



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE MINAS
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO



**OS LUGARES DA LOUCURA: aproximação entre representações
artísticas e dois casos de arquitetura psiquiátrica**

Tayná Calaes Andrade Almeida

Ouro Preto

2021

TAYNÁ CALAES ANDRADE ALMEIDA

**OS LUGARES DA LOUCURA: aproximação entre representações
artísticas e dois casos de arquitetura psiquiátrica**

Trabalho Final de Graduação apresentado ao Curso de
Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de
Ouro Preto, como requisito parcial para a obtenção do
grau de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Prof. Dra. Sulamita Fonseca Lino

Ouro Preto

2021

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

A4471 Almeida, Tayna Calaes Andrade .
Os lugares da loucura [manuscrito]: aproximação entre
representações artísticas e dois casos de arquitetura psiquiátrica. / Tayna
Calaes Andrade Almeida. - 2021.
62 f.: il.: color..

Orientadora: Profa. Dra. Sulamita Fonseca Lino.
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.
Escola de Minas. Graduação em Arquitetura e Urbanismo .

1. Arquitetura. 2. Saúde mental. 3. Espaços públicos - Saúde mental.
4. Doenças mentais. 5. Instalações de saúde mental . 6. Saúde na arte . I.
Lino, Sulamita Fonseca. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 72:711.4

Bibliotecário(a) Responsável: Maristela Sanches Lima Mesquita - CRB-1716



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Minas
Departamento de Arquitetura e Urbanismo



ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Em 19 de Abril de 2021, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso Arquitetura e Urbanismo da Escola de Minas da UFOP, intitulado: **OS LUGARES DA LOUCURA: APROXIMAÇÃO ENTRE REPRESENTAÇÕES ARTÍSTICAS E DOIS CASOS DE ARQUITETURA PSIQUIÁTRICA**, da aluna **TAYNÁ CALAES ALMEIDA ANDRADE**. Compuseram a banca os professores(as) **SULAMITA FONSECA LINO** (Orientadora), **MAURÍCIO LEONARD DE SOUZA** (Avaliadora 1) e **RAFAELA CRISTINA MARTINS** (Avaliadora 2). Após a exposição oral, o(a) candidato(a) foi argüido(a) pelos componentes da banca que reuniram-se reservadamente, e decidiram pela **APROVAÇÃO**, com a nota **10 (dez)**.



Orientador(a)



Avaliador 1



Avaliador 2

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Ouro Preto por proporcionar um ensino que vai além do conhecimento técnico e pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal.

À minha orientadora, Prof. Sulamita, pelo apoio, confiança e empatia, que se fizeram ainda mais essenciais em um período tão atípico. Por vezes, nossas conversas trouxeram a calma e o foco necessários para concluir este trabalho.

Às minhas irmãs de república, pelo cuidado diário, companherismo e por tornarem meus dias mais leves. Tê-las nessa jornada fez toda a diferença, e se eu fosse expressar em palavras tudo o que aprendi com esses anos de convivência, acabaria escrevendo uma outra monografia.

Ao Lukas, pelo suporte e motivação que me ajudaram a me levantar mesmo quando pensei que não conseguiria mais seguir adiante. E por, mesmo que indiretamente, me levar a referências essenciais para a conclusão deste trabalho, as quais nunca pensaria em buscar, ou teria acesso, daqui do Brasil.

Por fim, à minha família. Aos meus pais, pelo apoio incondicional que sempre me deram e por não medirem esforços para me ajudar a correr atrás dos meus sonhos; e aos meus irmãos, pelo carinho e companherismo sempre presentes, ainda que à nossa maneira. A certeza de que posso contar com o suporte de vocês me deu a força necessária para concluir essa etapa. Sem vocês eu não chegaria até aqui.

RESUMO

Este trabalho visa analisar a relação entre os espaços destinados aos loucos no decorrer da história ocidental e as mudanças sofridas pela representação da loucura. Para isso foram realizadas revisões bibliográficas, buscando esboçar a trajetória da loucura ao longo da história; analisar essa trajetória pelo ponto de vista da arte; e estudar exemplos de arquitetura psiquiátrica, o contexto social e histórico em que estavam inseridos, e seu processo de concepção. A partir das informações coletadas por este estudo, compreendeu-se que os espaços dedicados à loucura são um reflexo da imagem que determinada sociedade tem do louco. Também foi entendido que essa imagem seria uma construção cultural em constante mudança, já que é consequência da relação entre áreas como a arte, a ciência, a política e os valores morais de tal sociedade.

Palavras-chave: arquitetura; loucura; lugar; arte.

ABSTRACT

This study aims to analyze the relationship between the spaces designated to the insane throughout Western history and the changes in the representation of madness. For this purpose, a bibliographic review was conducted to trace the course of madness throughout history; to analyze this same course from the artistic perspective; and to study examples of psychiatric architecture, the social and historical context in which they were inserted, and their conception process. Based on the information collected by this study, it was understood that the spaces dedicated to madness are a reflection of the image that a certain society has of the insane. It was also understood that this image is a cultural construction that is constantly changing, since it is a consequence of the relationship between areas such as art, science, politics and the moral values of that society.

Keywords: architecture; madness; place; art.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Victor Frond, <i>Hôpital de Pédro II : Rio de Janeiro</i> , 1860	24
Figura 2- planta do pavimento térreo do antigo Hospício D. Pedro II.	25
Figura 3 - Ilustração do louco como homem selvagem, atribuída ao Mestre de Bedford, para sua obra <i>Livro das Horas</i> , manuscrito francês do século XV.....	30
Figura 4 - Cornelis Van Haarlem, <i>A Fool with Two Women</i> , 1595.....	31
Figura 5 - gravura feita por Hans Holbein, o Jovem, para ilustrar o salmo 52 no livro <i>Imagens do Antigo Testamento</i> , do século XVI.....	32
Figura 6 - gravura retratando as estátuas de Cibber, feita por William Sharp, 1783	33
Figura 7 - Caius Gabriel Cibber, <i>Loucura Melancólica</i> , 1680.....	33
Figura 8 - Caius Gabriel Cibber, <i>Loucura Delirante</i> , 1680.....	34
Figura 9 – desenho atribuído a Paul Richer para seu livro <i>Etudes Cliniques Sur La Grande Hysterie Ou Hystero-Epilepsie</i> , 1881	35
Figura 10 – gravura atribuída a Abraham Palingh para seu livro <i>'t Afgerukt mom-aansicht der tooverye</i> , 1725	35
Figura 11- detalhe da pintura de Sandro Botticelli, <i>Três milagres de São Zenóbio</i> , 1500-05	36
Figura 12 - Jacob Jordaens, <i>São Martinho curando o homem possuído</i> , 1630	36
Figura 13- desenho da procissão ao santuário de Molenbeek, atribuído a Pieter Brueghel, o Velho, de meados do século XVI.....	37
Figura 14 - Hieronymus Bosch, <i>Nau dos Loucos</i> , 1490-1500	39
Figura 15 – diagrama retirado de um manuscrito médico francês do século XIII	40
Figura 16 - A. J. Defehrt, <i>Expressões de Emoção (Ódio ou Ciúme, Raiva, Desejo, Dor Física)</i> , 1751-1772.....	42
Figura 17- A. J. Defehrt, <i>Expressões de Emoção (Riso, Choro, Compaixão, Tristeza)</i> , 1751-1772	42
Figura 18 - ilustração de dois “idiotas”, presente na obra <i>Physiognomische Fragmente</i> de Lavater	43
Figura 19 - ilustração de dois melancólicos, presente na obra <i>Physiognomische Fragmente</i> de Lavater	43
Figura 20 - Daniel Chodowiecki, <i>A fisionomia da doença e da deformidade</i> , 1774-1778	44

Figura 21 - desenho de uma paciente acometida por demonomania, feito por Georges-François-Marie Gabriel, para um estudo de Esquirol.....	45
Figura 22 - desenho de uma paciente melancólica, feito para o atlas de Esquirol	45
Figura 23 - desenho de uma paciente acometida por mania, feito para o atlas de Esquirol	45
Figura 24 - desenho de um paciente acometido por demência, feito para o atlas de Esquirol	46
Figura 25 - desenho de um paciente acometido por demência, feito para o atlas de Esquirol	46
Figura 26 - desenho de uma paciente melancólica, feito para o atlas de Esquirol	46
Figura 27 - Daniel Urrabieta y Vierge, <i>Yard of an asylum</i> , 18--	49
Figura 28 - desenho feito por Jeremy Bentham para ilustrar sua ideia de panóptico, 1791	53
Figura 29 - modelos de <i>workhouse</i> elaborados por Sampson Kempthorne	55
Figura 30 - área de convivência do Retiro.....	59
Figura 31 - vista panorâmica da fachada norte do Retiro.....	59

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO 1: BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA NO OCIDENTE.....	12
1.1. Entre o divino e o demoníaco.....	12
1.2. A racionalização da loucura e o desenvolvimento da psiquiatria	15
1.3. A loucura no Brasil	21
CAPÍTULO 2: A LOUCURA NA ARTE.....	28
2.1. Iconografia e simbologia da loucura.....	28
2.2. A arte e a medicina.....	39
2.3. A influência da fotografia na representação da loucura.....	47
CAPÍTULO 3: ARQUITETURA E A LOUCURA	50
3.1. <i>Workhouses</i>	50
3.1.1. O panóptico de Bentham e as <i>workhouses</i>	52
3.1.2. Os modelos arquitetônicos de Sampson Kempthorne	54
3.2. O Retiro - York, Inglaterra.....	57
CONCLUSÃO.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

INTRODUÇÃO

Desde o século XVIII, psiquiatras têm estudado e defendido que a arquitetura e o ambiente onde estamos inseridos têm impactos significativos em nossa saúde mental. Atualmente, essa teoria, amplamente aceita pela comunidade médica e por arquitetos, tem conquistado cada vez mais espaço no debate acadêmico. Foi a relevância desse tópico que motivou a escolha do tema deste trabalho. Além disso, a afinidade entre a arquitetura e as artes plásticas inspirou uma pesquisa não somente da relação entre o ambiente construído e os distúrbios mentais, como também da influência que a arte exerceu nesse elo. A partir de uma revisão bibliográfica inicial sobre esse tema percebeu-se, no entanto, que o número de estudos feitos sobre a loucura dentro da arte era limitado, e que os trabalhos que exploravam os espaços da loucura do ponto de vista arquitetônico, de maneira geral, tinham a tendência de basear sua análise na imagem da loucura dentro de contextos práticos. Foi a percepção desse vácuo que motivou este trabalho, que visou sobrepor os levantamentos feitos – sobre o contexto histórico da loucura, sua trajetória na arte e o desenvolvimento da arquitetura psiquiátrica – para, então, fazer uma análise que partisse de um referencial pouco explorado.

A loucura sempre esteve presente na história da humanidade, em culturas de diversas partes do mundo. Por mais que a percepção e o entendimento desse fenômeno possa ser diferente a depender da cultura ou do período histórico que analisarmos, há um ponto que foi uma constante: o louco sempre foi visto como diferente das demais pessoas e classificado como *o Outro*. Conforme nos explica Burke (2004, p. 153-4), um grupo, ao ser confrontado com o diferente, tende a ter duas reações, conscientes ou não: assimilar o outro a si próprio, ignorando as diferenças e compreendendo-o a partir do que é familiar; ou, pelo contrário, entendê-lo como o oposto de si mesmo. Em ambas situações, o resultado final acaba sendo uma imagem do diferente construída a partir da imagem que um grupo tem de si mesmo; pelas palavras de Burke, “o que as pessoas num determinado lugar e tempo veem como ‘sub-humano’ nos revela muito a respeito da maneira como elas veem a condição humana” (2004, p. 174). Com isso em mente, talvez possamos dizer que as diferentes imagens que uma sociedade atribui à loucura variam conforme o seu próprio entendimento de si como o certo, o puro ou o superior, acompanhando tanto as mudanças que ocorrem em sua cultura, política e valores morais, quanto os avanços científicos.

Essa classificação do louco como o *Outro*, o *diferente*, trouxe como consequência a necessidade de separá-lo do restante da sociedade, fazendo com que espaços específicos para os loucos fossem estabelecidos em diferentes contextos. Neste trabalho foi feito um levantamento desses espaços ao longo da história ocidental, assim como das mudanças sofridas pela representação e imagem da loucura, para que então fosse traçado um possível paralelo entre os dois elementos. Esse levantamento me permitiu perceber o contraste entre dois modelos arquitetônicos, que foram apresentados neste trabalho, e como as percepções da loucura que se tinha influenciaram na concepção desses espaços. Para trazer o contexto necessário à análise proposta, foi incluído, então, o estudo da história da loucura e sua trajetória na arte até o período em que esses exemplos surgiram. Os objetivos específicos da presente pesquisa foram, portanto:

- Identificar e caracterizar os espaços da loucura na história da sociedade ocidental;
- Traçar as relações entre a representação da loucura e a percepção e o tratamento de transtornos psicológicos;
- Analisar como a percepção da loucura pela sociedade influenciou, e segue influenciando, a arquitetura desses espaços.

Para alcançar tais objetivos, este trabalho foi estruturado a partir de três momentos: inicialmente, contextualizou-se a loucura, de maneira geral, dentro da história do Ocidente e do Brasil, a partir do levantamento do seu desenvolvimento através dos séculos; em seguida, buscou-se analisar a mesma trajetória da loucura, mas dessa vez pelo ponto de vista da arte, estudando a simbologia adotada e as mudanças sofridas pela representação dos loucos; por último, foram estudados alguns exemplos de arquitetura psiquiátrica, o contexto social e histórico em que estavam inseridos, e o seu processo de concepção. Toda a pesquisa foi realizada a partir de revisão bibliográfica, e cada um dos três processos citados acima acabou por resultar em seu respectivo capítulo. Este trabalho ficou organizado da seguinte maneira: no capítulo 1, *Breve histórico da loucura no ocidente*, buscou-se fazer uma contextualização histórica da loucura desde suas primeiras evidências, até o século XX, de forma a identificar os vários formatos adquiridos pelos espaços dedicados à loucura; no capítulo 2, *A loucura na arte*, com base nos dados obtidos com o primeiro capítulo e em revisão bibliográfica, procurou-se entender como a sociedade percebia a loucura, através da produção artística dedicada a esse tema, e qual foi a influência que a arte exerceu, ou até mesmo sofreu, em esferas como a medicina, a política e a cultura; no capítulo 3, *Arquitetura e a loucura*, dedicou-se ao estudo de exemplos de arquitetura da loucura, analisando

sua estrutura, o processo de concepção do projeto, os objetivos que se pretendia alcançar e os possíveis resultados obtidos.

CAPÍTULO 1: BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA NO OCIDENTE

1.1. Entre o divino e o demoníaco

É provável que a existência da loucura seja tão antiga quanto a humanidade, uma vez que, de acordo com Pietikainen (2015, p.15), é possível encontrar distinções entre comportamento "normal" e "anormal" em todas as culturas de que se tem conhecimento. Segundo Porter (2002, p. 8), as evidências mais antigas da presença da loucura em nossa sociedade são de pelo menos 7.000 anos atrás, devido ao fato de que arqueólogos encontraram crânios humanos datados do século 5.000 a.C. que continham pequenos furos feitos com o auxílio de ferramentas. Isso pode indicar que havia uma crença em possessão por espíritos malignos, e que escapariam através do furo criado. Esse procedimento era realizado porque a vítima, provavelmente, apresentava um comportamento *anormal*.

Desde as primeiras evidências da loucura na história humana até o advento da psiquiatria, é possível identificar semelhanças nas formas como pessoas com distúrbios mentais têm sido vistas e tratadas nas mais diversas culturas. Existem registros que retratam a loucura como algo de origem sobrenatural - como punições divinas, possessões por demônios, bruxaria, etc.- em culturas tanto ocidentais quanto orientais. De acordo com Porter (2002, p. 8), o hinduísmo, por exemplo, atribui convulsões epiléticas à ação de um demônio específico, chamado Grahi; assim como os assírios, que em um texto de 650 a.C. descrevem sintomas característicos da epilepsia como uma possessão demoníaca. O cristianismo medieval também atribuía muitos dos distúrbios mentais conhecidos a ações demoníacas, desde a epilepsia até síndromes maníacas. Santo Agostinho, por exemplo, dividia doenças entre duas categorias, as de causas naturais e as causadas por possessão demoníaca – e, naturalmente, distúrbios mentais entravam no grupo das doenças causadas por possessões, que precisavam de orações ou santos milagrosos para que pudessem ser curadas (PIETIKAINEN, 2015, p. 43).

Além de atribuir a loucura às forças sobrenaturais, algo que muitas culturas, em diferentes períodos históricos, tiveram em comum foi a atribuição às famílias da responsabilidade pelos loucos. Na sociedade islâmica, no cristianismo, na Grécia e na Roma antiga, os loucos majoritariamente viviam e morriam em suas comunidades, recebendo cuidados de seus próprios familiares – o que muitas vezes significava serem trancados em porões ou presos em chiqueiros

(PIETIKAINEN, 2015, p. 119-120; PORTER, 2002, p. 53). Segundo Pietikainen (2015, p. 119), os romanos impunham punições para filhos que negligenciavam seus pais portadores de doenças mentais. Apenas nos casos de loucos que não possuíam parentes aptos a cuidar deles é que a sociedade onde estivessem inseridos tomava providências. Geralmente, aqueles que não representavam perigo a si mesmos ou a outros indivíduos eram deixados à própria sorte, dependendo de esmolas e da bondade dos outros para sobreviver. Já os mais agressivos poderiam ser encarcerados em calabouços ou prisões.

Na Europa Cristã, outro destino comumente dado aos loucos durante toda a Idade Média e começo da Idade Moderna, era condicioná-los às peregrinações compulsórias para santuários, mosteiros, templos e igrejas, onde as pessoas iam “para rezar, buscar consolo e para encontrar uma cura milagrosa (...)”¹ (PIETIKAINEN, 2015, p. 47). Uma simples explicação por trás desse costume era o dever cristão de ser caridoso e prestar auxílio às pessoas necessitadas, o que impelia padres e freiras a acolherem loucos desamparados em suas instituições. Outra razão, e talvez ainda mais significativa, era a relação estreita entre a religião e a medicina medieval: padres e monges detinham grande parte do conhecimento medicinal da época e, em geral, eram os responsáveis pela gestão dos hospitais. Além disso, como mencionado anteriormente, várias doenças eram associadas a possessões demoníacas, principalmente os distúrbios mentais; logo, os doentes eram frequentemente confiados aos cuidados de instituições religiosas para que os demônios ou espíritos que os tivessem possuído pudessem ser expulsos. Pietikainen (2015, p. 120) nos conta, no entanto, que muitas vezes os padres, monges e freiras, responsáveis por cuidar dos loucos internados em suas instituições, adotavam chicotadas e outros métodos violentos como tratamento, uma vez que estavam mais preocupados com o espírito maligno que possuía seus “pacientes” do que com seu bem-estar físico ou mental.

É possível que as peregrinações compulsórias citadas também tenham dado origem a um objeto que marcou a Europa Renascentista: a Nau dos Loucos. É o que nos conta Foucault (2010, p. 10) em seu livro *História da Loucura*. Os loucos eram confiados a mercadores, peregrinos e marinheiros, garantindo que eles não vagariam mais indefinidamente entre os muros da cidade e que seriam levados para longe. Assim como é possível que esses barcos estivessem levando sua carga insana para santuários, templos e outros lugares de peregrinação, a Nau dos Loucos poderia

¹ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

ser também uma solução prática para os insanos indesejados, tornando-os prisioneiros de sua própria partida, sem saber em qual terra irão aportar, assim como não se saberá de que terra vêm quando desembarcarem (FOUCAULT, 2010, p. 12).

Em seu livro, Foucault (2010, p. 3-7) também relata como a loucura veio substituir a lepra como algo que deve ser separado e excluído do restante da sociedade. Durante grande parte da Idade Média, a lepra foi um dos grandes males que afligiu as sociedades europeias, e dezenas de milhares de leprosários foram construídos no continente para receber os portadores dessa doença. Esses lugares, que não tinham a intenção de suprimir a doença, mas sim de manter os enfermos a uma distância sacramentada do restante da população, foi por muito tempo um símbolo do desumano e da exclusão. No entanto, essa separação, por mais que não tenha tido esse objetivo, trouxe como resultado espontâneo o desaparecimento da lepra no continente europeu. Se por volta do século XIII era possível encontrar dezenas de leprosários em uma só cidade, a partir do século XV o número de doentes que viviam nessas casas passou a diminuir drasticamente, chegando ao ponto de instituições terem menos de cinco leproso sob seus cuidados. Embora a lepra tenha desaparecido dos países europeus, as estruturas que haviam sido construídas para abrigar aqueles acometidos com a doença continuaram existindo (FOUCAULT, 2010, p. 6). Uma vez que se tornaram edifícios ociosos, os leprosários passaram a ser lugar de abrigo para outro grupo de indivíduos que simbolizava o desumano e que deveria ser excluído: os loucos.

Ao longo dos séculos XV e XVI, o alto número de loucos abrigados nos antigos leprosários e nos auspícios religiosos citados acima levou essas instituições a assumir como sua única função o acolhimento dessas pessoas, o que deu início a difusão dos asilos na cultura ocidental ao longo do século XVII. Grande parte dos espaços destinados ao recolhimento dos loucos durante os séculos XVII e XVIII tinham sido originalmente hospitais, instituições religiosas ou leprosários adaptados para esse novo uso. Por mais de um século, não se esperaria que esses asilos tratassem ou curassem os loucos, e os doentes seguiriam sendo cuidados por pessoas sem qualquer tipo de formação médica. O seu único papel era de abrigar aqueles que chegavam até eles e oferecer segurança física a seus pacientes, sem oferecer um tratamento médico de fato (PIETIKAINEN, 2015, p. 121).

No mesmo período em que os asilos começam a se difundir, surge um movimento que vai acabar por abrir o caminho para a expansão de um entendimento racional e não sobrenatural da loucura pela Europa Cristã: o Iluminismo. Os filósofos e estudiosos dessa época passaram tanto a

valorizar quanto a se pautar na razão, o que os levou a identificar a loucura como uma irracionalidade, não necessariamente proveniente de influências divinas ou malignas. Esse período de esclarecimento redirecionou o rumo da compreensão da loucura dentro das culturas ocidentais.

1.2. A racionalização da loucura e o desenvolvimento da psiquiatria

A primeira abordagem racional da loucura, quando se cogita a possibilidade de ela se tratar de uma doença, acontece na Grécia dos séculos V e IV a.C. Essa abordagem é fruto da mudança que a sociedade grega sofria do *mythos* para o *lógos*, do pensamento místico para o racional, onde filósofos passaram a buscar explicações racionais para os fenômenos que os cercavam ao invés de recorrer às explicações mitológicas (PIETIKAINEN, 2015, p. 28). Atribui-se a Hipócrates o primeiro reconhecimento da loucura como uma doença mental que precisa ser tratada e classificada de acordo com seus sintomas. Ele teria sido o precursor da doutrina dos quatro humores, ou teoria humoral, que atribuía as enfermidades que acometiam as pessoas, mentais ou físicas, ao desequilíbrio dos quatro fluídos corporais: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra.

Por exemplo, febre, pneumonia e diarreia eram vistas como consequência do excesso de bile amarela, enquanto um excesso de sangue causava hemoptise [expulsão do sangue através da tosse] [...]. O excesso de bile negra causava, por exemplo, tétanos, parestia, dores de cabeça e melancolia. O excesso de fleuma, por sua vez, causava ataques de vertigem, epilepsia, desmaio, tuberculose, diabetes e inchaço (PIETIKAINEN, 2015, p. 29).²

Ainda de acordo com Pietikainen (2015, p. 29), uma vez que corpo e mente saudáveis eram fruto do equilíbrio entre os fluídos, tratamentos que visavam aliviar o paciente do fluído que o estava adoecendo eram adotados, como por exemplo: sangrias, banhos quentes e frios, ou indução a sudoreses, vômitos e diarreias, por meio de ervas ou medicamentos. Em se tratando de distúrbios mentais, Porter (2002, p. 27) diz que a medicina grega³ os dividia em duas categorias: mania e melancolia. Mania, caracterizada pela euforia, pelo excesso e pelo descontrole, era associada ao excesso de sangue ou bile amarela. A melancolia era o seu oposto: marcada pelo frio e pelo isolamento, era considerada fruto do excesso de bile negra, e aqueles acometidos por esse distúrbio poderiam sofrer com alucinações, desconfiança, ansiedade e síndrome de perseguição.

² Traduzido pelo autor para esse trabalho.

³ Com “medicina grega” pretende-se referir aos conhecimentos adquiridos e difundidos por diferentes médicos gregos, como Hipócrates, Galeno e Areteu, que dominaram e influenciaram a medicina das sociedades Cristã e Islâmica por toda a Idade Média e início da Idade Moderna.

O conhecimento medicinal adquirido pelos gregos continuou vivo na Europa Medieval, e a doutrina dos quatro humores e fluídos corporais foi a base da medicina, tanto cristã quanto islâmica, até o final da Idade Média. Durante boa parte desse período, o Império Islâmico esteve fortemente presente no cenário europeu, uma vez que entre os séculos VIII e XV a península Ibérica estava sob seu domínio. Segundo Pietikainen (2015, p. 39-41), a sociedade islâmica era mais civilizada e erudita do que seus vizinhos europeus, e sua medicina era notoriamente mais avançada. Sua abordagem do tema da loucura era também mais esclarecida do que a abordagem cristã, e é possível que a primeira instalação dedicada ao tratamento de pessoas com distúrbios mentais tenha sido criada dentro do Império Islâmico. Há um registro feito por um viajante judeu que descreve um hospício em Bagdá no século XII. De acordo com esse registro, pessoas com demência nessa instituição eram acorrentadas até que a razão voltasse a elas. Até que isso acontecesse, elas eram alimentadas e, quando liberadas, recebiam dinheiro para retornar para casa. Há relatos também de outras instituições islâmicas com tratamentos mais gentis, com jardins e piscinas e onde música era tocada para animar os loucos que lá viviam.

A Europa Cristã, porém, levaria alguns séculos até que uma abordagem mais esclarecida da loucura fosse amplamente difundida, o que começa a acontecer apenas no início da Idade Moderna. Ainda que muitos intelectuais durante a Idade Média e o Renascimento perpetuassem a ideia de que alguns distúrbios psicológicos tinham origem natural, herdada da medicina grega, este não era o conceito mais difundido na época, como já mencionado anteriormente. Porter (2002, p. 30) cita em seu livro alguns desses intelectuais, como Bartolomeu da Inglaterra, do século XIII, Denis Fontanon e Felix Platter, ambos do século XVI, que tinham como diagnósticos mais comuns para distúrbios comportamentais a melancolia e a mania. Para que essa visão naturalista pudesse ser mais amplamente aceita pela sociedade europeia, seria necessário que a superstição e a crença em possessões demoníacas perdessem espaço no imaginário popular - o que aconteceu entre os séculos XV e XVII. De acordo com Porter (2002, p. 16-21), a violência excessiva promovida pela caça-às-bruxas durante esse período, somada às Guerras Civis na Grã Bretanha e à Guerra dos Trinta Anos, incitou reações negativas com relação ao extremismo religioso e político, além de criar um ceticismo com relação às possessões demoníacas. Já não se acreditava que as ações violentas adotadas pela Igreja Católica durante esse período trariam benefícios à ordem social, e atribuíam a tais extremismos a instabilidade da ordem pública e da segurança dos indivíduos. Diante desse cenário, pensadores iluministas começaram a classificar religiosidade excessiva como uma

patologia, e até as próprias igrejas, católica e Anglicana, passaram a desprezar relatos de manifestações demoníacas, como Porter descreve em seu livro: “O católico romano ou anglicano que alega ser atacado pelo Diabo tornou-se um constrangimento. Seu padre pode tentar persuadi-lo de que tais doutrinas são meramente metafóricas; e, se ele insistir, pode ser aconselhado a consultar um psicoterapeuta” (2002, p. 21)⁴.

Ao longo do século XVIII, o terreno perfeito para o surgimento da psiquiatria foi preparado: a visão da loucura como uma patologia já estava mais difundida e o número de loucos em asilos que exerciam o papel único de abrigá-los era grande o suficiente para que os conhecimentos acerca da loucura pudessem se expandir. De acordo com Porter (2002, p. 59), a experiência adquirida pelos médicos e proprietários de asilos ao administrar seus pacientes foi o que permitiu que as ideias sobre a insanidade deixassem de ser teóricas e abstratas – a psiquiatria foi quase uma consequência do estabelecimento dos asilos. Ainda de acordo com o autor (PORTER, 2002, p. 59), por muito tempo os loucos foram vistos como animais selvagens, que deveriam ser domados, com o uso de contenções físicas, e receber tratamentos brutos, como sangrias e purificações; porém o otimismo iluminista somado à experiência adquirida com os asilos levou à defesa de que um ambiente bem projetado e bem administrado seria um instrumento para retornar a saúde mental dos pacientes. A partir desse contexto, e buscando oferecer um tratamento digno para pessoas de sua comunidade, que o comerciante inglês de chás William Tuke fundou o *Retiro de York* no final do século XVIII. Mais conhecido como *O Retiro*, esse lugar foi uma instituição beneficente com o objetivo de restaurar o autocontrole a integrantes da comunidade Quaker⁵ seguindo o modelo ideal da vida burguesa, onde o uso de contenções físicas era limitado e pacientes viviam, trabalhavam e comiam junto com os funcionários (PORTER, 2002, p. 60). O Retiro foi construído em uma área rural já com o intuito de se tornar uma casa de tratamento para a loucura, e oferecia diversas atividades aos seus pacientes, como pintura, jogos, banhos quentes e caminhadas ao ar livre, o que trouxe efeitos positivos à saúde mental dos pacientes e fez com que a instituição passasse a ser referência, não apenas na Grã-Bretanha, mas também internacionalmente (PIETIKAINEN, 2015, p. 60).

⁴ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

⁵ Quaker é como ficou conhecido o movimento cristão Sociedade dos Amigos que surgiu na Inglaterra durante o século XVII. Criado como um protesto aos abusos das igrejas Anglicana e Católica, esse movimento não aceitava organizações clericais, defendendo que Deus está presente em todas as pessoas, o que as torna iguais entre si. A Sociedade dos Amigos é um grupo religioso pacifista, que rejeita qualquer uso de arma ou violência, e prega por uma vida baseada na simplicidade, solidariedade e filantropia.

Uma personalidade contemporânea de Tuke e que ganhou ainda mais notoriedade com sua abordagem da loucura foi o médico francês Phillipe Pinel, considerado por muitos o pai da psiquiatria. Fortemente influenciado pelos ideais progressistas do Iluminismo e inspirado pelos valores da Revolução Francesa de liberdade, igualdade e fraternidade, Pinel também defendia um tratamento humano das pessoas acometidas por distúrbios mentais e criticava o uso excessivo de contenções físicas, que julgava ser uma irrelevância e uma irritação (PORTER, 2002, p. 61). Um dos grandes legados de Pinel foi a criação da “terapia moral”, que focava em influenciar a razão e as emoções do paciente, ao invés de uma abordagem física, como os tratamentos de então faziam - tratamentos esses que julgava cruéis e ineficientes, frequentemente levando a mortes prematuras dos pacientes (PIETIKAINEN, 2015, p. 157). De acordo com Porter (2002, p. 61), Pinel defendia que, se a loucura era um distúrbio *mental*, seu tratamento deveria ser feito com *abordagens mentais*, que penetrassem a psique do paciente. Outro ponto notório e pioneiro no trabalho de Pinel foi o uso de “estatísticas para quantificar os efeitos e a eficiência do tratamento, bem como para compilar dados sobre diagnóstico, idade, sexo, ocupação e possíveis doenças hereditárias que possam ocorrer nas famílias” (PIETIKAINEN, 2015, p. 160)⁶. Sua ambição era tornar a psiquiatria uma ciência exata, com precisão matemática e probabilidades estatísticas. Pietikainen (2015, p. 162) nos conta que, embora o método de tratamento moral tenha ganhado forte apoio das autoridades francesas durante sua atuação, por estar de acordo com os valores liberais fortemente presentes no cenário político da época, ele viria a ser atropelado ao longo do século XIX com o crescimento dos asilos e do número de pacientes crônicos.

No começo do século XIX, o mundo ocidental estava contagiado pelo otimismo trazido pelo Iluminismo e pelos importantes avanços na ciência, e com a ainda jovem psiquiatria não era diferente. O tratamento moral vinha trazendo bons resultados em diferentes países e instituições, e as descobertas e estudos feitos sobre as diferentes manifestações dos distúrbios mentais contribuíram muito para a difusão desse otimismo. Durante esse período, as instituições psiquiátricas sofreram importantes reformas e melhorias, uma vez que a teoria que prevalecia era de que o ambiente dos asilos tinha grande influência sobre seus pacientes e por isso deveriam trazer paz e serenidade. De acordo com Pietikainen (2015, p. 194), os alienistas – nome dado aos médicos que se especializavam em doenças mentais na época – defendiam que afastar os loucos do ambiente

⁶ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

em que viviam para receberem cuidados médicos e mais humanos era o único jeito de restaurar sua sanidade, e por isso muitos dos asilos da época eram construídos afastados das cidades, em áreas rurais. A esperança de que esse novo modelo de asilo seria a solução para a loucura marcou a primeira metade do século, o que trouxe um aumento significativo no número de pacientes internados.

Segundo Porter (2002, p. 69), o entusiasmo dos psiquiatras também contribuiu para o aumento no número de internações, ao defenderem que diversos comportamentos antes “tidos como vícios, pecados e crimes eram na verdade distúrbios mentais”⁷ que precisavam de tratamento. Isso trouxe uma queda nas taxas de recuperação dos pacientes, já que essas novas internações se mostraram casos mais complicados do que os superintendentes haviam previsto, e se somaram aos crescentes casos de doenças neurológicas degenerativas como pacientes que dificilmente receberiam alta. Já Pietikainen (2015, p. 197) atribui a outro motivo, que segue sendo um problema atual, a queda no número de altas dadas por essas instituições. De acordo com o autor, muitos pacientes não se sentiam confortáveis nos asilos, o que fazia com que sua saúde física e mental se deteriorasse. Como consequência, quanto mais tempo um paciente ficasse em um asilo, maiores as chances de ele não conseguir se readaptar e lidar com as demandas da vida em sociedade. Resende (1987, p. 28) segue uma linha parecida, atribuindo as quedas nas taxas de recuperação justamente ao aumento do número de internações, que, segundo o autor, destruíram o ambiente familiar que as instituições costumavam ter – ambiente esse que poderia ter sido o motivo do sucesso da terapia moral em instituições menores.

Em resposta a esses números negativos, psiquiatras começaram a considerar se a loucura não era de fato algo crônico, enraizado e hereditário, já que a terapia moral não estava mais surtindo efeito (PORTER, 2002, p. 69). Esse momento de reavaliação do entendimento da loucura, na segunda metade do século XIX, acarretou no surgimento da teoria da degenerescência que, inspirada nas teorias darwinistas e nos indícios da hereditariedade das doenças mentais, defendia que degenerações da moral, da mente e do corpo eram passadas de forma hereditária. Segundo o autor:

Produzido conjuntamente por fatores orgânicos e sociais, a degeneração hereditária foi tida como sendo cumulativa ao longo das gerações, decaindo gradualmente para a imbecilidade e [...] para a esterilidade. A história familiar de um degenerado pode afundar, ao longo das gerações, desde a neurastenia ou histeria nervosa, passando pelo vício do álcool e do opíáceo, pela prostituição e criminalidade, até a insanidade propriamente dita

⁷ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

e à total idiotice. Uma vez que uma família estava na curva descendente, o desfecho era inevitável (PORTER, 2002, p. 85).⁸

De acordo com Pietikainen (2015, p. 181), a teoria da degenerescência fomentava a visão de que pessoas com desvios comportamentais, como loucos, alcoólatras e prostitutas, eram exemplares inferiores de seres humanos, e que sua mera presença diminuía a qualidade moral de uma sociedade. Essa teoria também viria, muito convenientemente, por eximir os psiquiatras da responsabilidade pela ineficiência no tratamento da loucura, uma vez que era algo que estava no sangue da pessoa: “Se os pacientes não melhoravam, era devido ou à seriedade ou cronicidade de sua doença, ou às suas neuropatias inerentes” (PIETIKAINEN, 2015, p. 185)⁹. Restava aos médicos apenas confinar tais pacientes, para ao menos impedir que se machucassem ou que procriassem, o que daria continuidade a degeneração da sociedade.

É a partir desse cenário que começa o declínio da psiquiatria e de suas instituições entre a segunda metade e o final do século XIX. O número crescente de pacientes, fruto inicialmente da própria propaganda feita pelos psiquiatras da efetividade do tratamento moral, e posteriormente fruto do processo de higienização social e urbana, fez com que as instituições ficassem sobrecarregadas. Essa saturação, somada ao regresso da visão dos loucos como seres incuráveis, animais e inferiores, levou ao enfraquecimento do movimento contra o confinamento e uso de contenções, já que era muito mais prático lidar com pacientes quando estes estavam imobilizados. O século XX começa, portanto, com instituições psiquiátricas correspondentes à imagem de manicômio que até hoje permeia o imaginário popular, com uso extensivo de contenções físicas e medicamentos que tinham como objetivo “pacificar, sedar e estupeficar” (PORTER, 2002, p. 69)¹⁰ seus pacientes.

Esse cenário se manteve até o final da Segunda Guerra Mundial, que deixou o mundo marcado por seus horrores. Os manicômios passaram a ser comparados aos campos de concentração nazista, e a intolerância a qualquer tipo de violência ou desrespeito aos direitos humanos levou ao surgimento do movimento pela Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1998, p. 28). Esse movimento trouxe críticas à estrutura asilar, e defendeu a extensão da psiquiatria ao espaço público, para prevenir doenças mentais e promover a saúde mental. Pouco mais de uma década depois, surge também o movimento antipsiquiatria, que fazia diversas críticas aos métodos

⁸ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

⁹ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

¹⁰ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

adotados pela psiquiatria da época. Entre suas ideias, estavam: a defesa da desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos; a transformação da relação entre os funcionários e os pacientes, para uma relação de igualdade e destituição do poderio incondicional do médico psiquiatra; e a experimentação de espaços alternativos, como comunidades terapêuticas e grupos de apartamentos, onde alguns pacientes, acompanhados ou não por técnicos, morariam juntos. A partir da década de 1980, um esvaziamento dos manicômios passou a ser promovido na Europa e nos Estados Unidos. Na Itália, por exemplo, o esvaziamento dos hospitais psiquiátricos foi fruto da Reforma Psiquiátrica feita no país, que se tornou referência internacional e influenciou o processo de reforma em outros países, inclusive no Brasil. Na Inglaterra e nos Estados Unidos esse evento acabou sendo consequência de medidas econômicas adotadas nos países, que acabaram por enxugar o investimento em saúde pública, então responsável por boa parte das instituições psiquiátricas. Assim, um cenário parecido com o que vivemos atualmente começa a se formar, onde pessoas com problemas mentais passam a ficar em suas comunidades, sob o cuidado de suas famílias, contando com o apoio de pequenas unidades psiquiátricas para casos mais graves.

1.3. A loucura no Brasil

A trajetória da loucura e da psiquiatria no Brasil é, assim como inúmeros outros temas, um reflexo da experiência e dos conhecimentos europeus, adaptado dentro da realidade e das particularidades brasileiras. De acordo com Resende (1987, p. 31) até o começo do século XIX, a loucura passava despercebida, possivelmente diluída pelo extenso território brasileiro. Ainda segundo o autor, durante o período colonial os loucos mais pobres e mansos gozavam de certa liberdade, sendo permitidos vagar pelas cidades e aldeias, sobrevivendo da caridade da população; enquanto os mais agressivos eram recolhidos às cadeias por curtos períodos de tempo. Já os loucos vindos de famílias mais abastadas eram confinados e escondidos em quartos dentro de suas próprias casas, podendo ser mantidos amarrados caso fossem mais agitados ou agressivos (RESENDE, 1987, p. 31). A visão da loucura durante os primeiros séculos da história colonial do Brasil reproduzia, portanto, a abordagem vista na Europa e em outras culturas, desde seus primórdios até o advento da psiquiatria: os loucos pobres mais incômodos sendo levados para cadeias, os inofensivos perambulando livremente, e os mais ricos trancados em suas casas.

Esse cenário se perpetuaria por mais três séculos, segundo Resende (1987, p. 35), até que a presença dos loucos começasse a ser notada e eles fossem incorporados aos outros grupos de pessoas indesejadas nas ruas das cidades brasileiras. De acordo com o autor (1987, p. 32-34), a onipresença dos escravos na sociedade brasileira fazia com que restassem poucos empregos considerados “dignos” aos trabalhadores livres, o que trouxe por consequência um alto número de pessoas desempregadas. Essa massa de trabalhadores livres desempregados era composta tanto por brancos que não queriam se submeter a trabalhos braçais, por serem atividades associadas aos escravos, quanto por negros alforriados, soltos à própria sorte. Resende (1987, p. 35) atribui esse alto índice de desemprego ao aumento no número de pessoas vadias e indigentes vagando pelas ruas e a um aumento na criminalidade. Os loucos viriam então a “engrossar as levas de vadios e desordeiros na cidade” e se juntariam a eles “na rede comum de repressão à desordem, [...] à ociosidade” (RESENDE, 1987, p. 35). Seus trajes esfarrapados, comportamento inconveniente e ocasionais reações violentas às provocações feitas por transeuntes fizeram com que a presença da loucura nas ruas se tornasse um incômodo (RESENDE, 1987, p. 35), e a sociedade passou a pressionar para que providências fossem tomadas.

A solução encontrada para tal problema se assemelha muito ao que ocorreu na Europa durante a Idade Média e a Idade Moderna: de acordo com Resende (1987, p. 35), os loucos passam a ser encaminhados às Santas Casas de Misericórdia, instituições religiosas que prestavam atendimento médico às pessoas mais pobres. Diferente dos demais pacientes acolhidos por essas instituições, os loucos eram submetidos a maus-tratos, amontoados em porões em condições precárias, sujeitos à espancamentos e contenções, e privados de assistência médica (RESENDE, 1987, p. 35). Ainda segundo o autor, os espaços nessas instituições eram, no entanto, limitados a apenas algumas poucas dezenas de loucos, restando às cadeias a função de recolher os demais loucos que se mostrassem importunos, de forma tão precária e cruel quanto as Santas Casas.

Esse processo de silenciamento da loucura aconteceu durante um período em que as cidades brasileiras passavam por uma higienização urbana e social, empregada na primeira metade do século XIX pela comunidade médica com o objetivo de conter a disseminação de doenças e promover um ambiente mais saudável – o que incluía limpar as ruas das pessoas tidas com incômodas. Ainda que os médicos concordassem que os loucos não poderiam continuar vagando pelas ruas e que se tratava de perturbadores da ordem social, os mesmos argumentavam que os espaços para onde os loucos estavam sendo encaminhados, Santas Casas e cadeias, não ofereciam

condições para abrigar, dentro do âmbito médico, ou recuperar os loucos (MACHADO *et al.*, 1978, p. 378). A comunidade médica passou a defender, então, o estabelecimento de instituições destinadas especificamente para o tratamento dos loucos. No final da década de 1830, o médico italiano Luiz Vicente de Simoni, estabelecido no Brasil desde o início do século XIX e um dos fundadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, publicou o primeiro artigo propondo a construção de tal instituição, tomando como referência os pressupostos do alienismo francês (OUYAMA, 2006, p. 136;139). Em seu artigo, De Simoni defende a influência que o espaço tem dentro do processo terapêutico da loucura:

De todas as moléstias a que o homem é sujeito nenhuma há cuja cura dependa mais do local em que é tratada do que a loucura [...]. Sem o isolamento, a tranquilidade, o silêncio, quando eles são precisos; sem as convenientes separações dos loucos em classes segundo o gênero e espécie de alienação mental; sem o trabalho, as distrações, a ventilação, os passeios, os banhos, as embarcações; sem meios próprios de efetuar tudo isso e conter sem barbaridade os furiosos no seu delírio, sujeitando-os docemente ao tratamento que lhes pode ser útil; sem uma grande atenção e cuidado todos dedicados a esta classe de doentes e impossível obter-se boas curas e com facilidade (1839 *apud* MACHADO *et al.*, 1978, p. 377-78).¹¹

A partir dessa década, iniciou-se uma pressão por parte da comunidade médica pela criação de um estabelecimento que fornecesse condições para a loucura ser medicada de acordo com suas especificidades e a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro passou a divulgar uma nova palavra de ordem: “aos loucos, o hospício” (MACHADO *et al.*, 1978, p. 376). No entanto, mesmo diante desse movimento deflagrado pelos médicos, demoraria quase duas décadas até que alguma instituição destinada aos loucos fosse de fato construída. Somente em 1841 D. Pedro II determinou a construção do que seria o primeiro hospital de doentes mentais do Brasil, e que marcaria o nascimento da psiquiatria no país (MACHADO *et al.*, 1978, p. 375). A ideia de, finalmente, ter uma instituição para os loucos no país trazia grande otimismo e expectativa dentro da comunidade médica; esperava-se construir um estabelecimento que seguisse as orientações do alienismo francês, um hospital construído no campo, longe da cidade, que promovesse paz e tranquilidade aos pacientes, sendo o espaço a própria ferramenta de cura. Ainda a respeito das expectativas quanto ao novo hospital, segundo Resende (1987, p. 37), a intenção inicial era de receber na nova instituição, que teria capacidade para 350 pacientes, pessoas de todo o Império, o que era uma expectativa pouco realista, considerando a dimensão do território.

¹¹ DE SIMONI, Luiz Vicente. Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. **Revista Médica Fluminense**, Rio de Janeiro, n. 05, 1839.

Em 1852, o Hospício Dom Pedro II, levando o nome do benfeitor que viabilizou sua construção, foi finalmente inaugurado na cidade do Rio de Janeiro, na Praia Vermelha, em Botafogo. De acordo com Ouyama (2006, p. 155), o projeto do hospício foi de autoria do arquiteto Domingos Monteiro, que teria se inspirado em obras escritas por Esquirol – médico francês pupilo de Pinel que ganhou notoriedade por seu importante trabalho na classificação das doenças mentais – e na instituição onde era médico-chefe, o hospício Charenton. Para criar um espaço adequado à recuperação dos pacientes, o edifício foi construído em um local conhecido por suas belezas, e contava com enfermarias arejadas, áreas para recreio e jardins internos (OUYAMA, 2006, p. 156). No entanto, com o passar dos anos, o almejado hospital para doentes mentais se mostraria incapaz de atender às expectativas que a comunidade médica tinha para ele. Ainda segundo Ouyama (2006, p. 160), por mais que a beleza da arquitetura do edifício impressionasse os transeuntes – podemos ver na Figura 1 a imponência do edifício – os médicos se queixavam de um excesso de atenção à arte em detrimento da ciência, e de que os arquitetos não teriam dado a devida atenção às suas observações.

Figura 1- Victor Frond, Hôpital de Pédro II : Rio de Janeiro, 1860

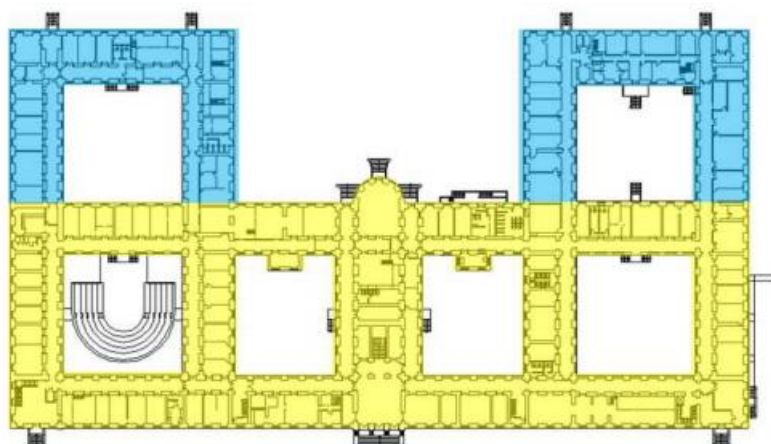


Disponível em: <http://bdlb.bn.gov.br/acervo/handle/20.500.12156.3/20563>. Acesso em: 25 nov. 2020

Conforme descrevem Machado *et al.* (1978, p. 433), o Hospício D. Pedro II era um retângulo dividido em duas partes iguais, cada uma com dois pátios internos, para separar pacientes

de sexos diferentes. Podemos visualizar essa divisão e os quatro pátios internos a partir da Figura 2, que traz a planta original do edifício do hospício (em amarelo) e o acréscimo que teve que ser feito a ele em 1904 (em azul) devido ao aumento no número de internados.¹² Ambas as divisões são subdivididas em três partes: os “pensionistas de primeira e segunda classes em tranquilos e agitados e os de terceira classe e indigentes em tranquilos limpos, agitados, imundos e afetados de moléstias contagiosas” (MACHADO *et al.*, 1978, p. 433). Os médicos alegavam, porém, que esse método de divisões não atendia às necessidades do hospício, uma vez que não oferecia as condições necessárias para a separação dos doentes com base nas características de suas moléstias (BRANDÃO, 1886 *apud* OUYAMA, 2006, p. 158)¹³.

Figura 2- planta do pavimento térreo do antigo Hospício D. Pedro II.



Fonte: HOIRISCH, 2007, p. 23.

O médico João Carlos Teixeira Brandão, autor da reclamação citada a cima, foi um dos principais críticos do Hospício D. Pedro II, divulgando por anos relatórios que apontavam uma série de falhas na instituição. As críticas não se restringiam apenas ao espaço físico do hospício, sendo a forma de administração e manejo dos pacientes também alvo de crítica dos próprios médicos que lá atuavam. De maneira geral, embora tenham tido participação fundamental para a construção do hospital para doentes mentais, os médicos ainda se sentiam impotentes; e se durante a concepção do projeto eles não tiveram a participação que esperavam, durante o funcionamento do hospício a situação continuou igual, com médicos não tendo voz efetiva em aspectos importantes para o funcionamento do hospício. Entre os principais problemas apontados pelos

¹² O volume presente no pátio inferior esquerdo do edifício corresponde a um teatro de arena que não fazia parte do projeto inicial do hospício, tendo sido construído provavelmente em meados do século XX, quando o prédio passou a abrigar a Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro.

¹³ BRANDÃO, Teixeira. Os alienados no Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1886, p. 25.

médicos no funcionamento do hospício, Machado *et al.* (1978, p. 449) e Resende (1987, p. 40) citam a admissão e classificação de pacientes feita por leigos, o que acarretava em não-loucos sendo internados na instituição e na “mistura” de pacientes afligidos por doenças diferentes, o que prejudicava sua recuperação; a influência das freiras¹⁴ na instituição, que detinham um poder tido como incompetente e exorbitante, que fazia com que as obrigações religiosas desvirtuassem a lógica que o funcionamento de um hospício deveria seguir (MACHADO *et al.*, 1978, p. 465-66); e a ausência de um acompanhamento de perto dos pacientes por um médico, visto que visitas de médicos ao hospício eram esporádicas e os loucos ficavam à mercê do tratamento de enfermeiros, por vezes demasiadamente violentos, e de freiras. Talvez esse último ponto fosse o mais relevante para a comunidade médica, pois defendia que o tratamento ao qual o doente era submetido deveria ser definido com base na análise das manifestações da loucura e suas particularidades, o que poderia ser feito apenas por um médico experiente e esclarecido no assunto (MACHADO *et al.*, 1978, p. 457).

Ouyama (2006, p. 158-61) ressalta, porém, que essas críticas começaram a ganhar voz apenas décadas depois da inauguração do Hospício D. Pedro II. Até lá, a instituição seria considerada “a casa-mãe” da psiquiatria brasileira, sendo a única instituição psiquiátrica no país até a década de 1860, e serviria como referência por quase meio século. Durante a segunda metade do século XIX, outras instituições com molde hospitalar começaram a se multiplicar pelo território brasileiro, praticamente todas tendo como pontos comuns a inspiração nos modelos de asilos franceses e uma forte influência do arquiteto e engenheiro, que ganhavam mais espaço nas construções hospitalares e seguiam tendo atritos com os médicos alienistas quanto aos critérios que deveriam ser adotados nos projetos (OUYAMA, 2006, p. 161-76).

Com o tempo, porém, as críticas ao Hospício D. Pedro II vieram se agravando e foram deteriorando a imagem da instituição, até que nas últimas décadas do século XIX, o hospício acabou por cair em descrédito. Em janeiro de 1890, a recém criada República atendeu aos pedidos dos médicos e retirou o hospício da administração da Santa Casa de Misericórdia, transformando-o no “Hospital Nacional dos Alienados”, uma instituição autônoma e administrada por médicos alienistas. Ouyama (2006, p. 184) relata que nesse mesmo ano são criadas outras duas instituições na Ilha do Governador, as colônias São Bento e Conde Mesquita, destinadas ao acolhimento

¹⁴ A administração do Hospício D. Pedro II era feita pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, motivo da presença significativa de freiras no asilo.

exclusivo de alienados indigentes, que, juntamente com o Hospital Nacional dos Alienados, passam a compor a “Assistência Médico e Legal de Alienados”. Ainda de acordo com o autor, a Assistência Médico-Legal consistia no agrupamento dessas três instituições “com o objetivo de organizar o sistema de serviço de atendimento aos doentes mentais no Brasil” (OUYAMA, 2006, p. 184), e tinha como diretor o médico alienista Teixeira Brandão.

Ao final do século XIX e começo do século XX, a psiquiatria no Brasil sofre forte influência, mais uma vez, das tendências europeias, com o enfraquecimento da terapia moral e das teorias defendidas por Pinel e Esquirol e com a ascensão da teoria da degenerescência. Nas primeiras décadas do século XX, os conceitos de que distúrbios mentais eram fruto da degeneração do indivíduo e que os mesmos eram, por isso, seres inferiores, fez com que a segregação, já amplamente empregada desde o século anterior, entre as pessoas “normais” e as “anormais” se tornasse ainda mais expressiva. A teoria da degenerescência daria, portanto, respaldo científico à ideia, já existente no século XIX, de que os indivíduos degenerados eram prejudiciais à sociedade e que por isso precisavam ser isolados.

As instituições brasileiras na primeira metade do século XX seguem, assim, o mesmo caminho de declínio percorrido pelas instituições europeias, com hospícios cada vez mais superlotados, com o uso indiscriminados de contenções físicas e com a adoção das novas tecnologias, muitas vezes brutais, para tratamento dos distúrbios psicológicos, como a lobotomia e a eletroconvulsoterapias.

CAPÍTULO 2: A LOUCURA NA ARTE

A maneira com que as sociedades lidam com a loucura e a compreendem sempre esteve atrelada à imagem que se tem do louco. A arte teve enorme participação nos rumos que a loucura tomou ao longo da história, uma vez que, segundo Gilman (1982, p. xii-xiii), as estruturas estéticas, como pinturas, esculturas e fotografias, influenciaram fortemente a produção de ilustrações médicas e textos psiquiátricos. Como disse o autor, parafraseando Oscar Wilde¹⁵: “a arte não imita a loucura, mas sim a percepção da loucura que imita a arte” (1982, p. xii-xiii)¹⁶. Em contrapartida, Pietikainen (2015, p. 108) afirma que a imagem da loucura depende, de uma forma geral, das mudanças na moral, na política e na cultura, em diferentes períodos da história europeia.

Ao longo deste capítulo, será analisada a trajetória da loucura do ponto de vista da arte, traçando as mudanças que a representação da loucura sofreu ao longo do tempo, de forma a evidenciar como ilustram os eventos descritos ao longo do primeiro capítulo.

2.1. Iconografia e simbologia da loucura

A imagem do louco já estava presente na Europa medieval, elaborada pela mistura de representações dos sintomas da loucura com os símbolos então atribuídos a ela. Durante esse período, existiram cinco principais grupos de pessoas que, por possuírem comportamentos que fugiam do que era aceito como normal, eram taxados como loucos: os maníacos, os melancólicos, os idiotas¹⁷, o homem selvagem e os possuídos. Ainda que cada um desses grupos tivesse suas peculiaridades, era comum haver um intercâmbio de elementos e ícones em suas representações que permitiam sua identificação como loucos (GILMAN, 1982, p. 2).

O primeiro elemento que Gilman (1982, p. 2-6) aponta como característica atribuída à loucura é o tom da pele do indivíduo retratado, ou mais especificamente, a negritude dela. O autor relata que romances alemães medievais comumente descreviam o escurecimento da pele de uma pessoa como consequência de seu enlouquecimento e um sinal de seu estado demoníaco. O Cântico

¹⁵ A frase de Wilde que Gilman parafraseia em seu livro é “A vida imita a arte muito mais do que a arte imita a vida”, presente no ensaio *A decadência da mentira*, publicado em 1891.

¹⁶ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

¹⁷ Junto ao termo idiota, ou substituindo-o, muitos autores usam a expressão em inglês *fool*, cuja tradução mais próxima em português seria *tolo*. No inglês, no entanto, essa palavra era comumente utilizada para se referir aos loucos.

dos Cânticos, um dos livros poéticos do Antigo Testamento, também teria inspirado essa associação da pele escura à loucura e ao distanciamento de Deus. De acordo com Gilman, Santo Hipólito teria, em seu comentário da obra, igualado a negritude de Sulamita com a queda do homem da graça divina, transformando a imagem da mulher negra em uma alegoria da alma que caiu da graça divina. São Bernardo, por outro lado, levaria a queda da graça divina e consequente escurecimento da pele para um lado científico, com base na teoria humoral. Como acreditava-se que os humores eram capazes de mudar o tom de pele de uma pessoa, São Bernardo apontou que o tom escuro da pele de Sulamita seria uma consequência da escuridão do seu humor, o que explicaria seu desespero, choro amargurado, suspiros e soluços e também poderia caracterizar problemas emocionais ou mentais. Como descrito no capítulo anterior, o excesso de humor negro (bile negra) era associado à melancolia, portanto, conforme também descreve Gilman, uma pessoa melancólica traria sinais da presença da bile negra, entre eles a pele escura. Ainda segundo o autor, a teoria humoral influenciava diferentes aspectos do universo medieval, e a bile ou humor negro era associado a diferentes elementos, como a estação do outono e o signo do zodíaco Saturno; esses elementos seguiriam presentes em representações da melancolia e outras manifestações da loucura (GILMAN, 1982, p. 2-4).

Outro aspecto na aparência de um indivíduo retratado que poderia indicar sua insanidade era suas vestimentas, ou a ausência delas. As roupas e adereços eram mais comumente utilizados, porém, para caracterizar os maníacos, os idiotas e o homem selvagem; indivíduos afligidos pela melancolia ou por espíritos malignos eram mais comumente distinguidos por sua postura ou pose, como veremos mais adiante. Cada manifestação da loucura tinha suas particularidades: o maníaco era muitas vezes retratado nu ou parcialmente vestido, com suas partes íntimas expostas; o idiota em geral trajava vestes fantasiosas, com acessórios peculiares, como um adorno de penas na cabeça, ou peças destoantes; o homem selvagem, por ser a caracterização daqueles que optavam por abandonar a vida em comunidade para viverem isolados nas florestas, geralmente era representado com plantas em suas vestes e cabelos, ou trajando roupas feitas inteiramente de folhas (Figura 3). Apesar de suas peculiaridades, algo comum a essas manifestações era a frequente precariedade de suas roupas, comumente retratadas como puídas e esfarrapadas.

Figura 3 - Ilustração do louco como homem selvagem, atribuída ao Mestre de Bedford, para sua obra Livro das Horas, manuscrito francês do século XV



Disponível em: <http://www.beccajones.com/more-about-the-green-man/>. Acesso em: 23 nov. 2020

Um outro tipo de vestimenta que se tornou também um ícone muito utilizado para identificar os loucos, e que segue até hoje sendo um símbolo dessa manifestação, é o traje do bobo da corte. Sua característica mais marcante talvez seja o chapéu, com duas ou mais pontas longas, muitas vezes imitando orelhas de burro, e com guizos nas suas extremidades. Um elemento que comumente compunha o traje do bobo da corte era um bastão, por vezes tendo encravado em uma de suas pontas uma cabeça retratando aquele que o carrega – como veremos em seguida, o bastão era um ícone frequente nas representações dos loucos. A Figura 4 traz essa representação da loucura com as mesmas características presentes: o chapéu com pontas e guizos, e o bastão com uma cabeça de bobo da corte esculpida em uma das suas extremidades. O bobo da corte era uma das faces do louco idiota, e seu nome em outras línguas pode ser usado para descrever tanto a tolice ou imbecilidade quanto a insanidade ou loucura, como em inglês *fool*, ou em francês *fou*.

Figura 4 - Cornelis Van Haarlem, A Fool with Two Women, 1595



Disponível em <https://www.wga.hu>. Acesso em: 24 nov. 2020

Outro elemento frequentemente presente nas representações da loucura – sendo muitas vezes o único indício de que a pessoa retratada era louca – era o bastão, ou cajado, da loucura. De acordo com Gilman (1982, p. 7), esse objeto estava presente em diversas representações medievais, entre os acessórios portados pelo louco, independentemente de a que grupo o louco pertencesse – idiotas, maníacos, possuídos ou selvagens. Muitas vezes acompanhando o bastão – ou as vezes o substituindo – estava também o cata-vento, sendo esse um dos símbolos dos tolos. A gravura feita por Hans Holbein, o Jovem (Figura 5), por exemplo, datada do século XVI, é repleta de símbolos atribuídos à loucura: o louco é representado carregando ambos o bastão da loucura e um cata-vento, trajando roupas esfarrapadas e rasgadas, com apenas um pé de sapato, e usando um adereço de penas. Na Figura 3, vista anteriormente, que ilustra o homem selvagem, o bastão da loucura também está presente, na forma de um longo galho de árvore. Gilman nos conta que a origem do bastão da loucura é incerta, com autores tendo diferentes teorias, como por exemplo, a de que o bastão seria uma versão da foice de Saturno, Pai do Tempo,¹⁸ ou de que seria uma referência ao deus egípcio da trapaça, Seth¹⁹. De toda forma, o bastão da loucura se tornaria, assim como o badalo

¹⁸ KLIBANSKI, Raymond; PANOFSKY, Erwin; SAXL, Fritz. **Saturn and Melancholy: Studies in the History of Natural Philosophy, Religion and Art.** 1. ed. Londres: Nelson, 1964. p. 206-207.

¹⁹ GIFFORD, D. J.. Iconographical Notes Towards a Definition of the Medieval Fool. **Journal of the Warburg and Courtauld Institutes**, v. 37, p. 340-342, 1974

dos leprosos, uma representação da natureza interior daquele que a carrega (GILMAN, 1982, p. 8-11).

Figura 5 - gravura feita por Hans Holbein, o Jovem, para ilustrar o salmo 52 no livro *Imagens do Antigo Testamento, do século XVI*



Disponível em <http://www.dodedans.com/Eholbein15.htm>. Acesso em: 23 nov. 2020

Além da aparência e dos acessórios portados pela figura retratada, outro elemento que compunha a caracterização da loucura, dando indícios de sua presença, era a pose do indivíduo retratado – seus gestos, postura e movimentos (BARASH *apud* GILMAN, 1982, p. 12)²⁰. De acordo com Gilman (1982, p. 12), a postura na qual os melancólicos eram comumente retratados seria uma das mais importantes imagens da caracterização de doenças mentais. Segundo descreve o autor (1982, p. 12), a imagem atrelada ao melancólico é o de uma pessoa sentada, os olhos mirando para baixo, com suas mãos cerradas ou escondidas, ou com uma das mãos levada ao rosto, como se a pessoa estivesse fechada dentro de si mesma e alheia ao mundo. A mania, assim como na teoria humoral, era vista como o oposto da melancolia e retratada com elementos antagônicos à imagem melancólica. Conforme Gilman (1982, p. 19) descreveu: “onde a melancolia é caracteristicamente sentada, com a cabeça afundada, letárgica, retraída, fechada, o maníaco é tipicamente contorcido, cabeça e membros atirados para fora, hiperativos e expostos”²¹. Essa dicotomia nas representações da melancolia e da mania pode gerar um contraste interessante

²⁰ BARASH, Moshe. Character and Physiognomy: Bocchi on Donatello's St. George, a Renaissance Text on Expression in Art. *Journal of the History of Ideas*, Philadelphia, v. 36, n. 3, p. 413-430, 1975.

²¹ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

quando retratada em uma mesma obra, ou em obras posicionadas próximas umas das outras, como as esculturas de Caius Gabriel Cibber feitas para o portal do Instituto Bethlem (Figura 6). Cibber representa o melancólico (Figura 7) recluso, com suas mãos escondidas, em contraste ao maníaco (Figura 8), acorrentado e exposto, a posição relaxada da melancolia contrastando com a tensão da mania.

Figura 6 - gravura retratando as estátuas de Cibber, feita por William Sharp, 1783



BETHLEMI ad portas se tollit dupla columna.
Hæcque non ferreæ, sed Adæ hæcque æquæ.
Hic calvum ad dextram tristi esput ore reclinat.
Vix illum ad levam ferrea vincula tenent.
Diffimilis furor est. Stultis, sed utrumque laborem.
Et genium artificis laudat uterque furor.

Disponível em:

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Statues_of_raving_and_melancholy_madness,_each_reclining_Wellcome_V0013192.jpg. Acesso em: 23 nov. 2020

Figura 7 - Caius Gabriel Cibber, Loucura Melancólica, 1680



Disponível em: https://icantexplainmyfeet.com/bedlam/unadjustednonraw_thumb_5893/. Acesso em: 23 nov. 2020

Figura 8 - Caius Gabriel Cibber, Loucura Delirante, 1680



Disponível em: <https://lostcityoflondon.co.uk/2018/02/19/bedlam-2/>. Acesso em: 23 nov. 2020

Ainda a respeito das poses atribuídas à loucura, havia uma em específico amplamente utilizada – talvez tão frequentemente quanto as mãos levadas ao rosto dos melancólicos – que era a pose conhecida como *arc de cercle*. Fruto de fortes espasmos musculares, essa posição consiste na flexão da coluna do indivíduo de tal maneira que forma-se um arco com seu corpo, podendo também se apoiar em sua cabeça e calcanhares, como ilustrado na Figura 9. No ponto de vista medicinal, a *arc de cercle* pode ter diversas causas, porém durante a Idade Média e Moderna essa posição esteve amplamente associada à epilepsia e, talvez ainda mais intensamente, às possessões demoníacas, tornando-se uma caracterização comumente utilizada para essas manifestações da loucura. A Figura 10, uma ilustração do século XVIII atribuída a Abraham Palingh, é um exemplo dessa caracterização do indivíduo possuído pela *arc de cercle*.

Figura 9 – desenho atribuído a Paul Richer para seu livro *Etudes Cliniques Sur La Grande Hysterie Ou Hystero-Epilepsie*, 1881



Fig. 2. Phase des contorsions
(Arc de cercle.)

A. Delahaye et E. Lecrosnier

Fonte: TRIMBLE, 2018, p. 24.

Figura 10 – gravura atribuída a Abraham Palingh para seu livro *'t Afgerukt mom-aansicht der tooverye*, 1725



Disponível em:

https://www.dbnl.org/tekst/pali004afge01_01/index.php

Acesso em: 24 nov. 2020

As possessões demoníacas, por serem um diagnóstico comum a diversos distúrbios neuropsiquiátricos, desempenharam importante papel nas representações da loucura, sendo mais comumente retratadas no contexto do seu ritual de cura: o exorcismo. Assim como em diversos outros temas na arte, havia uma tendência de padrões seguidos em diferentes representações de exorcismo, presentes na relação entre aquele que promove a cura e seu paciente e na caracterização da pessoa possuída. Segundo Gilman (1982, p. 24), a relação entre a pessoa realizando o exorcismo e a vítima era sempre o ponto central das obras, com o domínio do “curador” sobre o paciente e seu distanciamento da vítima sendo representações do domínio do poder divino sobre a presença demoníaca – da superação do mundano e do corrupto pelo divino. Ao analisar obras dos séculos XVI e XVII, é possível reparar também uma tendência a destacar aquele que promove a cura, colocando-o em posição elevada em relação ao possuído, como podemos ver na Figura 12. Com relação à caracterização do indivíduo possuído, Gilman (1982, p. 22) descreve que, nas primeiras imagens de exorcismo, era comum retratar o possuído com a cabeça jogada para trás, braços tortos e com demônios escapando por sua boca aberta – de acordo com o autor, uma adaptação das representações greco-romanas dos rituais dionisíacos. A Figura 11 exemplifica essa caracterização: as vítimas da possessão com suas cabeças jogadas para trás e com as bocas abertas, por onde escapam os demônios, materializados como uma figura negra esfumada, em uma forma que se assemelha a uma pessoa fugindo. A partir do século XVII, porém, há uma mudança notável no retrato do possuído, que passa a ser identificado apenas por sua pose e expressão, e os demônios passando a ser, então, omitidos das obras, ou distanciados de suas vítimas (GILMAN, 1982, p. 24).

Além das características descritas anteriormente, usadas para identificar a pessoa possuída, outros elementos passaram a ser usados para destacar sua condição, como os olhos revirados e a posição *arc de cercle*. Também podemos observar essa mudança na Figura 12, onde o demônio já não está presente e o possuído só é identificado por sua pose: braços e pernas jogados, cabeça tombada para trás e a boca aberta.

Figura 11- detalhe da pintura de Sandro Botticelli, Três milagres de São Zenóbio, 1500-05



Figura 12 - Jacob Jordaens, São Martinho curando o homem possuído, 1630



Disponível em <https://www.wga.hu>. Acesso em: 24 nov. 2020

Outra imagem da loucura é a do louco dançante, tendo em vista que Aristóteles já atribuía a dança a uma possessão pela música do indivíduo que a escuta, resultando em uma “total supressão de suas faculdades lógicas e sua submissão ao poder da música” (GILMAN, 1982, p. 31)²². Ao longo da Idade Média essa associação entre a loucura e a dança se manteria, porém, de acordo com o autor, a música não seria a causa, mas sim a cura: acreditava-se que o frenesi do louco seria aliviado a partir da dança, induzida pela música. Uma série de episódios que ocorreram em diferentes países europeus entre os séculos XIV ao XVIII poderiam ter contribuído também para essa associação entre a loucura e a dança, que foram os surtos de coreomania, ou mania da dança, ilustrada na Figura 13. De acordo com Pietikainen (2015, p. 60), a mania da dança foi um fenômeno

²² Traduzido pelo autor para esse trabalho.

onde grupos de pessoas sofriam de uma urgência incontável de dançar, sem que sentissem qualquer tipo de prazer ou felicidade em fazê-lo, até que colapsassem em exaustão com calos e feridas em seus pés e pernas. Esse mal era visto como contagioso, uma vez que os surtos começavam com pequenos grupos, ou até com uma única pessoa, e iam crescendo até que acometessem centenas de pessoas. Para Gilman (1982, p. 36), a imagem do louco dançante seria mais uma interpretação para a representação da loucura por meio dos membros falhos em posições atípicas.

Figura 13- desenho da procissão ao santuário de Molenbeek, atribuído a Pieter Brueghel, o Velho, de meados do século XVI



Disponível em: <http://museu.ms/article/details/110582/st-johns-dance-why-cant-they-stop-dancing>. Acesso em: 23 nov. 2020

Por fim, um Outro ícone da loucura que marcou o imaginário renascentista e ocupou importante espaço no cenário artístico e literário da época, foi a Nau dos Loucos, já mencionada anteriormente. Gilman (1982, p. 44) e Foucault (2010, p. 12) afirmam que a associação entre a água e a loucura era algo já antigo na cultura europeia, mas que foi no final da Idade Média que essa associação seria transferida para os barcos. Os autores divergem, no entanto, ao apontar o que teria desencadeado essa mudança. Segundo Foucault (2010, p. 14), a imagem da Nau dos Loucos simbolizava a inquietude que surgia na cultura europeia; sua ambiguidade – ora ameaça, ora zombaria, ora a arrebatadora irracionalidade do mundo, ora o “mediocre ridículo dos homens” –

refletia essa inquietude. Gilman (1982, p. 44), por outro lado, levanta hipóteses mais simples, afirmando que a conexão entre a loucura e o barco poderia ter vindo dos navios das procissões de carnaval e sua tripulação de loucos e desajustados; ou da associação ao navio símbolo de Santa Dimpna, a padroeira dos acometidos por doenças mentais. Ainda de acordo com Gilman (1982, p. 47), a ideia transmitida pela iconografia da Nau dos Loucos seria o confinamento de sua carga insana dentro do espaço do navio, e o conseqüente distanciamento literal entre o observador e os loucos: com o espaço da loucura claramente delimitado, ficaria evidente para o observador que ele se encontra distante do lugar onde a loucura pode ser encontrada.

O *fenômeno* da Nau dos Loucos merece uma segunda análise, tendo em vista sua característica singular de espaço efêmero, que não se repete em outros exemplos ao longo da trajetória da loucura no Ocidente. O confinamento imposto pela nau se dá justamente por sua efemeridade, enquanto, em geral, os demais espaços dedicados a enclausurar a loucura são edifícios. A Nau dos Loucos é capaz de excluir e conter sua tripulação sem que possua paredes, grades ou correntes; a prisão de seus passageiros se dá por sua *desterritorialização*. Como disse Foucault (2010, p. 12), esse percurso entre a terra de onde foi expulso e a terra desconhecida na qual desembarcará passa a ser única pátria do louco a bordo desse barco. É a natureza transitória da embarcação e a indefinição de seu destino que faz desse espaço uma prisão: o louco, ao navegar indefinidamente, estará preso nessa eterna viagem, ou, pelas palavras de Foucault (2010, p. 12), será “o prisioneiro da passagem”. O caráter de não-lugar é uma qualidade notória da Nau dos Loucos, que reafirma seu destaque entre os diversos espaços da loucura.

Uma obra que ganhou notável destaque ao retratar a Nau dos Loucos foi a pintura de Hieronymus Bosch, do final do século XV, que leva seu nome como título (Figura 14). Na análise de Gilman (1982, p. 47), Bosch incluiu em sua obra ícones de imoralidade - como as cerejas no prato e o ramo de avelã amarrado ao mastro da barca - paralelamente com ícones da loucura - como a figura vestindo traje de bobo da corte e o próprio mastro do barco, que simboliza o bastão da loucura. Em contrapartida, Foucault (2010, p. 21) interpreta a árvore que serve de mastro para a embarcação como sendo a árvore proibida, da imortalidade prometida e do pecado, que estaria simbolizando o saber dos loucos, saber esse que é proibido, que “prediz ao mesmo tempo o reino de Satã e o fim do mundo”. Há, no entanto, um elemento na obra de Bosch que leva a análise de Gilman para perto da interpretação do Foucault, ao sugerir que os tripulantes da nau eram pecadores. Para Gilman (1982, p. 47), o objeto circular no centro da obra, cercado por figuras de

representantes da igreja que parecem estar prestes a comê-lo, seria o pão mencionado nos Salmos 14:4²³. O autor conclui que toda essa simbologia presente na obra de Bosch representaria a decadência moral da sociedade, que estaria à deriva em sua loucura.

Figura 14 - Hieronymus Bosch, Nau dos Loucos, 1490-1500



Disponível em <https://www.wga.hu>. Acesso em: 23 nov. 2020

2.2. A arte e a medicina

Ao final do século XVII, a iconografia da loucura já estava bem estabelecida e difundida pelo Ocidente, e era utilizada tanto nas artes quanto na medicina de então. Os ícones que compunham a imagem do louco no imaginário popular podiam ser vistos também nas teorias

²³ Os Salmos 14 começam dizendo que os tolos (em inglês *fool* que, como dito anteriormente, também pode ser traduzido como *louco*) não acreditam em Deus e que suas atitudes são abomináveis, o que pode levar a entender que os loucos seriam pecadores.

medicinais e nas representações visuais da loucura em textos médicos, que eram próximas às representações vistas nas artes plásticas (GILMAN, 1982, p. 21). A Figura 15 ilustra bem essa repetição, uma vez que se trata de um documento médico que representa as principais manifestações da loucura seguindo os mesmos padrões observados na arte: o maníaco, no canto superior esquerdo, carregando o bastão da loucura e com suas partes íntimas a mostra; o epilético, no canto superior direito, na posição *arc de cercle*; o melancólico, no canto inferior esquerdo, com a mão em punho levada ao rosto, expondo sua passividade; e por último, o frenético, sentado, esperando para ser purgado (GILMAN, 1982, p. 21). Essas ilustrações, juntamente com o texto que as acompanha, forneciam sugestões de tratamento para cada um desses males assim como uma referência para seu diagnóstico.

Figura 15 – diagrama retirado de um manuscrito médico francês do século XIII



Fonte: GILMAN, 1982, p. 21.

Até a criação da fotografia, no século XIX, as artes plásticas desempenharam o importante papel de registrar e retratar a realidade das diferentes sociedades do mundo. Por isso, durante grande parte da história da loucura, a arte e a ciência estiveram estreitamente ligadas, uma sendo consequência da outra, a partir de um intercâmbio de influências. Desde a Idade Média, estudos médicos incorporavam símbolos utilizados pela arte aos registros dos sintomas e indícios das

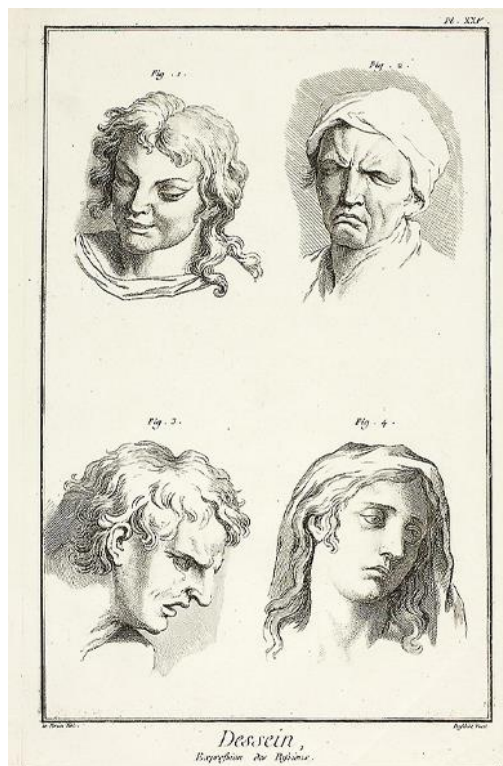
diferentes manifestações da loucura reconhecidas na época, assim como a arte *pegava emprestado* da ciência o conhecimento que se tinha para construir sua representação da loucura.

Um exemplo desse intercâmbio entre a medicina e a arte ocorreu com a teoria da fisiognomonia, que, embora suas ideias estivessem presentes na medicina europeia desde a era clássica, passou a ganhar força ao longo do século XVIII. Essa teoria defendia que a aparência física de uma pessoa, principalmente seus traços faciais, podia indicar a presença de doenças e também revelar aspectos de sua personalidade – como temperamento ou inteligência (PIETIKAINEN, 2015, p. 170). De acordo com Gilman (1982, p. 58), com o fortalecimento dos estudos de anatomia, análises mais detalhadas dos mecanismos humanos de expressão – músculos faciais e outros elementos estruturais – começaram a surgir como uma forma de auxiliar artistas da época a capturarem com mais exatidão as expressões e emoções humanas. Isso pode ser comprovado, por exemplo, na obra *Encyclopédie* de Denis Diderot e Jean le Rond d’Alembert, publicada entre 1751 e 1772, que traz ilustrações que retratam diferentes emoções (Figuras 16-17) com o intuito de oferecer aos artistas uma padronização na “escala” das expressões de emoção, o que resultou, para Gilman (1982, p. 61), em estereótipos de caretas exageradas. Ainda segundo o autor, havia uma separação, durante o século XVIII, entre como as emoções – inclusive as psicopatológicas – eram percebidas e como eram retratadas, de forma que a intenção daqueles que as retratavam não era transmitir as emoções em si, mas sim sua reflexão na arte.

Figura 16 - A. J. Defehrt, Expressões de Emoção (Ódio ou Ciúme, Raiva, Desejo, Dor Física), 1751-1772



Figura 17- A. J. Defehrt, Expressões de Emoção (Riso, Choro, Compaixão, Tristeza), 1751-1772



Disponível em: <https://www.artic.edu/>. Acesso em: 23 nov. 2020

Pietikainen (2015, p. 171) e Gilman (1982, p. 62) atribuem o redescobrimto e a popularização da teoria da fisiognomonia na segunda metade do século XVIII ao pastor e poeta suíço Johann Kasper Lavater, com sua série de livros ilustrados *Physiognomische Fragmente*, publicados entre 1774 e 1778, onde ele dispôs ao menos uma dúzia de exemplos de psicopatologias. Segundo Pietikainen (2015, p. 171), o trabalho de Lavater chamou a atenção não só da comunidade médica, mas também de membros da classe média urbana, que viam na fisiognomonia um modo de identificar indivíduos potencialmente perigosos, como criminosos e loucos. Voltando aos exemplos que Lavater deu em seu livro de distúrbios mentais, Gilman (1982, p. 63) aponta que o pastor descrevia a loucura a partir de características físicas, como olhos esbugalhados ou o hábito de manter a boca aberta; e comportamentais, como a maneira de sorrir, aparente indiferença e inconstância. Lavater também descrevia certas doenças mentais com base na estrutura do rosto da pessoa, atribuindo aos idiotas uma testa “inclinada”, como ilustrado na Figura 18, e aos melancólicos, depressões nas têmporas, olhos afundados e testas desiguais, como ilustrado na Figura 19 (GILMAN, 1982, p. 64).



Figura 18 - ilustração de dois “idiotas”, presente na obra *Physiognomische Fragmente de Lavater*

Figura 19 - ilustração de dois melancólicos, presente na obra *Physiognomische Fragmente de Lavater*



Fonte: GILMAN, 1982, p. 64.

Ainda que a teoria fisiognômica atribuísse novas características tidas como típicas às diferentes psicopatologias – em sua maioria anatômicas – alguns símbolos presentes na iconografia medieval da loucura podem ser identificados em ilustrações no trabalho de Lavater. A Figura 20 apresenta uma gravura feita por Daniel Chodowiecki que visava ilustrar um amplo espectro de doenças e deformidades para a série *Fragmente*, mencionada anteriormente. Podemos identificar na imagem alguns dos símbolos descritos anteriormente no capítulo 2 e que eram usados repetidamente para caracterizar os loucos, como o bastão da loucura e as vestes rasgadas, usadas por um indivíduo no lado direito da ilustração, ou as penas ornando a cabeça de uma figura ao centro do desenho. Essa gravura exemplifica, portanto, o que foi dito no início da presente seção sobre o intercâmbio entre arte e ciência e a repetição dos símbolos tão presentes na arte medieval para identificar a loucura, mesmo no começo da Idade Contemporânea.

Figura 20 - Daniel Chodowiecki, A fisionomia da doença e da deformidade, 1774-1778



Fonte: GILMAN, 1982, p. 64.

Nesse ponto é importante fazer uma observação trazida por Gilman sobre ilustrações médicas da loucura (1982, p. 72-101). Ao longo do século XVIII, a popularização da teoria fisiognômica fomentou uma vasta produção de imagens e ilustrações das psicopatologias de cunho científico, mas não necessariamente médico. De acordo com o autor (1982, p. 72), representações médicas da loucura durante esse século eram praticamente inexistentes, com exceção de ilustrações que retratavam métodos de tratamento, nas quais o louco não era o protagonista, e sim mero objeto do tratamento. As representações médicas dos loucos seriam introduzidas no início do século XIX pelo médico francês Phillipe Pinel, numa junção entre a teoria da fisiognomonía e uma nova filosofia da descrição científica. Ainda segundo Gilman (1982, p. 72), Pinel ficou muito conhecido por ter introduzido o tratamento moral e promovido uma reforma no sistema asilar francês, porém o *pai da psiquiatria* também exerceu grande influência no método de observação das psicopatologias, fato esse que é menos difundido. Suas análises eram estritamente empíricas, e se limitavam a descrever e estudar casos individuais de pacientes específicos, ao invés de tentar chegar a uma imagem típica ou estereotipada de determinada categoria da loucura. Ao analisar seus pacientes, Pinel fazia uma descrição inicial de suas expressões e estruturas faciais, assim como Lavater e a teoria fisiognômica faziam. Porém, ainda que o médico utilizasse características semelhantes entre seus pacientes para realizar seus diagnósticos, não havia a pretensão de chegar a uma imagem da loucura generalizada, mas sim a uma imagem fruto da experiência e da observação.

Essa forma de observação empregada por Pinel, de não trazer exemplos abstratos, mas sim de casos específicos de pacientes, foi levada adiante por seu pupilo Jean Etienne Dominique Esquirol, que elaborou o primeiro atlas da aparência da loucura a partir de representações dos seus pacientes do Hospital La Salpêtrière²⁴, publicado em 1838. O atlas trouxe, no entanto, apenas uma fração dos aproximadamente duzentos desenhos comissionados por Esquirol para seus estudos (GILMAN, 1982, p. 76-79). Um traço marcante dessas ilustrações que é destacado por Gilman (1982, p. 81), e que também está presente nas análises de Pinel, é a carência de um contexto e de uma ambientação; é o detalhamento da posição e dos traços do indivíduo retratado em contraste com a ausência de um plano de fundo. Essa tendência de descontextualizar os pacientes sendo estudados expõe como eles se tornaram mero objeto de estudo, um espécime, que pode ser categorizado pela sua aparência. As Figuras 21 a 26 exemplificam essa propensão à descontextualização dos pacientes.

Figura 21 - desenho de uma paciente acometida por demonomania²⁵, feito por Georges-François-Marie Gabriel, para um estudo de Esquirol



Figura 22 - desenho de uma paciente melancólica, feito para o atlas de Esquirol



Figura 23 - desenho de uma paciente acometida por mania, feito para o atlas de Esquirol



²⁴ La Salpêtrière foi um dos asilos para loucos mais antigos da França, e teve um papel crucial no desenvolvimento da psiquiatria por ter sido o local onde os médicos psiquiatras mais influentes, como Pinel, Esquirol e Charcot, puderam juntar a experiência necessária para realizar suas observações e estudos. O La Salpêtrière está até hoje em funcionamento, atualmente se tratando de um centro hospitalar universitário.

²⁵ Estado patológico de delírio, onde a pessoa acredita estar possuída por um demônio.

Figura 24 - desenho de um paciente acometido por demência, feito para o atlas de Esquirol



Figura 25 - desenho de um paciente acometido por demência, feito para o atlas de Esquirol



Figura 26 - desenho de uma paciente melancólica, feito para o atlas de Esquirol



Fonte: GILMAN, 1982, p. 76-81.

Outro médico francês que exerceu forte influência na representação da loucura foi Jean-Martin Charcot, que foi o diretor do Salpêtrière durante as últimas décadas do século XIX. Segundo Gilman (1982, p. 194), ainda que Charcot fosse, a princípio, um médico especializado em neurologia, o mesmo possuía uma veia artística e uma sensibilidade que se tornaram grande aliadas na observação e no diagnóstico de psicopatologias, pois conseguia perceber e capturar os menores detalhes que pudessem indicar a presença de algum transtorno psiquiátrico. Em seus estudos, Charcot deu atenção especial à histeria, defendendo que esse distúrbio se tratava de uma “disfunção física do sistema nervoso central, o que tornava a doença comparável às outras doenças neurológicas, como epilepsia, mal de Parkinson e paresia geral dos loucos” (PIETIKAINEN, 2015, p. 250)²⁶. Durante seu estudo da histeria, Charcot produziu centenas de ilustrações de pacientes, registrando as diferentes fases e manifestações da doença, recorrendo não somente aos desenhos e caricaturas, mas também a uma mídia recém desenvolvida: a fotografia.

A importância que a aparência da loucura passou a desempenhar ao longo do século XIX, inicialmente introduzida pela teoria da fisiognomonia e posteriormente reforçada pelos médicos psiquiatras de maior prestígio da época – como Esquirol e Charcot – fez com que a representação

²⁶ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

dos loucos se tornasse um elemento crucial aos estudos e diagnósticos de psicopatologias. Dessa forma, seria de se esperar que o surgimento da fotografia, que possibilitaria a produção de imagens altamente fieis à realidade em um período consideravelmente curto de tempo, tenha sido recebido com grande entusiasmo pela comunidade médica e transformado a maneira de se enxergar a loucura.

2.3. A influência da fotografia na representação da loucura

No início da década de 1850, a ainda recente tecnologia que era a fotografia se tornou rapidamente uma fiel aliada dos médicos psiquiatras no registro e diagnóstico das diferentes categorias da loucura, graças à sua capacidade de reproduzir a realidade de maneira objetiva e exata (GILMAN, 1982, p. 164). Entre esses médicos, o psiquiatra Hugh W. Diamond merece especial destaque por ter sido um dos principais expoentes dessa nova técnica e membro fundador da Royal Photographic Society em Londres. De acordo com Gilman (1982, p. 164-65), Diamond, que atuou como superintendente do hospital psiquiátrico de Surrey County, Inglaterra, enxergava três principais benefícios na fotografia aplicada à psiquiatria: a precisão com que capturava as manifestações externas da loucura; os efeitos terapêuticos sobre os pacientes, tanto por poderem visualizar o progresso do seu tratamento através das fotos, quanto por se preocuparem e se tornarem conscientes de sua aparência; e seu papel em manter o histórico dos pacientes mais preciso, uma vez que, ao ver um retrato de um paciente, o médico se lembraria melhor do seu caso do que com qualquer descrição verbal, no contexto de reinternações.

De fato, a fotografia psiquiátrica se popularizou por toda a Europa, a ponto de médicos desenvolverem diretrizes para a realização de sessões fotográficas em hospitais psiquiátricos. O médico alemão Robert Sommer, por exemplo, tinha em comum com Diamond a visão de que a fotografia desempenhava importante papel na criação e manutenção de registros de pacientes. Segundo relata Gilman (1982, p. 189), Sommer defendia que a fotografia poderia até substituir os registros escritos, ou pelo menos complementá-los, visto que ela trazia consigo o registro do caso puro e em sua totalidade, sem o empecilho de problemas de interpretação trazidos pela comunicação verbal. Porém, para que a fotografia pudesse cumprir seu potencial, Sommer defendia que certos parâmetros deveriam ser seguidos:

Não é nossa tarefa aqui discutir as técnicas gerais de fotografia. Indicaremos apenas alguns fatos que tornam importantes para a fotografia de pacientes psiquiátricos. Estabelecerei as seguintes diretrizes para este fim: 1. O paciente não deve estar especialmente preparado para a sessão fotográfica. 2. O paciente não deve ser incomodado pelo ato de fotografá-lo. De acordo com o primeiro ponto, geralmente se preferiria aqueles métodos que permitiriam tirar fotos do paciente em qualquer circunstância. Infelizmente, a foto instantânea comum depende da iluminação. Se este método for escolhido, será preciso renunciar a muitas situações clinicamente importantes que ocorrem exclusivamente em ambientes internos, especialmente nas salas de convivência, na cela de isolamento, no banho (1899, SOMMER *apud* GILMAN, 1982, p. 189).²⁷

Esse trecho retirado da obra de Sommer demonstra a limitação da fotografia como forma de registrar a loucura, que é a dificuldade em capturar comportamentos espontâneos, como acessos de violência ou crises histéricas. Esse era um problema ainda mais recorrente em meados do século XIX, devido à restrição tecnológica da época, uma vez que era necessário um longo tempo de exposição para que as fotografias fossem tiradas, limitando os registros a retratos posados. Com o surgimento da foto instantânea, isso foi parcialmente solucionado, porém, como relatado por Sommer, as fotografias continuariam restritas a situações e momentos específicos, por ser necessário uma iluminação favorável. Há também outro ponto negativo da fotografia para registro dos loucos trazido por Gilman (1982, p. 198), que no caso é prejudicial à função acadêmica ou científica desses retratos: elas só poderiam retratar comportamentos e ações de um indivíduo específico, enquanto as ilustrações à mão criavam interpretações baseadas em elementos característicos ou que se repetiam em diferentes exemplos de uma mesma psicopatologia. Devido a essas limitações, técnicas tradicionais de retratar a loucura sobreviveram mesmo após o advento da fotografia, como o desenho e a litografia; conseqüentemente, os médicos acabavam recorrendo a artistas para conseguir capturar aquilo que não era possível ocorrer na foto.

Com a fotografia cumprindo o antigo *papel* da arte de retratar fielmente o mundo a nossa volta, os artistas puderam se desprender da necessidade de criar obras que capturassem cenas, paisagens ou pessoas com exatidão e, assim, passaram a ter mais liberdade para explorar novas técnicas, temas e abordagens de determinados assuntos. É natural que o mesmo acontecesse com a abordagem da loucura, tendo em vista que a arte já não era a única forma de fazer registros para fins científicos. Imagens dos loucos descontextualizados e desprovidos de um plano de fundo passam, então, a serem substituídas por cenas com contexto bem definido, cujo cenário deixa claro a mensagem e as impressões que o artista busca trazer. Um exemplo desse retorno à loucura

²⁷ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

inserida em um contexto é esta imagem do final do século XIX, feita por Daniel Urrabieta y Vierge (Figura 27). De acordo com a análise de Gilman,

[...] as figuras tradicionais são colocadas ao ar livre, criando a ilusão de abertura, mas o muro ainda as separa do resto do mundo. No entanto, a claridade e a abertura levam à inevitável conclusão de que o asilo não está completamente fechado, mas sim [que se trata de] uma passagem que pode levar de volta ao mundo da sanidade (1982, p. 211)²⁸.

Figura 27 - Daniel Urrabieta y Vierge, Yard of an asylum, 18--



Fonte: GILMAN, 1982, p. 211.

²⁸ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

CAPÍTULO 3: ARQUITETURA E A LOUCURA

O presente capítulo traz dois exemplos de arquitetura psiquiátrica distintos, mas inseridos em contextos históricos e espaciais semelhantes. O principal objetivo desta comparação é entender o processo de concepção projetual e os fatores que influenciaram os responsáveis pelo projeto, para que, assim, fosse possível compreender também o como e o porquê das decisões tomadas durante sua concepção. Para isso, além de pesquisar a estrutura e as características de cada construção, foram também levantadas informações sobre as intenções por trás dos projetos e os objetivos que se pretendia alcançar. O primeiro exemplo a ser analisado é o das *workhouses*, mais especificamente, dos modelos desenvolvidos pelo arquiteto Sampson Kempthorne, na década de 1830, no Reino Unido. O segundo exemplo é da instituição fundada por William Tuke em 1796, na cidade de York, Inglaterra, batizada de *O Retiro*.

3.1. *Workhouses*

As *workhouses* eram edifícios institucionais estabelecidos no Reino Unido durante o século XVII como uma tentativa de solucionar o problema do desemprego entre sua população mais pobre. Essas instituições foram concebidas com o intuito de alojar indivíduos que estivessem desempregados e que não conseguissem se sustentar, em troca de sua mão-de-obra; porém, como veremos adiante, elas acabaram tendo sua função desviada da ideia inicial. Em um primeiro momento, essas casas eram administradas pelas paróquias²⁹, que também eram responsáveis tanto por construir quanto por sustentá-las financeiramente. O estabelecimento de *workhouses* começou de forma lenta, com a primeira sendo estabelecida em 1697, em Bristol, e a segunda somente em 1703, em Worcester (FOUCAULT, 2010, p. 54). No entanto, esse ritmo foi se acelerando ao longo dos cem anos seguintes, totalizando 126 *workhouses* em todo o Reino Unido ao final do século XVIII e alcançando o seu auge na primeira metade do século XIX.

Conforme nos conta Foucault (2010, p. 71-73), a partir do século XVII, uma relevância ética passou a ser atribuída ao trabalho: o pecado da Preguiça se tornou um dos grandes males da época e o trabalho começou a ser considerado a penitência do “homem caído”. A ociosidade passou

²⁹ No Reino Unido, as paróquias (em inglês, *parishes*) são a menor unidade de organização administrativa, abaixo dos distritos e dos condados.

a causar revolta, por se tratar de uma insolência para com Deus, visto que aquele que não trabalha estaria esperando que Ele o alimentasse por meio de um milagre, quando de fato “o milagre é outorgado diariamente ao homem como recompensa gratuita do seu trabalho” (FOUCAULT, 2010, p. 72). Com a Revolução Industrial, ao final do século XVIII, a relevância ética do trabalho passou a ir além da visão religiosa, abrangendo também a necessidade de um indivíduo ser produtivo. Essa valorização do trabalho é confirmada também por Pietikainen (2015, p. 117), que afirma que a vontade e aptidão para trabalhar se tornaram importantes virtudes dentro das sociedades europeias, onde o valor de um cidadão passou a ser mensurado a partir de sua capacidade de ganhar seu sustento. E é com base nesses valores que os loucos começaram a ser considerados indivíduos inúteis à sociedade, que não pagavam impostos nem contribuía para a economia do seu país, juntamente com os paupérrimos, desempregados, alcoólatras e idosos. Pelas palavras de Foucault:

A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho. Esta comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas de inutilidade social. É nesse outro mundo, delimitado pelos poderes sagrados do labor, que a loucura vai adquirir esse estatuto que reconhecemos. Se existe na loucura clássica alguma coisa que fala de outro lugar e de outra coisa, não é porque o louco vem de um outro céu, o do insano, ostentando seus signos. É porque ele atravessa por conta própria as fronteiras da ordem burguesa, alienando-se fora dos limites sacros da sua ética (2010, p. 73).

É a partir dessa exaltação do trabalho e da ótica utilitarista que surgiu a ideia de internar pessoas improdutivas em casas de trabalho. Nessas instituições, o louco pobre³⁰ que antes não trazia benefício algum à sua comunidade poderia se tornar um indivíduo produtivo. Aliás, de acordo com Foucault (2010, p. 67) essa solução acabou por se tornar útil para além de fazer dos paupérrimos e desempregados cidadãos produtivos: em tempos de crises econômicas, essa era uma forma de controlar o desemprego, absorver a força de trabalho ociosa e controlar possíveis insurreições; em tempos de prosperidade, quando o desemprego estivesse baixo e os salários altos, era uma boa fonte de mão-de-obra barata.

Esse contexto histórico e social brevemente descrito, que acabou por fomentar a popularização das *workhouses*, é o motivo para esse ser um exemplo de lugar da loucura pertinente para o presente trabalho. Essas instituições ilustram muito bem como o momento político,

³⁰ Aqui vale frisar que esse tipo de internamento se limitava aos loucos de famílias pobres, que não tinham condição de prover para os mesmos; os loucos de famílias abastadas seguiriam sob os cuidados de seus familiares ou internados em asilos de loucos.

econômico e moral no qual uma sociedade se encontra influencia no lugar onde o louco será colocado – tanto no sentido físico, quanto no sentido social.

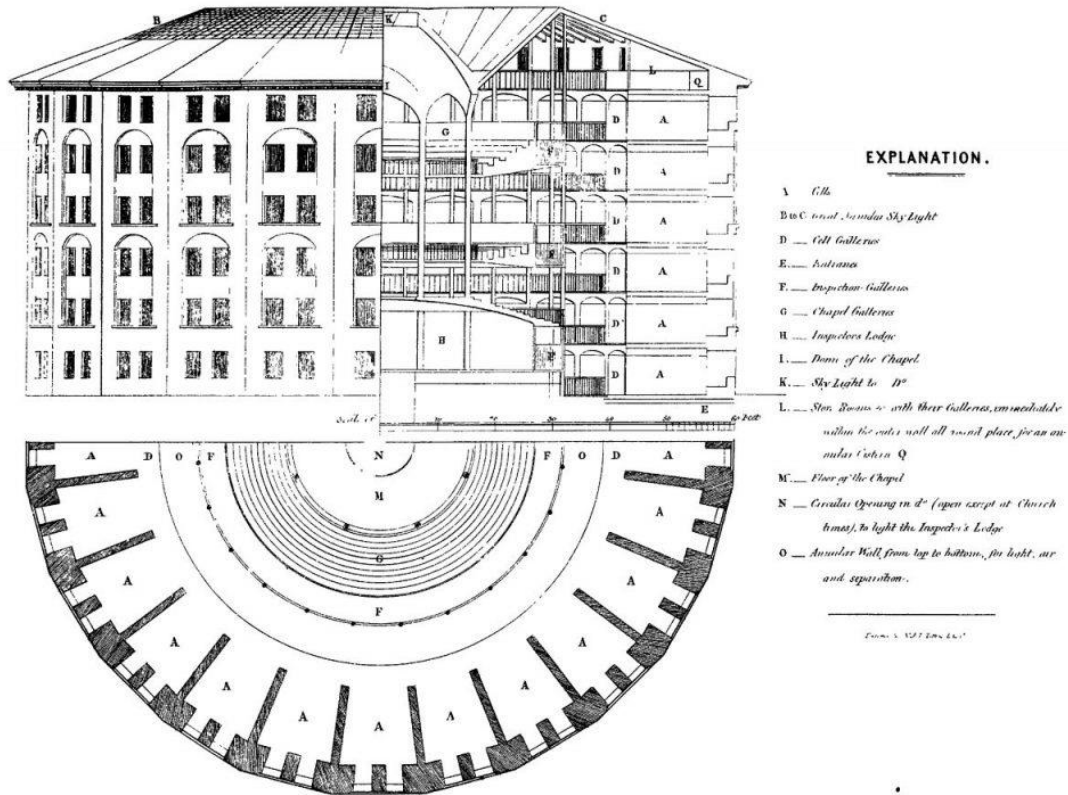
3.1.1. O panóptico de Bentham e as *workhouses*

Como mencionado anteriormente, as *workhouses* eram inicialmente responsabilidade das paróquias, por definição do primeiro decreto oficial que regulamentava esse tipo de instituição, no século XVII. Porém, com a promulgação, em 1834, da lei que ficou conhecida como *New Poor Law* [Nova Lei dos Pobres], as *workhouses* se tornaram responsabilidade das *uniões*, que eram um novo corpo administrativo formado pela união de paróquias de pequeno porte com o intuito de criar um sistema de administração mais centralizado. A *New Poor Law* foi um marco na política de assistência aos pobres no Reino Unido que, além de trocar a autoridade sobre as *workhouses*, também estabeleceu que cada *união* deveria possuir pelo menos uma grande *workhouse*. No ano seguinte foi publicado o *First Annual Report* [Primeiro Relatório Anual], escrito pela comissão responsável por formular a lei de 34, onde foram promovidos modelos arquitetônicos que deveriam ser seguidos para os projetos das novas instituições, obedecendo aos princípios de supervisão constante e disciplina utilitarista (KODALAK, 2015, p. 15).

De acordo com Kodalak (2015, p. 34), esses modelos arquitetônicos seguiam o princípio do panóptico de Jeremy Bentham, filósofo inglês cujas obras originaram a teoria utilitarista e que exerceu grande influência nas políticas instauradas pela *New Poor Law*. Segundo Foucault define em seu livro *Vigiar e Punir*, o panóptico de Bentham é a manifestação arquitetônica dos mecanismos de poder utilizados para marcar e modificar o *anormal*: mendigos, vagabundos, loucos e os violentos (1999, p. 223). Conforme definido pelo autor, “o dispositivo panóptico organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente”, é “uma máquina de dissociar o par ver-ser visto: no anel periférico, se é totalmente visto, sem nunca ver; na torre central, vê-se tudo, sem nunca ser visto” (1999, p. 224-25). O panóptico, ilustrado na Figura 28, é composto por um anel exterior, dividido em celas que atravessam toda a espessura da construção, e uma torre localizada no centro desse anel, com janelas que permitem visualizar toda a sua face interna. As celas possuem duas aberturas: uma para o lado de dentro do anel, e outra para o lado exterior, permitindo que a luz atravessasse toda a cela e, assim, evitando pontos obscuros dentro dela. A partir dessa configuração, basta um vigia na torre central para que se possa observar todas as celas do complexo (FOUCAULT, 1999, p. 223).

Figura 28 - desenho feito por Jeremy Bentham para ilustrar sua ideia de panóptico, 1791

*A General Idea of a PENITENTIARY PANOPTICON in an Improved, but as yet, (Jan 23^d 1791), Unfinished State.
See Postscript References to Plan, Elevation, & Section (being Plate referred to as (N^o 2).*



Disponível em: <<http://hiddenarchitecture.net/panopticism-presidio-modelo/>> Acesso em: 09 abr. 2021

Outro traço do panóptico de Bentham que merece destaque é a sua polivalência, uma vez que, segundo Foucault (1999, p. 229), esse modelo pode ser aplicado em edifícios que desempenhem qualquer função na qual se pretenda controlar ou impor uma tarefa ou comportamento a um grupo grande de pessoas.

É um tipo de implantação dos corpos no espaço, de distribuição dos indivíduos em relação mútua, de organização hierárquica, de disposição dos centros e dos canais de poder, de definição de seus instrumentos e de modos de intervenção, que se podem utilizar nos hospitais, nas oficinas, nas escolas, nas prisões (FOUCAULT, 1999, p. 229).

É independentemente da função que o edifício precise desempenhar, o esquema panóptico permite que se aperfeiçoe o exercício do poder, visto que permite que um número cada vez menor de pessoas exerça o controle sobre um número cada vez maior de indivíduos. Esse efeito é alcançado através da sensação que a pessoa cativa tem de estar sendo o tempo todo observada, sem que seja necessário ter alguém de fato fazendo essa vigilância permanente; o vigia torna-se um personagem onipresente, e é esse conceito que permite um maior controle sobre aquelas pessoas.

Ao considerar essas características do panóptico, de permitir uma vigilância constante de um grande número de indivíduos e um exercício de poder, é fácil compreender como esse modelo tornou-se amplamente adotado na concepção das *workhouses*.

3.1.2. Os modelos arquitetônicos de Sampson Kempthorne

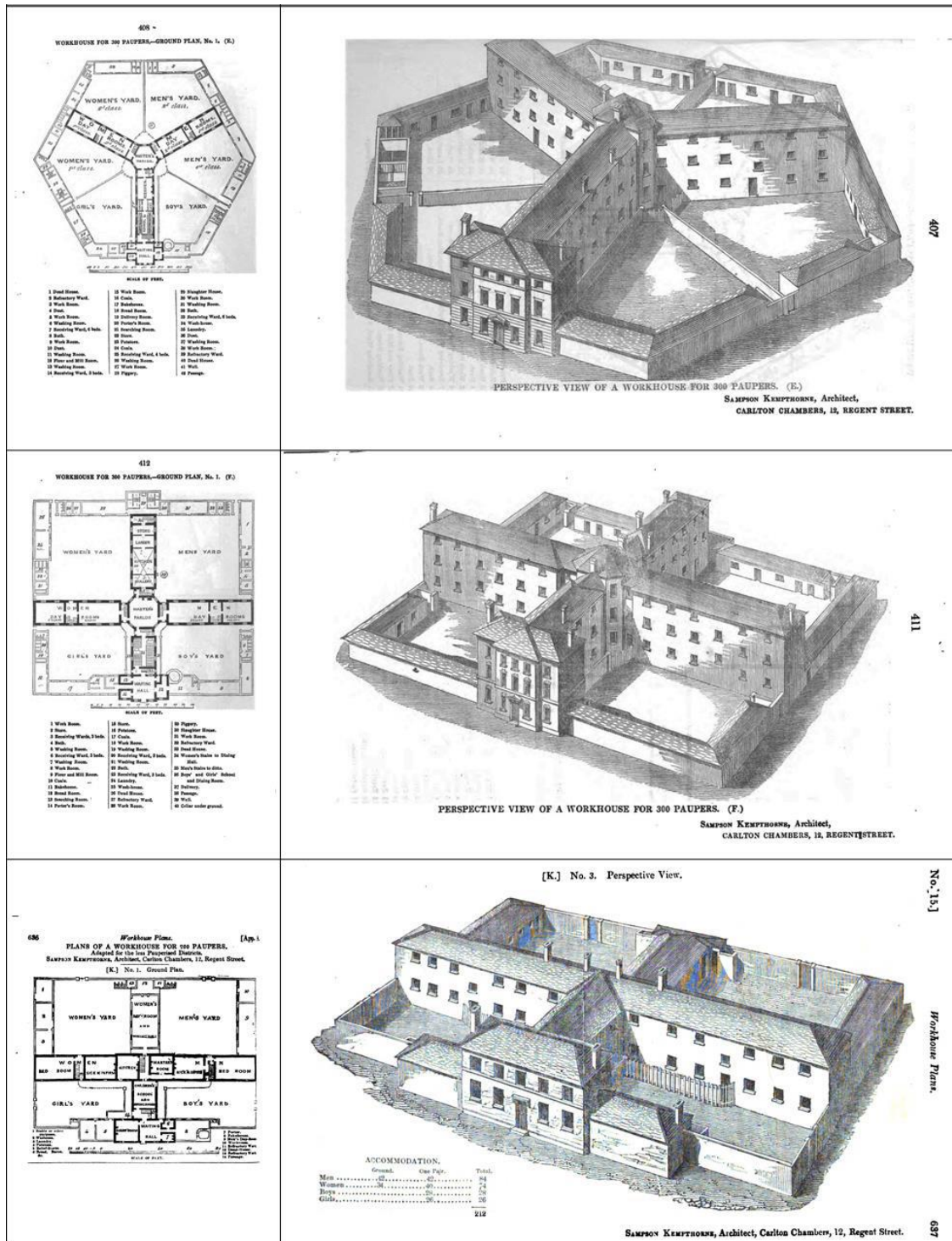
No relatório anual de 1835, foram apresentados três modelos arquitetônicos como os protótipos ideais para uma *workhouse*, sendo adicionado, no relatório de 1836, um quarto exemplo. Desses quatro modelos inicialmente trazidos como diretrizes para a construção dessas instituições, três eram de autoria do arquiteto Sampson Kempthorne, que, graças a suas conexões familiares, foi convidado para conceber o design oficial das novas *workhouses*. Com isso, seus primeiros modelos foram os mais utilizados e adaptados durante a expansão inicial desse sistema, o que lhe rendeu o título de *arquiteto oficial das workhouses* (KODALAK, 2015, p. 64-5).

Conforme descreve Kodalak (2015, p. 68-9), embora Kempthorne tenha proposto três modelos diferentes (um modelo hexagonal, um cruciforme e um com capacidade para 200 internos), respectivamente ilustrados na Figura 29, eles compartilhavam entre si características fundamentais. A começar pela disposição dos edifícios que os compunham: ainda que se apresentassem em disposições diferentes, todos tinham um volume central cercado por blocos de largura única, que delimitavam os limites do complexo arquitetônico. As fachadas das construções internas eram simples e econômicas, em contraste com a imponente fachada principal, que era assim desenhada visando impactar aqueles que entravam na instituição. Kempthorne dava grande importância à ventilação cruzada, entendendo seu papel crucial para o bem-estar dos usuários do edifício; e era visando favorecer essa ventilação natural que o arquiteto optava por adotar blocos com largura única de aproximadamente 5 metros. Como a classificação dos detentos das *workhouses* com base em seu gênero, idade e estado de saúde era vista como essencial para o funcionamento da instituição, estratégias eram adotadas para promover a separação física entre os diferentes grupos:

[A circulação vertical] também era utilizada como uma barreira horizontal que suportava segregação das dependências do edifício e das salas de convivência. Os pátios externos eram divididos pela massa arquitetônica da própria *workhouse*, pois estavam localizados no vão entre os blocos externos e as faixas internas (KODALAK, 2015, p. 69).³¹

³¹ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

Figura 29 – modelos de workhouse elaborados por Sampson Kempthorne



Fonte: KODALAK, 2015, p. 67.

O arranjo espacial adotado para os diferentes modelos de Kempthorne também era bem semelhante, com apenas algumas adaptações pontuais às suas volumetrias e ao seu porte. A

começar pelo modelo cruciforme, o complexo era composto por blocos externos de apenas um pavimento que delimitava seu perímetro retangular e abrigava suas oficinas e áreas de trabalho; esses blocos não tinham janelas em suas fachadas externas, o que “concentrava o foco da instituição a uma interação introvertida” (KODALAK, 2015, p. 69)³². Quatro volumes retangulares de três pavimentos dividiam ortogonalmente a área interna da *workhouse*, formando uma cruz; esses volumes abrigavam os dormitórios dos detentos, as salas de convivência e jantar e salas de reuniões, além de formarem quatro pátios externos para gêneros e idades específicos. Na intercessão dessa cruz, simbolizando a centralização de autoridade, estavam localizados os aposentos do mestre ou matrona da instituição, em formato octogonal, com aberturas que possibilitavam vistas para todos os pátios e blocos do complexo, da mesma forma que a torre de vigia proporcionava uma vista para todas as celas do dispositivo panóptico. Kodalak (2015, p. 71) nos traz também detalhes mais precisos do arranjo espacial do modelo cruciforme de Kempthorne:

No andar térreo, o bloco de entrada consistia de uma grande sala de espera [...] ao centro, uma sala de pão de um lado, e uma sala de pesquisa e sala do porteiro do outro. [O bloco de entrada] estava ligado às salas de aula e de jantar de meninos e meninas no bloco frontal, e era rodeado por uma padaria, salas de farinha e moinho, e armazéns contendo batatas e carvão através dos blocos externos da frente. A sala de reuniões no andar superior, que era alcançada pelas escadas atrás da sala de espera, tinha acesso à sala do escrivão, uma antessala e uma sala forte, e estava conectada ao dormitório dos meninos através do bloco frontal. Os [blocos latitudinais] continham as salas de convivência dos internos adultos no andar térreo e os dormitórios dos doentes e enfermaria acima. O bloco posterior abrigava a cozinha e a copa no andar térreo, o refeitório e a capela intercambiáveis acima, e as salas de repouso e o berçário no andar superior.³³

O modelo cruciforme foi o mais comumente adotado e adaptado; porém era o hexagonal o favorito de Kempthorne. Sua distribuição e organização dos espaços era bem próxima do exemplo cruciforme, mas sua grande vantagem era a possibilidade de dividir os pátios externos em seis, proporcionando um pátio para adultos, idosos e crianças de cada gênero (KODALAK, 2015, p. 72). Por fim, o modelo para 200 internos, segundo Kodalak (2015, p. 74), era uma versão de menor porte do modelo cruciforme e de aparência mais rural. Suas principais diferenças eram seus blocos de até dois pavimentos, ao invés de três; o uso de muros para fazer o fechamento dos seus limites frontais e dianteiros, no lugar dos blocos externos; e os aposentos do mestre ou matrona que não ficam mais em evidência, com seu aspecto de torre de vigia, e passam a ficar escondidos na volumetria ortogonal do edifício central.

³² Traduzido pelo autor para esse trabalho.

³³ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

As *workhouses* foram concebidas como uma iniciativa de assistência aos paupérrimos, que iria provê-los com comida e abrigo em troca de sua mão-de-obra. No entanto, elas se tornaram uma forma de exploração do trabalho dos mais pobres, com a justificativa de estar dando uma função para os indivíduos tidos como inúteis à sociedade. Essas instituições se tornaram, então, um espaço de controle e vigilância que visava garantir a produtividade dos seus internos; o que explica a popularização do conceito panóptico de Bentham nesses projetos arquitetônicos. Com os aposentos do mestre ou matrona das *workhouses* localizados em um volume central, com aberturas que proporcionavam vistas de todos os pátios e blocos da instituição, a autoridade central era capaz de acompanhar e controlar em tempo integral a produtividade dos detentos. Criava-se, assim, um ambiente de certa forma opressor e a sensação de vigilância constante pretendida pelo modelo panóptico.

3.2. O Retiro - York, Inglaterra

A instituição fundada por William Tuke em 1796, que recebeu o nome de *O Retiro*, foi mencionada brevemente nesse trabalho como exemplo da introdução do tratamento moral. Embora já houvesse ideias sobre tratamentos mais humanos circulando no *mundo dos manicômios* antes da construção do Retiro, e Tuke não tenha sido o *descobridor* dessa forma de terapia, O Retiro é um exemplo relevante, uma vez que foi o primeiro manicômio concebido para oferecer uma terapia moral aos seus pacientes, e acabou por fomentar um movimento que afetaria a arquitetura manicomial pelo próximo século (EDGINTON, 2007, p. 90). Dada a influência exercida por essa instituição, uma análise mais detalhada da concepção do seu projeto, das intenções dos seus idealizadores e das características do seu espaço se mostra pertinente.

Para compreendermos o processo de concepção arquitetônica do Retiro de Tuke, é preciso ter em mente como a religião influenciou o fundador da instituição e o arquiteto responsável pela obra, ambos Quakers³⁴. Segundo Edginton (2007, p. 92), não havia nenhum indício de que Tuke ou John Bevans, arquiteto responsável, tinham qualquer tipo de conhecimento médico ou das ideias sobre tratamento e causas da loucura de seu tempo. O Retiro foi, portanto, idealizado seguindo os

³⁴ Quaker é como ficou conhecido o movimento cristão Sociedade dos Amigos que surgiu na Inglaterra durante o século XVII. Criado como um protesto aos abusos das igrejas Anglicana e Católica, esse movimento não aceitava.

ideais de comportamento e salubridade da religião de seus idealizadores, e seu design deveria incorporar exclusivamente as ideias do quakerismo de vida saudável e os elementos materiais necessários para alcançá-la. Influenciado pela crença de que todas as pessoas possuíam uma “luz interior”, Tuke acreditava que havia bondade, razão e fé dentro de todos, e que, conseqüentemente, seria possível alcançar essas qualidades nos loucos por meio de um tratamento apropriado. Outro aspecto da crença quaker que teve influência direta em Tuke e na concepção do Retiro foi a “preocupação com a representação e tentativas de criar objetos que refletiam o verdadeiro significado de sua fé. [...] Fé e verdade na representação seria o método para alcançar a ‘luz interior’”³⁵. Portanto um ambiente que trouxesse representações da fé quaker seria capaz de atingir a “luz interior” dos pacientes e, assim, restaurar sua sanidade (EDGINTON, 2007, p. 92-3).

Pelas palavras de Edginton (2007, p. 88), a terapia moral “precisava de ser apoiada pela arquitetura moral[...]”³⁶, uma vez que o design da instituição auxiliaria os pacientes a conquistarem o autocontrole; os disciplinaria por meio de hábitos adequados; reduziria a excitação; e os classificaria de maneira adequada, possibilitando o tratamento. A intenção de Tuke e Bevans para O Retiro, segundo Edginton (2007, p. 86-90), era codificar os valores quakers no ambiente terapêutico, de forma a criar um espaço que representasse as qualidades que deveria transmitir aos pacientes, como a calma, a sanidade, o controle e a ordem. Uns de seus grandes aliados para alcançar esse objetivo eram o mobiliário e a decoração, que seguiam as tendências empregadas em casas burguesas da época. É possível ver na Figura 30 como os ambientes transmitiam um aspecto familiar, com o uso de papéis de parede, quadros, plantas, tapetes e móveis de caráter doméstico. Além da decoração rebuscada, o projeto também contava com outras comodidades que auxiliavam na busca de um ambiente terapêutico, como:

[...]flores, plantas, grandes aberturas, claraboias, varandas, grandes salas de convivência, jardim, fazenda e instalações esportivas (boliche, [campo para] cricket, [quadra de] tênis e piscina). [...] espaços eram construídos para refletir a calma da natureza através da remoção das pressões externas de um ambiente conturbado. Até a aparência externa do asilo era vista como terapêutica, dando aos pacientes uma vista irrestrita do meio rural (EDGINTON, 2007, p. 90).

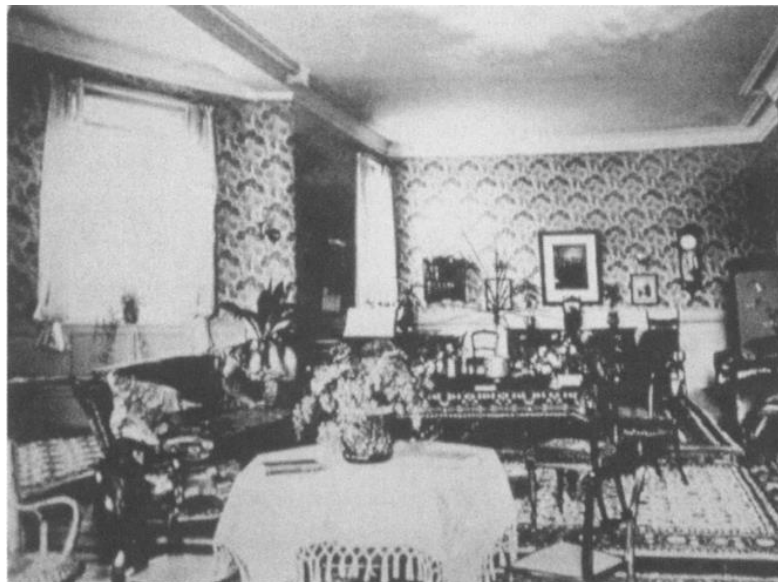
Podemos ver na Figura 31 o caráter isolado e rural de O Retiro, que Edginton descreve na citação acima. No caso da “arquitetura moral”, o vínculo entre o tratamento e o lugar da loucura era a base

³⁵ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

³⁶ Traduzido pelo autor para esse trabalho.

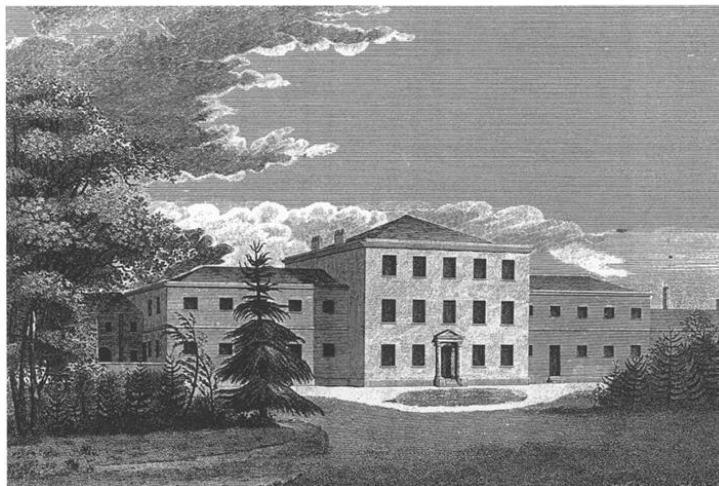
para a sua concepção, visto que o projeto era em si o remédio para a insanidade; a idealização do Retiro de Tuke é uma ilustração clara disso.

Figura 30 - área de convivência do Retiro



Fonte: EDGINTON, 2003, p. 113.

Figura 31 - vista panorâmica da fachada norte do Retiro



Fonte: EDGINTON, 2003, p. 105.

CONCLUSÃO

Este trabalho começou como um estudo dos espaços destinados à loucura, que visava sobrepor o contexto histórico dos distúrbios mentais, sua trajetória na arte e o desenvolvimento da arquitetura psiquiátrica para, então, a partir dessa sobreposição, fazer a análise da possível relação entre esses espaços ao longo da história ocidental e as mudanças sofridas pela representação da loucura nas artes plásticas. Contudo, ao analisar o exemplo das *workhouses* e o contexto na qual em que elas se difundiram, foi possível identificar também outros fatores que de certa forma influenciaram o seu surgimento, para além da representação artística.

Com as informações levantadas, pôde-se perceber que o momento econômico, que demandava um maior número de mão-de-obra, e os valores morais da sociedade, que exaltava o trabalho e se pautava em conceitos utilitaristas, se somaram às ideias da teoria da fisiognomonia, amplamente aceita na época. Tudo isso dependia da representação da loucura para pautar a hipótese que defendiam, para criar uma percepção do louco como um ser inferior e inútil, que não contribuía para a sociedade. A partir desse exemplo, foi possível identificar que fatores como economia, valor moral, teorias científicas e representações artísticas se somaram na construção da *imagem* da loucura.

Diante disso, compreendeu-se que os espaços dedicados à loucura seriam, na verdade, um reflexo de como uma determinada sociedade *enxergava* o louco, e que foi resultado da relação intrínseca entre elementos como a arte, a ciência e os valores morais dessa sociedade, que são igualmente influenciados uns pelos outros. Chegou-se então à compreensão da *imagem do louco*, que se trata de uma construção cultural que está sujeita às mudanças morais, políticas e econômicas de uma sociedade, assim como às descobertas científicas e aos movimentos artísticos.

Chegando ao final dessa pesquisa, no entanto, percebeu-se também que as palavras *espaço* e *imagem* não são a melhor escolha para abordar o tema desse trabalho. Ao compreender que, dentro desse estudo, o espaço físico e a percepção social da loucura são conceitos que refletem um no outro, e em certos momentos até se misturam, chegou-se a uma palavra muito mais relevante para o presente trabalho, que é a palavra *lugar*. Pois em diversos momentos o lugar físico da loucura e seu lugar dentro da sociedade foram os mesmos; na verdade, como dito anteriormente na introdução desse trabalho, há um lugar do qual a loucura nunca saiu, independente do período histórico, país ou cultura, que é o lugar do *Outro*. E o lugar do Outro tende a ser o da exclusão, a

uma distância que fosse confortável para o restante da população; um lugar afastado da sociedade, onde a presença inconveniente do Outro não pudesse mais causar incômodo.

Além do caráter de exclusão que os lugares da loucura frequentemente traziam, foi possível identificar também um caráter de *não-lugar*, que descontextualizava e desterritorializava o louco. Pode-se ver esse caráter ilustrado por representações da loucura em dois contextos diferentes: na versão de Bosch da Nau dos Loucos (Figura 14) e nas ilustrações comissionadas por Esquirol de seus pacientes (Figuras 21 a 26). Esses exemplos trazem os indivíduos retratados desprovidos de um cenário, de um contexto; no caso de Bosh, há apenas o céu e o que aparenta ser o mar ao fundo, e no caso dos desenhos do atlas de Esquirol não há plano de fundo algum. Ao analisar o lugar retratado nesses exemplos, ou o lugar no qual essas ilustrações foram feitas, vê-se que sua realidade condiz perfeitamente com o que foi representado. Ambos lugares tiram do louco seu contexto e sua identidade, e o transformam em um indivíduo anônimo, resumindo-o à sua loucura. A Nau o faz ao tirar o louco de seu lugar de origem, confinando-o em um lugar permanentemente transitório e tornando-o prisioneiro da passagem; e se, enfim, aportar, será em uma terra qualquer desconhecida, de onde não poderá voltar e não se saberá de onde veio. Já a instituição psiquiátrica descontextualiza e desterritorializa o louco ao resumi-lo a um paciente, que se trata apenas de um objeto da cura e de apenas mais um em meio à massa de loucos que compõe a instituição.

Portanto, considerando os aspectos mencionados, entende-se que os lugares da loucura são frutos de uma construção cultural, permanentemente sujeita a transformações; sejam eles hospitais ou santuários, um barco ou uma cela, são fatores voláteis que compõem uma sociedade, como economia, política, religião e produção artística, que acabam por determinar onde a loucura será alocada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 1998, 136 p.

BURKE, Peter. **Testemunha ocular**: história e imagem. 1. ed. Bauru, SP: EDUSC, 2004, 270 p.

EDGINTON, Barry. A space for moral management: The York's Retreat influence on asylum design. In: TOPP, Leslie; MORAN, James E.; ANDREWS, Jonathan. **Madness, architecture and the built environment**: psychiatric spaces in historical context. 1. ed. Nova York, EUA: Routledge, 2007, cap. 5, p. 85-104.

_____. The Design of Moral Architecture at the York Retreat. **Journal of Design History**, Oxford, v. 16, n. 2, p. 103–117, 2003. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/1316269>. Acesso em: 25 nov. 2020.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**: na idade clássica. 9. ed. São Paulo, SP: Perspectiva S.A., 2010. 551 p.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 348 p.

GILMAN, Sander L.. **Seeing the insane**. 1. ed. Nova York, EUA: John Wiley & Sons, INC e Brunner/Mazel, INC., 1982. 241 p.

HOIRISCH, Marisa. **Palácio Universitário**: Materiais e técnicas construtivas. 2007. 212 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2007. Disponível em: <http://www.proarq.fau.ufrj.br/teses-e-dissertacoes/530/palacio-universitario-materiais-e-tecnicas-construtivas>. Acesso em: 25 nov. 2020.

KODALAK, Gökhan. **Architecture, power, and poverty**: emergence of the union workhouse apparatus in the early nineteenth-century England. 2015. 167 f. Dissertação (Mestrado em Artes) - Cornell University, Ithaca, EUA, 2015. Disponível em: <<https://ecommons.cornell.edu/handle/1813/39336>> Acesso em: 01 abr 2021.

MACHADO, Roberto, *et al.*. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. 485 p.

OUYAMA, Maurício N.. **Uma máquina de curar**: o hospício Nossa Senhora da Luz em Curitiba e a formação da tecnologia asilar (final do século XIX e início do XX). 2006. 321 f. Tese (Doutorado em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/12064>. Acesso em: 11 out. 2020.

PIETIKAINEN, Petteri. **Madness**: a history. 1. ed. Abingdon, Reino Unido, e Nova York, EUA: Routledge, 2015. 592 p. E-book.

PORTER, Roy. **Madness: a brief history**. 1. ed. Nova York, EUA: Oxford University Press Inc., 2002. 155 p. E-book.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma Visão Histórica. In: BEZERRA, Benilto Junior, *et al.*. **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987. 288 p.

TRIMBLE, Michael R.. Psychogenic Nonepileptic Seizures: Historical Overview. In: LAFRANCE JUNIOR, W., SCHACHTER, Steven C.. **Gates and Rowan's Nonepileptic Seizures**. Cambridge: Cambridge University Press. 2018. p. 19-30.