

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo e Design
Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo
Projeto, Espaço e Cultura
Arquitetura e Cidade: Teoria, História e Conservação

Gabriel Barros Bordignon

**TERRITÓRIOS DISSIDENTES: ESPAÇOS DA LOUCURA NA CULTURA
URBANA CONTEMPORÂNEA**

Uberlândia

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

B729t Bordignon, Gabriel Barros, 1989-
2015 Territórios dissidentes: espaços da loucura na cultura urbana contemporânea /
Gabriel Barros Bordignon. - 2015.
204 f. : il.

Orientador: Luiz Carlos de Laurentiz.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Arquitetura.
Inclui bibliografia.

1. Arquitetura - Teses. 2. Cidades e vilas - Teses. 3. História - Teses.
4. Acompanhamento terapêutico - Teses. I. Laurentiz, Luiz Carlos de.
II. Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em
Arquitetura. III. Título.

CDU: 72

Gabriel Barros Bordignon

**TERRITÓRIOS DISSIDENTES: ESPAÇOS DA LOUCURA NA CULTURA
URBANA CONTEMPORÂNEA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo e Design da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

Linha de Pesquisa: Espaços da Cultura Urbana Contemporânea.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Laurentiz.

Uberlândia

2015

Gabriel Barros Bordignon

TERRITÓRIOS DISSIDENTES: ESPAÇOS DA LOUCURA NA CULTURA URBANA CONTEMPORÂNEA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo e Design da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

Linha de Pesquisa: Espaços da Cultura Urbana Contemporânea.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Laurentiz.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Aprovado em:

Dedico este trabalho a todos que, por algum momento ou por toda uma vida, se sentiram não pertencentes a esse mundo.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Elisabete e ao meu pai Sebastião, por todo o amor, por todo o tempo e por toda a saudade; por confiarem nas minhas escolhas e fazerem sentir-me livre para ser quem eu sou.

Aos meus irmãos, Pedro e Rafaela, por serem responsáveis pela minha eterna vontade de ser criança, quando foram meus espelhos e meus degraus.

À minha avó Zinha, a cola que mantém unida toda a ideia de família que foi construída em mim e que me é tão cara.

Às memórias da Bi, de minha avó Lola e de meu avô Jayr; lembranças que às vezes me surgem em noites de sonhos, fazendo com que a morte e a passagem do tempo não sejam ideias tão amedrontadoras.

A toda minha família, aos domingos, às serestas, às crianças, aos cachorros.

Aos meus amigos Diego e Rubens, pela sensação de que os quilômetros são tão curtos. Aos meus amigos Daniel, Leonardo, Anelise e Júlia, por todo o carinho, apoio, companhia, sorrisos, cervejas e madrugadas. Ao meu amigo Ednei, por todas as canções que fizemos e que ainda faremos juntos. A todos os muitos amigos que fiz na vida e durante esses anos de escola de arquitetura, que não me atreverei a enumerar, no risco de esquecer de alguém e no medo de não conseguir nunca mais acabar os agradecimentos.

A todos os professores e funcionários da FAUeD e do PPGAU; em especial ao Tião, pelas memórias e referências, a Maria Beatriz Cappello pelas contribuições na banca de qualificação, a Luis Eduardo Borda e Adriano Canas, meus orientadores de outrora, e a Luiz Carlos (Lu) de Laurentiz, orientador deste trabalho, por aceitar o desafio/loucura do tema, pelas reuniões/orientações/almoços/jantares, pela cultura da cidade.

A Lígia Tritto pela muito bem humorada entrevista, pela atenção dada ao trabalho e o amor à profissão.

Às psicólogas do Grupo Trilhas AT, Ana Paula Scagliarini, Ana Paula de Freitas, Denise Decarlos e Mariana Arantes, pelas conversas, entrevistas e esclarecimentos sobre o fantástico trabalho realizado em Uberlândia.

A Renato di Renzo, Cláudia Alonso e todos os participantes do Grupo TAMTAM que me receberam com todos os braços abertos para conhecer o espaço, a cidade e o maravilhoso e enriquecedor trabalho de arte e cultura feito em Santos.

À CAPES, pela concessão da bolsa que me permitiu dedicação integral ao trabalho.

A todos que contribuíram, com um sorriso, um beijo, um abraço, um café.

Muito obrigado!

RESUMO

A ideia de loucura se faz presente em nossa sociedade por meio da associação com o diferente, o não usual, impróprio; qualquer manifestação que não se encaixe nas normas sociais que nos parecem tão naturais. O pensamento a respeito da loucura variou muito na história de acordo com as modificações ocorrentes em cada sociedade e época. A loucura sempre teve seu espaço social na história da humanidade, assim como sempre teve seus espaços físicos. A associação entre arquitetura e loucura é, geralmente, representada pela figura emblemática do manicômio, ainda que tal tipologia esteja em processo de extinção em vários países, dentre eles, o Brasil. A loucura, no decorrer da história, já teve diversas formas de entendimento e, por consequência, também existiram vários espaços da loucura, em processo gradual de evolução até os dias atuais. Com o objetivo de se compreender o caráter mutante dos espaços da loucura, associados às transformações sociais, das ideias a respeito dos sujeitos chamados loucos e da própria história da arquitetura, a presente dissertação aborda, em um primeiro momento, os espaços da loucura antes da modernidade, onde se buscará mostrar os diferentes entendimentos a respeito da loucura, os espaços que tais ideias geravam e as transformações que os mesmos foram tendo nas diferentes épocas. Em um segundo momento, serão mostrados os espaços da loucura durante a modernidade, abordando como os avanços científicos e tecnológicos, as transformações sociais, econômicas e políticas influenciaram para a criação da tipologia arquitetônica do manicômio, que ainda é ícone imagético de um espaço da loucura. Em um terceiro momento, serão colocados alguns movimentos de Reforma Psiquiátrica pelo mundo, assim como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamentos urbanos que são modelos nacionais de substituição à combatida tipologia manicomial, contrários ao cárcere e que buscam um retorno da loucura à vida comunitária, à convivência na sociedade e no espaço urbano. Por fim, serão apresentados dois estudos de caso, contemporâneos, brasileiros, que se evidenciam diante das diferenças com os modelos de atenção predominantes no país: o Grupo Trilhas AT de Uberlândia – MG, que tem a *deriva* situacionista como experiência terapêutica e leitura de cidade; e o Grupo TAMTAM de Santos – SP, com suas ações de inclusão em seu espaço construído a partir da arte, da cultura, da vida comunitária e, sobretudo, do teatro. Os objetos de estudo aprofundados no quarto capítulo são entendidos e denominados como experiências dissidentes, por se destacarem do modelo estabelecido no Brasil de atenção psicossocial; vistos, portanto, como relevantes referências no atual cenário da relação entre loucura, cidade e a cultura urbana contemporânea no país. Pretende-se fazer relações entre os espaços estudados em diferentes períodos, refletindo sobre o papel da arquitetura no processo de transformação do conceito de loucura. Apresentando-se diferentes momentos histórico-filosóficos, o trabalho pretende mostrar que a arquitetura, muito mais que uma espectadora silenciosa, é também agente no processo evolutivo da ideia de loucura e sua relação com as sociedades.

Palavras-Chave

Arquitetura; Cidade; História; Espaços da Loucura; Reforma Psiquiátrica; Acompanhamento Terapêutico; Trilhas AT; Inclusão Social; Grupo TAMTAM.

ABSTRACT

The idea of madness is present in our society through association with the different, unusual, improper; any expression that does not suit in the social norms that seem so natural. The idea of madness varied in history according to the changes occurring in every society and times. Madness has always had a social space in human history, and has always had its physical spaces. The association between architecture and madness is generally represented by the emblematic figure of the asylum, although this type is in process of extinction in several countries, among them Brazil. Madness, throughout history, have had various forms of understanding and, therefore, there were also several spaces of madness in gradual process of evolution to the present day. In order to understand the changing character of madness spaces, accompanied by social transformations, ideas about the person called crazy and of the history of architecture, this dissertation discusses, at first, the madness spaces before modernity, where it will seek to show the different understandings about the madness, the spaces that generated such ideas and the changes that were taking them at different times. In a second step, will show the spaces of madness during modernity, addressing how the scientific and technological advances, social, economic and political changes influenced the creation of architectural typology of asylum, which is still imagery icon of a space of madness . In a third time, will show some movements of psychiatric reform of the world, as well as the Centers for Psychosocial Care (CAPS), urban facilities nationals of replacement to the type asylum, contrary to the jail and seeking a return to the community life of madness, coexistence in society and in the urban space. Finally, will be presented two case studies, contemporary brazilians that are evident on the differences with the prevailing models of care in country: the Trilhas AT Group of Uberlândia - MG, which has the situationist *dérive* as therapeutic experience and city reading; and the TAMTAM Group of Santos - SP, with its inclusion work shares its space constructed from art, culture, community life and especially the theater. The objects of study In-depth in the fourth chapter are understood and termed as dissident experiences, stand out from the model set out in Brazil psychosocial care; seen therefore as relevant references in the current scenario of the relationship between madness, city and contemporary urban culture in the country. Intends to make relations between the spaces studied in different periods, reflecting on the role of architecture in the process of transformation of the concept of madness. Presenting different historical and philosophical moments, the work aims to show that architecture, much more than a silent spectator, it is also agent in the evolutionary process of the idea of madness and its relation to society.

Keywords

Architecture; City; History; Spaces of Madness; Psychiatric Reform; Therapeutic Monitoring; Trilhas AT; Social Inclusion; TAMTAM Group.

Lista de Figuras

Figura 1: A festa do vinho. O regresso de Hefesto, Dionísio e os sátiros. (Harvard University Art Museums). Fonte: arturjotaef-numancia.blogspot.com.br.....	30
Figura 2: Bacanal ou o Hierogamos de Dionísio & Ariadne. (Museo Archeologico Nazionale, Naples). Fonte: arturjotaef-numancia.blogspot.com.br.....	30
Figura 3: Ruínas do Teatro Dionísio. Fonte: m-other-stories.blogspot.com.br.....	31
Figura 4: Planta do Asklepieia da cidade de Cós, ilha grega. Construído em 357 a.C., o santuário foi palco do surgimento da medicina; os tratamentos tinham um caráter menos místico dos que aconteciam nos oráculos e mais científicos, claro que com um caráter muito mais experimental e de observação. Nesse contexto destaca-se a figura de liderança de Hipócrates, o pai da medicina. Imagem presente no livro de M.S. Kiapokas, Hippocrates of Cos and the Hippocratic Oath, Athens 1999, p. 164. Fonte: ostia-antica.org.....	32
Figura 5: Vista frontal das ruínas do Asklepieia de Cós. Fonte: en.wikipedia.org.....	33
Figura 6: Reconstituição em perspectiva da Abadia de Saint Gall. Fonte: printerest.com.	36
Figura 7: Reconstituição do Pergaminho de Saint Gall em esquema de cores. Em Roxo mostram-se os espaços reservados à saúde e à medicina; em Azul Claro estão os espaços de educação, tanto do público quanto dos noviços; em Verde os locais de recepção, de nobres, peregrinos e pobres; em Vermelho as dependências da Igreja; em Amarelo os espaços de jardins, pomares, criadouros de animais e agricultura; por fim, em Azul Escuro os lugares reservados à arte e oficinas. Fonte: studyblue.com.....	36
Figura 8: Planta da Royal Garrison Church (Domus Dei) datada de 1749. Fonte: franksdermatomyositisjournal.blogspot.com.br.....	37
Figura 9: Royal Garrison Church, Portsmouth, Inglaterra. Domus Dei Fundada em 1212 para receber os peregrinos estrangeiros. Tem uma configuração espacial bastante semelhante à de uma igreja da época. Os leitos dos acolhidos se localizavam na grande nave; sendo que a nave menor correspondia à capela. Fonte: 86uk.com.	37
Figura 10: Foucault aponta a Torre dos Loucos de Caen (já demolida) como uma prisão específica para loucos perigosos. Construída em meados do século 15, tinha uma planta em forma de ferradura com trinta metros de diâmetro, paredes com sete metros de espessura e uma altura total de trinta metros divididos em quatro pavimentos. Fonte: Lugares da Loucura, Vieceli, 2014.	37
Figura 11: Pintura medieval representando a chegada de um leproso a um leprosário. Fonte: medievalists.net.	38
Figura 12: Leper Hospital Of St. Bartholomew, Oxford. Fonte: bookdome.com.....	38
Figura 13: A Nau dos Insensatos retratada em uma xilogravura alemã de 1549. Fonte: pt.wikipedia.org.	39
Figura 14: Ospedale Maggiore de Milano, importante hospital renascentista. Destaca-se o Pátio Central onde se localiza a Capela; a distribuição em cruz dos alojamentos configurando os pátios menores e a perfeita simetria do conjunto. Fonte: lombardiabeniculturali.it.....	41
Figura 15: A loucura: desenho de Hans Holbein na primeira edição do Elogio da Loucura. Basileia, 1515. Fonte: turmanet.net.....	42
Figura 16: Fragmento da pintura de Bosch chamada Nau dos Loucos, datada de 1490 - 1500. Fonte: pt.wikipedia.org.....	42
Figura 17: O Suplício, prática comum na Europa nos séculos 16 e 17, é gradativamente substituído, segundo Foucault, pelas práticas disciplinares existentes dentro dos edifícios asilares, ou instituições totais. Fonte: ulbrato.br.	44
Figura 18: Imagem aérea do Hotel-Dieu. Fonte: maps.google.com.....	46
Figura 19: Vista do Hotel-Dieu, localizado às margens do Rio Sena, com destaque para seu grande pátio central e os pátios menores distribuídos lateralmente. Fonte: snipview.com.	47
Figura 20: Plano e Fachada do Hôpital La Salpêtrière. Fonte: Lugares da Loucura, Vieceli, 2014.	50
Figura 21: Plano e Fachada do Hôpital Bicêtre. Fonte: Lugares da Loucura, Vieceli, 2014.	50
Figura 22: Fotografia interna do Presídio Modelo em Cuba, sem data. Fonte: hieronymusbosch1450.wordpress.com.	52
Figura 23: Fotografia externa do Presídio Modelo em Cuba, 2005. Fonte: en.wikipedia.org.....	52
Figura 24: Fotografia interna do Presídio Modelo em Cuba, 2005. Fonte: en.wikipedia.org.	52
Figura 25: Modelo Panóptico proposto por Jeremy Bentham. Fonte: theneoworker.wordpress.com.....	53
Figura 26: Plano do St. Elizabeths Hospital. No desenho se destaca a implantação isolada por um grande jardim, a simetria e a setorização. Fonte: loc.gov.	55
Figura 27: Fachada do St. Elizabeths Hospital. Fonte: willowdesign.biz.	55
Figura 28: Vista aérea do edifício do antigo Hospício Pedro II.	56
Figura 29: Pavilhão Antônio Carlos do Hospital Colônia de Barbacena - MG. Fonte: siaapm.cultura.mg.gov.br.	57
Figura 30: Pavilhão principal do complexo do Hospital Colônia de Barbacena - MG. Fonte: coloniaacasadoshorrores.blogspot.com.br.	57
Figura 31: Pavilhão Zoroastro Passos do Hospital Colônia de Barbacena - MG. Fonte: siaapm.cultura.mg.gov.br.	57
Figura 32: Fachada do edifício principal do Complexo do Hospital Franco da Rocha. Fonte: tribunahoje.com..	58
Figura 33: Vista aérea do Complexo do Hospital Franco da Rocha. Fonte: maps.google.com.....	58
Figura 34: Sala de Banhos Terapêuticos do St. Elizabeths Hospital. Fonte: zerohedge.com.....	64
Figura 35: Sala de Cirurgias do St. Elizabeths Hospital. Fonte: zerohedge.com.	64

Figura 36: Pavilhões Rodrigues Caldas e Julio de Moura do Hospital Colônia de Barbacena - MG. Fonte: siaapm.cultura.mg.gov.br.....	70
Figura 37: Prédio da Secretaria do Hospital Colônia de Barbacena - MG. Fonte: siaapm.cultura.mg.gov.br....	70
Figura 38: Estação Bias Fortes, por onde passavam os 'trens de doido'. Foto: Acervo de Jairo Toledo. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.	70
Figura 39: Homem tendo sua cabeça raspada no momento da triagem. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.	71
Figura 40: Pacientes dentro do Hospital Colônia. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.....	71
Figura 41: Pacientes nus ou vestindo trapos no pátio de um dos pavilhões. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.	71
Figura 42: Internado tomando água do esgoto que cruzava o Pavilhão Afonso Pena. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.	72
Figura 43: Internado em um dos leitos preenchidos com capim. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.....	72
Figura 44: Um dos pátios femininos. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.	73
Figura 45: Um dos pátios masculinos. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013. ..	73
Figura 46: Foto de Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.	73
Figura 47: Foto de Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.	73
Figura 48: Foto de Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.	73
Figura 49: Criança. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.	74
Figura 50: Criança. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.	74
Figura 51: Cemitério da Paz. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.	74
Figura 52: Porta de uma cela forte. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.....	74
Figura 53: Carrocinha que transportava os corpos para o cemitério. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.....	74
Figura 54: Criança. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.	74
Figura 55: Criança deitada em um dos pátios coberta por insetos. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.....	74
Figura 56: Crianças abandonadas em berços. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, 2013... 74	74
Figura 57: A presença de urubus denunciava o cenário de morte e abandono. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.	75
Figura 58: Imagem de dentro de um dos pavilhões retratando o pátio lotado de internados. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, 2013.	75
Figura 59: Museu da Loucura de Barbacena - MG. Fonte: revistadehistoria.com.br.....	76
Figura 60: Éden, ambiente de Oiticica apresentado na Whitechapel Gallery, Londres, em 1969. Fonte: afterall.org.	79
Figura 61: Tropicália, ambiente de Oiticica apresentado no MAM-RJ em 1967. Fonte: desconcordo.wordpress.com.	79
Figura 62: MASP, São Paulo, de Lina Bo Bardi, edifício inaugurado em 1968. Fonte: maliciacomjujuba.wordpress.com.	80
Figura 63: Interior do SESC Pompeia, projeto de Lina Bo Bardi, inaugurado em 1982. Fonte: circolare.com.br.	80
Figura 64: Imagem aérea do Hôpital Saint Alban, França.Fonte: psychiatrie.histoire.free.fr.....	81
Figura 65: Hospício de las Mercedes, atual Hospital Municipal José Tiburcio Borda, Buenos Aires. Fonte: es.wikipedia.org.	83
Figura 66: Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Fonte: undo.net.	84
Figura 67: Reunião do Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	85
Figura 68: Reunião do Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	85
Figura 69: Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	85
Figura 70: Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	85
Figura 71: Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	85
Figura 72: Reunião do Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	85
Figura 73: Internos do Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	86
Figura 74: Internos do Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	86
Figura 75: Interno do Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	86
Figura 76: Escritos no muro do Hospital de Gorizia: 'Não! Não! Ao Manicômios dos Pobres! (tradução livre). Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	87
Figura 77: Hospital Psiquiátrico de Trieste. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.....	88
Figura 78: Saída do Hospital de Trieste. Foto: Gasparo, 1973. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.....	89
Figura 79: Saída do Hospital de Trieste. Foto: Gasparo, 1973. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.....	89
Figura 80: Ruas de Trieste. Foto: Gasparo, 1973. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	89
Figura 81: Festa nas ruas de Trieste. Foto: Smith. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	89
Figura 82: Festa nas ruas de Trieste. Foto: Smith. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	89
Figura 83: Hospital de Trieste. Foto: Gasparo, 1973. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.....	89
Figura 84: Festa nas ruas de Trieste. Foto: Smith. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	89

Figura 85: Festa nas ruas de Trieste. Foto: Smith. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	89
Figura 86: Festa nas ruas de Trieste. Foto: Smith. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.	89
Figura 87: Franco Basaglia (ao centro) em visita ao Brasil. São Paulo, 1979. Foto: Rogelio Casado. Fonte: pिकासa.net.	91
Figura 88: CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo – SP. Fonte: saude.sp.gov.br.	92
Figura 89: Residência Terapêutica em Nova Iguaçu - RJ. Fonte: jornalfolhadoiguassu.blogspot.com.br.	95
Figura 90: Esquema de funcionamento de uma Rede de Saúde Mental. Fonte: Ministério da Saúde, Reforma Psiquiátrica e política de Saúde mental no Brasil; Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, 2005.	96
Figura 91: Panfleto do Colóquio Schizo Culture de 1975. Fonte: semiotexte.com.	100
Figura 92: Panfleto do II Encontro sobre Acompanhamento Terapêutico, realizado no Museu Universitário da Universidade Federal de Uberlândia, 2002.	104
Figura 93: The Naked City, Debord, 1958. Fonte: situationnisteblog.wordpress.com.	107
Figura 94: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	110
Figura 95: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	110
Figura 96: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	111
Figura 97: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	111
Figura 98: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	111
Figura 99: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	111
Figura 100: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	111
Figura 101: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	111
Figura 102: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	112
Figura 103: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	112
Figura 104: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	112
Figura 105: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	112
Figura 106: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	113
Figura 107: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	113
Figura 108: Mapas Psicogeográficos feitos pelos participantes da deriva. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br. .	113
Figura 109: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	114
Figura 110: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	114
Figura 111: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	114
Figura 112: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	114
Figura 113: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	115
Figura 114: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	115
Figura 115: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	115
Figura 116: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	115
Figura 117: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	116
Figura 118: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	116
Figura 119: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	116
Figura 120: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	116
Figura 121: Mapas Psicogeográficos feitos pelos participantes da deriva. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br. .	117
Figura 122: Mapas Psicogeográficos feitos pelos participantes da deriva. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br. .	117
Figura 123: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	117
Figura 124: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.	117
Figura 125: Capa do livro Experiência nº2 de Flávio de Carvalho, 1931. Fonte: www3.iel.unicamp.br.	119
Figura 126: Fotografia de Caetano Veloso trajando o Parangolé de Oiticica. Fonte: metamute.org.	119
Figura 127: Fotografia da Experiência nº3 de Flávio de Carvalho trajando o New Look, 1956. Fonte: hojevi.com.	119
Figura 128: Detalhe da perspectiva do edifício descrito como 'De linhas modernas, obedecendo toda a técnica aprimorada de engenharia, a Casa de Saúde Anchieta marcará nova fase no setor assistencial da neuro-psiquiatria em nossa cidade'. Fonte: novomilenio.inf.br.	120
Figura 129: Página 5 do Jornal 'A Tribuna' de 1º de Maio de 1953 anunciando a inauguração próxima da Casa de Saúde Anchieta. Fonte: novomilenio.inf.br.	120
Figura 130: Imagem aérea da quadra da antiga Casa de Saúde Anchieta. Fonte: maps.google.com.	121
Figura 131: Imagem do dia da Intervenção retirada de videorreportagem local da época. Fonte: youtube.com.	124
Figura 132: Imagem do dia da Intervenção retirada de videorreportagem local da época. Fonte: youtube.com.	124
Figura 133: Imagem do dia da Intervenção retirada de videorreportagem local da época. Fonte: youtube.com.	124
Figura 134: Imagem do dia da Intervenção retirada de videorreportagem local da época. Fonte: youtube.com.	124
Figura 135: Imagem do dia da Intervenção retirada de videorreportagem local da época. Fonte: youtube.com.	124
Figura 136: Imagem do dia da Intervenção retirada de videorreportagem local da época. Fonte: youtube.com.	124

Figura 137: Casa de Saúde Anchieta depois da desapropriação. Fonte: novomilenio.inf.br.....	126
Figura 138: Casa de Saúde Anchieta depois da desapropriação. Fonte: novomilenio.inf.br.....	126
Figura 139: Início das atividades do Grupo TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.....	128
Figura 140: Início das atividades do Grupo TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.....	128
Figura 141: Início das atividades do Grupo TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.....	128
Figura 142: Início das atividades do Grupo TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.....	128
Figura 143: Rádio TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.....	129
Figura 144: Rádio TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.....	129
Figura 145: Início das atividades do Grupo TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.....	129
Figura 146: Início das atividades do Grupo TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.....	129
Figura 147: Rádio Muleke. Fonte: tamtam.art.br.....	130
Figura 148: Rádio Muleke. Fonte: tamtam.art.br.....	130
Figura 149: Rádio TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.....	130
Figura 150: Rádio TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.....	130
Figura 151: Renato di Renzo em entrevista a Jô Soares. Fonte: tamtam.art.br.....	131
Figura 152: Entrevista dos 'loucutores' a Jô Soares. Fonte: tamtam.art.br.....	131
Figura 153: Esquema mostrando o processo evolutivo da formação da Rede de Saúde mental de Santos – SP. Fonte: autoria própria.....	133
Figura 154: Projeto 'E ai, beleza? Sou assim!'. Fonte: tamtam.art.br.....	134
Figura 155: Projeto Refavela. Fonte: tamtam.art.br.....	134
Figura 156: Projeto Refavela. Fonte: tamtam.art.br.....	134
Figura 157: Projeto 'E ai, beleza? Sou assim!'. Fonte: tamtam.art.br.....	134
Figura 158: Projeto 'E ai, beleza? Sou assim!'. Fonte: tamtam.art.br.....	134
Figura 159: Projeto 'E ai, beleza? Sou assim!'. Fonte: tamtam.art.br.....	134
Figura 160: Na Trilha do Noel. Fonte: tamtam.art.br.....	134
Figura 161: Na Trilha do Noel. Fonte: tamtam.art.br.....	134
Figura 162: Oficina de Reciclagem de Materiais. Fonte: tamtam.art.br.....	134
Figura 163: Cortejo Rolidei. Fonte: tamtam.art.br.....	134
Figura 164: Oficina de Reciclagem de Materiais. Fonte: tamtam.art.br.....	134
Figura 165: Cortejo Rolidei. Fonte: tamtam.art.br.....	134
Figura 166: TAMTAM por todos os cantos. Fonte: tamtam.art.br.....	135
Figura 167: TAMTAM por todos os cantos. Fonte: tamtam.art.br.....	135
Figura 168: Conduzindo Miss Dóris. Fonte: tamtam.art.br.....	135
Figura 169: Conduzindo Miss Dóris. Fonte: tamtam.art.br.....	135
Figura 170: Projeto Encontros. Fonte: tamtam.art.br.....	136
Figura 171: Projeto Teatro Livre. Fonte: tamtam.art.br.....	136
Figura 172: Grupo Orgone de Arte. Fonte: tamtam.art.br.....	136
Figura 173: Projeto Teatro Livre. Fonte: tamtam.art.br.....	136
Figura 174: Grupo Orgone de Arte. Fonte: tamtam.art.br.....	136
Figura 175: Projeto Ginga TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.....	137
Figura 176: Projeto Ginga TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.....	137
Figura 177: Projeto Jazz para quem não dança. Fonte: tamtam.art.br.....	137
Figura 178: Projeto Jazz para quem não dança. Fonte: tamtam.art.br.....	137
Figura 179: Projeto Nosso Balé. Fonte: tamtam.art.br.....	137
Figura 180: Projeto Nosso Balé. Fonte: tamtam.art.br.....	137
Figura 181: Projeto Encontros. Fonte: tamtam.art.br.....	137
Figura 182: Projeto Outras Palavras. Fonte: tamtam.art.br.....	137
Figura 183: Projeto Outras Palavras. Fonte: tamtam.art.br.....	137
Figura 184: Noites de Festa Rolidei. Fonte: tamtam.art.br.....	137
Figura 185: Noites de Festa Rolidei. Fonte: tamtam.art.br.....	137
Figura 186: Noites de Festa Rolidei. Fonte: tamtam.art.br.....	137
Figura 187: Croqui esquemático da planta/districuição espacial do Café Teatro Rolidei. Sem escala. Fonte: autoria própria.....	138
Figura 188: Entrada do Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.....	139
Figura 189: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.....	140
Figura 190: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.....	140
Figura 191: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.....	140
Figura 192: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.....	140
Figura 193: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.....	140
Figura 194: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.....	140
Figura 195: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.....	141
Figura 196: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.....	141
Figura 197: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.....	141
Figura 198: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.....	141
Figura 199: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.....	141
Figura 200: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.....	141

Figura 201: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	142
Figura 202: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	142
Figura 203: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	142
Figura 204: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	142
Figura 205: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	142
Figura 206: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	142
Figura 207: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	143
Figura 208: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	143
Figura 209: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	143
Figura 210: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	143
Figura 211: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	143
Figura 212: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	143
Figura 213: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	143
Figura 214: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	144
Figura 215: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	144
Figura 216: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	144
Figura 217: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	144
Figura 218: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.	144
Figura 219: Desenho de Raphael Domingues, artista interno do Hospital Psiquiátrico Pedro II. Acervo do Museu de Imagens do Inconsciente. Fonte: O Mundo das Imagens, Nise da Silveira.	146
Figura 220: Manto da Apresentação de Arthur Bispo do Rosário. Fonte: pt.wikipedia.org.	146
Figura 221: Capa da primeira edição da Revista Acephale, onde Bataille divulgava suas ideias. Fonte: jornalgggn.com.br.	147
Figura 222: Autorretrato de Antonin Artaud. Fonte: picasaweb.google.com.	148

Sumário

INTRODUÇÃO.....	23
1. PRÉ-MANICÔMIO: espaços da loucura antes da modernidade.....	27
1.1. Loucura Divina da Grécia Antiga	28
1.2. Loucura Demoníaca da Idade Média	34
1.3. Loucura Crítica do Renascimento	40
1.4. Loucura Disciplinada dos Séculos XVII/XVIII: os primeiros edifícios asilares e a institucionalização da loucura	43
2. MANICÔMIO: espaços da loucura na modernidade.....	49
2.1. Loucura, Corpo e Espaço na questão manicomial	51
2.2. Loucura e Cotidiano	63
2.3. Loucura no Brasil do século XX: o Trem Doido e o Hospital Colônia de Barbacena – MG	68
3. ANTIMANICÔMIO: espaços da loucura na pós-modernidade, novas formas de atenção.....	77
3.1. Loucura na Itália dos anos 1960/70: a Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia.....	84
3.2. Loucura no Brasil dos anos 1980/90: os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS Luiz Cerqueira – SP.....	90
4. TERRITÓRIOS DISSIDENTES: dois espaços da loucura na cultura urbana brasileira	100
4.1. Loucura em Uberlândia – MG: o Grupo Trilhas AT	102
4.2. Loucura em Santos – SP: o Grupo TAMTAM.....	119
LOUCURA, ARTE, CIDADE E CULTURA	150
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
ANEXOS	161
ANEXO 01- Entrevista com Lígia Tritto	161
ANEXO 02- Declaração de Caracas	171
ANEXO 03- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.....	173
ANEXO 04- Entrevista com o Grupo Trilhas AT.....	176
ANEXO 05- Entrevista com Renato di Renzo	191

INTRODUÇÃO

A ideia de loucura se faz presente em nossa sociedade por meio da associação com o diferente, o não usual, impróprio; qualquer manifestação que não se encaixe nas normas sociais que nos parecem tão naturais. Assim como a maioria dos conceitos, a loucura é uma construção social, decorrente de um processo histórico, filosófico, político e social. O pensamento a respeito da loucura variou muito na história de acordo com as modificações ocorrentes em cada sociedade e época, portanto, a evolução do conceito de loucura acompanha o caráter mutante das próprias sociedades.

A loucura sempre teve seu espaço social na história da humanidade, assim como sempre teve seus espaços físicos. A associação entre arquitetura e loucura é, geralmente, representada pela figura emblemática do manicômio, ainda que tal tipologia esteja em processo de extinção em vários países, dentre eles o Brasil. Entretanto, os sujeitos chamados loucos nem sempre tiveram o manicômio como seu lugar comum. O também chamado hospício, sanatório, ou hospital psiquiátrico, é um produto da modernidade, da passagem do século XVIII para o XIX. O presente trabalho se propõe a estudar os espaços destinados à loucura na história, com enfoque para a contemporaneidade.

Os espaços destinados aos loucos, acompanham as transformações conceituais das ideias de loucura que, por sua vez, avançam de acordo com as mudanças de cada diferente sociedade e época. A loucura, no decorrer da história, já teve diversas formas de entendimento, por consequência, também existiram vários espaços da loucura, em processo gradual de evolução até os dias atuais.

Com o objetivo de se compreender o caráter mutante dos espaços da loucura, associados às transformações sociais, das ideias a respeito dos sujeitos chamados loucos e da própria história da arquitetura, a presente dissertação toma a figura símbolo do manicômio como ideia guia de sua estruturação. A tipologia, signo da loucura nos dias atuais, surge no período da modernidade, juntamente com a ideia de homem-objeto e espaço-máquina, conceitos construídos sobre o alicerce da racionalidade e da ciência. O manicômio carrega consigo um sentido de exclusão, primeiramente espacial, mas também social para com o outro, o diferente, o louco. Esse sentido foi sendo concebido mesmo antes da modernidade, desde os primórdios da civilização, talvez por isso seja tão difícil se firmarem ideias resistentes a ele. Fato é que existiram pensamentos a respeito da loucura que se distanciam bastante do que se entende hoje por *doença mental*, e é a partir de tais reflexões que o trabalho se iniciará.

O primeiro capítulo, chamado PRÉ-MANICÔMIO, tem um grande recorte temporal que começa na Grécia Antiga, época do surgimento da filosofia, e vai até o século XVIII, pouco antes das transformações sociais e científicas que configurariam a modernidade. Dentro dessa delimitação, que passa por Grécia, Idade Média, Renascimento e séculos XVII/XVIII¹, se buscará mostrar os diferentes entendimentos a respeito da loucura, os espaços que tais ideias

¹ Os recortes temporais selecionados dentro do primeiro capítulo foram feitos a partir de reflexões sobre as épocas e fatos considerados mais relevantes para mostrar o tipo de caminho que o trabalho pretende abordar na relação entre arquitetura e loucura.

geravam e as transformações que os mesmos foram tendo. Nota-se que são épocas que a loucura fazia parte da vida comunitária das pessoas, por esse motivo, nessa primeira abordagem se buscará uma espécie de 'desmistificação' da tipologia manicomial, mostrando que a mesma nem sempre existiu e que já houve loucura fora do cárcere.

O segundo capítulo corresponde ao período moderno, do final do século XVIII até o final da segunda guerra mundial; denomina-se MANICÔMIO. Nele será mostrado como os avanços científicos e tecnológicos, as transformações sociais, econômicas e políticas, assim como a consolidação dos ideais da arquitetura moderna pelo mundo, influenciaram para a criação da tipologia arquitetônica que ainda é ícone imagético de um espaço da loucura. Serão abordadas as questões da disciplina, da violência, do cárcere; temas latentes ao panorama que se colocava espacialmente e que foram cruciais para a conversão de um projeto que se propunha médico-científico para um lugar de abandono, preconceito e morte.

O terceiro capítulo é nomeado ANTIMANICÔMIO, que vai do final da segunda guerra até os dias atuais. Nele serão mostrados alguns movimentos de luta contra a lógica repressiva e o espaço domesticador do manicômio; as chamadas Reformas Psiquiátricas, com enfoque para a Psiquiatria Democrática Italiana, que teve maior influência nos movimentos de reforma no Brasil. Também serão abordados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamentos urbanos que são modelos nacionais de substituição à combatida tipologia manicomial. Esse é um momento bastante importante para a história da loucura, pois propõem-se novas formas de atenção e de espacialidades que se opõem ao cárcere e buscam um retorno da loucura à vida comunitária, à convivência na sociedade e no espaço urbano; uma reconstrução da cidadania dos sujeitos-loucos, com novas maneiras de se pensar a experiência-sofrimento de cada um.

A ideia de se estudar a relação entre arquitetura e loucura, surge no ano de 2012, quando o autor da presente dissertação inicia o Trabalho Final de Graduação² (TFG) no último ano de sua graduação em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Federal de Uberlândia (FAUeD – UFU). Durante o processo de construção teórica do TFG, foram levantados alguns estudos de caso muito importantes no referido processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, que geraram espacialidades ou leituras espaciais interessantes e de destaque.

No TFG, o autor identifica algumas questões instigantes, que foram, em boa parte, responsáveis pela vontade de continuidade dos estudos sobre arquitetura e loucura, levados ao mestrado. A primeira questão foi se, no Brasil, existe, de fato, uma arquitetura que pode ser chamada de antimanicomial. As análises dos equipamentos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, surgidos na década de 1980, levaram à identificação de uma aparente 'reinstucionalização' dos mesmos, de um gradual fechamento em si desses espaços, de um processo de burocratização de tais; movimentos contrários à proposta abertura para a

² O referido trabalho intitula-se ANTIMANICÔMIO: atenção psicossocial em São Joaquim da Barra – SP, orientado pelo Prof. Dr. Adriano Tomitão Canas. O trabalho contém uma fundamentação teórica a respeito da história da loucura, assim como dos espaços destinados a ela; essa base de ideias é componente conceitual de um projeto de arquitetura e urbanismo, que foi a reformulação da Rede de Saúde Mental da cidade de São Joaquim da Barra, interior de São Paulo.

comunidade e vida social que tinha como base teórica a Psiquiatria Democrática Italiana dos anos 1960/70. Ao mesmo tempo, dois dos estudos de caso investigados no TFG mostraram grande potencialidade para análises mais profundas, justamente por se mostrarem mais efetivos, em questões espaciais, em relação ao panorama geral do movimento antimanicomial brasileiro, que ainda se encontra em processo.

Os dois estudos de caso destacados do TFG formam o quarto capítulo da presente dissertação, chamado TERRITÓRIOS DISSIDENTES, onde pretende-se estudar casos contemporâneos brasileiros, que se evidenciam diante das reflexões críticas ao modelo público de atenção psicossocial predominante no país.

O primeiro estudo de caso é o Trilhas AT, grupo formado em 1995 por quatro psicólogas que realizam na cidade de Uberlândia – MG um trabalho de Acompanhamento Terapêutico. O AT é um serviço que se caracteriza por abranger espaços além da sala fechada de psicoterapia tradicional, alcançando, por exemplo, o espaço urbano, a cidade. É nesse ponto que o objeto de estudo torna-se interessante ao trabalho de pesquisa de mestrado, pois investiga a relação contemporânea entre a loucura e o espaço urbano, as ruas. Além dessa questão, será estudada também a prática da *deriva* situacionista como experiência terapêutica e como leitura de cidade, prática realizada pelo Grupo Trilhas em seus processos de acompanhamento dos pacientes da clínica.

O segundo estudo de caso, também visto como um território dissidente, é o Grupo TAMTAM de Santos – SP. O TAMTAM surge durante o processo de reforma psiquiátrica no Brasil no final dos anos 1980 e é parte integrante de um dos maiores exemplos mundiais de transformação de um Hospital Psiquiátrico em uma Rede de Saúde Mental descentralizada, articulada com vários setores da cidade e presente nos espaços e na vida comunitária. Pretende-se focar as análises no Espaço Sócio Cultural Educativo Café Teatro Rolidei, que é o lugar onde o grupo desenvolve suas atividades desde 2003. As ações do TAMTAM são voltadas para os chamados excluídos, diferentes, loucos, e englobam a arte e a cultura urbana, com enfoque no teatro.

Apesar de ter uma orientação bem definida de tempo a partir da palavra MANICÔMIO durante os três primeiros capítulos (sobretudo em seus títulos), o trabalho pretende abordar uma visão não linear de tempo, cruzando-se referências e influências de diferentes períodos em variados espaços. Essa visão advém da ideia do *eterno retorno* de Friedrich Nietzsche, que assombra todo o trabalho. Outro pensador bastante (e mais diretamente) presente no texto é Michel Foucault, através de seus livros e textos que tratam objetivamente do tema da dissertação e de seu método de pesquisa, que busca reconhecer e compreender o presente através de confrontos com fatos históricos.

Além das leituras, o trabalho teve como fontes documentais e teóricas três entrevistas (todas em anexo): a primeira com a enfermeira aposentada Lígia Estela Tritto, que trabalhou em um hospital psiquiátrico na cidade de Mococa – SP em meados dos anos 1970; a entrevistada relata sua experiência profissional no cotidiano da instituição e mostra o panorama dos manicômios brasileiros no período, principalmente no que se refere às parcerias que tais hospitais privados

tinham com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A segunda entrevista foi feita com três das psicólogas integrantes do Grupo Trilhas AT de Uberlândia – MG; que relatam a experiência do grupo com o Acompanhamento Terapêutico e sua relação com a *deriva*, prática criada pelo movimento Internacional Situacionista. A terceira entrevista foi feita com o arte-educador Renato di Renzo, fundador e coordenador do Grupo TAMTAM; na oportunidade da conversa o autor do presente trabalho pôde conhecer e experimentar o espaço onde o grupo realiza suas atividades em Santos – SP e compreender como se deu a reforma psiquiátrica na cidade e todo o processo envolvendo a atenção em Saúde Mental, o teatro, a arte e a cultura urbana.

Por fim, pretende-se fazer relações entre os espaços estudados em diferentes períodos, refletindo sobre o papel da arquitetura no processo de transformação do conceito de loucura. Com os quatro capítulos apresentando diferentes momentos histórico-filosóficos, o trabalho pretende mostrar que a arquitetura, muito mais que uma espectadora silenciosa, é também uma (dentre inúmeras) agente no processo evolutivo da ideia de loucura e sua relação com as sociedades.

1. PRÉ-MANICÔMIO: espaços da loucura antes da modernidade

Nos nossos tempos, quando se fala em loucura, é bastante comum e quase que imediata a associação com termos como *manicômio*, *medicação*, *doença mental*. Nem sempre foi assim. A visão *médico-científica* da loucura advém da passagem do século XVIII para o XIX; período da Revolução Industrial, da Revolução Francesa e do surgimento da Psiquiatria Moderna. A ideia de *doença mental*, portanto, tem pouco mais de duzentos anos. Relativamente novo, o conceito é amplamente aceito e poucas vezes questionado; porém, por mais de dois milênios, a loucura foi chamada e tratada de outras formas. É importante o entendimento da evolução dessas ideias e das relações com suas épocas, anteriores à modernidade, para que se entenda o caminho percorrido até o surgimento do manicômio e seu posterior questionamento no período contemporâneo.

Isaias Pessotti, no livro *Os Nomes da Loucura*, coloca que desde a Grécia antiga até o período moderno, mesmo depois da proliferação dos manicômios pelo mundo durante o século XIX³, o conceito básico do que se entende por *loucura* pouco varia: ela é a “perda da autonomia psicológica, a privação das liberdades individuais e do autogoverno” (PESSOTTI, 1999, p. 7). A ideia socrática de que a *razão* (consciência intelectual e moral do homem) é o que distingue o ser humano de todos os outros seres da natureza, confere à loucura, desde os primórdios da civilização, um ar de animalidade, condenação ao rótulo da diferença.

A filosofia platônica afirmou a dicotomia entre um mundo sensível e um mundo inteligível⁴, rebaixando os sentidos humanos perante um mundo idealizado. Tal mundo ideal só seria alcançado pela razão. A razão humana, representando tudo o que seria perfeito, se opõe, portanto, à loucura, dita incapaz de atingir o mundo das ideias. Para Friedrich Nietzsche (1844 – 1900), a filosofia de Platão causou um desequilíbrio entre o espírito de Apolo (deus do sol, clareza, artes e nobreza; representando a lógica e o pensamento questionador) e o espírito de Dionísio (deus do vinho, das festas, do prazer e do exagero; representando os impulsos, a natureza primitiva, os instintos e a loucura); esse desequilíbrio leva, segundo Nietzsche, a sociedade à decadência desde a antiguidade clássica; pesando sempre mais para o lado racional, funda-se a oposição *Razão X Loucura*.

O retorno histórico que o autor de *O Nascimento da Tragédia, ou Helenismo e Pessimismo*⁵ faz até a Grécia Antiga, é semelhante à retrospectiva que o pensador francês Michel Foucault (1926 – 1984) realiza em *História da Loucura na idade clássica*⁶. Apesar de ter um recorte temporal que vai do século XVI até o século XX, o livro introduz o método *histórico-filosófico* de Foucault e contém a ideia geral de seu pensamento: a busca de uma melhor compreensão de nós mesmos pelo

³ Pessotti chama o século XIX de Século dos Manicômios, nome de seu livro mais conhecido. O autor é psicólogo, escritor e professor.

⁴ Dentre todos os diálogos platônicos, aquele que melhor sintetiza o ponto central de sua filosofia é *Timeu*. Nesta obra, Platão estabelece a diferença entre o mundo sensível (o mundo concreto no qual vivemos) e o mundo das ideias (o mundo ideal, da essência das coisas).

⁵ Obra publicada em 1872 com o título de *O Nascimento da Tragédia no Espírito da Música*.

⁶ Trabalho publicado em 1961 como tese de doutorado de Foucault, corresponde a um primeiro momento de sua obra, onde o autor identifica, de acordo com Salma Tannus Muchail, a constituição histórica dos saberes em discursos qualificados como verdades que desqualificam outros discursos.

confronto com o que fomos no passado; o entendimento histórico de nossa sociedade através de suas diferenças com a época que a precede, assim como possibilidades do que a mesma pode vir a ser.

A partir desse ponto de vista, sugere-se que a sociedade é um reflexo de seu contexto histórico, da mesma forma que as cidades são reflexos de sua respectiva sociedade, sempre acompanhando suas transformações políticas e sociais.

Pretende-se, portanto, percorrer a história dos espaços destinados à loucura em cada período, entendendo a arquitetura como o resultado de uma cidade inserida em um contexto evolutivo de pensamentos histórico-filosóficos, com o objetivo de compreender a cidade e a cultura urbana contemporânea a partir da diferença com o que ela não é mais.

Apesar da ideia geral de loucura pouco ter fugido desse conceito simplista: *defeito da/ausência de razão*; o modo como as diferentes sociedades se relacionam com o *sujeito-louco* variou bastante com o passar dos séculos. Essas diversas mudanças de entendimento social da loucura tiveram reflexos diretos nos lugares destinados a ela. O primeiro capítulo deste trabalho é dedicado a entender os *Lugares da Loucura*⁷, desde o período clássico grego até a modernidade, que culmina com o surgimento do manicômio.

Nesse sentido, a arquitetura se torna uma peça fundamental para somar-se à trajetória da loucura, já que, colocando-se como uma cúmplice silenciosa, evidencia as práticas destinadas a ela, suas condições e transformações em cada período. (VIECELI, 2014, p. 23).

Inicialmente será abordada a leitura de loucura na antiguidade clássica grega, assim como o surgimento dos primeiros espaços destinados ou apropriados por ela. Em seguida, serão feitas leituras semelhantes nos períodos da Idade Média, do Renascimento e dos séculos XVII e XVIII; épocas nas quais será investigado o surgimento da instituição e do edifício hospitalar, até o aparecimento dos primeiros asilos exclusivos para loucos: os manicômios.

1.1. Loucura Divina da Grécia Antiga

O livro *A Loucura e as Épocas*, de Pessotti, faz um panorama da evolução do entendimento da loucura na história. O autor inicia o livro expondo a interpretação dos gregos pré-socráticos sobre o tema. Os poetas épicos, como Homero e Hesíodo, também os poetas trágicos, como Ésquilo e Eurípedes, entendiam a loucura como manifestações dos deuses⁸. Todo tipo de comportamento humano que causava certo estranhamento (delírio, homicídio, transgressão das normas sociais) era visto como vontade divina. Segundo Jennifer Oliveira:

⁷ Lugares da Loucura: arquitetura e cidade no encontro com a diferença, é o título da dissertação de mestrado de Ana Paula Vieceli, pelo Programa de Pós-graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; trabalho no qual são abordadas, entre outras questões, o tema referente ao presente capítulo.

⁸ Vieceli aponta uma diferença entre a visão dos épicos e dos trágicos: para os primeiros, a loucura era exterior ao homem, sendo produto exclusivo dos caprichos divinos; já para os demais, os deuses causavam conflitos nas vontades internas dos homens, sentimentos como vergonha e culpa eram causadores da loucura.

A visão da sociedade para com o louco não era negativa, se aproximava a um sentimento de comiseração e ao mesmo tempo de temor dos deuses, que poderiam deixar a todos nesta situação, a qualquer momento, dependendo apenas de suas vontades. (OLIVEIRA, 2010, p. 2).

Essa associação da loucura com entidades divinas causava dois efeitos de destaque: 1) não existia uma noção de *cura* para tais manifestações, pois os deuses eram incontestáveis; 2) a loucura fazia parte do cotidiano das cidades, sendo que a sociedade tinha uma relação de compaixão com os sujeitos-loucos, buscando, no mínimo, a diminuição de seus sofrimentos.

Ana Paula Vieceli, por meio de apontamentos de Peter Pál Pelbart, coloca que Platão fez duas distintas leituras sobre a loucura: uma chamada de 'loucura boa', relacionada aos deuses; outra chamada de 'loucura má', ligada aos homens. Cada um desses entendimentos – já em um período pós-Sócrates – encaminha a ideia de loucura a diferentes relações sociais e, conseqüentemente, à consolidação de locais distintos para sua manifestação.

A loucura divina, para Platão, é dividida entre as vontades dos dois principais deuses que configuram o conflito *Razão X Desrazão*: Apolo e Dionísio. A versão profética (apolínea) aponta que o delírio de causa divina é mais valioso que o próprio bom senso humano, pois, advindo de um deus, caracteriza uma sabedoria profética, muitas vezes manifestada através do oráculo. Já a visão dionisíaca, ou ritual, era caracterizada pelos cultos ao deus do vinho. Esses cultos objetivavam uma espécie de *cura* para os delírios, que era interpretada como a reconciliação do sujeito com a entidade divina que o molestava. As festas, por vezes associadas aos ciclos agrícolas, proporcionavam uma grande exaltação dos sentidos humanos e do corpo; envolvendo músicas, danças, orgias e embriaguez; tudo amalgamado em um sentido *místico-religioso*. É nessa versão dionisíaca da loucura onde podemos identificar a primeira leitura espacial das manifestações de delírio: a própria relação entre corpo e espaço urbano.

Acreditava-se que o contato com a divindade era feito durante os rituais, que eram caminhadas coletivas em espaços abertos e em contato com a natureza. Os corpos ocupando posições neste espaço amplo, acabavam, de alguma forma, delimitando, em conjunto com a música e os outros elementos que configuravam o culto, o lugar de 'acontecimento' da loucura. "Não há, contudo, informações que permitam saber ao certo se para esses rituais havia uma estrutura espacial concreta, determinada por elementos físicos e arquitetônicos" (VIECELI, 2014, p. 27). Pode-se interpretar o *lugar vazio* do ritual dionisíaco grego como uma primeira arquitetura da loucura, no âmbito da experimentação.

Há um importante simbolismo no fato de o primeiro lugar da loucura ser o espaço aberto e livre, sem arquitetura concreta; pois, como se sabe, o encarceramento foi o destino da loucura no mundo moderno. As procissões gregas foram chamadas inicialmente de *Dionísias*, e, à medida que cresceram, se transformaram nas *Grandes Dionísias Urbanas*; grandes festas bastante aclamadas, e organizadas com um forte sentido político de sátira do povo para com o seu Estado.



Figura 2: Bacanal ou o Hierogamos de Dionísio & Ariadne. (Museo Archeologico Nazionale, Naples).
Fonte: arturjotaef-numancia.blogspot.com.br.

Segundo Vieceli, “apesar de ter sido por muito tempo uma manifestação reprimida pelo Estado grego, no início do século VI a.C., Pisístrato, o tirano de Atenas, oficializou o ritual e dedicou-lhe um templo na Acrópole: o Teatro Dionísio” (VIECELI, 2014, p. 28). Interessante notar o fato de que a primeira arquitetura grega de grande escala surge em razão da manifestação urbana da loucura. Fato simbólico, também, o de ter havido uma ação do Estado grego que se assemelha a uma tentativa de contenção de uma massa organizada que crescia cada vez mais, sendo a arquitetura a sua ferramenta. Fato é que o *Teatro Dionísio* foi o protótipo de todos os posteriores teatros gregos, além de ter sido palco do surgimento do teatro ocidental e da tragédia.

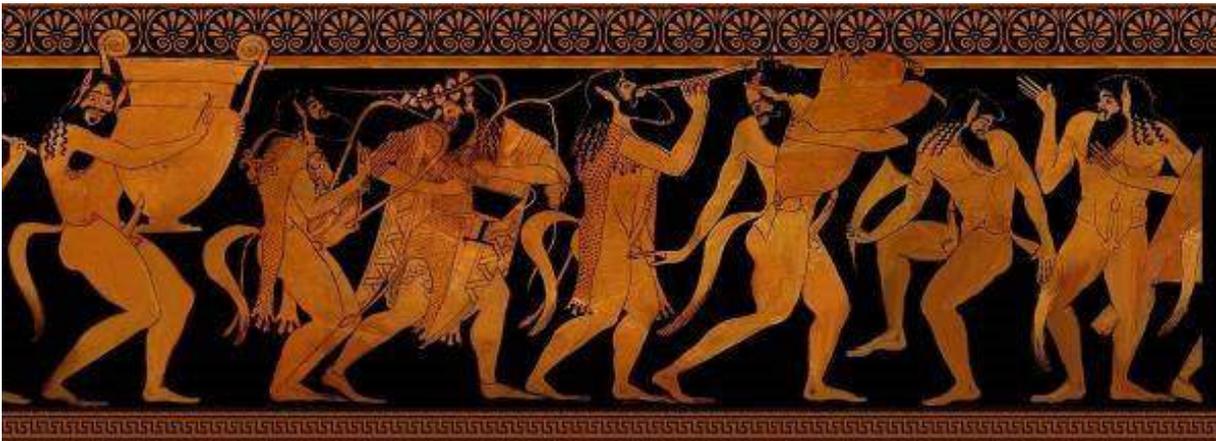


Figura 1: A festa do vinho. O regresso de Hefesto, Dionísio e os sátiros. (Harvard University Art Museums). Fonte: arturjotaef-numancia.blogspot.com.br.

No princípio, o teatro tinha apenas um local para a orquestra, em terra batida, um palco de madeira, sendo que os espectadores se acomodavam nas encostas naturais do terreno. Em 410 a.C. foram construídas arquibancadas em madeira. A construção em pedra, hoje em ruínas, é de cerca de 330 a.C. O teatro tinha dois níveis de arquibancadas separadas por uma plataforma de circulação. Os assentos acompanhavam o desnível natural do terreno, o espaço semicircular central era a orquestra, o ponto mais favorecido acusticamente e onde se colocava o coro que cantava, dançava e encenava. O palco localizava-se atrás do coro, em uma plataforma elevada e coroada por uma grande parede ornamentada que configurava os cenários.

O pensamento da relação de interdependência *corpo-espaço* das *Dionísias* foi abordado por Nietzsche no final do século XIX. Segundo Arturo José Ruiz Salatierra, para o filósofo alemão os teatros gregos surgem dos rituais, das

músicas e da dança; porém, é o movimento dos corpos conformando esses espaços o que retroalimenta a arquitetura; os edifícios nasciam à imagem e semelhança das necessidades do corpo, não só funcionais, mas também relacionais e experimentais:



Figura 3: Ruínas do Teatro Dionísio. Fonte: m-other-stories.blogspot.com.br.

A representação da tragédia dava-se com esse acontecimento em que os habitantes da cidade abandonavam, por um momento, suas tarefas e se encarregavam desse ritual ancestral, herdado das culturas mais antigas. Era quando se colocavam as máscaras e se experimentava a transformação do seu ser, onde se manifestava o 'fora de si'. Um estado de embriaguez semelhante aos rituais ancestrais (...) e onde se experimentava a primeira formação do espaço dionísíaco, os limites que se formavam diante da ação pulsional. Se tratava do coro, uma massa humana disposta em estado de embriaguez. (SALVATIERRA, 2012, p. 81, tradução nossa).⁹

A outra vertente da loucura abordada por Platão é, segundo Vieceli, uma experiência *médico-religiosa*. O deus em questão não é mais Dionísio, sim Asclépio, deus da cura. No século V a.C. surgem os santuários *Asklepieia*: conjuntos de edifícios; entre templos, dormitórios, termas, ginásios e teatros. Localizados em locais salubres, em contato com a natureza e sempre próximos a

⁹ La representación de la tragedia se daba como ese acontecimiento en el que los habitantes de la ciudad aparcaban, por un momento, sus tareas y se encomendaban a ese ritual ancestral, importado de las culturas periféricas. Era ahí donde se colocaban las mascarás y experimentaban la transformación de su ser, donde manifestaban el fuera de sí. Un estado de embriaguez parecido a los rituales ancestrales (...) y en el que se experimentaba la primera formación del espacio dionisiaco, los límites que se generan ante la acción pulsional. Se trataba del coro, de una masa humana dispuesta en estado de embriaguez. (SALVATIERRA, 2012, p. 81).

fontes de água; os santuários tinham um caráter *místico-científico*, e os *asclepiades* (*médicos-sacerdotes*) “acreditavam na cura pela harmonia da relação entre corpo e alma” (VIECELI, 2014, p. 30).

O santuário da cidade de Cós¹⁰, por exemplo, se configurava em três níveis. Acessando o complexo por uma escadaria, no primeiro nível tinha-se a porta de entrada sob uma sequência de arcos desenhados em forma de U que continha, à esquerda um altar de estátuas e os banheiros; e à direita os banhos termais e um muro de contenção próximo a uma fonte de água. Por meio de outra escada se acessava o segundo patamar onde via-se um templo e um altar de Asclépio, um templo de Apolo, uma câmara fechada, uma êxedra (local de reuniões), as salas dos sacerdotes e a escadaria que levava ao terceiro patamar. No último nível encontrava-se o grande templo de Asclépio e outra grande sequência de arcos em forma de ‘U’ que delimitava as salas dos pacientes.

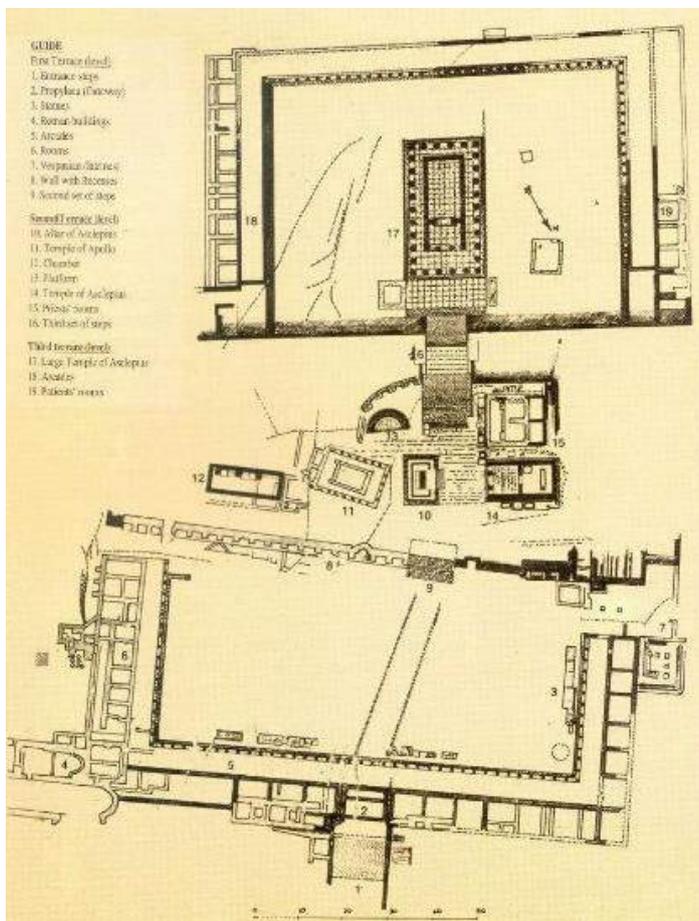


Figura 4: Planta do Asklepieia da cidade de Cós, ilha grega. Construído em 357 a.C., o santuário foi palco do surgimento da medicina; os tratamentos tinham um caráter menos místico dos que aconteciam nos oráculos e mais científicos, claro que com um caráter muito mais experimental e de observação. Nesse contexto destaca-se a figura de liderança de Hipócrates, o pai da medicina. Imagem presente no livro de M.S. Kiapokas, *Hippocrates of Cos and the Hippocratic Oath*, Athens 1999, p. 164. Fonte: ostia-antica.org.

Apesar da presença do santuário indicar uma *função* de *cura*, cidades como Cós recebiam todo tipo de manifestação da sociedade grega, como os encontros socioculturais, os esportes, a dança, a música e o teatro; atividades contextualizadas com o culto do deus Asclépio. Dessa forma, os *Asklepieia* tornaram-se locais de grande deslocamento populacional e de encontros sociais.

¹⁰ Segundo Vieceli, em todos os complexos Asklepieia existiam escolas de medicina. Hipócrates fazia parte da família dos asclepiades de Cós, e foi lá que tais escolas laicas começaram a ganhar autonomia perante as organizações religiosas praticando uma medicina indutiva, de observação e experimentação.

É importante ressaltar a grande diferença entre a versão moderna de *doença mental* com esse momento da experiência grega. A visão de loucura como patologia da mente é posterior ao desenvolvimento e consolidação de um saber científico: a psiquiatria; além do que, está inserida em um jogo de relações de poder entre médico e paciente em um local de confinamento. Nos santuários de Asclépio, mesmo havendo o início de uma observação científica dos *loucos*, essa experiência ainda estava totalmente ligada à questão religiosa e mística; além de haver total liberdade de escolha e circulação em todos os espaços.

A figura de Hipócrates é muito importante para esse rompimento da questão religiosa com a médica, no momento em que o 'Pai da Medicina' passou "a entender a loucura como desarranjo da natureza orgânica, corporal, do homem (...) os processos de perda da razão ou do controle emocional passam a constituir efeitos de tal desarranjo" (PESSOTTI, 1994 apud OLIVEIRA, 2010, p. 3). A visão organicista da loucura, mesmo que já demonstrada sua diferença com a atual, nasce, portanto, na Grécia, e alcançaria sua expressão máxima na modernidade.

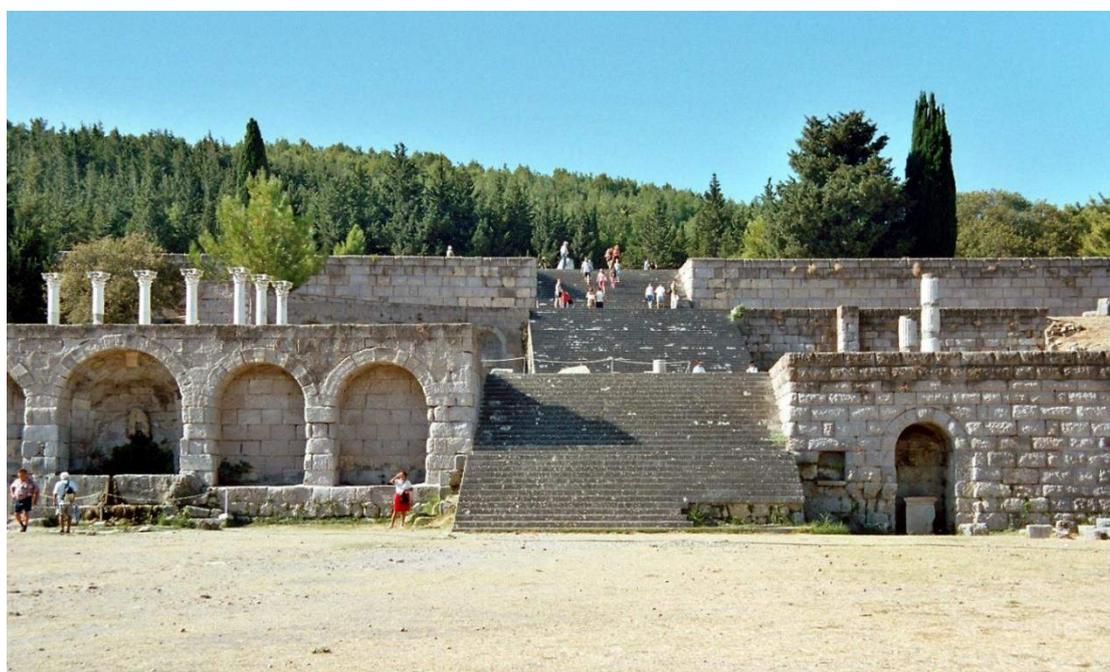


Figura 5: Vista frontal das ruínas do Asklepieia de Cós. Fonte: en.wikipedia.org.

Pode-se perceber que a antiguidade clássica carrega diversos significados e interpretações sobre a loucura, ao mesmo tempo que todas essas visões são harmoniosas e presentes na vida cotidiana da sociedade grega. Dessa maneira, os locais destinados ou apropriados pela loucura – sejam eles santuários, templos, teatros, ou o próprio espaço urbano em experimentação – acompanham essas variadas leituras da loucura, sendo também os mesmos lugares de encontro, de trocas sociais e de desenvolvimento cultural de toda a Grécia. Em uma inevitável comparação com a nossa época, é direta a colocação de um fato: não existia a ideia de exclusão dos *loucos* na antiguidade; ainda que os mesmos carregassem um protótipo de rótulo de diferença, eles conviviam em sociedade, eram atores sociais, produtores de potências criativas e ocupantes de todo e qualquer espaço; lugares nunca enclausurados, sempre permeáveis e propícios para a prática da liberdade.

1.2. Loucura Demoníaca da Idade Média

O trabalho dará agora um grande salto temporal até a Idade Média, período no qual uma transformação significativa ocorreu no entendimento da loucura e, em consequência, nos espaços destinados a ela. O *cristianismo* se colocava na Europa como principal doutrina religiosa, e suas ideias e práticas moldavam a nova forma urbana que se constituía.

Segundo Oliveira, já a partir do século II d.C., a loucura passa a ser entendida como *possessão demoníaca*, ou seja, todas as práticas e comportamentos que não se inserissem dentro da doutrina cristã eram consideradas heresias e julgadas como bruxaria. A loucura medieval estava associada ao pecado e à culpa, acreditava-se que a loucura (manifestada através de alucinações, tremores, cegueiras e doenças desconhecidas) era causada pela presença de um demônio no corpo de um indivíduo. As práticas de cura, portanto, eram as mesmas práticas indicadas para a remissão dos pecados (peregrinações, confissões, preces, devoções, caridades, ervas, xaropes, torturas e, principalmente, o exorcismo) já que a medicina da época era submissa às crenças religiosas. O domínio ideológico da igreja católica leva à substituição dos médicos (herdados da Grécia e de Roma), pelos exorcistas, que tinham a missão de salvar a alma do louco, visto como um ser castigado por Deus e possuído pelo demônio.

Não havia diferenciação, por exemplo, entre um epilético e um libertino, um maníaco era facilmente confundido com um herege, um melancólico com um feiticeiro e todos eram incluídos no estigma de possessos. Os inadequados socialmente sejam eles loucos, hereges, alquimistas, feiticeiras, bruxas ou libertinos, estão postos no mesmo patamar e tinham o mesmo destino: o martírio, a forca, a fogueira ou o internamento. (OLIVEIRA, 2010, p. 6).

É possível interpretar na obra de Nietzsche uma relação entre o *idealismo platônico* (mundo real x mundo das ideias) e o moralismo medieval (noções doutrinariamente estabelecidas de bem e de mal). Essa semelhança se dá através da metafísica, ou seja, de algo que representaria a *essência do ser* e da *existência* (presente no conceito de *coisa em si* de Immanuel Kant [1724 – 1804]). No campo de que trata esta pesquisa, apesar das semelhanças apontadas, é importante indicar uma diferença: enquanto na Grécia a associação da loucura com entidades divinas acontecia de maneira harmoniosa em razão do caráter de incontestabilidade dos deuses; no período medieval, a ligação da loucura com seres diabólicos não evitava as tentativas de intervenção nos corpos *loucos/possuídos* por parte da instituição religiosa predominante. O seguinte trecho do livro *O Martelo das Feiticeiras*¹¹, escrito por inquisidores do século XV, pode exemplificar a crença da presença de uma entidade demoníaca no interior de um corpo, exercendo influência sobre suas ações e percepções:

¹¹ O livro é uma espécie de manual de diagnóstico para bruxas. Publicado em 1487, divide-se em três partes: a primeira ensina os juízes a reconhecerem as bruxas em seus múltiplos disfarces e atitudes; a segunda expõe todos os tipos de malefícios, classificando-os e explicando-os; e a terceira regra as formalidades para agir 'legalmente' contra as bruxas, demonstrando como processá-las, inquiri-las, julgá-las e condená-las.

O corpo deve ter duas propriedades, a material e espiritual, análogas às que distinguem o real do aparente. Portanto, quando o diabo entra no corpo, se instala nas forças vinculadas aos seus órgãos, sendo capaz de nelas criar impressões. E através dessas operações e impressões projeta-se um espectro perante o entendimento (...). Tais impressões penetram também na vontade. Pois que a vontade forma sua concepção do que de bom provém do intelecto, desde que o intelecto interprete a concepção como boa, seja na realidade, seja na aparência. (KRAMER; SPRENGER, 2010).

Quanto à prática médica, é importante lembrar do que Foucault coloca sobre os hospitais e a medicina na Idade Média (e toda ela antes do século XVIII). O hospital não era um meio de cura, e a medicina não era uma prática hospitalar. O hospital era uma instituição de assistência aos pobres; tinha um caráter de caridade e era gerido por religiosos ou leigos. Já a prática médica, nada tinha de justificação científica, era uma relação individualista entre médico e paciente, de observação e tentativa de retomada do equilíbrio entre indivíduo e natureza nos momentos de crise¹². Além disso, o controle da igreja sobre as instituições estagnou os avanços e descobertas científicas no campo da medicina, por esta ser considerada, também, uma prática herege.

Vê-se, assim, que nada na prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia intervenção da medicina. As séries hospital e medicina permaneceram, portanto, independentes até meados do séc. XVIII. (FOUCAULT, 1990, p. 60).

A instituição hospital surge na Idade Média como local de caridade e solidariedade entre os homens. A caridade era vista como uma forma de salvação aos que possuíam bens. Os hospitais recebiam qualquer pessoa que necessitasse de qualquer tipo de cuidado, alojamento, alimentação, abrigo, ajuda, conforto, assistência ou tratamento: peregrinos, viajantes, doentes, deficientes, velhos, pobres e loucos. No início eram apenas enfermarias, farmácias ou hortas medicinais anexadas às catedrais, abadias ou mosteiros, sendo que os monges eram os responsáveis pelas práticas curativas.

Um importante documento histórico que abrange esse assunto é um pergaminho que descreve, através do desenho, como seria o mosteiro ideal para Saint Gall, uma abadia localizada na atual Suíça, construída em 613. No complexo proposto pode-se notar a presença de vários espaços como currais, cozinhas, refeitórios, oficinas, escolas, dormitórios, biblioteca, cemitério, igreja, entre outros espaços necessários para as atividades de isolamento e meditação dos monges. O que se destaca é a presença de espaços de acolhimento como a casa do médico, jardins medicinais, quartos para o abrigo dos pobres, capelas, enfermarias e salas de sangria. Tais locais de acolhimento foram os primeiros espaços que podem ser relacionados a uma prática hospitalar.

¹² Foucault aponta que a noção medieval de cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico. Este deveria agir sobre o paciente especificamente no momento da crise, pois era somente durante a crise que se confrontavam no indivíduo a sua natureza sadia com o mal que o atacava.

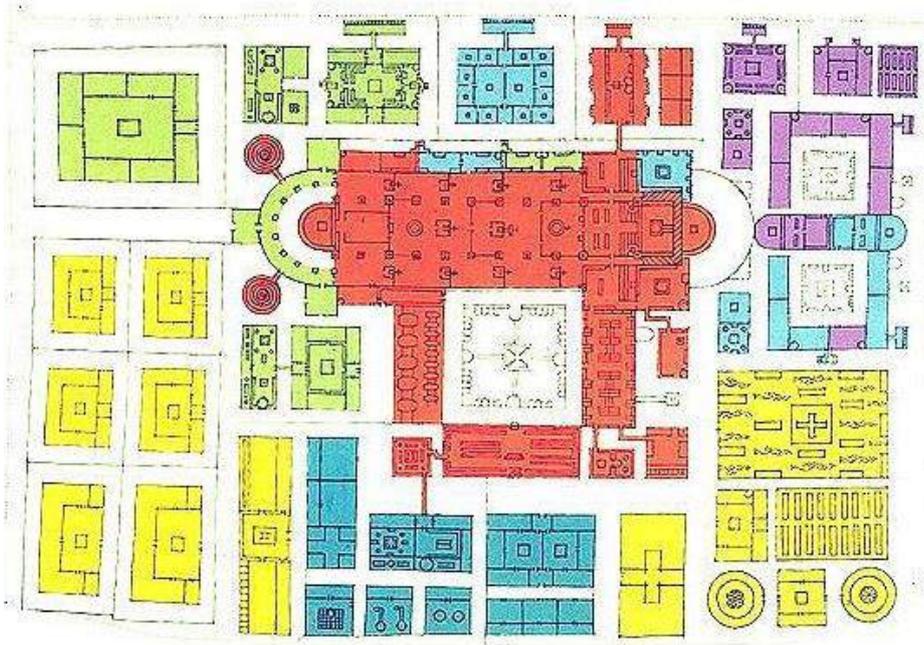


Figura 7: Reconstituição do Pergaminho de Saint Gall em esquema de cores. Em Roxo mostram-se os espaços reservados à saúde e à medicina; em Azul Claro estão os espaços de educação, tanto do público quanto dos noviços; em Verde os locais de recepção, de nobres, peregrinos e pobres; em Vermelho as dependências da Igreja; em Amarelo os espaços de jardins, pomares, criadouros de animais e agricultura; por fim, em Azul Escuro os lugares reservados à arte e oficinas. Fonte: studyblue.com.

A presença desses espaços de acolhimento dentro dos mosteiros é o que indica a constituição do hospital como uma herança medieval. A visão de *cura*, entretanto, era bem diferente de como entendemos hoje, funcionava muito mais no sentido de amparo ou auxílio, sendo o hospital muitas vezes visto como um *morredouro*, espaço do último sacramento e da salvação eterna; que recebia doentes, loucos, devassos, prostitutas, viajantes e pobres moribundos, funcionando como um instrumento de 'limpeza' da imagem das cidades.

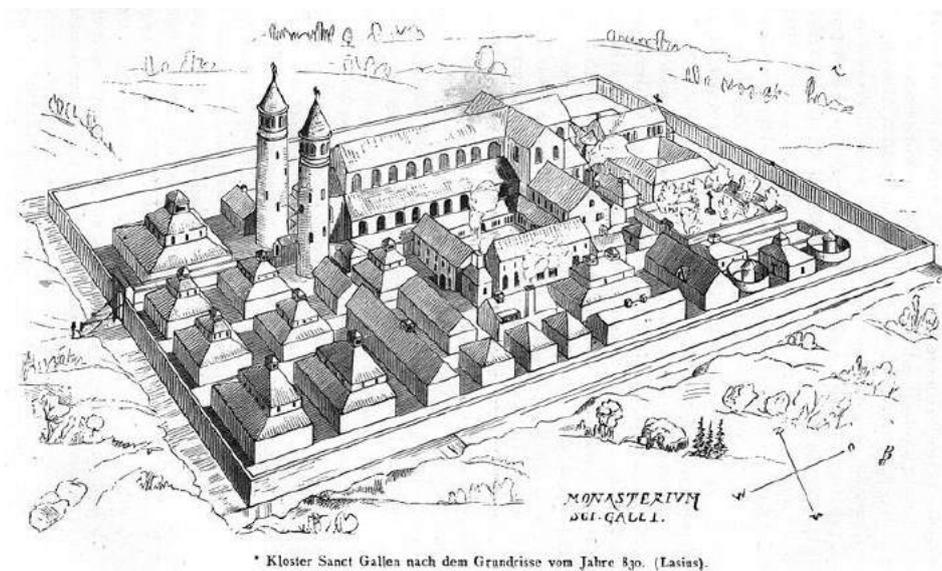


Figura 6: Reconstituição em perspectiva da Abadia de Saint Gall. Fonte: pinterest.com.

Assim como nos santuários *Asklepieia* gregos, não havia a desvinculação dos espaços medicinais com os religiosos, tanto que a partir de 816 tornou-se obrigatória a construção de um hospital junto a cada catedral. Esses locais anexos foram chamados de *Domus Dei* (Casa de Deus) ou *Hospitalias*.

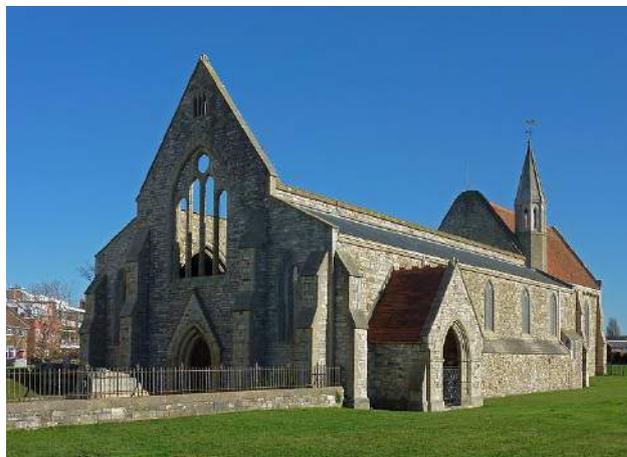
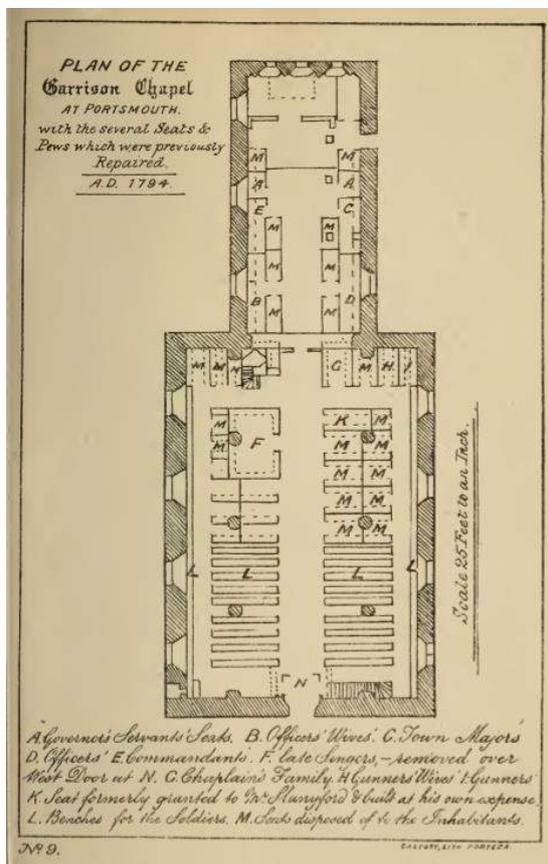


Figura 9: Royal Garrison Church, Portsmouth, Inglaterra. *Domus Dei* Fundada em 1212 para receber os peregrinos estrangeiros. Tem uma configuração espacial bastante semelhante à de uma igreja da época. Os leitos dos acolhidos se localizavam na grande nave; sendo que a nave menor correspondia à capela. Fonte: 86uk.com.

Figura 8: Planta da Royal Garrinson Church (*Domus Dei*) datada de 1749. Fonte: franksdermatomyositisjournal.blogspot.com.br.

Apesar da existência da instituição hospitalar, os loucos viviam em liberdade, assistidos por caridade assim como os pobres; havendo intervenção somente quando eram considerados perigosos ou perturbadores da ordem pública. Nestes casos, eles eram enviados a prisões, se misturando com presos de direito comum. Tais prisões eram locais especiais dentro de castelos, não tinham edifícios específicos. Somente a partir do século XIII aparecem edifícios com funções de abrigar (trancafiar) somente os loucos: calabouços insalubres onde se morria rapidamente.

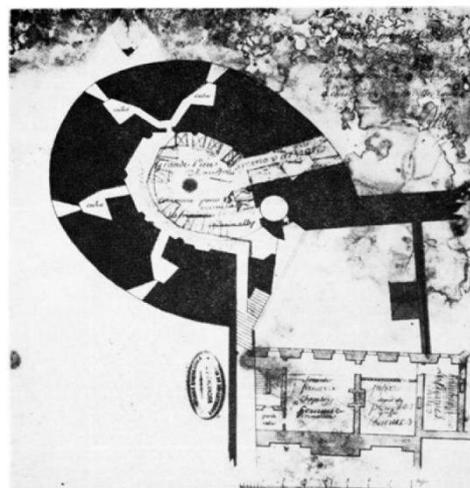


Figura 10: Foucault aponta a Torre dos Loucos de Caen (já demolida) como uma prisão específica para loucos perigosos. Construída em meados do século 15, tinha uma planta em forma de ferradura com trinta metros de diâmetro, paredes com sete metros de espessura e uma altura total de trinta metros divididos em quatro pavimentos. Fonte: Lugares da Loucura, Vieceli, 2014.

Atribui-se ao movimento militar das Cruzadas (século XI) o aparecimento da lepra na Europa Ocidental. A doença teria se espalhado pelo continente após o contato com o leste europeu e a Ásia, onde era endêmica. Há, entretanto, registros da doença anteriores às Cruzadas. Fato é que a lepra tem um importante papel na história da loucura.

Foucault começa o texto de *História da Loucura* contextualizando o desaparecimento da doença no século XV, o que gerou a seguinte situação: os leprosários – grandes edifícios isolados, normalmente em montanhas, e administrados por membros da igreja, que tinham a função de excluir os leprosos do convívio social, já que não se conhecia nenhum tipo de tratamento para a doença – ficam vazios. O autor aponta que a exclusão espacial dos leprosos correspondia à sua morte social, ou seja, sua desqualificação política e jurídica. Os leprosos eram vistos como a classe responsável pelas desgraças da sociedade, sobre eles era depositada toda a responsabilidade pelos problemas urbanos, não só no sentido da saúde pública, mas também de um imaginário negativo gerado pelo medo e pelas imagens monstruosas e de estranheza. A cidade tinha de ser purificada, ser livre e limpa desses indivíduos.

Figura 11: Pintura medieval representando a chegada de um leproso a um leprosário. Fonte: medievalists.net.



O fim da lepra gera um vazio não só espacial nos leprosários, há também o vazio de se depositar a culpa em alguém ou em alguma classe. Os grandes edifícios, economicamente inativos, deveriam ser ocupados por alguém. De início, os novos moradores foram os doentes venéreos, porém, em alguns anos as doenças foram adquirindo tratamentos medicinais e os leprosários ficaram novamente vazios. Posteriormente a loucura recebe essa 'missão' de preencher os vários prédios espalhados pelo continente e de ser a classe a ser purificada, a ser isolada da sociedade racional e pura.



Figura 12: Leper Hospital Of St. Bartholomew, Oxford. Fonte: bookdome.com.

O louco foi protagonista da segregação social neste período (os leprosários também eram ocupados por pobres, vagabundos e presidiários). Esse fato é importante para o entendimento da lógica manicomial moderna, pois o leprosário foi o primeiro edifício que, mesmo passando por diversas transformações nominais, ideológicas, científicas e políticas, manteve até o século XX um sentido: o de exclusão. Exclusão espacial, social, política, jurídica e moral.

Outro lugar da loucura, bastante significativo, se deu no final da Idade Média: foi a chamada *Nau dos Loucos*. Foucault coloca que, no geral, os loucos vivam em liberdade e eram assistidos por suas comunidades. Situação diferente acontecia com os loucos forasteiros, que por vezes eram presos, torturados ou expulsos. No caso da expulsão é que surge a figura da nau, uma “embarcação em que os loucos eram colocados e carregados para longe de suas cidades natais (...) em busca da razão” (HADDOCK-LOBO, 2008, p. 64). A ‘busca da razão’ era a justificativa alegada, porém, Vieceli indica que a embarcação tinha como real função o transporte sem rumo dos loucos para que os mesmos nunca se estabelecessem em alguma cidade; ficavam prisioneiros da deriva do mar, sem lugar. A Nau dos Loucos elimina a noção de espaço da loucura enquanto local de acolhimento, caridade e liberdade, figurada nos hospitais e mesmo na vida cotidiana dos loucos da Idade Média. É a chamada ‘desterritorialização’ da loucura.

Todo esse desejo de embarcar os loucos em um navio simbolizava uma inquietude em relação à loucura no final da Idade Média. A partir do século XV, ela passa a assombrar a imaginação do homem ocidental e a exercer atração e fascínio sobre ele. (VIEIRA, 2007, p 3).

Esse fascínio de que fala Priscila Piazzentini Vieira representa o que Foucault chamou de ‘experiência trágica da loucura’, visão atribuída ao período medieval e ao início da época do Renascimento. Percebe-se, portanto, de acordo com Vieceli, que:

Apesar dos casos isolados, de prisões e internações, os loucos das comunidades medievais tiveram, em sua grande maioria, um lugar de aceitação social, onde conviviam em liberdade, e eram acolhidos se não pela família, pela caridade cristã. (VIECELI, 2014, p. 40).

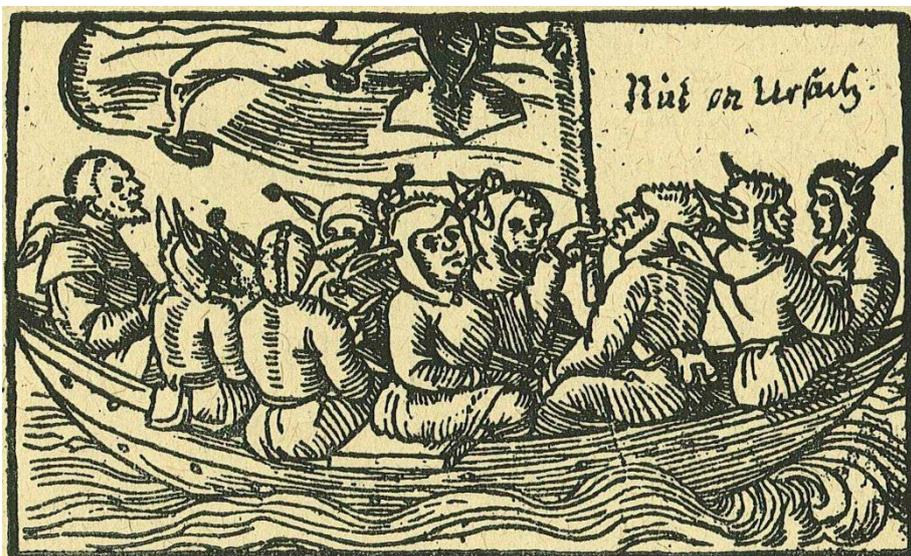


Figura 13: A Nau dos Insensatos retratada em uma xilogravura alemã de 1549. Fonte: pt.wikipedia.org.

A loucura, ainda livre, tinha, porém, espaços delimitados destinados a ela; como os hospitais (no sentido de assistência), as prisões (tanto as comuns como as específicas para loucos perigosos), os leprosários (edifícios de importância destacada no sentido do pioneirismo do asilo enquanto lugar de exclusão espacial/social) e, finalmente, a *errância* da água com a Nau dos Loucos, experiência trágica da loucura, bastante abordada nas artes e que seria uma insinuação, através da ideia de *não-lugar*, do que viria a ser o internamento a partir do século XVII. “Mas não havia personagens também na Nau dos Loucos, e esse grande embarque que os textos e a iconografia do século XV apresentavam não é a prefiguração simbólica do internamento?” (FOUCAULT, 2010, p. 104). Essa versão trágica, ou cósmica da loucura presente na Idade Média viria a ser substituída por uma visão mais crítica, ligada à razão humana no período do Renascimento.

1.3. Loucura Crítica do Renascimento

O período do Renascimento foi de grande avanço científico e de firmamento de uma economia mercantilista. Os hospitais gerais – não mais vinculados à igreja – se multiplicavam pela Europa, assim como os leprosários. No âmbito espacial, portanto, pouca diferença houve em relação à Idade Média, com exceção da noção de salubridade abarcada pelos hospitais, que ainda mantinham seu funcionamento no sentido da caridade e filantropia, mas que começavam a desenvolver e a incorporar o emergente pensamento científico. Houve uma desvinculação da instituição hospitalar com a igreja, um processo de laicização; essa quebra teve seus reflexos no desenho dos hospitais, que passaram a seguir não mais a tipologia religiosa, sim a forma dos palácios – com destaque para os pátios internos como elementos recorrentes em razão da melhor ventilação, iluminação e distribuição espacial.

No campo teórico, entretanto, o período foi de grande importância na história da loucura. Foucault coloca que havia uma relação de complementaridade entre a loucura e a razão neste período. O pensador demonstra tal vínculo por meio da separação entre duas experiências: a ‘loucura trágica’ e a ‘loucura crítica’.

A experiência trágica da loucura, ligada por Foucault à pintura de Hieronymus Bosch (1450 – 1516) da *Nau dos Loucos* de 1503-04, se refere a um entendimento da figura do louco como o detentor de toda a verdade obscura buscada pelos homens, a ingenuidade do louco continha um conhecimento cósmico que era impossível de ser alcançado pela razão; a loucura “reivindica para si mesma o estar mais próxima da felicidade e da verdade que a razão, de estar mais próxima da razão que a própria razão” (FOUCAULT, 2010, p. 15).

A loucura existe nesta época como uma forma de sabedoria ou mesmo um caminho que conduz a ela (...), uma sabedoria que o louco possui em seu status de ‘figura cósmica’, já que o seu delírio nada mais revela que a verdade do mundo – nesse sentido, a experiência renascentista da loucura tem, portanto, seu fundamento na realidade. (HADDOCK-LOBO, 2008, p. 65).

A experiência crítica, por sua vez, é ligada por Foucault à obra de Erasmo de Roterdã (1466 – 1536), *Elogio da Loucura* de 1511. Era contrária a tais explicações metafísicas da visão cósmica e alegava que a loucura surgia no homem através de

suas práticas morais. O livro de Erasmo era uma sátira à emergência da racionalidade, colocando sempre a loucura em relação contrária a esta e, ao mesmo tempo, a desvinculando de qualquer manifestação metafísica. Sobre a obra, Foucault afirma que para Erasmo “a loucura é um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo” (FOUCAULT, 2010, p. 24).

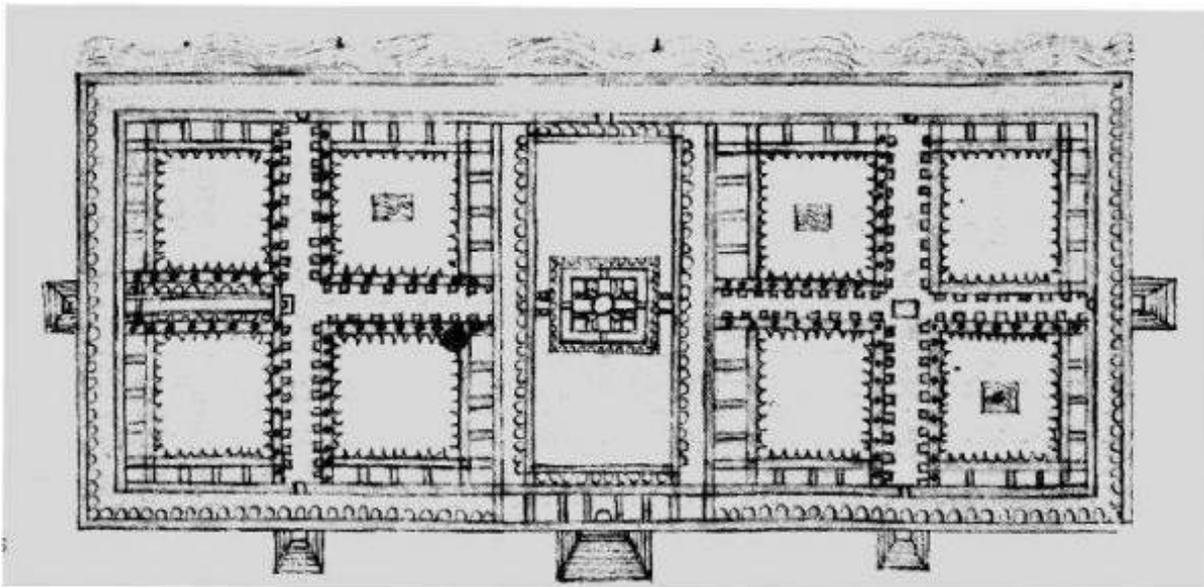


Figura 14: Ospedale Maggiore de Milano, importante hospital renascentista. Destaca-se o Pátio Central onde se localiza a Capela; a distribuição em cruz dos alojamentos configurando os pátios menores e a perfeita simetria do conjunto. Fonte: lombardiabeniculturali.it.

Com um destacado lugar nas artes, na literatura e na filosofia, o tema da loucura aparecia, no início do Renascimento, com a coexistência das duas versões apontadas por Foucault. Porém, no início do século XVI, começa a haver o que o pensador chamou de ‘guerra’ entre as duas experiências. Para ele “tudo o que havia de manifestação cósmica obscura da loucura, tal como a via Bosch, desapareceu em Erasmo” (FOUCAULT, 2010, p. 24).

É por isso que justo nesse momento, em que coabitam de modo paradoxal e simultâneo estas duas leituras da loucura, a filosófica e a artística, acontece a exclusão lógica e topográfica da loucura: o louco, desterritorializado, zanzando pelos mares ou enclausurado, começa a ser excluído paulatinamente da razão – o que, por fim, acarretará também a sua exclusão política, já que este não mais poderá exercer seus poderes como cidadão. (HADDOCK-LOBO, 2008, p. 65).

Portanto, a experiência crítica (ligada à ascensão do pensamento científico) ganha destaque e se sobrepõe à experiência trágica (ligada a visões clássicas e medievais). A relação entre loucura e razão, que antes era de complementaridade, no fim do Renascimento passa a ser de anulação.

Para Joel Birman, nesse momento de passagem de uma visão trágica para crítica da loucura, Foucault anuncia a constituição da filosofia moderna, pois seria nesse intervalo que a razão, como a entendemos hoje, teria se constituído. Birman afirma que a negação da loucura foi fundamental para a ascensão do racionalismo em René Descartes (1596 – 1650):

Com efeito, foi com o estabelecimento do campo da razão que o da desrazão foi instituído, já que Descartes, nas *Meditações*, excluía a loucura do registro do pensamento. Portanto, para a loucura não seria possível enunciar o 'penso, logo existo', pois não existiria naquela nem sujeito nem, tampouco, verdade. (BIRMAN, 2015, p. 37).



Figura 15: A loucura: desenho de Hans Holbein na primeira edição do *Elogio da Loucura*. Basileia, 1515. Fonte: turmanet.net.

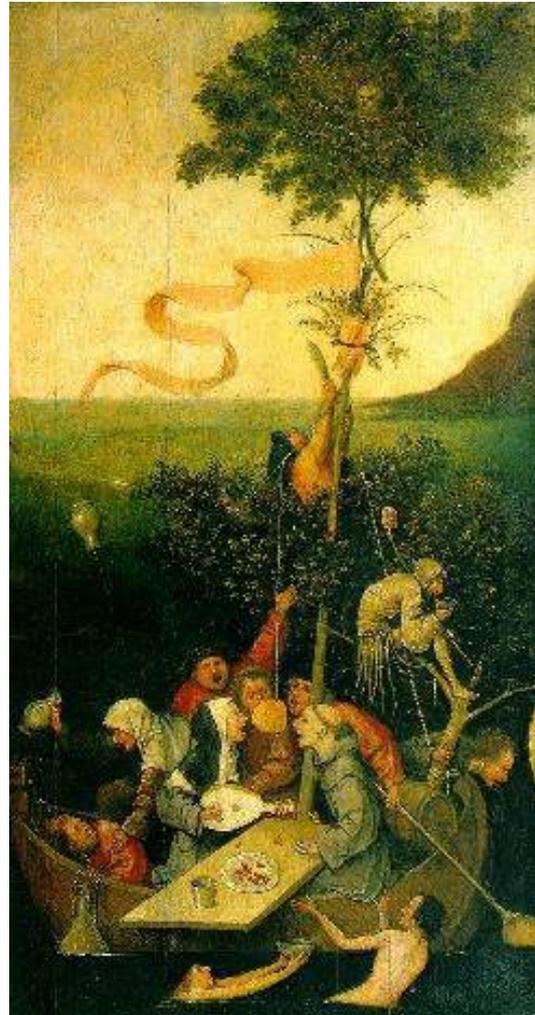


Figura 16: Fragmento da pintura de Bosch chamada *Nau dos Loucos*, datada de 1490 - 1500. Fonte: pt.wikipedia.org.

A loucura vista como a negação da razão, frente à supervalorização do pensamento *racional-cientificista*, servia como justificativa para sua exclusão, seja ela espacial, política ou moral. Essa exclusão já era vigente na Idade Média, com a *Nau dos Loucos*, os leprosários ou mesmo os hospitais gerais; porém, tais práticas estavam implicadas em um sentido generalizado de aprisionamento, ou seja, abarcava todas as classes consideradas escórias da sociedade principalmente em um sentido econômico: pobres, mendigos, prostitutas, entre outros. Não se tratava, ainda, de uma exclusão institucionalizada da loucura. Tal situação, anunciada no Renascimento, viria com o surgimento das instituições totais no final do século XVII, que seriam os moldes do manicômio moderno.

1.4. Loucura Disciplinada dos Séculos XVII/XVIII: os primeiros edifícios asilares e a institucionalização da loucura

O título original da obra clássica de Foucault, publicada em 1961, é *Loucura e Desrazão – História da Loucura na idade clássica*. Mesmo que a partir da edição de 1972, o título tenha sido alterado para sua versão atual, *História da Loucura na idade clássica*, a primeira versão mostra a intenção do filósofo francês de demonstrar a diferença que se estabelece entre a desrazão, vista como uma leitura naturalista, e a loucura, entendida como uma construção histórica e cultural.

Para Birman, retornando ao tema das experiências trágica e crítica, na *Nau dos Loucos* de Bosch, a loucura era representada como algo ameaçador, enquanto que no *Elogio da Loucura* de Erasmo, a mesma já era demonstrada de modo domesticado. É com a palavra 'domesticação' que o trabalho introduz o estudo dos lugares da loucura no século XVII, a partir dos entendimentos de Foucault da *cidade disciplinar*, instrumento responsável pela "lenta transformação da experiência da loucura em doença mental" (SAFATLE, 2015, p. 48).

Segundo Carla Regina França, com o surgimento da noção de *consciência* em Descartes, a *razão* e a *desrazão* não poderiam mais coexistir:

A consciência passa a ser o lugar do homem e o pensamento determina sua existência. Quando, então, os eventos no homem começam a acontecer por ele mesmo nascem as ciências naturais. Isto é, os eventos externos não têm mais poder de causa sobre o homem, ele tem como referencial o seu eu que é um eu racional. (FRANÇOIA, 2005, p. 47).

A racionalidade, em concordância com o pensamento científico e em um contexto de adestramento social, configura as bases da sociedade disciplinar. A noção de *liberdade* passa a ser relacionada ao que Foucault chama de *exercício do poder*.

Quando definimos o exercício do poder como um modo de ação sobre a ação dos outros, quando o caracterizamos pelo 'governo' dos homens uns pelos outros – no sentido mais extenso dessa palavra –, incluímos nele um elemento importante: o da liberdade. O poder não se exerce senão sobre 'sujeitos livres', e, na medida em que são 'livres' – entendemos por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade ou diversas condutas –, diversas reações e diversos modos de comportamento podem ocorrer. (FOUCAULT, 1980 apud NEGRI, 2015, p. 47).

Apesar de já ter sido apontada em períodos anteriores, é no século XVII que a dicotomia *Razão X Loucura* se firma como verdade incontestável, e é essa relação antagônica que coloca a razão "como fundamento de processos de administração da vida, como prática de determinação do equilíbrio adequado dos corpos em suas relações a si mesmos e ao meio ambiente que os envolve" (SAFATLE, 2015, p. 49). Nesse contexto, a cidade, seja em seu campo político ou moral, passa a intervir sobre os corpos livres dos indivíduos. A disciplina é um exercício que

fabrica corpos produtivos social e economicamente. Em *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*, Foucault refere-se ao homem moderno como o produto de processos de sujeição, ou um 'corpo dócil e útil'.

Ana Paula Freitas Guljor aponta que esse período de afirmação do pensamento racionalista é amparado pelo surgimento da corrente chamada *Iluminismo*. Para os iluministas, a pobreza era um obstáculo a ser superado e tal ideia refletia nas ordens política, econômica e social da época. "A redenção se daria pelo trabalho que adquiriu um estatuto de virtude. Sendo assim, justificava-se a manutenção da internação de indivíduos marginais ao *status quo* da época" (GULJOR, 2003, p. 27).

O Iluminismo, no contexto de um estabelecimento da razão como verdade, insere-se no ambiente do surgimento da cidade disciplinar. Todas essas questões são determinantes para o *encarceramento* da loucura. É no final do século XVII que surgem as instituições totais, ou asilos.

Nos séculos XVII e XVIII a loucura foi duplamente confiscada: em primeiro lugar pela razão, e em seguida pelo internamento. Enquanto a cidade trancafiava os loucos, o pensamento racional trancafiava a loucura. (PELBART, 1989 apud VIECELI, 2014, p. 50).

Em *Microfísica do Poder*, Foucault fala de um 'poder político da medicina' que distribui, isola, individualiza e vigia cada indivíduo; fixando a sociedade "em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos" (FOUCAULT, 1990, p. 52).



Figura 17: O Suplício, prática comum na Europa nos séculos 16 e 17, é gradativamente substituído, segundo Foucault, pelas práticas disciplinares existentes dentro dos edifícios asilares, ou instituições totais. Fonte: ulbra-to.br.

Para o filósofo, a normalização disciplinar demarca espaços a serem ocupados, controla o tempo em que os indivíduos realizam suas atividades, estabelece sequências e ordenações dessas atividades em função de objetivos precisos, conduzindo ao adestramento e ao controle permanentes. (FONSECA, 2015, p. 32).

Segundo Foucault, os mecanismos disciplinares são antigos, mas existiram em estado isolado, fragmentados; até que na passagem do século XVII para o XVIII, o poder disciplinar foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens. Esse novo *modus operandi* da disciplina se contextualiza com a crise econômica do período. A presença de muitos ociosos nas ruas; entre mendigos, miseráveis, doentes, idosos e loucos; contrastava com a lógica mercantilista e centrada na produção econômica e, posteriormente, industrial. A disciplina atua no sentido de acabar com a ociosidade, transformando essa população em indivíduos produtivos economicamente. É nesse contexto que surgem os asilos e as grandes internações em massa.

Dentro das instituições totais, a disciplina atuava através da distribuição espacial dos internos, que tinham seus corpos inseridos em um espaço individualizado e classificatório. O movimento dos corpos dentro desse espaço era totalmente controlado não só nas ações finais, mas durante todo o cotidiano, o que exigia uma vigilância constante, além de todo o registro documental contínuo de tudo. Esses registros foram de extrema importância para o processo de medicalização dos hospitais, pois foi, a princípio, através de comparações desses documentos que as reformas dos hospitais gerais aconteceram no século XVIII. As 'viagens-inquérito', como denominou Foucault, tinham como objetivo definir um programa de reforma, fazer descrições funcionais, levantar dados estatísticos, analisar os procedimentos e os espaços dos locais visitados, a partir de análises da documentação científica produzida pelas instituições:

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. Houve na Europa uma série de viagens, entre as quais podemos destacar a de Howard, inglês que percorreu hospitais, prisões e lazaretos da Europa, entre 1775/1780 e a do francês Tenon, a pedido da Academia de Ciências, no momento em que se colocava o problema da reconstrução do Hotel-Dieu de Paris. (FOUCAULT, 1990, p. 58).

O Hotel-Dieu é considerado o mais antigo hospital da França; fundado em 651, foi diversas vezes reconstruído. No século XVIII, a instituição passou pela transição de Hospital Geral – ligado à caridade e benevolência – para Hospital de Enfermos – ligado à medicina e à ciência.

Segundo Kleber Pinto Silva, um incêndio em 1772 marcaria o Hotel-Dieu como a instituição responsável pela transformação tipológica dos hospitais que atingiu a modernidade. A grande necessidade de reconstrução do hospital culminou nas viagens do médico Tenon por toda a Europa para estudos espaciais dos hospitais.

A originalidade de seus relatórios reside no fato que ele não realizou a clássica e simples descrição da obra arquitetônica como 'monumento' ou pura fruição estética, mas, pela primeira vez e dentro do espírito da época, ele realizou os estudos com um olhar crítico, funcionalista. (SILVA, 2001).

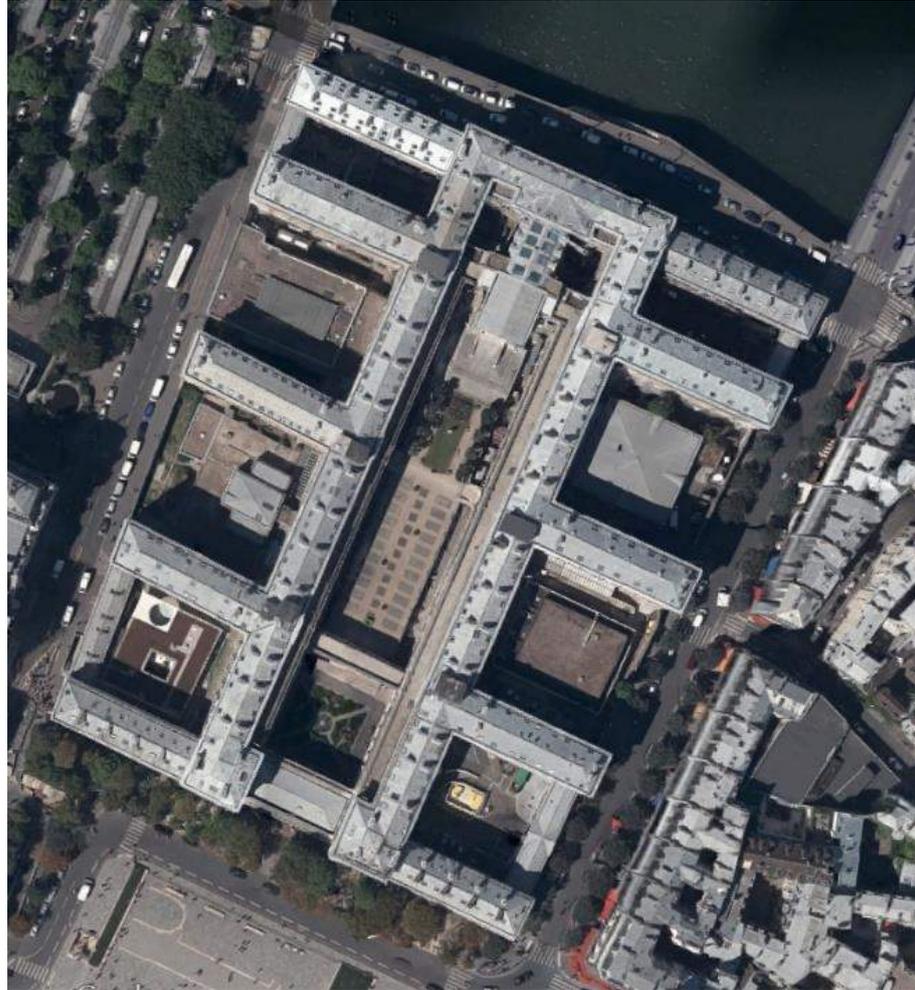


Figura 18: Imagem aérea do Hotel-Dieu. Fonte: maps.google.com.

O resultado dessas pesquisas foram diversas normas e observações que configuraram o modelo tipológico de hospital adotado por toda a Europa dos séculos XVIII ao XX. A organização *pavilhonar* do espaço hospitalar foi adotada como ideal, pois permitia a ventilação cruzada, a iluminação natural e a estruturação dos serviços e dos compartimentos a partir dos eixos de circulação. Tenon estabeleceu que cada pavilhão deveria ter o número mínimo de três pavimentos, também propôs a interdição do uso de leitos coletivos e a separação dos internos por doença e por sexo. Cada pavilhão teria seu próprio núcleo de serviços e seu próprio serviço de registros, todos ligados à unidade central administrativa.

Como já colocado anteriormente, o hospital não era uma instituição médica e a medicina não era uma prática hospitalar. Esse processo de medicalização dos hospitais, que se deu no século XVIII, não foi uma ação exclusivamente científica, mas, a princípio, organizacional e de eliminação das desordens, tanto que teve início nos hospitais militares.



Figura 19: Vista do Hotel-Dieu, localizado às margens do Rio Sena, com destaque para seu grande pátio central e os pátios menores distribuídos lateralmente. Fonte: snipview.com.

Como se fez esta reorganização do hospital? Não foi a partir de uma técnica médica que o hospital marítimo e militar foi reordenado, mas, essencialmente, a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina. (FOUCAULT, 1990, p. 61).

Portanto, de maneira superficial, a ciência atribui ao médico o poder disciplinar; e a introdução das práticas disciplinares nos hospitais é o que acaba por *medicalizar*, dessa maneira, o espaço hospitalar.

É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. Tudo o que foi dito até agora pode explicar porque o hospital se disciplina. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas. (FOUCAULT, 1990, p. 62).

Para Foucault, antes do século XVIII a loucura não era sistematicamente internada, e era considerada somente uma forma de erro ou ilusão. Era vista como uma das culpadas dos erros do mundo, por isso o louco sempre estava no meio dos pobres, mendigos, velhos e todo tipo de classe considerada socialmente incapacitada. Só seria isolada quando considerada perigosa.

O internamento, prática difundida pela sociedade disciplinar, coincide com o momento em que a loucura deixa de ser entendida como um simples erro e passa

a ser interpretada “como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre” (FOUCAULT, 1990, p. 69); passa a ser excluída do que se chama ‘conduta regular normal’.

O papel do asilo nesse movimento de ‘normatização’ se dá pelo novo modo organizacional dos hospitais. O método disciplinar, agora aplicado à medicina, permitia, através do isolamento dos sintomas, descobrir uma verdade sobre uma doença, ao mesmo tempo que, pela experimentação, também produziam-se verdades sobre a tal doença. Dentro dos hospitais, portanto, havia a produção de saberes médico-científicos. A loucura, inserida nesse processo de produção de saberes, começa, também, a ser medicalizada.

Foi necessária a formação de uma nova sensibilidade social para isolar a categoria da loucura e destiná-la ao internamento. Essa segregação da loucura relaciona-se com as seguintes questões: uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, uma nova forma de reagir diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação. Serão, assim, esses temas que darão o sentido do modo pelo qual a loucura é percebida pela era clássica. (VIEIRA, 2007, p. 8).

Percebe-se, portanto, que no decorrer da história houve sempre um movimento de valorização do pensamento racionalista, que se alia a outros campos do saber como a disciplina, a ciência, a medicina e a arquitetura; em um constante processo de desvalorização da desrazão, que foi transformada em loucura e que, no final do século XVIII, ganha o rótulo de *doença mental*.

A alcunha de patologia cala e, de várias maneiras, cerca a loucura. Cerca no sentido espacial – é nesse momento, inclusive, que a arquitetura tem seu papel mais destacado dentro da história da loucura, com o manicômio moderno –; cerca no sentido político, pois o sujeito-louco passa a ser um descapacitado social; cerca no sentido moral, pois após esse período a loucura sempre teria incrustada em si o preconceito que dura até hoje; cerca, inclusive, no sentido corporal, com a ‘mortificação’ do sujeito dada pelos métodos de tratamento.

Aquém da razão, a desrazão. Experiência trágica encoberta pelo surgimento da loucura enquanto fato social, objeto de exclusão, de internamento, de intervenção. Como fazer para que a desrazão, na sua alteridade irreduzível, na sua ‘estrutura trágica’, interrogue o nascimento da própria racionalidade psiquiátrica que a reduziu ao silêncio ao convertê-la em loucura? (PELBART, 2015, p. 28).

2. MANICÔMIO: espaços da loucura na modernidade

Em seu livro *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade*, Marshall Berman (1940 – 2013) coloca que “ser moderno é viver uma vida de paradoxo e contradição” (BERMAN, 2007, p. 21). O pensador entende a modernidade como um período em constante transformação, onde se esperam mudanças positivas ao mesmo tempo em que se é preciso estar atento às grandes destruições. Para Berman, ser moderno é viver um turbilhão de transformações:

O turbilhão da vida moderna tem sido alimentado por muitas fontes: grandes descobertas nas ciências físicas, com a mudança da nossa imagem do universo e do lugar que ocupamos nele; a industrialização da produção, que transforma conhecimento científico em tecnologia, cria novos ambientes humanos e destrói os antigos, acelera o próprio ritmo de vida, gera novas formas de poder corporativo e de luta de classes; descomunal explosão demográfica, que penaliza milhões de pessoas arrancadas de seu habitat ancestral, empurrando-as pelos caminhos do mundo em direção a novas vidas; rápido e muitas vezes catastrófico crescimento urbano; sistemas de comunicação de massa, dinâmicos em seu desenvolvimento, que embrulham e amarram no mesmo pacote, os mais variados indivíduos e sociedades; Estados nacionais cada vez mais poderosos, burocraticamente estruturados e geridos, que lutam com obstinação para expandir seu poder; movimentos sociais de massa e de nações, desafiando seus governantes políticos ou econômicos, lutando por obter algum controle sobre suas vidas; enfim, dirigindo e manipulando todas as pessoas e instituições, um mercado capitalista mundial, drasticamente flutuante, em permanente expansão. (BERMAN, 2007, p. 25).

Todas essas grandes mudanças de que fala Berman tiveram início na passagem do século XVIII para o XIX; período do Iluminismo, da Revolução Industrial, Revolução Francesa, ascensão da burguesia e consolidação de uma economia capitalista em escala global. Dentro desse conturbado contexto uma figura se destaca no campo da medicina: o francês Philippe Pinel¹³ (1745 – 1826).

Pinel se interessava por assuntos relacionados às patologias da mente e no final do século XVIII tornou-se médico-chefe de dois hospitais/asilos de Paris: o *Bicêtre* (masculino); e *La Salpêtrière* (feminino). Como dito no Capítulo 01, os hospitais europeus começaram a inserir o pensamento científico em seus modelos de funcionamento, porém, ainda mantinham os sentidos de caridade e acolhimento, havendo a convivência espacial de pobres, loucos, doentes, idosos, deficientes e criminosos. Com as transformações sociais e científicas, houve a separação dessas diversas classes marginalizadas em instituições distintas: aos doentes, o hospital; aos idosos, o asilo; aos criminosos, a prisão. Pinel teve um importante papel na criação desse espaço exclusivo e institucionalizado dos loucos: o manicômio.

¹³ Pinel é considerado o pai da Psiquiatria Moderna. É creditado a ele o entendimento de que o sofrimento da mente era na verdade uma doença e que deveria ser tratado como tal. Pinel ‘libertou’ os loucos dos hospitais dos quais era médico-chefe para estudar isoladamente suas patologias.

Até o final do século XVII, segundo Foucault, loucura e razão não estavam ainda separadas. Não havia um vazio entre elas. Loucura e não-loucura, razão e 'des-razão' estariam confusamente implicadas. Para Foucault, durante a Época Moderna, o renascimento científico, associado à filantropia, buscou progressivamente cercar a loucura. Essa tendência se deu dentro da ordem absolutista. Assim ocorreu a passagem da experiência medieval da loucura para a atual, que a confina como o estatuto de doença mental. (PEREIRA NETO, 1998, p. 638).

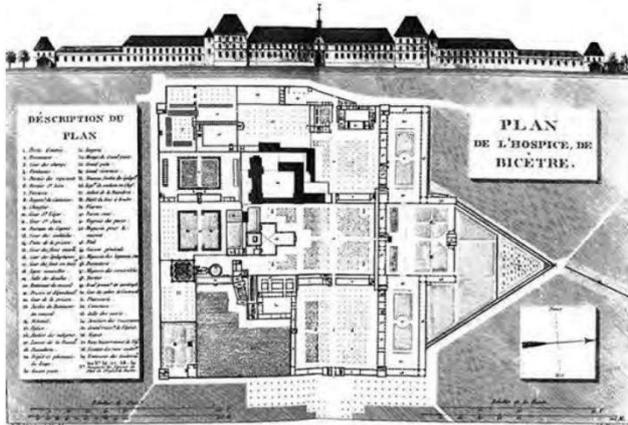


Figura 21: Plano e Fachada do Hôpital Bicêtre. Fonte: Lugares da Loucura, Vieceli, 2014.

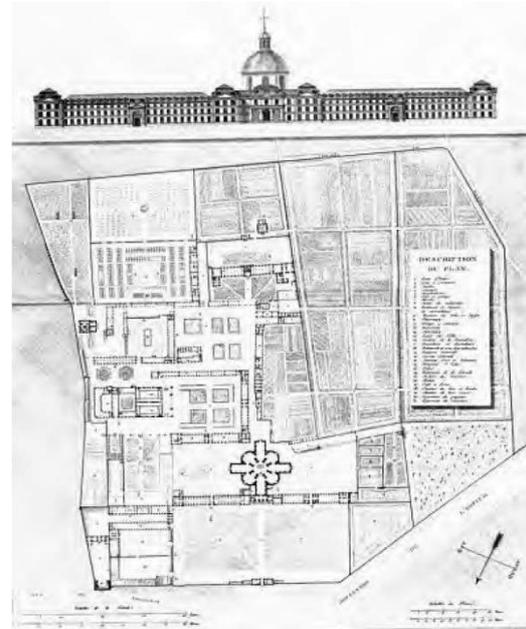


Figura 20: Plano e Fachada do Hôpital La Salpêtrière. Fonte: Lugares da Loucura, Vieceli, 2014.

Após o ato simbólico de 'libertação das correntes', a intenção de Pinel era que os loucos fossem isolados espacialmente para que, dessa forma, suas patologias pudessem ser observadas e estudadas uma por uma. Essa particularização da loucura foi o que deu margem para a mesma ter sido 'domada' pela ciência, para que fossem produzidas verdades e saberes científicos sobre ela. A transformação da loucura em doença mental foi o que estabeleceu em bases firmes um novo campo da medicina: a Psiquiatria.

Porém, ainda não era possível excluir os loucos sem uma justificativa jurídica. Foi preciso que o imaginário social fosse moldado através da construção de uma noção de periculosidade do louco. Pinel entendia que o louco era o deficiente da razão, e que por isso não poderia responder por suas atitudes perante a lei. A tutela e o isolamento social, portanto, eram vistos como privilégios da classe que antes se misturava a toda a parcela marginalizada da sociedade.

Todos esses fatores foram essenciais para a consolidação dos manicômios; edifícios que se espalharam por todo o mundo, respaldados por uma justificativa científica, pela já amplamente aceita visão de doença mental; por uma atuação de poder do médico sobre o paciente, em razão das práticas disciplinares e tratamentos que acompanhavam a evolução das tecnologias; pelo fator econômico, já que havia uma ligação entre a noção de sanidade com a capacidade de trabalhar do indivíduo; pelo fator psicológico, em razão do preconceito sofrido e dos estigmas que foram criados sobre os sujeitos-loucos; e também a questão espacial, que, como veremos, tinha um papel de destaque no tratamento moral.

A história da loucura nos séculos XVIII e XIX é quase sinônimo da história de sua captura pelos conceitos de alienação e, mais tarde, de doença mental. Esse processo tem seu significado vinculado à criação de um novo modelo de homem ou de um novo sujeito na modernidade. Essa nova noção de sujeito se funda no surgimento da ideia de indivíduo e se concretiza na consolidação do sujeito do conhecimento cartesiano, pautado na racionalidade científica que se torna hegemônica como método de produção de conhecimento. Fazendo emergir um pensamento mecanicista, baseado nos princípios de causalidade e previsibilidade, esta racionalidade permite o surgimento de um sujeito da Razão. A loucura se torna seu contraponto: é capturada como sujeito da desrazão. (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 74).

2.1. Loucura, Corpo e Espaço na questão manicomial

Guljor aponta que o tratamento moral realizado dentro dos manicômios para a correção de um erro na mente do paciente, acontecia a partir de três importantes questões: o isolamento do mundo externo, dado tanto pela localização do edifício manicomial em relação à cidade, quanto pelos altos muros quase intransponíveis; a submissão à autoridade do médico, posicionamento hierárquico reafirmado pelo saber científico; e a organização e disciplinarização espacial. É sobre esse último tópico que o trabalho refletirá nesse momento: a relação entre o corpo-louco e o espaço manicomial.

Em *Vigiar e Punir*, Foucault trabalha com o termo 'corpos dóceis' para se referir aos indivíduos sujeitos às práticas disciplinares:

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. (FOUCAULT, 1977, p. 127).

A visão de 'utilidade' está intimamente ligada à questão do trabalho – reflexo da sociedade capitalista – pois o louco tinha como erro principal a ser corrigido, a sua incapacidade de produzir economicamente.

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (FOUCAULT, 1990, p. 47).

O modelo arquitetônico que continha a máxima expressão do racionalismo moderno surgiu ainda no século XIX: o *Panóptico* proposto por Jeremy Bentham¹⁴. Essa tipologia em formato de anel envidraçado com uma torre no centro tinha como conceito a vigilância e a correção de indivíduos destoantes de uma ordem social, buscando a homogeneização de uma parcela da sociedade.

É polivalente em suas aplicações: serve para emendar os prisioneiros, mas também para cuidar dos doentes, instruir os escolares, guardar os loucos, fiscalizar os operários, fazer trabalhar os mendigos e ociosos. É um tipo de implantação dos corpos no espaço, de distribuição dos indivíduos em relação mútua, de organização hierárquica, de disposição de centros e dos canais de poder, de definição de seus instrumentos e de modos de intervenção que se podem utilizar nos hospitais, nas oficinas, nas escolas, nas prisões. Cada vez que se tratar de uma multiplicidade de indivíduos a que se deve impor uma tarefa ou um comportamento, o esquema panóptico poderá ser utilizado. (FOUCAULT, 1977, p. 181).



Figura 23: Fotografia externa do Presidio Modelo em Cuba, 2005. Fonte: en.wikipedia.org.



Figura 24: Fotografia interna do Presidio Modelo em Cuba, 2005. Fonte: en.wikipedia.org.

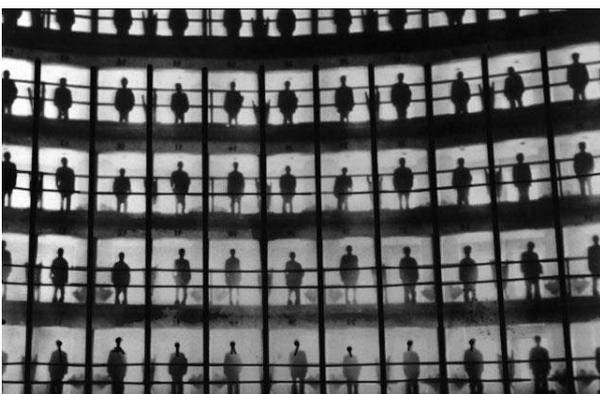


Figura 22: Fotografia interna do Presidio Modelo em Cuba, sem data. Fonte: hieronymusbosch1450.wordpress.com.

¹⁴ Jeremy Bentham (1748-1832) foi um filósofo e jurista inglês, um dos últimos iluministas a propor um sistema de filosofia moral. Buscava uma reforma legislativa com base em um governo autoritário.

No corpo-circunferência do edifício, vê-se a divisão em várias celas individuais com os fechamentos de frente e de fundo totalmente envidraçados. No centro do anel encontra-se uma torre com o topo conformando uma sala também envidraçada panoramicamente. A ideia é que somente um funcionário colocado no topo da torre, possa vigiar todos os internos isolados em suas celas. O jogo de luz permite que o vigia possa perceber cada silhueta colocada estrategicamente; sendo que os vigiados não o podem ver. Foucault chama esse jogo de 'exercício automático do poder', pois mesmo que não tenha qualquer pessoa no topo da torre, os trancafiados (loucos, doentes, estudantes, soldados, funcionários, etc.) não podem saber se estão ou não sob vigília.

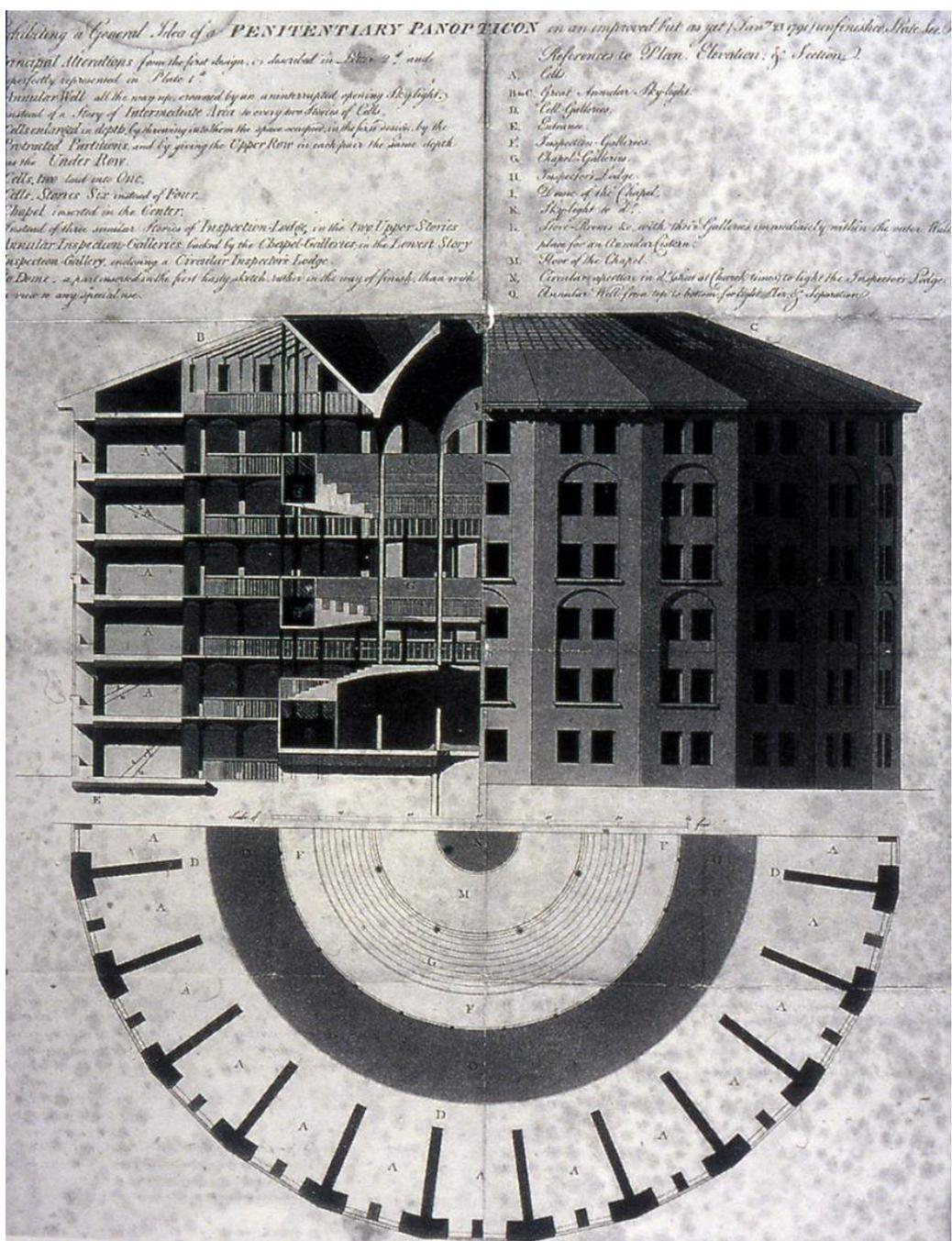


Figura 25: Modelo Panóptico proposto por Jeremy Bentham. Fonte: theneoworker.wordpress.com.

A tipologia do Panóptico foi um modelo bastante utilizado nas prisões, ele se destaca por ser um edifício onde as práticas disciplinares eram mais efetivamente exercidas sobre os corpos. Os manicômios, porém, continuaram sendo construídos com base na tipologia pavilhonar, anunciada no século XVIII com os grandes hospitais gerais franceses.

Além das anotações do médico francês Tenon, feitas durante suas viagens de observação no final do século XVIII, outra importante personagem surge no final do século XIX para contribuir na consolidação do modelo pavilhonar entre hospitais e manicômios: a enfermeira Florence Nightingale¹⁵. Suas obras foram fundamentais para a nova organização dos espaços, com boa ventilação, isolamento para doenças contagiosas, bloco cirúrgico, iluminação artificial, abastecimento de água potável, tratamento de esgoto, laboratórios de análises clínicas, serviços de fisioterapia, enfermarias, quartos com banheiros individuais e postos de enfermagem.

Todas essas transformações espaciais foram de extrema importância para os avanços das ciências médicas em todo o mundo, e prometiam uma grande evolução também no campo da psiquiatria; porém, como coloca Berman, a vida moderna é uma vida de paradoxos. O que aconteceu nesse período foi que os hospitais acompanharam os grandes avanços da medicina, das ciências e das tecnologias; enquanto os manicômios 'pararam no tempo', mantendo uma configuração espacial semelhante, apesar do isolamento urbano, mas com práticas totalmente diversas, muito mais ligadas à culpa que à saúde.

Erving Goffman (1922 – 1982), durante a elaboração de sua obra *Manicômios, Prisões e Conventos*, fez uma pesquisa de campo no primeiro hospital psiquiátrico de grande porte dos Estados Unidos, o *St. Elizabeths Hospital* em Washington D.C., inaugurado em 1852. Durante suas visitas feitas entre 1955-56, Goffman, em suas anotações espaciais, destaca primeiramente os altos muros. Essas barreiras erguidas, para segregar o internado do mundo exterior, são que definem o seu conceito de instituição total. O autor também aponta para o plano racionalizado e a divisão entre dois grupos de pessoas: o grande grupo dos 'controlados', que têm acessos limitados aos espaços internos e sem qualquer ligação com o espaço além-muro; e um pequeno grupo de 'controladores', os funcionários que trabalham no local por um período limitado de tempo, têm livre acesso a todos os espaços internos e circulação livre para o exterior da barreira-limite manicômio-cidade.

O complexo principal é composto de um bloco central administrativo e mais seis blocos clínicos menores, três de cada lado. Todos os blocos são ligados por corredores de circulação onde ficam os leitos. O conjunto se destaca pela simetria e organização espacial setorizada, elemento que facilita a separação dos internos por sexo, doença, nível de agressividade, tempo de permanência, e gravidade do estado de saúde.

¹⁵ Florence Nightingale (1820-1910) foi uma enfermeira britânica pioneira no tratamento de feridos em guerra através do modelo biomédico, responsável pela consolidação da noção atual da forma de atuação da profissão de enfermagem. Nightingale inseriu o pensamento científico na profissão enfermagem, trabalhando com estatísticas e dados de observação.



Figura 27: Fachada do St. Elizabeths Hospital. Fonte: willowdesign.biz.

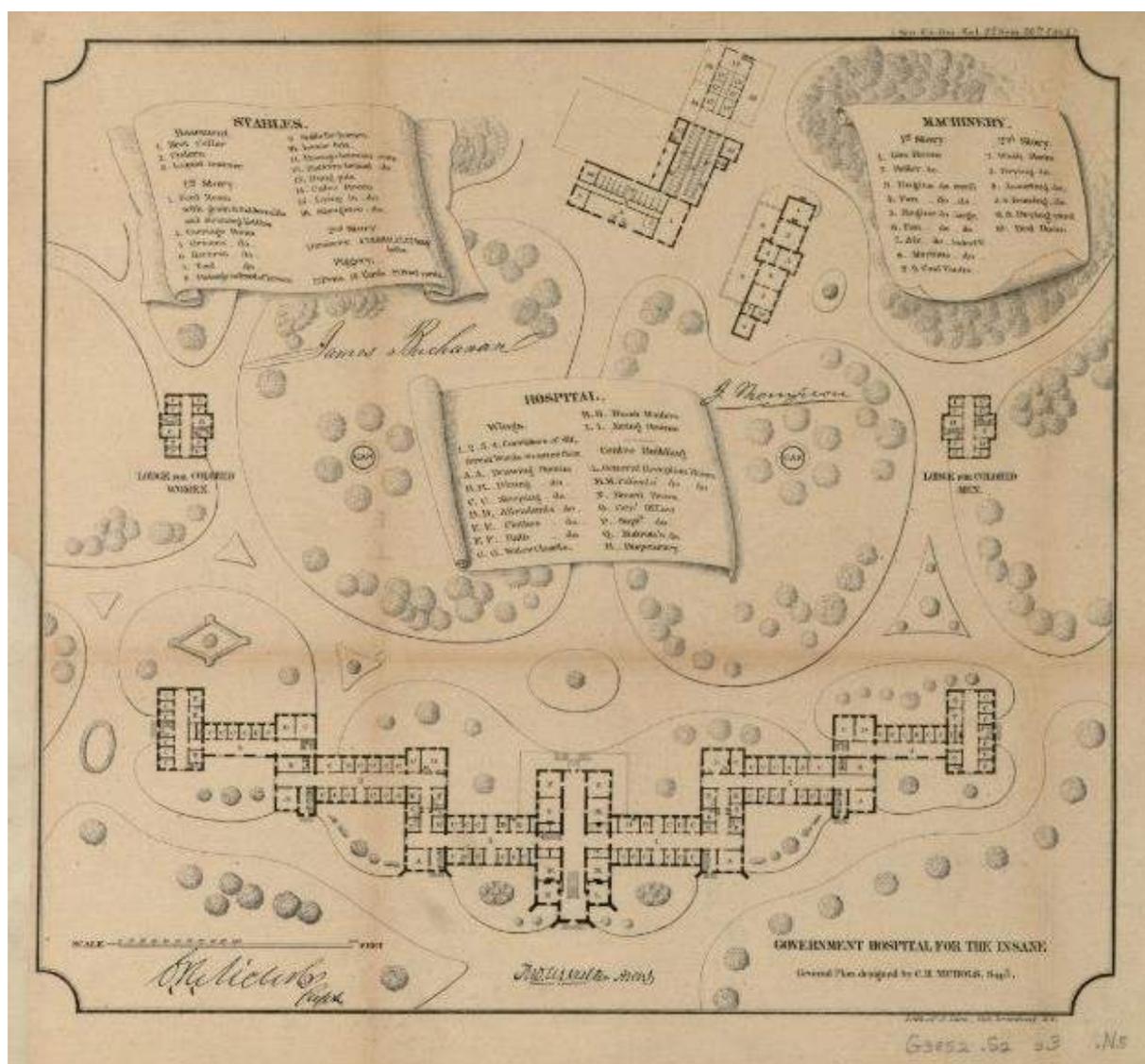


Figura 26: Plano do St. Elizabeths Hospital. No desenho se destaca a implantação isolada por um grande jardim, a simetria e a setorização. Fonte: loc.gov.

No mesmo ano de inauguração do St. Elizabeths Hospital nos Estados Unidos, 1852, o Brasil inaugurava o seu primeiro manicômio, o *Hospício Pedro II*¹⁶ no Rio de Janeiro, capital nacional na época. Fernando Ramos e Luiz Geremias, no artigo *Instituto Philippe Pinel: origens históricas*, falam sobre a configuração espacial do hospício destacando a arquitetura monumental – com um frontispício que ampliava o efeito de sua grandiosidade – inserida em um parque que ocupava um terreno de 140.000 m². No acesso via-se uma grande escadaria que levava a uma capela no bloco central; espaço dos visitantes, do qual a administração tomava bastante cuidado para manter a aparência limpa e serena. Nas extremidades do edifício, em razão dos gritos dos pacientes, ficavam as celas fortes. A implantação do edifício é simétrica, tendo ao centro o bloco central administrativo e religioso que separa duas alas laterais cada uma com dois pátios internos. As alas eram divididas entre homens e mulheres em três classes de internos: quartos separados com tratamento especial; quarto com dois alienados com tratamento especial e as enfermarias gerais, para pessoas livres e escravos.



Figura 28: Vista aérea do edifício do antigo Hospício Pedro II.

¹⁶ O edifício do antigo hospício hoje abriga o Campus da Praia Vermelha da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O Hospício Pedro II foi transferido em 1944 para o Hospital Engenho de Dentro e hoje tem o nome de Instituto Municipal Nise da Silveira.

No início do século XX ano de 1903, foi inaugurado o *Hospital Colônia de Barbacena – MG*¹⁷, considerado o manicômio mais violento do país. A jornalista Daniela Arbex, em seu livro *Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*, reúne diversos relatos e um extenso catálogo fotográfico sobre a história do 'Colônia'. Em algumas das anotações espaciais presentes nos relatos fala-se sobre um local afastado da cidade, acessado por meio de uma estrada de terra, com altos muros, um aspecto cinza, sem cores, grandes prédios com grandes janelas gradeadas, pátios de tomar sol, um cheiro insuportável, esgoto aberto que cruzava um dos pavilhões e o que se chamava de leito-chão – não havia colchões para os pacientes, sim amontoados de capim onde dormiam várias pessoas juntas.

O Hospital Colônia tinha um complexo principal que se configurava em um edifício central com pavilhões que se colocavam nas duas laterais conformando dois grandes pátios internos. Outros pavilhões foram construídos no decorrer do crescimento do hospício, tanto anexos ao corpo principal do conjunto, quanto isolados; o que configurava uma implantação mais fluida. Os dezesseis pavilhões do Colônia dividiam os internos em grupos de acordo com o sexo, doença, nível de agressividade ou condição financeira.



Figura 29: Pavilhão Antônio Carlos do Hospital Colônia de Barbacena - MG. Fonte: siaapm.cultura.mg.gov.br.



Figura 30: Pavilhão principal do complexo do Hospital Colônia de Barbacena - MG. Fonte: coloniaacasadoshorrores.blogspot.com.br.

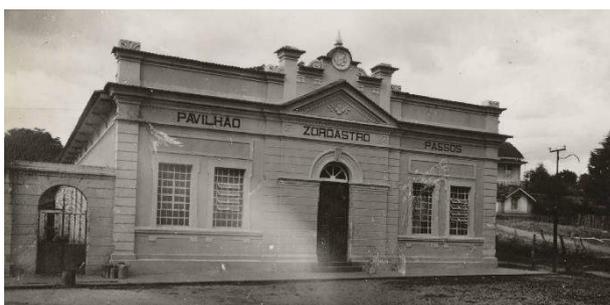


Figura 31: Pavilhão Zoroastro Passos do Hospital Colônia de Barbacena - MG. Fonte: siaapm.cultura.mg.gov.br.

¹⁷ Barbacena – MG, localizada a 170 km da capital Belo Horizonte, recebeu o Hospital Colônia em 1903 tornando-se um local bastante procurado para o isolamento dos 'desajustados' sociais. Destacou-se pelo grande número de mortes no decorrer de sua história – a maioria delas durante o regime militar nos anos 1960-70 – e foi comparada por Franco Basaglia a um campo de concentração nazista.

O jornalista Douglas Tavoraro conviveu como pesquisador por mais de um ano dentro do *Manicômio Judiciário de Franco da Rocha – SP*¹⁸, a fim de compreender como se dá a associação da loucura com o crime. Em seu livro *A Casa do Delírio: Reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha*, o autor descreve o espaço como monumental, construído com materiais nobres e um volume que se destaca na paisagem com torres de vigia e altos muros.



Figura 33: Vista aérea do Complexo do Hospital Franco da Rocha. Fonte: maps.google.com.

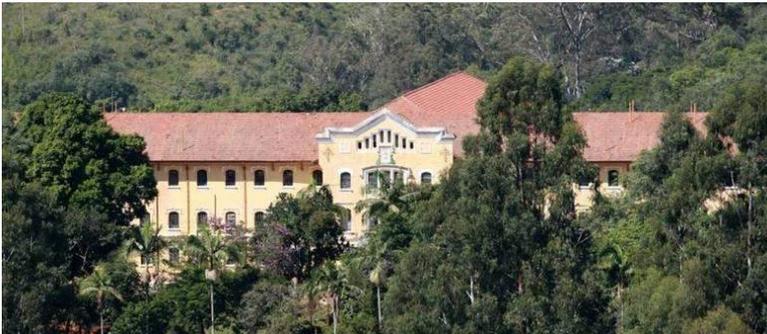


Figura 32: Fachada do edifício principal do Complexo do Hospital Franco da Rocha. Fonte: tribunahoje.com.

No edifício principal destaca-se a configuração de pátios internos e a setorização espacial – além da separação entre homens e mulheres – por pavimentos; sendo que o primeiro piso contém a área administrativa e salas de consultório médico, o segundo piso com celas fortes individuais para os presos considerados perigosos e o terceiro piso com dormitórios coletivos. Todos os espaços são constantemente vigiados, algumas celas têm os cantos arredondados para não se criar pontos cegos e os banheiros são expostos. O autor cita uma sala chamada *péla-porco*, onde se acumulavam mais de oitenta pacientes em 9 m²; também fala das *rotundas*: salas de 6 m², de alvenaria, com uma janela gradeada, porta de aço maciço, assoalho de madeira e sem banheiro. As duas salas representam dois diferentes tipos de punição, uma por meio do isolamento, outra através da aglomeração.

¹⁸ O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima, ou Hospital- Presídio Franco da Rocha localiza-se no município de Franco da Rocha, região metropolitana de São Paulo. Fundado em 1933, a instituição recebe pessoas que cometeram algum crime, mas que não têm condições de reconhecerem ou pagarem seus atos devido suas situações psíquicas. Possui oito pavilhões com todas as janelas gradeadas por dentro e por fora.

O modelo psiquiátrico constituído em enormes complexos, importado da Europa para acolher a demência, encontrava-se falido no Brasil. Sem nenhuma modernização de suas estruturas, o manicômio se transformou num verdadeiro depósito de loucos. (TAVOLARO, 2002, p. 41).

Nos quatro casos brevemente mostrados, notam-se muitas semelhanças com relação à inserção dos corpos-loucos no espaço. O primeiro apontamento é em relação à monumentalidade e ao tempo. Em geral, nos primeiros anos de funcionamento de uma instituição, existe um só grande edifício-pavilhão de proporções monumentais e intimidadoras aos corpos ocupantes. Com o passar dos anos, o número de pacientes cresce descontroladamente, não comportando mais a quantidade de internos. Por esse motivo observa-se a construção de outros tantos pavilhões menores, que configuram os grandes complexos manicomialis, como Barbacena ou Franco da Rocha.

Outra questão é em relação à distribuição dos corpos nesses espaços. Quando se entra em uma instituição psiquiátrica a primeira coisa que se perde é a identidade. O indivíduo passa a ser identificado não por seu nome ou qualquer outra coisa, sim por vários outros rótulos que definem o espaço para onde o corpo será enviado: primeiramente o sexo, depois a patologia, o nível de agressividade/periculosidade, o tempo de internação, a capacidade de trabalho, a proximidade da alta, dentre outros. A divisão dos corpos por categorias é uma recomendação apontada nos estudos de Tenon, no século XVIII, para a reconstrução do Hotel-Dieu de Paris. Nota-se que os manicômios do século XX continuaram seguindo algumas propostas do médico francês, inclusive a construção em três pavimentos, presente nos casos mostrados – com exceção de Barbacena –, também a presença dos pátios internos para melhor ventilação e iluminação naturais.

A vigília em tempo integral é uma característica que talvez tenha sido herdada do modelo Panóptico para instituições totais, porém, na tipologia pavilhonar a lógica se inverte. Enquanto que, no edifício de Bentham, por uma questão econômica, os vigiados se colocavam nas extremidades do edifício, nos manicômios dos séculos XIX e XX vê-se a presença, de modo geral, dos indivíduos nos pátios internos, espaços centrais onde os internados tomavam sol na maior parte do tempo e podiam ser observados em estado de aglomeração pelos funcionários. Percebe-se, nesse sentido, um caminho inverso da leitura individualizante moderna para os corpos vistos enquanto massa homogênea.

O controle da circulação é outra característica comum aos manicômios, os loucos tinham acessos limitados aos espaços. Normalmente os locais permitidos se restringiam às celas e aos pátios; espaços como enfermarias, refeitórios, oficinas e setores administrativos tinham visitas de acordo com o cronograma diário, sendo a monotonia do pátio o local de passagem da maior parte do tempo livre.

Esse controle de circulação e eliminação da privacidade individual, reforçados pela presença das grades e da falta de higiene, causavam frequentemente reações violentas e não desejadas dos internados. Tais situações eram tratadas a partir do castigo, detenção em solitárias, eletrochoques, banhos gelados e violência física e verbal.

O tratamento moral que propusera Pinel, na fundação da Psiquiatria Moderna, foi subvertido de várias formas com o passar dos anos. A relação entre médico e paciente, que seria a prática responsável por 'corrigir os erros' da mente, passou a ser mínima, limitando-se à prescrição de medicamentos. O papel do espaço, porém, cresceu em relevância. Enquanto, no início, preocupava-se somente com o conforto ambiental e a divisão dos pacientes por setores de acordo com as doenças; nos anos seguintes as leituras espaciais englobavam também questões como: vigilância, segurança, circulação e punições; aproximando-se cada vez mais de um espaço prisional que hospitalar. O manicômio passa a ter um funcionamento meticulosamente organizado em seu cotidiano, aderindo à lógica espacial mecanicista, que se evidenciava fortemente na Europa na passagem do século XIX para o XX.

O início do século XX foi um período marcado pelo desenvolvimento e atuação de várias vanguardas artísticas no ocidente. Dentro desse contexto surge o Movimento Moderno em Arquitetura e escolas como a Bauhaus que se interessaram bastante por essa questão da relação corpo-espaço.

A arquitetura moderna trabalhava com soluções baseadas nas definições claras das funções de cada espaço, funções que eram preestabelecidas pelo programa de necessidades e mostradas detalhadamente no projeto. O espaço passa a aderir uma lógica científica de produção, noção abordada pelo pensamento racionalista, que vinha se desenvolvendo de fato desde o Renascimento e alcançava seu auge no início do século XX. Foi uma arquitetura que se tornou a representação da máquina e da indústria, símbolo imagético de um novo tempo. Essa lógica foi determinante para o desenvolvimento da sociedade moderna em seu modo de pensar, de agir e de produzir, já que foi uma questão facilmente englobada pelo modo de produção capitalista.

A racionalidade foi a linha guia dos espaços manicomial, a relação corpo-espaço dentro de um manicômio, por exemplo, acabava sendo de inibição. As funções fixas não permitiam qualquer sentido de apropriação. Os materiais frios e sem cores, utilizados segundo uma lógica econômica e construtiva, não geravam uma sensação de acolhimento ou aconchego. As formas puras, as linhas retas e as grandes escalas denunciavam a pequenez dos corpos em relação ao edifício. O controle da iluminação de acordo com os espaços e suas funções: o pátio e os corredores bem iluminados para os loucos obedientes, a cela fechada e a pequena janela gradeada para os violentos. A hierarquização espacial através do desenho e da setorização: blocos médicos e administrativos com volumes destacados, bons materiais e tratamento paisagístico; bloco dos internos em estado de abandono, degradação e pouca higienização; internos mais obedientes com leitos mais próximos ao bloco médico e, internos agressivos em celas individuais nas periferias dos complexos hospitalares.

Todas essas questões são reflexos, no caso específico da tipologia manicomial, da lógica racionalista que a arquitetura moderna introduzia. Dentro das chamadas instituições totais, esse modo de se pensar o espaço tinha uma função muito clara: a produção do que Foucault chamou de 'corpos dóceis', inserida na utopia de uma sociedade de caráter universal e homogêneo.

Assim, se a razão pode trazer benefícios materiais, o ser humano se guia por valores mais complexos. Afetividade, generosidade, paixão, entusiasmo, humor, desejo, entre tantos outros, esses são os sinais reconhecíveis de que estamos falando de gente e não de parafusos. (PADOVANO, 2012).

O fim da segunda guerra mundial em 1945, revelou um cenário de destruição em muitas cidades europeias, evidenciando vários problemas urbanos. Os arquitetos mais jovens dentro dos CIAM começavam a questionar as soluções que a arquitetura moderna colocava para as cidades. Consideravam o funcionalismo e o racionalismo como exagerados, posicionamentos idealistas e abstratos que ignoravam o cenário de devastação tão claro, diminuía a importância da responsabilidade social do arquiteto e não posicionavam politicamente o grupo.

O grupo de arquitetos como Aldo van Eyck, Giancarlo de Carlo, Alison e Peter Smithson, Ralph Erskine; ganhou espaço dentro dos CIAM¹⁹, organizou a décima reunião – o último Congresso Internacional da Arquitetura Moderna – fundando o chamado Team 10; grupo formado a partir da crítica ao funcionalismo moderno e busca da humanização dos espaços construídos. Essa busca por espaços mais humanizados foi bastante abordada no movimento chamado Estruturalismo Holandês, uma das vertentes advindas do Team 10. Na investida de se posicionar contrariamente ao exagerado racionalismo moderno, arquitetos como van Eyck, van Stigt, Louis Kahn e Herman Hertzberger pensavam os espaços a partir do usuário como protagonista. Longe de uma visão euclidiana, de que o corpo tem uma relação somente de inserção, pontuação, delimitação com o espaço; o Estruturalismo leva em conta fatores como a percepção, experimentação, apropriação e convivência. Um entendimento de que o espaço só existe quando se tem um corpo para percebê-lo e pessoas para se relacionar dentro dele.

A arquitetura estava sendo submetida a uma experimentação constante em busca da identificação com o indivíduo. A influência do 'sentir corpóreo' e a busca de novas sensibilidades e texturas em seus limites fez com que pintores, escultores e arquitetos se situassem nesse mesmo campo, que é o terreno da experimentação das texturas dos materiais, de sua sensualidade e seus ritmos. (SALVATIERRA, 2012, p. 282, tradução nossa).²⁰

¹⁹ Os CIAM (Congressos Internacionais da Arquitetura Moderna) foram eventos organizados pelos arquitetos europeus que buscavam uma nova linguagem para a arquitetura e para as cidades. Linguagem essa relacionada a um novo modo de vida baseado na indústria e na estética da máquina.

²⁰ La arquitectura estaba siendo sometida a una experimentación constante en busca de la identificación con el individuo. La influencia del sentir corpóreo y la búsqueda de nuevas sensibilidades y texturas en sus límites han hecho que pintores, escultores y arquitectos se situaran en ese mismo campo, que es el terreno de experimentación de la textura de los materiales, de su sensualidad y sus ritmos. (SALVATIERRA, 2012).

O fim da segunda guerra marca, temporalmente, no campo da arquitetura, a passagem do período moderno para o pós-moderno. Para abordar o tema do fim de uma visão de universalidade e a ascensão de uma leitura mais heterogênea de espaço e de sociedade, Jacques Derrida (1930 – 2004), em entrevista a Eva Meyer, recorre à passagem bíblica da Torre de Babel. A história conta sobre uma tribo que pretendia construir uma torre tão alta que atingiria o céu. Segundo Derrida, essa 'conquista do céu' seria uma metalinguagem para a imposição de uma linguagem única e a consequente colonização das outras tribos. No meio da construção, Deus desce do céu e, pronunciando a palavra *Babel* – confusão em hebraico – condena os homens à diversidade das línguas, acabando com o projeto de universalização:

O fato de que essa intervenção na arquitetura, como uma construção que também é uma des-construção, represente o fracasso ou a limitação imposta sobre uma linguagem universal para impedir um plano de dominação política e linguística do mundo nos informa sobre a impossibilidade de controlar a multiplicidade das línguas, sobre a impossibilidade da existência de uma tradução universal. Significa também que a construção da arquitetura sempre será labiríntica. Não se trata de renunciar a um ponto de vista em favor de outro, que seria único e absoluto, mas de encarar a diversidade de possíveis pontos de vista. (DERRIDA, 2010, p. 170).

O arquiteto Bernard Tschumi, seguindo a linha de Derrida, também aborda essa questão de como se criou (ou se está criando) uma nova visão de espaço e da relação deste com os corpos que nele atuam. Entendendo o funcionalismo como um fator vazio à arquitetura, Tschumi aponta que o espaço não é somente a projeção tridimensional de uma construção mental, sim algo no qual se age, se movimenta, se cheira, se tateia, se prova, se ouve, se vê e se sente prazer. "Os corpos não somente se movem para o seu interior, mas produzem espaços por meio e através de seus movimentos" (TSCHUMI, 2010, p. 181).

Como pôde se mostrar, o fim da segunda guerra foi o contexto do surgimento de várias novas ideias a respeito do corpo e de como o mesmo se relaciona com o espaço. A produção teórica e prática da arquitetura foi bastante relevante em sua nova abordagem a partir desse período e novos espaços foram construídos a partir dessa nova ótica.

No campo da psiquiatria essa visão mais humanizada do corpo também já começava a ser abordada em produções teóricas. O espaço psiquiátrico, porém, levou algum tempo para englobar esse pensamento. Os manicômios continuavam com uma lógica espacial repressiva, coercitiva e domesticadora. Além disso, as práticas disciplinares resumiam-se, nesse período, em violência física e tratamentos medicamentosos descontrolados. O cotidiano meticulosamente organizado é substituído por uma realidade caótica, de abandono e morte.

2.2. Loucura e Cotidiano

No mesmo ano de lançamento da *História da Loucura* de Foucault, 1961, o antropólogo Erving Goffman lançava seu livro *Manicômios, Prisões e Conventos*. O objetivo do estudo foi conhecer e perceber o mundo dos internados em instituições totais. A importância dessa obra é a relevância dada à percepção interna da instituição, diferente do que costumeiramente faz-se em estudos sobre a loucura: um olhar externo, científico e de observação.

Como já mostrado, Goffman conviveu durante um ano (1955-56) no St. Elizabeths Hospital, uma instituição para doentes mentais, na época com mais de 7 mil internados, localizada em Washington D.C. O autor conta que passava dias e noites com os pacientes, evitando contato com a equipe médica e sem chave para sair do local. Esse estudo teve como objetivo conhecer a vida de um internado no que Goffman chama de 'Instituições Totais'²¹:

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, 1974, p. 11).

A característica essencial de toda instituição total é o fechamento feito por uma barreira física (portões, muros, cercas, água, florestas ou montanhas). Na sociedade moderna os indivíduos praticam diversas ações em diversos lugares com diversos ciclos sociais; enquanto que na instituição total, em razão dessa característica de fechamento físico, todos os aspectos da vida acontecem no mesmo espaço, em conjunto com as mesmas pessoas e sob uma única autoridade.

Todas as atividades praticadas têm horários e sequências preestabelecidas e submetidas a um conjunto de regras. Essa organização burocrática de controle dos corpos humanos é gerida por um grupo de funcionários, portanto, quando as ações são feitas em grupo e sob vigília, qualquer desobediência é evidenciada.

Dentro do St. Elizabeths Hospital, Goffman percebeu a divisão de dois grupos bem definidos: um grande grupo de internados e um pequeno grupo de funcionários, que ele chamou de 'Equipe Dirigente'.

A Equipe Dirigente é a que fazia a mediação entre o médico e o paciente, também que controlava a informação do interno a respeito de seu quadro de saúde e sobre o mundo externo. A relação era de hierarquia clara. Os funcionários, através de seus atos e de suas palavras, reafirmavam o tempo todo a sua superioridade em relação aos internados, isso acabava criando uma cultura de rivalidade entre os dois grupos.

²¹ Goffman delimita cinco tipos de instituições totais: 1) as dedicadas a tutelar indivíduos incapazes de cuidar de si, e ao mesmo tempo inofensivos: um asilo para idosos, por exemplo; 2) as voltadas para o cuidado de pessoas ditas incapacitadas de responder por seus atos e por vezes vistas como perigos sociais: como um manicômio; 3) as instituições para pessoas intencionalmente perigosas, como as prisões; 4) os locais relacionados a trabalho ou atividades disciplinares: alguns tipos de fábricas ou quartéis militares; e 5) os espaços onde, por algum motivo, indivíduos buscam se afastar do mundo exterior: como os conventos e outras instituições religiosas.

Quase sempre, muitas instituições totais parecem funcionar apenas como depósitos de internados, mas (...) usualmente se apresentam ao público como organizações racionais, constantemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas. (...) um frequente objetivo oficial é a reforma dos internados na direção de algum padrão ideal. Esta contradição, entre o que a instituição realmente faz e aquilo que oficialmente deve dizer que faz, constitui o contexto básico da atividade da equipe dirigente. (GOFFMAN, 1974, p. 69).

A relação de trabalho era totalmente diferente da noção no mundo exterior. Enquanto que na comunidade geral o trabalho remete a uma recompensa financeira e certa liberdade no uso do dinheiro ganho; no manicômio havia pouco trabalho a ser feito e a recompensa era geralmente dada em cigarros. Quando havia muito trabalho, era em recorrência de castigo físico. Essa desvalorização do trabalho acabava desmoralizando o internado, fator psicológico que Goffman chama de 'mortificação do sujeito' ou 'ataques ao eu'. Para o autor, as instituições totais, "em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu" (GOFFMAN, 1974, p. 22).

Sobre o mundo do internado, dentro do qual conviveu, Goffman aponta alguns fatores importantes: a mortificação do sujeito, o sistema de castigos e privilégios, a formação de uma comunidade social interna, as adaptações dos sujeitos à vida de internado e a nova cultura do interno.

O processo de 'mortificação do sujeito' acontecia de diversas maneiras, a partir de uma tensão entre o mundo institucional e o mundo doméstico, e sempre tinha consigo a lógica da humilhação.

O novato, ao ser internado em um manicômio, carregava um papel social que havia construído na comunidade. Ao ser trancafiado nos limites institucionais, todo esse papel social era prontamente ignorado, essa era a primeira causa de humilhação.



Figura 35: Sala de Cirurgias do St. Elizabeths Hospital. Fonte: zeroledge.com.



Figura 34: Sala de Banhos Terapêuticos do St. Elizabeths Hospital. Fonte: zeroledge.com.

O segundo fator era a transformação do indivíduo em objeto, que se dá no processo de admissão do novato através dos procedimentos iniciais como: relatar aos funcionários sua história de vida, ser fotografado, ser pesado, ter suas impressões digitais recolhidas, a atribuição de números de cadastro, a retirada dos bens pessoais, ficar nu, ser lavado e desinfetado, ter seus cabelos cortados, vestir o uniforme, receber as regras do manicômio e ser levado para o setor indicado. Todo esse processo anunciava a perda das vontades individuais do paciente, que tinha normalmente um apelido pejorativo inventado na hora e era submetido a um teste de obediência, para que a equipe soubesse logo de cara se poderia ou não ter problemas futuros.

A nudez forçada e a retirada dos objetos pessoais, além de um constrangimento imediato, eram seguidas pela entrega dos uniformes e de objetos de uso pessoal padronizados, como lâminas de barbear e escovas de dente. Essa ação reforçava o ataque ao eu do sujeito e o colocava inserido em uma massa homogênea de pessoas, retirando, aos poucos, sua identidade. O auge da supressão de reconhecimento individual era a perda do nome, substituído por números ou por apelidos. Para Goffman essa é a maior mutilação possível do sujeito.

Outra questão importante que causava um sofrimento diário no internado era a perda da noção de segurança de sua integridade física. Havia uma obrigatoriedade de gestos e de falas para com a equipe dirigente que a qualquer momento poderia interpretar uma ofensa à hierarquia institucional e responder com ameaças, violência física, os constantes eletrochoques e, em casos extremos, a lobotomia²².

As situações de humilhação dos pacientes eram muitas. Desde a prática obrigatória de uma rotina que lhe era estranha, o fim das privacidades e dos segredos, a insalubridade, com pouca higienização de equipamentos médicos, banheiros abertos e expostos; a ingestão forçada de alimentos, por vezes estragados, e medicamentos, sem muito controle médico; a atividade heterossexual restrita; o controle das visitas, nunca íntimas; as dificultadas relações, por parte da equipe dirigente, com outros companheiros internados; a necessidade de pedir permissão para tarefas simples como fumar, ir ao banheiro ou fazer a barba; enfim, diversas formas de humilhação bastante constantes no cotidiano do manicômio.

As formas de mortificação do sujeito tinham como característica comum a perturbação na relação entre ator individual e seus atos.

Todas essas situações diárias faziam com que os pacientes, em sua maioria, adquirissem formas diferentes de agir. Nunca mostravam insatisfação diante de uma situação de humilhação; aceitavam os regulamentos sem questioná-los, e sempre cooperavam com a equipe dirigente, tendo seu corpo e suas ações já moldadas.

²² Lobotomia é um procedimento cirúrgico no cérebro que interrompe as vias de ligação entre os lóbulos frontais e o tálamo. Bastante utilizada em casos de pacientes psiquiátricos violentos ou muito agitados, também em casos graves de esquizofrenia, a cirurgia levava o indivíduo a um estado sedado e de quase nula reação emocional.

Ao falar do processo de reorganização pessoal dos pacientes após todo esse processo de destruição do seu eu, Goffman apresenta o sistema de castigos e privilégios. No ato da internação, eram apresentadas as normas gerais de conduta da instituição, no decorrer do tempo, o internado conhecia os privilégios (café, cigarros, jogos) e os castigos (eliminação dos privilégios, violência física, solitárias). O bom comportamento poderia diminuir o tempo de permanência no manicômio, assim como a desobediência poderia fazer com que a internação durasse o resto da vida.

Goffman também fala da constituição de uma comunidade social interna entre os pacientes. Criação de dialetos, gírias e apelidos; lendas internas, histórias memoráveis muitas vezes contadas; e comparação com outras instituições. O autor chama de 'Ajustamentos Secundários' todas as ações praticadas pelos internos que seriam proibidas, como a formação de facções, mercado informal de bebidas e cigarros, jogos de azar, entre outras. Tais atividades seriam a prova de que ainda existiria um eu não mortificado, dado através desses códigos informais. Quando esses ajustamentos secundários eram descobertos, a chamada 'embrulhada', era um momento extremo dentro da instituição, quando os castigos máximos eram aplicados: tentativas de fuga, revoltas coletivas, brigas generalizadas ou tentativas de suicídio eram combatidas com muita violência, dias de prisão nas solitárias e eletrochoques aplicados pelos próprios companheiros de internação.

Esse sistema social dos internados era uma forma natural de se combater a destruição psicológica a que estavam submetidos. Criava-se um sentido de compaixão e confraternização coletivas, baseadas em um sentimento geral de injustiça para com todos. Essa cultura de lealdade podia muitas vezes ser reprimida pelos funcionários, o impedimento de panelinhas, pares de amigos ou casais era frequente.

Goffman fala também sobre algumas situações identificadas por ele como tentativas de adaptação à vida do manicômio. Existiam pacientes em estado de 'afastamento', quando o internado era alheio a tudo que acontecia no manicômio que não envolvesse seu corpo; outros em fase de 'intransigência', ou desobediência intencional frequente; alguns em 'colonização', quando o internado criava afeto pelo espaço da instituição e não desejava sair; ainda os que passavam por 'conversão', quando o internado tentava passar aos funcionários a imagem de paciente perfeito, de extrema obediência. De modo geral, entretanto, em busca de diminuir seu sofrimento, os pacientes buscavam 'se virar', agindo de forma a não criar problemas ou situações indesejadas de violência.

Por fim, quando aborda a cultura construída pelo internado, Goffman fala de uma grande preocupação que o sujeito tinha consigo mesmo. Em razão da desgraça social que vivia, criava uma história/justificativa para o seu caminho até a internação, a qual era contada repetidas vezes. O paciente percebia o tempo que passava dentro da instituição como um tempo desperdiçado, como se não tivesse havido vida. Devido a esse fato, ele sempre dava muito valor às atividades de distração, mesmo as que iam contra as regras, como bebidas, jogos e atividades sexuais. Para Goffman, "toda instituição total pode ser vista como uma espécie de mar morto, em que aparecem pequenas ilhas de atividades vivas e atraentes"

(GOFFMAN, 1974, p. 66). Ao sair do manicômio, o indivíduo carregaria sempre consigo o estigma da internação, e, apesar do deslumbramento pela sensação de liberdade, havia uma grande dificuldade em readquirir os hábitos da sociedade. Para os loucos que alcançaram a alta, "a liberação significa passar do topo de um pequeno mundo para o ponto mais baixo de um mundo grande" (GOFFMAN, 1974, p. 69).

Goffman mostra, através dos relatos de sua convivência cotidiana dentro do manicômio, que o tratamento moral proposto através de terapias e do trabalho era quase que inexistente; a remodelagem moral que a equipe médica submetia os pacientes funcionava a base de punições e recompensas. Esse contexto do St. Elizabeths Hospital não era muito diferente da situação dos manicômios do Brasil, como revela a enfermeira Lígia Tritto.

Em entrevista concedida no dia 25/04/2015 (Anexo 01), a enfermeira aposentada Lígia Estela Tritto conta sobre os meses em que trabalhou no Hospital Psiquiátrico de Mococa – SP. Lígia se formou em enfermagem com especialização em saúde mental no ano de 1974. No ano seguinte, 1975, foi contratada pelo Hospital Psiquiátrico de Mococa para trabalhar como enfermeira.

Lígia conta que o Hospital era uma instituição privada, mas que funcionava em conjunto com o governo federal através das verbas do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Esse modelo de parceria era bastante comum no Brasil antes da criação do SUS (Sistema Único de Saúde). Dessa maneira, os hospitais psiquiátricos geravam uma grande quantidade de dinheiro para os proprietários, pois a procura por internação era muito grande no país, não recebendo somente pacientes psiquiátricos; qualquer pessoa poderia ser forçadamente internada mediante uma ordem judicial ou prescrição médica, indicações que não eram muito difíceis de se conseguir.

Sobre as condições do Hospital de Mococa no ano de 1975: superlotação, falta de funcionários e de profissionais para áreas específicas (fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição), falta de equipamentos de trabalho, utilização de equipamentos médicos não adequados e/ou não esterilizados, ausência de ambulância emergencial, ausência de mobiliário adequado em todos os leitos, desregramento na distribuição de medicamentos, falta de higiene, banhos coletivos, circulação de bebidas alcoólicas para os internos, falta de critérios claros para a aplicação da terapia do eletrochoque, violência física e verbal dos funcionários para com os pacientes, má alimentação, isolamento de pacientes em solitárias, atividades sexuais entre as alas masculina e feminina durante as madrugadas, etc. Toda essa situação dentro de um hospital psiquiátrico onde havia somente uma profissional de enfermagem – que era Lígia – e alguns poucos médicos.

A enfermeira relata um episódio que foi o estopim para o seu pedido de demissão do hospital. Conta que os fiscais do INPS faziam visitas anuais a todas as instituições psiquiátricas privadas do país a fim de realizar uma vistoria sobre as condições físicas, profissionais e administrativas das instituições e, claro, das condições dos pacientes. Tais visitas tinham como objetivo a avaliação dos hospitais para a distribuição da verba destinada a cada um.

Lígia conta que no dia da vistoria do INPS no hospital de Mococa, o ambiente estava transformado. Do dia para a noite apareceram nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, todos os profissionais que o instituto exigia; a Perua Kombi utilizada para transportar pacientes com alta e buscar pacientes iniciantes havia sido transformada em uma ambulância; algumas salas ganharam placas de 'enfermaria'; alguns mobiliários foram realocados para salas que estavam em falta; alguns pacientes foram colocados para utilizar a piscina, que durante o resto do ano era de uso exclusivo dos médicos; dentre tantas outras ações mascaradas que acabaram por fazer o hospital ganhar avaliação máxima e, conseqüentemente, a verba máxima concedida pelo governo. No dia seguinte ao episódio tudo estava como antes.

O relato de Lígia mostra as condições da maioria dos hospitais psiquiátricos do Brasil naquele período. Já na década de 1970, com mais força nos anos 1980, começaria a surgir no país alguns movimentos sociais contrários a esse modelo institucionalizado da loucura. Uma história que teve início ainda no século XIX, com o Hospício Pedro II no Rio de Janeiro e que teve como experiência mais dramática o caso do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais.

2.3. Loucura no Brasil do século XX: o Trem Doido e o Hospital Colônia de Barbacena – MG

Algumas questões são apontadas por Tavolaro no que diz respeito a uma cultura que se criava no Brasil, desde o século XIX, sobre o que é chamado de 'limpeza social'. O início deu-se no Rio de Janeiro com a vinda da família real portuguesa para a então capital nacional em 1808. Houve preocupações com a infraestrutura urbana e também com a imagem 'limpa' e higiênica da cidade. Já no século XX, com o impacto da industrialização e o repentino aumento populacional, as ruas das grandes cidades, como São Paulo, começaram a concentrar uma grande quantidade de pessoas que se colocava de fora dessa nova ordem econômica. Os loucos, desempregados, ex-escravos, prostitutas, sífilíticos, jogadores compulsivos e os alcoólatras eram vistos pelas elites como 'riscos de contágio'; por isso as instituições disciplinadoras, como o governo, a polícia, a medicina, a igreja, etc., buscavam uma cidade asséptica, livre das diferenças que eram vistas como perigosas; como indica Carlos Fidelis Ponte:

O intervalo que compreende as três primeiras décadas do século XX caracteriza-se, no Brasil, por uma intensa polêmica em torno de um projeto para a nação. O foco de atenção dos debates centrava-se na constituição física e moral do brasileiro. País recém-saído da economia escravista e inscrito formalmente na ordem republicana, o Brasil se via às voltas com o problema de integrar na cidadania um imenso contingente populacional sem acesso aos meios produtivos e abandonado pelo Estado. Formado por despossuídos e desqualificados em termos de capacitação profissional e nível de escolaridade, esse contingente era visto como um entrave para o pleno desenvolvimento do país. Desnutridos e doentes representavam aos olhos da intelectualidade a identidade da nação. (PONTE, 1999, p. 46).

Marcos Virgílio da Silva, em seu artigo *Detritos da civilização: eugenia e as cidades do Brasil*, coloca que a noção de 'raça' foi determinante nas transformações urbanas de São Paulo do início do século XX:

A hipótese básica (...) é que não apenas o chamado higienismo explica as intervenções urbanas no início do século XX, mas também o intuito de promover a melhoria da raça. A atuação da psiquiatria para com as doenças hereditárias, os distúrbios mentais e as malformações físicas são bons exemplos da ideologia eugenista, à qual poderia ser relacionada a criação dos manicômios públicos e dos sanatórios. (SILVA, 2004).

Como colocado anteriormente, os primeiros manicômios do Brasil surgiram ainda no século XIX (Hospício Pedro II inaugurado em 1852). A ideia de que a tipologia do manicômio seria um espaço projetado para acolher e tratar somente os loucos, foi subvertida no Brasil, onde as visões eugenistas e higienistas, objetivando cidades limpas e homogêneas, reuniam nos hospitais psiquiátricos qualquer indivíduo que se encontrava fora de uma ordem social dominante. Um bom exemplo dessa situação foi o Hospital Colônia de Barbacena, onde, segundo estimativa presente no livro de Arbex, 70% dos internados não apresentavam qualquer quadro clínico de doença mental.

Arbex chama o Colônia de 'maior hospício do Brasil'. Localizada na fria Serra da Mantiqueira, Barbacena recebeu o manicômio como 'prêmio de consolação' por ter perdido a disputa política com Belo Horizonte para ser a capital do estado de Minas Gerais. As terras de aproximadamente 8 milhões de metros quadrados ficam na antiga Fazenda Caveira, que pertencera a Joaquim Silvério dos Reis (1756 – 1819), que as tinha ganho em troca da delação do movimento da Inconfidência Mineira. A sede da fazenda abrigou um Sanatório para Tuberculosos por algum tempo e, finalmente, no ano de 1903, foi fundado o Hospital Colônia, local onde pelo menos 60 mil mortes foram registradas ao longo de menos de um século.

Já em 1914 registram-se as primeiras queixas com relação à má qualidade do atendimento aos pacientes. Em 1916 quase metade da receita do hospital vinha do trabalho dos internos, como a venda dos alimentos plantados, o conserto de vias públicas, a construção civil, a limpeza de pastos e o preparo de doces. É importante colocar que o trabalho não proporcionava um grande retorno financeiro para os internados, sendo aplicado somente na instituição.

A cidade começava a se tornar referência nacional de tratamento, tanto que várias clínicas particulares foram construídas no município e na região²³. Em 1930 já havia superlotação. Se concentravam 5 mil pacientes em um espaço destinado a 200. Nessa década começaram as construções de vários outros pavilhões, totalizando dezesseis. O departamento 'A' era destinado às mulheres, o departamento 'B' aos homens, havia ainda o departamento infantil. Além dos principais pavilhões: Afonso Pena, Zoroastro Passos e Antônio Carlos; havia ainda os pavilhões Milton Campos, Arthur Bernardes, Rodrigues Caldas, Júlio de Moura,

²³ Uma dessas instituições particulares que foram construídas a partir da referência que foi o Hospital Colônia, foi a Casa de Saúde São Sebastião, que abrigou o ex-jogador da seleção brasileira Heleno de Freitas, um astro e ídolo nacional dos anos 1940 que morreu em Barbacena abandonado pela família e amigos.

Crispim, o Torreão, a Capela Nossa Senhora das Graças, o pavilhão de doentes contagiosos, dentre outros. Cada pavilhão abrigava, em média, 200 pacientes e havia, em média, dois funcionários por pavilhão.



Figura 37: Prédio da Secretaria do Hospital Colônia de Barbacena - MG. Fonte: siaapm.cultura.mg.gov.br.



Figura 36: Pavilhões Rodrigues Caldas e Julio de Moura do Hospital Colônia de Barbacena - MG. Fonte: siaapm.cultura.mg.gov.br.

No ano de 1932, o escritor Guimarães Rosa (1908 – 1967) trabalhou no Colônia como médico voluntário durante a Revolução Constitucionalista. Através do escritor surgiu a expressão 'trem de doido'²⁴. Geralmente usada pelos mineiros para expressar algo positivo, o trem de doido era o último destino de muitas pessoas abandonadas pelas famílias antes de chegar ao Hospício de Barbacena. O livro *Holocausto Brasileiro* recebe esse título também por essa razão, pois, assim como os judeus chegavam aos campos de concentração, os loucos eram levados a Barbacena – destino final de suas vidas – em vagões de trem abarrotados.

Guimarães Rosa antecipou-se aos historiadores quando, na ficção, imortalizou o drama dos sertanejos que sobreviveram e/ou pereceram à margem de uma sociedade que se pretendia moderna, permeada pela tensão entre a norma e o desvio, a civilização e a barbárie, a ordem e a desordem. (CALEIRO; CELESTINO, 2010).



Figura 38: Estação Bias Fortes, por onde passavam os 'trens de doido'. Foto: Acervo de Jairo Toledo. Fonte: *Holocausto Brasileiro*, Arbex, 2013.

²⁴ Em 1962 Guimarães Rosa lançaria o livro primeiras estórias, que contém o conto Sorôco, sua mãe, sua filha. O conto fala sobre um homem que toma a decisão de internar sua mãe e sua filha no hospital de Barbacena; as colocando dentro de um dos vagões do trem que levava os pacientes até a cidade.

O trem parava nos fundos do complexo. Os pacientes chegavam com fome, sede e frio; eram guiados pelos guardas em fila até o setor de triagem. Lá eram separados por sexo, idade e características físicas. Seus pertences eram confiscados, todos ficavam nus e passavam pelo banho gelado coletivo. Depois disso recebiam o uniforme, chamado de 'azulão'²⁵ e iam para os pavilhões.

Os pacientes, a maioria internada à força, variavam entre desafetos de pessoas ricas, militantes políticos, mães solteiras, alcoólatras, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documento, filhas de fazendeiros que haviam perdido a virgindade antes do casamento, esposas trocadas por amantes, prostitutas e todo tipo de indesejado social; em sua maioria não eram loucos. O hospício cumpriria esse papel de transformar em doentes mentais aqueles que não o fossem ainda, através dos tratamentos cruéis, do abandono e dos espaços.

Em 1959, o modelo 'leito chão', adotado em Barbacena, foi recomendado pelo poder público para todos os hospícios mineiros. O modelo consistia na substituição das camas por capim, para poder abrigar mais pacientes. Durante as noites, os internados dormiam empilhados para se proteger do frio, se revezando entre o centro da pilha e as extremidades mais frias. Esse capim se encontrava constantemente sujo de fezes e urina, além da presença de insetos e ratos. Todos os dias os pacientes eram acordados às 5 da manhã e colocados nos pátios, independente do frio que fizesse, para que o capim fosse retirado de dentro das celas, colocado para secar ao sol e para que os pavilhões fossem lavados. Os pacientes passavam o dia todo nos pátios sem qualquer atividade recreativa, o tédio predominava. Os internados só podiam retornar aos pavilhões ao anoitecer; dormiam em celas trancadas, pequenas, úmidas, escuras, sujas de fezes, urina e na presença de animais.



Figura 41: Pacientes nus ou vestindo trapos no pátio de um dos pavilhões. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.

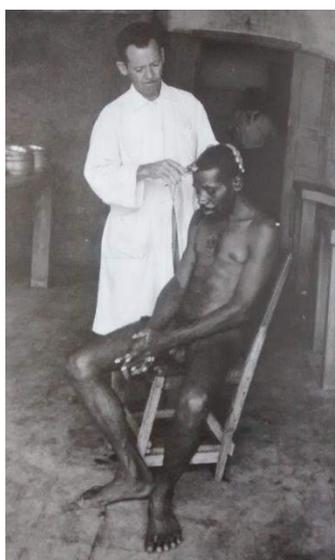


Figura 39: Homem tendo sua cabeça raspada no momento da triagem. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.

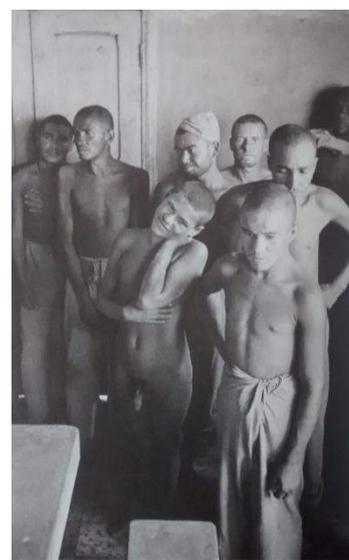


Figura 40: Pacientes dentro do Hospital Colônia. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.

²⁵ As roupas recebidas eram peças únicas. Quando recolhidas para a lavanderia, os pacientes ficavam nus durante horas, até dias; passavam frio e alguns morriam durante as madrugadas.

O café da manhã era servido somente para quem estivesse na fila. Café, pão e manteiga às 8 da manhã. O almoço era servido ao meio dia e o jantar às 5 da tarde. As refeições resumiam-se em arroz, feijão, macarrão e ovo; quando havia carne a mesma era triturada, já que não se podiam usar garfos ou facas e muitos pacientes não possuíam dentes. Os internados ficavam muitas horas sem comer, por isso era constante que alguns se alimentassem de ratos ou pombos e bebessem urina ou água do esgoto, que cortava o pavilhão Afonso Pena.

Procedimentos como o eletrochoque e a lobotomia eram frequentes no Colônia. A eletroconvulsoterapia²⁶ era aplicada sem anestesia ou medicamentos relaxantes; o paciente era segurado, amarrado à cama, era colocada uma borracha na boca para que não mordesse a língua, e aplicados choques tão fortes na cabeça, que por vezes derrubavam a rede elétrica da cidade. Esse tipo de tratamento; assim como a hidroterapia (banhos com controle da temperatura das águas), a ducha escocesa (banhos com jatos de alta pressão), ou mesmo o uso de medicamentos; era deturpado, não entendido como terapia, mas como castigo, com finalidade de intimidação e contenção.

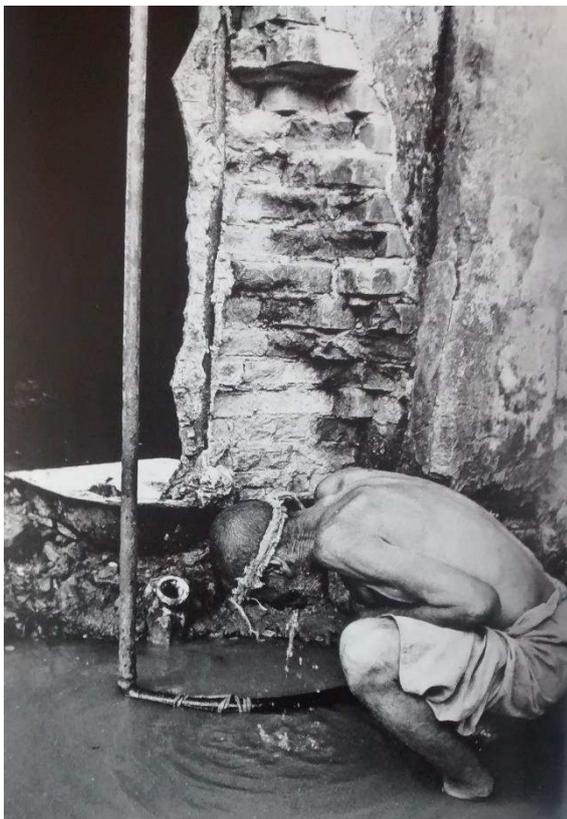


Figura 42: Internado tomando água do esgoto que cruzava o Pavilhão Afonso Pena. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.

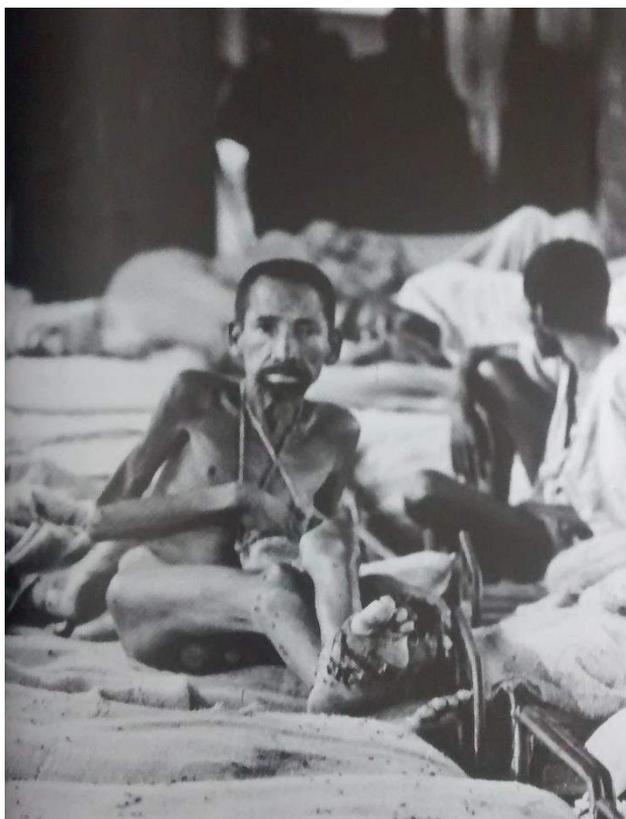


Figura 43: Internado em um dos leitos preenchidos com capim. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.

²⁶ A eletroconvulsoterapia é um tratamento ainda indicado em alguns casos de transtornos mentais graves. Os critérios para a aplicação são bem claros com relação à situação do paciente, seu preparo, a anestesia geral, relaxantes musculares, dentre vários critérios. Em Barbacena, de acordo com Arbex, o eletrochoque era realizado indiscriminadamente, caracterizando mais um tipo de tortura que de tratamento. Por vezes os pacientes eram obrigados a aplicar o choque em seus companheiros, ou ajudar a segurá-los, ou simplesmente assistir; revelando um objetivo moral, não terapêutico.

Em 1961, toda essa situação foi denunciada na revista *O Cruzeiro*, através da reportagem de José Franco e dos relatos fotográficos de Luiz Alfredo; o título da reportagem foi 'Sucursal do Inferno'. As denúncias tiveram a atenção dos governos estadual e federal, mas nada foi feito a respeito. 8 anos depois, o Hospital Colônia começava um comércio ilegal de corpos com dezessete faculdades de medicina do país. Ao todo foram registrados 1823 corpos comercializados sem a autorização dos familiares.

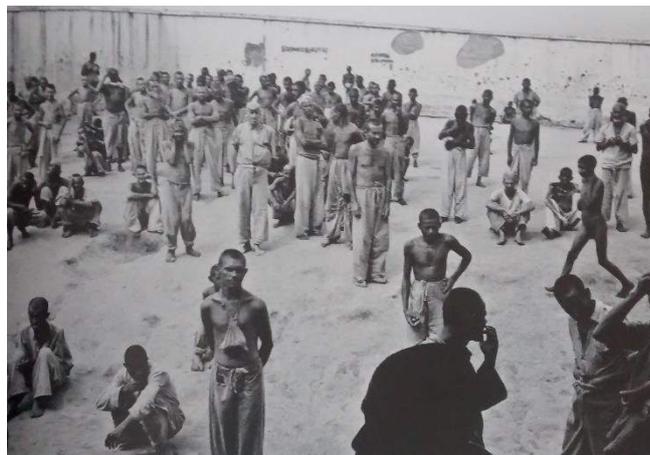


Figura 44: Um dos pátios femininos. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013. Figura 45: Um dos pátios masculinos. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.

As mortes eram frequentes. Arbex indica que, nos períodos de maior lotação, morriam 16 pessoas por dia, a maioria delas no inverno. Quando não se conseguiam vender os corpos, os mesmos eram decompostos em tonéis de ácido colocados no meio dos pátios, na frente dos pacientes. O Cemitério da Paz²⁷, construído junto ao hospital, nos anos 1970, já se encontrava lotado e abandonado.

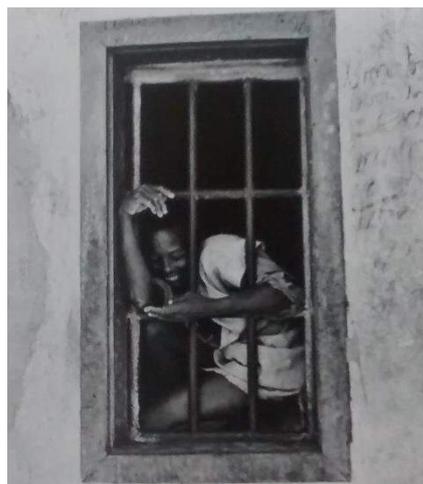


Figura 46: Foto de Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.

Figura 47: Foto de Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.

Figura 48: Foto de Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.

²⁷ A construção de um cemitério junto ao manicômio revelava a intenção de separação dos loucos dos indivíduos 'normais' mesmo depois da morte.

Em 1976, com o fechamento do Hospital de Psiquiatria Infantil de Oliveira – MG, 33 crianças foram transferidas para o Colônia. O mesmo tipo de tratamento aplicado nos homens e mulheres, era utilizado nessas crianças. Elas viviam no meio dos adultos, expostas aos perigos de violência sexual, eram violentadas, vivam nuas e abandonadas. A presença de crianças se fazia também em função das mulheres que eram internadas grávidas. Todas elas tinham seus filhos e filhas retirados de seus cuidados.



Figura 56: Crianças abandonadas em berços. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, 2013.



Figura 55: Criança deitada em um dos pátios coberta por insetos. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.



Figura 53: Carrocinha que transportava os corpos para o cemitério. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.

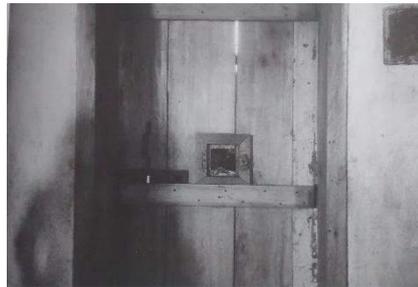


Figura 52: Porta de uma cela forte. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.



Figura 51: Cemitério da Paz. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.

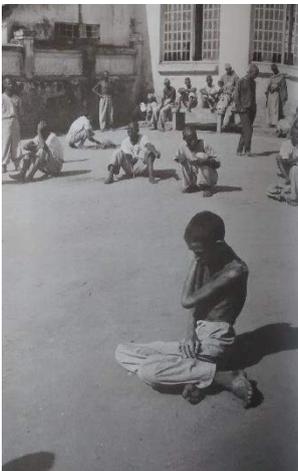


Figura 54: Criança. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.



Figura 50: Criança. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.

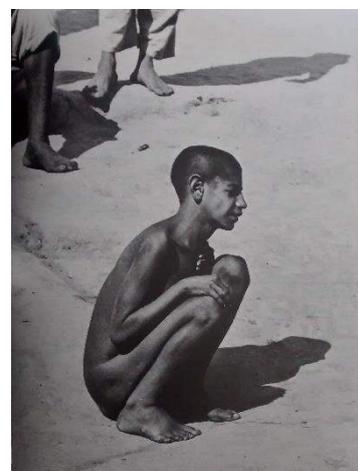


Figura 49: Criança. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013.

A situação só iria começar a mudar no ano de 1979, período que já se fazia presente no Brasil o embrião do que viria a ser a Luta Antimanicomial da década seguinte. Uma grande atenção foi dada ao Colônia pela imprensa; primeiramente através da reportagem de Hiram Firmino e fotografias de Jane Faria, matéria publicada no jornal *O Estado de Minas* com o título de 'Os Porões da Loucura'.

O cineasta Helvécio Ratton foi outro que abordou a situação do Colônia através de seu documentário 'Em Nome da Razão, um filme sobre os Porões da Loucura'. Arbex aponta que o filme foi fundamental para que o modelo de psiquiatria no Brasil começasse a mudar, já que foi exibido em vários lugares do país e no exterior, sendo bastante premiado.

A mudança maior viria também em 1979 com a visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia ao Colônia a convite do médico Antônio Soares Simone. Já com prestígio internacional em razão do sucesso de suas experiências em Gorizia e Trieste, reconhecidas como modelos, Basaglia convocou uma coletiva de imprensa para denunciar o que havia visto. Ao comparar o Hospital Colônia de Barbacena a um campo de concentração nazista, o psiquiatra deu a deixa para as mudanças que ocorreriam não só em Minas Gerais, mas em todo o Brasil.

O psiquiatra Jairo Toledo foi o responsável pelo início dessas mudanças no Colônia. Sob sua gerência, o hospital colocou fim às lobotomias e ao comércio de corpos; as crianças foram transferidas para locais mais adequados, foi proibida a internação de novos pacientes; o atendimento passou a ser regional, abrangendo somente o sul de Minas Gerais e a Zona da Mata; enfim, foi inserida a ótica ambulatorial, para a estabilização dos quadros clínicos dos pacientes agudos.



Figura 57: A presença de urubus denunciava o cenário de morte e abandono. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: *Holocausto Brasileiro*, Arbex, 2013.



Figura 58: Imagem de dentro de um dos pavilhões retratando o pátio lotado de internados. Foto: Luiz Alfredo, 1961. Fonte: *Holocausto Brasileiro*, 2013.

Em 1980 o projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica é aprovado em Minas Gerais. Seis anos depois foram criadas cinco casas de acolhimento, que viriam a ser as residências terapêuticas, somando-se 28 delas em Barbacena até 2013.

Em 1994 foi desativada a última cela do Colônia e dois anos depois criava-se o Museu da Loucura, localizado no Torreão do complexo.

Em 2003 foi lançado o programa 'De volta para Casa' no Ministério da Saúde. O programa dá residência, salário e bolsa-auxílio para pessoas que passaram por longos períodos de internação psiquiátrica com privação de liberdade. Dentro do processo de 'desinstitucionalização', o projeto busca devolver a cidadania desses indivíduos tão castigados e privados de suas vontades pessoais. Até 2013 apenas 177 pacientes ainda viviam no Colônia.

A Luta Antimanicomial chegou até mesmo no hospício mais violento do Brasil. Esse movimento que se iniciou no país nos anos de 1970, foi fortemente influenciado pela obra de Michel Foucault e principalmente pelas experiências de Franco Basaglia na Itália, com a chamada Psiquiatria Democrática. No próximo capítulo o trabalho abordará essa nova etapa dos lugares destinados ao tratamento de sofrimentos psíquicos. Após a consolidação como tipologia e a grande difusão dos manicômios em todo o mundo, na pós-modernidade tal modelo espacial, assim como seu funcionamento, seria questionado, construindo-se novas lógicas de tratamento, um novo imaginário social a respeito dos loucos e, conseqüentemente, novos espaços da loucura.



Figura 59: Museu da Loucura de Barbacena - MG. Fonte: revistadehistoria.com.br.

3. ANTIMANICÔMIO: espaços da loucura na pós-modernidade, novas formas de atenção

Segundo Josep Maria Montaner, a crítica ao racionalismo existiu contemporaneamente à sua ascensão, consolidação e difusão. Movimentos como o Surrealismo e o Expressionismo, pensadores como Antonin Artaud e Georges Bataille, levantaram questões que iam de encontro com as visões universalistas de cidade e de sociedade defendidas pela corrente mais tradicional do movimento moderno que compunha a maioria das vanguardas artísticas e também as vertentes arquitetônicas concentradas nos CIAM.

“O racionalismo foi um dos principais conceitos e entrar em crise a partir da Segunda Guerra Mundial” (MONTANER, 2012, p. 62). Como mostrado no Capítulo 02, nesse período deu-se o estopim para que essas ideias dissidentes se fortalecessem e leituras espaciais mais heterogêneas fossem ganhando espaço, como ilustrou Derrida através da passagem da Torre de Babel.

Montaner aponta que os contextos periféricos, fora do eixo eurocêntrico, como a Finlândia, a Itália, a Península Ibérica e a América Latina, foram os locais onde ocorreram as experiências mais significativas a respeito de uma quebra com a irredutibilidade de um estilo internacional para o desenvolvimento de uma modernidade mais criativa e compatível com variados contextos sociais e culturais. O autor chama de ‘terceira geração’ de arquitetos modernos, responsáveis por esse novo momento, nomes como Luiz Barragán, Carlos Raúl Villanueva, Oscar Niemeyer, Lina Bo Bardi, Rogelio Salmons, Paulo Mendes da Rocha, Alvar Aalto, José Antonio Coderch e Álvaro Siza Vieira. No livro *A Modernidade Superada: ensaios sobre a arquitetura contemporânea*, Montaner reflete sobre a evolução e a crise do movimento moderno, abordando os paradigmas que foram questionados no período pós-guerra:

Tudo isso está relacionado com outra mudança de paradigma: evoluir do pretense sujeito universal até a diversidade de cada contexto e de cada sociedade; passar a agir em meio a diversidade de culturas, grupos sociais e visões, entre as quais é prioritária a visão do gênero feminino, corrigindo-se integralmente a construção patriarcal de toda a história do ser humano. Tudo isso se articula ainda com a revisão total da dicotomia sujeito-objeto, que vem sendo ‘desconstruída’ em busca de uma relação inteiramente aberta, do desenvolvimento de nossas subjetividades e da potencialização da comunicação intersubjetiva frente ao dogmatismo do objetivo, do universal, do unitário. (MONTANER, 2012, p. 12).

Na proposta do presente trabalho de se estudar a relação do espaço arquitetônico com a loucura, a influência dos locais ocupados pelos corpos-loucos em seus sofrimentos psíquicos; é muito importante abordar a questão da mudança de visão de espaço que a pós-modernidade trouxe nos campos teórico e prático, e de como o corpo foi inserido nesses novos conceitos no período pós-guerra.

A visão clássica de espaço, segundo Montaner, é diretamente ligada à arquitetura, à matéria sólida que a conforma, à construção em si. O classicismo coloca o espaço como a essência da arquitetura, ou seja, fechado, delimitado por paredes, diferenciado volumetricamente, com forma identificável, descontínuo e específico. O espaço clássico é a consequência da ação do corpo que o constrói.

O movimento moderno, na passagem do século XIX para o XX, definiu uma nova concepção de espaço. Vanguardas como o Cubismo, o Neoplasticismo, o Construtivismo e também a Bauhaus, pensaram o espaço de maneira abstrata e matemática. O chamado *antiespaço* é livre, fluido, aberto e indiferenciado; chamado também de *espaço-tempo*, por ser concordante com a Teoria da Relatividade de Albert Einstein (1879 – 1955), o espaço moderno independe da arquitetura sólida ou do corpo que o ocupa, é uma entidade autônoma e infinita. Na modernidade, portanto, tanto o objeto arquitetônico quanto o corpo-objeto, não conformam o espaço, mas simplesmente se colocam nele. O espaço-tempo transcende a arquitetura e o próprio homem.

A pós-modernidade levantou uma importante questão que colocaria em xeque essa visão transcendental e universal do espaço moderno: a percepção. Movimentos como o Estruturalismo Holandês trabalharam a ideia de *lugar* para se opor à lógica espacial moderna. Montaner coloca que o conceito de espaço é uma ideia platônica; para Platão, no *Timeu*, *chora* é o *espaço* eterno, indestrutível, abstrato e cósmico, que dispõe tudo em determinada posição. O conceito de *lugar*, porém, é aristotélico; Aristóteles, em *Física*, fala do *topos* como um conceito empírico de espaço, relacionado ao corpo, como uma propriedade física dos corpos. O lugar seria, então, a experiência do espaço intimamente ligado à ação do corpo.

A arquitetura pensada segundo a lógica espacial moderna tem uma autonomia indiscutível, ela independe do corpo que a penetra ou do entorno em que se coloca, pois, o espaço tem uma condição ideal, genérica e indefinida; é uma construção mental baseada em medidas, posições e relações; é lógico, científico, matemático e abstrato. A arquitetura reduziu-se a partes essenciais que podiam ser articuladas sobre uma retícula horizontal e outra vertical, até conformar o todo de uma maneira racional. Esse reducionismo a elementos autônomos está em concordância com o pensamento científico; como as partículas que conformam os átomos, as células que formam um corpo ou as peças que compõem uma máquina.

O 'lugar' pós-moderno, entretanto, tem um caráter concreto; pois é empírico, existencial, articulado e bem definido por adjetivos, pelas qualidades das coisas e dos elementos que o formam, pelos valores históricos, simbólicos e poéticos; é também ambiental e está relacionado diretamente com o corpo.

Enquanto no moderno o corpo é um objeto que se coloca no espaço abstrato, no pós-moderno o corpo é a entidade definidora do lugar, pois sem ele e sem a sua capacidade de percepção, o espaço não existe. "Precisamente, a ideia de lugar diferencia-se da de espaço pela presença da experiência" (MONTANER, 2012, p. 38).

Um importante artista brasileiro, que se valeu da ideia de lugar para a criação de seus ambientes sensoriais, foi Hélio Oiticica (1937 – 1980). Para Stéphane Huchet, Oiticica vê a arquitetura como uma totalidade espacial transformável. Ao espaço geometrizado, conformado por limites claramente estabelecidos, contrapõe-se um espaço topológico contínuo, conformado por gradientes de abertura de participação e circulações que se estruturam mutuamente.

O Éden é um campus experimental, uma espécie de taba, onde todas as experiências humanas são permitidas – humano enquanto possibilidade da espécie humana. É uma espécie de lugar mítico para as sensações, para as ações, para a feitura de coisas e construção do cosmos interior de cada um – por isso, proposições 'abertas' são dadas e até mesmo materiais brutos e crus para o 'fazer coisas' que o participante será capaz de realizar. (OITICICA, 1994, p. 33).



Figura 60: *Éden*, ambiente de Oiticica apresentado na Whitechapel Gallery, Londres, em 1969. Fonte: afterall.org.
Figura 61: *Tropicália*, ambiente de Oiticica apresentado no MAM-RJ em 1967. Fonte: desconcordo.wordpress.com.

Oiticica aplica a ideia de lugar em um espaço conceitualmente moderno. O espaço construído geometricamente é lido através da topologia, ramo da geometria não-euclidiana que estuda espaços continuamente transformáveis. As transformações se dão, para Oiticica, por meio da experimentação do ambiente. Instalações como o *Éden* ou a *Tropicália* são lugares feitos para serem sentidos, vivenciados, praticados e apropriados; o que implica a presença do corpo para que o fato espacial se concretize.

A questão da percepção aplicada ao conceito de espaço gera uma complexidade muito maior na relação dos corpos com o lugar do que propunha o racionalismo moderno. O funcionalismo enquanto prática projetual é, segundo Theodor Adorno, um mecanismo empobrecedor das qualidades da própria realidade.

Montaner coloca, entretanto, que as experiências mais inovadoras do pós-guerra não foram as que negaram sistematicamente o racionalismo e o funcionalismo, sim as que partiram desses conceitos para transformar os paradigmas, usando como exemplo principal a arquiteta ítalo-brasileira Lina Bo Bardi (1914 – 1992).

Montaner compara Lina a Oiticica no sentido de que ambas as obras correspondem a ações *corpo a corpo* com a realidade. Lina tinha uma atividade artística global, mas não no sentido homogeneizante da palavra, sim justamente o contrário; a arquiteta abarcava diversas manifestações de arte por mais distantes que fossem. Questionava o anti-historicismo moderno através de obras que uniam modernidade e tradição, sem que uma anulasse a outra. Trabalhava arte popular, negra e indígena sem se valer de folclorismos, populismo ou nostalgia. Conciliava funcionalidade e poesia, modernidade e mimese. “A sua obra supera as dicotomias que haviam dividido a estética do século XX: a luta entre abstração e mimese, espírito e matéria, razão e tradição, concepção e representação, cultura e natureza, arte e vida” (MONTANER, 2012, p. 18).



Figura 62: MASP, São Paulo, de Lina Bo Bardi, edifício inaugurado em 1968. Fonte: maliciacomjuba.wordpress.com.



Figura 63: Interior do SESC Pompeia, projeto de Lina Bo Bardi, inaugurado em 1982. Fonte: circolare.com.br.

Montaner se vale do pensamento do filósofo Ferrater Mora para demonstrar a importância da questão da tradição na obra de Lina Bo Bardi. Para o autor, as pessoas que modificam substancialmente o futuro não são aquelas que negam o passado, sim as que vivem enraizadas nele, que são plenamente conscientes das implicações da história, daquilo que as ações passadas podem acarretar no futuro. Lina supera os limites da modernidade sem expor sua essência à crise; conserva seus valores básicos de humanismo, projeto social e vontade de renovação formal, mas cria um sentido de comunidade nos espaços projetados e construídos, espaços poéticos, de criatividade, geradores de potências, lugares onde as pessoas se encontram, dialogam, intervêm, trocam experiências e sentimentos. “Todo pensamento deve incluir a razão e a intuição como processos básicos e complementares” (MONTANER, 2012, p. 70).

Esse sentido de espaço; que a pós-modernidade introduziu com a noção de lugar indissociável de um ambiente de comunidade, assim como a ideia de que as ações dos corpos são essenciais para a ideia de lugar; foi um dos pilares dos novos espaços da psiquiatria no pós-guerra. Essa nova visão foi concordante com os movimentos de luta por humanização dos serviços manicomiais. Tais movimentos surgiram em um momento de sensibilidade social em razão do cenário aterrorizante que a guerra trouxera, que não se diferenciava muito do interior dos hospícios e prisões.

Demonstrando que a guerra teve um papel fundamental na formação desse novo imaginário da psiquiatria diante da loucura, Maurício Porto, no artigo *Quando a Saúde é Pública*, se vale do exemplo do psiquiatra Francesc Tosquelles (1912 – 1994).

Tosquelles nasceu em 1912 em Barcelona, Espanha; no ano de 1935, foi cofundador do Partido Operário de Unificação Marxista. No ano seguinte foi enviado como psiquiatra à guerra civil espanhola contra o franquismo. No contexto da guerra, Tosquelles se deparou com médicos despreparados para aquela situação, já que a formação dos mesmos tinha uma lógica que não previa nada muito além de diagnóstico diante de pagamento, muito menos a ideia de uma guerra violenta.

A precariedade fez a necessidade de improvisação. O psiquiatra transformava advogados em médicos, putas em enfermeiras; e o trabalho caminhava muito mais para um sentido de formação comunitária, de ajuda mútua, e muito menos para o exercício de um saber científico. Para Tosquelles, o talento e a capacidade de se relacionar com o outro, era mais importante que o conhecimento técnico e a atuação profissional; a terapêutica dava-se através dessa relação de cada um com o cotidiano comunitário.

Em 1939, com a vitória franquista, Tosquelles foi aprisionado; mas conseguiu escapar para a França. No ano seguinte foi trabalhar no *Hôpital de Saint Alban* como enfermeiro auxiliar, e foi lá que exerceu suas experiências mais relevantes em relação à reforma do modelo psiquiátrico tradicional. O lugar abrigava de 600 a 700 internos, era afastado da cidade, miserável, sujo, superlotado e de onde raramente os pacientes saíam recuperados, um típico manicômio. O psiquiatra catalão soube trabalhar com as peculiaridades do local para criar uma ambiência comunitária e subverter a lógica médica e hierárquica.



Figura 64: Imagem aérea do Hôpital Saint Alban, França. Fonte: psychiatrie.histoire.free.fr.

A primeira peculiaridade era de que, aos domingos, os portões do manicômio eram abertos para que os camponeses que iam até a cidade comercializar animais e produtos cortassem caminho. Nesses dias, alguns pacientes armavam uma espécie de tenda no decorrer do atalho dos camponeses para trocar alguns produtos artesanais construídos por eles (barcos de madeira, soldadinhos de chumbo) por cigarros ou outros objetos. A prática, até então clandestina, foi incentivada por Tosquelles e o comércio informal foi dignificado.

Outra particularidade que o psiquiatra percebeu foi a venda ilegal de vinho que os enfermeiros (guardas) faziam para pacientes que gostavam de beber. Tosquelles legitimou a prática e fez com que os guardas criassem um bar, construindo um novo espaço de encontro e lazer dentro do manicômio.

A terceira prática corriqueira validada, foi a facilitação, por parte dos guardas, das fugas de alguns pacientes. Existiam recompensas para a captura dos fugitivos; dessa forma, os guardas faziam acordos com os camponeses vizinhos para que os mesmos abrigassem pacientes fugitivos por alguns dias para que o valor fosse dividido posteriormente à denúncia.

Em 1942, o hospício passou a ser dirigido por Lucien Bonnafé (1912 – 2003), psiquiatra ligado ao partido comunista e ao movimento surrealista. A presença de Bonnafé transformou o hospital em um lugar aberto que recebia militantes e artistas²⁸, resistentes contra a ocupação nazista. Por esse motivo, o engajamento político e criativo passou a fazer parte da vida cotidiana do hospital. A psicanálise, o comunismo e o surrealismo eram temas recorrentes nas reuniões das quais os pacientes crônicos, residentes no manicômio, participavam.

Tosquelles transformara uma instituição psiquiátrica de moldes tradicionais, repressivos, domesticadores e violentos, em um coletivo, uma comunidade.

Aprendemos que precisamos instituir lugares onde as pessoas possam se encontrar e estabelecer relações com o desconhecido, com o inabitual, deixar passar o surpreendente; que precisamos abrir portas e multiplicar as trocas entre o exterior e o interior das clausuras, físicas e mentais. (PORTO, 2006, p. 5).

Outra experiência bastante relevante de que fala Porto aconteceu na Argentina por meio das figuras de Pichon Rivière (1907 – 1977) e Marie Langer, no *Hospício de las Mercedes* em Buenos Aires. Pichon focava em treinar os profissionais através do contato direto com os pacientes, chamava essa prática de 'aprender a aprender'. O psiquiatra acreditava que o contato pessoal entre profissional e paciente fazia com que houvesse um reconhecimento mútuo de características pessoais semelhantes e que através desse espelhamento dado pela aproximação era que o profissional reconheceria sua própria loucura e o louco reconheceria seu próprio direito à cidadania que fora arrancado pela instituição. Uma longa greve dos funcionários fez com que os psiquiatras fossem obrigados a treinar os próprios pacientes para fazerem papel de enfermeiros. Nesse sentido, um sentimento de coletividade, uma ambiência grupal foi estabelecida.

²⁸ Porto cita o refúgio dos surrealistas Tristan Tzara, Paul Éluard, Georges Canguilhem e visitas de Antonin Artaud.



Figura 65: Hospício de las Mercedes, atual Hospital Municipal José Tiburcio Borda, Buenos Aires. Fonte: es.wikipedia.org.

Essas duas experiências (francesa e argentina) foram fundamentais para a formação de um novo imaginário social sobre a loucura. Inicialmente em escala local, mas que se espalharam através dos congressos internacionais e dos movimentos sociais a favor da humanização dos tratamentos psiquiátricos.

Cada vez mais percebia-se que a hierarquia, a humilhação, o preconceito, o cárcere e a tutela, geravam sensações de rebaixamento pessoal e dependência, que não eram nada terapêuticos, mas só aumentavam o sofrimento psíquico dos indivíduos e construía doenças.

O movimento que os espaços de saúde mental tiveram no período entre guerras foi semelhante, de certa forma, às transformações que própria arquitetura moderna sofreu em relação à forma com que os corpos foram pensados dentro dos espaços; um processo de valorização das relações humanas e dessacralização do espaço abstrato e ideal; formação de um sentido de comunidade por meio da convivência horizontal dos indivíduos e enfraquecimento da visão científica e racionalista, até então dominante do espaço.

Outras experiências nesse sentido poderiam ser citadas, como as Comunidades Terapêuticas de Maxwell Jones, na década de 1950; a Psiquiatria Preventiva da década de 1960 nos Estados Unidos; a Antipsiquiatria na Inglaterra de Ronald Laing, Aaron Esterson e David Cooper, que, também nos anos 1960, pregavam que “a sociedade enlouquecia as pessoas e, em seguida, culpada, buscava tratá-las” (VIECELI, 2014, p. 121).

A experiência mais relevante, porém, foi a peça chave para a grande maioria das reformas psiquiátricas no mundo, incluindo a brasileira: a chamada Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia (1924 – 1980). Este capítulo abordará esse assunto e, em seguida, mostrará o rebatimento das ideias de Basaglia no Brasil até a promulgação da lei da reforma psiquiátrica que culminaria com a consolidação dos atuais CAPS como instrumentos modelo de tratamento no país.

3.1. Loucura na Itália dos anos 1960/70: a Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia

Franco Basaglia nasceu em Veneza no ano de 1924. Formou-se em medicina pela Faculdade de Padova. Depois de doze anos de carreira acadêmica, ingressa como diretor no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, em 1961.

Logo no início de sua atuação, Basaglia reconhece no cotidiano do hospital o que já se sabia a respeito das instituições manicomiais: era um local de abandono, exclusão social e violência. Já ciente das experiências de Maxwell Jones, na Inglaterra, resolve implantar um tipo de comunidade terapêutica dentro do Hospital de Gorizia. De acordo com Arthur Ferreira, Karina Padilha e Miriam Starosky da crítica basagliana destacam-se três questões: “a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça, a origem da classe de pessoas internadas e a não-neutralidade da ciência” (BARROS, 1994 apud FERREIRA; PADILHA; STAROSKY, 2012, p. 19). Basaglia entendia, portanto, a psiquiatria como o espelho das relações de opressão de classes:

O psiquiatra estará sempre numa posição privilegiada de dominante frente ao seu doente. Isso também faz parte da explicação da história da psiquiatria. A história dos poderosos, isto é, dos médicos, e nunca dos doentes. Partindo desse ponto de vista, tenho a dizer que a psiquiatria, desde seu nascimento, é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres, isto é, a classe operária que não produz. (BASAGLIA, 1979 apud FERREIRA; PADILHA; STAROSKY, 2012, p. 20).



Figura 66: Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Fonte: *undo.net*.

Vieceli aponta que, ao contrário do movimento da Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática Italiana, como foi chamada, não negava a existência da doença; mas propunha uma nova maneira de entendê-la. Para Basaglia a loucura transcende a ciência da psiquiatria, dizendo respeito à própria condição humana e às noções de família e comunidade. Entendendo a instituição como forma de exercício de um poder pautado em um saber científico, os psiquiatras de Gorizia iniciaram o movimento chamado desinstitucionalização.

Segundo Ferreira, a experiência de Basaglia não buscou somente a humanização dos espaços, como havia sido feito nas anteriores tentativas de reforma; o psiquiatra buscou estabelecer relações com a comunidade, vizinhança, família e a própria cidade. Para essas relações acontecerem, uma questão básica teria de ser revista: o cárcere. O internamento é o fator que isola fisicamente o doente mental da vida urbana, por isso, o primeiro passo para o novo tratamento foi o retorno à liberdade. Liberdade essa que não era vista como um presente do médico ao paciente, sim como uma conquista de direitos que haviam sido subtraídos.

O doente mental é doente sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem pode-se tudo. Por isso negamos dialeticamente nosso mandato social, que exigia que considerássemos o doente como um não-homem, e, ao negá-lo, negamos a visão do doente como uma não-homem. (BASAGLIA, 1985 apud VIECELI, 2014, p. 122).



Figura 70: Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it. Figura 71: Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it. Figura 69: Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.



Figura 72: Reunião do Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.

Figura 68: Reunião do Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.

Figura 67: Reunião do Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.

Antes da liberdade física, foi alcançada uma liberdade de expressão dentro do hospital. A democracia dava-se no momento das reuniões que os pacientes passaram a participar, sendo importantes nas tomadas de decisões dentro do hospital. Essa devolução da voz que havia sido calada foi um primeiro contato com o sentido de cidadania que se buscava. De acordo com Maria Paula Fontes, as reuniões tinham como objetivo:

Instigar os pacientes a exercitar escolhas e confrontos com outras pessoas, fossem também pacientes ou funcionários. A convivência entre pacientes e funcionários deveria ser fundamentada numa relação de igualdade, destituindo o poderio incondicional do médico psiquiatra, e envolvendo a todos, independente de sua condição na instituição, na causa da ressocialização. (FONTES, 2003, p. 46).

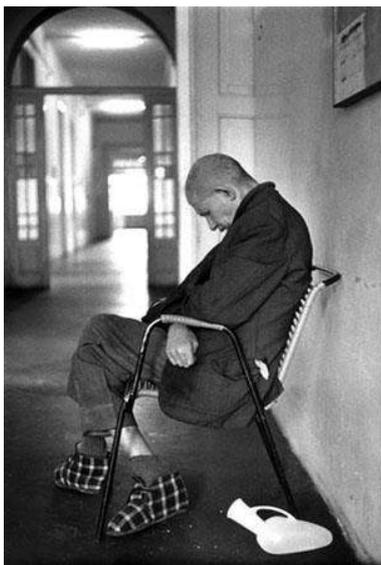


Figura 75: Interno do Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: *deistituzionalizzazione-trieste.it*.



Figura 74: Internos do Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: *deistituzionalizzazione-trieste.it*.



Figura 73: Internos do Hospital de Gorizia. Foto: Cerati, 1968. Fonte: *deistituzionalizzazione-trieste.it*.

Vieceli aponta que Basaglia iniciou uma abertura progressiva dos diversos setores do hospital e promoveu a retirada das grades que cercavam as celas. Tanto as mudanças espaciais, quanto as transformações na gestão e no modelo hierárquico, foram muito combatidas pelo governo local.

A experiência em Gorizia teve imensa importância, já que trouxe à tona a importância do sentido da vida em comunidade, do incentivo à corresponsabilidade dos pacientes uns com os outros e da participação de todos na busca de soluções alternativas, ao invés de um mandato estritamente médico. (VIECELI, 2014, p. 122).

As transformações no hospital de Gorizia duraram de 1961 a 1968. No ano de 1970, Basaglia viaja para os Estados Unidos “como professor visitante em um dos *Community Mental Health Centers* de Nova York” (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 43). Durante essa viagem, o psiquiatra reflete sobre a reorganização técnica, administrativa, política e humanizadora de uma instituição manicomial e conclui que seria um processo inviável; teria de tentar um outro tipo de reforma, diferente da que ocorrera durante a década de 1960.

Dez anos após seu ingresso em Gorizia, Basaglia assume o Hospital Psiquiátrico de Trieste. Segundo Vieceli, em 1971 o psiquiatra estava totalmente convencido que era impossível realizar uma reforma que fosse de fato benéfica sem transpor os muros da instituição. As barreiras físicas ainda diziam muito a respeito da lógica repressiva que tinham os manicômios.

Em Trieste, dá-se início a um processo mais radical de desinstitucionalização. Ao invés de se implantar uma vida comunitária dentro do hospital, o mesmo seria desconstruído, e a vida comunitária dos doentes mentais aconteceria na comunidade real das ruas da cidade.



Figura 76: Escritos no muro do Hospital de Gorizia: 'Não! Não! Ao Manicômios dos Pobres!' (tradução livre). Foto: Cerati, 1968. Fonte: *deistituzionalizzazione-trieste.it*.

Ai começa a verdadeira demolição do aparato manicomial com a extinção dos 'tratamentos' violentos, a abertura dos cadeados e das grades, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo, a constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 43).

Para que isso fosse possível, Basaglia conseguiu construir 7 centros de saúde mental, um para cada área da cidade; eles tinham funcionamento 24h por dia, eram frequentados por cerca de 80 a 100 pessoas e atendia uma população de aproximadamente 40 mil pessoas. Durante o dia, esses centros tinham atividades de socialização e existiam 8 leitos (4 masculinos e 4 femininos) para situações de crise. Foi feito um grande trabalho de visitas domiciliares para a orientação das famílias que recebiam algum paciente de volta. Os que não tinham família foram abrigados nos grupos-apartamento, uma espécie de residência coletiva. Além disso, o processo de reinclusão social passou pela construção de cooperativas de trabalho, que abrangiam produções artísticas, intelectuais e de prestação de serviços para os egressos. O hospital geral, existente na cidade, receberia as situações de emergência.

Apenas dois anos após o início desse trabalho em Trieste, em 1973, a Rede de Saúde Mental dirigida por Basaglia foi considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como referência mundial de reformulação de assistência psiquiátrica. Esse reconhecimento foi importante para que experiências parecidas fossem feitas em outros países.



Figura 77: Hospital Psiquiátrico de Trieste. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.

A experiência de Trieste demonstra ser possível a constituição de um circuito de atenção que oferece e produz cuidados, ao mesmo tempo que oferece novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam da assistência psiquiátrica. (VIECELI, 2014, p. 123).

Em Trieste, diferentemente do que ocorreu em Gorizia, a desinstitucionalização aconteceu de forma mais efetiva. A diferença no âmbito espacial das duas experiências foi fundamental para a relevância de Trieste; enquanto que em Gorizia a formação de um ambiente comunitário deu-se dentro dos muros do hospital, em Trieste buscou-se a integração dos loucos com a comunidade preexistente da cidade, negando o aparato manicomial como representante simbólico da loucura, pois, como nos diz Franco Rotelli, “faz-se necessário repetir algo para nós óbvio, mas desconhecido para muitos: a instituição que colocamos em questão (...) não foi o manicômio, mas a loucura” (ROTELLI, 2013, p. 1). Ambas experiências, porém, têm características em comum no campo teórico; pois abrem mão da ideia de loucura enquanto erro, incapacidade, inferioridade; para produzi-la enquanto potência criativa, uma maneira alternativa de enxergar o mundo; ambas propõem, também, o não uso do saber médico como imposição normativa, mas como possibilidade de incentivo à produção de subjetividades. A desinstitucionalização proposta pela Psiquiatria Democrática Italiana busca, portanto, a transformação do sujeito-louco de inválido, improdutivo, perigoso e vazio, para ator social potencialmente criativo.

Em 1978 foi promulgada na Itália a Lei nº 180, conhecida como Lei Basaglia, que proibiu novas internações em manicômios, determinando seu esvaziamento progressivo. De acordo com Rotelli e Amarante, a lei não agradou por completo a Franco Basaglia, pois existiam nela alguns artigos contraditórios que sustentam ainda as bases tradicionais da psiquiatria. Para os autores a lei ainda dá ao médico a responsabilidade pelo julgamento de periculosidade do louco. Apesar dessa questão, o avanço que a Lei Basaglia proporcionou foi a abertura das possibilidades de criação de soluções alternativas à internação; a proibição da recuperação dos

velhos manicômios, assim como a construção de novos; e a restituição da cidadania e dos direitos sociais dos doentes mentais através dessa reorganização dos recursos para a rede de cuidados psiquiátricos.



Figura 78: Saída do Hospital de Trieste. Foto: Gasparo, 1973. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it. Figura 79: Saída do Hospital de Trieste. Foto: Gasparo, 1973. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it. Figura 80: Ruas de Trieste. Foto: Gasparo, 1973. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.

Todo esse processo de reforma na psiquiatria italiana dos anos 1960/70, foi, portanto, muito conturbado, havendo resistência governamental, universitária e principalmente da elite mais conservadora da classe médica.



Figura 81: Festa nas ruas de Trieste. Foto: Smith. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it. Figura 82: Festa nas ruas de Trieste. Foto: Smith. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it. Figura 83: Hospital de Trieste. Foto: Gasparo, 1973. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.



Figura 84: Festa nas ruas de Trieste. Foto: Smith. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it. Figura 85: Festa nas ruas de Trieste. Foto: Smith. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it. Figura 86: Festa nas ruas de Trieste. Foto: Smith. Fonte: deistituzionalizzazione-trieste.it.

Cristine Gorski Severo identifica no contexto da psiquiatria basagliana a existência de dois conflitantes discursos: o discurso manicomial, que defende a internação como melhor forma de tratamento para doentes mentais; e o discurso antimanicomial, que defende a existência de equipamentos descentralizados na cidade, incluídos na sociedade e com modelos de tratamento humanizados. A autora afirma que ambos os discursos, apesar de contraditórios, pertencem a uma mesma estratégia de poder: a produção de saber científico sobre qual a melhor forma de tratar a loucura. Dessa maneira, Severo afirma que a voz dos discursos

antimanicomiais não é a voz dos loucos, sim a de profissionais e pessoas rotuladas 'normais', que se apoiam na racionalidade assim como os defensores dos manicômios; fato que reafirmaria a suposta incapacidade dos loucos de se expressar ou defender seus interesses, que reforçaria a necessidade de tutela.

Esse tipo de crítica acontece também no âmbito institucional. A formação de equipamentos urbanos de saúde que substituem a tipologia hospitalocêntrica é vista como uma forma de desinstitucionalização; porém, como afirma Ferreira, esses dispositivos reformistas acabam também se tornando instituições, em razão do automatismo cotidiano e da burocracia governamental. É uma característica do sistema capitalista essa fácil adaptação a situações que seriam, de início, subversivas. "Este caráter mutante e múltiplo das formas de governo é um aspecto a que todo o movimento reformista deve permanecer atento" (FERREIRA, 2012, p. 27).

Os posicionamentos de Severo e Ferreira contêm questões que foram levantadas durante o processo mundial de Luta Antimanicomial e são bastante importantes para o desenvolvimento das ideias que Basaglia introduziu e que se colocam em prática ainda em países como o Brasil.

A seguir, o trabalho discorrerá sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, as influências de Basaglia, a consolidação dos CAPS, a Lei Paulo Delgado, as críticas às transformações e a situação atual das políticas públicas em Saúde Mental no país.

3.2. Loucura no Brasil dos anos 1980/90: os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS Luiz Cerqueira – SP

Franco Basaglia fez três visitas ao Brasil. A primeira, em 1975, não foi muito divulgada por conta do regime ditatorial militar que o país vivia, ainda no início da chamada 'abertura política'. A segunda, em 1978, já causou certa polêmica no meio médico do Rio de Janeiro. A mais relevante, porém, foi a de 1979, quando Basaglia visitou Hospitais e Faculdades do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, incluindo a, já citada no Capítulo 02, visita ao Hospital Colônia de Barbacena. O cenário político encontrado pelo psiquiatra italiano em sua última visita ao Brasil foi bastante diferente do primeiro. No final dos anos 1970 e início da década de 1980, o país já se encontrava com uma maior participação política dos movimentos sociais, em processo de reorganização dos partidos políticos e dos sindicatos. No campo da Saúde Mental já se registravam várias denúncias aos modos de tratamento dentro dos hospitais psiquiátricos, principalmente os do setor privado, por conta do *modus operandi* junto à Previdência Social, que transformava uma instituição de saúde em um tipo de investimento financeiro²⁹.

²⁹ Ver no Anexo 01 a entrevista com Lígia Tritto que ilustra tal situação.



Figura 87: Franco Basaglia (ao centro) em visita ao Brasil. São Paulo, 1979. Foto: Rogelio Casado. Fonte: picasa.net.

A aprovação da Lei Basaglia na Itália, a atuação dos movimentos sociais na saúde como a luta pela Reforma Sanitária³⁰, a divulgação das obras de Foucault, Goffman e Thomas Szasz, as visitas de Basaglia; todo esse contexto foi favorável para a efervescência de um pensamento no Brasil que viria a se tornar o Movimento Antimanicomial, que atingira não só o meio médico e universitário, mas a opinião pública e o imaginário social.

Basaglia saíra da direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste em 1979. No ano seguinte descobre um tumor em seu cérebro e morre meses depois. Criava-se, portanto, uma dúvida a respeito da consolidação prático-teórica do trabalho em Trieste sem o seu idealizador. A continuação do processo deu-se por meio da equipe formada por Basaglia sob a liderança e Franco Rotelli, que foi diretor dos Serviços Psiquiátricos de Trieste de 1979 a 1995. Experiências semelhantes começaram a se desenvolver na Itália, em cidades como Perugia, Arezzo, Região-Emilia e Parma.

Durante o período da direção de Rotelli, segundo texto do próprio autor, até 1992, vários países recebiam consultoria direta do Serviço Psiquiátrico de Trieste, dentre eles o Brasil, Argentina, Chile, Santo Domingo, México, Grécia, Estados Unidos, Canadá, Espanha, França, Suécia, Eslovênia, Croácia, Alemanha e Japão.

³⁰ O Movimento Sanitário propunha uma "mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção das tecnologias de cuidado" (BRASIL, 2005). Apesar de serem contemporâneas, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica têm origens distintas, estando a segunda inserida muito mais em um contexto internacional.

Essa difusão internacional demonstra a importância e o alcance que teve o pensamento de Basaglia, que seria a principal base teórica para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental surge em 1978. Era formado por trabalhadores integrados ao movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Nove anos após sua criação, o movimento faria seu evento mais representativo, o *II Congresso Nacional do MTSM* em Bauru – SP, no ano de 1987, que levantou o lema 'Por uma Sociedade sem Manicômios'.

No mesmo ano é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, o CAPS Prof. Luiz Cerqueira em São Paulo – SP. O projeto do primeiro CAPS, feito pela Coordenadoria de Saúde Mental da cidade de São Paulo, definia como 'clientela' pessoas socialmente inválidas, com formas diferentes e especiais de ser, com patologias de maior complexidade, que tenham enveredado por um circuito de cronificação, com graus variáveis de limitações sociais ou com graves dificuldades de relacionamento e inserção social.

De acordo com esse projeto, o CAPS seria uma estrutura intermediária entre hospital e comunidade, de cunho desburocratizante e de caráter multiprofissional, que buscava estimular múltiplos aspectos necessários ao exercício da vida em comunidade, respeitando as singularidades dos indivíduos em sofrimento.

Funcionaria, de início, durante 8 horas por dia, 5 dias por semana. O CAPS Luiz Cerqueira buscava entender a doença mental levando-se em consideração a sociedade, a família, o trabalho e o contexto histórico do paciente; uma clara influência do pensamento de Franco Basaglia, que buscava recuperar no sujeito rotulado louco, a cidadania que foi suprimida pelo tempo de internação em instituições psiquiátricas.

O papel do MTSM foi muito importante na formação dos CAPS, pois uma transformação tão grande na forma de trabalho exigia uma diferente formação dos profissionais que atuariam nesses novos espaços.

Talvez ainda mais importante (...) é a formação de técnicos, de profissionais, nas questões conceituais e práticas que envolvem os novos serviços, para que os mesmos não sejam atualizações da psiquiatria, não sejam reformas, no sentido mais precário do termo, e sim rupturas. (AMARANTE; TORRE, 2001, p. 33).



Figura 88: CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo – SP. Fonte: saude.sp.gov.br.

A criação do primeiro CAPS foi anterior à criação do próprio Sistema Único de Saúde, dentro do qual se inseriria anos mais tarde. O SUS, constituído em 1988, articula, na área da saúde, as gestões federal, estadual e municipal:

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito as ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. (BRASIL, 2004, p. 13).

No ano seguinte, 1989, o deputado Paulo Delgado, dá entrada no congresso ao Projeto de Lei 08/91-C, que determinava a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos. No mesmo ano acontece a intervenção municipal no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta em Santos – SP, liderada pela prefeita Telma de Souza e pelo Secretário de Saúde David Capistrano. O Capítulo 04 abordará esse tema.

No ano de 1990 acontece a *Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais* de Saúde em Caracas, Venezuela; evento patrocinado pelas organizações Pan-Americana e Mundial de Saúde (OPS e OMS). Com a presença de representantes de vários países, incluindo o Brasil, foi redigido um documento que foi chamado 'Declaração de Caracas' (Anexo 02). O documento levanta a necessidade imediata da reestruturação da assistência psiquiátrica pela adequação das legislações dos países, respeitando os direitos humanos e civis dos doentes mentais por meio da reorganização dos serviços.

Ainda mais importante que os planos nacionais e as leis, que têm a sua importância e a sua eficácia, são os trabalhos práticos de implantação de novas experiências que demonstrem e comprovem ser possível prestar atenção psiquiátrica diferenciada, sob novos modelos de cuidados, sem necessidade do asilo, do hospital, da violência, da discriminação, da segregação: que demonstrem ser possível uma prática psiquiátrica que crie novas dimensões, novas subjetividades, que produza vida e não morte. (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 50).

Depois de um período de intensa movimentação entre o final dos anos 1980 e o início da década de 1990, o tema da Luta Antimanicomial só voltaria ao contexto nacional em 2001, data da aprovação de lei de Paulo Delgado (Lei Federal 10.216 – Anexo 03). Na verdade, o que foi aprovado é um substitutivo do Projeto de Lei original. O documento final da Lei não coloca claramente como seria feita a extinção dos manicômios e como seria implantada uma rede capaz de atender toda a demanda de pacientes; esse fato deu-se pelas alterações impostas pela resistente classe médica.

Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. (BRASIL, 2005, p. 8).

O poeta Ferreira Gullar afirmou em uma entrevista à *Revista Época* que teve acesso ao documento original da Lei Paulo Delgado e que constava nessa primeira versão a necessidade de autorização de um juiz para internar uma pessoa; questão retirada da Lei antes da aprovação do texto final. Gullar, forte crítico da Lei Federal 10.216 e pai de dois filhos esquizofrênicos (um já falecido), acredita que a Luta Antimanicomial está inserida em um contexto dos anos 1960/70 de revolta coletiva, excesso de uso de drogas, movimento hippie, etc. que gerou um sentido de generalização anticapitalista. Para ele, a Psiquiatria Democrática Italiana forçava as pessoas a acreditarem que estavam sendo cerceadas pela sociedade burguesa. "A raiz da psiquiatria democrática é a ideia de que não existe doença. A sociedade é que é culpada porque é burguesa" (GULLAR, 2009).

O poeta, no artigo *Uma Lei Errada*, publicado na *Folha de São Paulo* em 2009, afirma que já visitou muitas instituições psiquiátricas públicas e privadas, e que nenhuma delas tinha qualquer característica apontada pelo Movimento Antimanicomial. Para ele as imagens aterrorizantes dos manicômios foram construídas e usadas para manipular o imaginário social:

Até descobrirem os remédios psiquiátricos, que controlam a ansiedade e evitam o delírio, médicos e enfermeiros, de fato, não sabiam como lidar com um doente mental em surto, fora de controle. Por isso o metiam em camisas de força ou o punham numa cela com grades até que se acalmasse. Outro procedimento era o choque elétrico, que surtia o efeito imediato de interromper o surto esquizofrênico, mas com consequências imprevisíveis para sua integridade mental. Com o tempo, porém, descobriu-se um modo de limitar a intensidade do choque elétrico e apenas usá-lo em casos extremos. Já os remédios neuroléticos não apresentam qualquer inconveniente e, aplicados na dosagem certa, possibilitam ao doente manter-se em estado normal. Graças a essa medicação, as clínicas psiquiátricas perderam o caráter carcerário para se tornarem semelhantes a clínicas de repouso. (GULLAR, 2009).

Depois de tamanha resistência, e apesar das duras críticas como a de Gullar, a aprovação da Lei Paulo Delgado foi um passo muito importante para a Luta Antimanicomial no Brasil. Até aquele momento estava em voga um decreto de 1934 de Getúlio Vargas (1882 – 1954) que permitia que qualquer pessoa com interesse de internar alguém o fizesse mediante a apresentação de um atestado médico simples. Em 2001 havia 50 mil leitos psiquiátricos; dez anos depois esse número já havia caído para 30 mil. 45 hospitais psiquiátricos já haviam sido fechados, mas ainda restavam 200 em funcionamento. Enquanto isso, os CAPS se afirmavam como os instrumentos substitutivos dos hospitais. Até 2011, 1650 CAPS haviam sido criados.

Na primeira década do século XXI, o governo brasileiro promoveu várias ações dentro desse contexto de Reforma Psiquiátrica; como a criação de linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico; a criação de novos mecanismos para fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos; a expansão da rede de atenção diária à saúde mental; a criação do programa 'De Volta para Casa' para a reintegração à sociedade de pessoas com longos períodos de internamento através de bolsa-auxílio-reabilitação; criação de uma política de recursos humanos para a reforma psiquiátrica; incorporação da política de redução de danos para a questão do álcool e outras drogas; criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos para garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e auxiliar o morador em seu processo de reintegração à comunidade.



Figura 89: Residência Terapêutica em Nova Iguaçu - RJ. Fonte: jornalfolhadoiguassu.blogspot.com.br.

Em meio a todas essas ações, os CAPS se firmaram como os equipamentos sociais de maior relevância para a consolidação da nova rede e da nova política pública de saúde mental. O CAPS é definido como um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS; lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

De acordo com documento do Ministério da Saúde, os CAPS visam prestar atendimento em regime de atenção diária (funcionando das 8h às 18h); gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com os gestores local as atividades de supervisão de

unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; e manter atualizada a listagem de pacientes de sua região que utilizem medicamentos para a Saúde Mental.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

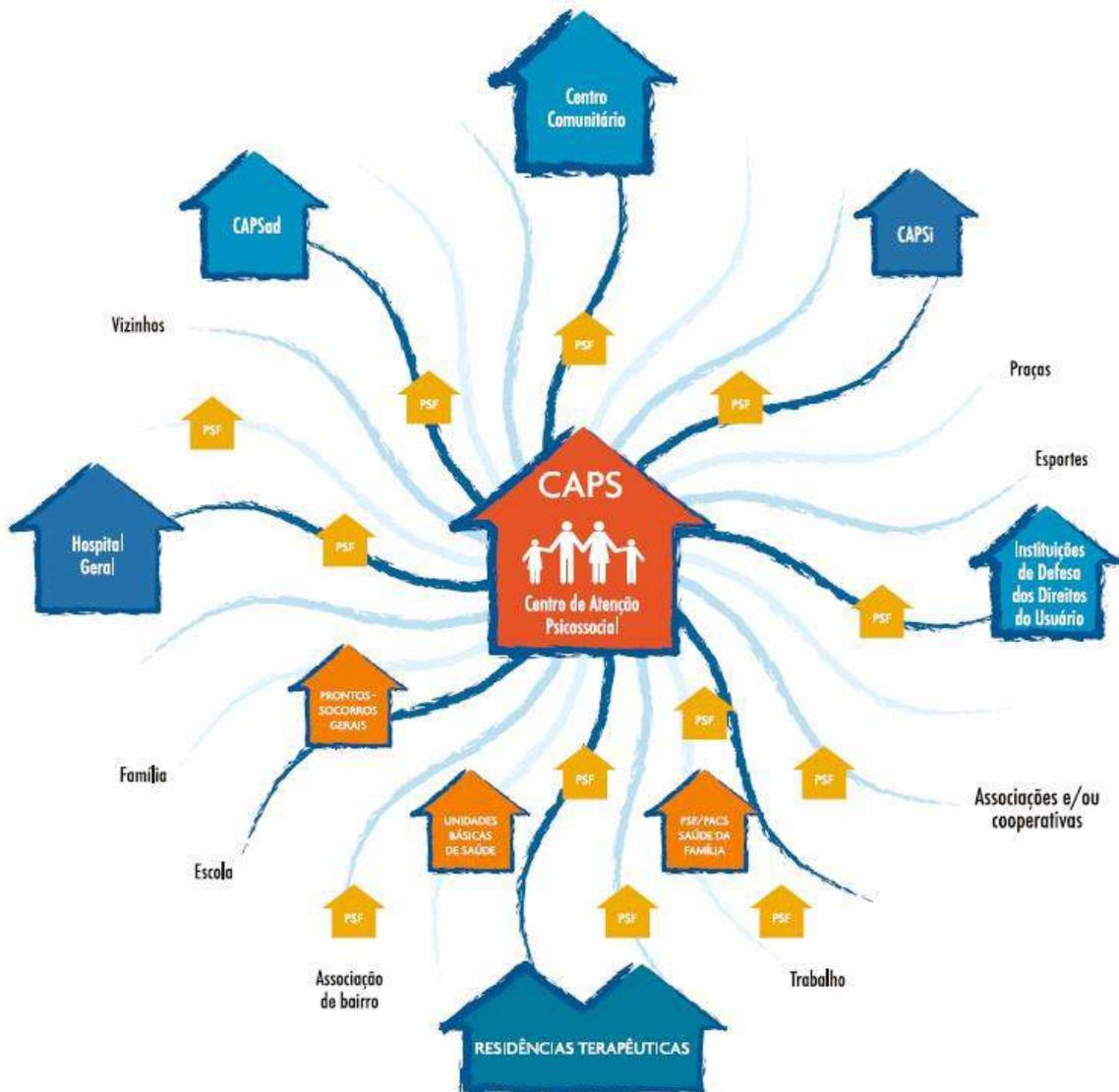


Figura 90: Esquema de funcionamento de uma Rede de Saúde Mental. Fonte: Ministério da Saúde, Reforma Psiquiátrica e política de Saúde mental no Brasil; Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, 2005.

Os CAPS atendem pessoas de todas as faixas etárias, com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves ou uso de drogas, pessoas em situação que impossibilitem o estabelecimento de laços sociais e projetos de vida. O CAPS I é indicado para locais com até 15 mil habitantes, o CAPS II para uma população acima de 70 mil habitantes e o CAPS III para uma população de mais de 150 mil habitantes, este último com funcionamento 24h. O CAPSad é destinado a usuários de crack, álcool e outras drogas, também com funcionamento 24h. O CAPSadIII atende adultos, crianças e adolescentes com necessidades de cuidado contínuo, tendo 12 leitos de observação e monitoramento. Existe, ainda o CAPSi, indicado para locais com mais de 70 mil habitantes para atender crianças e adolescentes.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrer em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. (BRASIL, 2004, p. 14).

Uma das críticas mais frequentes presentes em trabalhos científicos que abordam a questão da arquitetura e sua relação com a Saúde Mental, é de que a Lei Paulo Delgado, assim como a maioria das legislações posteriores relacionadas à reforma psiquiátrica, não contempla recomendações espaciais para os novos locais destinados aos tratamentos psiquiátricos.

Somente doze anos após a aprovação da Lei, em 2013, que o Ministério da Saúde publicou o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento. O documento tem como objetivo fornecer subsídios e orientar os gestores, equipes e demais atores (arquitetos, por exemplo) para projetos de construção, reforma e ampliação dos CAPS e UA.

De acordo com o manual, os espaços devem ser adequados às realidades locais, aos contextos socioculturais e ao número previsto de profissionais das equipes e de usuários, familiares, pessoas das redes sociais, residentes, estagiários e docentes. Os projetos devem considerar o caráter público do serviço de saúde, substitutivos ao modelo asilar, sendo referências em seus territórios, comunitários, de livre acesso e local de trocas sociais.

O programa mínimo de necessidades de um CAPS deve conter: (1) Recepção com sofás, poltronas, cadeiras e mesas, caracterizando um espaço de acolhimento, do primeiro contato. (2) Salas de atendimento individual com mesas com gavetas, cadeiras, sofá, pia e armário; deve ser um espaço de privacidade para acolhimento, consultas, entrevistas, terapias e orientações; quando necessário pode haver uma maca. (3) Salas de atividades coletivas para práticas corporais, expressivas e de comunicação; trabalhos em grupo e reuniões abertas; deve ter uma disposição flexível dos móveis, equipamentos de projeção, armário e pia. (4) Espaço de convivência para encontros, circulação, trocas de experiências, conversas, saraus e atividades culturais. (5) Banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência, sendo no mínimo dois (um masculino e um feminino) por unidade de atendimento. (6) Sala de aplicação de medicamentos e posto de enfermagem, com acesso somente pela equipe técnica; deve conter uma bancada, uma pia, armários, mesa para computador e porta tipo guichê. (7) Quarto coletivo com acomodações individuais (nos casos de CAPS que tenham acolhimento noturno) e banheiros, camas e armários individuais. (8) Quartos de plantão (repouso profissional quando necessário) com beliche, cadeiras confortáveis e armários individuais. (9) Sala administrativa com mesas, cadeiras e armários. (10) Sala de reuniões com uma mesa grande e equipamentos de projeção. (11) Almoxarifado. (12) Sala para arquivo (podendo ser eletrônico). (13) Refeitório aberto, podendo ser acessado fora dos horários de refeição, com mesas grandes ou várias mesas pequenas e ordenadas, deve ser um espaço de convivência e trocas. (14) Copa / Cozinha. (15) Banheiro com vestiário para funcionários (é recomendável que o banheiro seja comum entre funcionários e

pacientes, mas o gestor pode optar por banheiros exclusivos). (16) Depósito de Material de Limpeza com área de serviços e máquina de lavar roupas. (17) Rouparia (se necessário). (18) Abrigo de recipientes e resíduos sólidos. (19) Área externa de convivência, aberta, de circulação, para ações coletivas, bem arejada, com bancos ou redes, podendo ser um gramado, uma varanda ou um jardim.

A publicação do Manual de Estrutura Física dos CAPS é importante para a continuidade do crescimento do serviço que se instala em várias cidades do Brasil. Cria-se, porém, um problema em relação a essa implantação: não há uma fiscalização rígida na implantação dos CAPS, o que faz com que algumas cidades implantem o serviço sem terem a real noção do que representa, da importância que tem e das formas de funcionamento, havendo um interesse somente no recebimento da verba governamental para a implantação; assim como não há uma atualização na formação de profissionais capacitados e cientes das ideias nas quais baseou-se o movimento antimanicomial.

Há um conflito ideológico quando se pensa que a reforma psiquiátrica brasileira foi influenciada por movimentos que buscavam a desinstitucionalização, e o resultado atual, os CAPS, acabaram se tornando novas instituições. A definição do Ministério da Saúde, assinada por Humberto Costa, ministro da saúde do primeiro mandato do governo Lula; usa o termo 'instituições' para se referir aos CAPS:

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu 'território', o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p. 9).

Alguns termos como 'acolher', 'gerenciar', 'dar suporte', 'regular', 'coordenar', 'listagem de pacientes' e 'promover a inserção social'; todos presentes nos documentos do Ministério da Saúde sobre as políticas públicas de saúde mental no Brasil, a Reforma Psiquiátrica e a implantação de equipamentos de saúde pública como os CAPS; nos fazem lembrar a ideia de homem-objeto, a qual foi por séculos combatida por movimentos sociais e fazem com que os espaços criados a partir do questionamento do manicômio adquiram uma lógica semelhante à tipologia combatida.

Aline Schwartz de Araujo considera a reforma psiquiátrica "um processo exitoso, porém, inacabado" (ARAÚJO, 2011, p. 151). Segundo a autora, o Ministério da Saúde tem uma posição contraditória ao defender a extinção dos manicômios e, ao mesmo tempo, reconhecer a insuficiência do atendimento atual.

A reforma vive um momento de impasse. O maior risco é o de retrocesso. O discurso manicômio versus antimanicômio está ultrapassado, porque a existência dele já não se sustenta, é indefensável. Precisamos avançar e repensar o modelo da reforma psiquiátrica. Nunca hesitei em defender a reforma, assim como hoje não hesito em criticá-la. Ela precisa se superar. A psiquiatria biológica não pode continuar centrada num biologicismo redutivista e prioritariamente medicalizador. (BARRETO apud ARBEX, 2013, p. 230).

A partir da identificação dessa contradição que se configura em retrocesso, Araújo propõe a construção de um pensamento 'Pós-Antimanicomial':

A partir da noção de movimento constante, descrevo este momento como uma condição de resistência aos personagens contemporâneos que sofrem dos mal-estares da vida cotidiana, das rápidas resoluções, da burocratização, do desespero e da falta de motivação. A ação pós-antimanicomial se propõe reconstruir um espaço de sustentação que tem como engenho a criatividade e, em momento algum, a espera que as mudanças sociais ocorram fora de suas próprias práticas. (ARAÚJO, 2011, p. 153).

Como apontado por Araujo e evidenciado pelas complementações da legislação em Saúde Mental (manual de estrutura física dos CAPS – 2013), a Reforma Psiquiátrica no Brasil ainda se encontra em processo e, apesar das contradições apontadas, a luta ainda avança nos dias atuais através de ações governamentais como a implementação das RAPS (Redes de Atenção Psicossocial) desde 2012. As Redes de Atenção Psicossocial têm como finalidade a ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Seja a continuidade do movimento antimanicomial, seja uma ação pós-antimanicomial, independente do termo utilizado, o sentido partiria, segundo as reflexões deste trabalho, para uma recusa ao reducionismo que a racionalidade pregava na modernidade e que foi, de certa forma, retomado com a reinstitucionalização dos espaços conquistados pela reforma, buscando um retorno à complexidade que o conflito Loucura X Razão tem em seu cerne.

Existe o conflito, e a arquitetura, assim como qualquer outro campo do conhecimento, é incapaz de desfazer esse conflito por completo. O que é válido, a partir do que a arquitetura pode contribuir, é a possibilidade de experiências espaciais que incluam esse inevitável antagonismo Loucura X Razão, sem gerar qualquer tipo de dano aos indivíduos; indivíduos de modo geral, sem rótulos.

No próximo capítulo o trabalho abordará duas experiências que se aproximam, cada uma a seu modo, dessa aceitação da complexidade da loucura e que geram, em consequência, leituras espaciais enriquecedoras e promotoras de vida, de um sentido de comunidade, de novos valores sociais e de potências criativas.

4. TERRITÓRIOS DISSIDENTES: dois espaços da loucura na cultura urbana brasileira

Em novembro de 1975, o teórico francês Sylvère Lotringer organiza na *Columbia University*, Estados Unidos, um colóquio histórico chamado *Schizo Culture*. O evento contou com a participação de vários pensadores franceses como Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Jean-François Lyotard e americanos como John Cage e William S. Burroughs. O colóquio tinha como objetivo a divulgação das ideias francesas em evidência após o 'Maio de 1968'.

Burroughs (1914 - 1997), um dos escritores da chamada 'geração beat', participou como conferencista do colóquio. Segundo Ednei Genaro, o escritor havia vivido com bastante intensidade "o drama das experiências psiquiátricas sob a égide do Estado militar americano" (GENARO, 2014); por isso foi convidado para a discussão com os franceses. A conferência chamada *The Limits of Control* (Os Limites do Controle, em tradução livre) foi apresentada na ocasião do colóquio e publicada como artigo na *Revista Semiotext(e)* em 1978. "Controle é o nome que Burroughs propõe para designar o novo monstro" (DELEUZE, 1992 apud GENARO, 2014).

Semiotext(e)
sponsors a colloquium on

schizo culture

13-16 november 1975
columbia university

"One does not desire revolution, desire is revolutionary"
—G. DELEUZE and F. GUATTARI

"The power to punish is not essentially different from the power to cure or to educate"
—M. FOUCAULT

Thursday, November 13			
2:30 p.m. (Harkness):	Sylvère Lotringer, John Rajchman <i>Introduction</i>	James Fessenden <i>Transversality and Style</i>	
7:30 p.m. (Harkness):	Arthur Danto <i>Freudian Explanation</i>	Jean-François Lyotard <i>La Force des Poésies</i>	
Friday, November 14			
9:30 a.m.	Workshops: Psychiatry and Social Control. — Radical Therapy. — Schizo-City (Harlem); Cinema: Representation and Energetics. — Ontologico-hysterical theatre.		
2:30 p.m. (Harkness):	Robert Fine <i>Psychiatry and Materialism</i>	Joel Kovel <i>Therapy in Late Capitalism</i>	François Péraldi <i>A Schizo and the Institution</i>
	Panel with Félix Guattari		
8:00 p.m. (S.I.A.):	William Burroughs <i>The Impulse of Control</i>	Michel Foucault <i>Non ne sommes pas Répétés</i>	
Saturday, November 15			
10 a.m. (A-B Law)	Panel on Prisons/Asylums Judy Clark, Michel Foucault, Robert Michels, David Rothman		
2:30 p.m. (A-B Law)	John Cage <i>Empty Words</i>	Gilles Deleuze <i>Le Kéfir des Signes</i>	
8:00 p.m. (A-B Law)	Ti Grace Atkinson <i>The Psyche of Social Movements</i>	Félix Guattari <i>Politique et Signification</i>	
Sunday, November 16			
9:30 a.m.	Meetings will be held at the <i>Maison Française of the French Department, 560 W. 113 St.</i> Workshops: Feminism and Therapy. — Psychoanalysis and Politics. — Gay Liberation — Mental Patients' Liberation		
2:30 p.m.	Workshops: Prison Politics — Lincoln Detox. — Mass Culture. — Psychoanalysis and Schizoanalysis		
9:00 p.m. (John Jay):	Schizo-Party		

Information: Write to Semiotext(e), 522 Philosophy Hall, Columbia University, N.Y.C. 10027
Contribution: Six dollars (students), twelve dollars (others). Checks or money orders payable to Semiotext(e), Inc.
Register early if you wish to receive abstracts in advance. Fee includes a copy of the proceedings of the Schizo-Culture colloquium in *Semiotext(e)*. Subscriptions to *Semiotext(e)*: \$7.00 (individual), \$12.00 (institution).

Figura 91: Panfleto do Colóquio Schizo Culture de 1975. Fonte: *semiotexte.com*.

Burroughs coloca, no início do texto, que as técnicas modernas de controle como a hipnose, a lavagem cerebral, as drogas psicotrópicas, a lobotomia, mesmo uma hipotética máquina de controle; todas essas técnicas dependem, direta ou indiretamente, das palavras, ou seja, de uma força externa à técnica e inerente ao homem. A partir dessa reflexão ele afirma que todos os aparatos de controle têm um limite. Por mais estreita, por mais rígida que seja a maneira de controlar, se o controle fosse alcançado de maneira completa, ele não faria mais sentido, pois não haveria mais nada para ser controlado.

O controle total transformaria os corpos controlados em robôs. Ninguém controla robôs, sim utiliza-os. Se não há a possibilidade de rebelião, não há controle de fato:

Quando não há mais oposição, o controle é uma proposição sem sentido. É altamente duvidoso que um organismo humano possa sobreviver em controle completo. Não teria mais nada lá. Não teria indivíduo. A vida é vontade, motivação, e os trabalhadores não seriam mais vivos, quiçá literalmente. (BURROUGHS, 1975 apud GENARO, 2014).

Assim como há, segundo Genaro, uma influência de *Os Limites do Controle* no pensamento posterior de Deleuze (1925 – 1995) e Guattari (1930 – 1992); Antonio Negri fala de um texto de Michel Foucault de 1980 no qual há um pensamento bastante semelhante ao de Burroughs. Foucault afirma que o poder só se exerce sobre sujeitos livres, ou seja, que têm diversas possibilidades de conduta e de comportamento:

Onde as determinações são saturadas, não há relação de poder: a escravidão não é uma relação de poder quando o homem está acorrentado (trata-se então de uma relação física de coação), mas justamente quando ele pode se deslocar e, no limite, escapar. (FOUCAULT, 1980 apud NEGRI, 2015, p. 47).

Os dois textos caminham no sentido de se compreender que a tentativa de se estabelecer uma sociedade disciplinada tem um limite. Esse limite se encontra justamente no resquício de liberdade necessária para que o poder se exerça.

As técnicas, tanto de força como de controle psicológico, são constantemente incrementadas e refinadas; e mesmo assim, a dissidência em todo o mundo nunca foi tão generalizada nem tão perigosa para os controladores atuais. (BURROUGHS, 1975 apud GENARO, 2014).

A partir dessa compreensão do importante papel das dissidências mesmo em meio à tamanha ambiência domesticadora que o panorama atual da sociedade contemporânea revela, o presente capítulo abordará duas experiências espaciais brasileiras que contemplam o tema da loucura e sua relação com o espaço. Acredita-se que ambos os casos são partes de um constante processo de transformações teóricas, práticas, médicas, científicas e filosóficas, configurando-se como 'territórios dissidentes', já que são alheias ao modelo estabelecido de assistência à Saúde Mental no Brasil, mostrado no Capítulo 03.

Primeiramente será discutida a atuação do Grupo Trilhas AT em Uberlândia – MG, principalmente no que diz respeito à prática da *deriva* como experiência terapêutica. Em seguida será mostrado o caso do Grupo TAMTAM na cidade de Santos – SP, que se vale de atividades artísticas e culturais para a atenção psicossocial e inclusão social.

4.1. Loucura em Uberlândia – MG: o Grupo Trilhas AT

A Trilhas é uma Equipe de Acompanhamento Terapêutico (AT) que atende à cidade de Uberlândia³¹ e região³². Em atuação desde 1995, é composta por quatro psicólogas: Ana Paula Cordeiro Scagliarini, Ana Paula de Freitas, Denise Decarlos e Mariana de Silvério Arantes. O AT é destinado a pessoas com sofrimentos mentais, emocionais e/ou físicos para a criação de formas de estar e agir no cotidiano do espaço urbano; a equipe tem uma visão ampliada de doença mental, que engloba a noção de cidadania e respeito às diferenças individuais.

Segundo o site da Trilhas (trilhasat.com.br), o Acompanhamento Terapêutico 'é uma intervenção em Saúde Mental que tem como objetivo o resgate da autonomia, a (re)inserção social e o respeito à singularidade de cada portador de sofrimento psíquico'. O AT é realizado no ambiente social do paciente (sua casa, sua família), e é fundamental a criação de um vínculo pessoal entre o acompanhante e o acompanhado. É indicado para pacientes que apresentam dificuldades de adquirir uma autonomia em sua rotina; que se encontram em isolamento social; que têm desempenhos profissionais, familiares ou sociais dificultados por medos excessivos; que necessitam de um auxílio nos tratamentos psicoterápicos ou psiquiátricos; que procuram uma solução alternativa à internação; ou em situações de crise (agitação, agressividade, ameaça ou tentativa de suicídio).

A característica que chama atenção e que é cara ao presente trabalho de pesquisa, é que a Trilhas realiza atividades que viabilizam a circulação pela cidade através de passeios, saídas e atividades de lazer na busca da reintegração social. Esse contato da prática terapêutica com o espaço urbano, fora dos limites da sala de terapia tradicional, aborda uma leitura de cidade bastante interessante no estudo da relação entre loucura e espaço. O presente capítulo discorrerá brevemente sobre o histórico do Acompanhamento Terapêutico, a trajetória do Grupo Trilhas AT e a prática da *deriva* como experiência de cidade.

Ana Paula de Freitas afirma que o Acompanhamento Terapêutico, em seu surgimento, é carregado pelo processo de desinstitucionalização. Essa mesma reflexão é feita por Natasha Bazhuni em sua dissertação de mestrado *Acompanhamento Terapêutico como dispositivo psicanalítico de tratamento das psicoses na saúde mental*. De acordo com a autora, o AT é uma prática surgida nos anos 1960 na Argentina e no Brasil; aparece como um dispositivo de tratamento dentro das comunidades terapêuticas. Localizado dentro do movimento político-ideológico das reformas psiquiátricas, se relaciona, também,

³¹ Uberlândia é uma cidade localizada na região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, a 556km da capital Belo Horizonte. Possui cerca de 654.681 habitantes (IBGE 2014)

³² O grupo oferece, além do acompanhamento terapêutico, oficinas terapêuticas, serviços de psicopedagogia, psicoterapia tradicional e cursos de capacitação.

com o processo de extinção dos manicômios na Europa Ocidental e nos Estados Unidos.

Bazhuni destaca que em 1979 na cidade de São Paulo – SP, foi criado, por alguns profissionais de saúde mental, o Hospital-Dia chamado *A Casa*. Em 1982 foi criada a primeira equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital. De acordo com o psiquiatra Nelson Carrozzo, trabalhador do Hospital-Dia, o AT começa, na época, com o objetivo de dar apoio aos pacientes na sua circulação pela cidade, sua relação com os familiares, sendo uma alternativa à internação. “A maneira como essa prática se deu no *A Casa* guarda semelhanças com o trabalho dos argentinos, sendo um recurso pelo qual o louco retorna para o convívio social e circulação nas ruas” (BAZHUNI, 2010, p. 35).

Em 1993 é criada a *República*, que era uma moradia independente onde os pacientes do *A Casa* viviam; não caracterizando uma internação, sim uma clínica ampliada, onde os acompanhantes terapêuticos realizavam o trabalho de cuidado com base na cidade, nas ruas e nas relações sociais.

Desta forma, o At representa uma interface entre a vida na República e os pais, que quase sempre demonstravam dificuldades para entender e respeitar esse território como algo diferente do seu próprio. A república tornou-se assim um ponto fundamental de uma rede de tratamento do sofrimento psíquico mostrando a potência terapêutica do trabalho com fatos do cotidiano. (BAZHUNI, 2010, p. 36).

No AT busca-se, portanto, a produção de novas culturas e relações, sendo os profissionais, mediadores de tais relações sociais, não mais agentes de custódia e controle. No AT, o foco da atenção sai da doença, diagnóstico, sintoma, para a invenção de saúde, inclusão social e produção de relações dentro do espaço urbano. Essa leitura de cidade e território tem uma relação direta com as ações de terapia realizadas entre acompanhados e acompanhantes:

O at caracteriza-se tanto por sair à rua com o paciente quanto ter por objetivo promover sua reabilitação social, como denominam algumas correntes, quanto promover a estabilização do sujeito no laço social, como sugere a contribuição lacaniana. (BAZHUNI, 2010, p. 40).

A consolidação teórico-prática do AT deu-se contemporaneamente e em concordância ideológica ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Na passagem dos anos 1980 para a década de 1990, as ideias reformistas estavam em seu período de maior movimentação política em conjunto com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1995, Ana Paula Scagliarini, Ana Paula de Freitas e Denise Decarlos, em seus primeiros anos de atuação profissional, fundam a Equipe de Acompanhantes Terapêuticas Trilhas AT.

De acordo com Freitas, a referência bibliográfica disponível em 1995, e que foi a base para a consolidação teórica da Trilhas, era sobre o trabalho desenvolvido no Hospital-Dia *A Casa*, em São Paulo, o mesmo que se refere Bazhuni. Diferentemente da experiência paulistana, entretanto, a Trilhas nunca foi vinculada a uma instituição; por isso, as psicólogas tiveram de pensar de maneira

diferente sobre o público alvo para quem o serviço iria ser oferecido, já que seria a primeira experiência do tipo na cidade de Uberlândia – MG.

Nos primeiros anos de funcionamento, a construção do projeto AT deu-se de maneira empírica. As decisões e práticas terapêuticas eram feitas através das vivências de situações reais, distantes dos estudos teóricos e produções acadêmicas, em conjunto com os pacientes em sofrimento.

Freitas afirma que os primeiros contatos com os pacientes, geralmente não ofereciam informações suficientes para o planejamento das ações; por esse motivo, o diagnóstico psiquiátrico era o ponto de partida. Nos primeiros sete anos de atuação (1995 a 2002) a maior parte dos pacientes atendidos sofria algum transtorno de humor (Depressão Psicótica, Transtorno Bipolar, etc.) ou Esquizofrenia. O projeto terapêutico era então construído ao longo dos encontros semanais e abrangiam desde tarefas simples como arrumar o armário, pentear os cabelos ao acordar, ler revistas, passear na rua; até algumas mais complexas como fazer compras, distribuir currículos, ir ao banco, fazer algum curso, participar de palestras, oficinas, exposições e outros tipos de serviços educacionais ou culturais que a cidade oferecia. O espaço urbano era entendido como um fator muito importante para o processo terapêutico.

No ano de 2002, segundo Scagliarini, o grupo toma conhecimento da *deriva*. Em um dos eventos educacionais/culturais realizados pela equipe naquele ano, chamado *A Clínica da Rua: II Encontro sobre Acompanhamento Terapêutico*³³; o arquiteto Luiz Carlos de Laurentiz foi convidado para apresentar uma comunicação. Devido ao fato de o Grupo Trilhas ter uma leitura de espaço urbano que se relaciona com as ações terapêuticas praticadas, Laurentiz apresentou às psicólogas um procedimento de pesquisa chamado *deriva*, experiência nascida no contexto de um movimento europeu dos anos 1950, a Internacional Situacionista.



Figura 92: Panfleto do II Encontro sobre Acompanhamento Terapêutico, realizado no Museu Universitário da Universidade Federal de Uberlândia, 2002.

³³ Evento realizado no dia 09 de Novembro de 2002 pela Equipe Trilhas AT, contou com a participação do Arquiteto / Agitador Cultural Luiz Carlos de Laurentiz, o Psicólogo e AT Ricardo Silveira e o Psiquiatra Jose Sardella.

A Internacional Situacionista foi fundada por Guy-Ernest Debord (1931-1994). Inicialmente influenciado pelo movimento Dadá e pelo Surrealismo, funda, em 1952, a Internacional Letrista. No periódico *Potlatch*, os letristas publicavam textos relacionados à arte, à superação do Surrealismo e críticas ao funcionalismo moderno em questões relacionadas à arquitetura e o urbanismo. Os artigos já anunciavam as ideias-base da Internacional Situacionista: a *psicogeografia*, a *deriva* e a *construção de situações*.

Em 1957, Debord, juntamente a outros pensadores representantes de grupos como o London Psychogeographical Association (LPA), o Cobra e o Movimento Internacional por uma Bauhaus Imaginista (MIBI), que tinham ideias semelhantes; funda o grupo Internacional Situacionista (IS), que passa a abranger vários países da Europa. Os primeiros números da Revista IS tratavam de questões da arte com uma preocupação centrada no urbanismo.

As preocupações iniciais, artísticas, na intenção de superar a arte moderna, propunham formas de arte diretamente ligadas à vida e, conseqüentemente, ao espaço urbano. A arte só seria integral se fosse realizada no âmbito do urbanismo. Essas ações artísticas se dariam através da experimentação da cidade, em procedimentos e práticas como a *psicogeografia* e a *deriva*, que seriam as bases para uma proposta de cidade situacionista.

Essa ideia de propor a construção de uma cidade situacionista real foi se enfraquecendo enquanto cresciam, dentro do grupo, as críticas ao urbanismo e o planejamento urbano em geral. Os situacionistas se posicionavam contrariamente aos urbanistas e planejadores, a favor da construção coletiva das cidades.

Os situacionistas perceberam então que não seria possível propor uma forma de cidade pré-definida pois, segundo suas próprias ideias, esta forma dependia da vontade de cada um e de todos, e esta não poderia ser ditada por um planejador. Qualquer construção dependeria da participação ativa dos cidadãos, o que só seria possível por meio de uma verdadeira revolução da vida cotidiana. (JACQUES, 2003).

A partir de 1961, segundo Paola Berenstein Jacques, o grupo muda o foco de suas publicações de questões sobre o urbanismo para um interesse político; a partir do pensamento de que o urbanismo não tinha a capacidade de mudar a sociedade, mas justamente o contrário: a sociedade deveria mudar a cidade. Os situacionistas “pretendiam usar a arquitetura e o ambiente urbano em geral para induzir à participação, para contribuir nessa evolução da vida cotidiana contra a alienação e a passividade da sociedade” (JACQUES, 2003). Essa mudança de foco acabou culminando na importante participação dos membros do grupo nos acontecimentos de ‘Maio de 1968’ em Paris.

A IS existiria enquanto movimento até 1972, quando o número de membros e países aumenta muito, e a complexidade não dá mais suporte a uma estrutura coerente de grupo. A leitura de cidade construída pelo grupo, entretanto, é um legado inegável.

A visão de urbanismo da Internacional Situacionista caminha no sentido de experiência de cidade e apreensão do espaço urbano. Os habitantes são entendidos não como espectadores ou construtores, mas vivenciadores e transformadores das cidades, de seus próprios espaços; ações que são combativas às práticas de espetacularização.

A apropriação situacionista do espaço urbano era feita com base na ideia de *construção de situações*. Uma situação construída é um momento da vida que só é possível através da "organização coletiva de uma ambiência unitária de um jogo de acontecimentos" (DEBORD, 1958 apud JACQUES, 2003, p. 65). Segundo Jacques, a ideia situacionista era de que a construção de situações geraria a transformação revolucionária da vida cotidiana, através das situações de lazer, que passava de momento de alienação para momento de prazer; por meio da participação popular, o lazer passaria a ser ativo e criativo.

Essa teoria urbana crítica, pensada a partir da ação direta do corpo no espaço urbano e da participação, interação entre os corpos; era uma tentativa de construção de ambiente em relação direta com o comportamento das pessoas. Essa tentativa de construção era feita através do método chamado *psicogeografia* e da prática chamada *deriva*.

A *psicogeografia*, de acordo com Jacques, foi definida como um "estudo dos efeitos exatos do meio geográfico, conscientemente planejado ou não, que agem diretamente sobre o comportamento afetivo dos indivíduos" (DEBORD, 1958 apud JACQUES, 2003, p. 65). Esta, portanto, é uma geografia afetiva; busca cartografar as várias ambiências psíquicas da cidade, as quais são causadas, ou provocadas, pelas *derivas*.

A *deriva*³⁴ é o exercício prático da *psicogeografia*, é a experiência por meio da qual ela se realiza; um "modo de comportamento experimental ligado às condições da sociedade urbana: técnica de passagem rápida por ambiências variadas" (DEBORD, 1958 apud JACQUES, 2003, p. 65). A *deriva* era o momento último das ideias situacionistas, pois era a técnica urbana que desenvolvia na prática a *construção de situações* através da *psicogeografia*.

O andar sem rumo da deriva tem o objetivo, além de ser uma apropriação do espaço urbano, de gerar uma cartografia afetiva dos lugares percorridos, em forma de representação gráfica. O mapa *The Naked City*, assinado por Debord em 1957, é o material que melhor ilustra a *psicogeografia* situacionista.

Ele é composto por vários recortes do mapa de Paris em preto e branco, que são as unidades de ambiência, e setas vermelhas que indicam as ligações possíveis entre essas diferentes unidades. As unidades estão colocadas no mapa de forma aparentemente aleatória, pois não correspondem à sua localização no mapa da cidade real, mas demonstram uma organização afetiva desses espaços ditada pela experiência da deriva. (JACQUES, 2003).

³⁴ A deriva foi criada por Ivan Chtcheglov (1933 – 1998) como uma prática combativa à petrificada e alienada vida cotidiana urbana.

A crítica situacionista é ainda hoje vista no campo do urbanismo como uma reflexão importante a respeito da espetacularização da cidade como forma de evolução urbana; uma maneira alternativa de se pensar o espaço e as relações sociais dentro dele. Outras áreas do saber também se apropriam de tais ideias na busca de formas diferentes para resolver os problemas urbanos. O Acompanhamento Terapêutico (AT) é um desses campos do conhecimento, que busca na *psicogeografia* a construção de novas formas de atenção psicossocial.

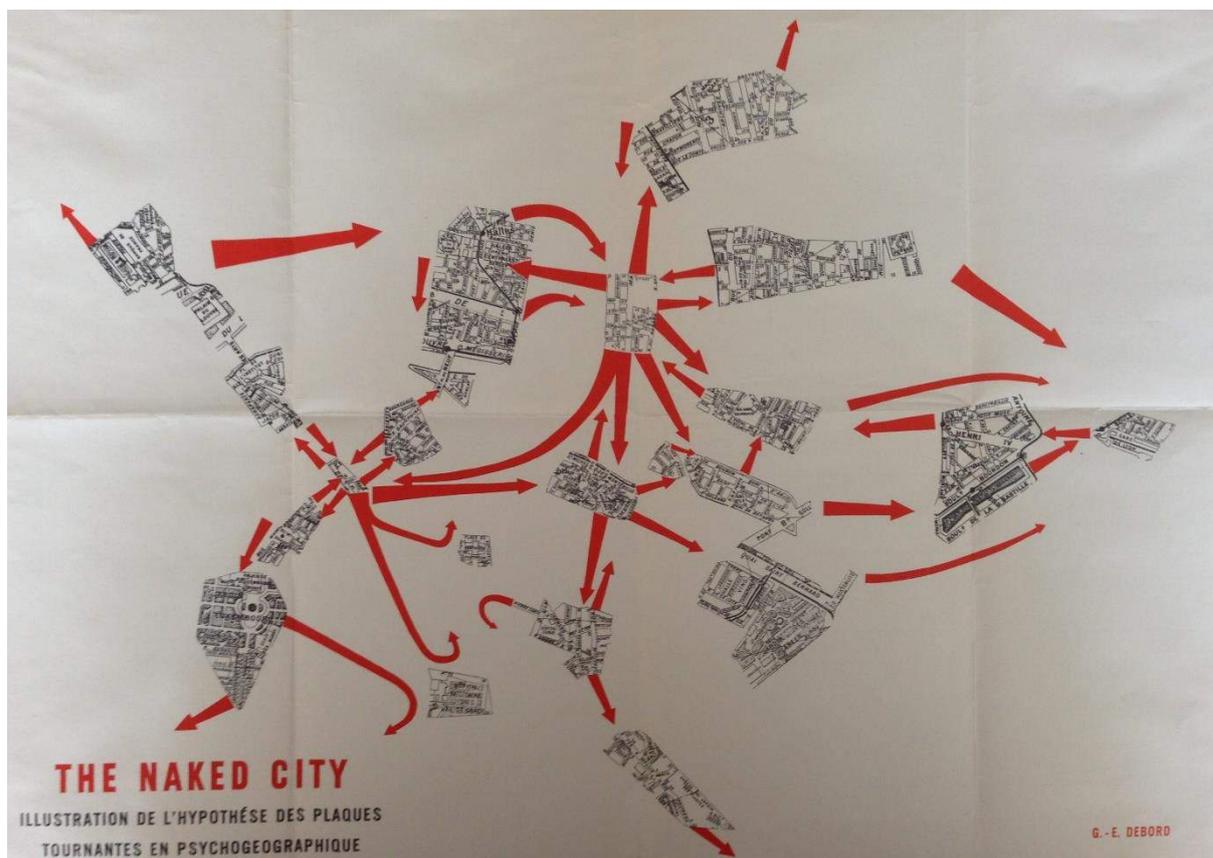


Figura 93: *The Naked City*, Debord, 1958. Fonte: situationnisteblog.wordpress.com.

Segundo Sacagliarini, a experiência da deriva apresentada ao grupo Trilhas por Laurentiz, através da apresentação de várias fotografias feitas da cidade de Salvador – BA, causou um impacto muito grande nas psicólogas que passaram a usar a técnica no cotidiano de acompanhamentos terapêuticos com os pacientes. Foi uma junção interessante, já que o AT contempla uma visão de clínica que se amplia para o espaço urbano e a *deriva* se coloca nesse contato direto dos corpos acompanhados e acompanhantes com a cidade e a comunidade. O sentido de geografia afetiva também foi de grande apreensão e apropriação da equipe de AT, que pôde se valer desse sentido emocional presente nas práticas situacionistas para compor os significados dos exercícios terapêuticos praticados pelo grupo.

A deriva, apesar do sentido implícito de aleatoriedade contido em sua prática, tem um objetivo específico em seu conceito que é o de questionar o urbanismo moderno ou de pensa-lo de maneira crítica. A deriva refere-se, portanto, à cidade, assim como o Acompanhamento Terapêutico que, através da Trilhas AT, a utiliza como uma experiência terapêutica.

Os pacientes críticos atendidos pela equipe Trilhas AT, como indicado no site do grupo, são normalmente diagnosticados com perturbações que dificultam as relações pessoais, como Esquizofrenia, Depressão, Transtorno Bipolar, Transtornos de Ansiedade, Transtornos de Personalidade, Demências, Deficiências Múltiplas, Autismos, Problemas de Aprendizagem, entre outros. Tais distúrbios causam, de variadas formas, um bloqueio nos relacionamentos afetivos dos pacientes com suas famílias, círculos sociais, ambientes de trabalho; e também com os espaços, sejam residenciais, profissionais, de lazer; enfim, causam um desarranjo com o cotidiano da vida urbana. À sua maneira – evitando internação, abuso de medicações, isolamento social, etc. – a Trilhas AT busca diminuir o impacto desse desconforto causado pela patologia por meio de um retorno ao espaço urbano; retorno esse que é embasado nas ideias da geografia afetiva dos situacionistas. O incentivo ao afeto, seja com os espaços da cidade que a deriva proporciona o contato, seja com as pessoas nas ruas ou dentro de casa; é o elemento terapêutico que existe nesse contato entre o Acompanhamento Terapêutico e a *psicogeografia* situacionista, esse contato é possível através da *deriva*.

A primeira deriva registrada pela Trilhas no blog do grupo (trilhasat.blogspot.com.br), aconteceu em 26 de setembro de 2009 e tem o seguinte relato:

O dia hoje amanheceu particularmente belo. Uma ensolarada e quente manhã de primavera, contrariando a previsão dos meteorologistas – tempo nublado e possibilidades de chuvas...

Éramos sete, e decidimos nos dividir em dois grupos: Mariana, Aline e Marlon; Ana Paula, Etélia, Luciane e Fernando.

Combinados (poucos) feitos, era hora de iniciar o jogo. E lá fomos nós, à deriva pela cidade de Uberlândia. Ruas conhecidas, bonitas, feias, sujas. Ruas barulhentas, calmas, velozes... E o jogo rolando, com suas regras, as mais diversas possíveis: achamos a camisa laranja, o açougue, o fusca; avistamos a criança na rua do bairro! Definitivamente não sabíamos cantar o Hino Nacional! E, até encontrar a próxima farmácia... Aí sim, a real sensação de estar à deriva, não saber onde íamos parar. E nesse percurso inusitado, a diversidade de sensações e sentimentos!

De fato, e mais uma vez, a cidade mostra-se em suas surpresas que, um tanto escondidas, esperam por olhares mais atentos dos 'espíritos curiosos' que se dispõem às descobertas de suas multiplicidades de sons, de cores, de pessoas, de movimentos.

Na volta, o ritual do desenho dos 'mapas psicogeográficos': afetamos e fomos afetados, nos divertimos, mudamos nossas percepções, filosofamos...

'as regras são feitas para serem quebradas';

'há tempos não andava a pé pela cidade... como é diferente!'

A deriva é uma experiência lúdica, estranha e curiosa. Sentir as interferências da cidade em todos os nossos sentidos, e interagir com tais interferências; no mínimo, possibilita uma atitude de abertura diante do novo. As respostas 'aqui-e-agora' nos deixarão um pouco mais espontâneo-criativos; e, oxalá, mais abertos e receptivos a estarmos com o outro no encontro ético-estético que é o Acompanhamento Terapêutico. (FREITAS, 2009).

Neste relato pode-se observar, de início, a divisão em grupos de participantes na prática da deriva. Em texto publicado em 1958, chamado *Teoria da Deriva*, Debord comenta que:

Pode-se derivar sozinho, mas tudo indica que a distribuição mais proveitosa será a que consiste em vários grupinhos de duas ou três pessoas com idêntico nível de consciência, cujas observações serão confrontadas e levarão a conclusões objetivas. (DEBORD, 1958 apud JACQUES, 2003, p. 88).

Nota-se que o situacionista prevê o confronto de ideias entre os praticantes, fator que é fundamental na questão terapêutica adotada pela Trilhas.

Outra observação interessante é a denominação de 'jogo' que a autora faz na descrição da deriva, assim como no uso do termo 'experiência lúdica'. Tais definições vão no sentido de entender a prática da deriva como algo que contraria a vida cotidiana em sua monotonia, gerando, a partir do conflito, uma maneira mais prazerosa de se relacionar com o espaço da cidade.

Ainda pode-se destacar a expressão 'abertura diante do novo', que é o conceito base da clínica ampliada; podendo ser entendido como resultado principal gerado nessa mistura de urbanismo com psicoterapia, possibilitado pela deriva.

Outra deriva da qual se tem um registro foi realizada pelo grupo no dia 10 de julho de 2010:

No dia 10 de Julho fizemos uma deriva com os alunos do curso de capacitação de Acompanhamento Terapêutico.

Estamos utilizando a deriva como um método de ensino desde que a conhecemos em 2002.

Como cada deriva é uma experiência única, para mim, desta vez, ficaram as possibilidades de contato com as pessoas na cidade.

No meu grupo colocamos como marcador, achar uma família tradicional (pai, mãe e filhos), que encontramos na porta de uma loja de departamentos no centro da cidade.

Outro marcador, foi encontrarmos uma pessoa com aparelho nos dentes, e andamos pensando em como fazer as pessoas sorrirem para nós.

Intervenções, invenções, surpresas, situações inesperadas.

O acaso tecendo seus fios numa manhã de Sábado. (SCAGLIARINI, 2010).

Neste outro relato, nota-se que a deriva foi praticada dentro de um contexto que não era, propriamente dito, terapêutico, mas educacional. A Equipe Trilhas oferece cursos de capacitação para Acompanhamento Terapêutico, e dentro desses cursos as psicólogas apresentam a deriva aos estudantes para que os mesmos tenham essa visão ampliada de cidade que o AT engloba.

Scagliarini comenta que 'cada *deriva* é uma experiência única'. Essa observação é muito importante, pois é concordante primeiramente com as ideias situacionistas, contrárias a um urbanismo estático, generalizador e de caráter universal no que se refere às formas de se entender e de se representar a cidade; e também pode ser colocada dentro do discurso antimanicomial, que reafirma as diferenças entre os indivíduos, respeitando suas particularidades, contrário à ideia de homem-objeto / homem-ideal, crente na importância das complexidades de cada pessoa na criação de novos valores, novas subjetividades e potências criativas.

A autora coloca que a deriva proporcionou aos praticantes o contato com as pessoas na cidade; relato que pode ser entendido a partir das ideias de movimentos que pensaram criticamente a cidade moderna na busca da criação de um novo sentido de comunidade, como mostrado no capítulo anterior; o que gera reflexões a respeito da cidade em que se vive, do ambiente em que se circula. A compreensão de uma ambiência comunitária é importante em processos terapêuticos, principalmente para pessoas com dificuldades de relacionamento, causadas, ou não, por uma patologia.

No ano de 2011, as derivas realizadas pela Trilhas tiveram uma forma de registro mais concentrada nas fotografias e desenhos que nos relatos escritos.



Figura 95: Registro de deriva do dia 08/07/2011.
Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.

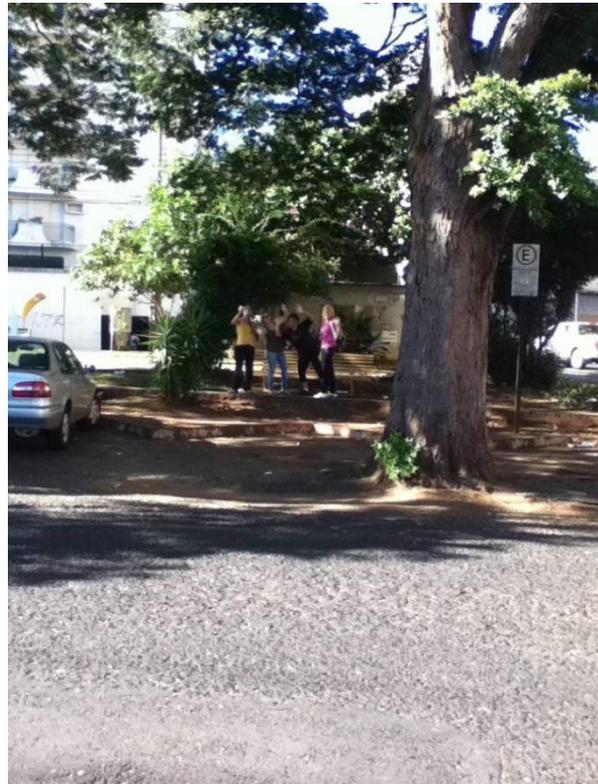


Figura 94: Registro de deriva do dia 08/07/2011.
Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 101: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 100: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 99: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 98: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 97: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 96: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.

As imagens eram feitas pelos participantes da deriva que, divididos em grupos, caminhavam sem um percurso pré-definido buscando encontrar os 'marcadores', combinados previamente. Os marcadores consistiam em situações a serem descobertas ou objetivos a serem cumpridos durante a deriva, configurando um jogo.



Figura 105: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 104: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 103: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 102: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 108: Mapas Psicogeográficos feitos pelos participantes da deriva. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 107: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 106: Registro de deriva do dia 08/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 110: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 111: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 112: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 109: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 113: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 116: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 115: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 114: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 117: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 118: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 119: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 120: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 124: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 123: Registro de deriva do dia 18/07/2011. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 122: Mapas Psicogeográficos feitos pelos participantes da deriva. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.



Figura 121: Mapas Psicogeográficos feitos pelos participantes da deriva. Fonte: trilhasat.blogspot.com.br.

No artigo *Elogio aos Errantes: a arte de se perder na cidade*, Paola Jacques discorre sobre a *errância* como uma experiência urbana, ou mesmo como um tipo de urbanismo questionador do próprio termo *urbanismo* enquanto disciplina. “O urbanista errante não vê a cidade somente de cima (...) mas a experimenta de dentro” (JACQUES, 2006, p. 118).

Para Jacques, não somente o olhar percebe a cidade, mas também o tato, o cheiro, os sons. O que a autora chama de *corpografia* seria a memória urbana no corpo; a percepção dos corpos que mostra os fatores presentes no lugar que não se revelam em um mapa do mesmo local, por exemplo. Uma experiência errante, como a deriva, reinventa as referências espaciais, leva a um estado sensorial que possibilita uma outra percepção do espaço.

A história da experiência errante é dividida por Jacques em três fases: a primeira corresponde às *flanâncias*, ligadas à figura do *flâneur* de Baudelaire na passagem do século XIX para o XX; a segunda, relacionada às experiências dadaístas e surrealistas, seriam as *deambulações*, excursões urbanas e aleatórias realizadas no início do século XX; a terceira, a *deriva*, como já visto, aparece nos anos 1950/60 através dos situacionistas como uma crítica à espetacularização das cidades. As três experiências têm a cidade de Paris como palco.

No Brasil, dois artistas se destacam por esse tipo de comportamento *errante*. O primeiro é o arquiteto Flávio de Carvalho (1899 – 1973)³⁵. Com influência direta dos surrealistas, que conheceu em Paris, ao longo de sua longa e abrangente carreira, dois momentos se inserem na ideia de urbanismo errante apontada por Jacques: as chamadas Experiências nº2 e nº3, ambas feitas na cidade de São Paulo. A Experiência nº2, realizada em 1931, consistiu em uma caminhada de Flávio, infiltrado em uma procissão de *Corpus Christi*, usando um boné de veludo verde, na direção contrária à dos fiéis; a ação tinha como objetivo o estudo das transformações emotivas das massas quando desafiadas em seu fervor religioso, ou os limites entre a civilização e a barbárie. Após uma tentativa de linchamento, a ação foi registrada em um livro através de textos e desenhos. A Experiência nº3 aconteceu em 1956; consistiu em mais uma procissão de Carvalho, dessa vez utilizando uma roupa, desenhada por ele, chamada *New Look*, ou *Traje de Verão*; essa vestimenta foi feita a partir de uma extensa pesquisa do artista sobre a moda predominante nos anos 1950 e uma revisão da mesma para um traje que se adequasse climática e esteticamente aos trópicos. Em ambas experiências, Flávio de Carvalho se vale da ação do ‘caminhar’ e do espaço urbano, da rua, para colocar em prática suas ideias e pesquisas; uma maneira alternativa e combativa às formas tradicionais de se entender a cidade e a sociedade.

O segundo artista que introduziu no Brasil o pensamento do urbanismo errante foi Hélio Oiticica. Entre várias experiências artísticas, destacam-se os *Parangolés*; capas criadas pelo artista que representavam a influência que o mesmo tinha das favelas, sobretudo da comunidade da Mangueira. As capas continham a ideia do *corpo*, já que eram para ser vestidas; a ideia de participação do usuário na obra,

³⁵ Flávio de Carvalho foi arquiteto, calculista, engenheiro civil, urbanista, pintor, desenhista, escultor, teatrólogo, cenógrafo, músico, radialista, jornalista, etnólogo e antropólogo amador. Foi uma das primeiras figuras representativas do pensamento moderno em arquitetura ao lado de Rino Levi e Gregori Warchavchik.

de influência situacionista como combate ao espetáculo; e a influência da arquitetura das favelas, como a representação do abrigo mínimo entre a capa e o barraco. O *Parangolé* foi mostrado ao público pela primeira vez em 1965 na exposição coletiva *Opinião 65* no MAM (Museu de Arte Moderna) do Rio de Janeiro, quando Oiticica chegou vestido com um *Parangolé* acompanhado em procissão por passistas e pela bateria da Mangueira.

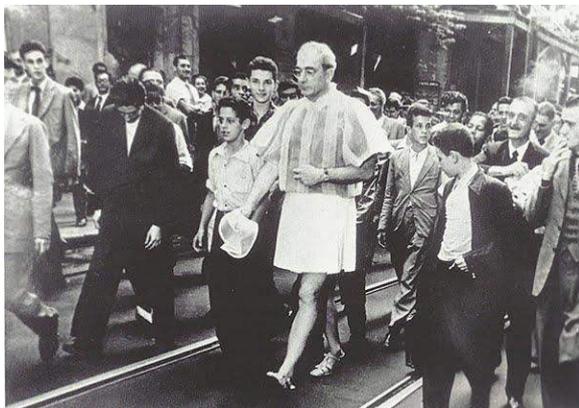


Figura 127: Fotografia da Experiência nº3 de Flávio de Carvalho trajando o New Look, 1956. Fonte: hojevi.com.



Figura 125: Capa do livro Experiência nº2 de Flávio de Carvalho, 1931. Fonte: www3.iel.unicamp.br.



Figura 126: Fotografia de Caetano Veloso trajando o Parangolé de Oiticica. Fonte: metamute.org.

Flávio de Carvalho e Hélio Oiticica são artistas que se valem das performances como relação entre ação corporal e espaço urbano, colocadas na vida cotidiana; “chegando numa relação entre a experiência sensorial do corpo e a própria experiência física da cidade” (JACQUES, 2006, p. 132).

A continuidade e persistência da ideia de *errância* na história, assim como suas várias e mutantes versões, indica que o ‘caminhar pela cidade’, como aponta Michel de Certeau, é a forma mais elementar da experiência urbana.

O *caminhar*, como atividade inerente ou complementar ao *perceber* e ao *vivenciar*, resiste ao tempo e aos processos de afastamento das relações corpo a corpo entre as pessoas e o espaço urbano. Desde as *Dionísias Urbanas* na Grécia Antiga, passando pelas *Errâncias Modernas*, até chegar à *Deriva Terapêutica* da Trilhas AT; a presença dos corpos no espaço urbano é entendida, além de uma simples questão de posicionamento espacial, como uma maneira de exercer as capacidades de percepção, que se confundem com a própria vida. O lugar da loucura, longe do cárcere, é a cidade.

4.2. Loucura em Santos – SP: o Grupo TAMTAM

Para se contar a história do Grupo TAMTAM, assim como para se estudar o espaço dentro do qual a loucura acontece, faz-se necessária a remontagem de uma trajetória que se inicia com a fundação do antigo manicômio da cidade de Santos – SP: a Casa de Saúde Anchieta. Essa trajetória passa pelo momento vivido pelo Brasil no final dos anos 1980 da Reforma Psiquiátrica; e chega aos dias atuais com o lugar através do qual o presente trabalho estuda a relação entre loucura e espaço: o Espaço Sócio Cultural Educativo Café Teatro Rolidei.

Santos é uma cidade litorânea do Estado de São Paulo localizada na região metropolitana da Baixada Santista, a 77km da capital do estado. Com cerca de 433.565 habitantes (IBGE 2014), a cidade tem uma ampla rede turística e possui o maior porto da América Latina. Santos é reconhecida mundialmente pelo seu processo de reforma psiquiátrica que colocou fim a um hospital psiquiátrico privado para a constituição de novos espaços que configuram uma Rede Descentralizada de Atenção em Saúde Mental.

O percurso desses espaços pode ser dividido em três recortes temporais. O primeiro corresponde ao período de 1951 até 1989, fase em que o espaço da loucura na cidade era o modelo hospitalocêntrico da Casa de Saúde Anchieta. O segundo recorte acontece de 1989 até 1996, momento da Reforma Psiquiátrica, atuação do ARTSAM (Associação Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental) e criação dos equipamentos urbanos substitutivos ao manicômio. O terceiro e último trecho dessa linha temporal vai do ano de 1996 até o período atual, onde se destaca a atuação do Grupo TAMDAM como agente principal de promoção de Saúde Mental na cidade e na região, sendo uma referência nacional e internacional.

A Casa de Saúde Anchieta foi um Hospital Psiquiátrico privado, de propriedade do psiquiatra Edmundo Maia, fundado em 1951. Dois anos depois, foi construído o edifício na Rua São Paulo que seria o palco das violências denunciadas no final dos anos 1980 culminando na intervenção pública na instituição. O prédio foi idealizado para ser o maior e mais moderno Hospital Psiquiátrico particular da América Latina. O edifício, considerado esteticamente inovador para a época, foi projetado pelo arquiteto Alessandro Chiappero em conjunto com os psiquiatras que iriam trabalhar no hospital. A intenção inicial era de que o ambiente lembrasse uma casa de repouso, não uma instituição hospitalar; buscou-se um visual moderno e confortável. O Anchieta atendeu, por quase quarenta anos, toda a região da baixada santista em questões de psiquiatria.

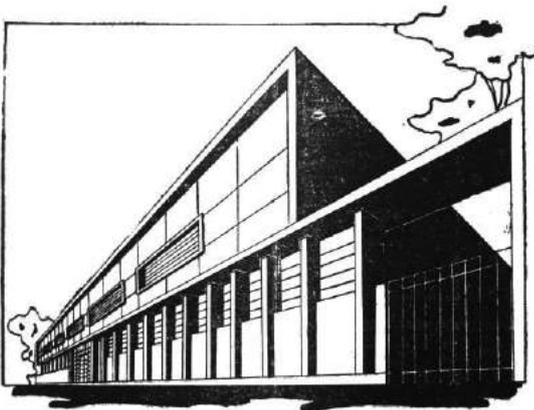


Figura 128: Detalhe da perspectiva do edifício descrito como 'De linhas modernas, obedecendo toda a técnica aprimorada de engenharia, a Casa de Saúde Anchieta marcará nova fase no setor assistencial da neuro-psiquiatria em nossa cidade'. Fonte: novomilenio.inf.br.



Figura 129: Página 5 do Jornal 'A Tribuna' de 1º de Maio de 1953 anunciando a inauguração próxima da Casa de Saúde Anchieta. Fonte: novomilenio.inf.br.

O jornal *A Tribuna*, na edição de 1º de Maio de 1953, explica que a Casa de Saúde Anchieta já funcionava anteriormente à construção do edifício, mas que naquele ano passaria a ter uma sede própria, que contaria com o mais completo serviço médico do Brasil na área de psiquiatria. A equipe principal seria formada por seis neuropsiquiatras de São Paulo e dois clínicos de Santos; os serviços seriam oferecidos também a idosos e alcoólatras, abrangendo todas as classes sociais.

O edifício fora construído no bairro Vila Belmiro, local onde se concentra a zona hospitalar da cidade; descrito pelo jornal como um bairro sossegado e de clima ameno; bem ventilado, com ótimo serviço de higiene pública e de grande facilidade de transporte. Com 2.700 m² de construção, o prédio ofereceria duzentos leitos divididos em apartamentos, quartos simples, quartos de luxo e enfermarias populares.

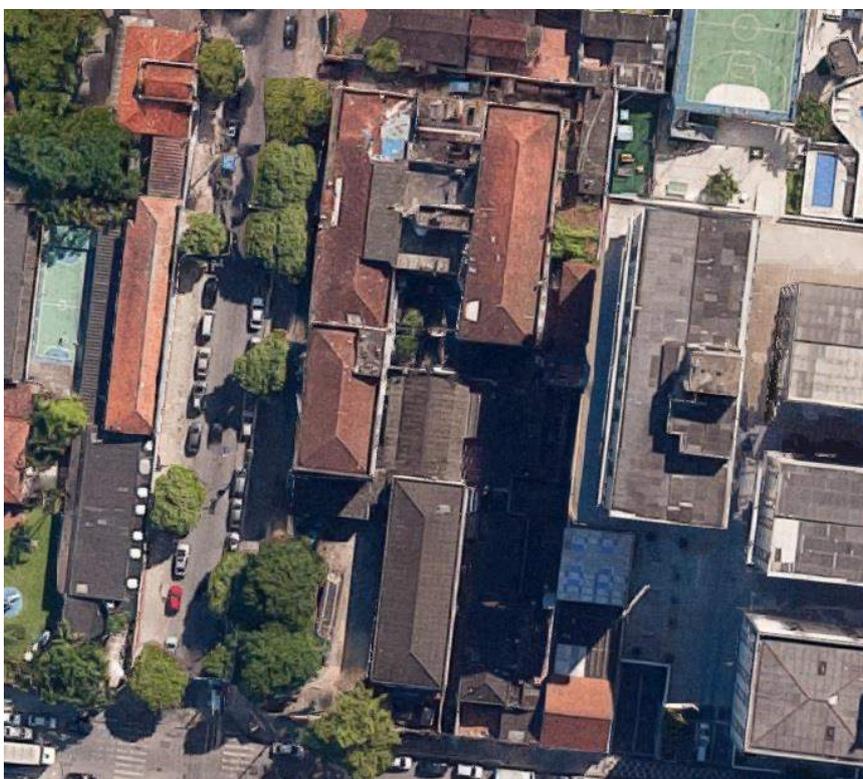


Figura 130: Imagem aérea da quadra da antiga Casa de Saúde Anchieta.
Fonte: maps.google.com.

O jornal destaca que a internação de doentes poderia ser feita 'a qualquer hora do dia ou da noite, graças ao bem organizado serviço de plantão'; o que realça o caráter corriqueiro das internações forçadas na época.

De acordo com Elisangela Maximiano, o hospital era visto pela sociedade e divulgado pela mídia como uma promessa de se tornar uma referência para toda a América Latina, já que oferecia profissionais capacitados e aparelhagens de alta tecnologia em um ambiente moderno. Segundo a autora, "o Anchieta tinha como estratégia para os internados e seus familiares, programações recreativas como: sessões de cinema, shows artísticos, concertos, palestras educativas, tudo para aproximar os internos da realidade" (MAXIMIANO; SANTOS; ROCHA, 2010, p. 44).

Na prática, porém, o hospital tornou-se um exemplo ordinário da maioria dos manicômios particulares do Brasil: uma instituição privada que recebia investimentos do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e que tinha como foco, mais o caráter financeiro que o de tratamento psiquiátrico em si. As práticas eram precárias, muitas vezes violentas e desumanas.

Como mostrado no Capítulo 03, e bem ilustrado na entrevista com a enfermeira Lígia Tritto (Anexo 01), os hospitais psiquiátricos privados no Brasil, em sua maioria, funcionavam como um investimento muito lucrativo para seus donos. A verba proporcionada pelo INPS variava de acordo com as condições físicas e profissionais dos hospitais (que eram facilmente forçadas nos dias de vistoria), e também com o número de pacientes, situação que provocava constantes superlotações, com a finalidade de uma maior arrecadação. Paulo Matos afirma que no Anchieta as pessoas eram massacradas e violentadas, e que essa realidade “não era apenas local ou recente e sim mundial e antiga” (MATOS, 2004).

O cotidiano do Anchieta por mais de trinta anos de funcionamento levou o hospital a receber o rótulo de ‘Casa dos Horrores’. De acordo com a edição de 19 de maio de 2007 do Jornal *A Tribuna*, os métodos de tratamento utilizados nos pacientes variavam entre confinamentos em solitárias³⁶, eletrochoques punitivos, medicamentos em grande quantidade e espancamentos. Segundo Matos, existem relatos da aplicação de eletrochoques em pacientes que eram ‘flagrados’ simplesmente cantando; o ‘tratamento’ era aplicado sem anestesia e tinha um caráter mais de castigo que terapêutico:

Lá no Anchieta não se recuperava ninguém, ao contrário, fabricavam-se loucos, inutilizavam-se seres, marginalizavam-se pessoas humanas, se aniquilava e matava a vida e o futuro de gente como a gente. Era um campo de concentração em que existia fome, tortura, maus-tratos, mortes, algo inacreditável neste então final do século XX. (MATOS, 2004).

O espaço, que não diferia muito de um manicômio tradicional (pátio central, alas masculina e feminina), comportava duzentos pacientes, porém, chegou a estar com uma lotação que excedia três vezes sua capacidade. Estima-se que, ao todo, oitenta mil pacientes passaram pelo Anchieta em seus quase quarenta anos de existência. As condições de higiene, na maior parte dos anos, eram precárias, os pacientes sofriam violência física e psicológica; tinham seu cotidiano metodicamente controlado, seus pertences retirados, seus nomes esquecidos, suas dignidades mutiladas. Segundo Juliana Barros, em 1989, o hospital Anchieta contava com uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, um assistente social e um psicólogo para atender cerca de 543 pacientes. Em videorreportagem³⁷ da imprensa local da época um paciente relata a péssima qualidade das refeições, que tinham gosto ruim, eram servidas em pouca quantidade e não atendiam todas

³⁶ As Celas Fortes eram chamadas de ‘chiqueirinhos’; eram locais fechados de 2m por 2m sem acesso a banheiros ou água, onde os pacientes ficavam trancados por dias, tendo que fazer suas necessidades no chão. Além dos chiqueirinhos existiam as ‘reservas’, locais para onde se destinavam os internos mais violentos, por vezes acomodando mais de cem pessoas nuas. Também existia uma sala reservada para a aplicação do eletrochoque.

³⁷ Intervenção na Casa de Saúde Anchieta - Santos, 1989: <https://www.youtube.com/watch?v=7J192djiUvg>.

as necessidades nutricionais. Matos relata que faltavam médicos, dentistas, camas, comida e remédios.

No Anchieta, o diagnóstico de loucura justificando a internação poderia ser dado por qualquer policial e um rápido exame preliminar do médico, há exemplos registrados. Eles escreviam na ficha esquizofrenia e isso acompanhava a pessoa pelo resto da vida, em um país que já teve mais manicômios no mundo, criados como atividade econômica de internação e tortura de pobres revoltados. (MATOS, 2004).

Pode-se dizer que esse panorama começa a mudar a partir de 1980. Neste ano, o *Cine Caiçara*, em promoção do Centro de Estudos de Ciências do Comportamento de Santos, exhibe o filme *Em nome da Razão*, de Helvécio Rattton sobre o cotidiano do Hospital Colônia de Barbacena – MG. A exibição do documentário foi um estímulo para a organização do I Seminário de Saúde mental da Baixada Santista, que se propunha rever o modelo hospitalocêntrico de que tratava o filme de Rattton e que se fazia presente na cidade de Santos através da Casa de Saúde Anchieta. Esse seminário culminou na criação da Associação Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A ARTSAM funcionava no Centro de Convivência de São Vicente, em 1981, os trabalhadores se reuniam para debater sobre a situação dos hospitais psiquiátricos da região, organizavam visitas às instituições e preparavam material para os eventos sociais e científicos. Nesse contexto surgiu a ideia da intervenção que aconteceria na Casa de Saúde Anchieta anos depois.

Durante a década de 1980 o ARTSAM fazia denúncias e articulava a comunidade sobre as condições desumanas do Hospital Anchieta, se valendo da imprensa universitária principalmente. O ano de 1989 foi crucial para o processo de Reforma Psiquiátrica de Santos e do Brasil. Em março, no Anchieta, um estudante cometera suicídio; em abril um ajudante de pedreiro também tivera o mesmo fim, no mês seguinte outro pedreiro é morto dentro do hospital, desta vez por espancamento. As três mortes ocorridas em 1989 compunham um total de 50 mortes acontecidas nos últimos três anos daquele período. Em abril daquele ano o SUDS divulgava o relatório sobre a vistoria realizada no mês anterior no Hospital Anchieta relatando superlotação e insuficiência técnica. O Secretário Municipal de Saúde, David Capistrano Filho, deu o prazo de uma semana para que o hospital resolvesse o problema da superlotação, ampliasse o número de funcionários, colocasse fim às celas fortes e atendesse com dignidade seus pacientes. A direção do hospital não se mobilizou a respeito das exigências e na manhã de 03 de maio de 1989 a prefeita Telma de Souza³⁸ decreta a intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta. Paulo Matos coloca que o pensador francês Felix Guattari considera a intervenção na Casa de Saúde Anchieta como a 'quarta revolução da psiquiatria'³⁹.

³⁸ Telma de Souza é professora, pedagoga, advogada com pós-graduação em psicologia da educação. Foi prefeita de Santos de 1989 a 1992.

³⁹ A primeira revolução seria a de Pinel, que separou os loucos dos presos e doentes, criando os manicômios; a segunda a de Freud, pai da psicanálise que considera o impulso sexual como motor do homem e de sua história; a terceira a de Basaglia, líder da luta antimanicomial na Itália que foi referência para os movimentos de reforma em todo o mundo; e, finalmente, a quarta, a de Santos, pois foi um movimento que envolveu a participação popular, dos familiares, dos pacientes, da comunidade e de lideranças políticas.

Diante das denúncias evidenciadas, a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde desencadeou um debate público com a população através da imprensa local que culminou com a intervenção do Poder Público Municipal na Casa de Saúde Anchieta. Baseando-se na Constituição de 1988, que outorgou poderes de polícia aos municípios para a defesa dos direitos humanos, a Prefeitura Municipal assumiu a administração daquele hospital buscando a humanização do tratamento, a transformação cultural nos problemas relacionados à doença mental e a construção de um novo sistema de saúde mental. (RAMOS, 1996, p. 64).

A intervenção foi constituída por militantes do ARTSAM, liderados pelo psiquiatra Roberto Tykanori; pela prefeita Telma de Souza, o secretário municipal de saúde David Capistrano Filho, representantes da comissão de direitos humanos da OAB, conselhos comunitários de saúde e da previdência, sindicatos, a sociedade civil santista e a imprensa. Ao todo foram cinquenta pessoas que participaram da 'invasão saudável' ao hospital.



Figura 132: Imagem do dia da Intervenção retirada de videorreportagem local da época. Fonte: youtube.com.



Figura 131: Imagem do dia da Intervenção retirada de videorreportagem local da época. Fonte: youtube.com.



Figura 133: Imagem do dia da Intervenção retirada de videorreportagem local da época. Fonte: youtube.com.



Figura 134: Imagem do dia da Intervenção retirada de videorreportagem local da época. Fonte: youtube.com.



Figura 135: Imagem do dia da Intervenção retirada de videorreportagem local da época. Fonte: youtube.com.



Figura 136: Imagem do dia da Intervenção retirada de videorreportagem local da época. Fonte: youtube.com.

A Secretaria Municipal de Saúde decreta, no dia seguinte à intervenção, medidas de emergência. A primeira atitude foi a imediata proibição de qualquer tipo de violência dentro do hospital, inclusive dos eletrochoques; as grades das celas fortes foram retiradas, assim como as portas dos quartos, permitindo a livre circulação dos internos, também as saídas de alguns. Foram instalados chuveiros com água quente e providenciadas camas de qualidade para os pacientes dormirem. As questões de higiene foram prioritárias e as visitas de familiares e amigos foram incentivadas e aumentaram.

Os internos foram, aos poucos, recuperando suas identidades que haviam sido escondidas. Foi feito um processo de identificação individualizada de cada caso, criando-se um sistema de registros. Os pacientes eram novamente chamados por seus nomes e tinham suas histórias de vida resgatadas. As relações deixaram de ser hierárquicas e repressivas, sendo que a construção do novo modelo de tratamento em saúde mental foi algo coletivo, com voz ativa de funcionários e pacientes; por meio da realização de reuniões, assembleias e festas.

O espaço interno do hospital foi dividido em treze enfermarias, já se pensando em uma futura distribuição dos pacientes para diversos bairros da cidade. Ao mesmo tempo fundava-se o Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental de Santos e Centros de Convivência já fora dos muros do hospital.

Além das famílias, da sociedade civil, do poder público, participaram desse processo de abertura do hospital estudantes de psicologia, serviço social, terapia ocupacional, direito, educação física, entre outros. Foi criado dentro do hospital uma ambiência comunitária, que foi ganhando identidade e se relacionando com outros serviços e projetos sociais da cidade de Santos, como o Projeto Lixo Limpo (coleta e reciclagem), o Projeto Terra (produção vegetal), Projeto Vendas (comércio), Projeto Cantina para Todos (comércio de alimentos), Projeto Marcenaria (confecção de móveis e outros objetos de madeira), Projeto de Limpeza e Desinfecção de Caixas D'água, Projeto Dique (construção civil e desfavelamento), Projeto Serigrafia (camisetas promocionais); todos exemplos de projetos sociais aos quais os pacientes da Casa de Saúde Anchieta foram integrados na busca de reinserção social.

Por meio de uma audiência pública, no mês de junho, a 'Casa dos Horrores' foi desapropriada. Esse ato político teve grande repercussão nacional, já que era um governo de esquerda junto a um movimento popular intervindo em uma instituição privada; e também internacional, já que o psiquiatra Roberto Tykanori havia sido estagiário do Programa de Saúde Mental de Trieste, sendo feita, dessa forma, a associação direta da intervenção santista com a reforma psiquiátrica italiana. Esse processo de intervenção/desapropriação passou por várias tentativas de invalidação na justiça, mas se manteve. No mesmo mês a cidade de Santos recebe a visita de Franco Rotelli, então coordenador do Programa de Saúde Mental de Trieste e Consultor da Organização Mundial de Saúde. A rede de Saúde Mental que se formava em Santos foi tomada como exemplo para a América Latina.

Em setembro seria inaugurado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial, NAPS Noroeste. Posteriormente surgiriam o NAPS Centro, o NAPS Aparecida, o NAPS Vila Belmiro e o NAPS Campo Grande; todos com funcionamento em período integral,

sete dias por semana. Os pacientes escolhiam entre ficar ou não nos NAPS, mas sempre havia o incentivo à permanência com a família.

Em 1992 o hospital contava com apenas 80 pacientes, no ano seguinte restavam apenas 29 crônicos sendo atendidos no Anchieta. A extinção gradual do hospital foi feita graças à nova Rede de Saúde Mental descentralizada e humanizada que havia sido criada: os Núcleos de Atenção Psicossocial e o Projeto TAMTAM. Todo o processo de reformulação no sistema de atenção psiquiátrica levou cinco anos, três vezes menos que o exemplo italiano de Trieste. A grande diferença apontada, e que se destaca no caso de Santos em relação a outros processos de reforma psiquiátrica, é a participação popular, o reconhecimento e adesão da sociedade civil e o sentido de construção coletiva e luta social que teve o movimento.

A dissolução do manicômio gerou, portanto, novos espaços na cidade. Foram implantados: o lar abrigo Manoel da Silva Neto, que funcionava como uma residência terapêutica, proporcionando moradia aos pacientes egressos do Anchieta que não tinham onde viver; a retaguarda de atendimento psiquiátrico às emergências/urgências no Pronto Socorro Central, que era uma ala destinada a casos de crises e surtos com uma ambulância específica; um núcleo de apoio ao toxicodependente; o Centro de Reabilitação Profissional, que tinha como objetivo a inserção dos portadores de sofrimento psíquico no mercado de trabalho; o Centro de Convivência TAMTAM e 5 NAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial. Todos esses equipamentos urbanos funcionavam em comunicação, configurando uma rede.



Figura 137: Casa de Saúde Anchieta depois da desapropriação. Fonte: novomilenio.inf.br.



Figura 138: Casa de Saúde Anchieta depois da desapropriação. Fonte: novomilenio.inf.br.

No início do funcionamento dessa rede, que tinha os NAPS como equipamentos principais na função de substituição da instituição asilar, os indivíduos alvos da atenção eram os egressos da Casa de Saúde Anchieta, com prioridade para os casos de transtornos mais graves causados pelos longos períodos de internação. A visão de doença herdada de Trieste apontava para a não redução do sujeito a um código diagnóstico, o que gerava uma maior complexidade na delimitação do público alvo dos NAPS. Dessa maneira, a rede tinha uma característica de 'portas abertas', atendendo pessoas que demandavam atenção, também por encaminhamento médico ou de instituições.

Os NAPS caminhavam no sentido de uma atenção mais plural, portanto; a transformação de um modelo médico-científico para uma atuação mais político-cultural. A visão de tutela foge da noção de incapacidade do louco e aponta para a equipe do NAPS como mediadora de uma construção, ou reconstrução de sujeitos.

Os NAPS (...) são centros de atenção, de encontro, de produção de sociabilidade, de comunicação, de convivência, de referência cultural. (...) espaço social e terapêutico, lugar de busca de alternativas, de projetos de vida. (NICACIO, 1994 apud GULJOR, 2003, p. 94).

O espaço dos NAPS resumia-se a casas comuns, alugadas pela prefeitura, em ruas habitacionais. Percebe-se a existência de fatores simbólicos como o sentido da casa como local de acolhimento; a inserção no território favorecendo as trocas com a comunidade; a desmistificação do caráter de perigo em relação aos loucos. As paredes internas foram decoradas pelo Grupo TAMTAM, em busca de uma ambiência não hospitalar.

A equipe era multidisciplinar, formada por psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras, auxiliares de enfermagem, acompanhantes terapêuticos. Buscava-se uma relação não hierárquica entre os funcionários e também entre trabalhadores e pacientes. Todas as decisões a respeito dos programas, atividades, grupos, ações e parcerias eram tomadas em assembleias que contavam com a participação de funcionários e usuários. As assembleias eram as principais atividades grupais que aconteciam nos NAPS; esse tipo de contato entre várias pessoas era incentivado, também se faziam grupos psicoterapêuticos, grupos de família, sessões de cinema, grupos de teatro, de música, de alfabetização, de produções artísticas, festas e passeios.

Um indivíduo, ao entrar na rede de saúde mental, passava, inicialmente, por uma triagem, feita pelo funcionário que estivesse de plantão. Esse funcionário levaria o caso para as reuniões onde seria escolhido o 'técnico referência', que seria o responsável pela construção do projeto terapêutico do sujeito, o contato com a família e a construção desse processo de inserção social.

Todas as ações da recém-criada rede de saúde mental seguiam no sentido do respeito às particularidades de cada indivíduo e de cada local; sempre fugindo do caráter universalista e simplificador presente no discurso manicomial que se combatia. É importante ressaltar que se questionava não somente o espaço asilar do Anchieta, nem somente suas práticas violentas e repressivas, mas, sobretudo, um pensamento de hierarquia e poder; um discurso que supervalorizava o saber da ciência rebaixando pessoas à não cidadania, à miséria, à violência e à morte física e mental.

Ao romper com alicerces do paradigma hegemônico – a doença como objeto da Psiquiatria, a cura como objetivo, a irresponsabilidade do louco, o isolar para conhecer e tratar, entre outros – determinaria uma nova clínica, ou melhor, uma nova forma de cuidar que necessariamente precisaria construir outro arcabouço teórico-conceitual e também novos espaços de 'tratamento'. (GULJOR, 2003, p. 99).

O TAMTAM surge como um grupo atuante dentro da Casa de Saúde Anchieta coordenado desde o início pelo arte-educador e pedagogo Renato di Renzo. A primeira atividade proposta foi a pintura das paredes do hospital feita pelos próprios pacientes, com influências de Mondrian, Kandinsky e Picasso, artistas introduzidos por di Renzo aos internos. As paredes coloridas desfaziam o caráter frio de uma instituição hospitalar, e geravam um espaço aconchegante para as demais práticas apresentadas por Renato aos loucos: pintura de quadros e painéis, artesanato, construção de uma livraria-sebo, construção de uma cozinha experimental, elaboração da Griffa TAMTAM (produção de camisetas), produção de jornais distribuídos em bancas, excursões e passeios, peças de teatro, dança e música, além de festas que contavam com a presença das famílias e da comunidade santista. O grupo também atuava nos NAPS e nos demais locais da rede descentralizada de Saúde Mental que se configurava na cidade.



Figura 139: Início das atividades do Grupo TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 140: Início das atividades do Grupo TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.

O nome TAMTAM foi escolhido pelo grupo durante um exercício de poesia dadaísta. Segundo di Renzo, em entrevista a Antônio Abujamra⁴⁰, ao descobrirem, através de um dicionário, que o termo TAMTAM não era uma referência à loucura, sim um instrumento de percussão, os loucos tiveram seu primeiro poder de troca com as pessoas, ao perguntarem a todos 'você sabe o que é um TAMTAM?'; portanto, através dos gestos mais simples, Renato di Renzo buscava, segundo ele mesmo, transformar a *dor* em *estética*, em *produção subjetiva de desejo*.



Figura 141: Início das atividades do Grupo TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 142: Início das atividades do Grupo TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.

⁴⁰ Provocações – Renato di Renzo: Bloco 1: <https://www.youtube.com/watch?v=W7LzsFrPPK4>.

Em 1993 o Grupo Orgone de dança, coordenado pela bailarina e psicóloga Cláudia Alonso, se une ao Grupo TAMTAM. Passa-se, então a trabalhar com os pacientes, atividades relacionadas à dança, ao teatro e à expressão corporal. As peças do Grupo Orgone foram reconhecidas nacional e internacionalmente, ganhando mais de 100 premiações durante sua história. De acordo com o site do grupo (tamtam.art.br), a primeira obra que di Renzo criou para o Orgone, em 1993, foi chamada *Na Sala de Espera do Dr. Sigmund*; rendeu os primeiros prêmios ao grupo e se tornou um marco de linguagem em festivais, inaugurando a categoria *Teatro-Dança* ou *Dança-Teatro*. O teatro representou a rápida recuperação de muitos pacientes, através do trabalho corporal, do fluxo da criatividade, da própria representação e da escrita de textos.



Figura 144: Rádio TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 143: Rádio TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 145: Início das atividades do Grupo TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 146: Início das atividades do Grupo TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.

O teatro sempre foi o 'carro chefe' do Grupo TAMTAM, porém, no início, o que impulsionou os loucos para fora do mundo manicomial foi o trabalho de comunicação feito por Renato, através da Rádio TAMTAM. No dia 30 de maio de 1989, apenas 27 dias após a intervenção municipal, com um aparelho de som e um microfone, é criada a Rádio TAMTAM; um paciente relatava os bastidores da instituição naquele ambiente de constantes mudanças de hábitos. Nesse período foi construída, pelos próprios pacientes, uma sala feita de madeira compensada e cartelas de ovos para ser a sede da rádio. Foram distribuídas 32 caixas de som pelo hospital para que todos escutassem as notícias de esportes, horóscopo, música, achados e perdidos, oferecimentos, recados, furos de reportagem e entrevistas.

No dia 5 de novembro de 1990 a Rádio TAMTAM extrapola os muros do Anchieta e passa a ter um programa diário na Rádio Universal AM. O programa vai crescendo, aumenta seu alcance, passa pela Rádio Cacique, pela Rádio Clube de Santos e por último pela Jovem Pan. Segundo relatos a equipe de 'locutores' contava com duas linhas telefônicas para atender todos os pedidos, em média 50 por dia. Havia parcerias com empresas da cidade, doações de brindes, patrocínios, até um fã-clube. A Rádio TAMTAM ficou no ar por 10 anos e contou com participações especiais como Herbert Viana, Fernanda Montenegro e o presidente Lula. Esse trabalho de comunicação e loucura tinha como objetivo dar voz aos loucos, apresentar a loucura para a cidade, da qual havia sido escondida por anos. A Rádio TAMTAM foi reconhecida internacionalmente⁴¹ e é ainda modelo mundial de atenção psicossocial.



Figura 147: Rádio Muleke. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 148: Rádio Muleke. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 149: Rádio TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 150: Rádio TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.

Com di Renzo, o Anchieta que por quase meio século fora um trágico cenário, transforma-se em um circo. Para ele, a circunstância que trazia as pessoas de volta era o convívio mútuo, em personagens diferentes que encenavam, dividindo paixões, se comunicando. (MATOS, 2004).

⁴¹ O trabalho do Grupo TAMTAM foi noticiado em mídias como a Folha de São Paulo, a Revista Veja, a Revista Isto É, o Fantástico, Jô Soares, o Washington Post, o BBC de Londres, entre outras.

Para Matos, reabilitar é “criar condições para que o paciente possa participar do processo de trocas sociais” (MATOS, 2004). O trabalho do Grupo TAMTAM sempre foi feito nesse sentido de reabilitação de pessoas, através dos próprios sofrimentos, dores e solidão, para a criação de uma nova forma de se relacionar, uma nova ordem na relação entre os homens e suas diferenças. Para Abujamra, Renato di Renzo ‘lida com a diferença da maneira mais profunda e radical possível, justamente porque derruba a barreira do diferente’.

Em 1993 o Grupo TAMTAM funda a Escola Experimental Geração 2001, que atendia crianças e jovens em situação de risco e vulnerabilidade. Em 1996 é colocada no ar a Rádio Muleke, que fazia programas de rádio, nos mesmos moldes da Rádio TAMTAM, com crianças e jovens dos abrigos da cidade. No mesmo ano é fundado o Zazar’H Bar, colocado no 3º andar do Teatro Municipal de Santos; onde se recebia músicos, artistas e escritores da cidade em encontros com os usuários da Rede de Saúde Mental e a comunidade santista para celebrar a loucura, a arte e a cultura. Como se pôde mostrar, o trabalho feito pelo Grupo TAMTAM extrapolou a simples assistência em Saúde Mental e também o ramo isolado da saúde para questões de educação, política, arte, cultura, envolvendo toda a sociedade de uma maneira dissoluta; de forma que a imagem de loucura como perigo se desfazia na medida em que o contato direto da cidade com os loucos se fazia.



Figura 151: Renato di Renzo em entrevista a Jô Soares. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 152: Entrevista dos 'loucutores' a Jô Soares. Fonte: tamtam.art.br.

No momento máximo de atuação do TAMTAM junto ao governo municipal e de funcionamento mais efetivo da nova Rede de Saúde Mental através dos NAPS, em 1996, acontecem as eleições municipais que elegem em Santos um governo de caráter conservador, que negava o papel inovador e humanitário, reconhecido internacionalmente que acontecera desde 1989. Questões políticas e jurídicas colocam fim à intervenção municipal no Anchieta no ano de 1999.

Começa, então, um processo de desmanche na rede. Os Centros de Convivência são desativados; os NAPS começam a sofrer com falta de funcionários, materiais, instrumentos de trabalho, manutenção espacial; passam a dar prioridade somente a casos mais críticos, perde seu caráter de 'portas abertas', enfim, transformam-se em simples ambulatórios desarticulados entre si; e o Grupo TAMTAM perde o espaço que era, até então, sua sede, o terceiro piso do Teatro Municipal de Santos.

Até 1996, portanto, o TAMTAM tinha total ligação com o governo municipal, fazia parte das políticas públicas de saúde, educação, assistência e cultura. A partir da nova administração, entretanto, o grupo passa a funcionar como uma Organização não Governamental, a ONG Associação Projeto TAMTAM, fundada em 1992.

Com a rede desarticulada e o Projeto TAMTAM desvinculado da prefeitura municipal, a grande maioria dos projetos de reinserção social e humanização dos tratamentos psiquiátricos foram de desfazendo aos poucos. Sem uma sede e sem verba, tendo que se sustentar por meio de doações e ações próprias, o TAMTAM funciona, entre 1997/98 em prédios e galpões abandonados na cidade; e de 1999/2002 no Colégio Universitas, que cedera um espaço ao grupo.

As atividades nesse período nômade do TAMTAM foram centradas em peças teatrais do Grupo Orgone e debates públicos chamados 'A Cidade Essencial'. Em entrevista (Anexo 05), Renato di Renzo afirma que tais eventos foram realizados para provocar a cidade. Eram convidados para debater, dentre vários assuntos, também sobre Saúde Mental, médicos psiquiatras, arquitetos, policiais, advogados, filósofos, engenheiros, juristas e jovens da cidade. Esses eventos afirmam a visão ampliada de Saúde Mental que di Renzo e Cláudia Alonso ajudaram a construir depois da intervenção na Casa de Saúde Anchieta⁴²; um entendimento que Saúde Mental não se resume a questões de saúde apenas, mas envolve vários outros setores da sociedade e a própria noção de comunidade enquanto convivência e troca, em meio a um mundo de competição.

Depois das ações incomodativas da *Cidade Essencial*, a Prefeitura Municipal de Santos, em 2003, cede o mesmo espaço que o TAMTAM ocupara em 1996, o foyer do terceiro andar do Teatro Municipal de Santos⁴³. É nesse espaço que até os dias atuais o Grupo TAMTAM desenvolve suas atividades para a cidade, através de trabalhos de inclusão. É importante lembrar, mais uma vez, que o grupo tem uma visão expandida de Saúde Mental, que envolve toda a comunidade. Por esse motivo, como diz di Renzo, o foco não são as 200 pessoas atendidas, ou que participam das atividades do grupo, mas sim construir um equipamento que seja referência para a cidade de Santos. De acordo com o site do grupo (tamtam.art.br), 'todas as ações socioculturais da ONG Associação Projeto TAMTAM, sejam elas desenvolvidas por meio do Teatro, Dança, Música, Artes Plásticas e Comunicação, visam propiciar a qualidade de vida e fomentar a discussão do novo homem e do mundo em que se vive, num tempo de gratuita estranheza, violência e banalização da vida e das relações'.

O Espaço Sócio Cultural e Educativo Café Teatro Rolidei, como é conhecida a sede do Grupo TAMTAM e onde acontecem as atividades do grupo, abriu as portas em abril de 2003 e desde essa data é mantido em funcionamento por voluntários, sem qualquer parceria com a Prefeitura Municipal. De acordo com di Renzo, o

⁴² Em meio a longos processos na justiça; entre intervenção, desapropriação, reintegração de posse, etc.; o edifício da Casa de Saúde Anchieta foi ocupado em 1998 por algumas famílias desabrigadas. Essa ocupação se mantém até os dias atuais e é vista pelos moradores de Santos como um local perigoso.

⁴³ O Teatro Municipal Brás Cubas (1960 – 1968) foi projetado por Oswaldo Corrêa Gonçalves em parceria com Abrahão Sanovicz e Júlio Roberto Katinsky.

Rolidei não foi pensado para ser um bar ou um restaurante, a ideia sempre foi de concentrar as pessoas em festa, em acontecimento; “a nossa loucura é poder provocar espaços onde as pessoas possam acontecer” (DI RENZO, 2015).

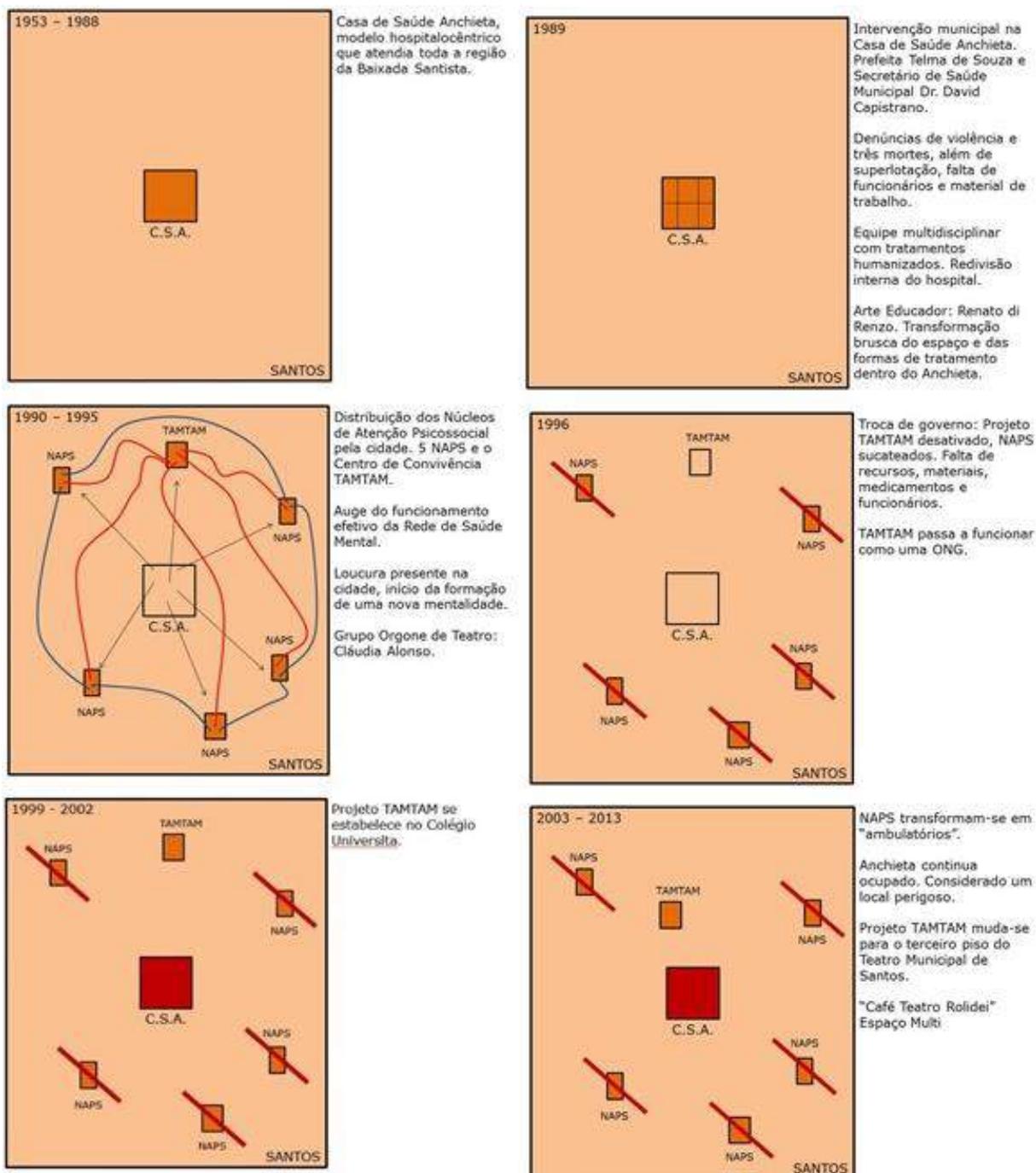


Figura 153: Esquema mostrando o processo evolutivo da formação da Rede de Saúde mental de Santos - SP. Fonte: autoria própria.

Ao longo desses anos, desde 2003, o Grupo TAMTAM, funcionando no Café Teatro Rolidei, estabeleceu bases firmes na cidade e na sociedade santista, fazendo parcerias com outras áreas de atuação, entre saúde, cultura, arte e assistência. Todo o trabalho feito pelo grupo caminha no sentido da inclusão, dando espaço ao 'diferente' e voz aos 'excluídos'; na busca de produzir potências e desejos.

As atividades, de modo geral, acontecem dentro do espaço reservado ao grupo no 3º piso do Teatro Municipal, existindo algumas que extrapolam para outros locais pontuais da cidade e também às ruas, o espaço urbano.



Figura 156: Projeto Refavela. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 155: Projeto Refavela. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 154: Projeto 'E ai, beleza? Sou assim!'. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 157: Projeto 'E ai, beleza? Sou assim!'. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 158: Projeto 'E ai, beleza? Sou assim!'. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 159: Projeto 'E ai, beleza? Sou assim!'. Fonte: tamtam.art.br.

Das atividades que acontecem fora do Café Teatro Rolidei, pode-se destacar o Refavela, que é um trabalho de arte e inclusão realizado em parceria com o Instituto Arte no Dique em diversos bairros. Nesse projeto, ambas as instituições se unem em encontros com jovens moradores de áreas de risco e vulnerabilidade da cidade. Os encontros consistem em exercícios de expressão corporal, leitura de textos, debates, jogos dramáticos e construção de cenas e espetáculos teatrais.



Figura 164: Oficina de Reciclagem de Materiais. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 162: Oficina de Reciclagem de Materiais. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 165: Cortejo Rolidei. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 163: Cortejo Rolidei. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 161: Na Trilha do Noel. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 160: Na Trilha do Noel. Fonte: tamtam.art.br.

Outra atividade que se dá fora dos limites do Teatro Municipal de Santos é o 'E ai, beleza? Eu sou assim!'. Acontecendo bianualmente, o projeto é um grande desfile de moda que se faz através de oficinas de arte, reutilização de materiais e ensaios fotográficos. Conta com parcerias de vários setores da sociedade e tem cobertura e divulgação da mídia local. Busca subverter uma lógica de mercado e competição no mundo da moda e seu padrão de beleza. As roupas são fabricadas pelos frequentadores do Café Teatro Rolidei e desfiladas por pessoas de todas as idades, cor e classe social, deficientes ou não; uma celebração da diversidade e da pluralidade, da diferença.



Figura 166: TAMTAM por todos os cantos. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 167: TAMTAM por todos os cantos. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 168: Conduzindo Miss Dóris. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 169: Conduzindo Miss Dóris. Fonte: tamtam.art.br.

O Cortejo Rolidei é um bloco de carnaval que existe desde 2003 e busca resgatar a folia carnavalesca tornando-a acessível a todos. O site do grupo (tamtam.art.br) descreve os participantes do cortejo como 'crianças, jovens, adultos, deficientes intelectuais, físicos, sensoriais, síndrômicos, gordos, magros, normais, com cabelos curtos, compridos, espetados ou não, todos juntos numa grande folia de Momo'. As fantasias são confeccionadas pelos próprios participantes com material reciclado. O Cortejo Rolidei já é uma tradição em Santos e acontece em todo carnaval.

Outro evento anual realizado pelo Grupo TAMTAM é o 'Na Trilha do Noel'. Realiza-se uma carreata pelos bairros mais carentes da cidade e da região, distribuindo-se brinquedos a milhares de crianças. O projeto busca ir além do simples 'doar brinquedos', proporcionando durante o ato uma experiência lúdica para os participantes e o retorno da 'magia' para as crianças.

O grupo realiza diversas visitas e viagens levando ações culturais e artísticas a diferentes espaços. Os voluntários, alunos e atores fazem apresentações teatrais, sessões de cinema, doações de livros, saraus de poesia, entre outras ações como a 'Conduzindo Miss Dóris', onde são feitas procissões e visitas carregando-se uma boneca performática que interage com os locais e com as pessoas.

Dentro do Espaço Sócio Cultural e Educativo Café Teatro Rolidei a atividade principal é o teatro. Além dos ensaios e momentos de criação do Grupo Orgone de Arte; acontece o Teatro Livre e Projeto Seis e Meia, também o projeto Encontros, que são grupos de inclusão através do teatro, que priorizam a convivência, o trabalho em grupo, o aprendizado e o respeito às diferenças. São realizados muitos projetos relacionados à música e à dança, como as Oficinas de Musicalização, o Jazz para quem não dança, o Nosso Balé e a Ginga TAMTAM (capoeira). No Rolidei também é realizado o projeto Outras Palavras, que é uma oficina literária e de leituras dirigidas, através da qual são produzidos livros compostos pelas poesias e textos produzidos pelos participantes do grupo. Também são realizadas sessões de cinema (Pipoca e Guaraná), exposições de arte e noites de Festas Rolidei, que é a única forma de arrecadação de fundos da ONG. As festas são os pontos altos das atividades do Grupo TAMTAM, são nelas onde os encontros acontecem, a convivência entre os diferentes se dá de maneira mais poética e a cidade reconhece e participa de maneira direta, corpo a corpo; é o momento onde o TAMTAM realiza o sonho situacionista de fundir a arte com a vida.



Figura 174: Grupo Orgone de Arte. Fonte: tamtam.art.br.

Figura 172: Grupo Orgone de Arte. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 173: Projeto Teatro Livre. Fonte: tamtam.art.br.

Figura 171: Projeto Teatro Livre. Fonte: tamtam.art.br.

Figura 170: Projeto Encontros. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 181: Projeto Encontros. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 180: Projeto Nosso Balé. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 179: Projeto Nosso Balé. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 178: Projeto Jazz para quem não dança. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 177: Projeto Jazz para quem não dança. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 176: Projeto Ginga. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 182: Projeto Outras Palavras. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 183: Projeto Outras Palavras. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 175: Projeto Ginga TAMTAM. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 184: Noites de Festa Rolidei. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 185: Noites de Festa Rolidei. Fonte: tamtam.art.br.



Figura 186: Noites de Festa Rolidei. Fonte: tamtam.art.br.

Todas as atividades, sobretudo as festas, representam um pensamento que se desenvolve desde 1989 no grupo, por Renato di Renzo, Cláudia Alonso e todos os voluntários que passaram por lá ou que ainda trabalham no Rolidei; de que Saúde Mental se faz o tempo todo, desde um 'bom dia' até um grande evento; e esse pensamento tem um reflexo muito claro no espaço em que é praticado, assim como o espaço tem uma influência muito forte, afetiva principalmente, nas ações e experiências que o grupo se propõe fazer.

O foyer do 3º piso do Teatro Municipal de Santos se encontrava vazio e sem utilidade no ano de 2003. Ao ser cedido para os voluntários da ONG TAMTAM

naquele ano, começa a ser transformado e adaptado para se configurar como a nova sede do grupo. Após 4 meses, se inaugurava em abril do mesmo ano o Espaço Sócio Cultural Educativo Café Teatro Rolidei. O foyer foi separado do restante do piso do teatro através de uma 'parede falsa' construída, pintada de preto com alguns desenhos e uma porta envolta por uma cortina preta.

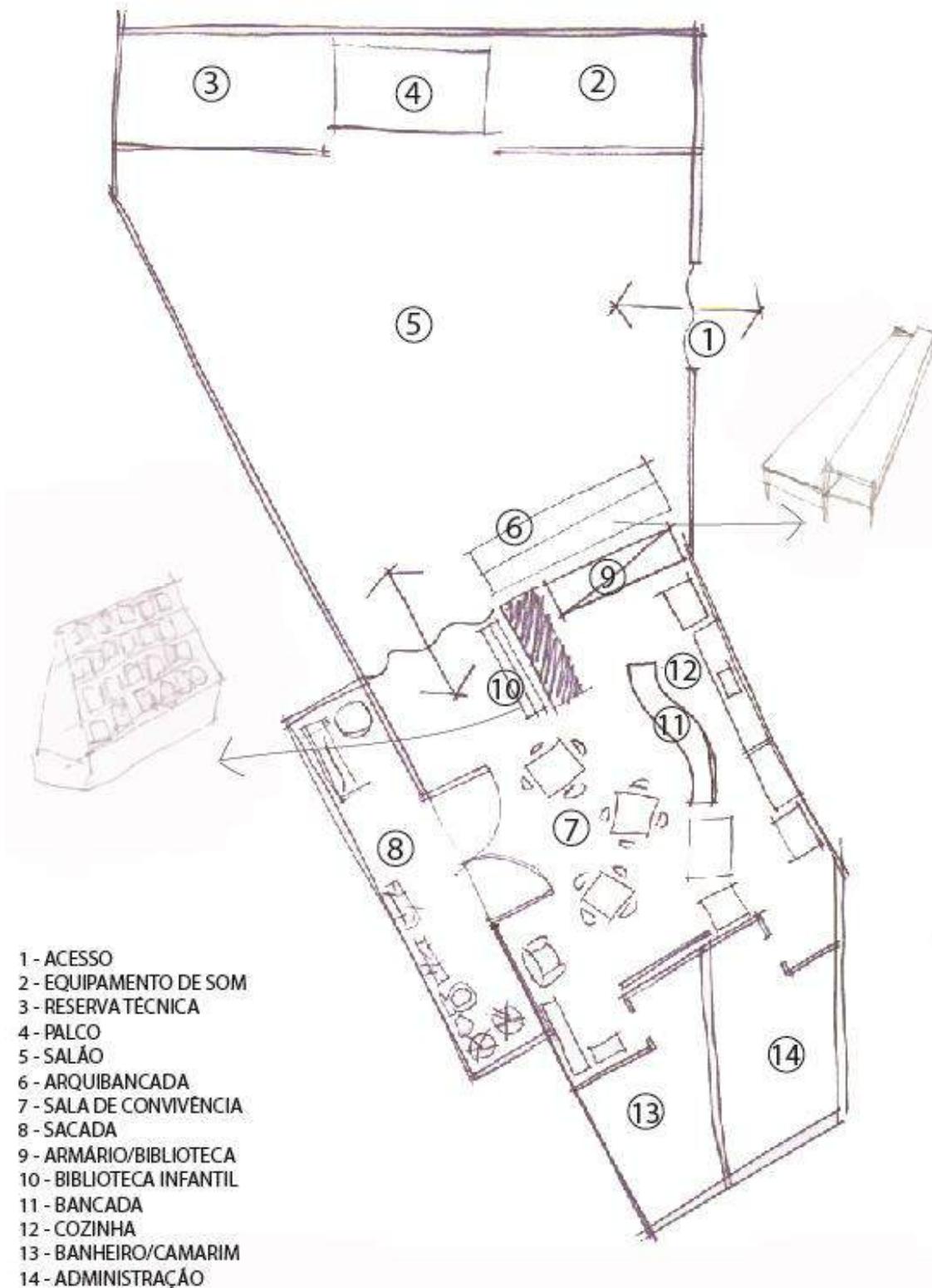


Figura 187: Croqui esquemático da planta/districção espacial do Café Teatro Rolidei. Sem escala. Fonte: autoria própria.

O espaço é uma construção coletiva, seu processo de composição está em constante modificação, não se constituindo em um lugar estático, mas em permanente movimento. Esse aspecto fluido e mutante se dá de acordo com as atividades que acontecem em diferentes tempos: teatro, dança, ensaios, reuniões, festas, oficinas, exposições e eventos em geral. Apesar disso, existe uma distribuição básica de funções: um espaço técnico, reservado para o equipamento de som; um espaço de estoque de materiais de cenografia e figurino; um pequeno palco/plataforma elevada; uma área central e aberta para as atividades grupais, que conta com uma plataforma/arquibancada móvel; uma sala com mesas e cadeiras para reuniões, conversas, convivência; uma sacada com plantas; um armário/biblioteca que conta também com uma estante/biblioteca infantil móvel; uma bancada que separa a sala com mesas da cozinha, que contém pia, fogão e prateleiras; um banheiro/camarim e outro banheiro/sala de administração/arquivo.

O que mais se destaca visualmente no espaço interno são os elementos anexos às paredes e tetos. São quadros, produções artesanais e artísticas feitas pelos frequentadores do Rolidei, objetos levados de casa pelas pessoas ou encontrados na rua, imagens de personalidades e religiosas, peças de roupa, recortes de revistas e jornais, painéis e símbolos que se referem ao grupo, prateleiras com objetos decorativos, espelhos, fotografias, máscaras, placas, instrumentos musicais, dentre inumeráveis outros objetos. Esse cenário acumulativo, quase paranoico, presente nas paredes do local, transmite uma sensação de memória afetiva muito forte, pois pode haver apego a algum objeto específico construído ou levado pelo indivíduo ou grupo pertencente, com um sentido de devoção ou simpatia. Esse ambiente, que respira arte, também é um grande incentivo à criatividade, pois são centenas de referências que cercam as pessoas que adentram o recinto; de alguma forma, algum objeto, ou vários deles, podem atingir a memória ou o ímpeto criativo das pessoas.

As paredes e tetos, preenchidas pelos diversos objetos de arte ou não, compõem o espaço junto com objetos móveis como poltronas, mesas, cadeiras, luminárias, plataformas, caixas de som, estantes e araras. Esses objetos móveis são os que dão o caráter mutante do espaço.

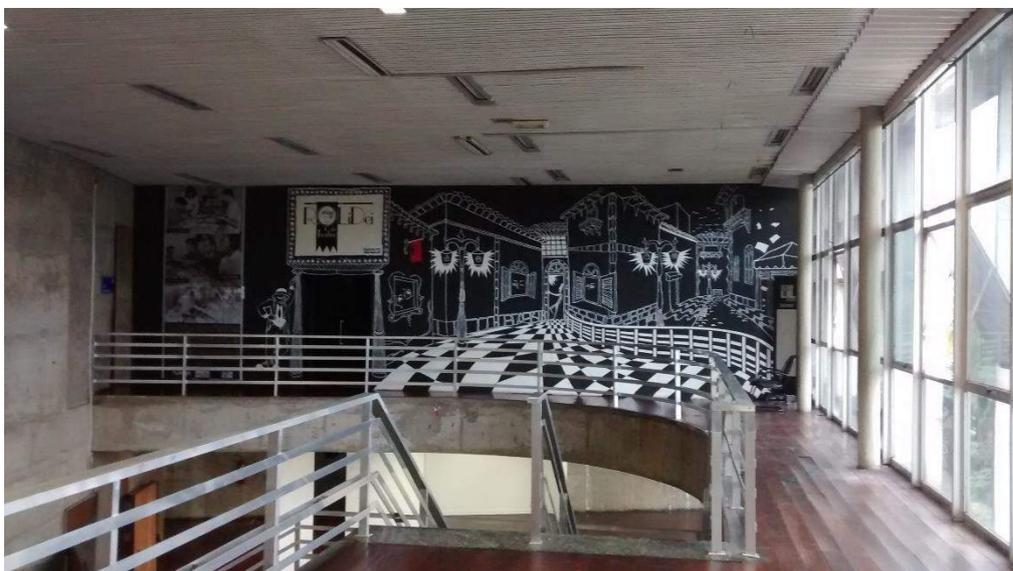


Figura 188: Entrada do Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 194: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 190: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 193: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 191: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 192: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 189: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 200: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 199: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 195: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 196: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 197: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 198: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 206: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 205: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 201: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 202: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 203: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 204: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 213: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 210: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 212: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 209: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 211: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 208: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 207: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 216: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 217: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 218: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.

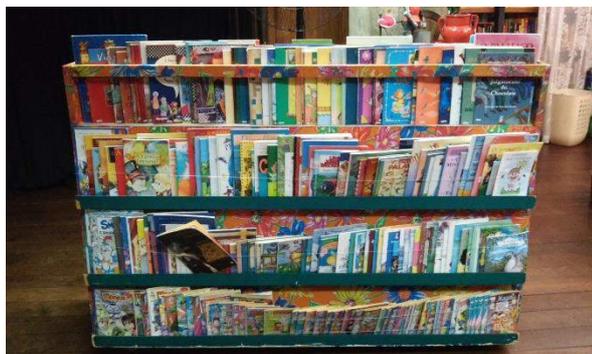


Figura 215: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.



Figura 214: Interior Café Teatro Rolidei. Fonte: acervo pessoal.

O Grupo TAMTAM parte de um entendimento de loucura enquanto geradora de potência, criadora de novos valores, produtora de subjetividades; portanto, não seria completamente adequado se falar das ações artísticas propostas como terapêuticas, ou do espaço como de tratamento, pois a visão de loucura adotada difere da noção de doença mental. Como produto e como agente do processo de luta antimanicomial, o grupo é questionador da ideia de diagnóstico, assim como é contrário aos moldes manicomiais de atenção em saúde mental. Dessa forma, quando se fala do espaço Rolidei como espaço terapêutico, não se deve entender a 'terapia' como busca de cura ou tratamento institucionalizado, um evento, mas sim como um processo natural de terapia, em tempo real, que acontece através do contato com a arte, com as pessoas, com o espaço, com o ambiente comunitário e consigo mesmo.

Da mesma maneira, a produção artística realizada pelos frequentadores do Café Teatro não deve ser entendida como uma atividade para passar o tempo, como era vista nos tempos dos manicômios; nem tampouco como uma contribuição à instituição artística feita através dos objetos de arte produzidos; nem ainda como parte de uma terapia que seria benéfica para a eliminação da doença; mas deve ser percebida como um processo de produção de subjetividades, de criação, de transformação do mundo e de questionamento do sistema atual que ainda é

cúmplice dos mesmos modos de tratamento, assistência e tutela que foram instalados no país no século XIX.

O Brasil tem uma longa história sobre essa relação entre arte e loucura. Pode-se dizer que essa trajetória começa em 1933, quando o arquiteto Flávio de Carvalho, em parceria com o psiquiatra Osório César (1895 – 1979), promove através do Clube dos Artistas Modernos (CAM) a exposição *Semana das Crianças e dos Loucos*. A mostra teve como objetivo expor desenhos feitos por crianças e pacientes do Hospital Psiquiátrico do *Juqueri*, do qual César era diretor. O artista e o médico consideravam tais produções como manifestações artísticas de grande importância psicológica e filosófica, pois se opunham às paredes opressoras e asfixiantes da Escola de Belas Artes; pois tais classes, consideradas não-civilizadas, não haviam ainda sido contaminadas pelo espírito *normatizador* da sociedade burguesa.

Segundo Rosa Carvalho, a partir de 1950 o Hospital do *Juqueri*, em Franco da Rocha – SP, recebeu pesados investimentos em seus ateliês de artes plásticas com o apoio do Instituto de Assistência Social ao Psicopata (IASP). No mesmo ano aconteceu o *I Congresso Internacional de Psiquiatria* em Paris; o psiquiatra Robert Volmat organizou, na ocasião, uma exposição que reuniu objetos de arte feitos por internos de instituições psiquiátricas de toda parte do mundo. O Brasil teve, no total, 236 obras expostas, dentre elas, grande parte da produção da Escola Livre de Artes Plásticas do *Juqueri*⁴⁴.

Um dos mais notáveis trabalhos nesse sentido de relação arte e loucura aconteceu através da psiquiatra Nise da Silveira (1905 – 1999). Em seu livro *O Mundo das Imagens*, Nise afirma que há uma dicotomia entre a comunicação escrita e a comunicação imagética. Afirma também que a ciência não vê com bons olhos o mundo das imagens, baseando-se historicamente, na linguagem escrita, racional e cartesiana. Entendendo a linguagem das imagens como algo subversivo, a psiquiatra relaciona tal mundo às mentes esquizofrênicas, que encontrava em seus pacientes. Através de abordagens feitas a partir da obra de Carl Gustav Jung (1875 – 1961), Nise demonstra a grande importância das imagens produzidas pelos pacientes no entendimento da esquizofrenia⁴⁵. A partir dessas experiências realizadas desde 1946 dentro do *Hospital Psiquiátrico Pedro II* no Rio de Janeiro – RJ, Nise funda, em 1952 o Museu das Imagens do Inconsciente, em funcionamento até os dias atuais como Instituto Municipal Nise da Silveira.

Vem também da cidade do Rio de Janeiro um dos mais reconhecidos artistas considerados loucos do Brasil. Arthur Bispo do Rosário (1909 – 1989) deixou mais de 150 obras no acervo da *Colônia Juliano Moreira* no bairro de Jacarepaguá. Internado no hospício por mais de 50 anos sob o diagnóstico de esquizofrênico-

⁴⁴ Carvalho, a respeito das experiências de arte e loucura do *Juqueri*, conta sobre as visitas e orientações de artistas aos internos do hospício; relata visitas como a de Tarsila do Amaral (1929), Flávio de Carvalho (1937), Lasar Segall (1942), Alice Brill (1950) e Roberto Sambonet (1952).

⁴⁵ Jung difere duas formas de imagem: uma pessoal, na qual os pacientes revelam seus desejos primitivos; outra arquetípica, que é relacionada ao Inconsciente Coletivo, ou vivências primordiais da humanidade. O segundo tipo é sempre expressado através de figuras mitológicas, religiosas e culturais, presentes em uma camada impessoal da psique. Nise coloca que o fator patológico da esquizofrenia não se encontra nas imagens, mas na dissociação do consciente, quando o mesmo perde a possibilidade de controle sobre o inconsciente.

paranoico, é amplamente reconhecido por seus objetos construídos a partir de restos de materiais do cotidiano da instituição com temas religiosos e navais (já que fora marinheiro em sua juventude).

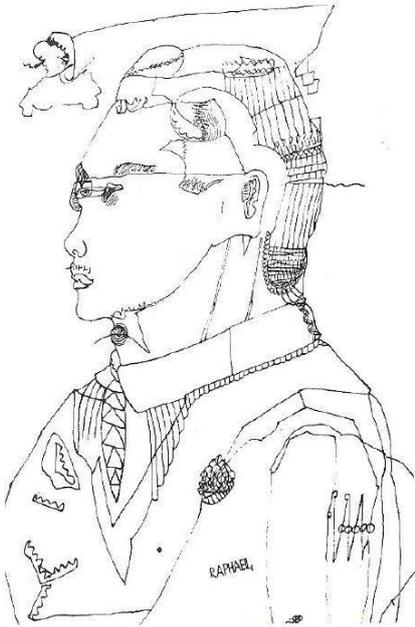


Figura 219: Desenho de Raphael Domingues, artista interno do Hospital Psiquiátrico Pedro II. Acervo do Museu de Imagens do Inconsciente. Fonte: *O Mundo das Imagens*, Nise da Silveira.

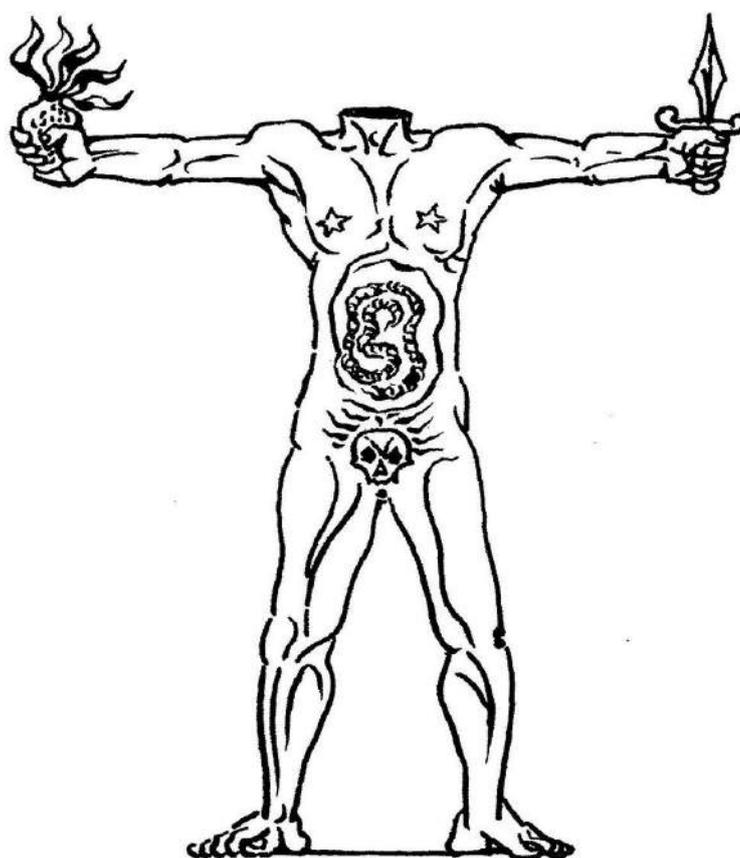


Figura 220: Manto da Apresentação de Arthur Bispo do Rosário. Fonte: pt.wikipedia.org.

Bispo do Rosário, assim como os artistas internados no *Hospício Pedro II* e no Hospital do *Juqueri*, podem ser colocados dentro de uma linha que foi chamada por Jean Dubuffet (1901 – 1985) em 1945 de Arte Bruta. Dubuffet considerava arte bruta toda realização artística produzida por criadores livres de quaisquer influências de estilos oficiais, vanguardas ou mercados de arte. Foram considerados produtores de arte bruta as crianças, os indivíduos pertencentes a civilizações primitivas e, principalmente, os loucos, internados em instituições psiquiátricas. Houve um grande interesse por essa estética do primitivo por parte de consagrados artistas do século XX como Max Ernst, Juan Miró, Wassily Kandinsky, Pablo Picasso, Henri Matisse.

Os surrealistas se aprofundaram muito na questão da representação do corpo; também influenciados pelas imagens brutas, primitivas. Buscaram o caráter de irrealidade do corpo, o colocando à prova. O personagem desenhado por André Masson (1896 – 1987) para a capa da revista *Acéphale* (1936) de Georges Bataille (1897 – 1962) afirma a instabilidade do ser. O ser instável, desprovido de razão, louco, opondo-se ao que Nietzsche chamou de 'atomismo materialista da alma', o ser clássico, estático, imutável. Essa nova visão de humanidade era a instauradora do caos em um mundo onde as pessoas não teriam mais nenhuma linha clara de pensamento a se seguir:

A vida humana está exausta de servir de cabeça e de razão ao universo. Na medida em que se torna essa cabeça e essa razão, na medida em que se torna necessária ao universo, ela aceita uma servidão. Se não é livre, a existência se torna vazia ou neutra e, se é livre, é um jogo. A Terra, enquanto não engendrava senão cataclismos, árvores, pássaros, era um universo livre: a fascinação de liberdade se obscureceu quando a Terra produziu um ser que exige a necessidade como uma lei acima do universo. O homem, entretanto, permaneceu livre para não mais responder a necessidade alguma: ele é livre para se assemelhar a tudo aquilo que não é ele no universo. Ele pode descartar o pensamento de que é ele ou Deus que impede o resto das coisas de ser absurdo. O homem escapou à sua cabeça como o condenado à prisão. (BATAILLE, 1936 in BOLETIM DE PESQUISA NELIC, 2008, p. 231).



ACEPHALE

RELIGION · SOCIOLOGIE · PHILOSOPHIE · REVUE PARAISSANT 4 FOIS PAR AN
 1^{re} année 1 LA CONJURATION SACRÉE 24 juin 1936
 PAR GEORGES BATAILLE PIERRE KLOSSOWSKI ET ANDRÉ MASSON

Figura 221: Capa da primeira edição da Revista *Acephale*, onde Bataille divulgava suas ideias. Fonte: jornalggn.com.br.

A influência do pensamento de Nietzsche em Bataille é muito clara quando se pensa nessa busca constante de superação do idealismo anunciado na filosofia platônica, do moralismo surgido com as religiões cristãs, e do racionalismo emergente desde a consolidação da sociedade moderna e científica.

Outro pensador que se insere perfeitamente nessa discussão é o filósofo francês, também dramaturgo, poeta, crítico, ator, roteirista de cinema e compositor de óperas Antonin Artaud (1896 – 1948); uma personalidade de forte influência para Renato di Renzo em sua atuação junto ao Grupo TAMTAM. Artaud é autor do livro *O Teatro e seu Duplo* (1935); onde é anunciado o *Teatro da Crueldade*, de ideias influenciadas por seu contato com tribos primitivas. Segundo José Celso Martinez Corrêa, em vídeo em que fala sobre Artaud⁴⁶, o francês via nos rituais tribais que presenciou no México, envolvendo o Peiote⁴⁷, tudo o que ele pensava sobre o teatro. As ideias cênicas de Artaud eram vividas no cotidiano de tais tribos, principalmente nos ritos, quando as pessoas transmitiam, através de seus corpos, um momento de elevação espiritual, compreensão e contato direto com o cosmos.

A vida tem sempre lugar num tumulto sem coesão aparente, mas não acha sua grandeza e sua realidade senão no êxtase e no amor extático. Aquele que insiste em ignorar ou em não reconhecer o êxtase, é um ser incompleto, cujo pensamento está reduzido à análise. (BATAILLE, 1936 in BOLETIM DE PESQUISA NELIC, 2008, p. 231).

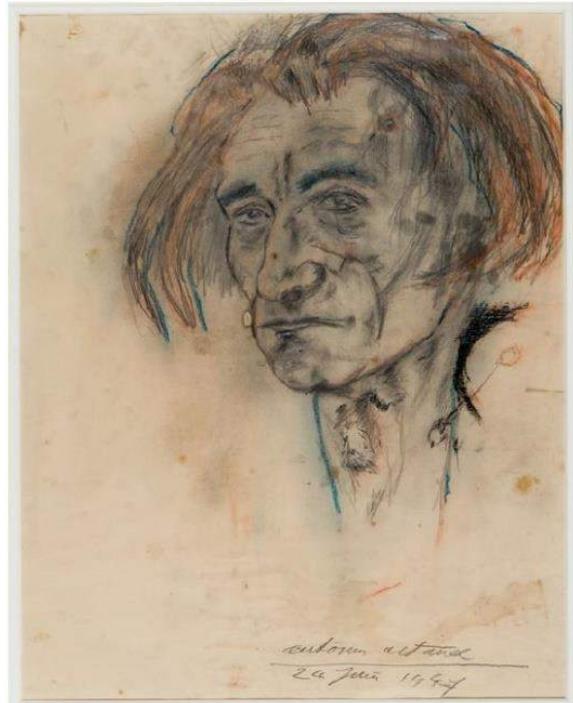


Figura 222: Autorretrato de Antonin Artaud.
Fonte: picasaweb.google.com.

⁴⁶ Zé Celso conta Artaud: Corpo+Cosmo+Crueldade: <https://www.youtube.com/watch?v=wWjMDxrlOVg>.

⁴⁷ Peiote é um cacto nativo da região do sudoeste dos Estados Unidos até o centro do México. É usado há séculos pelos povos primitivos da região em rituais religiosos. É conhecido por seus efeitos alucinógenos e psicodélicos e também já foi testado como tratamento psicoterápico.

Em 1937 o artista é internado em um manicômio, sendo transferido para várias outras instituições durante o período da segunda guerra mundial. Nessa época ele foi submetido a todo tipo de tratamento violento, inclusive eletrochoques, tendo sua personalidade e sua memória fortemente correspondidas. Artaud escrevia muito nesse tempo, para que suas ideias não desaparecessem. Dentre seus escritos estão muitas cartas para os diretores dos hospitais psiquiátricos e peças de teatro.

Em suas cartas aos diretores de manicômios, Artaud colocava que os hospícios, sob o amparo da ciência e da justiça, eram comparáveis aos quartéis, aos cárceres e às penitenciárias. Denunciava que a psiquiatria se preocupava muito mais em catalogar doenças do que em tentar compreender o mundo em que viviam os encarcerados. Dizia que era inadmissível impedir o livre desenvolvimento dos delírios; que tais delírios eram tão legítimos e tão lógicos quanto quaisquer ideias e atos humanos. Para Artaud, as dores que um louco sentia não eram descritíveis em palavras, portanto, médico algum jamais seria capaz de julgar a dor do louco, que só queriam o alívio.

Artaud foi libertado após a guerra e produziu um programa radiofônico chamado *Pra Dar um Fim no Juízo de Deus* (1948). Sobre esse texto, José Celso explica sobre o caráter erótico que o homem tem, quando livre; sobre a pulsação criadora presente em civilizações primitivas, relacionando tais manifestações ao êxtase dionisíaco da loucura, que é alcançado através do teatro. Para o diretor José Celso, que reinterpreto a produção radiofônica de Artaud no centenário do filósofo em 1996, o teatro é onde o corpo se reconstrói, se liberta dos automatismos, da programação que a sociedade do espetáculo faz aos homens.

A Associação Projeto TAMTAM, junto ao Orgone Grupo de Arte, através de Renato di Renzo, Cláudia Alonso e os voluntários que trabalham diariamente no Espaço Sócio Educativo Café Teatro Rolidei, e, sobretudo, os chamados *loucos* da cidade de Santos – SP, encontram no teatro essa saída, esse enfrentamento do vazio, essa produção dos bichos que fala Artaud, a criação de potências, de subjetividades, a superação do próprio homem anunciada por Nietzsche, o enfrentamento da sociedade do espetáculo que descreveu Debord. O lugar da loucura, que começa, em um tempo distante, com o Teatro Dionísio, encontra-se novamente, ou eternamente, em cena no TAMTAM.

LOUCURA, ARTE, CIDADE E CULTURA

Em busca de refletir – seja na contemporaneidade ou no processo histórico estudado – sobre o papel da arquitetura nos espaços da loucura, encontro uma espécie de ‘barreira’ científica. Pensar que a arquitetura é capaz de resolver todos os problemas das pessoas em sofrimento, ditos loucos, seria cair no mesmo erro reducionista que a medicina inaugurou no século XVIII. Todo o trabalho de pesquisa, de vivências e de escrita deste texto, me fez compreender – ou aceitar – a complexidade latente à questão da dor mental e seus reflexos espaciais. Por esse motivo de incompletude e inconstância que esta dissertação carrega a partir de suas investigações, o derradeiro capítulo da mesma não terá somente um caráter de afirmação científica, sim, também, de sugestão poética, perspectiva própria. Por isso escrevo em primeira pessoa.

Acredito que, no que diz respeito à loucura, a arquitetura seja uma das incontáveis variáveis de uma equação impossível⁴⁸, ou equação identidade⁴⁹. A arquitetura é apenas uma peça – importante, sim – de uma avançada máquina sem manual de instruções; sempre foi cúmplice, e às vezes agente direta da relação entre loucura e sociedade, mas não é, definitivamente, a principal questão.

Em entrevista a Paul Rabinow, quando perguntado sobre a existência de projetos arquitetônicos como forças de ‘liberação’ ou ‘resistência’, Michel Foucault afirma que não existe nada na estrutura dos espaços que garanta o exercício da liberdade:

Não creio que exista alguma coisa que seja – por natureza – de efeito liberador absoluto. A liberdade é uma prática. Assim, de fato, sempre haverá um certo número de projetos cujo objetivo é modificar situações opressivas, atenuá-las, ou mesmo mudá-las. Entretanto, nenhum destes projetos pode, por sua própria natureza, garantir que a liberdade será conquistada automaticamente ou que a liberdade será conquistada por um projeto em si. A liberdade dos homens não é jamais assegurada pelas instituições ou leis que pretendem garanti-la. É por esta razão que quase todas as leis e instituições podem ser subvertidas. Não porque sejam ambíguas, mas simplesmente porque liberdade é aquilo que deve ser praticado. (FOUCAULT, 1994, p. 139).

Para Foucault, portanto, a intenção do arquiteto no ato de projetar não é relevante para a prática da liberdade dentro do espaço construído. Este é um pensamento questionador à lógica funcionalista da arquitetura moderna, por exemplo, pois nega que o desejo do criador seja influente nas ações reais do lugar.

Optei por retomar o tema da relação entre espaço e liberdade/poder, levantado por Foucault; primeiramente porque a liberdade é uma questão intimamente ligada à loucura, principalmente quando se fala em arquitetura da loucura, já que os muros, as barreiras físicas e as celas são matérias concretas, ainda existentes, que demonstram claramente o papel de privação que muitos edifícios geram. Em

⁴⁸ Equações Impossíveis são aquelas que não possuem valores reais que, substituindo suas incógnitas, a satisfaçam numericamente.

⁴⁹ Equações Identidade são aquelas que qualquer número que substitua suas incógnitas a tornarão resolvida.

segundo lugar, por existir, também nos espaços da loucura mostrados no decorrer da história, uma disparidade muito grande entre intenção projetual e ação real posterior. Vimos que os manicômios foram pensados como locais de tratamento, produção de saber científico, cura, recuperação e terapia; mas que na verdade funcionavam como prisões, depósitos, morredouros, lugares de violência e até instrumentos de investimento financeiro. Mostrou-se, também, que os novos espaços gerados após a luta antimanicomial, descentralizados, como os CAPS, propostos para funcionar em rede junto à comunidade e outros espaços das cidades; em muitos locais configuraram-se como modelos reinstitucionalizados, burocráticos e, aparentemente, novamente fechados em si, com poucos laços comunitários, repetindo, de certa forma, o caráter normatizador dos manicômios.

A moderna psiquiatria escreve que mesmo que considerados 'psiquiatricamente comprometidos' pela ciência acadêmica vigente, os chamados 'loucos', podem viver num clima de liberdade e autonomia e consideração mútua, bastando que se lhes respeite a condição de seres humanos. Não se trata de tingir a loucura com cores românticas: sem dúvida, são pessoas que viveram experiências difíceis, doloridas, dilacerantes, que na maior parte das vezes não encontram uma alocação possível na esfera gregária do sujeito e que resistem as formas de comunicação pelos códigos partilhados. Mas nem por isso essas pessoas são menos humanas, menos passíveis de reconhecimento e de solidariedade. (MATOS, 2004).

A Lei Paulo Delgado, de 2001, importantíssima para a transformação do modelo de assistência em Saúde Mental no Brasil, não foi suficiente para dar fim a todos os manicômios, nem à lógica manicomial; pois, mesmo que os muros concretos dos edifícios estejam sendo, em ritmo lento, gradativamente extintos no país, ainda existem barreiras invisíveis que causam um efeito parecido com relação ao espaço dado aos portadores de sofrimento mental na sociedade. É inegável a importância que a Lei tem no momento em que a mesma é geradora de possibilidades de construção de lugares de troca, de convivência, de produção subjetiva, de potências criadoras, de arte, de cultura, possibilitando, em meio ao novo processo de burocratização da Saúde Mental, a existência de experiências como a Trilhas AT e o Grupo TAMTAM, chamadas neste trabalho de *dissidências*, por darem continuidade à luta.

Procurei mostrar neste texto como é importante para a cultura urbana contemporânea compreender as dores da loucura, seja através da arte, seja através do simples ato de caminhar; experiências que se colocam dentro de um processo histórico longo e complexo como potentes possibilidades de transformação dos valores da sociedade e do mundo.

A retomada histórica dos espaços da loucura, presente no decorrer neste trabalho, mostra a presença de vários pequenos ciclos dentro de um outro grande ciclo que abrange a questão da liberdade dos loucos de viverem sua própria loucura. Em diferentes épocas, constatamos a presença de manifestações libertárias e repressivas da loucura coexistindo temporal e espacialmente.

Os que chamo de *pequenos ciclos*, acontecem, por exemplo, na transformação da loucura de manifestação divina para possessão demoníaca; na passagem do hospital como local de acolhimento e caridade para um instituição científica, detentora e produtora de saberes; da colocação do então objeto-louco para fora dos hospitais gerais e para dentro do manicômio exclusivo; da metamorfose do hospício, ou hospital psiquiátrico, de espaço de tratamento em Saúde Mental para local de repressão, violência e morte; da luta pelo fim de tais espaços domesticadores e criação de locais de atenção psicossocial, as chamadas reformas; o processo de reinstitucionalização dos lugares gerados pelas lutas sociais e a nova burocratização da loucura. Os pequenos ciclos são momentos de passagens, de ida e de volta, entre os espaços que reprimem e os espaços que libertam.

O que chamo de *grande ciclo*, é a vista mais abrangente do panorama histórico abordado durante o trabalho. A compreensão da *desrazão* como manifestação natural do ser humano, assim como a *razão*; o desequilíbrio entre as duas, que tem como ponto máximo a disciplina da modernidade; e o início de um retorno da harmonia, com a aceitação da loucura de volta à vida em comunidade. O grande ciclo se inicia com as *Dionísias Urbanas* e o *Teatro Dionísio*; chega ao encarceramento do *Panóptico* e do *Manicômio Moderno*, através da supervalorização da racionalidade e da ciência; retorna ao espaço urbano da deriva terapêutica da Trilhas AT e ao espaço teatral do Grupo TAMTAM. Essa 'coincidência' que surgiu durante o processo de pesquisa é bastante condizente com a ideia de tempo a que o texto se propõe. Apesar de mostrar os fatos e espaços da loucura por meio de uma linearidade temporal, por vezes, as referências são cruzadas; encontrei no caminho ligações diretas e indiretas em diferentes tempos de arquiteturas de liberdade e lugares de prisão. O tempo é apresentado como uma linha reta, mas entendido como um emaranhado de lã, como o *eterno retorno*.

A partir dessa compreensão de tempo e da confusa relação entre os espaços da loucura em meio às diversas transformações mostradas no trabalho, afirmo que os estudos de caso destacados – a leitura de cidade feita a partir da deriva situacionista pela Trilhas AT em Uberlândia – MG, e o espaço artístico e predominantemente teatral do Grupo TAMTAM e sua influência direta na cultura urbana da cidade de Santos – SP – não são resoluções finais ou soluções para o 'problema' levantado. Os objetos de estudo evidenciados no Capítulo 04 são reflexos espaciais, pertencentes a um processo evolutivo do pensamento social a respeito da loucura. É uma ideia que caminha no sentido de uma utopia de cidade que aceita a loucura, a contempla, cresce junto e a partir dela; produz novos valores, potências, subjetividades, em comunidade, onde não exista a separação de 'louco' e 'não-louco', onde seja normal ser louco, onde a dor seja transformada em arte. Este trabalho trilha o caminho da utopia de se conseguir viver em um mundo onde tudo retorna, onde a existência é como uma bela obra de arte, que tem sentido somente e simplesmente por existir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGOSTINI, F. M. *O edifício inimigo: a arquitetura de estabelecimentos penais no Brasil*. Belo Horizonte: Escola de Arquitetura da UFMG, 2002.
- AMARANTE, P. Rumo ao fim dos Manicômios. *Mente e Cérebro*, set. 2006.
- _____. Uma aventura no Manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, v. 1, p. 61-77, jul./out. 1994.
- 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*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, mai./ago. 2001.
- ARAUJO, A. M. S. *Oficinas Itinerantes: uma ideia, um obstáculo, um movimento constituinte de subjetividades*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. 2011.
- ARBEX, D. *Holocausto Brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração, 2013.
- BARONE, A. C. C. *Team 10: arquitetura como crítica*. São Paulo: Fapesp, 2002.
- BARROS, J. D. A. F. et al. *O sentido de loucura para profissionais que integram pacientes psiquiátricos em oficinas artísticas*. Monografia (Graduação em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Paulista, Santos. 2009.
- BASAGLIA, F. *A Instituição Negada: relato de um Hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASTOS, F. F. L. *Trem de Doido: a história da loucura em Barbacena, resgate da memória e construção de uma nova identidade*. Juiz de Fora: FACOM, 2007.
- BATAILLE, G. (1936). Acephale 1. *Boletim de Pesquisa – NELIC*, Florianópolis, v. 8, n. 12/13, p. 230-235, 2008.
- BAZHUNI, N. F. N. *Acompanhamento Terapêutico como dispositivo psicanalítico de tratamento das psicoses na saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.
- BENELLI, S. J. Vigiar e punir no manicômio, na prisão e no seminário católico. *Psicologia*, UNESP, v. 1, 2002.
- BERMAN, M. *Tudo que é sólido desmancha no ar: aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- BIRMAN, J. Guerras Psi. *Cult*, São Paulo, n. 5, p. 37-41, jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Justiça; Ministério da Saúde. *Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento psiquiátrico*. Brasília, set. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Centro Cultural de Saúde. *Memória da Loucura*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios*. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório Final*. Brasília, dez. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Princípios orientadores para o desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem*. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004.

BURROUGHS, W. S. (1975). Os Limites do Controle. In: GENARO, E. (2014). Comentário e Tradução. Disponível em <maelstromlife.wordpress.com>. Acessado em 16 de jun. 2015.

CALDEIRA, D. A loucura não existe: a loucura está em todos os lugares... *Em cômodos*, Uberlândia, n. 5, p. 8-11, jul./ago./set. 2007.

CALEIRO, R. C. L.; CELESTINO, K. T. (2010). As Veredas da Loucura no Sertão das Gerais. Disponível em <arquivoestado.sp.gov.br/historica/index>. Acesso em 08 de jun. 2015.

CALIPO, P. C. B. *Estudo descritivo do sistema de Saúde Mental do município de Santos no contexto da reforma da Assistência psiquiátrica e do sistema único de saúde brasileiro*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos, Santos. 2008.

CARVALHO, M. Filosofia e Poética do espaço arquitetônico: incursões no campo da Saúde Mental. *PROARQ 3*, Rio de Janeiro, nov. 1997.

CARVALHO, R. C. M.; REILY, L. Arte e Psiquiatria: um diálogo com artistas plásticos no Hospital Psiquiátrico de Juqueri. *ArtCultura*, Uberlândia, v. 12, n. 21, p. 165-180, jul./dez. 2010.

CLARK, L. Da supressão do objeto (anotações). *Navilouca*, Rio de Janeiro, 1975.

CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. *Dicionário de símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números*. José Olympio, 2002.

COELHO, V. O. P. O Nietzsche de Georges Bataille e o problema ("paradoxo") da soberania. *Litteris*, n. 8, set. 2011.

CORBUSIER, L. *Por uma arquitetura*. Perspectiva, 1981.

CUNHA, M. C. P. *O Espelho do Mundo: Juquery, a História de um Asilo*. Paz e Terra, 1988.

DEBORD, G. (1958). Teoria da Deriva. In: JACQUES, P. (Org.). *Apologia da Deriva: escritos situacionistas sobre a cidade*. Rio de Janeiro, Casa da Palavra, 2003.

DERRIDA, J (1986). Uma arquitetura onde o desejo pode morar (1986) – Entrevista de Jacques Derrida a Eva Meyer. In: NESBITT, K. (Org.). *Uma nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica 1965-1995*. São Paulo, Cosac Naify, 2010.

FERRAZ, M. H. C. T. *Arte e Loucura: Limites do Imprevisível*. São Paulo, Lemos, 1998.

FERREIRA, A. A. L.; PADILHA, K. L.; STAROSKY, M. A questão da liberdade nos processos de Reforma Psiquiátrica italiana: entre a resistência e os modos de governo liberal. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 4, n. 10, p. 12-29, 2012.

FONSECA, M. A. A época da norma. *Cult*, São Paulo, n. 5, p. 31-34, jan. 2015.

FONTES, M. P. Z. *Imagens da Arquitetura da Saúde Mental: Um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira*. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2003.

FOUCAULT, M. Espaço e Poder: entrevista de Michel Foucault a Paul Rabinow. *Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional*, n. 23, p. 139-145, 1994.

_____. *História da Loucura: na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2010.

_____. *Microfísica do Poder*. Graal, 1990.

_____. *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1977.

FRANÇOIA, C. R. Ensaio sobre a loucura. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 23, n. 43 p. 45-51, out./dez. 2005.

FREITAS, A. P. (2008). A Clínica ampliada no fazer profissional: em que ponto estamos? Disponível em <trilhasat.com.br>. Acesso em 30 de jun. 2015.

_____. (2002). Quem são nossos acompanhados? Como fazemos AT? Acompanhamentos terapêuticos realizados pela Equipe Trilhas entre Julho de 1995 e Julho de 2002. Disponível em <trilhasat.com.br>. Acesso em 30 de jun. 2015.

GIEDIION, S. *Espaço, Tempo e Arquitetura: o desenvolvimento de uma nova tradição*. Martins Fontes, 2004.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GRANIER, J. *Nietzsche*. Porto Alegre: L&PM, 2011.

GULLAR, F. (2009). "Ninguém aguenta uma pessoa delirante dentro de casa". *Época*. Disponível em <revistaepoca.globo.com>. Acesso em 23 de jun. 2015.

_____ (2009). Uma lei errada. *Folha de São Paulo*. Disponível em <www1.folha.uol.com.br>. Acesso em 23 de jun. 2015.

GULJOR, A. P. F. *Os Centro de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em Saúde Mental*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

HAWKING, S; MLODINOW, L. *Uma nova história do tempo*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007.

HADDOCK-LOBO, R. História da Loucura de Michel Foucault como uma "História do Outro". *Veritas*, Porto Alegre, v. 53, n. 2, p. 51-72, abr./jun. 2008.

HUCHET, S. Intenções Espaciais: a plástica exponencial da arte (1900-2000). *C/Arte*, 2012.

HUIZINGA, J. *Homo Ludens*. Perspectiva, 1996.

JACQUES, P. (Org.). *Apologia da Deriva: escritos situacionistas sobre a cidade*. Rio de Janeiro, Casa da Palavra, 2003.

_____ (2003). Breve histórico da Internacional Situacionista – IS. Disponível em <vitruvius.com.br>. Acesso em 23 de set. 2014.

JACQUES, P. B.; JEUDY, H. P. (Org.). *Corpos e Cenários Urbanos: territórios urbanos e políticas culturais*. Salvador: EDUFBA, 2006.

KINOSHITA, R. T. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

KRAMER, H; SPRENGER, J. (1484). *O Martelo das Feiticeiras (Malleus Maleficarium)*. Trad. Sob a direção de Paulo Fróes. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2010.

LIMA, E. M. F. A.; PELBART, P. P. (2007). Arte, Clínica e Loucura: um território em mutação. Disponível em <scielo.br>. Acesso em 23 de set. 2014.

MARCONES, L. M. T.; PROENÇA, S. D. *A contribuição do Projeto TAMTAM no processo de desinstitucionalização dos pacientes da Casa de Saúde Anchieta*. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Católica de Santos, Santos. 2006.

MATOS, P. (2004). *Na Santos de Telma, a vitória dos Mentaleiros: Anchieta, 15 anos (1989-2004), a quarta revolução mundial da psiquiatria*. Disponível em <novomilenio.inf.br>. Acesso em 30 de jun. 2015.

MAXIMIANO, E. et al. *De perto ninguém é normal, nem de longe: associação projeto TAMTAM*. Monografia (Graduação em Comunicação Social) – Escola Superior de Administração, Marketing e Comunicação de Santos, Santos. 2010.

MONTANER, J. M. *A modernidade superada: ensaios sobre arquitetura contemporânea*. São Paulo: Gustavo Gili, 2013.

_____. *As formas do século XX*. Gustavo Gili, 2002.

MORAES, E. R. *O corpo impossível*. FAPESP, 2002.

_____. O Jardim Secreto: notas sobre Bataille e Foucault. *Tempo Social*, n. 7, p. 21-29, out. 1995.

MOUTA, A. C. L. Mídia Radical em Cena: o teatro do Grupo Orgone e o reflexo no público. In: CENTRO DE ESTUDOS LATINO-AMERICANOS SOBRE CULTURA E COMUNICAÇÃO DA ESCOLA DE COMUNICAÇÕES E ARTES DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2011, São Paulo. *Anais...* Curso de Especialização em Mídia, Informação e Cultura, 2011.

MUCHAIL, S. T. Um filósofo que pratica histórias. *Cult*, São Paulo, n. 5, p. 6-8, jan. 2015.

NEGRI, A. Meu Foucault. *Cult*, São Paulo, n. 5, p. 42-47, jan. 2015.

NESBITT, K. (Org.). *Uma nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica 1965-1995*. São Paulo, Cosac Naify, 2010.

NIETZSCHE, F. *Além do bem e do mal: prelúdio a uma filosofia do futuro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

_____. *Assim Falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*. Martin Claret, 1999.

_____. *Aurora: meditación sobre los prejuicios morales*. José J. de Olañeta, 1977.

_____. *Crepúsculo dos Ídolos: ou como se filosofa com o martelo*. Porto Alegre: L&PM, 2010.

_____. *O nascimento da tragédia: ou helenismo e pessimismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

NOGUEIRA, M. A. M. *Saúde Mental e Arquitetura: um estudo sobre o espaço e sua inserção no processo terapêutico*. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2001.

O LIVRO DA FILOSOFIA. Trad. sob a direção de Rosemarie Ziegelmaier. São Paulo, Globo, 2011.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez. 2005.

OITICICA, H. Éden: Londres, 1969. *Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional*, n. 23, 1994.

OLIVEIRA, J. C. *A periculosidade como justificativa para aplicação da medida de segurança*. Artigo (Graduação em Direito) – PUC Rio Grande do Sul.

OLIVEIRA, W. V. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 18, mar. 2011.

_____. *Da assistência à prevenção: discursos, saberes e práticas psiquiátricas no Brasil*. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. 2009.

PADOVANO, B. R. (2012). A lógica na arquitetura. Disponível em <vitruvius.com.br>. Acesso em 01 de jun. 2015.

PAULO, M. R. D. R. *Gestão de Organizações do 3º Setor*. Relatório de Estágio Supervisionado (Graduação em Administração) – Faculdade Interativa COC, Santos. 2009.

PELBART, P. P. *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: Loucura e Desrazão*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____. Fala dos confins. *Cult*, São Paulo, n. 5, p. 27-30, jan. 2015.

PEREIRA, J. F. *O que é loucura?* Brasiliense, 1985.

PEREIRA NETO, A. F. Foucault, Derrida e a História da Loucura: notas sobre uma polêmica. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1998.

PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro, 1994.

_____. *O século dos manicômios*. São Paulo, 34, 1996.

_____. *Os nomes da loucura*. São Paulo, 34, 1999.

PLATÃO. *Timeu-Crítias*. Trad. sob a direção de Rodolfo Lopes. Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2011.

PONTE, C. F. *Médicos, Psicanalistas e Loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1999.

PORTO, M. Quando a Saúde é Pública. In: PRÉ-CONGRESSO INTERNACIONAL DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO, 2006, Uberlândia. *Anais...* III Encontro sobre Acompanhamento Terapêutico de Uberlândia e Região: singularidade, multiplicidade e ações de cidadania, 2006.

RAMOS, A. M. L. *Saúde Mental, Cidadania e Sistemas Locais: a experiência de Santos*. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. 1996.

RAMOS, F. A. C.; GEREMIAS, L. Instituto Philippe Pinel: origens históricas. Disponível em <www.sms.rio.rj.gov.br>. Acesso em 20 de nov. 2014.

ROTELLI, F. A instituição inventada. Disponível em <www.oriundi.net>. Acesso em 21 de nov. 2013.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria*

sem Hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Relume Dumará, 1992.

ERASMO DE ROTERDÃ (1511). *Elogio da Loucura (Éloge de la Folie)*. Trad. Sob a direção de Paulo M. Oliveira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

RUIZ, V. S. et al. François Tosquelles: sua história no campo da Reforma Psiquiátrica / Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 855-877, 2013.

SAFATLE, V. O dia em que Foucault se fez. *Cult*, São Paulo, n. 5, p. 48-49, jan. 2015.

SALVATIERRA, A. J. R. *La arquitectura después de Nietzsche: la nueva espacialidad em las formas arquitectónicas*. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidad de Málaga, Málaga. 2012.

SARA, C. (Org.). *Orgone Grupo de Arte*. Santos: Vice Rei, 2012.

SARTORI, L. Alguns apontamentos sobre as Relações de Poder e Controle nas Instituições Psiquiátricas. *Mediações*, Londrina, v. 11, n. 2, p. 175-186, jun./dez. 2006.

SEVERO, C. G. Sobre o discurso Anti-manicomial. *Querubim*, v. 1, n. 2, 2006.

SILVA, L. F. C. (2010). Sobre a inutilidade e a desnecessidade da arquitetura. Disponível em <vitruvius.com.br>. Acesso 01 de jun. 2015.

SILVA, K. P. (2001). A ideia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII – parte 1/6. Disponível em <vitruvius.com.br>. Acesso em 28 de mai. 2015.

SILVA, M. V. (2004). Detritos da civilização: eugenia e as cidades no Brasil. Disponível em <vitruvius.com.br>. Acesso em 27 de mai. 2015.

SILVEIRA, N. *O Mundo das Imagens*. Ática, 2001.

SUBIRATS, E. *A existência sitiada*. São Paulo: Romano Guerra, 2010.

TADEU, T. (Org.). *O Panóptico*: Jeremy Bentham. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

TAVOLARO, D. *A Casa do Delírio*: Reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. São Paulo: SENAC, 2002.

TICLI, K. K. *As instituições totais e a cidade do século XX*: uma análise da arquitetura disciplinar na cidade Ribeirão Preto. Artigo (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Departamento de Arquitetura, Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos. 2013.

_____. *Com quantos loucos se faz uma cidade?* Monografia (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Instituto Moura Lacerda, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Ribeirão Preto. 1995.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 6, p. 73-85, 2001.

TSCHUMI, B. Arquitetura e Limites I. In: NESBITT, K. (Org.). *Uma nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica 1965-1995*. São Paulo, Cosac Naify, 2010.

_____ Arquitetura e Limites II. In: NESBITT, K. (Org.). *Uma nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica 1965-1995*. São Paulo, Cosac Naify, 2010.

_____ Arquitetura e Limites III. In: NESBITT, K. (Org.). *Uma nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica 1965-1995*. São Paulo, Cosac Naify, 2010.

_____ O prazer da arquitetura. In: NESBITT, K. (Org.). *Uma nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica 1965-1995*. São Paulo, Cosac Naify, 2010.

TRISTÃO, A. *Centro de Atenção Psicossocial*. Monografia (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. 2008.

VIECELI, A. P. *Lugares da Loucura: arquitetura e cidade no encontro com a diferença*. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2014.

VIEIRA, P. P. Reflexões sobre a História da Loucura de Michel Foucault. *Aulas*, n. 3, dez. 2006/mar. 2007.

ANEXOS

ANEXO 01- Entrevista com Lígia Tritto

[A conversa acontece na sala da casa de Lígia. Participam, além de mim, Maria Elisabete Bordignon – enfermeira, professora e funcionária da Rede de Saúde Mental e do CAPS de São Joaquim da Barra, interior do estado de São Paulo – e Lígia Estela Tritto – enfermeira aposentada que trabalhou em um Hospital Psiquiátrico na cidade de Mococa, interior do estado de São Paulo. Começo explicando brevemente a Lígia, minha trajetória na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo e Design (FAUeD – UFU), minha experiência do TFG (Trabalho Final de Graduação), e descrevo a ela a estruturação de minha dissertação de mestrado pelo Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo (PPGAU)]

L: Lígia Tritto

G: Gabriel Bordignon

ME: Maria Elisabete Bordignon

L: Fala, garoto.

G: A gente conversou faz uns três anos, né? Que eu fui lá no Ambulatório. Eu estava fazendo meu TCC.

L: Agora você está fazendo pós-graduação?

G: Sim, agora é 'pós'; dissertação de mestrado. E é o mesmo tema: arquitetura com saúde mental; misturando.

L: Legal; se é o que você gosta; está certo, vá em frente.

G: Aí, no mestrado, agora, eu estudo mesmo a trajetória do que foram esses lugares da loucura.

L: É, eu já tenho um pouco de história para contar. Eu fiz, no ano passado, 74 [anos]; em 2014 eu fiz 40 anos de formada.

G: Formada em enfermagem?

L: Em enfermagem com especialização em Saúde Mental.

G: Você trabalhou desde o início da carreira em saúde mental?

L: Não. Eu trabalhei em saúde mental, aí eu me decepcionei. Parei, aí eu fui para o Hospital das Clínicas [em Ribeirão Preto], depois eu fui para o asilo, depois eu fui para o hospital geral, fui para um monte de lugares. Aí abriu concurso em São Joaquim, eu fui prestar o concurso sem saber que era para Saúde Mental. Quando eu já estava aprovada no concurso; que me chamaram para trabalhar é que falaram: "Você vai trabalhar na Saúde Mental". Foi coincidência ou sorte, não sei. Aí lá eu fiquei 23 anos, em São Joaquim.

G: Então o início da sua carreira foi em Saúde Mental?

L: Foi em Saúde Mental, foi em Mococa. Meu primeiro emprego foi em Mococa.

G: Você chegou a me contar umas histórias; e era sobre isso mesmo que a gente queria falar. Como foi a sua experiência em Mococa; porque você se decepcionou...

L: Porque era INPS [Instituto Nacional de Previdência Social] naquela época. Não existia SUS igual hoje. Ou os pacientes eram do INPS ou eram... Mendigos? Não lembro a palavra, daqui a pouco eu lembro. Então tinha esses dois tipos de pacientes; e o hospital onde eu fui trabalhar era um hospital do INPS. Então só entrava lá quem trabalhava, tinha carteira assinada; então tinha o direito o INPS.

G: Então era um hospital privado?

L: Privado. Tinha um dono. Ai, o que acontecia? Do INPS tinha uma diária para o paciente. Quanto mais o hospital fosse melhor classificado, maior era a diária. Só que aquilo era uma 'fajutice' eterna.

Era assim: um dia foi a inspeção do INPS para classificar o hospital. Para você ter uma ideia, perguntaram para mim: "Você tem sala de enfermeira?"; quando eu fui falar que não, uma outra pessoa passou na minha frente e falou: "Tem". Nunca tinha tido! Tinha uma sala lá escrito enfermagem na porta, só que no dia seguinte não tinha mais. Eu não sei como. Perguntaram assim: "Vocês têm ambulância para transportar os pacientes?"; "Temos". Sabe o que tinha? Uma Perua Kombi verde. Eu lembro como se fosse hoje. Eu não sei o que eles aprontaram. Transformaram a Kombi em uma ambulância. No dia seguinte a ambulância voltou a ser a Kombi verde. Porque eles buscavam os pacientes em São Paulo. Eles iam em uma tal de Rua Prates – nunca esqueci o nome – que eu não sei onde é; que os pacientes iam lá, eles passavam pelo médico, o médico indicava a internação; eles enchiam a Perua Kombi e traziam os pacientes para Mococa. Depois, quando tinha alta; davam aquele monte de altas, levavam os pacientes para São Paulo de Kombi...

ME: Então eram pacientes de São Paulo?

L: Eram, eles moravam em São Paulo.

G: E Mococa é muito longe de São Paulo?

L: É bem longe, não é tão perto.

ME: É mais perto de Ribeirão [Preto].

L: Sim, é mais perto daqui. Mas era assim: o prédio do hospital, antes era um convento, que foi transformado em hospital. Então ele tinha o térreo, que era a ala masculina dos agudos; quando eles chegavam, que chegavam bem 'doidões', era para lá que eles iam. Depois tinham as escadas dos lados, aí tinha o primeiro andar: um lado era a ala feminina, do outro lado era a clínica. Pacientes que tinham problemas clínicos ficavam nesse lugar. Depois tinha o segundo andar, que nesse ficavam os pacientes que já estavam bem; perto da alta, estavam melhores.

Ai, no dia da visita do INPS eles perguntaram assim: "Todas as camas têm um criado mudo?", "Têm". Aí eles foram no térreo; tinha, em cada cama, um criado mudo. Enquanto o pessoal do INPS subiu pela escada do lado de cá, os criados mudos subiram pelo lado de lá. Então eles passaram no primeiro, tinha criado mudo. Quando eles passaram no segundo, tinha também. Só que se eles voltassem no térreo, não tinha mais.

Tinha uma piscina onde só os médicos nadavam. No dia dessa visita você via os pacientes nadando.

No hospital eu nunca tinha visto, fazia quase um ano que eu trabalhava lá; fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, nutricionista. Nesse dia tinha todos esses profissionais. Tinha todos. Psicóloga tinha de verdade, e eu de enfermeira.

ME: Era só você de enfermeira?

L: Só eu de enfermeira, e o resto era atendente de enfermagem.

G: E tinham médicos que ficavam lá fixos?

L: Tinha. Os médicos eram que atendiam todo dia, que iam sempre. Os médicos eram nordestinos. Dr. Tagibe, dr. Lúcio, dr. Joaquim e eu não lembro o nome do outro. Mas era desse jeito. Era aquela coisa, você via. Quando eu entrei lá, tinha aquele aparelho para esterilizar o material, a estufa. E, naquela época, não existia seringa descartável; era a seringa de vidro e a agulha de metal. Tinha muitos pacientes que tomavam, por causa de bebida, glicose; então eles enchiam a seringa de glicose e punham uma agulha. Aplicava com ela. Ai, tirava a agulha, enchia a seringa de glicose, punha outra agulha e aplicava em outra pessoa.

ME: Usavam a mesma seringa?

L: A mesma seringa, sem lavar, sem nada. Depois no fim do dia diziam que lavavam 'bem lavadinho'.

G: Pelo menos não era a mesma agulha...

L: Não, trocava a agulha; mas que depois também só era lavada. Ai eu perguntei para eles assim: "Mas por que vocês não usam a estufa?"; "Ora, mas se sujar a estufa onde nós vamos assar pizza de noite?".

G: Sério?

L: No período da noite, no plantão noturno, eles assavam pizzas nas estufas. Ai eles não podiam esterilizar as seringas porque eles iam sujar a estufa depois como eles iam assar pizza?

Lá entrava bebida alcoólica, você via muito paciente internado alcoolizado.

ME: Mas quem levava?

L: Não sei. Eu nunca consegui descobrir. Para você ter uma ideia, o hospital com todo esse fingimento, essa 'porcaria' toda; quando saiu a classificação do INPS, ele foi classificado no nível mais alto! Era a diária mais alta do paciente. Só que era tudo de 'mentirinha'.

G: O INPS dava um valor de acordo com quantos pacientes tivesse no hospital?

L: Não, de acordo com a classificação. Por exemplo: cada paciente recebia de diária, por exemplo, 100 reais. Se o hospital fosse classificação 'A', você recebia 100 reais. Se o hospital fosse classificação B, você recebia 80, só. Cada paciente.

ME: E como era feita essa classificação?

L: Era esse pessoal que ia fazer a vistoria que classificava.

ME: Então era de acordo com o espaço, com o que tinha...

L: Sim, então, por exemplo: tem fisioterapeuta? É um ponto. Tem farmacêutico? Contava um ponto. Tem terapeuta ocupacional? Contava ponto. Tem psicóloga? Contava ponto. Tem nutricionista? Contava ponto. Só que desses, tinha psicóloga e enfermeira, o resto não tinha. Era tudo 'fajutice'. Inclusive no dia; eu não sei como eles arrumavam. Vocês precisavam ver o tanto de material que apareceu lá; uma mulher ensinando os pacientes a trabalhar como se tivesse terapia ocupacional.

ME: Então, isso que eu queria te perguntar. Tinha essas recreações? Essas atividades?

L: Era muito pouco. Tinha uma mulher lá que dava uns bordados, umas coisas... Mas bem rude, bem baixo nível.

Tinha uma salinha que os pacientes entravam – eu me lembro direitinho – entrou uma mulher lá que parecia uma guarda-roupas; ela ficou agressiva lá dentro. Tinha uma portinha muito pequena para tirar todo mundo de lá de dentro correndo; para a mulher não agredir. Que aperto!

O dono do hospital, para você ter uma ideia, ele era um alcoólatra. Eu vi ele pelado dançando de índio em volta da mesa. Em volta da mesa, na sala dele, pelado. 'Bebinho'; isso era o dono do hospital.

Os médicos – eu não tinha muita experiência na vida, ainda, não tinha muita prática – mas os médicos até que eram mais responsáveis, sabe. Realmente conversavam com os pacientes; realmente tomavam conta do paciente; ficavam preocupados com a medicação. Mas a medicação, por exemplo, era assim: um paciente dava medicação para os outros.

Eu fiz estágio em um hospital em Catanduva. Eles pegaram o paciente e puseram na 'rotunda', que era aquele quartinho que é sem janela, sem nada, só com uma porta. Ai os funcionários que puseram o paciente na rotunda esqueceram de passar no plantão. E o cara que o tinha colocado, saiu de férias. Quando foram dar falta do paciente, o paciente estava morto dentro da 'rotunda'.

G: Esse tipo de coisa, mesmo em Mococa quanto em Catanduva, você acha que eram casos isolados ou isso era geral aqui no estado de São Paulo, no Brasil? Era comum?

L: Eu acredito que era geral. Eles colocavam os pacientes no pátio, ligavam a mangueira e faziam assim: molhavam você e te davam um sabonete. Enquanto você se passava o sabonete eles molhavam o seguinte. Enquanto o seguinte passava o sabonete eu enxaguava você emolhava o terceiro. O banho era de mangueira. No frio, no calor... Era tudo no pátio, pelado, tudo junto, entendeu? Tudo assim. Era uma coisa que dava dó.

E tinha muita enganação, ainda. Porque era assim: existia internação de paciente que, às vezes, não precisava internar.

G: Eu ia te perguntar isso agora. A maioria eram casos psiquiátricos ou também tinham outros casos?

L: Tinham os casos psiquiátricos, sim. Mas tinham muitos alcoólatras... Na época não tinham muitos drogados. Drogas, na época, ainda não tinha, não. Mas alcoólatras tinha muitos!

E tinham casos, por exemplo, no Santa Tereza em Ribeirão, teve uma mulher que virou moradora do hospital porque ela era surda-muda. Eles internaram ela no hospital psiquiátrico porque ela era surda-muda. E ela morreu dentro do Hospital Santa Tereza.

E tinham muitos casos de pacientes que viravam moradores do hospital por quê? A família saía, por exemplo, de Orlândia, ia lá, chegava lá na porta e falavam: "Vou te internar". E qual era a reação? A pessoa gritava: "Não! Não precisa me internar, eu estou boa, eu não sou louca!". Ai, pronto: "Ela está agitada, põe para dentro". Ai o que a família fazia? Voltavam para Orlândia e mudavam de Orlândia para Sales. Ai ninguém achava mais a família para dar alta para o paciente. Ficava um morador do hospital. Tinham muitos moradores. Muitos! Que eram abandonados pela família. E muitos casos de internação porque às vezes tinha pensão, ou tinha alguma coisa de dinheiro, aí a família internava para ficar com o dinheiro da pessoa. Isso tinha muito, também.

G: Isso foi na década de 80?

L: 70. Eu formei em 74. 75 que eu trabalhei em Mococa. Os outros hospitais que eu fiz estágio antes. Porque quando eu fiz a especialização, a minha professora estava fazendo mestrado; então ela pôs a gente para fazer estágio em vários hospitais, em vários lugares, em várias cidades. Mas era mais ou menos tudo no mesmo nível que eu estou te falando. Aí eu fui trabalhar no de Mococa. E o de Mococa foi esse horror.

G: Você ficou pouco tempo lá?

L: Nove meses. Eu fiquei lá até ter a inspeção do INPS. Quando passou a inspeção do INPS eu pedi as contas.

O dono do hospital, no dia da inspeção do INPS, quando ele viu a classificação; a classificação foi tão boa que ele deu um jantar para todos os funcionários. Nós fomos todos jantar em um restaurante lá em Mococa.

G: Ele ia ganhar muito dinheiro...

L: Oras, para ele dar um jantar para todos os funcionários, do jeito que ele deu? É porque estava valendo a pena, né?

G: O hospital era superlotado?

L: Sempre. Sempre lotado. Porque eles iam buscar pacientes em São Paulo. Buscavam de Perua. Por exemplo, eles davam alta para dez; levavam e já voltavam com a Kombi cheia. No dia que voltava a Kombi os médicos ficavam de plantão mais tempo. Porque, geralmente, eles chegavam tipo 17:30h, 18:00h;

chegava a tal da Perua. Aí desciam dez pacientes e tinha que fazer a internação de dez pacientes; então os médicos ficavam lá.

G: Tem todo um processo burocrático, né?

L: Tem, aí eles atendiam. Eles realmente atendiam, receitavam medicação e tudo; para o pessoal ir para os quartos.

G: Você teve contato com algum tipo de tratamento violento? Eletrochoque, camisa de força...

L: Eletrochoque eu tive muito.

G: Era comum?

L: Era comum e era assim: o eletrochoque, na verdade, ele deveria ser prescrito pelo médico. Esse é o certo. Você dá um tranquilizante para o paciente e o médico faz o eletrochoque. Esse era o correto. O que acontecia? "Você está me enchendo o saco! Eu vou te dar choque!"; era um castigo, o eletrochoque, não um tratamento; e quem fazia eram os funcionários, mesmo; os atendentes de enfermagem. Eles punham o paciente lá e faziam.

G: Sem controle nenhum?

L: Sem controle nenhum, sem nada! Aí os pacientes tinham uma baita dor de cabeça depois.

Tinha uma paciente aqui em São Joaquim, eu acho que agora ela morreu. Ela chegava no ambulatório e dava dó. Ela ficou muito tempo internada no Santa Tereza. Ela chegava no ambulatório assim: "Vocês não vão me dar choque? Não me dá choque não?"; isso era quando eu trabalhava já no Ambulatório de Saúde Mental em São Joaquim. Ela tinha saído do hospital e ela chegava no ambulatório desse jeito. Faz pouco tempo que ela faleceu. Ela chamava R*. O irmão dela é idoso e a irmã dela é idosa, os dois são idosos. Eram quem sempre iam buscar a medicação dela. Mas você precisa ver, quando ela ia lá, que judiação. Tinham muitos pacientes que falavam que tomavam muitos choques.

Tem, na história da psiquiatria, só que eu não cheguei a ver; eu cheguei a ver um paciente só. Que tinha uma cirurgia que chamava lobotomia; que quando o paciente era muito agitado e que nada fazia efeito, eles abriam o cérebro do paciente, faziam uma lobotomia, que era um corte no cérebro; e o paciente ficava com aquela vida quase que vegetativa. Eu vi um paciente que teve essa cirurgia; nunca vi fazer, nunca vi antes da cirurgia, isso eu nunca vi. Vi um paciente depois de ter feito a cirurgia.

G: E ele era vegetativo?

L: Se você der comida, come; se você não der, não come... Faz xixi na calça.

ME: Não é alegre, não é triste...

L: É assim, não tem sentimento. Fica aquela coisa assim: morto-vivo. Uma coisa triste, horrorosa.

Mas era isso aí. A psiquiatria era isso aí. E era muito grande. E era muito lucrativo. Em Ribeirão tinha o Santa Tereza, que era do estado; agora particular tinha o Esquirol, o São Vicente... Tinha acho que uns três hospitais particulares lá; e o Santa Tereza que era do estado, que ainda tem.

Hoje em dia você não vê mais hospital particular, porque não é mais lucrativo, igual era. Era muito lucrativo.

Em Santa Rita... Que tinha um hospital que a cidade praticamente vivia em torno do hospital. Porque era assim: o hospital era muito grande, grande parte da população trabalhava no hospital, e o resto da população trabalhava assim, por exemplo: tinha uma padaria que eram os funcionários do hospital que iam comprar na padaria; tinha uma loja de tecidos, tinha uma sapataria; mas que tudo funcionava em um contexto em volta do hospital, porque tinha a freguesia dos que trabalhavam no hospital.

G: É aqui na região?

L: Era. Era uma cidade pequena com um hospital muito grande. Muito grande. Inclusive dentro do hospital; os alimentos que eram consumidos dentro do hospital eram fabricados lá dentro mesmo. Tinha um monte de coisa que o próprio hospital fazia. Porque era muito grande, tinham muitos funcionários, também. E ele era do estado, também.

G: Esses hospitais do estado também tinham essa coisa do INPS?

L: Não, do estado era só... Pronto, lembrei o nome: indigentes! Os que eram INPS e os indigentes. Agora tem alguns hospitais que tem convênio com a UNIMED; agora não me pergunte, porque eu não tenho mais convivência, se esses pacientes da UNIMED tem um tratamento melhor. Porque, por exemplo, os nossos pacientes que vão para Franca, eles não são bem tratados.

G: Mesmo? Do Alan Kardec?

ME: Eles têm uma outra visão, mas mesmo assim...

L: A gente ouve, eles contam para a gente. Eles ficam amarrados na cama, sabe? De uma maneira que machuca. Tem uma paciente que vinha cheia de queimados de cigarro.

ME: Até agora, até uns dias atrás tinham pacientes reclamando. Parece que a família ia entrar com uma ação...

L: tem aquela menina, que gosta de ficar no hospital, que agora nem ela está querendo ficar... G*.

G: Achei que não existisse mais isso, não. Eles ainda apanham?

L: Existe. Tem maus tratos.

ME: Dos funcionários.

L: Porque, na realidade, não tem enfermeiras em quantidade para girar tudo aquilo. Eu tenho a impressão que devem ter poucas enfermeiras para poucos técnicos de enfermagem.

G: O Alan Kardec é particular, também?

L: Não, é do estado.

G: E eles têm aquela coisa do tratamento espírita, também? Ou isso já não existe mais?

ME: Eles são mantidos, né? Por alguma comunidade espírita, né? Mas não é só isso.

G: É que em Uberaba tem um que é hospital espírita. Então o tratamento é terapia, medicação e também mediúnico.

L: Então, eu não sei, em Franca, se ainda tem. Tinha.

ME: Na época que eu fazia estágio lá. Uns dois anos atrás. Tinha o tratamento espiritual toda tarde. Eles dão o passe, a água fluidificada e o evangelho. Toda tarde.

L: Então, deve ter inda, né? Porque dizem que tem muito a ver, né? A doença mental com o problema espiritual. Agora... Eu falo que se Jesus Cristo viesse na terra, eu daria Haldol para ele. "Ele ia falar que ia fazer milagres, eu daria Haldol!"...

Mas pergunte mais, que eu gosto.

G: Existia um sentido de disciplina lá dentro. No sentido de: tal hora todo mundo acorda, tal hora todo mundo come, tal hora todo mundo dorme...

L: Tinha, sim. Por exemplo, dá a medicação da noite, tipo 20:00h; dá a medicação e todo mundo vai dormir. Ai a da manhã, vai ser na hora do café da manhã. Vamos supor: o café da manhã é das 7:00h às 8:00h; aí você já vai dar o remédio da manhã com o café da manhã. Ou depois do café da manhã, entendeu? Então tem horário de almoço, tem horário da janta; às vezes tem algum lanche à tarde... Não é todo hospital que tem, mas alguns até têm. Tipo um chá da tarde. Geralmente é só um chá com um pedacinho de pão, alguma coisa assim. Nada sofisticado, nada elaborado. E tem muito pouco café, eles não dão café, eles dão chá. Acho que por causa do preço. O chá é mais barato.

G: Entendi. E nesses horários entre refeições e medicações, eles não faziam nada?

L: Então, em muitos lugares até tinha uma terapeuta ocupacional; que fingia ser terapia ocupacional... Às vezes tinha um campinho onde os pacientes iam lá jogar, mas iam sozinhos, sem supervisão. Em Mococa mesmo tinha um campinho. Tinha a tal da piscina, mas na piscina eles não podiam entrar. Piscina era só dos médicos mesmo. Então eles jogavam no campinho.

E eles ficam muito no pátio. Inclusive, tinha um paciente que eu vi que tinha uma ferida, e as moscas sentaram e deram aquelas larvas. Você precisa ver. O paciente ficava no pátio, deitado no banco dormindo; e saiu uma ferida... Os mosquitos sentaram, as moscas... Gente, quando pegaram aquilo, dava dó de ver aqueles bichos saindo do ferimento.

Então eram muito mal cuidados, realmente. Principalmente os que são os agudos, os que estão chegando, que estão ruins, que não sabem nada, não entendem nada, estão completamente fora do ar; aqueles que são os mais judiados, os mais mal tratados; os eu ninguém liga... Depois quando eles vão melhorando... Por exemplo, lá em Mococa, quando iam para o segundo andar, o lugar onde eles estavam mais perto da alta, então lá era um pouco mais bem cuidados. Mas eram mais bem cuidados por quê? Porque eles próprios se cuidavam. Eles estando melhor, eles tomavam banho sozinhos...

G: Eles vão se adaptando, né? Para poder sofrer menos.

L: Justamente. Tanto que, os pacientes contavam para a gente: os alcoólatras que tinham cinco anos de internação, eles aposentavam. Então o que acontecia? Tinham muitos alcoólatras que sabiam os hospitais, onde eles ficavam bem, onde eles eram bem cuidados... Mococa era um, por quê? Porque eles chegavam e não iam para o térreo, eles iam direto para o segundo andar... Então Mococa era um lugar que eles gostavam de ficar. E eles ficavam lá, por quê? Para fazer os cinco anos, para aposentar. Porque depois disso, aposentou, acabou, nunca mais. Sarou.

Ficavam cinco anos: sai do hospital e entra, sai e entra, sai e entra... Aposentava! Ai, aposentou, acabou. Só que eles escolhiam os hospitais. Eles não iam para qualquer hospital. Hospital que a comida era ruim eles não iam.

ME: Eles eram só alcoólatras, não tinham outros transtornos.

L: Não, eram só alcoólatras.

ME: Então a aposentadoria vinha mais cedo.

L: Sim, eles queriam era aposentar. E lá eles também bebiam, eles não precisavam parar de beber. Então por isso que eles escolhiam os hospitais, porque lá eles bebiam, comiam, dormiam, ficavam tranquilos e aposentavam.

G: E a família não tinha que pagar para eles ficarem lá?

L: Não! O INPS que pagava.

G: Nossa! Que máquina de dinheiro isso.

L: Era! Eu não sei como funciona hoje. Mas era uma grande máquina de dinheiro.

G: Hoje já não existe mais isso.

L: Porque não existe mais internação pelo INPS, né? Porque no hospital geral também era assim. O paciente que tinha a carteira assinada internava pelo INPS. Os que não tinham trabalho, que não tinham carteira assinada, internavam como indigentes. Aqui no hospital era assim, também. Depois que foi criado o SUS. Ai todo mundo interna pelo SUS. E no SUS não paga tão bem como o INPS pagava...

ME: E teve a lei também, né Lígia?

G: Sim, a lei da reforma psiquiátrica.

L: Então, mas assim mesmo ainda tem muito para mudar.

G: Pois é. Você trabalhou no CAPS, também, né? Você viu como é, né?

L: Eu ia falar isso agora, você tirou da minha boca. Não é que não mudou. Piorou! Olha, gente, sinceramente, me perdoa, mas pelo que eu vou lá hoje, pelo que eu vejo... Eu sou muito mais o que era o ambulatório, acho que os pacientes eram muito mais bem tratados do que é hoje. Eles eram muito mais acolhidos, vamos dizer assim, do que hoje. Hoje eu estou vendo no CAPS, muita coisa muito parecida com Mococa. É muita enganação! A psicóloga faz que marca e não marca. Ela põe o nome de um paciente que não existe, porque chega aquele horário, o paciente não vai, ela vai embora mais cedo. Elas estão fazendo isso!

ME: Estamos tentando mudar depois que descobrimos isso. Porque tem uma coisa, agora já tem o ponto eletrônico. Agora você tem que cumprir o horário. Isso vai ter que acabar, mesmo.

L: Tem funcionário que você pode passar qualquer hora em frente a sala dele que não vai estar fazendo nada, vai estar mexendo no celular.

G: Mas não há CAPS que dê jeito em uma situação dessas, né? Porque os funcionários não são bem preparados...

L: Acho que as faculdades já não são as mesmas. Não estão mais formando profissionais competentes. Porque o que tem gente reclamando de médicos plantonistas que não sabem nada! Então, as coisas estão de uma maneira que eu não sei o que vai acontecer nesse país. As coisas estão mudando...

Eu tenho um orgulho de ter o nome profissional que eu tenho, sabe? Eu sempre trabalhei, sempre fiz por onde, de ter honra, de honrar meu nome, de honrar minha profissão, isso não existe mais. Eu queria que a enfermagem fosse uma profissão que mudasse aquela visão de 'profissão de puta', que não sei o que... Eu queria que fosse uma profissão séria, uma profissão elaborada...

ME: Mas não somos nós que vamos mudar, né Lígia?

L: Não. Eu trabalhei quarenta anos e não mudou nada. Então, paciência. Agora eu fico aqui nesse sofá.

ANEXO 02- Declaração de Caracas

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde,

Verificando,

1 Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;

2 Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:

- a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
- b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
- c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
- d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

Considerando,

1 Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;

2 Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;

3 Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

Declaram

1 Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário de Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

2 Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3 Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:

- a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
- b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;

c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4 Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:

- a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
- b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5 Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentem essa reestruturação;

6 Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que

Solicitam

Aos ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito de seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

Aprovada por aclamação pela Conferência, em sua última sessão de trabalhos no dia 14 de novembro de 1990.

ANEXO 03- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e o grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental;

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, à qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou se ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente ou supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º a internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10 Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11 Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12 O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO 04- Entrevista com o Grupo Trilhas AT

[A conversa acontece em uma das salas da clínica do Grupo Trilhas AT. Participam, além de mim, Ana Paula de Freitas, Denise Decarlos e Ana Paula Scagliarini – todas psicólogas, psicoterapeutas e acompanhantes terapêuticas do grupo. Começo retomando minha trajetória na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo e Design (FAUeD – UFU), minha experiência do TFG (Trabalho Final de Graduação), e explicando minha dissertação de mestrado pelo Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo (PPGAU – UFU). Estamos cada um em um sofá tomando café]

G: Gabriel Bordignon

APF: Ana Paula de Freitas

D: Denise Decarlos

APS: Ana Paula Scagliarini

G: Sei que não é tão fácil definir em poucas palavras, mas o que seria o Acompanhamento Terapêutico, em qual contexto ele surge e onde?

APF: O AT, primeira coisa, ele é uma prática clínica; uma prática de intervenção clínica alternativa à prática de psicoterapia convencional. Uma prática em que o acompanhado e o acompanhante circulam pelos diversos espaços urbanos. Não só urbanos, mas nos espaços domésticos também. Ele tem essa característica de circulação pela cidade com o objetivo de propor conexões diferentes com as diversas redes, relações sociais, pessoas...

G: A característica dele, então é estar sempre em movimento?

APF: Sim, a característica do AT é esse movimento no rumo de uma ampliação desse fazer clínico. Então ele se caracteriza pela ampliação e pelo movimento. Uns chamam de clínica do movimento, outros chamam de clínica dos espaços, clínica ambulante; esses adjetivos que caracterizam essa prática.

Então é uma intervenção, digamos assim, psicossocial; porque ela é psicológica, no sentido de trabalhar na intersubjetividade, na relação do acompanhado e acompanhante; e ela é social porque o AT é uma espécie de conector do sujeito que se encontra em isolamento social com as pessoas, com o seu meio, com o entorno. Normalmente você trabalha com pessoas que tem algum tipo de dificuldade de circulação, estando em isolamento social devido à doença mental.

D: Eu acho que tem um viés também, que é legal falar; que é da dupla, que é da relação que acaba se construindo; que talvez aí esse seja um olhar do campo das ciências humanas, do que se constrói no encontro das subjetividades. Porque quando se fala que ele é conector, ele é conector mesmo, mas o próprio movimento faz essa conexão, aí também tem isso da intimidade, do que é, talvez, cotidiano, da clínica do usual, do comum, que se repete na vida; então tem esse viés também que é legal.

APS: Você está falando da relação do vínculo que acontece na dupla para proporcionar esse movimento, né? Se não tem isso, o papel de conector do AT fica um pouco difícil...

D: Que é a função dele também, né? Porque, por exemplo, você pode sair com o cara, que está com dificuldades, na rua. A própria rua se encarrega de um tanto de coisa. Então pronto. Mas a sustentação dele estar lá, aí cabe ao vínculo. Por isso que estou falando que é do 'psi', que é do clínico.

APF: Não é uma saída por sair.

D: Não é um passeio qualquer.

APF: Esse movimento pressupõe uma ampliação. Você pode fazer uma clínica na casa sem necessariamente ter uma ampliação. Então você pode deixar a pessoa fechada.

G: Mesmo estando em movimento pela cidade?

APF: Mesmo com a clínica ambulante. Se você ainda carrega aquele rótulo do louco, do doente mental; dando um exemplo bem prático: eu posso sair com uma paciente minha, ir fazer uma compra, por exemplo, e não deixar que ela se aproprie desse espaço e fazer tudo por ela. Ou eu chegar para a pessoa e falar: "tadinha, deixa ela porque você sabe como que é, né?". É bem típico as pessoas fazerem isso. Esse é um jeito que eu estou saindo com a pessoa, colocando ela em movimento, mas eu carrego o manicômio com ela. "Ah ele é louco mesmo, dá um desconto"...

G: É interessante pensar isso, os muros continuam invisíveis por aí, né?

APF: Que tem a ver com a clínica do CAPS também. É um lugar de passagem mas ele fica muito formatado.

APS: Eu vou só pegar o gancho da origem, que você perguntou também da onde vem, que tem a ver com essa questão da luta antimanicomial mesmo, né. Então é mais ou menos da década de 60; o AT é uma crítica política às internações. Ele surge mais ou menos na década de 60, quando surgiram as comunidades terapêuticas que é uma alternativa ao manicômio. E dentro dessas comunidades terapêuticas começam a surgir alguns movimentos de relação com o social. Que são os enfermeiros que fazem geralmente essas saídas e depois com o que se chama de 'amigos qualificados'; que aí é o estudante de psicologia, de psiquiatria, de enfermagem, que estavam ali circulando e que começavam a sair com os pacientes. E, no começo, tem isso que é a grande questão, de ser uma oposição. O AT é uma alternativa à internação.

G: Então ele está inserido dentro de todo esse processo da luta antimanicomial?

APF: Ele nasce daí. Ele é carregado pelo processo de desinstitucionalização.

APS: E outra coisa é que eu acho que hoje a gente utiliza mais esses dispositivos, inclusive nos CAPS. Essa coisa do movimento, hoje, para mim é mais marcada por uma questão do que é antimanicomial, mas e aí? Você pode estar lá, mas inserido em uma instituição com a mesma lógica manicomial. Então hoje quando a gente

tenta fazer essa movimentação, a gente se utiliza disso, mas a ideia é realmente sair mesmo...

G: Aqui na clínica, vocês têm pacientes; ou acompanhados, não sei como é melhor dizer; que também são pacientes de CAPS ou que já foram internos de instituições psiquiátricas? Que chegaram a ficar algum tempo internados?

APF: Boa parte.

APS: Aí tem uma característica que é da própria questão da doença mental. Que é a patologia antagônica dessa história toda. É muito difícil você trabalhar uma rede de sustentação de outros profissionais. Então essa equipe multidisciplinar que é montada ela é fundamental. Então, mesmo que o paciente tenha saído de uma instituição e venha para o serviço, venha buscar o AT, a gente vai fazer essa ligação, essa ponte entre o psiquiatra, ou uma terapia ocupacional, ou uma arte-terapia; a gente vai buscar esses elementos que podem ser buscados ou não dentro das instituições que existem hoje. Pode ser o CAPS se for uma pessoa que precisa de serviço público ou ela pode ir para um serviço particular, né, privado. Não sei se isso fica claro.

G: Sim, fica claro. É tentar montar essa rede, né? Mas essa rede é só com instituições de tratamento, ou também com outros elementos comuns da cidade, com a família também?

APF: Sim, com a família também; ou então quando você acompanha o paciente em busca de pessoas que ele tinha contato anterior à crise ou à doença, e que volta a ter, isso é uma possibilidade. Quando você vai com ele em busca de fazer atividades que a cidade proporciona, como por exemplo, fazer um curso, retomar a escola se ele parou de estudar, ou iniciar um novo estudo, um curso profissionalizante...

D: Ou uma coisa de arte mesmo, né, música...

APF: A Denise sempre conta uma história: que ela leva o paciente para andar de bicicleta na praça perto da casa dela, uma paciente adulta, já saindo da adolescência, que a família já havia desistido de ensiná-la a andar de bicicleta, porque achava que nunca ia aprender; então são essas conexões.

Tem um paciente que uma das ATs foi fazer aula de dança de salão com ele aqui na oficina cultural, porque ele disse que não iria sozinho.

Também visitas a museus, casa da cultura, exposições; conhecer bairros, andar de ônibus...

D: É sempre bom quando não precisa da instituição, tipo o CAPS; não por conta do CAPS. Assim, não é que 'não por conta do CAPS', é por conta ainda do resquício mesmo da 'estigmatização' que tem a doença, porque isso é o manicômio; não é porque mudou de uma hora para outra que o CAPS vai mudar. Tem que ter a construção, a experiência; se bem que já tem anos né; mas estão tentando, eu percebo isso. O pessoal que trabalha no CAPS tenta. O serviço público tenta, o ministério da saúde. Estão tentando o PSF, o agente de saúde, mas até chegar lá vai demorar demais.

APS: Só mais uma questão que eu acho que é legal também; eu acho que tem a ver com essa questão social de classe. Não sei se isso é muito bom, mas ainda é uma referência; porque como a gente está inserido num serviço particular, num serviço privado, essa relação do privado com o público é difícil, não é uma relação simples, é de muito embate. Vira e mexe a gente se depara com situações onde o 'público' não recebe a gente bem, e onde a gente tem muitas críticas ao público, e vice-versa. A gente tem essas questões que são conflitos cotidianos. A gente já precisou do serviço público e não fomos de forma alguma bem recebidas, da mesma forma que a gente olha para o serviço público... "Mas não tem outro jeito? Não tem outro lugar?". Quer dizer, tem paciente que chega, que até precisaria de um serviço que o CAPS oferece; uma oficina, uma hospitalidade, que seria ficar internado tanto tempo, às vezes está em surto... Está com a gente e de repente dá um surto; então a gente precisa desse serviço como uma retaguarda, isso é fundamental.

D: A gente fez aqui uma época, a gente abriu um espaço de oficinas para pegar essas pessoas que não tinham atividade nenhuma mas que por causa do vínculo com a gente viriam para cá.

APF: Há uma tensão. Porque tanto o serviço privado, nós precisamos do suporte deles; quanto eles também nos solicitam com uma certa frequência. Para ver se nós não temos estagiários para pegar uma coisa mais grave; porque como a gente dá cursos aqui, sempre tem alunos, estagiários, ATs iniciantes que as vezes aceitam fazer o AT por um custo mais acessível à população que precisa mais e que não pode pagar um serviço privado; então eles solicitam a gente também. Então tem uma parceira que não é fixa, que não é oficial, mas ela é oficiosa. Sempre liga alguma pessoa. A Denise começou isso no CAPS da infância e a gente sustenta.

D: Os outros CAPS também, né? É um ponto para a gente pensar, muito importante, porque acho que isso tem a ver com o capitalismo, com essa crise do próprio capitalismo, e pensando nessa ideia do conflito, do Piaget, que é no conflito entre as coisas que pode haver a possibilidade de uma saída. Porque ao mesmo tempo que a gente vê que existe uma resistência do 'público' de aceitar um paciente que vem da rede privada, nós somos vistos como os neoliberais; é isso, é uma contradição, mas, ao mesmo tempo, o bem comum é comum; e aí é difícil a superação disso, porque são forças políticas ideológicas antagônicas.

G: Parece muito difícil de conciliar mesmo.

D: Tipo 'capital' e 'trabalho', como você vai conversar, né? Então, ao mesmo tempo a gente consegue perceber que tem uma certa liberdade no 'neoliberal' que a gente está. Uma certa liberdade que amplia mais os muros que o próprio funcionamento do CAPS.

APS: Eu não sei se é necessariamente neoliberal ou se tem a ver com a característica do próprio AT. Porque como a gente tem esse olhar mais amplo, eu acho que a gente circula melhor. Então a gente vai, volta; leva com a porta na cara e bate de novo, porque isso faz parte da característica do AT. A gente vai fazendo essa movimentação.

G: Acho que a Denise fala 'neoliberal' por ser um serviço privado.

APF: Autônomo, sem conexão formal com o 'público'.

G: Enquanto que o público tem toda uma burocracia que o impede de funcionar direito, né?

D: Por exemplo, para você sair com alguém do 'público' e ir na oficina cultural é uma canseira. Porque você tem laudo, você tem regras, você tem um monte de formatações que a instituição te obriga. Agora aqui não, aqui você movimentava muito mais.

APF: E a nossa disponibilidade é mais ampliada, porque nós não somos funcionários públicos. Então, se eu preciso de ir na boate com o meu paciente, tarde da noite, eu vou, porque é o trabalho, como já aconteceu aqui; da gente sair sexta-feira à noite, sábado à noite, domingo à tarde. Nosso primeiro AT foi de passar a noite na casa de um paciente com ameaça de suicídio, então tem essa característica.

G: Quando eu comecei a estudar CAPS a crítica era essa: só funciona em horário comercial, então quem precisa do serviço depois das 18h está desamparado.

D: É, agora tem o CAPS 24h, né? Aqui tem dois: o CAPS ad e o CAPS 3. O paciente fica internado, se precisar.

G: Vamos entrar na parte da 'deriva'. Vocês chegaram a praticar 'derivas' realmente ou eram mais trajetos guiados? Porque a 'deriva' é uma coisa mesmo, perdida; não é simplesmente sair andando sem rumo, mas com o objetivo de experimentar a cidade. Isso acontece?

APS: Nós fizemos. O que foi rolando? Quando a gente conheceu isso, através do Lu [de Laurentiz], foi 2002 que a gente convidou ele para um evento que a gente fez ali no MUnA [Museu Universitário de Arte], aí ele contou a experiência dele em Salvador, ele levou o tênis, colocou em cima da mesa, aquela história toda. A gente achou aquilo super interessante; até que com ele a gente não conseguiu fazer nenhuma, mas ele falou como era e a gente começou a fazer, então a gente saía.

APF: A primeira 'deriva' que a gente fez, nós fizemos entre nós, a gente estava iniciando.

APS: Sim, a primeira foi isso; ele contou como era e não pôde ir, aí a gente encontrou lá na Praça Tubal Vilela e fomos, e saímos. Botava os marcadores e saíamos. Nós fizemos várias. E aí, como a gente tem o curso aqui, era muito parecido com essa experiência, inclusive a 'deriva' trouxe para a gente, que eu achei de mais legal, foi experimentar a cidade mesmo, então ela é uma metodologia, vamos dizer assim, e aí o que a gente começou a fazer? Utilizar isso nos nossos cursos de AT; então os cursos começaram a ter uma aula específica sobre 'deriva' onde a gente saía pela cidade. Daí a gente começou a sair com os alunos; e com os pacientes a gente vai fazendo à medida que o paciente topa, se isso cabe... Tem um aluno que a gente teve aqui que começou a fazer isso com o paciente que ele atendia, ele até filmou, fizeram um vídeo, e aí foi-se desdobrando.

D: Teve a experiência que a gente fez um vídeo com o pessoal do Espaço de Expressões. A gente fez com todos os pacientes, em grupo.

APF: É uma outra clínica que tinha pacientes de oficinas terapêuticas, conheceram a 'deriva' aqui com a gente e aí um dia eles resolveram filmar uma saída com os pacientes.

D: Sem dizer, usando talvez a metáfora, a saída do AT é uma 'deriva'. Embora muitas vezes você tenha o objetivo já predeterminado...

G: É, você não segue o método da 'deriva', mas o próprio caminhar já é experimentar a cidade.

D: O acaso da rua... Claro que em um você está muito mais predisposto, né? Por conta do método mesmo. Mas o próprio 'acompanhar' terapêutico, o processo: começo, meio e fim, até a alta, até o término; ele é muito regido pelo acaso, porque você vai tendo que tomar decisões, mesmo no vínculo, na relação com o outro, que é muito difícil de se falar em exato, sabe?

G: E essa caminhada, esse acaso, e essa própria experiência diferente de cidade, vocês acham que funciona, de alguma forma, como uma terapia? Como algo terapêutico, algo que favorece a melhora?

APS: Acho que tem essa coisa da abertura do olhar, da percepção diferente. Isso é uma coisa que a gente usa muito, eu acho que na formação dos alunos isso é fundamental.

Porque a formação em si ela é extremamente confinada. Fazendo essa metáfora, somos manicomiais. E uma das formas que a gente usa para romper isso é a 'deriva'. Fazendo isso de uma forma diferente, olhando para as possibilidades, olhando para as coisas diferentes, olhando o pequeno, descobrindo os marcadores, essa coisa da percepção.

E acho que com os pacientes também, que é essa coisa de sair para a rua e olhar para a rua, para esse espaço social ou de circulação de um outro jeito, também. Aí tem a ver com percepção.

APF: E com ampliação também.

APS: A 'descristalização' de uma percepção. É isso: o paciente vai na padaria, o único lugar que ele vai é na padaria. Então vamos para a padaria, você pode até ir para a padaria, mas vamos para a padaria olhando para o chão dessa vez? Ou por outro caminho? Então isso já é uma quebra.

APF: Sobre essa cristalização... O modo de funcionar terapêutico, você quer que ele funcione sempre de um jeito, daí você propõe que ele funcione, naquela situação, de um outro jeito; e aí ele tem essa ampliação, para ele, inclusive, poder escolher. Ele vive, vivencia e ele se liberta do jeito enquadrado de ser, que é o que caracteriza a doença mental.

A doença mental é o bloqueio da ação espontânea; toda doença mental pressupõe um enrijecimento do olhar, de um modo de ser. Você passa a funcionar só de um

jeito. A neurose é assim. A psicose acaba sendo assim, também; apesar de tudo ficar fragmentado, não se consegue sair dessa fragmentação.

APS: Embora a fragmentação possa ser interessantíssima, os limites são super interessantes, mas ela tem uma rigidez.

APF: Então, por exemplo, no ano retrasado eu estava atendendo um paciente que tinha uma dependência química grave; de crack, de cocaína, de maconha; ele morava, há muitos anos, desde criança em um bairro. Um dia eu fui sair com ele para entregar um currículo, para arrumar emprego, de carro; peguei ele na casa dele e nós fomos. Aí eu parei em uma esquina e tinha uma paineira muito grande, muito bonita, há umas três quadras da casa dele. Aí eu falei para ele: "Nossa, fulano, mas que paineira linda", comentei com ele. Ele olhou, não falou nada. A gente andou mais uns quilômetros, ele muito em silêncio, muito embotado, muito corroído pela droga, ele falou assim: "Eu moro nesse bairro tem não sei quantos anos, décadas, e eu nunca tinha visto essa paineira". Então depois de andar muito ele ficou remoendo aquela história. Ele falou isso bem depois de passar pela paineira. Ele não conhecia o bairro dele. Porque ele conhecia só o caminho que ele ia na boca para pegar o crack.

D: É isso também, por exemplo; uma vai sair, vai só na padaria, faz sempre o mesmo caminho é a mesma coisa da boca; que não se permitem.

G: Eu vim a pé para cá hoje. Lá do Santa Mônica; pensei "vou entrar no clima". E eu fiz um caminho que eu nunca tinha feito, mesmo para experimentar. Realmente, andar na Rio Branco no sentido contrário, a pé, é outra coisa, porque eu sempre passo de carro nesse sentido, hoje eu vim a pé no outro lado e que foi uma coisa totalmente diferente, outra percepção.

Inclusive tem alguns estudiosos que falam que o caminhar pela cidade é um tipo de urbanismo, é um urbanismo que é contrário ao urbanismo que a gente estuda na faculdade de 'mapas', 'vista aérea', etc.; mas que experimentar a cidade é fazer urbanismo, de uma outra forma.

D: Teve uma 'deriva' que a gente fez um caminho, descemos aqui, fomos para a Rondon, e chegamos no centro. Um dos marcadores era achar uma mulher com sombrinha. A gente foi atrás, andando, todo mundo falou, a gente sentiu, não é esse o lugar, era um lugar de tráfego grande; aí a gente foi parar no Centro, aí foi outra coisa, uma ambiência que você vai experimentando rápido, uma atrás da outra, que nessa metodologia, te faz sentir, te faz pensar coisas.

G: Faz, eu achava que não estava na mesma cidade.

D: Isso por si só, já é super terapêutico.

APS: É o novo, essa sensação gostosa do novo, você pensa: "Nossa, que legal; posso fazer isso, o novo não é tão assustador assim".

G: Basta você passar a andar olhando para cima que você já muda totalmente o modo de ver, o modo de sentir a cidade. Eu me sinto muito bem fazendo esse tipo de coisa.

APF: O paciente que está muito cristalizado, com muito medo de tudo, de sair; que você tem que pegar ele pela mão, metaforicamente ou às vezes concretamente, para ir com ele.

G: Voltando à questão dos manicômios e do encarceramento; vocês acham que existe alguma relação simbólica entre a coisa de andar pela cidade, que é o espaço aberto, e esse espaço aberto contradizer esse espaço fechado em que as pessoas ficaram, por muito tempo, estigmatizadas, ou realmente encarceradas fisicamente? E também desse espaço mutante, que é a cidade, da surpresa e de fazer um outro caminho, de nunca ser a mesma coisa; com a rigidez de uma instituição? Existe alguma, não sei se é uma vontade, mas talvez uma relação que se faça posteriormente, que é um simbolismo mesmo. Que antigamente, todos vivam encarcerados, na rigidez e na disciplina e nos muros; enquanto que o AT é cidade, liberdade e mutação. Existe algo simbólico nisso?

APS: Simbólico você fala, na contraposição? Eu acho que a própria natureza do AT, ela surge justamente dessa oposição, né? É isso mesmo.

D: É algo que estrutura, que é do cerne; acho que tem uma questão aí que, isso que você está chamando de simbólico, me veio na cabeça a própria relação. Essa coisa que abre é estar em relação, porque o encarceramento, além de tudo que ele faz de ruim, o que ele mata é o ser, porque ele é privado das relações; que ele pode construir na medida em que ele cresce, nasce e desenvolve. Então quando você encarcera, você priva ele da liberdade, da vida dele, então isso vem para ele revitalizar mesmo, estar em relação.

APS: Eu me lembrei da cena que eu estava com uma paciente na fila do café e cai todas as moedas da bolsa, no shopping. Então é essa coisa também que o AT vai fazendo com a loucura, que isso para mim também é político, que é essa coisa de você dar para o 'social' um espaço que o 'social' tem que abrir, tem que sustentar. Porque você bota ele lá, você não vai deixar ele lá apartado, você põe ele em um convívio, então está todo mundo na correria, então caíram as moedas, um ajuda, outro reclama, e está tudo certo, é isso mesmo. É como se fosse uma coisa água mole em pedra dura. Você coloca eles nesse lugar, se coloca também, para fazer o mínimo de uma mudança nessa perspectiva do olhar para a loucura, para o diferente.

D: Por isso que eu falo da relação, é em relação que se constrói um lugar, é experimentando.

APS: Eu me lembro de um curso que eu fiz com um paciente que a colega de curso ficava indignada com ele. Ela falava: "Não é possível, fulano, faz alguma coisa". Ele tinha um corpo todo meio largado, porque era um esquizofrênico, crônico; ele era uma 'plasta', vamos dizer assim. E a mulher não se conformava, dizia: "Age, faz alguma coisa, você tem que arrumar um trabalho". Eu falava: "Fulana, ele não vai fazer isso". Ela não era paciente, a gente foi fazer um curso e ela estava no curso junto, mas a presença dele mobilizou ela. Ela era uma senhora, havia sido minha professora então ela achava que podia falar com ele assim. E eu dizia: "Calma, não é assim, ele está aqui, deixa ele". Então a coisa do você trabalhar nesse sentido, nessas relações. Porque lá no CAPS, todo mundo, de alguma forma, está acolhendo, são treinados para isso.

APF: Tem um pensador, Peter Pál Pelbart, que é um filósofo, que ele diz que nós vivemos na era do acelerador, onde é tudo muito rápido, tem um fluxo da cidade que tem um ritmo da cidade que é caracterizado pela alta velocidade, e que a loucura tem uma temporalidade absolutamente diferente dessa aceleração, porque hora ela vai rápido demais, hora ela vai lenta demais. Esse caso que a Ana Paula contou é uma 'lentificação', ela interrompe o fluxo da aceleração da cidade. O carro é rápido, a fila é rápida, tem que andar, tem que funcionar, o semáforo fechou; e o louco não é assim. A Ana Paula tinha uma cliente que ela surtava, ela ficava brava com o pai dela e ela ia para o meio da rua e deitava no meio da rua, a Ana Paula passou uns apertos com ela por que até ela entender que ela não pode ficar no meio da rua porque vinha um carro, e se o carro viesse ele que parasse, entendeu? Né? Esse tipo de tematização entre a velocidade e a loucura não confinada mais, é algo que eu acho que é bem característico da nossa cidade, não é só a metáfora.

APS: A cidade também é normatizada, ela funciona, de uma determinada forma, e a gente vai, realmente, rompendo com isso, quebrando essas normatizações.

G: E é super automático, né? Mesmo a gente tendo essa consciência de que a cidade está nos disciplinando, a gente ainda buzina no sinal.

APS: Isso é uma coisa que no AT a gente fala muito, também, que é a coisa da construção artesanal, então ela rompe mesmo com essa coisa normatizada ou os automatismos, não que a gente não caia neles, a gente cai, e é por isso que a gente fica atenta o tempo inteiro em tomar cuidado com isso.

G: E o caminhar pela cidade é um questionamento a isso, né? É uma forma de questionar isso sem fazer nada, você simplesmente está se opondo quando caminha.

APS: E tem cenas interessantíssimas, tem relatos de algumas derivas, eu me lembro que teve um grupo que encontrou uma moça, um grupo de circo que estava fazendo algo no meio da praça, então tem essas coisas, que na cidade estão acontecendo mil coisas. Depende da onda que você pega, porque você pode pegar a onda do automatismo ou pegar essa.

APF: Quando você para e vive, né? A cidade. Ai a cidade na deriva você também imprime um ritmo, a deriva tem um ritmo, tanto é que a própria definição fala: não é um passeio qualquer. Aquilo que um de vocês discute nos textos né, a ideia do flâneur e do chofer.

D: O Baudelaire fala do flâneur e o Frayze, depois no texto dele retoma um pouco da história e vai falando. No século XIX era o flâneur e depois vem o chofer. Porque você perde a relação. Existe uma relação do carro com a cidade, tem; mas é diferente. Se você é um ser de carro na cidade, se você é um ser a pé na cidade, é outra coisa.

G: Tem mais umas coisinhas aqui, só para a gente encerrar. Eu trouxe várias perguntas mas elas já foram sendo respondidas durante a conversa.

Do ponto de vista das políticas públicas, do imaginário social da loucura, da produção de conhecimento científico sobre a luta antimanicomial e essas "novas"

experiências em que vocês se inserem; de acordo também com esse desencarceramento espacial, social e também legislativo; como vocês veem esse processo de reforma psiquiátrica no Brasil? Vocês acham que ele ainda está em processo, ele já está consolidado ou ele é um processo inacabado e que nunca vai acabar?

APF: Essa terceira opção. Tem muito o que fazer, porque ele vai mudando, né? Eu vejo que ele vai mudando; hoje eu acredito que a gente avançou muito, nós avançamos, sem dúvida nenhuma. Até nós, se formos pegar há 25 anos atrás, quando a gente entrou na faculdade, era um jeito de falar da loucura que a gente já vê diferença hoje. Que estava no auge, no final da década de 80, que teve aquele movimento de Bauru, que fizeram a passeata que deu origem à revolta contra os manicômios. Tem de Santos, tudo isso aconteceu nos anos 80. Teve uma passeata, os trabalhadores estavam revoltados pelas péssimas condições de trabalho, etc.

Eu entrei na faculdade em 89, então, os nossos professores foram professores ainda que seguiam o modelo manicomial. Um ou outro começava a questionar, aqui não existia CAPS, começava a haver um ou outro envolvimento. Tinha pouco tempo que existia psicólogo na rede de saúde pública. Então nós ainda pegamos isso; hoje se perguntar para boa parte dos 'psis': assistente social, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos; eles vão dizer que a internação, o confinamento, deve ser a última alternativa para o tratamento da doença mental, isso já é um discurso que é dado, porém, as práticas manicomiais ainda perpetuam.

D: Então, mas há de chegar o dia que nem isso vai ser dito. É falta de coragem talvez, porque não necessariamente é garantia de algo. É a mesma coisa de contenção química, internação em casa, tem muitas alternativas.

APF: É isso que eu estava dizendo, é um consenso você dizer isso teoricamente. Então 'não aos manicômios, o louco e a loucura, a cidade a circulação, etc.', porém, aí acho que vem Foucault para explicar da instituição, do panóptico, de outros tipos de encarceramento que acaba tendo sempre que acontecer.

Então, por exemplo, nós estamos na época das dependências químicas, as várias dependências, mas as químicas estão chamando bastante atenção atualmente. E tem havido um movimento de tentativa de encarceramento dos 'novos loucos'. Quem são os novos loucos? Os crackeiros, os usuários de cocaína, então é um novo mundo para esse encarceramento. Precisamos limpar; de São Paulo, que a gente tem mais notícias, tem um empate, tem uma força querendo encarcerar, tem outra força querendo fazer coisas alternativas. Em Uberlândia o pessoal da 'saúde mental' tem tentado fazer consultórios de rua, redução de danos.

G: Você falou do Foucault, eu lembrei que ele fala que toda sociedade precisa de uma classe para botar a culpa de todas as desgraças, então antigamente eram os leprosos, depois os doentes venéreos, depois os loucos...

APS: Eu acho que isso faz parte dessa coisa humana, eu não sei se isso vai acabar um dia. Porque mesmo dentro da 'saúde mental', eu lembrei por exemplo do Ferreira Goulart. Ele é absolutamente manicomial, ele coloca isso explicitamente

nos artigos dele. Ele entende que é um absurdo essa onda antimanicomial. É uma voz importantíssima dentro da cultura brasileira que tem esse pensamento.

Então eu acho que é realmente um processo, cada vez ele vai ganhando um pouco mais de espaço. Porque o que é combatido é a lógica manicomial, as práticas que aconteciam dentro dele, porque o acolhimento é importantíssimo, chega um momento que é fundamental mesmo. Agora, eu acho que não há dúvida de que nós avançamos demais, e eu acho que o próprio governo federal, ele tem uma política hoje que é fundamental. Eu acho que o governo encampou isso, é lógico que tem que ter, agora, milhares de outros avanços. Porque eu acho que a gente está pegando um rebarba que é isso: instaurou a mudança, mas essa mudança, agora, precisa de outra mudança.

G: É como qualquer luta, né? Se parar ela deixa de ser luta.

APF: É o movimentar né, tem que manter o fluxo do movimento. Então agora está na época de rever tudo de novo, se é isso mesmo, os CAPS já têm uma história, já estão implementados, já precisa rever esse funcionamento...

D: Eu fiquei pensando em uma coisa assim: tem um cara que é diabético, ele vai tratar em tal lugar; tem um cara que tem câncer, ele vai tratar no hospital do câncer; tem um cara que é esquizofrênico, que é da cabeça, ele tem que ir para algum lugar, ou necessariamente não; porque esse tratamento do diabético precisa da insulina, do câncer precisa da 'químio'...

APS: Eu acho que os PSFs estão nessa linha, é uma ideia fantástica. Programa de Saúde da Família. Só para você ter uma ideia, que eu acho que tem muito a ver com a coisa do AT. Você trabalha no território da pessoa e você disponibiliza agentes de saúde que são da própria comunidade, mas aí eles são contratados como agentes de saúde para fazer os cuidados na casa das pessoas, então se desloca uma equipe mínima; um médico um enfermeiro, psicólogo, assistente social; que circulam, então é esse movimento de circulação, então, às vezes o paciente não precisa sair de casa para ir lá no postinho, o postinho vai até ele. E isso não é só para a saúde mental, têm um médico generalista, né?

D: Se chega um esquizofrênico o médico conversa uma vez por mês com o psiquiatra e é ele que volta para o contato com o paciente.

APS: Então é uma ideia que é muito bacana, tem um monte de falhas, mas é uma ideia que está implementada. E tem que estar aperfeiçoando para isso.

D: A gente teve uma experiência dura, que o paciente faleceu com um problema no coração, foi uma experiência muito dura. Mas se tivesse uma assistência sustentada por um PSF, talvez a gente tivesse conseguido reverter. Era um problema mental, um bipolar, uma psicose, e ele tinha uma resistência grande, era caminhoneiro não tinha uma estrutura familiar, morava sozinho, tinha uma saúde debilitava e a Ana tentando sempre que ele estivesse todo dia com algum enfermeiro, ele se recusou, aí a gente entrou. Eu lembro que tinha uma colega nossa que morava no bairro, que ela mesmo falou: "Nossa, se tivesse um PSF aqui"...

APS: É porque ele morava no Santa Luzia e ele teria que fazer tratamento no CAPS 3, que era lá no [bairro] Luizote. Ele tinha que atravessar a cidade para fazer o tratamento, para um cara que é resistente; não vai. Nós até fomos, algumas vezes, nós até chagamos a frequentar, mas e aí? Se ele tivesse uma assistência ali perto, talvez ainda assim teria o ataque cardíaco, mas poderia ter sido atendido.

G: Deixa eu aproveitar o link do que você estava falando, Denise, "o diabético precisa da insulina, quem tem câncer precisa de um tratamento específico", às vezes, quem tem algum problema mental não precisa de algum medicamento específico, tem movimentos que dizem que é preciso tirar essa visão de loucura enquanto doença.

D: Eu tive uma experiência com um paciente, tive a oportunidade de acompanhar esse jovem de criança até a idade que ele tem hoje. De criança foi a psicoterapia, depois foi o AT quando adolescente. No final eu banquei com ele, junto com o pai, essa coisa de não tomar remédio. Porque ele era uma roleta russa, o menino; tomava remédio do jeito que ele achava; mexia muito com ele. E chegou uma hora da vida dele que ele estava estudando, na faculdade, que ele falou: "Eu não vou tomar esses remédios que brocham etc. e tal". E eu banquei isso com ele. Ele tinha um processo depressivo, ele tinha uma necessidade da medicação, mas o jeito que ele usava, essa medicação, não funcionava. E ele estava atribuindo tudo de infortúnio à medicação, que deixou ele sem ser ele mesmo. Eu falei "banca isso que você está falando, mas banca mesmo. Você vai ter surto, vai ter isso e aquilo e você vai ter que se virar". Foi a única experiência que eu tive, mas a medicação também é uma forma de controle, mas é para todos, não só para a doença mental.

APS: Eu acho que teve um momento na década de 90 de "somos contra a medicação". Talvez hoje eu entenda isso como uma coisa muito romântica. Eu acho que a gente precisa ter um negócio que é mais concreto, mais do dia a dia, do ficar junto, porque é muito difícil a psicose. A psicose não é essa coisa legal; tem esse lado que é super fascinante, uma coisa para frente, uma vanguarda, que é fantástico; mas também tem um lado que é muito difícil, tem o lado do estar junto que a medicação, bem colocada, ela ajuda demais o paciente. Não é uma contenção, no sentido de 'vamos calar a voz da pessoa', a medicação ela ajuda até para dar voz, porque a voz da loucura às vezes é muito doentia, então eu acho que a gente tem que tomar um certo cuidado.

Um paciente, por exemplo, deprimido leve. Às vezes eu olho para ele e penso "não precisa de remédio não", depois eu fico pensando "mas ele podia se beneficiar da medicação", uma coisa leve, que vai ajudar. Eu 'como bola' porque geralmente quando o problema é leve eu nunca encaminho, por causa de uma cristalização minha da 'birra' com a medicação. Então eu preciso olhar para o outro lado da história. A medicação precisa ser vista de um jeito diferente.

D: Aí tem um discurso, quando você fala na cristalização dessa visão da medicação, mas às vezes a gente tem que ter um embate que é assim: de um estigma grande, porque a medicação psiquiátrica ela não é simples, na minha opinião, mas eu acho que ela é muito difícil de ser administrada, porque é uma clínica muito individual, não dá para inserir nessa coisa do todo. E a gente quando é contra a medicação, acho que é no sentido de ter uma utopia de ser contra a

medicação por conta de um estereótipo, de um preconceito que se tem. Porque o louco deixa de conversar quando ele é medicado.

APF: Quando não funciona, quando tem abuso. Acho que quando a gente fala 'contra a medicação', é contra os abusos. Chorou um pouco, dá a medicação; agitou um pouco, dá a medicação. Agora, tem as medicações que são mais indicadas e tem os pacientes crônicos que não vai adiantar nada.

D: Se a gente não tiver crítica, eu acho que a gente promove o estereótipo.

G: Eu me lembro de quando eu era criança, de escutar: "Ah, 'não sei quem' toma remédio para cabeça"...

APS: Toda prática psicoterapêutica tem isso, é alvo de preconceito e não é indicada para todas as pessoas, também tem que ter uma parcimônia. Porque é um tratamento, toda prática de psicoterapia é um tratamento, então, às vezes o sujeito para qualquer coisa vai recorrer a isso, porque é a mesma coisa: tem a psicoterapia e a farmacoterapia, então não é qualquer coisa.

D: Essa é uma crítica que a gente precisa fazer o tempo inteiro que a terapia não é normatização, a terapia não é inserir no sistema, a terapia não é adaptativa. Porque nós temos colegas que fazem isso desse jeito, porque tem isso, ela é uma prática que está inserida em um contexto médico, em um contexto clínico, em um contexto normativo...

APF: Pois é, não é toda prática 'psi' que é boa, que você pode usar indiscriminadamente, e a medicação, em geral ela faz isso com as pessoas, não deixa vir o que às vezes precisava vir para ser superado.

APS: É que às vezes a pessoa precisa da medicação até para superar, por isso que é uma linha tênue. Eu acho que isso tem que ser caso a caso.

D: Porque aí tem uma outra questão, antes da medicação tem o diagnóstico. Eu acho que é esse que tem que ser atacado. Na medicina e assim, não é? Tem o diagnóstico e tem o remédio para aquele diagnóstico. Eu acho que a medicação em si não seria tão 'estigmatizante' se não fosse o diagnóstico. Eu acho que é aí que a gente tem que talvez mudar o foco.

APS: É o caso do rapaz que derrubou o avião. Eu acho que é um bom exemplo para gerar uma bela discussão do que significa diagnóstico, de qual o papel da medicação, de qual a relação disso com o mundo do trabalho, mas enfim; que olhar a gente lança para essas coisas, que lugar tem as doenças mentais na sociedade hoje, eu acho que é uma discussão enorme.

D: Eu acho que, por exemplo, a gente pode muito bem... Se o esquizofrênico conseguisse, não ficar louco na frente do médico. Se eu conseguisse não ficar louco na frente do médico eu iria passar ileso, então alguns conseguem.

APS: Teve um experimento de uns estudantes de psicologia que resolveram chegar no médico fingindo que eram loucos e foram internados. O relato da experiência foi o tanto que eles demoraram para conseguir convencer e poder sair. Olha que coisa mais maluca. É um discurso, está no imaginário, é violento.

G: O negócio do estigma é um problema muito grande, às vezes é maior até que o próprio diagnóstico, o estigma de ser louco. Vocês acham que é uma utopia pensar que algum dia, se esse estigma acabasse, se esses diagnósticos fossem bem mais questionados, se a questão dos medicamentos fosse mais bem administrada, a loucura não precisasse mais de um lugar? Que o lugar dela seria a cidade?

D: Eu acho que é utopia, utopia no bom sentido da palavra, no sentido do Thomas Morus; que a utopia é como se ela fosse uma força motriz, ela que movimenta, como se fosse um desejo. É um desejo, um desejo que causa uma transformação, e que você só consegue isso. O Milton Nascimento tem uma música chamada 'sentinela'; não no sentido de vigiar, mas de cuidar, não no sentido militar, mas de estar atento, de sua percepção estar apurada, que aí é o que te faz não correr tantos riscos, de cair na marginalização, no estereótipo de manicomial. Aí você vai ter um espírito abeto para isso, para essa transformação, para não deixar cristalizar esse pensamento. Mas aí precisa de uma estrutura que te permita isso, que no nosso mundo eu não acho que isso é possível, porque ele vai enquadrando a gente.

APF: Acho que a gente trabalha; acho que não vai acontecer chegar no ideal, mas a gente trabalha para chegar, sabendo que não vai chegar. Porque o AT é antes de tudo uma clínica do cuidado, acho importante enfatizar isso: não é uma clínica para que você transforme de forma radical a relação com o louco, a loucura na cidade, não é uma ruptura, eu digo que nós chegamos nesse lugar porque houve um momento de uma tentativa de ruptura, porque houve um momento de questionamento manicomial que todo mundo dizia 'não aos manicômios, para depois chegar em uma síntese.

Teve a antítese para chegar em uma síntese de que não é o manicômio por si só, ou a falta dele, que vai garantir a liberdade no espaço urbano. São as formas de relação com o louco, a loucura e o espaço, então a gente trabalha para mudar, mas nosso trabalho é bem formiguinha, é bem uma clínica do cuidado, que você vai lá, artesanal, e que não é possível fazer em grande escala, que cuida de cada relação.

Então você tem essa utopia de que o sujeito vai viver de uma forma mais potente, a gente quer que o sujeito viva de uma forma mais potente, com medicação, sem medicação, circulado ou dentro da clínica; se ele consegue sair do quarto e circular pela casa, já teve uma ampliação do olhar, do relacionamento que ele saiu, viu as pessoas em volta, então é isso.

Mas a gente trabalha muito a fé. É uma fé no ser humano, não romântica, mas uma visão humanista da cidade, com um sujeito, com uma relação mais humana e menos máquina.

APS: Tem a história da loucura né, que na Grécia os loucos circulavam e eram os profetas, as pessoas dos oráculos. Então a gente tem que contextualizar; não adianta hoje imaginar que vai voltar a ter essa circulação, ou mesmo a circulação da 'nau', que ainda tinha um movimento diferente, antes dos grandes confinamentos; mas sim aturar essas forças que a gente tem hoje. Acho que é um

processo difícil, muito polarizado, muito individualista. Parece que agora é diferente da década de 80, estamos em outros momentos.

D: É o contemporâneo, se a gente for pensar naquela ideia dos movimentos, um antagônico ao outro; o contemporâneo ele vem pulverizar aquela ideia de classes. Mas eu acho que ainda hoje a gente sofre esse problema de classe. Então tem o louco, o homossexual, o negro, o crackeiro; tudo que é diferente tende a ser normatizado, então eu acho que nós estamos aí, nessa luta, nessa força.

Mas ao mesmo tempo isso vem mascarar a dificuldade que a gente tem de lidar com a diferença. Esse negócio de 'voltar a ditadura', isso é uma classe que tem um pensamento que não está suportando a transformação, está impedindo uma mudança. O Lula, a grande contribuição do Lula, foi ele ter sido metalúrgico e virado presidente, porque estrutura política não mudou nada, mudou o nosso imaginário.

E acho que esse tipo de luta tem também na classe dos doentes mentais, aí vem o Caetano falando 'de perto ninguém é normal', e não é mesmo.

ANEXO 05- Entrevista com Renato di Renzo

[A conversa acontece em uma das salas do Espaço Sociocultural Café Teatro Rolidei – sede da Associação Projeto TAMTAM. Participam, além de mim, Maria Elisabete Bordignon – enfermeira, professora e funcionária da Rede de Saúde Mental e do CAPS de São Joaquim da Barra, interior do estado de São Paulo – e Renato di Renzo – arte educador, idealizador e promotor, desde 1989, do Grupo TAMTAM. Começo explicando brevemente a Renato a minha trajetória na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo e Design (FAUeD – UFU), minha experiência do TFG (Trabalho Final de Graduação), e mostro a ele a estrutura/sumário da minha dissertação de mestrado pelo Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo (PPGAU). Renato saca três folhas em branco e conversa o tempo todo, escrevendo e desenhando sem parar]

R: Renato di Renzo

G: Gabriel Bordignon

ME: Maria Elisabete Bordignon

R: Interessante, interessante essa parte toda aí... Bom, então você resolveu entrar de cabeça em uma reformulação, em uma construção, em um espaço para Saúde Mental?

G: Sim. Isso foi na graduação, né? Na 'pós' eu estou, nesse momento, fazendo a trajetória desse percurso dos espaços da loucura na história. Então por isso que eu começo lá atrás...

R: Você vai para a França... Para os hospitais... A fabricação da Loucura... A gente está falando do Foucault, né? Você conhece um livro chamado 'A Fabricação da Loucura'? É bem interessante, é antigo, bem louco. Ele coloca que sem o louco o mundo não vive, porque ele precisa sempre do bode expiatório, né?

G: Eu estou usando o método do Foucault, de pensar a nossa sociedade de acordo com a diferença com o que ela não é mais...

R: Sim, eu percebo... Provavelmente, quem está te orientando fará cruzamentos com uma série de outras coisas que você precisa ler... Como Guattari, Deleuze, outras coisas que, de alguma forma, até abordam a questão da saúde mental hoje, uma questão filosófica, uma questão judicial, uma questão até de comportamento social, tudo dentro de outras coisas que, provavelmente, vai ser orientado para você pesquisar.

G: Eu estou no final, entrego em breve...

R: E quem está te orientando é professor da arquitetura, de psicologia, da psiquiatria?

G: Ele é da arquitetura... Se chama Lu de Laurentiz.

R: Tem um cara da arquitetura muito bom... O cara é o Fuganti. Ele escreve sobre psicanálise pura, mas é arquiteto. Luiz Fuganti, ele escreveu muitos livros de

psicanálise e filosofia e ele é arquiteto... Você é capaz de encontrar muito mais material dele em psicologia, psiquiatria do que em arquitetura.

G: Os meus professores costumam reclamar, porque eu uso muito mais referências de filosofia, de psicologia do que de arquitetos...

R: É, mas aqui você vai usar do teatro, da arte é muito importante, da ética... Não tem como fugir disso.

Eu tinha um louco que falava em 'engenharia teatral'... Que ele chamava todos esses nossos exercícios, todas essas construções simbólicas, o dentro e o fora... Ele chamava isso de 'engenharia teatral', isso é bem interessante. De repente essa visão outra, como se constrói esse dúbio, né? O outro homem que você liberar, né? Que você libera esse outro, o do avesso. Quer dizer, aí vai partir para umas 'pirações' suas, mesmo. Dá para ir por aí, dá para você pirar bastante nessa coisa do duplo, do outro. O próprio Artaud tem no teatro o seu núcleo, não sei se você chegou a ler...

G: Sim, li algumas coisas. Bataille também tem um pouco disso, né?

R: Sim, Bataille, lógico; Basaglia... Essas coisas vão circular na sua mão, não tem jeito. Esse negócio de Barbacena tem agora o livro daquela moça [Daniela Arbex]...

G: Sim, eu li também... Achei bem pesado...

R: Eu gostei de uma parte, até um pedaço eu gosto muito; depois eu acho que começa a se repetir um pouco, né? Mas não sei se ela quis fazer um documentário; na verdade eu acho que ela quis só provocar as pessoas para que isso não caia em uma rotina; não pensem que é uma bobagem, tipo "ah, isso já passou".

A lei veio, mas não passou nada. Nós temos uma lei nova, mas ela continua excluindo as pessoas da pior maneira possível, porque hoje nós temos os hospícios que não têm porta, né?

G: Exato, os muros estão invisíveis agora, né?

R: É, hoje é tudo a céu aberto, está em cada esquina. E se você viajar pelo Brasil você vai tomar um susto. Lá em Maceió você vai encontrar o hospital psiquiátrico... Ele se modernizou. Não acabou o hospital, o cara criou o CAPS dentro do hospital.

G: Só mudou o nome?

R: Não, até deixou. Na frente tem 'Hospital' e atrás ele criou o CAPS. "Então isso que é o moderno? Isso que é o novo?". Ele investiu, ele tem os dois; então ele tem o Hospital Psiquiátrico na frente e atrás ele tem o CAPS, entendeu? Para ele é tipo assim "chegou uma nova lei, nós precisamos atender de outra forma", então fez. Não tem a política, tem a atualização, a reforma pelo prédio.

G: É uma crítica que eu faço, desde o meu trabalho de graduação, aos CAPS, que é isso; virou só um carimbo...

R: Com o tempo. Eu estou indo agora para o Pantanal, me pediram para abordar isso. Que quando ele veio [CAPS], ele não veio dessa forma; ele foi se tornando.

E hoje quem está nascendo, já está nascendo com esse vício. Esse é o problema, porque quando ele surgiu ele veio com uma proposta extremamente avançada, uma referência em Saúde Mental para a cidade. A pessoa não precisava passar pelo hospício, a pessoa vai lá bater um papo, um lugar assim... Só que aí, com o tempo, você vai colocando uniforme nas coisas.

Por exemplo, em Natal, eu desmontei uma casa inteira. Eu falei "não aceito", porque, o dinheiro vem da saúde... E aí você vai comprar um móvel, tem que ser em lojas que vendem material de saúde. Então os móveis eram brancos, as camas de hospitais. Você entendeu? Então como é que você quer criar uma vida, criar uma residência onde tudo dentro é um hospital? Então como é que um cara que viveu dentro de um hospital; como é que ele vai entrar em um negócio desses e achar que aquilo é uma casa? De jeito nenhum, é a mesma coisa! Então a sorte é que eu tive o apoio do prefeito e eu mudei todo o mobiliário da casa, transformando aquilo em uma casa, em uma residência, tirando uniformes de funcionários, tirando placa da porta, entendeu? Fizemos uma loja chamada 'loucomotiva' que vendia as produções, fizemos uma butique para a cidade, entendeu? Mas, também, foi só aquele período, já mudou.

Quando, em Santos, nós montamos, na Zona Noroeste, o primeiro NAPS (porque aqui em Santos era NAPS, não era CAPS, agora que está todo mundo mudando para CAPS, a diferença qual é? NAPS seria 24h e CAPS não, mas agora é tudo CAPS) aí, conclusão, fizeram um prédio. Um prédio, um hospital. Fizeram um hospital! Entendeu? Acharam que era um investimento, uma área muito boa e tal, mas você vai lá hoje, é um 'hospitalzinho', com recepção... Não muda nada! Continua a mesma coisa. E eu viajo pra caramba, bicho; a reclamação é geral!

ME: Nós estamos implantando o nosso lá [CAPS de São Joaquim da Barra], eu trabalho em um; mas assim, para implantar eles [prefeitura municipal] querem que você siga a 'cartilha', senão não aprova e a verba não vem.

R: Exatamente, eu estive também em uma palestra dessas com o Tykanori, que foi interventor em Santos e hoje é o chefe da saúde mental no Brasil, e ele não pôde ir; o Tykanori é bom de papo, é um 'japonês'; ele mandou uma pessoa, foi na faculdade de medicina de Juazeiro. Estava sentado, escutando aquilo eu pensei assim: "Tá, então, se você não cumprir tudo isso, sabe o que acontece? Você não é CAPS. Sabe o que acontece? Não vai vir verba". Foi eu acabar de pensar, a pessoa falou. Quer dizer, isso não é fórmula, a cultura se joga no lixo. Cada lugar tem a sua cultura, cada lugar tem a sua história, cada lugar tem a sua raiz, tem os seus contrastes, tem com quem você vai dialogar, entendeu? Então essa coisa de uniformizar é a pior coisa que tem, já foi falado isso; é institucionalizar, entendeu? Então isso é uma bobagem, isso é uma besteira.

G: A luta foi para desinstitucionalizar...

R: É isso, foi o desmontar... E montou outra coisa. E não sei se isso é pior! Hoje a reclamação é que estão dormindo na rua. Pelo menos antes tinha uma cama para dormir. E isso foram coisas que, na época, foram brigas com os deputados. "Vocês vão criar uma população inteira de homem de rua", "Ah, mas, loucura é uma coisa, homem de rua é outra", então tinha essa briga, por isso que correu pelos direitos

humanos, porque aí não tinha como você falar “não”. Agora, o que acontece? Então fazendo isso! Então é muito complicado.

E aí eu vou te contar em português claro, neguinho, nós estamos lá em Brasília com o PT, mas se entrar uma linha dura, os médicos mais radicais, mais ortodoxos, eles vão fazer essa merda, e com o apoio de famílias.

G: Vira para pior, você fala?

R: Lógico, volta ao que era. Sabe por que? Por exemplo, tem uma turma enorme em São Paulo, o pessoal da USP, por exemplo, é ortodoxo, “não aceito, não”, os médicos da USP, que são doutores... Valentim, o caramba a quatro, com revistas internacionais, eles não são a favor desse negócio [Reforma Psiquiátrica], não, entendeu? Eu apanhei no Rio de Janeiro, foi manchete, eu fui dar uma palestra, eles esperavam a gente na porta e batiam nas cabeças da gente; eu ia falar sobre o desmonte dos hospitais...

G: Mas não aconteceu isso aqui? Quando saiu o PT do governo municipal, foi quando começou...

R: Não, eu acho que, veja bem, você é profissional, você vai ser profissional, não é? Você vai ser profissional com qualquer um. Você não vai avacalhar o projeto ou qualquer coisa que seja, porque não está o seu partido. Não é? Você é funcionário público, de carreira, você passou em um concurso público, tem uma carreira; a Cláudia [Alonso], por exemplo foi concursada, psicóloga da prefeitura; sei lá, mais cinco anos você aposenta, ela teve todos os cargos altos, vai ser uma aposentadoria boa; quer dizer, então se você não quer nada disso, você peça demissão, você quer trabalhar para o seu partido, então você vá trabalhar com o seu partido, onde ele vai, você vai atrás, entendeu? Então quem avacalhou o projeto não foi o prefeito, entendeu? Não que eu tenha alguma coisa com ele, para mim é uma porcaria, tudo bem, porque eu não deixaria acontecer isso, mas não é isso, as pessoas têm essa mania. “Ah, porque com o prefeito tal funcionava”. Por que não funciona mais se o profissional é o mesmo? O que aconteceu? Teve um desânimo? Olha, eu fiquei desempregado, e continuei fazendo por trás, até conseguir erguer a associação, que é essa [Projeto TAMTAM]. Em 89 eu criei o TAMTAM, em 90 eu já estava criando a ONG, e eu fui falar com o prefeito. Falei para ele assim: “Por que eu estou querendo fazer uma ONG? Porque eu sei como é que é partido, quando mudar vão destruir”. Entendeu? E ele foi o primeiro a falar assim: “Você está certíssimo, te dou todo o apoio”. Então reuniu-se um grupo, tinha familiares, amigos meus, e montei. Ficou parada lá. E dito e feito, quando acabou, é congelar...

G: Vocês ficaram sem o espaço também?

R: Sem nada! Fui fazer em uma escola na ponta da praia, uma escola que me emprestou lá o espaço, entendeu? Então eu não podia atender, não podia sentar com ninguém; nós podíamos ter o lado conceitual, né?

Como nós fizemos, daí nós criamos ‘a cidade essencial’, e fizemos em um SESC, que é um lugar de referência, de bons teatros, com bons acontecimentos, né? Muito nobre, em uma região nobre, tinha que ser lá. Eu fui para lá e montamos. Bom, a minha mesa da ‘cidade essencial’ era arquiteto, polícia... entendeu? Só

essas figuras, entendeu? Uma mesa assim, e aí no dia seguinte, fiz um debate em cima de saúde mental, só com médicos, só com caras que estavam trabalhando no período, entendeu? De propósito mesmo. Turma antiga com turma nova.

Trouxe todos os quadros do Franco da Rocha para exposição, Juqueri, montei uma sala de sessões de cinema, todos sobre a loucura; peça teatral só sobre loucura, e tal; e depois no último dia, um fórum onde somente jovens, escoteiros... Só jovens podiam falar, e os vereadores foram convidados e não podiam abrir a boca, entendeu? 'A Cidade Essencial'.

Aí fiz o segundo, 'Cidade Essencial' na Universidade Católica de Santos. Trouxe aquele psiquiatra, que é falecido agora, não vou lembrar; a faculdade pagou a vinda do cara, foi lançamento de livro sobre loucura, não sei o que e tal... Então a gente passou a ser uma coisa incomodativa, eu não tinha o usuário, o atendente, mas eu tinha o atendente na cidade, uma visão de saúde mental para a cidade e não só pra quem estava dentro do hospício.

Fizemos a terceira: 'Ecologia Mental', em cima do livro do Guattari.

Fizemos de novo 'Saúde Mental e Cultura', a gente foi fazendo.

E isso foi criando uma estrutura por trás de: "Nossa, esses caras são chatos". Entendeu? Até conseguir um novo espaço, e aí sim começar atendendo uma, atendendo duas... Voluntários e tal.

Até hoje a gente não tem verba pública, tem esse espaço aqui que é uma parceria com a 'cultura', com a Secretaria de Cultura, que era um espaço morto. Nesse espaço não acontecia nada, eu só pus um tapume ali na frente e aconteceu tudo isso, tá certo?

Então fui ficando, fui propondo coisas para a cidade. Porque o importante aqui não são as 180, 190, 200 pessoas que eu atendo aqui não, entendeu? Eu atendo a cidade. Porque é uma referência para a cidade, entendeu? "Onde você vai?", "Ah, vou no TAMTAM".

Essa semana vai ter aqui um sarau com músicas, é um artista da cidade, isso é uma referência, trazer artistas de Santos que estão fazendo um determinado trabalho, e vai ser aberto à população, então isso é importante. Eu trago, de repente, um bate papo com o Paulo Betti.

Isso tudo é saúde mental. Entendeu? Saúde mental não é aquele momento que você dá o remédio. Mas é essa coisa da felicidade mental, você poder provocar vidas, você provocar sentidos para as pessoas, então esse é o grande lance. Então aí a coisa começa a funcionar. Você tem encontros em todos os lugares da cidade, com palestras grande, com palestras pequenas, a gente vai para cá, a gente vai para lá, entendeu? Tem uma circulação muito grande, e é, hoje, uma referência.

Por exemplo, os nossos projetos, quando se fala em verba, eles não passam; porque eles não passam? Fica uma briga lá dentro, por quê? O de criança, eles querem o seguinte: que a gente atenda só as pessoas do bairro, vai vendo. "Vocês estão na cidade, e só podem atender pessoas do bairro". "Ah, mas que tipo que vocês atendem?". Então tem que ser só o 'esquizado', ou só o surdo, ou só o mudo. Porque eu não posso atender todos? Então aí não vem a verba do 'social'. Aí eu

vou na 'saúde'. Pedir a verba na 'saúde'. Aí vem: "Ah, então tá bom, quantos psicólogos tem? Quantos médicos tem? Quantos enfermeiros tem?". Eu digo: "nenhum". Mas tem! A Claudia é psicóloga, a Thays é psicóloga... Mas não me interessa! Não é isso que está fazendo o trabalho, não é esse título, é outra coisa. Eu tenho vários médicos, não tem um. Tem tudo, tem dentista... Moleque aqui não tem dor de dente; se tiver eu telefono na hora, no dia seguinte já está sendo atendido. Tem pessoas que estão ligadas, entendeu? Eu tenho todos, não tem um, tenho todos. Mas eles querem um que assine, querem um responsável, senão a verba não sai. Então eu só tomo, bicho, não ganho um puto.

Ai, para não dizer que eu não tenho verba, agora é vereador que me dá a verba parlamentar; que ele dá para quem ele quer. Já ganhei duas vezes. Agora está para sair uma grande que a Cláudia está fazendo o impossível. E cadê o processo? Um vereador que nos deu a verba dele toda! E isso deve ter mexido lá dentro pra caramba. Porque a verba dele toda é grande. Vai me fazer ficar aqui, legal, por uns 10 meses. Um trabalho assim: um banner desse aí "que bacana, hein, que legal", então, o dono da firma é meu amigo. Papelada? É uma gráfica, o dono é meu amigo. Tudo que eu preciso me dá de graça. Então o que a gente tem, na verdade, é esse laço enorme com a cidade; que me dá a possibilidade de fazer as coisas sem gastar muito. Mas tem horas que, por exemplo, não tem jeito. Nós fizemos agora o lançamento de uma exposição. Foi uma vereadora que deu todo o coquetel. Fiquei até com vergonha, porque a mulher me mandou uma caixa de vinho de 50 pau cada garrafa. Então isso tudo são conquistas, cara. Eu estou há 25 anos na rua, que tem o TAMTAM. Então você chega em um lugar, você é recebido "o Renato falou tá falado". Eu já fui na câmara dos vereadores; toda segunda-feira você pode ir lá fazer uma queixa, cinco minutos de fala; já fui! E todo mundo aplaude de pé. Eu quero dinheiro porque senão o que eu vou fazer? Jogar tudo fora?

(Passa uma menina com anorexia pela sala)

E aí é aparente o lance de que estão todos bem, é aparente. Essa menina tem problema psiquiátrico pesado, você viu o tamanho dela? Toda hora vai para o hospital das clínicas. Ela se acha duas vezes ela. Então, aparentemente. E as famílias? Essa semana foi ali fora; veio uma mãe. Uma hora e meia de conversa. E ela falou "poxa, não sei porque eu não vim falar com você antes". E outra coisa, de graça. Porque ela paga uma puta grana para um psicólogo.

Entendeu? Então, isso é saúde mental. Saúde mental não é aquela coisa que você pega o cara que está babando. Ai já é outra coisa, aí já é um conjunto de coisas. Aí você tem saúde mental, você tem desemprego, você tem a droga, você tem uma porrada de coisas, não é uma coisa só; as pessoas confundem. Você que falou que já veio aqui, já?

G: Sim, vim em 2013.

R: Você conheceu o R*? Poxa, uma menina levou ele para casa... Aquela coisa de 'bonitinho', 'bacaninha' e tal... Só que agora ele se apaixonou. E aí? "Tu vai segurar a onda, nega?", então, ai não serve, porque é doente. Mas quem levou para casa não fui eu, foi você que levou pra casa, foi você que abraçou, foi você que isso, foi você que aquilo, e agora? Faz o que?

Teve um que pulou do décimo andar, um com paralisia. O cara chegou a ser o máximo, conseguiu formar, ser jornalista e ser da televisão, esporte paraolímpico. Ele dizia "eu dei tudo que a minha mãe quis", tudo. O médico dele, desde criança, dizia para ele "não precisa pegar lápis", ele não pegava, "porque no futuro você vai trabalhar com computador". Então, ele não aguentou, sabe o que ele falava para mim, eu trouxe ele para fazer uma palestra. Ele dizia assim para o pessoal todo: "Não é matar um leão por dia, o maior pepino é aguentar as antas por dia". Todo mundo vem falar F*, você é maravilhoso, você é lindo, fala bem, aquela coisa toda e tal. Ai você fala assim pra pessoa: "Está afim de dormir comigo?", "Não". Vai vendo. Bonitinho, bonitinho, bonitinho; mas não quer dormir comigo. Entendeu? Então parece que não tem, você está entendendo? Então cara, a coisa é grande.

Quando a gente amplia um hospício, cara, a gente passa a ser da cidade; tipo esse projeto da 'Cidade Essencial'.

G: Foi um projeto, mesmo, para provocar, né?

R: Claro, foi uma coisa para fazer as pessoas sentirem responsáveis. Eu pus polícia. Polícia civil, polícia da cidade, eu pus arquiteto, eu pus engenheiro, eu pus advogados, juristas, eu pus uma mesa que era gigante, entendeu? Comprometendo as pessoas com a cidade, entendeu?

E aí, "opa, nós estamos sendo chamados". Chamados para uma ponte que caiu. Estamos sendo chamados e não é para arrumar, sei lá, o bandido que fugiu da cadeia. Né? "Opa, olha o tema, olha o que eles estão perguntando, olha o que eles estão provocando". Qual é a sua responsabilidade, o que você é dentro de uma cidade que se deseja o essencial? O que você é? Isso foi fantástico, isso foi uma bomba.

G: Isso foi no início dos anos 90?

R: Não, isso foi em 97, 98, 99.

ME: Qual foi a repercussão?

R: Foi ótimo! Por exemplo, agora a gente vai fazer a 'Semana do Cuidar'. A semana do cuidar tem tudo; vem filósofo falar, tem filme... Já é a segunda ou terceira vez que a gente faz a 'Semana do Cuidar'. A gente faz essas promoções malucas de tempos em tempos. O 'E ai, Beleza?'. O 'E ai, Beleza?' é uma coisa fantástica. Tem gente com perna, sem perna, feio, gordo, magro, todos os tipos, lindos, maravilhosos. Aqui fica uma concepção enorme, as pessoas fazem roupas. Butiques entram nessa brincadeira, butiques da cidade. Também entrou um clube maravilhoso, entendeu? Pô, na penúltima o Neymar desfilou, Ganso desfilou.

G: A gente viu as fotos.

ME: E isso envolve as famílias, né?

R: Lógico. Tem as mães, pô, as famílias estão sempre presentes. Na minha associação tem família que é secretária, que é tesoureira, imagina, tem que estar sempre junto. Até porque eles são mais loucos do que os loucos. Tem que misturar tudo. Porque normalmente o que você vê é o seguinte: a pessoa que está lá na

'piração', geralmente é o depositário de uma loucura, né? É um ímã, né? De várias coisas. Aí sente diferente, responde diferente. Então tem tudo isso, tem que ter essa visão clara da coisa.

No hospício, então, isso era muito claro. Quando eu trazia as famílias, quando a gente ia procurar as famílias, a gente tomava um susto. Tinha caso que o pessoal falava: "Ah, mas aqui é isso, aqui é aquilo". Eu dizia "olha, isso é porque você não viu na casa dele, é dez vezes pior". É uma loucura, eu estava em um hospício. Uma coisa doida, então para mim fica claro.

Eu não vou chamar de louco, mas o que traz a loucura e os loucos. Os loucos é que vêm atrás. Você é somente um porta-bandeira. Você é o que sinaliza. Então até isso, essa forma de desmonte da palavra e dos saberes é muito importante.

Uma vez veio uma mulher muito famosa, uma psiquiatra que chama-se Ana Pitta, ela está na Bahia agora. Ficou muito tempo no hospital das clínicas, e tal. Ana Pitta. Ela veio visitar o projeto. E eu não sabia que ele era a Ana Pitta. Ela entrou na hora do almoço e disse "ah, eu vim conhecer", ficamos conversando e ela disse "deixa eu me apresentar, eu sou Ana Pitta", ai eu reconheci, ela disse "cara, você falou tudo perfeito, cara, impressionante cara, deixa eu falar uma coisa pra você: eu estou acostumada a ver tudo que é instituição por ai, por que você acha que dá certo?"; ai eu pensei e disse "já sei! A minha equipe é marginal" que eram psicólogas, doze psicólogas que iam ser mandadas embora, porque achavam que elas não concordavam com a intervenção, com o novo sistema. Então eu trabalho com os loucos: marginais. Com doze marginalizadas. E eu não sou médico, sou artista, então também sou marginal, então por isso que dá certo. E ela começou a rir e disse "é isso mesmo". Minha equipe é marginalizada, encontramos uma outra referência de hospital, para uma outra forma de ver o hospital. Elas que vieram assim, elas tinham muitos anos de prefeitura, tomaram um susto; foram julgadas, o PT tem essas coisas; elas foram julgadas como sendo contra a reforma. Eu falei assim "cara, meu trabalho está ficando grande; eu não tenho equipe, eu posso ficar com elas?"; ai o cara falou assim "azar teu, pode".

Então eu levei elas para um banheiro, tranquei e falei para elas: "O trabalho aqui é assim, eu trabalho dessa forma, então agora quem não quiser pode abrir a porta e ir embora, mas eu trabalho assim; se eu pegar alguém aqui dizendo que não pode, que não sei o que lá; tá fora, porque não é isso que a gente está querendo fazer. Eu estou querendo trabalhar em cima da questão do desejo das pessoas. Para reconstruir o que foi queimado dessas pessoas. É outro papo". Então elas toparam. Todas toparam. E depois, o mais engraçado, depois de todos os anos, o que aconteceu? Elas que ficaram todas de chefe de CAPS.

E aí, no final de tudo o que vai acontecer? Você vai entregar um livro?

G: Uma dissertação. Contar esse lance da história, antes da modernidade...

R: E nisso você faz a interface com a arquitetura?

G: O tempo todo, na verdade. E no final eu vou fazer uns estudos de caso contemporâneos. Que no caso seria o trabalho atual do TAMTAM; um grupo também lá de Uberlândia que eles usam a experiência da 'deriva' como prática terapêutica. 'Deriva' dos situacionistas e tal; eles levam os pacientes para andar

pela cidade... Resolvi também estudar isso... De andar pela cidade a vivenciando, para o tipo de pessoa que vive trancada em casa...

R: Então, era isso que eu estava falando para você... Eu acho que essa coisa de "tem que ter isso, tem que ter aquilo outro" é complicado nesse sentido. Porque cada lugar tem uma cultura. Qual é o tipo de pessoa que você está atendendo? Por exemplo, aqui agora, que você acabou de ver, é todo mundo junto, não tem essa coisa de separar. Aqui você vê Síndrome de Down, aqui você vê uma que é surda, aqui você vê uma série de outras coisas; saúde mental; então são várias coisas aparecendo aqui. Nesse momento tem um menino Síndrome de Down com Saúde Mental. A outra é só Síndrome de Down, a outra é só surda. E todos estão juntos. Então é isso, você tem essas coisas... O R* mistura essas duas coisas. Tem um quadro complicado de aceitação, de não sei que lá, família, tudo isso... E agora a paixão, que é o pior!

G: E, assim, eu tento ver tudo isso do ponto de vista do espaço, também né. Que para tudo isso que acontece aqui o espaço é muito importante.

R: Se você olhar bem, vai ver que o meu espaço é bem motivador, né? E é maravilhoso, e é uma gincana, né? E é um delírio, é uma loucura.

Eu tenho uma experiência interessante, eu trabalho muito com espaço. Eu sou formado em artes, e trabalho muito com essa questão do desenho, espaços, essas coisas; designer e tal. E faço cenários e figurinos para teatro, essas coisas; dirigindo meu grupo aqui, né? Mas, em alguns momentos, lá dentro do [Hospital] Anchieta, eu falava que o problema era todinho só de espaço. Entende? Porque estava mal distribuído, estava mal feito.

Então eu tenho um caso, por exemplo; que era um grupo que me chamou, que tinha um líder no grupo. Que perturbava muito as psicólogas, os técnicos, e era difícil, porque ele exercia uma liderança.

G: Um grupo lá no Anchieta?

R: Sim, lá no Anchieta, lá dentro. Eu falei: "Ah, legal, né? Vamos lá. Vamos ver o que está acontecendo, e tal". Aí no que eu entrei; entrei não tinha ninguém, só o pessoal técnico. Eu perguntei assim: "Ele senta onde?"; "ele senta ali". Os caras pegaram uma sala quadrada, a porta está aqui [no desenho], aqui estava a mesa de trabalho, o cara está sentado aqui, na cabeceira dessa mesa, os outros ficavam todos aqui em volta. Ele sentava em cima de um armário com as gavetas onde tinha material. Eu falei: "Poxa, mas vocês deram para ele a liderança". Pega a 'Santa Ceia'. Agora, como vamos desmontar isso? Vamos desmontar, então isso aqui leva a uma frustração. Tem que frustrar, faz parte também. Então nós mudamos isso aqui. Quando ele chegou de manhã ele tomou um susto. Não estava o lugar dele. Ficou frustrado, não quis fazer, coisa e tal; até se adaptar à situação nova. E é onde se misturava. "Não me dê cabeceira para o cara; não me dê centro para o cara". Entendeu? Então essa solução foi tirada completamente em cima disso: planejamento do ambiente. Não teve dúvida; a forma de você distribuir as coisas. Que parece que não, mas isso é fundamental! Porque isso é a forma que tem aqui dentro. A forma do rei, seus súditos. É a forma da igreja! É a forma que

a gente tem como hierarquia. Dentro de casa a gente tem isso: o pai, a mãe, o filho. Então tá dentro do cara.

G: É, eu ia usar essa palavra: esse espaço é um espaço não hierárquico.

R: É isso que a gente quebra. A gente está com um problema agora, porque a gente deixa essas mesas no cantinho para as mães do TAMTAM; e tem uma que é muito louca e que tem feito um mal enorme. Ela vem, grita; ela vai ficar pior que os outros.

G: Ela é mãe de alguém aqui?

R: Sim. Eu falei: "Gente, nós vamos ter que mudar esse local; mudar esse palco para uma coisa que ela não seja o alvo da coisa". Porque ela, provavelmente, deve ter um pepino na cabeça, né? Precisa de um psicólogo. Então temos que trocar esse local. Esse local está virando um 'pode tudo' para a turminha do TAMTAM.

E aqui dentro a gente aprende muito com tudo isso. O pessoal aprendeu muito. Por exemplo, o público que vinha; a gente sentava e estudava. Aí mudava. Por que esse público não vem aqui? Por que isso? Por que aquilo? Entendeu? A gente foi transformando o espaço. Modificando o espaço. Até ficarem uma linha que pudesse servir melhor a cidade, entendeu?

Porque barzinho tem um monte na cidade. E aí, a gente quer ser um barzinho? A gente não quer ser um barzinho, a gente quer ser uma referência. E mostrar que 'saúde mental' pode beber, 'saúde mental' pode dançar. 'Saúde Mental' não é um bando de débil mental, que tem que ficar trancafiado. É uma coisa de lazer; o lazer é uma opção, o lazer é uma coisa que eu quero me distrair, quero alimentar meu corpo. Então, muito bem, é um espaço de cultura.

Ai, hoje a gente é uma referência de jovens. Tem coisas que não tem onde ir. Dentro da política de bar e desses negócios da 'night', não sei se você sabe disso: o adolescente é o que mais 'se fode'. Por que? Porque espaço para criança tem. Para adolescente não tem, porque os caras só podem entrar depois dos dezoito anos. Deu para entender? E, geralmente, o adolescente 'está duro', não tem 'grana'. A partir de quando o cara trabalha, tem dinheiro. Então você acaba pegando uma fatia que estava abandonada. Você pode ver: ninguém vende bebida para menor de dezoito anos; não tem. E é muito engraçado. A Thays que fica no caixa da bebida. Ninguém toma, é impressionante. Vêm para se divertir mesmo. Vem para curtir. E chega uma hora que é muito engraçado, bicho. Chega uma hora que 'nego' vem pegar telefone para pai vir buscar. Em doze anos eu não tive uma briga, eu não tive droga, eu não tive nada dessas coisas eu você pode imaginar nos lugares, entendeu? Então isso é muito importante.

O que o cara leva? Porque não é só o dançar com uma banda legal, ou uma pecinha teatral que a gente faz no meio; tem uma outra simbologia, tem uma outra coisa. O que você constrói nesse cara? Fazer o bem? É cafona? O que você está construindo?

Eu tive aqui um dia que para mim foi complicadíssimo. Chorei até. Um cara que veio aí, dentista. "E ai, professor, lembra de mim?", um cara formado na USP. Quando chegou ali na porta ele falou assim para mim: "Eu tenho um consultório

em São Paulo na avenida Angélica e tenho um outro aqui na favela no Guarujá". Ai eu falei: "Nossa, que loucura; você tem um consultório na favela no Guarujá...", ai ele olhou na minha cara e disse assim: "Um cara que foi teu aluno não pode pensar dessa forma?", poxa, tomei um susto, cara. Então você vê isso: o que fica na pessoa. Meu aluno do colegial, o que fica? A gente não tem essa resposta? Só com o tempo. É louco isso, isso é muito importante.

Então, esse pessoal que vem aqui. O que fica? O que leva? O que é que você conseguiu naqueles curtos minutos? Porque aqui é assim: começa às 22h e termina às duas horas da manhã. Não tem essa coisa de ficar a madrugada toda. Então esse momento, o que esse pequeno momento, esse pequeno encontro, ele provocou? O que ele criou de sentido nas pessoas? O que ele levou? Como, de alguma forma ele bagunçou a pessoa? A gente é um provocador de vida, né? É uma coisa fantástica. Então isso para mim, tudo é saúde mental. Se um dia foi dentro do hospício, hoje eu posso dizer que a gente faz um trabalho de Saúde Mental. Somos trabalhadores em Saúde Mental. É o coletivo. No ônibus, nas nossas peças teatrais, nas nossas formações; em todos os locais que a gente possa estar falando, estar provocando, criar sentidos e estar fazendo. A gente pode fazer uma peça, uma peça belíssima, maravilhosa, mas você pode estar certo que, nas entrelinhas, a gente está falando, certo? Você está mexendo, você está cutucando. Na forma de recepcionar as pessoas você está falando. E é isso que a gente faz aqui, quando eu vou formar equipes para trabalhar comigo, é isso que eu quero, entendeu? Que a pessoa entenda que um "bom dia", um "boa tarde", em uma troca de balas, você está fazendo saúde mental. Entenda isso; essa recuperação das palavras, a recuperação dos sentidos das pessoas.

Eu tenho uma aula de literatura nas segundas-feiras. Duas mulheres que vêm aqui. Meu, lotado. Eu ganhei do governo mais de quinhentos livros, hoje já estamos com mais de três mil livros. E elas falam de tudo, qualquer tema. Porque eu falo assim: "Não existe tema para criança e tema para adulto, cada um carrega do seu tamanho". Não preciso ter 'livro para criança, livro para adolescente e livro para adulto'. A criança vai ler do tamanho dela, o adolescente vai ler do tamanho dele e o adulto vai ler do tamanho dele. É o mesmo. Agora, você se relacionar com o livro que é importante. É isso que é importante, lógico. Se eu der um Victor Hugo desse tamanho para uma criança; ela vai senta em cima, vai olhar gravura... Mas um dia, cara, quando aquilo voltar... Cara, aquilo ficou! Porque aí, em um outro dia, vai ter um outro sentido aquilo. Teve um sentido naquela fase, vai ter um sentido naquela outra fase. As pessoas não entendem isso, cara. Que o 'passar na mesma rua' não é passar na mesma rua. Isso é importante, isso é fundamental. Então são coisas muito simples que eu fui 'sacando' no meu trabalho. Fui sacando como era montar um trabalho de 'Saúde Mental'; como era montar um espaço de convivência, como era montar um espaço que não fosse preconceituoso, que não fosse partidário; que fosse político, mas não partidário. Bom, muita gente queria que aquilo fosse símbolo do PT.

Até hoje falam: "Porque o PT fez". Não, o PT não fez. O PT me deu o espaço. Agradeço muito! Porque tem governo que fala: "Não pode fazer isso, não pode fazer aquilo". Me deixaram livre para fazer. Agradeço muito. O próprio prefeito falava: "Renato, você para mim é um cara elástico. Você tem estética, então você

pode estar em tudo quanto é lugar". E eu, naquela época, meu, fui para a secretaria de obras, secretaria de educação, secretaria de ação social, para todas elas. Então é sentar na mesa e escutar quais eram as besteiras que estavam sendo faladas que acabavam encubando, deixando o cara em um cubo. E eu falava: "Mas não dá para a escola ser dessa cor, filho. A escola precisa ser linda, bicho, não dá para você pintar dessa cor. Entendeu? A escola precisa ser uma coisa agradável; que a criança queria, que tenha honra de estudar ali". Porque se faz um lugar quadrado e cheio de salinhas, aquilo não leva a nada! O projeto tem que ser um projeto mesmo! Não pode esconder o moleque de rua! Não pode esconder! Tem que fazer ele ser grande! Por isso que ele rouba. Por isso que ele rouba um tênis bonito. Porque só tem a moda e ele não tem nenhuma ação de nada, cara. Então como a gente muda isso? "Ah, dá emprego". Não dá emprego! Porque emprego não tem valor. Emprego não tem valor.

Uma vez eu aceitei... Na época era R\$70,00 o salário mínimo... Um moleque, completou dezoito anos. A promotora falava: "A gente tem que desligar". Nunca vi isso: seu filho completou dezoito anos, você põe para fora de casa? Nunca vi isso. Então é um estágio... Se acontecesse alguma coisa é porque tinha dezoito anos. A lei ela é muito louca. Bom, então dei emprego para o moleque, setenta reais. Aí o moleque acordava cedo, ia tomar café lá na empresa, voltava... Terceiro dia de serviço: "O tio, vem cá, vamos conversar direito isso aí. Senta aí, vamos conversar direito. Setenta reais?! Todos os dias, oito horas. Você sabe quanto que eu ganho para pegar a minha bicicleta e levar (levantou a camisa) essa cocaína até a ponta da praia? Eu ganho 300 'pau'. Agora". Me fala, o que você vai falar para um bicho desse? Fala para mim. Você percebe? Não foi trabalhado o valor; não foi trabalhado nada nesse moleque, ele sempre foi um merda da vida. À margem da vida. E aí você vai dar a ele um emprego de setenta reais, quando ele vai levar cocaína todo dia até o bairro dos ricos e o cara dá para ele 300 'pau' de comissão, a bicicleta e uma arma? Porra, cara; como é que tu vai fazer um negócio desses? É louco cara, a cabeça dessas pessoas é muito louca.

Você sabe, por um acaso, quantas vezes já pararam o meu carro para revista geral da polícia? Porradas! Com aquelas armas desse tamanho. Nós não temos uma carteirinha, nada; para você ir até a favela e levar uma criança. Você não tem nada! Você não é nada, cara. Quem falou que você trabalha com isso? Você está entendendo? Se eu estiver com uma criança dessa dentro do carro, levando para uma favela, e resolverem falar que eu sou sequestrador; eu sou! Eu não tenho nada. A promotora da infância e da juventude punha o dedo na minha cara. "Não deixa a criança na rua e o caralho". Ela não te dá um cartão! E aí você é um trabalhador, com as crianças e tal... E com quê? Com a cara e com a vontade? Ah, meu, você está brincando! Está pedindo para tomar tiro. Cada vez que eu saía da favela, cara. Mas não tinha dúvida. Aqueles carros pretos: "Onde está a droga? O 'boyzinho' veio pegar a droga". E aí você fala assim: "Não, senhor, é o seguinte, eu trabalho com crianças, assim, assim, vim trazer para os pais hoje, não sei que, não sei que lá". Abriam o capô do carro, tinha uma televisão novinha que eu tinha comprado para alguma casa. "Essa televisão tem nota, é da prefeitura". Assim você passava ser conhecido, as pessoas passavam a se conhecer. Mas é um constrangimento! Às vezes eu passava de carro e ouvia: "Está precisando de alguma coisa di Renzo?", mas é ridículo, você está entendendo? E aí você é

chamado no fórum; discutir com promotor, com a 'infância e juventude'; discutir o que? A gente não tem nenhum tipo de amparo, de nada. Então é muito louco.

As coisas não mudam. Teve um dia que eu levei uma criança de rua em uma palestra. E a besta humana lá em cima resolveu falar que cada criança custava 950 'pau' para o governo. Hoje é 3 mil, né? Um preso é 7. Criança, se não me engano é 3 e 500, uma coisa assim. Naquela época erra 900. Estava do meu lado um menino, C*, falou assim: "Tio, o que ele falou que eu não entendi direito?", "Ele falou que cada criança custa para o governo mil reais", mas na hora: "Se ele me der isso eu volto para casa". Falei assim: "Levanta a mão e pede para falar". E ele foi: "Olha aqui, doutor, se o senhor me der esses mil reais aí, eu volto para a minha casa, eu moro com a minha mãe". Foi aplaudido!

Como é que o cara me fala que uma criança custa 3 'pau e meio', cara onde o salário mínimo é 700 e pouco? É muito louco, cara. Essas falas não combinam. A cadeia, do jeito que ela é, toda essa merda, tem bandido 'pra caramba' no Brasil, e o cara custa 7 'pau' dentro de uma cadeia? Tem cara que vai assaltar para ficar dentro da cadeia, está mais protegido, alimentado, toma banho de sol, faz ginástica, aprende uma profissão e o caramba a quarto.

A minha empregada, é uma negra, cara! 'Negona', bonita! Casada com um cara careca, branco. Você diz que ele é executivo. Só que o cara é 'cheirador' de cocaína da pesada. Já morreu. Cada vez que ele era preso ela falava: "Deixa ele lá que eu ganho mais com ele peso que com ele fora". Quatro filhos, ele era carteira preta! Carteira preta é a primeira carteira que tem no 'cais', certo? O cara morreu. Morreu assim: ele matando o cara e o cara matando ele. Meu, ela vai trabalhar com carro na minha casa, bicho. Ela está alugando um apartamento, está construindo para ela; a 'casinha' dela é uma casa de três andares. A filha, hoje, é dona de uma empresa de investimento; o filho montou uma empresa de limpa-vidros, a outra é psicóloga. Vai vendo, 'nego'. Vai trabalhar de carro; e é fã do Elton John que vai para qualquer lugar do mundo assistir o cara, pega o avião e vai. Trabalha na minha casa! E quanto que sobrou de 'grana'? Quanto ela ganha de pensão do 'maridinho' dela? 6 'pau' por mês. Carteira preta, era um salário de 12, 18 'pau'. Você está entendendo? Vale mais morto do que vivo. Ela, vez ou outra, fala assim: "Poxa, a melhor coisa que ele fez foi morrer". E é dada a metade para ela. Ele ganhava muito mais do que isso, porque era carteira preta, que é a principal carteira do 'cais'. Entendeu? Então tem alguma coisa que está errada, não está?

Alguma coisa está errada. E não é o louco! No louco só é depositado tudo isso. Quando a COSIPA mandou embora uma porrada de gente, eu recebi um monte de gente da COSIPA. Eles falavam assim: "O que eu vou fazer agora? Com meus filhos em escola particular? Vou falar que acabou o dinheiro, vocês vão tudo para escola pública?", e os carros? "Tenho um para cada filho!", os caras piraram. Eu tive aluno meu indo para o Anchieta, que perdeu tudo. Que o pai perdeu tudo, o cara pirou. Então é difícil.

Talvez hoje as famílias participem mais com os filhos, porque os relacionamentos estão mais abertos, têm uma convivência maior. Mas teve uma época que os pais estavam cá e os filhos estavam lá. O pai fazia isso mas o filho sabia que ele estava

buscando dinheiro sabe lá onde. Hoje, talvez, tenha uma participação maior, mais aberto. Mas teve uma época que os caras piravam mesmo, cara.

Então, o que a gente está falando é uma coisa muito séria. Isso que você está falando é uma coisa muito ampla, é uma coisa de sociedade. A gente está falando de uma coisa muito grande. Que ela extrapola, inclusive... Extrapola não, mas ela é muito maior que todas essas literaturas que nós temos, inclusive. Tem um livro do Guattari que ele fala no final: que, talvez, hoje a poesia explique muito mais que todas as ciências juntas. Poesia é a pessoa. É isso, o poema explica muito mais que qualquer ciência estudada, explica muito mais que qualquer outra sociologia estudada, entendeu? A convivência desses homens explica muito mais do que tudo isso, né? Então é por aí.

E que a gente continue estudando. Porque para mim é uma honra, sabe, estar estudando isso; estar sempre reciclando, estar sempre querendo saber mais do homem. Não tenho a esperança... Não sei se é esperança... Mas não tenho a coisa de achar que eu faço o bem. Que "Ah, é coisa divina". Nada disso, muito pelo contrário. Mas é uma forma de colocar o meu trabalho, a minha formação em prática. Eu poderia estar na minha casa pintando, fazendo um quadro com grandes artistas, ou uma peça com grandes artistas, e tal. Mas essa coisa de poder ver a arte funcionando como o veículo dessas transformações e tal, para mim 'tá do cacete'. Maravilhoso! Não sei se é o Picasso que falava isso, né? Que a arte não foi feita para decorar apartamentos. E é bem por aí que eu também acho. A arte tem que estar viva. Que funciona; no diálogo com as pessoas, com a cidade, com os contrastes todos.

Eu não estou procurando uma arte que alivie as pessoas. "Ah, isso cura. Ah, arte cura". Eu não estou procurando uma cura, entendeu? Não é isso. A cura não é isso. Assim como também não acho que a doença é a loucura. O que é doença é dor. É outra coisa, é dor. Ai a gente pode sentir dor de várias coisas. Então se você falar para mim que a tua loucura está sentindo dor; então você está com dor na loucura. Né? A loucura não é doença. Assim, por exemplo, quem está com dor de barriga, tira a dor, não tira a barriga fora. Então você não vai tirar a sua loucura e jogar no lixo. Loucura é legal, ela é provocativa, ela é sonho, ela é esperança, ela é possibilidade. Agora, ela pode ficar doente. Assim como qualquer outro órgão pode ficar doente. Posso ficar doente de amor. Então não é o amor que não presta. A dor do amor que é ruim, que eu preciso arrumar. Então doença é dor, saúde é felicidade. Então a gente trabalha com doença ou com saúde? Você tem que escolher com o que você quer trabalhar. Diga.