IMAGENS DA ARQUITETURA DA SAÚDE MENTAL:

Um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol,
Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira

Maria Paula Zambrano Fontes

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências em Arquitetura, área de concentração em Racionalização do Projeto e da Construção.

Orientadores:

Prof. Orientador: Mauro César de Oliveira Santos, Dr.
Profa. Co-Orientadora: Ivani Bursztyn, Dr.

Rio de Janeiro
janeiro / 2003

IMAGENS DA ARQUITETURA DA SAÚDE MENTAL:
Um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol,
Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira

Maria Paula Zambrano Fontes

Orientadores:
Prof. Orientador: Mauro César de Oliveira Santos, Dr.
Profa. Co-Orientadora: Ivani Bursztyn, Dr.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências em Arquitetura, área de concentração Racionalização do Projeto e da Construção.

Aprovada por:

_____
Prof. Mauro César de Oliveira Santos, Dr. (Orientador)
PROARQ – FAU – UFRJ

_____
Profa. Ivani Bursztyn, Dr. (Co-orientadora)
NESC – UFRJ

_____
Prof. Luiz Fernando Rangel Tura, Dr.
NESC – UFRJ

_____
Profa. Ângela Arruda, Dr.
NESC, Instituto de Psicologia - UFRJ

_____
Prof. Jorge Castro, Dr.
FIOCRUZ, FAU - UFF

Rio de Janeiro/RJ – Brasil
Janeiro de 2003

FONTES, Maria Paula Zambrano

Imagens da Arquitetura da Saúde Mental: Um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira / Maria Paula Zambrano Fontes. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU/PROARQ, 2003.

xviii, 201 f.: il; 29,7 cm.

Orientador: Mauro César de Oliveira Santos, Dr.

Co-Orientadora: Ivani Bursztyn, Dr.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/PROARQ/Programa de Pós-graduação em Arquitetura, 2003

Referências Bibliográficas: f. 165-171

1. Arquitetura. 2. Saúde. 3. Saúde Mental. 4. Dissertação (Mestrado – UFRJ/FAU/PROARQ).

I. Santos, Mauro César de Oliveira. II. Bursztyn, Ivani. III. UFRJ/FAU/PROARQ. IV. Título.

Para Alexandre e Erica

AGRADECIMENTOS

à minha família:
Alexandre e Erica Fontes,
Renato e Monica Zambrano, Silas e Zulmira Fontes,
Lucila Zambrano, Letícia Zambrano, José Helder Andrade, Ricardo Fontes;

aos professores orientadores deste trabalho:
Mauro Santos e Ivani Bursztyn;

aos professores membros da banca:
Luiz Fernando Tura, Ângela Arruda, Jorge de Castro;

às pessoas que colaboraram com a pesquisa:
Luiz Fernando Tura, Ângela Arruda, Rosângela Gaze,
Edmar de Oliveira, Erika Pontes, Marta Rodrigues de Macedo,
Sônia Marçal, Maria Cristina de Macedo, Clema Santos,
Cândido F. Espinheira Filho, Sônia Poswolski,
Paulo Amarante, Mirian de Carvalho,
aos clientes e funcionários do IMAS Nise da Silveira,
aos integrantes dos grupos de pesquisas Espaço Saúde e LabHab,
à equipe da Assessoria de Engenharia e Obras/SMS/PCRJ

aos amigos:
Maria Francisca e Paulo Rosa,
Luiz Augusto Alves, Eliane Lordello, Mônica Salgado,
Elza Costeira, Lúcia Mattos dos Anjos,Fábio Bittencourt,
Guilherme Coelho, Henrique Morett, Leonardo Braga,
Renata Couto, Carla Bergan, Maíra Marcondes, Bianca Ramos,
Gabriella Liuzzi, Rodrigo Borgneth, Gustavo Cardoso, Ana Carolina Martins,
Fernanda Alves, Flávio Castellotti, Maria da Guia, Dionísio e Ana Beatriz

ao PROARQ/FAU/UFRJ,
ao NESC/FM/UFRJ
à CAPES,
à FAPERJ
ao IMAS NISE DA SILVEIRA/SMS/PCRJ

RESUMO

IMAGENS DA ARQUITETURA DA SAÚDE MENTAL:
Um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol,
Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira

Maria Paula Zambrano Fontes

Orientadores:
Prof. Orientador: Mauro César de Oliveira Santos, Dr.
Profa. Co-Orientadora: Ivani Bursztyn, Dr.

As instituições de assistência à saúde mental enfrentam a difícil tarefa de se adaptarem aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, culminância de um longo processo de revisão das formas de tratamento dos distúrbios mentais. Entre as recomendações da Reforma estão a promoção da desinstitucionalização e ressocialização dos pacientes e da humanização dos tratamentos, através da adoção de modelos substitutivos aos manicômios e suas práticas de alienação e exclusão social. Na arquitetura das instituições psiquiátricas, verificam-se iniciativas de transformá-la, subtraindo-a de suas características manicomiais e dotando-a das referências da casa, de modo a colaborar no processo de (re)inserção de seus usuários na sociedade.

Este trabalho apresenta a evolução dos espaços da loucura e da saúde mental e uma análise da resposta da arquitetura às demandas da Reforma Psiquiátrica, através de um estudo de caso realizado na Casa do Sol, unidade de internação/moradia de pacientes crônicos do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro. A Instituição desenvolve, nesta unidade, um Programa de Moradias, que representa uma etapa intermediária entre a internação e a vida em sociedade, um espaço de transição, destinado ao exercício e recuperação da autonomia. Os objetivos deste estudo de caso são identificar um caráter para os novos espaços de assistência que começam a se materializar nas instituições a partir da Reforma e investigar os conceitos e parâmetros utilizados no planejamento desta nova arquitetura da saúde mental. A pesquisa incluiu um levantamento de campo, cuja metodologia baseou-se na Teoria das Representações Sociais, onde foram captadas as impressões dos usuários sobre o espaço atual e as expectativas para o espaço ideal e para a reforma física a ser empreendida na edificação, resultando na composição de um valioso acervo, não só de informações e recomendações projetuais, mas de experiências de vida.

ABSTRACT

IMAGENS DA ARQUITETURA DA SAÚDE MENTAL:
Um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol,
Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira

Maria Paula Zambrano Fontes

Orientadores:
Prof. Orientador: Mauro César de Oliveira Santos, Dr.
Profa. Co-Orientadora: Ivani Bursztyn, Dr.

Mental Health Institutions face the difficult task of adapting themselves to the rules of Psychiatric Reformation, which culminate a long process of revision on the ways of treating mental disturbs. Among the recommendations are the promotion of 'de-institutionalization', re-socialization of patients and humanization of treatments, through the adoption of substitutive models to the old asylums and their alienation and social exclusion practices. Concerning psychiatric institutions architecture, we verify initiatives to transform it, deducting it from its 'manicomial' aspects and providing it with home references, in order to collaborate in the process of user's 're-insertion' in the society.

This work presents the evolution of spaces of madness and mental health spaces, and an analysis of architecture's reply to Psychiatric Reformation's demands, through a study carried through in 'Casa do Sol', the chronic inpatients unit of 'Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira', in the suburb of 'Engenho de Dentro', Rio De Janeiro. The Institution develops, in this unit, a Housing Program, which represents an intermediate stage between internment and life in society, a transition space defined to the exercise and recuperation of autonomy. The aims of this study of case are to identify a character for the new spaces that start to materialize in the institutions after the Reformation and to investigate concepts and parameters used in the planning of this new mental health architecture. The research included a field survey, whose methodology was based on Social Representations Theory, where had been caught users' impressions about the current space and their expectations for the ideal space and the physical reform to be undertaken in the building, resulting in the composition of a valuable collection, not only of information and recommendations for architectural projects, but of life experiences.

SUMÁRIO

Siglas e Abreviaturas x

Ilustrações xi

Tabelas xviii

INTRODUÇÃO 01

CAPÍTULO 1 - Espaços da Loucura 08

1.1. Evolução dos Espaços Hospitalares e Asilares 09
1.1.1. Antiguidade – a Loucura Divina 09
1.1.2. Idade Média – a Nau dos Loucos 13
1.1.3. Renascimento – Elogio da Loucura 16
1.1.4. Absolutismo - a Grande Internação 18
1.2. Os Espaços da Loucura 20
1.2.1. Iluminismo – o Olhar Científico 20
1.2.2. Era Industrial - Medicalização e Institucionalização 21
1.2.3. Os Espaços da Loucura como Espaços da Exclusão 27
1.3. As Primeiras Instituições de Assistência no Rio de Janeiro 30
1.3.1. A Assistência à Saúde no Brasil Colonial e Imperial 30
1.3.2. A Constituição da Psiquiatria - aos Loucos, o Hospício 34

CAPÍTULO 2 - Espaços da Saúde Mental 44

2.1. O processo da Reforma Psiquiátrica 45
2.2. A Reforma Brasileira 48
2.3. Os Modelos de Assistência Pós-Reforma Psiquiátrica 51
2.4. A Desinstitucionalização e o Problema da Moradia 57
2.5. O Reflexo do Ambiente Construído na Saúde Mental 60
2.5.1. Percepção 60
2.5.2. Espaço 62
2.5.3. Espaço Construído e Saúde Mental 63
2.6. O Impacto da Reforma Psiquiátrica no Ambiente Construído 67

2.6.1. A Desconstrução do Manicômio 67
2.6.2. A Singularidade dos Contextos 71

CAPÍTULO 3 – Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro 73

3.1. O Censo de 1995 75
3.2. O Perfil do Usuário / Cliente 76
3.2.1. Resultados Quantitativos 76
3.2.2. Aspectos Qualitativos – Depoimentos 79
3.2.3. Composição do Perfil da Clientela 80
3.3. A Política Municipal de Assistência 82
3.4. A Rede Municipal 84

CAPÍTULO 4 - Estudo de Caso – IMAS Nise da Silveira 88

4.1. A Instituição – CPPII 89
4.2. Nise da Silveira e o Museu do Inconsciente 93
4.3. A Instituição diante da Reforma Psiquiátrica 96
4.4. A Casa do Sol 100
4.5. O Cliente e sua Relação com os Espaços da Casa do Sol 109
4.6. A Pesquisa de Campo 111
4.6.1. Objetivos 111
4.6.2. Metodologia 112
4.6.3. Resultados 121
4.6.4. Discussão dos Resultados 151
4.6.5. O Projeto para Requalificação 152

CAPÍTULO 5 - Recomendações para Novos Projetos 157

CONCLUSÕES 162

BIBLIOGRAFIA 165

ANEXOS 172

SIGLAS E ABREVIATURAS

MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
EAS	Estabelecimentos de Assistência à Saúde
AP	Área de Planejamento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
UPHG	Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral
CPN	Centro Psiquiátrico Nacional
CPP II	Centro Psiquiátrico Pedro II
IMAS	Instituto Municipal de Assistência à Saúde
EAT	Espaço Aberto ao Tempo
STOR	Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação
SAMII	Sociedade de Amigos do Museu de Imagens do Inconsciente
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNLAR	Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula
SMDS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

ILUSTRAÇÕES

Fig. 01:Templo de Asclepius, em Epidauro, Grécia, século V a.C.
Fonte: Miller e Swensson, 2002 11

Fig. 02:Asclepieion de Pergamo, na Turquia, século II
Fonte: Wilson A. Ribeiro, www.warj.med.br, 2002 11

Fig. 03:Asclepieion de Pergamo, na Turquia, século II
Fonte: Wilson A. Ribeiro, www.warj.med.br, 2002 11

Fig. 04: Domus Dei, Portsmouth,Inglaterra, 1212
Fonte: www.hants.uk/leisure/worship/domusdei, 2002 14

Fig. 05: The Ship of Fools, de Hieronymous Bosch, séc. XV
Fonte: www.boschuniverse.org, 2002 15

Fig. 06: Hospital dos Inválidos, 1670
Fonte: Costa, 2001 18

Fig. 07: Panóptico de Bentham
Fonte: www.ucl.ac.uk/Bentham-Project, 2002 22

Fig. 08: Planta baixa e foto da Prisão Provost, na África do Sul, 1835
Fonte: www.ucl.ac.uk/Bentham-Project, 2002 22

Fig. 09: Planta baixa de uma penitenciária, projeto de 1791
Fonte: www.ucl.ac.uk/Bentham-Project, 2002 23

Fig. 10: Hôtel-Dieu, Paris, 1876
Fonte: www.ap-hop-paris.fr/histoire.docu.htm, 2002 24

Fig. 11: Interior do Hôtel-Dieu,Paris
Fonte: Rosen, 1994 24

Fig. 12: Proposta de Poyet para o Hôtel-Dieu, 1785
Fonte: Costa, 2001 25

Fig. 13: Carta Hospitalar de Paris, 1820
Fonte: www.ap-hop-paris.fr/histoire/default 26

Fig. 14: Quadro de Tony Robert-Fleury, "Loucas da Salpêtrière", 1886
Fonte: www.rio.rj.gov.br/saude/pinel/historico/corpo-his, 2002 29

Fig. 15: Hospital Geral, século XIX
Fonte: CD-Rom Projeto Memória da Psiquiatria, 2000 36

Fig. 16: Hospital Pedro II, gravura de Victor Frond, 1852
Fonte: CD-Rom Projeto Memória da Psiquiatria, 2000 38

Fig. 17: Pátio feminino do Hospital Pedro II
Fonte: CCS – Mostra Virtual “Memória da Loucura” 40

Fig. 18: Sala de costura do Hospital Pedro II
Fonte: CCS – Mostra Virtual “Memória da Loucura” 40

Fig. 19: Refeitório do Hospital Pedro II
Fonte: CCS – Mostra Virtual “Memória da Loucura” 40

Fig. 20: Trabalho agrícola nas Colônias da Ilha do Governador
Fonte: CCS – Mostra Virtual “Memória da Loucura” 41

Fig. 21: Pacientes das Colônias da Ilha do Governador
Fonte: CCS – Mostra Virtual “Memória da Loucura” 41

Fig. 22: Aviário das Colônias da Ilha do Governador
Fonte: CCS – Mostra Virtual “Memória da Loucura” 41

Fig. 23: Dependência para eletrochoque
Fonte: CCS – Mostra Virtual “Memória da Loucura” 41

Fig. 24: Hospital Pinel, 1966
Fonte: SMS, 2002 42

Fig. 25: Corredor de hospital psiquiátrico
Fonte:Revista Saúde em Debate, 2002 43

Fig. 26: CAPS II Ernesto Nazareth, na Ilha do Governador
Fonte: Espaço Saúde,2002 52

Fig. 27: CAPS II Ernesto Nazareth, na Ilha do Governador
Fonte: Espaço Saúde,2002 52

Fig. 28: Futuro CAPSad II Raul Seixas, no Engenho de Dentro
Fonte: Espaço Saúde, 2002 53

Fig. 29: Futuro CAPSad II Raul Seixas, no Engenho de Dentro
Fonte: Espaço Saúde, 2002 53

Fig. 30: Instalação "Porões da Mente", de Flávio Wild, 2001
Fonte: Revista Projeto, número 274 68

Fig. 31: Colônia Juliano Moreira
Fonte: Ministério da Saúde Informa, 2002 69

Fig. 32: Paciente "Santo Agostinho", da antiga Colônia São Bento, na Ilha do Governador
Fonte: CCS – Mostra Virtual “Memória da Loucura” 81

Fig. 33: Grupo de pacientes da antiga Colônia São Bento, na Ilha do Governador
Fonte: CCS – Mostra Virtual “Memória da Loucura” 81

Fig. 34: Mapa de distribuição dos serviços de saúde mental no município
Fonte: Espaço Saúde, 2002 87

Fig.35: Planta de localização do IMAS Nise da Silveira
Fonte: Espaço Saúde, 2002 91

Fig.36: Planta de localização das unidades do IMAS Nise da Silveira
Fonte: SMS, 2002 92

Fig. 37: Mandala desenvolvida por Fernando Diniz
Fonte: Museu de Imagens do Inconsciente, 1987 94

Fig. 38: Fachada do Museu de Imagens do Inconsciente
Fonte: www.museuimagensdoinconsciente.org.br, 2002 95

Fig. 39: Símbolo da Casa do Sol
Fonte: Figueiredo, 1993 102

Fig. 40: Fachada principal da Casa do Sol
Fonte: Espaço Saúde, 2002 103

Fig. 41: Planta de situação do IMAS Nise da Silveira – localização da Casa do Sol
Fonte: Espaço Saúde, 2002 103

Fig. 42: Pavimento térreo da Casa do Sol, situação atual
Fonte: Espaço Saúde, 2002 105

Fig. 43: Pátio sul da Casa do Sol
Fonte: Espaço Saúde, 2002 106

Fig. 44: Pátio sul da Casa do Sol
Fonte: Espaço Saúde, 2002 106

Fig. 45: Pavimento tipo da Casa do Sol, situação atual
Fonte: Espaço Saúde, 2002 107

Fig. 46: Hall do pavimento tipo
Fonte: Espaço Saúde, 2002 108

Fig. 47: Aspecto externo dos brises e cobogós da fachada principal da Casa do Sol
Fonte: Espaço Saúde, 2002 108

Fig. 48: Aspecto interno dos brises e cobogós da fachada principal da Casa do Sol
Fonte: Espaço Saúde, 2002 108

Fig. 49: Desenho do cliente Reinaldo, representando a Casa do Sol atualmente
Fonte: Espaço Saúde, 2002 123

Fig. 50: Desenho do cliente João, representando o seu espaço ideal
Fonte: Espaço Saúde, 2002 124

Fig. 51: Desenho do cliente Reinaldo, representando o seu espaço ideal
Fonte: Espaço Saúde, 2002 125

Fig. 52: Desenho de uma cliente, representando o espaço atual
Fonte: Espaço Saúde, 2002 126

Fig. 53: Desenho da moradora Helena, representando o espaço atual
Fonte: Espaço Saúde, 2002 128

Fig. 54: Desenho do morador Cláudio, representando o espaço atual
Fonte: Espaço Saúde, 2002 128

Fig. 55: Desenho da interna Márcia, representando a Casa do Sol atualmente
Fonte: Espaço Saúde, 2002 129

Fig. 56: Desenho de Márcia, representando o seu espaço ideal
Fonte: Espaço Saúde, 2002 130

Fig. 57: Desenho da moradora Helena, representando o seu espaço ideal
Fonte: Espaço Saúde, 2002 131

Fig. 58: Desenho do morador Mariano, representando o espaço atual
Fonte: Espaço Saúde, 2002 132

Fig. 59: Desenho do morador Mariano, representando o seu espaço ideal
Fonte: Espaço Saúde, 2002 132

Fig. 60: Desenho do funcionário Márcio, representando o espaço atual
Fonte: Espaço Saúde, 2002 133

Fig. 61: Desenho da terapeuta ocupacional Elisa, representando o espaço atual
Fonte: Espaço Saúde, 2002 134

Fig. 62: Esquema de Márcio, para o espaço ideal
Fonte: Espaço Saúde, 2002 135

Fig. 63: Desenho de um residente, para o espaço ideal
Fonte: Espaço Saúde, 2002 136

Fig. 64: Desenho da funcionária Rita, representando o espaço ideal
Fonte: Espaço Saúde, 2002 136

Fig. 65: Desenho da terapeuta ocupacional Elisa, representando o espaço ideal
Fonte: Espaço Saúde, 2002 137

Fig. 66: Desenho de uma funcionária, representando o seu espaço ideal
Fonte: Espaço Saúde, 2002 140

Fig. 67: Pavimento térreo da Casa do Sol, proposta
Fonte: Espaço Saúde, 2002 153

Fig. 68: Pavimento tipo da Casa do Sol, proposta
Fonte: Espaço Saúde, 2002 154

Ilustrações de abertura dos capítulos:

Capítulo 1: O Panóptico
Adaptação elaborada por Gustavo Cardoso, de ilustração encontrada
no site www.ucl.ac.uk/Bentham-Project, 2002 01

Capítulo 2: O Hospício de Pedro II
Adaptação elaborada por Gustavo Cardoso, de ilustração encontrada
no CD-Rom Memória da Psiquiatria, FIOCRUZ, 2002 08

Capítulo 3: Corredor de hospital psiquiátrico
Elaborada a partir da edição da foto encontrada na
Revista Saúde em Debate, 2002 73

Capítulo 4: A Casa do Sol, IMAS Nise da Silveira
Elaborada por Gustavo Cardoso a partir de foto do
Espaço Saúde, 2002 88

Capítulo 5: Mandalas
Elaboradas por Erica Zambrano Fontes, 2002 157

TABELAS

Tabela 01: Distribuição dos serviços de saúde mental, segundo as APs e RAs
Fonte: Instituto Pereira Passos, www.armazemdedados.rio.rj.gov.br 86

Tabela 02: Clientes da Enfermaria Esperança
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002 115

Tabela 03: Clientes da Enfermaria Revivendo
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002 116

Tabela 04: Clientes da Enfermaria M1
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002 116

Tabela 05: Clientes da Enfermaria M2
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002 117

Tabela 06:Total de clientes do Programa de Moradias
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002 117

Tabela 07: Clientes do Centro de Convivência
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002 117

Tabela 08: Funcionários da Casa do Sol
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002 118

Tabela 09: Quadro geral do campo
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002 118

Tabela 10: Quadro-resumo da pesquisa de campo
Fonte: Espaço Saúde, 2002 121

INTRODUÇÃO

A dimensão da interface da Arquitetura com as questões que envolvem a saúde tem o seu reconhecimento cada vez mais explícito, seja nas instâncias políticas e administrativas, seja nas sociais e acadêmicas. O estudo do espaço arquitetônico, como fator capaz de propiciar o bem-estar físico e emocional a seus usuários, tem então encontrado uma crescente valorização nos processos de planejamento em saúde pública. O conceito de humanização, presente atualmente em várias áreas do conhecimento, tem sido largamente divulgado e aplicado nos projetos recentes em arquitetura da saúde, e representa um desdobramento de um novo enfoque em saúde, centrado no usuário, que passa a ser entendido de forma holística, e não mais como um conjunto de sintomas e patologias a serem estudadas pelas especialidades médicas.

Acompanhando esta tendência, a Psiquiatria tem promovido, nas últimas décadas, um processo de reformulação radical na sua assistência ao portador de sofrimento mental, a chamada Reforma Psiquiátrica. Estas mudanças têm se refletido nos espaços físicos onde se pratica a assistência, e novos modelos têm surgido, revolucionando uma cultura secular manicomial.

O presente estudo teve como proposta uma investigação sobre a visão da loucura, pelas sociedades, associando-a aos espaços arquitetônicos que lhe foram destinados através dos tempos, um levantamento dos novos espaços que surgem após a Reforma Psiquiátrica, culminando com um estudo de caso, que elegeu como foco central a participação do usuário.

Ao longo da história, os processos históricos e filosóficos vivenciados pelas sociedades sempre imprimiram seus reflexos no ambiente construído, determinando as condições de vida do homem na sua comunidade e as suas relações com o espaço.

No que se refere à arquitetura dos espaços destinados à assistência à saúde, verificamos que suas primeiras configurações decorreram das carências provocadas pelas primeiras experiências da vida em comunidade. A assistência aos necessitados se fundamentava nos conceitos de caridade e filantropia e era realizada em espaços vinculados às práticas religiosas, destinados ao abrigo, não só de doentes, mas também de toda a sorte de marginalizados, como ladrões, loucos e indigentes. A chamada loucura, tem portanto sua história inserida neste contexto, numa história de assistência aos necessitados.

Segundo Foucault, foi principalmente a partir do século XVIII, época das Luzes, da Enciclopédia e das primeiras grandes descobertas nas ciências médicas, a partir dos fenômenos da “medicalização” e da “institucionalização” da saúde, que o edifício hospitalar tornou-se um centro de referência tanto para o atendimento quanto para o próprio aprendizado e aperfeiçoamento profissional.

Foucault, em “O Nascimento da Clínica”, afirma que a própria Medicina reconhece o seu nascimento como ciência neste período das Luzes, quando o hospital se transformou num espaço de cura sob o controle do médico.

Em “Vigiar e Punir”, ele destaca, também na época do Iluminismo, a instituição da disciplina e da vigilância, como métodos de controle da sociedade, bem como proteção desta mesma sociedade, através da exclusão e isolamento daqueles indivíduos considerados “desviantes” dos padrões vigentes de racionalidade e moralidade. Esses processos disciplinares foram aplicados em diversos tipos de instituições: escolares, religiosas, hospitalares, e foram responsáveis pela reestruturação das organizações militares.

> *“A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele uma aptidão, uma capacidade que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma sujeição estrita”. (Foucault, 1983, p. 127)*

A vigilância necessária para garantir o cumprimento desta disciplina gerou, então, a necessidade da conformação dos espaços da arquitetura, de modo a facilitar o seu exercício. Desenvolveu-se, a partir daí, uma arquitetura baseada em “dispositivos”, como denomina Foucault, que permitiam a observação constante, verdadeiros “observatórios da multiplicidade humana” (1983, p. 154).

> *“Toda uma problemática se desenvolve então: a de uma arquitetura que não é mais feita simplesmente para ser vista (fausto dos palácios), ou para vigiar o espaço exterior (geometria das fortalezas), mas para permitir um controle interior, articulado e detalhado – para tornar visíveis os que nela se encontram”. (Foucault, 1983, p.154)*

Para o autor, o principal símbolo desta arquitetura é o Panóptico, uma construção em anel com uma torre no seu interior, vazada por grandes janelas, que permitem a observação irrestrita dos compartimentos à sua volta. Este modelo foi adaptado a instituições diversas, como escolas, hospitais, quartéis e prisões. A simples disposição dos compartimentos em torno de pátios, mesmo sem a torre central de vigilância, também favorecia os procedimentos de inspeção, controle e distribuição dos indivíduos, de modo a assegurar a primazia da disciplina.

Na arquitetura hospitalar, o imperativo da vigilância se manifestou através de estudos detalhados das aberturas e disposição de cheios e vazios, de modo a permitir um controle eficaz dos doentes. Os avanços da Medicina também contribuíram para promover o hospital, de simples local de filantropia, assistência e abrigo da miséria e da morte, a um aparelho terapêutico capaz de fomentar a cura das enfermidades.

A história registra fatos marcantes desta transformação do espaço hospitalar, como o crescimento desordenado e o conseqüente incêndio do Hôtel-Dieu, o mais importante hospital da Paris do século XVIII, que gerou uma verdadeira revolução nos conceitos de planejamento hospitalar.

O desenvolvimento do olhar científico sobre as enfermidades se estendeu também, a partir das Luzes, ao fenômeno da loucura, produzindo um saber que desencadeou a "constituição da medicina mental" (Amarante, 1995, p. 23).

> *"A caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional." (Amarante, 1995, p. 24)*

Particularmente o conceito de periculosidade fundamentou, entre o médico e o paciente, uma "relação tutelar" (Amarante, 1995, p. 25), ensejando, por sua vez, a adoção das medidas de isolamento e exclusão social, praticados em instituições de caráter asilar.

A Psiquiatria nasceu, então, neste contexto de <u>medicalização do espaço hospitalar</u>, a partir da apropriação do fenômeno da loucura pelas ciências médicas. Com ela configurou-se também o espaço arquitetônico destinado à sua atuação, o manicômio, por sua vez fundamentado nos conceitos da <u>disciplina</u> e da <u>vigilância</u>.

O espaço asilar sofreu, desde os seus primórdios, severas críticas, que condenavam o caráter absolutista da instituição, no emergente contexto de "liberdade, igualdade e fraternidade" da Revolução Francesa. O modelo foi, então, reformulado, dando origem às colônias, que buscavam amenizar as características manicomiais, proporcionando alguma dose de liberdade aos internos.

No período após a Segunda Guerra, acentuaram-se as críticas aos métodos de tratamento e aos modelos manicomiais, freqüentemente comparados aos campos nazistas de concentração. Surgiu então o projeto da Reforma Psiquiátrica contemporânea, colocando em discussão não só o papel da instituição, como a própria eficiência do saber psiquiátrico.

No Brasil, foi principalmente na década de 70 que a campanha pela Reforma ganhou, força, através da influência das experiências italianas, especialmente do pensamento de Franco Basaglia, e da atuação de movimentos, como por exemplo a "Luta Anti-manicomial". Em nosso país, esta campanha visava também o combate à chamada "indústria da loucura", uma verdadeira rede que incentivava a cronicidade dos casos, alimentando os lucros de hospitais conveniados e indústrias farmacêuticas.

Na década de 90, o movimento atingiu a esfera do legislativo, e consolidou-se através da promulgação, num primeiro momento, de leis estaduais, e posteriormente federais, dispondo sobre as novas formas de assistência à saúde mental.

Estas leis e as recomendações acerca dos novos modelos assistenciais não abordam, porém, questões referentes à estrutura física e à arquitetura destes novos espaços de atendimento. Verificam-se, na prática, inciciativas de adequação das antigas estruturas asilares aos conceitos de humanização e sociabilização preconizados pela Reforma, em detrimento dos antigos conceitos de isolamento e exclusão. Estas iniciativas acontecem de maneira diferenciada em cada instituição, conforme suas especificidades de demandas e diretrizes administrativas.

Neste contexto de revisão de paradigmas, ou "corte epistemológico", como denominou Bachelard, o que se busca com esta pesquisa é uma caracterização do espaço arquitetônico, não mais focado no tratamento da loucura, mas na promoção e na manutenção da saúde mental, de forma a colaborar no planejamento físico de futuras intervenções.

Objetivando uma contextualização do fenômeno da loucura e da materialização dos seus espaços, foi realizado um levantamento, através de revisão bibliográfica, da evolução da sua abordagem ao longo da história. Este levantamento foi dividido em dois capítulos. O primeiro trata dos espaços da loucura, ou seja, os espaços arquitetônicos anteriores à Reforma Psiquiátrica, e o segundo se dedica aos espaços da saúde mental que estão surgindo após a Reforma. Esta divisão se deve a esta importante ruptura verificada na postura da própria Psiquiatria diante da problemática do sofrimento mental.

Durante as pesquisas para o primeiro capítulo, foi constatada a inexistência, até a época do Iluminismo, no século XVIII, de espaços exclusivos para tratamento ou abrigo da loucura. Os espaços da loucura eram então os mesmos destinados a outros tipos de doentes e necessitados. Apenas no século XVIII, com a constituição de uma "medicina mental", é que a história da loucura ganha autonomia e constituem-se os primeiros espaços planejados especificamente para o seu tratamento. A partir desta constatação, julgou-se necessária a divisão deste primeiro capítulo em

três partes: a primeira, que apresenta uma evolução dos espaços da saúde e da assistência social em geral, nos quais se insere também a loucura; a segunda, que apresenta a evolução dos espaços da loucura, já objeto de uma ciência mental autônoma da Medicina, a Psiquiatria; a terceira parte apresenta uma caracterização destes espaços no município do Rio de Janeiro, procurando então uma primeira aproximação com o objeto do estudo de caso.

No segundo capítulo, busca-se uma caracterização do contexto que provocou a ruptura do paradigma do tratamento da loucura, com todas as suas formas de exclusão, em favor da instauração de uma promoção da saúde mental, uma nova postura diante do fenômeno da doença mental, que clama pela desconstrução de toda uma estrutura institucional, bem como por uma profunda revisão de saberes. Considerou-se também necessária uma investigação da influência do ambiente construído na saúde mental e do impacto da Reforma Psiquiátrica no ambiente construído.

No terceiro capítulo foi levantada a situação atual da assistência à saúde mental no município do Rio de Janeiro, incluindo os dados do censo de 1995, que caracterizou um perfil para a clientela dos serviços de saúde mental, além de dados sobre a rede municipal de assistência e a política municipal para o setor.

O quarto capítulo apresenta o estudo de caso, realizado na Instituição Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, antigo Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII). Esta instituição se encontra em pleno processo não só de reforma de suas instalações físicas, mas de reformulação e remanejamento de diversos setores, de modo a aportar as demandas das novas práticas preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. Como qualidade peculiar desta instituição destaca-se a marca do trabalho da psiquiatra Nise da Silveira, precursora no Brasil do movimento de revolta contra as práticas tradicionais em saúde mental.

Nesta instituição, centramos o estudo em uma de suas unidades, a Casa do Sol, um edifício destinado principalmente à moradia de internos de longa data, que ainda possui características da tipologia arquitetônica asilar, embora já sejam exercidas práticas recomendadas pela Reforma.

Para a Casa do Sol, foi elaborado um projeto arquitetônico para requalificação de seus espaços, visando a sua humanização e adequação às propostas do Programa de Moradias desenvolvido na unidade. Este Programa de Moradias tem como objetivo a promoção da ressocialização de internos, através do exercício da autonomia, e o oferecimento de melhores condições de moradia aos que ainda não apresentarem capacidade para o retorno à sociedade.

O projeto de arquitetura foi desenvolvido pelo grupo de pesquisas Espaço Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura - PROARQ/FAU/UFRJ, coordenado pelo Professor Mauro Santos, através de um convênio técnico-científico firmado com a Secretaria Municipal de Saúde. O projeto contou com a coordenação da Arquiteta Elza Costeira, como responsável da SMS.

Nesta unidade, foi desenvolvido, também, um trabalho de avaliação, junto aos usuários, dos espaços físicos atuais, dos espaços físicos ideais e dos espaços propostos pelo projeto de reforma então em desenvolvimento. O trabalho procurou investigar a percepção e as expectativas destes usuários (clientes e funcionários) no que se refere a estes espaços, através de uma metodologia participativa de abordagem multidisciplinar (Arquitetura, Medicina e Psicologia), baseada na Teoria das Representações Sociais, desenvolvida por Serge Moscovici. Esta avaliação contou com a orientação e a participação do NESC - Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, da UFRJ, através dos Professores Ivani Bursztyn, Luiz Fernando Rangel Tura, Ângela Arruda e Rosângela Gaze, incluindo a atuação de 14 pesquisadores no trabalho de campo.

No quinto capítulo estão sintetizadas, na forma de recomendações, as tendências em parâmetros e conceitos levantados na pesquisa, de modo a nortear futuras intervenções e novos projetos para espaços semelhantes.

CAPÍTULO 1
OS ESPAÇOS DA LOUCURA

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

(Foucault, 2000, p. 30)

1.1. Evolução dos espaços hospitalares e asilares

O espaço destinado à assistência aos enfermos, necessitados e portadores de distúrbios mentais tem sofrido inúmeras modificações ao longo de sua história, refletindo as próprias transformações por que passou a civilização.

Espaços tão diversificados "como a oca do pajé, os templos antigos e os mosteiros medievais são freqüentemente citados como os virtuais precursores dos hospitais contemporâneos" (Antunes, 1991, p. 12).

Considera-se, como principal marco histórico da arquitetura hospitalar, o período do Iluminismo, no século XVIII, citado por vários autores como sendo o da origem do hospital contemporâneo e do próprio manicômio, enquanto tipologia e instituição.

Até o século XVIII, o espaço destinado à assistência aos doentes e marginalizados se encontrava quase sempre vinculado às práticas religiosas e filantrópicas, consideradas capazes de proporcionar a seus promotores a salvação de suas almas e o reconhecimento divino. Somente a partir desta época, com o desenvolvimento de um pensamento menos místico e mais racional e científico, é que o hospital deixou de ser o lugar onde se aguardava a morte e passou a representar um espaço de fomento à cura, sob a coordenação do médico.

Também destacou-se, nesta época, o próprio nascimento da Medicina como ciência e, em seguida, a autonomia da Medicina Mental ou Psiquiatria, a primeira especialidade da Medicina.

1.1.1. Antiguidade – a Loucura Divina

Nas mais antigas civilizações de que se tem notícia, há cerca de quatro mil anos atrás, encontraram-se evidências da preocupação com a saúde coletiva e o saneamento das cidades, já que "os principais problemas de saúde enfrentados pela humanidade sempre estiveram relacionados com a vida em comunidade" (Rosen, 1994, p. 31). O maior problema enfrentado se referia ao destino a ser dado aos pacientes, já que não havia locais adequados e planejados especialmente para esta finalidade.

Segundo Miquelin (1992, p. 29), a história dos espaços de assistência à saúde remonta à Antiguidade. As primeiras manifestações ocorreram no Egito, quando alguns templos passaram a ser utilizados na prestação deste tipo de atendimento. Neles, os pacientes se consultavam com os

sacerdotes do deus *Imhotep*. Nascia então a vinculação entre o atendimento à saúde e as práticas religiosas, aspecto predominante ao longo da história da arquitetura hospitalar.

A Grécia Antiga, até aproximadamente 600 a.C., era dominada por uma visão mitológica e religiosa do mundo. Durante os séculos V e IV a.C., surgiram, justamente nos primórdios da Filosofia, as primeiras iniciativas de se formular uma teoria científica e racional a respeito das causas das enfermidades. Isto não significa que o pensamento grego estivesse completamente alheio aos aspectos religiosos, porém, cada vez mais os médicos e pensadores procuravam se orientar pela natureza e seus fenômenos.

Rosen, em seu livro "Locura y Sociedad" (1968, p. 96) menciona os escritos de Heródoto, historiador grego, que revelam a visão da loucura, nesta época, como um fenômeno que poderia assumir dois aspectos diferentes. O primeiro tipo de loucura era aquela causada por eventos naturais físicos, capazes de alterar a atividade psíquica. A medicina da época se baseava na teoria dos humores, que considerava a constituição do corpo humano a partir de quatro humores, produzidos pelos processos fisiológicos que ocorrem nas diversas partes do organismo: o sangue, o fleuma, a bílis amarela e a bílis negra. Acreditava-se que um desequilíbrio na produção destes humores, especialmente a bílis negra, poderia desencadear não somente males físicos, como também diversas formas de doença mental. O segundo tipo de loucura, conforme as pesquisas de Rosen (1968, p. 97), baseava-se em antigas crenças e era provocada por eventos sobrenaturais, possessão por espíritos ou intervenção divina. Rosen aponta em Platão (1968, p. 103), a distinção de quatro tipos de "loucura divina", entre as quais se incluía a loucura ritual ou mística, que se associava a crenças religiosas. O autor acrescenta (1968, p. 107) que, no mundo greco-romano, esta associação com aspectos místicos e rituais, muitas vezes fazia com que o louco fosse considerado superior aos demais indivíduos da sociedade, uma pessoa dotada de poderes sobrenaturais como, por exemplo, o dom da profecia.

Nesta época, segundo Miquelin (1992, p. 29), os espaços arquitetônicos mais importantes onde se prestava assistência à saúde da comunidade eram as *Iatreias*, casas ou lojas onde os médicos atendiam e até ofereciam abrigo a seus pacientes. Este tipo de instalação foi preservado posteriormente, durante o Império Romano, que segundo Rosen (1994, p. 40), "assumiu o legado da cultura grega", inclusive no que se refere à medicina, agregando, porém, seus férteis conhecimentos de engenharia e administração. Havia também os templos denominados *Asklepieia*, consagrados a *Asclepios*, deus da medicina, que guarda algumas semelhanças com o deus *Imhotep* dos egípcios. Em alguns destes espaços, conforme narra Antunes (1991, p. 20) os pacientes eram submetidos a uma espécie de terapia pelo sono, quando acreditavam receber, durante os sonhos, as informações para a sua cura ou, até mesmo, a visita do próprio *Asclepios*. Nestes espaços

aconteciam os fenômenos da chamada loucura ritual ou loucura divina. Estes templos se caracterizavam por sua localização privilegiada e belas paisagens. Alguns deles possuíam anfiteatros, que eram utilizados para eventos na comunidade.

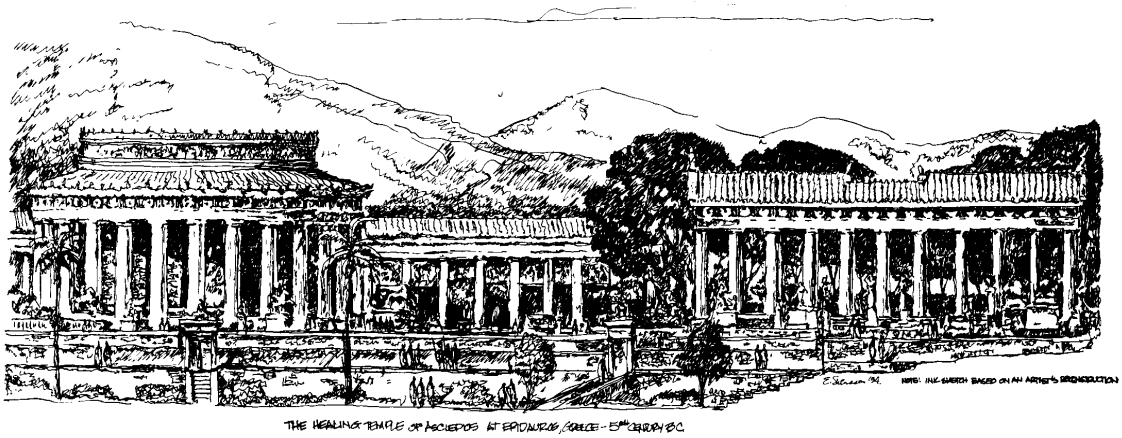


Fig. 01:Templo de Asclepius, em Epidauro, Grécia, século V a.C.
Fonte: Miller e Swensson, 2002

Figs. 02 e 03:Asclepieion de Pergamo, na Turquia, séc. II
Fonte: Wilson A. Ribeiro, www.warj.med.br, 2002.

Conforme mencionado, os romanos, quando conquistaram o mundo mediterrâneo, incorporaram muitos elementos da cultura grega, entre eles destacam Miquelin (1992, p. 30) e Rosen (1968, p. 140), o culto a *Asclepios*, por eles chamado de *Esculapios*, praticado em templos semelhantes aos gregos. Permanecia, então, uma associação entre saúde e religião, nos moldes gregos,

consolidando a predominância de arquitetura hospitalar de característica templária, porém, com um grande desenvolvimento nas instalações físicas dos estabelecimentos e dos sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário. Segundo Rosen (1994, p. 43), Vitrúvio, arquiteto romano, destacou em seu livro *De Architectura*, a necessidade de se determinar a salubridade e de se escolher de forma apropriada os locais para a implantação das cidades e das construções.

Além da herança das tipologias arquitetônicas das *Iatreias* e dos *Asclepieia*, foram também criados pelos romanos, segundo Miquelin (1992, p. 30-31), dois novos tipos de edificação de assistência à saúde: as *Termas*, destinadas aos banhos medicinais, consideradas as instituições mais representativas da sociedade romana, e as *Valetudinarias*, enfermarias militares construídas nos campos romanos fortificados.

Nos primórdios do Império Romano, conforme aponta Rosen (1994, p. 46), a cura era praticada, principalmente, pelos sacerdotes. Com a migração de médicos gregos para Roma, no século III a.C., a técnica da medicina passou então a ser muito valorizada, principalmente pelas classes mais abastadas. Os pobres se valiam dos cultos religiosos e a tratamentos populares, mais acessíveis à sua situação econômica. A busca por tratamentos mágicos ou religiosos, segundo Rosen (1968, p. 164), era definida também pela própria característica da enfermidade mental, que se manifestava de forma crônica e imprevisível, levando freqüentemente ao desespero ou à descrença em relação aos tratamentos médicos. Os romanos desenvolveram também mecanismos legais para proteção dos familiares, da sociedade e das propriedades dos indivíduos acometidos pela loucura (Rosen, 1968, p. 163), como por exemplo a instituição da tutela.

No que se refere à assistência médica, para Rosen (1994, p. 46), "os romanos realizaram pouco na teoria e prática da medicina, mas sua contribuição para a organização dos serviços médicos teve muita importância", sendo o hospital uma importante contribuição de sua cultura.

O declínio do Império Romano no Ocidente, levou Roma a uma decadência da cultura urbana e das práticas de saúde pública (Rosen, 1994, p. 51). Com a transferência de Constantino para Bizâncio, em 333 d.C., o poderio econômico e político ali se instalou, dando origem ao Império Bizantino. Já na Europa Ocidental, devastada pelas invasões bárbaras, inaugurou-se um novo período, a partir da deposição do último imperador romano, em 476 d.C.: a Idade Média, quando houve um desenvolvimento das religiões místicas e o aparecimento do cristianismo, que se apossou e deu nova forma à herança grega.

No Oriente, desde o século III a.C., havia edificações para hospedagem de peregrinos, anexas aos monastérios budistas. A função de abrigo para os viajantes foi, mais tarde, estendida ao atendimento a necessitados e doentes (Miquelin, 1992, p. 32).

Os conceitos de hospitalidade, atenção e caridade para com os carentes, difundidos pelos cristãos, pelos budistas e, pelos muçulmanos, então em ascensão, após a queda do Império Romano, passaram a dominar o cenário no primeiro milênio (Miquelin, 1992, p. 32). As construções deste período destacam-se por uma valorização ainda mais significativa do componente religioso.

No Império Bizantino, que incorporou grande parte da cultura greco-romana, houve um grande desenvolvimento da tecnologia sanitária, o que propiciou a construção de diversos hospitais. Destacou-se, neste período, um tipo de edificação denominada *Xenodochium Bizantino*, destinado ao abrigo de estrangeiros, com a possibilidade de funcionar também como local para preparação de caravanas muçulmanas (Miquelin, 1992, p. 34).

Com a expansão do mundo islâmico, difundiu-se também a hospitalidade, um preceito do Corão semelhante aos conceitos do Cristianismo, por sua vez, herança dos povos nômades (Miquelin, 1992, p. 34). O modelo hospitalar islâmico foi o *Bimaristan*, parte de um complexo mesquita-escola-hospital. Estas construções previam a separação dos pacientes segundo as patologias, áreas para atendimento e consultas externas, semelhantes ao atual conceito de ambulatório, assim como medidas para distribuição de água e ventilação dos compartimentos. Contavam também com áreas reservadas a enfermos considerados "agitados ou melancólicos" (Miquelin, 1992, p. 34). Segundo o autor, há registros da construção de trinta e quatro hospitais em países de governo islâmico. Houve um grande avanço da medicina nesta região, principalmente devido à valorização do seu ensino.

1.1.2. Idade Média – a Nau do Loucos

Conforme citado por Rosen (1994, p. 52), a cultura medieval teve, como importante aspecto, a fusão de elementos da cultura dos invasores bárbaros à herança clássica e à emergente cultura cristã. Na Europa Ocidental, durante o período medieval (500 a 1500 d.C.), o pensamento filosófico procurava estabelecer uma relação entre a razão e a fé. Portanto, as práticas médicas passaram a ser desenvolvidas pelos sacerdotes e monges e as enfermidades eram encaradas como punição pelo pecado ou possessão demoníaca, ou enfrentadas com ritos e costumes pagãos.

A situação, em termos de atendimento hospitalar, era extremamente precária. Os exemplos de construções hospitalares se restringiam às enfermarias, farmácias e hortas medicinais, anexas às abadias e mosteiros cristãos (Miquelin, 1992, p. 35). Estas instituições, que eram, a princípio, restritas ao atendimento dos membros das ordens monásticas, passaram a ser abertas a viajantes e peregrinos.

Somente a partir do século VIII, como destaca Miquelin (1992, p. 35), com o crescimento do contingente de peregrinos, foram se instalando instituições denominadas *Hospitalia*, ao longo das rotas comerciais e religiosas. Após o Concílio de Aix-la-Chapelle, em 816, tornou-se obrigatória a construção de um hospital junto a cada catedral, chamado de *Domus Dei* (casa de Deus). Como exemplos deste período, encontramos o primeiro Hotel Dieu, em Paris, e a Abadia de St Gallen, na Suíça, que se destaca pela valorização da ventilação e iluminação naturais (Miquelin, 1992, p. 35).

Na figura 04, abaixo, apresenta-se uma destas *Domi Dei*, na Inglaterra, fundada em 1212, como hospício, para abrigar peregrinos, idosos, doentes e desabrigados, que, quase destruída por bombas na Segunda Guerra, sobrevive até nossos dias, aberta ao público para visitação.

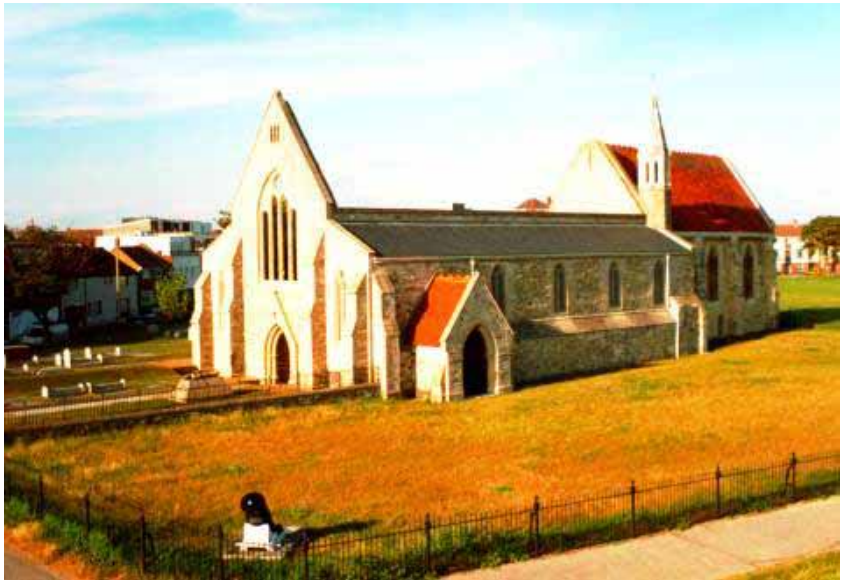


Fig. 04: Domus Dei, Portsmouth,Inglaterra, 1212
Fonte: www.hants.uk/leisure/worship/domusdei, 2002

Na Idade Média, segundo Miquelin (1992, p. 37), a estrutura básica do hospital ocidental assumiu a forma de nave, refletindo os avanços das tecnologias de construção. Foram incorporados ao planejamento hospitalar os conceitos de separação entre as funções de alojamento e as de logística, e a divisão dos pacientes por sexo, além do critério já existente da divisão por patologia.

Quanto ao tratamento que era dado à loucura na idade Média, Rosen (1968, p. 167) afirma que as autoridades públicas assumiam responsabilidades limitadas. Os loucos gozavam de liberdade, a menos que oferecessem perigo ou causassem alvoroços públicos. A sua tutela cabia sempre às suas famílias e amigos, ou no caso de transtornos graves, eram recolhidos aos hospitais gerais, como por exemplo o Hôtel-Dieu, em Paris.

Algumas instituições possuíam instalações específicas para estes indivíduos, como a *Dolhaus* (casa de loucos), a *Tollkiste* (celda de loucos), ou a *Tollboken* (cabana de loucos), construídas na Alemanha, no século XIV, citadas por Rosen (1968, p. 168). O autor menciona também que serviços semelhantes foram fundados, nesta época, na Inglaterra.

Porém, a atitude de isolar o louco nestas instituições não era predominante. Na maioria dos casos, estes andavam livres, sendo muitas vezes expulsos das comunidades ou devolvidos às suas cidades de origem (Rosen, 1968, p. 168). Estes banimentos foram muito freqüentes na Alemanha, Áustria e Hungria. O resultado destes banimentos sofridos pelos loucos, de cidade em cidade, foi o estabelecimento, para esta população, de uma vida errante, inspirando a imagem literária da *Narrenschiff* de Sebastian Brant (1497) e o quadro de Hieronymous Bosch (séc. XV, fig 05, abaixo), conforme descreve Foucault (2000, p. 09). As naus dos loucos, segundo o autor, existiram realmente. Eram barcos que desciam os rios, levando "sua carga insana de uma cidade para outra" (Foucault, 2000, p. 05).

Fig. 05: The Ship of Fools, de Hieronymous Bosch, séc. XV

Fonte: www.boschuniverse.org, 2002

Na Idade Média, a lepra foi o grande fantasma em termos de saúde pública (Rosen, 1994, p. 59). Há que se destacar, portanto, a sua influência na crescente necessidade de construção de hospitais e também na primeira experiência de aplicação em larga escala dos princípios de exclusão e isolamento. Os leprosários eram construídos, geralmente, fora dos limites da cidade (Miquelin, 1992, p. 34), e representavam também o primeiro espaço de assistência criado especificamente para um patologia.

A partir do século XIII, o hospital medieval começa a se afastar do controle das ordens religiosas e a passar à responsabilidade da municipalidade (Miquelin, 1992, p. 67). Ao final do século XV, a Europa contava com uma extensa rede de hospitais. Somente na Inglaterra eram mais de setecentos e cinqüenta instituições, das quais duzentas e dezesseis destinadas ao atendimento de portadores de lepra (Miquelin, 1992, p. 68).

Com o desaparecimento da lepra, ao final da Idade Média (Foucault, 2000, p. 3), estes espaços da exclusão se tornaram ociosos, sendo ocupados, no século XV, pelos portadores de doenças venéreas, e depois, no século XVII, pelos indivíduos que a sociedade considerava desviantes dos padrões vigentes.

> *"Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Freqüentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e 'cabeças alienadas' assumirão o papel abandonado pelo lazarento..." (Foucault, 2000, p. 6)*

Os últimos quatro séculos do período medieval ofereceram um grande progresso tecnológico, que propiciou, no século XVI, a ascensão de uma civilização moderna, baseada numa economia mercantilista, e o nascimento da própria ciência (Rosen, 1994, p. 75).

1.1.3. Renascimento – Elogio da Loucura

A Renascença pode ser considerada como um período de transição (Rosen, 1994, p. 103), onde se preparou o terreno para as grandes transformações que se dariam no século XVIII, não só no que se refere à saúde, mas, ao próprio pensamento humano. Foi uma época de grande desenvolvimento das letras, artes e da ciência, esta em seus primórdios (Rosen, 1994, p. 74). A Terra já não era mais vista como o centro do Universo. Neste contexto, nasceram as principais correntes do pensamento

moderno: o racionalismo cartesiano, o empirismo inglês e o idealismo alemão, que estenderam sua influência até o pensamento contemporâneo.

Em relação à arquitetura hospitalar, o principal diferencial foi o aumento da complexidade das construções, que apresentavam duas configurações básicas: a configuração cruciforme das plantas e a distribuição de galerias em torno do pátio interno ou claustro. Um dos exemplos mais importantes do período é o Ospedalle Maggiore de Milão, de 1456, com seus “pátios distribuidores, galerias e corredores, pórticos, alojamentos lineares organizados num plano cruciforme e simetria do conjunto com o eixo principal de entrada passando sobre a capela” (Miquelin, 1992, p. 41). Esta construção, segundo o autor, representou um considerável progresso no que diz respeito às condições de salubridade e saneamento.

A emergência do Estado Moderno e as necessidades impostas pela nova sociedade mercantilista influenciaram os rumos tomados pelas políticas de saúde pública neste período, que passaram, então, a representar um papel de destaque, na medida em que "qualquer perda de produtividade de trabalho, decorrente de enfermidade ou morte, tornava-se um problema econômico" (Rosen, 1994, p. 92).

Segundo Rosen (1968, p. 171-172), houve, no século XVI, uma tendência em se internar os indivíduos considerados insanos em instituições especiais, inserindo-os, portanto num plano de assistência pública. Algumas destas instituições se instalavam nos antigos leprosários desativados. Há registros também de casos em que as famílias recebiam ordem para que mantivessem seus parentes loucos encarcerados em torres ou no cárcere das cidades.

Contudo, Foucault destaca uma predominância de aspectos positivos assumidos na visão renascentista da loucura. O autor destaca a ascensão, na metade do século XV, do tema loucura nas artes e na literatura, em substituição ao tema morte, "...e a seriedade que o acompanha" (2000, p. 15-16). Emergia então a loucura, nos quadros de Bosch, nos textos de Brant e no "Elogio da Loucura", de Erasmo de Rotterdam, onde a Loucura, como personagem principal, proclama suas vantagens sobre o mundo da razão e sabedoria.

> *"Fala a Loucura: as pessoas deste mundo falam muito de mim, e estou a par de todo o mal que se ouve falar da Loucura, mesmo entre os loucos. E no entanto sou eu, e mais ninguém, que alegro os Deuses e os homens" (Erasmo de Rotterdam, 1997, p. 5).*

A valorização da razão e da ciência, porém, característica do pensamento renascentista, provocou o início da dissociação da loucura com os aspectos sobrenaturais, passando esta então a ser explicada segundo uma concepção naturalista ou, pelo menos, suscitando a dúvida a respeito de suas causas. A loucura começava, também, a ser controlada, "doravante, ela faz parte das medidas da razão e do trabalho da verdade" (Foucault, 2000, p. 43).

1.1.4. Absolutismo - a Grande Internação

A ascensão das monarquias absolutistas, reduzindo o poderio e a influência da Igreja nas questões de saúde pública, fundou uma relação de dever e paternalismo do soberano para com seus súditos, desenvolvendo assim um verdadeiro policiamento sobre seus atos (a chamada "polícia médica", desenvolvida especialmente nos estados alemães), objetivando a garantia da saúde da nação (Rosen, 1994, p. 96-97). Cresceram também as preocupações com a assistência social da população, antes praticada pelas ordens monásticas. Em alguns países, os hospitais passaram ao controle do Estado e novas instituições foram criadas para dar assistência aos pobres (Rosen, 1994, p. 103).

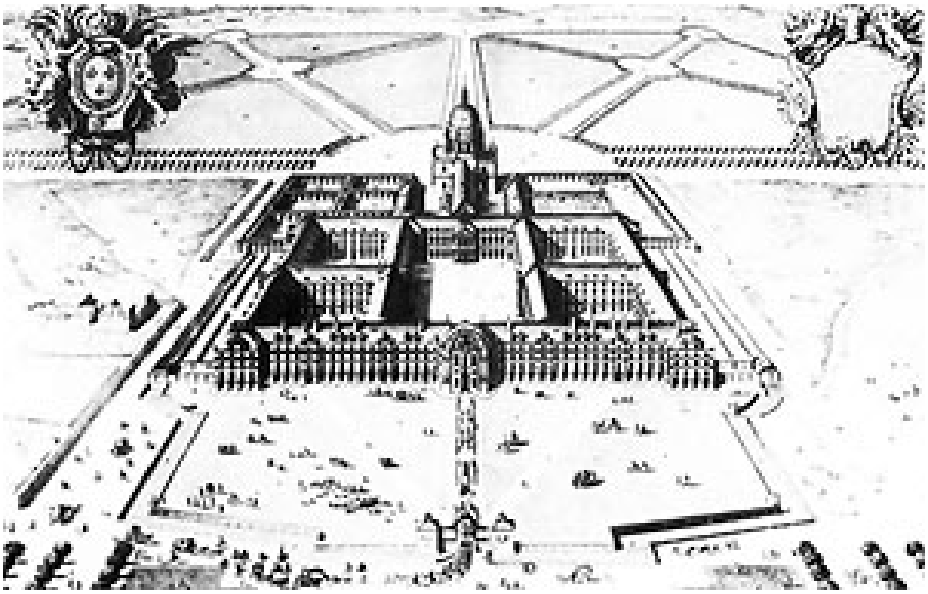


Fig. 06: Hospital dos Inválidos, 1670
Fonte: Costa, 2001

Surgiam então, na França, os primeiros hospitais gerais, que possuíam características de hospital e asilo (Rosen, 1994, p. 103), destinados, a princípio, ao abrigo dos pobres, idosos e incapazes para o trabalho, e mais tarde ao que Foucault denominou de "A Grande Internação" (Foucault, 2000, p. 45-78), amplamente praticada pelo poder absolutista no século XVII. Tratava-se de recolher a

estes hospitais, espontânea ou compulsoriamente, todos os marginalizados, miseráveis, delinqüentes e também os loucos. Nestes espaços, muitas vezes herdados dos antigos leprosários, prestava-se assistência, mas também exercia-se a repressão.

Destacam-se no período importantes avanços na medicina, como o desenvolvimento da doutrina sobre o contágio (teoria dos miasmas) e a descoberta dos organismos microscópicos que hoje conhecemos como cocos, bacilos e espirilos (Rosen, 1994, p. 90). Além disso, especialmente na Inglaterra, houve uma grande valorização do ensino e da pesquisa na área da saúde (Rosen, 1994, p. 103), como importante medida capaz de diminuir a mortalidade, provocando um aumento do contingente populacional. Na França, aconteceram as primeiras iniciativas de se promover levantamentos estatísticos, com o objetivo de orientar as políticas de saúde.

1.2. Os espaços da loucura

A partir do século XVIII, com o desenvolvimento das ciências, observamos o desenvolvimento do fenômeno da "medicalização", ou seja, uma apropriação, pelas ciências médicas, do controle de diversas práticas sociais, em nome da proteção da saúde pública. Neste contexto, uma parcela da população, considerada desviante dos padrões preconizados pela moral e pela emergente necessidade de produção industrial, passou a ser objeto das práticas desta medicalização, sendo então confinada, para tratamento e assistência social. Nesta época, a Medicina incorporou às suas responsabilidades o fenômeno da loucura, desenvolvendo, para o seu tratamento, novas práticas. Nascia, então a Psiquiatria, e com ela, os novos espaços para o tratamento da loucura, que se fundamentavam no isolamento e na exclusão da vida em sociedade.

1.2.1. Iluminismo – o Olhar Científico

O Iluminismo foi um período de intensas transformações em todas as áreas do conhecimento. O foco do pensamento humano se deslocou de Deus, se voltando para o próprio homem e para o mundo à sua volta, propiciando o desenvolvimento de um olhar menos místico e religioso e cada vez mais científico e racional (Silva, 2001). A inteligência e a utilidade da razão começam a ser vistas como elementos propulsores do progresso da humanidade.

> *"Essa verdadeira revolução no pensamento começa com a transformação do olhar do homem sobre ele mesmo e sobre o mundo, a partir de um deslocamento do centro de interesses: de Deus em direção ao homem. O 'motor' dessa profunda modificação : a ascensão da burguesia e do comércio, as inovações tecnológicas, o distanciamento dos dogmas religiosos, o olhar científico até o ponto no qual a natureza, o homem incluído, foram inteiramente desmistificados" (Silva, 2001).*

O período se caracterizou, também, pela grande preocupação em transmitir à sociedade o conhecimento científico e seus resultados, evidente em iniciativas como a de Diderot, d'Alembert, Voltaire e Rosseau na elaboração de sua *Encyclopédie* (Rosen, 1994, p. 110). Entre os diversos temas desenvolvidos na Enciclopédia, estavam os relacionados à duração da vida humana, novos conceitos para o planejamento de hospitais, a problemática dos indivíduos "enjeitados", a relação entre mortalidade e crescimento populacional, além de inovadoras propostas para sistemas de atendimento à saúde.

Segundo Rosen (1994, p. 109), neste período encontram-se os principais fundamentos do movimento sanitário do século XIX. Nascia, nesta época, uma "teoria de ação social para a saúde", com vistas não só às atitudes humanitárias, mas, principalmente, às de controle social.

O período é marcado também pela Revolução Industrial, e pelo grande aumento das populações urbanas, provocando o "inchamento" das cidades e incrementando, ainda mais, o desenvolvimento das ações de saúde pública.

1.2.2. Era Industrial – Medicalização e Institucionalização

A crescente urbanização e a industrialização ensejaram uma nova maneira de abordar as questões sociais e comunitárias. Emergia a visão do indivíduo como força de trabalho, fortalecendo os conceitos de ordem, eficiência e disciplina, destacados por Rosen (1994, p. 112) e Foucault (1983, p. 126), e a valorização de ações sociais, com vistas a uma melhoria das condições de vida.

Na saúde pública, consolidaram-se a prática do controle social e a ciência da polícia médica (Rosen, 1994, p. 112), utilizada na proteção da saúde pública, então ameaçada pelo crescimento desordenado das cidades, propagação de epidemias e pelo desenvolvimento de costumes considerados ofensivos aos padrões morais da época.

Destacou-se, também, a influência do pensamento utilitarista de Jeremy Bentham (1748-1832) sobre as questões sociais e legislativas. Bentham foi o criador do Panóptico, um dispositivo arquitetônico projetado com o objetivo de proporcionar as melhores condições para a prática da vigilância e do controle. Este tipo de configuração representou a materialização, na arquitetura, dos conceitos de disciplina e da necessária vigilância do seu exercício. Foi muito utilizada em projetos de quartéis, hospitais, prisões, e até mesmo em escolas (Foucault, 1983, p. 177).

> *"O panóptico de Bentham é a figura arquitetural desta composição. O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar" (Foucault, 1983, p. 177).*

Até hoje podemos encontrar alguns exemplares e versões derivadas desta tipologia, como por exemplo, edifícios organizados em torno de um pátio interno, que permitem, a partir de um ponto central, a visualização de todas as dependências. Muitas escolas, conventos e quartéis, no Rio de Janeiro e em todo o Brasil, apresentam esta conformação, que agrega, a seu favor, aspectos positivos de conforto ambiental, que terminam por mascarar as primitivas intenções de controle e vigilância.

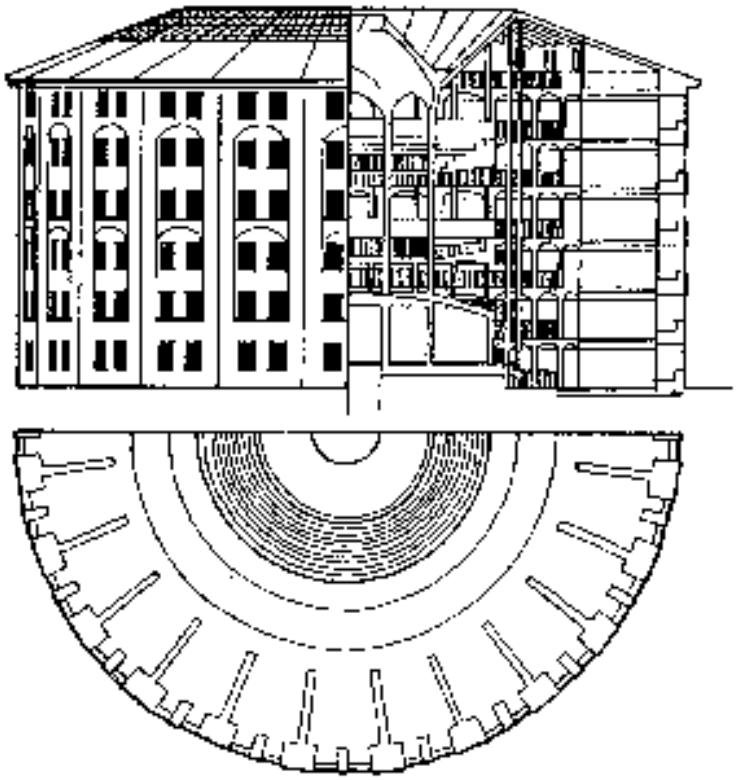


Fig. 07: Panóptico de Bentham

Fonte: www.ucl.ac.uk/Bentham-Project, 2002.

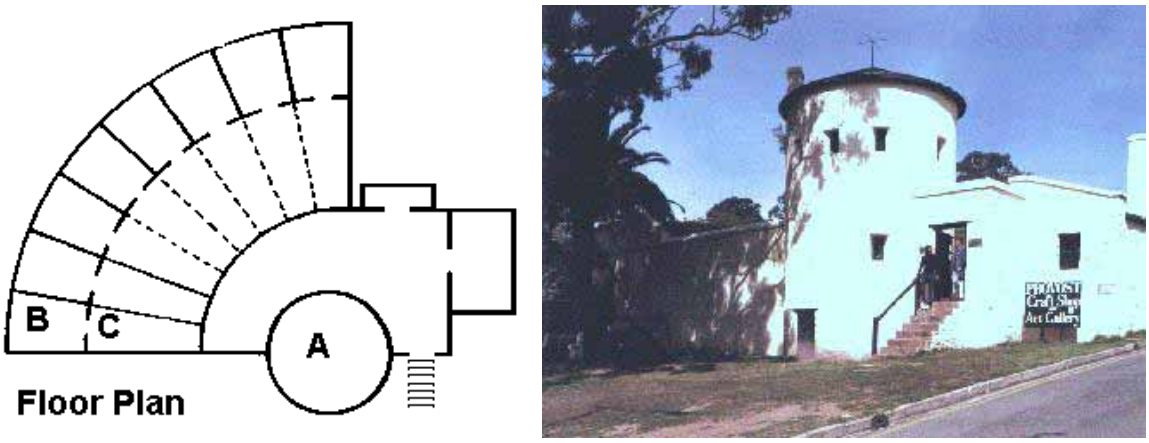


Fig. 08: Planta baixa e foto da Prisão Provost, na África do Sul, 1835

Fonte: www.ucl.ac.uk/Bentham-Project, 2002.

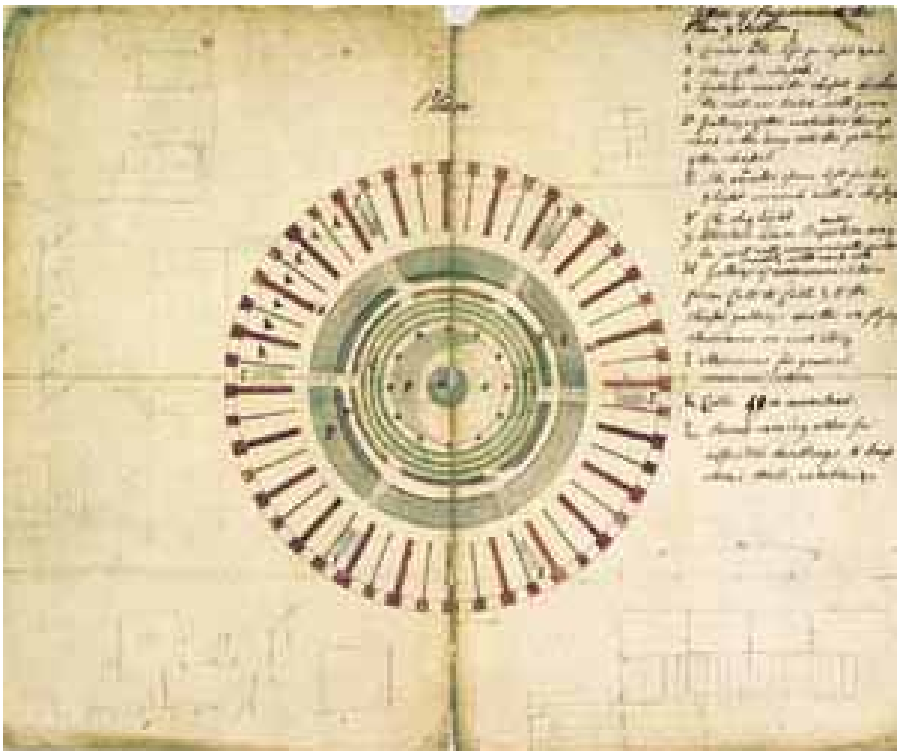


Fig. 09: Planta baixa de uma penitenciária, projeto de 1791
Fonte: www.ucl.ac.uk/Bentham-Project, 2002.

No que se refere à arquitetura hospitalar, o período compreendido entre 1750 e 1830 pode ser considerado como o da origem de diversos conceitos presentes até os nossos dias. Segundo Foucault (1998, p. X), "a medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII". Ocorreu, nesta época, o início do processo de medicalização do espaço hospitalar. O hospital se transformava, então, numa instituição médica, "lugar privilegiado de produção e exercício do saber médico" (Amarante, 1996, p. 40).

Em Londres, começaram a ser construídos hospitais especializados em determinadas patologias, como a varíola, e no atendimento às gestantes e às crianças enjeitadas, além de despontar uma grande preocupação com as doenças relacionadas às condições de trabalho (Rosen, 1994, p. 114-116).

Destacou-se, também, a criação de diversos hospitais, dispensários e prisões, onde os loucos e doentes mentais, considerados perigosos, eram condenados a viver enclausurados, muitas vezes acorrentados. Na época, a insanidade mental era relacionada ao pecado e ao misticismo, e as opiniões sobre suas origens envolviam superstições e mistério (Rosen, 1994, p. 117). E especialmente o culto à razão propiciou o desenvolvimento de um processo de marginalização daqueles indivíduos dela desprovidos.

Na arquitetura hospitalar, foi particularmente um evento, o incêndio do Hôtel-Dieu, de Paris, que provocou uma completa reformulação do seu planejamento. O Hôtel-Dieu, construído entre a Catedral de Notre Dame e o rio Sena, ainda no período medieval, foi um exemplo dos problemas da falta de planejamento e do crescimento desordenado. O hospital chegou a ocupar as duas margens do rio, interligadas por meio de passarelas cobertas (Miquelin, 1992, p. 43).

Fig. 10: Hôtel-Dieu, Paris, 1876

Fonte: www.ap-hop-paris.fr/histoire.docu.htm, 2002.

Fig. 11: Interior do Hôtel-Dieu,Paris

Fonte: Rosen, 1994.

O incêndio chamou a atenção para as condições caóticas do hospital, e a sua reconstrução passou a ser amplamente debatida, bem como motivou pesquisas, como a do médico Jacques Tenon, que analisou detalhadamente a situação de diversos hospitais franceses e estrangeiros, fornecendo um conjunto de normas arquitetônicas e funcionais acerca da concepção e organização do espaço e das atividades realizadas no ambiente hospitalar. Seus relatórios foram publicados em 1788, na obra *Mémoires sur les Hôpitaux de Paris*, que repercutiu internacionalmente (Silva, 2001).

Segundo Silva (2001), "com a obra *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Tenon abriu um importante e inédito diálogo entre arquitetura, prática médica e saúde". Ao final de seus relatórios, apresentou a proposta para a organização que substituiria o velho Hôtel-Dieu, composta de cinco hospitais existentes, que seriam então reformados. Os projetos arquitetônicos foram desenvolvidos pelo arquiteto Bernard Poyet, utilizando as recomendações de Tenon. Na figura abaixo, apresenta-se o projeto para uma destas unidades hospitalares, onde se pode verificar a configuração panótica.

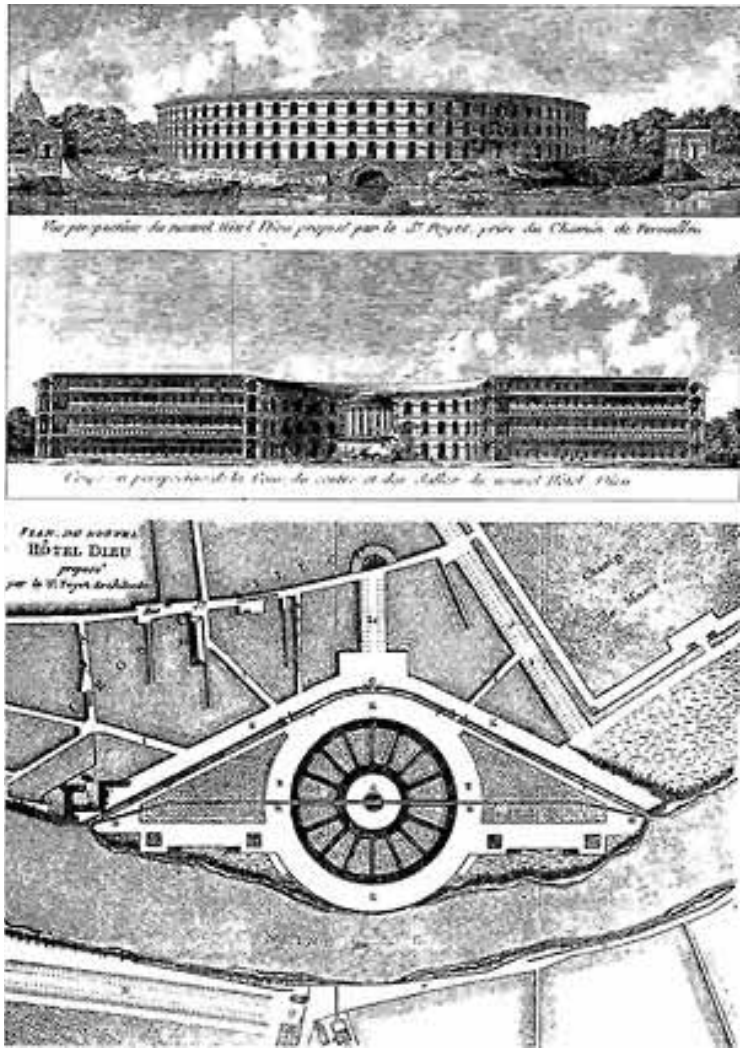


Fig. 12: Proposta de Poyet para o Hôtel-Dieu, 1785

Fonte: Costa, 2001

A proposta, contudo não chegou a ser executada, devido à Revolução Francesa. Mas, a preocupação com as questões ambientais e os espaços hospitalares conquistou definitivamente seu lugar no planejamento em saúde. Na "Carta Hospitalar de Paris", de 1820 (fig. 13, abaixo), estão ilustrados os principais hospitais franceses da época, onde se pode verificar a sua tipologia arquitetônica.

Nos estudos de Tenon e Poyet, foi consagrada, para o espaço hospitalar, a tipologia pavilhonar, presente até o começo do século XX. O Hospital Lariboisiére, construído em Paris em 1854 foi um dos primeiros exemplos da aplicação dos novos conceitos (Silva, 2001).

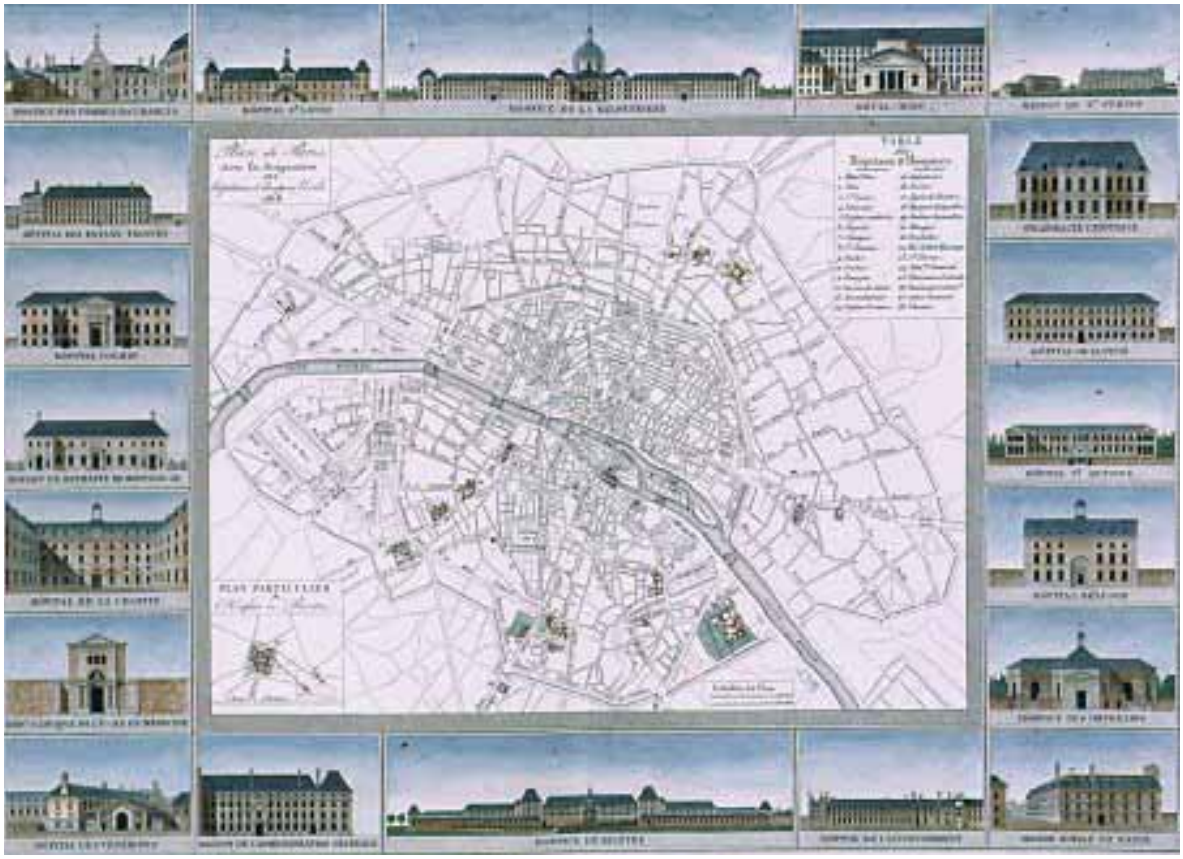


Fig. 13: Carta Hospitalar de Paris, 1820
Fonte: www.ap-hop-paris.fr/histoire/default

Com o advento da industrialização e o conseqüente crescimento das cidades, as péssimas condições de vida e salubridade das populações provocaram a disseminação de várias doenças. A situação caótica dos grandes centros ingleses motivou o movimento para uma verdadeira reforma sanitária, que posicionou a Inglaterra na liderança, no que se referia à saúde pública. Apesar do grande desenvolvimento propiciado pelos estudos de Tenon, o hospital continuava a ser sinônimo de morte e pobreza.

1.2.3. Os Espaços da Loucura como Espaços da Exclusão

A loucura, tornada (por Pinel) alienação mental,
nasce neste duplo campo de saberes, ou neste campo
articulado entre os saberes médico e filosófico.
(Amarante, 2001, p.364)

Comparativamente ao processo de transformação da arquitetura hospitalar, decorrente de uma acelerada evolução das ciências médicas, a evolução dos espaços de assistência à saúde mental aconteceu de forma muito mais lenta e discreta. Podemos observar que estes quase não se modificaram ao longo de sua história. Até os dias atuais encontramos espaços conceitualmente semelhantes aos existentes no século XIX. Um exemplo deste fato é o próprio edifício objeto de estudo neste trabalho: um prédio construído na década de 40, com as características do Movimento Moderno, porém com a antiga configuração manicomial, baseada na alienação e vigilância.

Pode-se considerar, como uma das causas desta lenta evolução, a própria dificuldade enfrentada pela Psiquiatria em desvendar os misteriosos processos da mente humana. Ao contrário das doenças físicas, que se manifestam e evoluem de forma objetiva, concreta – os sintomas são detectados e o tratamento é então prescrito - os distúrbios mentais se apresentam de forma subjetiva e individual, provocando conseqüências imprevisíveis nas atitudes do paciente, sujeitas também a interpretações variadas por parte dos médicos. A Psiquiatria possui, inegavelmente, uma história pontuada por inúmeros insucessos, principalmente quando se valeu de práticas de isolamento e exclusão.

> *"Pois é aqui, por trás dos muros dos manicômios, que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência, no sentido em que resolveu negativamente o problema do doente mental, expulsando-o de seu contexto social e excluindo-o, portanto, de sua própria humanidade..." (Basaglia, 1985, p. 120)*

As dificuldades em se definir tratamentos eficazes e universais para situações que são individuais, a crença irrestrita na periculosidade do indivíduo considerado louco, a característica de cronicidade e irreversibilidade dos casos e todas as questões sociais que eles suscitam, levaram, ao longo da história, à adoção de meros procedimentos de marginalização e confinamento dos indivíduos acometidos por estes distúrbios.

O século XVIII foi o primeiro marco das modificações dos conceitos e formas de tratamento da loucura. Foi nesta época que se deu o nascimento da Psiquiatria, ou Medicina Mental, como era conhecida inicialmente, acompanhando a emergência do fenômeno da medicalização. A loucura, até então associada à desrazão, passa a ser considerada doença mental (Amarante, 1995, p. 24), fundamentando a necessidade do desenvolvimento de um saber que desse conta do seu tratamento.

> *"Neste período acontece algo de extremamente novo, que se pode expressar numa só frase: a loucura é apropriada conceitualmente pelo discurso médico, tornando-se, a partir de agora, única e exclusivamente, doença mental (Amarante, 1996, p. 39)"*

Logo em seguida, estabelece-se, a partir da noção da periculosidade do louco, a relação tutelar e o respectivo espaço institucional a ele destinado.

Data do início do século XIX a construção de diversas instituições asilares, destinadas especificamente ao confinamento dos doentes mentais, paralela e analogamente ao surgimento das primeiras instituições penais, militares e até mesmo escolares, fundadas nos conceitos de rigidez disciplinar e eterna vigilância e punição. Estas instituições, que costumavam manter acorrentados os seus pacientes, visavam "a proteção da ordem social contra a desordem dos loucos, e as necessidades da terapêutica, que pediam o isolamento dos doentes" (Foucault, 1985, p. 126).

No final do século XVIII, ganha força o que Rosen (1994, p. 117) e Amarante (1996, p. 39) consideram a primeira reforma do atendimento à insanidade mental, paralelamente a diversos movimentos de reforma, como o do sistema penal, o da saúde infantil e o dos direitos do homem, por sua vez fundamentados nas emergentes idéias humanistas.

As primeiras iniciativas aconteceram na França e na Inglaterra e em menor escala em outros países da Europa. Os principais nomes desta época, no que se refere à recém constituída Medicina Mental foram G. F. Jaegerschmid e Vincenzo Chiarugi, que tinham como proposta uma maior liberdade para os pacientes, e mais tarde, William Tuke, e de Philippe Pinel. Tuke acreditava na eficácia de um ambiente familiar, exercícios e atividades, em detrimento da violência e do enclausuramento.

Pinel, influenciado pelas experiências bem sucedidas de Tuke, promoveu, nas instituições em que atuou, um processo de humanização do tratamento, por ele denominado "tratamento moral". Nesta época, foram criados diversos hospícios, onde eram aplicadas as idéias de Pinel, então publicadas no *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale* (1801). Este primeiro movimento pela humanização se estendeu a vários países, inclusive no continente americano. Os novos modelos de

hospícios e a melhoria dos padrões profissionais, além de introduzirem formas mais humanas de tratamento, possibilitaram um desenvolvimento dos estudos científicos sobre os distúrbios mentais.

Abaixo, o célebre quadro que representa Pinel libertando as loucas do hospício da Salpetrière, uma das instituições em que atuou.

Fig. 14: Quadro de Tony Robert-Fleury, "Loucas da Salpêtrière", 1886
Fonte: www.rio.rj.gov.br/saude/pinel/historico/corpo-his, 2002

1.3. As Instituições de Assistência à Saúde Mental no Rio de Janeiro

"Uma vez empossado da licença, começou logo a construir a casa.
Era na Rua Nova, a mais bela de Itaguaí naquele tempo; tinha
cinqüenta janelas por um lado, um pátio no centro, e numerosos
cubículos para os hóspedes. Como fosse grande arabista, achou
no Corão que Maomé declara veneráveis os doidos, pela
consideração de que Alá lhes tira o juízo para que não pequem.
A idéia pareceu-lhe bonita e profunda,
e ele a fez gravar no frontispício da casa."
(Machado de Assis, 1994, p. 2)

Visando a compreensão do contexto que levou às práticas da exclusão social dos loucos no Rio de Janeiro, propomos uma breve passagem pela história da assistência à saúde no Brasil, pois, como afirma Amarante (1994, p. 74), "a história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social".

Destacam-se primeiras experiências da intervenção de um poder médico sobre a sociedade, por ocasião das grandes epidemias, como a da lepra no Rio de Janeiro e a da peste (febre amarela). Estas experiências, embora não significassem ainda a constituição de uma medicina social, deram início à legitimação do controle e da vigilância da autoridade sobre a vida da sociedade, fato que mais tarde, no século XIX, se estende ao fenômeno da loucura.

1.3.1. A Assistência à Saúde no Brasil Colonial e Imperial

As informações que se seguem foram levantadas no livro "Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil", de Roberto Machado (1978, p. 58-99).

Os primórdios da assistência à saúde no Brasil foram registrados no período colonial, representados pelos hospitais coloniais, que, para Machado (1978, p. 58-59), nada tinham de precursores dos hospitais contemporâneos, principalmente pela "ausência de medicalização". A assistência era praticada por religiosos, que contavam com auxiliares, muitas vezes escravos, e a prescrição de medicamentos, por boticários. A Santa Casa do Rio de Janeiro contava, no início do século XVIII, com apenas "dois médicos, um cirurgião e um enfermeiro auxiliado por um ajudante e mais dois escravos" (Machado, 1978, p. 59).

A precariedade das acomodações era evidenciada nos casos de pestes, como a da varíola, em Salvador, quando o Hospital Militar da Casa da Misericórdia, com capacidade para 70 leitos, chegou a abrigar 400 pacientes, acomodados em esteiras.

Na Santa Casa da Bahia, no século XVIII, foram incorporadas acomodações destinadas aos loucos, denominadas de "casinhas de doudos", limitando-se, porém, a espaços de reclusão, não oferecendo tratamentos. Junto aos loucos, eram acomodados os carregadores de caixões de defuntos, a eles nivelados socialmente. Segundo Machado (1978, p. 62-63), a organização dos espaços era determinada por aspectos sociais e religiosos, em detrimento das questões de ordem médica.

Especialmente a função religiosa era valorizada no hospital colonial, onde altares eram dispostos de forma a que todos os enfermos pudessem ter a sua visão. O espaço era organizado "de maneira a preparar [os doentes], pela religião, para uma boa morte" (1978, p.63).

O hospital era, então, destinado à população mais pobre, promovendo uma assistência social, em alguns casos, como o da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, também estendida à crescente leva de forasteiros, soldados e marinheiros.

Surgiu então um primeiro movimento para a criação de hospitais exclusivos para o atendimento aos militares, já que as Santas Casas, para atendê-los, começava a falhar na sua função principal, que era assistir à população pobre. Porém, estas propostas ainda não foram adiante, e até meados do século XVIII, os militares continuaram a ser atendidos nas Santas Casas.

Verifica-se, portanto, nesta época colonial, a inexistência de uma política de medicina social, por parte da administração pública, que se limitava a contribuir, de forma esparsa, com as ordens religiosas que praticavam a assistência.

As primeiras intervenções do poder público nas questões da saúde se deram em decorrência do alastramento da peste, em Recife e Salvador, no final do século XVII, e da lepra, no Rio de Janeiro, do final do século XVII até meados do século XVIII. Especialmente a lepra se tornou um caso de saúde pública, ao ameaçar a sobrevivência da cidade e sua população (Machado, 1978, p. 73). A certeza do contágio, proporcionado pela "comunicação das gentes", fez com que a Câmara Municipal, apoiada pela população, que se sentia ameaçada, tomasse a iniciativa de combater o mal.

Segundo Machado (1978, p. 77), neste momento, o médico, que até então era destituído de poder, assumia, pela primeira vez, um papel de liderança, mesmo que subordinado a uma autoridade, na

condução de um “plano de combate” ao leproso, que consistia no seu afastamento da cidade e na criação de lazaretos. A função básica destes locais era o abrigo e o isolamento, sendo “a idéia de cura e tratamento inexistente ou secundária” (1978, p. 78). Os médicos recebiam, então, o poder de determinar o recolhimento dos indivíduos em que se constatassem as chagas da lepra, de modo a proteger a cidade do risco oferecido pela sua presença.

No Rio de Janeiro, o primeiro lazareto foi criado na casa dos jesuítas, em São Cristovão, cedida pelo governo e adaptada para esta finalidade. A sua localização e a organização definida para o seu funcionamento favoreciam, segundo os critérios da época, a exclusão do doente da vida na cidade, evitando, assim, a disseminação do mal (Machado, 1978, p. 138).

Para o autor, porém, há uma grande distância entre um projeto de medicina social e esta prática de combate à lepra, na medida em que não se utilizou, neste caso, princípios contemplados pela medicina social. Entre estes princípios, o autor destaca:

> *“[...] a transformação do espaço para eliminar causas de doenças, construção de uma cidade produtora e propiciadora de saúde dos habitantes; intervenção anterior à doença, ação que abrange toda a sociedade e não somente os doentes; criação de espaços terapêuticos e não de espaços de exclusão (Machado, 1978, p. 82).”*

Também no caso da peste, em Recife, verificou-se a intervenção do poder público, porém, de forma diferenciada, em função da própria natureza então atribuída à doença. Na época, um médico, Ferreira da Rosa, atuando como consultor subordinado ao Marquês de Montebelo, atribuía às condições do ar, dos astros e aos maus costumes morais a propagação da peste (Machado, 1978, p. 85-98).

O fato ensejou a campanha sanitária de 1691, onde foi promovida a limpeza e defumação de dependências e objetos, o recolhimento dos doentes, mesmo que forçado, aos hospitais e, principalmente, um amplo movimento de moralização dos costumes, que recebeu o apoio e a participação intensiva das ordens religiosas jesuítas. Estas, através da prática assistencial, aproveitavam para afirmar o seu poderio, convertendo e moralizando uma população aflita diante da morte.

Na verdade, segundo o autor (1978, p. 99), os religiosos obtiveram sucessos, ao substituírem médicos e cirurgiões, também acometidos pela peste. Utilizando-se de seus conhecimentos de

ervas e elixires, somados ao conforto espiritual, atuaram medicamente sobre a população, respaldados pela ineficácia do saber científico diante da epidemia.

A iniciativa seguinte, destacada pelo autor, de intervenção do poder sobre a população, se deu devido às necessidades de defender o território da Colônia, no século XVIII, do perigo das invasões e das revoltas internas. Isto se verificava, especialmente, no Rio de Janeiro, sede do Vice-Reinado. Surgiu, então, a preocupação de desenvolver um conhecimento sobre este território, bem como sobre a sua população.

Constatou-se, na época, a desqualificação das tropas militares, e também a existência de um enorme contingente dos chamados "vadios". Estes, para escaparem ao recrutamento, se escondiam no mato e "cometiam toda a sorte de insultos" (Machado, 1978, p. 111). Para disciplinar esta população, foram concebidas medidas, por parte do Vice-Rei, que consideravam imprescindível integrá-la nos centros urbanos. Somente ali, com a presença do poder e da Igreja, é que se poderia controlá-los.

Desenvolveu-se, então, um projeto de militarização da sociedade, através da criação de tropas auxiliares, que visava resolver, os dois problemas: a defesa da Colônia e a organização física e moral da sociedade. Esta nova mentalidade, focada na disciplina e organização, propiciou, também, o surgimento de um novo enfoque para a questão da saúde (Machado, 1978, p. 122).

A militarização, por sua vez, implicou na necessidade da criação de hospitais militares, para o atendimento aos soldados feridos e doentes, já que a Santa Casa não conseguia satisfazer a crescente demanda. O primeiro deles, no Rio de Janeiro, foi o Hospital Real Militar, inaugurado em 1768, no antigo colégio dos jesuítas, no Morro do Castelo.

O autor destaca, então, a função assumida pela instituição hospitalar, no final do século XVIII: ele passa a representar "uma instância pública que, operando sobre uma dada população, garante os interesses da administração colonial na área do trabalho e da defesa" (Machado, 1978, p. 133), se afastando da missão humanitária e religiosa representada pelas Santas Casas.

> *"A doença acompanha a pobreza, o ócio, o vício, o crime, características das cidades sem trabalho, entregues ao luxo ilusório que a escravidão possibilita. O hospital não tem mais a missão humanitária e religiosa. Ele será percebido como instrumento político, instrumento de governo." (Machado, 1978, p. 133)*

No final do século XVIII, o autor destaca, ainda, os primórdios de uma intervenção do saber médico, designado pelo governo, sobre os problemas urbanos. Estes problemas eram representados, inicialmente, pelos escravos recém-chegados que, segundo a visão da época, assim como os leprosos, eram portadores de ameaça à saúde e à moral ao se inserirem, diretamente dos navios negreiros, no espaço urbano. Estes escravos passaram, então, a ser transportados dos navios para uma região mais afastada do centro urbano, sendo os doentes transferidos para o outro lado da cidade, onde eram curados e depois inseridos nas frentes de produção.

Iniciavam-se, também, estudos sobre as condições do ambiente urbano, as causas de insalubridade, a degeneração do ar e as medidas necessárias ao restabelecimento da sua qualidade. Estes trabalhos, que se baseavam nos conhecimentos médicos, alavancaram o desenvolvimento do planejamento urbano, "vital para a luta contra a doença" (Machado, 1978, p. 146).

A partir de 1808, data da chegada, ao Brasil, da corte portuguesa, desenvolveram-se ainda mais os estudos acerca do planejamento urbano e da saúde pública. D. João VI, desejando tomar conhecimento das causas das doenças e de como eliminá-las, realizou consulta à corporação dos médicos, que recomendou a implantação de uma polícia sanitária na cidade. A medida é associada, pelo autor, à "polícia médica" utilizada pelos estados absolutistas (ver ítens 1.1.4 e 1.2.2), como forma de "neutralizar os focos de doença" (1978, p. 165).

A polícia médica local era representada pela Intendência Geral de Polícia, que assumia a tarefa de zelar pela saúde da população, através de medidas que iam do aterro de pântanos, calçamento de ruas, canalização de águas, ao combate à ociosidade e aos maus costumes.

O estabelecimento da corte em nosso território propiciou um grande desenvolvimento nas práticas médicas e sanitárias, através do incentivo ao ensino e da criação de Escolas e Faculdades de Medicina. A recém criada Sociedade de Medicina, por sua vez, reivindicava para si a capacidade de promover, através das ciências médicas e naturais, a implantação de um projeto de medicina social (1978, p. 185-186). Esta assumia, como espaço para sua atuação, a cidade e, como objeto da sua intervenção, a sociedade.

1.3.2. A Constituição da Psiquiatria - aos Loucos, o Hospício

No Brasil, o processo por que passou a abordagem da loucura foi semelhante ao verificado na Europa do século XVII, ocorrendo, porém, somente no século XIX, acrescido das peculiaridades da nossa situação econômica e social (Resende, 1990, p. 29). Também em nosso país, o fenômeno da

loucura foi incorporado ao conjunto de objetos focalizados pela ascendente medicina social. O acelerado processo de urbanização, com todas as suas indesejadas conseqüências na ordem pública, concorreram para que isto se viabilize.

Até o século XIX, os loucos gozavam de certa liberdade, numa sociedade ainda predominantemente rural. Os loucos pobres vagavam pelos vilarejos e cidades, vivendo da caridade ou exercendo pequenos serviços. Caso praticassem atos de violência, eram recolhidos às cadeias por curtos períodos de tempo.

Segundo Resende, “a impressão mais marcante é a de que a doença mental no Brasil parece ter permanecido silenciosa por muito tempo, suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro” (1990, p. 31).

Em outros países, a industrialização, ao desencadear a formação de uma nova ordem social e econômica, fez com que os loucos passassem a representar uma ameaça a esta ordem. No Brasil, porém, no momento em que aconteceu esta ruptura nos conceitos que a sociedade mantinha em relação aos loucos, ainda não estava instalada a nova ordem capitalista e industrial. Aqui, portanto, foram outros os fatores que provocaram a ruptura, entre os quais o sistema escravocrata. Em ambos os casos, entretanto, a ameaça representada pelos loucos foi combatida com a sua exclusão do meio social (Resende, 1990, p. 29).

A economia fortemente apoiada no trabalho escravo fez com que restassem poucas opções de ocupação ao restante da população que não estava entre os escravos e nem entre os senhores de terras. Com o tempo, foi crescendo a população de desocupados e de pessoas inadaptadas ao trabalho. Entre estas pessoas estavam escravos alforriados e mestiços, que passam a ocupar, então, as ruas das cidades, provocando a reação da sociedade (Resende, 1990, p. 33).

Cresce a exigência, por parte da sociedade, da adoção de medidas que pudessem conter este processo, e devolver a segurança às ruas das cidades. Estas medidas deveriam ser colocadas em prática pela chamada polícia médica. O tratamento dispensado aos loucos e marginalizados, em geral, no Rio de Janeiro, passa então a ser o seu trancafiamento nos hospitais gerais, quase sempre ligados a ordens religiosas e filantrópicas.

No Rio de Janeiro, a Santa Casa de Misericórdia chegou a abrigar diversos destes indivíduos "perturbadores da ordem social", porém, segundo críticas da época, não ofereciam as condições, do ponto de vista médico, para mantê-los e, muito menos, para recuperá-los.

"A repartição dos homens, por exemplo, fica no andar térreo, embaixo de uma enfermaria-escola que, por ter o assoalho de tábuas sem forro, expõe os alienados continuamente ao barulho; as janelas dos quartos dão para o quintal onde se encontram bois, bestas e carros, não permitindo o isolamento com relação ao exterior, expondo os loucos não só ao ruído, como também aos ludíbrios dos transeuntes, [...]. Além disso, o tratamento moral não é praticado; muitos dos meios do tratamento físico faltam ou são impossíveis; não há divisão para as diversas espécies da loucura; também não há banhos, jardins para passeio, regime especialista e os enfermeiros não têm qualificação alguma, além de estarem sempre em rodízio pelo hospital." (Machado, 1978, p. 378)

A citação acima expõe, com clareza, o quadro do tratamento dado aos loucos na época, bem como ilustra os primórdios de um discurso de abordagem médico-psiquiátrica que se estendia em direção à loucura em nosso país.

Fig. 15: Hospital Geral, século XIX
Fonte: CD-Rom Projeto Memória da Psiquiatria, 2000

A partir de 1830, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro passou a divulgar a palavra de ordem "aos loucos o hospício", alertando para a periculosidade do louco e propondo a sua reclusão em um espaço apropriado. Esta reclusão se destinava principalmente aos loucos pobres, pois os ricos já costumavam ser mantidos em isolamento em quartos fechados nas próprias casas.

O principal alvo da polícia médica deveria ser, então, a população desviante que se avolumava pelas ruas da cidade (Machado, 1978, p. 377).

> *"O louco faz seu aparecimento como um perigoso em potencial e como atentado à moral pública, à caridade e à segurança. A loucura é perigo a ser evitado das ruas da cidade. Liberdade e loucura são antônimos (Machado, 1978, p. 377)."*

Na ocasião, muitos loucos eram recolhidos à Santa Casa de Misericórdia, que os mantinha encarcerados em seus porões, em condições que geravam críticas da classe médica, por não oferecerem possibilidades de tratamento médico e recuperação. Desenvolveu-se, portanto, uma comparação entre as condições precárias da reclusão na Santa Casa e o espaço, considerado ideal, de um hospício, no campo, que ofereceria todas as condições ambientais e tratamento especializado e adequado à recuperação do louco.

> *"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 tranqüilidade, 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 os 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 é impossível obter-se boas curas e com facilidade (de Simoni apud Machado, 1978, p. 380)."*

No Brasil, segundo Machado (1978, p. 375), o nascimento da Psiquiatria foi marcado pela determinação, por D. Pedro II, em 1841, da criação do primeiro hospital de doentes mentais, a ser edificado numa chácara pertencente à Santa Casa. Para o autor, o nascimento da psiquiatria foi decorrência do processo de medicalização da sociedade, do controle social imposto sobre os indivíduos e populações (Machado, 1978, p. 376). O comportamento do louco passou, então, segundo o projeto da psiquiatria, a ser patologizado e "considerado anormal e, portanto, medicalizável".

Portanto, conforme destaca Machado (1978, p. 380), a intervenção médica sobre o fenômeno da loucura se fundamentou na criação da instituição “capaz de medicalizá-lo”, dominando-o, subjugando a sua ameaça e, finalmente, inserindo-o nos objetivos da medicina do espaço social.

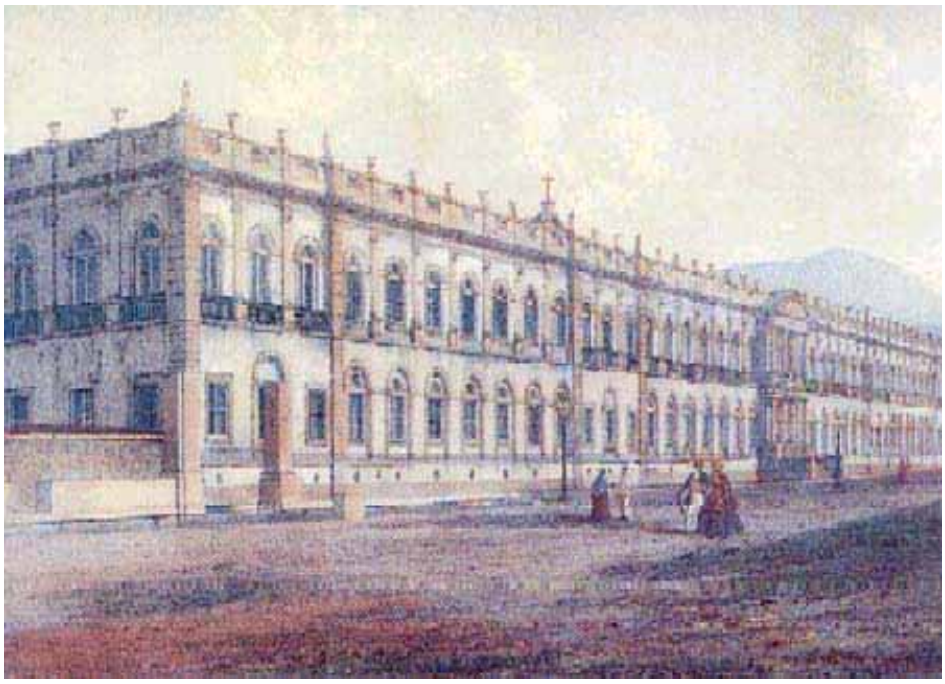


Fig. 16: Hospital Pedro II, gravura de Victor Frond, 1852
Fonte: CD-Rom Projeto Memória da Psiquiatria, 2000

Em 8 de dezembro de 1852, inaugurava-se, então, na Praia Vermelha, o Hospício de Pedro II, abrigando 144 alienados, provenientes da Santa Casa e da enfermaria provisória que havia sido criada na Praia Vermelha. A edificação, de arquitetura imponente, era inspirada nos moldes dos mais conceituados asilos europeus, especialmente nos modelos franceses defendidos por Pinel e por seu sucessor, Esquirol (FIOCRUZ, 2000). O hospício deveria ser um instrumento de cura, sendo a sua organização cuidadosamente planejada, assim como a localização dos pacientes no seu interior. Segundo Esquirol, "o plano de um hospício de alienados não é algo indiferente que se possa abandonar aos arquitetos" (Esquirol apud Machado, 1978, p. 434).

Como princípio básico a ser adotado na nova instituição estava o isolamento, considerando que o louco deveria ser afastado do seu convívio familiar e social, segundo o pensamento da época, capaz de causar e potencializar a alienação mental. O isolamento objetivava modificar os hábitos relacionados ao desenvolvimento da loucura, possibilitando, assim, a sua cura, e facilitando, além disso, a observação e a intervenção médica (Machado, 1978, 431).

O espaço do hospício, descrito em detalhes por Machado (1978, p. 432-438), deveria, portanto, em sua organização, concorrer ativamente para a eficiência do tratamento que ali se propunha desenvolver. Sendo assim, a sua arquitetura foi planejada da seguinte forma:

> *"O hospício é [...] dividido em duas partes simétricas. Tem a forma de um retângulo com um bloco central separando essas duas alas laterais, cada uma contendo dois pátios internos. Cada divisão está ainda subdividida em três classes. A primeira classe que dispõe de quarto individual; a segunda, com um quarto para dois alienados e a terceira, que congrega também os indigentes, dispõe de enfermarias gerais para quinze pessoas. E a distribuição dos indivíduos ainda se refina pela divisão dos pensionistas de primeira e segunda classes em tranqüilos e agitados e os de terceira classe e indigentes em tranqüilos limpos, agitados, imundos e afetados de moléstias contagiosas." (Machado, 1978, p. 433)*

Percebe-se aí o fato do espaço do hospício ser um "espaço classificatório", conforme denomina Machado, que destaca também outra propriedade contemplada pelo seu projeto: a de favorecer as condições para a vigilância, medida essencial do tratamento, presente através do "princípio da inspeção", definido por Bentham em seu panóptico (ver ítem 1.2.2).

Entretanto, apesar de toda a grandiosidade que se procurou imprimir ao projeto da instituição, logo começaram a surgir as críticas, que se dirigiam, principalmente, à limitada influência do saber médico e da ascendente "ciência alienista", e à hegemonia dos aspectos filantrópicos e religiosos, representados pela administração exercida pela Santa Casa (FIOCRUZ, 2000).

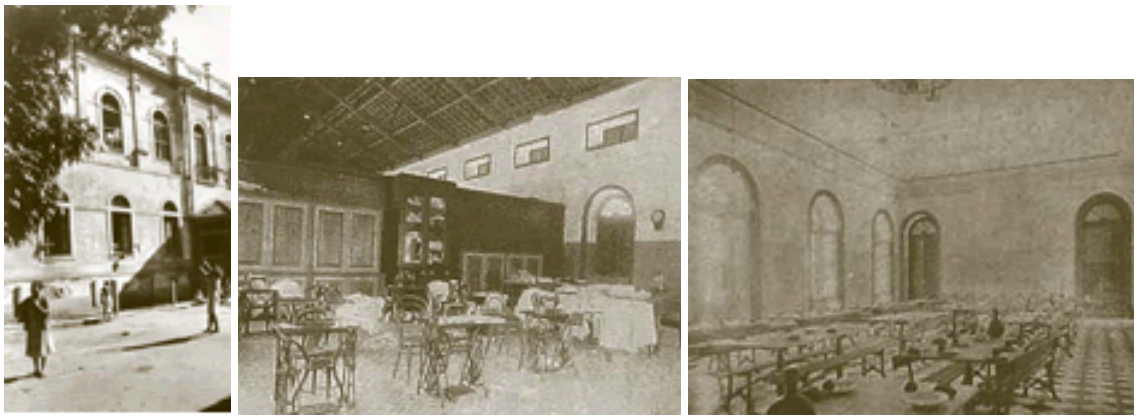
Uma das críticas se referia justamente à imponência da arquitetura, cujo planejamento teria negligenciado as questões terapêuticas, supervalorizando as estéticas e ornamentais. As possibilidades oferecidas pela organização do seu espaço se mostravam insuficientes às demandas dos tratamentos, especialmente no que se refere às classificações dos pacientes. Reconhecia-se que a criação do hospício representava uma importante etapa histórica, ao contemplar um espaço especialmente destinado aos loucos, porém, caberia aos médicos psiquiátricos a definição das diretrizes para um espaço realmente terapêutico (Machado, 1978, p. 453).

O principal representante desta onda de críticas foi João Carlos Teixeira Brandão, que no final do século XIX, divulgava a sua insatisfação com o caráter filantrópico assumido pela instituição, a preferência pela internação dos que podiam pagar, a falta de critérios para a internação, a superlotação, a falta de médicos, a mistura de diferentes tipos de moléstias, a presença de alienados

criminosos e de crianças em meio aos adultos. Teixeira Brandão, que em 1987 assumiu a direção do Hospício, reinvindicava um maior intervenção médica na instituição, já que o ato de "seqüestrar" o louco deveria ser determinado pela ciência, e não um ato de caridade (FIOCRUZ, 2000).

> *"O isolamento, conforme prescrito pelas ciências naturais, que estavam na base do Alienismo, era um ato fundamental de conhecimento: o isolamento era um ato epistemológico por excelência. Em outras palavras, o isolamento possibilitava a relação direta e pura, sem interferências, do observador para com o objeto. Evitava as interferências do meio ambiente (no caso,a sociedade) no objeto de conhecimento (no caso, a alienação), interferências estas que impossibilitavam e prejudicavam a observação pura da coisa em si, em seu estado natural." (FIOCRUZ, 2000)*

O agravamento das críticas acarretou um verdadeiro litígio entre a administração pública e a Santa Casa, somado às alegações de que a localização do Hospício, numa área já populosa da cidade, era imprópria, e sua arquitetura era inadequada. Em suma, o hospício já não oferecia condições para o cumprimento de seu objetivo, que era a cura dos alienados. Em janeiro de 1990, o Hospício foi desvinculado da Santa Casa, assumindo a denominação de Hospício Nacional de Alienados, e passando à administração médica (FIOCRUZ, 2000).

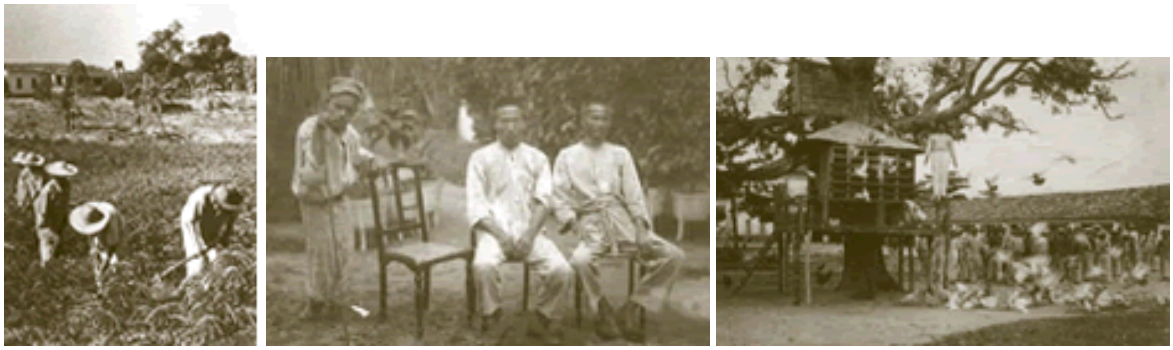


Figs. 17, 18 e 19: Pátio feminino, sala de costura e refeitório do Hospital Pedro II
Fonte: CCS – Mostra Virtual "Memória da Loucura"

Em fevereiro de 1890, foi criada a Assistência Médico-Legal a Alienados, dirigida por Teixeira Brandão, e composta pelo Hospício Nacional de Alienados e pelas novas Colônias de Alienados da Ilha do Governador, as Colônias de São Bento (masculina) e Conde de Mesquita (feminina). O modelo das colônias, inspirado em modelos europeus e geralmente afastadas dos grandes centros,

estava em ascensão, pois permitia o desenvolvimento de práticas agrícolas, recomendadas pelo tratamento moral de Pinel (ver ítem 4.1, estudo de caso).

Este processo, composto pela estatização do Hospício, a criação da Assistência e das duas colônias, as primeiras da América Latina, representou, segundo Amarante (1994, p. 76), a primeira reforma psiquiátrica no Brasil.



Figs. 20, 21 e 22: Trabalho agrícola, pacientes e aviário, das Colônias da Ilha do Governador
Fonte: CCS – Mostra Virtual "Memória da Loucura"

Estas colônias foram posteriormente desativadas, sendo seus pacientes transferidos para o Engenho de Dentro e para Jacarepaguá, dando origem, respectivamente, à Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro (atual IMAS Nise da Silveira, estudo de caso, ítem 4.1) e à Colônia Juliano Moreira.

Teixeira Brandão, principal articulador deste primeiro movimento de reforma, foi sucedido na direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados por Juliano Moreira, que incorporou às práticas francesas, até então dominantes, elementos da escola alemã (Amarante, 1994, p. 77).

Na década de 30, foram agregadas aos tratamentos as novas descobertas da psiquiatria: o choque insulínico, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia, tornando-a, então, mais poderosa (Amarante, 1994, p. 78).

Fig. 23: Dependência para eletrochoque
Fonte: CCS – Mostra Virtual "Memória da Loucura"

Nos anos 50, destaca-se o aparecimento, no mercado, dos primeiros neurolépticos, e na década de 60, a privatização da psiquiatria, efetivada com a "compra dos serviços psiquiátricos pelo Estado", através do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. Estes fatores, ao tornarem a doença mental objeto de lucro, contribuíram para o desenvolvimento da chamada "indústria da loucura", que marcou as décadas de 60 e 70 (Amarante, 1994, p. 79).

Fig. 24: Hospital Pinel, 1966

Fonte: SMS, 2002

Os abusos cometidos, chegando ao ponto de se destinarem 97% dos recursos da saúde mental para as internações hospitalares, contribuiu para o agravamento da crise da Previdência nos anos 80, obrigando o Estado a tomar medidas de racionalização, que incluíram o sistema de Co-Gestão entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, criação do Conselho Consultivo da Administração de saúde Previdenciária - CONASP, responsável por elaborar um plano de reorientação da assistência psiquiátrica, criação das Ações Integradas de Saúde - AIS, dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS e, finalmente, do Sistema Único de Saúde - SUS. Segundo Amarante (1994, p. 80), como principais conceitos destacados neste processo, situam-se a descentralização, a municipalização e a participação de setores representativos da sociedade na formulação das políticas de saúde.

Fig. 25: Corredor de hospital psiquiátrico

Fonte:Revista Saúde em Debate, 2002

CAPÍTULO 2

ESPAÇOS DA SAÚDE MENTAL

"Fui pelo abandono abandonado

Aqui dentro, ... do lado de fora."

(do filme "Bicho de Sete Cabeças, inspirado no livro

"O Canto dos Malditos", de Austregésilo Carrano)

2.1. O processo da Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica contemporânea é um movimento que ganhou força nos países ocidentais principalmente após a Segunda Guerra Mundial. No pós-guerra, afirmava-se o combate ao modelo manicomial, que passava então a ser comparado aos campos nazistas de concentração (Amarante, 1995, p. 28). O movimento visava uma revisão das formas de tratamento utilizadas pela psiquiatria tradicional, que incluíam o isolamento e a exclusão social, além de práticas ainda mais violentas, como a prisão, a lobotomia e o eletrochoque.

A Reforma representa uma revolução nos paradigmas do saber psiquiátrico, que abandona uma postura de tratamento da loucura ou doença mental como fenômeno isolado, em favor de uma política de promoção da saúde mental (Birman & Costa apud Amarante, 1995, p. 21), intervindo, se necessário, para o cumprimento deste objetivo, em todos os aspectos da vida do indivíduo portador de sofrimento mental.

Para Birman e Costa (apud Amarante, 1995, p. 22), o movimento pode ser dividido inicialmente em dois períodos: o primeiro, "marcado por um processo de crítica à estrutura asilar, responsável pelos altos índices de cronificação", e representado pelas comunidades terapêuticas e pela psicoterapia institucional, primeiras experiências na abordagem coletiva, visando uma o desenvolvimento de uma interação dos pacientes entre si e com as equipes; o segundo, "marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, organizando-o com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental", onde se destacaram a psiquiatria de setor (setor territorial definido na região de abrangência do hospital) e a psiquiatria preventiva, que deslocavam para fora dos limites do hospital, na comunidade, etapas do tratamento, como a prevenção e a "pós-cura". Nestes dois períodos, porém, ainda se acreditava "na instituição como *locus* de tratamento e na Psiquiatria enquanto saber competente" (Amarante, 1995, p.22-35).

Porém, segundo os autores, é num terceiro período, a partir da antipsiquiatria, surgida na década de 60 (que tinha como proposta a desconstrução do saber médico sobre a loucura), das propostas do psiquiatra italiano Franco Basaglia, e da psiquiatria democrática italiana, movimento político constituído em 1973, que se opera a decisiva ruptura, que coloca em questão os conceitos e posturas da psiquiatria tradicional frente à doença mental (Amarante, 1995, p. 42-50). Neste contexto, afirma-se o conceito de desinstitucionalização, não como mera desospitalização, muito menos como desassistência (Amarante, 1996, p. 17-27), mas como "desconstrução e, ao mesmo tempo, um processo de invenção de novas realidades" (Amarante, 1996, p. 32).

Em seu livro “A Instituição Negada”, Basaglia narra, de forma intencionalmente contundente, as suas experiências na direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na década de 60, onde promoveu as primeiras práticas na direção de uma desinstitucionalização. Utilizando inicialmente o modelo de comunidade terapêutica, realizou um trabalho de humanização (Amarante, 1995, p. 49), que incluía um processo de transformação das relações entre pacientes e funcionários, passando pelo que chamou de “despsiquiatrização”, “a tentativa de colocar entre parênteses todos os esquemas, para ter a possibilidade de agir em um território ainda não codificado ou definido” (Basaglia, 1985, p. 29).

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

O livro narra os sucessos e as dificuldades encontradas no dia a dia da instituição durante o processo de Reforma, como por exemplo, a abertura progressiva dos diversos setores, a retirada das grades, as impressões dos internos diante da liberdade, através da transcrição de entrevistas e diálogos travados durante as reuniões diárias realizadas na instituição. Estas inúmeras reuniões tinham o principal objetivo de instigar os pacientes a exercitar escolhas e confrontos com outras pessoas, fossem também pacientes ou funcionários. A convivência entre pacientes e funcionários deveria ser fundamentada numa relação de igualdade, destituindo o poderio incondicional do médico psiquiatra, e envolvendo a todos, independente de sua condição na instituição, na causa da ressocialização.

Esta experiência em Gorizia teve seus méritos, ao alavancar, no processo da Reforma Psiquiátrica, a importância do sentido da vida em comunidade, do incentivo à co-responsabilidade dos pacientes uns com os outros e da participação de todos na busca dos resultados, em detrimento de um mandato estritamente médico, porém, ao mesmo tempo despertou atenção para a aliança da estrutura institucional/saber médico com as questões políticas, sociais e jurídicas (na medida em que trabalham em conjunto para regulamentar e sancionar a tutela e a irresponsabilidade social do doente mental) (Amarante, 1995, p. 48).

O próprio Basaglia, posteriormente, em Trieste, procura superar o modelo da comunidade terapêutica e da humanização institucional. "Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização

a falar sobre si "(Amarante, 1995, p. 48). Em Trieste, Basaglia promove a desmontagem do aparato manicomial, constituindo também novos espaços e novas formas de lidar com a loucura e a doença mental. Foram construídos sete centros de saúde mental, distribuídos pelo território da cidade, e constituíram-se diversos "grupos-apartamento", residências onde moravam usuários, sós ou em grupos, acompanhados ou não por técnicos ou voluntários. Para resolver a questão do trabalho, foram criadas cooperativas, que posteriormente ganharam o estatuto de empresas sociais, pela importância que assumiram na economia local (Amarante, 1995, p. 49).

A Reforma Brasileira foi fortemente influenciada por estas experiências italianas, o que pode ser verificado até mesmo nos modelos substitutivos que aqui têm sido desenvolvidos, conforme veremos adiante, no ítem 2.3.

Ainda hoje, um importante desafio é enfrentado nas instituições psiquiátricas: destruir a barreira existente entre funcionários e pacientes, modificar a natureza desta relação, que ainda se baseia na atuação unilateral do poder daquele que presta a assistência sobre o portador de sofrimento mental, que fragilizado, assume uma postura de dependência institucional.

No processo da Reforma em nosso continente, há que se destacar a importância da Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990, quando organizações, profissionais de saúde mental, juristas e legisladores discutiram a ineficiência da assistência praticada pela psiquiatria convencional e a inadequação dos hospitais psiquiátricos como única opção de atendimento, principalmente ao afastarem o paciente do seu meio e promoverem a violação dos direitos humanos e civis (Brasil, 2001, p. 11).

Após os debates, foi produzida a Declaração de Caracas, que preconiza uma reestruturação da assistência psiquiátrica, com a promoção de modelos alternativos inseridos nas comunidades, revisão do papel centralizador do hospital psiquiátrico, resgate e proteção dos direitos humanos.

O documento determina também que a assistência deve zelar pela dignidade pessoal, pelos direitos humanos e civis e procurar a manutenção do indivíduo no seu meio comunitário. A internação psiquiátrica, quando necessária, deve se dar em hospitais gerais, de modo a evitar a recorrência das antigas posturas de segregação destes pacientes (Brasil, 2001, p. 12).

2.2. A Reforma Brasileira

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica contou com a atuação precursora da psiquiatra Nise da Silveira, que na década de 40 ganhou destaque ao se rebelar contra os métodos da psiquiatria tradicional, como o eletrochoque e a lobotomia. Nise da Silveira percebeu também que poderia proporcionar a expressão do inconsciente de pacientes esquizofrênicos através da arte (ver capítulo 4, ítem 4.2) e obteve, com o seu trabalho, reconhecimento internacional, inclusive por parte de Carl Gustav Jung, com quem manteve intercâmbio.

Segundo Amarante (1995, p. 51), a campanha efetiva pela Reforma, porém, só ganhou força no final da década de 70, fortemente influenciada pela trajetória do psiquiatra italiano Franco Basaglia e através da atuação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), primeiro grupo brasileiro responsável pela mobilização em torno desta causa, além de outras associações que se formaram em seguida, como o movimento Luta Anti-manicomial. Estes grupos lutavam não só pela Reforma em si, mas também contra a chamada "indústria da loucura" que se havia se constituído em nosso país, intensificando a medicalização, a hospitalização e, conseqüentemente, a cronificação dos quadros, visando o crescimento dos lucros das instituições privadas conveniadas e das indústrias farmacêuticas.

Conforme descrito no suplemento do Ministério da Saúde sobre Legislação em Saúde Mental (Brasil, 2001, p. 5), na década de 90, com base nas recomendações da Declaração de Caracas, a Reforma alcançou a esfera do Legislativo, a partir do projeto de lei federal de autoria do deputado Paulo Delgado (Brasil, 2001, p. 19), que inspirou, por sua vez, diversas iniciativas estaduais em estabelecer critérios para novos modelos de atendimento à saúde mental.

A partir de 1992, entraram em vigor oito leis estaduais, onde se prevê a progressiva substituição da assistência hospitalar pela praticada em outros dispositivos. Estas leis incentivam a criação de centros de atenção diária, a destinação de leitos em hospitais gerais, a notificação de internações involuntárias e a definição dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Destacaram-se, nestas iniciativas, os estados do Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Distrito Federal (Brasil, 2001, p. 7).

O suplemento do Ministério da Saúde apresenta também algumas resoluções e portarias, publicadas neste período, que procuravam estabelecer novos parâmetros para a prestação da assistência psiquiátrica, como por exemplo: a criação, no Conselho Nacional de Saúde, da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, posteriormente denominada de Comissão de Saúde Mental, composta por usuários, familiares, gestores, prestadores de serviços e associações de profissionais de saúde; a

definição de alterações nos sistemas de financiamento das ações e serviços em saúde mental, incorporando então os novos serviços dos CAPS e NAPS (respectivamente, Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial), oficinas terapêuticas e atendimento grupal; a regulamentação do funcionamento de todos os serviços de assistência; a criação dos GAPs (Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica), importantes instrumentos para a qualificação dos serviços, através de ações de vistoria; criação e regulamentação do funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos, inicialmente conhecidos como Lares Abrigados.

O processo legislativo culminou na aprovação, em 06/04/2001, da Lei Federal número 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, tendo como principais preceitos (Brasil, 2001, p. 15):

- assegurar os direitos destas pessoas, sem qualquer tipo de discriminação;
- garantir o esclarecimento a seus familiares ou responsáveis, acerca das suas condições;
- responsabilizar o Estado pelo desenvolvimento de política de assistência à saúde mental;
- limitar a internação somente aos casos em que foram esgotados todos os recursos extra-hospitalares;
- promover a reabilitação social planejada dos doentes internados há longo tempo;
- impedir internações involuntárias arbitrárias.

Posteriormente, em 31/01/2002 (Brasil, 2002, p. 1), foi publicada, como anexo ao suplemento anterior, a portaria número 251, que estabelece as diretrizes e normas para a assistência hospitalar, propondo uma reclassificação dos hospitais psiquiátricos segundo o seu porte e a qualidade do serviço prestado, objetivando desencadear a reestruturação do sistema. Entre as diretrizes estabelecidas pela portaria, destacam-se:

- garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos diversos níveis de assistência;
- a consolidação do modelo de atenção de enfoque comunitário, extra-hospitalar;
- assegurar a continuidade da atenção;
- assegurar a multiprofissionalidade na prestação dos serviços;
- garantir a participação social desde a formulação das políticas até o controle de sua execução;

Entre as normas propostas, podemos destacar:

- a redefinição do conceito de hospital psiquiátrico;
- definição da articulação do hospital com a rede comunitária de saúde mental;
- proibição da existência de celas fortes e espaços restritivos;
- definição das atividades a serem implementadas nestas instituições, estando entre elas os diversos tipos de atendimento (individual, de grupo, terapia ocupacional) e avaliação (médica, psicológica, social). Estas atividades constituem o projeto terapêutico da instituição, que deverá também contemplar a preparação dos internos de longa permanência para o retorno às próprias moradias;
- com relação à engenharia e arquitetura de suas instalações físicas, a recomendação da atenção às normas específicas da vigilância sanitária, que à época da publicação estavam reunidas na Portaria 1884, de novembro de 1994, do Ministério da Saúde, substituída em fevereiro de 2002 pela RDC 50 - Resolução de Diretoria Colegiada;
- recomendações adicionais acerca do programa arquitetônico, como a existência de enfermarias clínicas (com 6,00m2/leito e número de leitos igual a 1/50 do total de leitos do hospital), seus ambientes de apoio (postos de enfermagem, salas de serviço, etc., conforme a RDC 50), sala de curativos ou um carro de curativo para cada três postos de enfermagem, salas de estar e jogos (área mínima de 40,00m2 e mais 20,00m2 para cada 100 leitos), com instalações de som ambiente e televisão;
- dimensiona o quadro de recursos humanos necessários nos hospitais psiquiátricos especializados.

Outras portarias posteriores (Brasil, 2002) propõem uma reclassificação dos hospitais, uma classificação para os CAPS, agora diferenciados em CAPS I, II ou III, conforme o seu porte e abrangência, inclusive no que diz respeito à carga horária de funcionamento, CAPSi II, destinados ao atendimento exclusivo de crianças e adolescentes e CAPSad II, destinados ao atendimento exclusivo de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

2.3. Os modelos de assistência pós-Reforma Psiquiátrica

Os principais modelos substitutivos de assistência, propostos pela Lei da Reforma Psiquiátrica são:

- CAPS e NAPS

Estes modelos, respectivamente, Centros e Núcleos de Assistência Psicossocial, têm se multiplicado pelo Brasil nos últimos anos, o que comprova, portanto, o sucesso de seu programa. Em 1996, havia 154 destes estabelecimentos em todo o país. No ano passado, este número chegou a 266 (Rede Record, 2002). Estes estabelecimentos têm como proposta oferecer serviços ambulatoriais de atenção diária, com capacidade para atender também a pacientes com transtornos mentais graves, desde que não representem risco para si ou para os demais usuários. Nos casos de crise, os pacientes são encaminhados para outras unidades específicas para esta finalidade, como os hospitais-dia de saúde mental ou unidades de emergência psiquiátrica.

A idéia básica dos CAPS e NAPS é a de possibilitar o desenvolvimento de atividades terapêuticas e estimular a formação de grupos de convivência. O exercício da convivência tem se revelado como um dos mais importantes pilares da reabilitação psicossocial.

Em 19 de fevereiro de 2002 foi publicada a portaria 336, do Ministério da Saúde (Brasil, 2002b, p. 9), que classifica os CAPS em três modalidades: CAPS I, CAPS II, e CAPS III, conforme o porte, a complexidade e a abrangência populacional. As atribuições dos três tipos de CAPS, no entanto, são as mesmas: atendimento ao público em saúde mental, dando prioridade aos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área de abrangência no município, em regime intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O tratamento em regime intensivo, segundo a portaria, é o destinado a pacientes que necessitem de atendimento diário, o semi-intensivo é o direcionado aos pacientes que necessitam de atendimento freqüente, porém não diário, e o não-intensivo se limita a atendimentos esporádicos. As especificações pormenorizadas serão ainda fixadas pelo Ministério da Saúde em portaria posterior.

A portaria também estabelece que os CAPS devem funcionar em instalações físicas específicas para a sua finalidade, independentes de qualquer estrutura hospitalar, podendo, porém, situar-se dentro dos limites de área de um hospital geral ou de instituições universitárias de saúde, desde que possuam acesso privativo e equipe própria.

Quanto às categorias estabelecidas pela portaria, temos: os CAPS I, com capacidade de atendimento a populações entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, para atendimentos diários; os CAPS II, para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes, também

em regime de dois turnos e atendimentos diários; os CAPS III, para populações acima de 200.000 habitantes, em regime de 24 horas, feriados e fins de semana, contando também com um número de leitos de observação e/ou repouso (máximo de 5 unidades). São também definidos os CAPSi II, destinados ao atendimento a crianças e adolescentes, para população de cerca de 200.000 habitantes e atendimento em regime do dois turnos, e os CAPSad II, para assistência a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, para população acima de 70.000 habitantes, também em regime de dois turnos e contando com 2 a 4 leitos para desintoxicação e repouso.

Quanto ao programa arquitetônico, em geral os CAPS contam com consultórios individuais e para trabalhos em grupo, oficinas diversas para atividades de terapia ocupacional, espaços que propiciem a convivência e o estabelecimento de uma pequena comunidade, áreas para atividades ao ar livre, sanitários, vestiários e refeitório.

Segundo a administradora do CAPS Ernesto Nazareth (figs. 26 e 27, abaixo), existe uma preferência, nas propostas municipais de assistência à saúde mental, de que os CAPS sejam instalados em imóveis que se assemelhem a casas comuns. O CAPS Ernesto Nazareth é um destes casos. Ocupa um imóvel da Secretaria Municipal de Saúde, uma casa antiga, no bairro da Freguesia, Ilha do Governador, onde anteriormente funcionou um posto de vacinação. No térreo estão localizados: uma sala central, destinada ao convívio e as salas de administração e ambientes de apoio. No segundo pavimento se localizam as oficinas (artes plásticas, música, musicoterapia, gráfica).

Figs. 26 e27: CAPS II Ernesto Nazareth, na Ilha do Governador

Fonte: Espaço Saúde,2002

As figuras 28 e 29, abaixo, apresentam o prédio onde se localizará o futuro CAPS Raul Seixas, atualmente em obras de reforma. O CAPS será destinado ao tratamento de dependentes químicos e ocupará parte de um dos edifícios do IMAS Nise da Silveira, no Engenho de Dentro. Conforme a determinação da Lei da Reforma Psiquiátrica, seu acesso será independente do da Instituição. Suas instalações contarão com oficinas de marcenaria e artes plásticas, consultórios individuais e de grupo, biblioteca, sala de convívio (como no exemplo anterior, ela é central), dotada de sistemas de som e projeção, um pátio para lazer e ambientes de apoio.

Figs. 28 e 29: Futuro CAPSad II Raul Seixas, no Engenho de Dentro

Fonte: Espaço Saúde, 2002

- Hospital-dia, Hospital-noite

O hospital-dia e o hospital-noite foram concebidos como um modelo intermediário de assistência, entre a intervenção hospitalar e a vida comunitária, objetivando reduzir a exclusão social e propondo um programa de reabilitação específico para cada paciente (Rede Record, 2002). A nova política nacional para a saúde mental tem investido muito nestes modelos e tem sido registrado um expressivo aumento no número de instituições desta natureza.

A proposta destes tipos de instituição é prestar serviços de assistência em regime de semi-hospitalização, em que o paciente recebe os cuidados necessários durante um período do dia ou da noite, retornando, posteriormente, às suas atividades. As atividades são desenvolvidas em até cinco dias por semana, oferecendo uma carga horária de 8 horas diárias por paciente, e incluem visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias, visando a inserção social.

Sua localização deve ser específica e independente de estruturas hospitalares, e deve contar com salas para atendimento individual e em grupo, salas de refeições, área para atividades ao ar livre e leitos para repouso (portaria 224, do MS, de 29/01/1992). Segundo a portaria, estas unidades devem integrar-se a uma rede descentralizada e hierarquizada de saúde mental.

- Unidades psiquiátricas em hospital geral (UPHG)

A criação de serviços de assistência psiquiátrica em hospitais gerais é, entre as ações propostas pela Reforma Psiquiátrica, a que representa o modelo mais antigo. A primeira UPHG do Brasil foi estabelecida em 1954, no Hospital Universitário de Salvador (Botega e Dalgalarrondo, 1993, p. 23). Conforme narram os autores, nas décadas de 60 e 70 foram criadas diversas unidades desta natureza, principalmente nos hospitais universitários.

A proposta das UPHGs, segundo Botega e Dalgalarrondo (1993, p. 27), visa a substituição das internações prolongadas em instituições exclusivamente psiquiátricas, pela internação em hospitais gerais, em setores estruturados para esta finalidade, evitando que o paciente seja afastado do seu ambiente comunitário. Porém, ainda são poucos os hospitais a adotarem a medida.

A principal dificuldade para a implantação destes serviços é a própria situação dos hospitais públicos, que geralmente trabalham no limite de sua capacidade, não dispondo, portanto de espaço físico para a implantação destes setores. Por outro lado, as tradicionais instituições psiquiátricas continuam sendo as principais referências para a população, que, em sua maioria, desconhece os modelos substitutivos e inclusive as novas práticas. Sendo assim, a internação na instituição asilar ainda é a única alternativa conhecida para uma parcela da população.

As UPHGs se caracterizam por receber pacientes em situação de crise, geralmente conduzidos à revelia por familiares. Portanto, "apesar da política de portas abertas ser uma das propostas da Reforma Psiquiátrica" (Botega e Dalgalarrondo, 1993, p. 41), estas unidades muitas vezes têm a necessidade de funcionar trancadas, para evitar fugas ou riscos para os internos.

Quanto ao espaço físico destas unidades, os autores fazem as seguintes considerações (1993, p. 42): a sua localização em pavimentos térreos, poderia minimizar as tentativas de suicídio e também facilitar a circulação dos pacientes, que se deslocam com freqüência para atividades físicas e passeios; a vantagem da criação de espaços ao ar livre; o número de leitos deve corresponder a 10 ou 15% do total de leitos do hospital, não ultrapassando um total de 25 leitos; o ambiente deve favorecer a orientação dos pacientes no que se refere ao tempo e ao espaço, contando com relógios, calendários, espelhos e quadros indicativos da rotina de atividades; os móveis devem ser simples,

resistentes e aconchegantes, devendo ser evitados objetos cortantes; devem ser previstas salas para terapia ocupacional, salas de estar com TV e som, refeitório, salas para consultas individuais e em grupo; os quartos devem comportar até o número máximo de seis leitos, devendo ser previstos alguns quartos individuais, pois alguns pacientes evoluem melhor sozinhos em determinadas fases do tratamento; a flexibilidade dos espaços é fundamental para a organização das UPHGs.

- Lares Abrigados, Moradias Terapêuticas

Os lares abrigados, moradias terapêuticas, moradias assistidas ou serviços residenciais terapêuticos são modelos substitutivos, que assemelham-se aos "grupos-apartamento" italianos (ver ítem 2.1), e têm como proposta solucionar a questão da moradia dos pacientes crônicos. Estas pessoas, geralmente, não possuem vínculos familiares ou quem lhes possa oferecer o abrigo fora das instituições, e por isso, tratam-se, em sua maioria, de pessoas com história de internações prolongadas. Portanto, na medida em que buscam solucionar o problema social da moradia, freqüente nas instituições psiquiátricas, representam um importante papel no processo de desinstitucionalização e reabilitação social, praticado em vários países do mundo (Kauffman e Silva, 2000, p. 31-38).

Segundo as autoras (2000, p. 31-38), existem propostas diferenciadas, que variam conforme a população atendida e o suporte institucional: elas podem se desenvolver dentro da instituição, através da "reambientação de enfermarias e pavilhões", proporcionando mais privacidade e autonomia sem abrir mão da estrutura do hospital; realocação em famílias, subsidiada pelo Estado, que remuneras também a família que acolhe; *group homes*, ou casas coletivas, com acompanhamento de profissionais; serviços residenciais em apartamentos individuais ou duplos, ligados a um suporte de profissionais; e finalmente, o próprio mercado privado de moradias, através de aluguéis.

Geralmente, o que se propõe é criação de um pequeno núcleo social, composto por egressos de hospitais psiquiátricos (grupos de 6 a 8 pessoas), instalado em casas ou apartamentos localizados nas comunidades próximas à instituição de referência para o seu tratamento. Estes lares normalmente contam com um profissional responsável pela administração e apoio, de preferência uma pessoa comum, não envolvida nos processos terapêuticos, justamente para evitar a fabricação de uma nova atmosfera institucional.

Muitas experiências deste tipo têm sido conduzidas por todo o Brasil, com resultados bastante positivos. Kauffmann e Silva (2000, p. 32) narram a experiência conduzida por uma equipe de quatro profissionais do IPUB/UFRJ, o projeto "Moradia Assistida", que consistiu no aluguel de um

apartamento em Botafogo, destinado inicialmente à moradia de oito pessoas, distribuídas duas a duas em quatro quartos. Foi contratada uma "cuidadora", uma ajudante do lar, sem especialização na área de saúde, que moraria com eles e seria responsável pela organização da casa, colaboração nas tarefas domésticas, controle dos medicamentos. Após um processo de avaliação, foram selecionadas sete mulheres, submetidas então a um programa de adaptação mútua e ao novo espaço de moradia, que incluiu reuniões semanais no apartamento e excursões pelas ruas do bairro e comércio local, visando a construção de novas referências.

O Jornal Nacional, da rede Globo, mostrou em 07 de novembro de 2002, uma reportagem sobre uma experiência semelhante em Paracambi, no Estado do Rio de Janeiro. A cidade possui um hospital psiquiátrico que já foi o maior manicômio da América Latina, tendo chegado a abrigar mais de três mil internos, e que está sendo, progressivamente, desativado. Dentre as medidas tomadas pelo programa de desospitalização da instituição, está a instalação, numa casa comum na cidade, de um núcleo de moradia terapêutica, onde vivem atualmente seis ex-internos do manicômio, recebendo acompanhamento médico e refeições, mantidos por verbas federais.

O EAT, Espaço Aberto ao Tempo, um dos três Centros de Convivência existentes no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, também tem estimulado iniciativas semelhantes. Uma primeira experiência foi empreendida por um cliente, que comprou um terreno no morro Ouro Branco, comunidade próxima à Instituição e construiu, apoiado pela coordenadora do EAT, a sua casa. A partir do sucesso desta iniciativa, a coordenação do EAT idealizou o programa "Espaços Reais para Viver", destinado à construção, através de patrocínios, de núcleos habitacionais, onde egressos da Instituição possam constituir uma pequena comunidade. Este programa visa também a profissionalização e o estabelecimento de um sistema de geração de renda para os usuários, através da sua atuação na própria construção das unidades. Os núcleos projetados são compostos de seis apartamentos de sala/copa, quarto e banheiro, além de ambientes de uso coletivo, como lavanderia, cozinha e salão para reuniões e refeições. Os apartamentos serão alugados por um valor simbólico destinado à manutenção da edificação, que será administrada pelo EAT. Pretende-se, também, que a mão-de-obra contratada para a manutenção do núcleo seja selecionada na própria comunidade local.

2.4. A Desinstitucionalização e o Problema da Moradia

Como foi visto no capítulo 2, ítem 2.2, a lei da Reforma Psiquiátrica recomenda a "reabilitação social planejada dos doentes internados há longo tempo". Esta recomendação tem encontrado um obstáculo, que é o elevado nível de dependência institucional encontrado na clientela das instituições, a grande maioria sem as mínimas referências familiares e sociais. Não se pode simplesmente desospitalizar esta população de internos, considerando a probabilidade de que se tornem moradores de rua. Torna-se necessário, portanto, nestes casos, um cuidadoso processo de ressocialização, que começa pelo resgate da própria individualidade do paciente, embotada por anos de internação e isolamento, e prossegue com a intervenção nos diversos aspectos da sua vida, como a moradia, o trabalho, o lazer e o convívio social e, se possível, familiar.

O problema da moradia, segundo a maioria dos estudiosos e especialistas em Reforma Psiquiátrica, é uma dos maiores desafios a serem enfrentados, devido à existência de graves questões sociais a ele relacionadas. Mesmo os internos que possuem vínculos familiares, freqüentemente enfrentam sérias dificuldades de relacionamento com seus parentes, além das dificuldades econômicas, que inviabilizam o seu retorno ao lar.

Segundo os profissionais do setor, o problema da moradia deve, prioritariamente, ser resolvido através da adoção de modelos externos às instituições, de modo a efetivar o processo de reinserção social do paciente. A partir desta prerrogativa, surgiram os já descritos Lares Abrigados ou Moradias Assistidas.

Em algumas instituições, porém, como por exemplo a estudada neste trabalho, verifica-se a existência de uma grande população de moradores crônicos, com reduzidas condições de autonomia e, portanto, sem possibilidades de enfrentar este processo de desinstitucionalização. Para estes grupos, algumas instituições têm desenvolvido modelos alternativos de moradia, praticados dentro das próprias instituições. Geralmente, são aproveitados os edifícios existentes, que, caso haja disponibilidade de recursos financeiros, passam por reformas de suas instalações físicas. Estas reformas buscam a humanização das condições ambientais, principalmente através da subtração dos aspectos associados à imagem manicomial. Seriam, portanto, programas desenvolvidos dentro da própria instituição e, embora polêmicos (muitos profissionais se mostram radicalmente contrários a estes modelos), têm representado uma alternativa viável para o enfrentamento da realidade das específicas situações de demanda destas instituições.

A Colônia Juliano Moreira, outra tradicional instituição psiquiátrica municipalizada, já empreendeu um iniciativa deste tipo, reformando galpões que antes eram destinados a enfermarias, e

transformando-os em moradias para internos crônicos. Também o Abrigo Cristo Redentor, ligado à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, que embora atenda a uma clientela diversa à das instituições psiquiátricas (esta clientela é composta principalmente por idosos), enfrentou dificuldades semelhantes no que diz respeito à dependência institucional, o que conduziu à aplicação de programas de incentivo ao desenvolvimento da autonomia e individualidade dos internos. Entre as medidas tomadas estão: a criação de centros de atenção diária, semelhantes aos CAPS e hospitais-dia, programas de acolhimento junto a famílias e também o estabelecimento de núcleos de moradia dentro da própria instituição, instalados em antigos galpões de enfermarias, que foram, para isto, reformados e divididos em apartamentos.

O edifício escolhido para o estudo de caso deste trabalho, a Casa do Sol, também é um exemplo desta alternativa de programa de moradia. O programa foi idealizado a partir de uma necessidade real de prover melhores condições de moradia - promovendo a humanização dos espaços físicos - aos internos crônicos que não teriam nenhuma possibilidade de reabilitação social e ocupam atualmente as enfermarias do edifício. A idéia inicial evoluiu, agregando a proposta de estabelecer ali um sistema de incentivo ao exercício da autonomia, transformando a Casa do Sol num espaço intermediário, uma transição entre a internação e a moradia externa. No capítulo 4, desenvolvemos uma descrição detalhada do programa de moradias da Casa do Sol e da proposta para a intervenção física.

A maior dificuldade na questão da moradia, ressalvadas as polêmicas sobre modelos ideais (externo ou interno), é a (re)construção de todo um sistema de referências perdido ou mesmo inexistente, que possa oferecer segurança a estas pessoas, viabilizando a sua desinstitucionalização. Neste processo de reconstrução surge a imagem da casa, do lar, como um elemento capaz de proporcionar esta segurança e neutralizar a força da imagem do manicômio. Durante as pesquisas de campo, também narradas no capítulo 4, pudemos verificar a existência, mesmo nos internos de longa data, de resquícios das memórias da casa.

Para Bachelard (1993, p. 25), "todo espaço realmente habitado traz a essência da noção de casa", o que nos indica a possibilidade de que também o espaço de moradia dentro da instituição, desde que adequadamente pensado e explorado - de forma a que seja realmente habitado - se transforme em uma casa. O autor, mais adiante, acrescenta, em suas investigações sobre a casa:

> *"[...] pretendemos mostrar que a casa é uma das maiores forças de integração para os pensamentos, as lembranças e os sonhos do homem. [...] Sem ela, o homem seria um ser disperso. Ela mantém o homem através das tempestades da vida. É corpo e é alma. É o primeiro mundo*

do ser humano. Antes de ser 'jogado no mundo', [...], o homem é colocado no berço da casa. [...] A vida começa bem, começa fechada, protegida, agasalhada no regaço da casa." (Bachelard, 1993, p. 26)

Portanto, a importância casa, se revelando como elemento a ser trabalhado no imaginário destas pessoas, comprova também, em conseqüência, a importância do ambiente construído na problemática da saúde mental, abrindo o caminho para a participação da Arquitetura nestes processos de desinstitucionalização.

2.5. O reflexo do ambiente construído na saúde mental

"A construção da individualidade se dá em um ambiente adequado, local estimulador de ações, pensamentos e sentimentos que permitirão o desenvolvimento da essência humana."
(Costa, 2001)

O ser humano, em todas as suas atividades, está sempre estabelecendo relações com o espaço que o cerca, se apropriando deste espaço e nele imprimindo as suas experiências. Bachelard, em "A Poética do Espaço (1993), nos apresenta, detalhadamente, a dimensão da importância do espaço na vida do ser humano. Comparando os elementos tempo e espaço, o autor afirma:

> *"Aqui o espaço é tudo, pois o tempo já não anima a memória. A memória - coisa estranha! - não registra a duração concreta, [...]. É pelo espaço, é no espaço que encontramos os belos fósseis de duração concretizados por longas permanências. O inconsciente permanece nos locais. As lembranças são imóveis, tanto mais sólidas quanto mais bem espacializadas." (Bachelard, 1993, p. 28-29)*

A construção das relações do homem com o espaço se fundamenta na sua percepção deste espaço. Para melhor compreender este fenômeno, julgou-se necessária a delimitação dos conceitos de percepção e espaço, para então passar ao estudo do espaço construído, investigando a sua influência sobre a saúde, em especial, a saúde mental.

2.5.1. Percepção

A percepção, segundo Chauí (2001, p. 120-121), juntamente com a sensação, é uma forma de conhecimento, que para os empiristas e intelectualistas (embora estas duas correntes discordassem acerca do processo de aquisição do conhecimento), seria construída através da organização, pela inteligência, do conjunto de sensações fornecidas pelos sentidos, recebendo a influência dos aspectos sociais e culturais. Já para teorias mais recentes, como a fenomenologia e para Psicologia da Forma ou teoria da Gestalt, os objetos seriam "totalidades estruturadas dotadas de sentido e significação", e não um conjunto de sensações parciais sistematizadas pelo intelecto. Segundo a autora, "as experiências conhecidas como figura-e-fundo mostram que não temos sensações parciais, mas percepções globais de uma forma ou de uma estrutura".

A autora, em "Convite à Filosofia" (Chauí, 2001, p. 122-124), sintetiza da seguinte maneira as características da percepção:

- é o conhecimento sensorial de configurações organizadas e dotadas de sentido; sensação e percepção são a mesma coisa;
- é o conhecimento de um sujeito corporal, ou seja, as condições do sujeito são tão importantes quanto às do objeto percebido;
- é sempre uma experiência dotada de significação, isto é, o objeto percebido passa a fazer parte das vivências do sujeito;
- o mundo exterior é uma soma de elementos que são percebidos e registrados segundo as suas interrelações;
- a percepção é uma relação do sujeito com o mundo exterior, e este relação dá sentido ao objeto percebido e ao sujeito que percebe, um não existe sem o outro;
- o mundo percebido é qualitativo, significativo, estruturado e estamos nele como sujeitos ativos, agregando às coisas percebidas novos valores;
- a percepção é uma forma de comunicação, já que o mundo é percebido através das relações que os sujeitos estabelecem entre si e com os objetos;
- é uma conduta vital, uma interpretação e uma valoração do mundo;
- envolve nossa história pessoal, personalidade e vida social;
- oferece acesso ao mundo dos objetos práticos e instrumentais, nos orientando nas ações cotidianas;
- está sujeita a uma forma de erro: a ilusão.

As características da percepção, apresentadas acima, segundo a síntese de Chauí, são fartamente comprovadas, através de exemplos e comparações extremamente simples, por Tuan em Topofilia (1980). O autor discorre sobre os diversos aspectos e fatores que influenciam a percepção do homem em relação ao seu meio ambiente, utilizando comparações entre costumes e visões de mundo de diferentes povos.

Tuan (1980, p. 6), denomina os sentidos de "traços comuns em percepção", ou seja, embora possa haver visões diferentes sobre uma mesma realidade, "todos os seres humanos compartilham percepções comuns, um mundo comum, em virtude de possuírem órgãos similares". Porém, segundo o autor, outros fatores atuam na construção de uma percepção do espaço e do meio ambiente, como por exemplo a cultura (Tuan, 1980, p. 69-75), os aspectos socioeconômicos, a experiência e a condição de permanência neste espaço (por exemplo, se o observador é visitante ou nativo).

"A avaliação do meio ambiente pelo visitante é essencialmente estética. É a visão de um estranho. O estranho julga pela aparência, por algum critério formal de beleza... Obviamente, o julgamento do visitante é muitas vezes válido. Sua principal contribuição é a perspectiva nova." (Tuan, 1980, p.74/75)

2.5.2. Espaço

Muitas são as definições de espaço, desde Platão e Aristóteles. Para Platão, o espaço seria infinito, eterno e indestrutível, receptáculo de tudo o que é criado e visível. Aristóteles identificou o conceito de espaço com o de lugar (*topos*), delimitado e empírico (Montaner, 1999, p. 30). Espaço, para Aristóteles, seria a soma de todos os lugares (Norberg-Schulz, 1972, p. 10). A partir daí, muitos foram os estudos e considerações sobre a questão do espaço e do lugar.

"Espaço e lugar são termos familiares que indicam experiências comuns. Vivemos no espaço. Não há lugar para outro edifício no lote. [...] O lugar é segurança e o espaço é liberdade: estamos ligados ao primeiro e desejamos o outro." (Tuan,1983, p. 3)

Para Norberg-Schulz, o interesse humano pelo espaço tem raízes existenciais e está relacionado à "necessidade de estabelecer relações vitais no seu ambiente, de dotar de significado e ordem um mundo de eventos e ações" (1972, p. 9).

Ainda segundo o autor (1972, p. 7), "o espaço arquitetônico pode ser compreendido como a concretização de um esquema ambiental de imagens, que compõem uma necessária parte na orientação geral do homem ou o seu 'estar no mundo'". A maioria das ações humanas se compõem de um aspecto espacial, ou seja, o homem, em seu cotidiano está sempre se utilizando de orientações espaciais, como longe e perto, separado e unido, contínuo e descontínuo.

Norberg-Schulz destaca, em "Existence, Space & Architecture" (1972, p. 11), cinco diferentes conceitos de espaço:

- o espaço pragmático da ação física, que integra o homem com o seu ambiente natural e orgânico;
- o espaço perceptivo da orientação imediata, essencial para a sua identidade como pessoa;
- o espaço existencial, que constrói no homem a imagem estável do seu ambiente, fazendo com que ele pertença a uma totalidade social e cultural;

- o espaço cognitivo do mundo físico, que significa que ele é capaz de pensar sobre o espaço;
- o espaço abstrato das puras relações lógicas, que oferece a ferramenta para ele pensar os outros espaços.

O autor acrescenta ainda que o homem tem agido no espaço, percebido o espaço, existido no espaço e pensado no espaço, mas, tem também criado espaços, para expressar a estrutura do seu mundo. Qualquer homem que escolhe um lugar para se estabelecer e viver, passa a ser o criador de um espaço expressivo. Ele torna o seu ambiente significativo ao ajustá-lo aos seus propósitos e se acomodar às condições que ele oferece (1972, p. 11).

O espaço arquitetônico poderia ser associado a alguns dos conceitos definidos acima, porém, dada a habilidade desenvolvida pelo homem de interagir com este espaço, modificando-o quando insatisfatório, o autor afirma que "o espaço arquitetônico pode ser definido como a concretização do espaço existencial do homem" (Norberg-Schulz, 1972, p. 12).

O espaço de que trata este estudo é espaço físico, arquitetônico, material, porém, conforme afirmou Bachelard (2000, p. 19), "o espaço percebido pela imaginação não pode ser o espaço indiferente entregue à mensuração e à reflexão do geômetra". Este espaço, conforme pode-se verificar ao longo deste estudo, pode ser capaz de oferecer abrigo e acolhimento, mas, também pode ser capaz de propiciar a opressão.

2.5.3. Espaço construído e saúde mental

A relação entre o espaço construído e o bem-estar é um fato que se torna óbvio quando se estuda as questões físicas e objetivas do conforto ambiental. Entretanto, existem questões que vão além destes aspectos, se referindo a componentes psicológicos e comportamentais. Inúmeras pesquisas têm sido desenvolvidas, no sentido de desvendar estes componentes, principalmente através da investigação da percepção do usuário.

Na saúde, a ampla disseminação, em diversos dos seus campos de atuação, do conceito de humanização, demonstra a disposição atual dos setores responsáveis pelas políticas públicas, no sentido de recuperar a dimensão singular e subjetiva do paciente. Neste contexto, insere-se a problemática do espaço, em especial o espaço arquitetônico, atuando como coadjuvante nos processos de implantação das propostas de humanização, capaz de fomentar o bem-estar de pacientes e funcionários das instituições.

Segundo Sanoff (1990, p. 1), é evidente que o ambiente construído exerce uma importante influência na experiência humana, facilitando atividades, provocando humores, sentimentos, tensão ou *stress*.

Entre as pesquisas neste campo, destacam-se as de Robert Sommer. Em seu livro "Espaço Pessoal" (1973, p. 16), narra estudos desenvolvidos por Esser, em 1965, sobre o confinamento de seres humanos, especialmente doentes mentais, revelando fenômenos de domínio e hierarquia na ocupação do espaço. O pesquisador analisou também, principalmente através da observação do comportamento do usuário, a eficiência dos espaços construídos de diversos tipos de instituições, entre elas o hospital psiquiátrico. Em suas pesquisas, Sommer concluiu que a antiga concepção dos hospitais causava danos aos pacientes, pois os ambientes eram pobres e não estimulavam a interação entre os pacientes. Os resultados das pesquisas, somados à disposição contrária às grandes estruturas asilares despertada pela Reforma Psiquiátrica, contribuíram para o fechamento dos antigos hospitais (Sommer, 2002, p. 23).

Jodelet, em "a Cidade e a Memória" (2002, p. 31), oferece uma importante contribuição para a compreensão desta relação entre o espaço o psicológico. A autora fala da relação entre memória, significação e identidade dos lugares, desenvolvida a partir da compreensão de que a significação do espaço é marcada pela cultura e pela história, e destaca que "a memória coletiva se apóia em imagens espaciais". A autora prossegue, citando a seguinte proposição da ambientalista Suzanne Seagert para o tratamento das questões do meio ambiente e do espaço construído:

> *"O meio ambiente seria material, pois o espaço construído define, para o sujeito, oportunidades e imposições, limitações para a sua ação e para a realização de seus objetivos. Ele é artefato porque é produzido pelo homem e materializa nos objetos, lugares e práticas sociais as relações e os modelos culturais de uma época e de um tempo determinado. É também matriz porque pode engendrar, por suas transformações, novos modos de vida e de relações. Transforma-se, assim, em um elemento sociofísico, ao qual o indivíduo se relacionará por meio de um filtro de idéias, crenças, valores e sentimentos, cujo caráter social está vinculado, naturalmente, às idéias de pertencimento e à sua participação social. Nessa perspectiva, o ambiente construído terá um papel na constituição da identidade pessoal e social, sob a forma , em particular, do que Harold Proshansky chamou 'identidade dos lugares'." (Jodelet, 2002, p. 37)*

Na pesquisa de campo realizada neste estudo, pudemos perceber claramente as possibilidades que a arquitetura tem a assumir na questão da saúde mental. Um dos exemplos envolve a necessidade que a população usuária apresenta, para o sucesso de seu processo de reabilitação social, da reconstrução de sua individualidade, dissolvida não só pela doença, mas, pelas próprias características das relações praticadas na instituição asilar. Como recuperar a individualidade em um espaço que é padronizado, monótono, e não oferece o menor estímulo para que isto ocorra? É fato que ao espaço, por si só, não se pode atribuir tarefa de tamanha complexidade. Porém, medidas simples, como o incentivo a que este espaço seja personalizado pelo usuário, de modo que este possa exercer mínimas escolhas, podem certamente contribuir com o desenrolar deste processo.

As tentativas já empreendidas na Instituição, no desenvolvimento da autonomia e da identidade dos pacientes, embora realizadas de forma empírica, envolveram modificações no espaço construído, como a elevação de novas alvenarias, modificações nas cores e aquisição de mobiliário diferenciado. Segundo os responsáveis por estas iniciativas, o resultado tem sido positivo, apesar das resistências iniciais, comprovando a crença na importância da participação do elemento espaço.

Constatamos também, através de entrevista com o diretor da Instituição pesquisada, como a conformação do espaço pode modificar os resultados de um trabalho terapêutico. O diretor citou o caso de uma das unidades da Instituição, que teve o desenvolvimento de seu trabalho prejudicado pela mudança para outro edifício, que, embora oferecesse maior espaço físico, a sua disposição não favorecia o convívio entre as pessoas.

Os estudos realizados no capítulo 1, ítem 1.2, também demonstram a capacidade da arquitetura em materializar práticas e intenções, como demonstra a concepção do panótico, dispositivo criado para facilitar as ações de vigilância e controle, na época consideradas imprescindíveis ao exercício do poder.

Finalmente, também em Bachelard encontram-se fundamentos das propriedades do espaço e da sua influência na constituição do ser, em seus aspectos psicológicos. O autor afirma a existência de espaços do ódio e de hostilidade, em contraposição aos espaços de que prefere se ocupar na sua "Poética do Espaço": os espaços felizes, espaços louvados, cujas investigações ele denomina de *topofilia* (1993, p. 19). Ao longo do seu livro, o autor analisa os valores dos espaços e os sentimentos por eles despertados no homem, como a proteção da casa, a memória e o mistério contidos nas gavetas, cofres e armários, o refúgio e a tranqüilidade do ninho e dos cantos.

A partir das imagens poéticas concebidas por Bachelard, podemos propor uma transposição planejada, para os espaços arquitetônicos, dos valores de uma *topofilia*, a serem, talvez, desvendados e explorados nas atividades projetuais participativas.

2.6. O Impacto da Reforma Psiquiátrica no Ambiente Construído

A Reforma Psiquiátrica tem afetado profundamente o perfil da rede de assistência em todo o Brasil. A questão principal é quanto ao destino a ser definido para as gigantescas estruturas asilares que se construíram ao longo de dois séculos. Ao mesmo tempo, surge a questão de determinar programas arquitetônicos mínimos e espaços físicos adequados aos novos serviços recomendados pela legislação da saúde mental. A legislação federal ainda não tratou detalhadamente dos novos espaços arquitetônicos da saúde mental, recomendando que sejam observadas, no que se refere aos seus projetos, as normas que regem a construção de Estabelecimentos de Assistência à Saúde em geral (RDC 50, do Ministério da Saúde).

2.6.1. A desconstrução do manicômio

Um aspecto pode ser considerado consenso no processo da Reforma Psiquiátrica: a convicção de que o manicômio possui uma imagem muito forte e negativa, representando um estigma na vida não só das pessoas que estiveram sujeitas à internação nestes locais, mas também dos profissionais que ali atuaram. Existe, portanto, uma forte tendência, observada em todo o Brasil, de desativação dos grandes manicômios e descentralização dos serviços psiquiátricos, com a constituição de unidades de menor porte. Estas iniciativas sempre buscam apagar a imagem e a memória dos antigos espaços asilares, através de medidas de humanização.

A principal dificuldade extrapola as questões do espaço arquitetônico, e se refere a toda uma estrutura de relações, conforme pudemos verificar no ítem 2.1, uma cultura manicomial, que ainda permanece viva. A humanização, portanto, não pode se restringir a um trabalho de melhoria das condições ambientais, mas, a uma profunda reformulação de atitudes. Porém, verificamos também, no ítem 2.5, a importância do espaço e das vivências e possibilidades que ele pode proporcionar ao ser humano, o que sugere uma abordagem das condições ambientais como elementos capazes de favorecer ou prejudicar as formas de agir.

A figura 30, abaixo, apresenta um dos ambientes criados pelo arquiteto e designer gráfico Flávio Wild, na instalação "Porões da mente", onde foram retratadas, nos porões desativados do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, as memórias e vivências do antigo hospital, exemplos de imagens dramáticas, porém reais, que o movimento reformista busca apagar. Algumas grandes e tradicionais instituições têm empreendido propostas neste sentido, conforme exemplificado adiante.

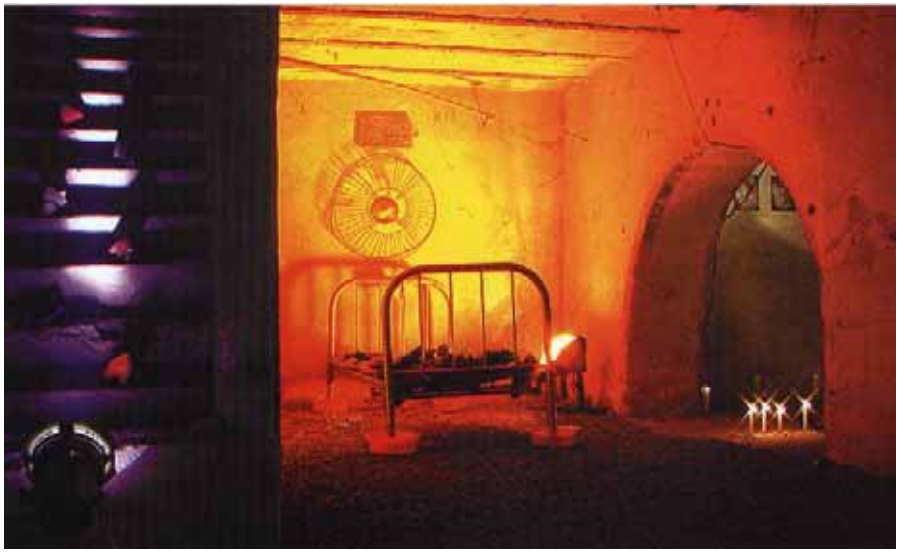


Fig. 30: Instalação "Porões da Mente", de Flávio Wild, 2001
Fonte: Revista Projeto, número 274

No Rio de Janeiro, os dois maiores e tradicionais complexos psiquiátricos, a Colônia Juliano Moreira e o IMAS Nise da Silveira (antigo CPPII), passam por um processo de desativação de suas gigantescas estruturas manicomiais e reformulação/revitalização de seus espaços físicos, não só para atender às novas propostas assistenciais, mas também devido à municipalização, decorrente da descentralização das ações de saúde promovida Governo Federal. A situação do IMAS Nise da Silveira encontra-se descrita no capítulo 4, visto que é o objeto do estudo de caso. Apresentaremos a seguir outros exemplos levantados, no que se refere à desconstrução do manicômio.

A Colônia Juliano Moreira, que ocupa uma área total de 7.864.108,52m2, e é "considerada um memorial da loucura" (Brasil, 2002c), vem empreendendo, desde 1996, quando iniciou-se a sua transferência da esfera federal para a municipal, uma complexa estratégia de reformulação. A grande extensão territorial, equivalente a três bairros de Copacabana (Brasil, 2002c, p. 1), foi desmembrada em cinco setores: o setor 1, de maior dimensão, coube à FIOCRUZ, que ali instalará um campus de pesquisa e produção de fitoterápicos; o setor 2, de responsabilidade da Prefeitura, é constituído pelas unidades hospitalares, administrativas, educacionais e sociais, residências funcionais e invasões habitacionais e comerciais; o setor 3, a ser também administrado pela Prefeitura, considerados área habitacional proveniente de invasões, será sujeito a um plano de regularização fundiária, urbanização e saneamento básico; o setor 4, administrado pelo Exército Brasileiro, que inicialmente se destinaria à construção de habitações para oficiais, agora talvez tenha áreas disponibilizadas para venda; o setor 5, administrado pela FUNASA, conta com o Centro de Referência Professor Hélio Fraga, especializado em pneumologia sanitária.

O antigo complexo psiquiátrico, atualmente localizado no setor 2, foi desmembrado em três hospitais: o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, que engloba as unidades de residentes, atualmente abrigando 95 pacientes; o Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, responsável pelo atendimento de pacientes agudos, incluindo o CAPS Arthur Bispo do Rosário; e o Hospital Municipal Álvaro Ramos, que promove o atendimento clínico dos pacientes. Foi estabelecido um convênio de pré-municipalização, que facilitou a captação de recursos pelo município para investimentos que "garantissem a preservação de sua cultura, seu patrimônio histórico, a promoção da saúde, a proteção do meio-ambiente, a urbanização de suas áreas e o fomento do esporte e lazer" (Brasil, 2002c, p. 1). Em 1999 aconteceu a transferência definitiva da unidade, quando foi assinado o Termo de Cessão.

Fig. 31: Colônia Juliano Moreira
Fonte: Ministério da Saúde Informa, 2002

O programa repórter Record, apresentado pela Rede Record, em 16 de outubro de 2002, descreveu o processo de desconstrução do Hospital de Custódia Professor André Teixeira Lima, antigo Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, em São Paulo. Inaugurado no início do século XX, pelo psiquiatra Francisco Franco da Rocha, o manicômio, anexo ao Hospital do Juqueri, destinava-se ao tratamento enfermos mentais criminosos. O prédio, projetado por Ramos de Azevedo, foi erguido num terreno de 185.000 m2 a cerca de 2 km do Juqueri. O objetivo de Franco da Rocha era abrigar criminosos considerados inimputáveis pela justiça. Por isso mesmo, apesar de belo e imponente, o prédio tinha características comuns aos presídios de segurança máxima. Em 1944, foi aberta a colônia feminina. Durante os 20 anos seguintes à sua inauguração, o manicômio foi referência latino-americana no setor.

Com a instauração da ditadura militar, desenvolveu-se um enfoque para o tratamento dos doentes mentais infratores, baseado na segregação. Não houve modernização das estruturas do local e o manicômio tornou-se um imenso depósito de loucos. Um dos principais problemas era a superlotação. Dos 420 leitos da época da criação, Franco da Rocha chegou a abrigar quase 2.000 pessoas. No final dos anos 60, aconteceu a primeira sindicância no local. Acredita-se que milhares de pessoas morreram em pouco mais de 20 anos. Na década de 70, as coisas pioraram e Franco da Rocha ficou conhecido como depósito de presos políticos indesejáveis (Rede Record, 2002).

Segundo a reportagem, a situação só começaria a mudar a partir da década de 80. Embora Franco da Rocha jamais voltasse a ser um símbolo internacional de tratamento psiquiátrico, houve uma sensível diminuição das arbitrariedades ali praticadas. As novas drogas anti-psicóticas e anti-depressivas passaram a substituir os eletrochoques e seus similares. Outro fator importante para a melhoria da situação dos internos de Franco da Rocha foi a instituição das visitas domiciliares, que contribuiu para uma evolução positiva no quadro clínico dos pacientes.

Em 1986, o manicômio judiciário foi transferido do prédio construído por Ramos de Azevedo, passando a ocupar as instalações de uma antiga colônia do Juqueri. O antigo prédio é atualmente ocupado pela Penitenciária de Franco da Rocha. Entretanto, a principal mudança aconteceu em 1988, quando a Instituição passou a integrar o SUS, Sistema Único de Saúde, e mudou de nome, passando a se chamar Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima (Rede Record, 2002).

A partir do desenvolvimento de novas terapias, os internos do manicômio judiciário começam a desfrutar de alguma liberdade, podendo cumprir parte da pena fora do hospital. Mas, para estes internos, que durante tanto tempo viveram excluídos, a perda de contato com parentes e com o mundo exterior os deixa carentes de perspectivas de retorno à sociedade.

Os presos praticam atividades de terapia ocupacional e trabalham - 20 internos trabalham numa minimetalúrgica destinada aos homens do regime fechado, ganhando um salário mínimo por mês, além de uma cesta básica - chegando a contribuir com o sustento da família. A estadia no hospital passou então a ser transitória.

O mais difícil, porém, segundo um médico que trabalha na instituição, tem sido reeducar os funcionários, estabelecendo a noção de que todos somos iguais, que estes internos estão na instituição por uma infelicidade (Rede Record, 2002).

2.6.2. A singularidade dos contextos

Na arquitetura, a Reforma Psiquiátrica tem se manifestado de forma peculiar em cada instituição. Como a Lei não determina modelos e tipologias arquitetônicas ideais, nem sequer se definiram ainda programas mínimos para as instalações físicas necessárias ao provimento da assistência, cada instituição tem procurado adaptar suas instalações às novas formas de tratamento por ela preconizadas, a partir de suas demandas e especificidades espaciais.

Em algumas instituições verifica-se a criação de NAPS e CAPS, unidades para atendimento diário, geralmente instaladas a partir de adaptações de prédios existentes, e a implantação de diferentes versões dos Serviços Residenciais Terapêuticos recomendados pelo Ministério da Saúde. Os CAPS e NAPS, pela exigência legal de que contem com acesso independente, costumam ocupar espaços anexos ou mesmo fora da instituição, em casas adaptadas ou prédios construídos para esta finalidade. No IMAS Nise da Silveira, no Engenho de Dentro, existem três Centros de Convivência (Centro de Convivência da Casa do Sol, EAT - Espaço Aberto ao Tempo e Casa do Engenho), que não podem assumir a condição de CAPS, por estarem localizados dentro dos limites do complexo psiquiátrico e não contarem com acessos independentes.

A Lei da Reforma Psiquiátrica também tem gerado impacto nos hospitais gerais, locais por ela indicados para a internação, esta realizada somente quando forem esgotados todos os recursos ambulatoriais. Nestes hospitais, torna-se necessária então a criação de leitos psiquiátricos e seus ambientes de apoio.

A recomendação da desospitalização e "desinstitucionalização" tem também provocado, em algumas instituições, a completa desativação de hospitais psiquiátricos e, em alguns casos, a transformação destes em outros tipos de estabelecimentos de assistência à saúde.

Em São Paulo, temos como exemplo o caso do novo Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST – e AIDS, criado pela Secretaria Estadual de Saúde, instalado num antigo hospital psiquiátrico desativado e completamente reformado. O projeto do novo Centro foi apresentado em junho, no XII Congresso Brasileiro de Engenharia e Arquitetura Hospitalar.

No Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, encontramos também alguns prédios desativados, que deverão receber novas destinações ao longo do processo de reformulação em que se encontra a Instituição. Além disso, um dos antigos edifícios do complexo, que anteriormente funcionou como hospício, abriga atualmente o Centro Comunitário, ligado à outra Secretaria Municipal, a de Desenvolvimento Social, reunindo diversas associações e organizações

comunitárias. Estas ocupam os antigos módulos de internação, onde promoveram, cada uma por sua conta, reformas nas instalações físicas, proporcionando ao edifício uma inusitada mistura de estilos, materiais e cores, deixando transparecer, contudo, a memória do espaço manicomial original.

Na maioria das reformas físicas empreendidas, destaca-se sempre a grande preocupação com a humanização dos antigos espaços, comprovando uma confiança na capacidade da arquitetura de colaborar na promoção do bem-estar dos seus usuários.

CAPÍTULO 3

SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

"Quem habita meu corpo? perguntava para ninguém,
senão para mim mesma, já que não havia pessoa que me escutasse,
no meu descarnamento, precisava esconder a desordem
mais do que aparente, mas vergonhosa."
(Graça Fernandes, vice –presidente do Instituto
Franco Basaglia, Rio de Janeiro, SMS, 1997, p. 29)

A assistência à saúde mental no município do Rio de Janeiro sempre teve como principais referências as instituições federais, seguidas pelas clínicas privadas, financiadas pela Previdência. Somente a partir da década de 80 é que se inicia a incorporação, pela Secretaria Municipal de Saúde, do atendimento à saúde mental (Reis, 1996, p. 60). Anteriormente, o município não possuía uma atuação efetiva no campo da saúde mental, cabendo às mencionadas instituições federais a responsabilidade por este atendimento. Estas instituições são o Instituto Philippe Pinel, o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira e o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, que continuam exercendo o papel de principal "porta de entrada" do sistema de assistência.

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde, o SUS, e a proposta de descentralização das ações de saúde, a gestão do sistema passou, em 1996, à municipalidade (Ministério da Saúde, 2002c, p. 1). Portanto, estas unidades, que antes pertenciam à esfera federal, são atualmente administradas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que necessitou empreender uma reorganização de sua rede de assistência.

Somente na década de 80 é que começou a se constituir, na esfera municipal, uma equipe em saúde mental. Em 1982 foi criado, na Secretaria, o cargo de psicólogo, absorvendo o quadro de profissionais anteriormente lotados na Secretaria Municipal de Educação. Em 1989, foi criada a Coordenação de Programas de Saúde Mental da SMS, e em 1992 foi realizado o primeiro concurso para psiquiatras. Ainda em 1992, após uma reestruturação da SMS, foi criada a Coordenação de Programas de Atendimentos Específicos, abrangendo a Gerência de Programas de Saúde Mental, entre outros (Reis, 1996, p. 62-63).

Em 1993, no II Forum Municipal de Saúde Mental, a Gerência apresentou uma Proposta de Modelo Assistencial de Saúde Mental para o município, que previa o atendimento integral em saúde mental em unidades básicas de saúde (Reis, 1996, p. 64). A partir deste ano, a SMS passou a acompanhar a rede hospitalar psiquiátrica, com vistas à efetiva municipalização (Secretaria Municipal de Saúde, 1997, p. 30).

Porém, para a definitiva transferência das unidades federais e a implantação de um Programa de Saúde Mental fossem efetivados de maneira que correspondesse às necessidades da população, seria necessário conhecer a natureza da assistência prestada e da clientela abrangida (Secretaria Municipal de Saúde, 1997, p. 30).

3.1. O Censo de 1995

Em 1995, ao assumir a gestão do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou um trabalho de levantamento de toda a rede de assistência psiquiátrica, visando a obtenção um diagnóstico que orientasse a elaboração de um planejamento das ações a serem implementadas no setor. A pesquisa conseguiu construir um perfil clínico e sócio-econômico da clientela internada, fornecendo os dados para a elaboração de um Programa de Saúde Mental para a Cidade do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, 1997, p. 30).

O Censo foi coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde e contou com a participação do Ministério da Saúde, através dos Pólos Psiquiátricos (conferir no ítem 3.3, pólos de emergência, "porta de entrada" do sistema, centros de referência em atendimento, planejamento, supervisão, controle e avaliação das ações e programas em suas regiões de abrangência), da Escola Nacional de Saúde Pública, através do LAPS/NUPES e da Universidade Federal do Rio de Janeiro, através do Instituto de Psiquiatria. Contou também com a consultoria técnica e administrativa do DATASUS, do IPLAN-Rio, da Organização Pan-Americana de Saúde e da FAPERJ (Rio de Janeiro, 1995, p. i).

Em outubro daquele ano, foram entrevistados todos os usuários de serviços de internação psiquiátrica, inclusive a população dos manicômios judiciários. Segundo as notas metodológicas apresentadas no relatório preliminar do Censo (Rio de Janeiro, 1995, p. i), foi utilizado um questionário fechado, composto de 48 ítens, divididos em três partes: identificação, dados sócio-econômicos e dados clínicos, levantados através de consultas a prontuários, entrevistas com os pacientes e com terceiros. Foram recrutados 90 pesquisadores, que, após um período de treinamento, dividiram-se em seis equipes. O trabalho consistia prioritariamente na leitura dos prontuários, seguida de entrevistas com os pacientes e, eventualmente, com funcionários e acompanhantes de pacientes, para esclarecer dúvidas. Após o levantamento de dados, foram realizados procedimentos de retestagem, através da aplicação de novos questionários e entrevistas a pacientes já pesquisados, para verificar a qualidade das informações obtidas.

Estas informações permitiram aos gestores da assistência delinear um perfil da clientela de usuários das instituições psiquiátricas, de modo a orientar suas políticas. Estes dados, somados a depoimentos colhidos em publicações, e à pesquisa de campo descrita no capítulo 4, também nos proporcionaram uma compreensão deste universo de usuários, a qual apresentamos a seguir.

3.2. O perfil do usuário / cliente

3.2.1. Resultados quantitativos

O censo dos internos nos hospitais psiquiátricos da cidade registrou, em 24/10/1995, data utilizada como referência para a pesquisa, 3.223 pacientes, sendo 66% do sexo masculino e 34% do sexo feminino, proporção compreendida como resultante da diferença entre a oferta de leitos. Existem também opiniões que consideram a existência de maior tolerância das famílias em relação às mulheres (Rio de Janeiro, 1997, p. 31).

Quanto à faixa etária, observou-se que 70% estão situados na faixa considerada produtiva, de 20 a 49 anos, 4,6% estão abaixo de 20 anos e 25,4% estão acima de 49 anos (Rio de Janeiro, 1997, p. 31).

No que se refere ao nível de escolaridade, o censo revelou que 23, 18% dos internos haviam completado o primeiro, segundo ou terceiro grau, 23, 60% foram tidos como analfabetos, que somados aos alfabetizados com primeiro grau incompleto, somaram 69,19% (Rio de Janeiro, 1995, p. 11).

Foram também colhidos dados sobre a situação laborativa dos internos, comparando-se o período anterior à primeira internação e o período anterior à internação atual, chegando-se aos seguintes resultados: entre os dois períodos apresenta-se uma forte queda no número de pessoas inseridas no mercado de trabalho formal (43,13% dos internos possuíam ocupação laborativa, ou seja, que lhe permitisse auferir renda, à época da primeira internação, enquanto apenas 22,80% possuíam ocupação laborativa até a época da internação atual); 47,3% das pessoas não possuem vínculo previdenciário, 66,79% possuem renda própria ou recebem suporte familiar e 28,9% não possuem nenhuma renda (Rio de Janeiro, 1995, p. 13-24).

Quanto à situação conjugal, verificou-se que 66,82% dos internos eram solteiros, 14,03% eram casados ou mantinham união consensual, 4,22% eram separados ou divorciados e 13,07% eram viúvos (Rio de Janeiro, 1995, p. 25).

O censo verificou também que a afirmação, divulgada pelo senso comum, de que a maioria desta população não possui vínculos familiares não corresponde à verdade (Rio de Janeiro, 1997, p. 31). Este dado foi levantado através da contabilização dos números de visitas recebidas e da resposta dos usuários à pergunta "com quem você realmente conta". 71,05% dos pacientes contavam, à

época da pesquisa, com seus familiares, 4,75% contavam com os amigos e 20,66% dos pacientes não contavam com ninguém.

Segundo o relatório do censo, resumido na revista Saúde em Foco (Rio de Janeiro, 1997, p. 32), na questão sobre vínculo referencial de moradia, outro equívoco foi desmentido pela pesquisa: o da afirmação de que aumentou o número de doentes mentais nas ruas. Segundo a pesquisa, 3,94% dos pacientes foram situados na população de rua e 0,31% viviam em albergues públicos, 19,58% moravam em hospitais e não possuíam outro lugar para ficar, fora do hospital, 17,13% eram moradores de hospitais, com outro local de moradia e 57,77% tinham moradia regular fora do hospital (Rio de Janeiro, 1995, p. 35-36).

Quanto às condições da moradia de referência, 6,52% dos internos que possuíam moradia externa à instituição, moravam em situação considerada precária, ou seja, "em local não abastecido pelos serviços públicos de eletricidade, de fornecimento de água em condições de consumo, de esgotamento regular de resíduos líquidos e de retirada de resíduos sólidos, sem alternativas eficazes que os substituíssem" (Rio de Janeiro, 1995, p. 41).

No quesito propriedade da moradia de referência, o censo revelou que 49,38% possuem moradias próprias, 12,89% moravam em imóveis alugados e 2,39% moravam albergados em imóvel alheio, ou seja, a eles era permitida a moradia sem o pagamento de aluguel (Rio de Janeiro, 1995, p. 44).

Quanto às visitas, 27,68% dos pacientes não recebiam visitas, 67,36% recebiam visitas de familiares, 4,53% recebiam visitas de amigos, 1,21% recebiam visitas de religiosos, 1,12% recebiam visitas de vizinhos, 0,37% recebiam visitas de voluntários e os demais, de outras pessoas, ou de pessoas sobre as quais não se obteve informações (Rio de Janeiro, 1995, p. 49).

Sobre licença para sair do hospital, foi levantado que 32,67% dos pacientes saíam, com licença, do hospital, 63,48% não saíam e 1,65% foram considerados grabatários, ou seja, pacientes cronicamente acamados, dependentes da ajuda de outras pessoas (Rio de Janeiro, 1995, p. 50).

No quesito tratamento ambulatorial, foi registrado que 56,90% dos pacientes não recebiam atendimento psiquiátrico seqüenciado do tipo ambulatorial no período anterior à internação, 16,44% não souberam informar e os demais 26,62% recebiam atendimento, distribuídos entre ambulatórios de unidades do Ministério da Saúde, do antigo INAMPS, em outros tipos de instalação, em emergências psiquiátricas, em serviços universitários ou em unidades ambulatoriais da SMS (Rio de Janeiro, 1995, p. 55).

Em relação ao tempo decorrido na atual internação (na data da pesquisa), 28,89% dos pacientes estavam internados há até 30 dias, 24,95% há mais de 30 e menos de 90 dias, 20,42% há mais de 1 ano e menos de 5 anos e 16,72% há mais de 5 anos (Rio de Janeiro, 1995, p. 66).

No ítem diagnósticos, foram pesquisados: o diagnóstico inicial, elaborado nos pólos de internação (portas de entrada do sistema); e o diagnóstico principal, fornecido em data mais próxima à da pesquisa, já pelo hospital onde o paciente se encontra internado. Para 3,01% dos pacientes, o diagnóstico inicial não pôde ser definido e para 18,65%, o diagnóstico principal não pôde ser definido ou a resposta foi ignorada. As psicoses esquizofrênicas (verificar anexo referente à classificação internacional das doenças - CID 10) foram o diagnóstico principal mais comum, presente em 42,07% dos prontuários, seguido por outras psicoses não orgânicas (8,44%), psicoses afetivas (3,23%), psicoses alcoólicas (5,43%), síndromes de dependência do álcool (4,56%), oligofrenias (9,46%) e epilepsias (1,80%) (Rio de Janeiro, 1995, p. 70-84).

Quanto à questão sobre internações múltiplas, foi registrado que 81,70% dos pacientes já haviam passado por outras internações psiquiátricas. Apenas 12,74% deles estavam sendo internados pela primeira vez e 5,56% não forneceram a informação (Rio de Janeiro, 1995, p. 85).

A pesquisa levantou também, com referência a tratamentos não psiquiátricos, que 61,55% dos pacientes não recebiam outro tratamento além do medicamentoso ou a eletroconvulsoterapia, prescritos pelo psiquiatra. 13,17% recebiam tratamento seqüenciado e agendado, por psicólogos, 11,87% por terapeutas ocupacionais, 7,43% por assistentes sociais, 2,75% por profissionais de clínica médica, 1,40% por fisioterapeutas e 1,83% por profissionais de outras especialidades (Rio de Janeiro, 1995, p. 121).

Quanto a atividades de grupo, 74,14% não participavam de atividades coletivas; 7,17% participavam de atividades de psicoterapia de grupo; 9,64% freqüentavam grupos operativos de troca de experiências; 5,64%, de outras atividades coletivas não especificadas; 1,08%, de atividades de grupo sociopedagógico, que visa a aquisição de habilidades específicas, determinadas pelo terapeuta; 1,51% de grupos de ajuda mútua; 0,81% de grupos de familiares (Rio de Janeiro, 1995, p.123).

Segundo o artigo da revista Saúde em Foco, número 16, de 1997, os resultados da pesquisa apontaram para a necessidade de desenvolvimento de políticas de qualificação da assistência, visando principalmente a reabilitação psicossocial, além de uma redução do tempo de internação, capacitação profissional, valorização da assistência extra-hospitalar, criação de novos serviços, adequando a sua distribuição geográfica no município e compatibilizando o número de leitos ao

parâmetro estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, que é de 1 leito para cada 2000 habitantes (Rio de Janeiro, 1997, p. 33).

3.2.2. Aspectos Qualitativos - Depoimentos

Verificados alguns dados estatísticos, como sua faixa etária predominante, situação econômica, vínculos sociais, consideramos necessária também uma investigação qualitativa dos aspectos comportamentais desta clientela.

Os depoimentos a seguir, selecionados na revista Saúde em Foco, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, número especial sobre Saúde Mental, publicada em 1997, contribuem para o entendimento do perfil e das experiências vividas pela população que freqüenta as instituições municipais de assistência psiquiátrica.

Graça Fernandes, vice-presidente do Instituto Franco Basaglia, representante dos usuários de serviços de saúde mental na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, membro da diretoria do Conselho Sul-americano de Saúde Mental:
"Não lembrava quando havia sido a última sessão de eletrochoques, as internações se repetiam com uma constância crescente. Mas, lembrava muito bem do medo e do desamparo na solidão claustrofóbica dos hospitais nos quais havia sido internada. As internações eram quase o tempo de uma gestação: seis meses e meio, sete meses. Depois me via abortada nas ruas. Essa porta que dá voltas, ida e volta nos hospícios. As outras mulheres desgrenhadas e desdentadas riam e brincavam no pátio como crianças já passadas do tempo. Não havia homens no hospital a não ser os médicos. A falsa neutralidade do ambiente e a assepsia da limpeza constante faziam daquele um lugar distante do mundo. Sinceramente, preferia a sujeira das ruas, com sua humanidade das gentes falando, vivendo, passando ao largo, do que o inominável que era o hospício."

Regina Amélia de Magalhães Senna, psicóloga do CAPS Rubens Corrêa – Irajá:
"Era meu dia de plantão. Chega um casal acompanhando um rapaz visivelmente atônito e confuso. Apresentaram-se como mãe e padrasto de G., e foram ao CPPII em busca de medicação. A mãe inicia o relato: G. tinha 34 anos, solteiro, com histórico de mais de 20 internações. Diagnosticado com esquizofrênico, ocorrência da primeira crise aos 18 anos, após um tombo no quartel, na época do serviço militar."

Edmar de Oliveira, diretor do IMAS Nise da Silveira:
"Continuamos o atendimento de V. da forma que ele queria. Não conseguia cumprir os horários das consultas marcadas. Vinha quando queria. Agora não só com a mãe. Conseguia vir sozinho. Sempre que aparecia, se eu estava ocupado, a equipe levava V. para atividades grupais enquanto eu conseguia um espaço para o nosso encontro. Sua linguagem falada ainda era cifrada e de difícil entendimento. Continuamos tentando um entendimento melhor com a palavra escrita. Desta forma V. conseguia ser mais claro para mim. E através da linguagem escrita fomos estabelecendo um contato melhor com a linguagem falada."

3.2.3. Composição do Perfil da Clientela

A partir dos dados apresentados nos ítens anteriores (quantitativos e qualitativos) e das entrevistas e observações de campo no IMAS Nise da Silveira, se pode apreender algumas características desta clientela de usuários dos serviços de saúde mental.

Esta clientela geralmente é de baixa renda, visto que as classes de maior poder aquisitivo conseguem manter em casa, e encaminhar às clínicas privadas, em casos de crise, os seus familiares portadores de sofrimento mental. Então, o que se percebe nas instituições públicas, a presença marcante de questões sociais, além da doença mental, como a falta de moradia e de trabalho.

Observa-se também a baixa escolaridade desta população, tratando-se principalmente de pessoas analfabetas ou com o primeiro grau incompleto, o que termina por agravar, ainda mais, a sua situação profissional.

Um traço comum observado nestas pessoas é a existência de algum tipo de dificuldade de relacionamento no seu meio social, geralmente em suas próprias famílias. Muitos pacientes se queixam de solidão e incompreensão por parte de seus familiares, além de diversos casos extremos de violência. Algumas pessoas chegam a manifestar a preferência pela vida no hospital ao convívio da família. Vários pacientes chegam a tentar o suicídio em seus momentos de crise, embora fora destes períodos sequer aparentem a vivência de tamanhas perturbações.

As múltiplas internações são comuns, assim como as marcas do estigma e do preconceito que elas suscitam em vizinhos e parentes. Os pacientes sentem muita vergonha de suas internações no hospício. Muitos fingem que são funcionários, negando a condição de pacientes. As internações acabam também provocando a perda do trabalho, o afastamento dos amigos e gerando um círculo vicioso de mais internações.

Muitos pacientes possuem dificuldades em lidar com rotinas, o que inviabiliza a formação de vínculos profissionais. As dificuldades profissionais acabam agravando as carências econômicas, visto que as famílias, que geralmente oferecem o suporte, também são muito carentes. Estas famílias, muitas vezes, por dificuldades de manter o paciente em casa, terminam optando por uma internação, geralmente por longos períodos. A internação, então, é vista como uma forma de resolver o problema da moradia do paciente. Não raramente, o paciente é abandonado nas instituições, perdendo de vez os vínculos familiares.

Observamos que, mesmo depois da Reforma Psiquiátrica ter se transformado em Lei Federal, ainda é comum o pensamento do tempo dos alienistas, de que "lugar de louco é no hospício". Ou seja, a própria sociedade é que continua a disparar o processo de exclusão.

Figs. 32 e 33: Paciente Agostinho Ferreira de Souza – o Santo Agostinho - e grupo de pacientes da antiga Colônia São Bento, na Ilha do Governador
Fonte: CCS – Mostra Virtual "Memória da Loucura"

Entretanto, o fato de a maioria desta população contar, segundo o censo, com vínculos familiares e condições de moradia fora da instituição, significa uma perspectiva favorável ao processo de reversão do seu quadro. O investimento na conscientização da sociedade poderia, então, colaborar com o sucesso da causa.

3.3. A Política Municipal de Assistência

O município do Rio de Janeiro, desde 1976, quando foi desenvolvido o seu Plano Urbanístico Básico, se encontra dividido em 5 APs - Áreas de Planejamento - e suas respectivas subdivisões, que perfazem um total de 10 áreas de planejamento, definidas segundo a identificação de áreas geográficas de características homogêneas (Reis, 1996, p. 52).

Segundo uma perspectiva de descentralização dos serviços da assistência à saúde, foi criado, em 1991, o Projeto de Regionalização e Hierarquização da Assistência Médica no município, elegendo o ambulatório como local de atendimento, e atribuindo a supervisão ao hospital de base da respectiva AP. A partir deste projeto, foram criados os cinco pólos de emergência, que passaram também a assumir o controle das internações: PAM Venezuela (AP 1), Hospital Pinel (AP 2), Centro Psiquiátrico Pedro II (AP 3), Colônia Juliano Moreira (AP 4) e PAM Bangu (AP 5). O objetivo era reduzir o número de internações e o seu tempo médio (Reis, 1996, p. 61).

A partir das informações levantadas no censo de 1995 e da análise do mapa de distribuição dos serviços existentes, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tem investido, através da integração com outras secretarias, como as de Desenvolvimento Social, Educação, Esportes e Lazer, e Habitação, na criação de "dispositivos de cidadania", visando a integração à vida social, desta população portadora de sofrimento mental (Rio de Janeiro, 1997, p. 33).

O principal foco da atuação da SMS se dirige aos CAPS, Centros de Atenção Psicossocial, onde "os usuários encontram um espaço de acolhimento e cuidados, em que podem reconstituir sua trajetória e seu estatuto de cidadãos" (Rio de Janeiro, 1997, p. 33).

Cada uma destas unidades é responsável pelo atendimento integral de até 150 pessoas, incentivando a participação familiar e comunitária, preconizando o desenvolvimento de "laços sociais e inter-pessoais, essenciais para o estabelecimento de novas possibilidades de vida", e tendo como objetivo evitar as internações psiquiátricas e diminuir a sua reincidência (Rio de Janeiro, 1997, p. 33).

Os CAPS da SMS teriam uma abrangência territorial estrita, sendo necessária a criação de pelo menos uma destas unidades em cada Área de Planejamento (AP) da cidade, visando o atendimento de até 1000 pessoas e suas famílias. O trabalho de implantação dos CAPS teve início na AP 3.3, num espaço da antiga LBA de Irajá, em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social e a FUNLAR (Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula, que presta atendimento a pessoas portadoras de deficiência e que residam em comunidades de baixa renda do município). O trabalho

começou, em caráter experimental, com a seleção da clientela através do serviço de recepção e triagem do então Centro Psiquiátrico Pedro II, que também realizou o treinamento da equipe. A unidade iniciou seus trabalhos com o atendimento a 18 pacientes, realizando visitas domiciliares, reuniões semanais com seus familiares, contando com a supervisão clínica semanal do IPUB/UFRJ (Rio de Janeiro, 1997, p. 34).

> *"[...] A construção de dispositivos de atenção, com a perspectiva de tratamento e reabilitação psicossocial, deve ser cautelosa e atentar para o risco da repetição do modelo excludente do manicômio no microespaço dos novos serviços. [...] A disposição arquitetônica deve privilegiar o encontro das pessoas e o acolhimento, aproximando-se do funcionamento de uma grande casa" (Rio de Janeiro, 1997, p. 34).*

3.4. A Rede Municipal

A rede municipal de assistência à saúde mental, atualmente é composta das seguintes unidades (informação levantada no site www.saúde.rio.rj.gov.br, 2002):

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Arthur Bispo do Rosário
Endereço:Rua Rodrigues Caldas, 3400 - Taquara
Área de Planejamento: 4.0
Anexo ao Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Dr. Simão Bacamarte
Endereço:Rua Senador Camará, 224 - Santa Cruz
Área de Planejamento: 5.3

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Ernesto Nazareth
Endereço:Av. Paranapuã, 435 - Freguesia - Ilha do Governador
Área de Planejamento: 3.1

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infanto Juvenil Eliza Santa Roza
Endereço: Rua Sampaio Correia, s/nº - Taquara
Área de Planejamento: 4.0

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infanto Juvenil Pequeno Hans
Endereço: Rua Dirceu, 42 - Jardim Sulacap
Área de Planejamento: 5.1

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Lima Barreto
Endereço:Av. Ribeiro Dantas, 571 - Bangu
Área de Planejamento: 5.1

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Pedro Pellegrino
Endereço:Praça Major Vieira de Melo, 13 - Comari - Campo Grande
Área de Planejamento: 5.2

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Rubens Corrêa
Endereço:Rua Capitão Aliatar Martins, 231 - Irajá
Área de Planejamento: 3.3

Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira
Endereço:Estrada Rodrigues Caldas, 3400 - Taquara
Área de Planejamento: 4.0
Possui unidades de emergência, internação de agudos, unidade de residentes e uma unidade de atendimento em clínica médica, além do CAPS anexo

Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira
Endereço:Rua Ramiro Magalhães, 521 - Engenho de Dentro
Área de Planejamento: 3.2
Possui unidades de emergência, internação de agudos, programa de moradias, três centros de convivência (Casa do Sol, Espaço Aberto ao Tempo e Casa do Engenho), ambulatório e internação infantis, e abriga também o Museu de Imagens do Inconsciente.

Instituto Municipal de Assistência Philippe Pinel
Avenida Venceslau Brás, 65 - Botafogo
Área de Planejamento: 2.1
Possui unidades de emergência, internação (que inclui uma unidade de tratamento de dependentes de álcool - UTA), ambulatório e centros de assistência diária a pacientes externos, como o Cais, o COIJ (Centro de Orientação Infanto-juvenil) e o NAICAP (Núcleo de Assistência à Criança Autista e Psicótica).

A seguir, apresentamos uma tabela contendo a distribuição das unidades prestadoras de serviços de saúde mental, segundo as Áreas de Planejamento e Regiões Administrativas, correlacionando-as com a sua população de abrangência.

Os dados demonstram a insuficiência de serviços ainda verificada em algumas regiões do município, considerando a sua população. Por exemplo, a AP 1, a mais populosa, com quase 6.000.000 de habitantes, ainda não conta com nenhuma unidade de saúde mental.

Segundo as recomendações da Lei da Reforma Psiquiátrica (ver ítens 2.2 e 2.3), seria necessário um CAPS III para uma população de 200.000, o que demonstra que a rede atual carece de uma expressiva ampliação.

Tabela 1: Distribuição dos serviços de saúde mental, segundo as Áreas de Planejamento e Regiões Administrativas

Fonte: Instituto Pereira Passos, www.armazemdedados.rio.rj.gov.br

Área de Planejamento	**Regiões Administrativas**	**População (em 2000)**	**Total População (em 2000)**	**Serviços de Assistência à Saude Mental**
AP 1	I Portuária	39.973	5.857.904	-
	II Centro	39.135		-
	III Rio Comprido	73.661		-
	VII São Cristovão	70.945		-
	XXI Paquetá	3.421		-
	XXIII Santa Teresa	41.145		-
AP 2	IV Botafogo	238.895	997.478	Instituto Philippe Pinel
	V Copacabana	161.178		-
	VI Lagoa	174.062		-
	VIII Tijuca	180.992		-
	IX Vila Isabel	186.013		-
	XXVII Rocinha	56.338		-
AP 3	X Ramos	150.403	2.353.590	-
	XI Penha	318.505		-
	XII Inhaúma	130.635		-
	XIII Méier	398.486		IMAS Nise da Silveira
	XIV Irajá	202.967		CAPS Rubens Corrêa
	XV Madureira	374.157		-
	XX Ilha do Governador	211.469		CAPS Ernesto Nazareth
	XXII Anchieta	154.608		-
	XXV Pavuna	197.068		-
	XXVIII Jacarezinho	36.459		-
	XXIX Compl. do Alemão	65.026		-
	XXX Maré	113.807		-
AP 4	XVI Jacarepaguá	469.682	682.051	Colônia Juliano Moreira
				CAPS Arthur Bispo do Rosário
		174.353		CAPS Inf. Juv. Eliza Santa Rosa
	XXIV Barra da Tijuca	38.016		-
	XXXIV Cidade de Deus			-
AP 5	XVII Bangu	420.503	1.556.505	CAPS Lima Barreto
	XVIII Campo Grande	484.362		CAPS Pedro Pellegrino
	XIX Santa Cruz	311.289		CAPS Simão Bacamarte
	XXVI Guaratiba	101.205		-
	XXXIII Realengo	239.146		CAPS Inf. Juv. Pequeno Hans

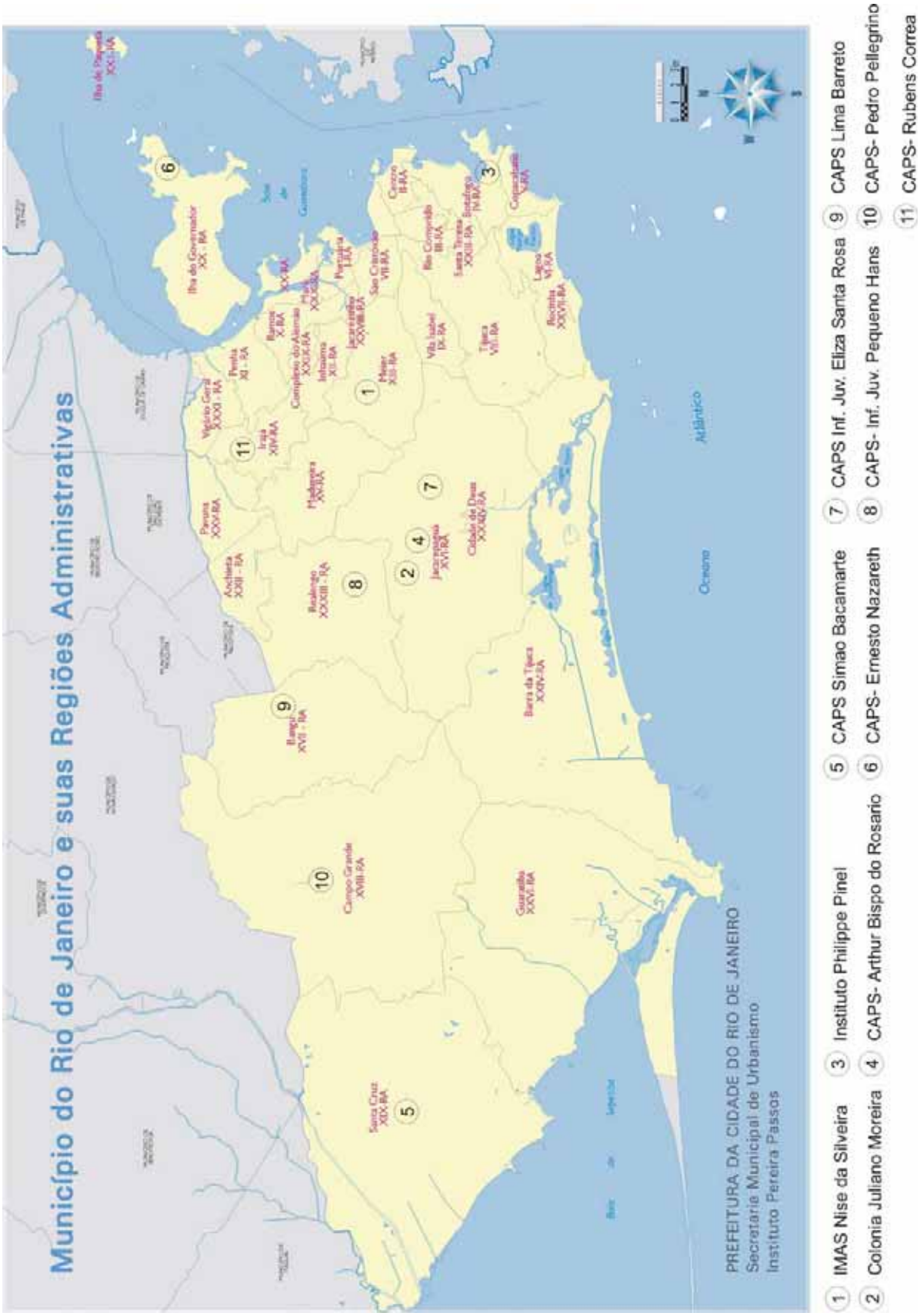
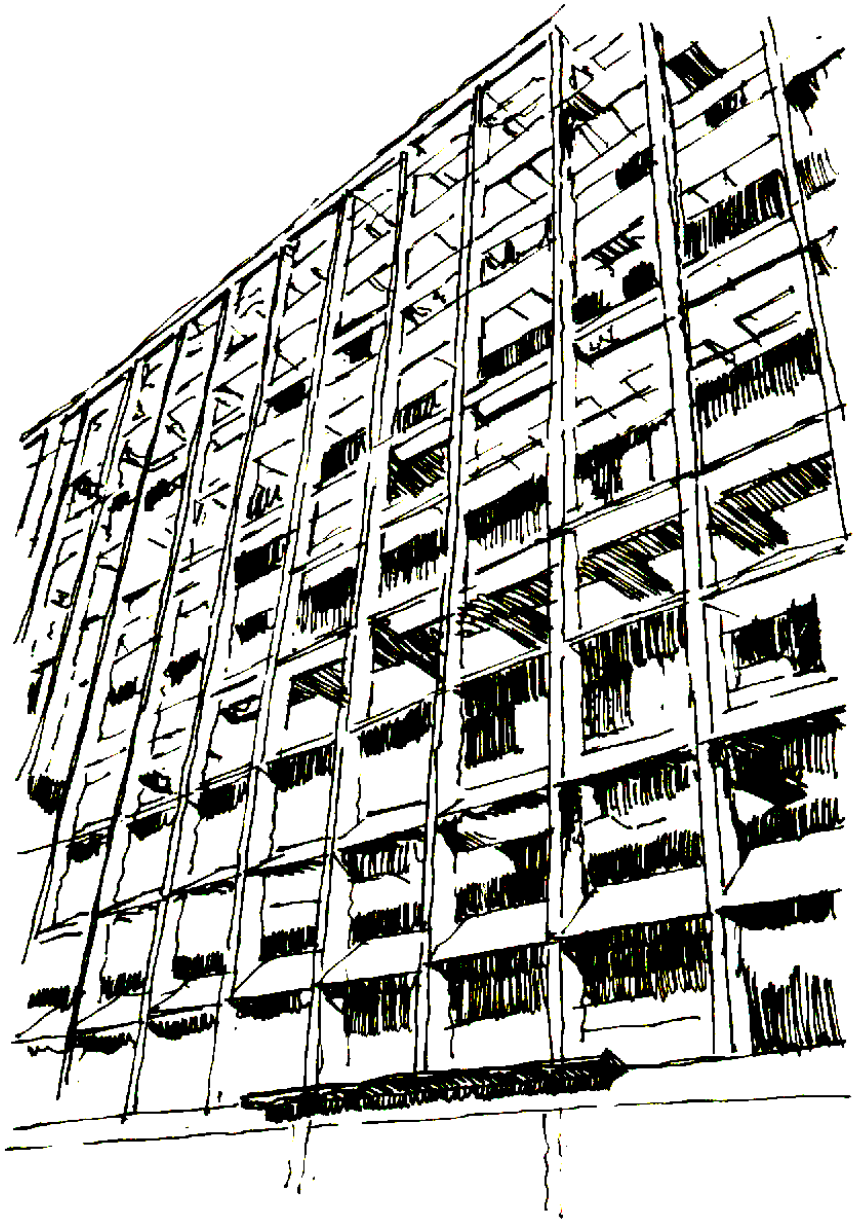


Fig. 34: Mapa de distribuição dos serviços de saúde mental no município

Fonte: Espaço Saúde, 2002



CAPÍTULO 4

ESTUDO DE CASO – IMAS NISE DA SILVEIRA

"Que energia alimentava essa mulher pouco reconhecida em seu tempo, em seu legado intelectual,técnico e filosófico? Será que nasceu antes de sua época ou veio plantar as sementes do futuro da Psiquiatria? Frágil, onde buscou tanta coragem e firmeza em suas convicções?"

(MovimentoAnti-manicomial, 2002)

4.1. A Instituição - CPPII

O Instituto Municipal de Assistência à Saúde - IMAS - Nise da Silveira, antigo Centro Psiquiátrico Pedro II, ainda hoje mais conhecido como CPP II, está localizado à rua Ramiro de Magalhães, 521, no bairro do Engenho de Dentro, na zona norte do município do Rio de Janeiro e abrange uma área de cerca de 74.800m2, às margens da Linha Amarela, importante via de ligação da Avenida Brasil à Barra da Tijuca. A Instituição é um dos cinco pólos municipais de referência para emergência e internação, sendo responsável pela assistência à saúde mental na AP 3.2.

A Unidade, atualmente administrada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, pertenceu, assim como o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira e o Instituto Philippe Pinel, até 1996, à esfera federal, sendo então municipalizado, segundo as diretrizes de descentralização da ações de saúde propostas pelo SUS.

A história da Instituição se conecta às principais referências em Psiquiatria, tendo assumido, em sua evolução, posições de vanguarda na abordagem da assistência ao sofrimento mental, conforme se poderá conferir adiante. As informações que se seguem foram apresentadas por José Jackson Coelho Sampaio, em sua Dissertação de Mestrado, defendida em 1988, no Instituto de Medicina Social da UERJ. Segundo o autor, não existem registros documentados da história da Instituição, tendo as informações sido levantadas através de antigos funcionários e periódicos existentes em sua Biblioteca. No capítulo V de seu trabalho, o autor apresenta o seu estudo de campo "Modelo Experimental para a Transição do Hospital Psiquiátrico Público", realizado justamente na Unidade Hospitalar Professor Adauto Botelho, atualmente denominada Casa do Sol, onde também se efetuou a pesquisa de campo do presente estudo.

A criação da Instituição se deu a partir desativação das Colônias São Bento (masculina) e Conde de Mesquita (feminina), na Ilha do Governador. Estas colônias ocupavam antigas senzalas, a partir da transferência de setores do Hospício Nacional de Alienados (HNA, denominação assumida pelo Hospício de Pedro II, na Praia Vermelha, após a sua estatização, em 1890, efetivada por Teixeira Brandão, ver ítem 1.3.2), e apresentavam condições precárias e desumanas, incoerentes com as novas formas de tratamento propostas pela Psiquiatria. A colônia masculina se transferiu, então, num longo processo, que se concluiu em 1923, para Jacarepaguá, dando origem à Colônia de Alienados de Jacarepaguá, depois denominada de Colônia Juliano Moreira. A colônia feminina efetivou a sua transferência, em 1911, para o terreno no Engenho de Dentro, pertencente à Marinha, antes destinado à construção de um hospital pata tratamento de béri-béri. Foi inaugurada, então, a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, tendo como primeiro diretor o Dr. Braule

Pinto. Naquela ocasião, a assistência psiquiátrica era praticada principalmente nas Colônias de Alienados, que representavam um importante avanço no modelo assistencial.

> *"O modelo de colônias era então a última palavra em termos de modernização institucional, na medida em que seriam extremamente adequadas ao pleno exercício do tratamento moral proposto por Pinel, do qual o trabalho terapêutico, e particularmente o trabalho agrícola - como seria possível realizar nas Colônias da Ilha do Governador -, era um dos seus pilares." (FIOCRUZ, 2000)*

A partir de 1918, sob a direção de Gustavo Riedel, a Colônia passou a ser o cenário da implantação de práticas inovadoras na Psiquiatria brasileira. Entre as inovações, destacaram-se: o Ambulatório Rivadávia Correa, o primeiro ambulatório psiquiátrico da América Latina; a Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto; o Instituto de Profilaxia Mental; o Instituto de Psicologia, incorporado pela Universidade do Brasil em 1936; o Serviço Hetero-Familiar, que tinha como proposta a construção de 15 casas em torno da Colônia, destinadas à moradia de famílias de funcionários, que deveriam, em contrapartida, abrigar pacientes previamente selecionados. Este modelo, que pode ser considerado um precursor dos atuais Lares Abrigados, foi posteriormente desativado, gerando inclusive disputas judiciais pela posse dos imóveis.

A Instituição recebeu ainda outros nomes, como o de Colônia Gustavo Riedel, em 1937, em homenagem ao falecido diretor, e depois Centro Psiquiátrico Nacional (CPN), em 1938, quando o então diretor, Adauto Botelho, promoveu uma expansão dos serviços, através da criação de um complexo de assistência psiquiátrica.

Em 1944, começou a operar, ainda de forma precária, o Setor de Terapêutica Ocupacional (STO), coordenado pela psiquiatra Nise da Silveira (conferir ítem 4.2). Em 1946, o setor foi inaugurado formalmente, e mais tarde deu origem ao Museu de Imagens do Inconsciente, primeiro museu de arte psicopatológica do mundo. Em 1956, através da intervenção do então presidente Jânio Quadros, o STO foi, enfim, regulamentado, passando a se chamar STOR - Setor de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação e a funcionar como uma unidade independente do CPN.

Ainda em 1944, o CPN recebeu a transferência de todos os clientes internos do Hospício Nacional de Alienados (HNA), cujo prédio seria incorporado para a Reitoria da Universidade do Brasil. Para acomodar os novos pacientes foi construído, em área do CPN, o Hospital Pedro II, edifício atualmente denominado Unidade Hospitalar Gustavo Riedel, onde atualmente funciona o

ambulatório e internação infantis, onde está sendo implantado o CAPS Raul Seixas, e onde se instalará o Setor de Emergência do IMAS.

A partir de 1965 passou a ser adotada, para o CPN, a denominação Centro Psiquiátrico Pedro II, recentemente substituída, após a municipalização, por Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Nise da Silveira.

A Instituição é composta atualmente por diversas unidades, distribuídas por edifícios construídos em diferentes épocas, com variadas propostas de atendimento, entre os quais destacamos: dois Programas de Moradias, que deverão no futuro, após a reforma física, ser unificados na Casa do Sol; três centros de convivência, sendo: o Centro de Convivência da Casa do Sol, o "Espaço Aberto ao Tempo" e a "Casa do Engenho", que dividem a responsabilidade do atendimento segundo suas respectivas áreas geográficas de abrangência; setores de Emergência, Enfermaria e Ambulatório Infantis, Museu de Imagens do Inconsciente, Centro Comunitário e CAPS Raul Seixas.

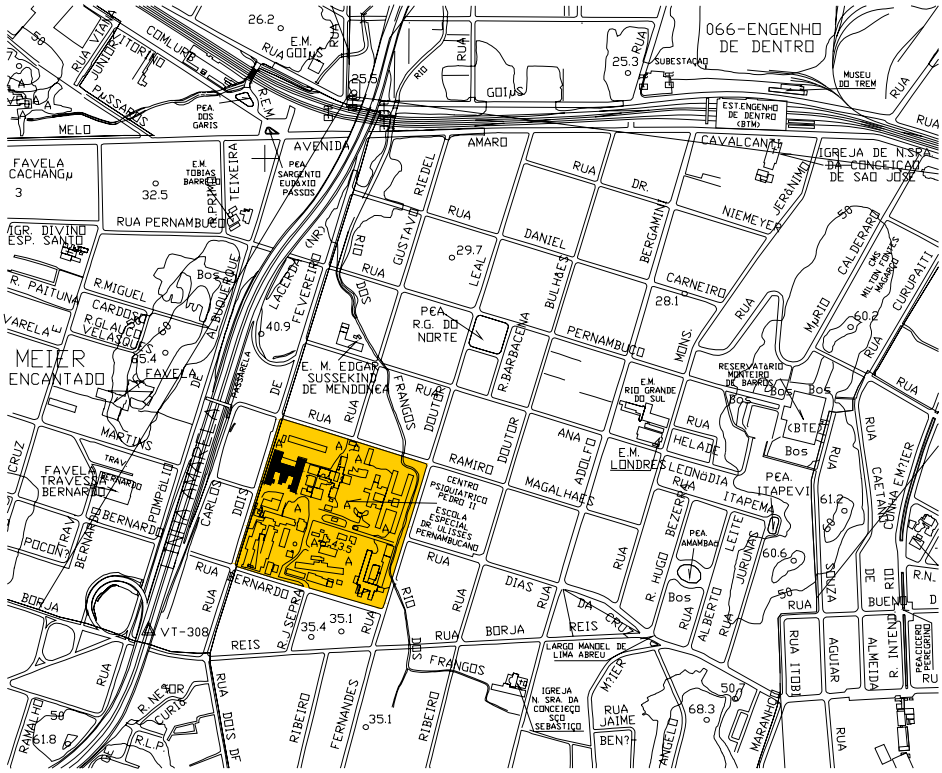


Fig. 35: Planta de localização do IMAS Nise da Silveira

Fonte: Espaço Saúde, 2002

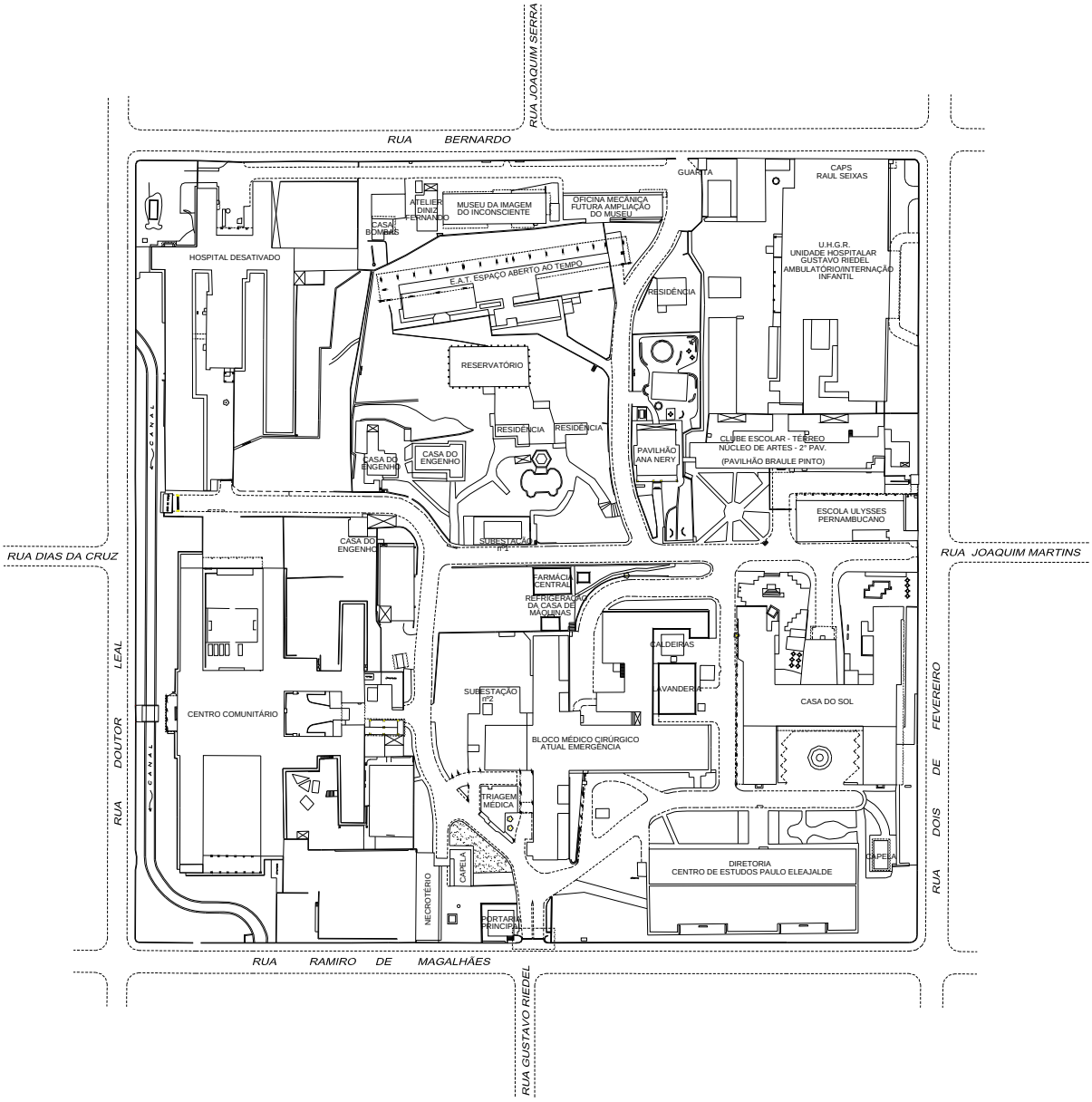


Fig. 36: Planta de localização das unidades do IMAS Nise da Silveira

Fonte: Espaço Saúde, 2002

4.2. Nise da Silveira e o Museu do Inconsciente

A compreensão do contexto atual da instituição objeto deste estudo e da própria Reforma Psiquiátrica no Brasil passa necessariamente pelo estudo da trajetória da psiquiatra Nise da Silveira, considerada uma das precursoras do movimento em nosso país. As informações adiante foram levantadas em visitas ao Museu de Imagens do Inconsciente e no site do Movimento Luta Antimanicomial, consultado em 2002.

Nise da Silveira nasceu em Maceió, em 1905. Aos quinze anos mudou-se para Salvador, onde estudou Medicina, retornando, depois de formada, à sua cidade natal. Durante a elaboração de seu trabalho final de graduação, ocorreu o seu primeiro contato com o universo da Psiquiatria, através de pesquisas que realizou em um presídio feminino. Em 1926, após o falecimento de seu pai, transferiu-se para o Rio de Janeiro, onde passou a dedicar-se à Psiquiatria.

Em 1933, entrou para o serviço público, aprovada no concurso para médico-psiquiatra da Assistência a Psicopatas e Profilaxia. De 1936 a 1944 ficou afastada do serviço, devido à sua prisão como comunista. Após este período, assumiu seu cargo no então Centro Psiquiátrico Nacional, onde começou a manifestar sua veemente oposição aos tratamentos tradicionais.

Os tratamentos ortodoxos utilizados pela Psiquiatria, tais como o eletrochoque e a lobotomia sempre incomodaram a Dra. Nise, que acreditava que o relacionamento entre médico e paciente deveria ter como base a compreensão e o afeto.

Com base nestes princípios e no estudo das experiências de Jung, inaugurou então, em 1946, a Seção de Terapêutica Ocupacional, onde acreditava poder desenvolver, através da arte e de outras atividades ocupacionais, um meio de expressão do inconsciente dos pacientes. A Seção contava com diversas oficinas, como encadernação, marcenaria, trabalhos manuais, costura, música, dança e as que mais se destacaram, a de pintura e a de modelagem. Desde o início, os trabalhos produzidos nestas duas oficinas despertaram enorme interesse científico por parte dos terapeutas, intrigando também artistas e críticos de arte da época, pela qualidade estética revelada.

Associando as imagens produzidas por esquizofrênicos às pesquisas de Carl-Gustav Jung sobre os mitos e arquétipos, a Dra. Nise enviou a ele alguns exemplares das pinturas produzidas pelos seus clientes, indagando se tratavam-se de mandalas. Jung confirmou e aconselhou, para a compreensão dos fenômenos do inconsciente, o estudo da mitologia. A Dra. Nise passou, então, a utilizar, em suas pesquisas, os conceitos da Psicologia Jungiana. As mandalas, imagens repetitivas organizadas em torno de um ponto central, que simbolizam a unidade, segundo Jung, surgiriam na mente

humana como a manifestação de um poder auto-curativo do inconsciente. Particularmente verificadas em casos de esquizofrenia - doença que apresenta como característica a presença de "distorções fundamentais do pensamento e da percepção" (ver anexo CID 10) - as mandalas representariam, então, uma tentativa de reorganização empreendida pela própria mente.

Fig. 37: Mandala desenvolvida por Fernando Diniz
Fonte: Museu de Imagens do Inconsciente, 1987

A partir da primeira exposição, em 1947, no Ministério da Educação, quando foram apresentadas 245 pinturas de internos do CPN, o trabalho desenvolvido nas oficinas ganhou notoriedade, atraindo a colaboração principalmente de artistas e críticos, bem como suscitando a organização de novas mostras, inclusive internacionais. O sucesso alcançado pelo trabalho e a intensa produção de novas obras conduziram à necessidade de criação de um museu que pudesse abrigar e expor este acervo. Em 20 de maio de 1952 foi inaugurado, então, o Museu de Imagens do Inconsciente, ocupando uma sala do Bloco Médico Cirúrgico do CPN.

Em 1956 o Museu ganhou novas e amplas instalações, as mesmas que ocupa atualmente, para onde foram também transferidas e reunidas as oficinas da Seção de Terapêutica Ocupacional.

Merece destaque na história do Museu a sua participação, em 1957, no II Congresso Internacional de Psiquiatria, em Zurique, ocupando cinco salas com pinturas de esquizofrênicos.

Ao longo de sua existência o Museu colecionou inúmeras provas do reconhecimento, nacional e internacional, de sua importância, apesar das dificuldades enfrentadas em alguns momentos, como

por exemplo na década de 70, época da ditadura militar no Brasil, quando esteve perto de fechar suas portas, devido ao corte da verba necessária à sua manutenção.

Em 1974, em meio a toda a turbulência política que tanto prejudicou a Instituição, foi criada a Sociedade Amigos do Museu de Imagens do Inconsciente (SAMII), fato que, segundo depoimento da própria Dra. Nise, em 1979, "constituiu acontecimento de grande importância para o Museu, diremos mesmo, para sua sobrevivência".

Em 1999, Nise da Silveira faleceu no Rio de Janeiro, deixando porém ativo o seu pensamento inovador, presente não só no Museu de Imagens do Inconsciente, mas, na própria Instituição, que recebeu, então, o seu nome.

O Museu festejou em 2002 os seus 50 anos, período em que não só incentivou a produção de intrigantes obras de arte, mas, promoveu uma intensa pesquisa acerca dos fenômenos relacionados ao inconsciente, além colaborar ativamente no tratamento dos seus artistas-pacientes (ou clientes, como ela preferia chamá-los), através do estabelecimento de um convívio comunitário fundamentado no afeto e na amizade, essenciais para a sua ressocialização.

Entre os artistas que mais se destacaram ao longo da história do Museu estão: Fernando Diniz, Emygdio, Raphael, Carlos Pertuis, Adelina, Isaac e Abelardo.

Fig. 38: Fachada do Museu de Imagens do Inconsciente
Fonte: www.museuimagensdoinconsciente.org.br, 2002

4.3. A Instituição diante da Reforma Psiquiátrica

O IMAS Nise da Silveira, como já foi mencionado no ítem 4.1, sempre esteve na vanguarda dos caminhos trilhados pela Psiquiatria, embora muitos destes caminhos hoje sejam, por ela mesma, recusados. A Instituição empreendeu iniciativas que podemos considerar como modelos precursores dos conceitos atualmente vigentes, como por exemplo o Serviço Hetero-Familiar e a implantação de modelos ambulatoriais, desenvolvidos entre 1918 e 1932, que já buscavam uma humanização na assistência.

Segundo Sampaio, a partir da década de 80, após um longo período de poucos investimentos, o complexo psiquiátrico voltou a receber atenção, ainda do Governo Federal, acompanhada da incorporação de segmentos profissionais progressistas, dotados de forte preocupação social. Estes grupos contribuíram para a "expansão da atitude psicoterápica, como projeto humanizador-modernizador, a expansão da prática político-social, como moldura doadora de sentido a todas as práticas e saberes".

Em 1983, foi publicado o primeiro Plano Diretor para o então CPP II - Plano Diretor para a Reorientação da Assistência Psiquiátrica no CPP II - que tinha como proposta a reorganização do Centro em cinco áreas básicas: atividades de direção e assessoramento; atividades de ensino e pesquisa; atividades de documentação e auditoria médica; atividades administrativas; e atividades assistenciais (compostas, por suas vez, dos serviços: ambulatorial, emergencial, de internação e de apoio em clínica geral) (Sampaio, 1988, p. 156). Entre os objetivos do Plano, apresentam-se:

- executar toda e qualquer atividade terapêutica através da atuação de equipes multidisciplinares;
- diversificar o arsenal terapêutico, melhorando as ofertas existentes e ampliando o leque de ofertas;
- priorizar e enfatizar recursos e técnicas extra-hospitalares, aumentando suas capacidades resolutivas;
- redimensionar os serviços de internação, considerando-o instrumento de última escolha e abreviando o tempo de permanência, de forma a logo restituir o cliente ao seu meio de origem;
- criar meios para promover criticamente a reintegração da clientela com família, trabalho e comunidade;
- integrar, racionalizar e otimizar procedimentos, métodos e técnicas administrativas;
- implantar amplo e inovador programa de desenvolvimento de recursos humanos;
- desenvolver estudos e pesquisas em Saúde Mental para requalificar a prática assistencial e fazer evoluir o conhecimento sistematizado existente;
- desenvolver programa de treinamento em serviço, conveniado com universidades;

- contribuir para a criação de um sistema de atendimento em Saúde Mental, integrado, regionalizado, hierarquizado e extensivo a toda a sua população de referência;
- iniciar trabalho permanente de integração com a comunidade (associação de moradores, associações profissionais, grupos religiosos, grupos de ajuda mútua etc.), respeitando as práticas informais ditadas pela cultura popular.

Constata-se, portanto, que não é recente a disposição da Instituição na sua busca da humanização, e da melhoria das condições da assistência ali praticada. O Plano, já em 1983, implementava atitudes que somente foram regulamentadas em 2001, pela Lei Federal, como o desenvolvimento dos recursos extra-hospitalares, por exemplo. Os objetivos do plano limitam, também, a hegemonia da Psiquiatria, ao enfatizarem a atuação de equipes multidisciplinares.

Ultimamente, a Instituição tem prosseguido em sua busca pelo aperfeiçoamento, procurando adaptar-se aos novos preceitos da Psiquiatria, às políticas municipais e, mais recentemente, à nova Lei da Reforma Psiquiátrica. Segundo o diretor do IMAS Nise da Silveira, "existe hoje um consenso nacional das novas formas de tratamento, acerca dos modelos substitutivos" e as leis ajudaram bastante para que isto se tornasse realidade.

Serão apresentadas, a seguir, algumas propostas que têm sido desenvolvidas na Instituição, nos últimos anos:

- Casa do Sol

A Casa do Sol, conforme descrito mais detalhadamente no ítem 4.4, concentra o maior número de internos na Instituição, e sofrerá reformas em sua estrutura física para aportar a unificação dos Programas de Moradias já existentes, e para ampliar a capacidade de atendimento do seu Centro de Convivência.

- Museu de Imagens do Inconsciente

Comemorando 50 anos de sua inauguração em 2002, o Museu promoveu o lançamento do projeto de reforma e ampliação a que será sujeito. O projeto prevê a duplicação de sua área física, bem como a qualificação de suas instalações, oferecendo melhores condições não só aos visitantes, mas, à continuidade de suas atividades assistenciais e manutenção do acervo.

- Emergência

O Setor de Emergência da Instituição será transferido para outro prédio, a ser reformado. Contará com acesso independente e com ambientes mais adequados ao atendimento. Embora a Reforma

Psiquiátrica recomende a redução do número de leitos, a demanda enfrentada pela Instituição obriga a que esta redução ainda seja discreta (de cerca de 150, para 130 leitos).

- Espaço Aberto ao Tempo - EAT

Funcionando como um centro de convivência, o EAT tem apoiado e orientado o desenvolvimento de programas de moradia extra-hospitalar.

- Atendimento Infantil

Os setores destinados ao atendimento infantil deverão ser remanejados, de modo a se concentrarem em uma região do complexo. O ambulatório infantil conta com um projeto para suas futuras instalações, que visa uma adequação das condições ambientais ao universo infantil, pouco explorado na arquitetura existente.

- Inserção de unidades de outras especialidades médicas e outros tipos de serviço

A Instituição, com a progressiva e planejada redução do seu porte, apresenta algumas edificações ociosas, que deverão ser destinadas a outras finalidades. O prédio liberado após a transferência do Setor de Emergência deverá, segundo estudos ainda em andamento, ser destinado à implantação de um hospital de reabilitação. Encontram-se também em andamento estudos para a implantação de uma vila olímpica, o que possibilitaria a concretização de um ideal do movimento reformista, de que as instituições se abram para as comunidades em que estão inseridas.. Estas medidas visam a efetivação da determinação de que o complexo assuma a prestação de assistência à saúde em geral, como indica o nome a ele atribuído, Instituto Municipal de Assistência à Saúde, deixando de prestar exclusivamente atendimento psiquiátrico.

Infelizmente, nem tudo são perspectivas otimistas. Nas entrevistas realizadas, embora se verifique o reconhecimento dos avanços realizados, revelam-se também alguns entraves enfrentados na rotina do IMAS, como por exemplo:

- a resistência de alguns funcionários, que encontram dificuldades em aceitar e até mesmo compreender a nova lógica do atendimento, fato que pôde ser claramente constatado na pesquisa de campo (foi mencionada pelo diretor, inclusive, a existência de boicotes);
- a resistência da sociedade em geral, em especial, da comunidade local, em participar das mudanças propostas; a comunidade "nega" o hospício, não permitindo a sua inserção no contexto local (um exemplo disto foi citado pelo diretor, sobre o fato do condomínio situado em frente ao IMAS ter apresentado, em seus panfletos de venda, a palavra "bosque", onde estaria o hospital); nega também as oportunidades aos egressos, que mesmo fora do hospital, continuam excluídos;

- o desconhecimento, pela sociedade, das novas propostas de assistência, fazendo com que a internação ainda seja a única possibilidade, delegando ao hospital a tutela e a responsabilidade pelo paciente (o diretor citou, como exemplo, a reportagem publicada num jornal sobre a fuga de uma paciente do IMAS; a família culpava o hospital por não ter vigiado a paciente, ao que ele, então respondeu: "o hospital não é prisão, e a fuga muitas vezes é para se ir em busca de familiares, o que pode ser saudável");
- as questões sociais e econômicas envolvidas, representadas pela dificuldade de moradia, de trabalho e de relacionamento social, que fazem com que seja feita a opção da internação, muitas vezes encarada pelas famílias como uma coisa positiva;
- as barreiras impostas pela arquitetura dos edifícios,que ainda preservam, em sua maioria, as características dos antigos asilos, tornando os ambientes incoerentes com as novas formas de atuação.

4.4. A Casa do Sol

Elegemos para este estudo de caso o prédio denominado Casa do Sol, o último prédio a ser construído no complexo psiquiátrico. Nesta unidade têm sido aplicadas, desde o final da década de 80, propostas visando uma humanização das condições oferecidas à população de pacientes, principalmente composta de crônicos, com longo tempo de internação. Atualmente, este processo de humanização inclui uma reforma geral das instalações físicas, requalificando os seus espaços com o objetivo de colaborar na promoção do resgate da autonomia e da própria cidadania da clientela, através da (re)construção de suas referências de moradia.

- Um pouco da história da Casa do Sol

As informações que se seguem foram levantadas na Dissertação de Mestrado de Sampaio (1988), que trabalhou como supervisor da unidade, na década de 80.

O edifício hoje denominado de Casa do Sol foi inaugurado em 1956, com o objetivo abrigar a continuidade do trabalho desenvolvido no Instituto de Psiquiatria, criado em 1944, que funcionava em outra edificação da Instituição. Segundo o autor, embora fosse a mais nova das construções do complexo, o serviço ali instalado se filiava à tradição mais antiga do Instituto de Psiquiatria (Sampaio, 1988, p. 153).

Em 1968, passou a ser denominado de Unidade Hospitalar Professor Adauto Botelho (UHPAB). De 1968 a 1981, a unidade foi destinada ao atendimento de clientes previdenciários, menos comprometidos organicamente, enquanto as outras unidades do complexo atendiam principalmente a indigentes. Durante este período, e devido ao seu cadastramento junto aos institutos de previdência, a unidade recebeu muitos investimentos, que, segundo o autor, possibilitaram uma melhoria das condições de hotelaria e a contratação de maior número de técnicos. Estes fatores, porém, contribuíram para um aumento da procura pelo serviço, provocando uma "explosão habitacional e de problemas" (Sampaio, 1988, p. 152). Neste período, a unidade chegou a abrigar de 100 a 200 clientes por setor (o edifício se compõe de oito setores de enfermarias, que hoje abrigam, cada um, cerca de 22 pacientes), se caracterizando pela alta rotatividade e pela agitação do seu ambiente.

A partir de 1981, a vinculação previdenciária foi extinta e toda a clientela da Instituição passou a ser distribuída de maneira uniforme pelas unidades, assim como os recursos financeiros. O número de leitos do UHPAB foi, então reduzido para 400.

Na década de 80, aconteceram as primeiras tentativas, na unidade, de promover uma melhoria das condições oferecidas aos pacientes, além das primeiras iniciativas de "dar voz" a estes pacientes. Conforme narra o autor, a primeira assembléia assistida de clientes foi realizada em 1984 (Sampaio, 1988, p. 153).

Na assembléia, os clientes puderam expressar seus anseios, que incluíam queixas sobre a má qualidade da alimentação, as péssimas condições dos banheiros, os problemas de conforto nas enfermarias, o espaço reduzido entre as camas, que provocava brigas constantes, o pouco contato com os psiquiatras, a falta de liberdade (os setores ficavam trancados 24 horas por dia). Solicitavam a permissão para passear nas alamedas, para receber maior número de visitas, para utilizar os pátios.

As tentativas de humanização prosseguiram, e algumas iniciativas merecem destaque, como a da criação de setores específicos para determinadas características de clientes, a exemplo da Enfermaria Esperança, constituída no início da década de 90, e destinada a clientes idosas que moravam há muito tempo na Instituição.

Destaca-se, também, o projeto "Identidade Visual Integrada", elaborado em 1993, como trabalho final de graduação de Dalton Lopes Figueiredo, então aluno do Instituto de Arte e Comunicação Social, da Universidade Federal Fluminense - UFF. O trabalho propõe uma série de intervenções em programação visual e na arquitetura dos interiores da unidade, além da criação de um novo nome, Casa do Sol, então adotado pela Instituição.

Na busca do novo nome, o autor chegou ao termo casa, devido às próprias características da população, que em sua maioria, havia assumido aquele espaço como sendo a sua moradia. O termo sol foi definido a partir da busca de um elemento que simbolizasse energia (segundo o autor, a energia necessária para se empreender a cura). Ambos os temas apareciam, também, com grande freqüência nos desenhos e pinturas dos pacientes. Foi definido também um símbolo (fig. 39, adiante), que posteriormente foi adotado para os impressos e uniformes da Casa do Sol.

O projeto previa ainda a pintura interna da unidade, segundo um detalhado estudo das cores e seus significados e propriedades terapêuticas. A fachada do prédio também recebeu um estudo para modificação, bem como toda a programação visual do setores. Algumas das medidas propostas pelo projeto foram aos poucos incorporadas à unidade, como por exemplo os esquemas de cores para os ambientes. E a principal delas, a mudança do nome, representou, segundo o atual diretor (conferir nas entrevistas, ítem 4.6.3), uma importante contribuição para a Instituição, ao desencadear a substituição dos nomes de outras unidades.

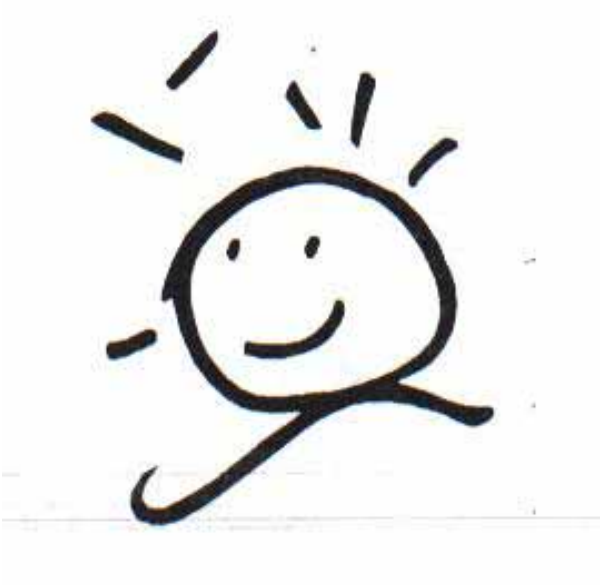


Fig. 39: Símbolo da Casa do Sol
Fonte: Figueiredo, 1993

- O Espaço Atual da Casa do Sol

A Casa do Sol é um edifício de seis pavimentos, construído nas décadas de 40/50, que apresenta algumas características encontradas na Arquitetura Moderna: o predomínio da função sobre a forma, a presença de pilotis em parte do pavimento térreo, a preocupação com uma modulação estrutural, proporcionando alguma liberdade à planta e a utilização de *brises-soleil* nas fachadas norte e oeste.

A imperiosa preocupação em prevenir acidentes ou agressões entre os internos fez com que se colocasse em segundo plano algumas condições de conforto ambiental. Isto pode ser constatado na presença de cobogós, em lugar de esquadrias, prejudicando o conforto térmico e lumínico em diversos ambientes. Em alguns casos, os cobogós foram posteriormente substituídos por esquadrias de alumínio.

A pintura interna com cores escuras, a existência de grades nas janelas e na entrada das enfermarias, além da escassez de mobiliário, contribuem para o tornar sombrio e opressor o aspecto geral interno do edifício. Algumas das enfermarias, até o início de 2002, eram mantidas trancadas, para evitar as fugas de alguns internos, penalizando, assim, os demais moradores do setor.

Fig. 40:Fachada principal da Casa do Sol

Fonte: Espaço Saúde, 2002.

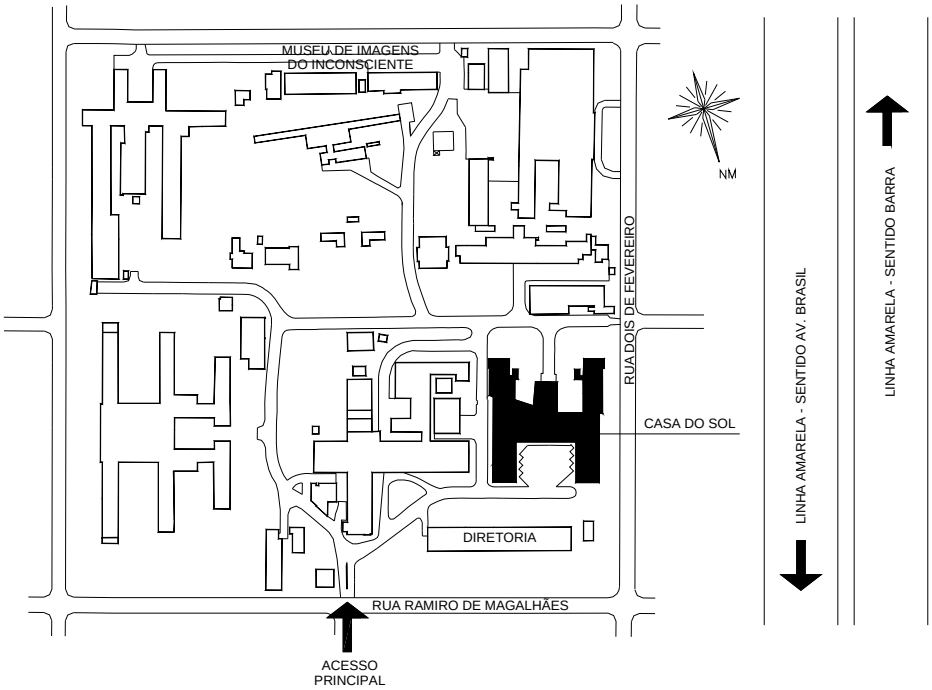


Fig. 41: Planta de situação do IMAS Nise da Silveira – localização da Casa do Sol

Fonte: Espaço Saúde, 2002

A Casa do Sol é a unidade componente do IMAS Nise da Silveira onde se encontra, atualmente, o maior número de internos, a maioria de longa data e com reduzidas perspectivas de alta. O pavimento térreo abriga o Centro de Convivência, espaço freqüentado por internos e egressos, que aí realizam atividades de terapia ocupacional. No segundo e no terceiro pavimentos, desenvolve-se o Programa de Moradias, em quatro alas de enfermarias, duas femininas e duas masculinas, destinadas à internação de pacientes crônicos, geralmente portadores de algum dos tipos de esquizofrenia, diversos deles desprovidos de vínculos familiares e sociais. Muitos destes pacientes apresentam também deficiências físicas, principalmente decorrentes de sua idade avançada. No quarto e no quinto pavimentos, encontram-se, de forma provisória, as enfermarias de pacientes agudos, que deverão ser transferidas para outra edificação do complexo, a ser reformada para abrigar o Setor de Emergência. O sexto pavimento concentra setores administrativos e duas grandes áreas que nunca receberam acabamento e, por isso, encontram-se sem utilização.

As enfermarias de crônicos, que já foram mantidas fechadas, passaram, gradativamente, a ser abertas, permitindo a livre circulação dos clientes pelas demais dependências e, principalmente, pela área externa. Além da abertura das enfermarias, a Instituição tem procurado valorizar o resgate da privacidade dos clientes, adaptando algumas destas enfermarias, com o apoio do próprio serviço de manutenção existente no complexo, de modo a transformá-las em apartamentos privativos, com o objetivo de exercitar a proposta da criação de moradias. Nestes casos, porém, permanece o uso do banheiro e do refeitório coletivos existentes em cada ala do prédio.

O programa inicial, fornecido pela Instituição, para a proposta para requalificação deste edifício, previa a sua transformação de espaço asilar/ manicomial em um espaço de moradia, de preferência temporária, visando uma futura reintegração do interno à sociedade. As enfermarias existentes serão, duas a duas, transformadas em apartamentos para até quatro pessoas. Com esta proposta, a instituição pretende estimular nos internos a construção ou recuperação das suas referências sociais.

Apresenta-se, a seguir, uma síntese do projeto arquitetônico do espaço atual, através das plantas baixas e descrição dos principais pavimentos.

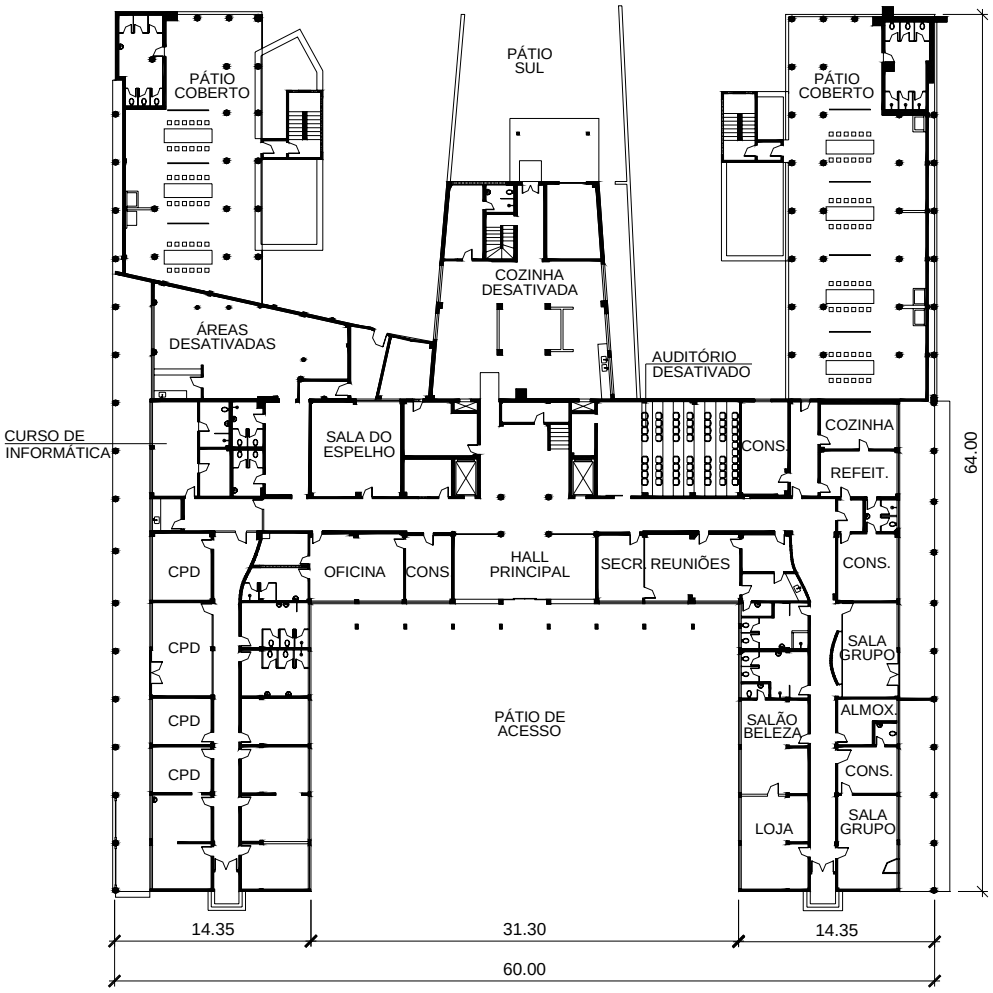


Fig. 42:Pavimento térreo da Casa do Sol, situação atual

Fonte: Espaço Saúde, 2002.

No pavimento térreo da Casa do Sol, conforme citado, está localizado o Centro de Convivência da unidade, responsável pelo atendimento dos internos e de egressos e clientes externos, provenientes de uma determinada área da AP 3.2, ou encaminhados pelo Setor de Admissão da Instituição.

O espaço é composto, basicamente, por consultórios, salas de atividades de grupo e oficinas, atualmente insuficientes para a expectativa de demanda que o Centro deverá aportar. Na ala esquerda, encontram-se outros setores, como o CPD, que não possuem nenhuma relação com as atividades do Centro, o que contribui para confundir os fluxos do serviço. Outro problema verificado se refere aos pátios. O pátio de acesso é ocupado pelo estacionamento da unidade, prejudicando a sua utilização pelos clientes. O pátio sul, devido ao seu acesso restrito e à sua ocupação por atividades de serviço, não costuma ser utilizado como área de lazer (ver figs. 43 e 44,

abaixo), embora tenha recebido, em outra ocasião, conforme se pode ver nas fotos, a instalação de equipamentos destinados a esta finalidade, como bancos e anfiteatro em concreto.

Fig. 43: Pátio sul da Casa do Sol

Fonte: Espaço Saúde, 2002

Fig. 44: Pátio sul da Casa do Sol

Fonte: Espaço Saúde, 2002

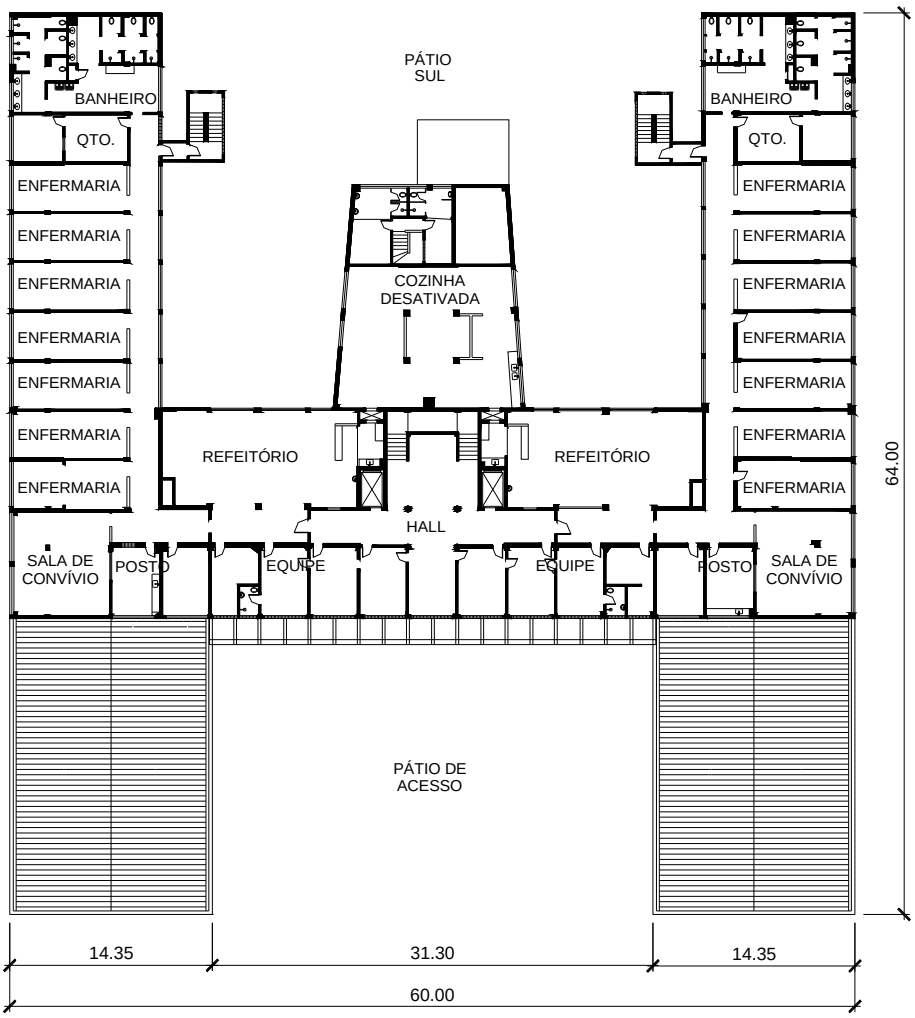


Fig. 45:Pavimento tipo da Casa do Sol, situação atual
Fonte: Espaço Saúde, 2002.

Os pavimentos intermediários da unidade (segundo ao quinto pavimentos - pavimentos tipo), são compostos, cada um, de duas alas de enfermarias, desenvolvidas em torno do pátio sul, na forma de "baias", como denominam os profissionais da Instituição. Estas "baias" não possuem portas, apenas uma mureta de alvenaria que separa o seu espaço da circulação. Por este motivo, não oferecem privacidade, nem condições de conforto térmico, aos internos. As alas de enfermarias possuem, nas suas extremidades, seus respectivos banheiros coletivos, que também não proporcionam privacidade, e muito menos segurança, devido à utilização de materiais inadequados para o revestimento do piso.

Como as alas são independentes, possuindo acessos, ambientes de apoio e convívio próprios, não existe um estímulo à convivência com as pessoas das outras alas, o que torna o espaço central de circulação ocioso, quando poderia ser explorado como um ponto de encontro dos clientes (ver figs.

abaixo). As fotos, tiradas durante o dia, ilustram também o aspecto sombrio dos ambientes, proporcionado pelas cores e pelos cobogós e *brises*, que bloqueiam a luz natural.

Fig. 46: Hall do pavimento tipo
Fonte: Espaço Saúde, 2002

Figs. 47 (esq.) e 48 (dir.): respectivamente, aspectos externo e interno dos brises e cobogós existentes na fachada principal, proporcionando desconforto lumínico nos ambientes
Fonte: Espaço Saúde, 2002.

4.5. O Cliente e sua Relação com o Espaço

"Eu fico louco, eu fico fora de mim
Eu fico louco, eu fica fora de si...
Eu fico sem ninguém em mim."
(Arnaldo Antunes, trilha sonora do filme
"Bicho de Sete Cabeças")

Através das observações de campo, foram percebidas algumas tendências, no que se refere à relação dos clientes com o espaço arquitetônico, dados importantes para a construção de um diagnóstico da situação atual do edifício, e principalmente para a concepção dos espaços futuros.

O pavimento térreo, onde funciona o Centro de Convivência, é o mais freqüentado, principalmente o seu pátio de entrada, onde os internos gostam de ficar pela manhã tomando sol. Um dos internos costuma ficar andando pelos corredores do Centro de Convivência, ora repetindo seu nome, ora repetindo trechos finais de frases que escuta nas conversas que acontecem ao longo de sua passagem. De repente, deita-se no chão, em qualquer lugar, no meio da circulação, como se deitasse no tapete de sua sala de estar.

Este fato chamou a atenção para a forma com que esta população lida com o espaço, que difere completamente com as formas com que estamos acostumados a conviver, e despertou o questionamento sobre a origem destas atitudes. Seriam fruto das características desta arquitetura, adaptada por este paciente ao seu "habitar", ou da própria patologia em si? Esta questão, que talvez possa ser respondida pelos psicólogos e pelos psiquiatras, serviu como ponto de partida para a pesquisa de campo que pretendíamos desenvolver: investigar junto a esta população as suas impressões sobre os espaços desta arquitetura. Assim, procuramos, nas observações de campo, adicionar mais informações sobre este "lidar com o espaço".

Os internos, na maioria das vezes, andam sozinhos. É muito difícil vê-los conversando entre si. Daí pode-se imaginar a dificuldade em se estabelecer um sentido de comunidade. Porém, não se intimidam em abordar funcionários e visitantes. Mesmo os que apresentam dificuldades de expressão, tomam sempre a iniciativa de entabular uma conversa. Apresentam-se, apertam nossas mãos, perguntam nossos nomes.

Os egressos e clientes externos, como possuem uma experiência de vida em sociedade, podem prestar uma importante colaboração no resgate da vida social dos internos, através da convivência com os internos, nas oficinas terapêuticas. Eles trazem a "perspectiva nova do visitante", conforme

vimos em Tuan, no ítem 2.5.1, despertando atenção para elementos que a população interna já não percebe.

Existe, ainda, uma divisão muito clara entre as categorias de pacientes e funcionários, embora as novas propostas de terapias preconizem a destruição destas barreiras. Num episódio presenciado nas observações de campo, uma moradora reagiu de forma agressiva a um homem que a confundiu com uma interna. Respondeu, aos gritos, que "não é doida, não é doente, é funcionária". Esta reação demonstra o estigma vivido pelos pacientes, o *status* conferido às equipes profissionais, e a solidez das barreiras construídas pela cultura manicomial. Este fenômeno foi detectado por Denise Jodelet no seu estudo "Representações Sociais da Loucura", conforme mencionou Sandra Jovchelovitch, recentemente, em palestra proferida na I Jornada Científica da Pós-graduação em Saúde Coletiva do NESC/UFRJ.

Em visitas realizadas às enfermarias, pôde ser percebida a diferença entre o seu ambiente com a porta de grades fechada, e com porta aberta. Na primeira visita realizada a uma das enfermarias, em janeiro de 2002, a porta principal ainda se encontrava fechada (esta enfermaria foi última a adotar a prática das portas abertas, devido às condições de alguns de seus moradores), e podia-se perceber a tensão no ambiente, as pessoas andando de um lado para o outro, sem atividades. Em visitas posteriores, já com a porta aberta, o ambiente parecia outro, as pessoas que ali se encontravam estavam mais calmas, muitas outras estavam no jardim.

Outro aspecto observado foi o da dificuldade, que os pacientes internos apresentam, na sua submissão às rotinas de atividades e tratamentos. Normalmente, as atividades se desenrolam nas oficinas, e eles entram e aderem a elas somente porque estavam passando, a porta estava aberta, e o seu interesse foi desperto. Nas reuniões semanais isto também foi verificado. Os pacientes entram porque estavam passando na hora, ou porque foram levados pelos profissionais.

4.6. A Pesquisa de Campo

"Quando o espaço físico comportar os sentimentos.
Quando o espaço físico comportar a luz.
Quando o espaço físico comportar o HUMANO.
Quando o espaço físico puder acolher a dor.
Quando o espaço físico for capaz de transformar
e ser transformado, permitir o fluxo da vida."
(Terapeuta ocupacional do IMAS Nise da Silveira, 2002)

4.6.1. Objetivos

Como parte do estudo de caso, foi realizada uma pesquisa de campo junto aos usuários (clientes e funcionários) das instalações da Casa do Sol. Os objetivos desta pesquisa foram: levantar as impressões destes usuários com relação ao espaço arquitetônico atual; avaliar as suas expectativas sobre a requalificação destes espaços; aplicar um processo participativo que os envolvesse na formulação de sugestões e recomendações para futuros projetos semelhantes. Para atender a estes objetivos e, dada a complexidade dos dados a serem coletados, julgou-se mais adequado o desenvolvimento de uma metodologia de abordagem qualitativa, conforme detalhado adiante.

Não se pretendia com esta avaliação interferir no processo de reforma da estrutura física, que já se encontrava, paralelamente à pesquisa, em desenvolvimento na Instituição, embora algumas sugestões levantadas no trabalho de campo tenham, inclusive, sido incorporadas ao projeto arquitetônico. A avaliação permitiu também verificar a validade e a importância de conceitos aplicados, investigar a existência de outros conceitos não contemplados pelo projeto de requalificação e, principalmente, levantar aspectos que possam ser incorporados em projetos futuros.

A avaliação se dirigiu, portanto, ao ponto de vista dos usuários da edificação, visto que, quanto aos aspectos técnicos da reforma, partimos do pressuposto que o projeto, então em andamento, já se encontrava provido dos dados técnicos necessários à sua implementação (uma avaliação dos aspectos técnicos poderá ser realizada posteriormente). Foram avaliadas as impressões dos usuários acerca da proposta de requalificação, a saber: diretoria da instituição, corpo técnico, funcionários e clientes internos (moradores da Casa do Sol) e externos (egressos que freqüentam o Centro de Convivência e moradores de outras unidades do IMAS Nise da Silveira).

4.6.2. Metodologia

A Arquitetura, enquanto Ciência Social Aplicada, cada vez mais investe na utilização de métodos interdisciplinares na investigação dos seus fenômenos, principalmente os utilizados nas Ciências Sociais, e mais recentemente, na Psicologia Social. Também a adoção de práticas participativas de planejamento e de avaliação do ambiente construído têm sido amplamente difundidas em todo o mundo. Destacam-se neste campo os trabalhos de Robert Sommer, Kevin Lynch e Henri Sanoff.

Em Sommer (1973), encontramos inspiradoras experiências de pesquisa comportamental, praticada principalmente através de observação de campo em diversos tipos de instituição, como hospitais, escolas e alojamentos estudantis (ver capítulo 2 desta dissertação, ítem 2.5). As pesquisas de Sommer se voltavam para o comportamento do usuário diante do espaço, utilizando-se da observação participante e praticando inclusive a "invasão" do espaço pessoal de usuários de espaços públicos. O autor define espaço pessoal como "uma área com limites invisíveis que cerca o corpo das pessoas, e na qual os estranhos não podem entrar" (1973, p. 33). Foram por ele desenvolvidas muitas pesquisas neste tema, inclusive em hospitais psiquiátricos. Não pretendemos em nosso estudo nos aprofundar nestas questões de comportamento espacial (nos interessava mais a relação dos usuários com o espaço específico da Casa do Sol), mas, algumas das técnicas utilizadas, especialmente a observação participante, foram amplamente utilizadas nesta pesquisa.

Encontramos referências para o desenvolvimento da metodologia para a pesquisa de campo também nas experiências de Kevin Lynch (1988) com a investigação da imagem mental construída pelos cidadãos acerca do seu ambiente urbano. O autor propõe um método (1988, p. 153) que consiste em pedir aos cidadãos para desenhar um esboço da sua cidade, descrevendo os percursos e elementos que mais chamam a sua atenção. Indica também (1988, p. 169), a aplicação do método em ambientes de escalas e funções diferentes, como edifícios, paisagens e sistemas de transporte. Destaca, ainda (1988, p. 171), o fenômeno da "elasticidade das imagens", que tendem a se adaptar às mudanças empreendidas no ambiente, e o fato de não resultarem apenas das características externas, mas também da interpretação do observador.

Segundo Sanoff (1990, prefácio, p. i), houve, a partir da década de 70 um crescente movimento no sentido de promover o envolvimento direto dos usuários na definição do ambiente físico. O autor também afirma (1990, p. 1) que a principal origem da satisfação do usuário não reside tanto no atendimento de suas necessidades, quanto no sentimento de haver influenciado nas decisões, e, destacando a importância das práticas interdisciplinares, acrescenta (1990, p. 2) que o conflito entre as pessoas e o ambiente físico se deve ao abismo existente entre o campo dos projetistas e o dos

cientistas sociais. As soluções de projeto deveriam, para ele, ser mais uma representação dos seus usuários, do que a dos seus projetistas.

Contudo, os principais fundamentos para nossa metodologia, que, de certa forma, englobam os conceitos presentes em Sanoff, Lynch e Sommer, foram encontrados na Teoria das Representações Sociais, desenvolvida por Serge Moscovici, em 1961, no campo da Psicologia Social. A Teoria estuda a construção e a transformação das representações sociais, também denominadas de saberes sociais, e definidas por Jodelet (2001, p. 22) como "uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social". As representações estão sempre se renovando através da comunicação entre os atores sociais, incorporando novos dados, revelando-se, assim, fenômenos complexos e dinâmicos, "sempre ativados e em ação na vida social" (Jodelet, 2001, p. 22).

Segundo a autora, embora sejam conhecidas como saber de senso comum, as representações são reconhecidas como objetos de estudo tão legítimos quanto o conhecimento científico, devido à sua importância na vida social e no entendimento dos processos cognitivos e das interações sociais.

> *"Seu estudo constitui uma contribuição decisiva para a abordagem da vida mental individual e coletiva. Desse ponto de vista, as representações sociais são abordadas concomitantemente como produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade" (Jodelet, 2002, p. 22).*

Segundo Jovchelovitch (2002), a Teoria tem como proposições:

- o processo de formação das representações depende da natureza das relações sociais que definem o contexto social;
- o saber é uma estrutura heterogênea e plástica, capaz de gerar múltiplas racionalidades;
- não existe um saber único, melhor do que os outros - não existe uma hierarquia do saber.

A autora acrescenta que, portanto, se a realidade é composta de múltiplas perspectivas, coloca-se em xeque a concepção, proposta pela Filosofia, através da histórica dicotomia entre sujeito e objeto, da existência de uma única realidade. A Psicologia Social das representações tenta superar esta dicotomia, ao considerar a possibilidade de mais de um sujeito observar o mesmo objeto.

A autora destaca também a importância do reconhecimento do saber local, afirmando que todo saber é local, pois emerge de um determinado contexto social, embora possa difundir-se para outros contextos, conforme imposições de formas de poder, por exemplo.

Moscovici desenvolveu sua Teoria a partir de uma reinterpretação da noção de representação coletiva, desenvolvida por Durkheim, em 1895. Esta noção, segundo Moscovici (2001, p. 45), caiu em desuso por quase meio século, após ter sido fenômeno marcante para a Ciência Social na França.

Quanto à questão do espaço, segundo Jodelet (2002, p. 35), citando o exemplo histórico dos trabalhos de Foucault sobre o Panóptico, que destacaram o papel que o poder pode exercer através de uma organização espacial, "desse ponto de vista, o espaço representa uma ordem social e, por esse motivo, presta-se ao jogo das interpretações, que pode ser analisado por meio das representações construídas pelos sujeitos sociais" (2002, p. 35). A autora afirma que as representações do espaço são também representações sociais, propondo, então, uma abordagem para o estudo da produção e das significações do espaço (urbano) em termos de representação socioespacial (2002, p. 35).

No presente estudo, dedicado, especialmente, a uma população que possui uma trajetória de exclusão de todo e qualquer processo de decisão, consideramos importante e instigante a investigação de seu ponto de vista e de suas expectativas perante as mudanças que ora se propõem, além da oportunidade de experimentar a aplicação de um processo projetual que contasse com a participação destes usuários.

Consideramos também importante a investigação do contexto que levou à idealização do modelo de moradia proposto pela Instituição, que, contrariando o consenso existente entre os estudiosos da Reforma Psiquiátrica, investe na solução da moradia interna.

A Teoria das Representações Sociais veio, portanto, de encontro às nossas pretensões, ao se ocupar do estudo deste saber social. Procuramos, então, captar, de forma qualitativa e aberta, a visão que o universo dos usuários, sendo funcionários e clientes, construiu acerca das questões do espaço arquitetônico atual e da reforma a que o edifício será submetido. A opção pelo enfoque qualitativo se deve à complexidade e à subjetividade dos dados a serem colhidos, tratando-se de impressões, expectativas, dados sobre os quais não gostaríamos de exercer nenhuma influência. Pelo mesmo motivo, optamos pela utilização dos questionários abertos. Decidimos também pela utilização de imagens, pois muitos dos entrevistados apresentam dificuldades de comunicação verbal, e também porque a instituição desenvolve, como uma das atividades mais procuradas em terapia ocupacional, a expressão através das artes plásticas, herança do trabalho de Nise da Silveira.

- Caracterização do Campo

Foi levantada a população de internos da Casa do Sol (fonte: setor de informática da Instituição), considerando somente as enfermarias de crônicos, já que as de agudos apresentam muita rotatividade em sua ocupação (o que não significa que estes clientes não tenham participado da pesquisa, como integrantes de outras categorias, que não as de moradores). Os dados foram organizados por enfermaria (duas femininas e duas masculinas), destacando idade máxima e mínima e média de idade, tempo máximo e médio de internação e diagnóstico registrado na data de internação, segundo a CID 10 - décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, trabalho conduzido pela OMS - Organização Mundial da Saúde, aprovado em 1989, na Conferência Internacional para a Décima Revisão (ver anexo, resumo da CID10, relativo à saúde mental).

Estes dados estão apresentados nas tabelas a seguir.

Tabela 02: Clientes da Enfermaria Esperança
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002

ENFERMARIA FEMININA ESPERANÇA	
Número de internas:	23
Leitos vagos:	1
Média de idade:	62,34 anos
Tempo médio de internação:	18,43 anos
Diagnóstico:	CID F20.9 (esquizofrenia não especificada) – 17 internas CID F20.5 (esquizofrenia residual)– 2 internas CID F20.0 (esquizofrenia paranóide)– 1 interna CID F09 (transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado)– 2 internas CIDF03 (demência não especificada)– 1 interna
Esta foi a primeira enfermaria organizada exclusivamente para moradoras, considerando as suas características. Segundo as informações levantadas, a interna mais idosa tem 89 anos, e a mais jovem tem 46. O tempo máximo de internação nesta enfermaria é de 35 anos.	

Tabela 03: Clientes da Enfermaria Revivendo

Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002

ENFERMARIA FEMININA REVIVENDO	
Número de internas:	22
Leitos vagos:	0
Média de idade:	55,59 anos
Tempo médio de internação:	6,18 anos
Diagnóstico:	CID F20.9 (esquizofrenia não especificada) – 16 internas CID F20.5 (esquizofrenia residual)– 3 internas CID F71.0 (retardo mental moderado)– 1 interna CID F09 (transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado)– 2 internas
Nesta enfermaria parece ter havido um cadastramento das internas em 02/05/1996, data que consta como sendo a da internação de 12 das internas. Pode haver, portanto, internas com mais tempo de permanência, sem um registro anterior. A interna mais idosa desta enfermaria tem 82 anos, e a mais jovem tem 34 anos. O tempo máximo de internação verificado é de 25 anos.	

Tabela 04: Clientes da Enfermaria M1

Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002

ENFERMARIA MASCULINA M1	
Número de internos:	25
Leitos vagos:	3
Média de idade:	49,72 anos
Tempo médio de internação:	11,48 anos
Diagnóstico:	CID F06 (outros transtornos cerebrais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física) – 2 internos CID F20.0 (esquizofrenia paranóide) – 13 internos CID F72.0 (retardo mental grave) – 6 internos CID F32.0 (episódio depressivo leve) – 1 interno CID F73.0 (retardo mental profundo) – 1 interno CID F84.0 (autismo infantil) – 1 interno CID F79.0 (retardo mental não especificado) – 1 interno
O interno mais idoso desta enfermaria possui 88 anos, e o mais jovem possui 26 anos. O tempo máximo de internação é de 22 anos.	

Tabela 05: Clientes da Enfermaria M2

Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002

ENFERMARIA MASCULINA M2	
Número de internos:	18
Leitos vagos:	7
Média de idade:	42,22 anos
Tempo médio de internação:	7,61 anos
Diagnóstico:	CID F20.9 (esquizofrenia não especificada) – 2 internos CID F20.0 (esquizofrenia paranóide) – 1 interno CID F20.5 (esquizofrenia residual)– 1 interno SEM DIAGNÓSTICO – 14 internos
O interno mais idoso possui 65 anos, e o mais jovem, 26 anos. O mais longo tempo de internação verificado é de 13 anos.	

Tabela 06:Total de clientes do Programa de Moradias

Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002

PROGRAMA DE MORADIAS	
Número total de leitos	99
Número de internos	88
Leitos vagos	11
56 dos 88 internos sofrem de algum tipo de esquizofrenia.	

Foram também consultados os dados sobre o Centro de Convivência, conforme indicado a seguir.

Tabela 07: Clientes do Centro de Convivência

Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002

CENTRO DE CONVIVÊNCIA	
Número de clientes cadastrados	150
Este setor não possui uma relação dos usuários que o freqüentam atualmente, visto que o comparecimento é livre, os clientes comparecem ao Centro de Convivência de acordo com a sua vontade ou necessidade.	

Quanto à população de funcionários, obtivemos os seguintes dados:

Tabela 08: Funcionários da Casa do Sol

Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002

FUNCIONÁRIOS (fonte: Diretoria da Casa do Sol)	
Diaristas	54
Plantonistas	94
Total	146
Não estão incluídos os estagiários, residentes e funcionários terceirizados.	

Resumindo os dados levantados:

Tabela 09: Quadro geral do campo

Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002

QUADRO GERAL DO CAMPO	
Programa de Moradias	88
Centro de Convivência	150, aproximadamente
Funcionários	146
Total	384

- Coleta de dados

As técnicas utilizadas para a coleta de dados, na pesquisa de campo, foram:

1) observações de campo, de forma não participante, realizadas a partir de fevereiro de 2002, para verificar, especialmente, os aspectos relativos à apropriação, por parte dos clientes, do espaço arquitetônico;
2) observação participante, realizada nas reuniões semanais entre funcionários e clientes dos setores que compõem a unidade, onde se procurou colocar em discussão as questões da arquitetura e do projeto de requalificação;
3) realização de entrevistas com clientes, funcionários e membros da diretoria, responsáveis pelos setores envolvidos no projeto de requalificação;

4) aplicação de questionários abertos, que incluíram o desenvolvimento de mapas cognitivos (ver anexo 1). Optamos pela aplicação de dois tipos de questionários. O primeiro foi aplicado aos clientes, visando a apreensão da sua representação do espaço arquitetônico atual da Casa do Sol, do seu espaço ideal (lugar) e das possibilidades de sua materialização na reforma da Casa do Sol. O segundo foi aplicado aos funcionários, e desenvolveu os mesmos temas do questionário anterior, acrescido, porém, de questões complementares relativas ao seu entendimento e expectativas acerca da Reforma Psiquiátrica e suas implicações na arquitetura. A opção por questionários abertos se deu, devido à intenção de que as informações fluíssem livre e espontaneamente, sem a menor indução, por parte dos entrevistadores.

- O Trabalho de Campo

O trabalho de campo na Casa do Sol foi realizado da seguinte forma:

1) a partir de fevereiro de 2002 foram realizadas as primeiras visitas à unidade, em diversos horários, com o objetivo de observar a rotina de internos e funcionários e sua relação com o espaço arquitetônico; neste período entrevistamos alguns funcionários e participamos também de algumas reuniões de setores da unidade;
2) a partir de junho de 2002 foi intensificada a participação nas reuniões semanais dos setores, de modo a mobilizar clientes e funcionários para as questões relativas à arquitetura;
3) em agosto de 2002 foram aplicados os questionários (ver anexo 1), com a colaboração do NESC-Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ e a participação de 14 pesquisadores;
4) a partir de setembro de 2002 foram realizadas as últimas entrevistas, junto à diretoria da Instituição, à coordenação dos setores envolvidos na pesquisa (Programa de Moradias e Centro de Convivência) e à Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde.

Durante a aplicação dos questionários vivenciamos experiências diferenciadas, conforme o setor pesquisado e a população envolvida no processo. Algumas categorias de funcionários e clientes se dispuseram mais a participar da pesquisa, outras não aceitaram. Em linhas gerais, pudemos observar um maior interesse em participar por parte de clientes e uma grande resistência dos funcionários, a saber:

- os clientes (masculinos e femininos) do centro de convivência foram os que mais se interessaram em participar;
- entre os clientes do Programa de Moradias, os do sexo masculino se interessaram mais;

- as clientes mais idosas do Programa de Moradias foram as que mais resistiram à pesquisa (algumas inclusive “fugiam” de nós);
- entre os funcionários, os do Centro de Convivência foram os que mais se interessaram em participar;
- entre os funcionários, os dedicados aos cuidados pessoais dos internos foram os que mais resistiram em participar da pesquisa, porém, os poucos que participaram revelaram interesse e envolvimento com a causa da pesquisa;
- os funcionários da área de psicologia e terapias foram os que participaram da pesquisa com mais entusiasmo, não se furtando a conversar longamente sobre os temas propostos.

Quanto à prática da observação participante, foram aproveitadas as oportunidades que o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira oferece, ao ter como rotina a realização de assembléias semanais nos seus diversos setores, algumas com a participação das equipes de funcionários e clientes, outras somente com a participação de funcionários.

Esta prática se assemelha às realizadas em Gorizia, na Itália, e narradas por Franco Basaglia em seu livro “A Instituição Negada” (1985). Os objetivos principais destas reuniões eram: estimular nos clientes a participação, a expressão de seus anseios e sentimentos, favorecendo assim as suas possibilidades de reinserção na sociedade, além de reforçar e desenvolver o próprio sentido de comunidade. Nestas reuniões discutia-se de tudo, desde as questões do dia-a dia da Instituição, até as mais complexas questões sociais. O principal aspecto preconizado por Basaglia era a completa negação da autoridade e da hierarquia entre os níveis de funcionários, e principalmente entre funcionários e clientes. As reuniões em Gorizia eram diárias, pois eram consideradas parte integrante e fundamental na terapia dos clientes.

Na Casa do Sol, objeto deste estudo de caso, as reuniões são semanais para cada setor, a saber: enfermarias femininas “Revivendo” e “Esperança”, do segundo pavimento do edifício; enfermarias masculinas “M1” e “M2”, do terceiro pavimento; Centro de Convivência, no térreo; reuniões de equipes do Programa de Moradias (enfermarias); reuniões de equipes do Centro de Convivência.

Ao longo do período dedicado ao estudo de caso, procuramos participar de algumas destas reuniões (ver relatórios no anexo 2), de modo a conhecer melhor a realidade da Unidade, além de mobilizar as pessoas para a discussão dos aspectos arquitetônicos e espaciais. As primeiras reuniões de que participamos foram em fevereiro, ainda de forma empírica, quando era recente a abertura das últimas enfermarias masculinas. Intensificamos a participação nestes eventos a partir de junho, já com um plano definido para o trabalho de campo, procurando também formalizar, junto à Instituição, as intenções da pesquisa.

4.6.3. Os Resultados

Apresentam-se a seguir os dados levantados na pesquisa de campo, classificados segundo as categorias de entrevistados, definidas abaixo. Antes do detalhamento dos dados, apresentamos também um quadro-resumo da pesquisa. Procuramos preservar a identidade dos entrevistados, atribuindo a estes nomes fictícios. Ao final deste ítem, apresentam-se também as entrevistas realizadas com membros da direção e coordenação dos setores envolvidos, uma avaliação geral da pesquisa e o projeto arquitetônico para a requalificação dos espaços.

Tabela 10: Quadro-resumo da pesquisa de campo
Fonte: Espaço Saúde, 2002

QUADRO-RESUMO DA PESQUISA DE CAMPO			
Clientes entrevistados	Moradores da Casa do Sol	27	41
	Moradores de outras unidades do IMAS	03	
	Clientes externos do Centro de Convivência	11	
Funcionários entrevistados	Funcionários de terapia/tratamento	07	13
	Funcionários de cuidados/trato dos pacientes	04	
	Outros funcionários (segurança, manut. etc)	02	
Entrevistas com a diretoria/coordenação dos setores envolvidos na requalificação			04
Reuniões formais / observação participante			08
Reuniões e visitas informais / observação não participante			~25
Reuniões no IMAS e SMS para discussão do projeto arquitetônico			07

- Questionários

Com base nas condições em que o entrevistado freqüenta a Unidade (morador ou cliente externo; cliente ou funcionário) e no grau de interesse em participar da pesquisa (ver ítem 4.8.5), optamos por classificar os questionários em três categorias relativas a clientes e três relativas a funcionários, da seguinte forma:

1) Clientes externos, que moram fora da Instituição, freqüentadores do Centro de Convivência;
2) Clientes externos, que moram em outra unidade do IMAS Nise da Silveira, freqüentadores do Centro de Convivência;
3) Clientes internos, moradores da Casa do Sol;

4) Funcionários que exercem atividades de terapia, tais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, educadores etc.;
5) Funcionários que exercem atividades relacionadas aos cuidados pessoais dos pacientes, tais como enfermeiros e auxiliares de enfermagem;
6) Funcionários administrativos e de manutenção predial, estando nesta categoria incluídos auxiliares administrativos, porteiros, faxineiras, seguranças etc.

A seguir apresentam-se as avaliações relativas a cada uma destas categorias, finalizando com uma avaliação geral dos dados levantados.

1) Clientes externos, que moram fora da Instituição, freqüentadores do Centro de Convivência

Estes clientes, por estarem de passagem e possuírem a vivência em sociedade, contribuem observando aspectos que os internos já não percebem (ver cap. 2, item 2.5.1), além de apresentarem necessidades diferentes das dos clientes internos. Trazem também a visão de pessoas que, em sua maioria, vivem em situações mais desfavoráveis do que as oferecidas pela Instituição, como favelas e cortiços.

Além disso, observamos, em alguns casos, um medo de dar opiniões negativas. Estes usuários, tendem, então, a considerar o prédio adequado. Alguns, inclusive, manifestam o desejo de morar na Instituição, ou de que, pelo menos, seja ali criado um espaço onde os clientes externos possam se refugiar em caso de necessidade ou crise. Alguns clientes mencionaram, também, que gostariam de ter um espaço para poderem se "refugiar" de suas famílias, nos momentos de conflitos.

Na descrição da situação atual, o prédio, para muitos, é bonito, acolhedor, arejado e bem iluminado, o que, além de alguma disposição de não fazer comentários negativos, denota a experiência de espaços muito piores fora da Instituição.

Alguns clientes se referem muito ao serviço prestado, em detrimento do espaço físico, mencionando a limpeza, a comida boa, o uniforme feio dos internos, o excesso de medicamentos etc. Porém, foram também citados o abandono e a falta de manutenção das instalações físicas. Segundo muitos dos entrevistados, no que se refere à manutenção, tudo deveria estar limpo e funcionando, o que não acontece na realidade.

A figura abaixo mostra o desenho do cliente Reinaldo, onde ele representa elementos que são, para ele, marcantes no espaço atual, como os leitos nas enfermarias, destacados em amarelo.

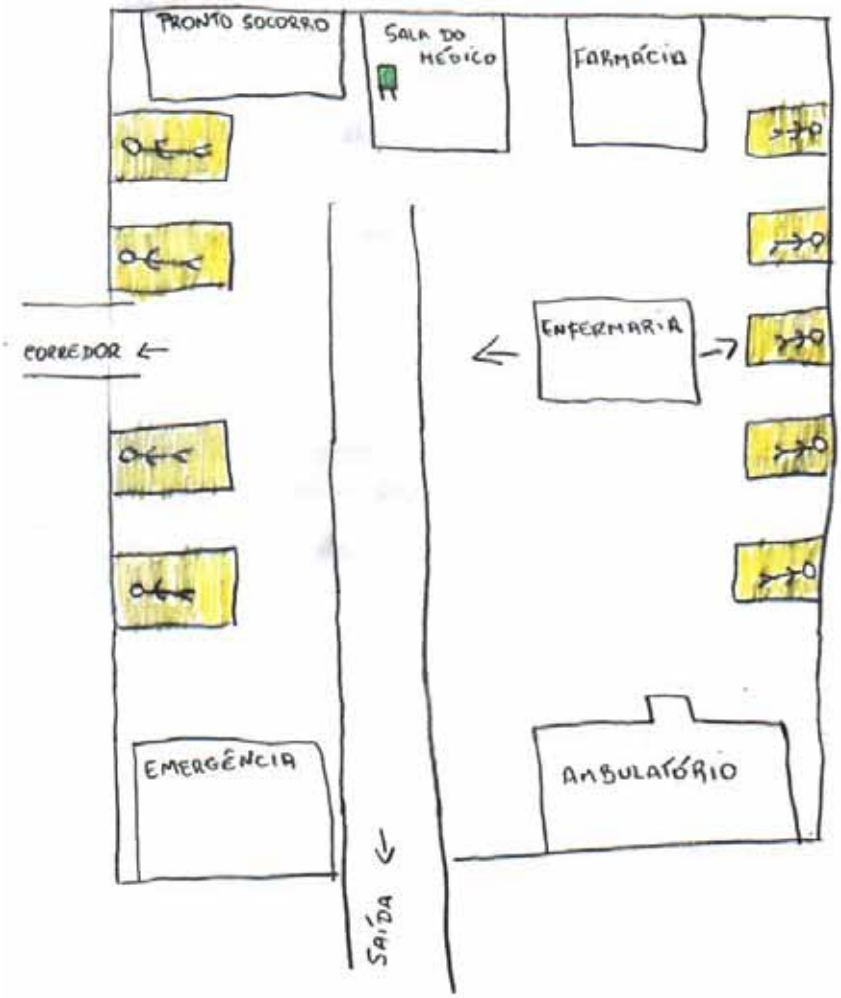


Fig. 49: Desenho do cliente Reinaldo, representando a Casa do Sol atualmente.

Fonte: Espaço Saúde, 2002

Entre os lugares preferidos, estão a cozinha (oficina de culinária), a marcenaria, a sala de desenho. Alguns clientes manifestaram a sua preferência pelas áreas externas às internas. O pavimento térreo é o preferido, no que se refere aos espaços internos.

Como local ideal para moradia, muitos clientes representam o espaço da casa, geralmente a casa dos desenhos infantis. Uma cliente, porém, citou, como espaço ideal, um edifício de apartamentos, com playground, piscina, sauna, segurança, portaria, jardim.

No desenho abaixo, o cliente João representou seu espaço ideal para moradia, e o descreveu como "um casarão, em estilo americano, com jardim e árvores na frente, sem grades, pois não tem medo de ser assaltado, com janelas enormes, na serra gaúcha". Este cliente tem boa noção de espaço e perspectiva, como se percebe no seu desenho, e conta que já estudou arquitetura e engenharia. Nas reuniões semanais do Centro de Convivência, nas discussões dos temas espaço e arquitetura,

gostava muito de participar com suas opiniões, sugerindo, por exemplo, o dimensionamento ideal de vãos de portas e janelas, bem como materiais mais adequados para acabamento, no intuito de demonstrar o seu conhecimento técnico.

Fig. 50: Desenho do cliente João, representando o seu espaço ideal.
Fonte: Espaço Saúde, 2002

Na questão de como a Casa do Sol poderia se assemelhar a um espaço ideal, os clientes integrantes desta categoria mencionaram a necessidade de aquisição de mobiliário, especialmente armários e cadeiras, quadros nas paredes, decoração. O problema da falta de privacidade é aí percebido: os clientes não possuem armários, nem locais adequados para a guarda de seus pertences.

Foi sugerida a divisão das enfermarias em "quartos com porta, janela, TV, plantas e um lugar onde bata sol, lugar para cada um guardar as suas próprias coisas, fogão para que os pacientes possam fazer sua própria comida", o que vem de encontro ao programa arquitetônico desenvolvido pela Instituição. Solicitam também um auditório para as apresentações de teatro e aulas de dança. Muitos mencionam a necessidade de sol, de iluminação natural, de plantas e flores. Uma cliente falou: "hospital devia ter flor". Foi também sugerida a reforma total do prédio, inclusive a pintura em cores claras, como o branco ou o bege, e a ativação dos espaços ociosos. Alguns solicitaram locais para a prática de atividades esportivas, como quadras e piscinas e locais para descanso depois do almoço.

No desenho abaixo, o cliente Reinaldo, quando solicitado que representasse o seu espaço ideal, optou por desenhar um espaço que ele considera necessário dentro da Instituição, um ginásio de esportes com quadra, vestiários e salas de atividades.

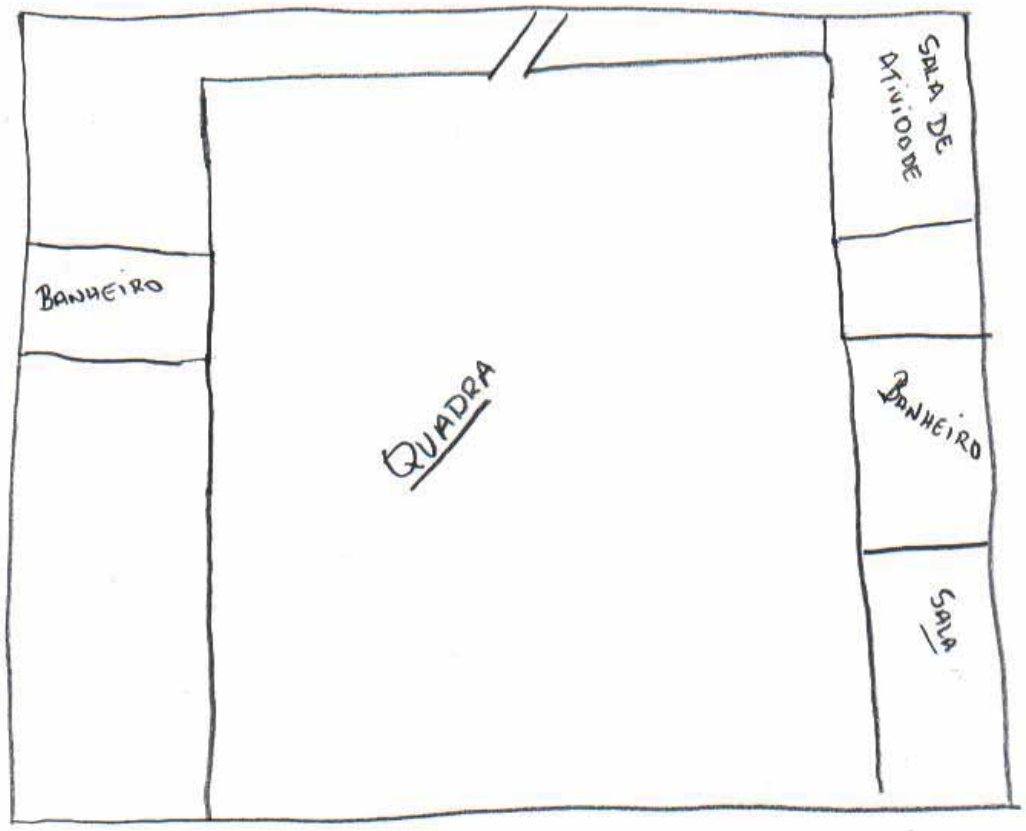


Fig. 51: Desenho do cliente Reinaldo, representando o seu espaço ideal.
Fonte: Espaço Saúde, 2002

2) <u>Clientes externos, que moram em outra unidade do IMAS Nise da Silveira, freqüentadores do Centro de Convivência</u>

Estes clientes são moradores de outros prédios do complexo, como por exemplo o outro programa de moradias existente no edifício Gustavo Riedel. Segundo funcionários, este programa está mais avançado, no que se refere à desinstitucionalização, do que o programa desenvolvido na Casa do Sol, por atender a uma população mais ativa e autônoma.

Na descrição do prédio da Casa do Sol atualmente, foi mencionado o fato das janelas serem "de um jeito que ninguém pula", e a existência de muitos pombos. As enfermarias foram descritas como um espaço onde as camas estão dispostas uma ao lado da outra, como num quartel. O espaço é

considerado grande, confortável, porém mal dividido. Os funcionários são muito elogiados. A enfermaria Esperança foi citada como lugar preferido por uma das clientes entrevistadas.

Fig. 52: Desenho de uma cliente, representando o espaço atual
Fonte: Espaço Saúde, 2002

Como lugar ideal, alguns citam o da própria Instituição, valorizam o espaço que possuem lá. Também foi citado como ideal, o espaço de um apartamento, bem dividido. Na Casa do Sol, para uma cliente, falta organizar e dividir melhor os espaços.

Nas sugestões para o espaço físico, surge a da criação de uma cantina "de verdade", onde os internos possam ter uma fonte de renda (a oficina de culinária, embora funcione regularmente, ainda não oferece esta possibilidade).

3) Clientes internos, moradores da Casa do Sol

Esta população, conforme podemos observar no ítem 4.8.2 (caracterização do campo), possui longo tempo médio de internação. No entanto, muitos destes internos não assumem a Casa do Sol como moradia, e sim como uma situação temporária, a da internação em um hospital. Ao mesmo tempo, verificamos também, em alguns casos, uma valorização do espaço/vaga conquistado na Instituição, o que induz à conclusão de que a situação externa, para estes pacientes, deveria ser pior.

Principalmente as internas de idade avançada são os que mais explicitamente apresentam este ponto de vista, revelando inclusive um medo de criticar e até mesmo de participar da pesquisa. Nas enfermarias femininas, por abrigarem as internas mais idosas, encontramos as maiores dificuldades em realizar a pesquisa. Muitos funcionários destes setores também se recusaram a participar. Alguns aceitaram o questionário, desde que pudesse ser respondido depois, em casa. Quando voltamos para buscá-los, os questionários haviam se perdido. As clientes que moram nestas alas são as que menos descem ao jardim e ao Centro de Convivência. Algumas participam de atividades de bordado e costura dentro da própria enfermaria.

Nas enfermarias masculinas encontramos uma melhor disposição para a aplicação dos questionários, não só por parte de clientes, mas também, de alguns funcionários. Os clientes destas alas costumam descer com freqüência para os pátios e jardins do complexo. Alguns participam de atividades no Centro de Convivência.

O prédio foi descrito por um cliente como "very good, trés jolie", afirmando que sempre gostou de lá, e não é porque se acostumou. Disse que é bem tratado e gosta da vida que tem. O mesmo cliente, que mora num dos apartamentos improvisados nas enfermarias, disse que não precisa mudar nada na Casa do Sol, mas que gostaria de "liberdade condicional" (mesmo com a porta de sua ala de enfermarias aberta, este cliente pedia, a nós, pesquisadores, permissão para sair). A Casa do Sol também foi descrita como um lugar de paz, amor e carinho.

Em geral, a avaliação do edifício é positiva, muitos entrevistados consideram o prédio bonito, sendo descrito até, por uma interna, como "um lugar ideal para morar: casa grande, com muitas camas". Na figura a seguir, podemos verificar uma representação semelhante, feita por outra cliente, onde se percebe a compartimentação do espaço e as pessoas lado a lado, ocupando as células.

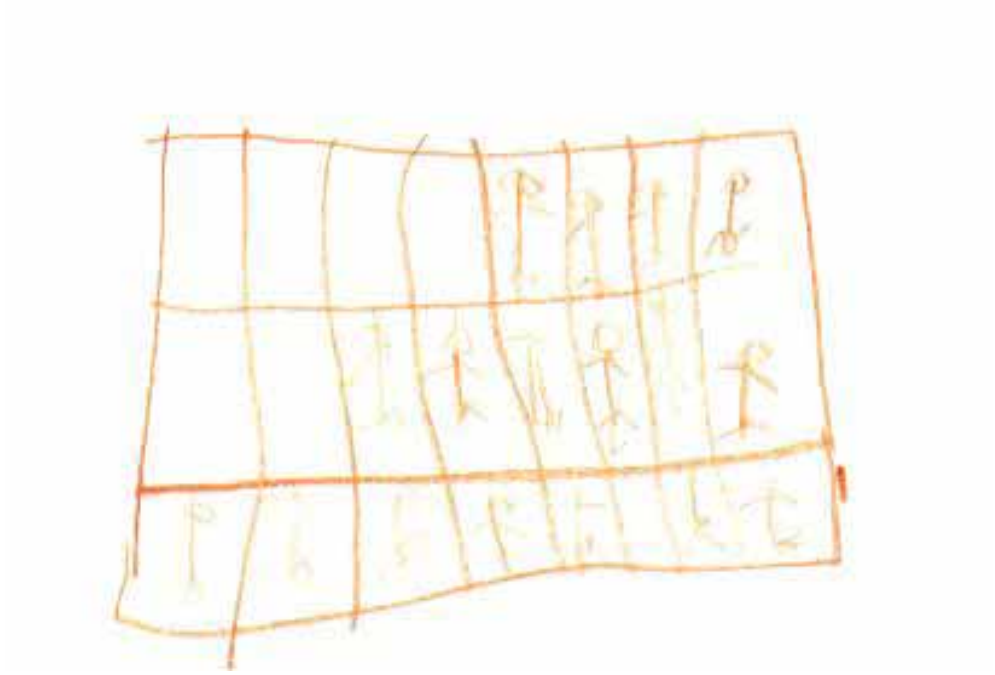


Fig. 53: Desenho da moradora Helena, representando o espaço atual.
Fonte: Espaço Saúde, 2002

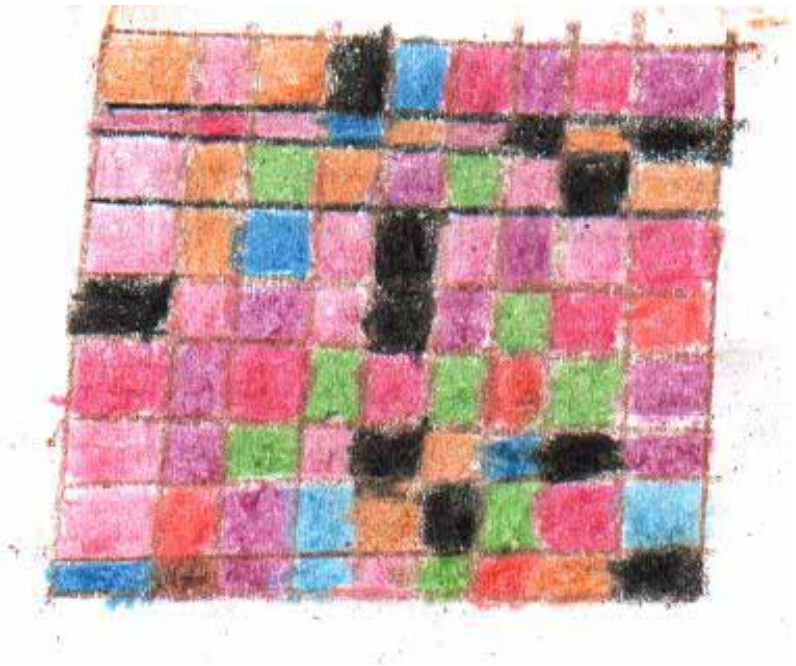


Fig. 54: Desenho do morador Cláudio, representando o espaço atual.
Fonte: Espaço Saúde, 2002

A seguir, destacam-se as representações da interna Márcia, para o espaço atual da Casa do Sol e para o seu espaço ideal de moradia. No primeiro, percebemos a compartimentação e a organização, a utilização de muitas cores na periferia e a existência de um núcleo escuro. Esta imagem se

assemelha à anterior (fig. 54), feita por Cláudio, cliente que não se comunicou conosco verbalmente (quis somente produzir, com muito esmero, esta imagem), onde também verificamos a divisão em células.

Já no segundo desenho, Márcia desenvolve uma forma mais orgânica, descrita por ela como um "lugar livre", sem ninguém para perturbar, sem minha mãe, meus irmãos, meu sobrinho, um lago onde todo mundo pode andar, tomar banho, um espaço livre, onde você pode ter sua liberdade". Muitos clientes revelaram, durante a pesquisa, problemas de relacionamento familiar. Alguns afirmam terem sido internados à revelia por familiares.

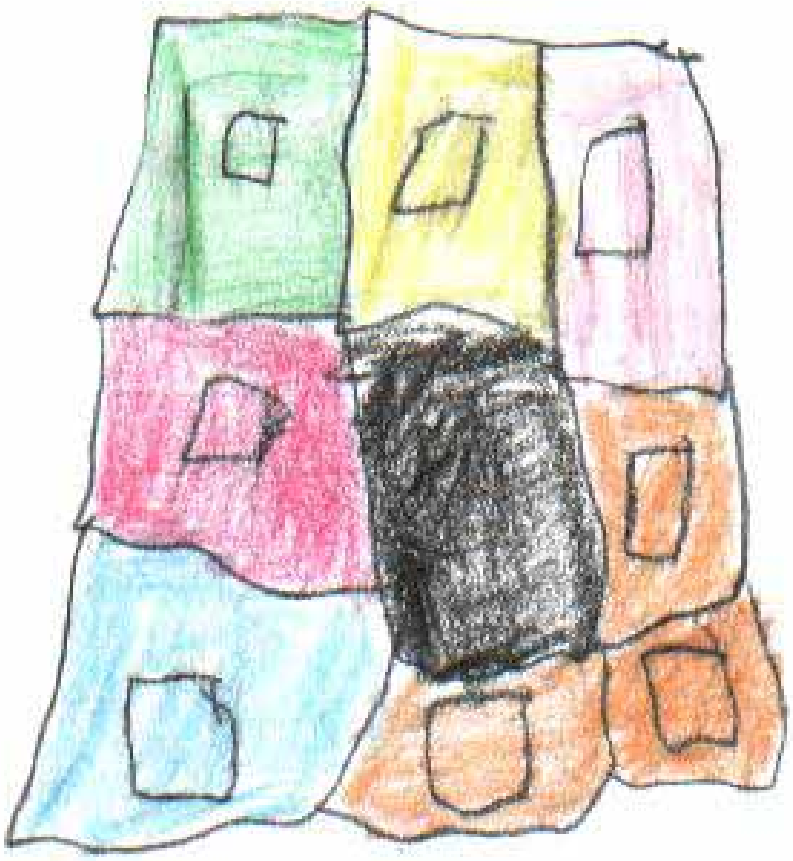


Fig. 55: Desenho da interna Márcia, representando a Casa do Sol atualmente.
Fonte: Espaço Saúde, 2002

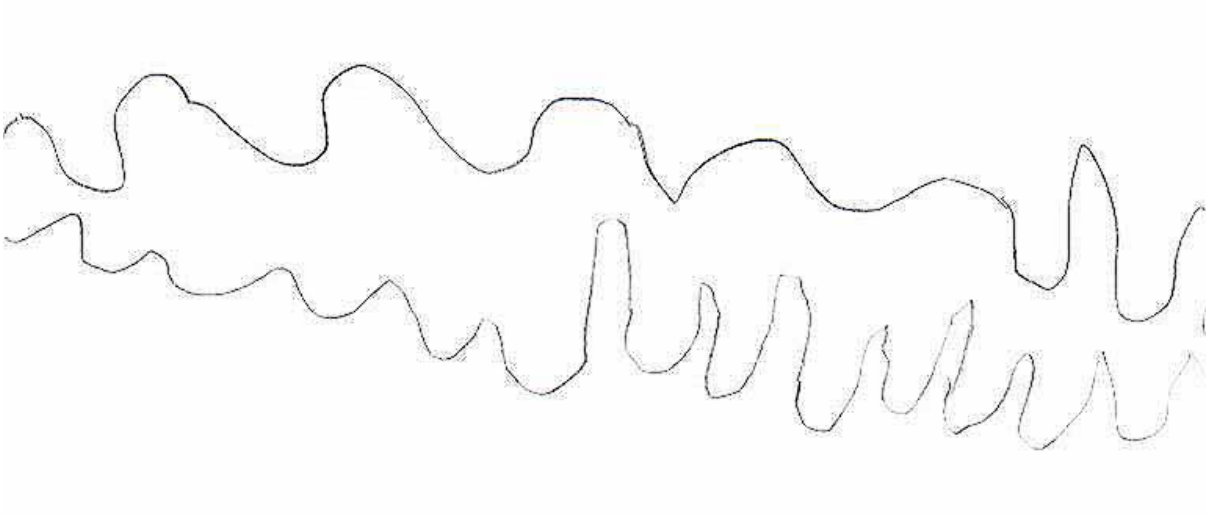


Fig. 56: Desenho de Márcia, representando o seu espaço ideal.
Fonte: Espaço Saúde, 2002

O local preferido da maioria dos clientes é o pavimento térreo, onde está o Centro de Convivência com suas salas de atividades. Muitas internas, porém, não costumam sair das enfermarias e reagem às tentativas de contato de pessoas estranhas à assistência. As áreas externas também são mais apreciadas. Uma interna prefere o térreo e o jardim, pois lá pode tomar sol e desfrutar de mais liberdade. A sala do espelho e a cozinha (oficina de culinária) também foram citadas como espaços preferidos, além dos apartamentos privativos, criados a partir do fechamento em alvenaria das enfermarias, os preferidos para os seus ocupantes. Alguns internos, porém, preferem as enfermarias originais, sem porta, pois temem a privação de assistência, o isolamento.

Em relação aos lugares considerados piores, foram mencionados os pavimentos superiores (enfermarias) e os banheiros. Algumas clientes não gostam do térreo, pois acham que têm muita gente lá (principalmente aquelas clientes arredias ao contato com estranhos).

Como local ideal de moradia, os internos apresentam, quase sempre, referências externas, apesar do mencionado cuidado nas críticas à Instituição. Muitos entrevistados citam bairros da cidade, casas de parentes, casas próprias, mobiliadas, uma fazenda (foi citado o Sítio do Picapau Amarelo) e até mesmo um "palacete em Nova Iguaçu, com quarto, sala cozinha, porão, garagem, banheiro de gente e banheiro de cachorro". A figura abaixo mostra o desenho feito pela cliente Helena, representando o seu espaço ideal. Enquanto elaborava este desenho, lembrou-se do episódio do ataque às torres do World Trade Center, de Nova York, e começou a chorar.

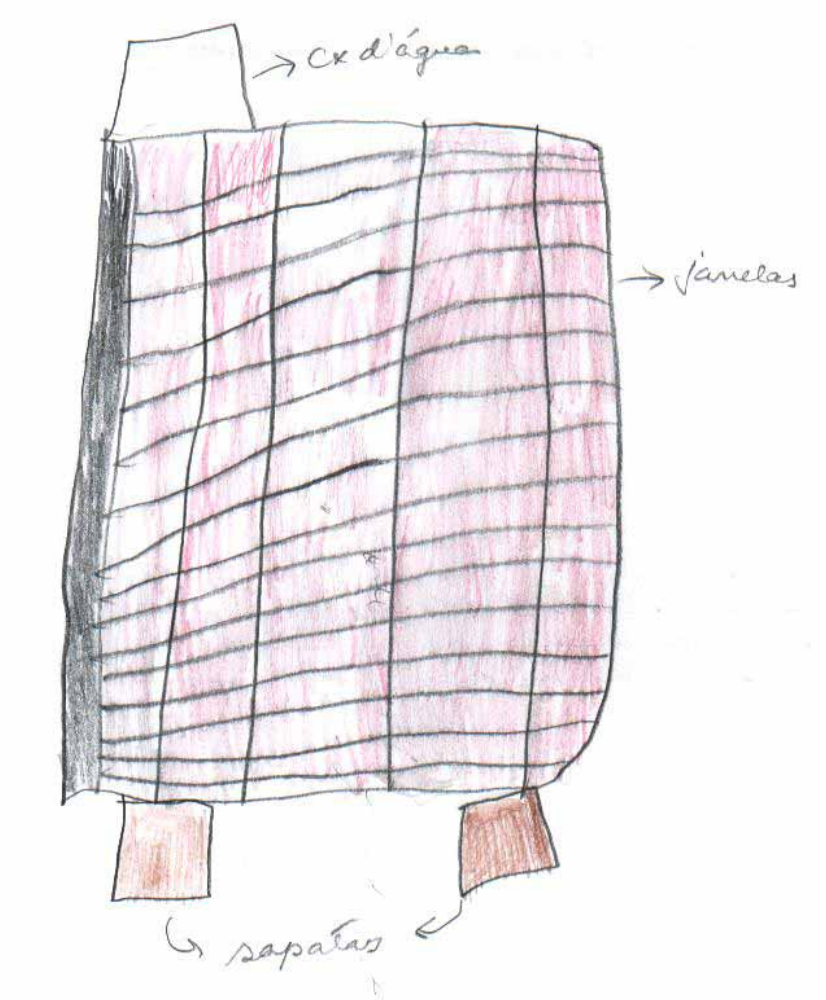
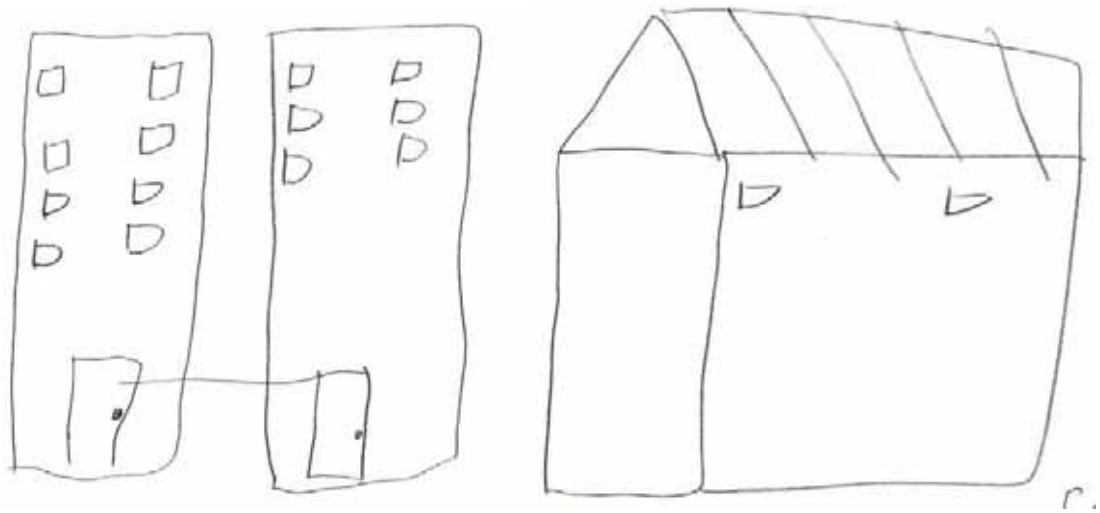


Fig. 57: Desenho da moradora Helena, representando o seu espaço ideal.
Fonte: Espaço Saúde, 2002

Alguns clientes, inicialmente, falam que nada necessita ser mudado na Casa do Sol, porém ao longo das entrevistas acabam fazendo suas sugestões. Entre as solicitações mais freqüentes estão: mais móveis, especialmente armários para a guarda de objetos pessoais, TV nos quartos, manutenção das instalações prediais, pintura do prédio, piscina, jardim, parque de diversões, lojas (para geração de renda, destinadas à venda de doces e prestação de serviços de costureira, sapateiro, relojoeiro, salão de beleza).

Os desenhos abaixo mostram as representações do espaço atual (Casa do Sol) e ideal de moradia para o morador Mariano. Como em muitos questionários, aparece o ideal da casa dos desenhos infantis, com telhado de duas águas.



Figs. 58 e 59: Desenhos do morador Mariano, representando o espaço atual e o seu espaço ideal
Fonte: Espaço Saúde, 2002

4) Funcionários que exercem atividades de terapia

Esta categoria de funcionários apresentou boa disposição e interesse em participar da pesquisa, bem como um maior envolvimento nas questões relativas à Reforma Psiquiátrica e sua aplicação na prática assistencial.

O prédio foi descrito e representado por quase todos como uma estrutura fria, fechada, triste e pouco iluminada, embora possua o nome de Casa do Sol. Os espaços, para alguns funcionários, não estimulam o convívio, nem tampouco a permanência das pessoas, especialmente nos pavimentos superiores (pavimentos de enfermarias). É um edifício com "cara de hospital e cheiro de doença". Há pouco mobiliário e equipamentos disponíveis para o desenvolvimento das atividades.

Um dos entrevistados, Márcio, sugestivamente, o representou como um castelo medieval, destacando a visão do sol entre grades e a característica da verticalidade proporcionada pelas torres, aspecto também mencionado por ele na descrição do edifício. Uma outra funcionária considera a Casa do Sol um espaço em construção e transformação, destacando-o como espaço de acolhimento e a ajuda, onde percebe muito respeito e carinho entre equipes e usuários.

O que se percebe nesta categoria de pessoas é bastante envolvimento e disposição para realizar um bom trabalho, encontrando, porém, os entraves representados pelas resistências de outras categorias, pelas dificuldades de infraestrutura, e até mesmo pela arquitetura.

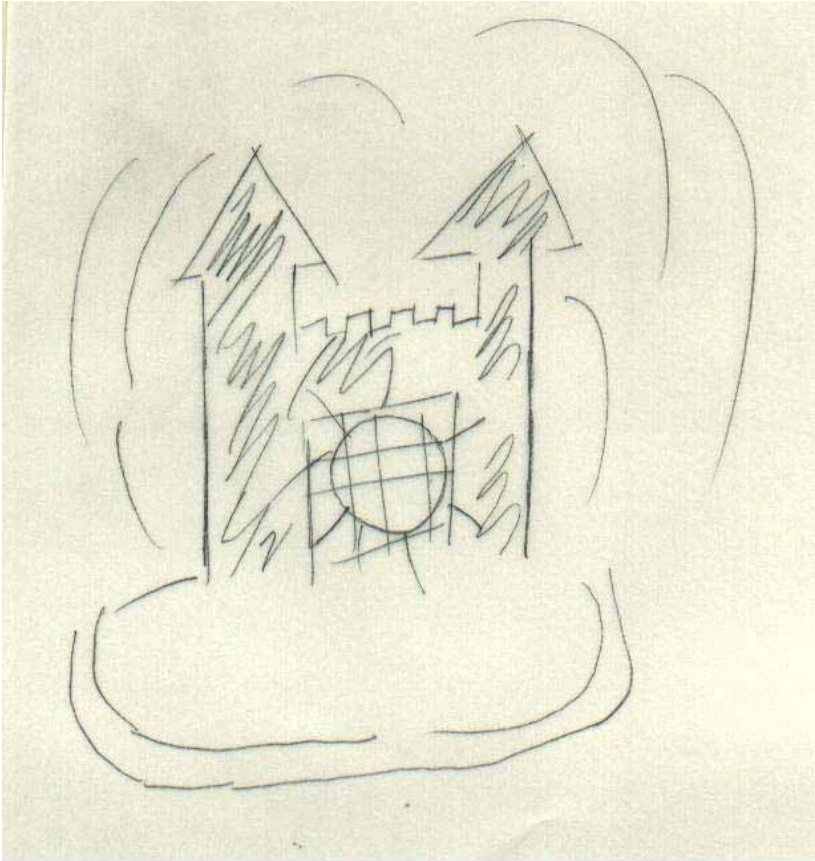


Fig. 60: Desenho do funcionário Márcio, representando o espaço atual
Fonte: Espaço Saúde, 2002

Na pergunta sobre locais preferidos da Casa do Sol, aparece, em diversos questionários, o hall de entrada, que, com seu mobiliário de sofás e poltronas, e sua disposição voltada para o jardim, oferece uma atmosfera mais acolhedora do que o geral do edifício. No entanto, a presença de um segurança foi mencionada como um detalhe que "quebra" um pouco essa atmosfera. Também o jardim situado aos fundos da edificação (pátio sul), é citado como um bom espaço ao ar livre, embora mal aproveitado. O pavimento térreo, em geral, é o preferido pela maioria dos entrevistados, em especial a sala 116, onde está o equipamento de som, e a oficina de culinária, onde se desenvolvem atividades de geração de renda para os clientes.

Na figura 61 (abaixo), percebe-se a entrada ampla e a saída pequena e discreta, expressando com clareza a própria realidade do sistema tradicional de assistência à saúde mental: a facilidade do acesso, e a dificuldade do retorno à sociedade, da desinstitucionalização. Em sua descrição, a funcionária Elisa acrescenta: "grande estrutura de concreto - grades por todos os lados, que parecem proteger o interior dessa grande caixa da entrada de vida. A porta de entrada por muito tempo ficou aberta, permitindo a entrada de coisas que não cabiam do lado de fora. A porta de saída, no entanto, ainda é muito pequena." (Elisa, terapeuta ocupacional, 2002).

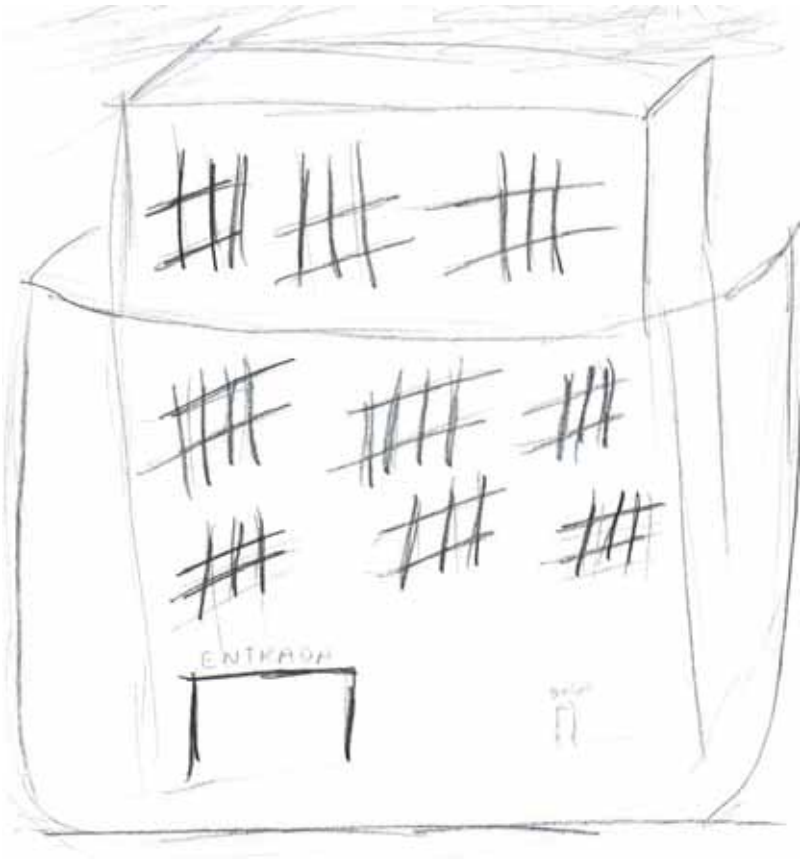


Fig. 61: Desenho da terapeuta ocupacional Elisa, representando o espaço atual
Fonte: Espaço Saúde, 2002

Quanto aos lugares menos apreciados pelos entrevistados, destacam-se os pavimentos intermediários (enfermarias, especialmente as do quarto andar, destinadas a pacientes em crise, pois ainda necessitam ficar fechadas), escuros, frios, locais "onde não se tem noção do tempo", representando "tudo o que é ruim, crônico, totalizador", a institucionalização de clientes e funcionários.

Alguns funcionários destacam, como espaço ideal, aquele que privilegia as áreas de convívio, geralmente recomendadas como centrais em termos de localização, para onde convergiriam todos os demais espaços. Também surge a recomendação do contato com a comunidade, porém com um certo distanciamento. As salas de atividades poderiam ser envidraçadas, permitindo a participação dos clientes também como observadores.

Os espaços, em geral, deveriam ser mais claros, vivos e alegres, dando, para os clientes, a idéia de uma casa, um lar. O mobiliário deveria ser novo, não dando a impressão de que se tratam de sobras, e em quantidade suficiente, com armários para a guarda dos equipamentos necessários às respectivas atividades. As cores de paredes e pisos deveriam ser alegres.

Nas imagens abaixo, representações desenvolvidas por funcionários, percebemos a visão de um espaço ideal que se desenvolve em torno de um centro destinado às áreas de convívio. Os setores periféricos estariam, porém, sempre se relacionando com este núcleo. Percebe-se aí a presença do círculo, sugerindo um esquema panótico invertido, onde a periferia é que pode observar e participar do que acontece no centro.

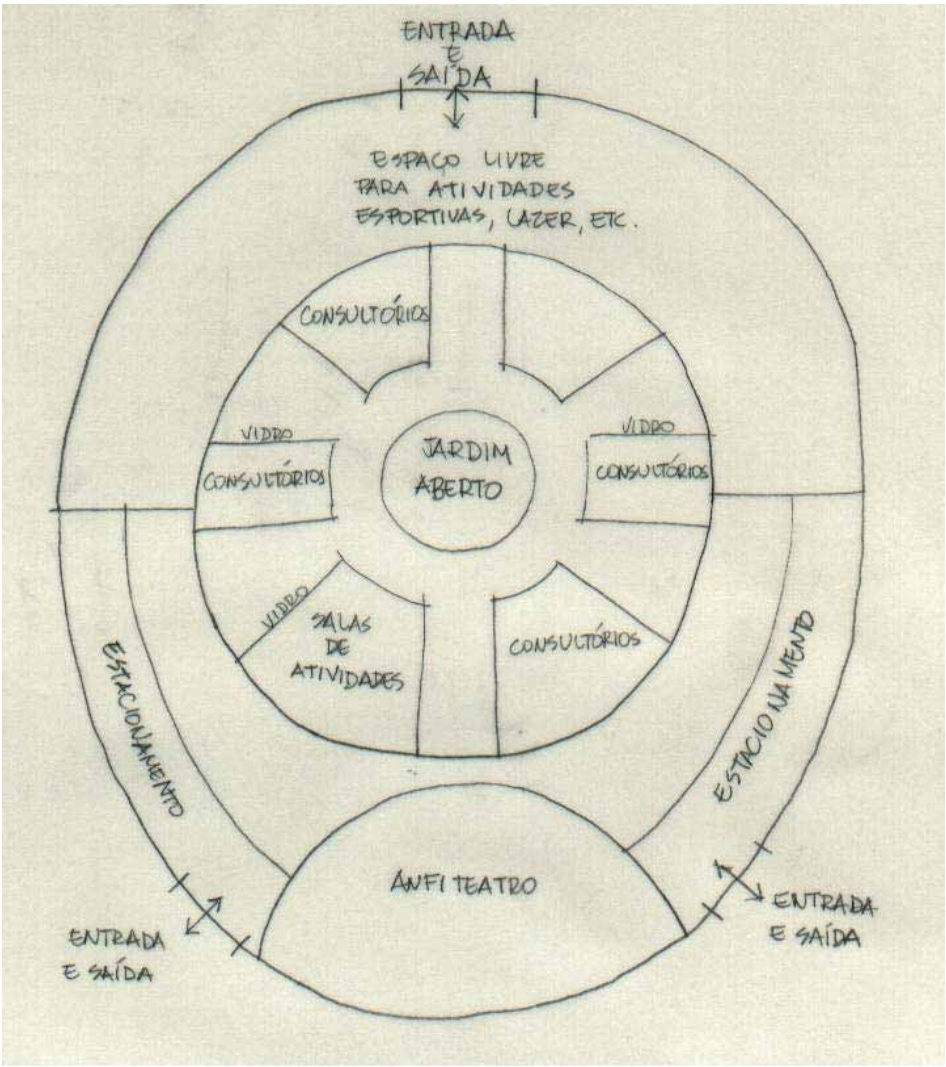


Fig. 62: Esquema de Márcio, para o espaço ideal.

Fonte: Espaço Saúde, 2002

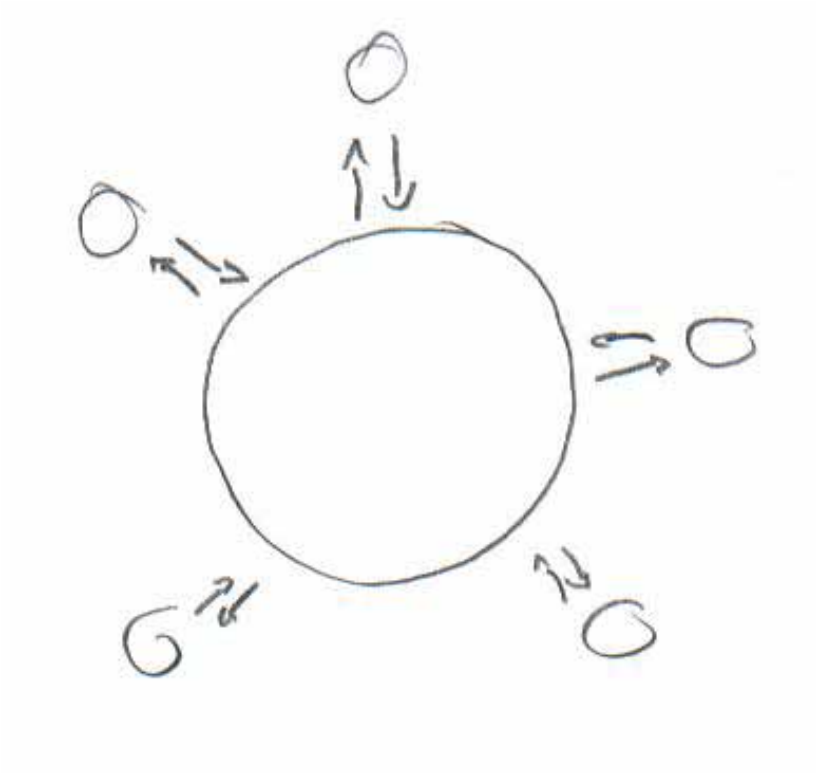


Fig. 63: Desenho de um residente, para o espaço ideal.

Fonte: Espaço Saúde, 2002

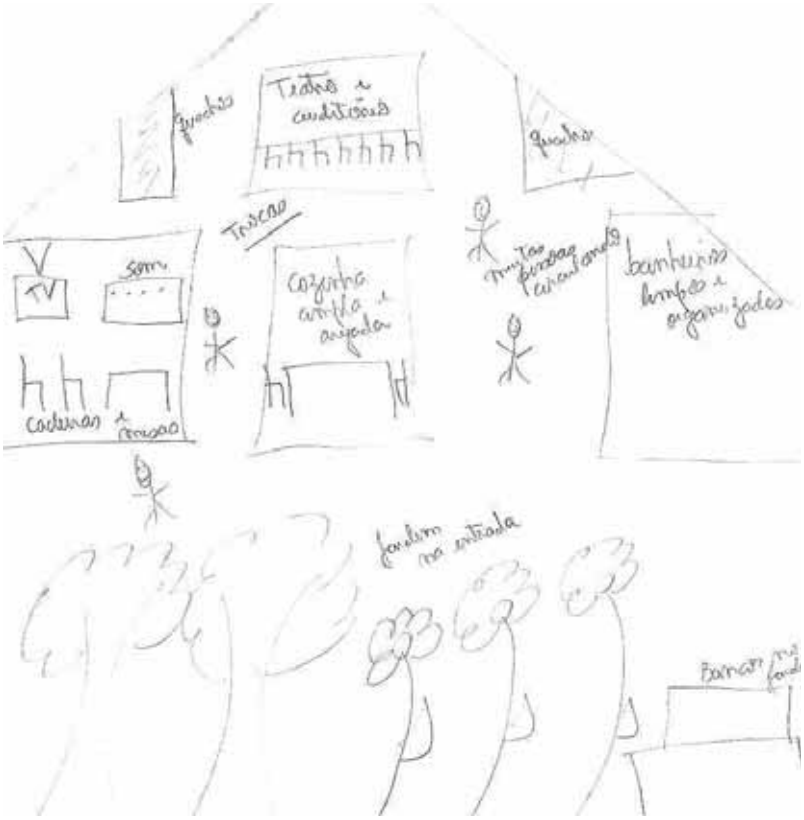


Fig. 64: Desenho da funcionária Rita, representando o espaço ideal.

Fonte: Espaço Saúde, 2002

Nas respostas à questão sobre a possibilidade da Casa do Sol incorporar as recomendações para um espaço ideal, sugeriu-se a abertura do pavimento térreo para o exterior, utilizando-se mais o jardim da entrada do prédio. Foi também sugerido um melhor aproveitamento do pátio sul, além de melhorias nos pavimentos, tornando-os mais convidativos, e a humanização dos espaços de enfermarias. Para estas enfermarias, foi sugerida a instalação de espelhos. Para o Centro de Convivência, foi solicitada uma melhor infraestrutura nas salas de atividades. Deveria haver também mais espaços para atividades de dança e teatro. As salas destinadas a estas atividades deveriam receber tratamento acústico e a instalação de um tablado para as apresentações. As áreas externas poderiam receber um tratamento paisagístico, plantio de árvores frutíferas e trepadeiras nos muros. Foi sugerida também a criação de um lago.

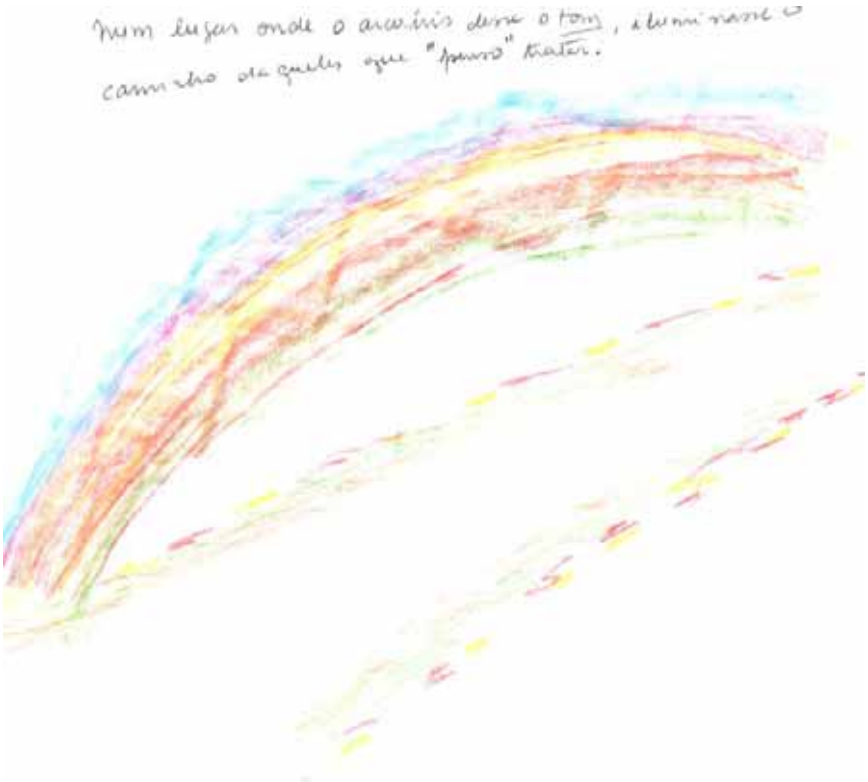


Fig. 65: Desenho da terapeuta ocupacional Elisa, representando o espaço ideal.
Fonte: Espaço Saúde, 2002

Além das recomendações relativas ao espaço, foi também sugerido que os clientes possam participar da reforma, num esquema de mutirão, sugestão também apresentada por alguns clientes nas reuniões semanais do Centro de Convivência. Para uma funcionária, a mudança na arquitetura ajuda, mas, o que mais precisa mudar são as pessoas que trabalham na Casa do Sol, passando, então, a ver os clientes "como sujeitos com desejo, história, qualidades e defeitos"

Na questão sobre o entendimento da Reforma Psiquiátrica, foi mencionada a promoção da liberdade, tratando-se de "acolher a experiência existencial singular do louco da forma mais plena possível, implicando em disponibilidade de estar junto nos momentos de angústia do usuário" (Márcio, residente em Saúde Mental, Psicologia). O termo Reforma Psiquiátrica foi também associado à reforma de um modelo, à desospitalização, à desinstitucionalização, à luta pelos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, qualidade de vida, participação dos familiares.

Sobre a comparação das situações antes e depois da abertura das alas de enfermarias, foi mencionado que atualmente o trabalho é mais intenso, pois alguns internos precisam de acompanhamento ininterrupto. Porém, o resultado é gratificante. Os clientes se sentem mais livres, "mais parte do espaço, aprendem a conviver com os outros, a respeitar os espaços" (Rita, residente em Saúde Mental, Psicologia).

Foi mencionada também a existência de um desconforto, por parte de alguns funcionários, especialmente os lotados nas enfermarias, com relação ao projeto e as ambições da Reforma Psiquiátrica. Este fato foi também percebido pela equipe de pesquisadores, na resistência e ceticismo diante da pesquisa. Porém, já se percebem manifestações, por parte de alguns clientes, do desejo de possuir a sua própria casa, um lar, de ter um trabalho. Quanto à relação dos clientes com o espaço, foi observado que esta relação ainda é com um espaço de enfermaria, de hospital, mesmo para os clientes que já possuem o seu apartamento individual.

No ítem que solicita a enumeração de aspectos que simbolizam a Casa do Sol hoje, foram citados: impessoalidade, abandono, doença, tristeza, desânimo, fechamento, carência, depósito, tortura, luta, trabalho, esperança, recomeço, verticalidade, fragmentação, privação da noção de tempo, incomunicabilidade entre as atividades, potencial de uso das áreas externas, alas arejadas.

5) <u>Funcionários que exercem atividades relacionadas aos cuidados pessoais dos internos</u>

Poucos funcionários desta categoria se dispuseram a participar da pesquisa (apenas quatro responderam às questões). Percebemos, em alguns casos, uma descrença no projeto, em outros, um receio de expressar suas opiniões. Entretanto, na maioria dos questionários respondidos, verificamos uma visão positiva do processo de humanização por que passa a Unidade e também um bom entendimento do que significa a Reforma Psiquiátrica.

Foram destacados os aspectos opressores do prédio, como a pouca luminosidade natural, a insalubridade de alguns ambientes, a falta de manutenção (exemplos citados: acrílicos quebrados

nas janelas, elevadores com problemas, banheiros precários e sem água quente nos chuveiros), a falta de privacidade proporcionada pelos ambientes. Foi também citada carência de espaços para lazer e jogos, espaços que estimulem o convívio, espaços mobiliados e que se assemelhem com as nossas casas, quartos com armários, banheiros próprios e, principalmente, privacidade.

Os entrevistados citaram também a inadequação de alguns materiais de acabamento, além da existência de muitas "quinas", o que provoca muitos acidentes, especialmente entre a clientela mais idosa. Consideram as grades nas janelas necessárias, para evitar acidentes.

Segundo uma das opiniões levantadas, o prédio não oferece condições adequadas de conforto ambiental, pois é muito quente no verão e frio no inverno, devido à falta de vidros em muitas janelas (numa das visitas realizadas à enfermaria, a porta de grades da entrada estava coberta com plástico, para bloquear a intensa corrente de ar que vinha do corredor).

Foi mencionada como positiva a experiência que já tem sido praticada, no Programa de Moradias, do fechamento das enfermarias para criação de apartamentos. Segundo uma das entrevistadas, a proposta sofre alguma resistência no início por parte dos internos, que depois se acostumam e aprendem a zelar pelo seu espaço.

Quanto à visão da situação antes e depois da abertura das enfermarias, as entrevistadas consideraram que houve no início um aumento da agitação e até mesmo da agressividade dos internos, mas, com o tempo a situação se reverteu e eles se encontram mais calmos do que antes da abertura. O trabalho dos funcionários ficou mais intenso, porém gratificante.

Como aspectos que melhor simbolizam a Casa do Sol, foram citados: tratamento adequado, oficinas, estudo, mudança, adaptação, entendimento, humanidade, felicidade, resgate da cidadania e mundo novo. Uma entrevistada disse que “devemos abrir os olhos para o futuro, pretender um mundo melhor”.

Foram citados também aspectos negativos como conflito, escuridão e falta de integração com o ambiente externo. Foi criticada a existência de *brises-soleil*, por proporcionarem a sensação de trancafiamento. Segunda a entrevistada, a Casa do Sol necessita de mais luz, mais vida.

Entre os desenhos, aparecem muitas casas semelhantes às dos desenhos infantis, ora representando a Casa do Sol hoje, ora representando as expectativas para após a reforma física do prédio. Um desenho apresenta a fachada da Casa do Sol, com sua praça e os carros estacionados. Um outro questionário apresenta a Casa do Sol em planta, atualmente e após a reforma (expectativas).

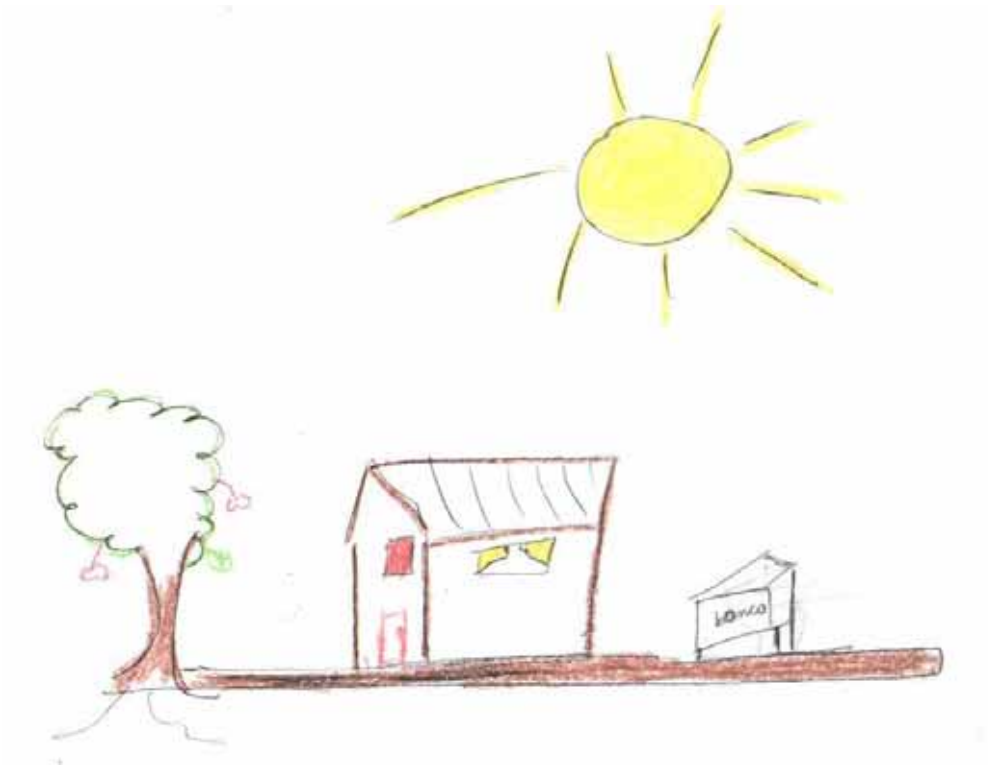


Fig. 66: Desenho de uma funcionária, representando o seu espaço ideal.
Fonte: Espaço Saúde, 2002

6) Funcionários administrativos e de manutenção predial

Estes funcionários, no que pôde ser percebido nos questionários e na observação participante, não possuem um entendimento significativo acerca do processo da Reforma Psiquiátrica, muito menos das suas implicações na arquitetura. Observamos um receio em fazer críticas e pouca demonstração de preocupação com a questão do espaço, do ambiente físico. Os funcionários desta categoria destacaram o bom ambiente e o tratamento praticado na Unidade. Falaram em amor, carinho, compreensão, alegria, dedicação e harmonia, e que para muitos clientes é melhor estar na Casa do Sol do que nas próprias casas, onde não teriam as condições de tratamento e alimentação que dispõem ali. Citaram também a importância das oportunidades de profissionalização dos clientes, como a escola de informática e a oficina de alfabetização.

Embora tenham se furtado a realizar os desenhos propostos (conseguimos apenas um desenho), os questionários revelam observações importantes sobre o espaço, como a de que a praça da entrada deveria ser ocupada pelas pessoas e não pelos carros (o local é utilizado atualmente como estacionamento). O estacionamento deveria ser transferido para outro local. Foi também destacada

a necessidade de procedimentos de manutenção, como pintura geral do prédio e troca de lâmpadas queimadas. O único desenho elaborado representa a Casa do Sol atualmente como uma casa, semelhante às casas encontradas em desenhos infantis, com telhado de duas águas, porta e janela Encontramos dificuldade em detectar uma visão da situação antes e depois da abertura das enfermarias, devido à rotatividade dos recursos humanos. Poucos destes funcionários acompanharam todo este processo.

- Entrevistas

Em setembro de 2002, foram realizadas algumas entrevistas com membros da diretoria da Instituição. Nestas ocasiões, procuramos utilizar um roteiro com as mesmas questões aplicadas aos clientes e demais funcionários, acrescidas de outras específicas do campo de atuação do entrevistado. Apresentam-se a seguir os resumos das entrevistas, procurando preservar os nomes dos entrevistados.

1) Entrevista com o Diretor da Instituição, realizada no dia 17/09/2002

O Diretor do IMAS Nise da Silveira, diz que a Reforma Psiquiátrica apresenta muitos avanços, existe hoje um consenso nacional das novas formas de tratamento, acerca dos modelos substitutivos. O que falta é o governo implementar este discurso, que é hegemônico. As leis ajudaram bastante, mas, faltam os serviços, a prática. O CAPS, no, RJ é reconhecido, inclusive pela população, como um bom modelo de assistência. O que não é adequado é se ter um CAPS para 1.200.000 habitantes, como acontece com o de Irajá. Seria necessário um CAPS para cada 200.000/300.000 habitantes. Termina por ser uma questão de sorte, a de ser atendido no modelo novo, quem está no modelo antigo acaba sendo prejudicado.

Quanto à questão da moradia, para o Diretor, este é o projeto mais importante da Reforma Psiquiátrica, porque, na medida em que se tira as pessoas dos antigos dispositivos e as transfere para os novos dispositivos, que prevêem a não internação, acontece a ligação das pessoas com a cidade, através de um elo familiar, geralmente representado por uma mãe ou por uma tia. Como a assistência é uma questão da história da vida das pessoas (os profissionais envelhecem com seus pacientes), estas mães e tias acabam falecendo, e assim a questão da moradia tem a sua importância, como alternativa à internação.

A moradia deve ser externa. O modelo proposto para a Casa do Sol foi específico para a Instituição, mas é um modelo que tem um fim, não é para sempre. A Instituição tem uma população com “defeitos”, que não são defeitos decorrentes da doença, mas da própria internação, como falta de autonomia A proposta foi, então, pensada para estas pessoas, que não tem a possibilidade de contar com uma casa lá fora. O ideal é que a moradia seja implementada fora, em casas pequenas, nas comunidades. Inclusive, este projeto para a Casa do Sol não é muito reconhecido pelas leis. O que se tenta é que o projeto seja um modelo intermediário. O que se pretende, segundo o Diretor, é que a reforma da arquitetura represente um salto de qualidade no modelo atual, para que ele não volte a ser um asilo, porque é muito simples colocar pessoas juntas e tudo voltar a ser um modelo asilar.

A idéia surgiu da seguinte forma, segundo o Diretor do IMAS: havia uma idéia de implementar moradias externas na comunidade, para moradores com mais autonomia; e outra voltada para a população de moradores com pouca autonomia, mas que tem uma relativa autonomia dentro da instituição. Estes moradores, a seu ver, tinham que ser retirados de uma estrutura de enfermarias, pois não eram mais doentes aponto de necessitarem desta estrutura. Em discussões com os técnicos da unidade, concluiu-se que poderiam criar um belo projeto de moradias na Casa do Sol, arriscando até ser contrários à portaria 106, que prevê moradias pequenas na comunidade. O projeto arquitetônico deveria ser arrojado, para que transformasse a fisionomia daquele prédio, de modo que ele não voltasse a ser de enfermarias. Daí surgiu a idéia dos apartamentos. Segundo o Diretor, "aí a gente delira um pouco, imaginando que se poderia incluir moradores de outras áreas, que não da psiquiatria, pensões para pessoas que venham participar de atividades, estudantes, mesclá-los nessas moradias, para que elas não fiquem somente para pacientes psiquiátricos".

Quanto ao questionamento sobre a sugestão da criação de um acesso independente pela rua Dois de Fevereiro, ele acha que se deve arriscar, se é um desejo da comunidade interna e externa. Claro que existem todas as dificuldades de uma sociedade violenta, invasões etc. Mas, não é por isso que as pessoas devem ficar presas e protegidas no espaço asilar. Mesmo que não se possa utilizar este acesso imediatamente, ele acha que se deveria apostar num projeto de futuro, inaugurar uma nova forma de estar junto da comunidade.

Quanto à pergunta sobre o porque do nome Casa do Sol, o Diretor contou a seguinte história: quando chegou ali, o nome era Centro Psiquiátrico Pedro II, todos os pavilhões possuíam os nomes de figuras clássicas da Psiquiatria (Gustavo Riedel, Adauto Botelho etc.). Como possuíam um projeto que não pretendia ser clássico, tentaram mudar os nomes, embora cientes que mudar nomes não significa ainda mudar nada, mas, tentar incutir, no imaginário das pessoas, de que alguma coisa tinha mudado. Por exemplo o pavilhão Nobre de Melo, teve o nome mudado para EAT – Espaço

Aberto ao Tempo, o pavilhão Gustavo Riedel, onde está funcionando o setor infantil, também vai receber outro nome. O IPAB – Instituto Professor Adauto Botelho, professor da Psiquiatria tradicional, atualmente é conhecido como Casa do Sol. Quando a equipe chegou, havia um projeto de comunicação visual, elaborado por um estudante, anterior a esta gestão, que definia cores e nomes para as enfermarias e demais ambientes do prédio, inclusive o nome Casa do Sol e os logotipos hoje utilizados em impressos e uniformes (ver ítem 4.4). O Diretor decidiu, então, realizar o projeto aos poucos, embora não tenha conseguido localizar o estudante. Para ele o projeto foi muito importante, como uma primeira iniciativa de se mudar as dimensões de um espaço muito ruim.

Perguntado sobre como vê a ligação entre arquitetura e saúde mental, e a saúde em geral, ele acha esta relação muito importante. Para ele, é evidente que os espaços se constroem na sua ocupação. Mas, na arquitetura hospitalar, os arquitetos, claro que influenciados pelas idéias psiquiátricas de então, produziram os piores males para a psiquiatria. Se examinarmos um dos modelos mais cruéis que ele conhece, o hospital de neuro-psiquiatria infantil, na própria Instituição, na esquina da rua Bernardo com dr. Leal (que está atualmente desativado), pode-se, segundo ele, "sentir o barulho do horror". O prédio não tem janelas, somente cobogós altos, num hospital para internar crianças. Ele tem um sistema de corredores que se comunicam, parecendo um labirinto. Ele desejaria preservar aquele modelo, para que se veja como se pode produzir uma arquitetura terrível para a psiquiatria.

Segundo o diretor, a sua equipe tem tentado tirar das enfermarias aquela característica panótica da vigilância. Por exemplo, o EAT - Espaço Aberto ao Tempo, antes funcionava num outro prédio, onde havia um corredor com as diversas salas, e possuía um acesso independente para a rua. Quando houve a mudança para o prédio atual, pôde ser percebido o que a arquitetura pode proporcionar às pessoas. O prédio atual possui duas alas interrompidas por um eixo central formado por outros ambientes, o que provocou uma dificuldade de comunicação entre os serviços instalados nestas alas. Para ele, a arquitetura deste pavilhão prejudicou extremamente o serviço do EAT, na medida em que proporcionou um corte no espaço de circulação, importante espaço de encontro e convívio. O referido pavilhão, inicialmente destinado à internação infantil, havia sido projetado para forçar esta divisão entre duas alas (uma masculina e outra feminina) e para atender à lógica da assistência tradicional. Quando se instalou o EAT, um serviço que estava funcionando bem, num espaço ruim, pudemos perceber claramente o impacto da arquitetura na qualidade deste serviço. O desejo de todas as equipes que atuam ali é reformar o prédio, no sentido de promover a ligação entre as duas alas.

Indagado sobre a resistência, revelada nas pesquisas, dos moradores aos apartamentos fechados, o Diretor fala da necessidade de se investigar a história destas pessoas, pois em Psiquiatria, a melhor

forma de se trabalhar é quando se tenta reconstituir a história das pessoas, resgatar os motivos desta resistência, para então descontruí-los. Muitos daqueles pacientes vieram de situações de trancafiamento em celas fortes. Por outro lado, existe também o fato do "hospício ser hospitaleiro, ele te tira tudo, a cidade, a roupa, a individualidade, mas também dá tudo, o pseudo-cuidado, a comida, a pessoa não tem que fazer mais esforço nenhum, criando uma relação perversa do paciente com o hospício." Também existe a questão, para ele mais inquietante ainda, relativa ao que a experiência no hospício tem a ver com a história de vida e com as lembranças afetivas da pessoa. Exemplifica com um filme italiano, em que o personagem mostra um hospício com todos os seus horrores e, contraditoriamente, diz que sente saudades, pois foi ali que viveu a sua vida toda. "Eu só tenho saudades do que eu vivi", afirma. Para o Diretor, esta é a questão mais grave, a do referencial, da memória que as pessoas possuem, mesmo sendo um aspecto negativo. É um trabalho difícil romper estas referências, mas que não pode paralisar as pessoas envolvidas neste processo.

Quanto à resistência dos funcionários, o Diretor afirma que existe um medo de qualquer mudança nos processos, pois muitas pessoas não sabem fazer as coisas de uma forma diferente. Tudo o que se propõe de novo, eles dizem que já tentaram e não deu certo. Isto, para ele, é um atraso que chega a contaminar os pacientes. Destaca a luta enfrentada pela coordenadora do Programa de Moradias para romper estas resistências, sofrendo até mesmo boicotes.

Com relação à abertura da Instituição para a comunidade, afirma que a questão ainda está negligenciada, frente aos demais problemas que têm enfrentado. Cita a experiência do Centro Comunitário existente na Instituição, que, segundo ele, ainda não está avançando como ele esperava. O que ele gostaria é de uma maior interação da comunidade com o projeto da Instituição. Ele observa também, na pouca experiência que admite ter com trabalhos comunitários, que a solidariedade é muito maior nas comunidades carentes, como a comunidade da Cachoeirinha (próxima à Instituição), que está acolhendo o projeto de moradias desenvolvido pela diretora do EAT.

Já a comunidade do Engenho de Dentro, segundo ele, é mais difícil, pois as pessoas têm a idéia de que o espaço do hospício é delas, as pessoas jogam lixo, acham que podem usar o espaço do hospital à vontade. Exemplifica o caso do condomínio novo, construído em frente ao hospital, cuja portaria está de costas para o hospital, na rua oposta. O panfleto de vendas apresentava, na planta de localização, diversas referências, como a estação do trem, o posto de gasolina etc., mas o hospital estava apresentado como um bosque. Para ele, a comunidade "nega o hospital, esconde as suas mazelas embaixo do tapete".

Segundo o Diretor, as cidades e comunidades é que são deficientes, porque não comportam as diferenças das pessoas, que na verdade, segundo classificação da OMS, são "inaptas" para algumas atividades. A sociedade deveria ser mais maleável, tolerando as diferenças.

2) Entrevista com a Diretora da Casa do Sol, realizada no dia 27/09/2002

Descrevendo a arquitetura da Casa do Sol, a entrevistada cita como espaço marcante o das enfermarias, que, na sua opinião, deveria ser o melhor lugar, na atual conjuntura, e acaba sendo desprivilegiado. Os corredores muito longos e os espaços dos leitos não caracterizam enfermarias como unidades de internação, apesar de muita coisa ter mudado neste 18 anos em que ela trabalha na Instituição.

A situação já foi muito pior, as enfermarias não possuíam esquadrias, e sim cobogós (atualmente ainda existem cobogós na fachada frontal, que serão substituídos, segundo o projeto de reforma em andamento), os pacientes não tinham visão nenhuma do exterior. De 12 anos para cá, a Instituição tem procurado humanizar os espaços. Porém, ainda não é o espaço terapêutico ideal, pois quando se pensa em enfermaria, se pensa num espaço de tratamento, terapêutico. Este ambiente atual ainda não é o espaço ideal, por conta da sua arquitetura.

Ela afirma que a arquitetura pode colaborar neste processo de humanização, exemplificando as medidas que já foram tomadas neste sentido, como a mencionada troca dos cobogós por esquadrias de alumínio e vidro, o fechamento de algumas enfermarias, transformando-as em apartamentos, a colocação de portas nos banheiros, colocação de duchas higiênicas. Ou seja, a arquitetura pode trazer comodidade e benefícios para a clientela.

Perguntada sobre os lugares que mais gosta na Casa do Sol, ela cita que tem um carinho especial pela enfermaria feminina Esperança, pois foi o lugar onde teve importantes experiências na Instituição. Antes da formação da enfermaria, existiam cerca de 80 mulheres com longo tempo de permanência, que viviam no espaço físico da internação, misturadas com outras pacientes. Surgiu então, há cerca de 13 anos, a idéia de destinar um espaço diferenciado para estas pacientes, a Casa da Esperança.

O planejamento deste espaço foi muito minucioso, junto com as clientes, definindo onde seriam os espaços para estar, a posição das camas, as suas cores. Foi tudo pensado com muito carinho, embora hoje ela considere que ainda não é o ideal.

Outro lugar que ela gosta é o espaço das oficinas do Centro de Convivência. Algumas destas oficinas trazem para ela lembranças da época de seu trabalho de assistência. Ela cita a oficina de bordado, que hoje não existe mais.

Quanto a lugares que menos gosta, ela cita os corredores e o hall da escada, por serem lugares sombrios e escuros, não tem vida.

Sobre os lugares ideais para exercer as suas atividades e medidas para melhorar o espaço da Casa do Sol, ela gostaria que o espaço fizesse jus a seu nome e tivesse mais luz, mais brilho e alegria para a clientela que vive há muito tempo ali.

A Reforma Psiquiátrica para ela significa a busca, que na verdade já se faz há muito tempo, de uma transformação, pensando na clientela que sempre viveu na instituição fechada, total, no seu resgate para o mundo. A Reforma significa trazer de volta a dignidade para estas pessoas, que ao longo dos anos foram abandonadas, rotuladas. É a busca de um lugar adequado de vida para estas pessoas excluídas, dar o seu lugar na sociedade.

Quanto à abertura das enfermarias, segundo ela, aconteceu definitivamente há cerca de 2 anos, embora anteriormente já tenham sido feitas experiências, que acabaram por ser abandonadas. Esta gestão, na verdade resgatou um projeto anterior, promovendo então a abertura destas enfermarias. Segundo ela, o que mudou, com a abertura, foi a aproximação entre clientes e funcionários, o começo de uma participação sua na vida (ela exemplifica que alguns clientes sobem ao sexto andar para visitá-la).

No trabalho das pessoas, o que mudou foi o acontecimento de uma retomada de um processo de participação das equipes na discussão das medidas a serem aplicadas na unidade. Como a unidade possui três frentes (o Centro de Convivência, o Programa de Moradias e as enfermarias de agudos), foi necessário conversar muito para se chegar a uma unidade destas frentes. Este trabalho em equipe foi muito importante inclusive para se chegar a um programa para a reforma que se apresenta.

À solicitação de que citasse algumas características marcantes da arquitetura, ela menciona os *brises soleil*, os cobogós e a luminosidade que hoje existe nas enfermarias, após a retirada de seus cobogós.

3) Entrevista com a Coordenadora do Programa de Moradias da Casa do Sol, realizada em 11/12/2002

Perguntada sobre o reflexo da Reforma Psiquiátrica, atualmente, no seu trabalho, a entrevistada responde que vê ainda muitas dificuldades de implantação dos preceitos da Reforma. Segundo ela, existe, ainda, muita resistência, é difícil fazer com que as pessoas abram mão do modelo hospitalar e transformá-lo num espaço de moradia, não só o espaço, mas uma outra rotina, uma outra forma de relação. Os técnicos terão que assumir outra posição frente ao cliente, frente ao seu trabalho. Para ela, isto é complicado, pois são muitos anos trabalhando de uma forma que vai contra tudo o que se acredita na Reforma, dentro da enfermaria, onde é priorizado o sintoma. O cliente não é visto segundo uma história de vida, mas como aquele doente mental, como se não houvesse nada a ser feito.

Sobre a polêmica da moradia ligada à Instituição, ela diz que este não é o modelo ideal. Concorda que o ideal é a moradia na comunidade, mas, o modelo proposto para a Casa do Sol é o modelo possível no momento. A Instituição não teria como oferecer um espaço de moradia na cidade, mas também não queria continuar com o espaço de enfermaria. Por isto, foi criada esta proposta intermediária (segundo ela, anterior a 1997, quando começou a trabalhar na Instituição). Surgiu a idéia de se criar um espaço diferenciado, para uma clientela que permanecia por longos períodos em internação, que, até então, se encontrava misturada em meio aos pacientes em estado agudo. Foi criada então a primeira enfermaria exclusiva para moradores, a Casa da Esperança. Passou-se, inclusive, a evitar chamá-los de pacientes, utilizando-se o termo “moradores”. Segundo a proposta inicial, a casa da Esperança não seguiria os moldes de uma enfermaria. Não haveria sequer uma equipe de plantão, a própria clientela assumiria a sua vida. Isto, porém, se perdeu ao longo do tempo.

A idéia de transformar as enfermarias, duas a duas, em apartamentos é bem mais recente. Surgiu a partir das experiências já realizadas do fechamento de algumas das “baias” de enfermarias com alvenaria, transformando-as em quartos (estas modificações foram realizadas pela própria equipe de manutenção da Instituição). Foi uma idéia que cresceu com o tempo, até que foi solicitado que fosse colocado no papel tudo o que as equipes considerariam necessário, em termos de intervenção, para favorecer o desenvolvimento do programa de moradias. Foi, então, pensado o apartamento, que evoluiu para a idéia de um condomínio.

Quanto às experiências já praticadas, ela afirma ter encontrado, no início, muitas resistências. Só no fato de se colocar uma parede, uma porta, dar uma chave ao cliente, representa uma mudança muito grande na sua vida. Ele passa a ter um lugar para habitar mesmo, decidir a hora que quer

ficar deitado, decidir as coisas que deseja ter em seu espaço. Em relação à equipe, segundo Erika, são poucos os que trabalham com mais afinco estas questões. Pretendem mudar isto daqui para a frente, pois não adianta mudar só o espaço físico, ele é apenas um ponto de partida.

A entrevistada acha que a participação da Arquitetura neste processo é fundamental. Cita pequenas mudanças que têm sido feitas nos espaços de moradia, como a eliminação dos postos de enfermagem e o remanejamento do refeitório, que proporcionaram uma mudança positiva nas condições em que o trabalho é realizado. Não dá para sustentar um trabalho com o cliente, de forma individual, se ele não tem direito a ter o seu espaço, de ter uma porta de banheiro, se é vigiado o tempo todo.

Sobre a abertura das enfermarias, ela, que acompanhou este processo, diz que a Casa da Esperança, por exemplo, sempre foi aberta. Algumas enfermarias às vezes ficavam fechadas, devido a casos específicos de clientes que fugiam da Instituição. Isto gera uma situação contraditória. As pessoas vêm depois cobrar que a Instituição não cuida de seu cliente. Ao mesmo tempo afirmam que, se o espaço é de moradia, o cliente tem o direito de ir e vir, ele não está fugindo, está apenas saindo. A sensação, às vezes, é de que não se consegue ter um trabalho de enfermaria eficaz, nem um trabalho de moradia.

Sobre a relação dos clientes com o espaço (comparando portas abertas e fechadas), a questão da agressão entre eles, que está muito vinculada ao espaço da enfermaria, se dilui muito quando as portas estão abertas. Ele pode escolher onde quer ir, pode conhecer pessoas, efetuar trocas sociais, passa a ser conhecido, ter a sua história. Muitas vezes, clientes que não falavam, passam a falar com todos, a pedir café nos outros serviços. Às vezes somos chamados para buscá-los, pois as pessoas ainda não entendem porque eles estão lá. As portas abertas certamente aumentam a responsabilidade das equipes, pois precisam acompanhar os clientes, ver onde estão circulando.

A Coordenadora descreve o prédio da Casa do Sol como uma “Torre de Babel”, por causa da existência de 3 serviços completamente distintos: a enfermaria de crise, as de moradores e o Centro de Convivência.

Quanto à recente idéia da saída do Centro de Convivência do prédio da Casa do Sol, ela acha que pode ser interessante a separação dos serviços, obrigando a saída das pessoas para as atividades, porém, não sabe ao certo como seria para a clientela que possui dificuldades de locomoção, e que já resiste em descer e freqüentar o local atual. Ainda é uma idéia a ser amadurecida.

O lugar preferido da entrevistada é o pavimento térreo. O que menos gosta é o espaço das enfermarias. A entrevistada espera que a requalificação traga novas oportunidades para a clientela, um espaço mais parecido com o que se entende de casa.

4) Entrevista com a Coordenadora do Centro de Convivência da Casa do Sol, realizada no dia 04/10/2002

Descrevendo a Casa do Sol atualmente, a entrevistada diz que sua arquitetura permite poucas variações, o prédio é feio, fechado, as pessoas não se encontram, ruim para morar, o térreo é complicado, muitas das novas idéias que surgem para o serviço esbarram nas dificuldades impostas pela arquitetura. O lugar que mais gosta é a sala de convívio, pois é aberta para o jardim. Gosta também da cantina, pois, apesar de possuir janelas altas, é um espaço que está bem cuidado, com uma decoração diferente do restante. Não gosta do hall, segundo ela, parece o hall de um banco, e os corredores são escuros e compridos. O hall mistura as pessoas que são e as que não são do serviço. É um lugar de passagem, que acontece no meio de um serviço, o Centro de Convivência. Este fato prejudica o desenrolar das suas atividades, pois moradores e clientes são confundidos.

Descrevendo o lugar ideal para o desenvolvimento de suas atividades, ela cita uma casa com quintal, com um lugar que fosse central para o convívio. Os espaços deveriam convergir para um centro, que seria este local destinado ao convívio.

No que se refere à Casa do Sol, poderiam ser tomadas, segundo ela, algumas medidas para melhorar a situação dos corredores, como aumentar a vista do exterior. Porém, considera que a planta permite pouco, ela gostaria mesmo é que o serviço fosse transferido para outro local. A Instituição vai caminhar com a proposta da reforma do espaço atual, porém existe um desejo da equipe de transferir o setor do prédio. Acha conveniente que se produza um “corte” para os moradores do prédio entre o espaço de moradia e o espaço das atividades terapêuticas, pois as equipes acabam não sabendo quem está passando a esmo, e quem está freqüentando o serviço.

A proposta da transferência do CPD para o sexto andar, para ela, pode ser boa por um lado, pois amplia a área do Centro de Convivência, mas, por outro lado, pode agravar a dispersão verificada no serviço, pois a equipe é reduzida. Ela teme que possa haver pouca proximidade entre as pessoas.

Sobre a Reforma Psiquiátrica, para ela, significa uma mudança na lógica da assistência, do ponto de vista do planejamento e das políticas públicas, e também uma mudança na clínica, na forma de

se trabalhar com os clientes, pacientes psiquiátricos. No planejamento da assistência, a questão é a internação pelo mínimo de tempo possível, evitar a absorção de novos moradores, promover a reabilitação dos moradores existentes, pensar os casos novos, desenvolver os serviços alternativos à internação, como o próprio Centro de Convivência, que atualmente recebe a matrícula de todos os pacientes psicóticos que são atendidos na emergência do IMAS, sem preocupação com número de vagas. O serviço tem que se organizar para atender a toda esta demanda, que não vai parar de crescer.

O momento por que passa agora a Reforma é o de resolver a questão do acesso dos pacientes graves aos serviços, pois existem muitos pacientes psicóticos sem tratamento. Do ponto de vista da clínica, a Reforma muda muito o olhar que se tem a respeito do cuidar. Existem vários saberes praticados, conforme a formação oferecida aos profissionais. Em geral, é uma clínica mais singular, menos fenomenológica, menos baseada em sintomas, mas uma clínica, chamada clínica ampliada, que pretende entender a condição de vida de um sujeito, interferir não só nos sintomas, mas, em todas as características da vida deste sujeito: lazer, moradia, trabalho, convívio familiar.

Quanto à abertura das enfermarias, conta que algumas já ficam abertas há anos, somente a do terceiro andar é que foi aberta este ano. Para ela, a questão não é a porta aberta ou fechada. O que se verificou é que, mesmo com a porta aberta, as pessoas no início não queriam sair das enfermarias.

Há um investimento no Programa de Moradias, cuja direção é incentivar a ampliação da circulação das pessoas, da sua saída à rua. A idéia da transferência do Centro de Convivência também está articulada a isso: as pessoas teriam que sair da Casa do Sol para o seu tratamento. O prédio ficaria somente para moradia, rompendo com uma das características do manicômio, lugar onde as pessoas concentravam todas as suas atividades. A equipe do Programa de Moradias, desde julho de 2001 está trabalhando insistentemente para construir esta direção de saída. Isto é porém um trabalho artesanal, individual, muitas vezes leva meses, corpo a corpo. Agora, nas reuniões das enfermarias de moradores, as pessoas falam no tema da casa, que antes, há cerca de dois anos, não era mencionado, as pessoas não tinham, nem cogitavam, a possibilidade de ir para outro lugar, outra casa. Lá existem pacientes mais graves, é um trabalho mais difícil do que no Centro de Convivência.

A idéia de reformar a Casa do Sol surgiu nesta discussão do problema dos moradores, a transformação das enfermarias em apartamentos. O Centro de Convivência, como ocupa o mesmo prédio, também foi incluído no processo de reformulação do espaço, que antes nunca havia sido solicitada.

Quanto à relação entre arquitetura e saúde mental, ela tem dúvida se a arquitetura introduz uma forma de pensar a clínica, ou se ela é tributária de uma forma de pensar a clínica. Não sabe direito o que vem primeiro, mas, se você for tomar a idéia inicial dos hospitais, no que diz respeito à disciplina dos espaços, esta idéia, que também nasceu num processo de reformulação da prática médica, encontrou o correlato arquitetônico para o seu funcionamento, e a vigilância também. As coisas estão intimamente ligadas, e tem a ver com uma idéia de casa. Para a clínica que se pratica hoje, ela considera que vai ter que ser encontrada uma arquitetura que se aproxime de uma familiaridade que a gente tem nas nossas casas. Trabalhar com conceitos de aconchego, união, dispersão.

4.6.4. Discussão dos Resultados

As informações levantadas na pesquisa revelaram o consenso dos participantes a respeito de alguns aspectos. Estes se destacam, principalmente, pela freqüência com que foram citados, ou com que apareceram nos mapas cognitivos.

O primeiro deles é a importância do convívio. O convívio, estabelecendo uma contraposição ao isolamento, que agora se quer evitar, é apresentado como o principal instrumento das novas formas de lidar com a saúde mental. E os espaços destinados a este convívio se revelaram uma grande preocupação entre os entrevistados, especialmente os profissionais envolvidos nas atividades de terapia.

A abertura da edificação para o exterior, a integração com os pátios e jardins, o estímulo à saída das pessoas, a integração com a comunidade, também foram aspectos que mereceram destaque.

Outro aspecto citado com freqüência, na pesquisa, foi a necessidade de medidas que proporcionem mais privacidade aos clientes, como a reforma dos banheiros (alguns estão sem as portas) e a aquisição de armários para que os clientes possam guardar seus pertences com segurança. Atualmente só os clientes que moram nos quartos privativos possuem estas condições. Eles podem trancar os seus quartos e andar com a chave pendurada ao pescoço.

O tema liberdade também surgiu com freqüência na pesquisa. Embora alguns se refiram à liberdade em relação às suas próprias famílias, revelando as suas dificuldades de relacionamento, em geral, a liberdade foi solicitada em relação ao direito de escolha, de participar ou não das atividades, de resolver a hora de descer ou de se recolher a um espaço seu. Os espaços deveriam,

então, possuir a flexibilidade necessária para oferecer a possibilidade do convívio, mas, também, o a do isolamento, quando desejado.

Curiosamente, muitas pessoas mencionam, em tom de crítica, a característica panótica do edifício, porém, quando solicitadas a fazer sugestões para o espaço ideal, muitas apresentam a solução em forma de círculo, com os ambientes convergindo para uma área central de convívio. Talvez fosse o caso, mesmo, de se repensar e tirar algum proveito dos espaços panóticos, redimensionando-os e redirecionando (invertendo) o seu uso (o centro não vigiaria mais a periferia, e sim o contrário, da periferia se teria a opção de ver e participar do que ocorre no centro).

Outro aspecto que chamou a atenção na pesquisa foi o desejo, revelado pelos clientes, de que seja oferecida uma oportunidade de profissionalização, por ocasião da execução das obras de reforma da edificação.

Como importante dado, também revelado na pesquisa, está a presença do espaço da casa, do lar, no imaginário dos entrevistados, oferecendo, por sua vez, o contraponto à imagem do manicômio.

A pesquisa, aliás, apresenta algumas das dicotomias que a Reforma Psiquiátrica busca construir, ao propor contraposições aos conceitos da psiquiatria tradicional, no que se refere às atitudes e aos espaços, sintetizadas abaixo:

- ao isolamento/alienação, se contrapõe o convívio/integração;
- à dependência institucional, opõe-se a autonomia;
- nos espaços fechados, propõe-se a criação de aberturas;
- ao espaço manicomial, opõe-se o espaço da casa e da comunidade.

4.6.5. O Projeto para Requalificação

O projeto para requalificação da Casa do Sol foi desenvolvido em paralelo à pesquisa, considerando as possibilidades e os limites de uma reforma e procurando reciclar os ambientes na perspectiva de seus usuários.

Apresentamos, a seguir, de forma sintética, este projeto de requalificação, destacando as relações entre as soluções adotadas e os resultados da pesquisa.

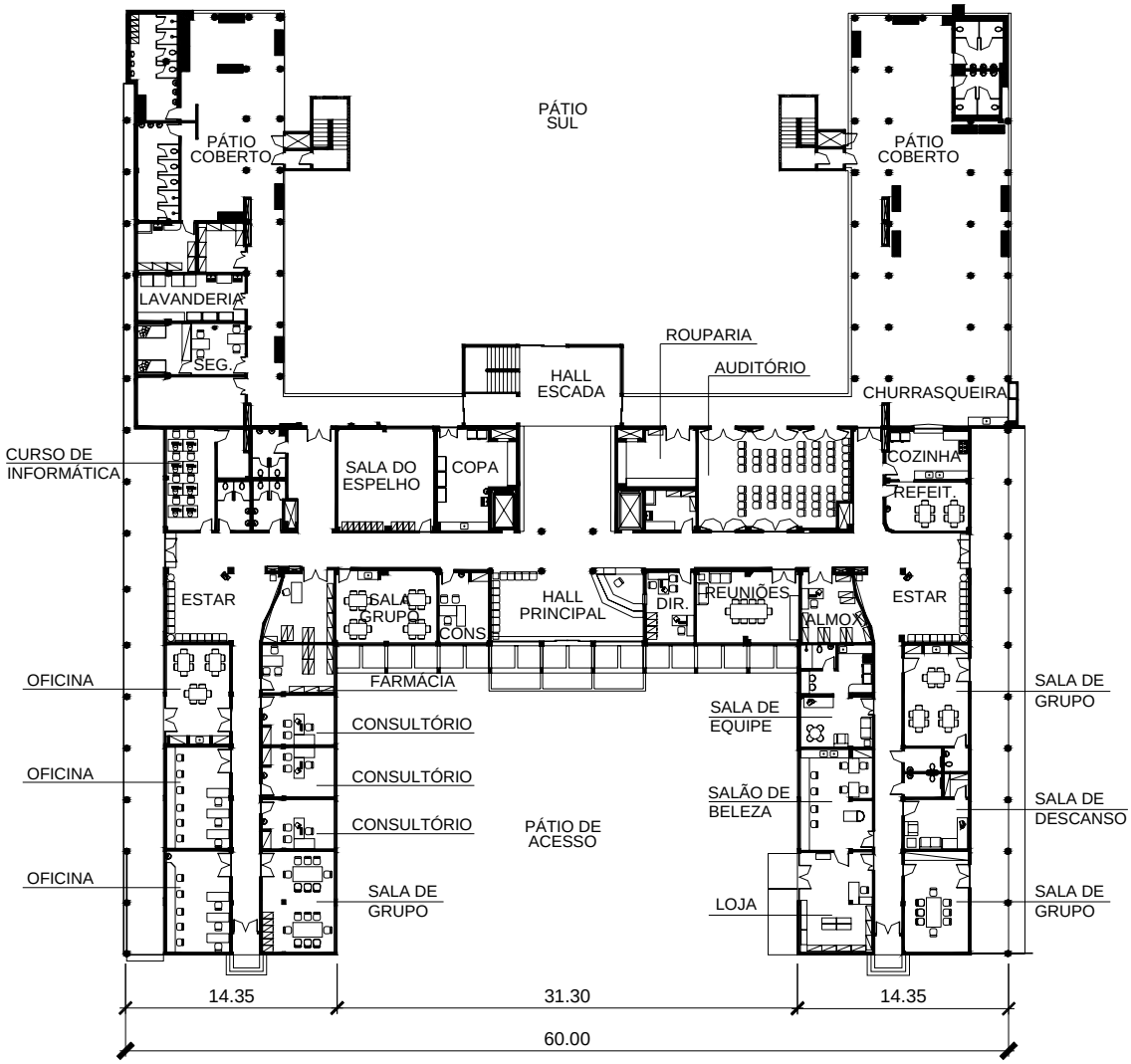


Fig. 47:Pavimento térreo da Casa do Sol, proposta
Fonte: Espaço Saúde, 2002.

Neste pavimento, se procurou, definir uma utilização para alguns dos espaços ociosos. Isto permitirá uma expansão da área ocupada pelo Centro de Convivência, atualmente insuficiente. Alguns destes espaços ociosos deverão ser demolidos, pois se tratam de acréscimos posteriores à construção original.

A ala esquerda, deverá ser ocupada com os ambientes destinados à terapia, sendo, para isto, transferido o CPD e setor de estatística, que hoje ocupam este espaço, para o sexto pavimento. Na ala direita, ficarão concentrados os ambientes destinados às equipes, apoio, repouso, serviços e geração de renda.

A principal intervenção neste pavimento, porém, contempla a valorização do pátio sul da edificação, atualmente pouco utilizado, devido à existência do bloco de apoio, composto de cozinha (que está desativada, já que o serviço atualmente é terceirizado), vestiários de funcionários e depósitos de difícil acesso (pelo patamar intermediário das escadas). Este bloco será, então, demolido, para que se possa promover uma integração entre os pátios norte (acesso) e sul, através do hall principal. Para isto, foi necessário o remanejamento da escada que leva ao segundo pavimento, para um novo hall criado junto ao pátio sul. Este hall será envidraçado, permitindo que do hall principal, se tenha a visão do referido pátio.

O pátio de acesso também deverá ser valorizado, através do remanejamento do estacionamento que hoje o ocupa. Este remanejamento foi, inclusive citado por um dos entrevistados, considerando que o pátio deveria ser ocupado por pessoas. Será criada, ainda, uma marquise, a fim de proteger e valorizar a entrada principal.

Entre os elementos solicitados pelos entrevistados e que puderam ser incorporados ao projeto, neste pavimento, tivemos: a valorização dos pátios, a churrasqueira; a abertura de maiores vãos de iluminação, trazendo a visão do exterior para dentro do prédio; a criação de uma sala para descanso, para quando os clientes externos estiverem sofrendo os efeitos dos medicamentos; a criação de áreas de estar e convívio, que contarão com aberturas para o exterior; a abertura da loja existente para o pátio de acesso, chamando mais atenção para a sua existência (a loja faz parte do projeto de geração de renda para os clientes); a criação de um acesso independente ao da Instituição, pela rua Dois de Fevereiro, possibilitando que o Programa de Moradias funcione como um condomínio, e que o Centro de Convivência possa aspirar a sua transformação em CAPS.

Um aspecto, porém, não pôde ainda ser resolvido: a questão da dispersão, mencionada pela coordenadora do Centro de Convivência, em sua entrevista, provocada pela existência de 3 frentes diferentes de serviço no prédio. A configuração simétrica, com o acesso central a todos os serviços, faz com que o fluxo do serviço do Centro de Convivência seja interceptado pelos demais. Mesmo que se definisse pela criação de outros acessos para os demais serviços, seria inevitável o desenvolvimento de seu fluxo pelo hall principal, devido à localização dos elevadores. Ou seja, neste caso, por se tratar da reforma de um espaço existente, percebemos que a configuração da arquitetura realmente não favorece a esta especificidade do programa.

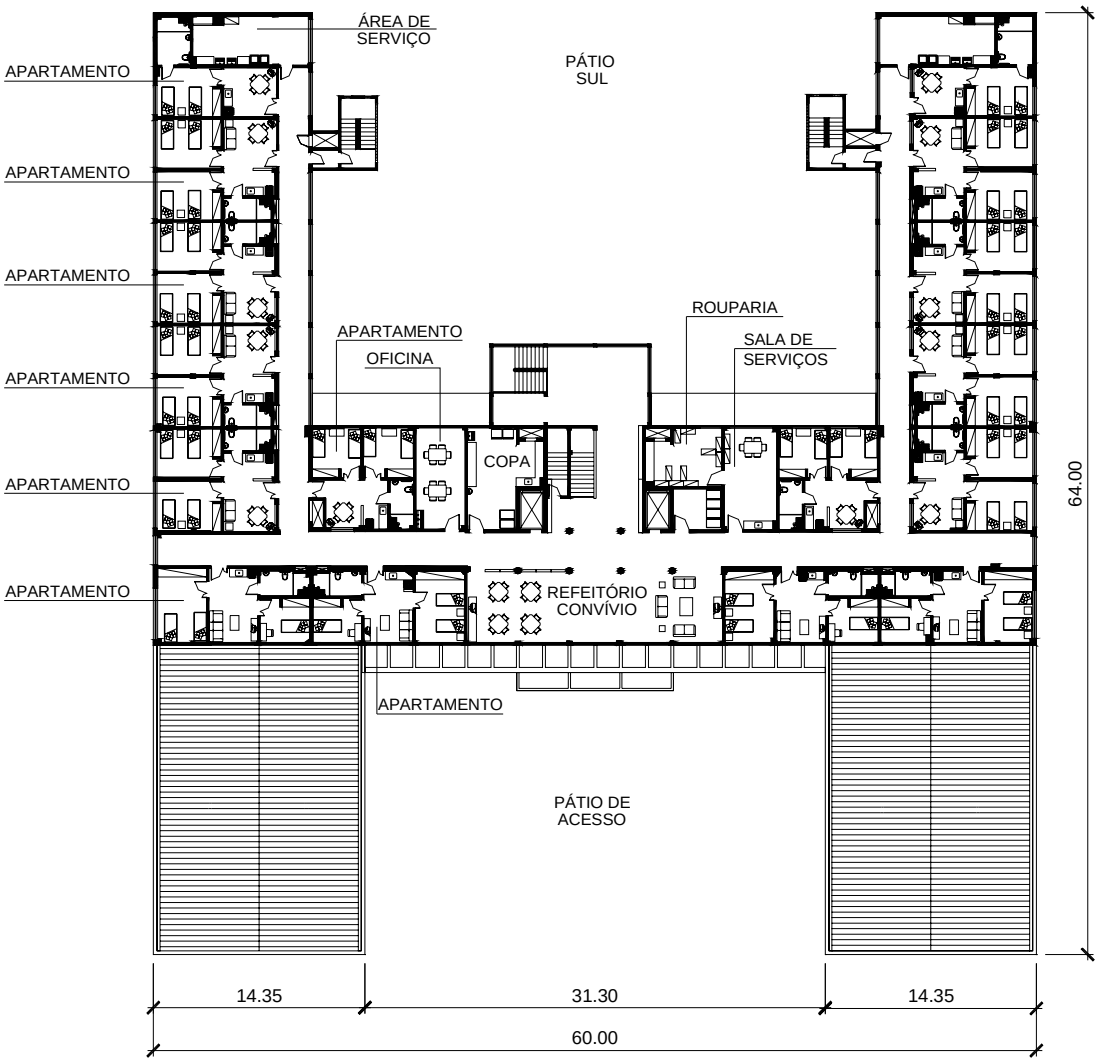


Fig. 68:Pavimento tipo da Casa do Sol, proposta
Fonte: Espaço Saúde, 2002.

Quanto ao pavimento tipo, o programa fornecido pela Instituição já se encontrava bastante definido, compondo-se, basicamente, da concepção dos apartamentos, no lugar das atuais enfermarias. A ele foi acrescentada a ampliação do número de apartamentos, eliminando os ambientes atualmente destinados às equipes. Propomos que as equipes ocupem apartamentos comuns, iguais aos dos pacientes, de modo a permitir uma maior integração entre clientes e funcionários, reduzindo a sensação de hierarquia entre eles. Desenvolvemos, também, diferentes tipos de apartamentos, de modo a flexibilizar a sua ocupação. Foram criados apartamentos de um e dois quartos, a serem ocupados por duas a quatro pessoas.

Os apartamentos possuirão uma pequena copa, para que os clientes possam, de acordo com suas condições de autonomia, preparar suas próprias refeições.

Foi criada uma área central de convívio e refeitório (para os clientes que não quiserem utilizá-la, haverá espaço para as refeições nos apartamentos), já que as alas não terão mais a porta de grades na sua entrada. O espaço das circulações se encontrará livre, integrando as duas alas de moradias.

Cada ala contará, em sua extremidade, onde atualmente se localiza o banheiro coletivo, com uma área de serviço, onde os moradores poderão proceder os cuidados com suas roupas.

O dimensionamento de vãos de portas e ambientes, especialmente os banheiros privativos dos apartamentos foi projetado segundo as normas da ABNT para acessibilidade. Os banheiros deverão receber, conforme a necessidade, equipamentos para os portadores de dificuldades de locomoção, como barras de apoio e bancos.

Durante a pesquisa de campo, foi observado que algumas clientes não gostam de descer ao térreo para atividades, que outras gostam de realizar trabalhos manuais, e que algumas atividades, como musicoterapia, às vezes são realizadas nos halls dos pavimentos. Por isto, foi criada, por pavimento, na área central, uma oficina, onde estas atividades possam ser realizadas com mais conforto.

Foi eliminado o posto de enfermagem, considerado desnecessário, segundo alguns entrevistados, sendo mantida apenas uma sala de serviços, que também poderá ser utilizada para as reuniões das equipes.

CAPÍTULO 5

RECOMENDAÇÕES PARA NOVOS PROJETOS

A seguir, desenvolve-se uma síntese dos aspectos relativos ao espaço arquitetônico, revelados pelas pesquisas, dados que, além de caracterizarem um perfil dos novos espaços da saúde mental, podem ser utilizados como subsídios ou recomendações para o desenvolvimento de novos projetos de espaços semelhantes, principalmente no que se refere à questão das moradias e dos espaços de convivência.

Considera-se importante, entretanto, o estudo, por parte dos legisladores da área de saúde, da possibilidade da definição de programas arquitetônicos mínimos, específicos para a saúde mental, visto que, a legislação vigente recomenda a adoção dos parâmetros estabelecidos pela RDC 50. Esta norma, que abrange todos os Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS), não contempla, por exemplo, a definição dos espaços de atividades de terapia ocupacional (esta é apenas mencionada, como atividade a ser praticada nos EAS), lazer, atividades ao ar livre. Além disso, a norma preconiza ambientes e dimensionamentos direcionados para pacientes com patologias físicas, que não seriam necessários à clientela em questão. Por exemplo, a disposição de leitos em enfermarias foi desenvolvida visando o acesso de macas, que na saúde mental têm utilização restrita. O leito e a enfermaria, em saúde mental, perdem a sua condição de espaços de maior permanência do paciente. Este pode, e deve, deambular, praticar atividades, se possível ao ar livre, e em coletividade. Por estes motivos, e pela importância que normas assumem no próprio processo de conscientização, mesmo que compulsória, da sociedade, é que se julga necessário pensar de forma específica os espaços da saúde mental.

Entre os aspectos revelados pela pesquisa, apresentam-se:

- espaços de convívio x espaços de isolamento

Os espaços de convívio demonstraram, ao longo da pesquisa, o seu potencial dentro das novas perspectivas da saúde mental, além de representarem uma contraposição veemente à antiga prática do isolamento. Já que o objetivo final é a (re)inserção ou a manutenção do indivíduo na comunidade, as instituições procuram estimular o exercício da vida social, através da criação de espaços que favoreçam o encontro e as trocas sociais.

- a inversão do esquema panótico

A pesquisa de campo revelou uma interessante proposta de “inversão” do esquema panótico. Segundo algumas das entrevistas realizadas, além de dados e imagens surgidos nos questionários, os novos espaços também deveriam se organizar em torno de um ponto central, conforme o esquema panótico. Porém, não existiria mais o dispositivo de vigilância a partir centro em direção à periferia. Este centro, pela sua própria localização, seria o espaço a favorecer a convivência e o

encontro das pessoas. Os demais ambientes se localizariam na periferia e, eles sim, ofereceriam a possibilidade de se observar (e não vigiar) o que acontece no centro.

- a neutralização da imagem do manicômio

Os novos espaços em nada devem lembrar os antigos espaços asilares, que ainda representam uma imagem de forte impacto. Elementos como grades, cobogós e o mobiliário fixo, em concreto ou alvenaria, possuem uma conotação negativa no imaginário das pessoas que freqüentaram estes espaços. A simetria, a compartimentação, a escala, também são elementos a serem trabalhados com cautela. Nas intervenções em espaços existentes, cresce a importância de identificar e neutralizar os elementos que conferem ao espaço o aspecto manicomial.

- o respeito à singularidade do contexto

Embora estejamos salientando a necessidade do desenvolvimento de normas específicas para a saúde mental, consideramos também importante a valorização e a utilização de referências do contexto local, como forma de favorecer a integração da instituição e de seus clientes à comunidade e ao espaço urbano onde se insere. A singularidade, um dos princípios adotados pela nova clínica de saúde mental (ver ítem 4.6.3, entrevistas), pode, também, ser incorporada à arquitetura.

- a integração com a comunidade

A participação da comunidade tem se mostrado um fator de extrema importância para o sucesso das propostas da Reforma Psiquiátrica. Portanto, os novos espaços devem se abrir para o espaço da comunidade, dentro da medida do possível, dadas as condições de insegurança oferecidas por algumas comunidades. Esta abertura poderia se dar através da prestação de serviços ou da criação de espaços comunitários, como praças, quadras de esportes, feiras para a venda de produtos fabricados pela clientela etc.

- a associação com as referências da casa

Os questionários e os mapas mentais demonstraram a força das referências da casa no imaginário de clientes e funcionários, levando à conclusão de que o espaço de moradia ideal é mesmo o externo à Instituição, embora a realidade de algumas Instituições conduza ao planejamento de soluções intermediárias. Estes dados, porém, também nos estimulam, no caso das moradias internas, a recomendar a exploração destas referências, buscando, pelo menos, aproximar o ambiente da Instituição ao que se representa como sendo a casa, o lar.

- a possibilidade de personalização do espaço

Muitos entrevistados revelaram o desejo de intervir no espaço da moradia, escolhendo cores, móveis do seu agrado, quadros, até mesmo trabalhando na obra de reforma. Além disso, conforme

verificado em entrevistas realizadas, pretende-se que a nova clínica psiquiátrica seja "singular", ou seja, enxergue o indivíduo em suas particularidades e em sua totalidade, e não mais como um conjunto de sintomas. A sua relação com o espaço, o seu "habitar" é parte da sua individualidade, que se procura resgatar. Estas intervenções podem, então, colaborar em produzir a sensação de se "realmente habitar" o espaço, conforme visto em Bachelard (ítem 2.4). Esta possibilidade favorece o desenvolvimento ou a recuperação da identidade do paciente e deveria ser incentivada. O espaço deve, portanto, oferecer um mínimo de flexibilidade para que algumas destas intervenções, por parte dos usuários, possam ser praticadas.

- o incentivo à participação do usuário no processo projetual

O entusiasmo verificado na participação dos usuários não só na pesquisa, mas, também contribuindo com sugestões para o projeto arquitetônico, deixou muito clara a importância de sua participação para a obtenção de um resultado final satisfatório, em relação ao projeto. Os usuários, em geral, gostam de participar e de sentir que a sua opinião foi ouvida e respeitada. Este fato tem sido comprovado em diversos tipos de intervenções em Arquitetura e Urbanismo, conforme visto em Sanoff (ítem 4.6.2). É óbvio que não se consegue agradar a todos. Inclusive, em um determinado momento do trabalho de campo, foi necessário esclarecer, junto aos usuários, os limites da intervenção planejada, de forma a não gerar expectativas que pudessem ser frustradas no futuro.

- a preocupação com a segurança

O planejamento de espaços de assistência à saúde mental deve incluir a preocupação com a questão da segurança. Entre a população usuária, são comuns os casos de agressão mútua e até de tentativas de suicídio. Portanto, o ambiente deve ser pensado de forma a oferecer segurança para o paciente e para as outras pessoas. Por exemplo, como foi visto na descrição das UPHG (ver capítulo 2, ítem 2.3), as unidades para internação em regime de emergência devem, de preferência se localizar em pavimentos térreos. Caso isto não seja possível, podem ser desenvolvidos mecanismos de proteção nas janelas. Outra recomendação, no sentido de garantir a segurança dos pacientes, é de se evitar, nestes ambientes, a existência de arestas vivas e materiais cortantes. Os materiais de acabamento devem também evitar o risco de acidentes (por exemplo, deve ser dada a preferência aos pisos anti-derrapantes).

- a resistência dos materiais

Os materiais especificados para estes ambientes devem oferecer alta resistência ao impacto, mantendo a sua integridade, de modo a evitar que venham a se transformar em "armas", além de apresentar resistência ao calor e ao fogo. Como exemplo, podemos ilustrar com o hábito amplamente observado, em diversas instituições, do fumo e da troca de cigarros entre os internos.

Os restos destes cigarros, ainda acesos, inevitavelmente, são jogados no chão. Pisos de madeira não seriam, portanto, recomendados, e os pisos vinílicos teriam sua durabilidade reduzida. A resistência dos materiais se revela especialmente importante nas instituições públicas, dadas as dificuldades de reposição e manutenção por elas enfrentadas.

- a facilidade de manutenção

Pelas dificuldades mencionadas acima, os materiais devem ser de fácil manutenção e reposição, em caso de danos. Especialmente visando a facilitação da limpeza, esta preocupação deve ser levada em conta. Os materiais, segundo entrevistas realizadas com profissionais que lidam com a clientela no dia-a-dia, devem permitir que se jogue água, que sejam fartamente lavados com água e sabão, pois é freqüente o derramamento de bebidas e alimentos, além do fato de alguns pacientes urinarem no chão.

- a ligação com o espaço exterior

No caso estudado, constatou-se o desejo, amplamente revelado nos questionários e entrevistas, de que os espaços da saúde mental se abram para o exterior, contando com maiores vãos de iluminação e ventilação. Este fato foi também comprovado pela preferência que os usuários (clientes e funcionários) apresentam pelos jardins e pátios da Instituição. A abertura para o espaço exterior permite, também, que se possa acompanhar a passagem do tempo (se é dia, se é noite). A noção da passagem do tempo, segundo os profissionais, é um elemento importante a ser trabalhado com os clientes, no sentido de neles incorporar a capacidade de lidar com as rotinas.

CONCLUSÕES

Como conclusões deste trabalho, destacamos algumas lições importantes, no que se refere às possibilidades de contribuição da Arquitetura nos processos da saúde mental. A primeira delas se refere à importância da imagem e da memória, tão bem descritas por Bachelard, ao citar a casa e seus espaços, e também confirmadas nas entrevistas.

No presente estudo, fica claro que a imagem negativa do manicômio, na memória de pacientes e funcionários, possui uma força ainda não neutralizada, talvez pelo fato da Reforma Psiquiátrica ser muito recente, em termos práticos, dentro das instituições. Este fato se comprova a partir da recomendação dos espaços ideais, por parte dos funcionários, onde surge a configuração panótica, embora invertida em seu uso, sugerindo que se torna difícil para eles, a partir da experiência panótica do manicômio, pensar uma configuração diferente para o espaço. Ao mesmo tempo, as referências da casa se revelam um grande potencial, como imagem a ser contraposta à manicomial.

Tomemos outro exemplo, como a questão das grades, que, dentro do sistema psiquiátrico, são imediatamente associadas aos seculares processos de exclusão. Todos somos capazes de aceitar grades em toda a cidade – a sociedade urbana atual vive atrás de grades – porém, as grades, no hospital psiquiátrico, mesmo que sejam para proteger os próprios pacientes de seus impulsos agressivos ou mesmo suicidas, ganham uma conotação de encarceramento. Se a imagem negativa das grades existe, é fato, por que não caberia, então, à Arquitetura projetar dispositivos que cumpram a função de proteger os pacientes, como se faz com as crianças nos apartamentos, mas, que não tenham a sua aparência? Estaríamos, então, trabalhando com a imagem, ao neutralizar a visão negativa de um elemento no imaginário destas pessoas, através da busca de um outro que o substitua.

Contribuir para a anulação da imagem negativa proporcionada pelo manicômio, se torna, pois, um desafio a ser assumido pela Arquitetura. A imagem poderia, na rotina do desenvolvimento de projetos, ser explorada de forma mais consciente e intencional.

Revela-se aí, também, nesta problemática de imagens, a adequação do estudo das Representações Sociais ao campo da Arquitetura, não só em termos de pesquisa social, mas, como instrumento para um planejamento arquitetônico participativo, visando a obtenção de resultados e desdobramentos concretos.

No caso estudado, por exemplo, as Representações permitiram, através da averiguação da forma como é visto o espaço atual e o modelo intermediário concebido pela instituição para o problema da moradia, a incorporação de importantes informações ao projeto arquitetônico que se encontrava em desenvolvimento.

Quanto às questões da saúde mental, constatamos, durante a pesquisa, a emergência dos problemas sociais envolvidos neste processo, que transcendem a problemática da Reforma Psiquiátrica e seus modelos substitutivos. Embora tratando de espaços arquitetônicos, ao estudo não poderiam passar despercebidos estes fatos, comprovando, conforme as investigações realizadas sobre a percepção (ítem 2.5.1), e as proposições da Teoria das Representações Sociais sobre o saber local (ítem 4.6.2), o peso que os aspectos do contexto conferem aos processos da percepção, determinando, por conseqüência, as relações com o espaço.

A miséria vivida fora das instituições, as dificuldades de relacionamento familiar e a intolerância da sociedade, conduzem os portadores de sofrimento mental à institucionalização - com todas as suas já mencionadas implicações na questão da cidadania - como a única possibilidade, sendo valorizada, inclusive, como uma especial oportunidade na vida destas pessoas. Talvez esta seja a maior dificuldade a ser enfrentada no processo da Reforma: para desinstitucionalizar, se faz necessário resolver, em paralelo, as questões sociais desta população, como a moradia, o trabalho e a educação.

O estudo assume, para os grupos de pesquisa nele envolvidos, o significado de uma primeira, importante e gratificante experiência de colaboração interdisciplinar, ao integrar a participação de profissionais de Arquitetura (Espaço Saúde/PROARQ/FAU/UFRJ), Saúde Coletiva e Psicologia Social (NESC/UFRJ). Principalmente quando se trata de planejamento de arquitetura de ambientes de saúde, esta integração se faz imprescindível, assim como o aporte de metodologias de outros campos do conhecimento.

Gratificante foi, ainda, o entusiasmo demonstrado pelos usuários da Casa do Sol em sua participação na pesquisa, o que sugere a importância da inclusão desta população, na qualidade de principal interessada, também no processo de definição das próximas etapas da Reforma Psiquiátrica.

Para finalizar, deve-se acrescentar a constatação da impossibilidade de se considerar este estudo como concluído, especialmente por tratar de um tema em que os caminhos ainda estão sendo revelados e, até mesmo, construídos, empiricamente, no dia-a-dia. Espera-se que este trabalho represente um estímulo ao desenvolvimento de novas pesquisas, seja para sedimentar os rumos já definidos, ou para inventar novas possibilidades de espaços para a saúde mental e para a cidadania.

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, Paulo. (org.). Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

_____. O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

_____. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

LUTA ANTIMANICOMIAL. Homenagem a uma Guerreira da Luz – Nise da Silveira. Disponível na Internet em www.movimentoantimanicomial.org.br , consultado em 2002.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Hospital: Instituição e História Social. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ASSIS, Machado de. O Alienista. São Paulo: FTD, 1994.

BACHELARD, Gaston. A Poética do Espaço. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BAUER, Martin W. e GASKELL, George. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um Manual Prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

BASAGLIA, Franco. A Instituição Negada. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BICHO de Sete Cabeças. Direção: Laís Bodanzky. Produção: Buriti Filmes, Dezenove Som e Imagens Produções Ltda., Gullane Filmes. Roteiro: Luiz Bolognesi. Intérpretes: Rodrigo Santoro, Othon Bastos, Cássia Kiss e outros.

BOSCH, Hieronymous. The Ship of Fools. Disponível na Internet em www.boschuniverse.org, consultado em 2002.

BOTEGA, Neury J e DALGALARRONDO, Paulo. Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço para o Psíquico. São Paulo: Hucitec, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. RDC 50. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Anexo da Legislação em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Colônia Juliano Moreira. In: Ministério da Saúde Informa, número 10. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

CARRANO, Austregésilo. O Canto dos Malditos. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CARVALHO, Miriam. Filosofia e Poética do Espaço Arquitetônico – Incursões no Campo da Saúde Mental. In: Arquitetura: Pesquisa & Projeto. Rio de Janeiro: PROARQ, 1998.

CCS – Centro Cultural da Saúde. Exposição "Memória da Loucura", Mostra Virtual. Disponível na Internet em www.ccs.saude.gov.br , consultado em 2002.

CHAUÍ, Marilena. Convite à Filosofia. São Paulo: Ática, 2001.

COSTA, J. R. dos S. L. Espaço Hospitalar: a Revolta do Corpo e a Alma do Lugar. Disponível na Internet via www.vitruvius.com.br/arquitextos, consultado em 2001.

DEL RIO, Vicente, DUARTE, Cristiane e RHEINGANTZ, Paulo Afonso (org.). Projeto do Lugar: Colaboração entre Psicologia, Arquitetura e Urbanismo. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / PROARQ, 2002.

FIGUEIREDO, Dalton Lopes. Identidade Visual Integrada. Trabalho Final de Graduação apresentado ao Instituto de Arte e Comunicação Social/UFF. Rio de Janeiro: UFF, 1993.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2000.

_____. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. Microfísica do Poder . Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão. Petrópolis: Vozes, 1983.

FUNARTE / IBAC, Coordenação de Artes Visuais. Museu de Imagens do Inconsciente. Rio de Janeiro: FUNARTE / IBAC, Ed. UFRJ, 1994.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Projeto Memória da Psiquiatria do Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. Disponível na Internet via www.ifb.org.br, consultado em 2002.

JODELET, Denise (org.). As Representações Sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

_____. A Cidade e a Memória. In: DEL RIO, Vicente, DUARTE, Cristiane e RHEINGANTZ, Paulo Afonso (orgs.). Projeto do Lugar: Colaboração entre Psicologia, Arquitetura e Urbanismo. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / PROARQ, 2002.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Representações Sociais: Saberes Sociais e Polifasia Cognitiva, EDUCadernos – Série Estudos e Pesquisas, Caderno 2 – Cultura e Pesquisa. Blumenau: Programa de Pós-Graduação em Educação da FURB, 2001.

_____. Understanding Diversity in Knowledge: Representations, Community and Cognitive Polyphasia. Palestra proferida na I Jornada Científica da Pós-graduação em Saúde Coletiva. NESC-FM/UFRJ. Rio de Janeiro, 14/11/2002.

_____. Representações Sociais e Esfera Pública: a Construção dos Espaços Públicos no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2000.

KAUFFMANN, Patrícia Fonseca e SILVA, Maria da Glória Ribeiro. Contos do Habitar: a Trajetória da Implantação da Moradia Assistida do IPUB/UFRJ. Revista Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, número 75. Rio de Janeiro: Vitrô Comunicação e Editora Ltda., 2000.

KITCHIN, Robert M. Cognitive Maps: What They Are and Why Study Them?. Journal of Environmental Psychology, número 14. Amsterdã: Elsevier Science, 1994.

LAKATOS, Eva e MARCONI, Marina. Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, 1991.

_____. Técnicas de Pesquisa. São Paulo: Atlas, 1982.

LARROUSSE. Grande Enciclopédia Larrousse Cultural. São Paulo: Nova Cultural, 1998.

LYNCH, Kevin. A Imagem da Cidade. Lisboa: Edições 70, 1988.

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

MILLER, Richard L. e SWENSSON, Earl S. Hospital and Healthcare Facility Design. New York: WW Norton & Company Inc., 2002.

MIQUELIN, Lauro. Anatomia dos Edifícios Hospitalares. São Paulo: CEDAS – União Social Camiliana, 1992.

MONTANER, Josep Maria. La Modernidad Superada: Arquitectura, Arte y Pensamiento del Siglo XX. Barcelona: Gustavo Gilli, 1999.

MOREIRA, Antonia Silva Paredes (org.). Representações Sociais: Teoria e Prática. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.

MOSCOVICI, Serge, MARKOVÁ, Ivana. Presenting Social Representations: a Conversation in Journals from SAGE. London: SAGE Publications, 1998.

MOSCOVICI, Serge. Das Representações Coletivas às Representações Sociais: Elementos para uma História. In: JODELET, Denise (org.). As Representações Sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

NORBERG-SCHULZ, Christian. Existence, Space & Architecture. London: Studio Vista, 1972.

OMS - Organização Mundial de Saúde. CID 10 - Classificação Internacional de Doenças. Brasília: CBCD/DATASUS, 1993.

PORTUGALI, Juval (org.). The Construction of Cognitive Maps. Tel Aviv: Tel Aviv University, 1996.

PSYCHIATRY ON LINE BRAZIL. Disponível na Internet via www.polbr.med.br, consultado em 2002.

REDE RECORD. Programa Repórter Record. O Universo dos Manicômios. São Paulo: Record, 2002.

REIS, Valéria Lagrange Moutinho. A Reforma Psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado apresentada à ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma Visão Histórica. In: Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes / ABRASCO, 1990.

RICHARDSON, Roberto Jarry. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO DE JANEIRO (município). Revista Saúde em Foco: Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva, número 16 - Saúde Mental: a Ética do Cuidar. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1997.

_____. Censo da População de Internos nos Hospitais Psiquiátricos da Cidade do Rio de Janeiro – Relatório Preliminar – Total Geral dos Hospitais. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1996.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível na Internet via www.saude.rio.rj.br, consultado em 2002.

RODRIGUES, Emanoel. Atualidades em Psiquiatria. Disponível na Internet via www.geocities.com/HotSprings/Villa/3502, consultado em 2002.

ROSEN, George. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: Hucitec / Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

_____. Locura y Sociedad: Sociologia Histórica de la Enfermedad Mental. Madrid: Alianza Editorial, 1968.

_____. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSENFIELD, Isadore. Hospital Architecture and Beyond. Nova York: Reinhold Book Corporation, 1969.

ROTTERDAM, Erasmo de. Elogio da Loucura. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a Sobrevivência do Asilo e outros Destinos Possíveis. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro: UERJ, 1988.

SANOFF, Henry. Participatory Design: Theory & Techniques. North Carolina: Bookmasters, 1990.

SILVA, Erika Pontes. Leitos e Camas: o Paradoxo da Moradia em Enfermaria. Monografia apresentada ao Programa de Residência Integrada em Saúde Mental – ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro: ENSP / FIOCRUZ, 1999.

SILVA, Kleber L. A Idéia de Função para a Arquitetura: o Hospital e o século XVIII. Disponível na Internet via www.vitruvius.com.br/arquitextos, consultado em 2001.

SOMMER, Robert. Espaço Pessoal: As Bases Comportamentais de Projetos e Planejamentos. São Paulo: EPU / USP, 1973.

_____. O Desenvolvimento e a Aplicação dos Conceitos de Espaço Pessoal. In: DEL RIO, Vicente, DUARTE, Cristiane e RHEINGANTZ, Paulo Afonso (orgs.). Projeto do Lugar: Colaboração entre Psicologia, Arquitetura e Urbanismo. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / PROARQ, 2002.

SOMMER, B. & R.. Multimethod Approach, in A Practical Guide to Behavioral Research. New York: Oxford University Press, 1997.

TUAN, Yi-fu. Espaço e Lugar: a Perspectiva da Experiência. São Paulo: Difel, 1983.

_____. Topofilia: Um Estudo da Percepção, Atitudes e Valores do Meio Ambiente. São Paulo: Difel, 1980.

TUNDIS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do Rosário. Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes / ABRASCO, 1990.

WILD, Flávio. Na Fronteira entre design e Arte, Instalação Retrata Aspectos da Loucura. Revista Projeto/Design, São Paulo, número 274, p. 52-55, dez. 2002.

ANEXOS

1. QUESTIONÁRIOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO - FAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA - PROARQ
ESPAÇO SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA - NESC

Data: ____/____/2002 *Questionário nº.:_____*
Pesquisador: _____ *Folha nº.: 1/6*

Pesquisa:

Intervenções na Arquitetura de Estabelecimentos de Assistência à Saúde:

Um Estudo sobre a Requalificação de Espaços da Saúde Mental

Este questionário faz parte de uma pesquisa que tem como objetivo identificar um caráter para os novos espaços de assistência que começam a se materializar nas instituições após a Reforma Psiquiátrica. Agradecemos a sua participação.

Instituição: IMAS Nise da Silveira - Casa do Sol

Questionário - CLIENTES

---

1) Identificação:

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Idade: _____

Atividade que exerce na Instituição: _____

Local de moradia: ( ) Casa do Sol
( ) Outra unidade do IMAS Nise da Silveira
( ) Mora fora do IMAS Nise da Silveira

Há quanto tempo mora / freqüenta a Instituição: _____

2) Faça um desenho que represente a Casa do Sol.

3) Descreva o prédio da Casa do Sol como ele é hoje:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

4) Quais os lugares da Casa do Sol...

a) ...que você mais gosta? Por quê?

_____
_____
_____
_____

b) ...que você menos gosta? Por quê?

_____
_____
_____
_____

5) Faça um desenho que represente o lugar onde você gostaria de morar / praticar suas atividades.

6) Descreva o lugar onde você gostaria de morar / praticar suas atividades.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

7) De que forma a Casa do Sol poderia ficar parecida com o seu lugar ideal para morar / praticar suas atividades?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

8)Observações:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO - FAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA - PROARQ
ESPAÇO SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA - NESC

Data: ____/____/2002 *Questionário nº.:_____*
Pesquisador: _____ *Folha nº.: 1/9*

Pesquisa:

Intervenções na Arquitetura de Estabelecimentos de Assistência à Saúde:

Um Estudo sobre a Requalificação de Espaços da Saúde Mental

Este questionário faz parte de uma pesquisa que tem como objetivo identificar um caráter para os novos espaços de assistência que começam a se materializar nas instituições após a Reforma Psiquiátrica. Agradecemos a sua participação.

Instituição: IMAS Nise da Silveira - Casa do Sol

Questionário - FUNCIONÁRIOS

---

1) Identificação:

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Idade: _____

cargo / função que exerce na Instituição: _____

Local de trabalho:
( ) Programa de Moradias - Casa do Sol
( ) Centro de Convivência - Casa do Sol
( ) Outra unidade do IMAS Nise da Silveira

Há quanto tempo está neste serviço: _____

2) Faça um desenho que represente a Casa do Sol.

3) Descreva o prédio da Casa do Sol como ele é hoje:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

4) Quais os lugares da Casa do Sol...

a. ...que você mais gosta? Por quê?

_____
_____
_____
_____

b. ...que você menos gosta? Por quê?

_____
_____
_____
_____

5) Faça um desenho que represente o lugar onde você gostaria de trabalhar.

6) Descreva o lugar onde você gostaria de trabalhar.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

7) De que forma a Casa do Sol poderia ficar parecida com o seu lugar ideal para trabalhar?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

8) Na sua opinião, a Reforma Psiquiátrica significa...

_____
_____
_____
_____
_____
_____

9) O que mudou na Casa do Sol desde a abertura, em janeiro deste ano, das enfermarias...

a. ...na atitude dos clientes? Por quê?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

b. ...no seu trabalho? Por quê?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

c. ...na maneira como os clientes se relacionam com o espaço? Por quê?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

10) Liste 8 (oito) aspectos que simbolizam o espaço da Casa do Sol atualmente.

a. _____
b. _____
c. _____
d. _____
e. _____
f. _____
g. _____
h. _____

11) Quais destes aspectos você considera que deveriam ser mantidos? Por quê?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

12) Quais destes aspectos deveriam ser modificados? Por quê?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

13) Observações:

2. RELATÓRIOS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A seguir apresentam-se os relatórios das reuniões de que participamos, onde tivemos a oportunidade de observar aspectos relativos ao espaço e sua apropriação. Procuramos não citar nomes para preservar a privacidade dos clientes e funcionários.

Relatório da reunião da Enfermaria M2 – 02/2002

Participaram da reunião alguns moradores da ala de enfermarias masculinas M2, a responsável por estas enfermarias e alguns funcionários (pessoal da enfermagem, terapeutas e estagiários).

Logo no início, surpreendeu o local onde é realizada a reunião, no meio do hall de entrada da enfermaria, atrapalhando, inclusive, a entrada e saída das pessoas. A ala de enfermarias possui espaços amplos, não necessitando ocupar o hall de entrada. Imaginei as razões para esta inusitada ocupação do espaço, e depois confirmei com a responsável pela enfermaria, que este local é utilizado para, de certa forma, obrigar os clientes que estão passando a participarem da reunião. Os clientes neste local possuem muitas dificuldades de comunicação, alguns são idosos com dificuldades de audição, um é cego, dois são jovens e autistas.

A reunião é difícil, pois os funcionários recebem pouca resposta e participação. Os assuntos tratados são: incentivo à participação nas oficinas do Centro de Convivência, a viagem de um dos internos à sua cidade natal, problemas de relacionamento entre funcionários. Um cliente se exalta com outro, começa a gritar e o outro ri. Alguns recolhem e fumam guimbas de cigarros perdidas pelo chão.

Conversei com os funcionários sobre a proposta de transformação das enfermarias em apartamentos. Percebi que os funcionários que lidam com os internos no dia-a-dia têm algumas reservas quanto à proposta. Não acreditam muito nas possibilidades de autonomia desta clientela.

Perguntei sobre as grades nas janelas. Os mesmos funcionários afirmam que elas são necessárias para evitar acidentes que podem acontecer em brigas entre os internos, não só para evitar eventuais tentativas de suicídio.

Relatório da reunião do Centro de Convivência – 24/06/2002

Participaram da reunião cerca de 25 pessoas, entre clientes internos, egressos, terapeutas e psicólogas. A reunião foi presidida por uma das psicólogas que atuam no Centro de Convivência, e contou também com a presença coordenadora do Centro de Convivência.

A reunião não começou na hora, pois as responsáveis precisaram chamar as pessoas nos corredores e jardins. Poucos clientes vieram por conta própria, pois apresentam dificuldades em controlar o tempo e as rotinas. Muitos entraram simplesmente porque estavam passando pela porta da sala na hora da reunião.

Antes de começar, alguns pedidos de cigarros entre eles, muita cordialidade nos cumprimentos.

No início da reunião fui convidada a me apresentar e explicar o trabalho que pretendemos realizar e o interesse em que as pessoas participem com informações sobre as suas preferências e impressões sobre as questões do espaço arquitetônico.

Imediatamente algumas pessoas começaram a dar opiniões. Uma das clientes internas (R.) falou que gosta muito de tomar sol no jardim.

Um egresso (H.) falou que é preciso cercar a oficina de jardinagem, para evitar os roubos das plantas. Acrescentou que as pessoas desanimam de trabalhar na oficina, já que depois as plantas são roubadas. Sugeriu que fosse colocada uma grade que está sem uso perto da capela (inclusive se prontificou a fazer o serviço!).

A coordenadora sugeriu que as pessoas presentes pensem durante a semana em sugestões sobre os espaços e tragam na próxima segunda-feira.

Alguns clientes manifestaram sua preferência pelo pavimento térreo, especialmente o espaço exterior (não gostam de se sentir presos!), sugeriram a substituição das portas e janelas por outras de maiores dimensões. O cliente J. chegou a definir as dimensões dos vãos de portas e janelas que consideram ideais para o espaço da sala de reuniões.

Um egresso (H.) perguntou se na obra haverá alguma oportunidade para os clientes aprenderem uma profissão. Manifestou seu interesse em aproveitar a oportunidade da obra para se profissionalizar em construção.

O assunto seguinte foi o conserto da vitrola, que está quebrada. O cliente J., muito articulado, falou que as pessoas não sabem operar um aparelho tão sensível (uma vitrola antiga, de agulha. Sugeriu que seja disponibilizado apenas o rádio. A coordenadora falou que a maioria das pessoas não tem outras oportunidades de ouvir discos pois moram no Instituto, e que não deveriam ser privadas disso.

A psicóloga pediu à outra funcionária para falar um pouco do trabalho que está fazendo na oficina de alfabetização. Ela convidou a todos, mesmo os que já sabem ler, a participarem da oficina, para que possam lembrar o que já esqueceram. Falou dos horários, e algumas pessoas manifestaram interesse, pediram para que ela repetisse os horários (embora tenham a já mencionada dificuldade de controlar suas rotinas, manifestaram este interesse).

Em seguida, a funcionária D., da comissão de festas, falou da festa junina que será realizada na próxima quinta-feira. Começaram então a combinar os preparativos. Decidiram quem iria com ela comprar as prendas, quem iria fazer as bandeirinhas. O cliente A. manifestou preocupação com as clientes idosas, falou que precisam ser vigiadas e ajudadas.

Havia um paciente da enfermaria de crise, que manifestou interesse em fazer um curso de silk-screen, sugeriu que fosse montado no Centro de Convivência. A coordenadora falou que iria ver o que poderia fazer. Se não for possível montar o curso lá dentro, veria a possibilidade de que ele faça o curso fora da Instituição.

Percebi muita solidariedade entre as pessoas, apesar de alguns desentendimentos sem gravidade, preocupação de uns com os outros. Eles demonstraram também muita iniciativa e até criatividade para resolver os problemas.

O cigarro é um objeto bastante disputado (como em Gorizia, de Basaglia, e como no “Canto dos Malditos”), porém aqui sem tanta agressividade.

Um assunto também muito falado é sobre documentação. Lá fora, antes da reunião, uma cliente me pediu para conferir uns documentos para ela. Ela ia sair com uma estagiária para resolver assuntos na cidade, levando este documento. Na reunião, alguém falou, de forma desconexa sobre documentos que tinham que ter firma reconhecida.

Achei muito boa a receptividade ao nosso trabalho. Os clientes demonstraram muito interesse em opinar sobre a arquitetura. Percebi que gostam de ser ouvidos e de dar sugestões.

Relatório da reunião do Centro de Convivência – 01/07/2002

Esta reunião começou com os comentários sobre a festa junina, realizada na semana anterior.

Havia neste dia três clientes novos na Instituição, que foram apresentados aos demais participantes. A psicóloga que dirigia a reunião fez algumas perguntas a eles sobre as atividades que gostam de praticar.

Depois voltaram à discussão da questão da vitrola quebrada, os clientes cobraram uma solução para o problema.

Passamos então à discussão dos problemas da arquitetura. Uma cliente externa disse que sente falta no Centro de Convivência de um espaço onde os clientes possam descansar, recostar, quando tomam a sua medicação, que segundo ela, os deixa "grogues". Acrescentou que eles são naturalmente "chatos", que as famílias às vezes não têm paciência, e seria útil, então, um espaço onde pudessem passar algumas horas descansando. Outros clientes concordaram com esta proposta. Citaram que os clientes ficam "todos misturados no hall", alguns deitam-se no chão, por falta de um espaço como este. Dentro desta discussão, foi também sugerida a criação de um dormitório para os clientes externos, para quando tiverem vontade de se afastarem de casa.

Outra sugestão foi a da criação de salas separadas para vídeo e biblioteca, que hoje funcionam no mesmo espaço.

Sugeriram também que a cozinha da oficina de culinária fosse aumentada, pois consideram o espaço atual insuficiente para as suas atividades.

Indagaram sobre a cozinha industrial desativada que existe no prédio. Respondi que o projeto em andamento prevê a demolição do bloco onde está a cozinha e alguns depósitos, para viabilizar a integração do pátio sul ao pátio norte da edificação. Os dois pátios receberão tratamento paisagístico e ficarão mais visíveis e acessíveis a partir do hall principal. O egresso O. argumentou, educadamente, que é contra demolir qualquer coisa, que prefere construir.

Os comentários sobre a arquitetura foram se intensificando de tal forma, que percebi que poderia estar gerando expectativas demais nos clientes.

Achei necessário então, ao final da reunião, prevenir a todos que as sugestões serão registradas e passadas à equipe que elabora o projeto, bem como às instâncias superiores que elaboraram o programa de necessidades, mas, que nem todas poderiam ser atendidas.

Relatório da reunião do Centro de Convivência – 08/07/2002

Nesta reunião, o assunto arquitetura nem precisou ser levantado. Alguns clientes, já na entrada, se dirigiram a mim para fazer comentários e dar sugestões. Um cliente se ofereceu para colaborar em levantamentos, fazer medições. Outro pediu a palavra e fez alguns comentários desconexos, em meio aos quais mencionava a palavra arquitetura.

Esta reunião contou com a participação de um morador, C., que apresentava severas dificuldades de comunicação. Este interrompia as discussões com gritos e gestos, o que perturbou com frequência o andamento da reunião.

Discutiram a questão do passe livre nos ônibus, quem tem direito, como se tira o documento. O egresso O. explicou aos demais onde devem comparecer e que documentos devem providenciar para tirar o passe livre.

Passaram então à discussão sobre novas formas de geração de renda para os clientes. A egressa M. J. sugeriu que fizessem bolos e doces para vender antes das reuniões de segunda-feira. Decidiram a estratégia para o novo negócio, distribuiram os papéis de cada cliente (quem compra o material, quem prepara, quem vende, quem controla as contas, quem organiza a produção).

Voltando à discussão do espaço, pediram sugestões sobre um lugar adequado para a mesa de pingue-pongue. Foi sugerido provisoriamente um canto do hall de entrada do prédio. Eu me comprometi a pensar num local definitivo para uma sala de jogos no projeto de reforma.

Relatório da reunião do Programa de Moradias – Ala de Enfermarias Masculinas M2 – 12/07/2002

Estas reuniões acontecem no interior da ala de enfermarias. Antes da reunião, aproveitei para perguntar à responsável por esta ala o porque do local inusitado para a reunião (no corredor de entrada da ala). Ela respondeu que a finalidade é captar a participação, mesmo que de passagem, de alguns internos. Os internos desta ala são mais agitados, entram e saem dos ambientes. Há

também dois internos que são autistas, mas que passam algumas vezes pelo centro do círculo formado para a reunião.

Neste dia, no entanto, a reunião foi realizada na sala de convívio, pois fazia muito frio no local de costume.

O principal assunto discutido neste dia foi a questão das agressões que estão acontecendo com frequência nesta ala de enfermarias. Um dos clientes autistas sofreu uma agressão grave no rosto, tendo inclusive que se submeter a uma cirurgia. A responsável, funcionários da enfermagem e uma estagiária debatem sobre possíveis soluções para o agredido e o agressor (transferência de setor para ambos, transferência de instituição etc.).

Aproveitei para levantar novamente as questões de arquitetura relativas à segurança, como as grades, os vidros nas janelas (em alguns setores do prédio, os vidros foram retirados ou substituídos por acrílico, de modo a evitar acidentes e agressões). As funcionárias presentes manifestaram a opinião de que as grades deveriam ser internas, para dificultarem o acesso aos vidros (acham, portanto, óbvia a necessidade de grades nas janelas).

Perguntei sobre a transformação das enfermarias em apartamentos. Elas manifestaram preocupação com o que pode acontecer num ambiente fechado, visto que na enfermaria aberta já acontecem tantas brigas e agressões.

Perguntei também sobre o que é feito quando acontecem as crises com os clientes, se eles são transferidos. Elas responderam que não estão acontecendo as transferências para as enfermarias de crise. Quando um paciente surta, elas tentam contornar a situação por lá mesmo, mas, muitas vezes, outros pacientes acabam também surtando, devido ao clima de tensão que se instala nas enfermarias nestes casos.

Relatório da reunião das equipes do Programa de Moradias – 12/07/2002

Antes da reunião conversei com a psicóloga coordenadora do Programa de Moradias. Perguntei sobre as patologias mais verificadas na Casa do Sol. Ela informou que a maioria dos clientes moradores sofre de esquizofrenia residual, esclarecendo que se trata de um conjunto de “seqüelas” decorrentes da esquizofrenia, como por exemplo, a melancolia e a apatia.

Nesta reunião foi discutido o mesmo assunto da reunião com os clientes: a questão das agressões que estão ocorrendo nas enfermarias M2 e suas possíveis soluções. Foi comentado que a mãe do cliente agredido o visita com frequência, está revoltada, mas, não toma a iniciativa de intervir e colaborar na solução do problema. O cliente está internado desde criança na instituição e ela não tem condições de mantê-lo em casa.

Discutindo as questões da arquitetura, uma das enfermeiras destaca a falta de corrimãos nas enfermarias e corredores, a necessidade de pisos anti-derrapantes nos banheiros e a existência de muitas quinas, que freqüentemente provocam lesões nos clientes. Menciona também a inexistência de portas nos banheiros (fala que elas existiam, mas que foram sendo danificadas e não foram substituídas).

Foram discutidos diversos outros assuntos, entre os quais, a solicitação da fixação de listas com os aniversariantes do mês nas enfermarias e a organização das respectivas comemorações, a organização de uma visita ao Planetário da Gávea, a organização de uma reunião das famílias dos clientes.

3. CAPÍTULO V DA CID 10 (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS)

Capítulo V da CID 10

F00-F09	**Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos**
F00*	Demência na doença de Alzheimer (G30.-†)
F01	Demência vascular
F02*	Demência em outras doenças classificadas em outra parte
F03	Demência não especificada
F04	Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas
F05	Delírium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas
F06	Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física
F07	Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral
F09	Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado

F10-F19	**Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa**
F10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
F11	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos
F12	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides
F13	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos
F14	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína
F15	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína
F16	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
F17	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
F18	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

F20-F29	**Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes**
F20	Esquizofrenia
F21	Transtorno esquizotípico
F22	Transtornos delirantes persistentes
F23	Transtornos psicóticos agudos e transitórios
F24	Transtorno delirante induzido
F25	Transtornos esquizoafetivos

F28	Outros transtornos psicóticos não-orgânicos
F29	Psicose não-orgânica não especificada

F30-F39	**Transtornos do humor [afetivos]**
F30	Episódio maníaco
F31	Transtorno afetivo bipolar
F32	Episódios depressivos
F33	Transtorno depressivo recorrente
F34	Transtornos de humor [afetivos] persistentes
F38	Outros transtornos do humor [afetivos]
F39	Transtorno do humor [afetivo] não especificado

F40-F48	**Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes**
F40	Transtornos fóbico-ansiosos
F41	Outros transtornos ansiosos
F42	Transtorno obsessivo-compulsivo
F43	Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação
F44	Transtornos dissociativos [de conversão]
F45	Transtornos somatoformes
F48	Outros transtornos neuróticos

F50-F59	**Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos**
F50	Transtornos da alimentação
F51	Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais
F52	Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica
F53	Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte
F54	Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte
F55	Abuso de substâncias que não produzem dependência
F59	Síndromes comportamentais associados a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos, não especificadas

F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F60 Transtornos específicos da personalidade

F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade

F62 Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral

F63 Transtornos dos hábitos e dos impulsos

F64 Transtornos da identidade sexual

F65 Transtornos da preferência sexual

F66 Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação

F68 Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F69 Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado

F70-F79 Retardo mental

F70 Retardo mental leve

F71 Retardo mental moderado

F72 Retardo mental grave

F73 Retardo mental profundo

F78 Outro retardo mental

F79 Retardo mental não especificado

F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem

F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares

F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor

F83 Transtornos específicos misto do desenvolvimento

F84 Transtornos globais do desenvolvimento

F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico

F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado

F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

F90 Transtornos hipercinéticos

F91 Distúrbios de conduta

F92 Transtornos mistos de conduta e das emoções

F93 Transtornos emocionais com início especificamente na infância

F94	Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência
F95	Tiques
F98	Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência
F99	Transtorno mental não especificado

Versão 1.6c - ©1993 by CBCD e DATASUS