo subjetividades e relações:
construindo a dimensão espacial da reforma psiquiátrica brasileira
/ Leticia Paladino. -- 2020.
124 f. : il. color. ; tab.

Orientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Saúde Mental. 2. Arquitetura. 3. Reforma dos Serviços de
Saúde. 4. Hospitais Psiquiátricos. 5. Subjetividade. 6. Produção de
Relações. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Leticia Paladino Rezende

Os espaços da loucura produzindo subjetividades e relações:
construindo a dimensão espacial da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 16 de junho de 2020

Banca Examinadora

Prof^ª. Dra. Patricia Silva Dorneles
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dra. Ana Paula Freitas Guljor
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro
2020

A Ricardo, por uma eterna Viagem a
Darjeeling.

AGRADECIMENTOS

A Ricardo, por tudo e para sempre.

As minhas colegas e aos meus colegas de classe pelas trocas e companheirismo, em especial a Aline Gomes, Erika Macedo e Paula Gomes.

As minhas amigas e meus amigos por compreenderem esse processo e me apoiarem.

A toda equipe do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – LAPS, pela acolhida e generosidade, especialmente, Ana Paula Guljor, Camila Motta Fernando Freitas, Guilherme Lima, Mathues Folly, Muza Velásques e Patrícia Nassif.

A Leandra Brasil, pelo carinho e confiança que só me fizeram crescer.

Ao meu orientador Paulo Amarante, pelo incentivo, generosidade e inspiração, sem os quais eu não estaria aqui.

A todas e todos que, de alguma forma, me ajudaram nesse longo processo.

A minha família.

A educação pública que me fez chegar até aqui.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)

I keep picturing all these little kids playing some game in this big field of rye and all. Thousands of little kids, and nobody's around--nobody big, I mean--except me. And I'm standing on the edge of some crazy cliff. What I have to do, I have to catch everybody if they start to go over the cliff--I mean if they're running and they don't look where they're going I have to come out from somewhere and catch them. That's all I'd do all day. I'd just be the catcher in the rye and all. I know it's crazy, but that's the only thing I'd really like to be. I know it's crazy.

SALINGER, 2014, p.191

RESUMO

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe uma transformação para além do campo assistencial, incluindo na base do seu processo as transformações culturais e sociais. Teve como grande marco prático o compromisso de extinção de leitos e o futuro fechamento de hospitais psiquiátricos, esmorecendo, assim a dinâmica manicomial. Ao mesmo passo, uma rede de cuidado substitutiva de base territorial ia sendo construída. Nesse processo, um dos pontos importantes diz respeito aos espaços destinados à loucura e esse trabalho procura refletir sobre esses espaços ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira e a sua relação com a produção de relações e subjetividades. Trabalhando com o conceito de tecnologias de poder do teórico Michel Foucault, construímos um estudo sobre como esses poderes operam em certas instituições através da arquitetura e da construção do espaço, incidindo e subjetivando aqueles que nela transitam. Falar de peças arquitetônicas específicas requer discutir o lugar que elas ocupam na cidade. E que cidade é essa? Quem tem direito a essa cidade? Com o objetivo medular de investigar como a questão dos espaços é pensada e como ela se dá nas novas construções no âmbito do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, construímos arqueologicamente um estudo sobre a produção social da loucura que traga para a discussão os espaços arquitetônicos a ela destinados. Para tanto, propusemos adotar uma nova dimensão de análise do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira àquelas já propostas por AMARANTE (2003;2007): a dimensão espacial. Para uma melhor compreensão desse processo que tem mais de quarenta anos, optamos em trabalhar com três momentos: o *momento 1* aborda as experiências pioneiras dos dispositivos substitutivos, tais como, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Itapeva (1987); Espaço Aberto ao Tempo (1988) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos (1989); o *momento 2* trata da oficialização do processo por meios legais, como a Portaria nº106/2000, que instituiu a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e Portaria nº336/2002, que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); e *momento 3* abarca os movimentos de mudança/retrocesso do que chamamos de contrarreforma. Por mais que a tensão entre os paradigmas manicomial e antimanicomial esteja presente nestes três momentos, a contrarreforma, ao trazer essa tensão desequilibrada com as diretrizes manicomiais de assistência, coloca-nos para pensar o quão importante é discutir o espaço da loucura e o que estamos/devemos fazer com ele.

Palavras-chave: Saúde mental, arquitetura, subjetividade, produção de relações.

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric reform process proposes a transformation that reaches beyond the assistance field, including in its core, cultural and social transformations. It holds as its great practical landmark the commitment to extinct psychiatric hospital beds, and to the future closing of psychiatric hospitals, therefore undermining the asylum dynamic. At the same time, a substitute territorial-based care network was being assembled. During this process, a major issue were the spaces designated to madness and this research seeks to reflect upon these spaces along Brazilian Psychiatric reform process and its correlation to the production of relationships and subjectivities. Working with Michel Foucault's technologies of power concept, we built a study on how these powers operate on certain institutions through architecture and the construction of space, subjectifying and reflecting on those that transit in it. To speak of specific architectural pieces requires a discussion on the place which they occupy in the city. And which city is this? Who is entitled rights to this city? With the objective of investigating how the space issue is thought and takes place in the new constructions in the framework of the Brazilian Psychiatric reform process, we archae-genealogically built a study on the social production of madness that invokes its designated architectural spaces to the discussion. Therefore, we proposed to adopt a new dimension of analysis of the Brazilian Psychiatric reform process beyond those presented by AMARANTE (2003;2007): the space dimension. For a better comprehension of this process that goes over forty years, an option was made to work with three moments: *moment 1* approaches the pioneer experiences of the substitute devices, such as, the Psychosocial Attention Center (CAPS) Itapeva (1987); Open Space to Time (1988) and Psychosocial Attention Hub (NAPS) of Santos (1989); the moment 2 discusses the officialization of the process through legal means, namely the Ordinance n°106/2000, that instated the creation of the Therapeutic Home Services, the 10.216/2001 Law, that disposes on the rights of people in psychic suffering and the Ordinance n°336/2002 that regulates the Psychosocial Attention Center (CAPS); and moment 3 covers the transformation/retrocession movements that we call counter-reformation. As much as the tension between the asylum and anti-asylum paradigms can be perceived as present in this three moments, the counter-reformation, bringing this unbalanced tension with the assistance asylum-guidelines, makes us think about how important it is to discuss the space of madness and what *are we/should we* be doing with it.

Keywords: Mental health, achitecture, subjectibity, relationship production

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:Hospício Domus Dei. Implantação (anterior a 1540).	31
Figura 2: Hospício de Domus Dei. Planta baixa (1794).....	31
Figura 3: Hospício de Domus Dei. Perspectiva.....	31
Figura 4: Ospedale Maggiore di Milano. Perspectiva esquemática.	34
Figura 5: Ospedale Maggiore di Milano. Planta baixa.....	34
Figura 6: Ospedale Meggiore di Milano. Fachada e planta baixa (1456).	34
Figura 7: Planos da sequência de abertura do filme Titicut Follies. Apresentação musical Minutagem: 40” até 1’20.....	54
Figura 8: Planos da sequência de abertura do filme Titicut Follies. Minutagem: 40” até 1’20	54
Figura 9: Planos da sequência de abertura do filme Titicut Follies. Minutagem: 40” até 1’20	54
Figura 10: Planos da sequência de abertura do filme Titicut Follies. Minutagem: 40” até 1’20	54
Figura 11: Sequência de inspeção do filme Titicut Follies. Minutagem: 3’13” até 3’54”..	55
Figura 12: Hospício de Pedro II. Planta baixa do complexo.	66
Figura 13: Hospício de Pedro II. Planta baixa do 1º pavimento.....	67
Figura 14: Hospício de Pedro II. Fachada.	68
Figura 15: Reportagem da Revista "O Cruzeiro". Internos dentro do Hospital-Colônia de Barbacena, 1961.	73
Figura 16: Reportagem da Revista “O Cruzeiro”. Internos dentro do Hospital-Colônia de Barbacena, 1961.	74
Figura 17:Imagens do filme “Let There be Light”, 1946.....	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Quadro teórico sobre os principais espaços da loucura ao longo da história. Elaborado a partir das discussões feitas até aqui, procurando relacionar os espaços com os outros elementos trabalhados..... 49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número absoluto e relativo de leitos psiquiátricos em diferentes modalidades de cobertura no Brasil em 2015..... 20

Tabela 2: Número de leitos psiquiátricos públicos e privados no Brasil em 1941 e 1978.. 73

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. DA JUSTIFICATIVA E DA RELEVÂNCIA.....	19
1.2. DO OBJETO E DOS OBJETIVOS.....	22
1.3. DA METODOLOGIA E ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO.....	23
2. LOUCURA: ENTRE ESPAÇO E TECNOLOGIAS DE PODER.....	28
2.1. CONSTRUINDO A LOUCURA	28
2.1.1. A fonte dos maiores bens.....	28
2.1.2. Penso, logo não sou louco	32
2.1.3. Liberdade, Igualdade, Fraternidade e Manicômios.....	36
2.2.1. Heterotopologia e pedagogia do espaço: arquitetura e seus “poderes”.....	42
2.2.2. Por uma cidade onde desconhecidos se encontrem	44
3. ESPAÇOS PRODUZINDO SUBJETIVIDADES E RELAÇÕES	50
4. CONSTRUINDO A LOUCURA NO BRASIL	60
4.1. A LOUCURA CHEGA DE CARAVELA	60
4.1.1. A loucura da cidade.....	60
4.1.2. A loucura da medicina	61
4.1.3. A loucura do manicômio	64
4.2. AMPLIAÇÃO DO ESPAÇO ASILAR - IF YOU BUILD IT, THEY’LL COME.....	70
4.3. AS BARBACENAS	72
5. OS ESPAÇOS E AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS.....	78
5.1. OS MOVIMENTOS	78
5.2. OS MOVIMENTOS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DE UM OUTRO ESPAÇO.....	80
5.2.1. A psicoterapia institucional: o asilo como um lugar de passagem, um isolamento acolhedor	80

5.2.2. A política de setor: uma territorialização do cuidado.....	82
5.2.3. A comunidade terapêutica: um espaço de cuidado compartilhado	83
5.2.4. A psiquiatria preventiva: um cuidado para além do hospital psiquiátrico.....	85
5.2.5. A antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana: um novo sujeito, uma nova loucura, um novo espaço.....	88
6. REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: A DIMENSÃO ESPACIAL.....	93
6.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A REFORMA SANITÁRIA: SAÚDE COMO DIREITO CIDADÃO	93
6.2. REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: A ESPACIALIDADE COMO UMA NOVA DIMENSÃO.....	95
6.3. OS MOMENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	98
6.3.1. Momento 1: as experiências espaciais de ruptura	98
6.3.1.1. Centro de Atenção Psicossocial Itapeva (CAPS Itapeva)	98
6.3.1.2. Espaço Aberto ao Tempo (EAT).....	101
6.3.1.3. Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).....	104
6.3.2. Momento 2: a questão do espaço no processo de oficialização da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	107
6.3.3. Momento 3: a contrarreforma.....	112
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	119

PRELÚDIO A UMA INTRODUÇÃO

Inquietação como curva

Estou no segundo e último andar de um prédio, sala de brinquedos, a última sala do espaçoso corredor à esquerda. Por volta de 3 crianças brincando e desenvolvendo diversas atividades, uma adolescente (15 anos) folheando uma revista de fofoca procurando por Michael Jackson, seu ídolo. Está chegando a hora do almoço, a adolescente não almoça ali, mas sim no prédio ao lado. É a minha primeira semana naquele espaço, ainda não conheço bem como tudo funciona, mas é minha tarefa levar a adolescente para almoçar. Saímos da sala, eu e a adolescente, ela ainda com a revista nas mãos. Ela me fala do Michael e estamos no corredor, mas não é um desses corredores estreitos que apenas conectam salas, é um corredor mais largo e não tão comprido, bem iluminado. Ela me fala o quanto gosta dele, mas não aquela iluminação branca que quase faz você querer fechar os olhos, é mais branda. Ela diz que queria conhecer ele e as luzes são brancas, mas a iluminação não. Ela diz que ouviu as músicas dele e as paredes são de um amarelo claro e suave, que constrói com a luz branca uma iluminação *soft*. Ela diz que o Michael fala com ela e a sala da frente tem crianças realizando atividades nos computadores. Pergunto o que ele fala para ela e as salas seguintes estão com atendimentos individuais. Ela diz que ele manda ela fazer coisas e ao final de 4 salas para cada lado o corredor termina e ela diz que “pega” os cds dele nas *Lojas Americanas* perto de casa. Passamos pela porta, à direita está a secretaria, ela entra, *Olá*, abraços e do balcão vemos um sofá, cadeiras e uma mesa com caixas de brinquedos, papéis e giz de cera. Ela diz que vai fazer um desenho do Michael para deixar na secretaria e descemos a escada, uma escada aberta, e ela diz que o Michael dança muito bem e um espaço logo abaixo, com sofás, revistas, televisão, banheiro e bebedouro. E passamos pela porta e a revista que não tem o Michael nas mãos e estamos no corredor do térreo, semelhante ao corredor do andar de cima e uma imitação de como o Michael dança e um pequeno refeitório à esquerda conectado a uma pequena cozinha e uma risada de ambas as partes e à direita uma sala com alguns computadores ligados, uma sala de reuniões, uma sala com instrumentos musicais, uma sala com Tv, fitas cassete, DVDs, gibis, livros, uma sala com brinquedos, uma sala com almofadas e colchões e ainda a risada. E a refrigeração das salas faz com que o corredor fique levemente frio e ela diz que sente frio e passamos pela porta, o quintal, um escorrega, uma piscina fechada, um pequeno jardim e Sol. *O sol tá bom*. O Sol estava realmente bom e ficamos um pouco em silêncio e a revista do Michael sem o Michael, nas mãos. O quintal com duas portas, a da direita e a da frente. A da frente

é a da saída que dá em um pequeno pátio, usado como estacionamento. A da direita, bom, a da direita é a que nos liga com o prédio ao lado. É na da direita que devemos entrar. É necessário bater na porta, ela está trancada. O vidro grosso não deixa perceber detalhes do espaço do outro lado. Um rapaz se aproxima do outro lado, o silêncio e a espera do lado de cá. A porta se abre. Ele, alto, forte, uniformizado de azul marinho reconhece a adolescente, *Oi, tudo bem? Tudo. Boa tarde. Boa tarde.* A porta fecha atrás de nós. A porta tranca atrás de nós. Um molho de chaves, muitas chaves e o corredor tem dois lados. A procura da chave continua e o corredor é escuro e a luz vem da porta ao fundo do corredor, que dá para um pátio. E a chave abre o cadeado da porta de ferro em grades e a gente passa. A porta se fecha atrás de nós e sei que temos que subir a escada. O cadeado se fecha e subimos a escada. Um lance, dois lances, corredores. Não sei qual corredor pegar, jalecos brancos e crachás para todos os lados, pergunto pela enfermaria, *a enfermaria feminina? É. É para aquele lado, vamos para aquele lado.* Corredor comprido. Muitos quartos. Nenhuma placa. Todos com janelas de vidro que dão para o corredor. Andamos. Paredes gastas, luzes não tão confortáveis. Chegamos na enfermaria, pergunto pela responsável, disse que trouxe a adolescente para almoçar. *Ótimo, vamos levar ela para o quarto que o almoço dela já está lá.* Podemos ver seu quarto pela enfermaria, através do vidro. É o único quarto em que a janela dá para a enfermaria diretamente e não para o corredor. Ela me mostra, quer que eu o conheça. Entramos no quarto. Um quarto grande, apenas uma cama de enfermaria em um canto. Sua muda de roupa no pé da cama. Ela põe o uniforme, uma blusa com o nome da instituição por cima da roupa que estava antes. Embaixo da cama, revistas, talvez ela ainda ache o Michael em uma delas. Um ventilador de teto, um pé direito alto demais para que o vento chegue com alguma qualidade até o chão. Um basculante fechado no alto e no final do quarto. Tenho que deixá-la para almoçar. Aviso que mais tarde alguém irá lá buscá-la para voltar ao prédio ao lado depois do horário do almoço que é quando ela toma seus remédios. Nos despedimos, um tchau triste. De ambas as partes. Ela ali para almoçar sozinha. Ela ali sozinha. Enquanto saio do quarto, a enfermeira vem, me entrega o prontuário para atualizar o horário da volta da adolescente. A porta do seu quarto se fecha atrás de mim. O cadeado na porta do seu quarto se fecha atrás de mim. Memória sonora intensa. Cara de estranhamento, *é para a segurança dela.* Entrego o prontuário, saio pelo lado errado do corredor, *onde você vai? A saída é para lá,* apontando para a direção oposta. Um leve riso constrangido e corredor comprido. Muitos quartos. Nenhuma placa. Todos com janelas de vidro que dão para o corredor. Ando. Paredes gastas, luzes não tão

confortáveis. Jalecos brancos e crachás para todos os lados, um lance de escada, dois lances de escada. E o homem uniformizado de azul marinho me vê, procura a chave dentre muitas chaves. Espero. E a chave abre o cadeado da porta de ferro em grades e eu passo. E a porta fecha e o cadeado fecha e eu espero. E o corredor é escuro e a luz vem da porta ao fundo do corredor. E ele procura a chave dentre outras chaves e gira a chave e abre a porta. O sol. E a porta se fecha atrás de mim e a chave fecha a porta atrás de mim.

Não consigo imaginar outra forma de começar esse trabalho que não pela minha experiência/implicação com o tema - de modo geral, os espaços e a produção de subjetividades e sentidos - que faz parte da minha vida há anos. Leituras acadêmicas, literatura, quadros, pequenos textos, filmes, pequenos escritos meus, conversas com amigos, enfim, parte da minha vida por tanto tempo. A vivência que deu origem às palavras acima se passou em um estágio ao longo da faculdade de Psicologia. Essa era a primeira vez que eu saía do mundo protegido que é a universidade. Meu primeiro estágio na área prática e na área da Saúde Mental. Era a primeira vez que me defrontava na prática com as diferenças entre um espaço concebido Pós-Reforma Psiquiátrica Brasileira e outro com características manicomiais, principalmente estruturais e arquitetônicas. Talvez por estarem tão perto, separados apenas por uma porta e, ao mesmo tempo, apresentarem tantas diferenças, que essa discrepância tenha me atravessado de forma tão potente. Não posso deixar de mencionar o caráter simbólico que esses espaços, que vivem lado a lado, compartilhando profissionais e usuários do serviço, carregam no que tange às tensões entre o modelo manicomial e o antimanicomial. Essa experiência foi a primeira vez que o meu interesse nessa temática se voltou para os espaços destinados a loucura.

Este foi o primeiro contato com esses espaços que depois foram fazendo parte do meu dia a dia, mas confesso, que as questões presentes do tensionamento entre eles não deixaram de pulsar. Na verdade, essa era a primeira vez de muitas coisas. Mas não era a primeira vez que um espaço físico-metafórico me atravessava. Talvez a primeira vez, pelo menos a primeira vez da qual eu me recordo com intensidade suficiente para ter claramente na memória, tenha sido em 2007, ainda adolescente, em uma exposição com gravuras da série *Prisões*, do artista italiano Giovanni Battista Piranesi (1720-1778). Eu me lembro de olhar para uma dessas gravuras. Lembro de um tempo fixo no qual eu olhava para aquela totalidade confusa. Não parecia se tratar de um espaço concreto, não era como se ele

estivesse tentando reproduzir as “prisões” daquela época para fins de um registro histórico-arquitetônico. Parecia algo mais potente. As escadas labirínticas, a luz intensa, a falta dela, as sombras, a grandiosidade das máquinas e dos instrumentos, não eram tais como as prisões reais, eram a *prisão em si*.

A *prisão em si* de Piranesi é o sentimento de prisão daquela época. É o símbolo do sentimento suscitado por aqueles espaços. É o significado subjetivo de um outro símbolo concreto que é a prisão, com paredes, corredores, iluminação própria e específica. Um local fechado, designado ao isolamento e que, durante a história de sua existência, já foi destinado a espaços de tortura, punição física e psicológica e também de trabalho forçado. Através de seus traços arquitetônicos surreais ou irrealis, Piranesi conseguiu atingir a dimensão simbólica das prisões naquele momento histórico. Como que em camadas, ele usa a concretude dos seus traços para transmitir algo subjetivo que é suscitado por algo concreto - os espaços reais das prisões.

Tenho a sensação que esse foi o despertar para uma inquietação, pelo menos para que eu ficasse atenta a essa inquietação e, talvez por isso, a vivência em meu primeiro estágio tenha sido tão potente. Eu já estava sensível, a inquietação já fazia parte de mim. Nunca pensei em estudar esse tema para acalmar a inquietação. É da inquietação que tudo surge, acabar com ela é como tirar o âmago de todas as palavras nestas folhas de papel, é me subtrair das minhas próprias palavras. E isso para mim não é possível, é como separar as pedras que constroem uma ponte da curva do arco que elas formam. " - A ponte não é sustentada por esta ou aquela pedra - responde Marco -, mas pela curva do arco que estas formam. / Kublai Khan permanece em silêncio, refletindo. Depois acrescenta: - Por que falar das pedras? Só o arco me interessa. / Polo responde: - Sem pedras o arco não existe." (CALVINO, 1990, p.76). Falarei de pedras e de curvas, então.

1. INTRODUÇÃO

Como nos mostra Foucault (2012), a loucura é uma construção social imersa em um discurso de poder. A arquitetura, enquanto campo, e suas expressões espaciais também fazem parte desse discurso ou, se preferir, produzem relações de poder que sustentam um determinado paradigma. Ao longo da história europeia-ocidental esses dois discursos andaram juntos e foram sofrendo mudanças. O período de transformação mais importante desses dois discursos e de suas associações encontra-se na Modernidade. A loucura vista pelos olhos da psiquiatria moderna nascente é a ruptura do sujeito com a razão e é no enclausuramento que se vislumbra um meio de recuperá-la. Foi através do dispositivo arquitetônico do manicômio que a loucura ganhou um novo lugar no imaginário social ao mesmo tempo que um novo lugar na cidade. Ficando relegado a essa peça específica do território na cidade, o louco vai sendo forçado a ocupar esse lugar como um lugar natural de sua existência.

Os manicômios são para Venturini (2016) um espaço de internamento que priva o sujeito de autonomia. Os manicômios são “[p]aredes e muros que se reproduzem continuamente. A arquitetura do manicômio não merece tal nome: ela é de fato ‘arquitetônica’, uma convergência de múltiplas intenções que querem encarcerar, separar um dentro e um fora, erigir barreiras (...)” (p.119) A cidade moderna é concebida para ser ampla, organizada e bela, colocando às margens (ou dentro das barreiras) da cidade tudo e todos que não correspondam ou atrapalhem esses ideais. E é em nome deles que “bairros inteiros passam a ser desapropriados e demolidos, empurrando para a periferia as classes pobres e minorias, em privilégio de uma classe burguesa.” (VIECELI, 2014, p.206) Os “desarrazoados” foram empurrados para os manicômios que também ficavam nas periferias da “cidade moderna bela e organizada”.

Essa dinâmica entre loucura e enclausuramento sofreu modificações e ajustes, mas a tática do enclausuramento não foi posta em xeque até o pós-Segunda Guerra Mundial em meados do século XX. Esse tensionamento entre o paradigma psiquiátrico que veio sendo construído ao longo da sociedade moderna e esse novo paradigma que tenta rompê-lo começa nos países que estavam no centro desta guerra, mas o movimento se espalha e alcança o Brasil na década de 70, um país em efervescência política, em meio a ditadura

cívico-militar, mas que encontrava seus espaços para pensar a Reforma Sanitária e um Movimento de Reforma Psiquiátrica.

A Lei nº 10.216/2001, que *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental* (BRASIL, 2001), tornou-se um marco legal da consolidação do processo de *Reforma Psiquiátrica* no Brasil. Processo esse que teve início no final dos anos 70, a partir do episódio conhecido como "Crise da DINSAM". Iniciado por jovens trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental, o movimento de greve se espalhou rapidamente por alguns estados e, posteriormente, deu origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que ao longo do tempo foi sendo incorporado por membros da sociedade civil, como os próprios usuários e seus familiares e, transformou-se em 1987, no Movimento da Luta Antimanicomial. (AMARANTE, 1995). Apesar de questionar o modelo hospitalocêntrico de Atenção em Saúde Mental e tentar ampliar os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, sabemos que, devido às lutas políticas e, portanto, dentro do que era possível naquele momento histórico, a Lei nº 10.216/2001 não determina o fechamento dos hospitais psiquiátricos ou mesmo de estruturas asilares ou a extinção de leitos¹. Outro marco legal importante nesse processo, e aqui é importante entender a Reforma Psiquiátrica Brasileira enquanto "(...) um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo nos campos assistencial, cultural e conceitual" (AMARANTE, 2015, p.19), foi a Portaria/GM Nº 336/2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Dentre outras coisas, nesta Portaria consta:

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. E logo em seguida: Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria. (BRASIL, 2002)

A partir desses dois trechos de peças legais que fazem parte das conquistas do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, surgiram alguns questionamentos tais como: Na prática, é isso que vem sendo feito? Mesmo que isso aconteça, a mudança de estrutura

¹ Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, convocada logo após a promulgação da Lei nº 10.216 e realizada em dezembro de 2001, foi pactuada a meta para a extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil. Inclusive, estabeleceu-se como prazo para o alcance de tal meta, o ano de 2004. Como sabemos, infelizmente, esta meta não foi cumprida até hoje.

física é suficiente para mudar as relações e as produções de subjetividades que vinham ocorrendo na lógica manicomial perpetuada por séculos? Como essa questão está sendo posta ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira? Nesse processo de Reforma, conseguimos produzir sujeitos cidadãos e autônomos? É possível que, mesmo em espaços disruptivos com o modelo manicomial, estejamos produzindo novos sujeitos institucionalizados? É possível que haja uma nova forma de institucionalização? - **Curva** - Porém, para além dessas questões que ainda se fazem presentes e importantes tanto ao processo de Reforma quanto no dia a dia dos serviços e práticas dos profissionais, dos trabalhadores, usuários e, em suma, na nossa sociedade, é importante destacar a questão dos espaços arquitetônicos como um dos elementos de discussão para a reformulação do paradigma manicomial e do cuidado a pessoas em sofrimento psíquico - **Pedra** – Um último questionamento norteador: em que pontos avançamos nos tensionamentos entre os dois paradigmas (manicomial e antimanicomial) que estão em disputa no cuidado em saúde mental?

1.1. DA JUSTIFICATIVA E DA RELEVÂNCIA

Entender o espaço arquitetônico como uma peça que faz parte do processo de superação do paradigma manicomial é um dos pontos de relevância da realização desse trabalho. Assim, estudamos a questão dos espaços e suas implicações no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, mas especificamente no contexto de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, trabalhou-se para a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos ao mesmo tempo que se pensava em serviços substitutivos e de base territorial que pudessem fazer parte de uma rede de cuidados centrada no sujeito. Os desafios que se colocam pela criação de uma rede de cuidado como essa são inúmeros e isso já sabemos. É necessário, dentre outras coisas, investimento em novos serviços e em contratação de pessoal e, além disso, é necessário um investimento social e cultural para que se possa alcançar uma transformação do paradigma manicomial. Nesse momento preciso trazer alguns números.

Segundo o Saúde Mental em Dados 12, cuja última versão foi publicada em 2015, temos no Brasil em funcionamento no Sistema Único de Saúde 167 Hospitais Psiquiátricos, totalizando 25.988 leitos. Enquanto isso, segundo o mesmo documento, existe na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) oitenta e cinco CAPS III e sessenta e nove CAPSad III. De acordo com as portarias que regulamentam essas modalidades de CAPS, sendo elas respectivamente a Portaria Nº 336/2002 e a Portaria Nº 130/2012, cada CAPS III deve ter no

máximo cinco leitos para pernoite e o CAPSad III deve ter no mínimo oito e no máximo doze. (BRASIL, 2015). Uma olhada rápida nos números mostra que esses serviços são distribuídos com certa inequidade pelo país, tendo, por exemplo, sua maior concentração na região Sudeste enquanto estados como Rondônia e Tocantins não possuem nenhuma das duas modalidades do serviço, restando apenas leitos em hospitais psiquiátricos ou em hospitais gerais para atendimentos intensivos. Ao olhar os dados nesses documentos, comecei a fazer alguns cálculos que constam na Tabela 1. Tais cálculos levaram em consideração que os serviços substitutivos, tais como os CAPS III e os CAPSad III, teriam o número máximo de leitos previsto nas portarias que os regulamentam. Fiz isso para ter uma ideia da cobertura intensiva que os serviços substitutivos são capazes de oferecer em relação aos hospitais psiquiátricos. Sendo assim, se os oitenta e cinco CAPS III tiverem cinco leitos cada, teremos 425 leitos dessa modalidade no país. Já se os sessenta e nove CAPSad III tiverem doze leitos cada, teremos 828 leitos dessa modalidade no país. Incluindo os 888 leitos em Hospitais Gerais que também constam no documento, teremos os Hospitais psiquiátricos representando 92,39% da modalidade intensiva de atendimento em Saúde Mental, enquanto os serviços substitutivos, como o CAPS III, representam 1,51%, os CAPSad III representam 2,94% e os leitos em Hospitais Gerais representam 3,16%.

Tabela 1 - Número absoluto e relativo de leitos psiquiátricos em diferentes modalidades de cobertura no Brasil em 2015.

Modalidade	Nº de Leitos absoluto	Nº de Leitos relativo
CAPS III	425	1,51%
CAPS adIII	828	2,94%
Hospital Geral	888	3,16%
Hospital Psiquiátrico	25.988	92,39%
TOTAL GERAL	28129	100%

Fonte: elaborada pela autora (2020)

A importância disso tudo para nós é que ainda há uma predominância de estruturas manicomial na RAPS para atendimento de urgência/emergência e de caráter intensivo e que é preciso ainda se debruçar nessas estruturas para entendermos o seu papel no cuidado em Saúde Mental. Barton (1966) cunha o conceito/doença chamada de "neurose institucional" que, apesar de ter a sua "causa" incerta, segundo ele é "associada com muitos fatores do

ambiente em que o paciente vive"² (BARTON, 1966, p.17) e um dos fatores apontados por ele está no espaço construído e na sua atmosfera. Ele chama atenção para o fato dessa separação de fatores ser artificial e que eles se entrelaçam, mas que é importante olharmos para eles em separado para melhor analisarmos. Essa foi justamente a postura e o objetivo dessa pesquisa. Há na nossa literatura uma certa negligência para o fator espaço, arquitetura e ambiente, mas precisamos entender a sua importância nessa dinâmica.

Ainda sobre a organização assistencial do cuidado em Saúde Mental, vale mencionar a Nota Técnica Nº 11/2019³ emitida (imposta de cima para baixo, sem nenhuma discussão com trabalhadores e usuários do campo) pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que sinaliza que "O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza." (BRASIL, 2019) O que nas entrelinhas significa, entre outras coisas, que o fechamento de Hospitais Psiquiátricos não consta mais nas diretrizes do campo da Saúde Mental. Mais a frente no mesmo parágrafo, temos o que considero um ataque, quase irônico, ao processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira: "Assim, não há mais porque se falar em 'rede substitutiva', já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares." (BRASIL, 2019, p.20)

É nesse contexto que um dos serviços que mais vem expandindo recentemente no país são as Comunidades Terapêuticas, que, segundo levantamento feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, já em 2017 somavam cerca de duas mil unidades espalhadas pelo Brasil, onde 64% recebem dinheiro de uma ou de mais de uma esfera de governo (IPEA, 2017). No mesmo ano, o Conselho Federal de Psicologia esteve a frente do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, onde se afirma: "Levando em conta as informações levantadas pelas inspeções nas comunidades terapêuticas, e avaliando-as face aos direitos das pessoas com transtorno mental, são explícitas as características asilares dessas instituições." (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p.56). Em uma investigação recente realizada no final de 2018 pelo The Intercept Brasil com a colaboração

² Tradução livre, segue o trecho original: "it is associated with many factors in the environment in which the patient lives." (BARTON, 1966, p.17)

³ Após a repercussão negativa da Nota, o Ministério tirou-a do ar e disse que irá reavaliá-la.

do Fundo Brasil, revelou-se que as condições em algumas Comunidades Terapêuticas são piores que as encontradas no sistema carcerário. Além de operarem pela lógica punitivista, as jornalistas observaram que muitos espaços são localizados em regiões de difícil acesso e com sistemas de vigilância.

Para chegar na comunidade terapêutica onde encontramos Bruno, é preciso percorrer 20 minutos de uma estrada de terra esburacada. Encravada numa área rural, a Centradeq-Credeq contrasta com a paisagem campestre dos interiores de Minas Gerais: seus muros altos com câmeras penduradas chamam atenção em meio às cercas modestas das chácaras vizinhas. O prédio circular de paredes brancas foi construído com recursos do estado de Minas, em um terreno cedido pela prefeitura, e reluz imponente na redondeza empoeirada. (LEVY; FERRAZ, 2019, on-line)

Ao que parece, entre o Relatório sobre as Comunidades Terapêuticas e a Nota Técnica é que a internação e a centralização do Hospital Psiquiátrico ou de instituições com caráter asilar voltarão a dar o tom na assistência do cuidado em Saúde Mental.⁴ A relevância desse trabalho, encontra-se, ainda, em questionar o modelo dos espaços da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a sua quebra com o modelo manicomial. É preciso estar atento. É preciso discutir a questão dos espaços no cuidado em Saúde Mental.

1.2. DO OBJETO E DOS OBJETIVOS

Entendendo que estamos no meio do tensionamento do paradigma manicomial e antimanicomial, que se acirrou ainda mais no contexto recente, propus estudar a construção de dois pontos importantes para a ruptura ou a manutenção desses paradigmas: a loucura e o espaço. Mantendo-me atenta, estudo aqui os espaços destinados à loucura ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira e a sua relação com a produção de relações, subjetividades e práticas de cuidado. Primeiramente, objetiva-se com esse trabalho estabelecer uma relação entre as tecnologias de poder soberano, disciplinar e biopoder/biopolítica para que, através dessa perspectiva, possamos entender a construção do imbricamento entre loucura e arquitetura dos espaços destinados a ela ao longo da história.

Cumprir essa primeira etapa do trabalho ajuda-nos a investigar e compreender como os comportamentos, subjetividades, relações e práticas de cuidado podem ser produzidos e

⁴ É importante que fique claro que não estou admitindo que todo cuidado em um hospital psiquiátrico, hospital geral ou Comunidades Terapêuticas são obrigatoriamente de caráter manicomial, assim como o contrário também não é verdadeiro, ou seja, um trabalho em um CAPS não é obrigatoriamente antimanicomial ou disruptivo com a lógica manicomial.

influenciados pela arquitetura dos espaços institucionais. Em um primeiro momento é importante trabalhar com espaços institucionais mais gerais, pois eles compartilham características físicas, organizacionais e de funcionamento com os espaços que são especificamente destinados a loucura por dois motivos: eles nos dão mais elementos para uma compreensão ampliada destes espaços; eles nos ajudam a entender a construção social dos espaços que possuem como uma de suas finalidades o isolamento social e a entender a organização espacial das cidades para favorecer esta finalidade.

Objetiva-se ainda investigar como o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira transformou a questão dos espaços destinados à prática de cuidados em Saúde Mental e como os espaços ditos substitutivos e de ruptura com a lógica manicomial foram capazes de mudar as relações e as produções de subjetividades perpetuadas por tal lógica. Propõe-se assim, estudar as propostas e as mudanças trabalhadas ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, evidenciando os tensionamentos, os avanços e as limitações entre as duas lógicas sob a perspectiva dos espaços. Para tanto, é necessário incluímos a discussão do direito de acesso e circulação na cidade e como essa questão foi abordada.

1.3. DA METODOLOGIA E ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

Tomo aqui, a metodologia de uma pesquisa como a linguagem pela qual desenvolvo os objetivos propostos. A escolha de uma metodologia em detrimento de outras, portanto, significa uma escolha de lentes pela qual vamos olhar uma temática e, como toda escolha, ela é feita de um lugar posicionado e não neutro. Além disso, uma

escolha teórico-metodológica envolve, para além da definição de técnicas e itinerários de pesquisa, uma dimensão ético-política do campo de estudos e do pesquisador envolvido. Método, em nosso entendimento, se configura como início de um caminho, não prescritivo, a ser construído durante todo o itinerário da pesquisa. (MAGALHÃES CUNHA, 2014, p.188)

Levando em conta essas considerações, escolhemos como orientação teórico-metodológica dessa pesquisa a arqueogenalogia.

A arqueogenealogia é uma proposta de caminho metodológico que tem base e inspiração na obra de Foucault, que em suas obras olhava a história suspendendo os universais, preocupava-se em entender as possibilidades dos acontecimentos em seu momento histórico, assim como os jogos de força, os poderes e as relações que estavam colocadas ali. Sem nenhuma pretensão de construir um método de pesquisa, Foucault nos trouxe uma nova forma de olhar a história e os acontecimentos que pode compor uma *caixa*

de ferramentas, expressão usado pelo próprio autor, ressaltando o caráter não totalitário da ciência. (BAPTISTA; BORGES; MATTA, 2015). Para uma melhor compreensão desse caminho metodológico, podemos olhá-lo mais de perto através das duas palavras que o compõe: a genealogia e a arqueologia.

A genealogia de Foucault é inspirada na discussão genealógica na obra de Nietzsche. Dessa forma, fica claro que o que está sendo proposto com a genealogia não é a busca pela gênese enquanto a origem das coisas, afinal, “o que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem – é a discórdia entre as coisas, é o disparate.” (FOUCAULT, 2013e, p.59). A história genealógica, portanto, propõe que nos debrucemos sobre a singularidade dos acontecimentos, para que possamos, assim, “diferenciar suas redes e níveis de pertencimento e reconstituir seus fios de ligação, suas relações de força. A história que foi não é a história que *tinha de ser*, foi a história possível e resultante dos jogos de força.” (BAPTISTA; BORGES; MATTA, 2015, p.153). Que não pareça com isso que Foucault invalida ou não valoriza o passado, o que se propõe, na verdade é que se parta de um outro olhar. O que a genealogia se propõe é “(...) procurar estabelecer a constituição dos saberes privilegiando as inter-relações discursivas e sua articulação com as instituições (...)” (FOUCAULT, 2013a). Sendo assim, podemos dizer que a genealogia está preocupada com os “por quês?” que possibilitaram um acontecimento.

Assim como a genealogia, a arqueologia também não está preocupada em promover uma busca por um começo ou promover uma exploração. A arqueologia “designa o tema geral de uma descrição que interroga o já dito no nível de sua existência” (FOUCAULT, 2008, p.149), ou seja, é um tentar aproximar-se de um acontecimento buscando entender os “comos?” que o tornaram possível. Sendo uma experiência crítica,

[a] arqueologia é uma proposta de análise posicionada, mas nem por isso menos rigorosa. Coloca-se no lugar de crítica às verdades absolutas, que ganham contornos de saber, e de denúncia dos mecanismos de poder. Para tanto, recorre aos enunciados que atravessam os discursos e as práticas, e abandona qualquer possibilidade de escalas de análise do tipo macro ou micro, pois as entende emaranhadas. Daí resulta que a análise arqueológica tem liberdade de eleger distintos tipos de documentos para investigar - textos científicos, propagandas, textos oficiais, obras arquitetônicas, etc. - pois os discursos, também designados *práticas discursivas*, indicam efeitos na concretude da vida - ao que Foucault chama positividade, que farão funcionar o exercício do poder; (BAPTISTA; BORGES; MATTA, 2015, p.162)

É à luz dessas orientações sobre o caminho metodológico proposto pela arqueogenealogia que perguntamos os “porquês?” e os “comos?” das transformações do

processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira e a relação entre os espaços destinados à loucura e a produção de relações e subjetividades. Dessa forma, no capítulo um abordo primeiramente a construção social da loucura em uma perspectiva ocidental e majoritariamente europeia e a sua relação com o espaço. E aqui, o espaço não só arquitetônico em si, mas também o espaço em que a loucura ocupa na cidade e de qual cidade estamos falando. Um outro elemento que permeia essas relações e que é trabalhado são as tecnologias de poder soberana, disciplinar e biopolítica com base teórica em Michel Foucault.

No segundo capítulo me debruço, mais especificamente, nos processos de subjetivação e nas relações estabelecidas em espaços destinados a loucura. Tomo, primeiramente, as Instituições Totais como um objeto de análise, visto que, por serem um modelo tão rígido, dá-nos a possibilidade de visualizar com facilidade o potencial das produções de subjetividade e de relações nesses espaços. Uso para essa discussão, principalmente, os conceitos de *mortificação do eu* de Erving Goffman, o conceito de *neurose institucional* de Russell Barton e o conceito de *síndrome espaço-comportamental* de Mirian de Carvalho. Esta última autora ainda nos ajuda a discutir a vulnerabilidade dos espaços manicomiais reaproveitados para construir modelos de cuidado antimanicomial.

Já no capítulo três, realizo um breve histórico da transformação da loucura e dos seus espaços no Brasil, afinal, o que foi discutido no capítulo um está mais relacionado com o entendimento de loucura centralizado no pensamento europeu, que influenciará muito a mudança de compreensão da loucura com a chegada da família real ao Brasil em 1808. A mudança da Corte portuguesa para o Brasil, mais especificamente para o Rio de Janeiro, impulsiona uma série de mudanças na cidade e a loucura será uma delas. Essa discussão do capítulo três será importante para as discussões dos capítulos seguintes.

Ao iniciar o capítulo quatro, começo a explorar os processos de Reforma Psiquiátrica pelo mundo e, posteriormente, no Brasil. Esse momento de revisão bibliográfica sobre o assunto é importante para uma consolidação teórica que é fundamental para a discussão abordada no último capítulo. Já tendo discutido a construção da loucura, a sua relação com o espaço, a relação deles com a produção de subjetividades e relações e, por último, trabalhado uma revisão das Reformas Psiquiátricas, chego ao quinto e último capítulo com o terreno preparado para discussão do espaço ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Partindo da noção de que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo e, sabendo que é um processo social complexo (ROTELLI et al., 1990) que requer mudanças em diversos âmbitos, escolhemos por trabalhar com a perspectiva das dimensões desse processo. As dimensões propostas por Amarante (2003; 2007) são a teórico-conceitual, a sociocultural, a jurídico-política e a técnico-assistencial. O que propusemos aqui é pensar o espaço como uma dimensão importante para o processo de Reforma e para a superação do paradigma manicomial e arquitetônico-manicomial. Portanto, resolvemos trabalhar com a dimensão espacial do processo reformista. Por ser um processo de muitos anos foi necessário que escolhêssemos e fizéssemos recortes. Dentro da metodologia adotada para esse trabalho o recorte cronológico não seria o mais adequado, portanto, optou-se por uma abordagem que divide o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira em três momentos a partir da perspectiva do espaço.

Logo, o *momento 1* compreende a análise das primeiras experiências em espaços disruptivos com a lógica manicomial, ou seja, analisaremos os espaços construídos e pensados nesses primeiros dispositivos substitutivos, tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Itapeva (1987), o Espaço Aberto ao Tempo (1988) e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos (1989); o *momento 2* compreende a análise da questão do espaço em um processo de oficialização legal, tais como a Portaria nº106/2000 (instituiu a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos), a Lei nº 10.216/2001 (dispõe sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico) e a Portaria nº336/2002 (regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)); e o *momento 3* abarca os movimentos de mudança/retrocesso mais atuais. Este momento está sendo chamado de contrarreforma e isso se deve ao seu caráter ideológico que vai contra os processos iniciados e defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. A contrarreforma tem sido um momento em que a luta entre os paradigmas manicomial e antimanicomial faz-se presente de uma maneira bem marcada, denunciando que as conquistas precisam ser constantemente lutadas e que essa tensão sempre existiu, só que agora, a balança está pendendo para um lado não desejável por nós.

Notícias de um país em chamas

Este país é um país com um território de 8.514.876 km², com 209 milhões de habitantes, com cinco regiões, com seis biomas e com a maior reserva hidrológica do mundo.

Este país é um dos seis países que tem sistema de saúde universal e gratuito para os seus residentes e cidadãos. Dos seis, este mesmo país é o que menos investe em seu próprio sistema de saúde.

Este país é um país que tem uma política de estado atual que faz com que seu Sistema de Saúde não funcione em sua plena capacidade.

Este país é um país que tem educação pública e gratuita em todos os níveis escolares.

Este país é um país que anda revendo essa política de educação.

Este país é um país que ganhou vinte novos bilionários⁵.

Este país é um país que mandou 4.5 milhões para a extrema pobreza em quatro anos⁶.

Este país é um país que tem presidente de órgão de desenvolvimento de pesquisa que acredita no criacionismo.

Este país é um país que não tem Ministério da Cultura, mas tem Secretário da Cultura copiando discurso do Ministro da Propaganda da Alemanha Nazista, Joseph Goebbels.

Este país é um país que tem uma das polícias que mais mata e mais morre no mundo⁷.

Este país é um país considerado problemático para o exercício do jornalismo, ocupando a 105º país de 180 no Ranking Mundial da Liberdade de Imprensa⁸.

Este país é um país que queimou e desmatou 9.762 km² da Amazônia em apenas um ano⁹.

Este país é um país que tem um presidente que nega tudo isso.

Este país é um país em chamas.

Estas são suas notícias.

E este trabalho é um trabalho que foi elaborado dentro das minhas possibilidades e dificuldades de escrever de um país em chamas.

⁵ Ranking Anual da FORBES, 2019.

⁶ Síntese de Indicadores Sociais (SIS) – IBG, 2019.

⁷ Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2019

⁸ World Press Freedom Index, 2019.

⁹ Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, 2019.

2. LOUCURA: ENTRE ESPAÇO E TECNOLOGIAS DE PODER

2.1. CONSTRUINDO A LOUCURA

2.1.1. A fonte dos maiores bens

A loucura nem sempre pertenceu aos espaços fechados e ao enclausuramento. Até que isso acontecesse, ou seja, até que a loucura começasse a ser circunscrita em um espaço físico, como nas casas de internamento no século XVII, ela transitou pela sociedade através do espaço cultural e religioso. Fato esse que corrobora com a ideia de que a loucura e os espaços (físico e social) a ela destinados ao longo da história estão intrinsecamente ligados a um processo sociocultural. Se voltarmos a Grécia Antiga iremos nos deparar com diferentes maneiras de experienciar a loucura e o medo dela não é uma dessas maneiras. A partir de Platão e Sócrates, Pelbart (1989) observa que a loucura na Grécia Antiga é compreendida como uma experiência rica, chegando Sócrates a dizer que “(...) a loucura é para nós a fonte dos maiores bens.” (SÓCRATES *apud* PELBART, 1989, p.23) Sobre esse período, Vieceli (2014), arquiteta brasileira que se preocupa em estudar a concepção física de espaços de internamento e de tratamento da loucura, faz em seu estudo uma análise que se baseia em textos poéticos e filosóficos gregos. Assim, ela identifica três diferentes experiências da loucura na Grécia Antiga: a *místico-religiosa*, a *passional* e a *organicista*.

Recorrendo às obras de Homero e Hesídeo, a autora observa que, para os gregos, tudo o que acontecia ao homem decorria da vontade dos deuses. Nesse período, anterior ao século V a.C, a loucura era algo considerado da esfera exterior ao homem, uma experiência *místico-religiosa*, “(...) um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não fossem contrastados pela vontade dos homens.” (VIECELI, 2014, p.25). Com o passar do tempo essa concepção homérica vai se modificando e o enfoque conferido à loucura passa a ser dado pelos poetas das tragédias gregas. A experiência *passional*, portanto, nega a loucura exterior tal qual vemos em Homero e passa a caracterizar a loucura como resultado de conflitos interiores. Nesse momento as forças que insidiam nos indivíduos não eram mais justificadas apenas pela vontade dos deuses, mas também pelos sentimentos de origem na própria natureza do homem, tais como, vergonha, dor, culpa e paixão. Já a terceira abordagem, a *organicista*, chega através da figura de Hipócrates (460-370 a.C). Nela o enfoque da experiência se desloca tanto da divindade quanto da própria natureza humana e passa a ser localizado no próprio corpo. Portanto, essa experiência da loucura advém de um desequilíbrio dos humores do corpo, que seriam: o sangue, que é relacionado ao coração; a

fleuma, relacionada ao cérebro; a bÍlis amarela, relacionada ao fÍgado; e a bÍlis negra, relacionada ao baço. Qualquer desequilÍbrio nesses humores seria capaz de provocar males físicos e diferentes formas de loucura.

Ainda pela Grécia Antiga, é possível examinar o pensamento grego sobre a loucura através dos trabalhos de Platão (428/427 – 348/347 a.C), cuja visão inclui todas as abordagens que discutimos acima; mas sua maior contribuição reside na diferenciação entre duas formas de loucura, a *profética* e a *ritual*. Na primeira forma impera o discurso oracular, onde a pessoa entra em transe e é possuída por um deus – assim, é capaz de dizer a palavra divina e o destino. Já a *ritual* está estreitamente ligada ao deus grego Dionísio, deus do vinho, da caça, da música, da alegria, da vida e conhecido por ser um deus que leva as pessoas a se comportarem como loucas. No ritual dionisíaco, “(...) bem como em todas as manifestações de *mania* na Grécia Antiga, o louco está possuído por um *daimon*, que quer dizer força divina e essa presença de deus o torna sagrado.” (VIECELI, 2014, p.27). Para que se estabelecesse o contato com a divindade, os cultos se davam em espaços abertos e em contato com a natureza, os rituais não tinham uma estrutura espacial concreta. Os corpos através de seus movimentos e as músicas entoadas é que proporcionavam uma apropriação espacial. Era através desses rituais, da música e da dança, que havia a reconciliação com o divino. Tal reconciliação acontecia dentro de uma coletividade e em espaço aberto.

Desde a Grécia Antiga o corpo já estava envolvido na experiência da loucura, mas, enquanto objeto do poder, o corpo só foi descoberto na época clássica, desde então, este recebe uma atenção maior no que diz respeito “ao corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil, ou cujas forças se multiplicam.” (FOUCAULT, 2010, p.132). São esses corpos que sofrem cortes, são dissecados, catalogados, estudados. São esses corpos que também são presos, são afastados da sociedade, sofrem castigos. A História é processo e a crescente importância da *razão* em diferentes áreas do pensamento, como filosofia, ciência e arte, foi moldando ao longo do tempo os pilares da modernidade. Na Idade Média (Século V ao XV), sob o regime feudal, o poder era caracterizado pela detenção de terras e a Igreja era a Instituição dominante tanto economicamente quanto socialmente. Além disso, todo pensamento era centralizado em Deus e nos dogmas religiosos e a Igreja exercia a função de centralização do conhecimento e de dominação da ciência – fazia, inclusive, uso da Inquisição para defender-se de ideias contrárias. O Homem parecia não ter muitos pontos de fuga para expressar pensamentos e individualidades e caso o fizesse,

era possível que estivesse indo de encontro à própria morte. Mas sendo também fluxo, a História tende a mudar e um dos marcos para essa mudança pode ser o *Discurso do Método* de René Descartes (1596-1650), que, para muitos, é o momento em que se estabelece o pensamento *Moderno*.

Os séculos XV e XVI são marcados por muitas mudanças no continente europeu: fim recente das Cruzadas; crise do sistema feudal; declínio do domínio da Igreja sobre as Ciências e a economia; surgimento e fortalecimento do mercantilismo; estão em vigor o Sistema Absolutista como forma de governo; surgimento da burguesia; as Grandes Navegações; e o Renascimento. Mas antes de falar do espaço da loucura e da figura do louco na modernidade, é necessário visitar o espaço da Lepra e a figura do leproso em um momento anterior. Isso porque, assim como Foucault nos chama atenção em *História da Loucura*, a figura socialmente ocupada pelo leproso até a segunda metade do século XVI virá a ser ocupada pelo Louco no século seguinte. A lepra no século XVI encontra finalmente seu declínio. Em 1589, em Stuttgart, um relatório já indicava que há pelo menos 50 anos já não se tinha mais leproso nos leprosários (FOUCAULT, 2012).

Em decorrência da lepra, que assolou a Europa desde a Alta Idade Média até o fim das Cruzadas, uma grande quantidade de leprosários foi construída ao longo desse período, “para um milhão e meio de habitantes no século XII, Inglaterra e Escócia tinham aberto, apenas os dois, 220 leprosários.” (FOUCAULT, 2012, p.5). Esse grande número de construções, já a partir do século XIV, passa a receber cada vez menos leproso. O fim das cruzadas possibilitou a quebra com os focos orientais de infecção. Além disso, a extrema segregação das pessoas acometidas com a doença ajudou na diminuição do contágio. Os leprosários eram muito menos um lugar de tratamento médico e muito mais um espaço de separação e segregação do resto da sociedade onde se era posto para esperar a morte, uma espécie de depósito. Com a queda crescente e o quase desaparecimento da lepra na Europa, essa figura social do leproso deixa um certo vazio, assim como ficam os leprosários, espaços que serão ocupados pelos loucos.

A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado. (FOUCAULT, 2012)

Mas antes de assumir de vez o lugar social e o físico que era destinado à lepra, a loucura sofre um período de latência, que, segundo Foucault (2012), durou dois séculos. Essa latência foi essencial para que ocorresse a mudança da experiência-loucura tal qual na Idade Média para o que conhecemos como a experiência clássica, que se dá pela “perda” da razão.

Ao longo da Idade Média, era atribuído “(...) à loucura um lugar enquadrado nas concepções cristãs do pecado e da culpa” (VIECELI, 2014, p.42) e que, por isso, necessitaria de assistência espiritual. Em 816, após o *Concílio de Aix-la-Chappelle*, a construção de um hospital junto a cada catedral passa a ser obrigatória. Cria-se, então, o que ficou conhecido como *Domus Dei* (Casa de Deus) e a principal questão na organização desse espaço era a preocupação de que a celebração da missa fosse vista e ouvida pelos enfermos nos leitos. A característica central desta estrutura é o acolhimento de diversas atividades indispensáveis aos enfermos em um mesmo espaço, mais precisamente, sob o mesmo teto, realizando atividades como alimentação, higiene, repouso e as questões de ordem religiosa sem sair da edificação. Estamos falando, assim, de um espaço amplo, sem divisória entre os leitos, cuja função era a de assistir doentes, loucos, prostitutas, vagabundos. E sob essa função assistencialista, cumpria outra função social, a da segregação. Estando longe da ideia médica de tratamento, esses hospitais eram o lugar onde as pessoas ou iam para morrer ou eram colocadas por serem consideradas párias sociais.

Com a municipalização e o início da laicização desses espaços entre os séculos XII e XIII, em decorrência de uma maior organização das cidades europeias e o início do declínio da Igreja, esses espaços vão sofrendo um contínuo fechamento enquanto os leprosários vão sendo construídos ainda em um ritmo intenso, embora estivessem prestes a se verem esvaziados no que diz respeito à população leprosa. O que passa a preencher, imediatamente, o vazio dos leprosos são os doentes que padecem de

Figura 1: Hospício Domus Dei. Implantação (anterior a 1540).

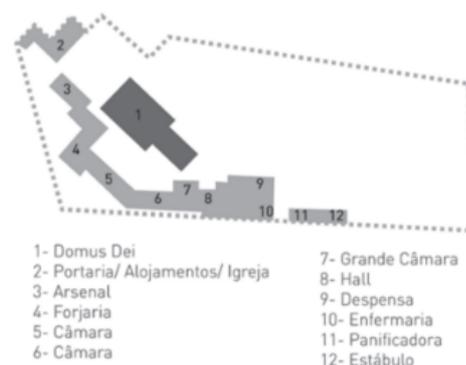


Figura 2: Hospício de Domus Dei. Planta baixa (1794).

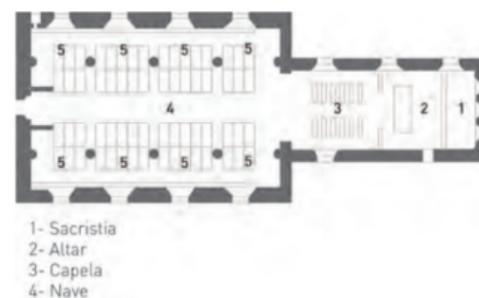
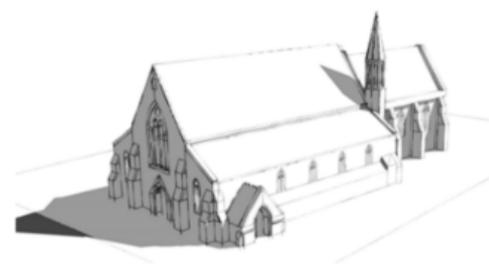


Figura 3: Hospício de Domus Dei. Perspectiva.



Fonte: Elaborado por Vieceli (2014) a partir de diferentes fontes.

doenças venéreas, assim como uma população que vem ocupando esses espaços de segregação, tais como os pobres e desempregados. Este é o momento histórico compreendido como período de latência da loucura e algumas mudanças importantes no cenário social ocorrem nesse período para que a loucura seja dissociada cada vez mais do lugar cristão de pecado e culpa, e é o Renascimento um dos eventos propulsores.

2.1.2. Penso, logo não sou louco

Como todo movimento artístico é também político e social, o Renascimento, caracterizado pelo movimento filosófico do humanismo, tem grande influência nas transformações sociais a partir do século XV. Em contraposição ao período medieval, quando a medida e o centro de todas as coisas era deus (e os dogmas católicos), agora, com o humanismo e toda a conjuntura sócio-histórica da época, o homem passa, cada vez mais, a ocupar essa posição. No humanismo já presenciamos a importância dada à razão, importância essa que culmina em fundar o sujeito moderno quase um século depois, com Descartes. São essas mudanças sociais e políticas que permitem, no Século XVII, com o avanço do que viria a ser a Modernidade, observarmos que a loucura vai passando a ser compreendida em oposição à razão e quem desfere esse golpe é justamente a lógica cartesiana.

A Não-Razão do século XVI constituía uma espécie de ameaça aberta cujos perigos podiam sempre, pelo menos de direito, comprometer as relações da subjetividade e da verdade. O percurso da dúvida cartesiana parece testemunhar que no século XVII esse perigo está conjurado e que a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão. Doravante, a loucura está exilada. Se o homem pode sempre ser louco, o pensamento, como exercício de soberania de um sujeito que se atribui o dever de perceber o verdadeiro, não pode ser insensato. Traça-se uma linha divisória que logo tornará impossível a experiência, tão familiar à Renascença, de uma Razão irrazoável, de um razoável Desatino. (FOUCAULT, 2012, p.47)

Podemos estender a premissa cartesiana de *penso, logo existo* para *penso, logo não-sou-louco*. Afinal, nesta lógica: eu que creio ter um corpo, sem dúvida possuo uma verdade mais sólida do que aquele que acha ter um corpo de vidro (FOUCAULT, 2012). Se atentarmos para essa premissa e tentarmos analisar a sua lógica, muito rapidamente perceberemos que o contrário também é verdadeiro: *não penso, logo não existo*. Posso existir em carne e osso, mas não existo como ser social e de direitos. Agora, é a razão que é capaz de conferir o status social de existência nesta sociedade.

Parece que a teoria cartesiana era realmente o componente que faltava para que a loucura findasse seu período de latência e assumisse de vez o lugar social e físico antes ocupado pela lepra. Criaram-se, assim, durante o século XVII, várias casas de internamento; em Paris, mais de um habitante a cada cem passou alguns meses nessas casas (FOUCAULT, 2012). O isolamento não visa, então, curar ou tratar, o que se está fazendo, novamente, é uma tática de segregação. Segregação esta que é muito impulsionada pelo desenvolvimento econômico caracterizado no mercantilismo. É inerente a uma sociedade que se baseia em produção que aqueles que não correspondam às expectativas produtivas sejam colocados cada vez mais à margem. “O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu no decorrer do século XVI uma figura que a Idade Média não teria reconhecido” (FOUCAULT, 2012, p.56) e isso muito se deve também à Contrarreforma religiosa e à introdução da predestinação para esses casos. A predestinação significa que não há muito o que fazer com essa população, ao mesmo tempo que é necessário, segundo uma preocupação burguesa com a ordem, retirar essas pessoas da vista. Para suprir essas necessidades, surgem no século XVII os Hospitais Gerais.

Os Hospitais Gerais atendiam à ordem da repressão da monarquia. Estamos no período absolutista e o poder está extremamente centrado na mão do Rei. O Hospital Geral é, portanto, “(...) um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão” (FOUCAULT, 2012, p.50), assim como se caracteriza por ser

(...) uma instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França nessa mesma época. Está diretamente ligado ao poder real que o colocou sob a autoridade única do governo civil; o Grande Dispensário do Reino, que constituía antes, na política da assistência, a mediação eclesiástica e espiritual; vê-se repentinamente posto para fora de circuito. (FOUCAULT, 2012, p.50)

Todos esses elementos geram uma nova necessidade que faz com que as estruturas físicas e arquitetônicas desse Grande Dispensário sejam diferentes daquelas dos Hospitais da Igreja. Embora a medicina ainda não se fizesse presente nesses locais, já se observa, através da concepção arquitetônica e de funcionamento dos Hospitais Gerais, uma maior preocupação com questões de salubridade. Herdando o conceito cruciforme dos Hospitais da Renascença - conceito esse que influenciará os quatro próximos séculos nas construções hospitalares e que é o embrião do tipo pavilhonar que surge no século XVIII -, essas instalações se caracterizam por possuírem elementos básicos, tais como “(...) pátios distribuidores, galerias e corredores, pórticos, alojamentos lineares organizados em um plano cruciforme (...)”

(VIECELI, 2014, p.47). Sendo o exemplo mais importante desse modelo, o *Ospedale Maggiore* de Milão, apresenta os elementos básicos das construções hospitalares que iremos encontrar nos próximos quatro séculos. (Figuras 4, 5 e 6)

A forma cruzada atende a dois objetivos claros: a separação dos enfermos em diferentes alas e em diferentes gêneros e a melhoria da supervisão dos leitos. Este último fato se faz tão presente devido ao caráter de ordem que esses espaços ganharam nos últimos tempos. Essas Instituições possuíam um cunho jurídico muito forte, onde se fazia contenção física, e é justamente a característica prisional que se beneficia da estrutura em cruz, tendo o pátio no centro, o que facilita o controle dos corpos pelo espaço. E não foram só os categorizados como loucos que lotaram esses Hospitais, mas todo o tipo dos ditos inaptos ou que não eram ativos no sistema econômico, como pobres e desempregados. Com a crise econômica da época, começam a surgir teorias

econômicas que propõem uma série de medidas para aqueles que se recusassem ou que não pudessem trabalhar; dentre elas figurava o internamento. Seguiu-se a isso, portanto, um período conhecido como *As Grandes Internações*.

Por mais que a proposta inicial e, vale o registro, um tanto ou quanto falaciosa, fosse a de transformar esses inaptos em mão de obra apta – o que se considerava uma estratégia

Figura 4: Ospedale Maggiore di Milano. Perspectiva esquemática.

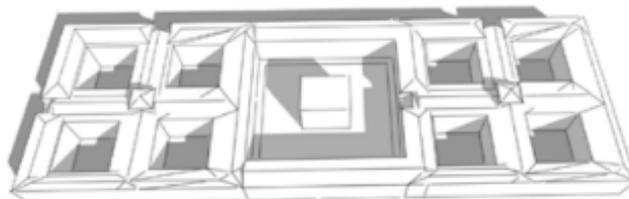
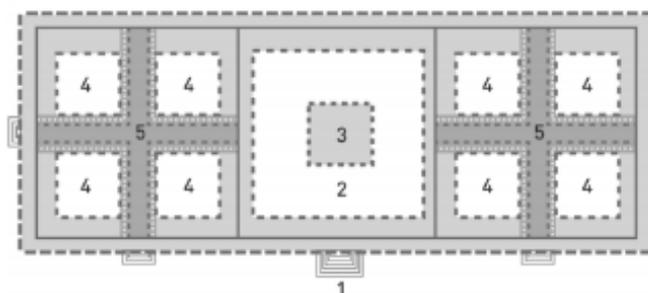
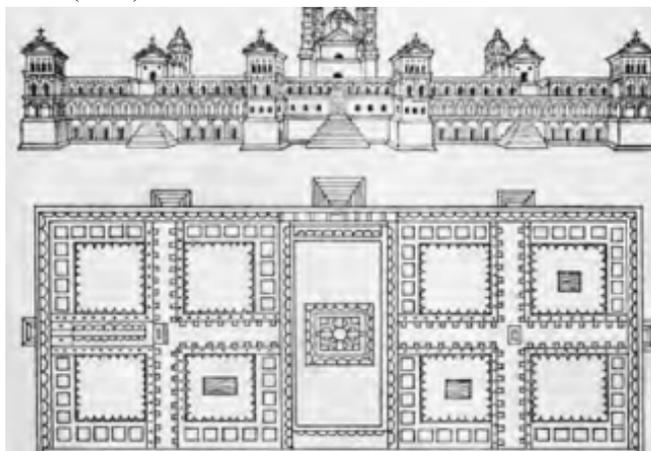


Figura 5: Ospedale Maggiore di Milano. Planta baixa



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

Figura 6: Ospedale Maggiore di Milano. Fachada e planta baixa (1456).



Fonte: Elaborado por Vieceli (2014) a partir de diferentes fontes.

para a diminuição do desemprego e para impulsionar a economia –, sabemos que as internações tiveram caráter e efeito apenas punitivo e segregacionista. Ao punir a ociosidade, almejava-se fazer uma limpeza da cidade. Por isso, o que vemos nesse período é a ocupação dos leprosários e a criação dos Hospitais Gerais, destinados a doentes, viajantes, prostitutas, devassos, prisioneiros, ou qualquer um que cometesse algum ato contra a moral, a religião ou a família e que, por isso, precisava ser punido e castigado através de um reajuste ético. A loucura, vista à época como uma desorganização familiar e desordem social, assim como um perigo para o Estado, devia ser varrida das cidades. Percebemos que mesmo com todas as transformações científicas do século, os Hospitais estavam longe de configurar um estabelecimento da Saúde e caracterizavam-se por ser estruturas semi-jurídicas. Assim, a doença mental “(...) se constituirá lentamente como a unidade mítica do sujeito juridicamente incapaz e do homem reconhecido como perturbador do grupo, e isso sob o efeito do pensamento político e moral do século XVII” (FOUCAULT, 2012, p.131) que vai não só propor reajustes éticos, mas também impor limites físicos. Celas, coleiras e correntes passam a fazer parte do cotidiano do louco, que não só é destituído do lugar da razão como também ganha o atributo da bestialidade.

E é o medo de que a bestialidade seja contagiosa como fora a lepra nos séculos anteriores, que faz com que os loucos sejam separados de vez dos outros párias sociais, como o vagabundo e o criminoso. Em uma sociedade já experimentando os processos que culminam no Iluminismo e na ascensão da ciência, a separação e categorização dos desconhecidos vai se tornando cada vez mais comum. A loucura não passa incólume por esse processo de isolar para conhecer melhor. Assim, respondendo a essas duas necessidades, vemos surgir aos poucos o conceito asilar, onde as condições jurídicas não sofrem mudanças, mas há um maior isolamento da loucura e, dessa forma, passa a ser possível o melhor estudo dela através de trabalhos de classificações e diferenciações de estados de loucura. Até então, a loucura era um problema social, associado à pobreza e ao crime, mas o século seguinte será marcado por muitos eventos histórico-econômicos e sociais mediante os quais a experiência-loucura sofrerá novas mudanças, agora com o nascimento da psiquiatria.

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre

que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população. (FOUCAULT, 2013, p.174)

2.1.3. Liberdade, Igualdade, Fraternidade e Manicômios

A Revolução Francesa, no final do século XVIII, derruba o absolutismo e propõe uma sociedade pautada nos ideais de Igualdade, Liberdade e Fraternidade – desde que essa sociedade não seja louca, claro. Aos loucos está reservado um lugar nos manicômios, atravessados pelo poder médico e psiquiátrico e sob um regime disciplinar. A Revolução Francesa tira o poder soberano do foco principal e a disciplina passa a se fazer presente na vida dos homens, incidindo diretamente em seus corpos. Pela primeira vez na história ocidental-europeia a loucura ganha um espaço específico, *os manicômios*, separada de todos os outros "desviantes". Ao mesmo tempo que essa transformação ocorria, a arquitetura enquanto campo de saber sofre uma mudança considerável da sua atuação na sociedade. Dessa forma,

a arquitetura começa a se especializar, ao se articular com os problemas da população, da saúde, do urbanismo. Outrora, a arte de construir respondia sobretudo à necessidade de manifestar o poder, a divindade, a força. O palácio e a igreja constituíam as grandes formas, às quais é preciso acrescentar as fortalezas; manifestava-se a força, manifestava-se o soberano, manifestava-se Deus. A arquitetura durante muito tempo se desenvolveu em torno destas exigências. Ora, no final do século XVIII, novos problemas aparecem: trata-se de utilizar a organização do espaço para alcançar objetivos econômico-políticos. (FOUCAULT, 2013b, p.321)

A construção e organização dos espaços evidenciam as relações de poder na sociedade à medida que também dão sustentação a elas. O século XVIII é um momento de grandes mudanças, onde as relações de poder mudam de forma considerável. Estamos vivendo a passagem de uma Sociedade Soberana para uma Sociedade Disciplinar, e a arquitetura acompanha essas mudanças, ou seja, as arquiteturas enquanto expressão das tecnologias de poder se atualizam à medida que as relações de poder se modificam. Se em uma sociedade onde o foco do poder está no Rei (sociedade onde predomina o poder soberano) a arquitetura se volta para construir espaços de grande imponência, que reforcem

esse lugar de poder supremo e soberano frente às pessoas; já em uma sociedade onde o foco do poder se desloca da figura do Rei para as pessoas, para os seus corpos e para os seus cotidianos (sociedade onde predomina o poder disciplinar), a arquitetura passa a incidir nos espaços que permeiam a vida das pessoas, tais como a casa, a escola e o hospital, a arquitetura, portanto, torna-se "a arte que determina e articula o espaço." (CHUHURRA, 1971, p.6), afinal, a "arquitetura é, antes de mais nada, construção; mas, construção concebida com o propósito primordial de ordenar e organizar o espaço para determinada finalidade e com determinada intenção." (COSTA, 1995, p.246)

A casa é um excelente exemplo para entendermos como os espaços mudam de acordo com a conformação e a distribuição de poder na sociedade. Até o século XVIII, na Europa, as casas não possuíam espaços diferenciados: comer, dormir, brincar e trabalhar eram hábitos da vida cotidiana que se realizavam no mesmo cômodo. Com a sociedade disciplinar, o esquadramento e a diferenciação dos espaços chega até as casas, assim como aos hospitais, às escolas, às prisões e aos quartéis (FOUCAULT, 2010). A solução para essa reorganização se dá através do uso da tecnologia disciplinar. Foucault (2013) chama atenção para o fato de se falar muito sobre as invenções tecnológicas químicas e metalúrgicas ocorridas no século XVIII e de se negligenciar a invenção dessa nova técnica de gerir os homens que é a *disciplina*. Antes de qualquer coisa, a disciplina é "(...) a análise do espaço. É a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório." (FOUCAULT, 2013a, p.181).

O advento da disciplina foi o responsável por mudanças e reformas nos hospitais ou pelo nascimento de um hospital onde a cura torna-se uma preocupação. Mas ela não foi o único elemento: o sistema epistêmico da medicina tal como se concebe no século XVIII é o segundo pilar dessas mudanças. Nessa nova epistemologia, a direção da intervenção médica sofre um deslocamento: antes dirigida à doença, agora se dirige ao que circunda o doente, como a água, o ar, a temperatura ambiente e qualquer outro fator do meio.

É, portanto, o ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, que está na origem do hospital médico. Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo

que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica. (FOUCAULT, 2013a, p.183-184)

A disciplina possui um papel muito importante para o desenvolvimento dessa epistemologia médica. A medicina, como as ciências da época, tanto era influenciada pelo racionalismo iluminista como já manifestava algumas características do positivismo que viria a se firmar como movimento no início do século XIX. Nesta conjuntura, o saber médico estabelecia uma relação de objetividade com o foco de estudo, onde ao médico cabe um olhar neutro e objetivo, e, para que isso fosse possível, era necessário o estabelecimento da ordem – papel que a tecnologia disciplinar visa cumprir. Essa relação de mão dupla entre disciplina e saber médico possibilitou que os hospitais passassem a ser atravessados pelo poder médico. Pela primeira vez na história, temos o saber médico dentro do hospital.

As mudanças que começaram nos hospitais marítimos e militares chegam, através de Philippe Pinel (1745-1826), aos *asilos* – espaços esses que, em decorrência das mudanças advindas ao longo do século XVIII, eram agora restritos somente aos loucos. Os ideais científicos e o momento posterior à Revolução Francesa abriram essa possibilidade. Assim, Pinel liberta os loucos das correntes nas instituições semi-jurídicas, mas mantém o internamento como condição da terapêutica. Para ele, a terapêutica da loucura é “a arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais seja capaz de estabelecer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa de suas ideias.” (PINEL *apud* FOUCAULT, 2012, p.12) Propunha-se, assim, uma cura através da ortopedia moral, onde o médico encarna esse poder sobre o alienado. O isolamento através da hospitalização era uma das medidas da ortopedia moral, série de medidas que visavam reeducar a mente do alienado e afastar os delírios, fazendo assim, com que “o hospital, enquanto instituição disciplinar, seria ele próprio, uma instituição terapêutica” (AMARANTE, 2007, p.33) A palavra *alienado* não foi empregada em vão. Pinel denominou *alienismo* a ciência que se dedicava aos estudos da *alienação mental*. A psiquiatria que conhecemos hoje teve origem no *alienismo* de Pinel.

No curso *Os Anormais* (2001), Foucault faz questão de chamar atenção para um assunto que não tinha deixado tão claro em oportunidades anteriores: a psiquiatria que se constitui no final do século XVIII e início do XIX não nasce de uma especialização da medicina geral e sim como um ramo especializado da higiene pública. Advém da

preocupação do que a doença pudesse causar em termos de perigos sociais. Para figurar como saber médico, portanto, para a psiquiatria,

(...) foi preciso tornar patológicos os distúrbios, os erros, as ilusões da loucura; foi preciso proceder a análises (sintomatologia, nosografia, prognósticos, observações, fichas clínicas, etc.) que aproximam o mais possível essa higiene pública, ou essa precaução social que ela era encarregada de garantir, do saber médico e que, por conseguinte, permitem fazer esse Sistema de proteção funcionar em nome do saber médico. (FOUCAULT, 2001, p.148)

A psiquiatria, ao longo do século XIX, funciona como ciência médica relacionada à higiene pública. É justamente esse olhar voltado para a higiene que ainda mantém os loucos apartados da sociedade em internamento.

Ao mesmo tempo que presenciamos o nascimento da psiquiatria, vemos a progressiva construção de uma sociedade industrial voltada para a produção e cada vez mais preocupada com o corpo, o corpo que produz. Trata-se aqui não de um corpo que merece cuidados, mas de um corpo que precisa ser trabalhado e aperfeiçoado tal qual uma máquina para, por exemplo, alcançar uma eficácia em seus movimentos. As atenções estão voltadas para este corpo, este corpo que deve ao mesmo tempo ser dócil, passível de manipulação e aperfeiçoamento, e útil, para que sirva ao trabalho e à produção. Não sendo a primeira vez que o corpo é tomado como objeto de investimento, Foucault (2010) alerta para o fato de que “(...) não se trata de cuidar do corpo, em massa, *grosso modo*, como se fosse uma unidade indissociável, mas de trabalhá-lo detalhadamente; de exercer sobre ele uma coerção sem folga (...)” (FOUCAULT, 2010, p.132). É através desse método coercitivo que se tenta fabricar corpos dóceis e úteis, método esse também conhecido como disciplina.

Nos espaços psiquiátricos, Pinel usará a disciplina como tecnologia que proporciona a ordem e a calma, em suma, proporciona corpos dóceis. A disciplina, ao mesmo tempo que é a própria análise do espaço, faz uso estratégico deste. E Foucault (2010) lista algumas técnicas disciplinares para realizar a distribuição conveniente dos indivíduos no espaço, como o *cercamento* e a *clausura*. O cercamento diz respeito à “(...) especificação de um local heterogêneo a todos os outros e fechado em si mesmo” (FOUCAULT, 2010, p.137), como colégios, quartéis e manicômios. A clausura faz uso do *quadriculamento*, onde é importante decompor o coletivo em indivíduos: “cada indivíduo em seu lugar; e em cada lugar um indivíduo. (...) O espaço disciplinar tende a se dividir em tantas parcelas quando corpos e elementos há a repartir.” (FOUCAULT, 2010, p.138). Desta forma, o que

importa [é] estabelecer as presenças e as ausências, saber como e onde encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar. (FOUCAULT, 2010, p.138)

É através do modelo arquitetônico panóptico, concebido por Jeremy Bentham em 1787 e que foi capaz de influenciar a disposição espacial nesta época, que a disciplina e a vigilância chegam nesses espaços. E, assim, chegam pela forma específica de construí-los. Projetado a princípio para ser uma prisão na Inglaterra, o modelo arquitetônico compreendia um edifício circular, onde os prisioneiros ocupavam a circunferência em locais chamados de *celas*, estas separadas tanto entre si quanto entre os prisioneiros. Ficando cada um em uma cela, o objetivo era o impedimento da comunicação entre eles. As celas possuem duas janelas circulares, uma que dá para o exterior, permitindo a iluminação, e a outra que dá para dentro da circunferência e que deve ser gradeada para não atrapalhar a visão do inspetor, este localizado ao centro, onde Bentham chama de *alojamento do inspetor*. Esta centralidade do inspetor é “(...) combinada com os dispositivos mais bem conhecidos e eficazes para *ver sem ser visto*” (BENTHAM, 2008, p.28). Assim, aqueles que estão para ser inspecionados se sentirão inspecionados mesmo que na torre central não haja ninguém. A ideia é promover a *aparente onipresença* do inspetor. Segundo Foucault (2010), o dispositivo Panóptico obedece ao princípio da masmorra, só que invertido. O princípio da masmorra tem três funções: trancar, privar de luz e esconder. No panoptismo só se conserva a primeira, as outras duas são suprimidas. “A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha.” (FOUCAULT, 2010, p.190)

Se a ideia inicial era que esse modelo participasse de um concurso para uma nova prisão, Bentham faz questão de enfatizar que ele pode ser aplicado em diferentes estabelecimentos, pois

não importa o quão diferentes, ou até mesmo quão opostos, sejam os propósitos: seja o de *punir o incorrigível, encerrar o insano, reformar o viciado, confinar o suspeito, empregar o desocupado, manter o desassistido, curar o doente, instruir os que estejam dispostos* em qualquer ramo da indústria, ou *treinar a raça em ascensão* no caminho da educação (...) (BENTHAM, 2008, p.19)

Assim, sua proposta é que escolas, quartéis, prisões, hospitais, hospícios possam fazer uso deste mesmo modelo. Especificamente em relação aos hospícios, Bentham observa que os *insanos* não precisarão mais usar correntes, agora que o grau de inspeção e individualização em celas permite que eles sejam vigiados o tempo todo. Só faz alguma ressalva quanto aos

casos em que os *insanos* machucam a si próprios: não há o que fazer, neste caso, a não ser deixá-los amarrados. Economicamente falando, o modelo panóptico sairia barato em termos operacionais, pois era possível ter um grande número de internos com um número bem reduzido de trabalhadores para vigiá-los.

Não sendo seguido literalmente enquanto modelo arquitetônico, o panóptico foi, sem dúvida, uma grande influência em termos de disposição espacial para as construções que tinham como objetivo o controle sobre uma parcela específica da população, como escolas, fábricas, hospitais e manicômios. E foi esse modelo que atingiu os hospitais durante a reforma do século XVIII. Firmando-se cada vez mais como um espaço de cura ao longo desse século, os hospitais antigos são condenados quanto à sua salubridade e altos índices de mortalidade e, portanto, passam a ser reformulados arquitetonicamente. Os mesmos preceitos estão presentes nas construções dos manicômios, espaços que acabam de surgir com a separação da loucura dos outros males. Neste momento, arquitetura e medicina trabalham juntas para viabilizar um espaço hospitalar que atenda as demandas operacionais e médicas; surge, assim, a tipologia pavilhonar. Sendo considerada a solução arquitetônica ideal, fundada tanto na teoria higiênica como no modelo disciplinar panóptico, essa tipologia “é 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” (VIECELI, 2014, p.60), uma arquitetura que construa o que Rotelli (1990) denomina de o lugar zero das trocas sociais.

É justamente em decorrência dessa articulação entre os espaço e as tecnologias de poder, tão visível em um modelo como o panóptico, que "seria preciso fazer uma 'história dos espaços' – que seria ao mesmo tempo uma 'história dos poderes' – que estudasse desde as grandes estratégias da geopolítica até as pequenas táticas do habitat, da arquitetura institucional, da sala de aula ou da organização hospitalar, passando pelas implantações econômico-políticas" (FOUCAULT, 2013b, p.322), uma heterotopia, entendendo os espaços como dispositivos de saber e poder, o que Segaud (2016) chama de *pedagogia do espaço*.

2.2. A LOUCURA NA CIDADE E O QUE A ARQUITETURA TEM A VER COM ISSO?

2.2.1. Heterotopia e pedagogia do espaço: arquitetura e seus “poderes”

Segundo Foucault (2013c) é muito provável que todas as sociedades constituam heterotopias. Heterotopia, junção das palavras *hetero* (outro, diferente) com *topos* (lugar), é um termo que se opõe a utopia, oposição que aparece pela primeira vez na obra de Foucault no Prefácio de *As Palavras e as Coisas* (FOUCAULT, 2000) quando ele diz:

As utopias consolam: é que, se elas não têm lugar real, desabrocham, contudo, num espaço maravilhoso e liso; abrem cidades com vastas avenidas, jardins bem plantados, regiões fáceis, ainda que o acesso a elas seja quimérico. As heterotopias inquietam, sem dúvida porque solapam secretamente a linguagem, porque impedem de nomear isto e aquilo, porque fracionam os nomes comuns ou os emaranham, porque arruinam de antemão a “sintaxe”, e não somente aquela que constrói as frases — aquela, menos manifesta, que autoriza “manter juntos “ (ao lado e em frente umas das outras) as palavras e as coisas. Eis por que as utopias permitem as fábulas e os discursos: situam-se na linha reta da linguagem, na dimensão fundamental da fábula; as heterotopias (encontradas tão freqüentemente em Borges) dissecam o propósito, estancam as palavras nelas próprias, contestam, desde a raiz, toda possibilidade de gramática; desfazem os mitos e imprimem esterilidade ao lirismo das frases. (FOUCAULT, 2000, p. XVIII)

Essa oposição aparece mais duas vezes na obra de Foucault. Uma delas na transmissão radiofônica realizada em 7 de dezembro de 1966, e em março do ano seguinte em um texto que foi usado por ele como base para uma conferência no *Círculo de estudos arquiteturais* de Paris. No livro *O Corpo Utópico, As Heterotopias* (FOUCAULT, 2013c), recentemente lançado no Brasil com esse texto, Foucault define heterotopia como sendo um *contraespaço*.

Para chegar até essa definição de contraespaço, ele começa apontando para o fato de que não vivemos em um espaço neutro, afinal,

(...) não se vive, não se morre, não se ama no retângulo de uma folha de papel. Vive-se, morre-se, ama-se em um espaço quadriculado, recortado, matizado, com zonas claras e sombras, diferenças de níveis, degraus de escadas, vãos, relevos, regiões duras e outras quebradiças, penetráveis, porosas. Há regiões de passagem, ruas, trens, metrô; há regiões abertas de parada transitória, cafés, cinemas, praias, hotéis, e há regiões fechadas de repouso e moradia. (FOUCAULT, 2013c, p.19)

E Foucault segue dizendo que há, entre todos esses lugares, aqueles que são completamente diferentes dos outros, lugares que se opõem a todos os outros, “(...) destinados de certo modo a apagá-los, neutralizá-los ou purificá-los. São como que *contraespaços*.” (FOUCAULT, 2013c, p.20). Contraespaços estes que a sociedade organizou, como os cemitérios, os asilos e as prisões.

Como nesse texto Foucault diz estar sonhando com o surgimento de uma ciência responsável por estudar esses espaços de heterotopia, que seria chamada de *heterotopologia*, ele, tentando formular um dos princípios para o estabelecimento desta ciência, diz-nos que uma das características das heterotopias é o fato de que não entramos nelas porque somos obrigados, como no caso das prisões ou quando se é submetido a ritos. Ainda buscando estabelecer parâmetros, ele propõe a distinção de dois tipos de heterotopia: heterotopia de crise e heterotopia de desvio. A primeira diz respeito a sociedades onde existiam locais privilegiados ou sagrados para os indivíduos em crise, o que significa um período de transição até que tal crise passe. Foucault nos diz que em nossa sociedade as heterotopias de crise foram desaparecendo e foram surgindo as heterotopias de desvio.

[I]sto significa que os lugares que a sociedade dispõe em suas margens, nas paragens vazias que a rodeiam, são antes reservados aos indivíduos cujo comportamento é desviante relativamente à média ou à norma exigida. Daí as casas de repouso, as clínicas psiquiátricas, daí também com certeza as prisões. (FOUCAULT, 2013c, p.22)

Foucault nos faz pensar no espaço enquanto expressão das tecnologias de poder e, portanto, dá-se em um certo contexto, não sendo uma simples expressão de uma época. Esta premissa também é defendida pela socióloga francesa Marion Segaud que trabalha com a interseção entre sociologia, antropologia e arquitetura. A autora defende "que o espaço não é uma noção homogênea, mensurável, existente *a priori*, independentemente das culturas, dos tempos históricos e das representações que uns e outros fazem dela" (SEGAUD, 2016. p.20-21). Ela também parte de uma perspectiva antropológica considerando que a relação do indivíduo e do grupo com o espaço corrobora com a identidade de cada um. Ela vai além e se aproxima ainda mais de Foucault ao esclarecer que o que ela chama de pedagogia do espaço é a forma de entender os espaços como instrumentos de saber e poder, que possuem uma eficácia social que é frequente na nossa sociedade ao mesmo tempo que pode ser problemática.

Uma dessas problemáticas que seria fácil de apontar, pois está no extremo da experiência espacial, é a relação entre a arquitetura e os regimes totalitários ao longo do século XX. A partir do século XIX torna-se forte a ideia da arquitetura enquanto parte de uma missão civilizatória, de controle e formação social pelo estado, o que é visto com mais evidência em regimes totalitários como na Alemanha Nazista – representados pela relação entre Hitler e o arquiteto e ministro Albert Speer, que moldaram diferentes instalações com propósitos específicos – e na Rússia soviética, principalmente com os arquitetos

construtivistas, que com suas obras acompanhavam a revolução em andamento. (SEGAUD, 2016)

Um exemplo bem cotidiano dessa relação entre arquitetura e “missão civilizatória” na Rússia são as construções dos apartamentos comunitários, onde a cozinha era um cômodo compartilhado entre os apartamentos. “A cozinha para nós não é apenas um lugar para preparar as refeições; é também uma sala de jantar, sala de estar, escritório, tribuna. Um lugar para sessões de psicoterapia. No século XIX, toda cultura russa vivia em propriedades senhoriais, mas no século XX, nas cozinhas.” (ALEKSIEVICH, 2016, p.34) Assim, ao mesmo tempo em que se forçava a integração e comunicação entre os moradores das diferentes habitações, reforçando e construindo o caráter coletivo pressuposto pelo regime do Estado, também funcionava como uma forma de controle – qualquer coisa que fosse dita neste cômodo e que contrariasse os preceitos do Estado poderia ser denunciado por um dos vizinhos. “A cozinha russa... a pequena e miserável cozinha da ‘khruschoba’, de nove a doze metros quadrados (com sorte!), com um banheiro atrás de uma parede fininha. Planejamento soviético.” (ALEKSIEVICH, 2016, p.34)

O que esse exemplo da Rússia soviética ressalta é a associação entre o poder disciplinar e o biopoder, algo que na história já vinha se articulando desde o século XVIII. Nesta relação, as técnicas disciplinares funcionam como um instrumento de regulação da vida e de normalização dela, afinal, o biopoder como “um poder que tem a tarefa de se encarregar da vida terá necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos.” (FOUCAULT, 1999, p.134). É essa mesma relação ou associação entre os poderes que encontramos nos espaços destinados ao controle e à normalização daqueles que são considerados loucos.

2.2.2. Por uma cidade onde desconhecidos se encontrem

É pensando tanto no conceito de heterotopia como no de pedagogia do espaço que entendemos que os poderes atravessam e operam em certas instituições por meio das peças arquitetura e da construção do espaço. Falar de peças arquitetônicas específicas requer discutir o lugar que elas ocupam na cidade. E que cidade é essa? Quem tem direito a essa cidade? Como diz o sociólogo estadunidense Sennett (1977) há tantas maneiras de conceber o que é cidade quanto há cidades. Além de inúmeras, essas concepções são disputadas pelos campos de saber que a concebem. A concepção mais básica e acessível a todos nós, pode ser encontrada no dicionário (eu ainda sou dessas pessoas que consulta dicionário, mesmo que

seja pelo aplicativo). Em uma busca em três dicionários diferentes – Aurélio, Michaelis e Priberam –, encontrei definições bem próximas, que enfatizam a existência de grande quantidade de pessoas e focam no fato dessas pessoas trabalharem em indústrias e serviços, em oposição ao que acontece no campo. Dessa forma, Ferreira (2014) define cidade como “complexo demográfico formado, social e economicamente, por uma importante concentração populacional não agrícola, dedicada a atividades de caráter mercantil, industrial, financeiro e cultural; urbe.” (on-line)

Mas a cidade nem sempre teve sua principal característica na aglomeração de pessoas e muito menos no seu potencial econômico e industrial. Na Grécia Antiga, por exemplo, o conceito de *pólis* implicava no fato de política e cidade se manterem ligadas, afinal esse era o espaço onde as pessoas conseguiam expressar uma unidade. Pagot (2012), com base nos estudos de Sennett, aponta que foi a concepção romana de cidade que influenciou as urbanizações contemporâneas e não a concepção grega, já que a cidade romana criou a geometria do espaço não se baseando na união e sim na divisão. Fico com duas impressões dos motivos que levaram ao modelo romano vigorar: primeiro, as conquistas de diversos territórios pelo império romano e o fato dessa divisão da cidade auxiliar no controle dos cidadãos.

Se enveredarmos para o campo da Geografia, esbarramos com a definição de Milton Santos, que considera que a “(...) cidade constituiu uma forma particular de organização do espaço, uma paisagem e, por outro lado, preside às relações de um espaço maior, em seu derredor, que é sua zona de influência.” (SANTOS, 1959, p.7) Já o geógrafo francês, Pierre George, traz um conceito de cidade que conversa com o tempo histórico e com a sociedade. Assim, a cidade seria “um fato histórico e um fato geográfico, na medida em que sua forma seria um compromisso entre o seu passado e o presente, enquanto que o seu conteúdo humano e a atividade de seus habitantes seriam marcados pelo signo do presente” (GEORGE, 1952 *apud* VASCONCELOS, 1999, p.12) Henri Lefebvre, sociólogo francês de orientação marxista, ao falar de cidade, diz buscar na filosofia algo que os outros campos não são capazes de lhe dar: a totalidade da cidade. Pensando nessa totalidade ele afirma que

a cidade projeta no terreno uma sociedade, uma totalidade social ou uma sociedade considerada como totalidade, compreendida sua cultura, instituições, ética, valores, em resumo, suas superestruturas, incluindo sua

base econômica e as relações sociais que constituem sua estrutura propriamente dita.¹⁰ (LEFEBVRE, 1978, p.141)

Seguindo o pensamento de Lefebvre, se projetamos na cidade a nossa cultura e as nossas relações, isso nos diz que projetamos também na cidade as nossas segregações. Assim, mulheres, negras, negros, pessoas LGBTQ⁺¹¹, pobres, loucas e loucos e suas intersecções ocupam lugares à margem na cidade (metaforicamente e concretamente). Mesmo sabendo que esse não é o tema principal desse trabalho, é mandatório que fique registrado que, historicamente, os grupos minoritários ocuparam mais os asilos, os manicômios e os hospitais psiquiátricos¹², em uma ação perversa de enclausurar pelas vias do poder médico toda a sorte de indesejáveis à sociedade industrial burguesa. Barros et al. (2014), em um estudo sobre os moradores dos hospitais psiquiátricos de São Paulo, constataram que, em relação ao censo demográfico desse estado, há uma maior proporção de negros nos hospitais psiquiátricos por não terem renda e/ou lugar para morar. Isso constata que

a população negra sofre historicamente processos ininterruptos de abandono e apartamento social. O lugar por excelência do abandono e exclusão é o manicômio, assim como outras instituições totais. Os dados consolidados comprovaram que à população negra cabe a injusta posição de prioritária no ranking da exclusão social nos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo. (BARROS et al., 2014, p.1240)

Assim, se a cidade reserva um lugar às suas margens para os excluídos temos, desde a criação dos primeiros hospitais psiquiátricos, a distância dos grandes centros urbanos como uma condição. Era assim no Hospital de Bicêtre – dirigido por Philippe Pinel – era assim no Hospício de Pedro II quando da sua criação. Se Sennett (1977) define cidade como “uma povoação humana onde é provável que desconhecidos se encontrem¹³” (p. 39), esses modos de construção e planejamento das cidades modernas tentam promover o oposto. Dessa forma, cheia de muros, barreiras, divisões reais ou imaginárias, tornam-se cidades que não estão preparadas para os diferentes (VENTURINI, 2016). Em seu livro mais recente, *Construir e Habitar: ética para uma cidade aberta*, Sennett (2018) discute a possibilidade de as

¹⁰ Tradução livre, segue o trecho original: la ciudad proyecta sobre el terreno una sociedad, una totalidad social o una sociedad considerada como totalidad, comprendida su cultura, instituciones, ética, valores, em resumen, sus supraestructuras, incluyendo su base económica y las relaciones sociales que constituyen su estructura propriamente dicha.

¹¹ Internações muito prévias à existência da criação dessa sigla.

¹² Não esqueçamos das cadeias!

¹³ Tradução livre, segue o trecho original: “a human settlement in which strangers are likely to meet”.

construções promoverem mais encontros entre desconhecidos, no que ele chama de *cidade aberta*, uma cidade que é permeável, com espaços convidativos e que, em suma, inclui a diferença. Pensando no desafio de construir uma cidade que possa promover tais encontros, Sennett (2018) divide a cidade em duas: a cidade em sua forma construída, a *ville*, e a cidade em sua forma de experiência vivida, a *cit  *. Ele chama aten  o para a dualidade e a disputa dessas duas formas de cidade e, inclusive, ele se questiona se a resposta para uma cidade aberta    dar mais poder aos cidadãos. Como diz McGuirk (2018) fica claro que

“Construir e habitar”    a tentativa de Sennett de responder a essa pergunta. E ele tem quase que um apego Taoista    harmonia e ao equilíbrio. D   aos arquitetos e planejadores muito controle e a *cit  * sofre; tenha muita f   nos cidadãos e a *ville* definha. A *cidade aberta* que Sennett imagina    uma que requer que nós aceitemos a diferença, mesmo que nós não nos identifiquemos com ela.¹⁴ (on-line)

A partir desse ideal de cidade de Sennett (2018), podemos pensar em uma cidade que    um   m  , ou seja, uma cidade que    “um campo magnético, que atrai, reúne e concentra os homens” (ROLNIK, 2009, p.12), mas que, ao mesmo tempo, t  m m    uma cidade que

(...)    fruto do trabalho coletivo de uma sociedade. Nela está materializada a história de um povo, suas rela  o es sociais, políticas, econ  micas e religiosas. Sua experiência ao longo do tempo    determinada pela necessidade humana de se agregar, de se inter-relacionar, de se organizar em torno do bem-estar comum; de produzir e trocar bens e serviços, de criar cultura e arte; de manifestar sentimentos e anseios que só s   concretizam na diversidade que a vida urbana proporciona. (PAGOT, 2012, p.23)

   essa no  o de cidade que debatemos e construímos nesse capítulo que permeará todo o curso desse trabalho. Em uma tentativa de construir um texto fluido e complexo, optamos por trabalhar os conceitos discutidos neste primeiro capítulo ao longo de toda a disserta  o. Assim, a loucura enquanto produ  o social; a arquitetura enquanto campo que    capaz de promover encontros, desencontros, segrega  o es, subjetividades e rela  o es; a cidade que tem capacidade de promover encontros e inter-rela  o es (ou o oposto); e as tecnologias de poder que estão operando por todos esses pontos, serão as linhas da trama onde construiremos esse estudo. Com o objetivo de organizar o que foi discutido até aqui a partir do estudo dos

¹⁴ Tradu  o livre, segue o trecho original: Building and Dwelling” is Sennett’s attempt to answer that question. And it has an almost Taoist attachment to harmony and balance. Give architects and planners too much control and the *cit  * suffers; too much faith in the citizen and the *ville* withers. The open city of Sennett’s imagination is one that requires us to embrace difference, even if we do not identify with it.

espaços da loucura, elaborei o Quadro 1 onde é possível encontrar informações que ajudam a compor um certo olhar analítico desses espaços ao longo da história.

ESPAÇOS DA LOUCURA ATRAVÉS DE SUA HISTÓRIA				
Acontecimento	Ritualístico	Hospital Filantrópico	Hospital Geral	Asilo/ Manicômio
Tempo Histórico	Antiguidade	Idade Média	Idade Moderna	Idade Contemporânea
Discurso sobre a Loucura	<ul style="list-style-type: none"> - Vontade divina; - Sentimentos da própria natureza humana; - Desequilíbrio dos humores do corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pecado e culpa cristã; - Inadequações sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Irrracionalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Discurso psiquiátrico >> loucura enquanto doença; - Loucura como objeto da ciência; - Alienação mental
Tecnologias de Poder predominante na sociedade	Soberano	Soberano	Soberano e Disciplinar	Disciplinar e Biopoder
Características arquiteturais e espaciais	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço aberto; - Natureza; - Uso de rituais corporais (música e dança) 	<ul style="list-style-type: none"> - Construções hospitalares em catedrais; - Espaços amplos e sem divisórias entre os leitos; - Todas as atividades realizadas em um mesmo cômodo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Construções afastadas dos grandes centros; - Forma cruzada; - Separação por gênero e melhoria da supervisão; - Uso de celas, correntes e coleiras; 	<ul style="list-style-type: none"> - Construções afastadas dos grandes centros; - Uso de celas, vigilância e muros; - Baseado no modelo panóptico.
Finalidade	Reconciliação divina	Segregação social; Salvação moral; Assistencialista; Filantropia.	Segregação social; Ordem; Punitivismo; Jurídica; Recuperação de mão-de-obra.	Segregação social; Ordem; Isolamento; Conhecimento científico; Modificação do comportamento; Tratamento médico.

Quadro 1: Quadro teórico sobre os principais espaços da loucura ao longo da história. Elaborado a partir das discussões feitas até aqui, procurando relacionar os espaços com os outros elementos trabalhados

Fonte: elaborado pela autora (2020)

3. ESPAÇOS PRODUZINDO SUBJETIVIDADES E RELAÇÕES

Enfermarias psiquiátricas são lugares estranhos. Diversas vezes assistentes sociais me disseram que eu precisava ir a um hospital psiquiátrico para descansar. É possível que eu tenha acreditado nisso na primeira vez que fui a uma unidade psiquiátrica, mas sinceramente! Você consegue imaginar conseguir descansar em uma enfermaria cheia de pessoas que estão aflitas ao mesmo tempo? Eu não.¹⁵ (COLEMAN, 2017, p.21)

Ron Coleman passou por inúmeras e longas internações psiquiátricas em um período de treze anos. Nesses treze anos passou por quarenta sessões de eletrochoques e hoje apresenta sinais de demência precoce. Eu não sei você, mas a partir desse relato, certamente não escolheria um hospital psiquiátrico para descansar. Esse é um exemplo de inúmeros que poderia trazer aqui de sobreviventes da psiquiatria ou de usuários do sistema que não tiveram a mesma chance de sobreviver, mas produziram algo ao longo ou sobre os momentos dentro dos hospitais psiquiátricos. Mas eu acho que o que me chama atenção nessa passagem é o cinismo ao se usar a palavra *descanso*. Além de “descanso” o que mais uma instituição como um hospital psiquiátrico pode produzir em seus internos?

Agora que estabelecemos uma base entre os espaços e o seu uso como instrumento de saber e poder ou expressão das tecnologias de poder na sociedade de uma forma mais ampla, começaremos a procurar entender como isso pode se dar nos espaços específicos destinados a loucura, principalmente no que se refere a produção de relações e subjetividades. Começando pelo exemplo de espaço – se assim podemos dizer – mais extremo, temos nas *instituições totais* com suas características funcionais e arquiteturais um modelo que é capaz de produzir uma *mortificação do eu*. Erving Goffman, um autor canadense e sociólogo, foi quem cunhou esses dois termos em um dos livros mais influentes da sociologia do século XX, *Manicômios, prisões e conventos*.

Manicômios, prisões e conventos surge de um trabalho de campo realizado entre 1955 e 1956 no Hospital St. Elizabeths, em Washington D.C. à época em que Goffman era membro visitante do Laboratório de Estudos Socioambientais do Instituto Nacional de Saúde em Bethesda, Maryland. O Hospital St. Elizabeths era uma instituição federal com pouco mais de 7000 internos e Goffman foi até lá com o objetivo de conhecer o mundo social do

¹⁵ Tradução livre, segue o trecho original: Psychiatric wards are strange places. On numerous occasions I was told by social workers that I needed to go into the psychiatric hospital for a rest. I might have believed that the first time I went into a psychiatric unit but really! Can you imagine getting much of a rest in a ward full of people who are all distressed at the same time? I think not.

internado e de como ele o vivia, experienciava-o. Em 28 de julho do mesmo ano em que Goffman realizava o seu trabalho de campo em St. Elizabeths, o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos autorizou o financiamento de estudos em instituições de Saúde Mental, demandando, uma investigação que fosse “objetiva, minuciosa, uma análise nacional e reavaliação dos problemas humanos e econômicos da saúde mental.”¹⁶ (THE NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2014, p.15) Este Instituto, que foi criado na gestão do presidente Harry Truman logo após o fim da Segunda Guerra Mundial devido à demanda que surgiu pelo grande número de ex-combatentes que voltaram para casa com problemas de saúde mental e em meio ao surgimento da Psiquiatria Preventiva,¹⁷ elaborou e entregou ao Senado em 31 de dezembro de 1960 um relatório que exigia que “se fizesse um programa nacional que abordasse adequadamente as necessidades individuais dos doentes mentais da América”¹⁸ (THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, [s.d.], online). Este relatório teve ressonâncias muito importantes na política de saúde mental do país, levando à promulgação de um decreto pelo presidente John F. Kennedy em 1963 que redirecionava a assistência em saúde mental. Foi esse mesmo Instituto que financiou Goffman em seu processo de escrita após o trabalho de campo.

Começando com o seu objetivo primordial, abordar o mundo do interno e a sua vivência, Goffman (2015) logo nos lembra de um aspecto da nossa sociedade moderna: o de exercer diferentes atividades, tais como, dormir, brincar e trabalhar, em diferentes lugares, com diferentes coparticipantes e sob diferentes autoridades. Às instituições que transgridem essas barreiras que separam essas três esferas da vida são caracterizadas por ele como *instituições totais*. Assim, o autor diz que

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 2015, p.11)

Uma das características das instituições totais é o seu caráter de "fechamento" ao mundo social, impondo barreiras, inclusive físicas (muros altos e portas fechadas, por

¹⁶ Tradução livre, segue o trecho original: “an objective, thorough, nationwide analysis and reevaluation of the human and economic problems of mental health.”

¹⁷ Abordarei melhor esse movimento no capítulo 4 desse trabalho

¹⁸ Tradução livre, segue o trecho original: "to arrive at a national program that would approach adequacy in meeting the individual needs of the mentally ill people of America."

exemplo), que impedem a relação do interno com o mundo exterior. Tais instituições são destinadas àqueles que a sociedade entende como inúteis ou representantes de uma certa ameaça à comunidade, por isso as prisões, mas também os manicômios – ao redor da figura do louco, por exemplo, ainda vemos o imaginário da periculosidade. Em ditas instituições, as pessoas que nela ficam internadas, passam por um processo de subjetivação, tal processo, Goffman (2015) vai chamar de *mortificação do eu*.

Fui internada no IP. Minha primeira impressão foi de pânico. Abriam-me uma porta, vi-me diretamente no refeitório. As mesas cinzentas de pedra, algumas doentes despenteadas, com os cabelos em pé, fizeram-me recuar. Uma enfermeira segurou-me pelo braço: “– Não pode mais sair.” Trocaram meu vestido pelo uniforme, puseram-me no pátio. Só o cinema será capaz de mostrar o que é o IP. (CANÇADO, 1979, p.195)

Maria Lopes Cançado em seu livro *Hospício é Deus: diário 1*, fala a partir da sua própria experiência por internações em Institutos Psiquiátricos em Minas Gerais e no Rio de Janeiro entre o final dos anos de 1940 e 1950. Do seu relato, podemos ver o processo de perda de identidade que ocorre em instituições totais desde que o interno a adentra pela primeira vez. Tiram dela o seu vestido, obrigando-a a usar outra roupa, ou melhor, o mesmo uniforme que todos os outros internos e proferem a sentença: “Não pode mais sair.”

Como nos diz Goffman (2015), nas *Instituições Totais* é comum, já na admissão, o interno iniciar o processo de *mortificação do eu* ao ser obrigado a trocar suas roupas por um uniforme da instituição, a ganhar um número de identificação – o que internamente é mais importante do que o nome –, perder o direito de possuir objetos pessoais, perder o direito de ter um espaço próprio, ter, muitas vezes, sua cabeça raspada para mantê-las limpas¹⁹, perder o direito de comer a hora e o que quiser, perder o direito de tomar banho a hora que quiser, perder o direito de dormir quando quiser, perder o direito de transitar por onde quiser e quando quiser, enfim, um *eu mortificado*. Nessas instituições há, ainda, a privação de contato com pessoas e relações que fazem parte da vida do sujeito antes e fora do internamento. Em nome da ordem de funcionamento nesses espaços, Goffman identifica outro elemento que influencia as subjetividades e relações, o *sistema de privilégios*. Nesse sistema de privilégios, o interno que obedece às “regras da casa” ganha privilégios ou recompensas claramente definidas. Com esse sistema, tenta-se produzir internos obedientes e que ajudem a manter a

¹⁹ Com fundamentos semelhantes, alguns hospitais para doentes mentais verificaram que é útil extrair os dentes dos "mordedores", fazer histerectomias em mulheres com tendências para a promiscuidade sexual, e realizar lobotomias em briguentos crônicos. (GOFFMAN, 2015, p.74)

ordem assim como evidencia a hierarquização entre equipe e internos e entre os próprios internos. Afinal, quem obedece mais, tem mais privilégios e acessos dentro do internamento, produzindo uma espécie de divisão social onde as desigualdades são inerentes e a moeda é a obediência. Mais uma vez, tais instituições mostram-se potentes em interferir na produção de relações e subjetividades dos internos.

O grau de interferência dessas instituições totais na vida e no cotidiano dos internos é tão expressivo que por mais que todos nós construamos nos espaços em que habitamos os nossos próprios "espaços pessoais" (SOMMER, 1973) o grau de interferência se faz tamanho que tais espaços são invadidos ou coibidos de existir, como no caso da proibição de objetos pessoais ou a determinação de realizar certas tarefas em momentos pré-estabelecidos. O *espaço pessoal* tal qual define Robert Sommer (1973), psicólogo ambiental estadunidense, seria ao mesmo tempo um território portátil, afinal, podemos leva-lo para onde formos, e também seria "(...) uma área com limites invisíveis que cercam o corpo das pessoas, e na qual os estranhos não podem entrar" (SOMMER, 1973, p.32).

Um dos horrores de qualquer reclusão é nunca se poder estar só. No meio daquela multidão, há sempre um que nos vem falar isto ou aquilo. No Hospício eu resenti esse incômodo que só pode ser compreendido por quem já se viu recolhido a qualquer prisão; lá, porém, é pior do que em outra qualquer (...) (BARRETO, 1993, p.166)

Lima Barreto esteve internado no Hospício Nacional de Alienados, mais conhecido como Hospício de Pedro II, na Praia Vermelha, em internações entre os anos de 1910 e início de 1920. O sentimento que Lima Barreto transpõe para o papel, faz-nos lembrar que aquilo que parece mais simples e básico em nossas relações pode simplesmente ser ignorado ao adentrar essas instituições. Como diz Goffman (2015), o território do eu é violado, ou seja, "(...) a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas." (GOFFMAN, 2015, p.31)

Em *Titicut Follies* (1967), Frederick Wiseman, um judeu estadunidense, retrata o cotidiano de internos em uma prisão para indivíduos com problemas psiquiátricos em Bridgewater, Massachussetts. Já em seu filme de estreia, Wiseman constrói um estilo documental que virá a ser a sua assinatura cinematográfica ao retratar cenas do cotidiano, sem entrevistas, sem narração, sem *voz over* e sem identificação dos personagens na tela. Tais características levaram aos críticos a dizer que Wiseman seria como uma *mosca na parede*. Título que ele, de forma bem-humorada, refutou em uma entrevista ao *The Guardian* em 2018, dizendo que "a maioria das moscas que eu conheço não são nem um pouco

consciente, e eu gosto de pensar que eu pelo menos sou 2% consciente.”²⁰ (WISEMAN, 2018, on-line) É claro que os eventos por ele filmados podem até ocorrer independente da sua presença²¹, mas as escolhas de enquadramento, de personagens, do que entrará no corte final e na ordem que entrará no corte final fazem de Wiseman muito mais consciente do que 2%, como ele disse sobre as situações por ele filmadas:

Eu me deparo com essas coisas por uma questão de sorte, e talvez ocasionalmente por bom sendo. Eu assumo o risco de filmá-las porque eu acho que vai ser interessante – depois o meu trabalho como editor é o de decidir o que significa, se quero usar, de qual maneira, e onde eu vou colocá-la.²² (WISEMAN, 2018, on-line)

Portanto, quando ele escolhe introduzir o ambiente da prisão em *Titicut Follies*, ele introduz ao mesmo tempo a dinâmica do espaço e alguns dos personagens²³.

Figura 8: Planos da sequência de abertura do filme *Titicut Follies*. Apresentação musical Minutagem: 40” até 1’20



²⁰ Tradução livre, segue o trecho original: “Most flies I know aren’t conscious at all, and I like to think I’m at least 2% conscious.”

²¹ Falo aqui mais das atividades rotineiras regradas, pois afinal, como aponta um dos maiores documentaristas, Eduardo Coutinho, em um documentário sempre haverá o efeito câmera, ou seja, há sempre uma performance em tela.

²² Tradução livre, segue o trecho original: “I come across this thing as a matter of chance, and maybe occasionally good judgment. I take the risk of shooting it because I think it might be interesting – then my job as an editor is to decide what it is saying, whether I want to use it, in what form, and where I’m going to place it.”

²³ Ao trazer planos e análises de trechos de filmes estamos seguindo duas etapas importantes propostas por Vanoye e Goliot-Lété (2008), a desconstrução e a reconstrução. Na primeira é necessário descrever e na segunda é necessário compreender as relações do que foi descrito, logo, interpretar. Mas como advertem os autores, não podemos interpretar demais e fugir do objeto-file, afinal, “o filme (...) é o ponto de partida e o ponto de chegada da análise” (VANOYE; GOLIOT-LÉTÉ, 2008, p.15)

Nesta primeira sequência podemos ver a apresentação musical de um grupo (uma das dinâmicas e em coletivo), mas logo o enquadramento muda e a câmera vai se aproximando de uma das pessoas, a primeira apresentação de personagem que vamos conhecer melhor em outro momento do filme.

Figura 11: Sequência de inspeção do filme *Titicut Follies*. Minutagem: 3'13" até 3'54"



Na sequência seguinte temos uma dinâmica inversa. Começamos no individual, no personagem que se despe enquanto os guardas o apressam, e em um movimento de expansão, vemos todo um coletivo se despindo ao mesmo tempo. Uns na frente dos outros. Sem escolha. Sem privacidade. No pior sentido da palavra coletivo. Em uma dinâmica que se mostra rotineira, pois a vemos em outros momentos do filme. Em uma das maiores violações dos *espaços pessoais*: o não direito a controlar a exposição do próprio corpo. Outro elemento bem marcante dessa cena está na presença dos guardas ao longo de todo esse processo, revelando ainda mais as hierarquias das relações e o gerenciamento de uma atividade cotidiana.

Um outro processo subjetivo abordado por Goffman em dois trabalhos seus – *Manicômios, prisões e conventos* (1961) e em *Estigma* (1963)²⁴ – trata de uma sequência de mudanças no eu da pessoa e nos seus esquemas de julgamentos de si própria e dos outros. À essas mudanças, o autor atribuiu ao processo que ele chama de *carreira moral*. Essa carreira moral começa a ser produzida desde o momento da admissão e segue o interno até o túmulo. Existem dois fatores importantes nessa produção: a interpretação psiquiátrica (ao enquadrar

²⁴ Originalmente lançado em 1963, mas a versão usada aqui é a de 1988.)

a pessoa como “doente mental²⁵”) e a hospitalização. Ou seja, é preciso ter adentrado em uma instituição total, pois afinal, “(...) a interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa na medida em que essa interpretação altera o seu destino social – uma alteração que se torna fundamental em nossa sociedade quando, e apenas quando, a pessoa passa pelo processo de hospitalização.” (GOFFMAN, 2015, p.112) Esse processo de hospitalização, também contribui para um outro desdobramento, a construção do estigma.

Um outro autor que colabora com sua pesquisa sobre as produções dessas instituições em seus internos é o estadunidense Russell Barton. Contemporâneo de Goffman, Barton atuava em Hospital Psiquiátricos como psiquiatra, onde, a partir de observações e estudos do próprio ambiente de trabalho, cunhou o termo *neurose institucional*. A sua escolha pelo termo neurose é interessante, além de conversar com a sua formação em psiquiatria (à época embasada nas estruturas da psicanálise), o termo é escolhido por “promover a síndrome à categoria de doença, ao invés de um processo, dessa forma, encorajando-nos a entender, abordar, e lidar com isso da mesma forma que com as doenças”²⁶ (BARTON, 1966, p.13). A neurose institucional é, portanto, uma doença que, apesar de não ter uma causa certa, é associada com alguns fatores do ambiente em que o interno vive e se caracteriza pelos seguintes sintomas: apatia, falta de iniciativa, perda de interesse, às vezes, falta de expressão de sentimentos e falta de interesse no futuro. É comum também notar uma mudança na postura, principalmente com as mãos e braços em volta do corpo. Às vezes, toda essa apatia dá lugar a episódios pontuais de agressão que, normalmente, são atribuídos à “doença mental.”²⁷

Se observarmos, constataremos que há uma proximidade muito grande entre os sintomas da neurose institucional e alguns sintomas ditos psiquiátricos. Assim, ao caracterizá-los como sintomas que ocorrem em consequência de uma vivência em um hospital psiquiátrico, deslocamos a ideia de recaída do interno para algo produzido dentro da própria instituição. Apesar de me distanciar de Barton em alguns momentos de sua categorização, principalmente no que se refere a trata-la como doença, o que colocaria o

²⁵ Termo usado pelo autor, por isso em aspas.

²⁶ Tradução livre, segue o trecho original: “(...) it promotes de syndrome to the category of a disease, rather than a process, thereby encouraging us to understand, approach, and deal with it in the same way as other disease”

²⁷ Termo usado pelo autor.

interno sob mais uma camada do poder médico, esse deslocamento se apresenta como um grande avanço na questão.

Apesar de não indicar uma causa e nem um único fator, Barton categoriza os fatores encontrados no ambiente do hospital psiquiátrico em sete grupos, sendo eles:

1. Perda de contato com o mundo externo;
2. Ociosidade forçada;²⁸
3. Equipe médica e de enfermeiros “mandões”;
4. Perda de amigos pessoais, posses e eventos pessoais;
5. Remédios;
6. Atmosfera hospitalar;
7. Perda de perspectiva fora da instituição.

Antes de seguir, preciso fazer uma observação quanto ao item dois – *ociosidade forçada*. Forçada. Como se os outros itens fossem de escolha do interno. Mas o importante é olhar esses fatores e identificar pontos muito semelhantes com os trabalhados por Goffman, como a perda do contato com o mundo externo, a perda de objetos pessoais e a perda de amigos. Tão importante quanto as semelhanças, são os fatores novos que surgem com Barton. Assim, o remédio e a atmosfera hospitalar são colocados pela primeira vez como um ponto dessa discussão sobre institucionalização. Reparem que os remédios eram à época um advento recente se compararmos com a história da psiquiatria moderna, o que faz de Barton um dos primeiros a problematizar o uso de medicação. Outro ponto bem importante dessa lista de fatores é tratar a equipe médica e de enfermeiros como “mandões”, escancarando a característica dessas instituições de gerenciar todas as atividades e a vida dos internos através de relações hierarquizadas (inclusive entre os próprios internos²⁹). Nessas relações cabe aos internos obedecer a todos os comandos, caso contrário, podem até ser punidos. Com o objetivo de manter a ordem em um espaço que já é concebido para que a ordem se mantenha com mais facilidade, as relações hierarquizadas e tuteladas produzem sujeitos dependentes, sem espontaneidade, sem desejos, sem autonomia de vida.

²⁸ Se é que algum desses elementos não são forçados...

²⁹ Devido ao sistema de privilégios.

Franco Basaglia, em uma Comunicação no I Congresso Internacional de Psiquiatria Social em Londres, no ano de 1964, quando era diretor do hospital psiquiátrico em Gorizia, retoma Barton para falar dos efeitos da *neurose institucional*.

Assim, quando o doente entra no asilo, alienado pela enfermidade, pela perda das relações pessoais com o outro e, portanto, pela perda de si mesmo, em vez de encontrar ali um lugar onde possa libertar-se das imposições dos outros sobre si e reconstruir seu mundo pessoal, depara-se com novas regras que impelem a objetificar-se cada vez mais, até identificar-se com ela. (BASAGLIA, 2010, p.25)

O que Basaglia está defendendo é a impossibilidade de um tratamento em uma instituição com as características asilares. Nesse momento ele ainda acreditava que era possível uma certa reforma e transformação desses espaços em Comunidades Terapêuticas, o que na experiência de Trieste torna-se, para ele, inviável. Seria necessário acabar com o hospital psiquiátrico. Mas em 1964 ele falava do sistema de “porta aberta”, um espaço sem grade, sem portões, o que daria “(...) ao doente a percepção de estar vivendo num lugar de tratamento onde pode conquistar gradativamente a sua relação com os ‘outros’, com quem cuida dele, com seus companheiros.” (BASAGLIA, 2010, p.31) A mesma pergunta que rondará a cabeça de Basaglia nos anos seguintes é a que eu faço agora: é possível produzir um cuidado antimanicomial em uma instituição com características asilares?

Essa é uma pergunta que cercava os pensamentos de Basaglia e que, ainda nos dias atuais, parece estar nos pensamentos de muitos teóricos e profissionais do campo. Uma dessas pessoas é Mirian de Carvalho, doutora em Filosofia que desenvolveu pesquisas junto com arquitetos do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro sobre os problemas pertencentes à relação entre ambiente construído e comportamento espacial. Partindo da hipótese de que o espaço construído interfere no comportamento dos que transitam nele, Carvalho (2001) realiza sua pesquisa com observação participante em instituições psiquiátricas. Um dos desdobramentos dessa pesquisa, vai apontar para uma interferência significativa desses espaços no comportamento dos usuários dessas instituições, no que ela vai denominar de *síndrome espaço-comportamental*.

A partir de tudo isso que discutimos até aqui, podemos dizer que um *eu mortificado* é aquele que não habita o espaço da instituição e sim, apenas nela mora. Afinal, ao contrário do espaço de moradia, "no espaço habitável o indivíduo faz escolhas, modifica o ambiente, podendo sair e entrar livremente (...)" (CARVALHO, 2000, p.126). Os manicômios, como

uma instituição total, por concepção, são constituídos para que eles modifiquem os sujeitos, enquanto que o contrário é interdito. Venturini (2016) ao mesmo tempo que não nos deixa esquecer da influência do espaço na produção de subjetividade faz uma crítica à psiquiatria ao dizer que por ela ser "insensível à ideia do habitar, permanece obcecada pelo espaço, ou melhor, com a ideia de um recipiente material ou simbólico, no qual circunscreve o objeto de seu domínio" (p.188) Assim, onde eu posso ir, onde devo comer, como faço para chegar em um outro setor, se tem muro alto é porque não posso ver o mundo e nem sair, se tem amarra na minha cama é porque sou perigoso, se tem janela na minha porta é porque nunca posso estar só, se tem grade na janela do quarto é porque estou preso. Todas essas normas, ditas ou não-ditas, fazem parte dessas instituições e atravessam a vida dos internos, sendo inclusive capazes de produzir "respostas comportamentais relacionadas com espaços mal projetados" (CARVALHO et al., 2001, p.322), ou seja, a síndrome espaço-comportamental.

A imbricação entre loucura e arquitetura faz com que seja urgente trabalhar os espaços que destinamos ao cuidado daqueles que estão em sofrimento psíquico, por isso, "(...) a doença mental torna-se um observatório indispensável para o arquiteto e para quem quer analisar criticamente a perda progressiva do tecido social e dos espaços experimentados pela cidade."³⁰ (MICHELUCCI, 1994, p.57). Carvalho (2001) alerta para a importância de se realizar estudos no âmbito do processo Reforma Psiquiátrica Brasileira por considerar que a crescente implantação de serviços substitutivos deve garantir os preceitos deste processo. Se pensarmos o quão este processo está sendo ameaçado nos últimos tempos, além de percebermos que nada está garantido, mas sim sempre em disputa, fica evidente a necessidade de estudos que problematizem a questão dos espaços destinados à loucura ainda nos dias de hoje.

³⁰ Tradução livre, segue o trecho original: (...) il disagio mentale in particolare diviene un osservatorio indispensabile per l'architetto e per chiunque voglia analizzare criticamente la progressiva perdita di tessuto sociale e di spazi vissuti dalla città.

4. CONSTRUINDO A LOUCURA NO BRASIL

4.1. A LOUCURA CHEGA DE CARAVELA

4.1.1. A loucura da cidade

A loucura que transitava pelas ruas do Brasil colonial até a fuga da família real para essas terras não é a mesma que foi parar nos manicômios desde a inauguração da sua primeira unidade, o Hospício de Pedro II, em 1852. Não é exagero dizer que a loucura chegou ao Brasil de caravela, pelo menos a loucura que será capturada pelo discurso medicalizante e será condenada ao isolamento nos hospícios. Antes desse processo, que se instaura com a chegada das caravelas fugitivas da corte portuguesa em 1808, a loucura no Brasil era vista como “esquisitice”, uma característica da singularidade da pessoa, mas que não exigia cuidados específicos ou especializados.

Mesmo as Santas Casas de Misericórdia e outras instituições de caridade, já existentes desde os séculos XVI e XVII, e que abrigavam doentes, pobres, velhos, órfãos e mendigos, não contavam com os loucos em sua variada clientela. As famílias mais abastadas, estas escondiam em casa seus doentes, em quartos próprios ou construções anexas especialmente levantadas; se violentos ou agitados também contidos ou amarrados. (RESENDE, 2007, p.31)

Em um território vasto e imenso como o do Brasil, onde na época mesmo as grandes cidades apresentavam características rurais, longe da Revolução Industrial ou da organização das cidades, é possível que a loucura tenha transitado pelas ruas como parte da comunidade ou, no caso das famílias abastadas, nos cômodos escondidos ou, ainda, misturavam-se inespecificamente aos outros desajustados sociais. Mas não eram um caso da medicina. E por que isso acontecia? O que diferenciava o Brasil neste mesmo período histórico das grandes cidades europeias? Muita coisa.

Uma dessas coisas já foi mencionada, a industrialização - que ainda não havíamos vivenciado no Brasil -, um dos fatores que exigiam um “novo homem”, um homem são que trabalha e produz. Sendo colônia, o Brasil era comandado de muito longe e a própria cobertura de um país de dimensões continentais - ainda mais naquela época - já se mostrava uma dificuldade, além disso enfrentava tentativas de tomadas de território em suas fronteiras e até mesmo pelo mar. Ou seja, assuntos de interesse maior tomavam conta da agenda à época. Outro fator que podemos elencar é que em uma sociedade predominantemente rural e não-burguesa não havia a preocupação extrema com o ordenamento das cidades e com a urbanização, algo que vai crescendo ao longo do século XIX. As famílias aristocratas mandavam seus filhos estudar nas universidades europeias o que começou a criar uma elite

acadêmica e científica no país. A mesma elite que se beneficiará das instituições de ensino superior criadas no Brasil com a chegada da família real.

Para além das instituições de ensino superior, a chegada da família real impactou em mudanças urbanas e sociais para acomodar à Corte e elevar o país, ao menos as grandes cidades, ao nível das cidades europeias às quais a Corte estava acostumada, almejando uma certa compatibilidade com o desenvolvimento mercantil. Algumas das transformações urbanas já eram requisitadas desde o final do século XVIII em pareceres médicos que viam no planejamento urbano uma forma de dar conta das características naturais do Rio de Janeiro que estavam imbricadas na luta contra as doenças. Foi a instalação do poder central no Brasil que alavancou algumas dessas medidas, pois ele atribuiu a si mesmo a responsabilidade de “(...) garantir o enriquecimento, a defesa e a saúde do ‘povo’ da nova terra.” (MACHADO et al., 1978, p.159) Afinal, essas mudanças atingem tanto a realidade interna do país como influenciam o lugar que ele ocupa no mundo. Assim, com a grande motivação de desenvolver tanto as práticas médicas como as sanitárias, incentiva-se a criação de Escolas e Faculdades de Medicina. A primeira foi inaugurada em 1808, em Salvador, pelo próprio D. João VI, recém-chegado de Portugal.

4.1.2. A loucura da medicina

É no século XIX que grandes eventos, marcos e transformações levaram a medicina a assumir a cidade como um espaço de atuação e, em consequência, a sociedade como seu objeto de intervenção.

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina inaugurando duas de suas características, que não só tem vigorado até o presente, como tem-se intensificado cada vez mais: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médicas, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado. (MACHADO et al., 1978, p.155)

Por ter criado problemas demográficos e impresso um novo ritmo econômico ao Brasil pelas vias do capitalismo europeu, a chegada da Corte acentuou as deficiências urbanas da cidade do Rio de Janeiro, assim, a normalização da sociedade brasileira atuou juntamente com o desenvolvimento urbano e a criação do Estado nacional. (COSTA, 2004) Logo, o Estado cada vez mais incide na organização da sociedade através de políticas que visam controlar e organizar – as estratégias de biopoder ganham cada vez mais espaço na sociedade moderna brasileira que está se formando. Esse é o terreno no qual a loucura vai sendo deslocada e

capturada pelo saber médico, que enxergará no louco uma perturbação da ordem e uma das tarefas da medicina, que está emergindo nesse século, é a de garantir o controle e a organização das cidades. O início da demanda pelo aprisionamento, a partir da medicalização da loucura, configurava menos uma questão de progresso e mais uma questão social e higienista que foi capturada pelo interesse científico e o discurso do progresso. (ENGEL, 2001) Talvez por isso, José Lemes Lopes, o primeiro presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, tenha sido categórico ao afirmar no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* que, diferente do processo europeu, no Brasil, “o hospício nasceu do coração e não por ditames socioeconômicos” (LOPES, 1965, on-line) Entendo o lugar do qual Lopes está falando, ele analisa uma sociedade escravocrata, não-industrializada e que se constituiu muito diferente dos processos europeus, mas isso não significa que nós não tivéssemos processos socioeconômicos outros que configuraram o terreno para essa demanda. Compreendo também que essa é uma demanda um tanto quanto importada, mas o cenário, certamente ajudou na construção desse coração, dessa sociedade que demanda um hospício.

Segundo Engel (2001), nas primeiras décadas do século XIX o louco fazia parte da paisagem urbana da cidade do Rio de Janeiro, mas isso não garantia que certas práticas de reclusão não fossem aplicadas. Assim como aconteceu anteriormente, os loucos que possuíam condição social mais elevada viviam, da maneira mais discreta possível, com suas famílias, podendo até serem internados no Hospital da Santa Casa de Misericórdia em momentos de crises violentas. Já aos mais pobres, o destino era perambular pelas ruas ou, em casos de comportamentos considerados agressivos, a internação na Santa Casa. Essas internações aumentaram a partir de 1830 quando o código penal passou a prever no Art. 12 que os loucos que tivessem cometido crime deveriam ser recolhidos para as casas que eram destinadas a eles. Na época, ainda sem a criação do hospício, esse lugar era a Santa Casa e com a crescente higienização, “organização”, normatização e normalização da cidade, mais atos eram enquadrados como crimes.

O ano de 1830 é o mesmo em que começam a surgir os protestos médicos em decorrência da situação pela qual os loucos passavam no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. A sociedade Brasileira de Medicina, fundada em 1829 por médicos higienistas, emite em 1830 um relatório sobre as condições dos loucos nesse hospital. Luiz Vicente de Simoni, um dos membros fundadores da Sociedade Brasileira de Medicina e ex-diretor da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em um artigo publicado em 1839 na *Revista*

de Medicina Fluminense, resgata o relatório ao clamar mais uma vez por um espaço específico de tratamento do louco:

Já desde o anno de 1830 a Comissão de salubridade geral da Sociedade de Medicina applaudida por toda essa corporação, clamando em seu relatório contra o modo em que erão tratados os doudos no hospital da Santa Casa, fez sentir a necessidade de se melhorar a sorte desses infelizes e de grangear-se-lhes hum local mais conveniente em que se podessem restabelecer de sua enfermidade por hum tratamento physico-moral adequado. Já depois dessa epoca algumas commissões da camara municipal encarregadas da visita dos hospitaes e prisões, fallarão tambem energicamente no mesmo sentido. Esses clamores da sciencia, esses sentimentos de humanidade, já quasi esquecidos, revivem hoje na boca e no coração de hum homem, que, á forte convicção e desejo que o movem reunem huma a actividade, e hum genio emprehendendor, extraordinarios, e ao qual sua posição social e outras circunstancias favoraveis mais habilitão a levar a effeito grandes medidas. (DE-SIMONI, 1839, on-line)

Essa argumentação está embasada e inspirada nas ideias de Pinel e Esquirol, onde o manicômio por si só já é terapêutico, e na teoria de que a forma como o hospital está organizado naquele momento não seria impossível oferecer para o louco uma cura, pois apenas segregá-lo não era o suficiente para tal. Afinal, nesse hospital de que estamos falando,

o louco não é considerado como doente, muito menos como doente específico; não recebe tratamento físico e moral condizente com a natureza de sua doença; não há repartição espacial dos doentes em espécies; não existe médico especialista, dedicado a esse tipo de doente, nem enfermeiros competentes; as condições higiênicas são completamente inadequadas. No Hospital da Misericórdia, os loucos estão na situação oposta da que deveriam estar em uma instituição especialmente para eles destinada. (MACHADO et al., 1978, p.423-424)

Em 1838, é aprovado um parecer da Comissão Especial da Academia Imperial de Medicina sobre as melhores condições higiênicas e estruturais para a construção de um novo hospital específico para os loucos. Tal espaço era pensado da seguinte forma:

Na porção do Jardim, reservada aos loucos susceptíveis de cura (e muitos entrão no hospital neste estado) se elevaria hum hospicio que unicamente lhes fosse destinado: o hospicio deveria conter, além das distribuições exigidas pela differença de sexos, alem de quartos particulares, destinado cada hum delles para cada enfermo, vastos, secos, arejados, com vista sobre o jardim, alem de salas de banhos, de salões, em que se podessem reunir, de locutórios onde recebessem as visitas, e consolações de seos amigos, deveria conter huma sala para bilhar e outros jogos que exigem hum leve exercicio e que occupando a attenção sem affadiga-la, distrahissem esses desgraçados de suas ideias fixas.; Esta separação completa dos alienados coroaría os nobres esforços desses homens, a cujas intenções a Medicina, e o Rio de Janeiro já devem muita gratidão, pois que com ella muito ganharia o hospital: os enfermos deixarião de ser aturdidos por huma continua vozeria, pelo insupportavel estrugido que fazem os alienados, e não soffrerião mais dessa falta de limpeza, que nada pode cohibir nos

loucos, e que infecciona a atmosphera. (SANTOS; ROSA; CRUZ, 1840, on-line)³¹

Na busca de viabilizar a construção desse hospital para alienados, a Sociedade Brasileira de Medicina vai se aliar com uma figura política e social importante da época, José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa de Misericórdia. A Sociedade Brasileira de Medicina enxergava nele a pessoa ideal para auxiliar na construção do primeiro hospício brasileiro. E ela não estava enganada. José Clemente Pereira fez um relatório ao final do primeiro ano de sua gestão, 1839, onde propôs mudanças em todas as instituições da Santa Casa e, quanto ao hospital, denunciava a desobediência às regras de higiene em todos os níveis: na construção, no funcionamento e na organização. Assim ele apontava para a necessidade de construir um novo hospital que fosse capaz de cumprir com essas exigências e também um espaço específico para os “perturbados”, onde eles pudessem receber tratamento, pois, segundo ele, “os alienados vivem encarcerados em pequenos quartos, que pelo menos são bem arejados: mas isso não basta, faltam os meios de lugar mais espaçoso e outras proporções indispensáveis para o tratamento apropriado a essa classe de doentes.” (PEREIRA, 1839 *apud* MACHADO et al., 1978, p.426) Logo, aos loucos o Hospício!

4.1.3. A loucura do manicômio

José Clemente Pereira, deu, então, os passos iniciais para a criação do primeiro Hospício brasileiro: começou uma subscrição pública que visava arrecadar dinheiro; enviou ao Ministro do Império um ofício em 15 de julho de 1841 alegando a necessidade da construção de um espaço específico para os alienados – sugerindo que fosse em um espaço cedido pela Santa Casa na Praia Vermelha –; e, ainda, pedia que levasse o ofício à Sua Majestade Imperial. Foi, inclusive, ideia de Pereira que o hospício fosse um ato para comemorar a sagração e coroação de D. Pedro II e que pudesse levar o seu nome. A estratégia deu certo e no mesmo ano, o decreto de nº 82 é emitido acatando as sugestões do provedor da Santa Casa que ficaria com a administração do espaço. Dessa forma, o imperador decretava:

Hei por bem fundar um Hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de - Hospicio de Pedro Segundo -, o qual ficará anexo ao Hospital da Santa Casa da Misericordia desta Côrte, debaixo da Minha Imperial Protecção, Applicando desde já para principio da sua fundação o producto das subscrições promovidas por uma Comissão da Praça do Commercio, e pelo Provedor da sobredita Santa

³¹ Apesar do parecer ter sido discutido e aprovado na sessão geral de 18 de outubro de 1838 ele só é publicado na fonte pesquisada, a Revista Medica Fluminense, em janeiro de 1840.

Casa, além das quantias com que Eu Houver por bem contribuir. (BRASIL, 1841)

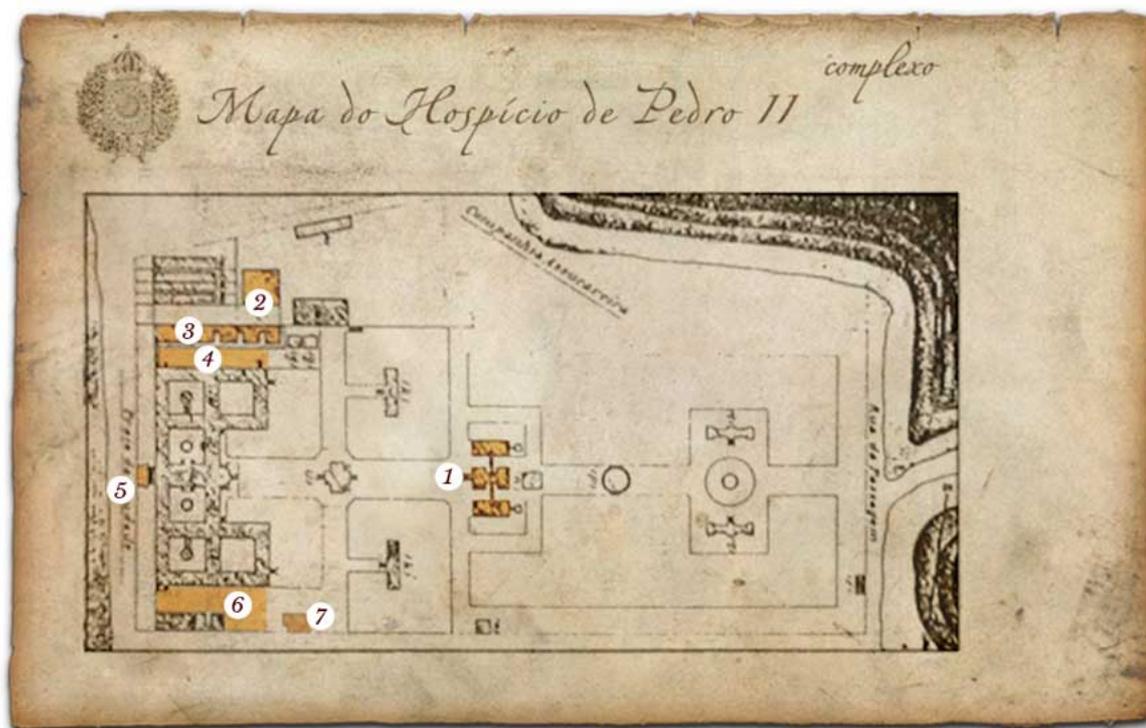
A loucura no Brasil, dali em diante, ganhava um lugar específico, o manicômio. Nele ela seria objeto da ciência – isolada, estudada e tratada nos preceitos da pedagogia moral – e estaria afastada da cidade. Uma cidade que se constituiu cada vez mais nos pilares higienistas e na segregação do diferente. A criação do primeiro hospício, assim como das faculdades, seria um recado para os países que intensificaram negócios com o Brasil desde a abertura dos portos em 1808: há ciência nessas terras.

Mas a construção do Hospício de Pedro II não se deu do dia para noite. Entre o decreto e a sua inauguração, passaram-se onze anos e alguns fatos importantes aconteceram nesse período que ajudaram a compor o contexto e o processo da sua construção. Um deles foi a viagem do médico Antônio José Pereira das Neves, a mando do próprio provedor da Santa Casa de Misericórdia e com dinheiro da Corte, “para visitar manicômios em vários países e ampliar seus conhecimentos sobre o tratamento dos alienados.” (CASA DE OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ, [s.d.], on-line). Durante a sua viagem, que se inicia em 1845, Neves conhece os hospícios de maior excelência em países como França, Alemanha, Itália, Inglaterra, Bélgica e Portugal objetivando observar as técnicas de tratamento. O que ele apreende da sua experiência nessa viagem é posto no relatório publicado em 1848 nos *Anais de Medicina Brasiliense*, relato que irá impactar na concepção do Hospício de Pedro II.

Foi a partir dessa influência que os arquitetos do Hospício de Pedro II basearam o seu projeto na *Maison Nationale de Charênton*, um asilo que havia estado sob a direção de Esquirol e que tinha sido projetado em 1645 com fins caridosos por uma ordem religiosa aos arredores de Paris. José Domingues Monteiro, que já participava do projeto de expansão da Santa Casa de Misericórdia, ficou responsável por desenhar e planejar a planta básica do Hospício. José Maria Jacinto Rebello e Joaquim Candido Guillobel, que estavam envolvidos nas obras do Palácio de Petrópolis e na expansão da Santa Casa, assumiram também as obras do Hospício. (“Joaquim Cândido Guillobel”, [s.d.]) (LOPES, 1965) Assim, os três construíram um complexo com arquitetura neoclássica e que respeitava as normas higiênicas da época, ou seja, separava os internos em alas e cômodos por gênero e tipo de gravidade e possuía um grande espaço arejado que poderia ser acessado facilmente por cada uma das alas. Podemos ver no projeto a clara inspiração renascentista do modelo cruciforme, com “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.” (VIECELI, 2014, p.69) (Figuras 12, 13 e 14)

Figura 12: Hospício de Pedro II. Planta baixa do complexo.

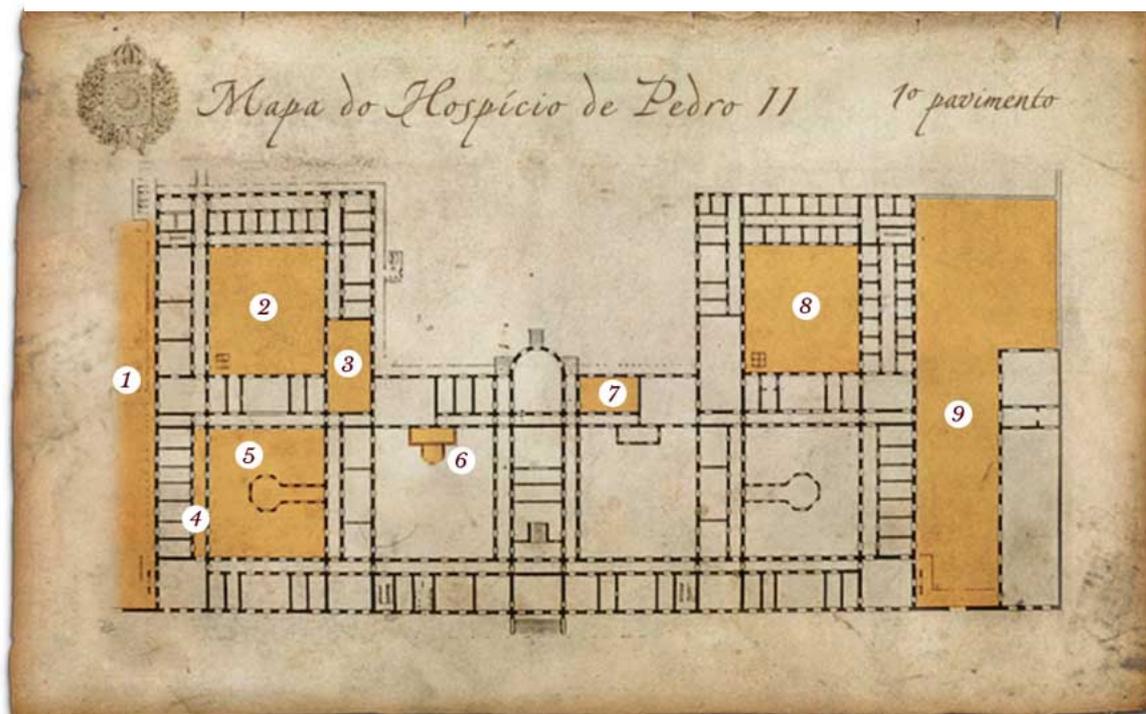


Fonte: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/mapas.php>

Legenda:

1. Pavilhão de observação;
2. Sala de gymnastica/Pavilhão Bourneville;
3. Pavilhão das imundas/ateliê de costura;
4. Pátio feminino externo;
5. Fachada para a Avenida Pasteur;
6. Pátio masculino externo;
7. Usina electrica e casa dos acumuladores

Figura 13: Hospício de Pedro II. Planta baixa do 1º pavimento.



Fonte: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/mapas.php>

Legenda:

1. Pátio feminino externo;
2. Pátio feminino interno;
3. Refeitório;
4. Corredor da ala feminina (auge e degradação);
5. Pátio feminino interno com torre central;
6. Sala de cirurgia/maca de cristal;
7. Laboratório/Pharmácia;
8. Pátio masculino interno;
9. Pátio masculino externo.

Figura 14: Hospício de Pedro II. Fachada.



Fonte: http://objdigital.bn.br/objdigital2/acervo_digital/div_iconografia/icon393044/icon393044_27.jpg

Na figura 14, uma gravura desenhada à época da inauguração do Hospício, podemos perceber uma das características almejadas na sua construção: o isolamento do espaço urbano. À época, a Praia Vermelha era um local de difícil acesso e ficava afastada do centro urbano do Rio de Janeiro. O isolamento era uma das premissas dessa nova instituição tanto para obedecer às regras higienistas como no que diz respeito às possibilidades de estudo e tratamento da loucura. Como diz Bacamarte, a voz que encarna a ciência em *O Alienista*, “o principal nesta minha obra da Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal.” (ASSIS, 1882, p.2-3) Como uma das táticas para tal, o isolamento assumia uma função dupla. Ele seria ao mesmo tempo bom para o “louco” e bom para a sociedade, afinal, ajudaria a modificar os hábitos que pudessem estar associados ao desenvolvimento da loucura e, ainda, deslocaria a loucura da cidade. Afastando o interno da sua família e da sua rotina, acreditava-se que o processo de cura seria mais satisfatório. Era preciso, também, ordenar os indivíduos dentro da própria instituição. Portanto, a construção espacial do

hospício deveria promover e facilitar a cura, a observação e a intervenção médica, já que a lógica que baseia essas medidas é a de que a instituição modifica o sujeito. Para que tudo isso acontecesse, o espaço do hospício assume uma característica classificatória.

O hospício é assim arquitetonicamente 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 et al., 1978, p.433)

Com a capacidade para 350 internos, o Hospício de Pedro II é inaugurado em 1852 com cerca de 144 internos que, segundo as normas da instituição, deveriam ter seu tempo muito bem ocupado para afastar o ócio. A instituição era responsável em planejar toda a rotina e as tarefas para que os internos não ficassem sem ter o que fazer, apostando que essa seria uma tática que reeducaria os alienados. Fato curioso é que em um espaço como esse, onde o tempo é cuidadosamente distribuído e organizado, não existia um momento específico para atendimentos médicos que não fossem psiquiátricos. Ou seja, o tratamento físico e orgânico era negligenciado, exceto para os pacientes que, além da loucura, apresentavam alguma doença. Outra tática utilizada pela instituição com o objetivo de reeducar o louco é a repressão. Aplicada àqueles que apresentam comportamento violento ou perturbador, esperava-se que a repressão transformasse o corpo violento em corpo pacífico. (MACHADO et al., 1978) Esse é o Hospício de Pedro II, na sua arquitetura e na sua organização, criado para resolver o problema da loucura, para curá-la, afinal, segundo a lógica pineliana “a sequestração é a primeira condição de qualquer terapêutica da loucura”. (CASTEL, 1978, p.62) Ao final do seu primeiro ano, o hospício já estava com sua capacidade máxima atingida.

O Hospício de Pedro II foi só o início desse passo para o “progresso” científico na área. No mesmo ano em que estava sendo inaugurado no Rio, é aberto o Asilo Provisório de Alienados da cidade de São Paulo, criado a partir da lei provincial de 18 de setembro de 1848. A partir de então, até o início da República, a lista cresce: em 1862 o Asilo Provisório passa para um antigo convento, aumentando a sua capacidade de internos; em 1864 é inaugurado um hospício em Recife; em 1874 é inaugurado um em Salvador; em 1875 é a vez da Paraíba de ter o seu primeiro asilo para alienados; em 1884 é inaugurado um asilo em Porto Alegre; e em 1886, chega a vez de Fortaleza construir um espaço específico para a

loucura. Foi então, que em um efeito *If you build it, they'll come*³², conforme se construíam hospícios, mais alienados apareciam.

4.2. AMPLIAÇÃO DO ESPAÇO ASILAR - IF YOU BUILD IT, THEY'LL COME

Com os hospícios se multiplicando e se enchendo pelo país afora, não demorou para começar a surgir as primeiras críticas e os primeiros entraves no processo de “cura” da loucura. Um dos pioneiros nessa questão, foi João Carlos Teixeira Brandão, “(...) que seria o primeiro a propor uma sofisticada classificação das doenças mentais (...)” (ENGEL, 2001, p.138) e por isso, considerado o Pinel brasileiro. Ele que foi alienista do Hospício de Pedro II a partir de 1884 e diretor dessa mesma instituição em 1887, apontava a má gestão das relações na instituição como a causa primordial dos problemas que ela enfrentava: tratamento ineficiente e, por consequência, lotação do hospício. Assim, Teixeira Brandão acreditava que o diretor do asilo deveria ter interferência direta em todas as determinações tomadas a respeito dos alienados e que era preciso colocar o médico na posição central e incontestante de autoridade médica. Preocupado que muitos dos cuidados dos alienados ainda ficavam sob a responsabilidade das irmãs, o diretor do asilo tenta medicalizar ainda mais esse espaço, reorganizando-o em torno da figura central do médico, afinal

do bom ordenamento das relações que se estabelecem entre o pessoal que trabalha no hospício depende o funcionamento eficaz da instituição. Devidamente hierarquizado, um pessoal competente e agente de cura e instrumental de produção de saber a ser reinvestido na cura. A circulação de informações através dessa hierarquia de agentes no interior do espaço institucional, orientada por objetivos comuns de conhecimento e terapia, permite fazer do hospício um corpo transparente ao olhar interventor do médico, situado no ponto mais alto da escala de autoridade. (MACHADO et al., 1978, p.456)

Essas não foram as únicas mudanças propostas nos anos que se seguiram. Com a proclamação da República em 1889, o Hospício de Pedro II desvinculava-se da Santa Casa de Misericórdia, o que atendia a um clamor de anos dos alienistas, e passa a se chamar Hospício Nacional dos Alienados. O próximo passo republicano foi o de criar a primeira instituição pública da saúde, a Assistência Médico-Legal aos Alienados. No que diz respeito a assistência dos alienados, foram criadas as duas primeiras colônias de alienados da América Latina: A Colônia de São Bento e a Colônia de Conde de Mesquita, ambas no bairro da Ilha do Galeão, nos arredores da cidade do Rio de Janeiro. Cidade essa, que no final do século XIX e início do século XX já era a maior cidade do país, “(...) mas seu perfil era de cidade colonial, decadente, suja e mal provida de equipamentos urbanos.” (SCOREL;

³² Em tradução livre: Se você construir, eles virão. Frase símbolo do filme *Campo dos sonhos* de 1989.

TEIXEIRA, 2012, p.289) É então que em 1902, na presidência de Rodrigues Alves e no governo do prefeito Francisco Pereira Passos, que se iniciam as grandes reformas urbanas e de saneamento. Tentando se equiparar às cidades europeias com suas grandes avenidas, despejou-se, sem nenhuma compensação financeira, moradores dos cortiços da região central e portuária com o pretexto de reestruturação. Na sua grande maioria, os moradores da região eram negros, desempregados e pobres que já não cabiam mais nessa nova cidade. As Colônias ganhavam, assim, novos candidatos. Nos anos seguintes a criação de Colônias se amplia e se espalha para outras cidades da República. Dessa forma, São Paulo inaugura a Colônia de Juqueri e, no interior do Estado do Rio, inaugura-se a Colônia de Vargem Grande. Em 1911 é criada a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro e em 1920 inicia-se as obras para a Colônia de Alienados de Jacarepaguá. Pode-se dizer que nesse período, o desenvolvimento da psiquiatria destacou-se pela ampliação do espaço asilar. (AMARANTE, 1994) – If you build it, they'll come –

Em torno dos anos 20 do século XX, a psiquiatria brasileira começa a sofrer pequenas transformações. Um dos elementos chaves para entendê-las é a figura de Juliano Moreira, médico e psiquiatra que dirigiu a Assistência Médico-Legal aos Alienados entre 1903 e 1930. Ele, que havia passado anos pela Europa, traz para o Brasil a escola de psiquiatria alemã. O campo, que até então era dominado pela psiquiatria francesa, passará a incorporar preceitos dessa nova escola. Juliano Moreira, embora não fosse professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, recebia estudantes internos para o ensino da psiquiatria no Hospício Nacional de Alienados, influenciando toda uma geração que veria a ser muito importante na medicina brasileira. Sob a grande influência exercida na formação médica por Juliano Moreira, o biologicismo da psiquiatria alemã passa a explicar a origem das doenças mentais. Com o passar do tempo, outros aspectos são incorporados à essa escola de psiquiatria emergente, tais como, aspectos políticos, éticos, étnicos e ideológicos de eventos sociais culminando com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental. Assim, esse movimento higienista tinha características xenofóbicas, racistas e levantava a bandeira da degeneração em eugenia, pontos com os quais Juliano Moreira discordava. Com essa virada ideológica, o asilo passa a operar segundo uma nova lógica, afinal, a psiquiatria brasileira passa a almejar não mais a cura da loucura, mas a recuperação de “raças”, a promoção e a reprodução ideal do que se entende como modelo da natureza humana. (AMARANTE, 1994)

O poder psiquiátrico e os asilos enquanto expressões das tecnologias de poder, deslocam-se cada vez mais para cumprir um papel tático de controle social do Estado e em defesa do Estado, expressando um maior poder biopolítico sobre a sociedade e sobre o “louco”. Neste momento, como nunca antes no país, a psiquiatria enclausurará todos os indesejáveis sociais. Nesta época, para um país que havia abolido a escravidão sem nenhum planejamento de inserção econômica e social, não é difícil deduzir qual parcela da população será mais alvo dessas medidas psiquiátricas/eugênicas. E assim crescem as Senzalas – ups – ... as Colônias.

Ao longo dos anos 30 do século passado é somada mais uma perspectiva ao movimento eugenista, a psiquiatria organicista e a sua empolgação com os adventos de tratamentos que prometiam a cura das doenças mentais. A lista de procedimentos é extremamente controversa e contava com eletroconvulsoterapia, lobotomia, choque insulínico e choque cardiazólico. Já na década de 50, os avanços vieram da indústria farmacêutica com o advento dos primeiros neurolépticos. Essas novas drogas psiquiátricas revolucionaram não só a psiquiatria, como também, o espaço dos asilos. Afinal, seu uso indiscriminado ou como tática de repressão, foram largamente aplicados enquanto estratégias de contenção, ordem e docilidade dos corpos pela via do embotamento subjetivo. Assim, essas novas técnicas científicas, aumentavam a demanda e produziam novos internos em busca de tratamento e cura da loucura.

4.3. AS BARBACENAS

Amarante (2012), afirma que foi o aparecimento das Colônias o elemento que faltava para que o modelo asilar dominasse de uma vez por todas a assistência psiquiátrica no Brasil até as décadas de 40 e 50. Após esse momento, a privatização da assistência médica da previdência social irá impulsionar um novo crescimento na oferta de leitos psiquiátricos. Nessa época, a assistência médica no país era gerida pela previdência social que se organizava através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Quem tinha direito a usufruir da assistência médica eram os trabalhadores (e, em alguns casos, seus familiares) das categorias desses Institutos e Caixas que tivessem carteira assinada. Apesar de ser um regime excludente, pois se deixava sem cobertura uma grande parcela da população, principalmente a rural, esse sistema de assistência só fazia crescer os gastos da receita. Como a assistência em saúde passava a ser embasada pela lógica de prestação de serviços de médicos e hospitais, criava-se um sistema

de assistência médica que, de certa forma, incentivava mais procedimentos, mais consultas e mais internações desnecessárias, visto que o repasse financeiro era para cada um desses itens. (SCOREL, 2012; SCOREL; TEIXEIRA, 2012)

Essa mesma lógica de privatização da assistência era aplicada às internações psiquiátricas, que entre 1941 e 1978 viu os números de leitos privados crescer exponencialmente (Tabela 2). Cerqueira (1984) chama atenção para o fato de que nesse período, 97% dos recursos financeiros da psiquiatria eram destinados exclusivamente ao pagamento dos custos das internações hospitalares e apenas 3% iam para atividades assistenciais não-hospitalares.

Tabela 3: Número de leitos psiquiátricos públicos e privados no Brasil em 1941 e 1978.

Ano	1941	1978
Leitos Públicos	21.079	22.603
Leitos Privados	3.034	55.670
TOTAL	24.113	78.273

Fonte: Cerqueira, 1984.

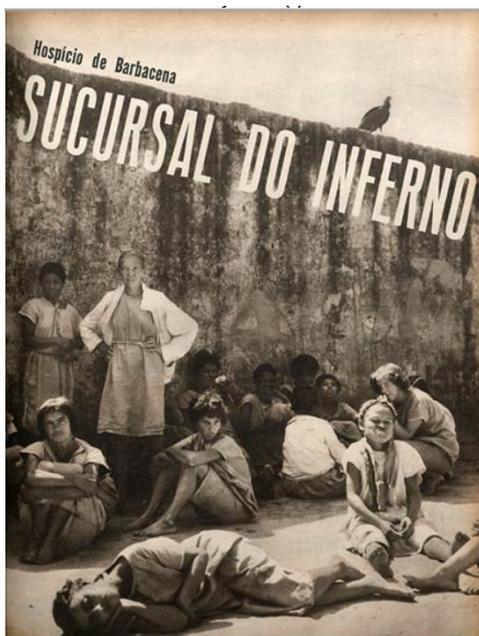
Ao longo de todos esses anos, a constituição do paradigma psiquiátrico no Brasil construiu e se alimentou da assistência centrada na lógica medicalizante e hospitalocêntrica (ou não seria asilocêntrica?). Um fato histórico importante na década de 60 é a ditadura cívico-militar instaurada com o Golpe Militar de 1964, onde o modelo privatizante foi sentido ainda mais na assistência psiquiátrica. Além da má gestão do dinheiro público, da falta de fiscalização, do conflito de interesses com políticos que se beneficiavam desse sistema de financiamento por serem donos de hospitais e clínicas médicas ou psiquiátricas e, também, com o poder psiquiátrico podendo enclausurar os discordantes do regime, esse período representou um certo fomento ao aumento da população asilada. E assim se superlotavam os asilos. E assim se criavam *as Barbacenas*.

O caso do Hospital-Colônia de Barbacena é tão emblemático que, para mim, tornou-se um termo. Em 1961, José Franco publicava a matéria na revista *O Cruzeiro* com fotos

Figura 25: Reportagem da Revista "O Cruzeiro". Internos dentro do Hospital-Colônia de Barbacena, 1961.

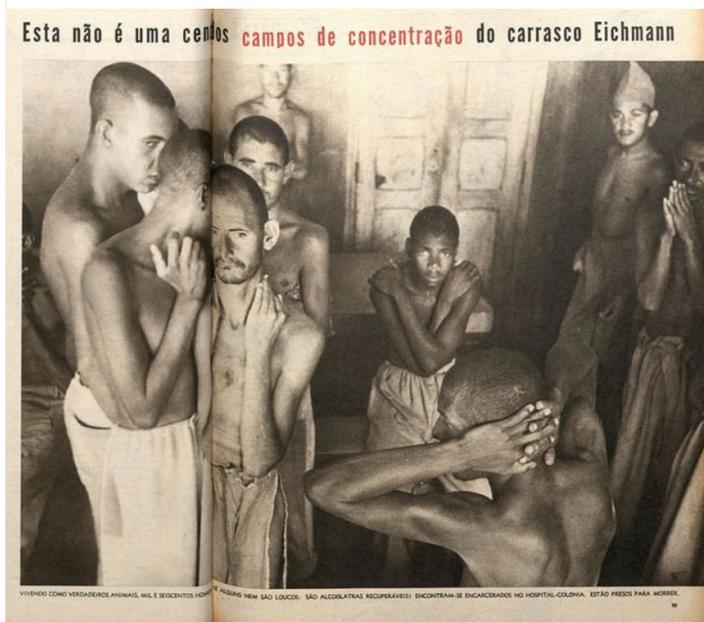
chocantes de Luiz Alfredo e José Nicolau. A manchete tentava traduzir o horror que eles viram dentro daqueles muros: “Hospício de Barbacena: sucursal do inferno”. (Figura 15) Em uma das fotos, é preciso salientar na legenda: “Esta não é uma cena dos campos de concentração do carrasco Eichmann³³”. (Figura 16)

Figura 15: Reportagem da Revista “O Cruzeiro”. Internos dentro do Hospital-Colônia de Barbacena, 1961.



Fonte:
<http://memoria.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=003581&PagFis=136709&Pesq=%22sucursal%20do%20inferno%22>

Figura 16: Reportagem da Revista “O Cruzeiro”. Internos dentro do Hospital-Colônia de Barbacena, 1961.



Fonte:
<http://memoria.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=003581&PagFis=136707&Pesq=%22sucursal%20do%20inferno%22>

³³ Otto Adolf Eichmann foi um tenente-coronel da Alemanha Nazista e um dos maiores organizadores do Holocausto.

Os repórteres de *O Cruzeiro* (Brasil) e do *Diário da Tarde* (Belo Horizonte) só entraram no Colônia a convite do próprio secretário de Saúde Roberto Resende, que tentava denunciar à sociedade as atrocidades que estavam acontecendo ali e a analogia com os campos de concentração não é leviana. (FRANCO, 1961)

Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. (...) Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. (BRUM, 2013, p.13-14)

Embora a história oficial conte que o Colônia foi um presente de grego para a cidade de Barbacena como uma espécie de prêmio de consolação por ter perdido a eleição para capital do estado de Minas Gerais, Arbex (2013) nos lembra o quanto a sua construção atendeu a interesses políticos e impulsionou a economia local. Assim, a cidade ganhou fornecedores e novos moradores que chegavam em busca de emprego bem remunerado, mesmo que com pouca qualificação e havia, ainda, a troca de votos por postos de trabalho. “Muitos coronéis da política mineira “nasceram” junto com o Colônia, transformando o hospital em grande curral eleitoral.” (ARBEX, 2013, p.28) E assim, a loucura começa a fazer parte da cidade. Não por vias da integração e acolhimento do diferente, mas por fazer girar o comércio da loucura que ia tomando a cidade e fomentando cada vez mais as práticas que ali dentro ocorriam. A cada trem da loucura que parava em seu ponto final, mais e mais pessoas eram abandonadas a própria sorte.

Apesar do empenho do secretário de saúde e dos jornalistas que fizeram as duas primeiras matérias sobre o Hospital-Colônia de Barbacena em 1961; apesar da denúncia feita por Francisco Paes Barreto (à época estudante de medicina que realizava um ensaio clínico no Colônia) em 1966; apesar de Francisco Paes Barreto ter escrito um artigo criticando os hospitais psiquiátricos para apresentar no Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 1972, o seu fechamento só foi iniciado na década de 80. Nessa época, o Brasil já havia deflagrado o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira em 1978, Franco Basaglia, pioneiro na luta

antimanicomial, havia visitado o Colônia em 1979, o que deu visibilidade mundial ao caso e o filme de Helvécio Ratton registrava em imagem, movimento e som, as barbaridades do hospício.

Havendo retornado há pouco do Chile, onde havia se exilado por participação no Movimento Estudantil brasileiro enquanto era estudante de psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Helvécio, recém-iniciado na carreira de cineasta, estava no grupo que conseguiu visitar o Hospital-Colônia de Barbacena a convite da própria Secretaria de Estado de Saúde. Esse movimento súbito de transparência da Secretaria, permitiu a abertura das portas do manicômio e o registro pelas lentes de Helvécio Ratton. *Em Nome da Razão* mostra imagens do enorme complexo que era o Colônia. Mostra também, a superlotação; mostra as condições miseráveis e inumanas; mostra as pessoas se arrastando pelo chão, muitas já com os membros atrofiados; mostra as celas; mostra as correntes; mostra os gritos; e no meio de tudo isso, mostra um pequeno ato de resistência de uma das internas em forma de música:

Ô seu *Manel*, tenha compaixão

Tira nós *toda* desta prisão

Estamos *toda* de azulão

Lavando o pátio de pé no chão

Lá vem a boia do pessoal

Arroz cru e feijão sem sal

E mais atrás vem o macarrão

Parece cola de colar bolão

E mais atrás vem a sobremesa

Banana podre em cima da mesa

E logo atrás vêm as funcionárias

Que são as *puta* mais ordinárias. [Cantada por Sueli - extraída do filme de Helvécio Ratton (1979)].

A música entoada por Sueli faz referência a um dos ex-gerentes do hospital, José Manuel da Rosa Lucinda, e constituiu uma crítica clara ao modelo manicomial. (ARBEX, 2013)

Infelizmente, o Hospital-Colônia de Barbacena não era um caso isolado. Nos anos 70 e 80 vários outros ganharam as manchetes e foram alvos de denúncia. Assim foi com o Hospital-Colônia de Juqueri, o Hospital-Colônia Juliano Moreira, a Clínica Doutor Eiras, a

Clínica Amendoeiras e por aí vai a lista a crescer Brasil adentro e a formar as *barbacenas*. Foi em um desses Hospitais Psiquiátricos, o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II) no bairro do Engenho de Dentro, Zona Norte do Rio de Janeiro, que se deflagrou o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira em 1978, após a demissão de três residentes que haviam denunciado as condições do hospital. Esse fato, abriu um novo capítulo na história da assistência em saúde mental no Brasil. Capítulo esse que me debruçarei em breve, pois antes, é necessário abordar nas páginas seguintes os movimentos de Reforma Psiquiátrica pelo mundo que precederam e inspiraram as mudanças alavancadas pelo nosso processo de Reforma Psiquiátrica. Afinal, os processos de Reforma Psiquiátrica tomaram o mundo ocidental após a Segunda Guerra Mundial e a sua compreensão nos ajuda a entender melhor o contexto e o terreno no qual as mudanças no Brasil começaram e se desenvolveram.

5. OS ESPAÇOS E AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

5.1. OS MOVIMENTOS

Tendo passado pouco mais de dois séculos de construção do paradigma psiquiátrico e manicomial, podemos dizer que, enquanto as estruturas hospitalares passaram por inúmeras reformas e transformações, os manicômios atravessaram esse período sem sofrerem mudanças que irrompessem com o modelo manicomial de arquitetura e de cuidado. Houve ajustes, transformações e ampliações que foram feitas para aprimorar a ideologia asilar e excludente da loucura. Assim, desde o final do século XVIII até meados do século XX, o manicômio se naturaliza como o espaço do louco, um dispositivo disciplinar que carrega a lógica da exclusão e que opera com o objetivo de docilização dos corpos. (FOUCAULT, 2010)

O século XX e as duas Grandes Guerras Mundiais mudaram a sociedade, principalmente a sociedade ocidental. O mundo ficou horrorizado com a Segunda Grande Guerra Mundial, certamente um evento histórico que deixou marcas indelévels ao longo do século XX. A ascensão do nazismo, os campos de concentração, a perseguição e a dizimação de povos, milhões de soldados mortos e outros tantos feridos, grandes cidades europeias arrasadas, civis sendo bombardeados no meio de Londres dentro de suas próprias casas, a bomba atômica que cai impiedosa nas cidades japonesas de Hiroshima e Nagasaki. Após tudo isso, o mundo é dividido de forma maniqueísta e mergulhamos na Guerra Fria e na sua corrida armamentista. O mundo certamente não seria o mesmo de antes.

Se antes da Guerra a cultura ocidental (europeia e americana) parecia estar imersa no sentimento de Dorothy do filme *O Mágico de Oz* (1939) - "*There's no place like home*"-, após ter suas casas bombardeadas, suas cidades arrasadas e o risco iminente de uma guerra nuclear, essa mesma cultura se vê desprotegida. O *Kansas* já não é mais o mesmo, o *Kansas* já não é mais seguro como antes. Já não adiantava mais bater os calcanhares três vezes. "*Home I'll never be*": o sentimento de um dos livros mais importantes da Contracultura americana, *On The Road* de Jack Kerouac, lançado em 1956, permeou toda uma geração. Não importava para onde se fosse, *Across to Mississippi, across to Tennessee / Across the Niagara, home I'll never be / Home in Ol' Medora, home in Ol' Truckee / Apalachicola, home I'll never be*. (KEROUAC; WAITS, 2006) Parecia que passaríamos os anos seguintes perseguindo essa *casa*, perseguindo esse sentimento. A Guerra tirou o mundo do eixo, da sua zona de conforto. Para o bem ou para o mal, impulsionou mudanças em todos os níveis

- sociais, políticos, econômicos. A América Latina sofre uma onda de Golpes de Estado nas décadas seguintes, a Geração Beat combate o materialismo nos anos 50/60, Maio de 68 movimenta a França, o Tropicalismo explode no Brasil no final dos anos 60, o movimento Hippie toma conta do mundo e certamente nunca estaremos em *Kansas* novamente. As novas questões surgidas no pós-guerra colocam em xeque os ideais da sociedade moderna e a própria visão do Homem moderno calcado na razão. O que o mundo viu ao longo da Segunda Guerra já não condizia mais com essas visões.

(...) foi após a Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou a conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido. (MANUEL DESVIAT, 2015, p.27)

Assim, percebeu-se que os campos de concentração nazistas se assemelhavam muito aos manicômios cheios de internos. Essa percepção assusta. Não é mais tolerável esse tipo de prática. Tornam-se desumanas e aos poucos inadmissíveis tais condições. É voltada uma grande atenção para esses espaços; afinal, além das implicações causadas pelo contexto da época, muitos soldados voltam da Guerra necessitando de cuidados psicológicos. Frente às mudanças nos diversos campos do conhecimento, o campo da psiquiatria não passará incólume, como diz Amarante (1995)

O período pós-guerra torna-se cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, atualizando críticas e reformas da instituição asilar. Pinel já havia acentuado o fato de haver contradições entre a prática psiquiátrica, que as instituições do grande enclausuramento apontavam, e o projeto terapêutico-assistencial original da medicina mental. (...) as reformas posteriores à reforma de Pinel, procuram questionar o papel e a natureza ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico, surgindo após a Segunda Guerra, quando novas questões são colocadas no cenário histórico mundial. (p.8-9)

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em dezembro de 1948, foi uma resposta aos regimes totalitários, especialmente ao Nazismo, e uma tentativa de construir um referencial ético para garantir direitos básicos e fundamentais. Em um processo liderado pelas nações vitoriosas da Guerra, é fundada a Organização das Nações Unidas (ONU) e assinada a Declaração Universal dos Direitos Humanos. O documento se abre com o seguinte artigo: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.” (ONU, 1948) Certamente esse documento refletia a vontade por mudanças e o 1º Artigo, assim como tantos outros, deveria estar sempre no cerne delas. Foi o

que aconteceu com um dos movimentos mais importantes iniciado no século XX, a *Reforma Psiquiátrica*.

No período entre o final da Segunda Guerra e o final dos anos 1970 ocorreram diversos movimentos que objetivavam reformas nas instituições asilares, tentando desde modificações estruturais passando pelas condições de tratamento até o questionamento do saber médico e psiquiátrico. Assim, ao longo desse período podemos destacar os movimentos mais relevantes, tais como fez Amarante (1995) ao seguir a definição proposta por Birman & Costa (1994). São eles: *Comunidade Terapêutica* (Inglaterra) e *Psicoterapia Institucional* (França), ambos preocupados com a reforma do espaço asilar visando a recuperação de seu caráter terapêutico. Críticas a esses projetos têm por base a centralidade no espaço asilar sem preocupação com a transformação do saber médico e psiquiátrico; *Psiquiatria de Setor* (França) e *Psiquiatria Comunitária ou Preventiva* (EUA) propunham que a internação fosse apenas uma etapa do processo terapêutico e que a maior parte dele fosse realizado dentro da própria comunidade. A Psiquiatria Comunitária ainda propunha estratégias de intervenção na comunidade, visando a prevenção e a promoção da saúde mental.; já a *Antipsiquiatria* (Inglaterra) e *Psiquiatria Democrática Italiana* (Itália) foram movimentos radicais no que diz respeito às críticas tanto ao saber quanto à prática psiquiátrica. O que proponho na sequência deste capítulo é um debruçar sobre essas experiências que traga as questões mais pertinentes à discussão do espaço de cuidado da loucura e as rupturas propostas por eles.

5.2. OS MOVIMENTOS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DE UM OUTRO ESPAÇO

5.2.1. A psicoterapia institucional: o asilo como um lugar de passagem, um isolamento acolhedor

François Tosquelles, considerado o precursor da Psicoterapia Institucional e a maior figura do movimento, era um psiquiatra catalão que havia fugido da ditadura espanhola para a França após a vitória de Franco em 1939. Ele, também, havia lutado na Guerra Civil Espanhola pelo lado Republicado e escapou para a França onde ficou alocado em um campo para refugiados espanhóis. Tendo construído pequenas comunidades terapêuticas, tanto na frente de batalha como no campo para refugiados, convenceu-se de que a psiquiatria poderia ser praticada em qualquer lugar. Assim, quando chegou no Hospital psiquiátrico em Saint-Alban no sul da França em 1941, em plena Segunda Guerra Mundial e com a ocupação da

França pela Alemanha Nazista desde maio de 1940, Tosquelles estava certo de que algo deveria mudar.

Saint-Alban ficava localizado distante dos grandes centros urbanos, era governado por freiras e recebia, em média, 500 internos. Assim como os outros Hospitais Psiquiátricos, Saint-Alban passava por condições adversas no período da Segunda Guerra Mundial. Em toda a França, até essa época, 40% das pessoas classificadas como doentes mentais morreram devido a fome e pelas inúmeras circunstâncias que se impõem em um período como esse. Saint-Alban já estava superlotado e passando por momento difíceis à época da chegada de Tosquelles, que passou a tentar uma abordagem diferente da psiquiatria. Cansado do biologicismo e da rejeição à uma abordagem mais social e psicanalítica dos internos nos hospitais psiquiátricos, Tosquelles começa a colocar a instituição psiquiátrica em questão. Assim, ele e os companheiros, como Lucien Bonnafé, apostaram em uma reforma do hospital psiquiátrico, onde a psicoterapia institucional, “influenciada pela psicanálise, procura organizar o hospital psiquiátrico como um campo de relações significantes, de utilizar em um sentido terapêutico os sistemas de intercâmbio existentes no interior da instituição, isto é, os sistemas de verbalização daquilo que acontece.” (MANUEL DESVIAT, 2015, p.29) Ou seja, eles apostavam que não seria os muros do hospital por si só que faziam dele um manicômio, mas sim as pessoas que vivem nele, como os cuidadores e os enfermos. Por isso, defendiam que a terapia não deveria ser aplicada somente aos internos, era preciso que a instituição como um conjunto fosse tratada. Dessa maneira, o que se propôs enquanto experiência em Saint-Alban, foi a derrubada dos muros, a queda das grades, a supressão das fechaduras, o combate as hierarquias, aos hábitos manicomial e todo mundo deveria ser consultado e ouvido nessas mudanças. (TOSQUELLES, 1989)

Essas mudanças na fase inicial da psicoterapia institucional, apontavam para transformações que atravessassem diferentes níveis de funcionamento e organização do espaço hospitalar. Embora, não apareça a ideia de abolir o hospital psiquiátrico, discordo da ideia de que a psicoterapia institucional, ao menos em seus ideais primeiros, defendia o manicômio ou como afirma Desviat (2015), tenha sido, “(...) sem dúvida, a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio.” (p.29) Afinal, ao afirmar isso, estamos subtraindo um fator importante da equação: a concepção de sujeito é outra. O sujeito que Tosquelles defende é aquele que vai de um espaço a outro, que não pode ficar todo o tempo em um mesmo espaço. Ou seja, o homem é sempre um peregrino, um sujeito que vai para um outro lugar, que está

sempre em movimento, onde nesse movimento pode encontrar com o outro e construir o próprio trajeto. Mesmo que nesse trajeto seja preciso um momento para refugiar-se. E é nesse ponto que a palavra asilo assume um papel importante.

Tosquelles subverte o significado da palavra asilo ao evocar o seu sentido menos comum ao longo da entrevista que concede para um documentário em 1989, chamado *François Tosquelles: une politique de la folie*. “A palavra asilo é uma palavra muito boa. Prefiro a palavra asilo à de Hospital Psiquiátrico. Ninguém sabe o que significa Hospital Psiquiátrico. Asilo quer dizer que alguém pode se refugiar nele.” (TOSQUELLES, 1989) Ele defende, ainda, que esse pode ser um isolamento protetor e representar um lugar de passagem do sujeito. Acredito que sua vivência em um campo para refugiados tenha representado um fator importante para essa visada diferente para a palavra asilo. Assim, se o manicômio é o lugar do desarrazoado, do indesejado social, o asilo como está sendo pensado nesse momento, é um lugar de passagem e de um isolamento protetor. Por isso, não acredito que a psicoterapia institucional, em seu cerne mais profundo e nos seus anos nascentes, tenha tentado salvar o manicômio. Porém, o que aconteceu após a libertação da França abre um outro capítulo nessa história.

5.2.2. A política de setor: uma territorialização do cuidado

A psicoterapia institucional que tinha passado por uma incubação em Saint-Alban, começa a tomar à frente no debate pela necessidade de uma nova psiquiatria. Começando a ser difundida e disseminada pela França por conta da passagem de alguns médicos por Saint-Alban, a psicoterapia institucional ganhará centralidade nas Jornadas Nacionais de Psiquiatria de 1945 e 1947. Ao longo da primeira Jornada, em 1945, alguns pontos importantes foram aprovados. Dentre os 24 pontos aprovados, um chama bastante atenção: “A internação deve ser abolida, em sua condição de conjunto de medidas heterogêneas: seus procedimentos devem ser redefinidos e aplicados com grande flexibilidade e com o máximo de iniciativa médica”. Apesar de ter sido considerada a psiquiatria pós-esquiroliana, essa nova doutrina ainda traz e reforça centralidade do médico no cuidado e não abole de fato a internação, embora advogue por mais cautela.

É assim que começa a tomar corpo esse novo direcionamento e a política de setor nos anos 50 é mais um passo para a sua difusão enquanto política pública. Sendo ao mesmo tempo um princípio para a melhoria da organização sanitária e uma política de fomento ao

deslocamento do cuidado dos hospitais para a comunidade, a política de setor cresceu e em 1960 era legitimada por uma circular ministerial onde constavam três princípios, sendo eles:

- Princípio da setorização ou zoneamento. Delimitam-se áreas com 50 mil a 100 mil habitantes.
- Princípio da continuidade terapêutica. Uma mesma equipe, no conjunto de cada setor, deveria fornecer o tratamento e se encarregar do paciente nos diferentes serviços e momentos do tratamento, desde a prevenção até a cura e a pós-cura.
- O eixo da assistência deslocou-se do hospital para o espaço extra-hospitalar. O paciente deveria ser atendido, na medida do possível, na própria comunidade. O efeito cronicizador da instituição deveria ser evitado. (DESVIAT, 2015, p.35)

Assim, a territorialização do cuidado promovida pela política de setor proporcionou, simultaneamente, uma maior e melhor organização da assistência da mesma forma que possibilitou, como um dos seus efeitos, a construção de um cuidado desinstitucionalizante e que envolvia a comunidade. Apesar de não renunciar ao hospital enquanto possibilidade de cuidado, é inegável que a psiquiatria de setor proporcionou mudanças no cuidado em saúde mental. Algo parecido aconteceu com a experiência desenvolvida na Inglaterra no período pós-guerra, a comunidade terapêutica. Tendo que lidar com o grande volume de soldados regressos ao longo da Segunda Guerra Mundial que apresentavam certos distúrbios mentais e que, por isso, necessitavam de acompanhamento nos Hospitais Psiquiátricos, essa experiência se destacou por oferecer um meio pelo qual era possível organizar as atividades dos hospitais psiquiátricos que estavam lotados e careciam de profissionais. Foi nesse contexto que, em 1943, no hospital militar de Northfield, no Reino Unido, Wilfred Bion e John Richman passaram a organizar os internos em grupos de discussão, promovendo a participação dos internos na direção do centro de tratamento. (AMARANTE, 2007; DESVIAT, 2015)

5.2.3. A comunidade terapêutica: um espaço de cuidado compartilhado

Bion e Rickman eram amigos e trocavam correspondências sobre as suas experiências de trabalho. Bion estava trabalhando na admissão de soldados no hospital militar de Northfield e já detectava as dificuldades de organização e planejamento ao longo desse período de guerra. É então, que em 1942, Bion escreve para Rickman ressaltando que o trabalho que ele faz na seleção e admissão dos soldados vai ter que ser feito ao final da guerra, com o objetivo de realocar as pessoas em postos de trabalho. (TORRES; HINSHELWOOD, 2013)

Em outras palavras, neste país, o filtro de exames, seleções etc. é tão defeituoso que não há nada a escolher entre o filtrado e o licor original ... E parece-me que o trabalho que o exército faz nessa questão de seleção é algo que terá que ser aplicado, quando a paz chegar, por todos os comitês de exame e seleção deste país, seja para Universidades ou bolsas de estudo, serviço cívico ou, o mais formidável de todos, para o próprio parlamento.³⁴ (BION, 1942)

É com essa inquietação que Bion, na mesma carta, tenta convencer o amigo a ajudá-lo. “O que realmente me preocupa é despertar seu interesse pelo assunto e implorar que você considere se candidatar para participar.”³⁵ (BION, 1942) Rickman, então, aceita o desafio e pede transferência para Northfield, onde assume a ala psiquiátrica do hospital. Esse é o momento em que a experiência que conhecemos como comunidade terapêutica começa a florescer. Com a ala psiquiátrica repleta de ex-soldados vindos da guerra e enfrentando dificuldades, eles “(...) organizavam reuniões em que discutiam as dificuldades, os projetos, os planos de cada um; realizavam assembleias com duzentos ou mais pacientes; elaboravam propostas de trabalho onde todos (pacientes e funcionários) pudessem estar envolvidos.” (AMARANTE, 2007, p.42)

Essa nova forma de organização dos hospitais psiquiátricos foi tão exitosa e promissora que passou a ser recomendada através de um relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1953. Sendo assim, segundo a OMS, todos os hospitais psiquiátricos deveriam funcionar como uma comunidade terapêutica. A partir de 1958, essa experiência passou a ser ainda mais notada com o psiquiatra Maxwell Jones que deu maior dinâmica e sistematização a ela. Ao organizar grupos de discussão, grupos operativos, reuniões e assembleias, Jones conseguiu envolver ainda mais os internos em todas as atividades. Lutando contra a hierarquização e promovendo a democratização e horizontalidade das relações no hospital, ele incluía os técnicos e as famílias no processo terapêutico. Afinal, segundo o próprio Jones, quando chamamos um hospital psiquiátrico de comunidade terapêutica, estamos afirmando que a responsabilidade pelo tratamento não é restrita ao pessoal médico, mas pertence, também, à comunidade. Embora sinalizasse uma mudança importante no processo terapêutico ao introduzir a comunidade como corresponsável, a

³⁴ Em tradução livre, segue o trecho original: In other words in this country the filter of examinations, selections etc. is so defective that there is nothing to choose between the filtrate and the original liquor... And it seems to me that the work that the army does in this matter of selection is something which will have to be applied, when peace comes, by all examining and selecting boards in this country, whether for Universities or Scholarships, or Civic Service, or, most formidable strong-hold of all, for parliament itself.

³⁵ Em tradução livre, segue o trecho original: The point I am really anxious about is to engage you interest in the matter and beg you seriously to consider applying to come into it.

comunidade terapêutica não deixava de ser uma experiência que tentava criar um ambiente terapêutico dentro do hospital psiquiátrico. Nesse mesmo período, final dos anos 50 e início dos anos 60, começam a aparecer os primeiros estudos sobre os efeitos nocivos da instituição psiquiátrica, *Asilos, prisões e conventos* de Erving Goffman é um deles.

5.2.4. A psiquiatria preventiva: um cuidado para além do hospital psiquiátrico

A psiquiatria preventiva ou psiquiatria comunitária surgiu nos Estados Unidos, em um momento mais tardio do pós-Segunda Guerra Mundial, na metade dos anos 50. Apesar da distância histórica, não podemos dizer que essa guerra não tenha influenciado o despertar do movimento. Afinal, foi no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial que se criou o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos, mostrando uma preocupação com os ex-combatentes que cada vez mais lotavam os hospitais. No documentário *Let there be light* (1946), dirigido pelo cineasta John Huston, à época integrante do exército, podemos ver os efeitos do combate. Rodado em 1945 no Hospital Psiquiátrico Manson, o filme, que foi encomendado e, posteriormente, censurado pelo governo dos Estados Unidos por temor de que desencorajasse gerações futuras a se alistarem, mostra os infortúnios silenciosos causados pelo campo de batalha.



*As armas silenciaram.
O tratado de paz foi assinado.
E os oceanos da Terra estão repletos de navios voltando
para casa.*

*Em lugares distantes, homens sonhavam com esse
momento.
Mas para alguns homens, o momento é muito diferente do
sonho.*

Estes são destroços humanos, o resultado final do que o metal e o fogo podem fazer para violar a carne mortal.

Alguns usam as medalhas da sua dor: as muletas, as ataduras, as talas.

Outros não têm sinais exteriores, mas também estão feridos.

Este hospital é um dos muitos para os cuidados e tratamento dos soldados psiconeuróticos.

Estas são as baixas do espírito, dos mentalmente abalados, homens que estão emocionalmente feridos.





Nascidos e criados em tempos de paz, educados para odiar a guerra, eles foram subitamente mergulhados em situações horríveis.

Todo homem tem seu ponto de ruptura, e estes, no cumprimento de seus deveres de soldado, foram forçados além dos limites da resistência humana.

(HUSTON, 1946)

Figura 31:Imagens do filme “Let There be Light”, 1946.

Esse era o contexto do pós-guerra, onde cerca de 20% das baixas do exército americano tinham sido de natureza neuropsiquiátrica, ou seja, os hospitais psiquiátricos estavam repletos de soldados. Com a vocação do país em promover e aderir a guerras ao longo do século XX, manter essa população alta não foi um problema. Logo após a guerra da Coréia e o início da guerra do Vietnã, os hospitais psiquiátricos, em 1955 contabilizavam seiscentos mil leitos. O relatório autorizado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental em 1955, mostrou as terríveis condições desses espaços. Em termos de políticas públicas, já estavam pensando alternativas para a redução de leitos nos hospitais, a criação do Centro de Saúde Mental Comunitária foi uma dessas ideias implementadas. Com esse pano de fundo, surge a psiquiatria preventiva de Gerald Caplan, que

(...) refere-se ao corpo de conhecimentos profissionais, tanto teóricos quanto práticos, passíveis de ser utilizados para planejar e executar programas destinados a reduzir, em primeiro lugar, a frequência de toda sorte de distúrbios mentais da comunidade (“prevenção primária”); em segundo lugar, a duração de um número significativo dos distúrbios observados (“prevenção secundária”) e, por último, a deterioração que pode resultar desses distúrbios (“prevenção terciária”). (CAPLAN, 1966 *apud* DESVIAT, 2015, p.62)

A psiquiatria preventiva assumia estratégias políticas para o cuidado em saúde mental que eram de base comunitária e fomentavam a desospitalização. Para colocar essas estratégias em prática foram implantados centros de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dia, hospitais-noite, enfermarias e leitos em hospitais gerais. Em suma, estratégias de base comunitária que deslocassem o cuidado dos hospitais psiquiátricos para a

comunidade, objetivando, um dia, fechá-los definitivamente. Apesar disso, hoje sabemos que esses dispositivos não impediram o aumento da demanda por atendimento psiquiátrico e nem o fechamento pretendido dos hospitais psiquiátricos. (AMARANTE, 2007) Dessa forma, a grande contribuição da psiquiatria preventiva para a crítica ao espaço de cuidado em saúde mental é a introdução de dispositivos estratégicos diversos fora do hospital psiquiátrico. Muito embora não tenha diminuído a intervenção médica na loucura, essa experiência nos faz vislumbrar possibilidades de construção de novos espaços e, assim, de formas diferentes de promover cuidado.

5.2.5. A antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana: um novo sujeito, uma nova loucura, um novo espaço

A experiência da antipsiquiatria e da psiquiatria democrática italiana são excluídas por alguns teóricos das experiências de Reforma Psiquiátrica devido ao seu caráter de rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional, no que Amarante (2007) designa de “outro grupo”. Pois bem, esse outro grupo desafiou os preceitos tradicionais da psiquiatria e deslocou a loucura do âmbito da doença que precisa ser curada e tratada para entendê-la enquanto um processo que se dá nas relações com a sociedade. Partindo dessa perspectiva, isolar uma pessoa dita louca em um ambiente hospitalar e com cuidados centrados na medicina e psiquiatria torna-se uma ação esvaziada de sentido e, portanto, violenta. Assim, a experiência da Villa 21 (Inglaterra) de David Cooper e Ronald David Laing e a experiência de Trieste (Itália) de Franco Basaglia são a base de construção de um novo paradigma da loucura e, portanto, de novos lugares para a loucura.

Villa 21 teve início em 1962 quando o médico sul-africano David Cooper decidiu implementar uma comunidade terapêutica no Hospital Shenley, em Hertfordshire, Inglaterra. Com o objetivo de criar um ambiente onde o paciente pudesse ter a autonomia restaurada e o controle democrático do espaço fosse dado a ele, a Villa 21 durou quatro anos colocando à prova os limites e as possibilidades do hospital e da comunidade terapêutica. (COOPER, 1989) Apesar de Laing ser o companheiro e amigo mais conhecido de Cooper ao longo dessa experiência, existe um personagem que influenciou o início da Villa 21, um dos mais experientes psiquiatras do Hospital Shenley, S.T. Hayward. Hayward, assim como a maioria dos seus contemporâneos do campo, acreditava que o hospital precisava ser reformado, mas ele ia além. Em uma publicação na revista *The Lancet* em 1961, ele alegava que o hospital precisava de “um novo tipo” de paciente, pois o hospital deveria estar preocupado com o paciente ao invés de fixar a atenção na doença do paciente. Imbuídos com

esses ideais, Cooper e Hayward propuseram uma experiência como essa ao conselho do hospital. Apesar de não oferecerem o dinheiro pedido para a realização da proposta, o hospital apoiou a experiência. No ano seguinte, Cooper assume a experiência da Villa 21. (WALL, 2013)

A Villa 21 acontecia em uma ala que, previamente, era usada para o tratamento por choque insulínico, uma terapia que havia sido descontinuada no final dos anos 50. A unidade ficava em uma vila e possuía quartos privados, dormitórios, sala de estar, sala de jantar e escritório. Por acreditar que os pacientes que já frequentavam o hospital podiam ser institucionalmente moldados e assim, aprender como agir com os outros internos e internalizar as regras do hospital, Cooper selecionou dezenove pacientes que estavam em sua primeira internação. Além dos internos, Cooper selecionou sete profissionais de enfermagem, um terapeuta ocupacional, um psiquiatra, um assistente social e três médicos que deveriam apresentar atitudes calmas e relaxadas. Ele aboliu todas as regras, ateve-se somente às regulações legais, aboliu os papéis profissionais e criou uma comunidade onde pacientes e equipe fossem iguais. Assim, ele começava a criar uma nova cultura hospitalar, ou melhor, ele almejava a criação de uma cultura comunitária.

Nessa nova cultura comunitária, os pacientes tinham poder de tomar decisões relacionadas ao funcionamento e dinâmica do hospital através da participação nas reuniões, que aconteciam com regularidade, assim como tinham o poder de decidir sobre o uso da sua medicação. Quanto às mudanças por parte da equipe, duas se destacam: a abolição dos uniformes e a abolição dos papéis desempenhados por cada profissional. A única função definida era de que as enfermeiras deveriam atuar como intermediárias entre a vila e o restante do hospital e ser responsável pelo armário de medicação. Essas mudanças procuravam estabelecer uma nova forma de relacionamento entre paciente e equipe e deslocava os profissionais da posição de poder sobre o cuidado dos pacientes. Ao propor essas mudanças, Cooper estava colocando os profissionais para fazer parte, de fato, da comunidade, sendo mais um membro dela e não um supervisor. As mudanças provocadas por esse experimento foram tão profundas que, ao longo dos seus quatro anos, criou-se um certo abismo entre a vila e o restante do hospital. Os funcionários já não se entendiam mais e as críticas à maneira inovadora com a qual Cooper abordava os pacientes psiquiátricos começaram a levantar críticas. Em 1965, tais críticas foram evocadas no parlamento, onde se mostraram incrédulos com a possibilidade de um cuidado permissivo tal qual pretendia a

comunidade terapêutica de Cooper. O projeto foi encerrado no ano seguinte e Cooper acreditava que todo esse processo tinha estabelecido os limites de uma mudança institucional, mostrando que era possível. Porém, ele afirma, que para levar essa mudança adiante e desenvolvê-la seria preciso experimentá-la longe da instituição. (COOPER, 1989) (WALL, 2013)

Franco Basaglia e a psiquiatria democrática italiana apontam para experiências longe da instituição ou, ao menos, propõem a superação do modelo asilar-manicomial. Foi o que aconteceu no Hospital de Gorizia e no Hospital de Trieste, sob a direção de Basaglia que, segundo Amarante (2015), foi

o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios, criando uma nova rede de serviços e estratégias para lidar com pessoas em sofrimento mental e cuidar delas. O caráter revolucionário dessa nova forma de cuidado estava expresso não apenas pelos novos serviços que substituíam os manicômios, mas pelos mais variados dispositivos de caráter social e cultural, que incluíam cooperativas de trabalho, ateliês de arte, centros de cultura e lazer, oficinas de geração de renda, residências assistidas, entre outros. (AMARANTE, 2015, p.94)

Já tendo experimentado transformar o Hospital Psiquiátrico de Gorizia em uma Comunidade Terapêutica nos anos 60 e entendido as limitações de uma prática antimanicomial em um espaço manicomial, ao chegar em Trieste, Basaglia já está mais atento às possíveis armadilhas de uma reforma hospitalar e começa a vislumbrar a destruição do manicômio como a via possível para modificar a organização e a dinâmica dos aparatos médico-psiquiátricos. (BASAGLIA, 2010b)

Chegando em Trieste em 1971, Basaglia reconhece que o contexto em que esse hospital estava inserido foi fundamental para tornar possível as estratégias de fechamento do manicômio. Ele reconhece a importância dos movimentos reformistas que se espalharam pela Europa e Estados Unidos nas últimas décadas, que possibilitaram formar outras de entender e cuidar da loucura e que o momento político no qual a experiência de Trieste se desenvolveu formaram um terreno favorável para a demolição de um aparato repressivo, tal como é o hospital psiquiátrico. Basaglia já havia proposto o deslocamento do cuidado da “doença” para o sujeito que adoece e, em Trieste, ele vai mais além ao propor que o cuidado seja deslocado de uma vez por todas para fora dos muros do manicômio. Ficava clara a impossibilidade de desenvolver práticas de cuidado do sujeito em sofrimento psíquico em um ambiente como o hospital psiquiátrico, afinal,

o hospital psiquiátrico, ainda que modificado e transformado, permanece – enquanto tal – causa de doença, foca de infecção, não só em sua função de reconhecimento-codificação e expropriação do sofrimento enquanto distúrbio psiquiátrico; não só por estender para o território a cultura e as regras mediante as quais efetua esse reconhecimento e a expulsão que daí resulta; mas também na medida na medida em que, com sua própria existência, pré-forma os conteúdos de demanda, endereçando-as aos canais convenientes, a fim de que a abertura da crise, em qualquer nível, seja automaticamente compensada com a expulsão do portador para o bolsão de contenção. Nesse caminho, sabe-se de antemão caindo ali. Por essas razões, qualquer forma de sobrevivência do hospital psiquiátrico, ainda que aparentemente periférica e quantitativamente reduzida, define, a partir do papel que ele exerce, a lógica de funcionamento dos circuitos dos quais faz parte; em contraposição, sua destruição representa a ruptura do próprio cerne do mecanismo com o qual se fabrica, no mundo da saúde, a diversidade como “inferioridade”, e se pré-formam as respostas para invalidar-lhe a existência. (BASAGLIA, 2010b, p.247)

Assim, a proposta de Basaglia era a de uma reformulação que ia muito além da assistência. Ele defendia que era necessária uma mudança social da concepção de loucura, que era urgente a necessidade de se entender o sujeito louco como um cidadão que faz parte da comunidade e que deve ser cuidado por ela e dentro dela. Não se negava a doença mental e nem o tratamento, mas sim apontava para a construção de novas possibilidades de entender e tratar a loucura. O deslocamento da assistência do hospital psiquiátrico para centros de saúde mental visava proporcionar todas essas mudanças. Em 1973, formou-se o movimento Psiquiatria Democrática que pretendia levar essa reforma iniciada em Trieste para toda a Itália. Após o Estado italiano instaurar uma comissão para rever a lei de 1904 que regia a assistência psiquiátrica, propôs-se a lei n. 180, aprovada em maio de 1978, que estabelecia o fechamento dos manicômios e a criação de serviços alternativos na comunidade. Com a lei n. 180, não era mais permitido haver internações em hospitais psiquiátricos e nem a construção de novos dispositivos manicomialis. Os serviços psiquiátricos comunitários e os serviços territoriais deveriam atender uma certa área geográfica e trabalhar com as unidades de internamento para garantir um atendimento contínuo. As unidades psiquiátricas territoriais poderiam dispor de leitos em hospitais gerais, tanto para internações voluntárias quanto para internações forçadas. E, finalmente, aboliu-se o estatuto de periculosidade social do doente mental. (DESVIAT, 2015)

A experiência de Trieste tem muito para nos ensinar e nos inspirar, tanto no que diz respeito a assistência e a nova concepção de loucura, mas também, no que concerne a ruptura com o espaço. O que antes era um Hospital Psiquiátrico foi transformado no Parco San Giovanni, um espaço cultural, público e aberto ao ir e vir da comunidade. “No Parco San Giovanni, em Trieste/Itália, a reconversão foi completa, de modo que as estruturas do antigo

manicômio são equipamentos de uso público com perfil de ruptura total em relação a seu ambiente passado, e agregam valor à comunidade, tanto quanto deixaram de ser espaços de exclusão.” (TORRE, 2018) Ou seja, essa experiência nos mostra tanto que é possível a transformação e ressignificação de um espaço manicomial quanto nos lembra da importância de realizar essa reconversão. Experiências como essa são capazes de *desfazer o espaço*. Este conceito se origina no campo da arquitetura, através do trabalho de Gordon Matta-Clark na década de 70, e o movimento que tem nele um dos fundadores, a *anarchy architecture*. Através de seus buracos e cisões concretas em paredes de prédios abandonados no meio de grandes cidades, Matta-Clark nos ajuda a pensar que, assim como os espaços impõe relações, nós, enquanto sujeitos podemos oferecer resistência e, habitando de uma outra forma, podemos abrir buracos e *desfazer o espaço* (MATTA-CLARK, 2010) Já na década de 70, a mensagem era clara: a existência de manicômios e hospitais psiquiátricos não é mais possível, precisamos de estratégias para *desfazer o espaço*.

6. REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: A DIMENSÃO ESPACIAL

6.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A REFORMA SANITÁRIA: SAÚDE COMO DIREITO CIDADÃO

Na década de 70 o Brasil estava imerso em um dos momentos mais obscuros de sua história democrática. Com a ditadura cívico-militar cada vez mais potente após o Ato Institucional número 5 (AI-5), estes anos foram, em grande parte, o que estudiosos classificam como *Anos de Terror*. Fechamento de jornais, censura aos diversos meios de comunicação, presos políticos, torturados, desaparecidos e mortos, muitos mortos nesses anos de terror. O enfraquecimento desta política começou em 1973 com as quedas das duas principais fontes de renda do regime: a diminuição de investimentos internacionais, principalmente dos Estados Unidos, e a queda do preço do petróleo. Ao assumir o comando em 1974, Ernesto Geisel promoveu algumas medidas que flexibilizam o regime ditatorial, mas foi a partir de 1978 que o Brasil iniciou a sua transição para a democracia, em um período denominado *A Reabertura Política*. (MEMÓRIAS DA DITADURA, 2019) Em meio a isso tudo, dois movimentos de ruptura com o paradigma médico/psiquiátrico emergem defendendo a saúde como um direito cidadão: a Reforma Sanitária Brasileira e a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em 1976 tem início o movimento dito sanitarista, nascido em São Paulo a partir de um grupo de sanitaristas que criam o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a *Revista Saúde em debate*, objetivando a produção e organização tanto de práticas como de pensamentos críticos no campo da saúde pública. A Reforma Sanitária Brasileira propunha uma ruptura com o modelo da História Natural da Doença e defendia que saúde-doença era de fato um processo com determinantes sociais. Deslocando a saúde da captura exclusiva da esfera médica e levando-a para o campo social que envolve fatores outros que não só a biologia do corpo, os sanitaristas defendiam a saúde como um direito, algo que ficará claro na 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando se discutiu os preceitos do Sistema Único de Saúde. (PAIM, 2008) O final dos anos 70 e os anos 80 foram cruciais para a construção de um novo Brasil democrático e uma nova Constituição foi amplamente debatida, o conceito de cidadania estava em alta e a garantia de direitos sociais para este cidadão eram defendidas em diversas esferas. A cidadania do louco não ficou de fora e o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro começa a se organizar a partir de 1978.

Já discutimos no capítulo anterior a psiquiatria democrática italiana e não são mera coincidência as semelhanças entre as características da rede de assistência à Saúde Mental

que temos hoje no Brasil e aquelas desenvolvidas por Franco Basaglia. O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira é inspirado nas experiências e nos pensamentos de Basaglia, e a sua vinda ao Brasil por dois anos consecutivos, 1978 e 1979, só inflamou ainda mais o movimento com suas ideias e práticas revolucionárias. Sem propagar uma negação da instituição psiquiátrica e muito menos da doença mental, Basaglia estava preocupado, sim, com o poder que a psiquiatria tinha em isolar da sociedade os sujeitos considerados fora da normalidade social proposta. Em 1964 Basaglia advogava sobre a abertura dos manicômios em conferências e acreditava que este processo, mesmo em seus primeiros passos, “(...) produzem no doente uma transformação gradativa do seu espaço, da sua relação com a doença e com o mundo, da sua perspectiva das coisas (...)” (BASAGLIA, 2010, p.24). Ou seja, pequenas ações de mudança já pareciam modificar alguns aspectos no processo de cuidado. Começava a se propor olhar o sujeito/cidadão que adocece e não a doença em si.

Em 1978, jovens psiquiatras plantonistas no Centro Psiquiátrico Pedro II no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, decidiram denunciar uma série de violações aos direitos humanos. 266 profissionais foram demitidos pelas denúncias e pela confirmação das condições deploráveis do Centro Psiquiátrico. Instaura-se, então, uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental, que resultou na deflagração do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ao longo desse processo nasceu o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), “primeiro e mais importante ator de renovação no campo da saúde mental, que vai estabelecer uma agenda para o setor que, sob o título de Reforma Psiquiátrica, introduz a estratégia de desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas.” (AMARANTE, 2015, p.16) Juntamente com essa transformação nas políticas públicas, a desinstitucionalização, para acontecer de fato, dependia de uma transformação social. Era preciso construir uma mudança que ia muito além da reestruturação da assistência e do cuidado da loucura. Era preciso uma mudança social paradigmática. Era preciso construir uma nova cidade. Uma cidade onde *desconhecidos* se encontrem. Uma cidade onde se inclua a diferença.

Tendo construído, à luz de diferentes teóricos, a importância que o espaço tem na produção de subjetividade e relações e que, nas instituições totais, tais como as de características manicomiais, isso é ainda mais evidente e capaz de produzir subjetividades adoecidas e relações desiguais; tendo recuperado as transformações em relação ao espaço que aconteceram pelo mundo; tendo construído e resgatado uma história da loucura e das

construções dos espaços da loucura do Brasil colonial até as *barbacenas*, pergunto: como a Reforma Psiquiátrica Brasileira abordou os espaços destinados a loucura?

Chegamos a esse ponto do trabalho ainda com mais questões do que respostas. Ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, a construção de uma nova cidade foi um ponto de discussão juntamente com outros pontos importantes como a mudança legislativa? Como foi o debate sobre o espaço em que seria dedicado o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico? Definimos como deveria ser esse espaço? É importante essa definição? Ou seria possível adaptar espaços manicomialis desde que uma mudança paradigmática do cuidado fosse alcançada? Que lugar a discussão do espaço ocupou na transformação defendida por profissionais da saúde, acadêmicos, membros da sociedade civil, usuários do sistema e familiares de usuários ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira? Aos estudiosos do campo, penso que seria necessário lançarmos uma categoria de análise importante: a espacialidade.

6.2. REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: A ESPACIALIDADE COMO UMA NOVA DIMENSÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, como já discutimos no início do trabalho, é considerada um processo permanente e contínuo, pautado na mobilização social no que Rotelli et al. (1990), ao falar das reformas psiquiátricas, denomina de processo social complexo. Tal processo social complexo já foi analisado e categorizado por muitos teóricos do campo através de diferentes pontos e categorias de análise. Amarante (2003; 2007), dentre os autores influentes e importantes do campo, escolhe, em uma proposta de sistematização, que objetiva uma reflexão sistematizada sobre o processo, propõe analisar o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira através de dimensões. Afinal, “(...) um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões.” (AMARANTE, 2007, p.63)

Dessa forma, o autor propõe quatro dimensões essenciais: a teórico-conceitual ou epistemológica que, através da ruptura com os preceitos basilares da psiquiatria clássica e a visão biológica reducionista da história natural da doença, constrói o seu próprio campo teórico-conceitual que procura o diálogo entre os diferentes campos e disciplinas que estão relacionadas ao cuidado da loucura; a sociocultural procura transformar o imaginário social da loucura construído historicamente, onde o louco ocupa uma posição desqualificada e, às

vezes, é categorizado pelo estigma da periculosidade; a jurídico-política procura construir novas pactuações de poder através da ação de protagonistas e diferentes atores desse processo que possam impulsionar e embasar, através da política e da esfera jurídica, uma transformação social; a técnico-assistencial está relacionada com a prática e a teoria, ou seja, com a práxis, onde se propõe uma nova organização de serviços que possa promover rede de apoio, espaços de sociabilidade, geração de renda, moradia e produção de vida. (AMARANTE, 2003; YASUI, 2006) Ao que tudo aponta, a discussão dos espaços estaria mais conectada com esta última dimensão. Mesmo sabendo que as dimensões são dinâmicas e não estanques, acredito que esta dimensão e nem nenhuma outra consigam dar conta da centralidade necessária que a discussão dos espaços da loucura merece. Dito isto, proponho que pensemos em uma nova dimensão para discutir o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira: a dimensão espacial.

Mas por que introduzir essa nova dimensão se podemos debater tais questões através das outras já propostas? Bom, além de poder debater com mais especificidades a questão, estaríamos dando ao espaço um lugar de destaque e chamando atenção para o campo de que esse é um fator fundamental no nosso processo de reforma. Fator esse que, muitas vezes, passa despercebido ou que toma um lugar periférico nas discussões. Mas, então, afinal de contas, o que significa, o que abarca essa dimensão? Essa dimensão abarca tudo o que viemos discutindo ao longo desse trabalho, portanto, para trabalhar a dimensão espacial da reforma é necessário entender a arquitetura como um campo de saber capaz de conceber espaços que produzem relações e subjetividades; a partir disso, é preciso pensar quais relações e subjetividades estamos tentando produzir e facilitar; é necessário entender que os espaços em si e suas arquiteturas físicas e concretas fazem parte de processos subjetivos e que por isso merecem atenção; que o espaço deve ser pensado juntamente com o ideal de cidade que se pretende e tentar construir os dois de uma forma dialógico é essencial; que o território físico e simbólico deve ser levado em consideração; e que os espaços da loucura devem estar para além da construção de dispositivos de assistência. E, então, quais são os desafios dessa dimensão? O maior desafio enfrentado por essa dimensão, sem dúvida, é a superação do paradigma **manicomial-arquitetônico**. Logo, surge mais uma pergunta norteadora: conseguimos superar esse paradigma?

Apesar de perguntas desse tipo demandarem uma resposta objetiva e simples de sim ou não, atesto que no campo da saúde coletiva e da saúde mental, tais perguntas levam a um

desenvolvimento extenso de entendimento do processo pelo qual tal superação se deu ou não, debruçando no contexto, razões, tensões e atores que possam ter feito parte. No caso deste trabalho, esse processo não seria diferente. Para analisar essa dimensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira, esse processo que já faz mais de quarenta anos desde a sua deflagração, escolhemos por organizá-lo em *Momentos*. A escolha por *Momentos* foi feita por considerarmos mais adequada e condizente com a metodologia proposta para esse trabalho, enquanto o recorte cronológico mais bruto e estanque divergiria dela. Dessa forma, apresento a seguir os *Momentos do Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira* que serão trabalhados nas páginas que seguem a partir da perspectiva do espaço.

O *momento 1* abrange a análise das primeiras experiências que romperam com o paradigma manicomial-arquitetônico e construíram espaços substitutivos para o cuidado e assistência em saúde mental. A proposta é que nos atentemos ao espaço construído à medida que tentemos entender e mapear como se deu essa construção. Os espaços substitutivos mais emblemáticos e pioneiros desse momento são o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Itapeva (1987), o Espaço Aberto ao Tempo (1988) e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos (1989).

O *momento 2* abarca a análise da questão espacial através de seu estabelecimento e oficialização legal, ou seja, através de leis e portarias. Para tanto, começaremos com a Portaria nº106/2000 que instituiu a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos. A partir disso, seguiremos para a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. E finalizaremos com a Portaria nº336/2002, que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ao analisar essas peças legais buscamos compreender como a dimensão espacial está sendo abordada.

O *momento 3* compreende analisar os movimentos de mudança/retrocesso da atualidade. Esse último momento vem sendo abordado como uma contrarreforma pelo seu viés ideológico que pauta o retorno da centralidade hospitalar e de novas estruturas manicomiais dedicadas à assistência em Saúde Mental, em suma, contraria os preceitos defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. A contrarreforma vem se apresentando como um desafio para o lado progressista do campo e evidencia a luta entre os paradigmas manicomial e antimanicomial que pode ser estudado através dos espaços propostos.

6.3. OS MOMENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

6.3.1. Momento 1: as experiências espaciais de ruptura

6.3.1.1. Centro de Atenção Psicossocial Itapeva (CAPS Itapeva)

As experiências de ruptura com o paradigma manicomial e manicomial-arquitetônico no Brasil começou muito antes de qualquer indício do surgimento de uma lei que regulasse ou regulamentasse as práticas e os dispositivos de assistência em Saúde Mental, afinal, o Projeto de Lei que viraria a Lei nº 10.216/2001 só seria apresentado à Câmara dos deputados em 1989. No ano da primeira experiência de ruptura com esses paradigmas, em 1987, não havia nem a regulamentação do Sistema Único de Saúde, o SUS, que, apesar de ter tido os seus princípios e diretrizes amplamente debatidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, só seria formalizado na Constituição Federal em 1988 e sua regulamentação só seria feita em 1990. Mas a falta de uma base legal ou de um apoio mais centralizado à nível nacional não impediu que essas experiências florescessem e que, inclusive, virassem referência nacional para essa nova forma de cuidar.

À época, apesar de os municípios estarem se esforçando na tentativa de viabilizar o acesso e os direitos constitucionais da população à assistência de saúde, tanto a Reforma Sanitária como a Reforma Psiquiátrica encontravam dificuldades de efetivação das suas lutas. Foi assim que, comprovando o seu caráter de movimento social, algumas experiências inovadoras foram iniciadas nos níveis mais locais, ou seja, em experiências municipais. Como alguns municípios estavam assumindo a assistência em Saúde Mental, o surgimento dessas experiências em nível local foi facilitado, pois a equipe de trabalhadores e a comunidade estavam mais próximas uma da outra e da própria coordenação do campo, levando a um maior e melhor entendimento das necessidades de cada território. Foi assim que experiências inovadoras como a do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luis da Rocha Cerqueira, o CAPS Itapeva, começaram a surgir nos anos finais da década de 80, inspirados, ainda, pelo II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental que ocorreu no final de 1987 e cujo lema embalava as ações do campo: *Por uma sociedade sem Manicômios*.

Atores do campo como profissionais, estudiosos, acadêmicos, usuários, seus familiares e membros da sociedade civil exigiam uma sociedade sem manicômios simbólicos e reais. O que faríamos com os manicômios existentes? Seriam colocados abaixo ou reaproveitados? Onde deveríamos acolher as pessoas em sofrimento psíquico? Experiências anteriores a nossa em outros países não nos faltavam para que pudessemos

buscar inspiração, mas como vislumbrar essas mudanças na realidade brasileira? Como achar o nosso jeito e construir o nosso próprio modo de cuidar e de acolher em Saúde Mental? Nesses momentos iniciais as novas ações do processo de Reforma Psiquiátrica eram guiadas pelas discussões e debates dos encontros em congressos, das associações e órgãos que se debruçavam no campo. Assim, as estratégias ainda estavam para serem inventadas, só uma coisa era indiscutível e inegociável: a ruptura manicomial. Essa ruptura e a mudança para novos dispositivos antimanicomiais não aconteceu de uma hora para outra, mas sim já vinha sendo debatida, construída e colocada em prática ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica. Assim, o atendimento em Hospitais-dia e em Unidades Básicas de saúde aconteciam pelo Brasil.

O estado de São Paulo, onde temos a primeira experiência especializada em atendimento à Saúde Mental fora de um espaço hospitalar, o CAPS Itapeva, inaugurado em março de 1987, já se mostrava mais atento com um novo projeto em saúde mental desde a década de 70. À época, com a coordenação de Saúde Mental nas mãos de Luis da Rocha Cerqueira e em parceria com um Professor Titular da Medicina Preventiva da USP, a cidade de São Paulo começou a colocar em prática um projeto experimental de Saúde Mental na Atenção Primária. Tal projeto foi “(...) semeador de um modelo de atenção integral e territorial que formou pessoas, penetrou a mídia e influenciou a política pública para a área na medida do avanço da democratização no estado e no país.” (PITTA, 2011, p.4.584) Esse histórico facilitou a ampliação da rede de assistência extra-hospitalar através da expansão de ações em Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e novos ambulatórios durante o governo de André Franco Montoro (PMDB), de 1982 à 1986, que norteou tais ações no projeto de Cerqueira, expandindo-as para todo o estado de São Paulo. Um outro elemento importante que nos ajuda a entender esse cenário, mais especificamente da cidade de São Paulo, foi a execução do Plano Metropolitano de Saúde através de um financiamento do Banco Mundial. Esse Plano contribuiu para a organização dos serviços de saúde, de uma forma mais geral, assim como contribuiu com serviços de Saúde Mental que estavam inseridos na rede de saúde pública ainda nos primórdios do SUS.

Foi nesse contexto, que o CAPS Itapeva começou a ser idealizado pela Coordenadoria de Saúde Mental do estado. Em seu projeto constam preocupações prioritárias com uma clientela cronicada, com patologias graves, com limitações sociais e dificuldades de inserção social, propondo, assim, um cuidado integral e personalizado com

enfoque multidisciplinar, pluri-institucional e comunitário. Devem ser levados em conta nesta construção de cuidado os contextos em que os usuários estão inseridos, tanto o familiar como o sociocultural. Em termos de funcionamento e organização prática, o projeto propõe que o CAPS funcione oito horas por dia, por cinco dias da semana, propondo-se ser um serviço que funcionaria para além do atendimento, ou seja, deveria ser um espaço de reflexão sobre as práticas e de trocas de experiências, instrumentalizando tanto os usuários como os profissionais do campo. Definindo-se como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade, o projeto define que o CAPS funcione como um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade, almejando a construção de uma rede de serviços. Embora esse projeto caracterize-se como um documento predominantemente de cunho administrativo, ele estabelece mudanças importantes como o deslocamento da centralidade do hospital como o primeiro lugar de acolhimento e atendimento em Saúde Mental, assim como define parâmetros assistenciais. (COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL, 1987) (AMARANTE; TORRE, 2001)

Apesar de não se dedicar à dimensão espacial de forma específica, o projeto tem em sua essência a superação das estruturas cronificantes das instituições hospitalares. Além disso, embora não haja uma manifestação explícita sobre esse direcionamento, é importante notar, que a escolha do espaço para iniciar essa experiência foi feita em um local central da cidade de São Paulo. O CAPS Itapeva é localizado em uma das regiões mais movimentadas do município, no bairro Bela Vista, em uma antiga construção a poucos metros da Avenida Paulista. Deixando para trás a tradição da importância do isolamento para uma “recuperação”, o CAPS Itapeva traz para o meio da cidade, onde a vida pulsa e os encontros acontecem, o primeiro dispositivo de atenção especializada e extra-hospitalar em Saúde Mental. Não podemos subestimar o impacto dessa iniciativa, tanto na vida da cidade, como na vida dos usuários que passam pelo CAPS e, ainda, para as experiências que foram surgindo pelo Brasil. Yasui (1989) fala, também, da importância que esse CAPS teve no acolhimento de profissionais que foram obrigados a abandonar os seus trabalhos e projetos em instituições na rede pública, mas que encontraram no CAPS Itapeva um lugar para colocar em prática suas aspirações sociais e construir um caminho para uma sociedade sem violência institucionalizada.

6.3.1.2. Espaço Aberto ao Tempo (EAT)

Enquanto a experiência do CAPS Itapeva ainda se preocupava, primordialmente, com a construção de uma nova assistência em Saúde Mental, trazendo a reboque as medidas necessárias para tal, a experiência do Espaço Aberto ao Tempo (EAT), que começou em 1988 no Rio de Janeiro, traz uma proposta de abordagem pela arte. Sendo mais fácil de identificar uma figura ou um personagem central dessa experiência, temos em Lula Wanderley, médico que se identifica mais como um artista, um dos grandes transformadores espaciais da Saúde Mental. Por que estamos localizando nele essa figura? O que há de particular na transformação espacial proposta no Espaço Aberto ao Tempo?

O EAT, geograficamente, está localizado no bairro Engenho de Dentro, no subúrbio da cidade do Rio de Janeiro, onde, antes era a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. Tendo surgido na mesma na época da expansão das Colônias de Alienados no Rio e no Brasil, a Colônia do Engenho de Dentro foi inaugurada em 1911 para dar vazão à superlotação do Hospício de Pedro II. Não tardou, para que ela também se encontrasse superlotada. À época, como era de costume, a Colônia do Engenho de Dentro estava localizada em uma região remota e afastada do centro do município. Hoje o bairro se desenvolveu e já emana a sua própria vida nos subúrbios da cidade, onde está localizado o EAT, no mesmo complexo da Colônia do Engenho de Dentro, onde hoje funcionam outros dispositivos de Saúde Mental como o Instituto Municipal Nise da Silveira, o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas - CAPSad III Raul Seixas e o Museu de Imagens do Inconsciente. O EAT, que atualmente é classificado como um Centro de Atenção Psicossocial III, surgiu no final dos anos 80 como uma aposta de Lula Wanderley em uma ação anti-institucional.

Eu sou, basicamente, um artista que colabora com a Psiquiatria. Meu modo de captar a realidade é estético; meu modo de pensar a realidade e incorporá-la em uma coisa maior é cultural. Então, desde o início, quando fiz contato com a Psiquiatria, sempre imaginei que aquela condensação de tempo e espaço que a enfermaria faz não é boa para a alma humana; tínhamos que abrir o espaço ao tempo, à cultura. Desde o início, pensei em destruir a enfermaria e fazer um local que pudesse se expandir para fora. Então, a ideia da criação do Espaço Aberto ao Tempo era pegar um ponto qualquer daquele hospício e transformá-lo, fragmentando completamente o hospício. Fragmentado, colocaríamos os serviços do lado de fora e teríamos uma ação anti-institucional. Após todos esses anos, agora é que estamos conseguindo colocar os serviços para fora, mas a ideia é acabar com a instituição. (WANDERLEY, 2010, online)

Essa fala de Lula Wanderley concedida em uma entrevista para o Jornal do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (CRP-RJ) em 2010 traz alguns pontos importantes

e interessantes não só para entendermos a experiência do EAT, mas para pensarmos na importância da transformação espacial. Primeiro, ele resalta o incômodo da “condensação de tempo e espaço” que ocorre em uma enfermaria psiquiátrica, o que denota o caráter de instituição total desses espaços e, como uma solução para subverter essas características, ele convoca a cultura. Perceba, ele não sugere uma reinvenção da psiquiatria, menos remédios ou menos diagnósticos, a sua questão é com a reinvenção do sujeito e não da assistência. Como objetivo final sim, a ideia é acabar com as enfermarias, não através da destruição física do espaço, mas sim da sua fragmentação e, por consequência, ressignificação. Falo em ressignificação, pois a sua proposta não é a de destruir o complexo que já foi Colônia e Hospício e sim de transformá-lo em tantos espaços outros que se romperia a camada da institucionalidade psiquiátrica e se criaria uma porta aberta para a cidade. Não é coincidência que tantos outros serviços de Saúde Mental tenham proliferado nesse mesmo complexo. Ao *desfazer o espaço* que se impõe, o EAT nos mostra a possibilidade de ressignificação, afinal, “(...) o hospital se situa na cidade e a cidade, no mundo. Então, vamos ampliando os espaços e, conseqüentemente, vamos destruir aquele espaço que aprisiona.” (WANDERLEY, 2010, online)

Lula Wanderley ou Luiz Carlos Vanderlei Soares, pernambucano de Recife, teve no encontro com Nise da Silveira, quando ainda era estudante de medicina, um divisor de águas em sua vida e carreira. Lula, que não era afeito ao biologicismo da medicina e nem “as coisas do inconsciente” de Freud e Jung, ouviu de Nise da Silveira que ele deveria fazer da sensibilidade o seu maior instrumento de trabalho. Assim, o jovem Lula foi estagiar com Nise da Silveira na Casa das Palmeiras e aprendeu que deveria criar a partir do encontro. Dessa forma, cada caso tinha sua própria teoria, uma teoria que ele desenvolvia poeticamente no dia a dia e o que fez ele chamar a psiquiatria desenvolvida na Casa das Palmeiras de *psiquiatria poética*. (TORRE, 2018) Essa psiquiatria poética, transitando entre arte e clínica, colocando no encontro com o outro a centralidade do trabalho terapêutico, possibilitou que Lula Wanderley se afastasse cada vez mais da psiquiatria clássica, dos diagnósticos e das interpretações. Um dos desdobramentos dessa ruptura com a psiquiatria clássica é a experiência desenvolvida no EAT que foi também inspirada em uma vivência de Lula Wanderley ainda em Pernambuco, quando era um jovem que gostava de desenhar e, junto com outros artistas de diversas disciplinas, fez parte de uma experiência coletiva denominada Nuvem 33.

Recusando chamar o Nuvem 33 de coletivo ou grupo, Lula Wanderley explica a experiência através de suas características: artistas de diferentes disciplinas que, ao cruzar habilidades artísticas, passavam juntos por uma experiência e que, a partir daí podiam se dissipar. Assim, posteriormente, outros tantos artistas se juntariam e passariam por sua experiência. Trabalhar com essa pluralidade de linguagens é apontado por Lula Wanderley como um fator marcante na invenção da experiência EAT.

Quando comecei a trabalhar nessa área, não pensei em uma proposta fechada. Por isso, chamei de Espaço Aberto ao Tempo. Tudo o que era estruturante, que resulte da cultura, por exemplo, começávamos a experimentar ali dentro. Se música é uma coisa estruturante, trazemos a música para dentro; se dança é uma coisa estruturante, trazemos a dança; se cinema é uma coisa estruturante, trazemos o cinema. Isso falando da área da Cultura, à qual estou ligado, mas, se exercício físico for uma coisa estruturante, trazemos também. Era assim que eu imaginava o que fazer. A partir dali, no acaso, fazíamos a psicoterapia, o atendimento. (WANDERLEY, 2010, online)

Dessa forma, as atividades coletivas e as múltiplas linguagens de arte vividas e experienciadas no desenvolvimento da experiência do EAT constituem estratégias de abertura e rompimento com a estrutura arquitetônica-manicomial da enfermaria e também da instituição. Conseguindo romper com a barreira institucional e expandir a permeabilidade territorial nas imediações de um espaço que foi construído, físico e simbolicamente, como um local de segregação e ruptura de laços sociais, a experiência do EAT dispara uma série de questionamentos a respeito do processo de desinstitucionalização. É possível desinstitucionalizar um local como o hospício? É possível transformar o seu espaço sem as transformações físicas?

À exemplo do que aconteceu em Trieste, é possível reconverter um espaço construído com base na opressão em um espaço outro integrado na comunidade e no território? É muito difícil analisar essas questões e é provável que elas não sejam completamente respondidas nunca, mas é necessário que pensamos nelas por um instante. É inegável a potência transformadora da experiência do EAT, não é por acaso que ela é reconhecida até hoje, não só no Brasil como mundo afora, mas é preciso pensar na contradição que se coloca logo à primeira vista: um serviço anti-institucional que funciona, até hoje, dentro do espaço físico de um hospício. Seria então, o espaço físico um mero detalhe no processo de cuidado em Saúde Mental? Se sim, teríamos encontrado a fórmula que prescindem o espaço e que poderia funcionar em qualquer lugar? A resposta, para ambas perguntas, se você leu as cem páginas anteriores e prestou atenção, é um categórico não. Se tem alguma coisa que a experiência do EAT pode nos ensinar é que não há método, não há fórmula e nem modelo que funcione

universalmente. Algo de único se produziu e se produz até hoje nessa experiência que torna possível oferecer resistência às forças impelidas pela espacialidade-manicomial, produzindo assim, relações e subjetividades outras.

É possível dizer que há algo na arquitetura-manicomial que é difícil de superar e apostado que, até mesmo as experiências transformadoras como a do EAT devem ter os seus problemas com isso, mas seria a destruição desses espaços a solução? Ao destruímos não estaríamos, de certa forma, apagando uma parte importante da história? O que fazer com esses espaços? Esses tipos de espaço são um desafio. A arquitetura juntamente com a sociologia, antropologia, história e outras áreas têm se ocupado desses espaços transformando-os em espaços culturais e museus de arte, mas sem nos deixar esquecer o que aquele espaço foi um dia. Transformar o imaginário dos espaços das instituições totais é um desafio, é claro que é difícil mensurar o impacto que experiências como as do EAT tem no território e na sociedade – mas é importante sempre o questionamento: é possível acabar com a instituição imaginária sem derrubar a construída? As experiências do EAT tornaram o espaço poroso a comunidade em volta e ao território, mas, não sendo uma regra, ainda é um desafio lidar com essa questão.

6.3.1.3. Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)

Enquanto o CAPS Itapeva surgiu da tentativa, por parte de técnicos, acadêmicos e políticos, de inventar uma nova assistência em Saúde Mental para fora dos hospícios em São Paulo e o Espaço Aberto ao Tempo surge de uma experiência inventiva de rompimento com o espaço institucional do hospício, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos surge da necessidade de resolução de um grande problema: a Casa de Saúde Anchieta. A intervenção realizada na Casa de Saúde Anchieta fazia parte de um processo de substituição de manicômios por serviços territoriais iniciado naquele ano de 1989.

A Casa de Saúde Anchieta funcionou como um hospital psiquiátrico particular no bairro de Vila Belmiro, em Santos, desde 1951 até a intervenção em 1989. A intervenção ocorreu durante e sob o aval de Telma de Souza, à época, prefeita da cidade. Telma de Souza, recém-eleita pelo Partido dos Trabalhadores (PT) à prefeitura da cidade de Santos, cargo que ocupou até 1993, era alinhada aos preceitos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Até hoje, sua plataforma de campanha ressalta a defesa da Saúde Pública e a importância que teve o programa de Saúde Mental proposto ao longo do seu governo em Santos. Mas ela não estava sozinha, o Secretário Municipal de Saúde era David Capistrano

Filho, médico e sanitário que participou do processo de Reforma Sanitária e colaborou para a elaboração do texto que viria a dar origem ao capítulo sobre o Sistema Único de Saúde na nova Constituição de 1988. Foi também do grupo que articulou e criou o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976 e da Revista Saúde em Debate.

Foi capitaneada por Telma de Souza e David Capistrano Filho que uma equipe de profissionais de diversos setores da sociedade, tais como, membros da comissão de direitos humanos da OAB, membros dos conselhos comunitários de saúde e representantes dos trabalhadores em Saúde Mental, entrevistaram e, posteriormente, fecharam a Casa de Saúde Anchieta que, popularmente, ficou conhecida como a *Casa dos Horrores*. Por já conhecermos as histórias de outros manicômios, sabemos que esse apelido é condizente com a situação encontrada pelos profissionais interventores e, principalmente, era condizente com a realidade vivida pelos internos.

– *Isso é pior que DOI-CODI 70*³⁶. Vocês conheceram DOI-CODI 70?

Em uma analogia com o departamento criado durante a ditadura militar que virou sinônimo de tortura e assassinato, essa fala de uma das internas da Casa de Saúde Anchieta abre a reportagem realizada no início do processo de intervenção e dá a dimensão do que era aquele espaço e o que aquele lugar representava para as pessoas internadas, teoricamente, para serem cuidados em um período de sofrimento psíquico grave.

- *Se a pessoa não se cuidar aqui, morre.*³⁷

Essa clínica já havia sido alvo de inúmeras denúncias por maus-tratos e condições desumanas, mas foi somente dentro de um plano de intervenção e transformação do modelo assistencial em Saúde Mental que foi possível intervir naquele espaço. E foi o que aconteceu em três de maio de 1989. O plano de intervenção previa, ainda, a criação de serviços de base territorial que pudessem dar conta e fazer parte do processo de desinstitucionalização dos egressos da Casa de Saúde Anchieta. É então que, dentro das propostas dessa intervenção, que se tornou marco na luta antimanicomial no Brasil, surge a experiência do Núcleo de Atenção Psicossocial, o NAPS. O NAPS foi uma experiência de base territorial que estava

³⁶ Sigla para Destacamento de Operações de Informação - Centro de Operações de Defesa Interna, chamado de DOI-CODI 70 pois foi no ano de 1970 que se deu a sua criação em âmbito nacional a partir da unificação de todos os órgãos que sustentavam o sistema repressivo da ditadura militar.

³⁷ Vídeo/Reportagem de onde foram extraídas as falas: <https://www.youtube.com/watch?v=7J192djiUvg>

imersa em uma aposta de mudança na assistência em Saúde Mental e alinhada as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O que de novo se coloca nessa experiência quanto a dimensão espacial do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira? Quais são as mudanças propostas por esse novo dispositivo? A nova forma de compreender e abordar a loucura prescinde de um novo espaço?

A experiência do NAPS em Santos trouxe para o Brasil uma forma de reorganizar a assistência que ainda não tínhamos experimentado no nosso processo de Reforma Psiquiátrica. Durante o processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, a equipe dividiu-se em cinco mini-equipes, onde cada uma ficava responsável por uma região da cidade de Santos. Cada mini-equipe ficava responsável pelos internos que correspondiam a sua região. Cada região dessa era ocupada por um NAPS, um serviço extra-hospitalar, não-manicomial e de base territorial. Assim, em setembro de 1989, apenas quatro meses após o início da intervenção, era inaugurado o NAPS na zona noroeste de Santos. Aos poucos, os outros quatro NAPS também seriam inaugurados e juntos cobririam a cidade de mais de quinhentos mil habitantes com um serviço aberto 24 horas, sete dias por semana, com uma equipe multiprofissional e com a criação de oficinas de trabalho, cooperativas, projetos sociais de inserção social, entre outros. O NAPS foi idealizado para ser um serviço que funciona e opera não somente em períodos de crise, o que a idealização de um manicômio é, mas sim para funcionar sobretudo fora desses momentos. Afinal, o NAPS se constrói um serviço de base territorial que leva no centro da sua concepção a questão da cidadania e tudo que vem a reboque dela. Dessa forma, o NAPS está no território físico e existencial das pessoas em sofrimento psíquico não só para intervir na doença, mas para, principalmente, valorizar as potencialidades dos usuários e auxiliá-los tanto nos momentos de crise e, sobretudo, nos momentos de construção de autonomia e projetos de vida, ou seja, nas coisas do dia a dia. (KODA; FERNANDES, 2007; PITTA, 2011)

Aos poucos foi possível fazer com que os internos pudessem voltar a construir laços, resgatar antigos e, assim, reestabelecer uma rede de cuidados e produzir novos sentidos na vida. O NAPS tem em sua proposta mais arrojada a cobertura de diferentes partes da cidade, construindo uma rede de assistência de fato. Ao se colocar em pontos estratégicos que pudessem cobrir a maior área e a população aos arredores desta área, este serviço tem a potencialidade de desenvolver um cuidado antimanicomial – afinal, como já mencionado antes, é possível exercer um cuidado manicomial em uma estrutura não-manicomial – e de

base territorial, o que significa desenvolver um trabalho com os recursos e os significados do próprio território do usuário. Ao levar em conta a importância da cidadania no processo de cuidado em Saúde Mental, a proposta no NAPS é de trabalhar não só o louco no território, mas também o próprio território para a loucura, potencializando, assim, um encontro entre a loucura e a cidade.

Ao longo do processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, que durou até 1992, e culminou com o seu fechamento total neste mesmo ano, foram promulgadas duas Portarias Ministeriais, a 189/91 e a 224/92, que instituíram novos grupos de procedimentos nas tabelas dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA)/ Sistema Único de Saúde (SUS), o que possibilitou a criação de diversos serviços de atenção em Saúde Mental pelo país. Dessa forma, mesmo antes da Lei nº 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, novas formas de cuidado e espaços foram sendo criados e fortalecendo o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

6.3.2. Momento 2: a questão do espaço no processo de oficialização da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Depois de termos visto as primeiras experiências que, ou romperam com a arquitetura-manicomial ou foram capazes de transcende-la através de uma prática disruptiva e inovadora, passamos para o momento de compreender como a questão do espaço e da arquitetura manicomial foram abordados ao longo do processo de oficialização legal das práticas e da reestruturação da assistência em Saúde Mental ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dessa forma, abordaremos a Portaria nº106/2000, que instituiu a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos; a Lei nº10.216/2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e, juntamente com ela, falaremos do Projeto de Lei nº3.657 de 1989, que iniciou o debate jurídico em âmbito nacional no campo da Saúde Mental e deu origem a dita lei; e a Portaria nº336/2002, que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que viraram o modelo ideal da assistência em Saúde Mental por todo o país. Embora a Portaria Ministerial nº 224/92 não seja alvo de nossa análise, é importante salientar o seu caráter instituinte ao, já em 1992, estabelecer diretrizes e normas para os novos estabelecimentos assistenciais em Saúde Mental, tais como os NAPS, que nesse momento já serviam de modelo nacional.

Quem dá a partida no quesito oficialização em âmbito nacional para uma lei que regulamente novos preceitos e reforme a Saúde Mental no Brasil é o deputado federal, eleito

pelo Partido dos Trabalhadores (PT) no estado de Minas Gerais, Paulo Delgado. A sua implicação com o campo veio de dois lados: primeiro, de casa, pois seu irmão é Pedro Gabriel Delgado, um dos atores importantes no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, e da sua própria luta, afinal, Paulo Delgado fez parte da elaboração da nova constituição federal de 1988, onde, entre outras coisas, se discutiu a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a companheira de partido Telma de Souza e o sanitarista David Capistrano Filho estavam, no início de 1989, organizando a reestruturação da assistência em Saúde Mental em Santos. Assim, imerso no contexto de ampliação de direitos, que também se estendia às pessoas em sofrimento psíquico, juntamente com atores do campo da Saúde Mental e inspirado pelas experiências de Basaglia em Gorizia e Trieste, Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei nº3.657 em setembro de 1989.

O Projeto de Lei nº3.657 do jeito que foi apresentado é um projeto que, em relação à dimensão espacial da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mostra a potencialidade de ruptura com a arquitetura-manicomial e a consequente superação dessas estruturas no âmbito da assistência. A sua ementa deixa bem claro os objetivos principais do projeto, que são a extinção progressiva dos manicômios, a substituição dos leitos manicomiais por outros recursos e a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. No conteúdo do Projeto de Lei consta: “Art. 1º Fica proibida, em todo o território nacional a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.” (BRASIL, 1989) Gostaria que prestássemos atenção, principalmente nesse artigo, pelo fato dele não estar na lei substitutiva aprovada em 2001. Ou seja, enquanto no Projeto de Lei, um dos pontos principais era o fim da estrutura e da arquitetura-manicomial, proibindo novas construções desta natureza e planejando a substituição das já existentes, o que vigora na Lei aprovada em 2001 são a *regulamentação da internação compulsória*, os *direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais*, que encontravam-se difuso na justificção do Projeto de Lei, e, entre esses direitos, consta que a internação não pode ser feita em *instituições com características asilares* e que o tratamento deve ser, *preferencialmente*, conduzido em *serviços comunitários*.

Dentre todos esses pontos da lei grifados acima, um ponto que não podemos deixar de abordar é: *instituições com características asilares*. Ao citá-las no conteúdo da lei, as instituições asilares são referidas como instituições que não seguem as orientações do art. 2º, que institui os *direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais*. As orientações

são, então, relacionadas ao tratamento e aos direitos que o usuário tem ao longo dele e não há mais menção aos hospitais psiquiátricos e nem às estruturas oferecidas, o que deixa como possibilidade a humanização dos hospitais psiquiátricos. – Como isso seria possível? – Não entendam mal, o art. 2º é extremamente importante e crucial para garantir os direitos dos usuários do sistema de Saúde Mental, mas a retirada da proposta de substituição total dos hospitais psiquiátricos por outros dispositivos de cuidado, representa uma perda para a superação da arquitetura-manicomial. Ao fazer isso, flexibilizou-se a potencialidade das estruturas manicomiais de produzirem relações e subjetividades, é quase como se não importasse o espaço e o lugar de cuidado, podendo ser, inclusive em um antigo asilo. Convenhamos, basta substituir *Hospital Psiquiátrico* por *Instituto* na fachada e o mesmo espaço continua funcionando sem alterar muito de suas características arquitetônicas.

Se no início da Projeto de Lei estava claro para todos que era necessário acabar com o manicômio e tudo o que ele representava, no substitutivo aprovado como lei, este item torna-se irrelevante. Dentre as disputas que ocorreram ao longo dos doze anos de tramitação, perder essa batalha talvez tenha representado ou sido efeito de um certo apagamento da importância do papel que a arquitetura desempenha. Nesse cenário, não é surpreendente que 92% dos leitos psiquiátricos no Brasil³⁸ estejam concentrados em hospitais psiquiátricos. Embora o Projeto de Lei nº3.657 – um substitutivo dele, melhor dizendo - só tenha virado lei em 2001, muitos estados aprovaram leis semelhantes ao longo dos anos, muitas delas criadas a partir de experiências locais, como a do NAPS, em Santos. Esta lei é a base da reestruturação em âmbito nacional da rede de atenção em Saúde Mental e o marco legal da nossa Reforma Psiquiátrica. Ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira há um esforço para “a desconstrução do modelo manicomial de assistência, que se desenvolveu no interior de uma arquitetura definida e consagrada como lugar exclusivo da loucura” (VIECELI, 2014, p.144), e isso ficou evidente com as experiências que surgiram antes mesmo do Projeto de Lei. E aqui é preciso pensar não só na desospitalização, mas sim na desinstitucionalização tal qual Rotelli *at al.* (1990) abordam, portanto, tem que ser considerado um

processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados. (ROTELLI et al., 1990, p.18)

³⁸ Dado apresentado na introdução deste trabalho.

Sendo assim, os atores sociais envolvidos nesse movimento de reforma e desconstrução começam a pensar novas possibilidades de existência e de inserção desses sujeitos no mundo. Iniciou-se, portanto uma busca pela inserção dos sujeitos loucos, principalmente os egressos de longas internações, na dinâmica da cidade, tendo lugar para exercer sua cidadania ao passo que refaz e faz laços e constrói redes de apoio e assistência. Sem nenhuma instrução normativa de qual espaço arquitetônico construir para os serviços substitutivos, tinha-se em mente duas coisas: a não repetição do modelo assistencial antigo e, portanto, a negação de uma arquitetura que repetisse ou que lembrasse instituições totais como manicômios, prisões, ambulatórios e até mesmo unidades de saúde; e a construção de um espaço que traduzisse o novo programa assistencial da Saúde Mental. Para tanto, “(...) 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.” (VIECELI, 2014, p.144) Assim, prevaleceu o ideal da arquitetura residencial, a menor peça da cidade. Ao recorrer ao arquétipo de *casa*, esses novos espaços de assistência têm um potencial muito grande de representar um lugar de acolhimento, sem grades, sem muros altos, sem portas trancadas. Não foi por coincidência que um dos primeiros atos institucionais de desinstitucionalização nacional, que ocorreu através da Portaria Ministerial nº106/2000³⁹, instituiu a *casa* como o primeiro espaço a ser ocupado pelos egressos de longa internação em hospitais psiquiátricos.

Esta portaria, aprovada em 11 de fevereiro de 2000, instituiu a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) que, segundo consta no parágrafo único do art. 1º, são “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.” (BRASIL, 2000). Apesar de no art. 6º estar regulamentado as características físico-funcionais de um SRT, que inclui estar *fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas*, definindo uma casa moderna, com separações de cômodos pela sua funcionalidade, a portaria concentra-se em dispor, primordialmente, sobre o

³⁹ A Portaria nº106/2000 foi alterada pela Portaria nº3.090 de 23 de dezembro de 2011 e sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Porém, as especificações quanto ao espaço e funcionamento das SRT's não sofreram grandes mudanças.

funcionamento das SRT's, como equipe de apoio necessária, quantidade de moradores aceitáveis em cada tipo de modalidade de SRT e traçar os objetivos terapêuticos e sociais almejados com esse serviço. Logo, surge a questão: é serviço ou é residência? Há um tensionamento que se coloca através dessa portaria, mas também dentro do próprio processo de reforma pelas dificuldades que se impõem frente a desinstitucionalização da loucura da área da saúde. Claro que os Serviços Residenciais Terapêuticos são de extrema importância no processo de construção e reconstrução de vínculos sociais e de cidadania, mas ainda assim, representam dispositivos tomados pelo setor saúde e, muitas vezes, pela lógica medicalizante. Isso constrói um cenário onde é necessário estarmos atentos para que esses dispositivos não sejam uma nova forma de institucionalização do sofrimento psíquico, ou seja, da loucura medicalizada, tutelada e restrita à um discurso pré-determinado.

Ainda embasado sobre o arquétipo da *casa*, ou, ao menos, sobre a negação das instituições manicomiais, vemos surgir a regulamentação, em âmbito nacional, dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS's) através da Portaria nº336/2002. Como já abordado anteriormente, experiências locais com dispositivos de base territorial já vinham ganhando os municípios pelo Brasil afora desde o final dos anos 80, mas sem ter uma regulamentação proveniente da esfera nacional, o que ocorreu em 19 de fevereiro de 2002. Esta portaria, regulamenta, principalmente, as modalidades de CAPS, seu funcionamento e a equipe técnica mínima e necessária para oferecer uma assistência condizente com o determinado na Lei nº10.216. Quanto à questão arquitetônica, a única menção feita às construções que devem abrigar o funcionamento dos CAPS's é que elas podem estar *dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria*. A questão que esse ponto revela está para além do cumprimento ou não dessas definições – o que, a propósito, só com a experiência no campo dá para afirmar que elas não são cumpridas integralmente em muitos serviços –, mas a de problematizar a falta de parâmetros arquitetônicos.

Reparem, não estou sugerindo que um modelo pré-concebido devesse ser regulamentado e aplicado indiscriminadamente por todo o país. Isso acabaria com as singularidades, sentidos e significados de cada território e engessaria as possibilidades de construir espaços capazes de se conectarem com as realidades de cada local, em suma, com a *cidade*. Talvez o risco de estabelecer qualquer parâmetro legalmente seja muito alto em

relação aos potenciais benefícios de construir um espaço repleto de singularidades. Um impasse se impõe e eu me sinto imersa nele: como garantir que espaços como os CAPS estejam de acordo com os preceitos antimanicomiais? Uma resposta parece-me possível: é necessário fortalecermos e construirmos espaços de debates e engajamento social que levem essa – e outras questões – da luta antimanicomial ao ponto de que seja natural discutir novos espaços arquitetônicos de assistência em Saúde Mental que pensem, discutam e planejem levando em conta a dinâmica de cada território. Em suma, é necessário colocar em destaque, junto com as outras dimensões, a dimensão espacial, ainda periférica, do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

6.3.3. Momento 3: a contrarreforma

No *momento 3* vamos abordar algumas medidas consideradas como retrocessos e que colidem com a trajetória do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que fazem com que esse momento seja chamado de contrarreforma. Afinal, tais medidas e ações vão contra os preceitos e os objetivos pactuados ao longo do processo reformista. É importante ressaltar que, por mais que medidas e ações que são contraditórias e na contramão da superação do paradigma manicomial sempre estiveram presentes e em disputa, foi nos últimos anos que tais medidas alcançaram um espaço de institucionalidade e política pública. A primeira grande perda para a Saúde Mental após a promulgação da Lei nº 10.216 foi a redução dos gastos com o setor a partir de 2013. Se o ideal, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é que a proporção dos gastos com Saúde Mental no orçamento do Ministério da Saúde seja superior a 5%, o Brasil, que girou em torno de 2,5% entre 2001 e 2012, reduziu os gastos para 2,1% em 2013 e chegou a 1,6% em 2016. (OLIVEIRA, 2017) Duas outras grandes perdas, que vão muito além da questão orçamentária, foram as publicações da Portaria Ministerial nº 3.588 em 2017 e a Nota Técnica 11/2019.

A Portaria Ministerial nº 3.588 foi publicada em setembro de 2017, sob o contexto e os arranjos políticos pós-impeachment, onde o Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde era Quirino Cordeiro Junior, médico defensor das internações em hospitais psiquiátricos e enfermarias especializadas em períodos de crise e da abstinência como tratamento. Contrariando a lógica territorial do cuidado, a internação como último recurso e o cuidado centrado no sujeito, podemos dizer que tais medidas são contrarreformistas. Não foi por coincidência que a Portaria Ministerial nº 3.588 prevê a introdução dos Hospitais Psiquiátricos e das Comunidades Terapêuticas (CT) como

dispositivos de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS. – As CT's neste momento aqui citadas nada tem a ver com as experiências inglesa ou italiana. Elas são espaços de tratamento as pessoas que fazem *uso abusivo de álcool e outras drogas*, cuja centralidade do tratamento gira em torno do isolamento e da abstinência, em uma espécie de hospital psiquiátrico da atualidade e que são, na sua maioria, financiadas por repasse de dinheiro público. – Assim, a RAPS que foi construída e pensada para articular serviços de base territorial e evitar ao máximo as internações, ainda mais em hospitais psiquiátricos, agora é invadida por dois dispositivos cuja função primordial é o isolamento.

Essas medidas contrarreformistas são agravadas ainda mais com a publicação, em agosto de 2018, da Portaria Ministerial nº 2.434 que prevê, como uma das medidas, o reajuste de até 62% na tabela de internações em hospitais psiquiátricos. Enquanto isso, o repasse mensal aos CAPS estavam sem ser reajustados desde 2011 e, para complicar ainda mais a situação financeira dos dispositivos substitutivos, em novembro de 2018, com a publicação da Portaria Ministerial nº 3.659, há a suspensão do repasse do recurso financeiro que seria destinado ao custeio de dispositivos da RAPS. O que foi alegado oficialmente para justificar a tomada dessa decisão foi que estes dispositivos da RAPS não estavam repassando informações de produtividade e que isso deveria ser regularizado. Tal medida gerou um desfinanciamento de 77 milhões de reais ao ano. Se esse era o discurso oficial, o que pode ser lido nas entrelinhas é a tentativa de desincentivar e sucatear os dispositivos substitutivos ao passo que os hospitais psiquiátricos e as CT's ganham força, infiltram-se e ocupam cada vez mais a centralidade na assistência em Saúde Mental.

A Nota Técnica 11/2019, já abordada na introdução deste trabalho, tenta esclarecer as novas medidas e mudanças da Política Nacional de Saúde Mental e das Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Nesta Nota Técnica o que constatamos é o fortalecimento e centralidade do saber médico, com incentivo ao modelo hospitalocêntrico de cuidado, assim como a liberação de tecnologias intervencionistas, tais como, eletroconvulsoterapia. Em um texto que parece querer humanizar e modernizar os hospitais psiquiátricos, constatamos um retrocesso nas lutas e avanços do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa maquiagem ou esse disfarce não passaram despercebidos, mas essa lógica vem ganhando força, principalmente, porque o financiamento representa um impacto muito grande na configuração da rede de atenção. É nesse contexto que se faz primordial fortalecer espaços

de debate que possam fazer frente, resistir e inventar formas outras apesar das novas diretrizes.

Sobre a questão espacial para esse momento e os próximos anos: qual papel a arquitetura e a dimensão espacial desempenharão?

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É difícil finalizar um trabalho. A sensação de que está faltando alguma coisa para desdobrar perdura, mesmo agora. Talvez essa sensação venha do fato de ter abordado uma temática viva e ainda em processo, mas duvido que essa sensação se ausentasse se as condições fossem outras. Assim, falar dos espaços da loucura ao longo da história e, principalmente, da história recente e atual, foi um desafio. Construímos ao longo desse trabalho a imbricação entre a arquitetura e a loucura e os seus desdobramentos, ainda pouco debatidos: produção de relações e subjetividades.

A arquitetura é um campo de saber que nos rodeia o tempo inteiro e faz parte do nosso dia a dia. Não só a arquitetura das nossas casas, espaços de trabalho e de cuidado, mas, tão importante quanto, é pensar na arquitetura das nossas cidades. É a arquitetura e o urbanismo que se responsabilizam pela viabilização das cidades que, socialmente e economicamente, desejamos. A cidade é o espaço onde projetamos nossa cultura, nossos desejos, sejam eles de encontro ou de segregação. O encontro entre a medicalização da loucura e a arquitetura na modernidade produziram um sujeito louco que era menos cidadão e mais objeto da ciência. Assim, a cidade pertencia menos a ele tanto quanto ele pertencia menos a cidade, e as medidas de enclausuramento, segregação, não só pelos muros e estratégias de isolamento, como também pelas longas distâncias das cidades, promoveram e criaram a figura do louco apartado da sociedade. Tanto no sentido figurado como literal, o louco viveu à margem da sociedade.

Os espaços que construímos ao longo dessa longa história de marginalidade da loucura foram estrategicamente pensados. Tanto a disciplina quanto o biopoder tiveram um papel fundamental para isso através da arquitetura. Construímos espaços capazes de produzir subjetividades docilizadas, enfermas e, até mesmo, não-cidadãs. Dentro das instituições totais produziram-se comportamentos e relações que, fora delas, não seriam admissíveis. As rupturas que os movimentos de Reforma Psiquiátrica promoveram pelo mundo foi um divisor de águas no processo de entendimento e cuidado da loucura. Esses movimentos propunham a superação da loucura como uma doença. É preciso entendê-la como uma construção social onde o sujeito que sofre é o centro do processo de cuidado. Pensou-se, então, em novas formas de cuidado que rompessem com a centralidade da medicina/psiquiatria e que ganhassem outras disciplinas e outros setores como a arte e a

cultura. Saindo do espaço destinado por anos, a loucura tentou e, muitas vezes, conseguiu ganhar a cidade.

Uma das estratégias de ocupação da cidade é pensar nos dispositivos de cuidado integrados aos territórios existenciais e concretos dos usuários desses dispositivos. Algo que ainda não conseguimos nos apropriar e desenvolver de forma mais abrangente é a descentralização do setor assistencial da Saúde os cuidados em Saúde Mental. Acredito que, quando conseguirmos trabalhar esse caminho e explorar as suas potencialidades, a integração da loucura com a cidade poderá, enfim, aproximar-se da construção de uma cidade aberta. Uma cidade onde a diferença é entendida como pertencente.

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica estava para além de uma mudança setorial. O pleito era de construção de uma nova sociedade. Estávamos construindo uma nova democracia, um estado de direito onde a cidadania era a centralidade do processo democrático. Todos eram cidadãos, tinham direito a cidade, a Saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado e a loucura não poderia estar relegada aos muros dos manicômios e ao poder psiquiátrico. *As Barbacenas* foram muitas, mas também eram muitos os profissionais, os membros da sociedade civil, os usuários e familiares que criaram espaços de luta e transformação. O paradigma manicomial foi, aos poucos, sofrendo perdas e perdendo lugar. Experimentamos outras estratégias de cuidado, outros espaços e a cidade absorveu algumas mudanças.

Evidente que o nosso processo de Reforma Psiquiátrica apresenta defeitos e sofreu perdas em diferentes dimensões, mas na que mais nos interessou aqui, a dimensão espacial, percebemos que, ao passo que demonstrou imperfeições no âmbito macro das políticas públicas também demonstrou criatividade em suas experiências locais. Da introdução de um dispositivo territorial no centro da cidade que se propunha a oferecer assistência às pessoas em sofrimento psíquico, passando por uma nova organização da assistência que requeria uma reorganização da cidade até experienciarmos uma estratégia antimanicomial tão potente que foi capaz de romper com os muros do manicômio, construímos experiências que inspiram e incentivam práticas antimanicomiais e construção de novos espaços.

É possível que possamos construir tantos espaços de assistência quanto há formas de experimentar a loucura. Por isso, não podemos cair na armadilha de desejar um modelo de espaço construído pré-definido e engessado por alguma lei ou política pública. Isso representaria o fim da criatividade e desrespeitaria os sentidos de cada território, onde a

loucura e a assistência são próprios daquele lugar. Para que a dimensão espacial se cumpra é necessário não só modificar as arquiteturas, mas sim, trabalhar as outras dimensões para que se rompa o paradigma manicomial, evitando que se produzam práticas manicomiais em serviços substitutivos. É claro que precisamos trabalhar melhor os parâmetros para o que definimos como dispositivos substitutivos e isso se faz urgente. Ainda mais na atualidade, momento em que os hospitais psiquiátricos voltam à Rede de Atenção Psicossocial e o conceito de serviço substitutivo vem sendo dirimido.

Há um desejo pessoal de que esse trabalho se desdobre em projetos futuros. Um dos pontos que gostaria de desdobrar e me aprofundar é justamente nas diferentes experiências espaciais ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste trabalho, ficamos restritos à dispositivos de assistência em saúde, mas podemos explorar outros em um trabalho futuro. Quem sabe nos próximos anos consigamos estar em um momento mais estável, onde o trabalho de campo não pareça tão arriscado para um período curto como foi o do mestrado.

Chegar até as linhas finais de um trabalho construído por tanto tempo e por meio de tantos processos: pesquisa, leitura, releitura, anotações, organizações, escrita, reescrita – ainda não está bom – reescrever mais uma vez, dormir e acordar com uma ideia para aquele parágrafo que estava difícil de ser finalizado, pegar-se pensando em um termo acadêmico no meio do jantar, perder a cena final daquele filme que você tanto queria ver porque sua cabeça estava naquele tema que não deu tempo de finalizar antes de sair de casa, enfim, foi uma jornada. E como toda jornada, saio desse processo cheia de aprendizados profissionais e pessoais, portanto, uma pessoa diferente. Aprendi a lidar melhor com os meus limites físico - afinal, de nada adianta passar oito horas estudando e escrevendo se não é possível produzir um texto que soe coerente na manhã seguinte -, e emocional - foi preciso entender que, às vezes, simplesmente não é possível. Talvez o mais difícil de toda essa jornada tenha sido aprender um novo método, uma nova linguagem de trabalho. Nunca tinha me deparado com um formato de escrita que requer tanta organização, pois é muito fácil se perder nas camadas que vão se abrindo conforme a temática vai ganhando profundidade.

Se já prestava muita atenção nos processos sociais, nas arquiteturas e na ocupação da cidade, é inevitável que pense neles ainda mais. Meu desejo enquanto pessoa e profissional é que consigamos construir e fortalecer espaços de luta, de troca e resistência para tecer uma

cidade e espaços capazes de pulsar vida, acolher o diferente e promover encontros. Por uma cidade sem Manicômios!

REFERÊNCIAS

- ALEKSIEVICH, S. **O fim do homem soviético**. Tradução: Lucas Simone. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.
- AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Fiocruz, 1994.
- _____. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- _____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: _____. (Ed.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Coleção Archivos. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 45–66.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. [s.l.] Editora Fiocruz, 2007.
- _____. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.
- _____. Loucura, Cultura e Subjetividade. Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: _____. (Ed.). **Teoria e Crítica em Saúde Mental: Textos Selecionados**. São Paulo: Zagodoni, 2015. p. 15–52.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 26–34, ago. 2001.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ASSIS, M. DE. **O alienista**. Domínio Público: Fundação Biblioteca Nacional, 1882.
- BARRETO, A. H. DE L. **Diário do hospício; o cemitério dos vivos**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de editoração, 1993.
- BARROS, S. et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1235–1247, dez. 2014.
- BARTON, R. **Institutional Neurosis**. Bristol: John Wright & Sons Ltd., 1966.
- BASAGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. In: AMARANTE, P. (Ed.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Tradução: Joana Angélica D'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010a. p. 23–34.
- _____. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Ed.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Tradução: Joana Angélica D'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010b. p. 23–34.

BENTHAM, J. **O Panóptico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

BION, W. Wilfred Bion's Letters to John Rickman (1939–1951). **Psychoanalysis and History**, v. 14, n. 1, 2019.

BRASIL. **Decreto Nº 82, de 18 de julho de 1841. Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo**. Rio de Janeiro: Secretaria-Geral da Mesa, 1841.

_____. **Congresso Nacional. Projeto de Lei n.3.657, de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória**. Brasília: Diário do Congresso Nacional, 1989.

_____. **Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre a proteção criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos**. Brasília: Diário Oficial da União, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. . 2002.

_____. **Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.**

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica n. 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRUM, E. Prefácio. In: ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

CANÇADO, M. L. **Hospício é Deus: Diário 1**. Rio de Janeiro: Record, 1979.

CARVALHO, M. A Poética da Casa: a tessitura dos espaços do habitar. In: FERREIRA, G.; FONSÊCA, P.; BOFF, L. (Eds.). **Conversando em casa**. Rio de Janeiro, Brasil: 7 Letras, 2000. p. 119–128.

CARVALHO, M. et al. O Corpo e os Espaços do Manicômio. In: MARTINS, A. M.; CARVALHO, M. (Eds.). **Novas Visões: fundamentando o espaço arquitetônico e urbano**. Rio de Janeiro: Booklink, 2001. p. 321–341.

CARVALHO, M. Ambiente construído e comportamento espacial na instituição psiquiátrica: questões éticas em Observação Participante. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 48–56, ago. 2001.

CASA DE OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ. **Hospício de Pedro II Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/hospedro.htm>>

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CERQUEIRA, L. DA R. **Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

CHUHURRA, O. L. El espacio. In: **Estética de los Elementos Plásticos**. [s.l.] Editora Labor S.A, 1971. p. 61–88.

COLEMAN, R. **We all Flew Over the Cuckoos Nest**. Isle of Lewis: P&P Press, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Brasília: CFP, 2018.

COOPER, D. G. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo (SP): Perspectiva, 1989.

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL, - SES/SP. **O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS). Projeto de Implantação**. São Paulo: SES/SP: [s.n.].

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro (RJ): Graal, 2004.

COSTA, L. **Registro de uma vivência**. São Paulo (SP): Empresa das Artes, 1995.

DE-SIMONI, L. V. Importância e necessidade da criação de hum manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. **Revista Medicina Fluminense**, n. 6, set. 1839.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. [s.l.] Editora Fiocruz, 2015.

ENGEL, M. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios, Rio de Janeiro, 1830-1930**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2001.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar a Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

FERREIRA, A. B. DE H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Curitiba: Editora Positivo, 2014.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. **As palavras e as coisas**. São Paulo (SP): Martins Fontes, 2000.

_____. Aula de 5 de fevereiro de 1975. In: _____. **Os Anormais: curso no Collège de France, 1974-1975**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 137–172.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo (SP): Perspectiva, 2012.

_____. O Nascimento do Hospital. In: _____. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal, 2013a. p. 171–189.

_____. O Olho do Poder. In: _____. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal, 2013b. p. 318–343.

_____. **O Corpo Utópico, as Heterotopias**. São Paulo: n-1 Edições, 2013c.

FRANCO, J. O Cruzeiro. **Hospício de Barbacena: sucursal do inferno**, n. 31, p. 117–121, 1961.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro, RJ: LTC, 1988.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução: Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2015.

HUSTON, J. **Let there be light**, 1946.

IPEA. **Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileira**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf>. Acesso em: 12 out. 2018.

Joaquim Cândido Guillobel. Verbetes de Enciclopédia. Itaú Cultural. Disponível em: <http://enciclopedia.itaucultural.org.br/pessoa206709/joaquim-candido-guillobel>. Acesso em: 10 de dezembro de 2019. [s.d.]. (online).

KEROUAC, J.; WAITS, T. **Home I'll Never Be**, 2006.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1455–1461, jun. 2007.

LEFEBVRE, H. **De lo rural a lo urbano**. Barcelona: Ediciones Península, 1978.

LEVY, C.; FERRAZ, T. “Nem cadeia tem isso.” **Clínica antidrogas tinha solitária, trabalho forçado e ameaças. Tudo pago pelo governo**. Jornalístico. Disponível em: <<https://theintercept.com/2019/03/10/tratamento-drogas-governo/>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

LOPES, J. L. A psiquiatria e o velho hospício. p. 117–130, 1965.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

_____. Introdução: Por uma Genealogia do Poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal, 2013. p. 7–34.

MATTA-CLARK, G. **Desfazer o Espaço. Catálogo**. Rio de Janeiro, Brasil: Museu de Arte de Lima-Peru/Paço Imperial, 2010.

MCGUIRK, J. **Can cities make us better citizens?** Jornalístico. Disponível em: <<https://www.newyorker.com/books/page-turner/can-cities-make-us-better-citizens>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

MEMÓRIAS DA DITADURA. **Períodos da Ditadura**. Disponível em: <<http://memoriasdaditadura.org.br/periodos-da-ditadura/>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

MICHELUCCI, G. Lo spazio, una comunicazione interrotta. In: TRANCHINA, P. (Ed.). **Portolano di psicologia: esperienze prospettive convergenze di una professione giovane**. 1. ed ed. Pistoia: Cooperativa Centro di documentazione, 1994. p. 57–59.

OLIVEIRA, E. F. DOS A. **Gastos da Política de Saúde Mental e os Rumos da Reforma Psiquiátrica**. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2017.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

PAGOT, A. M. **O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura em situação de rua**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 18, p. 625–644, 2008.

PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão**. São Paulo (SP): Brasiliense, 1989.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, dez. 2011.

RATTON, H. **Em nome da razão**, 1979.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N.R.; TUNDIS, S.A. **Cidadania e loucura políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 15–69.

ROLNIK, R. **O que é cidade**. São Paulo (SP): Brasiliense, 2009.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

SANTOS, T. G. DOS; ROSA, O. M. DA; CRUZ, J. M. DA. Parecer da Comissão Especial da Academia Imperial de Medicina sobre a consulta do provedor e meza da Santa Casa, acerca das melhores bases higienicas para a construção de hum novo hospital. **Revista Medicina Fluminense**, n. 10, jan. 1840.

SANTOS, M. **A cidade como centro de região**. Salvador: Livraria Progresso Editora, 1959.

SEGAUD, M. **Antropologia do Espaço: habitar, fundar, distribuir, transformar**. São Paulo: Edições Sesc São Paulo, 2016.

SENNETT, R. **The Fall of Public Man**. New York: Penguin Books, 1977.

SENNETT, R. **Building and dwelling: ethics for the city**. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2018.

SOMMER, R. **Espaço Pessoal: as bases contemporâneas de projetos e planejamentos**. São Paulo (SP): Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. Institucional. Disponível em: <<https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-institute-mental-health-nimh>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

THE NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **Almanac**. Bethesda, Maryland (Ed.). Office of Information, NIH., 2014.

TORRE, E. H. G. **Saúde Mental, Loucura e Diversidade Cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte-cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2018.

TORRES, N.; HINSHELWOOD, R. D. (EDS.). **Bion's sources: the shape of his paradigms**. London: Routledge, 2013.

TOSQUELLES, F. **François Tosquelles: une politique de la folie**, 1989.

VANOYE, F.; GOLIOT-LÉTÉ, A. **Ensaio sobre a análise fílmica**. Campinas: Papirus, 2008.

VASCONCELOS, P. DE A. GEOUSP. **A cidade, o Urbano, o Lugar**, n. 6, p. 11–16, 1999.

VENTURINI, E. **A Linha Curva: o espaço e o tempo da institucionalização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

VIECELLI, A. P. **Lugares da Loucura: arquitetura e cidade no encontro com a diferença**. Porto Alegre: UFRGS, 2014.

WALL, O. The birth and death of Villa 21. **History of Psychiatry**, v. 24, n. 3, p. 326–340, set. 2013.

WANDERLEY, L. **Jornal do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro**.

Disponível em:

http://www.crprj.org.br/site/wpcontent/uploads/2016/05/jornal28_lula_wanderley.pdf

Acesso em: 20 de dezembro de 2019. Rio de Janeiro, CRP, 2010. online.

WISEMAN, F. **Titicut Follies**, 1967.

WISEMAN, F. **Frederick Wiseman: ‘I’m not a fly on the wall. I’m at least 2% conscious’**, 6 jul. 2018. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/film/2018/jul/06/frederick-wiseman-i-am-not-a-fly-on-the-wall-i-am-at-least-2-per-cent-conscious>>. Acesso em: 8 set. 2019

YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. (Ed.). **SaúdeLoucura**. São Paulo: HUCITEC, 1989. p. 47–59.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2006.