

MARIBEL AZEVEDO MENDES NOGUEIRA

**SAÚDE MENTAL E ARQUITETURA:
um estudo sobre o espaço e o ambiente e sua
inserção no processo terapêutico**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área de Saúde Mental.

Campinas, 20 de setembro de 2001.

Prof. Dr. Mario Eduardo C. Pereira
Orientador

CAMPINAS

2001

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

MARIBEL AZEVEDO MENDES NOGUEIRA

**SAÚDE MENTAL E ARQUITETURA:
um estudo sobre o espaço e o ambiente e sua
inserção no processo terapêutico**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Mestre em Ciências Médicas, área de concentração
Saúde Mental.*

Orientador: Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira.

CAMPINAS

2001

UNIDADE 30
Nº CHAMADA T/UNICAMP
N689s
V _____ EX _____
TOMBO BC/ 50498
PROC 16-837102
C _____ DX _____
PREÇO R\$ 11,00
DATA 21/08/02
Nº CPD _____

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

CM0017242B-0

BIB ID 252361

N689s Nogueira, Maribel Azevedo Mendes
Saúde mental e arquitetura: um estudo sobre o espaço e o ambiente e
sua inserção no processo terapêutico / Maribel Azevedo Mendes
Nogueira. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Mário Eduardo Costa Pereira
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Hospital psiquiátrico. 2. Psicanálise. 3. Psicopatologia. 4.
Loucura. I. Mário Eduardo Costa Pereira. II. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.



Ilustração: FRIDA KAHLO, *O abraço amoroso entre o universo...*

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Mario Eduardo C. Pereira

Membros:

1. Prof. Dr. Manoel Tosta Berlucchi
 2. Prof. Dr. Ernesto G. Baccara
 3. Prof. Dr. Mario Eduardo C. Pereira
-

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 20/09/2021

Aos meus pais, Edair e Maria Anália, com amor

Ao **CNPq** que me concedeu o auxílio imprescindível para a realização desta pesquisa, sem o qual sua efetivação não teria sido possível.

Ao **Prof. Dr. Mário Eduardo da Costa Pereira**, orientador que através de sua “presença silenciosa”, ensinou-me algo sobre saber escutar. E foi através deste aprendizado que pude edificar a construção desta dissertação, amparada na confiança de quem sempre acreditou ser possível a realização deste trabalho.

À banca de Exame de Qualificação nas pessoas da **Prof. ^a Dr^a Eloísa Helena Valer Celeri**, do **Prof. Dr. Nelson da Silva Junior** e do **Prof. Dr. Ernesto Giovanni Boccara** que, com seus significativos apontamentos puderam contribuir para o enriquecimento e elaboração desta dissertação.

À banca examinadora desta dissertação, nas pessoas dos professores **Dr. Ernesto Giovanni Boccara**, amigo e professor que me acompanha desde a Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, incentivando e acreditando na “beleza de ser um eterno aprendiz”. Ao **Dr. Manoel Tosta Berlinck**, pelo acolhimento neste caminho de pesquisa da Psicopatologia Fundamental, e pela possibilidade de desenvolvimento de uma amizade que se expressa através de sua generosidade em aceitar o convite para participar desta Banca examinadora.

A todos os meus amigos que me apoiaram de forma irrestrita e incondicional, estimulando-me, ajudando-me a ultrapassar os momentos de limitações, por acreditarem sempre na realização desta obra. Em especial, pela proximidade e envolvimento com este trabalho, agradeço a: **Araken Martinho, Cenise Lomonti Vicenti, Cláudia Fúria, Fernando Chacra, Flávio Gordon José Carlos Silva, Joyce Gonçalves Freire, Juares Soares Costa, Luciana Lujan, Marcia Amaral, Maria José Nogueira, Regina Marotti, Verônica Paternost, William Valentini.**

A colega e amiga de sempre arquiteta **Esther Cervini**, pessoa com quem compartilhei todos os momentos da construção deste trabalho digo que: “a amizade sincera, é um santo remédio, é um abrigo seguro”.

Aos professores **Claudete Ribeiro, Ethiene Samain, Marco do Valle, Neide Marcondes, Paulo Dalgallarondo** que puderam de alguma forma contribuir com seus conhecimentos para o enriquecimento deste trabalho.

Aos colegas do **Laboratório de Psicopatologia Fundamental (Campinas)**, pelo acolhimento durante o percurso da construção dessa pesquisa.

A amiga **Dr^a Ana Maria C. Müller** pelo acolhimento em sua equipe de trabalho e por ter me proporcionado um generoso espaço para reflexão de tudo o que é humano.

Ao **Prof. Dr.* Gastão Wagner Sousa Campos**, que tem me acolhido com amizade em sua equipe de trabalho, proporcionando-me espaço para a realização e reflexão de uma Arquitetura aplicada à área da Saúde. Foi também a partir destes trabalhos realizados que pude me inspirar para a construção desta dissertação.

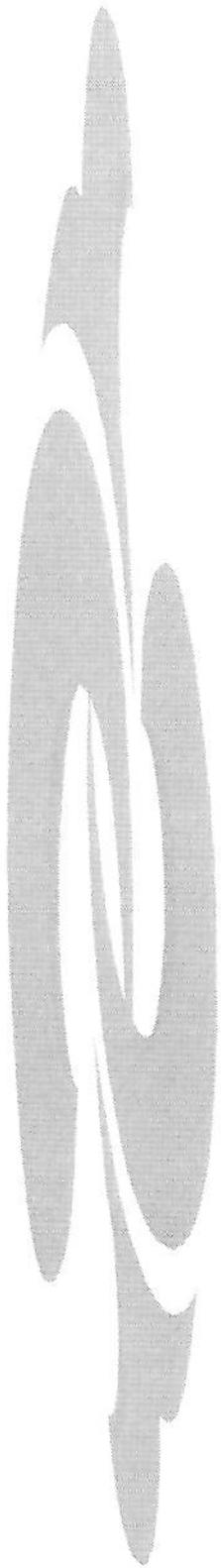
Ao **Cezar Nogueira**, companheiro e amigo, pelo apoio logístico, fundamental para que este trabalho pudesse ser realizado.

Aos meus filhos **Rafael e Mariano**, pelo aprendizado neste caminho da maternagem e por terem suportado, muitas vezes, minha ausência durante a elaboração deste trabalho.

Ao sempre amigo **José Gabriel da Costa**, agradeço o amparo que se realiza através de seu amor, dando-me sempre a inspiração necessária para que este trabalho pudesse se tornar realidade.

	<i>Pág.</i>
RESUMO	xv
INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 1: HISTÓRIA DOS ESPAÇOS DA LOUCURA	33
1.1. A “Nau dos loucos”	35
1.2. Os Asilos e os hospícios.....	36
1.3. O hospital é como uma “máquina de curar”	38
<i>O espaço terapêutico proposto por Pinel</i>	44
<i>O espaço terapêutico proposto por Esquirol</i>	46
O espaço terapêutico proposto por Tuke.....	50
1.4. O “século dos manicômios”	53
<i>O espaço da mente formulado por Freud</i>	59
1.5. O movimento antimanicômial.....	64
1.6. As instituições psiquiátricas no século XX.....	69
<i>As comunidades terapêuticas</i>	70
<i>A antipsiquiatria</i>	72

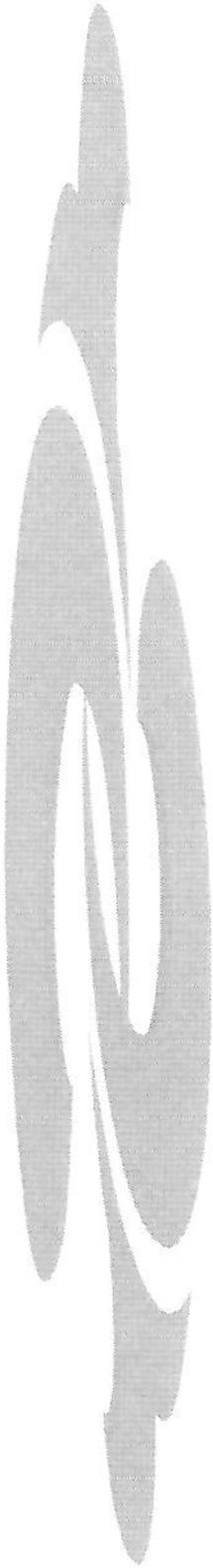
CAPÍTULO 2: APRESENTAÇÃO DOS EPISÓDIOS.....	77
2.1. Episódio 1: ...”Talvez Francisca Miranda”	79
2.2. Episódio 2 : Vinícios, um adolescente.....	90
CAPÍTULO 3: UMA POSSÍVEL ABORDAGEM PSICANALÍTICA DA ARQUITETURA APLICÁVEL À SAÚDE MENTAL.....	99
3.1. Arquitetura e <i>pathos</i>	106
3.2. Arquitetura e “espaço vivido”	110
3.3. Arquitetura e corpo.....	113
3.4. Apontamentos sobre a teoria de Winnicott: um caminho para se pensar a arquitetura em saúde mental.....	116
CONCLUSÃO.....	123
SUMMARY.....	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
ANEXO.....	145



RESUMO

O presente estudo busca demonstrar que, entre as disciplinas Saúde Mental e Arquitetura existe uma profunda ligação e que, do estudo de suas inter-relações, decorrem conseqüências decisivas para a prática clínica. Trilhando o caminho metodológico da pesquisa do tipo exploratória, é realizada uma revisão histórica dos espaços destinados à loucura e são apresentados dois episódios que permitem melhor visualizar os problemas que se colocam na interface das duas disciplinas. O referencial teórico escolhido para a análise das questões espaço e ambiente que emergiram da revisão histórica e dos episódios foram o enfoque psicanalítico em suas vertentes freudiana e winnicottiana.

O tema Saúde Mental e arquitetura relacionada ao processo terapêutico acabam por conduzir a uma reflexão sobre a importância do *abrigo* na existência humana, envolvendo o ser na dimensão do *pathos*, palavra grega que designa ao mesmo tempo sofrimento, paixão, passividade. Neste sentido, este estudo vem demonstrar que espaço e ambiente constituem-se em uma linguagem específica que permite a própria narrativa desse *pathos*.



INTRODUÇÃO

A incursão do arquiteto como profissional na área de saúde é recente, praticamente a partir do início do século XX. Os projetos dirigidos à área hospitalar começaram a ser elaborados por este profissional na medida em que se reconheceu que não só o hospital é um objeto complexo, mas, também é complexo o ser humano que nele vem habitar, tanto em caráter temporário como de forma permanente, a exemplo dos hospitais psiquiátricos.

Encontramos na literatura um número significativo de trabalhos dedicados ao estudo do hospital, publicados principalmente pela *Organização Mundial da Saúde* e *Organização Panamericana da Saúde*, na segunda década do século XX, atribuindo-lhe apenas o papel de um edifício que abriga funções médico-terapêuticas e, neste sentido, a terapêutica torna-se uma qualidade atribuída a este tipo de edifício. Raros são os trabalhos encontrados na literatura que estudam a influência específica que o espaço arquitetônico tem sobre o processo terapêutico dedicado a pacientes. Assim sendo, nosso propósito será o de melhor compreender a complexidade desse edifício no sentido de integrar dois aspectos fundamentais: técnicas terapêuticas e indivíduos em sofrimento. Faz-se então necessário um estudo aprofundado sobre os sujeitos que vêm habitar este espaço.

A obra arquitetônica é legitimada a partir da possibilidade do habitar, mas, para compreendê-la, é preciso não se perder de vista que o homem não só habita um lugar físico, como habita na dor. No edifício hospitalar, este habitar assume características peculiares, se levarmos em conta que estas construções constituem-se em abrigo para os indivíduos que se encontram em momento de crise e sofrimento, em que a dor torna-se explícita. Podemos até ousadamente denominá-los “edifícios da dor”, pois basicamente são destinados à dimensão pática da humanidade.

A dor, em seu fundamento, pertence à instância do inominável, por isso recebe um número grande de denominações abrangendo tanto aspectos físicos do indivíduo - como, por exemplo, a dor muscular crônica - quanto os fenômenos próprios do psiquismo humano - como a angústia, sendo estes dois aspectos indissociáveis. Pensando o ser humano a partir da dor, ou seja, a dor como um dos fundamentos da existência humana, poderemos indagar: existe alguma dor primordial da existência? Como uma primeira resposta em nossa pesquisa, que teve seu início em um trabalho profissional de campo,

encontramos o tema da dor relacionado ao *estado de desamparo*, tema este pertinente às duas disciplinas, saúde mental e arquitetura.

Relativo à disciplina de saúde mental, especificamente à abordagem psicanalítica, encontramos inicialmente em FREUD uma extensa elaboração sobre o tema do *desamparo*. Diz o autor que o termo, quando aplicado ao início da vida do ser humano, vem explicitar o estado de dependência absoluta do recém-nascido para com o adulto que dele se ocupa no que diz respeito à satisfação de suas necessidades vitais. Porém, quando este termo é empregado em referência à fase adulta do ser humano, expressa o sentimento de um estado de total falta de garantias do funcionamento psíquico, que o homem terá de enfrentar quando se livrar de todas as “ilusões protetoras” que tenha criado para si mesmo.

Posteriormente, encontramos na teoria de WINNICOTT uma outra possibilidade de abordagem do tema do *desamparo*, através do conceito de *holding* ou sustentação. Para o autor, o ser humano nasce em uma condição de total dependência, necessitando da mãe “suficientemente boa” para que a continuidade de sua existência não seja ameaçada. A mãe “suficientemente boa” constitui o ambiente em que se dá o existir do recém nascido. Estando este em estado de fusão com ela, nesse momento não existe ainda a noção de espaço, apenas ambiente. Veremos que espaço e ambiente não significam a mesma coisa e ao longo deste trabalho esta distinção será construída.

Apesar de Winnicott não abordar diretamente o tema do desamparo, poderemos atribuir às falhas do ambiente, ou seja, falhas no processo de sustentação ou *holding*, no qual a mãe falha por incapacidade de interpretar as necessidades do bebê, um sentido de desamparo, pois, em última instância elas estão intimamente relacionadas ao início da formação de um falso *self* e também a base etiológica das psicopatologias.

A partir destas duas abordagens, é possível estabelecermos uma primeira relação entre arquitetura e psicanálise. Em uma perspectiva freudiana, poderemos formular que a obra arquitetônica pode ser um meio, ou recurso, para a realização de uma construção que vem ao encontro da necessidade primordial, de amparo, no sentido de proteção. A esta construção poderemos nomear de abrigo. Somente após estar protegido do frio, da chuva, do calor, é que o ser humano poderá ser conduzido a um sentimento de

abrigo que ultrapasse os limites da materialidade, permitindo que este ser habite outros espaços como, por exemplo, os de seu próprio mundo interior. Do ponto de vista da teoria winnicottiana, as psicopatologias são expressões de falhas do ambiente inicial, constituindo-se em defesas contra o estado de desintegração. A questão ambiental é à base desta teoria. Então, o tratamento e a cura dar-se-ão a partir da reconstituição deste ambiente inicial, em que o indivíduo, por meio da regressão, poderá reviver o momento em que ocorreu a falha ambiental, alcançando assim uma nova possibilidade de integração. Dentro desta abordagem, a relação da arquitetura, como ordenação de espaço e formação de ambiente, aparece diretamente ligada à questão psicopatológica.

Na realização de um trabalho de investigação científica, o pesquisador deve buscar sistematizar as etapas de seu estudo, para que essa organização se torne clara, assim como a apresentação de seu objeto de pesquisa. Esta dissertação de mestrado, tecendo o caminho metodológico da pesquisa do tipo exploratória, tem, em sua essência, uma história própria como sujeito e como pesquisadora, com o desejo de unificá-las. A impessoalidade verbal da pesquisadora passa para o lugar da primeira pessoa.

Em relação ao prisma que se dirige para o lado pesquisadora, posso dizer que iniciei meu trabalho de investigação sobre a relação que o humano estabelece com o lugar em que vive ao escolher o curso de Arquitetura e Urbanismo. Também os espaços das instituições de exclusão que pude conhecer durante o período de minha infância e adolescência estiveram sempre presentes em minha lembrança, associado ao sofrimento humano.

Após concluir a faculdade, meu primeiro trabalho já como arquiteta realizou-se em uma instituição hospitalar. Acreditava que a possibilidade de atuação dentro de um trabalho de caráter social mais abrangente, como um hospital, permitir-me-ia um aprofundamento sobre as questões que envolvem diretamente problemas da arquitetura, como, por exemplo, o espaço e a espacialidade na relação com o humano. Talvez um dos grandes esquecidos da arquitetura tenha sido o próprio homem, e esta era uma questão que, desde o início de minha vida como profissional da saúde, me chamou à atenção.

Minha trajetória profissional dentro de instituições de saúde possibilitou-me chegar mais tarde a uma instituição manicômial, lugar onde toda esta experiência pessoal de vida, relacionada às instituições de exclusão, pôde ser atualizada e transformada nesta pesquisa. Buscando compreender um pouco mais essas inquietações, unem-se, no presente trabalho, a pessoa e a pesquisadora diante dos novos questionamentos que surgiram nesta fase de trabalho profissional dentro da instituição manicômial.

Esta configuração de vida produziu, em mim, o sentimento de um *lugar* em que pude ocupar uma *posição*: o do estrangeiro. Este termo, para FREUD, significa o “estranho familiar”, que torna as situações vividas e compartilhadas tão distantes quanto próximas. Quanto a mim, familiar no sentido de uma vivência pessoal e estranha enquanto postura do olhar de uma pesquisadora. O estrangeiro foi o ponto, a “justa distância” para utilizar a expressão de Pierre Fédida, em que pude me situar como pesquisadora para o desenvolvimento desta dissertação.

* * *

Um dia, quando me encontrava em uma pequena sala, no fundo de um solário, dei-me conta de que estava diante de reflexões sobre como abordar aquele estranho lugar, o manicômio. Esta pequena sala era meu ateliê de trabalho, instalado dentro do espaço institucional. Era freqüentado por pacientes-moradores e outras pessoas pertencentes à comunidade local. A possibilidade de estar dentro do manicômio permitiu a mim uma observação em campo, uma epistemologia em ação.

Durante algum tempo, alimentei a postura de um antropólogo, acreditando que o arquiteto vai a campo também para uma observação antropológica. Mas logo verifiquei que há algo mais a ser olhado para além da observação antropológica.

Havia trabalhado alguns anos como arquiteta em instituições de saúde. Observei nascimentos, dores e mortes. Enfim, situações que amparam e desamparam o ser humano no ambiente institucional. Tornou-se, daí, inevitável perguntar-me:

_ Como, quando e de que maneira intervir no espaço arquitetônico para melhor abrigar os percursos da vida? Como abordar a necessidade do abrigo e do amparo, inerente ao homem? E como escutar o sofrimento humano?

Intervir no espaço físico de uma instituição manicômial não é uma tarefa muito fácil para um arquiteto, pois como veremos, a abrangência de uma intervenção física demonstrou ter repercussões profundas na vida das pessoas que, de alguma forma, habitam a instituição.

Para refletir sobre estas questões, reportei-me à psicanálise, pois encontrei na obra de Freud e, posteriormente, na de Winnicott, uma extensa elaboração da noção de desamparo. Noção que vem depositar no arquiteto certa responsabilidade e, também, alguns limites. “Sentir-se amparado” é uma questão que vai além de uma fisicalidade, ou seja, é algo que tem existência não só na materialidade do objeto que pode abrigar, mas, antes de tudo, uma construção que provém da subjetividade.

Durante os dias em que pude permanecer trabalhando no manicômio, observei atentamente aquele cotidiano que me impunha, contundentemente, o Outro. Ao mesmo tempo em que eu tinha a sensação de ser um estrangeiro naquele lugar, sentia também o oposto, ou seja, uma familiaridade intrigante. Tal condição de estrangeiro, do meu olhar estrangeiro, possibilitou-me uma percepção atenta dos detalhes, dos fragmentos. Este sentimento levou-me a pensar no significado do estranho que, segundo FREUD, pode ser tomado no sentido do “Outro, o desconhecido, o estrangeiro” e, também, no sentido do “familiar e conhecido”.

O estranho, quanto a mim na posição de arquiteta, é uma espécie de métrica. É a justa distância em que posso situar-me para conhecer algo enigmático, intraduzível. Esta medida exata, para o arquiteto, é comparável aos sintomas para o analista: ponto inicial do trabalho a ser desenvolvido.

Percorria aquele espaço observando a rigidez de sua estrutura, traduzida por grandes pilares e vigas, porões e torres, pé-direito alto, portas e janelas imensas e entreabertas. Esta escala, quase monumental, dizia-me que, talvez, aquele lugar tivesse

sido construído para ser habitado por gigantes, fantasmas, fadas e bruxas, como nos contos de fadas de nossa infância. O clima, ou ambiente, era engendrado por uma certa opacidade no ar, por uma luz que penetrava através das frestas das venezianas e que era absorvida pelo cinza das paredes. Tudo parecia cinzas. Havia também alguns cheiros indefinidos, que se misturavam com grunhidos de gente e latidos de cachorros amigos. Os habitantes daquele lugar faziam uso do concreto do chão como suas esteiras de sol e, assim, estabelecia-se uma grande “praia de nada”, sem areia e sem mar, existente apenas na imaginação. O que era real traduzia-se em jabuticabeiras, com suas muitas jabuticabas, e em bancos ásperos que não faziam continência a nenhum corpo, esvaziados, gélidos e solitários ao vento de um imenso jardim-pomar.

Olhava aquele cotidiano habitado e vivido por pessoas, cujo sentido de realidade fazia-me questionar o meu o olhar; sugerindo infinitas interrogações. Com isso, iniciou-se um processo perceptivo de que o olhar é algo que vai além de uma fisiologia, porque olhar não é apenas ver; é observar, é se deter e se aplicar a um elemento, é perceber detalhes, é capturar e ser capturado por um fragmento. Olhar pode significar “estar atento”¹ a algo, que ROLAND BARTHES qualifica como a “Intratável Realidade” (1984, p.75). Barthes me fez perceber que o olhar tem uma arquitetura porque é organizador, interage com o que está sendo olhado, além de ser singular no que tange à subjetividade de quem olha.

Na época da experiência no manicômio, deparei-me com o seguinte problema: como realizar a pesquisa em campo? De fato, aquele trabalho era estrangeiro para mim, na mesma proporção em que me sentia uma estrangeira naquele lugar. Então, como abordar a nova e intratável realidade?

Ao pensar nessa aproximação com o usuário do espaço, comparo esta situação com a de outros projetos. A exemplo dos que se referem a residências particulares, a percepção do pathos é obtida diretamente na escuta dos habitantes da casa. É possível perceber como o sujeito está instalado no mundo através da observação de como se dá a espacialidade dos indivíduos entre si, percebida pela verbalização no seu

¹“Estar atento” tem para mim um sentido equivalente à “atenção flutuante” de que nos fala Freud.

ideal de casa, nos fragmentos de suas histórias pessoais e na organização do lugar onde vivem. Seria muito estranho perguntar ao médico da família sobre as relações afetivas entre os membros da casa, como eles se relacionam com as pessoas de fora, assim como os hábitos da vida cotidiana desta família. Em última instância, a arquitetura fala, por meio da obra, desta instalação e de como este indivíduo construiu para si um sentido de abrigo. Verifico que, para uns, viabiliza-se uma verdadeira fortaleza construída com imensos blocos de pedras e, para outros, é suficiente a singela copa de uma árvore ou mesmo a cúpula celeste. Mas há “algo” que esboça essas diferenças, o que não permite ao arquiteto trabalhar com generalidades ou modelos prévios, restando apenas reconhecer particularidades, singularidades. Escutar o pathos do indivíduo faz com que o trabalho de observação do arquiteto vá além de uma pesquisa antropológica, e isto o conduzirá inevitavelmente ao campo da metapsicologia.

Assim, para que a pesquisa de campo dentro do manicômio pudesse se efetivar havia a necessidade de realizar-se uma escuta com o paciente morador. A intenção era a de conhecer o manicômio através do olhar do paciente, pois, na elaboração de projetos para as instituições de saúde, restava-me como possibilidade realizar uma meta-escuta do paciente por meio da equipe de saúde. O resultado deste processo era uma visão parcial da realidade. Mas a pergunta mantinha-se: como viabilizar tal fato?

A primeira situação diferenciada que encontrei foi a de estar trabalhando com pacientes portadores de vários tipos de psicopatologias. Em alguns casos, a verbalização era quase impossível de acontecer. Mas com alguns pacientes moradores pude realizar a escuta por meio de conversas que se deram em vários locais do manicômio. A exemplo, posso citar que o episódio de Francisca Miranda foi extraído de uma conversa com uma mulher no banco de um dos jardins deste local. Esta pessoa aproximou-se de mim atraída pela estampa florida de uma saia que eu estava vestindo naquele dia, provocando-lhe grande admiração. Na verdade, não sabemos exatamente o que em nós atrai ou afasta uma pessoa, mas de fato, no espaço manicômial, tudo poderia se tornar um motivo para qualquer coisa acontecer. Eram situações de total imprevisibilidade e surpresa.

Porém, com pacientes cuja fala estava bloqueada, eu deveria perceber uma outra forma de estabelecer a escuta. Inicialmente, passei a observar os trabalhos que eram realizados na terapia ocupacional e, por estes, percebi que a “linguagem visual” estabelecida por meio das imagens, tanto quanto a dos objetos construídos por eles – era utilizada como forma de expressão e de comunicação. As imagens e os objetos pareciam falar de uma vivência de espacialização. Um dia entrei em um dos salões e, os móveis construídos com papel estavam dispostos de forma inusitada: de ponta cabeça. Devido à altura da sala (mais ou menos 5 a 6 metros) e à escala dos objetos nela colocados, o efeito que esta ambientação produziu em mim foi a de que era eu quem estava de ponta cabeça na sala.

Com os pacientes, propus uma atividade que denominei “escuta visual”. Sugeri que eles trabalhassem em torno do tema: “o seu sentimento em relação a este lugar”. A escolha da técnica e dos materiais seria espontânea, permitindo que explorássemos a associação-livre de cada paciente-morador. Todos, sem exceção, optaram por desenhos. E, curiosamente, estes apresentavam detalhes e elementos semelhantes: tinham formas próximas às de portas, janelas, aberturas, orifícios... Não se pode ter certeza de o que eram, mas estes elementos focalizavam e enquadravam uma fração do desenho e, neste fragmento, poder-se-ia debruçar o olhar e mergulhar em sua profundidade. Talvez essas aberturas fossem um convite para se entrar nas imagens, explorar sua dimensão de invisibilidade e, ousadamente, perceber, mas não tornar visível a invisibilidade.

Algo nesses desenhos me chamava a atenção. O manicômio, na época, passava por um processo de desinstitucionalização, baseado no modelo antimanicomial. Eram inevitáveis mudanças - que pareciam querer resistir ao tempo, se olhássemos para a história da loucura - tanto no enfoque terapêutico como no espaço físico. Nesta instituição, a proposta era abrir, escancarar – se possível – as portas das monumentais edificações, com o objetivo de libertar os pacientes confinados por muitos anos. Curiosamente, isto não aconteceu de imediato à implantação da proposta. Foi uma saída gradativa que me levou a pensar no quanto uma atitude de intervenção física poderia repercutir no psiquismo dos seres humanos.

O fato de ter encontrado nas imagens, nos desenhos produzidos pelos pacientes nas atividades de terapia ocupacional, fragmentos de elementos pertinentes à arquitetura do manicômio relacionadas com a situação experimentada, trouxe-me um enigma, uma “poética” traçada nos desenhos que falavam da subjetividade de cada ser que ali vivia. Neste sentido, poderíamos pensar nesses fragmentos arquitetônicos como elementos de representações simbólicas de uma realidade psíquica, que falam dos medos diante do estranho, do novo ou, ainda, da vivência de uma terrífica abertura com riscos para um novo abandono. Estariam estes elementos falando-nos de antigos “traumas” que pudessem ser atualizados no presente através desta intervenção física espacial?

Percebia, ainda com referência aos trabalhos dos pacientes, uma invisibilidade intrigante. Algo estruturava as imagens, trazendo uma estranha estética, que se poderia chamar a “Estética do Estranho”. Esta articulava elementos desconhecidos, enigmáticos, prováveis habitantes do Inconsciente humano. Algo que se revelava no silêncio quase absoluto, tão fino, etéreo, que não se poderia apreender ou falar. Apesar de percebê-lo, escapava-me completamente a uma definição mais concreta. Era algo comparável à invisibilidade de Eros, que pode ser sentida, percebida, mas sua condição de existência reside na invisibilidade.

No espaço do manicômio, este algo invisível que não tem nome, que é da ordem do inenarrável, do indizível, do inassimilável, do inapreensível, do inclassificável, ainda assim parecia gritar, chorar, rir, reivindicar, lamentar, impor-se e retirar-se, encher-se e esvaziar-se de sentido. Estava lá, desde o tempo da existência de seus moradores comprimidos na arquitetura daquele manicômio, fundidos em cada janela, porta, pilar, viga, vidraça, frontões, sob uma ameaça latente de dobra e desdobra. A cada movimento de modificação na edificação, um risco de desarticulação dos habitantes que se encontravam fundidos naquele ambiente; mexer em qualquer elemento arquitetônico poderia equivaler a revolver o próprio corpo de cada um daqueles indivíduos, bem como na dor própria que não tem remédio: a dura e insólita dor da alma. Estava tudo ali, indivíduos, histórias e situações vividas, aderidas como um decalque naquele espaço, naquele ambiente, transformando a obra arquitetônica em uma grande e enigmática

metáfora poética que narra, através da linguagem do espaço, a história da vida de seus habitantes.

* * *

Foi no decorrer de uma prática sistemática e ininterrupta, que durou aproximadamente 16 anos dentro das instituições de saúde, que pude, *in loco*, assistir a inúmeras cenas que contribuíram para a formação e reflexão do tema desta pesquisa. Mas foi a partir da experiência na instituição manicômial que pude ver confirmado o sustentável campo transferencial em que a obra arquitetônica pode se tornar, principalmente quando se ouvem questões como, por exemplo, o porquê de se dedicar horas de estudo a um tema, cujos termos em relação parecem não ter nenhuma proximidade entre si. Este tornou-se, na verdade, o objetivo desta dissertação: demonstrar que, entre as duas disciplinas, Saúde Mental e Arquitetura, existe uma profunda ligação e que, do encontro dessas relações, decorrem conseqüências decisivas para a prática clínica.

Assim, o conteúdo desta pesquisa pôde se desdobrar em quatro etapas. O primeiro capítulo, intitulado **HISTÓRIA DOS ESPAÇOS DA LOUCURA**, é dedicado a uma revisão histórica da loucura contada através da arquitetura. Este apanhado foi de fundamental importância para o desenvolvimento desta dissertação, pois, identifica basicamente dois momentos na arquitetura: o primeiro, em que o edifício é reconhecido como instrumento de cura, ou seja, um objeto comparável a qualquer outro instrumento de intervenção médica. Por isso, tornou-se possível dizer que o hospital foi medicalizado. Também é de fundamental importância lembrarmos que o sujeito, naquele momento, era um *sujeito-objeto* na medida em que era compreendido apenas como um *suporte da doença* que deveria ser tratada. A medicina estabeleceu uma *clínica do olhar*, baseada na observação predominantemente visual, contribuindo para a elaboração de uma nosografia da loucura através da obra de Pinel.

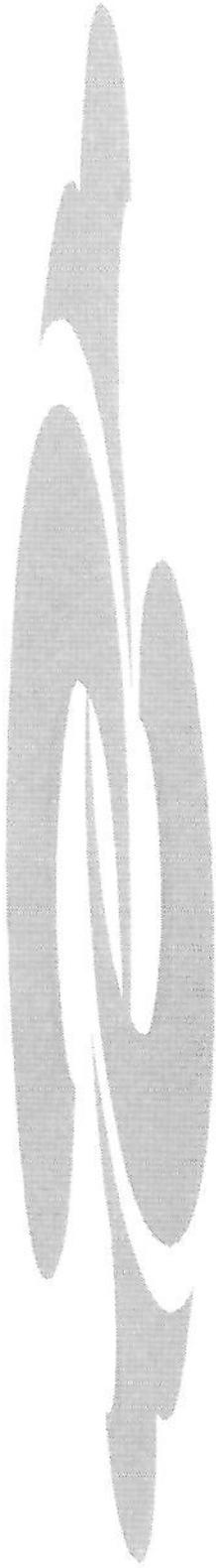
Mas foi a partir de Freud e da descoberta da psicanálise no final do século XIX que podemos pensar na arquitetura sob um outro enfoque, incorporando a perspectiva de um indivíduo singular, contando com a subjetividade deste. Nesse sentido, o espaço pôde passar à categoria de linguagem, constituindo-se em uma espécie de fala do *pathos*.

No segundo capítulo, dois episódios são apresentados para encaminhar esta dissertação. O primeiro deles, “... Talvez Francisca Miranda...”, refere-se a uma paciente vivendo há mais de 20 anos dentro de uma instituição manicômial. O segundo, “**Vinícios, um adolescente**”, trata-se de um paciente em surto psicótico que se encontrava fechado em um quarto, como lugar de contenção, dentro da enfermaria psiquiátrica de um hospital geral. Ambos os episódios trazem uma revisão histórica dos espaços da loucura, permitindo vir à tona a problemática que se coloca tanto na arquitetura como na saúde mental, pela leitura dos problemas apresentados pelos dois personagens.

O enfoque freudiano permitiu-me abordar o tema do *desamparo* no episódio de Francisca Miranda, em que a fala de nossa protagonista a respeito de seu sofrimento, focalizada no *desabrigo*, realiza-se em uma narrativa que inclui o *espaço vivido* na instituição, sendo trazido pelos elementos da arquitetura desse manicômio. Já a psicanálise de Winnicott permitiu-me abordar, através do episódio de Vinícios, questões relativas propriamente ao ambiente, mostrando a estreita relação existente entre ambiente e psicopatologia.

O terceiro capítulo, intitulado **UMA POSSÍVEL ABORDAGEM PSICANALÍTICA DA ARQUITETURA APLICÁVEL A SAÚDE MENTAL**, efetivou-se por três temas que emergiram dos episódios: o *pathos*, o *espaço vivido*, e o *corpo* que, em última instância, ilustraram a estreita ligação entre arquitetura e saúde mental cumprindo, assim, o objetivo desta dissertação. Também nesse capítulo é apresentado apontamentos sobre a teoria de Winnicott, trazendo principalmente o conceito de integração, para que se possa estabelecer uma relação entre arquitetura e instalação do indivíduo no mundo. É a partir dessa idéia, de instalação, que surge questões como espaço, ambiente, psicopatologia e outras a serem discutidas no presente estudo .

Para finalizar este trabalho, no sentido de reafirmar nosso propósito, na **CONCLUSÃO**, faremos considerações a respeito da problemática existente nas instituições quando a terapêutica oferecida aos pacientes não inclui o conceito de “*holding*”. Com o auxílio deste conceito fundamental da teoria winnicottiana, pensaremos nos possíveis e cabíveis procedimentos, tanto ao arquiteto no ato de projetar edifícios para a saúde, quanto à equipe de saúde no cuidado com o paciente. Posteriormente, será abordado também nesta conclusão o conceito de “*handling*” e do “espaço transicional”. Para que as questões apontadas no decorrer do trabalho encontrem respostas efetivas, usaremos os mesmos episódios mostrando uma possível aplicação destes conceitos da psicanálise de Winnicott na arquitetura. Nossa escolha por esta vertente da psicanálise deu-se pela evidente proximidade que esta estabelece com o campo da arquitetura na questão do *ambiente relacionado à terapêutica*.



CAPÍTULO 1

CAPÍTULO 1: HISTÓRIA DOS ESPAÇOS DA LOUCURA

1.1. A “NAU DOS LOUCOS”

Na Renascença, nos diz FOUCAULT, a loucura era entendida como algo estranho, pertencente ao campo da metafísica. Surge, então, um objeto novo na paisagem imaginária: a “Nau dos Loucos”. Estranho barco, tratado entre os místicos como a “alma-barca”, abandonada no mar infinito dos desejos, ao desatino do mundo, em que a fé era a única e possível âncora salvadora. Estas “Naus” tornaram-se recorrentes naquela época. Entre elas figuram a “Naus dos príncipes e das batalhas da nobreza”; “Nau das Damas Virtuosas” e “Nau da Saúde”, cuja tripulação eram heróis imaginários, modelos éticos ou tipos sociais, que embarcavam para uma grande viagem simbólica em busca da fortuna, do traçado de seus destinos e de suas verdades.

A “Nau dos Loucos”, por sua vez, foi a única que teve existência real, levando sua carga insana de uma cidade para outra. Os insanos eram então confiados a grupos de mercadores, peregrinos e marinheiros, que tinham como tarefa manter a cidade afastada de um louco passeando nu, de um agressivo ou mesmo criminoso. Esses doentes mentais tiveram como destino às terras estrangeiras e, às vezes, o próprio mar, onde eram desovados antes que as embarcações aportassem em terras firmes.

A “Nau dos Loucos” pode ser comparada a uma refinada forma de contenção e de alienação, pois o indivíduo da “Nau” não pertence à terra alguma. Sem território, sem pátria e sem destino, é entregue à prisão do mar. Por estas razões, a água e a navegação, nos dizem FOUCAULT em *História da loucura na idade clássica*, tem uma profunda relação com o espaço destinado ao louco.

Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a esta grande incerteza exterior de tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre e da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe quando desembarcará, de que terra

vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer. (1978, p.12)

Com freqüência as cidades da Europa viam estas naus atracarem em seus portos e, devido a esse fato, a idéia do mar associada à loucura veio habitar o imaginário da cultura ocidental. Tomada como algo inexplicável, a demência passa a assemelhar-se à idéia de mar e de estranho.

A exemplo disto, FOUCAULT conta que se explicava de bom grado a melancolia inglesa na era clássica pela influência do clima marinho: o frio, a umidade, a instabilidade do tempo, todas as finas gotículas de água que penetravam os canais e as fibras do corpo humano faziam perder a firmeza, predispunham à loucura.

Relativo ao tema da loucura associada ao elemento aquático, o autor cita o “lunatismo”. A lua era considerada a mais aquosa dos astros e, durante muitos séculos, admitiu-se sua influência sobre a insensatez humana, ou seja, a loucura compreendida como uma manifestação, no homem, de um elemento obscuro e aquático. O parentesco da loucura com o sol e o fogo surgiu apenas bem mais tarde, em Nerval, Nietzsche, Artaud. (1978, p.13)

Quanto à “Nau dos Loucos”, supõe-se que, nessa mesma época, uma parcela dos insanos não foram deportados porque cada cidade assumiu tomar conta de seus cidadãos. Eles foram, portanto, recolhidos, encarcerados junto a outros marginais e mantidos pelo orçamento da cidade. Esses indivíduos não recebiam tratamento porque nessa época a loucura era tomada como algo incurável e pertencente ao mundo mítico.

1.2. OS ASILOS E OS HOSPÍCIOS

A reclusão dos loucos ou a chamada institucionalização teve várias modalidades ao longo da história. A mais antiga, nomeada asilo, surgiu com o desaparecimento da lepra, dando início ao questionamento sobre o que se poderia fazer com os antigos leprosários. Com a extinção desta moléstia, um vazio estabeleceu-se.

A hanseníase foi substituída pela doença venérea, pertinente à cultura medieval, que, por sua vez, na Renascença, tomou o lugar da loucura, figurando como a doença principal. Assim, os leprosários, cujo mérito e propósito não passaram de mero abrigo e recolhimento, tornaram-se logo hospitais e foram povoados pelos incuráveis, pobres, vagabundos, presidiários, prostitutas e também pelos loucos. Vê-se, desta forma, como os grandes leprosários transformaram-se em abrigos de exclusão, estranhamente semelhantes aos primeiros e onde, nas palavras de FOUCAULT, “*pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel de abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera desta exclusão, para eles e para aqueles que os excluem*”. (1978, p.06)

Instalou-se, então, nestes edifícios, as instituições de separação e exclusão, lugar de assistência aos pobres de toda a espécie. Um espaço amontoado de indivíduos cujo desenho expressava algo de caráter metafísico: um lugar de transição entre a vida e a morte. Dizia-se, na época, que o hospital era um “morredouro” (FOUCAULT, 1982, p.101), um lugar onde morrer. Esses alienados eram cuidados, na maioria das vezes, por benemerência, pois se acreditava que os ricos benemerentes limpavam sua alma para ganhar o reino do céu através de suas ações caritativas, dedicando-se aos pobres.

O termo *asilo* será também encontrado com freqüência nos textos franceses, significando genericamente qualquer estabelecimento onde se internavam loucos, com ou sem a companhia de outros doentes. Nos textos ingleses aparecerão os termos *madhouse* ou *azylum* traduzidos como “casa de loucos”. Para os italianos será comum a utilização dos termos *asilo* e *hospizio*.

Os hospícios propriamente ditos apareceram na Europa por volta do século XVII. Eram, na maioria das vezes, instituições hospitalares de caráter filantrópico e tinham como propósito oferecer tratamento médico a doentes sem recursos e acolher os loucos. Os tratamentos destinados a estes eram realizados por pessoas sem formação médica, portanto, muito longe de oferecer qualquer tratamento psiquiátrico, como veremos posteriormente.

Esses hospícios localizavam-se no hospital geral, em alas ou espaços internos; em alguns casos eram destinados edifícios inteiros. A exemplo podemos citar os hospícios de Betlehem, na Inglaterra; Petites Maisons, Hôtel Dieu, Bicêtre e Salpêtrière, na França, e

Aldeia de Gheel, na Alemanha, que foi pioneira em oferecer tratamento psiquiátrico (PESSOTTI 1996, p.153).

Era comum encontrar nas edificações quartos estreitos com pouca circulação de ar, ausência de luz e excessiva umidade¹. O leito era um tablado preso à parede ou feito de palha espalhada no próprio piso. Este se tornava um depósito de urina e fezes, produzindo um odor insuportável. Normalmente se utilizava uma pedra, como parte do mobiliário, à qual o louco poderia ficar acorrentado. Em uma espécie de concha cavada na própria pedra era depositada a água. Na cela havia uma pequena abertura de comunicação por onde se passavam os alimentos. Também era comum a utilização de grades visando trancafiar os loucos nesses hospitais de exclusão.

No entanto, o que demarca a diferença do hospício em relação ao asilo não são as características físicas espaciais das edificações, pois essas se assemelham, mas a separação do louco de outros marginalizados sociais realizada nos hospícios. Este isolamento dos insanos é um primeiro passo em direção a uma possível organização da instituição para a função hospitalar, implicando na melhoria das condições físicas espaciais como, por exemplo, o aprimoramento das condições sanitárias - quartos arejados, luminosidade, odores. O conjunto das condições físicas adequadas permitirá que o hospital ganhe, no final do século XVIII, a característica de um “instrumento terapêutico”.

1.3. O HOSPITAL COMO UMA “MÁQUINA DE CURAR”.

A idéia de um hospital como “instrumento terapêutico” data do final do século XVIII. Surgiu com o *inquérito de Tenon*², que teve o propósito de investigar como deveria ser a reconstrução do hospital Hôtel-Dieu em Paris. O inquérito tinha também o intuito de estabelecer um programa de reforma e reconstrução dos hospitais, uma vez que estes

¹ Em uma cela que media 4x2m, por exemplo, encontraram-se 13 mulheres internadas (PESSOTTI, 1996, p.162).

² Médico designado pela *Academia de Ciências* para visitar os hospitais da Europa, pois nesta época, século XVIII, descobriu-se que os hospitais não curavam tão bem quanto deviam.

começaram a apresentar problemas de natureza diversa como, por exemplo, o fato de que o meio hospitalar mais propagava a doença do que curava. Um outro problema estava diretamente relacionado aos próprios edifícios, ao lugar onde estes hospitais estavam instalados, ou melhor, “adaptados”. As inadequações dos edifícios às funções hospitalares tornaram-se um problema grave, culminando na necessidade de reconstrução do Hôtel-Dieu.

As viagens-inquérito tornaram-se fundamentais para que os responsáveis pelos hospitais pudessem ser consultados e opinar sobre o programa de reformas e construções dos “novos edifícios”. Considerava-se que nenhuma teoria médica, tampouco nenhum plano arquitetônico abstrato, poderiam dar a fórmula de um bom hospital, pois este era considerado, nesta época, um *objeto complexo*, e somente um inquérito empírico poderia estabelecer a construção do “novo” espaço institucional. Diz FOUCAULT:

Este é um objeto complexo de que se conhece mal os efeitos e as conseqüências, que age sobre as doenças e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las. Somente um inquérito empírico sobre este novo objeto ou esse objeto interrogado e isolado de maneira nova – o hospital – será capaz de dar idéia de um novo programa de construção dos hospitais. O hospital deixa de ser uma simples figura arquitetônica. Ele agora faz parte de um fato médico-hospitalar que se deve estudar como são estudados os climas, as doenças, etc. (1982, p.100)

Os inquéritos, porém, dão poucas informações sobre os aspectos arquitetônicos dos edifícios como, por exemplo, a composição estrutural e a solução estética das fachadas. Neste sentido, deixa de ser uma descrição arquitetônica, em que o edifício caracterizava-se pelo seu aspecto monumental.

Tenon realiza uma descrição funcional da edificação, cujo espaço passa a ser organizado a partir de cifras, abordando dados como o número de doentes do hospital, a relação entre número de doentes e leitos, a área útil do prédio, a extensão e altura das salas, a cubagem do ar que cada doente dispunha, a taxa de mortalidade e cura. Aponta, ainda, uma estreita relação entre fenômenos patológicos e espaciais. Como exemplo cita qual deve ser a relação de vizinhança entre pacientes para evitar a propagação de doenças no meio

hospitalar, qual a melhor localização da lavanderia e o percurso apropriado para a circulação de roupa suja e limpa. Todas estas preocupações vão colaborar para que o hospital se torne um instrumento terapêutico destinada à cura através de sua organização física, espacial. Pode-se dizer que a expressão mais significativa desta forma de conceber o hospital é como “*máquina de curar*” (FOUCAULT, 1982, p.101). Os autores da concepção deste “novo hospital”, ou idealizadores desta organização médico-funcional, são médicos e não arquitetos.

Desde a idade média os hospitais não eram concebidos para curar por isso não se caracterizavam como instituições médicas. Por sua vez a medicina era uma prática não hospitalar. Somente no século XVIII a medicina pôde tornar-se hospitalar, e o hospital veio a medicalizar-se através das atribuições terapêuticas., FOUCAULT afirma que antes deste período a medicina era individualista, fazendo com que a intervenção do médico na doença fosse “*organizada em torno da noção de crise*” (1982, p.102), ou seja, o médico observava o doente e a doença para descobrir em que momento deveria intervir em função da vitória da saúde, da natureza sobre a doença, considerada um mal. Portanto, nada da prática médica podia contribuir para uma organização do hospital, assim como nada da organização deste permitia a intervenção da medicina. As séries hospital e medicina permaneceram independentes até meados do século XVIII.

No início do mesmo século, algumas transformações significativas ocorreram. O processo que permitiu medicalizar do hospital bem como uma medicina tornada hospitalar deu-se a partir de algumas intervenções. A primeira delas está relacionada à propagação das doenças, tanto no meio hospitalar quanto fora deste. Tentou-se anular os efeitos negativos do hospital, ou seja, procurou-se evitar que as doenças se espalhassem atingindo as pessoas internadas e também que se propagassem na cidade, atingindo a população. A segunda intervenção é atribuída a um mecanismo conhecido como a disciplina³ que, ao entrar no espaço confuso do hospital, permitiu a sua medicalização. A este mecanismo deve-se também à transformação do saber e da prática médica.

³ A disciplina, enquanto tecnologia política, consistia no estudo da distribuição espacial dos indivíduos; no desenvolvimento da noção de espaço individualizado, combinatório e classificatório; no estudo da arte do corpo em que se verificava a relação de desenvolvimento de uma determinada tarefa em tempo breve e ainda no estudo da vigilância perpétua, através de um registro contínuo e classificatório que permitia distribuir, julgar e utilizar o indivíduo ao máximo.

A medicina do século XVIII tinha, como modelo epistemológico, a botânica, a classificação de Lineu. A doença era, então, compreendida como fenômeno natural. A cura, nesta perspectiva, era dirigida por uma intervenção médica, não sobre a doença propriamente dita, mas ao que a cercava: o ar, a água, a alimentação e outros. Instalou-se a chamada *medicina do meio*. Tal controle sobre o meio implicou questões relativas ao espaço interno e externo do hospital.

Estas transformações produziram basicamente quatro modificações significativas no edifício hospitalar. A primeira, relativa ao espaço interno do edifício, era realizada através de uma reorganização funcional dos espaços. Houve, por exemplo, uma tendência à individualização do espaço de existência, ou seja, uma inclinação a encapsular o leito de cada doente, a fragmentar o espaço para que cada parte pudesse ser controlada de maneira particularizada. Assim, a estrutura espacial do hospital transformou-se em um meio de intervenção sobre a doença e, neste sentido, a arquitetura tornou-se um poderoso instrumento de cura. Diz FOUCAULT:

A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura de mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico. O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos. (1982, p.109)

A segunda transformação está relacionada com o espaço externo ao hospital, isto é, à sua localização na cidade, pois, neste sentido, surgiram alguns problemas que tiveram de ser solucionados. O primeiro foi a retirada do hospital – lugar estigmatizado, sinistro e de morte – do centro ou do coração da cidade. Mas onde localizá-lo para evitar a propagação das doenças no meio urbano? Para responder a estas questões, surgiu a “medicina urbana”. Esta legitimou o médico como organizador do espaço urbano, enquanto detentor do conhecimento da doença a ser combatida e controlada, assim como a melhor localização do hospital segundo o esquadramento sanitário da cidade, que nascia nessa época.

O terceiro aspecto da transformação do edifício é sua constituição em campo documental. O hospital passa a ser o lugar de formação médica e também da realização da prática médica. Conseqüentemente, o médico vem cada vez mais para dentro do hospital,

assumindo a sua administração⁴, que até então era privilégio das ordens religiosas. Nasce a *clínica*, como dimensão essencial do hospital, de onde o indivíduo (paciente) emerge como objeto do saber e da prática médica.

Constitui-se assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. É então que o saber médico que, até o início do século XVIII, estava localizado nos livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter seu lugar, não mais no livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital. (FOUCAULT, 1982, p.102)

O quarto aspecto está propriamente relacionado ao nascimento da psiquiatria, enquanto clínica especializada dentro do hospital geral, que se constituirá em hospital psiquiátrico especializado, possibilitando uma observação sistemática da loucura agora compreendida sob um enfoque médico científico.

As primeiras idealizações de um espaço específico e terapêutico da loucura nascem com Philippe Pinel. Não são mais *espaços adaptados, mas idealizados*. É a partir de sua obra que o termo psicopatologia pôde ser tomado como “sinônimo cabal da teoria da loucura” (PESSOTTI, 1996, p.67).

Tanto Pinel quanto Esquirol, principalmente, buscaram um modelo idealizado de hospital psiquiátrico, também denominado manicômio, tendo como suporte conceitual o espaço tomado como terapêutico.

Os manicômios eram parte essencial do tratamento dos loucos. Um lugar de classificação, onde as doenças puderam ser divididas em compartimentos, observadas, estudadas como patologias; conseqüentemente, os diagnósticos tornaram-se mais precisos. Neste sentido, os manicômios, enquanto hospitais psiquiátricos, caracterizaram-se também como um campo documental, realizado através do acúmulo de experiências e de

⁴ Foucault aponta que Tenon foi um grande médico de hospital e que Pinel pôde fazer o que fez em Bicêtre graças à sua situação de detentor do poder no hospital.

transmissão do saber, ao mesmo tempo em que se tornaram um lugar para a formação dos médicos, tanto quanto o eram os hospitais gerais. A diferença estabelecida entre ambos é que o hospital psiquiátrico constituiu-se em uma clínica especializada, contribuindo para que a psiquiatria se tornasse uma especialidade da medicina.

O manicômio, distintamente do asilo ou do hospício onde se enclausurava ou se abrigava um louco, é agora um instrumento de cura, que age através da *idealização de um espaço terapêutico*. Neste sentido, o espaço manicomial passa a ser um lugar *específico* para tratar dos loucos, e não mais qualquer edifício adaptado para recolhê-los.

É de se notar algumas das características físico-espaciais dos manicômios. A exemplo, destaca-se a implantação de pavilhões espalhados em um pavimento térreo, simétricos entre si, isolados ou ligados por corredores de comunicação, e pequenos edifícios esparsos, como nas colônias agrícolas ou vilas, onde se agrupam tipos de serviços, oficinas de trabalho e de determinadas patologias. Este tipo de implantação assemelha-se ao sistema classificatório botânico, que possibilita, através da organização e formação de vastas hortas, a observação das plantas, sua classificação segundo os tipos e sua separação em grupos segundo as semelhanças e diferenças.

Muitos desses manicômios, porém, apesar de serem construídos já dentro desse espírito de *modelo ideal*, mantinham velhos aspectos ou inadequações provenientes dos antigos hospícios. Sobre esta ambientação dos manicômios encontramos a seguinte descrição:

Em cada detalhe do mobiliário havia uma preocupação com a força, a resistência, o peso: cada objeto, mesmo o mais comum, era estudado para que servisse apenas para o alienado. Mesas de madeira muito grossa, de nogueira, cadeirões enormes, com anéis aos quais se amarravam os doentes, janelas muito elevadas em relação ao pavimento para ficarem acima do olhar, pratos e canecos de metal, em ferro ou chumbo; redes de arames nas vidraças, portas duplas de saída e instrumentos para lavagem e dejeção; pequenos espaços internos individuais que recordavam os mosteiros dos cistercienses ou trapistas, longos corredores com poucas e bem guardadas janelas, nenhuma distinção entre a enfermaria e o dormitório comum. Tudo fechado, trancado, maciço,

pesado, oprimente, tudo feito para lembrar a cada hora, a cada minuto ao doente e ao médico, ao enfermeiro e ao raro visitante “Esta é a casa dos loucos”.

(UGOLOTTI, 1949 ,*apud*, PESSOTTI, 1996, p.157)

Até então a arquitetura do hospital geral, tanto quanto a do hospital psiquiátrico, era apenas as “edificação” ou “edifício”. Entretanto, no momento em que o edifício começou a ser pensado e planejado para abrigar funções terapêuticas, ele não era mais qualquer edifício adaptado como foram, por exemplo, os antigos leprosários. Torna-se um edifício que, na sua concepção, abriga funções dirigidas à cura e à terapêutica. Estas idealizações sobre o “espaço terapêutico” e sobre os edifícios como “máquina de curar”, aparecerão nos tratados de Pinel e Esquirol.

O espaço terapêutico proposto por Pinel

Através do movimento *NO-RESTRAINT*, empreendido por Phillippe Pinel, desaparecem, nos manicômios, os meios cruéis de contenção e punição que eram a marca dos antigos hospícios. O movimento vem restabelecer a “condição humana”⁵ do louco, porém sem lhe dar a condição de cidadania, como sonhava o famoso psiquiatra, na linha dos ideais do humanismo iluminista da Revolução Francesa.

Designado diretor de Bicêtre em 1793, Pinel percebeu que o sistema de reclusão e contenção ali instalado nada contribuía para um projeto terapêutico, muito menos para o estudo da loucura.

Guiado pelo “discurso da razão”, ele propôs uma observação sistemática dos casos em seu estado natural, sem as distorções impostas pela violência e desconforto dos

⁵ “O louco não é, para Pinel, substancialmente diverso do homem sadio, já que em tantos momentos da vida, qualquer um age indiferentemente à razão ou ao bom senso. E, nessa convicção, a loucura passa a ser vista como apenas uma possibilidade humana, de qualquer ser racional. A função da psicopatologia é, basicamente, a de distinguir entre um estado e outro. E a tarefa do alienista é de assegurar ao doente mental o reencontro da plena racionalidade.” (PESSOTTI, 1996, p.73).

velhos hospícios. Para que seu projeto se realizasse, decidiu retirar as cordas, as correntes, as algemas, as correias que prendiam os loucos, e também intervir no espaço físico do manicômio, com preocupações rigorosamente médicas de diagnóstico e tratamento.

No que toca à questão do espaço manicomial, sua contribuição fez-se presente na racionalidade das acomodações dos pacientes, que foram agrupados em locais diversos e de acordo com as peculiaridades das patologias, permitindo que houvesse uma observação “científica”⁶ das diferentes patologias e, posteriormente, uma organização e classificação das mesmas.

Assim, a reorganização interna do instituto era instrumental: servia para assegurar uma correta observação da natureza da loucura. A distribuição racional dos doentes segundo as semelhanças dos casos também facilitaria a observação e o tratamento. Como resultado, bem cedo começaram a chamar a atenção diversos problemas e sintomas que não eram notados quando os loucos eram apenas amontoados sem qualquer distinção (exceto a que se fazia entre furiosos e tranqüilos). (PESSOTTI, 1996, p.163)

O *NO- RESTRAINT* não propunha uma total ausência de controle. Ao invés das correntes e algemas, adotou-se para os loucos furiosos a camisa de força, o *gilet-de-force*, pois, para atuar dentro desta nova prática de tratamento, não havia ainda pessoas preparadas em lidar com os acessos de violência sem um mínimo de constrição física. Além disto, a camisa de força implicava uma constrição menos dolorosa, transitória e menos excludente do que a cela forte, o acorrentamento e as barras fixas de ferro nas paredes.

⁶ Pinel afirmava que o homem alienado deveria ser observado com objetividade empírica como qualquer outro elemento da natureza. Indicou então cinco princípios para que esta observação pudesse ocorrer. O primeiro é que toda observação deve ocorrer sem qualquer pressuposto ou preconceito do tipo teológico, teórico ou metafísico. O segundo, deve-se suspender qualquer avaliação sobre o significado último da loucura. O terceiro, que o alienado merece ser observado com gentileza e elegância, com uma certa fineza de anônimo. O quarta refere-se ao tempo como fundamental para a observação, no sentido de um contato demorado e freqüente com o paciente. O quinto é relativo ao lugar onde se dá esta observação, justificando o ambiente do manicômio como o espaço mais adequado e específico para se obter sucesso na pesquisa. É notável que estes cinco princípios, em seu conjunto, vêm fortalecer a existência de um espaço terapêutico específico, ou seja, o manicômio como um lugar destinado à cura dos doentes mentais.

Um outro aspecto desta proposta de um espaço terapêutico para tratamento da loucura, empreendida por Pinel, é que o médico torna-se também parte desta terapêutica e, com isto, estabeleceu-se a relação terapêutica “médico-paciente”, o cerne da psiquiatria nascente.

Em resumo, o manicômio, com a reforma de Pinel, passa a ter duas funções básicas e peculiares: servir como ambiente privilegiado para a observação sistemática do comportamento dos pacientes, com o intuito de *refinar o diagnóstico*, e também o de assegurar aos pacientes experiências reais que corrigissem “pedagogicamente” os vícios de sua razão desviada.

O espaço terapêutico proposto por Esquirol

Assim como Pinel, Esquirol atribuiu ao espaço manicômial a função terapêutica. Para este último, a condição básica do manicômio estava relacionada fortemente à questão do tratamento da loucura, ao passo que, para Pinel, o espaço manicômial era também o lugar de observação sistemática das patologias mentais com implicações relativas ao diagnóstico. Neste sentido, Pinel pôde elaborar uma nosografia da loucura.

Relacionado ao aspecto *tratamento*, Esquirol dava cinco razões para o isolamento dos doentes mentais no espaço terapêutico dos manicômios: garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico e impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais.

Imbuído dos ideais do “tratamento moral da loucura” já proposto por Pinel, ESQUIROL vai estudar a fundo problemas de planejamento, de administração de espaços e de pessoal de serviço, para tornar o manicômio um verdadeiro instrumento de cura.

Em seu tratado de , *Des Maladies Mentales(1838)*, afirma:

O projeto de um hospício não é, de modo algum, uma coisa indiferente e que se pode confiar apenas aos arquitetos; o objetivo de um hospital ordinário é tornar mais fáceis e mais econômicos os cuidados dedicados aos indigentes doentes. Um hospital de alienados é um instrumento de cura. (*apud* PESSOTTI, 1996, p.168).

Esquirol idealizou uma arquitetura para os manicômios, buscando a cura do paciente através do ambiente físico. Propôs alguns detalhes construtivos como, por exemplo, a iluminação, o encanamento e circulação do ar, a divisão dos espaços, as instalações sanitárias, a colocação de grades nas janelas, as dimensões de celas, quartos e refeitórios e as formas possíveis de implantação das edificações no terreno. Tudo isto vinha testemunhar a importância terapêutica do ambiente físico do manicômio.

Em sua concepção, o manicômio ideal deveria ser um conjunto de edificações no plano térreo e separado entre si. Neste conjunto deveria haver lugar para banhos (aparelhos de vapor), oficinas, enfermarias organizadas agrupando as diversas patologias encontradas. Como exemplo de alguns agrupamentos, cita os alojamentos para os loucos furiosos, os maníacos que não fossem maus, os melancólicos tranquilos, os monomaniacos que costumavam ser barulhentos, os dementes, os que andavam sujos, os epiléticos, os que tinham doenças incidentais e os que estavam em convalescença.

Alertava que estas enfermarias não poderiam ser construídas de forma uniforme, pois cada grupo necessitaria de um tipo específico de alojamento, ou seja, dever-se-ia adequar o espaço às necessidades de cada patologia. Por exemplo, para os furiosos oferecer-se-iam meios de segurança que seriam inúteis e até nocivos ao restante das enfermarias. Já para os convalescentes, o espaço não se deveria diferir em nada de uma *casa comum*.

Esquirol considerava que a distribuição espacial em plano térreo poderia facilitar tanto a supervisão dos doentes quanto da equipe de serviço, evitando abusos na relação entre pacientes e enfermeiros e no controle dos enfermeiros entre si.

Relacionava também esta distribuição espacial ao fator segurança, pois os atendentes poderiam sair dos ambientes com rapidez e sem risco de queda no momento que tivessem que se defender de um louco furioso.

Um outro aspecto apontado sobre as edificações é que, mantendo estas dispostas em pavimento térreo, o conjunto tomaria o aspecto de aldeia, na qual as ruas, praças e caminhos oferecem espaços mais variados e amplos para o exercício corporal, necessário aos alienados.

Enfim, Esquirol menciona que estas são preocupações de quem vivencia o cotidiano de um manicômio. Por isso, justifica-se ter um médico na direção e no planejamento das instalações físicas do hospital, ao invés de um arquiteto.

Os manicômios, com a reforma de Pinel e de Esquirol, adquirem uma outra qualidade de espaço do ponto de vista da salubridade. Tornam-se amplos, arejados, onde tanto os pacientes como os funcionários, podem circular com mais liberdade. Esta *nova arquitetura* vai permitir a observação e a elaboração de uma nosografia da loucura⁷

Um outro aspecto a ser mencionado sobre o projeto de um manicômio concebido por Esquirol e Pinel, é que a presença do médico tornou-se fundamental para o desenvolvimento da terapêutica. A importância deste na instituição era central e tinha o objetivo de garantir um ambiente favorável à recuperação dos alienados. O médico era quem deveria prescrever o tipo de espaço necessário a cada grupo de pacientes. Assim, torna-se o planejador das instalações físicas do manicômio. Uma prática que persiste até os dias de hoje. Diz PESSOTTI (1996, p.172):

⁷ As primeiras categorias da doença mental estão situadas na tradição Grega. No início do século XIX, Pinel dá à loucura uma dignidade clínica e científica. Já no final do mesmo século, Kraepelin, o pai da psiquiatria moderna, elabora uma nosografia da doença mental.

No manicômio pensado por Pinel e Esquirol, são essenciais a presença e a participação pessoal do médico em todos os passos do processo terapêutico. Diversamente, para o médico que acredita na eficácia curativa de uma determinada droga, cuja ação se deve exercer sobre o encéfalo, independentemente de qualquer participação do paciente, sem qualquer relação com seus estados afetivos, a atuação médica pode esgotar-se na mera prescrição de um determinado fármaco. Mesmo à revelia do paciente. A ação terapêutica não é do médico mais do fármaco. O remédio precisa estar presente. Não o médico. Na instituição manicômial de Esquirol, a presença do médico é o cerne do processo de tratamento.

Neste aspecto, os tratamentos propostos por Pinel e Esquirol diferem radicalmente da linha de pensamento organicista. No tratamento moral da loucura, o espaço físico tem o mesmo valor de um medicamento, pois ele é terapêutico. Já no tratamento organicista, acreditava-se que a droga era a única possível terapêutica, onde o espaço físico, com relação à terapêutica, assume um papel secundário.

O estilo organicista de pensar e de trabalhar exige muito menos do médico. Ele dá uma possibilidade muito maior de arbítrio; tanto no diagnóstico como no tratamento.(...)

Mas neste modo de trabalho com a loucura, qualquer conteúdo afetivo da situação terapêutica passa a ser irrelevante para o tratamento: a lesão encefálica em nada seria afetada por uma atitude bondosa ou autoritária, compreensiva ou tirânica. De outro lado, as paixões e a vida afetiva não deveriam contar para a eficácia do tratamento. Menos importante ainda seriam as instalações físicas do manicômio. (PESSOTTI, 1996, p.168)

O espaço terapêutico proposto por Tuke

Contemporâneo de Pinel, Samuel Tuke aparece na Inglaterra, onde, impulsionado por todo um movimento de “filantropia” da época, empenha-se na formação de um lugar específico para acolher e tratar os loucos. Esta obra foi chamada de “Retiro”, que deveria agir como um instrumento de segregação moral e religiosa, procurando

reconstituir ao redor da loucura um meio tão semelhante quanto possível à comunidade dos Quacres⁸, sendo Tuke um membro ativo desta sociedade.

O Retiro era essencialmente uma casa de campo, situada em um ponto elevado, com domínio de uma paisagem muito agradável, estendendo-se até onde a vista poderia alcançar, na direção de uma planície fértil e cheia de bosques. Esta possibilidade de enquadramento de uma paisagem bucólica, tanto quanto a possibilidade de passeios regulares, exercícios ao ar livre, tinha o objetivo de proporcionar ao doente um lugar agradável tanto para recreação quanto para o trabalho. Neste sentido, todos os poderes imaginários da vida simples, da felicidade campestre e do retorno das estações são aqui invocadas para presidir a cura da loucura. Acreditava-se que a loucura era uma doença não da natureza, nem do próprio homem, mas da sociedade. São emoções, incertezas, agitação, alimentação artificial, decorrente da vida do homem que se afastou da natureza.

Porém, esta forma de conceber a loucura não põe em questão aquilo que é essencial no homem, ou seja, a sua pertinência imediata à natureza, pois se considerava que na loucura a natureza é esquecida e não abolida. Então o Retiro deve propiciar através da sua organização espacial, a possibilidade de uma vida agrícola que, quando imposta aos doentes, vem colaborar para que a natureza faça triunfar a natureza, por semelhança, aproximação e misteriosa penetração, neutralizando tudo aquilo que a sociedade produziu de efeito contrário a esta natureza.

Um mito relacionado à loucura se inicia neste momento e que será uma das grandes formas organizadoras da psiquiatria no século XIX. O mito das três Naturezas: Natureza- Razão, Natureza- Verdade, Natureza- Saúde. Diz FOUCAULT que:

E nesse jogo que se desenvolve o movimento da alienação e sua cura; se a Natureza-Saúde pode ser abolida, a Natureza-Razão só pode ser ocultada, enquanto a

⁸ Os Quacres eram uma dentre muitas seitas religiosas que apareceram no final do século XVII. No que se refere ao tratamento dos loucos, os Quacres atuaram como sociedade filantrópica, Desde 1649 estiveram às voltas com as casas de internamento para tratamento dos loucos. Os princípios religiosos desta sociedade, como por exemplo a família bíblica, a busca de uma natureza pura sem intervenção do homem, inspiraram Tuke em seu projeto terapêutico.

Natureza como Verdade do mundo permanece indefinidamente adequada a si mesma; e é a partir dela que se poderá despertar e restaurar a Natureza-Razão, cujo exercício quando coincide com a verdade, permite a restauração da Natureza-Saúde. E é neste sentido que Tuke preferia o termo inglês *insane* a palavra francesa *aliené*. (1972, p.469)

O Retiro introduz o doente em uma dialética simples da natureza; mas ao mesmo tempo edifica um grupo social. Para isto faz uso do mito da família patriarcal, através da pretensa comunidade fraternal dos doentes e vigilantes, mas sob a autoridade dos membros diretores e da administração. Baseava-se no ideal de uma família rigorosa, sem fraquezas, nem complacência, apenas justa conforme a grande imagem da família bíblica. Acreditava-se que nessa afeição comum os doentes poderiam reencontrar a calma felicidade e a segurança de uma família em estado puro. Uma família concebida em sua idealidade primitiva.

No Retiro, um grupo humano é reconduzido a suas formas mais originárias e puras onde o homem é recolocado em relações sociais elementares, perfeitamente de acordo com sua origem. O doente deve ser conduzido a um ponto de onde a sociedade surge da natureza, se realizando em uma verdade imediata que toda a história dos homens contribuiu, para embaralhar posteriormente. Acreditava-se que desta forma desapareceria do espírito alienado tudo aquilo que a sociedade pode nela depositar de artificios e perturbações inúteis.

No asilo criado por Tuke, a terapêutica com o paciente se dava essencialmente a partir de duas vertentes, a do trabalho e a do olhar. O trabalho vem em primeira linha no “tratamento moral”, tal como era praticado no Retiro. Em si mesmo o trabalho possui uma força de coação superior a todas as formas de coerção física. Ele é despojado de todo o valor de produção. É imposto a título de regra moral pura, em que a liberdade do doente fica limitada à submissão à ordem, permitindo o engajamento do doente em um sistema de responsabilidades.

Entretanto, mais eficaz que o trabalho é o olhar do Outro, aquilo que TUKE chama de “a necessidade de estima”. (FOUCAULT, 1972, p.480)

O olhar que Tuke instaura neste momento é aquele que deve acuar o louco nos signos menos visíveis de sua loucura. O olhar do outro equivalente ao espelho, vem alimentar a culpabilidade através da consciência de si e do outro, sendo esta última a intervenção terapêutica na existência do louco. É através da culpabilidade que o louco se torna objeto de punição de si mesmo e do outro, e do reconhecimento desta condição de objeto.

Foucault propõe que é através do reconhecimento dessa condição de culpabilidade, que o louco deve voltar à sua consciência de sujeito livre responsável e por conseguinte, retornará à razão. Através desse movimento de objetivar-se para o outro, o alienado retorna à sua liberdade. É o movimento que se encontra tanto no trabalho quanto no olhar.

A terapêutica proposta por Tuke no Retiro ao invés de alienar o louco, o traz para uma espécie de “super exposição” considerando-se que o olhar do Outro é equivalente a um espelho que possibilita ao louco uma tomada de consciência colocando-o diretamente no jogo da culpabilidade.

O olhar que Tuke propõe não é o mesmo olhar proposto por Pinel, pois este olhar não atingia o louco diretamente, apenas capturava sua superfície monstruosa, sua animalidade visível, mas comportava uma forma de reciprocidade uma vez que ali o homem não podia ler, como num espelho, o movimento de sua própria queda. O olhar que TUKE instaura é um olhar mais profundo e menos recíproco. Ele deve ser apenas olhado “*ele é como um recém-chegado, o último a pôr os pés no mundo da razão*”. (*apud*, FOUCAULT, 1978, p.481)

1.4. O “SÉCULO DOS MANICÔMIOS”⁹

As instituições para alienados têm seu desenvolvimento histórico até o século XIX e constituíram-se em lugar de desvelamento da doença, de confronto entre paixão perturbada e ortodoxa e, principalmente, em lugar de classificação com finalidade de diagnóstico e tratamento.

No início do século XIX, há uma redistribuição da medicina individual e coletiva. Com a medicina individual surge a noção de espacialização da doença no corpo e a psiquiatria pôde se instituir como especialidade clínica, em área específica do saber médico.

Durante o século XIX fizeram-se presentes, na prática, duas correntes de pensamentos sobre a loucura: a concepção *moralista* e a *organicista*. Na primeira, a loucura era concebida como erro, desvio da racionalidade a ser corrigida pela experiência necessitando, portanto, de um lugar específico que propiciasse ao paciente um encontro com as suas emoções e percepções, para poder reeducá-las. Este lugar era o manicômio, considerado como um instrumento de cura.

Já na visão *organicista*, a loucura era concebida como uma lesão num órgão e, conseqüentemente, o espaço físico do manicômio, utilizado como terapêutico, era algo secundário a ser pensado.

Com o progresso da anatomia patológica, a corrente organicista se fortaleceu e o manicômio deixou de ser um *instrumento de cura*. Passou a ser um *lugar* onde o louco estava à mão, para submeter-se aos diversos tratamentos físicos realizados através da utilização de fármacos, dietas e práticas destinadas a afetar diferentes funções corporais. Neste sentido, o direito que o louco obteve de ser assistido foi, de fato, o direito do alienista de colocá-lo em reclusão. Posteriormente, o direito ao tratamento psiquiátrico será, na verdade, a reivindicação do direito do psiquiatra de tratá-lo. Surge, assim, nos grandes manicômios, a figura do alienista, o “mestre da loucura”.

⁹ Expressão atribuída por Pessotti aos manicômios do século XIX, devido a proliferação em grande escala destas instituições naquele período.

FOUCAULT aponta que o “mestre da loucura” era aquele que fazia a doença manifestar quando ela se escondia e, ao mesmo tempo, ele a dominava, a acalmava e a absorvia. Tudo isto depois de a ter sabiamente desencadeado. Compara ainda este personagem às descobertas de Pasteur: as mesmas mãos que curam são também as que propagam a doença no meio hospitalar. O médico passa a ser, neste sentido, um produtor da doença.

Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX - isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos - punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e algum de seus doentes, relação de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico - tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o “mestre da loucura (...)”. (1982, p.122)

No final do século XIX, instaurou-se uma crise em consequência do sobrepoder do médico nas instituições, conduzindo à redefinição do papel da psiquiatria. Foi neste contexto histórico que nasceu, na França, o movimento antimanicomial, denunciando os abusos nas relações de poder cometidos dentro destas instituições.

Os grandes manicômios se propagaram neste século. A exemplo, citaremos Salpêtrière devido à sua importância no cenário Europeu com relação aos estudos sobre a histeria. Esse lugar ficou conhecido, na época, segundo relata DIDI-HUBERMAN em *Invention de l'Hysterie (1982)*, como a “cidade dolorosa”, o espaço da enfermidade feminina. Nele habitavam 4000 mulheres consideradas incuráveis ou loucas, um pesadelo dentro de Paris, muito próximo de sua “*Belle Epoque*”.

Conhecido como o “pequeno arsenal”, tornou-se o maior hospício da França, “o coração dos massacres da França”. Era praticamente um hospital de mulheres, o lugar da feminilidade de Paris, de porte comparável a de uma cidade. Uma cidade dentro de outra cidade era a Salpêtrière em Paris que, além de ser o lugar destinado à exclusão de mulheres incuráveis, foi também o lugar dos vagabundos, mendigos, indigentes, mulheres caducas,

velhas, epiléticas, filhas incorrigíveis e inocentes maltratados, enfim os *loucos*. Recebeu também o nome de a “*Versailles da dor*”¹⁰, o palácio da loucura.

Em 1862, Salpêtrière sofreu uma pequena reforma, onde parte de seu centro foi transformada em jardim com espaço para se colocar um piano. Mas foi somente a partir de uma intervenção física realizada em uma das alas do edifício, pertencente ao serviço psiquiátrico do Dr. Lasiauve, que a histeria pôde ser separada das outras patologias, e estudada com detalhes posteriormente. A administração do hospital recomendou que fossem separados dos alienados os epiléticos não alienados e os histéricos. Esta nova divisão, dentro de Salpêtrière, onde se locou as histéricas, foi confiada a Charcot. Ele dizia ter a sensação de mergulhar em um “museu de patologia vivo”, com espécies em exposição. Um verdadeiro entreposto ou “empório das misérias humanas”.

Porém, esta prática de distribuição racional dos doentes, segundo a semelhança dos casos, já havia sido realizada por Pinel. Uma estratégia que utilizava o espaço do manicômio para organizar, separar e observar as patologias com finalidade de diagnóstico e tratamento de doenças mentais. Foi através desta prática que se reconheceu a histeria como um outro tipo de patologia, podendo ser estudada em separado de outras doenças, principalmente por Charcot.

É de se notar que toda a prática médica até este momento estava fundamentada na observação. Pinel havia estabelecido uma prática de observação fundamentada no modelo epistemológico da botânica de Lineu. Já Tuke havia estabelecido uma observação que se realizava através do olhar do outro sobre o louco. O outro se equivalendo a uma espécie de espelho, remete o louco ao campo de culpabilidades sendo esta uma forma de controle sobre o comportamento do paciente, uma espécie de coerção moral. Para isto apoiou-se nos valores morais e religiosos dos Quacres. Valores que regiam a conduta de seus membros no convívio social ou seja de toda a sociedade dos Quacres.

¹⁰ Expressão dada por Jules Claretie (1908), membro da academia Francesa.

Estas duas correntes contribuíram para o estabelecimento de uma clínica fundamentada no olhar. Pode-se então dizer que, até esse momento, era a visualidade a diretriz organizadora do espaço do hospital psiquiátrico, pois, era ela quem permitia, em última instância, a observação e a classificação das psicopatologias bem como fundamentara o estabelecimento de regras morais de relacionamento dentro do manicômio.

Então o que Charcot realizou com os seus estudos sobre a histeria foi uma *clínica de extrema visibilidade*¹¹. Uma exposição que DIDI-HUBERMAN (1982) chamou de “O sangue das imagens” em prol da pesquisa científica.

Conforme aponta FOUCAULT, ao final do século XIX o doente mental é inteiramente alienado na pessoa real de seu médico. Este dissipa a realidade da doença mental no conceito crítico da loucura. O que restou desta teoria positivista sobre a loucura foi o par médico–doente no qual se resume, se ligam e desfazem todas as alienações.

E é nessa medida que toda a psiquiatria do século XIX, converge para Freud, o primeiro a aceitar em sua seriedade a realidade do par médico-doente, que consentiu em não separar do par nem seus olhares, sem sua procura, que não procurou ocultá-la numa teoria psiquiátrica bem ou mal harmonizada com o resto do conhecimento médico. O primeiro que seguiu rigorosamente todas as conseqüências desse fato. Freud desmistificou todas as outras estruturas do asilo: aboliu o silêncio e o olhar, apagou o reconhecimento da loucura por ela mesma no espelho de seu próprio espetáculo, fez com que se calassem as estâncias da condenação. (1978, p.502)

Neste sentido foi ele (Freud), quem de fato libertou o doente dessa existência asilar, deslizando na direção do médico “*todas as estruturas que Pinel e Tuke haviam organizado no internamento*”. (FOUCAULT, 1978, p.502)

¹¹Salpetriere foi visitada naquela época por médicos de toda a Europa que vinham para estudar a histeria com o Dr.Charcot. Nas famosas “Lições de 3 feira”, os casos de histeria eram expostos em uma espécie de anfiteatro onde Charcot demonstrava todo o processo de desenvolvimento desta patologia. Baseados no aspecto “espetacular”, em que os médicos assistiam estas encenações como em um teatro, é que atribuiu-se o termo de ”extrema visibilidade” a clínica de Charcot.

É notável o contexto histórico em que Freud iniciou seu trabalho: no século conhecido como o “século dos manicômios”, devido a grande proliferação dos mesmos. Era o momento dos grandes hospitais na Europa, assim como o dos “grandes médicos de hospital” que atraíam médicos de toda a Europa para assistir seus experimentos. Era também o momento que a psiquiatria se consolidava enquanto especialidade da medicina, a partir dos estudos realizados nos manicômios, dando a este conhecimento específico o estatuto de “ciência”.

Foi então que em 1885-86, Freud, em uma estada em Paris, assistiu aos experimentos de Charcot. Pouco depois foi a Nancy, assistir os de Bernheim. A partir destas duas vivências, começou a elaborar uma nova teoria sobre as psicopatologias, convencido de que as afecções psíquicas não provinham de lesões orgânicas.

Com a descoberta da histeria, abriram-se novos horizontes de estudo no campo das psicopatologias e, neste sentido, Freud pôde apresentar uma nova abordagem inicialmente sobre a histeria e posteriormente sobre outras psicopatologias, através da elaboração de uma metapsicologia¹². Porém, esta abordagem metapsicológica das psicopatologias enfrentou inicialmente o preconceito de ser considerada anticientífica, pois ela vem colocar aquilo que a medicina considerava desprezível e anticientífica: a subjetividade.

“Desviar-se”, para Freud, constitui o procedimento fundador de sua descoberta. Essa virada tem mais importância no processo da descoberta do que o fato de ter abandonado especificamente uma clínica do olhar. Além do mais, Freud realizou, “desviando-se”, o retorno para aquilo do qual a medicina se esforçava por se afastar, esse resto constituído pelas falas do paciente, manchadas de subjetividade e de engano, portadoras de ilusão anticientíficas.

¹² Termo criado por Freud para designar a psicologia por ele fundada, considerada na sua dimensão mais teórica. A metapsicologia elabora um conjunto de modelos conceituais mais ou menos distantes da experiência, tais como a ficção de um aparelho psíquico dividido em instâncias, a teoria das pulsões, o processo de recalque, etc. A metapsicologia leva em consideração três pontos de vista: dinâmico, tópico e econômico. (LAPLANCHE e PONTALIS, 1995, p.284)

(DEL VOLGO, 1998, p.138)

A metapsicologia, proposta por Freud, permitiu uma mudança de eixo na estruturação da clínica, onde a fala aparece como uma outra possibilidade de eixo organizador do espaço.

A fala inaugura uma outra possibilidade de visualidade engendrada através da subjetividade do indivíduo, em oposição a uma “visualidade cartesiana”, onde a doença podia ser identificada e classificada através de uma observação visual que se dava na clínica.

Até então, a fala do doente, reduzida a objeto observável, era desvalorizada, pois seu discurso era desqualificado de razão. Este era o sentido que se dava à fala do louco. Sua palavra era tomada apenas como um identificador de sintomas e utilizada para uma escuta dentro de uma abordagem estritamente diagnóstica. Neste sentido, era uma fala que não permitia a identificação de uma subjetividade. Isto implicava em uma separação entre doença e doente, onde era extirpado do sujeito o sofrimento humano e o sintoma passava a ser apenas uma expressão da patologia. Em última instância, o indivíduo é a própria patologia. Nesse contexto, ele se realizava em paciente, um indivíduo sem subjetividade, cuja dimensão do *pathos* é inexistente. Porém, na clínica psicanalítica freudiana, a fala que revela a subjetividade vem inaugurar uma outra qualidade de espaço: *o espaço da mente*.

Para falar do espaço da mente, Freud inicialmente elaborou uma teoria tópica, ou seja, uma *teoria dos lugares*, concebendo que a “alma” não é um lugar único, ao contrário, ela tem vários lugares. Formulou a idéia de um inconsciente, como o lugar do recalçado, que passa a ser o grande organizador da vida do sujeito. Aparece aqui uma nova visão de sujeito que não é o sujeito de Descartes, transparente a si mesmo, guiado pela razão. Ao contrário, diz FREUD que a condição do homem é a de um sujeito clivado, de uma clivagem fundamental, que tira de sua consciência o controle sobre suas ações.¹³

¹³ Em “Três aspectos da evolução” FREUD observa que as grandes revoluções científicas auxiliaram na derrubada da arrogância do homem de seu pedestal anterior. A primeira destas revoluções foi a Copernicana

Para compreender o processo de funcionamento da mente, Freud elaborou também uma *teoria dinâmica da mente*, ou seja, uma teoria da subjetividade, que em última instância é uma teoria da singularidade. A subjetividade, a singularidade do sujeito vem questionar, imediatamente, todos os modelos fixos idealizados do espaço terapêutico, pois, no modelo idealizado de espaço o sujeito é concebido como um sujeito universal e cuja dimensão de *pathos*, deste sujeito, era inexistente. Sendo assim, o que a psicanálise trouxe, com uma certa contundência, é a existência de um sujeito singular, inscrito na sua dimensão de *pathos* e com múltiplas possibilidades de vivência espacial, que não podem ser fixadas. Vejamos, então, como Freud pensou neste espaço da mente.

O espaço da mente formulado por Freud

Com a concepção de um espaço da mente, nasceu inicialmente a dialética entre mundo interno e mundo externo, permitindo que o sentido de realidade do sujeito pudesse ser questionado. Percebeu-se que o sujeito vivenciava o espaço de maneira tanto objetiva, quanto subjetiva e que há uma relação, entre estas duas formas de vivência espacial. A respeito desta relação, FREUD - em um de seus escritos intitulado “Achados, idéias e problemas” (1941[1938]) - menciona algo sobre o caráter extenso da mente. Diz o autor:

O espaço pode ser a projeção da extensão do aparelho psíquico. Nenhuma outra derivação é provável. Em vez dos determinantes *a priori*, de Kant, de nosso aparelho psíquico. A psique é estendida; nada sabe a respeito.”

Esta afirmação de Freud nos leva a pensar no espaço como metáfora da extensão do mundo psíquico. “Algo” do mundo interno organiza nossa relação com o mundo externo, mediado pela subjetividade. Isto coloca o indivíduo diretamente na

,removendo o homem do centro de um reduzido universo remetendo-o a condição de um habitante de um pequeno planeta que gira em torno de uma estrela reconhecida atualmente como de quinta grandeza dentre bilhões de estrelas numa das mais 200 bilhões de galáxias existentes. A segunda revolução foi a Darwiniana, colocando o homem na descendência comum a todos os seres vivos, A terceira revolução é a do descoberta do inconsciente, fazendo com que o homem reconheça em si a existência de porções desconhecidos do qual a razão não consegue dar conta. (GUERRIERO, 2000, *apud*, RIBEIRO, 1997, p.10)

experiência espacial onde a realidade pessoal do sujeito torna-se o espaço vivido. Como exemplo, citamos algumas das experiências espaciais encontrados nas descrições de casos clássicos de transtornos mentais:

A vivência de espaço de um indivíduo em *estado maníaco* é a de um espaço extremamente dilatado e amplo, que invade o espaço de outras pessoas. O maníaco desconhece as fronteiras espaciais e vive como se todo o espaço externo fosse seu. O espaço externo não oferece resistência a seu eu.

Nos *quadros depressivos*, o espaço externo pode ser vivenciado como muito encolhido, contraído, escuro e pouco penetrável pelo indivíduo e por outros.

Já o indivíduo com *quadro paranóide*, vivencia o espaço interno como invadido por aspectos ameaçadores, perigosos e hostis do mundo. O espaço externo é, em princípio, invasivo, fonte de muitos perigos e ameaças. No caso do indivíduo com *agorafobia*, o espaço externo é percebido como sufocante, pesado, perigoso e potencialmente aniquilador. (DALGALARRONDO, 2000, p.80)

Mas, de fato, esta vivência espacial que pode ser percebida no cotidiano da clínica psiquiátrica vem revelar a dor de um sujeito trágico, cujo pathos coincide com o próprio sujeito.

Além de sofrimento, de *pathos* deriva-se, também, as palavras “paixão” e “passividade”. Assim, a Psicopatologia Fundamental está interessada num sujeito trágico que é constituído e coincide com o *pathos*, o sofrimento, a paixão, a passividade. Este sujeito, que não é nem racional nem agente e senhor de suas ações, encontra sua mais sublime representação na tragédia grega. O que se figura na tragédia é o *pathos*, sofrimento, paixão, passividade que, no sentido clássico, quer dizer tudo o que se faz ou que acontece de novo, do ponto de vista daquele do qual acontece. Nesse sentido, quando *pathos* acontece, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha sem que o eu possa se assenhorar desse acontecimento, a não ser como paciente como ator. (BERLINCK, 2000, p.18).

A exemplo desta possibilidade de espacialização do pathos do sujeito, onde o eu atua como paciente e como ator, podemos citar dois casos de agorafobia. O primeiro, configura entre numerosos casos clínicos encontrados na literatura:

O doutor Bruck (de Dribourg) comunicou a este médico (Bourdin) a observação de um padre, em quem a agorafobia se manifestava de uma forma um tanto estranha. Era tomado de terror quando não havia nada acima de sua cabeça; se ele saísse, só podia caminhar em lugares onde a estrada fosse coberta por árvores; e quando estas faltavam, precisava abrir o guarda chuva, sem o qual, aliás, ele jamais se aventurava a sair.

(LEGRAND DU SAULLE, 1878, *apud*, COSTA PEREIRA, 1997, p.166)

O segundo configura no universo dos arquitetos, envolvendo diretamente questões da arquitetura. A este, chamaremos de um “caso de arquitetura”:

Uma mulher construiu sua casa em um terreno situado em um lugar alto que permitia uma bela vista para o exterior. Devido principalmente a este fato, o arquiteto que projetou sua residência, na tentativa de criar quadros vivos com a paisagem, indicou a utilização de enormes panos de vidro dando a esta casa muita transparência. Porém, o arquiteto não teve acesso a um dado fundamental sobre esta sua cliente. Desconhecia que este mulher sofria de ataques de pânico durante anos consecutivos.

Após a construção da casa esta moradora chamou uma decoradora e, entre as demandas que fez a ela, solicitou a colocação de cortinas de tecido em todos os vidros da casa. Percebendo a moradora que havia provocado alguma estranheza, contou para a decoradora, com sofrimento, um pouco de sua história pessoal e também da síndrome que era portadora.

Em sua narrativa, a moradora disse para a decoradora que durante a crise de pânico ela se sentia completamente vulnerável e até mesmo incomodada com os enormes panos de vidro. Tinha a sensação de que algo iria brotar de fora para dentro da casa e isto a deixava aterrorizada. Disse ainda que era muito difícil viver naquele lugar, pois, apesar de bonito, não lhe oferecia nenhum sentimento de segurança. Mas o fundamental veio no meio de sua própria narrativa:

— “Eu tenho a impressão de estar vivendo um pesadelo, pois não consigo me sentir segura nem na minha própria casa”.

Pode-se deixar aqui, como hipótese, que o espaço pode se constituir em uma linguagem poética, que mais se aproxima daquilo que é intraduzível e inominável do sujeito. Neste caso apresentado, a configuração espacial da casa parecia sugerir a moradora, uma falta de limite entre interior e exterior. Talvez fosse este um dos fatores desencadeantes do medo insuportável que ela vivia em suas crises de pânico, lembrando que durante estas crises o sujeito vive o terror de que “tudo pode acontecer” ou seja uma ausência total de limites. No sentido de estabelecer uma ligação entre fator psíquico vivido pela moradora e materialidade da obra, a exemplo da construção desta mesma casa, poderemos indicar que o arquiteto, conhecendo o quadro psicológico da moradora, poderia ter usado como pressuposto de projeto, especificamente neste caso, as seguintes variáveis: utilizar recursos construtivos que pudessem estabelecer “noções de limite”, no sentido de: *conter*, usando por exemplos um número maior de paredes que não sejam transparentes; de *sustentar e acolher* noção que pode ser transmitida pela forma dos ambientes, cor, textura dos materiais e pela luminosidade. Estes fatores poderiam contribuir para a formação de um ambiente que produza no indivíduo, sentido de *segurança*, permitindo que este se sinta amparado no plano físico e emocional.

O final do século XIX foi marcado por descobertas de grande vulto. Vemos os avanços da psicanálise que se constituindo em uma “ciência da subjetividade”, trouxeram novos horizontes para se pensar o sujeito como um ser social, inserido na cultura. É neste sentido que podemos pensar uma vinculação entre a obra arquitetônica, portadora de uma fala espacializada do pathos e pertencente à cultura.

Também a arquitetura dos hospitais psiquiátricos, tomado como expressão da cultura, nos permite pensar a relação do sujeito com a cultura, pois conforme nos aponta HEITOR MACEDO em *Do amor ao pensamento*:

Não se pode pensar em um indivíduo humano sem referenciá-lo ao meio humano, ou seja, cultural, que o acolhe em seu nascimento. Os antropólogos, graças ao seu trabalho, muito nos ensinam acerca de que veio ser esta evidência. Sendo assim antes de

nascer, um sujeito pertence a um mundo, com seus valores, leis, ritos, riqueza e impossibilidades, que já estão aí e que o esperam. Neste sentido, *encontrar* o mundo é sempre *reconhecê-lo* ao mesmo tempo como estranho e familiar, para *traduzi-lo* nos termos atuais de nossas existências. Em outras palavras, encontrar o mundo é *transforma-lo* ao mesmo tempo em que ele nos transforma.

(1999, p.13)

Neste sentido a arquitetura do hospital psiquiátrico enquanto *poética* pode ser uma metáfora do “inconsciente da sociedade”. Se considerarmos que este lugar foi historicamente destinado a reclusão da loucura, ele pode ser associado ao lugar do reprimido ou seja lugar habitado por aquilo que se quer tirar do plano da consciência que não se quer ter contato, ou seja é a loucura este “algo inominável” que a sociedade não quer ter contato.

Por outro lado, a história também nos mostrou o surgimento do movimento antimanicomial (no final do século XIX), como uma reação aos abusos de poder cometidos dentro daquelas instituições.

Veremos, a seguir, o desenvolvimento do pensamento antimanicomial, sua proposta de transformação para as instituições psiquiátricas, a problemática que surgiu na prática da desinstitucionalização, para podermos entender as propostas de espaço que apareceram no início do século XX. A exemplo citaremos as comunidades terapêuticas que serão, na sua prática, uma tentativa de organizar e integrar a idéia de que o sujeito é subjetivo e social ao mesmo tempo, ou seja que a questão da subjetividade está presente nas relações sociais.

1.5. O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL

Este foi um movimento que pregou a necessidade de retirar os pacientes dos manicômios (frequentemente chamados de asilos), deixando apenas internados os mais perigosos. Esta medida buscava preservar tanto os alienados, quanto os seus familiares. O

problema enfrentado foi o da classificação que distinguisse os perigosos dos não perigosos.

Havia três razões que sustentavam este movimento: a idéia de que o contato com a vida normal poderia trazer a cura para os doentes; a urgência de reduzir a população dos manicômios superlotados, correlativa à impossibilidade de se oferecer tratamento conveniente a todos os internados; e a elevação crescente dos custos que os manicômios acarretavam aos cofres públicos, devido ao elevado número de internações.

A solução, ou critério, para a abertura dos manicômios, envolvia difíceis questões. Uma delas se tratava da responsabilidade que os médicos deveriam assumir em determinar o *“você fica e você sai”*.

Esta decisão situava-se na tensão entre dois importantes aspectos. Por um lado o aspecto social, que reivindicava não mais ter os loucos à solta pelas ruas. Por outro lado, o aspecto econômico, que pretendia esvaziar os manicômios para diminuir os gastos que vinham onerando os cofres públicos.

Havia, também, um outro problema: o da perda de vínculo entre o paciente e sua família de origem. Isto vinha impossibilitar o retorno dos internados para o seio de suas próprias famílias.

Para tentar resolver os problemas da desinternação do paciente, algumas alternativas foram propostas como, por exemplo, a permanência do doente junto à família antes e depois da internação ; a colocação de pacientes em casas particulares, junto a famílias estranhas; a criação de aldeias de alienados; a criação de colônias agrícolas anexas aos asilos de alienados.

Jules Falret, diretor de Salpêtrière (1890) e presidente da Sociedade Médico-Psicológica, baseado na idéia de um tratamento moral da loucura, proposto por Pinel e Esquirol, defendia a idéia da manutenção do espaço manicômial enquanto espaço terapêutico, alegando que as instituições não deixariam de existir, mas que elas se modificariam, ao longo do tempo, em função de mudanças na forma de tratamento. Tendo

para si que esta era uma questão complexa, impôs-se a árdua tarefa de analisar as várias propostas possíveis para viabilizar a desinternação dos pacientes.

A primeira delas, que defendia a permanência dos doentes junto às famílias, fê-lo confrontar suas opiniões com a de dois médicos ilustres na época: o Dr. M.Parchappe e Dr. Morel. Na visão de Parchappe, todo o alienado curável deveria ser internado o quanto antes para que o tratamento fosse eficaz, alegando que a família não teria os mesmos recursos do manicômio. Ao contrário, Morel admitia que em certos casos a melhora do paciente dependia de sua permanência no seio da família.

A proposta de inserir novamente o paciente no ambiente da família de origem, foi amplamente criticada por Jules Falret, pois as dificuldades encontradas para que esta recebesse de volta seu familiar eram consideradas prejudiciais para o paciente. Além disso, considerou-se que a volta deste para a família estava relacionada a uma atitude de dar lugar no manicômio para os doentes considerados incuráveis, do que propriamente uma atitude terapêutica para com o insano.

Falret também considerava que faltavam recursos terapêuticos na situação familiar e que na internação, o isolamento das tensões e problemas cotidianos ficavam assegurados pelo manicômio. Portanto, a proposta de mantê-los em sua casa de origem era contraditória, pois muitos dos pacientes eram trazidos ao manicômio pelos próprios parentes para serem tratados, enquanto outros eram internados para que a família ficasse livre dos incômodos por eles causados. Concluindo, o paciente só deveria permanecer junto à família, se fosse assegurada uma inspeção oficial e regular para a situação de cada alienado.

Uma outra questão abordada por Falret era a de avaliar quais os riscos, para o louco e para a sociedade, de tentar reintegrá-lo à sociedade e à vida cotidiana. No caso, avaliou-se que seria o problema da intolerância perante as atitudes “irracionais”, próprias dos loucos, quando este se encontrava fora do manicômio. Alegava que, dentro daquela instituição, a loucura era controlada e o indivíduo submetido às regras de disciplina, necessárias para reeducar sua desordem apaixonada.

Sobre esta questão, FALRET (1890) comparou as diferenças no modo de viver entre a vida urbana e a rural, avaliando qual a receptividade que se fazia ao louco em ambos os casos:

O que é perigoso nas cidades e o que ali não se pode tolerar, a bem da ordem pública, torna-se menos perigoso e mais fácil de tolerar no meio rural. Tomando-se, como exemplo, Paris, as dificuldades de manter os alienados ditos inofensivos em suas famílias torna-se uma verdadeira impossibilidade. Mesmo porque, durante a maior parte do tempo, nas cidades grandes, eles não têm família e são abandonados a si mesmos e a todos os seus impulsos doentios. Até os idiotas que, na zona rural, podemos observar freqüentemente, mesmo no seio de famílias pobres, nas cidades grandes deverão ser recolhidos aos asilos, para deixá-los vagar pelas ruas, a pedir esmolas, carentes de todos os recursos para sustentar sua triste existência. (*apud*, PESSOTTI, 1996, p.182)

A abertura do manicômio era desejada em tese. Admitia-se a realização desse ideal, desde que o novo sistema assegurasse a cada alienado a continuidade do tratamento. Caso contrário, o prejudicado seria o próprio indivíduo, que por um lado ganharia a liberdade da disciplina manicômial mas, por outro, seria inserido em um meio eventualmente hostil. Tanto o meio familiar, quanto o ambiente urbano, onde o alienado poderia conviver e exercer a sua cidadania, pareciam não estarem ainda preparados para recebê-los e tratá-los devidamente. Por isso, as pressões sociais para mantê-lo no manicômio foram o maior problema enfrentado. A respeito deste contexto nos diz FALRET (1890):

Numerosas dificuldades esperam o alienado em seu retorno ao seio de sua família, mesmo nas zonas rurais. A família precisa trabalhar; a remuneração que o governo lhe der (para cuidar do alienado) parecerá insuficiente; o alienado se tornará, na família um membro inativo, incomodo, até nocivo. Sem dúvida alguns alienados poderão trabalhar; mas outros precisarão de cuidados; muitas famílias desanimarão; a autoridade deverá intervir; o pânico não tardará a surgir; todo o mundo pedirá insistentemente a reinternação do alienado no asilo (...) Teme-se o mesmo até para os alienados já curados (...) as dificuldades que as famílias terão para cuidar de seus alienados, os temores dos vizinhos e a intervenção das autoridades locais que solicitam a reinternação dos alienados,

transformados segundo eles , em perigosos e nocivos à ordem pública, embora vistos como inofensivos pelo médico, ao deixarem o asilo (...)

(*Apud* PESSOTTI, 1996, p.186)

Através desta citação fica claro que o problema do alienado, neste momento, é muito menos uma questão médica do que uma questão social, portanto, uma questão de caráter ético, ou seja, como estabelecer novos parâmetros de relacionamento que permitam uma convivência coletiva entre todos os indivíduos, portadores ou não de psicopatologias.¹⁴

Uma outra alternativa cogitada para desinternação dos alienados foi a de colocá-los em casas isoladas ou em famílias estranhas. Neste sentido, FALRET idealizou uma nova proposta para a construção dos manicômios. Propõe que em uma área ampla deveriam ser agregadas casas isoladas e nelas colocadas um número reduzido de pacientes. Era um sistema que permitiria aos insanos uma ampla liberdade de circulação e convivência. Este sistema foi implantado e ficou conhecido, na Inglaterra, como *Cottage System*. A vantagem deste era que ficava assegurada, ao paciente, a sua liberdade da disciplina manicômial mas, ao mesmo tempo, garantia-se a supervisão das condições de vida e o tratamento médico indispensável a ele. Este modelo diverge da proposta de habitação fora do asilo, pois, neste caso, todos os problemas de assistência ao paciente voltariam a ser questionados.

Isaias Pessotti nos aponta ainda uma outra forma de terapêutica destinada a pacientes insanos utilizada na Inglaterra e Bélgica. Esta propunha a colocação dos alienados junto a famílias estranhas na zona rural. Esta prática assemelhava-se ao de alocar crianças abandonadas na França, naquela época. Na Bélgica havia uma colônia famosa, a Colônia de Gheel. Nesta, moravam cerca de novecentos alienados em casas de famílias camponesas os quais eram, inclusive, muito bem aceitos por elas, conforme nos diz o

¹⁴ Esta questão estará presente no segundo movimento da antipsiquiatria, com proposta para a transformação do espaço manicomial em laboratórios de convívio, aberto a todos os cidadãos indiscriminadamente. A exemplo citamos o manicômio de Trieste, Itália, experiência que Franco Rottelli denominou a “*instituição inventada*”.

próprio autor. A consequência dessa experiência bem sucedida é que os alienados puderam se dedicar com os camponeses aos trabalhos do campo.

Inspirados neste modelo foram feitas algumas tentativas, algumas bem sucedidas, de moradias próximas aos asilos. Neste caso, as escolhas das famílias a quem se confiariam os alienados foram realizados por médicos, para garantir um controle regular sobre a conduta desta para com o indivíduo demente e, também, o seu estado de saúde. Neste sistema ficava assegurada a reinternação do alienado, se necessário fosse. A exemplo, PESSOTTI cita “*Roller nos arredores do asilo Illenau; Bucknill na vizinhança do manicômio de Devonshire; ou Robertson junto ao asilo de Haywards-Heath*”. (1996, p.187)

Porém, a Colônia de Gheel não seguia esse sistema de assistência extra-manicômial. Criou-se, então, naquela colônia, uma enfermaria que era, na verdade, um asilo em pequena escala, muito bem organizado e administrado, com regulamentos especiais impostos pelo governo belga. Nesta colônia habitavam os alienados crônicos e incuráveis. Lá não se oferecia tratamento psiquiátrico, apenas reintegravam-se os alienados à vida do campo, garantindo cuidados sanitários e proteção contra os abusos muito frequentes nas instituições manicomiais. Gheel foi considerada uma colônia utópica, e seu sistema de funcionamento difícil de ser reproduzido em outras localidades.

Uma outra alternativa para os alienados foram as colônias agrícolas. Pinel já havia indicado estas colônias, que deveriam funcionar junto aos asilos, pois considerava o trabalho um poderoso recurso de tratamento. Além disto, o trabalho não remunerado dos alienados reduziria os custos com a alimentação e, conseqüentemente, possibilitaria a internação de um número maior de pacientes, sem onerar os cofres públicos. A exemplo deste sistema pode-se citar a colônia de Sainte-Anne, onde trabalhavam pacientes de Bicêtre. (PESSOTTI, 1996, p.189)

As propostas de desinternação, nos diz Pessotti (1996), não configuravam uma contestação ao manicômio como se ele fosse ineficaz, ou fosse, por algum motivo médico, digno de rejeição e substituição radical por outros sistemas de assistência psiquiátrica. Tanto é assim, que os manicômios continuaram sua trajetória, mudando-se apenas o

enfoque doutrinário e a escolha dos métodos de tratamento que, por sua vez, implicaram em mudanças das condições de vida dos alienados, seja ela dentro ou fora do manicômio.

1.6. AS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO SÉCULO XX

Podemos dizer que o século XX foi, desde seu início, e até aproximadamente a década de setenta, para a psiquiatria, uma época de mudanças extraordinariamente produtivas. Já em seu início nos deparamos com as descobertas de Freud que originaram a psiquiatria dinâmica; quanto aos centros psiquiátricos desenvolveu-se a laborterapia, uma tentativa de devolver ao doente mental o sentimento de ser útil à sociedade. Na década de trinta apareceram a insulino-terapia, o eletrochoque e os primeiros estudos sobre família e sua interação com a psicopatologia. Nos anos quarenta e cinquenta, apareceram contribuições da neurocirurgia, do desenvolvimento da terapia de grupo e familiar e, com estas, o estudo das estruturas patológicas do comportamento. Na década de cinquenta, a descoberta da clorpromazina inaugura a era da psicofarmacologia. Todas estas grandes descobertas e inovações foram produzindo mudanças nas instituições psiquiátricas.

Basicamente foram duas as formas de experiência que se destacaram e contribuíram para a mudança do enfoque terapêutico. Na década de cinquenta encontramos comunidades terapêuticas e, na década de sessenta, a antipsiquiatria.

Após a segunda guerra mundial, tendo o mundo experimentado o horror do holocausto nazista, refletiu-se na maioria dos continentes questões que dizem respeito ao ser humano. Todas as ciências relacionadas à área social ganharam ênfase nesta época e, conseqüentemente, os projetos de caráter social tiveram destaque. Este foi o contexto em que se desenvolveram as comunidades terapêuticas na década de cinquenta e a antipsiquiatria na década de sessenta.

A arquitetura, na modernidade, começou a se dedicar quase que inteiramente aos projetos públicos de caráter social. As habitações passam a ser repensadas através do viés social e se desenvolveu uma série de propostas para habitações coletivas. Também foram repensados e valorizados os espaços de caráter público, a exemplo das praças e dos

edifícios, como também as escolas e os hospitais. Enfim, todos os espaços de convívio social passaram a ser observados por uma nova ótica. Neste contexto é que surgiram, inicialmente, as comunidades terapêuticas.

As comunidades terapêuticas

O “embrião” da idéia de comunidade terapêutica como uma forma de transformação da instituição psiquiátrica apareceu com H.S.Sullivan. Este, vislumbrou a instituição funcionando como um organismo social, que poderia modificar terapêuticamente o indivíduo. Em 1929, ele fundou a ala experimental no Hospital Sheppard e Enoch Pratt para tratamento de casos agudos de esquizofrenia em adolescentes. Baseando-se no conceito de “relações pessoais”, Sullivan orienta sua ação terapêutica para o *ambiente*¹⁵ e organiza sua ala com o propósito de converter toda a instituição em um *ambiente terapêutico*. Eliminou as enfermeiras regulares do pavilhão, substituindo-as por assistentes orientados por ele.

Nos anos cinquenta, Maxwell Jones desenvolve o conceito de “comunidade terapêutica”, tendo como marco de referência teórica a sociologia e a sócio-psiquiatria. Propôs uma comunicação livre entre todos os membros da comunidade e que os recursos terapêuticos fossem fundamentados na idéia de confrontação e interpretação da motivação. Vários trabalhos foram realizados ao longo dos anos e podemos perceber que foram basicamente duas as formas de desenvolvimento das comunidades terapêuticas.

A primeira, tendendo à psiquiatria social e comportamentalista, trazia a idéia de que o indivíduo deveria se adaptar ao meio social. Neste caso, o grupo do hospital deveria funcionar como uma pequena sociedade ou como uma espécie de substituto de um grupo familiar. Este enfoque suscitou desacordos teóricos. Parecia ilusório pensar em transformar o hospital em uma espécie de aldeia, pois, neste sentido, estar-se-iam criando falsas

¹⁵ Aparece aqui, um embrião da idéia de “ambiente”, implicando uma mudança de conceito sobre a arquitetura: da arquitetura enquanto edifício-objeto para uma arquitetura enquanto construção de um ambiente, onde nesta construção se pressupõe relações entre edifício, objetos e pessoas.

comunidades. Considerou-se, então, que o paciente deveria participar dos grupos humanos *reais*, tais como sua família, seus amigos, sua cidade, seu sindicato, e seu partido político. Toda a ação deveria estar dirigida a reintegrar o indivíduo a esta realidade. Não deveria haver, portanto, barreiras entre o hospital e a cidade.

Uma outra experiência foi a da comunidade terapêutica psicanalítica. Esta se aproximou da concepção de comunidade terapêutica desenvolvida por Maxwell Jones, que se propunha a funcionar como uma família substitutiva ou transicional durante o processo terapêutico, gerando um ambiente emocional de segurança para que o paciente pudesse ser tratado. A família real estava incluída neste processo através da realização de uma terapêutica familiar, pois se considerava que o desequilíbrio emocional de um determinado membro da família poderia estar relacionado ao seu ambiente familiar, ou seja, à sua família real.

Por considerar o ambiente familiar um possível gerador de conflitos, a comunidade terapêutica trabalhou no fortalecimento psíquico do indivíduo portador de distúrbios afetivos, para que este pudesse resistir ao confronto, tanto no seio de sua própria família, no momento em que este tivesse que retornar, como também para a convivência na sociedade como um todo.

O funcionamento da comunidade era balizado por conceitos da psicanálise, adaptados às necessidades que foram surgindo na experiência. A exemplo, é citada a questão da transferência realizada através do grupo social na instituição; a idéia de conflito realizada através do confronto com o outro; a idéia do *Setting* psicanalítico anteriormente restrito ao espaço do consultório onde ocorrem as sessões de psicanálise é ampliada para o espaço da instituição como um todo, alterando a relação bi-pessoal entre paciente e terapeuta, para a comunidade como um todo (pacientes, funcionários e famílias). É evidente que muitos problemas surgiram na prática, mas foram estes que contribuíram para o enriquecimento e recriação da teoria a partir de uma nova experiência.

Do ponto de vista da arquitetura, as comunidades terapêuticas não se traduziram em um modelo arquitetônico, como os modelos de manicômios idealizados por Pinel, Esquirol, Tuck e Falret. No entanto, verifica-se que através da experiência das

comunidades terapêuticas, realizou-se uma grande transformação no que se refere ao espaço do hospital psiquiátrico, até então qualificado como espaço terapêutico. Esta é a transformação do *locus* do hospital como espaço da exclusão e da cura, para o *locus* da comunidade como o espaço da existência, ou seja, além do potencial curativo atribuído anteriormente ao lugar, a comunidade é um espaço que abriga também a existência.

A comunhão dos mortais não começa pelo compartilhamento de valores e normas; ela, antes, cessa quando estes se tornam o único fundamento do coexistir. A comunidade institui-se no assento, na ocupação de sítios nas mesmas paragens. (LOPARIC, 1995, p.79)

A antipsiquiatria

Tendo aparecido nos anos 60 do século XX, este movimento, dentre as muitas questões discutidas, a que se destacou como fundamental foi o questionamento sobre a *instituição da loucura*.

Diz FRANCO ROTELLI ¹⁶:

Faz-se necessário repetir algo para nós óbvio, mas desconhecido para muitos: a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio mas a loucura. Discordo daqueles que dividem os dois períodos: o período manicômial do atual, não só por aquilo que obviamente é diferente (surplus de violência, papel da periculosidade social, totalização das pessoas), mas também por aquilo que para nós não mudou: a própria essência da questão psiquiátrica. (1990, p.89)

Entre muitas instituições, principalmente as Italianas, que passaram pela experiência de desinstitucionalização, citamos, Maccacaro, Giannichedda, Gorizia e

¹⁶ Franco Rotelli, psiquiatra, é diretor dos serviços de Saúde Mental de Trieste.

Trieste. Porém, as experiências de Gorizia nos anos 60 e Trieste nos anos 70 foram as mais divulgadas.

Afirma ROTELLI que o processo de desinstitucionalização dos manicômios é interminável e realizado no dia a dia do próprio manicômio. Cita que em Trieste, a prática da desinternação exigiu que algumas medidas fossem tomadas. A exemplo: retomaram-se as relações com as famílias; levaram os loucos para a cidade; deram alta àqueles que tiveram esta possibilidade; buscaram-se soluções de moradia e de trabalho; realizaram-se festas e reuniões abrindo o manicômio para a cidade. Enfim, o conceito de um *espaço terapêutico* ficou substituído pelo conceito de *liberdade como terapêutica*.

Neste sentido, atribuiu-se ao manicômio um novo caráter. Ele foi transformado em um *Laboratório*¹⁷, onde as pessoas que ali se encontravam pudessem se reconstruir como atores sociais, impedindo, assim, o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada, considerada a máscara que se sobrepunha ao doente mental. O significado de *tratar* transformou-se no conceito de *ocupar-se aqui e agora*, com o objetivo de buscar uma transformação nos modos de viver e de sentir o sofrimento do paciente. Tudo isto contribuiu também para uma transformação na vida concreta e cotidiana destas pessoas.

O “campo de observação” de doenças que caracterizava os manicômios enquanto espaço terapêutico é transformado em campo de experiência do viver. O ser humano passou a ser compreendido como um ser inscrito na sua própria dimensão de paixão (*pathos*), cujas fontes geradoras de conflito e dor podem ser diversas como, por exemplo, a social, a econômica, afetiva, a cultural. Abriu-se aqui uma possibilidade para transformar o ser humano – reduzido anteriormente a objeto, suporte para a manifestação da doença – em um ser que necessita entrar em contato com a sua dor, estabelecendo um campo de aprendizagem através da relação com os outros indivíduos.

Isto trouxe para a arquitetura uma outra possibilidade de pensar o espaço: o espaço que se define através da relação com o “Outro”. Os muros que limitavam o interno

¹⁷ Neste caso entende-se o laboratório como o espaço de “labor” onde as relações humanas podem estar sendo constantemente trabalhadas.

e o externo ao manicômio não são mais construídos com tijolos ou pedras. A noção de limite passa a ser o “Outro” .

ROTELLI aponta para a necessidade de se pensar as instituições psiquiátricas dentro de um novo paradigma: o das “instituições inventadas”. Considera a experiência de Trieste, filha *autopoiética* da experiência primeira, empreendida por Basaglia, a “instituição negada”. Esta forma poética pôde ser traduzida por uma imagem que cabe bem à arquitetura no sentido de visualização de um espaço possível para a convivência coletiva, cabendo a loucura, que sempre esteve presente na história da humanidade.

(...) “Não existe para mim um centro de saúde mental mais bonito do que um mercado no Senegal ou em Marrocos. Quero compreender melhor o porquê, mas é certo, existe o fato de que as classes sociais se misturam, trocam, os indivíduos se olham, jogam e trabalham (e podem ser também muito loucos). É um dos poucos lugares, um bom mercado, onde o corpo social se reconhece, existe inteiro e é difícil para todos fugir do fascínio de seu turbilhonamento (do mercado e do corpo). Onde nós singularizamos através da participação. (ROTELLI, 1990, p.95)

Relativo ao espaço manicômial enquanto espaço de moradia, é de se notar que o manicômio conviveu muito tempo com a contradição de ser habitação permanente, onde o indivíduo era obrigado a habitar uma “casa declarada inabitável” (ROTELLI 1990, p.72). Entretanto, no processo de desinternação, a relação do indivíduo com o local de moradia é totalmente alterada. Surge a figura do hóspede e o manicômio pode qualificar-se como lugar de hospedagem. Vejamos:

Os hóspedes entram e saem do hospital quando querem, não perdem sua personalidade jurídica, usam o manicômio “como uma casa”. A “hospitalidade” representa de modo claro a contradição real entre o “dentro” e o “fora”. Vai-se para dentro porque fora não se encontra respostas à própria angústia, ou simplesmente porque não se encontram relações de suportes para a própria vida; mas o dentro é como fora, com possibilidades de decidir a qualquer momento que não se tem mais necessidade de sustentação (ou de ser sustentado) com a consciência de que em qualquer caso será um apoio breve, sem outras regras ou condições a não ser as do relacionamento com quem oferece apoio; como indício,

portanto, de que qualquer relacionamento, também fora, poderia ser assim realmente incondicionado. (ROTELLI, 1990, p.72)

Não se pode dizer que o manicômio era propriamente uma casa, mesmo para aqueles que permaneceram durante toda uma vida naquele local. A *hospitalidade* representou, de modo claro, que o indivíduo fica no manicômio, seja permanentemente ou temporariamente, na falta de dinheiro, de relações de apoio e de casa, tanto no sentido mais elementar relativo a lugar físico, quanto ao sentido poético que pressupõe o estabelecimento de uma morada, "*um canto no mundo*", nas palavras de BACHELARD (1989, p.22) . Este argumento nos leva a pensar que em um processo de desinternação se faz necessário repensar o tema da hospitalidade, da hospedagem, do "acolhimento incondicional", na redefinição do novo papel ou postura que a instituição deverá assumir com relação ao paciente que vem ao encontro dela.

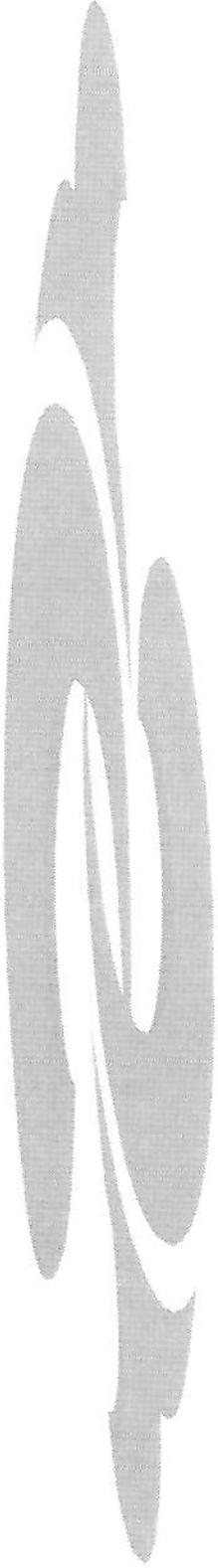
O tema da hospedagem traz em si a idéia de uma estadia transitória, pois o hospede "é aquele que se aloja temporariamente em uma casa alheia". Mas esta não é uma casa qualquer. Os alemães nomearam esta casa de *Krankenhaus*, que significa "casa dos doentes". A respeito desta casa podemos então indagar: que qualidades deve ter esta casa, esta morada, para que possa transmitir ao paciente, durante sua estadia (temporária), um sentido de seguridade, confiança, em última instância amparando-o durante a recuperação de sua enfermidade.

Na língua inglesa, há duas expressões que significam casa: *house e home*. O termo *house* é empregado para designar casa enquanto lugar físico e o termo *home* para atribuir a casa o sentido de lar.

A arquitetura tem se apoiado com maior freqüência no conceito de *house* enquanto estabelecimento de um lugar físico que abrigue o indivíduo da chuva, do vento, do calor, ou seja, das suas necessidades materiais mais diretas e imediatas. Porém o sentido de casa comporta algo mais que um abrigo materializado e, neste sentido, a casa é a *home*, ou seja, o lar, sendo esta a construção de um abrigo que se realiza na subjetividade do ser.

Torna-se, então, para a arquitetura, enquanto disciplina que tem em seu fundamento a questão do abrigar a existência humana, pensar nas possibilidades de conceituar estas variáveis a serem manipuladas pelo arquiteto no ato de projetar, que contemple o ser humano em sua totalidade *soma-mente-psique*. Neste sentido, o estudo do inconsciente, através de sua ciência específica, a psicanálise, se faz presente e necessária como instrumental teórico para a realização deste salto qualitativo que estas questões nos colocam.

No capítulo a seguir, apresentaremos dois episódios. O primeiro episódio refere-se a uma instituição manicômial e o segundo episódio a uma enfermaria psiquiátrica de um hospital geral. Nossa intenção em apresentar estes dois episódios se justifica por dois aspectos. O primeiro relativo ao caráter ilustrativo pertinente ao tema abordado, contribuindo para que nossas considerações se tornem efetivas. O segundo relativo a uma pesquisa a ser realizado a partir dos episódios com a finalidade de investigar os aspectos singulares de cada um apresenta. Neste sentido eles se configuram em um “estudo de caso”.



CAPÍTULO 2

CAPÍTULO 2: APRESENTAÇÃO DOS EPISÓDIOS

2.1. EPISÓDIO 1

“... Talvez Francisca Miranda...”

– “Eu vivo aqui há mais de 20 anos. Não era louca, mas vivendo neste lugar, todo este tempo, acabei ficando e todo mundo fica”.

Minha mãe teve quatro filhos homens e duas filhas mulheres. Fui à última, a caçulinha.

Meu pai deixou a minha mãe antes de eu nascer e quando eu era menina minha mãe morreu. Naquela época não sabíamos onde meu pai andava, então minha irmã levou-me para morar com ela.

Eu era moça jovem quando o marido de minha irmã me colocou aqui, pois, eu não queria fazer sexo com ele, nem obrigada. A minha irmã não sabia desta história por isso acreditou no meu cunhado quando ele disse que eu precisava ser internada. Eu estava deprimida, já não comia e nem dormia mais direito.

Quando eu cheguei aqui, não me deixaram ficar com nada que era meu de verdade. Foi mesmo como se eu tivesse perdido tudo. O Sr. Dr. que cuidava da gente, aqui neste lugar, achou que eu estava muito nervosa e então mandava me dar choques para eu me acalmar e outros remédios também. Isto acontecia aqui com várias pessoas.

Ouvia sempre os gritos desesperados dos doentes que eram trancados de castigo no pátio. Era nojento passar por lá e ver quando eles comiam as suas próprias fezes.

A cama que eu dormia ficava em um salão frio, com o telhado bem alto, escuro, cheirava muito mal. As camas neste salão eram tão encostadas que não dava para ir ao banheiro durante a noite, e então.... você imagina. O barulho era tanto e o tempo todo que

muitas vezes eu não conseguia dormir. Era mesmo um lugar de doido, como eu já te disse, quem não era ficava.

Chovia em cima das camas por que o vento forte além de assobiar, assustando a gente, arrancava do lugar as telhas, e como demorava para trocar.....

S. Antônio? Êta homem bom! Quase todos os dias ele desentupia a privada para pegar os sapatos que ficavam entalados nela. Ele dizia que quando tinha dinheiro para comprar telhas não tinha quem pudesse trocar e quando tinha alguém para trocar não tinha dinheiro para comprar as telhas. Parecia mesmo uma situação de doido.

O banho era na hora que eu não queria, com água fria o ano todo e junto com outras mulheres. Não havia espelho para a gente se pentear. Também, não tinha tanta importância porque eu tinha que cortar o cabelo bem curto para não pegar piolho. Acho que não tinha mesmo nenhuma beleza para olhar em mim.

Passava calor e passava frio porque a roupa já vinha pronta da lavanderia, eu era obrigada a vestir, não tinha outra. Nem sei quem é que escolhia. Às vezes eu reclamava, mas não adiantava nada. Um dia eu perguntei para a Dna. Lurdes, a mulher da lavanderia, por que eu não podia escolher as roupas. Ela me respondeu que o Sr. Dr. deu ordem para mandar as mudas de roupas prontas para os pacientes. Ele tinha medo que alguém tentasse se enforcar, igual fez o Honório com as calças jeans azuis desbotadas de ele tanto usava.

O que eu comia não era eu que escolhia, tanto fazia se eu gostava ou não. Acho que gelatina não combina com chá.

Mais um pouco de tempo vivendo nesta situação eu esqueceria quem eu sou para sempre. Daí não teria mais importância não ter sido visitada e mesmo agora que o hospital deixa a gente sair, não ter mais lugar e nem família para ir visitar.

Você pode me chamar de Ondina, Rosa, Ana Maria, Consuelo, Terezinha de Jesus, Gildete, Cristina, Rebeca, quem sabe Francisca Miranda , Chica é um bonito nome. Mas qualquer nome aqui me serve, vai depender do dia.

Meu verdadeiro nome vocês só vão saber quando eu morrer, porque daí eu tenho que ser identificada de verdade".

* * *

Intervir no espaço físico de uma instituição manicômial não é uma tarefa muito fácil para um arquiteto, pois, a abrangência de uma intervenção física realizada (1990) no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, instituição manicômial de Campinas, demonstrou ter repercussões profundas na vida das pessoas, que de alguma forma, habitavam aquele lugar.

Neste primeiro episódio nossa protagonista é uma paciente moradora que viveu na instituição por mais de 20 anos. É de se notar que esta narrativa se deu durante o processo de desinstitucionalização deste antigo manicômio, e isto nos coloca diante do seguinte questionamento: uma intervenção no espaço físico pode repercutir no psiquismo das pessoas que habitam este local? Supondo uma resposta positiva, as questões que se colocarão em nossa investigação serão por que e de que forma isso se sucede.

Também é possível notar, através da narrativa desta mulher, que o espaço manicômial, tanto do ponto de vista da organização física espacial (como, por exemplo, a descrição dos dormitórios coletivos), quanto à de uma organização da rotina vivida no dia a dia do manicômio (como, por exemplo, a imposição de horários e atividades), pode se tornar um verdadeiro *produtor da loucura*. Então o que estudaremos neste episódio é o quanto estes aspectos pertinentes à arquitetura do manicômio contribuem diretamente para esta *produção da loucura*.

A escolha deste episódio dentre outros, se deu por uma característica encontrada na fala de Francisca. Um tipo de narrativa que fala da dor através de metáforas espaciais, utilizando a arquitetura do manicômio. Mais do que uma narrativa descritiva sobre o espaço do manicômio, ela consegue criar imagens que nos dizem sobre o ambiente deste manicômio. **E este será um tema a ser investigado pois não propriamente a arquitetura do manicômio mas o ambiente criado a partir dele é que o torna um lugar "produtor da loucura". Neste sentido, baseado no estudo da história os espaços da**

loucura, estabeleceremos como pressuposto que se historicamente a arquitetura se viu as voltas com questões de espaços modelares, ou seja, fundados através de modelos teóricos, perfeitamente de acordo com o discurso médico sobre a loucura e sua terapêutica, hoje ela se vê as voltas com a questão ambiente, noção que engloba além da arquitetura enquanto espaço concreto, a subjetividade do usuário deste espaço.

Neste sentido, podemos colocar que a questão “ambiente” se constitui em um incansável tema de pesquisa. Mas neste trabalho não é nosso objetivo buscar um aprofundamento desta temática, mesmo por que isto demandaria um outro projeto de dissertação. Mas como o tema se tornou relevante, procuraremos investigá-lo, usando para isto os episódios. Assim poderemos contemplar as questões que estão envolvidas na interface da arquitetura com a saúde mental, dado que existe uma relação estreita entre essas duas disciplinas, já citada em discussão aberta neste trabalho. Nosso instrumental de pesquisa se baseará na psicanálise por ser esta uma “ciência da subjetividade”.

Para que possamos refletir sobre alguns aspectos trazidos na narrativa de Francisca, faremos um breve histórico a respeito da construção das instalações físicas da instituição em questão, o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

No início do século XX, existia no Estado de São Paulo, apenas um hospital psiquiátrico, o hospital do Juquerí, situado no município de Franco da Rocha. Mas aquela instituição estava sempre lotado e os doentes, *insanos*, tinham de aguardar vaga nas cadeias públicas de São Paulo.

Em Campinas, os doentes eram recolhidos nos porões da cadeia local, pois, a população tinha a superstição de que o contato com eles poderia “*transmitir a doença*” (PASSOS, 1975, p.07), a loucura.

Em 1917, foi feita uma doação para a construção de um manicômio que viesse atender o município de Campinas e região. A primeira oferta de terreno, para a construção, foi feita pela Secretaria de Justiça e Segurança Pública. Este se situava no fundo do quartel da polícia de Campinas, atrás de uma valeta de saneamento. Além do terreno foi oferecido,

também, alimentação por tempo indeterminado para os dementes que viessem ocupar aquele espaço.

Esta proposta foi rejeitada pela associação filantrópica, responsável pela construção das futuras instalações do sanatório, pois, avaliou-se que o manicômio deveria ser construído em instalações próprias e, com o tempo, transformado em um “asilo colônia”. Um outro argumento era tirar os dementes das cadeias públicas ou da responsabilidade da polícia e destiná-los a um hospital onde pudessem receber tratamento especializado.

O novo manicômio foi instalado em uma área rural, cuja região era conhecida como Chácara das Palmeiras, no distrito de Arraial de Sousas. Esta, por sua vez, era um desmembramento da fazenda Atibaia, cujo bairro era denominado “*Quebra bunda*”, pois, ali se domavam cavalos selvagens.

A primeira edificação realizada foi destinada à internação masculina e feminina. Este edifício era dividido em duas partes com um pátio central fechado para o exterior e a céu aberto, para poder vigiar os pacientes. De uma espécie de torre poderia se visualizar todo o pátio, situação comparável com a proposta do “Panóptico”¹ de JEREMY BENTHAM. Esta torre era uma sacada coberta do pavimento superior da edificação, onde residia o administrador da instituição, conforme nos relataram alguns dos antigos pacientes. Sobre o sentido desta torre na arquitetura do manicômio poderemos tecer algumas outras considerações.

Do ponto de vista ideológico, ela representa o poder instituído dentro do manicômio, uma representação física espacial do “*olho da vigia*”, fazendo-se presente o olhar constante sobre o paciente.

¹ O “Panóptico”, era um estabelecimento proposto no final do século XVIII, para guardar prisioneiros com mais segurança e economia e para operar, ao mesmo tempo, a sua reforma moral. No espaço do Panóptico o indivíduo perde de fato a capacidade de fazer o mal e quase de desejar-lo.

Diz BENTHAM (1791): “*O inspetor, ele próprio invisível, reina como um espírito; mas este espírito pode, se necessário, dar prova imediata de sua presença real (...)*”. (apud INSTITUIÇÕES, 1987, p.202)

De maneira análoga, sob o ponto de vista da história da medicina, a torre é o lugar de onde o observador pode assistir à manifestação da loucura, da mesma forma como ele observa uma vasta *horta de doentes*. Neste sentido, a torre é o espaço que viabiliza a observação botânica dentro do manicômio.

Mas, em nosso caso, algo ocorreu com esta torre nos dando subsídio para uma terceira formulação. Com a proposta de abertura dos espaços do manicômio, a torre passou a ser um lugar constantemente visitado pelos pacientes, chegando a se constituir em um pequeno (dada às dimensões deste local) espaço para reuniões de grupo. Percebeu-se neste processo que a relação que os indivíduos estabeleceram com a torre era radicalmente oposta à relação que eles haviam estabelecido com os pátios internos, onde ficavam as celas de contenção. Estes eram raramente visitados. Observamos que alguns trajetos poderiam ser reduzidos cortando caminho por esses pátios, mas os pacientes faziam a opção de dar a volta em torno da edificação (mesmo em dias de frio, chuva e vento) para não terem que entrar nesses espaços. Também quando era proposta qualquer forma de atividade – mesmo que próxima a este local – era notável o índice de rejeição a proposta. Uma situação que poderemos denominar de *verdadeiro horror ao espaço*.

Mas esta situação não ocorreu com a torre ao contrário ela passou da categoria de um lugar inabitável para um lugar habitável, pelos pacientes. Este fato nos coloca de imediato duas questões. A primeira referente à questão de um pré-estabelecimento de valores simbólicos atribuídos à torre como por exemplo o do “olho do poder”. Isto vem implicar em uma transformação de uma dimensão absoluta do conceito para um sistema de posições relativas deste conceito.

A segunda refere-se ao problema da singularidade que cada realidade apresenta mostrando que os valores atribuídos anteriormente à torre não podem ser pré-fixados, pois eles nos impediriam de compreender e atuar dentro de uma nova situação ou de um novo paradigma.

Quando houve necessidade de ampliar as instalações físicas para aumentar o número de leitos, esta se deu no subsolo da construção existente. Escavou-se um pavimento para instalar 25 leitos em um lugar onde se encontrava toda a estrutura da edificação: vigas e colunas superdimensionadas, além das paredes largas. Era um espaço enclausurado, com pouca iluminação, úmido e com altura do teto rebaixada.

A configuração espacial das novas instalações se deu de forma labiríntica que conduzia a um pátio interno fechado. Neste, encontravam-se, até recentemente, os pacientes contidos em cela forte. O horror a este espaço veio na fala de Francisca Miranda.

É de se notar e questionar, por que este manicômio, que possuía 23 hectares de terra disponível, ampliou suas instalações para o porão de uma edificação, ou seja, para abaixo do solo .

Este fato nos leva a pensar e a supor que tanto o processo de escolha do lugar, quanto da solução formal relacionada a construtividade das instalações físicas, se colocam além da racionalidade da engenharia e da funcionalidade médico-terapêutica do edifício. Ele parece obedecer, também, a uma ordem ligada ao imaginário simbólico. Sobre este aspecto da construção KAUFMANN nos diz o seguinte:

Temos negligenciado, até o momento, o aspecto evidentemente não menos essencial da construção que é a escolha e o emprego dos materiais: problema intermediário entre a estética e a arte do engenheiro, no que concerne à escolha, e problema de técnica no que concerne à utilização - ambos tendo que ser historicamente situados, como vimos tentando fazer em relação à vida das formas. Limitemo-nos aqui à formulação de um problema: a madeira, a pedra, o ferro, o aço, o cimento, o vidro e os diversos tipos de aglomerados solicitam, cada qual a seu modo, a imaginação individual. Não há dúvida de que, nesse aspecto, a fenomenologia poética, da qual Bachelard foi o pioneiro, merece uma investigação mais acurada, tendo por pano de fundo o pensamento propriamente Freudiano. Restaria, então, nos interrogarmos sobre o valor de que são investidos esses materiais pela aspiração central do homem na construção.

(1996, p.567)

Emprestando de BACHELARD (1989) a imagem do porão como lugar do inconsciente da casa², tema vastamente desenvolvido pelo autor em sua obra literária *A poética do espaço*, poderemos comparar o manicômio, ao inconsciente da sociedade, ou seja, o manicômio funcionando como o excluído da sociedade, pois dentro da visão freudiana o inconsciente configura-se como o “lugar do recalçado”. Região subterrânea, labiríntica, escura, úmida, desconhecida, informe e dolorosa. É o território onde habita uma amostra da “espécie dolorida”³. Um outro aspecto que se refere a este tema do inconsciente social, é que o local escolhido para a instalação do manicômio havia sido um lugar onde se domavam cavalos selvagens por isso denominado de Quebra Bunda.

Durante muitos anos, no início de sua implantação, com a devastação das matas nas áreas rurais circunvizinhas, em dias de chuvas pesadas, toda a água ficava canalizada na bacia natural, sediada na propriedade do Manicômio. Daí as grandes enchentes levavam de roldão a precária ponte de madeira existente que ligava de um lado o manicômio e de outro, a cidade de Sousas. Durante três a quatro meses por ano passava-se por um desvio, com uma ponte de emergência, até que a oficial fosse reparada.

A nova ponte foi construída pelos pacientes através do sistema de mutirão. Teve toda a sua base estaqueada para receber um muro em concreto ciclópico, que seria o suporte. Mas apesar desta construção que permitiu ligar fisicamente os dois lados, esta separação de território baseada no conceito de *normalidade e não normalidade*, persiste até os dias de hoje já com alguns avanços na perspectiva de uma abordagem de trabalho baseado no conceito de “diversidade e inclusão social”.

² Bachelard afirma que a casa é um corpo de imagens que dão ao homem razões ou ilusões de estabilidade. Ela é imaginada como um ser concentrado, com uma consciência de centralidade e como um ser vertical, onde a verticalidade é assegurada pela polaridade do porão e do sótão. O sótão representa através de sua luminosidade a consciência e a racionalidade da casa. Já o porão, lugar onde se ocultam as potências subterrâneas, representa através de sua profundidade o inconsciente e a irracionalidade da casa. Neste sentido pode-se opor a racionalidade do telhado à irracionalidade do porão.

³ “A dor é, assim, um fenômeno de tão ampla extensão que é possível afirmar que a humanidade é uma espécie dolorida”. (BERLINCK, 2000, p. 57)

Relação entre os aspectos arquitetônico e psicanalítico na proposta de reforma do manicômio

Do ponto de vista físico-funcional, que atribui ao manicômio apenas a “função terapêutica”, a reforma tinha como objetivo transformar esta antiga instituição manicômial em um hospital psiquiátrico moderno, cujas características principais são modernização tecnológica e humanização dos espaços. Para que esta meta se tornasse possível, foram estabelecidas algumas diretrizes para a elaboração do projeto, sendo três as mais importantes:

1. Estabelecer uma unidade entre as edificações.

A implantação das instalações físicas deste manicômio se deu de forma pavilhonar, sendo a ligação entre os edifícios, a céu aberto. Praticamente as construções eram no andar térreo com pátios internos abertos e instalados no centro de cada edifício. Este tipo de implantação muito se assemelha à proposta de Esquirol (século XIX) para a construção de asilos. Tal proposta visava garantir, principalmente, a supervisão do médico sobre os funcionários que, muitas vezes, estabeleciam com os pacientes uma relação de vassalagem, um verdadeiro abuso da autoridade do funcionário sobre os doentes.

Porém, nesse manicômio, os edifícios dispersos propiciavam um certo desconforto na rotina diária, tanto na dos funcionários como na dos pacientes, pois, principalmente em dias de chuva, ficavam limitados a se locomoverem do bloco das internações para o bloco dos refeitórios e, assim por diante. Também os edifícios instalados isoladamente uns dos outros, contribuíam para uma desarticulação e fragmentação do conjunto, ocasionando a fragmentação na rotina diária da vida dos pacientes. A impossibilidade de viver uma rotina diária pode trazer para o paciente a ausência de um sentido de constância implicando no sentimento de “estar sendo cuidado”. Do ponto de vista da psicanálise winnicottiana, a falta de uma rotina pode levar o paciente a reviver as “falhas do ambiente inicial”, responsáveis pela formação de um “falso *self*”. Na falta dos cuidados maternos, o sentido de “sustentação” fica comprometido e conseqüentemente ao

redor dos erros e fracassos da sustentação é que se situam diferentes graus de perturbação psíquica.

Baseado nestes conceitos pode supor que a inadequação do espaço físico pode levar a não realização de uma rotina adequada, com implicações diretas no psiquismo dos indivíduos que habitam esta instituição. Portanto a questão da rotina diária ser considerada na elaboração do projeto arquitetônico para reforma das instalações físicas dessa instituição psiquiátrica.

2. A reorganização da área operacional do hospital

As antigas instalações de áreas operacionais como, por exemplo, farmácia, cozinha, lavanderia, deveriam ser modificadas para facilitar o desempenho das tarefas consideradas técnicas. Esta modificação implicava na troca de antigos equipamentos.⁴ Mas o problema principal que se colocava a este item era o da manutenção das edificações. Tornou-se necessário repensar a utilização dos materiais empregados na construção, no sentido de facilitar o trabalho de troca, reposição e manutenção dos mesmos, causando menos transtorno aos pacientes.

Se, em um hospital geral, este aspecto é um problema a ser pensado, no hospital psiquiátrico maior é a complexidade, pois envolve pacientes e patologias que se relacionam, intimamente, com as questões espaço e constituição de ambientes. Como exemplo citamos os casos de pacientes que se encontram em estado de fusão com o ambiente. Para estes, as paredes são equivalentes ao corpo. Imaginemos, por exemplo, ter que cortar uma parede para realizar um concerto na rede hidráulica ou, então, abrir e fechar vãos nestas paredes. Isto equivaleria a mexer no corpo do próprio paciente, com sérios riscos de agravamento ao seu estado psíquico. A título de ilustração narraremos algo ocorrido com uma paciente hospitalizada na enfermaria de ortopedia, durante um processo de reforma de instalações físicas ocorrido neste mesmo lugar.

⁴ Lembro-me da cozinha deste manicômio funcionar ainda com um fogão à lenha.

Esta paciente havia sofrido um acidente automobilístico. Tendo sofrido várias fraturas na bacia, foi submetida a sucessivas cirurgias, não bem sucedidas. Após a última intervenção cirúrgica, o pino que foi colocado para ligamento dos ossos, perfurou a pele de seu corpo causando um processo de infecção, mais ou menos grave. A reforma na unidade envolvia entre outras coisas, as instalações hidráulicas e elétricas. Em um determinado momento esta paciente andando, já em fase de recuperação, pelo corredor da unidade, resolveu dar uma olhada em uma das salas que estava sendo reformada. Justamente neste momento estavam sendo executados cortes nas paredes para a passagem da tubulação de elétrica. Após flagrar esta cena, a paciente começou a apresentar um quadro depressivo. O motivo foi verbalizado por ela mesma, após alguns dias. Disse esta paciente a seu médico que ao ver rasgar as paredes da sala juntamente com o ruído da serra, ela teve uma dolorosa sensação de identificação do próprio corpo com as paredes daquela sala.

3. A reorganização das enfermarias, adequando-as às novas propostas de internação.

Talvez este seja o aspecto mais difícil de ser abordado, pois envolve diretamente o paciente e sua rotina diária, com todas as implicações que uma rotina atípica poderia trazer. Alguns desses aspectos são mencionados na fala de Francisca Miranda como, por exemplo, a questão dos horários impostos pela instituição, a falta de intimidade nas atividades de dormir, tomar banho, escolher roupas para vestir, ter posse de seus objetos pessoais. É notável que esses aspectos contribuem para a perda do referencial espaço-tempo, minando no ser humano aquilo que o torna humano: *desejar*. A rotina na instituição incapacita o ser humano de relacionar-se com os seus próprios desejos, colocando-o em um estágio primitivo de existência onde ele é totalmente dependente.

Através destes três itens podemos afirmar que a questão arquitetura tem, em si, uma abrangência maior que sua própria disciplina, implicando no relacionamento de variáveis que migram de diversos campos do conhecimento. Isto nos autoriza a dizer que uma construção não se realiza apenas com tijolos, cimento, ou outro material palpável. Ela envolve, sobretudo, uma questão estética que está intimamente ligada à subjetividade.

A questão que o manicômio me trouxe, enquanto experiência estética na arquitetura, foi esta aproximação com algo que denominei a “*estética do estranho*”. Uma estética que tem seu fundamento na estranheza, no enigmático, chegando ao limite do relacionamento com algo do inacessível, através da linguagem das formas. Algo comparável ao que FREUD chamou de “*umbigo dos sonhos*”, ou seja, o lugar onde a cadeia associativa encontra-se com o inominável. A interpretação cala-se diante do indizível, sendo este *indizível fundamental* o ponto de partida de todo o sentido da interpretação. A arquitetura, então, se vê diante desse paradoxo: dar forma a algo que não tem forma. Nesse sentido, ela pode se constituir em instrumento onde repousa a poética que toca e mostra apenas as bordas desse contorno, cuja essência é indefinida, impalpável, em última instância, inominável.

2.2. EPISÓDIO 2

“Vinícios, um adolescente”

Após ter percorrido um longo trajeto em corredor largo o suficiente para a constante circulação do cotidiano hospitalar, cujo espaço traduzia-se por corrida de macas, carrinhos de alimentos, carrinhos de roupas usadas e limpas, filas de visitantes e de vendedores ambulantes, médicos, enfermeiras, auxiliares de limpeza, serventes trocando lâmpadas, consertando tomadas e respiradores..., encontrei-me diante de uma porta, melhor dizendo, de um moderno portão de grades desenhadas em alumínio anodizado, com uma sofisticada tranca eletrônica. Como em todo bom hospital, o portão tinha a função de *guardar* os pacientes naquele lugar e *cuidar* para que a comunidade hospitalar não sofresse os riscos de ter um “doido varrido” vagando pelo hospital ou fugindo.

Identifiquei-me através de um cartão, não magnético, colocado manualmente em uma pequena fresta aberta na parede, através da qual não era possível ver de onde vinha a voz que me interpelava. Um *click* metálico ecoou reverberando nas lisas paredes de azulejo lavável da antecâmara de espera, lugar onde eu me encontrava. Abriu-se o portão. E lá estava alguém tentando ir do quarto ao banheiro e que, por estar sob efeito de

fortes medicamentos, precisava ser carregado por um par de enfermeiros. Constrangida pela cena paradoxal que traz, por um lado, um portão eletrônico de segurança e grades nas janelas e, por outro, pessoas que não conseguem, muitas vezes, andar um metro se quer sem o auxílio de outrem, permaneci em um misto de pensamentos e inquietações a respeito dos critérios que se dá ao cuidar, zelar, guardar...

Adentrei naquele lugar incomum, passando pelo posto de enfermagem onde deixei, em um escaninho, meus objetos pessoais. Carreguei comigo apenas minha personalidade que, naquele lugar, já parecia ser grande coisa pelo fato de que as pessoas internadas ali pareciam tê-la perdido no meio dos camisolões tamanho único.

Continuei andando e olhando para dentro dos cômodos. Todos igualmente decorados com camas hospitalares, suportes de soro, oxigênio e demais elementos do cotidiano institucional, todos de aspecto similar. Esses mobiliários, próprios e específicos de um hospital de primeira linha, compunham o ambiente daquela enfermaria que, em nada poderia lembrar a casa de alguém. À primeira vista, essa organização tinha algo semelhante à descrição dos hospícios relatada por Esquirol no século XIX. Neste relato consta que todo o mobiliário era de madeira pesada, escuro, com o intuito de lembrar ao paciente que ele estava na “casa de loucos”.

Quanto à enfermaria psiquiátrica, todo seu mobiliário, próprio de um hospital, produzia o mesmo efeito nos pacientes. Fazia com que se lembrassem de que estavam, não só em uma enfermaria psiquiátrica, mas, sobretudo, em um hospital. Era notável que, em alguns casos psicopatológicos este aspecto tornava-se um problema, na medida em que em nada este lugar poderia lembrar uma casa – no sentido do aconchego – causando no paciente um sentimento de abandono.

No entanto, em algumas outras psicopatologias o distanciamento da idéia de casa era benéfica, cabendo ali os casos em que o conflito e o agravamento do estado do paciente tinham origem em seu âmbito familiar. A título de exemplo cito que nesta mesma enfermaria pude verificar, através da fala de alguns pacientes, que o reconhecimento de estarem em um ambiente hospitalar trazia-lhes, de alguma forma, um sentimento de segurança. Depois, ouvindo suas histórias - que eram, em sua maioria, histórias de

conflitos familiares - pude confirmar que o hospital ocupava, para estes pacientes, o lugar de um abrigo seguro, exatamente pelo fato de não se reconhecer neste, nenhum traço de casa ou da casa a que eles estavam acostumados.

Assim, pensei que o hospital poderia se tornar uma espécie de abrigo que se colocaria na escala da cultura, e o ideal de casa ficaria relativizado devido aos problemas apresentados pelas diversas condições psíquicas, presentes nesse lugar.

Esta é uma das situações que o arquiteto terá que considerar no fazer projetual para uma intervenção física, ou mesmo na construção de um espaço novo. Uma arquitetura que contemple, ao mesmo tempo, um edifício enquanto *casca acolhedora* e, enquanto espaço propício e funcional para intervir nas situações eventuais que acontecem dentro desta casca como, por exemplo, no isolamento de um paciente em crise psicótica, pois, em um caso como esse, o indivíduo se encontra impossibilitado de se situar dentro do hospital, ou seja, de reconhecer o ambiente como tal.

Enfim, trata-se de acolher nesse espaço hospitalar, tanto situações ponderáveis como as imponderáveis, já que a questão espacial está presente nas psicopatologias de uma forma que não é linear, previsível, nem tampouco racionalizada.

Nas esquinas dos corredores internos pude ver, através do visor de uma das portas fechadas, um rapaz depositando em uma pequena pia, de louça branca situada no canto do quarto, *pedaços de si*. Talvez uma mistura de sólidos, líquidos e gasosas sonoridades, tão incompreensíveis quanto a cena que eu assistia por um breve olhar. A pia parecia ser o único objeto existente e talvez o único lugar que o amparasse naquele momento: um receptáculo de seus fragmentos.

Continuei andando e, quando retornei a este mesmo visor, encontrei uma outra cena:

- Lá estava Vinícios. Pálido, assemelhava-se a uma escultura grega. Anatomia perfeita, esculpida em mármore de carrara por um artista desconhecido, em exposição naquela redoma que não era de vidro blindado e não precisava de alarme contra roubo.

Não se tratava de um Deus, assim como aquele lugar não era o Olimpo. Mas, estava ali, de repente, um feto em pêlo, atirado ao chão frio de paviflex semi-brilho, de um quarto vazio, sem pessoas ou objetos, em uma enfermaria psiquiátrica de um hospital geral da cidade.

Mesmo assim este feto, que no momento não possuía o dom da palavra poderia, como um grego através da forma de seu corpo, tentar constituir um lugar para si, demarcando a sua “posição” - naquele momento fetal- ali no quarto, como em um outro lugar ao qual não tínhamos acesso, apenas supúnhamos a sua existência. Sem eles, ele ficaria abandonado a seu próprio desamparo. Mas para isso as condições de fala e de linguagem, deveriam ser-lhe fornecidas.

Uma das enfermeiras informou que o rapaz se encontrava em franco surto psicótico e que, nesse caso, o procedimento usual é retirar todos os objetos do quarto e posteriormente inserir um tatame para o indivíduo se deitar, se assim o quisesse. A atitude de isolá-lo em um quarto com grades na janela tinha como objetivo preservar a integridade física do paciente durante o surto.

Apesar de todo este discurso de caráter estritamente funcional, pragmático - que se baseia em um procedimento técnico clinicamente recomendável - estar absolutamente coerente com o desenvolvimento da história da medicina e, especificamente com a área da saúde mental, pensei, enquanto arquiteta, na inadequação da ambientação daquele quarto, transformado em um *lugar de contenção*, cuja lembrança que guardei baseia-se no *horror ao espaço de contenção*, gravado na memória dos pacientes do manicômio. Mas, neste caso, há algo mais a ser visto sobre esta inadequação.

Naquele momento o rapaz entregou-me um olhar: um olhar que trazia uma sensação de esvaziamento, fragilidade, desamparo, prematuridade, abandono, angústia, vulnerabilidade, dependência, alguém em pêlo, estranhamente situado como que querendo

constituir, através da forma do seu corpo, um lugar para si. Alguém, cuja referência espacial estava perdida, transtornada, completamente alterada .

Esta possível desvinculação e desreferenciação espacial era expressa através da imagem da “perda de si mesmo”, amplificada pelo espaço vazio do quarto. Talvez fosse este o motivo que o levara a estabelecer, através da forma de seu corpo, o desenho vivo de um feto ou um embrião, um pequeno lugar que o pudesse amparar, um abrigo que lhe fosse confiável. Mas era nítido que naquele momento ele não o poderia construir totalmente sozinho.

Aspectos que emergiram do episódio

A dificuldade de se pensar em uma intervenção na enfermaria do hospital se coloca na mesma complexidade da encontrada na instituição manicômial, pois, aqui também encontramos uma variedade de psicopatologias com implicações espaciais de diversas formas e graus, cabendo estudá-las em um trabalho específico, cujo tema poderia ser “o espaço nas psicopatologias”, tendo como matriz de leitura a psicanálise. Mas este não é o nosso propósito aqui neste trabalho.

Neste episódio poderemos observar que o hospital se constituiu em um espaço terapêutico, ou uma máquina tecnológica de curar, sem “holding”, e quais são as conseqüências desta característica na terapêutica com o paciente.

Nossa intenção em trazer a problemática de Vinícios, um adolescente em surto psicótico, é porque o estudo da psicose, dentro de uma abordagem psicanalítica Winnicottiana, tem seu fundamento alicerçado na questão ambiental.

Para iniciarmos nosso aprofundamento sobre esta questão ambiente, nos remeteremos ao conceito de saúde e doença dentro de uma abordagem winnicottianna, pois ela ilustra o vínculo estreito que a questão psicopatologia estabelece com a questão ambiental.

Para este estudioso da psique humana, poderemos encontrar o homem com saúde, ou seja, aquele que alcançou sua integração pessoal. Isto significa ter conquistado a integração temporal, espacial, do ego, no corpo e, finalmente, adquirir a capacidade de se relacionar com pessoas e objetos distanciados de si. Em última instância, a integração corresponde à instalação do indivíduo no mundo.

Já no *extremo oposto*, entendendo este termo no sentido de defesa, está o homem desintegrado, ou seja, aquele que perdeu a integração já alcançada. Entre um e outro podemos observar as graduações de estados psicopatológicos. Sobre o termo desintegração WINNICOTT, em *Natureza humana*, diz o seguinte:

À medida que a criança se desenvolve, a perda da integração deve passar a ser descrita pela palavra desintegração, em vez de pelo termo não integração. A desintegração é um processo de defesa ativa, e corresponde a uma defesa tanto contra a integração quanto contra a não integração. A desintegração se dá ao longo das linhas de cisão estabelecidas pela organização do mundo interno, através do controle dos objetos e forças que nele atuam. (1990, p.140)

Através deste episódio que trata de um indivíduo em surto psicótico, poderemos fazer duas suposições. A primeira é que este indivíduo teve sua vida afetiva interrompida, causado por uma quebra no sentido da continuidade de sua existência, levando-o a um estado de desintegração, devido aos fracassos sucessivos no processo de integração. Também nos diz Winnicott, que sucessivas falhas no processo de integração conduzem o indivíduo a um estado de “angústias impensáveis”. Assim sendo, este feto fechado em si mesmo, no qual Vinicius se transformou, vem ilustrar esta suposição .

Ainda seguindo nesta linha de pensamento, o ambiente onde se encontra Vinicius é o de fusão, e este, é um aspecto fundamental a se considerar se pensarmos em algum tipo de intervenção espacial. Sendo assim o problema que imediatamente se coloca é o da “integração”.

A segunda suposição está relacionada à postura corporal de Vinícios, fechada, comprimida, restrita, estreita, sugerindo que, além da vivência de um estado profundo de angústia, ele estaria vivendo, no momento, um desabrigo primordial o que o colocava em uma posição regressiva de total dependência.

Com base nestas suposições, podemos dizer que o espaço que Vinícios constituiu através daquela conformação de seu corpo pode ser tomado como um tipo de organização de defesa contra a desintegração pois ele cria, através do próprio corpo, um espaço dentro de outro espaço, ou seja, um outro espaço dentro do espaço do quarto da enfermaria. Parece-nos que é este o espaço acolhedor encontrado pelo paciente, naquele momento.

Este fato nos leva a pensar na seguinte questão: A “casca protetora” que mencionamos, necessária para que o indivíduo não se sinta desabrigado, é dada para uns através do próprio hospital e, para outros, não chega a atingir a escala do quarto do mesmo hospital. No caso de Vinícios, o espaço protetor é definido a partir de seu próprio corpo.

Este aspecto vem confirmar que o sentimento de abrigo é relativizado pela possibilidade de que o indivíduo tem de vivenciar o espaço conforme o estado psicopatológico em que se encontra. O fator ambiental, para Winnicott, é ponto chave para o entendimento das psicopatologias, tornando-se necessária uma tradução desta classificação em termos ambientais, onde em um primeiro momento da vida do indivíduo não é possível falar em espaço, mas, sim ambiente.

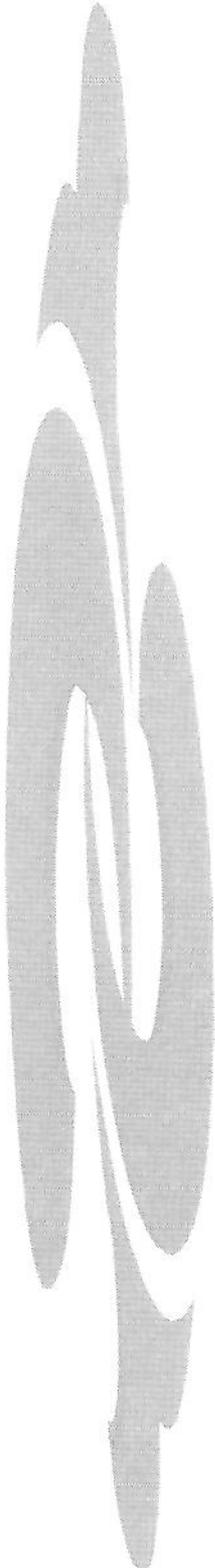
Pensar nesta classificação significa ver que, em um extremo, temos o ambiente facilitador, ou seja, aquele que deu condições para que o ser se desenvolva no sentido da saúde, da integração. No outro extremo, está o ambiente que falhou sucessivamente conduzindo-o à doença, à desintegração. Entre um e outro podemos observar graus, ou níveis, de distorções ambientais que produziram no ser humano um estado psicopatológico, sendo estes estados comparáveis a defesas que o ser engendra. Os graus de distorções ambientais se relacionam intimamente com o fator tempo. Como exemplo, podemos citar que entre um indivíduo com tendência anti-social e o psicótico, o tempo em que ocorreu a

falha no ambiente foi determinante para provocar um ou outro estado no indivíduo humano.(WINNICOTT, 1983).

Torna-se necessário termos em mente a seguinte formulação de um problema já abordado por WINNICOTT, quando este nos diz que à medida que o ser humano amadurece, o meio ambiente cada vez mais se torna um fenômeno separado de si mesmo, ficando relegado a segundo plano.

Numa *idade anterior*, e novamente não há necessidade de sermos precisos, temos de examinar o ambiente no período em que a criança consolida a conquista da posição depressiva em seu desenvolvimento emocional. Quanto mais para trás formos, maior será a importância do ambiente. (1990 p.175)

Já tendo observado, a partir do episódio anterior, que uma pessoa pode se cristalizar pela concentração de fenômenos ambientais, uma classificação dos estados de ambiente pode nos conduzir, posteriormente, à classificação das defesas dos indivíduos, pois, nestas podemos ver como é que o espaço se constitui para uma determinada pessoa, ou seja, como ela se espacializa, Neste sentido, a espacialidade do ser, pode ser compreendida como uma das formas possíveis de manifestação do *pathos*.



CAPÍTULO 3

CAPÍTULO 3: UMA POSSÍVEL ABORDAGEM PSICANALÍTICA DA ARQUITETURA APLICÁVEL À SAÚDE MENTAL

Se o sofrimento é inerente a existência humana, tanto quanto é o espaço inerente à existência, poderemos estabelecer um paralelo entre sofrimento e espaço.

Suponhamos que o sofrimento possa ser especializado e que a espacialização do ser seja a expressão, ou a manifestação, de um sofrimento próprio. Se nos inclinarmos a escutar Francisca Miranda e a observar Vinícios, perceberemos o quanto espaço e sofrimento são indissociáveis.

Tanto o espectador como o médico de cidadãos se inclinam, como na Psicopatologia Fundamental, diante de alguém que porta uma voz única à respeito do *pathos* de sua tragicomédia, mas, também de seu sofrimento, de suas paixões, de sua passividade. (BERLINCK, 2000, p.22).

Quanto ao sentimento do sofrer, podemos citar que há um sofrimento primordial à existência humana, largamente abordado pela psicanálise, que é o *desamparo*¹. A vivência do desamparo faz com que o sentido de continuidade de existência do ser seja abalada tornando-se, em última instância, uma ameaça de aniquilamento. Então, diante dessa ameaça é que os indivíduos, cada um a sua forma e possibilidade, são mobilizados a criar para si um sentido de abrigo com expressão, tanto no mundo interno quanto no mundo externo. Também é nessa construção do abrigo que podemos perceber como o indivíduo se instalou no mundo. Dessa forma, falar do abrigo é falar também da instalação.

¹ LAPLANCHE E PONTALIS em, *Vocabulário da psicanálise*, define o desamparo como sendo o “Termo da linguagem comum que assume um sentido específico na teoria Freudiana. Estado do lactente, que, dependendo inteiramente de outrem para a satisfação de suas necessidades (sede, fome), é impotente para realizar a ação específica adequada para pôr fim à tensão interna. Para o adulto, o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia”. (1992, p.112)

Os dois episódios que trouxemos para este trabalho têm como temática, ou pano de fundo, a questão do *desamparo*, que pode ser traduzido para a linguagem poética da arquitetura no tema do abrigo².

No episódio de Francisca Miranda, este tema do desamparo aparece na fala da paciente de forma muito viva, através de sua narrativa sobre o “espaço vivido”. Espaço este que nos mostra como o *pathos* pode se espacializar, levando-nos a pensar que, conseqüentemente, qualquer tentativa de intervenção no espaço físico se configura em algo mais do que quebrar paredes ou mesmo pintá-las, com o intuito de criar ambientes mais agradáveis a título de humanização. Essa abordagem que sugere uma melhoria visual para melhor humanização do ambiente, foi um tema freqüentemente citado no âmbito da arquitetura hospitalar no século XX.

Mas a palavra *humanizar* vem se colocar aqui, com uma amplitude maior do que se tem compreendido este termo. Um dos sinônimos para esta palavra é *civilizar*.

Este termo tem sido abordado na arquitetura com uma certa freqüência durante o século XX, momento em que se desenvolveram, com ênfase, os projetos de caráter social. Mas, neste trabalho, propomos uma reflexão sobre um aspecto deste termo do qual a psicanálise pode contribuir, que é *civilizar*, enquanto tornar possível a relação com o Outro. Isto nos coloca, de imediato, uma relação entre os indivíduos que, segundo a abordagem psicanalítica, pode ser traduzida pelos termos “eu” e o “não eu”. É de se notar que a constituição do Outro como o “não eu” é um processo realizado através do sofrimento, pois nesse processo de socialização estão presentes a subjetividade e a singularidade de cada ser. Então o indivíduo, inevitavelmente, se vê em uma situação de ter que conviver com a própria subjetividade, tanto quanto com a subjetividade do Outro. Neste sentido, podemos dizer que é uma relação estabelecida dentro da diversidade (dos indivíduos), onde a arquitetura torna-se a expressão de um “amparo incondicional”.

² A diferença que se estabelece entre um termo e outro é que no termo *desamparo* estão implicados variáveis de natureza psíquica, ou algo que se dá no plano psíquico, da subjetividade. Já o abrigo tem sua expressão no mundo das formas, da materialidade. Porém o abrigo nos remete inevitavelmente ao *desamparo* e vice versa.

A singularidade, base do sujeito psicanalítico, vem se contrapor ao sujeito universal explorado tanto na medicina, permitindo ao longo da história o estabelecimento de modelos de espaços terapêuticos, quanto na arquitetura através da idealização de projetos de caráter social, da qual o hospital faz parte.

Antes mesmo de entrarmos na problemática que cada episódio vem ilustrar, no sentido de nos aprofundarmos sobre esta questão, civilizar, podemos fazer as seguintes perguntas: quando é que o Outro³ aparece na vida do indivíduo, qual é o momento que se torna possível a relação com o Outro, e o que isto implica no processo de espacialização do ser?

Por estarmos diante de uma questão complexa, devido a várias formas de abordagem encontradas na psicanálise, sobre este tema elegemos a teoria do desenvolvimento emocional, base da psicanálise winnicottiana, para uma reflexão sobre o assunto .

Winnicott, afirma que nos primeiros momentos de vida do pequeno humano ele se encontra em fusão com o ambiente. Neste momento, não reconhece ainda este ambiente como externo a ele. Não há, nesta fase, distinção entre o interno e o externo. Ele e o ambiente são uma coisa só. Na medida em que vai reconhecendo este ambiente como externo a ele, assim como com os outros *seres e coisas*, este indivíduo inicia seu processo de espacialização chegando ao reconhecimento do “eu” e do “não eu”. Pode-se supor que para o indivíduo, isto equivale a uma expansão de espaço onde o espaço passa a ser uma realidade compartilhada e isto o torna um ser social.

Apoiados neste argumento, podemos dizer que a espacialização do ser no mundo se dá a partir do reconhecimento do Outro, através da noção de *distanciamento*. Também é notável que durante a vida de um indivíduo – mesmo para os que permaneceram em estado de fusão, onde a distância é zero – colocar-se-á como um desafio à relação que ele vai estabelecer com Outro e isto tem uma implicação direta nos estados psicopatológicos.

³ O “Outro” tomado no sentido de lugar da austeridade radical.

A exemplo podemos citar que na paranóia, o Outro é tomado como um invasor, produzindo no indivíduo patologizado sentimentos de ameaça e de angústia. Desta forma, podemos continuar nos perguntando: Quem é o Outro? Qual a *natureza* deste Outro (o termo natureza se aplica no sentido de questionar o Outro como um habitante do mundo externo ou interno ao indivíduo) e de que forma a relação com o Outro está presente na arquitetura?

Na abordagem winnicottiana, o Outro é tão diferente quanto igual a si mesmo, no sentido da natureza humana. Em última instância, o Outro é a possibilidade de reconhecimento de si mesmo.

GISELA PANKOW em *O homem e seu espaço vivido*, nos fala, através de uma imagem poética literária, sobre o encontro com o “Outro total”. Como exemplo, cita a biografia do etnólogo alemão Theodor Koch-Grünberg, intitulada: “*A volta do irmão branco*”, onde este etnólogo buscava a alma de seus semelhantes junto aos seres humanos que viviam ainda na idade da pedra, na região do Orenoco, na América do Sul. Diz PANKOW que “*ele tivera a coragem de encontrar o “Outro total” enquanto irmão*”. (1988, p.14)

Esta narrativa biográfica também nos leva a pensar sobre algo que Winnicott expõe a respeito da capacidade de estar só. O ser humano, atingindo a maturidade, obtém a possibilidade de estar só, a partir da experiência de solidão, na presença do Outro. Seria esta *solidão acompanhada* originária um estado de *total distanciamento* onde, ao mesmo tempo em que se quer reconhecer o Outro na sua plenitude, reconhece-o como o mesmo e igual enquanto possuidor de uma natureza humana? Neste momento, observamos uma sincronia do *eu singularizado* com o *eu fazendo parte da espécie humana*. O reconhecimento de si como alguém que faz parte da espécie humana e de tudo que nela está implicado; é quem dá ao ser o seu *abrigo mais seguro*, ou seja, *um lugar no plano da existência* ou, como diria BACHELARD, um “*canto no mundo*”. (1981, p.22)

No entanto, essa relação com o Outro tem seu esboço na primeira experiência de ambiente. Se o ambiente estabelecido for confiável – a mãe, que neste momento se constitui em ambiente, dando-lhe os cuidados necessários para que possa se desenvolver –

o indivíduo tenderá a ter confiança no Outro e em si mesmo. Poderá então se sentir real e experimentar a vida apropriada à sua idade emocional.

Porém, se o ambiente falhar, no sentido de surgirem lacunas no relacionamento mãe-ambiente com o bebê, antes que ele possa se dar conta desta falha surgirá uma ameaça à solução de tarefas impostas, em seus estágios de amadurecimento e de integração progressiva, que não lhe permitirá sentir-se real e o ambiente não será confiável a ponto de lhe assegurar o crescimento e a evolução pessoal. Neste segundo caso, o bebê viverá, segundo nos diz Winnicott, estados de “angústias impensáveis” fazendo com que o Outro se constitua dentro de uma perspectiva de invasão, de perseguição, de intrusão. Será alguém em quem ele não pode confiar, fazendo sentir a vida de forma desapropriada à sua idade emocional. Para Winnicott, as psicopatologias se definem a partir desta formulação.

Esta problemática está sendo trazida no propósito de demonstrarmos que, em uma intervenção física, o que está em jogo é também o “patrimônio psíquico”⁴ dos indivíduos, mostrando a estreita ligação entre arquitetura e saúde mental. São questões que o arquiteto deve levar em conta para que uma intervenção física não se constitua em uma verdadeira catástrofe, já que o espaço mantém uma estreita relação com o *pathos*, ou seja a paixão, a passividade, o padecer. Na análise que se segue referente aos dois episódios, veremos como o inapreensível *pathos* pode se manifestar a partir da relação indivíduo, espaço e subjetividade.

O objetivo desta dissertação não é o de dar respostas definitivas a estas questões. Nosso propósito é mostrar a possibilidade da constituição de um caminho através da psicanálise, o que nos leva a refletir a cerca das questões levantadas.

⁴ Expressão utilizada pelo psicanalista Heitor Macedo

3.1. ARQUITETURA E *PATHOS*

Através da fala da paciente “Francisca Miranda”, mulher magra de meia idade, moradora no manicômio há mais de 20 anos, pudemos verificar a existência de uma dinâmica do inconsciente através do próprio espaço, pois nos diz a renomada psiquiatra e psicanalista GISELA PANKOW, em *O homem e seu espaço vivido*, que “*O espaço que faz surgir a fala, ele é que contém potencialmente a história e os conflitos das personagens*”. (1988, p.95)

Francisca falou-nos, principalmente, do desamparo. Quando chegou na Instituição, sua história pessoal já era marcada por sucessivas perdas. Dentro do manicômio, esse processo parece ter se consolidado a ponto de Francisca perder até a sua identidade pessoal, um nome que lhe seja próprio. A certeza de seu nome vem associada ao de morte, como a única certeza em sua vida.

Mas o que nos interessa, na verdade, deste episódio, mais do que a história pessoal de Francisca é a forma como esta história é trazida por ela, que é através de uma linguagem espacial, utilizando-se de elementos e códigos da arquitetura. Porém, alguns desses elementos que podem ser mensuráveis, palpáveis, tornam-se, muitas vezes, imensuráveis e impalpáveis devido ao processo de subjetivação do sujeito sobre os mesmos.

É neste momento que o *pathos* torna-se presente. O elemento arquitetônico sofre um *processo de apagamento*⁵ deixando vir à tona, em seu lugar, o sofrimento. A exemplo, citamos quando Francisca fala das dimensões, das proporções, dos cheiros, do frio, do calor, da falta de telhas, da chuva na cama, dos gritos das pessoas. Utiliza todo este arsenal arquitetônico para falar essencialmente do desabrigo, do abandono, da solidão. Mostra-nos como estes sentimentos são reforçados pela falta de cantos acolhedores, pela fragilidade do teto que não suporta ventos e chuvas – muito menos tempestades da alma! – Pela existência de grotescos pátios de reclusão onde os pacientes ficam completamente

⁵ O processo de *apagamento* é um tipo de *desconstrução (ou construção negativa)* que permite trazer para a visibilidade elementos até então não visíveis, através do recuo dos elementos visíveis na obra a ser desconstruída. Este tipo de manobra propõe uma espécie de “fala” (da obra) realizada através do jogo entre visível e invisível.

isolados e desprovidos de todo e qualquer cuidado⁶, pelos enormes salões – dormitório, onde as pessoas permanecem, à noite, em grandes grupos, pela privação que os pacientes sofrem de seus objetos pessoais, e pela total falta de intimidade. Enfim, nos mostra como o espaço pode ser um *agente produtor da loucura*.

Relativo ainda ao aspecto de organização espacial da instituição, podemos apontar que o ambiente pode se constituir em discurso do “Outro”, no sentido do “Grande Outro”. Quando Francisca Miranda fala que não havia espelhos, mas que não tinha tanta importância porque: “Acho que não tinha mesmo nenhuma beleza para olhar em mim”, ela se refere ao “olhar do outro” sobre si. Este olhar expressa um juízo de valor, ou seja, Francisca não é bela ou não se considera de importância que ela veja sua própria imagem. Este diálogo é estabelecido através da falta de espelhos para que a paciente pudesse se admirar. Também neste processo, a formação da idéia de si mesmo é enfraquecida, pois, o indivíduo fica vulnerável ao olhar do outro.

Baseado neste argumento, indagamos se a arquitetura enquanto manifestação do olhar do outro, pode ser a expressão de um olhar acolhedor. Neste sentido poderemos trazer para a arquitetura o conceito de preocupação materna primária, onde a mãe por estar totalmente identificada com o bebê, percebendo suas necessidades, fornece a este tudo o que ele necessita para continuar existindo. Nesses termos, podemos nos ousar a dizer que esta forma de acolhimento é dotado de uma qualidade singular: ele é “*incondicional*”.

A paciente nos fala da sua desreferenciação espaço – temporal, reforçada pela rotina de horários imposta no manicômio que, na maioria das vezes, pode não coincidir com a rotina pessoal traçada através dos próprios desejos como, por exemplo, o horário de tomar banho, da possibilidade de escolher sua roupa, de ter um espelho para ver sua aparência e de poder escolher alimentos que gostaria de comer.

Esta rotina imposta pela Instituição vem, em última instância, interferir na capacidade do indivíduo de desejar e de se relacionar com os desejos. Para qualquer pessoa em estado de sanidade, esta capacidade é exercitada em seu cotidiano nas tarefas mais simples de sobrevivência como comer ou dormir. O exercício da rotina contribui para que

⁶ Lugares estigmatizados, que foram difíceis de serem resimbolizados

o ser humano possa sentir-se cuidado por si mesmo, passando com o tempo do estado de dependência para o de independência.

É de se considerar que, quando a organização física espacial não está preparada para o desenvolvimento de um *holding* adequado, ao contrário de funcionar como uma *máquina que cura*, o hospital torna-se uma *máquina que produz a loucura*.

Winnicott nos chama a atenção para o aspecto de sustentação ou o *holding*, como base fundamental para que o indivíduo alcance a integração e com ela a constituição de um verdadeiro *self*. Porém se esta mãe, considerada como ambiente inicial, não for “suficientemente boa”, ela será incapaz de cumprir a onipotência da criança, por incapacidade de interpretar suas necessidades. Repetidamente ela deixará de responder ao gesto da criança, colocando no lugar o seu próprio gesto, cujo sentido dependerá da submissão ou acatamento do mesmo por parte da criança. Para o autor esta “submissão” engendra a primeira fase da formação de um falso *self*.

Inicialmente, Winnicott atribui o falso *self* como uma formação presente apenas nos pacientes graves, provocado pela falta de cuidados maternos. Neste caso, o *self* verdadeiro é substituído pelo falso *self*. Tempos depois ele propõe uma gradação de matizes, no qual o falso *self* estaria sempre presente, embora com diferentes implicações patológicas. Nos casos próximos à saúde, ele age como defesa do *self* verdadeiro a quem protege sem substituir. Esta elaboração a respeito da formação do *self* nos permite supor que na instituição todos os aspectos acima levantados, contribuem muitas vezes para a formação e manutenção do falso *self*, devido principalmente ao processo de submissão incondicional que o paciente sofre em relação ao “desejo do Outro” (representado pela instituição). Quando Francisca nos diz “você pode me chamar de Ondina, Rosa, Ana Maria, Consuelo, Terezinha de Jesus, Gildete, Cristina, Rebeca, quem sabe Francisca Miranda, Chica é um bonito nome. **Mas qualquer nome aqui me serve, vai depender do dia**, ela nos diz desta submissão incondicional, onde o indivíduo perde o que lhe é próprio, um nome, podendo ser qualquer uma destas mulheres citadas, onde *eu sou quem o outro quer que eu seja no momento*.

É notável que a fala de Francisca Miranda, surgiu quando o manicômio passava por um momento de transformação de suas instalações físicas. O conteúdo desta fala trouxe questões importantes para serem pensadas no projeto de reforma desta instituição. Como exemplo podemos citar: a existência de um indivíduo (sujeito singular ao invés de universal) que vivencia o espaço, que esta vivência não pode ser generalizada pois ela contém a subjetividade de cada indivíduo que habitava este lugar, da relação íntima estabelecida entre o homem e seu espaço vivido e que o espaço contém, em si, a história (própria) de cada indivíduo habitante.

Assim, o desafio que nos trazia esta situação era o de como realizar esta intervenção. Por um lado se fazia necessária à modernização das instalações desse antigo manicômio. Mas para esta realização seria necessário tomar algumas medidas que implicariam em um verdadeiro sofrimento para os indivíduos habitantes dessa instituição manicomial, com sérios riscos da desestabilização e agravamento dos quadros psicopatológicos em que se encontravam.

Um outro aspecto, posterior à reforma, seria o de verificar, após a intervenção, se as questões levantadas durante a elaboração do projeto estariam contempladas de forma *suficientemente boa*, a ponto de terem se tornado variáveis que configurassem no resultado formal da obra sem prejuízo do estado psíquico dos pacientes. Tudo isto teria de ser pensado, mas, na verdade, conhecíamos muito pouco sobre o grau de importância da questão espacial nas psicopatologias das quais os indivíduos eram portadores.

Esta exposição vem legitimar este trabalho de pesquisa na área de saúde mental, pois, estas variáveis acima apontadas podem ser aprofundadas dentro desta disciplina da qual a psicanálise hoje figura como campo de saber.

3.2. ARQUITETURA E “*ESPAÇO VIVIDO*”

Um primeiro aspecto a ser considerado nesta reforma refere-se à relação do homem com seu espaço vivido. Mas para abordarmos o tema do *espaço vivido*, é preciso abordarmos o tema do *tempo vivido*.

Nos diz NISE DA SILVEIRA em *Imagens do inconsciente*, que “foi com a fenomenologia e a psiquiatria existencial que os problemas relativos ao espaço começaram a ser estudados” (1981, p.33). Aponta E. Minkowski, psicopatologista renomado, como quem introduziu em psicopatologia a noção de espaço vivido, juntamente com a noção de tempo vivido. Minkowski descreve o *espaço claro*, caracterizado pela nitidez do contorno dos objetos, pela existência do espaço livre entre as coisas, onde o indivíduo sente diante de si a amplitude da vida. Noutro tipo de espaço vivido, o *espaço escuro*, não se trata de luz física porém de sensação de estar envolvido, apertado, oprimido por uma obscuridade misteriosa. Diz MINKOWSKI (1968): “Apaga-se a distância entre os objetos (*distância vivida*). O espaço estreita-se sem perspectivas”. (apud, SILVEIRA, 1981, p.33). Por isso as distâncias entre objetos não são experimentadas de maneira constante.

Ela aponta também para outros autores que trouxeram contribuições decisivas para o enriquecimento do tema em questão como por exemplo: o psiquiatra JOHN THOMPSON, apontando que “seria impossível entrar em contato com um doente se não se tivéssemos idéia da maneira como ele vivia o espaço e o tempo, dois parâmetros de primeira importância para que seja entendida a visão da realidade de outra pessoa” (apud SILVEIRA 1981, p. 33); MERLEAU-PONTY, situando a idéia de que “o que garante o homem sadio contra o delírio ou a alucinação não é a sua crítica, é a estruturação de seu espaço (...). O que leva a alucinação é o estreitamento do espaço vivido, o enraizamento das coisas no nosso corpo, a vertiginosa proximidade do objeto”.(apud SILVEIRA,1981,p.33); BISWANGER, por sua vez acentua que “a experiência da espacialidade é essencialmente determinada pelo tom afetivo dominante no momento. O espaço adquire qualidades peculiares de acordo com o estado emocional do indivíduo: sensação de plenitude ou de vazio, de espaço amplo, iluminado, ou estreito, sombrio, opressor”.(apud SILVEIRA, 1981,p.33)

Na busca de um aprofundamento do tema, chegamos em GISELA PANKOW. Através de análises literárias, a autora busca mostrar as mensagens que o espaço pode emitir quando os conflitos não são mais representáveis. Nos diz a mesma que é neste momento que o espaço “fala”. Vejamos então como pode ser compreendido.

Em *O homem e seu espaço vivido*, GISELA PANKOW nos aponta que para o homem sadio o espaço reencontrado é também a história reencontrada. Nos diz a autora:

As paredes que abrigam a nossa infância, por exemplo, nos reconduzem facilmente para ela, e lembranças precisas e preciosas emergem então sem dificuldade. Assim o espaço proporciona segurança e “envolve” a história vivida. (1988, p.85)

Na seqüência, Pankow questiona sobre o que se passa quando esta “continuidade tranqüilizadora”⁷ é interrompida?

Para o homem são, ou seja, para aquele que vive em sua pele, que tem o tempo e o corpo disponíveis a todo o momento, este não tem necessidade de procurar o tempo perdido. Para ele, o corpo vivido não é idêntico às paredes que o circundam, pois, é-lhe possível suportar, com tranqüilidade, os deslocamentos e as mudanças.

Já para o homem frágil, uma mudança pode ser uma tragédia, pois, uma vez perdidas as paredes tranqüilizadoras, este homem se agarra aos objetos para não perder sua história. Ele terá a tendência de transformar tudo em objeto e sua relação com o ambiente será uma relação objetal. A casa lhe será um objeto e, portanto, qualquer mudança a ser realizada poderá se configurar em uma desestabilização.

Tanto o homem *é* como o homem *frágil*, não se encontram em estado de fusão com a casa. Porém, há um terceiro tipo, denominado o *homem doente*, que poderá encontrar-se em total fusão com a ambiente em que vive. Para este indivíduo, que parou com toda a sua história afetiva e não tem mais acesso a sua história vivida, a reconstrução de um espaço perdido pode permitir o acesso ao tempo perdido. Sobre esta reconstrução do espaço perdido, PANKOW nos dá o exemplo de Dom Casmurro. Diz a autora: “*Em Dom Casmurro, Machado de Assis nos mostra, como um homem doente, reconstrói a casa de sua infância para nela encontrar os seres que a rodearam outrora*”. (1988, p.86)

No caso deste manicômio, o ser humano que habita essa Instituição está localizado entre o homem *frágil* e o *doente*. Torna-se necessário conhecermos as

⁷ Qualquer tipo de *mudança*, é um elemento, que interrompe a unidade tranqüilizadora.

características espaciais que as psicopatologias apresentam para, posteriormente, tentar estabelecer uma relação entre *pathos* e a espacialidade do ser.

Durante muitos anos este manicômio teve um limite fixo, ou seja, nada se modificou com relação a seu espaço físico. Portanto, nada poderia acontecer também com os seus moradores. Porém, uma intervenção física, em um determinado momento, veio trazer o *aberto*, a falha que provoca o *perigo do espaço*. Conforme nos diz PANKOW: (...) *Assim, a falha no espaço engendra o tempo vivido*". (1988, p.108)

O perigo do espaço é este tempo vivido que pode ter sido transformado em um elemento qualquer desta construção e que permaneceu oculto durante anos a fio, pronto para eclodir. Neste sentido, qualquer alteração proposta poderia desencadear uma tragédia pessoal para os seus moradores. Em linguagem psicanalítica, esta situação é comparável ao recalque, ou seja, tirar da consciência um conteúdo desagradável ou inoportuno. Este conteúdo, de natureza afetiva, fixou-se em um elemento construtivo e permaneceu em estado latente. Uma explosão que pode ser detonada a qualquer instante.

Podemos supor que qualquer alteração realizada nesta edificação não se processará apenas em simples paredes ou portas de um edifício da saúde, com o intuito de melhorar a qualidade do serviço prestado ao paciente, porque o que estará em jogo também é a relação que o morador estabeleceu com esse lugar. Uma relação subjetiva do homem com o seu espaço vivido e que está presente de forma latente naquela arquitetura.

Não são apenas imagens que foram identificadas, através do processo transferencial para esta arquitetura. Os elementos podem estar profundamente identificados com o ser, tendo se tornado o próprio ser. Neste sentido, é a própria essência da existência desse ser que ficou alienada e alicerçada em um elemento desta arquitetura, escondido por anos a fio.

Retomando o nosso episódio, uma primeira consideração a fazer é com relação ao homem doente. Por um lado, temos um homem clivado de si, cujo processo patológico paralisou ou destruiu o desejo e, portanto, o contato com o Outro ficou interrompido. Para ele, o reconhecimento das formas e sua dinâmica no espaço podem, às vezes, criar uma

espécie de “enxerto” (PANKOW, 1988, p.95) para uma vida nova, em substituição à vida afetiva apagada e fixada nas coisas. Por isso, a dificuldade em se intervir no espaço que habita um homem doente é que, para este homem, o tempo vivido não é mais acessível. É preciso um corpo que possa engendrará-lo. Se esse corpo não tem mais vitalidade, parte-se em busca de um equivalente, por exemplo, as paredes.

Assim o espaço tem a capacidade de fazer renascer o tempo perdido. Mas, mexer nas paredes, ou abrir uma porta nesse local, pode, de alguma forma, gerar uma verdadeira tragédia para esse indivíduo, porque o tempo perdido não se encontra em seu corpo, mas no interior das paredes. Podemos dizer que esse ser está em fusão com o ambiente já que, para ele, não se coloca a possibilidade de enfrentar com facilidade as mudanças ou deslocamentos físicos ambientais.

3.3. ARQUITETURA E CORPO

Com relação ao episódio de Vinícios, nesse encontramos, também, o tema do *desamparo*. Porém, nesse caso, alguns aspectos diferenciam-no do episódio de Francisca Miranda.

Inicialmente, poderemos apontar para dois desses aspectos. A princípio, por se tratar de um paciente em crise psicótica, nosso caminhar dentro desse episódio se deu através da observação predominantemente visual. Não existia fala, pois o paciente encontrava-se impossibilitado de se comunicar através da linguagem verbal. Através das teorias psicanalíticas afirma-se que, na psicose, o indivíduo não atingiu a capacidade de simbolização.

É desta forma que vemos o corpo entrar em cena como possibilidade de narrativa de um sofrimento onde, fatalmente, este corpo em pêlo, ou seja, sem nenhuma intermediação, é o desenho vivo e crú do sofrimento e da dor representada na crise psicótica.

Diante de tal fato, irrefutavelmente óbvio de um feto em pelo atirado ao chão, poderemos ver como o ambiente pode ser engendrado a partir do corpo humano. É o momento em que a arquitetura não mais é constituída por paredes, portas ou qualquer outro objeto, mas através da expressão do próprio corpo humano. A exemplo, podemos citar o caso de uma menina internada na UTI infantil de um hospital geral.

Certa vez, visitando a UTI infantil de um hospital do qual estava fazendo uma avaliação arquitetônica, assisti à seguinte cena: Lá estava uma menina, com aproximadamente 10 anos, portando queimaduras de terceiro grau por todo o corpo. Esta menina havia perdido sua mãe portadora da Aids, há três meses e o pai, também portador da mesma doença da mãe, encontrava-se desempregado. A menina havia se queimado brincando no quintal de sua casa. Olhando aquela cena de dores e gemidos, que solicitava da enfermagem uma manipulação quase que constante, percebi que aquele lugar que para mim parecia fóbico, artificial, sonoramente angustiante, uma verdadeira antecâmara do inferno, para a menina, ele poderia ser comparável a um bálsamo. Meio desconcertada, continuei a observar a cena e pude perceber que não era propriamente o espaço da UTI quem lhe dava sentimento de conforto, mas sim o ambiente humano construído através do corpo das enfermeiras, que mesmo não falando e não tocando a menina em alguns momentos, podiam se constituir em uma espécie de paredes acolhedoras, ou seja, um meio onde esta menina poderia estar segura de ser cuidada, amparada, podendo relaxar, amenizando sua dor (a do corpo e a da alma).

Quanto a mim, este foi um momento de profundo aprendizado, pois pude compreender, ao vivo, que a relação entre os corpos podem se constituir em arquitetura. Algo próximo à idéia de “mãe ambiente” através da qual Winnicott diz que o *holding*, ou seja, os cuidados com o bebê, é uma forma de amar. Portanto se o ambiente se constitui a partir do amor, podemos ver, com clareza, a presença do *pathos* na questão espacial, sendo ele o alicerce dessa construção ambiental.

Neste sentido, poderemos ousar dizer que a arquitetura pode adquirir aqui um caráter predominantemente ambiental, pois é o próprio sofrimento vivo, explícito na expressão do corpo, criando uma atmosfera equivalente a uma narrativa cujo conteúdo é a vivência de uma dor profunda, a do *desamparo*.

Assim, é possível supor que a espacialidade deste indivíduo se constitui como defesa contra o estado de desintegração, que é uma cisão em sua pessoa, produzindo-lhe um sentimento de fragmentação, de estar aos pedaços, uma verdadeira sensação de enlouquecimento.

Contra este estado caótico, o indivíduo engendra um espaço como um esforço para evitar que o corpo fragmente-se em pedaços. Como exemplo, podemos citar que Vinícios, em posição de retraimento, transforma-se em um feto, criando com o próprio corpo uma espécie de contenção espacial. Uma delimitação cuja possível localidade se manifesta através de um espaço dentro de um outro espaço, levando-nos a pensar nas múltiplas posições que o indivíduo possa experimentar em sua experiência de espacialização, mais do que nas múltiplas possibilidades de habitar espaços que se colocam para cada indivíduo.

Através desta breve exposição, podemos verificar como o tema do abrigo é fundamental, intrínseco e comum ao campo da arquitetura e da psicanálise.

Neste episódio específico, o aspecto que se apresenta com ênfase é o da *integração*, ou seja, o processo de construção do *self*, trazendo a questão do ambiente como tema fundamental para uma reflexão sobre as diferentes psicopatologias, segundo a abordagem winnicottiana.

Colocaremos desta forma, um breve resumo a respeito de como nessa teoria pensa-se a integração e como o fator ambiente é fundamental para a compreensão da psicose.

3.4. Apontamentos sobre a teoria de Winnicott: um caminho para se pensar a arquitetura em saúde mental

Ao examinarmos as raízes mais precoces do desenvolvimento emocional encontramos uma dependência cada vez maior. A dependência do ambiente é tão absoluta que não faz sentido pensar no ser como sendo uma unidade. Esta é constituída na verdade, pelo conjunto ambiente-indivíduo.

De maneira análoga, não seria possível pensar no indivíduo como unidade, pois, ele não está em condição de perceber o ambiente porque ainda não existe um *self* individual capaz de discriminar o “eu” do “não-eu”. É um momento em que o bebê vivencia um estado de *não integração* a partir do qual a integração se produz. Essa *não integração* vem acompanhada por uma *não consciência*, da qual WINNICOTT nos diz em *Natureza Humana* que “no começo teórico existe um estado de não integração, uma ausência de globalidade tanto de tempo como de espaço. Neste estágio não há consciência”. (1990, p.136)

O estado de relaxamento, ou o de não excitação dos bebês, está relacionado a esta *não integração*. Porém, não significa que o lactente não vá sentir a necessidade de se integrar; para tal, deverá contar com o ego auxiliar da função materna. É a partir de um estado de *não integração* que a integração começa a se efetivar, gradualmente em breves momentos possibilitando o surgimento do estado geral de integração que se transforma em fato. Um outro fator importante que estimula a integração está no cuidado ambiental. Nos primeiros momentos de vida para o bebê o ambiente é a mãe, a “mãe-ambiente”. É ela quem vai, nesse momento, emprestar ao bebê sua *tendência à unidade ou integração*, para que ele possa inserir-se de maneira integrativa no espaço, construir uma imagem de seu corpo e conseguir lidar com os objetos distanciados de si.

Vejamos o que isto quer dizer para, posteriormente, colocarmos o problema da falha ou fracasso no processo de integração e verificarmos onde exatamente se situa a psicose diante desse processo.

A única tendência inata do indivíduo é a de integração, permeada pelo processo de amadurecimento pessoal. Esta é algo a ser alcançado, pois, busca o estabelecimento de um *self* unitário. Para tal, como já dissemos, conta-se com a proteção do ego auxiliar da função materna, até que se efetive a construção de uma personalidade no padrão da continuidade existencial.

Porém, neste processo podem ocorrer falhas que poderiam produzir *angústias inimagináveis*, acarretando ao pequeno humano reações que cortam esta continuidade existencial. A persistência de reação deste tipo instaura um padrão de fragmentação do ser

e esta criança, cujo padrão é de fragmentação da continuidade de ser, irá se desenvolver no sentido da patologia.

Para abordarmos as *angústias inimagináveis* precisamos colocar mais claramente a noção de *desintegração* e de *não integração*.

A desintegração não pode ser tomada como o oposto da integração, pois, conforme nos aponta WINNICOTT, é uma defesa sofisticada :

“Uma defesa que é uma produção ativa do caos contra a não - integração na ausência de auxílio ao ego da parte da mãe, isto é, contra a ansiedade inimaginável ou arcaica resultante da falta de segurança no estágio de dependência absoluta”. (1979, p. 60)

Através desta formulação é possível dizer que a questão das *angústias inimagináveis* estão diretamente relacionadas à questão ambiental. Vejamos então o que são e como ele se produzem em termos ambientais.

O espaço inicial do bebê dependente é um mundo subjetivo, anterior a qualquer distinção entre interno e externo. Nesta fase, experimenta um tipo de relação espacial *sui generis*, um “*dois em um*”

(LOPARICK, 1996, p.46) portanto, não pode haver nesta fase ataques ao objeto externo e, muito menos, um conflito interno.

A condição de dependência do bebê o leva a ter necessidades que Winnicott chamou de “*needs*” e, com estas, problemas fundamentais como: nascer, ter contato com a realidade, assegurar sua integração no tempo e no espaço, sua instalação no mundo, criar distinção entre o interno e o externo, criar capacidades para o uso das coisas e, finalmente, ser ele mesmo. Mas é também desta fase de dependência que podem surgir as *angústias inimagináveis*. Vejamos:

Elas surgem de falhas no relacionamento da mãe ambiente com o bebê, antes mesmo que este possa dar conta dessas falhas. Falhas de que tipo? São falhas que ameaçam a solução de tarefas impostas ao bebê xxxx nos estágios do processo de amadurecimento e integração progressiva em que se encontra sucessivamente. O ambiente falha não por

frustrar ou por ameaçar (isto é por revidar, em termos da lei do talião aos ataques do bebê), mas por não ser confiável e suficiente para assegurar o crescimento e a evolução pessoal do ser humano. (LOPARICK, 1996, p.46)

Na verdade, o bebê cria a ilusão de que é real pela experiência de onipotência, ou sucumbirá às angústias inimagináveis, ou seja, reviver a experiência de onde veio, a não existência.

Para expormos algumas variações das angústias inimagináveis relacionada à experiência espacial citamos a *desintegração*, exemplificada através dos casos de autismo, que se configuram como caso extremo de desintegração e, portanto, com uma gigantesca defesa contra a adversidade representada por ameaça externa sem precedente. No caso da psicose, as defesas são constituídas a partir da ansiedade de aniquilamento, diferenciando-se assim da neurose que se caracteriza como ansiedade de castração .

Uma outra variação é o sentimento de *cair para sempre*, ligado à manipulação do bebê, produzindo um colo inseguro. A manipulação está relacionada a maternagem suficientemente boa realizada através do *holding*, do *handling* e da introdução do bebê ao mundo.

O *holding* significa sustentar, dar braços, segurar de tal forma que o bebê não se sinta fragmentado ou aos pedaços. Envolver o corpo para que nada sobre, permitindo uma integração espaço-temporal.

O *handling* é a preocupação materna com o corpo do bebê, realizado através da alimentação, da higiene, do vestuário, permitindo, em última instância, a personalização ou a instalação do ego como parte do corpo. A introdução do bebê no mundo é realizada através da apresentação dos objetos . A Mãe é quem vai iniciá-lo nas relações de objeto. WINNICOTT em *O ambiente e os processos de maturação*, diz que:

Ela pode fazer isto porque ela se dispôs temporariamente a uma tarefa única, de cuidar de seu nenê. Sua tarefa se torna possível porque o nenê tem a capacidade, quando a função do ego auxiliar da mãe está em operação, de se relacionar com *objetos subjetivos*. Neste caso, o bebê pode chegar de vez em quando ao princípio de realidade, mas nunca em

toda a parte de uma só vez; isto é , o bebê mantém áreas de objetos subjetivos juntamente com outras em que há, algum relacionamento com objetos percebidos objetivamente, ou de objetos “não eu”. (1983, p.56)

O bebê, no início, não possui consciência de corpo, portanto, não possui ego. Por não possuir, ainda, essa conscientização corporal, não é capaz de realizar experiências. É o momento em que depende do ego auxiliar da mãe, sendo-lhe, esta, nem objeto externo e nem interno, pois, se não há corpo perceptível a si, não pode haver interioridade e exterioridade: ambos, mãe e bebê estão totalmente fundidos. Mas podemos dizer que mãe-ambiente seja um objeto subjetivamente percebido.

Nesta fase de relações objetais inicia-se, no bebê, a concepção de realidade externa, ou seja, um lugar de onde os objetos aparecem e desaparecem. Desta maneira, a mãe-ambiente contribui no sentido de fazer o bebê sentir-se capaz de criar objetos e, gradativamente através da técnica adaptativa da mãe, reconhecer sua ausência de controle mágico sobre a realidade externa. Em *Natureza Humana*, WINNICOTT aponta que :

As memórias são construídas a partir de inúmeras impressões sensoriais, associadas à atividade de amamentação e ao encontro do objeto. No decorrer do tempo surge um estado no qual o bebê sente confiança em que o objeto do desejo pode ser encontrado, e isto significa que o bebê gradualmente passa a tolerar a ausência do objeto. Desta forma inicia-se no bebê a concepção de realidade externa, um lugar de onde os objetos aparecem e desaparecem. Através da magia do desejo, podemos dizer que o bebê tem a ilusão de possuir uma força criativa mágica, e a onipotência existe como um fato, através da sensível adaptação da mãe. (1990, p.126)

Um outro aspecto a se considerar é o do efeito da gravidade na noção de estabilidade vivida pelo ser humano, observável principalmente nos estados psicóticos.

Na vida intra-uterina, a força da gravidade ainda não entrou em cena. O amor e o cuidado que só podem ser expressos e reconhecidos em termos físicos, através da adaptação do ambiente, nesta fase provém de todos os lados ou direções. Com o nascimento, o ser sofre uma adaptação absoluta, pois a ação da gravidade o faz sentir

sendo empurrado de baixo para cima, em vez de ser contido em toda a volta. A condição de ser amado por todos os lados muda, para ser amado de baixo para cima. A mãe suficientemente boa vai ajudá-lo a acostumar-se com este novo fenômeno, através da forma de carregá-lo:

A inabilidade em lidar com esta mudança da era pré-gravitacional para a da gravidade fornece a base para o sonho de cair para sempre, ou de estar sendo carregado para as alturas infinitas. (WINNICOTT, 1990, p.152)

Ainda afirma o autor que esta mudança de uma etapa para outra pode significar uma mudança de sentimento, aquele de estar sendo amado para o de estar sendo tratado com desleixo. Assim, podemos supor que as alterações na estabilidade espacial podem aflorar sentidos de descuido e insegurança até mesmo desterritorializando um indivíduo em proporções que ultrapassem a sua capacidade de reconstituição de lugares que ocupa no mundo.

Uma outra variação encontrada nas *angústias inimagináveis* é a de *não ter conexão alguma com o corpo*. Isto significa que o indivíduo não se constituiu em um corpo unitário. Sabemos que a localização da psique no corpo é algo a ser alcançado. Mesmo para aquele que parece viver em seu corpo, é possível desenvolver a idéia de existir um pouco para além da pele, ou seja, aquela parte do *self* que não está contida na pele.

A pele é a que dá noção de *dentro do corpo*. Portanto, o manuseio com o bebê é que dará ao indivíduo o estímulo saudável para uma vida dentro do corpo e a elaboração do sentimento de interioridade. A experiência de funções e sensação da pele e do erotismo muscular fortalecem a coexistência da psique e o soma.

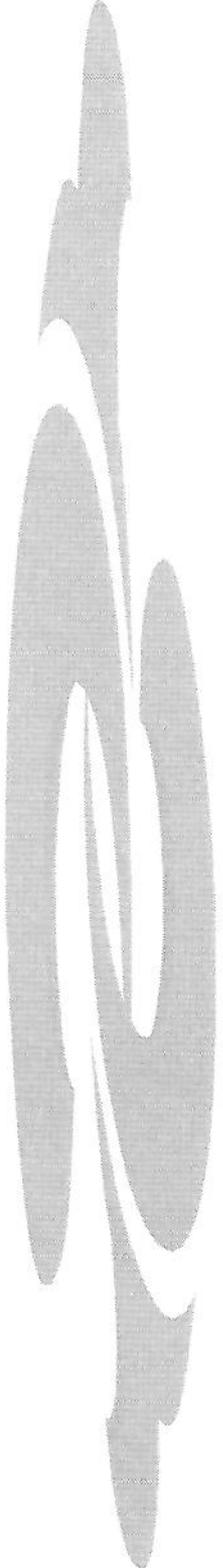
Porém, não existe uma identidade inerente entre a psique e o corpo. O corpo é essencial à psique que, por sua vez, depende do funcionamento cerebral que surge como organização da elaboração imaginativa do funcionamento corporal. Gradualmente a psique chega a um acordo com o corpo onde as fronteiras deste são também fronteiras da psique.

Sobre o processo de localização da psique no corpo, podemos citar que ela se produz a partir de duas direções, a pessoal e a ambiental. A pessoal é ligada à experiência

de impulsos e sensações da pele, erotismo muscular e instintos envolvendo excitação da pessoa como um todo. A ambiental está relacionada aos cuidados do corpo que, em última instância, auxilia o indivíduo no processo de integração. Relacionado ao tema psique no corpo, podemos citar ainda a elaboração da identidade nos indivíduos. Este se dá com a aproximação da pele psíquica com os limites do corpo ou da localização do ego no corpo.

No caso das patologias, podemos dizer que ocorreu uma distorção da sobreposição entre psique e soma. WINNICOTT afirma que na psiquiatria adulta o termo *despersonalização* é utilizado para descrever a perda da vinculação entre a psique e o soma.

Com relação a espacialidade, podemos encontrar a sensação de desorientação, na qual o indivíduo encontra-se perdido no tempo e no espaço. Dessa exposição é possível concluir que a questão do espaço relacionado à psicose passa, necessariamente, pela questão da integração. Esta, por sua vez, contempla basicamente toda a teoria do desenvolvimento emocional, possível de ser traduzida pela seguinte expressão: *a instalação do indivíduo no mundo*, onde a arquitetura torna-se uma expressão de como este indivíduo está no mundo, no sentido de consolidar uma posição. Ou, ainda, da arquitetura sinalizando a este indivíduo como ele pode estar no mundo, no sentido de descobrir novas posições, novas possibilidades de existir.



CONCLUSÃO

Ao iniciarmos esta dissertação colocamos, como objetivo a ser alcançado, demonstrar que entre as disciplinas de saúde mental e arquitetura existe uma profunda ligação e que, dessa ligação, decorrem conseqüências decisivas para a prática médica. No sentido de reafirmar o nosso propósito, as considerações finais aqui apresentadas se restringirão a apontar quais os possíveis procedimentos cabíveis, tanto ao arquiteto no ato de projetar um hospital, um ambulatório, um consultório, destinado a atender pacientes na área de saúde mental, quanto à equipe de saúde no cuidado com esses pacientes.

Para que as questões apontadas ao longo deste trabalho encontrem respostas efetivas, usaremos os mesmos episódios mostrando que é fecunda a aplicação de conceitos psicanalíticos na arquitetura.

No episódio de Francisca Miranda, a questão do desamparo aparece fortemente associada ao aspecto da construção arquitetônica do manicômio pois cada elemento da arquitetura é trazido na fala de Francisca para expressar o sofrimento diante do próprio desamparado. Um desabrigo psicológico, marcado inicialmente pela sua história pessoal, na qual ocorreram sucessivas perdas e que encontrou ressonância na materialidade da construção do manicômio. A exemplo, podemos citar quando Francisca nos fala da altura do dormitório, ou seja, uma dimensão insustentável no sentido do acolhimento, e das telhas que se deslocam com o vento, deixando chover nas camas. Neste sentido, podemos verificar que uma simples troca de telhas (aspecto relativo à manutenção) pode passar a representar, potencialmente, para esta paciente (e para outros), o sentimento de estar sendo cuidado e, no caso de Francisca, de estar sendo cuidada com desleixo, vivendo um verdadeiro abandono.

Um outro aspecto é a impossibilidade da vivência de uma rotina típica, que ao longo do tempo vai produzindo no paciente a sensação de *enlouquecimento gradativo*, dia após dia.

Estes aspectos vivenciados por Francisca no cotidiano de um ambiente institucional nos conduz à problemática da terapêutica sem *holding*. Vejamos, então, as conseqüências geradas por esta situação e em que medida a arquitetura pode contribuir para uma terapêutica que envolva o conceito de *holding*.

A temática do ambiente ligado a terapêutica apareceu com destaque na obra de Melanie Klein e de Donald Winnicott (1940). Ambos atribuíram ao ambiente um importante papel no desenvolvimento emocional da criança. Porém a diferença traçada entre estes dois teóricos está justamente na questão da importância do ambiente ligado à terapêutica. Enquanto que para Klein o ambiente era algo importante, mas não central de sua teoria, ao contrário para Winnicott foi se transformando no elemento fundamental de seu corpo teórico, a ponto de considerar as falhas ambientais como a etiologia principal dos diferentes quadros psicopatológicos. Como em outros modelos teóricos, o peso etiológico atribuído ao ambiente real deu origem a propostas terapêuticas dirigidas a oferecer, na análise, **um entorno emocional favorável**, para possibilitar um desenvolvimento pleno.

Na teoria de winnicottiana, o conceito teórico que melhor exemplifica esta linha de pensamento é o da *sustentação ou o holding*. Este termo, em um primeiro momento, definiu a conduta emocional da mãe a respeito de seu filho e ao redor dos êxitos e fracassos da *sustentação*, situam-se os diferentes graus de perturbação psíquica. Para melhor explicar o conceito de sustentação, o autor fez as seguintes observações: a criança nasce indefesa; é nesse momento um ser desintegrado que percebe desorganizadamente os diferentes estímulos provenientes do exterior. Mas ela é provida, ao nascer, de uma tendência para o desenvolvimento. Assim a tarefa da mãe, enquanto “ego auxiliar”, se torna a de oferecer um **suporte adequado** para que as condições inatas alcancem um desenvolvimento ótimo (no sentido de adequado a sua fase de desenvolvimento).

Em última instância este “suporte adequado” fundamental para a realização do *holding* pode ser elaborado através de cinco tópicos.

O primeiro, relativo ao sentido de *amparar*: sustentar, dar braços, segurar o bebê para que ele não se sinta fragmentado. Segurar o bebê significa amparar as partes do corpo, sustentando este corpo e envolvendo-o para que nada sobre.

O segundo, relativo ao sentido de *proteger*, afastando o bebê das agressões fisiológicas, na medida em que considera a sensibilidade cutânea do lactente, através do tato, temperatura, sensibilidade auditiva, visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e à falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo.

O terceiro aspecto, relacionado propriamente à *rotina*, inclui o ritmo completo do dia e da noite, de maneira a distinguir um ser de outro, compreendendo que a rotina é parte do lactente e não algo externo a ele.

Um quarto aspecto, relativo a *mudanças instantâneas no dia a dia*, propiciando ao indivíduo um crescimento e desenvolvimento tanto físico quanto psicológico.

Quanto ao quinto, em relação à *segurança* onde, através do próprio *holding*, a mãe e o pai encontram uma forma de expressão de seu amor pela criança.

Porém, esta proteção que a mãe deve proporcionar ao bebê não se restringe apenas às implicações fisiológicas destinadas a garantir a sobrevivência. À medida que estes cuidados são providos adequadamente, o bebê se sentirá envolvido pelo amor e conseguirá integrar, tanto os estímulos, como a representação de si mesmo e dos demais, adquirindo um ego sadio. A criança vive a sustentação bem sucedida como “continuidade existencial”. É notável o papel fundamental da mãe neste processo. Mas o que é que capacita a mãe a proporcionar estes cuidados iniciais? Winnicott nos diz que durante os últimos meses de gestação e primeiras semanas posteriores ao parto, produz-se na mãe um estado psicológico especial, ao qual chamou de “*preocupação materna primária*”. A mãe adquire, graças a esta sensibilização, uma capacidade de se identificar com as necessidades do bebê. Esta disposição especial, alcança sua intensidade máxima imediatamente depois do parto, diminuindo, pouco a pouco, à medida que a criança cresce.

Porém as falhas de sustentação são traduzidas em uma experiência subjetiva de ameaça, a qual, por sua vez, provocará no infante a vivência subjetiva de que todas as suas percepções e atividades motoras são apenas uma resposta diante do perigo a que se vê exposta. Nessas condições, a criança não pode sentir seus movimentos ou estímulos externos como ensaios de autonomia de seu ego imaturo, mas os vivencia como provocados

por um mundo ameaçador. Pouco a pouco, procurará substituir a proteção que lhe falta por uma fabricada por ela mesma.

Faz-se necessário destacar que nesse processo de sustentação está sendo vivenciado e elaborado de maneira subjetiva o *sentido de confiança*, necessário para que o indivíduo ultrapasse posteriormente todas as etapas de seu desenvolvimento, alcançando a integração. Poderá então espacializar-se, ou seja, sair do estado de fusão abrindo-se para a relação com outras pessoas e coisas. O Outro, ao contrário de uma presença ameaçadora, se constitui, para este indivíduo em formação, em alguém que poderá ajudá-lo em seu desenvolvimento. A relação que este indivíduo vai estabelecer com o Outro é a repetição da sua experiência primeira com o ambiente facilitador, ou seja, a mãe suficientemente boa. A confiança, em última instância, é a concretização do *holding* bem sucedido, que oferece segurança para que o indivíduo possa sentir posteriormente a atuação do *handling* na continuidade de seu processo de integração. Sobre o conceito de *handling* falaremos logo a seguir.

Winnicott pôde transpor o conceito de *holding*, tanto para o trabalho realizado no consultório, trazendo questões pertinentes tanto à formação do *setting*, quanto para o âmbito institucional. Afirmava que se as instituições aceitassem assumir um papel de maternagem “suficientemente boa”, seria possível obter uma melhora ou, até mesmo, a recuperação total do indivíduo.

Através da amplitude de aplicação dessa teoria, oferecida pelo próprio autor, é que se tornou possível nesse trabalho, pensar a questão ambiental, ou seja a constituição de um entorno emocional favorável, como parte da terapêutica oferecida para pacientes em saúde mental, tanto nos hospitais psiquiátricos como em outras unidades de saúde tais como os ambulatórios, as clínicas e até os consultórios particulares.

Vejamos inicialmente como foi que Winnicott pensou o *holding* no consultório terapêutico. Para o autor, o enquadramento analítico (*setting*) reúne as condições necessárias para favorecer a regressão do paciente, ou seja, um retorno a etapas muito primárias do desenvolvimento emocional do ser humano, nas quais o mundo nada mais é do que a relação diádica entre mãe e bebê. Nesta direção, o espaço da sessão oferece uma

segunda oportunidade para o desenvolvimento, evocando, desta vez, a sustentação “suficientemente boa” que o indivíduo não teve na infância. O enquadramento analítico em última instância deve reproduzir as técnicas de maternagem mais precoces, convidando o paciente à regressão, por sua confiabilidade. A regressão é concebida como uma volta ao estado de dependência da criança, no qual as pulsões estão desorganizadas. Neste quadro, as pulsões fálicas, genitais e anais têm papel secundário, tornando-se importante apenas a qualidade emocional do contato. Este é um importante aspecto a ser ressaltado pois na análise o que é revivido na regressão é exatamente isto. ***O paciente na regressão não recorda seu passado e sim o vive.*** Isto exige do analista uma atitude muito especial, tal como a mãe, nos primeiros meses de vida do bebê. O analista deve perceber o que é que o paciente necessita. Muitas vezes é necessário manter absoluto silêncio ou manter-se completamente imóvel, para não obstaculizar o processo que está se desenvolvendo no paciente. Em outros momentos a verbalização do fenômeno tranqüiliza o paciente, ajudando-o a recordar o fracasso ambiental original que deu lugar à enfermidade.

Vemos aqui o fundamental papel desempenhado pelo analista ao se colocar no lugar da mãe suficientemente boa oferecendo ao paciente uma sustentação inspirada nos cuidados maternos primários. Também observamos que estes cuidados são transmitidos através do espaço que se instala na sessão.

Baseado nesta experiência bem sucedida da clínica, Winnicott amplia o conceito de *holding* para o âmbito das institucional. Considerando que uma instituição não pode se configurar em uma pessoa física, como a mãe real ou como o analista, a “mãe suficientemente boa” deverá encontrar então uma outra forma de se fazer presente.

É neste sentido que poderemos pensar na arquitetura enquanto possibilidade de transmissão de valores simbólicos da qualidade da mãe suficientemente boa. No manicômio ou qualquer outra instituição de saúde mental tornar-se-á metáfora da mãe suficientemente boa. Através dos elementos arquitetônicos deve-se criar condições para o desempenho dos cuidados maternos primários, que em sua plenitude se realizam em “acolhimento incondicional”, um abrigo verdadeiramente confiável. A arquitetura é então tomada como linguagem. Ela deve significar algo ao usuário. Vimos que no episódio de

Francisca Miranda a comunicação realizada através do espaço constituiu-se em discurso do *Grande Outro*.

Poderemos então formular a seguinte questão: de que forma o *holding* pode ser comunicado através da arquitetura para o usuário do espaço. Uma das possíveis possibilidades é estabelecendo relações entre *holding* e arquitetura através dos cinco tópicos já mencionados. Estes encontram-se presentes na função *estrutural da arquitetura, ou seja, ligados ao aspecto "obra concreta"*.

O sentido do *amparo e da proteção* são transmitidos pela construtividade da obra, ou seja, uma *casca* que se estende em um determinado território. Como exemplo, citamos que a mais remota idéia de abrigo é a caverna, onde o ser humano pode encontrar o sentido de segurança contra os fenômenos externos a ele, tais como as tempestades, o frio e o perigo do embate com os animais. É de se notar que o sentido de abrigo, enquanto membrana ou casca de envolvimento, é algo que deve ser transmitido, tanto pelo teto quanto pelo chão e por tudo que liga estes dois extremos como por exemplo vigas, colunas, paredes.

O estabelecimento de uma *rotina* engloba, em primeiro lugar, uma referência temporal, onde a arquitetura possa permitir o contato do ser com o movimento do dia e da noite, propiciando a este um sentido de mudança, ao mesmo tempo de continuidade e constância. Mesmo em outros edificios destinados à saúde, parece que esta simples rotina de fazer com que o paciente perceba que está vivendo durante o dia ou à noite acaba sendo colocada em segundo plano em relação aos procedimentos médicos. Este mantém, por exemplo, as UTIs com luz artificial acesa o tempo todo, além de não permitir aberturas visuais para o exterior. Há, assim, uma suspensão da percepção temporal no indivíduo, impedindo a integração do sujeito no tempo, como vertente básica do existir humano, conforme aponta Winnicott.

Posteriormente, a rotina abarca hábitos como, tomar banho, dormir, de forma individualizada, mesmo em convivência com outras pessoas. No caso do manicômio, a preocupação em estabelecer uma unidade arquitetônica entre as edificações implicaria em possibilitar que esta rotina pudesse acontecer, pois, na época anterior à intervenção,

qualquer chuva impedia que o paciente pudesse ir tomar refeições, uma vez que os pavilhões referentes a dormitórios e ao refeitório ficavam separados e sua conexão, a céu aberto. Também poderia se dizer que o estabelecimento da rotina passava por oferecer espaços aonde os pacientes pudessem desenvolver o sentido de privacidade como sentido de ser próprio, de adquirirem um eu próprio. Podemos sugerir que, ao invés de banheiros coletivos, com água fria, compartimentos mais resguardados, com água quente. Também oferecer dormitórios com um número reduzido de camas e com armários individualizados para guarda de roupas e pertences pessoais muitas vezes de estimação do paciente.

Então, podemos ousar dizer que a escolha da técnica construtiva, os elementos ou materiais empregados na construção, não mantém relação apenas a aspectos da engenharia, ou de alguma outra forma de racionalidade. O edifício deve conter elementos em sua arquitetura, que possam transmitir, ao indivíduo, o sentido de segurança, proteção, possibilidade de rotina pessoal, além de propiciar relacionamento com os outros indivíduos (civilizar).

O aspecto da convivência permite que o *holding*, enquanto expressão de conviver com *mudanças instantâneas no dia a dia*, possa se realizar. É no desafio da relação estabelecida pelo cotidiano que as pessoas vão descobrindo, juntas, formas de habitar, formas de ser, de se expressar, de civilizar. É através desse exercício de convívio na diversidade que se cria e se recria a cultura.

O aspecto *segurança* é representado, simbolicamente, pela presença do pai, ou seja, pela presença do masculino na obra de arquitetura. Este se faz presente através do sentimento de confiabilidade do abrigo. Não se trata de uma presença simbólica fálica, mas da figura do pai como suporte familiar que permite o sustento e o amparo tanto daquela pessoa que realiza o *handling* (geralmente a figura materna) com o próprio infante. A arquitetura do manicômio deve transmitir a segurança não só para os pacientes, mas, sobretudo, para os funcionários, que no convívio em um ambiente também favorável, possam dedicar-se profissionalmente aos seus pacientes. Num ambiente hospitalar inseguro, até os funcionários podem desenvolver psicopatologias. É comum em instituições de saúde, funcionários estarem preocupados com ralos entupidos, janelas que não abrem e não fecham, goteiras no telhado, preocupados também com o esforço físico que terão que

desprender para transportar pelas escadas um paciente que não anda, distraindo a atenção com o que deveriam perceber, ou seja, as necessidades ambientais dos pacientes. O exemplo que podemos oferecer como simbólico masculino do *holding* presente na arquitetura é o fato de não chover dentro, de não ser frio ou quente em demasia, de não ser frágil a ponto de colocar em risco as pessoas que nele habitam.

Porém, não é o *holding* sozinho que favorece a instalação de um entorno emocional favorável que em última instância contribui para o processo de integração. O *holding* bem sucedido possibilita o estabelecimento de uma base emocional, comparável ao alicerce de uma construção, permitindo que o indivíduo possa usufruir o *handling*.

Se fizermos uma transposição do conceito do *handling* para a arquitetura, este pode ser traduzido em preocupação com a temperatura, a luminosidade, a textura dos materiais que no conjunto colaboram para a constituição de um ambiente. Sendo o *handling* comparável ao ambiente ele se torna a manifestação do aspecto feminino na arquitetura, pois, é a mãe quem melhor consegue perceber a necessidade de seu bebê.

Entretanto, o *handling* vem colocar um problema para a arquitetura, no sentido de ser este a expressão do manuseio. A arquitetura pode contribuir no sentido de dar condições físicas através do *holding*, para que o *handling* possa se realizar. Porém, a percepção de como utilizar as condições, ou recursos, cabe ao ser humano. A exemplo, podemos citar que uma mãe percebe o momento de acender a luz do quarto de seu bebê, assim como percebe se naquele momento a luz que o bebê necessita é uma luz direta ou indireta, o tempo que ela deve permanecer acesa, a hora de colocar o cobertor sobre a criança, além de outras coisas. Cabe, então à arquitetura, a provisão de recursos necessários para lidar com este aspecto que, até um determinado momento, é previsível, embora seja de competência da própria arquitetura, considerar as imprevisibilidades, e neste sentido, não impedir que o novo possa acontecer. A exemplo, podemos citar que ao invés de se estabelecer um só tipo de iluminação para todos os locais do hospital, poder-se-ia pensar na utilização de Dimmer para a graduação da luminosidade, assim como possibilidade de lâmpadas com cores diversas; janelas reguláveis; móveis que se desloquem com rodinhas permitindo novos arranjos dependendo do paciente que irá ocupá-los, enfim propor um espaço arquitetônico mais performático.

Através do conceito do *handling* poderemos pensar o episódio de Vinícios. A contenção desse paciente poderia ser repensada sob um outro enfoque. Ao invés de um vazio construído pela ausência de pessoas e objetos, poderíamos intervir no sentido de colocar um “*meio*”, onde ele pudesse se sentir inserido, envolvido, acolhido, ou seja, *contido em um meio*. O que compete a nós, arquitetos, é pensar qual a qualidade ou natureza deste *meio*. Talvez, neste caso, o meio poderia ser transmitido através da temperatura, do som, até mesmo de um cobertor que o envolvesse, transmitindo-lhe através do aquecimento e do contato com o corpo, a segurança necessária para minimizar a sensação de estar aos pedaços.

Posteriormente, poderíamos pensar na integração a ser realizada e em que medida a arquitetura pode contribuir nesta realização. Tendo como conceito o “espaço transicional”, ou seja, pensar na possibilidade de criar ambientes para que Vinícios pudesse encontrar, gradativamente, substituições do colo da mãe, alcançando assim a possibilidade de uma espacialização, pois, o que se ofertava ao jovem enfermo era apenas o estabelecimento de um lugar.

Por ser o espaço transicional o espaço de elaboração imaginativa, ele possibilita que o ser elabore estas transições (graduais) de um estágio de desenvolvimento (emocional) para outro. No caso de Vinícios poderemos pensar em um habitar progressivo do feto para o berço(cama), da cama para o quarto, do quarto para a enfermaria, da enfermaria para o jardim do hospital, do hospital para a cidade e assim por diante. Estes ambientes devem ser pensados a partir de objetos (transicionais) que possibilitem ao paciente elaborar este movimento de espacialização que em última instância pode ser comparável a ampliar os limites da própria pele, instalando-se no mundo de forma gradativa. Evocaremos GASTON BACHELARD em *A poética do espaço*:

Antes de ser “atirado ao mundo” como professam os metafísicos apressados, o homem é colocado no berço da casa. E sempre em nossos devaneios, a casa é um grande berço. (1989,p.23)

Cabe aqui pensar no aspecto performance a que a arquitetura pode se constituir em determinados momentos a exemplo deste.

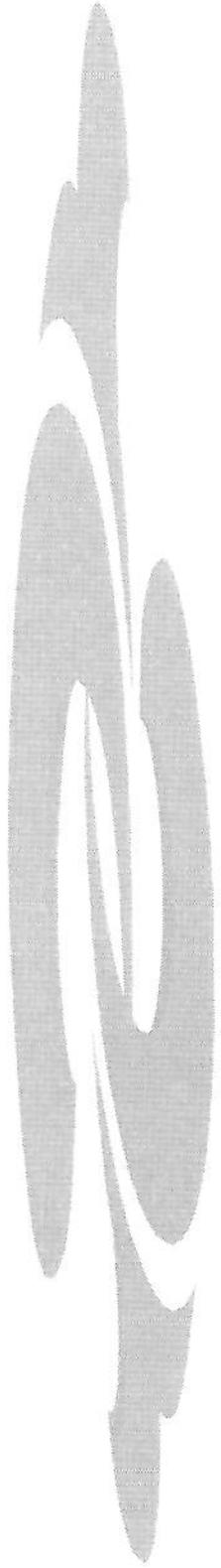
Assim, oferecendo a este estudo a possibilidade de reflexão e de ligação entre as disciplinas Arquitetura e Saúde Mental, percebemos que os elos são tão estreitos quanto fundamentais para um novo olhar ao ser humano que necessita, em determinados momentos de sua vida, reconstruir ou reencontrar o seu verdadeiro *self*, possibilitado pelo ambiente que o compõe.



SUMMARY

This study aims to show the deep connection between Mental Health and Architecture subjects, and that there are important consequences for the clinical practice from the study of all their inter connections. Through the methodological and exploratory research process, a historical review of all spaces for insanity is done, and two episodes allowing a better view of the problems when both issues are interfaced is presented. The theoretical reference chosen was the psychiatric focus on Freudian and Winnicottian view, for the study of space and atmosphere from the historical review and of the two episodes presented.

This Mental Health and Architecture connection related to the therapeutic process leads to a reflexion about the importance of shelter for human beings, insoling the human in the dimension of *pathos*. A greek word that means suffering, passion and passivity at the same time. This way this study shows that space and atmosphere constitute in a specific language that allows the own narrative of the *pathos*.



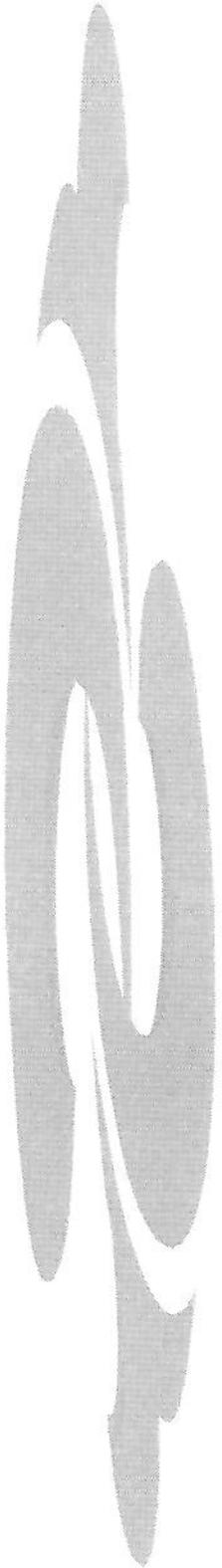
***REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- ANZIEU, D. **O eu pele**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1989.
- BACHELARD, G. **A poética do espaço**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- BARTHES, R. **A câmara clara**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.
- BATAILLE, L. **O umbigo do sonho: por uma prática psicanalítica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- BAUDRILLARD, J. **O sistema dos objetos**. São Paulo: Perspectiva, 1993.
- BLEICHMAR, N. **A psicanálise depois de Freud**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.
- BEMTHAN, J. “Panóptico : Memorial sobre um novo princípio para construir casas de inspeção e principalmente prisões”. In: *Revista Brasileira de História- vol.7. Instituições*. São Paulo: ANPUH/ Marco Zero, 1987.
- BERLINCK, M. **Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, 2000.
- CALABRESE, O. **A idade neobarroca**. Lisboa- Portugal: Edições 70, 1987.
- CERVINI, E. A casa-ambiente. Anotações sobre arquitetura e psicanálise de Winnicott. In: **Revista latino americana de Psicopatologia Fundamental, vol 1-número 3**. São Paulo: Escuta, 1998.
- CHOAY, F. **A regra e o modelo**. São Paulo: Perspectiva, 1980.
- COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1982.
- COSTA PEREIRA, M. **Contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- COSTA PEREIRA, M. **Pânico e desamparo**. São Paulo: Escuta, 1999.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes médicas Sul, 2000.

- DEL VOLGO, M.J. **O instante do dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna.** São Paulo: Editora Escuta; Goiânia: Editora da UCG, 1998.
- DERRIDÁ, J. **Cora.** Campinas- SP: Papyrus, 1995.
- DIDI-HUBERMAN, G. **Invention de l'hystérie: Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière.** Paris: Macula, 1982.
- FÉDIDA, P. **Nome, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica.** São Paulo: Escuta, 1991.
- FOUCAULT, M. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1978.
- _____ **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Grall, 1982.
- _____ **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.
- FRAYZE-PEREIRA, J. As armadilhas da transparência: o segredo, o obscuro... - In: **Revista Caramelo número 7.** São Paulo: Grêmio da faculdade de Arquitetura e Urbanismo da USP, 1994.
- FREUD, S. **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- GARCIA BADARACCO, J. **Comunidade terapêutica psicanalítica de estrutura multifamiliar.** São Paulo : Casa do psicólogo : Clínica de Psicanálise Roberto Azevedo, 1994.
- GARCIA-ROSA, L. **Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões.** Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- GAY, P. **Freud : uma vida para nosso tempo.** São Paulo: Companhia das letras, 1989.
- GUERRIERO, S. As origens do antropos. In: Ribeiro J. **Antropos e psique.** São Paulo: Olho d'Água, 2000.

- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- HANNS, L. **Dicionário comentado de alemão de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- JAEGER, W. **Paidéia: a formação do homem grego**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise : o legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- LACAN, J. **O seminário de Jacques Lacan- vol. XI: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- LAPLANCHE J & PONTÁLIS J. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- LEFEBVRE, H. **Introdução a modernidade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.
- LEONARDIS O, MAURI D, ROTELLI F, Prevenir a prevenção. In: **Saúde em debate 29**, São Paulo: Hucitec, 1990.
- LOPARIC, Z. **Ética e Finitude** . São Paulo: EDUC, 1995.
- LOPARIC, Z. "Winnicott: uma psicanálise não-edípiana". In: **Revista Percurso 17**, São Paulo, Instituto Sads Sapientiae, 1996.
- MACEDO, H. **Do amor ao pensamento: a psicanálise, a criação da criança e D.W. Winnicott**. São Paulo, Via Lettera, 1999.
- PANKOW, G. **O homem e seu espaço vivido: análises literárias**. Campinas, SP: Papirus, 1988.

- PASSOS B. **Retrospectiva da vida do Sanatório Dr. Cândido Ferreira (ex. Hospital de Dementes de Campinas)**. São Paulo: Palmeiras, 1975.
- PELEGRINO, H. Édipo e a Paixão. In: **Os sentidos da paixão**. São Paulo: Companhia das letras, 1987.
- PELEGRINO, H. Pacto Edípico e Pacto Social . In: **Grupo sobre Grupo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.
- PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: editora 34, 1996.
- PICCINI , A. **Freud**. São Paulo, Editora Moderna , 1986.
- ROTELLI, F. A instituição inventada. In: **Saúde em debate 29**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SAUSSURE, F. **Curso de lingüística geral**. São Paulo: Cultrix , 1995.
- SEGAL, H. **As idéias de Melanie Klein**. São Paulo: Cultrix, 1983.
- SENNETT, R. **O declínio do homem público: as tiranias da intimidade**. São Paulo: Schwarcz, 1988.
- SZASZ, T. **A escravidão psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- SILVEIRA, N. **Imagens do inconsciente**. Brasília-DF: Alhambra, 1981.
- _____ **O Mundo das imagens**, São Paulo: Ática, 1992
- WINNICOTT, D. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____ **O ambiente e os processos de maturação : estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**, Porto Alegre: Artes médicas, 1988.
- _____ **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- _____ **Holding e interpretação**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- _____ **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes médicas Sul, 1994.



ANEXO

“Nunca somos verdadeiros historiadores, somos sempre um pouco poetas e nossa emoção traduz apenas, quem sabe, a poesia perdida”.

(Gaston Bachelard, *A Poética do Espaço*)