

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO
MESTRADO EM DINÂMICAS DO ESPAÇO HABITADO

LAÍS LIMA DE ALBUQUERQUE

**ENTRE OS MUROS DA LOUCURA: DESCRIÇÃO DOS ESPAÇOS DO
HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO**

MACEIÓ
2015

LAÍS LIMA DE ALBUQUERQUE

**ENTRE OS MUROS DA LOUCURA: DESCRIÇÃO DOS ESPAÇOS DO
HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Alagoas como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

ORIENTADORA: PROF^a DR^a SUZANN FLÁVIA CORDEIRO DE LIMA

**MACEIÓ
2015**

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecário Responsável: Valter dos Santos Andrade

A345e Albuquerque, Laís Lima de.
 Entre os muros da loucura: descrição dos espaços do Hospital Escola
 Portugal Ramalho / Laís Lima de Albuquerque. – 2015.
 143 f.: il.

 Orientadora: Suzann Flávia Cordeiro de Lima.
 Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo: Dinâmicas do Espaço
 Habitado) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Arquitetura e
 Urbanismo. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. Maceió,
 2015.

 Bibliografia: f. 141-143.

 1. Hospitais psiquiátricos - Arquitetura. 2. Espaços - Humanização.
 3. Hospital Escola Portugal Ramalho – Análise. 4. Loucura. I. Título.

CDU: 725.53.056

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO
MESTRADO EM DINÂMICAS DO ESPAÇO HABITADO

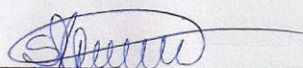
LAÍS LIMA DE ALBUQUERQUE

**ENTRE OS MUROS DA LOUCURA: DESCRIÇÃO DOS ESPAÇOS DO
HOSPITAL ESCOLA PORTUGAL RAMALHO**

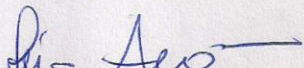
Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Alagoas como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

APROVADA em 31/10/2015

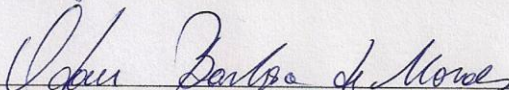
BANCA EXAMINADORA



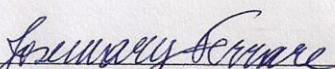
Prof.^ª Dr.^ª SUZANN FLÁVIA CORDEIRO DE LIMA (Orientador)
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo – UFAL



Prof. Dr. LUIZ MANUEL DO EIRADO AMORIM
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo – UFPE



Prof. Dr. ODAIR BARBOSA DE MORAES
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo – UFAL



Prof.^ª Dr.^ª JOSEMARY OMENA PASSOS FERRARE
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo – UFAL

A quem tem sono, o banco

A quem tem voz, o canto

A quem tem fé, a reza,

A quem tem raiva, a briga

A quem não tem nada, o sonho:

Sou mãe, sou filha, sou amiga

A quem chega, o 'oi' acalorado

A quem vai, o 'adeus' engasgado

A quem devaneia, a liberdade:

De ser, de dizer, de fazer:

Quem é o prisioneiro?

Dedico este trabalho aqueles que me ensinaram que as condições impostas, por mais insanas que possam parecer a quem não se imagina em tais situações, NÃO determinam o quão feliz será uma pessoa. Felicidade, esta palavra tão cheia de significação para todos e tão difícil de explicar que hoje, enfim, entendo o dito popular: Sim, está nas coisas simples. Acreditem, conheci nesses anos os miseráveis mais ricos que se pode existir. A eles, esses condenados sociais que em seus devaneios me ensinaram a verdade do que é ser humano, meu eterno respeito, admiração e gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, acima de tudo e por tudo.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Suzann Cordeiro, agradeço por ter aceitado entrar nesta luta comigo, por sua paciência e dedicação, pela forma como a pesquisa foi conduzida, com tanta coerência, cuidado e empolgação e pela generosidade na transmissão de conhecimentos valiosos. Deixo aqui registrada minha admiração pela preocupação social e solidariedade sempre presentes em suas pesquisas;

À minha família, meus amados pais e irmãos, por quem tenho o maior amor do mundo, agradeço pelo suporte financeiro, emocional e de tantas formas, e faço aqui um destaque:

Às minhas amadas mãe Socorrinho e irmã Maria Luiza, minhas melhores amigas e maiores incentivadoras no mestrado e na vida, agradeço por serem sempre: “colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita”, amor, acima de tudo. Agradeço a Deus por isto, também: por tê-las em minha vida;

Ao meu amado Billy, que em julho de 2013 me ensinou o significado da palavra saudade e que existe presença na ausência, agradeço pelos 14 anos de companheirismo, amor incondicional, lealdade e por cada tarde de companhia silenciosa, porém amorosa, que tanto me ajudou durante o mestrado;

Ao meu amor, meu Thi, que ao longo desses anos de pesquisa me fez ver força na minha sensibilidade, fé nas minhas dúvidas, que acreditou quando eu descreditei e que conhece cada reflexo deste trabalho em mim. Agradeço por tanto amor, carinho, amizade e por ser meu companheiro de todas as horas;

Às minhas amigas queridas, agradeço pelas muitas risadas compartilhadas (e alguns choros também), pela descontração essencial em alguns momentos e por tornarem mais leve este período de pesquisa;

Aos professores membros da banca de qualificação: Prof. Dr. Odair Barbosa, Prof^a. Dr^a. Josy Ferrare e Prof. Dr. Luiz Amorim, por terem aceitado avaliar este trabalho, enriquecendo-o com tantos conhecimentos valiosos;

À parceria CAPS/FAPEAL, pela disponibilização da bolsa de estudos, essencial para a realização da pesquisa;

À terapeuta ocupacional Liana, ao psicólogo João e alguns outros funcionários do HEPR de quem me aproximei, agradeço pela recepção calorosa, pela troca de experiências e, principalmente, por tanto amor dedicado aos pacientes;

Por fim, agradeço imensamente aos internos do HEPR por terem aberto as portas de “casa” a mim, na certeza de que a curiosidade despertada foi mútua, embora a compreensão do mundo alheio fora muito melhor desenvolvida neles do que em mim.

RESUMO

A loucura como contraponto da razão é tida pela sociedade como algo indesejado e que deve ser condenado à exclusão social, fato refletido no espaço com a criação de configurações espaciais propícias ao seu isolamento. É nesse universo que esta pesquisa se insere: onde loucura e razão surgem como uma dicotomia, como pontos opostos de um mesmo elemento que marca o intervalo entre estar preso e estar solto. A interface entre loucura e arquitetura, dentro do seu contexto de sistema complexo, suscita um vasto campo de possibilidades de pesquisas que exigem atenção aos dois pólos da relação: de um lado os loucos, como atores sociais, e de outro o espaço, como abrigo de suas práticas. Esta pesquisa se apresenta como um estudo de caso no Hospital Escola Portugal Ramalho, uma instituição totalitária onde o objeto de análise é o espaço hospitalar psiquiátrico que, segundo estudos de repertório, normalmente, influencia comportamentos visando à reprodução da intenção institucional. O objetivo do trabalho é descrever o espaço do hospital, a partir de conceitos de humanização espacial, subsidiado pela discussão sobre o sistema manicomial e suas práticas, com o auxílio da teoria da lógica social do espaço, a Sintaxe Espacial. Assim, a descrição espacial deste hospital - que já chegou a ser considerado o segundo melhor do país, que foi palco das maiores práticas psiquiátricas convencionais de tortura, como o eletrochoque e o isolamento em celas, e que hoje apresenta um discurso de humanização -, busca investigar se entre os muros da loucura há abertura para um espaço, realmente, humanizado. Apesar de se configurar como uma representação ou uma redução da realidade, visto que os resultados apresentados se referem a momentos específicos de observação da pesquisadora, este trabalho busca se afastar do determinismo ao sobrepor os conceitos pré-estabelecidos de humanização do espaço à realidade vivenciada no hospital, apresentando-se como uma abstração que, apesar de não poder ser tida como algo definitivo, pode nortear situações semelhantes em sistemas equivalentes.

Palavras-chave: Espaço. Humanização. Loucura. Instituição Total.

ABSTRACT

Insanity as a counterpoint of the reason is considered by society as something undesirable that should be condemned to social exclusion, as reflected in space with the creation of spatial configurations conducive to their isolation. It is in this universe that this research is inserted: where insanity and reason appear as a dichotomy, as opposed points of the same element that marks the interval between being prisoner and free. The interface between insanity and architecture within its context of complex system, raises a vast field of research opportunities that require attention to the two poles of the relationship: on one hand the insane, as social actors, and other space, as under their practices. This research is presented as a case study in the Hospital Escola Portugal Ramalho, a totalitarian institution where the object of analysis is the psychiatric hospital space, that, according repertoire studies, usually affects behaviors aiming at the reproduction of institutional intention. The objective is to describe the hospital space, from space humanization concepts, supported by discussion of the asylum system and practices, with the help of the theory of the social logic of space, Space Syntax. Thus, the spatial description of this hospital - which has come to be considered the second best in the country, which was the scene of the largest conventional psychiatric practices of torture, such as electroshock and isolation in cells, and now features a humanization speech -, seeks to show up within the walls of madness there for opening a space really humanized. Note: although it is set up as a representation or a reduction of reality, as the results presented refer to specific moments of observation of the researcher, this work seeks to move away from determinism to override the pre-established concepts of humanization of space to this reality, presenting itself as an abstraction that, although it cannot be taken as a definite, can guide similar situations in equivalent systems.

Keywords: Space. Humanization. Insanity. Totalitarian Institution.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Dinâmica: a) desenho feito por L.D.C; b) desenho feito por A.S.C.	20
Figura 2: Dinâmica: a) desenho feito por M.C.S; b) desenho feito por D.P.S.	21
Figura 3: Quadro síntese teórico-metodológico.	22
Figura 4: Hôtel-Dieu, em Paris, hospital geral onde alguns loucos foram recolhidos – a) pátio central e b) implantação próxima a rio dificultando o acesso da sociedade.	27
Figura 5: A Nau dos Loucos, pintada por Bosch, em 1503.....	27
Figura 6: Hospital dos inválidos, um dos palcos d’A Grande Internação, em Paris.	29
Figura 7: Pan-óptico de Bentham.....	31
Figura 8: Projeto para novo Hôtel Dieu, Paris, em 1885, hospital geral com internação psiquiátrica. .	32
Figura 9: Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, 1886, em construção, onde pode-se ver o pátio central, nesta época, chamado de Hospício de São Pedro.....	34
Figura 10: Hospital Psiquiátrico de São Pedro, finalizado, em funcionamento até os dias de hoje, onde pode-se ver a tipologia de lâminas isoladas articuladas formando pátios centrais.....	34
Figura 11: Hospício de Pedro II e sua tipologia de pátios centrais, Rio de Janeiro.	35
Figura 12: a) posicionamento do Hospício de Pedro II entre rios; b) superlotação nos quartos.	35
Figura 13: a) posicionamento do Hospício de Pedro II entre rios; b) superlotação nos quartos.	35
Figura 14: Hospital Colônia de Barbacena, MG, em 1903, com tipologia de pátio central e grandes dimensões.....	43
Figura 15: Modelo do leito chão – capim usado para substituir as camas e, assim, caber mais internados.	44
Figura 16: Berços disposto na ala infantil do Colônia, onde crianças eram abandonadas.	45
Figura 17: Localização do Asilo Santa Leopoldina, construído em 1881.....	47
Figura 18: Asilo Santa Leopoldina.....	47
Figura 19: Localização das instituições psiquiátricas de Maceió.....	48
Figura 20: Utilização de grades de ferro no Hospital Colônia de Barbacena.	50
Figura 21: Diagramas construtivos.	59
Figura 22: Diagrama organização EAS.....	62
Figura 23: Exemplo de espaço-tipo segundo acessibilidade de acordo com Hillier (1996) e grafo justificado.....	84
Figura 24: Espaços tipo segundo visibilidade de acordo com Amorim (1998) e grafo justificado.	85
Figura 25: Grafos justificados gerados a partir dos mapas de barreiras.....	86
Figura 26: Representação de Isovistas.	86
Figura 27: grafo de visibilidade proposto por Turner et. al (2001).	87
Figura 28: Hospital Escola Portugal Ramalho, localizado no bairro do farol, e as ruas circundantes. .	89
Figura 29: Implantação do HEPR com demarcação de seus serviços principais.	90
Figura 30: Esquema Hospital Escola Portugal Ramalho com zoneamento.	91
Figura 31: Setor de internação setorizado.	92
Figura 32: Esquema HEPR como espaço reverso.....	93
Figura 33: Implantação do HEPR com locação das barreiras que materializam o isolamento.	95
Figura 34: Muro do HEPR: presença de aberturas voltadas para vegetação, camuflando a vista de seu interior.	96
Figura 35: a) Foto da fachada da recepção; b) Croqui esquemático de sua disposição e posicionamento da barreira.....	97
Figura 36: Portão de acesso à área de internação: a) Esquema em perspectiva b) croqui em planta esquemática.	97

Figura 37: Croqui do HEPR com destaque para sua tipologia e lâminas isoladas articuladas.....	99
Figura 38: Croqui do HEPR com destaque para sua tipologia e lâminas isoladas articuladas.....	100
Figura 39: Esquema da angulação da circulação do HEPR: desorientação e descontinuidade.....	101
Figura 40: Estudo de permeabilidade do HEPR.....	102
Figura 41: Esquema análogo aos grafos justificados denotando o caráter profundo do sistema espacial do HEPR.....	102
Figura 42: Estudo de permeabilidade do setor de internação.....	103
Figura 43: Esquema análogo aos grafos justificados denotando o caráter raso do setor de internação do HEPR.....	103
Figura 44: Esquema espaços externos positivos ou convexos.	105
Figura 45: Ocupação da praça principal: nos corredores e demais áreas sombreadas.	106
Figura 46: Mapeamento dos papéis sociais no HEPR.....	109
Figura 47: Esquema caminho primeiro contato.	110
Figura 48: Recepção do HEPR: a) Esquema em perspectiva b) Croqui em planta esquemática.	111
Figura 49: Coreto do pátio central como palco de exibição institucional.	111
Figura 50: Sala de tapetes: a) foto da parede com temas festivos b) croqui em planta esquemática. .	112
Figura 51: Planta baixa ala Nossa Casa.	113
Figura 52: Planta baixa ala Renascer.	114
Figura 53: Planta baixa da ala Nossa Casa com estudo de relações de permeabilidade e grafo justificado.....	119
Figura 54: Planta baixa ala Renascer com estudo de relações de permeabilidade e grafo justificado.	120
Figura 55: Ala Nossa Casa com descrição das aberturas para estudo de visibilidade.....	121
Figura 56: Ala Renascer com marcação dos pontos de visibilidade	122
Figura 57: Estudo de visibilidade da ala Nossa Casa.....	122
Figura 58: Estudo de visibilidade da ala Renascer.....	124
Figura 59: Estudo de visibilidade da ala <i>Nossa Casa</i> : a) Gráfico de Análise de Visibilidade; b) isovista com visibilidade ao banheiro.....	125
Figura 60: Estudo de visibilidade ala Renascer: a) Gráfico de Análise de Visibilidade; b) Isovista demonstrando a visão ao banheiro.	126
Figura 61: Transição interior/exterior: a) setor de internação; b) ala Renascer; c) ala Nossa Casa.	128
Figura 62: a) Criação de novo ambiente: o acesso à área de internação. b) Centro geométrico aproximado.....	131
Figura 63: Marcação de possíveis centralidades de encontro do grupo.	131
Figura 64: Ocupação influenciada pela disposição do mobiliário.....	132

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação das doenças dos internados em 30 de junho de 1874.....	37
Quadro 2: Nacionalidade dos internados que morreram no período de 1869-1870 e 1873-1874.....	38
Quadro 3: Faixa etária dos internados que morreram período de 1869-1870 e 1873-1874.	38
Quadro 4: Doenças identificadas como causas das mortes no período de 1869-1870 e 1873-1874.	39
Quadro 5: Tempo de internação dos que morreram no período de 1869-1870 e 1873-1874.....	39
Quadro 6: Síntese construída a partir de dados de mortalidade no Hospício de Pedro II.	40
Quadro 7: Composição da Rede de Saúde Mental de acordo com as faixas populacionais.....	53
Quadro 8: RDC 50, quesito dimensionamento.....	62
Quadro 9: Verificação de atendimento às normas da RPB, aspectos espaciais.	66
Quadro 10: Verificação de atendimento às normas da RPB, aspectos com rebatimento no espaço.	67
Quadro 11: Quadro síntese dos parâmetros espaciais associados à <i>Geografia do Poder</i>	71
Quadro 12: Quadro síntese dos parâmetros espaciais associados à <i>Geografia da Liberdade</i>	72
Quadro 13: Quadro síntese "Se"/"Então", com os 17 parâmetros.	73
Quadro 14: Categorias e seus cruzamentos com os parâmetros.....	79
Quadro 15: Cruzamento entre o que diz a legislação e a situação atual do HEPR.	98
Quadro 16: Cruzamento entre o parâmetro Presença de Barreiras Totais e a situação atual do HEPR..	98
Quadro 17: Cruzamento entre os parâmetros e a categoria <i>Tipologia Espacial</i>	106
Quadro 18: Verificação de atendimento da ala Nossa Casa à norma, quesito dimensionamento.	115
Quadro 19: Verificação de atendimento da ala Nossa Casa à norma, aspectos espaciais.	116
Quadro 20: Verificação de atendimento da ala <i>Renascença</i> à norma, quesito dimensionamento.....	116
Quadro 21: Verificação de atendimento da ala <i>Renascença</i> à norma, aspectos espaciais.....	117
Quadro 22: Cruzamento entre os parâmetros de Goffman (1961) e <i>Partes do todo</i>	126
Quadro 23: Cruzamento entre os parâmetros de Alexander et al (1977) e <i>Partes do todo</i>	129
Quadro 24: Cruzamento entre os parâmetros de Alexander et al (1977) e <i>Interação Social</i>	133

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Objetivo Geral	14
1.1.1	Objetivos específicos	14
1.2	Metodologia	14
1.2.1	Revisão bibliográfica	15
1.2.2	Escolha do objeto de análise	17
1.2.3	Aproximação do objeto de análise por imersão	18
1.2.4	Definição do objeto de estudo	21
1.2.5	Quadro síntese teórico-metodológico	22
1.3	Estrutura do Trabalho	23
2	A HISTÓRIA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E SEUS ESPAÇOS	25
2.1	A <i>Pré-História</i> dos Hospícios e seus Espaços	26
2.2	O Nascimento do Hospício: a loucura torna-se verdade médica	29
2.3	História dos Hospícios no Brasil	32
2.3.1	Hospício de Pedro II: o primeiro hospício do Brasil	34
2.3.2	Hospital colônia de Barbacena: holocausto brasileiro	42
2.3.3	História dos espaços da loucura em Alagoas	46
2.4	O <i>Porvir</i> do Hospício: a Reforma Psiquiátrica Brasileira	51
2.5	Situação da Saúde Mental em Maceió	55
3	SOBRE A ARQUITETURA E A CONSTRUÇÃO/SELEÇÃO DOS PARÂMETROS ESPACIAIS	57
3.1	Humanização na Arquitetura	59
3.2	A Construção dos Parâmetros	61
3.2.1	A interface entre legislação e espaço	61
3.2.2	Mapeando os <i>dispositivos institucionais</i> (Benelli 2003a/2003b; Foucault, 1975; Goffman, 1961)	67
3.2.3	Os parâmetros espaciais de humanização por Alexander et. al (1977)	73
3.3	Classificação dos Parâmetros	77
3.4	Sintaxe Espacial: a medição da complexidade	80
3.4.1	Os padrões espaciais e as variáveis de análise	82
3.4.2	Os grafos justificados	86
3.4.3	Isovistas e Gráficos de Análise de Visibilidade (VGA)	86
4	O ESPAÇO DESCRITO	89
4.1	HEPR: Aspectos Gerais	89
4.1.1	HEPR como <i>Espaço Reverso</i>	92
4.2	O Sistema de Barreiras	94

4.2.1	Quadro síntese	98
4.3	Tipologia Espacial	98
4.3.1	Quadro síntese	106
4.4	Relação Instituição X Sociedade	108
4.4.1	O mapeamento dos distintos papéis sociais.....	108
4.4.2	<i>Cerimonial institucional</i>	110
4.5	Partes do Todo	112
4.5.1	<i>Ala Nossa Casa</i>	113
4.5.2	<i>Ala Renascer</i>	114
4.5.3	Atendimento às normas	114
4.5.4	Estudos de permeabilidade: acessibilidade e visibilidade	118
4.5.5	Quadro síntese	126
4.6	Relações Público/Privadas: comparação ao sistema residencial e o <i>Gradiente de Intimidade</i>	127
4.6.1	Quadro síntese	128
4.7	Interação Social	129
4.7.1	Quadro síntese	133
5	CONSIDERAÇÕES E INTUIÇÕES FINAIS	136
5.1	Um Novo Olhar sobre o Mesmo Sistema Espacial: futuras pesquisas.....	138
5.2	Limitações da Pesquisa.....	139
	REFERÊNCIAS	141

1 INTRODUÇÃO

Primeiro o *insano errante*¹, depois o *alienado*², em seguida o *doente mental*³ e, posteriormente, o *usuário de saúde mental*⁴. Ao longo dos anos, os portadores de transtornos mentais adotaram significados distintos perante a sociedade. Essas transformações solicitaram instituições sociais distintas acerca da loucura e, assim, demandaram espaços diferentes para o seu abrigo.

Porém, o que existe em comum nessas diferentes épocas é uma necessidade social de exclusão daquele desviante das normas-padrão de comportamento, pela idéia de periculosidade relacionada à loucura, que fazia o louco precisar ser afastado por ser considerado um perigo para si e para os demais.

Ao ser considerado um ser indesejável por seu comportamento distinto, o louco era exilado junto com os demais marginais sociais, como as prostitutas, os leprosos ou os miseráveis. A lacuna ocupada por essas pessoas era, sempre, o intervalo entre uma cidade e outra⁵, como uma forma de tentativa de erradicação das práticas consideradas inaceitáveis perante a sociedade.

A partir do momento em que ao louco é atribuído o *status* de doente mental, a loucura passa a se tornar verdade médica e nasce, então, a justificativa da medicina para uma prática que surge de uma necessidade social de exclusão: o confinamento psiquiátrico. A psiquiatria, ciência criada para tentar dominar o que não se domina: a mente humana (Amarante, 1995), passa a justificar a existência do hospício como local de isolamento para pesquisar, classificar, curar, reeducar.

É neste sentido que se instaura o exercício do poder disciplinar nos hospitais psiquiátricos, onde o discurso das instâncias médica, política e social é o de normatizar, *docilizar* o comportamento do louco para que este possa ser readmitido em sociedade. Neste contexto, a intenção seria a de “civilizar” para tornar sujeito aquele que, até então, não era.

¹ Até o século XVIII os portadores de doença mental vagavam pelas ruas ou eram alocados em depósitos de indesejáveis, juntamente com os demais indesejados sociais, como os leprosos, as prostitutas e os miseráveis. (Costa, 2007)

² - Nos séculos XVIII e XIX, a história da loucura “é quase sinônimo da história de sua captura pelos conceitos de *alienação* e, mais tarde, de *doença mental*” (Amarante & Torre, 2001, p. 74)

³ (Amarante & Torre, 2001)

⁴ Com a implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (década de 1980), os portadores de doenças mentais passam a ser chamados, por sugestão desta nova política, de “usuários de saúde mental”, ao invés da designação, considerada pejorativa, de “doente mental”.

⁵ Foucault (1972)

A arquitetura desses espaços, como abrigo das práticas do regime manicomial, deixa claro que é um dos dispositivos de manutenção da ordem institucional, no momento em que se configura em torno de palavras-chave como controle, alerta e prevenção da loucura. Muitas vezes, essa filosofia manicomial está presente não só na tipologia arquitetônica adotada, mas também, em seus elementos, mesmo que de forma sutil.

Desde o século XIX, o regime manicomial vem sofrendo críticas severas tanto por parte de familiares de internados, como de funcionários ou psiquiatras engajados na busca por uma assistência humanizada à loucura. Essas críticas recaíam, por exemplo, nos métodos de tortura, como o eletro-choque; nas muitas mortes decorrentes da negligência por parte da equipe dirigente dos hospícios, como as mortes por hipotermia, onde o ambiente não possuía proteções climáticas; na perda de privacidade que resulta em ausência de dignidade humana, como os banhos coletivos ocorridos em banheiros sem porta, que expunham os doentes nus a quem estivesse por perto; entre tantas outras (Arbex, 2013). Nota-se, que se pode relacionar muitas dessas práticas consideradas desumanas aos espaços criados, intencionalmente ou não, para tal humilhação.

A indignação gerada pelas questões acima citadas resultou em uma luta mundial⁶ denominada Luta Antimanicomial. No Brasil, esta luta foi o ponto de partida para a implantação de uma nova política de assistência à saúde mental proveniente da Reforma Psiquiátrica Brasileira, instituída pela Lei Federal 10.216, em 2001.

Esta reforma solicita uma nova rede de assistência e acompanhamento terapêutico da loucura, levantando a bandeira da necessidade de humanização desta assistência. Como resultado, sugere a extinção do manicômio como instituição hegemônica ou centralizadora desta assistência, e sua substituição por novos espaços, que proporcionem a *desospitalização*⁷, *desinstitucionalização*⁸ e reinserção social do, agora, usuário de saúde mental.

A interface entre a legislação e o espaço desta nova rede assistencial à saúde mental demonstra que os reflexos no espaço existem tanto de forma direta – como, por exemplo, com a determinação de ser enquadrados nas normas de arquitetura e engenharia para espaços assistenciais de saúde – quanto através de seus princípios de embasamento – como, por

⁶ Esta luta ocorreu, inicialmente na Europa, se dissipando pelo mundo e chegando ao Brasil com a vinda de nomes importantes mundialmente, como Franco Basaglia e Michel Foucault (Amarante, 1995).

⁷ A *desospitalização* pode ser resumida ao fato da saída do hospital psiquiátrico e a inserção em novas formas de tratamento propostas pela reforma.

⁸ A *desinstitucionalização*, por sua vez, é mais subjetiva, propondo medidas para extinção do vínculo institucional existente em muitos pacientes que vivem em instituições totais por muito tempo.

exemplo, o princípio da *desospitalização* que sugere que esses novos espaços adquiram ares de casa.

Concordando com a postura da Reforma Psiquiátrica Brasileira, esta pesquisa parte do pressuposto de que o regime manicomial promove a desumanização tanto no que concerne à vida institucional como nos aspectos espaciais. Este foi o ponto de partida para escolha dos objetivos geral e específicos.

1.1 Objetivo Geral:

O objetivo geral desta dissertação é descrever o espaço utilizado por portadores de transtornos mentais internados em hospital psiquiátrico, tomando por base conceitos de humanização.

1.1.1 Objetivos específicos:

- Comparar os espaços existentes com os preceitos encontrados na legislação referente à política de humanização da assistência prestada à saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira;
- Identificar no espaço os *dispositivos institucionais* que funcionam como *operadores normalizadores* encontrados nas obras de Goffman (1961), Foucault (1975) e Benelli (2003a);
- Conferir se o espaço existente atende aos parâmetros de humanização da arquitetura encontrados em Alexander et al. (1977);

1.2 Metodologia

A construção metodológica desta dissertação sofreu diversas alterações ao longo do processo de pesquisa. Algumas dessas modificações surgiram do amadurecimento acerca desta interface entre loucura e arquitetura, de onde podem derivar diversos caminhos de estudo. Outras, por sua vez, foram derivadas das características inerentes aos dois pólos da relação – de um lado o louco, como ator social, e de outro o espaço, como palco de suas práticas sociais – que impuseram uma série de limitações ao trabalho. Esses direcionamentos e limitações serão apresentados a seguir, na descrição desta construção da metodologia, organizada da seguinte forma: revisão bibliográfica; escolha do objeto de análise; aproximação do objeto de análise por imersão; definição do objeto de estudo; definição dos parâmetros de análise e estrutura do trabalho.

1.2.1 Revisão bibliográfica

Como referencial teórico preliminar, de familiarização com o tema, dois autores foram importantes: Goffman (1961) e Foucault (1975). Em *Manicômios, Prisões e Conventos*, Goffman caracteriza de forma bastante detalhada a vida institucional em *instituições totais*, conceito no qual se enquadram os manicômios. Embora tenha sido escrito em 1961, as situações narradas pelo autor puderam ser testemunhadas no Hospital Escola Portugal Ramalho já nos primeiros contatos, como a existência dos ajustamentos primários e secundários⁹. Por este motivo, esta obra foi importante durante toda a pesquisa e foi escolhida para subsidiar uma etapa dos parâmetros espaciais de análise, como será exposto adiante.

Duas obras de Foucault também foram utilizadas como construção do pensamento inicial acerca do tema: *A história da loucura na idade clássica* (1972) e *Vigiar e Punir: História da violência nas prisões* (1975). Na primeira, o autor discorre sobre o período da história da loucura em que a mesma é dominada pela medicina, gerando o conceito de medicina mental. Isto foi importante para o trabalho porque foi neste período que o hospital psiquiátrico assumiu o papel central e hegemônico no tratamento psiquiátrico. Entender a forma como ocorreu este processo é entender o motivo pelo qual uma tipologia era escolhida em detrimento de outras; a razão pela qual, muitas vezes, estes espaços eram implantados entre mares e montanhas; o motivo pelo qual as fachadas imponentes escondiam as reais práticas manicomiais, como será exposto no capítulo sobre a história dos hospícios. Além desta obra, *Vigiar e Punir* foi importante porque, apesar de ter um foco maior nas prisões, discorre sobre as relações de poder existentes nos estabelecimentos de contenção e o caráter normatizador dessas instituições.

Além desses clássicos teóricos, as publicações do psiquiatra brasileiro Paulo Amarante, principalmente a obra *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (1995) foram importantes para o entendimento do atual panorama político acerca da loucura com a instituição da reforma. Em seu livro e artigos publicados, as citações de *O alienista*, Machado de Assis, suscitaram em uma das mais importantes leituras iniciais desta pesquisa. No livro, Machado de Assis demonstra, através de um romance, as diversas práticas

⁹ O processo de admissão em *instituições totais* é, normalmente, marcado por tentativas de *mutilação*, *mortificação* ou *profanação* do *eu* que podem gerar dois estágios: o internado pode atuar como um colaborador participante “normal”, “programado” pelo sistema no qual foi inserido, aderindo às suas normas por ameaças de sanções, estando, portanto, inserido nos *ajustamentos primários*, ou, pode encontrar meios de subverter as ordens impostas, se enquadrando nos *ajustamentos secundários* “que define qualquer disposição habitual pelo qual o participante de uma organização emprega meios ilícitos, ou consegue fins não-autorizados, ou ambas as coisas, de forma a escapar daquilo que a organização supõe que deve fazer e obter e, portanto, daquilo que deve ser” (Goffman, 1961, p. 160).

sociais de exclusão dos desviantes das normas, fazendo uma crítica ao internamento desenfreado de pessoas que não eram portadoras de transtornos mentais mas feriam, de alguma forma, as condutas sociais e morais esperadas, como exilados políticos, prostitutas ou mulheres que perdiam a virgindade antes de casar. Este livro deu pistas do que seria encontrado na pesquisa de campo.

Para o capítulo da História dos Hospícios no Brasil e no Mundo, algumas obras foram importantes. Inicialmente, como já citado, a *História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault (1972) e, ainda do autor, *O nascimento da clínica* (1998); *A instituição negada*, Basaglia (1985), onde o autor psiquiatra italiano precursor da luta antimanicomial no mundo, narra as experiências dentro dos manicômios e faz um retrospecto da sua história; *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (1995) e *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (1998), ambos de organização de Amarante, além de artigos publicados pelo autor, onde é feito um retrospecto da história do hospício no Brasil e no mundo; complementando a história dos manicômios no mundo, o livro *O século dos manicômios*, Pessoti (1996), também foi importante, principalmente no seu foco no tratamento moral dos doentes mentais, que se aproxima do que foi afirmado por Basaglia (1985) e Foucault (1972); *História da Psiquiatria no Brasil*, Costa (2007), também foi uma obra bastante utilizada para a construção do capítulo, uma vez que o autor tem o foco de sua pesquisa na história dos hospícios no país, sendo esta obra utilizada em muitas pesquisas com este tema, incluindo as de Amarante; e, por fim, *Uma história da saúde pública*, Rosen (1994), importante por abordar questões acerca do surgimento dos hospitais no mundo.

Já para o capítulo *Sobre a Arquitetura: a construção dos parâmetros de análise*, outro leque de teóricos foi utilizado. Para o que concerne aos conceitos da sintaxe espacial, foram lidas, inicialmente, duas obras: *The social logic of space* (Hillier & Hanson, 1984) e *Space is the machine* (Hillier, 1996). Nestes livros, é construída a teoria da Sintaxe Espacial, apresentando os conceitos norteadores da teoria da lógica social do espaço, demonstrando como a morfologia e a configuração espacial influenciam e são influenciadas pelos padrões culturais. Esta teoria relacional constitui uma metodologia de descrição analítica do espaço, estudando através de seus mapeamentos e grafos, “conteúdo social dos padrões espaciais e o conteúdo espacial dos padrões sociais” (Holanda, 2002, p. 85). Complementando os livros e artigos de Hillier, buscou-se fundamentação teórica em Holanda (2002), Benedikt (1979) Turner *et al* (2001), Amorim (2013). Estas foram as referências mais utilizadas em sintaxe

espacial, porém, diversos artigos foram lidos para a construção dos parâmetros de análise com foco nesta teoria.

Ainda para este capítulo, sobre os parâmetros espaciais de análise a partir das obras de Goffman (1961) e dos preceitos de humanização preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, inicialmente, foi necessária uma metodologia de embasamento para a criação desses parâmetros a ser analisados. As obras utilizadas foram as de Alexander et al.: *The Timeless Way* (1979) e *A Pattern Language* (1977), que trazem uma metodologia de análise e descrição do espaço de acordo com parâmetros de humanização sintetizados a partir da observação da ocupação do homem no espaço e os problemas decorrentes dela.

Acima, foram apresentados os referenciais teóricos mais utilizados durante a pesquisa. No entanto, outras obras, artigos e teses foram utilizados como leitura e muitas dessas referências aparecem durante o trabalho. Todas elas estão devidamente referenciadas na bibliografia.

1.2.2 Escolha do objeto de análise

A escolha do local a ser estudado gerou dúvidas no início da pesquisa. A única certeza era a de ter como tema geral a interface entre loucura e arquitetura. A decisão acerca da instituição onde seria realizada a pesquisa levaria para dois caminhos distintos: 1) se realizada no hospital psiquiátrico, a pesquisa partiria do pressuposto de que o espaço não apresenta os preceitos de humanização; 2) se realizada nas residências terapêuticas¹⁰, tenderia para o pressuposto de que o espaço promove a humanização.

A decisão pelo hospital psiquiátrico ocorreu por dois motivos principais. Primeiramente, ainda não existe residência terapêutica nos moldes da Reforma Psiquiátrica em Maceió, sendo os dois abrigos de doentes mentais ex-residentes dos hospitais psiquiátricos mantidos com os recursos das aposentadorias dos mesmos, o que não configura um serviço do SUS. Além disso, apesar da reforma ter sido imposta por lei federal, em muitos lugares do Brasil, o hospital ainda é o centro do tratamento psiquiátrico, o que também ocorre em Maceió.

O Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR) foi escolhido para o desenvolvimento da pesquisa por ter um papel importante na rede psiquiátrica da cidade de Maceió e até mesmo

¹⁰ As residências terapêuticas são os espaços propostos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira que devem acolher os egressos de hospitais psiquiátricos sem vínculo social ou familiar.

do estado de Alagoas. Ele é o único hospital psiquiátrico totalmente público da cidade e o primeiro para o qual o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) leva os pacientes psiquiátricos em crise.

Além disso, o hospital é o único da cidade que teve sua estrutura física construída com a finalidade de ser hospital psiquiátrico, sendo os demais adaptados em construções já existentes. Este foi um dado importante na escolha do local já que é pressuposto da pesquisa que a arquitetura reflete a intenção institucional.

No entanto, os dados obtidos na secretaria de saúde, as tantas reportagens lidas sobre o HEPR e a leitura inicial dos clássicos que abordam o tema, apesar de darem um subsídio para a condução da pesquisa, necessitaram de complementação no que tange às práticas do regime manicomial. Essas, só poderiam ser conhecidas através de uma aproximação do objeto de análise.

1.2.3 Aproximação do objeto de análise por imersão

A imersão no HEPR começou no dia 20 de junho e terminou no dia 06 de agosto. As idas ao hospital ocorriam de duas a três vezes por semana nos períodos matutinos e vespertinos, com o objetivo de conhecer como é a rotina dos internados em hospitais psiquiátricos para a construção metodológica da pesquisa, de maneira a: 1) recortar o objeto de estudo da pesquisa; 2) compreender os subsistemas necessários à apreensão do objeto de análise.

Já nos primeiros dias, um fator que chamou a atenção foi a sensação de falta de segurança transmitida pelo hospital. As brigas ou discussões entre os internados são freqüentes e quando ocorre agressão física, como presenciado de um internado a um psicólogo, as pessoas que se aproximam para apartar são, normalmente, os profissionais terceirizados da limpeza. Este foi um dado importante na definição do recorte espacial. Como as brigas presenciadas foram de pacientes masculinos e pelo fato dos espaços voltados a área feminina serem mais iluminados, propiciando maior sensação de segurança e orientabilidade, optou-se pelo estudo do universo feminino do hospital.

Foi no início da imersão, também, que alguns episódios presenciados no lugar, demonstraram como as características das instituições totais expostas por Goffman, em 1961, ainda eram corriqueiras após 42 anos e como eram espacializadas.

Em um dos episódios, na sala de estar da ala *Nossa Casa*, no horário do almoço, enquanto pacientes que necessitam de auxílio para comer recebiam ajuda dos funcionários, uma paciente residente começou a ter um comportamento agitado e agressivo, considerado como perturbador pela equipe de saúde.

Como forma de punição, a paciente foi trancada no corredor de acesso a uma praça aos fundos da ala e o seu prato de comida colocado, também, no mesmo espaço. Este evento ocorreu na frente das demais pacientes. Como reação ao ocorrido, a paciente presa despejou sua comida no chão e por diversas vezes berrou para que a porta fosse aberta e a cada grito, recebia um grito mais alto em resposta da terapeuta ocupacional que dizia: “grite mais alto”.

Estes dois eventos foram possibilitados pelo espaço – que será descrito no decorrer da dissertação - e pelo posicionamento dos elementos arquitetônicos no mesmo, já que a pessoa representante da equipe estava em local protegido (posto de enfermagem) e o corredor possuía aberturas pelas janelas e portas de onde foi possível que todos os presentes observassem as humilhações. O corredor onde a paciente ficou presa funciona como um dispositivo de punição e o evento ao ser ocorrido em público materializa o espaço como um local de castigo. Como já tinha previsto Goffman (1961),

Podemos esperar certa especialização espacial: uma enfermaria ou uma barraca adquirem a reputação de local de castigo para internados muito teimosos, enquanto alguns postos de guarda se tornam reconhecidos como castigo para os funcionários. (Goffman, 1961, p. 52)

Outro fato que chamou a atenção foi o paradoxo entre dependência institucional e constantes denúncias ao local feitas pelas internas. É freqüente que, ao chegar nas alas femininas, o visitante se depare com uma série de reclamações ao funcionamento do hospital, que vão desde os aspectos espaciais, passando pela ausência de materiais básicos de higiene, e chegando na ausência de médicos para examinar suas queixas à saúde.

Porém, nas duas vezes em que foram presenciados os momentos imediatamente anteriores aos passeios externos promovidos, esporadicamente, pelo hospital, foi possível notar a inquietação ou mesmo desistência das internas em sair do lugar. Esta angústia parece ser ainda maior quando o assunto é a extinção do hospital¹¹ e a, conseqüente, transferência das residentes para asilos ou residências terapêuticas. Apesar de todas as respostas serem

¹¹ Desde 2011 existe um projeto para extinção do HEPR como hospital psiquiátrico e transformação do mesmo em hospital de clínicas com alguns leitos voltados à psiquiatria. No entanto, apesar de ter começado o processo burocrático para a transferência das residentes para residências terapêuticas, a cidade ainda não possui instituições deste tipo., além disso, o HEPR está, atualmente se preparando para reformar as alas psiquiátricas, o que parece significar que a sua extinção não ocorrerá em breve.

afirmativas quando foi perguntado a elas se gostariam de sair do hospital, quando o processo ameaça concretizar, nota-se uma ansiedade nelas. Segundo Goffman (1961, p. 66)

Embora os internados possam ter planos para a saída e tenham um cálculo até de horas para a data de sua liberação, os que se aproximam desta tendem freqüentemente a sentir-se angustiados e, como já foi sugerido, alguns criam um problema ou se alistam novamente no exército, a fim de evitar o problema. A angústia do internado quanto à liberação parece apresentar-se, muitas vezes, sob a forma de uma pergunta que apresenta a si mesmo e aos outros: "Será que posso me sair bem lá fora?".

Neste trecho escrito em 1961, o autor consegue transmitir, mais uma vez, o que acontece ainda hoje nos hospitais psiquiátricos. Estas reações das residentes internas no hospital chamaram a atenção e suscitaram a realização de uma dinâmica para entender como elas enxergam este híbrido social¹² onde residem.

Assim, foi feita uma dinâmica com as residentes da Ala Nossa Casa, ala com um perfil de pacientes mais calmas, idosas ou residentes do hospital, com o objetivo de entender como elas percebem o espaço do HEPR. Para tal, foi solicitado que desenhassem o hospital. Do grupo de residentes da ala, apenas quatro demonstraram interesse em participar da atividade. Como resultados foram obtidos os seguintes desenhos:

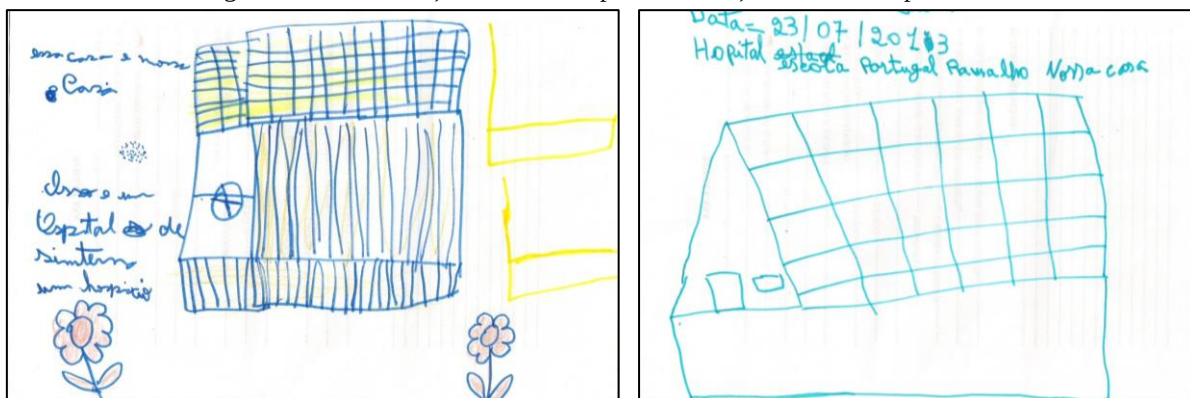
Figura 1: Dinâmica: a) desenho feito por L.D.C; b) desenho feito por A.S.C.



Fonte: Albuquerque, 2013.

¹² “Parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal.” (Goffman, 1961, p. 22)

Figura 2: Dinâmica: a) desenho feito por M.C.S; b) desenho feito por D.P.S.



Fonte: Albuquerque, 2013.

Em três dos quatro desenhos - fato ratificado pelas residentes quando pedido que os explicassem - foram representadas grades. O único que se assemelhou a uma casa foi desenhado por uma interna que, durante toda a atividade, afirmou não estar desenhando o hospital e, sim a sua casa. Ela se recusou a desenhar o hospital por dizer odiá-lo já que lá era “lugar de doido”, o que, segundo ela, não era o seu caso. Neste desenho, a interna escreveu o nome do hospital que foi ditado pela terapeuta, mas reiterou que o desenho não representava o mesmo.

Nos demais, onde foram representados o hospital e a ala *Nossa Casa*, onde elas vivem, não foram encontradas referências à casa ou lar, prevalecendo a existência de malhas perpendiculares e com a presença de frases do tipo “isso é um hospital de se internar, um hospício” e palavras soltas como “cama”, “noite”, “fome”. Embora os desenhos possam dar pistas do que o hospital representa para elas, seria necessário estudo aprofundado para sua análise, além da ausência de interferências externas, como das terapeutas.

A imersão gerou uma inquietação: por um lado um desejo grande de estudar o espaço a partir daqueles que, de fato, o vivenciam: os pacientes. Afinal, a cada dia surgia um novo viés da vida institucional que poderia resultar em uma pesquisa. Porém, cada vez mais, foi visto que seria extremamente complicada a realização do trabalho com esse foco por se tratar de pessoas que seguem uma ordem de pensamento bastante diferente dos ditos “normais”, o que demandaria mais tempo de estudo. Este foco poderá ser trabalhado em futura pesquisa de doutorado.

1.2.4 Definição do objeto de estudo

A metodologia do trabalho sofreu alterações provenientes de alguns obstáculos encontrados no caminho percorrido que suscitaram mudanças até mesmo no objeto de estudo.

Inicialmente, a proposta desta pesquisa era estudar a relação do homem com o espaço analisando os dois pólos desta relação.

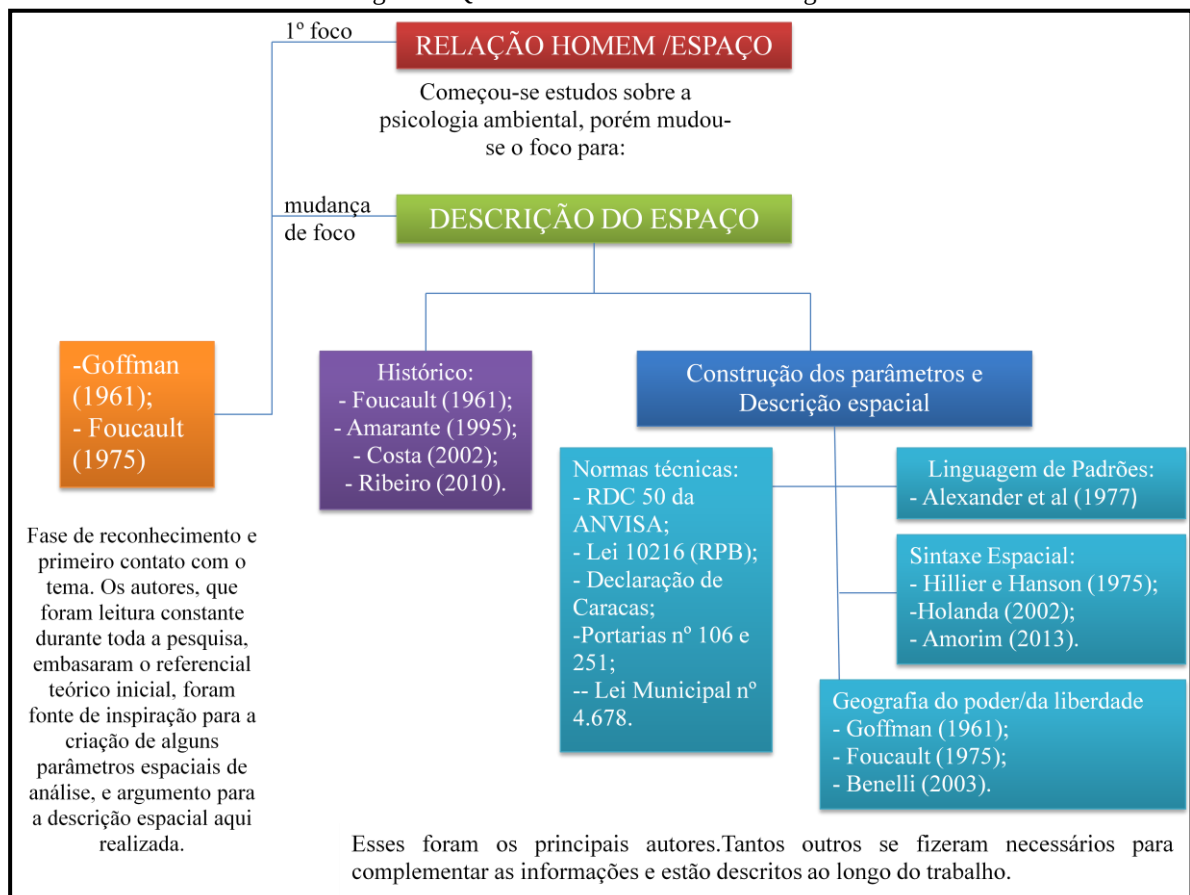
No entanto, o fato dos doentes mentais, atores sociais desta relação, ser classificados pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, dentro do grupo de vulneráveis, no qual se insere no subgrupo de *doentes mentais e comportamentais* (Brasil, 2001), demandou a utilização de métodos não invasivos de análise. Desta forma, foram excluídas as entrevistas, fotografias ou análise videográfica. Fato, este, reforçado pela recusa do plano de trabalho no Comitê de Ética em Pesquisa.

Por este motivo, optou-se pela descrição do espaço, cruzando 1) os parâmetros de humanização espacial construídos ou selecionados e 2) a observação *in loco* do comportamento do homem, confirmando-os ou se opondo a eles.

1.2.5 Quadro síntese teórico-metodológico:

Os principais autores utilizados como referencial para esta pesquisa foram:

Figura 3: Quadro síntese teórico-metodológico.



Fonte: Albuquerque, 2014.

1.3 Estrutura do Trabalho:

O trabalho está estruturado em 5 capítulos. O primeiro é o capítulo introdutório. Nele, está contido um breve histórico acerca do tema, os objetivos geral e específicos e a metodologia de trabalho, que abarca questões como o referencial teórico utilizado, as definições de local e objeto de estudo, a imersão realizada para a construção desta pesquisa e a construção dos parâmetros de descrição espacial que foram adotados.

O segundo capítulo aborda questões acerca da história dos hospitais psiquiátricos e a evolução dos seus espaços. Para isso, inicialmente é dado um panorama geral de como se deu a evolução do pensamento social acerca da loucura e dos espaços de seu abrigo até o surgimento do hospício.

Em seguida, será apresentada a história do nascimento do hospício e sua firmação pelo mundo. Nele, será demonstrado como o hospício nasce de uma necessidade social de exclusão dos indesejados e é justificado pelo surgimento de uma ciência que denomina e se apropria da loucura como doença mental: a psiquiatria. Além disso, é nesta parte que são apresentadas as tipologias mais recorrentes dos hospícios no mundo.

Aproximando a evolução dos espaços da loucura da realidade social no qual o objeto de estudo está inserido, apresenta-se como se deu o surgimento do hospício no Brasil, apontando dois estudos de repertório que demonstram como o espaço, foi, de fato, um instrumento de repressão e coerção dentro dos hospitais psiquiátricos brasileiros.

Fato este que culminou no surgimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira que fecha o ciclo acerca dos espaços da loucura, implantando novos espaços que devem atuar como centralizadores da assistência psiquiátrica em detrimento dos hospícios.

Apresentada a história da loucura e dos seus espaços, a parte final deste capítulo é voltada para um panorama acerca da situação atual da assistência à saúde mental em Maceió, onde está localizado o espaço a ser descrito, que ainda apresenta o hospital psiquiátrico como seu ponto central.

O terceiro capítulo aborda questões acerca da arquitetura, da sintaxe espacial, da humanização e dos parâmetros espaciais de análise. Inicialmente, foi feito um apanhado geral sobre arquitetura e sua relação com a humanização, temas que serão abordados durante o capítulo.

Dando seqüência, é apresentado o quadro geral de legislação da nova política de humanização em saúde mental. Desta forma, são construídos os parâmetros de análise com base nos preceitos humanizadores das leis que tem rebatimento no espaço.

Em seguida, são apresentados os *dispositivos institucionais* que funcionam como *operadores normalizadores* presentes nas obras de Goffman (1961); Foucault (1975) e Benelli (2003a). Identificados os seus conceitos, são construídos os parâmetros para o seu mapeamento no espaço a ser descrito analiticamente.

Para embasar a descrição baseada em preceitos humanizadores da arquitetura, são apresentados os 17 parâmetros selecionados pela teoria da *linguagem de padrões* de Alexander *et. al* (1977) que serão verificados no espaço existente

Por fim, sobre a sintaxe espacial, no início são expostas questões acerca de sua origem e conceitos principais. O entendimento da arquitetura e do espaço em sua complexidade relacional, ou seja, entendendo-o como sendo reflexo de uma padrão de culturas e, também, induzindo a padrões comportamentais, é bastante focado nesta apresentação sobre esta teoria. Em seguida, são apresentados os instrumentos de análise da sintaxe espacial a serem construídos para a presente descrição do espaço.

O quarto capítulo, traz a descrição espacial. Nele, inicialmente é dado um panorama geral acerca do Hospital Escola Portugal Ramalho, com seus aspectos gerais e sua conformação de Espaço Reverso. Posteriormente, é apresentado o item de *Sistemas de Barreiras*, seguido dos itens: *Tipologia Espacial*; *Relação Instituição X Sociedade*; *Partes do todo*; *Relações público/privadas* e *Interação Social*.

O último capítulo traz as considerações finais acerca da pesquisa. Nele, será discutido o resultado, comparando-o com o que era esperado no início da pesquisa a fim de perceber se foi ou não confirmado, além de apresentar quais foram as limitações encontradas no decorrer do trabalho e possíveis recortes para futuras pesquisas.

2 A HISTÓRIA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E SEUS ESPAÇOS

Os sentidos conferidos ao louco falam de um personagem que se redefine conforme a cena cultural em que habita, que ganha e perde atributos na passagem do tempo, que pode desfazer-se em cenários outros; temos acesso a toda uma trama de saberes que se constitui para dar sentido a esse objeto quase indecifrável, a uma mecânica de poderes que se aplica sobre ele, concretizando-se no dever de regras morais e definições estritas de saúde, normalidade e bom comportamento. (Oliveira, 2010, p.396)

Falar da história da loucura, bem como de seus espaços, é o mesmo que falar de como a sociedade encarou o louco ao longo dos anos. É analisar o modo como “a modernidade se constituiu como forma de pensamento e organização social e como ela forja uma forma de lidar com a loucura como fenômeno humano e social” (Amarante & Torre, 2001, p.74).

Aqui, esta história será dividida em quatro partes de forma cronológica. A primeira parte tratará de um breve histórico acerca da loucura errante, onde os loucos ainda não tinham acesso ao tratamento médico e, por esse motivo, eram trancafiados nas prisões, vagavam pelas ruas, ou eram alojados em *depósitos de indesejáveis*, onde eram confinados aqueles com quem a sociedade não desejava conviver, como os leprosos, as prostitutas, os miseráveis, entre outros. Esta parte será denominada de *Pré-História do Hospício*.

A segunda parte, intitulada *O nascimento do Hospício: a loucura torna-se verdade médica*, abordará como se deu o surgimento do hospício, no mundo, e sua espacialização. Nos séculos XVIII e XIX, a história da loucura “é quase sinônimo da história de sua captura pelos conceitos de *alienação* e, mais tarde, de *doença mental*” (Amarante, 2001, p. 01). Nesta época, a sociedade passava por uma modificação no processo de produção de conhecimento, emergindo o método cartesiano, de racionalidade científica. Este pensamento mecanicista suscita a existência de um novo homem, um sujeito da *razão*. A loucura, por sua vez, torna-se o seu contraponto: “é capturada como sujeito da *desrazão*” (idem, p. 03).

Em *A História dos Hospícios no Brasil*, a terceira parte deste capítulo, será abordado o surgimento dos hospícios no Brasil, que teve peculiaridades na evolução desses espaços. Enquanto os primeiros hospícios começaram a surgir ainda no século XVIII, o primeiro hospício brasileiro surgiu apenas na metade do século XIX. Além de um breve histórico de como se deu esta evolução, serão apresentados dois casos emblemáticos de hospícios brasileiros: o primeiro do país, Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, e o maior do país, Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, finalizando com uma breve história dos espaços da loucura em Alagoas.

Por fim, a quarta parte será referente aos processos transformadores do tratamento ao paciente psiquiátrico, com a implantação da nova política de saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, e os novos espaços que ela suscita. Esta nova política foi resultante de uma intensa luta, conhecida como Luta Antimanicomial, que atribui um caráter desumano aos manicômios e enaltece a necessidade de sua extinção e substituição por uma rede de assistência humanizada. Esta parte ainda não pode ser chamada de Pós-História do Hospício, pelo fato de ainda existirem muitos deles em pleno funcionamento. Por isso, será denominada de *O Porvir*¹³ do Hospício.

Apresentada a história do hospício cronologicamente, o fechamento do capítulo será com a explanação de como está a situação atual da cidade de Maceió, onde está localizado o espaço a ser descrito, quanto à rede de tratamento psiquiátrico e seus espaços.

2.1 A *Pré-História* dos Hospícios e seus Espaços

Até o surgimento dos hospícios, os loucos “especializavam-se” ou eram “especializados” junto dos demais excluídos sociais, como os leprosos, as prostitutas e os portadores de doenças venéreas. A territorialidade da loucura, mesmo antes do aprisionamento, se deu pela forma que a sociedade lidou não só com ausência de sanidade mental, mas também com a supervalorização da razão.

Na idade média, segundo Rosen (1994, p. 167), os loucos possuíam certa liberdade social, desde que não oferecessem perigo à sociedade. Quando causavam alvoroços públicos ou eram portadores de transtornos graves, eram recolhidos em hospitais gerais, como Hôtel-Dieu, em Paris (Foucault, 1972), ou em instituições específicas para o seu recolhimento como a *Dolhaus* (casa de loucos), a *Tollkiste* (celda de loucos), ou a *Tollboken* (cabana de loucos), na Alemanha (Rosen, 1994).

O Hôtel-Dieu já demonstrava características físicas semelhantes às presentes no que veio a ser mais tarde os hospícios: tipologia de pátios centrais e localização entre rios como forma de dificultar o acesso da sociedade, como visto nas figuras 4-a e 4-b.

¹³ Sobre a temporalidade, apresentando uma idéia de continuidade, Merleau-Ponty (1999, p. 551) utiliza o termo *porvir* ao invés de futuro afirmando que “não é o passado que empurra o presente nem o presente que empurra o futuro para o ser; o porvir não é preparado atrás do observador, ele se premedita em frente dele, como a tempestade no horizonte”. Este termo foi utilizado para referenciar os acontecimentos envolvendo a Reforma Psiquiátrica Brasileira por essa sequência temporal de casualidade que será apresentada a frente.

Figura 4: Hôtel-Dieu, em Paris, hospital geral onde alguns loucos foram recolhidos – a) pátio central e b) implantação próxima a rio dificultando o acesso da sociedade.



Fonte: Fontes, 2005.

No entanto, o recolhimento de loucos nesta época não era algo comum, a maioria deles vagava pela cidade ou eram enxotados dela pelas *naus dos loucos*. Essas naus eram embarcações que levavam sua *carga insana*¹⁴ de uma cidade para outra, onde, após embarcar, os loucos eram trancafiados em prisões, por vezes, torturados em praça pública ou entregues à própria sorte. (Foucault, 1972; Fontes, 2005)

Assim, segundo Foucault (1972, p. 12) o louco era “prisoneiro da mais aberta das estradas”, o mar, que tinha, ao mesmo tempo, um caráter purificador e de incertezas, já que é palco de fenômenos naturais. Dessa forma, a territorialidade do louco “se limita à distância entre ambas as terras, a que nunca foi sua e a que nunca será” (idem, p.12), demonstrando que o louco não tinha chão: era rodeado ou por água ou por grades.

Figura 5: A Nau dos Loucos, pintada por Bosch, em 1503.



Fonte: Fontes, 2005.

¹⁴ Foucault, 1972, p.12.

Até o século XIII, o hospital medieval era controlado pelas ordens religiosas. Neste século, porém, a responsabilidade por esses estabelecimentos passa a ser do Estado. Neste contexto, surgem os leprosários, hospitais criados com a intenção de abrigo dos leprosos durante a epidemia da doença, na Idade Média. Ao fim desta era, com a extinção da lepra, esses espaços ficam ociosos e passam a receber todo o tipo de condenados sociais, onde se incluem os loucos:

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente 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, 1972, p. 6)

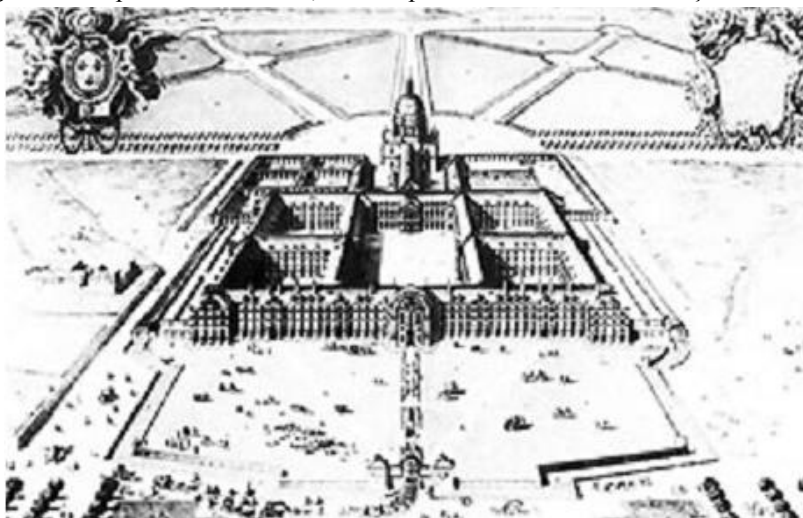
O Renascimento, por sua vez, no que diz respeito à atenção dada à saúde e ao próprio pensamento humano, foi um período de transição para o que veio a ser a grande transformação ocorrida no século XVIII (Fontes, 2005). A Renascença, segundo Foucault (1972) é um período com características positivas com relação à loucura, sendo considerada por Rotterdam (1997) como a fase do *Elogio da Loucura*.

Isto ocorre, segundo Foucault (1972, p.24), com a ascensão do tema da loucura nas artes, onde ela é representada como uma forma de sarcasmo à razão, ou uma sátira moral, onde, segundo o autor (idem, p.27) “o homem era confrontado com a sua verdade moral, com as regras próprias à sua natureza e à sua verdade”.

Com relação à arquitetura hospitalar, aumentou-se a complexidade dos edifícios, que apresentavam, principalmente, dois tipos de tipologia espacial: “a configuração cruciforme das plantas e a distribuição de galerias em torno do pátio interno ou claustro” (Fontes, 2005, p. 17).

Mas, no período do Absolutismo, foi dado início à denominada *Grande Internação* (Foucault, 1972) dos marginalizados sociais em hospitais gerais com características asilares. “Tratava-se de recolher a estes hospitais, espontânea ou compulsoriamente, todos os marginalizados, miseráveis” (Fontes, 2005, p. 18). Estes espaços abrigavam tanto práticas de assistência à saúde, quanto práticas de repressão.

Figura 6: Hospital dos inválidos, um dos palcos d'A Grande Internação, em Paris.



Fonte: Fontes, 2005.

O nascimento do hospício, por sua vez, deu-se a partir do momento que foi dado ao louco o *status* de doente mental. *A priori*, este estabelecimento surgiu com a função social de exclusão do indesejado, mas foi justificado pelo surgimento de uma ciência que se apropria, não só da doença, mas também do doente: a psiquiatria.

2.2 O Nascimento do Hospício: a loucura torna-se verdade médica

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)

No teatro do manicômio, o louco não foi o herói, nem o vilão, nem um protagonista: foi, talvez, um figurante. (Pessotti, 1996, p.14)

Ao comparar o surgimento de um local específico para o tratamento psiquiátrico com as demais especialidades médicas, a evolução do primeiro se deu de forma mais lenta. Este fato pode ser resultado da incapacidade da psiquiatria em dominar a mente humana. Desta forma, o início da história do hospício se dá a partir do momento em que o discurso médico se apropria da loucura e a denomina de *doença mental*. Ao se tornar doença, torna-se, também, medicina mental (Foucault, 1975; Amarante, 1995).

No entanto, o hospício, ao contrário do que se pensa, nasce, das “reorganizações institucionais, demonstrando como as instituições surgem de necessidades sociais e não de descobertas científicas ou do aprimoramento do conhecimento; o asilo seria o *a priori* da psiquiatria, e não o contrário” (Amarante & Torre, 2001).

Ou seja, o hospício nasce de um desejo social de exclusão e a partir daí a psiquiatria se utiliza do isolamento coletivo de doentes mentais para tentar dominar, explorar, classificar, este tipo de doença. É a partir do surgimento do hospício que a loucura se torna verdade médica (Birman, 1978). Segundo Amarante & Torre (2001, p. 75), a justificativa do hospício era:

O *isolamento*, semelhante ao estado *in vitro*, afasta as influências maléficas e a contaminação. O *afastamento* serve para identificar diferenças entre os objetos. Distinguir os “mansos” dos “agitados”, os “melancólicos” dos “sórdidos” e “imundos”, os “suicidas”, ou seja, esquadrihar cada tipo classificável, evitando que sua convivência agrave seu estado. O hospício, através do *isolamento* terapêutico, permite a possibilidade da cura e do conhecimento da loucura a um só tempo. O *isolamento* é ao mesmo tempo um ato terapêutico (tratamento moral e cura), epistemológico (ato de conhecimento) e social (louco perigoso, sujeito irracional). (Amarante & Torre, 2001, p.74)

É por isso que a psiquiatria passa a ser a justificativa do hospício, já que o isolamento permitiria o conhecimento acerca da doença, a sua classificação e a introdução do processo terapêutico que, conseqüentemente, levaria a sua cura.

Ainda sobre o surgimento do hospício e sua apropriação pela medicina, eles nascem em paralelo ao conceito de alienação associado à doença mental. Neste sentido, e tomando por base a conotação pejorativa da palavra alienado (de pessoa fora do juízo), há uma modificação na forma como a sociedade se relaciona com a loucura, onde o pensamento é: “Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é, por extensão, perigoso, para si e para os demais” (Amarante, 2010).

É neste contexto que nasce uma nova ciência proposta por Philippe Pinel, chamada de *alienismo*. Esta ciência define que, como a alienação é o “distúrbio das paixões, o seu tratamento torna-se a reeducação moral, ou tratamento moral, como prefere Pinel” (Amarante, 2001, p.13). O *alienismo* pregava a necessidade de um processo disciplinar para os doentes mentais com a intenção de civilizá-los.

Pinel, através de suas idéias, defende o confinamento dos doentes mentais em um hospital psiquiátrico, pelo fato de afirmar que para ser livre é preciso ser capaz de fazer escolhas, o que os loucos não eram capazes de fazer. Defende, ainda, que este isolamento não afeta a dignidade e nem os direitos do louco, uma vez que o internamento corresponde a um tratamento terapêutico e seria este, portanto, o maior direito dos doentes mentais.

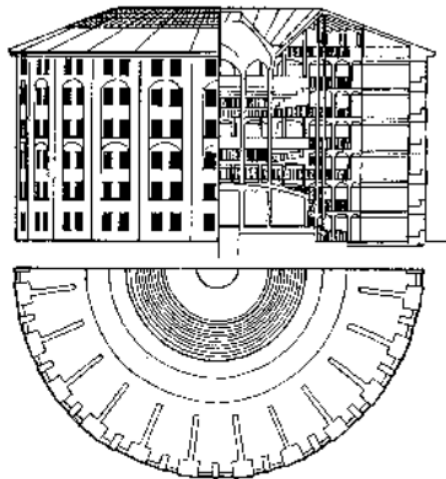
É assim que o internamento psiquiátrico torna-se regra universal, com um discurso de inclusão do doente ao tratamento. Para defender a institucionalização da loucura como um instrumento de cura, Pinel aponta duas características do isolamento:

Por um lado, no princípio do hospital como *lugar de exame*, em que isolar é o *a priori* do conhecer; [...]. Por outro lado, o *isolamento* é terapêutico pois a instituição passa a ser organizada de forma a afastar as influências maléficas, morbígenas, que causam e agravam a alienação: *a instituição é o instrumento de cura*. (Amarante, 2010, p. 20)

Sobre a arquitetura destes espaços, é neste contexto que “o hospital-edifício se organiza pouco a pouco como instrumento de ação médica: deve permitir que se possa observar bem os doentes” (Foucault, 1975, p. 145). Uma das tipologias mais usuais nesses espaços de vigilância era a dos pan-ópticos propostos por Bentham, que, segundo Fontes (2005, p. 3) era “uma construção em anel com uma torre em seu interior, vazada por grandes janelas, que permitem a observação irrestrita dos compartimentos à sua volta”.

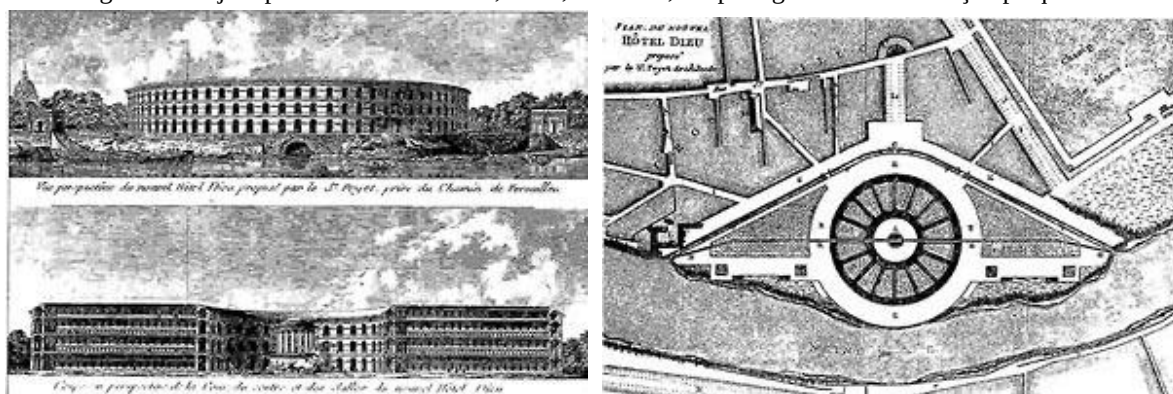
Neste sentido, a arquitetura engloba novos “cálculos das aberturas, dos cheios e dos vazios, das passagens e das transparências” (idem, p.145) que permitissem essa vigilância constante e atuassem como *dispositivos institucionais disciplinares* (Benelli, 2003a/2003b; Foucault, 1975) de manutenção da ordem da organização formal e não mais apenas o seu fechamento por muros.

Figura 7: Pan-óptico de Bentham.



Fonte: Fontes, 2005.

Figura 8: Projeto para novo Hôtel Dieu, Paris, em 1885, hospital geral com internação psiquiátrica.



Fonte: Silva, 2001.

Além disso, outra tipologia bastante recorrente e que foi a mais utilizada no Brasil foi a de pátios centrais, que, como já mencionado, teve o seu auge na época do Renascimento, onde a edificação era disposta ao redor de áreas centrais, muitas vezes contendo mais de uma centralidade, que também permitiam a visualização irrestrita dos internados, como é o caso dos dois estudos de repertório que serão apresentados a seguir.

Outra estratégia bastante utilizada nos hospitais psiquiátricos era a sua implantação entre rios, montanhas, mares ou qualquer artifício natural que impedisse ou dificultasse o acesso físico ou visual dessas instituições (Foucault, 1975), o que demonstra a intenção de marginalização social que acompanhou esses espaços ao longo da evolução de sua história.

2.3 História dos hospícios no Brasil

A história dos hospícios no Brasil, assim como ocorreu no restante do mundo anteriormente, é a história da apropriação da loucura pela medicina, é a “história de um processo de medicalização social” (Amarante, 1994, p. 74). Como será visto aqui, apesar de ter ocorrido de forma tardia, o Brasil teve um processo similar de evolução dos espaços da loucura, e, por isso, algumas informações serão semelhantes ao que já foi apresentado.

Até a segunda metade do século XIX, os loucos que viviam no Brasil não tinham nenhum tipo de assistência médica, ou mesmo local específico para seu abrigo e tratamento. “Quando não eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os loucos erravam pelas ruas ou eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia” (Costa, 2007).

Em 1830, os membros da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, formada por um grupo de médicos, em sua maioria, higienistas, fazem um diagnóstico da situação dos loucos

na cidade e, assim, começam a denominá-los de doentes mentais. É a partir daí que nasce a necessidade da implantação de um local onde a doença mental pudesse ser reclusa para ser tratada (Amarante, 1994; Costa, 2007).

Os médicos higienistas defendiam a necessidade de abrigo desses doentes em “um asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral” (Costa, 2007, p. 39).

Foi assim que, em 1841, Dom Pedro II assinou o decreto para implantação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospício de Pedro II, que foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro, então capital nacional, reunindo doentes mentais de todo o país. No entanto, até a proclamação da república, a direção do hospital, bem como as decisões sobre o tratamento fornecido, estavam sob as ordens dos religiosos da Santa Casa de Misericórdia, o que causou revolta nos médicos alienistas que, segundo Amarante (1994, p. 75), compartilhavam da idéia de que

O hospício deve ser medicalizado, isto é, deve ter em sua direção o poder médico, para poder contar com uma organização embasada por princípios técnicos. Isso se torna necessário para que se permita alcançar a respeitabilidade pública, da qual a medicina mental carece, devido ao estado em que se desenvolve a psiquiatria no Hospício de Pedro II. Mas também para que o hospício se torne um lugar de produção e conhecimento.

Por este motivo, iniciou-se uma série de medidas para transformar o modelo de assistência asilar até então vigente, e iniciou-se a implantação de hospitais- colônia, inspirados nos moldes dos que estavam surgindo na Europa. As duas primeiras colônias de alienados do Brasil foram a Colônia de São Bento e a Colônia de Conde de Mesquita, na Ilha do Governador, Rio de Janeiro. Essas medidas, no entanto, estavam mais associadas à questões políticas do que de zelo com os pacientes, uma vez que a intenção maior era que os hospitais fossem desligados do poder religioso e pertencessem ao Estado.

Através da criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923, a psiquiatria coloca-se inteiramente ao lado do Estado. É neste contexto que, segundo Amarante (1994, p. 78):

A psiquiatria não se limita a estabelecer modelos ideais de comportamento individual, mas passa a pretender a recuperação de ‘raças’, a pretender a constituição de coletividades sadias. Com o movimento da eugenia, o asilo passa a contar com uma nova ideologia que o fortalece: a psiquiatria deve operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana. Um espaço eugênico, asséptico, de normalidade.

Nota-se que o pensamento atrelado ao regime manicomial no Brasil, deu-se da mesma forma que no restante do mundo, ainda que de forma tardia. Nos seus espaços, a reprodução da tipologia de *lâminas isoladas articuladas* envolvendo *pátios centrais*, que privilegiavam a vigilância irrestrita dos pacientes, foi bastante presente. Como exemplo disso, além dos estudos de repertórios que serão apresentados a seguir, tem-se o, hoje chamado, Hospital Psiquiátrico de São Pedro, em Porto Alegre, RS, sexto hospício do Brasil, que, nos anos de 1886, quando foi inaugurado, era conhecido como Hospício de São Pedro.

Figura 9: Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, 1886, em construção, onde pode-se ver o pátio central, nesta época, chamado de Hospício de São Pedro.



Fonte: Bastos:2011.

Figura 10: Hospital Psiquiátrico de São Pedro, finalizado, em funcionamento até os dias de hoje, onde pode-se ver a tipologia de lâminas isoladas articuladas formando pátios centrais.



Fonte: Bastos, 2011.

2.3.1 Hospício de Pedro II: O primeiro hospício do Brasil

No Brasil, o primeiro hospício surgiu no Rio de Janeiro, inaugurado em 1852, com o nome oficial de Hospício de Pedro II, em homenagem ao imperador, porém, conhecido popularmente por “Palácio dos Loucos” (Brasil, 2008). Em 1856, iniciaram as denúncias ao

hospício pela “sua superlotação devido à entrada indiscriminada de pacientes curáveis e incuráveis, afetados mentalmente ou meros indigentes” (idem, 2008).

Figura 11: Hospício de Pedro II e sua tipologia de pátios centrais, Rio de Janeiro.



Fonte: Brasil, 2004.

Figura 12: a) posicionamento do Hospício de Pedro II entre rios; b) superlotação nos quartos.



Figura 13: a) posicionamento do Hospício de Pedro II entre rios; b) superlotação nos quartos.

Fonte: Costa, 2001.

Em 2012, foi publicado na *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, um artigo escrito pelo médico psiquiatra francês Philippe-Marius Rey, escrito em 1875, após viagem ao Brasil, onde descreve acerca do cotidiano no Hospício Pedro II. Nele, o médico afirma que “o Hospício Pedro II está localizado na admirável baía de Botafogo, num bairro salubre, amplamente aberto para o mar e dominado por montanhas arborizadas”. Segundo Foucault (1972), a localização dos espaços de abrigo da loucura, durante muitos anos deu-se de forma a colocá-los sempre às margens da sociedade, nos seus limites, portanto, presume-se que a implantação do hospício entre mares e montanhas foi feita com esta intenção.

Segundo Rey (1875), o hospício era dividido em 3 partes: a parte central e duas partes laterais (figura 11). Na área central, funcionava a parte administrativa e de gestão, e as áreas laterais eram as alas de abrigo dos doentes. Essas alas eram dispostas simetricamente, na

tipologia de pátios centrais descentralizados, de onde os doentes mentais podiam ser observados, onde do lado esquerdo ficavam os homens, e direito as mulheres.

Dentre os espaços existentes nas alas, Rey (1875, p. 383), destaca a presença das celas fortes, que descreve como:

uma sala bastante espaçosa, com paredes grossas, que está fechada do lado da galeria por uma enorme grade de ferro. Cada cela é iluminada por uma janela com grades que se encontra na parede traseira. Uma segunda grade, que se encontra um pouco mais na frente, separa um espaço ocupado pelas latrinas entre ela e o espaço ocupado pela janela. Finalmente, algumas celas são divididas em duas câmaras por uma terceira grelha transversal. A primeira câmara é ocupada pelos paralíticos senis, a segunda pelos agitados.

As celas fortes constituíram, por muitos anos, o símbolo do castigo aos doentes que desobedeciam as regras impostas pela instituição. Nelas, espacializou-se, durante anos, a maior forma de tentativa de docilização ou normalização de corpos através da coerção, ou seja, a cela tornava-se um espaço destinado aos pacientes agitados ou rebelde que atrapalhavam a ordem e se opunham à regras institucionais impostas.

Rey (1875, p. 384), denuncia que o hospício precisa de mudanças em sua estrutura que seriam decorrentes do fato de que o edifício “foi construído sem que a administração tenha recebido a orientação de um alienista”. No novo plano de mudanças proposto para o hospício, o autor faz uma espacialização a partir de características dos doentes:

A principal mudança desse novo plano é a criação de uma seção inteira para os agitados, que ocupa o andar térreo. Ela é composta da seguinte maneira: 1. duas fileiras de quartos, separadas por um corredor, para os semiagitados; 2. dez a doze celas mais convenientes que as antigas; essas serão removidas e o lado que elas ocupam será utilizado para os pacientes imundos. Uma enfermaria, um refeitório, uma sala de reuniões, banhos e latrinas completarão as partes essenciais dessa seção. Um pátio central será reservado para os semiagitados. Na frente das celas haverá um jardim e do outro lado dele, haverá cinco ou seis gramados pequenos, um para cada dois agitados.

A partir desta citação, tem-se uma evidência de como a arquitetura foi utilizada no pensamento do regime manicomial como forma de repressão de comportamentos. Os espaços eram pensados de forma a dar aos doentes aquilo que eles merecem de acordo com o seu comportamento dentro da instituição. Ao afirmar que existirá “um pátio central reservado para os semiagitados” e apenas “gramados pequenos, um para cada dois agitados”, o alienista¹⁵ concorda com o sistema de hierarquia nos castigos dos institucionalizados (Goffman, 1961).

¹⁵ Rey era médico psiquiatra alienista, ou seja, concordava com os preceitos do *Alienismo*, ciência proposta por Pinel que resultou na universalidade das internações psiquiátricas.

Sobre essa espacialização resultante de comportamentos distintos, Rey (1875, p.385) afirma, ainda, que o plano de mudanças na estrutura do edifício contará com um andar reservado aos doentes mais tranquilos, que incluirá quartos particulares, dormitórios e uma sala de reunião. Apesar das regalias espaciais, o sistema de vigilância continua o mesmo, possuindo “acima das celas, um terraço coberto [que] será usado para o seu monitoramento, através de vigias”.

Até então, o Hospício de Pedro II era o único local de acolhimento dos loucos, no Brasil. Desta forma, Rey (1875, p.387), faz uma denúncia, afirmando que

o número aproximado dos alienados conhecido em todo o Império é de 15.000 para uma população de 11.780.000 habitantes. O número de vagas no asilo do Rio de Janeiro é de trezentos. Esse número é às vezes aumentado até 349. O número insuficiente de vagas e o transporte difícil dos alienados que residem distantes da capital resultaram na impossibilidade de a maioria dos pacientes receberem os tratamentos na fase aguda de sua doença e numa grande quantidade de doentes crônicos no asilo.

E apresenta os relatórios estatísticos que demonstram dados sobre os doentes como nacionalidade, faixa etária, classificação das doenças, índice de mortalidade, etc.

Quadro 1: Classificação das doenças dos internados em 30 de junho de 1874.

	Homens	Mulheres	Ambos os sexos
Demência	78	40	118
Mania	28	33	61
Monomania	41	12	53
Lipemania	10	16	26
Epilepsia	4	4	8
Alucinações	4	1	5
Imbecilidade	3	4	7
Idiotismo	1	"	1
Loucura paralítica	3	"	3
Sem diagnóstico	1	27	28
Totais	173	127	300

Fonte: Rey (1875), in: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (2012, p. 385)

Analisando esta tabela, pode-se perceber que nem todos os que eram internados no hospício, possuíam, de fato, uma doença mental, alguns sendo institucionalizados sem ao menos ter diagnóstico. Esta foi uma realidade bastante presente nos hospícios brasileiros, inclusive em porcentagens bem mais expressivas do que os 13% do Hospício Pedro II mencionado no relatório de Rey (1875). Em alguns casos, como será visto acerca do Hospital Colônia de Barbacena, este índice chegou a 70% dos internados.

Sobre as mortes ocorridas anualmente no Hospício de Pedro II, Rey (1875), apresenta a tabela gerada pelo relatório do Dr. Goulart¹⁶:

Quadro 2: Nacionalidade dos internados que morreram no período de 1869-1870 e 1873-1874.

	1869 a 1870		1873 a 1874	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Brasileiros	21	13	21	19
Portugueses	7	4	4	2
Franceses	"	1	1	1
Inglese	"	1	"	"
Alemães	"	1	1	1
Africanos	2	5	1	4
Espanhóis	"	"	1	1
Italianos	"	"	1	"
Paraguaios	"	"	1	"
Totais	55		59	

Fonte: Rey (1875), in: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (2012, p. 397)

Quadro 3: Faixa etária dos internados que morreram período de 1869-1870 e 1873-1874.

	1869 a 1870		1873 a 1874	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
De 10 a 20 anos	"	"	1	2
20 a 30 anos	7	4	8	5
30 a 40 anos	12	8	10	4
40 a 50 anos	5	8	7	8
50 a 60 anos	4	2	5	5
60 a 70 anos	2	1	1	2
70 a 80 anos	"	2	"	1
Idade desconhecida	"	"	"	1
Totais	55		59	

Fonte: Rey (1875), in: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (2012, p. 397)

¹⁶ Médico psiquiatra então diretor do hospital.

Quadro 4: Doenças identificadas como causas das mortes no período de 1869-1870 e 1873-1874.

	1869 a 1870		1873 a 1874	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Marasmo	4	3	*	1
Paralisia geral	5	3	*	*
Diarreia	6	4	9	4
Lesão do coração	1	1	*	2
Tubérculos pulmonares	3	1	2	7
Anasarca	1	*	*	*
Epilepsia	1	*	*	*
Hidropisia	1	*	*	*
Gangrena	1	1	*	1
Pneumonia	1	*	*	1
Apoplexia cerebral	2	2	2	1
Caquexia palustre	1	*	*	*
Gastrenterite	2	3	*	*
Enterocolite	1	*	2	*
Meningoencefalite	*	2	3	*
Meningite	*	1	*	*
Febre tifoide	*	2	*	1
Anemia	*	1	1	1
Câncer de útero	*	1	*	*
Febre adinâmica	*	*	*	1
Escrófulas	*	*	*	1
Ulcerações intestinais	*	*	4	2
Derrame seroso cerebral	*	*	1	*
Tubérculos mesentéricos	*	*	1	1
Ascite	*	*	2	*
Congestão cerebral	*	*	*	1
Linfangite	*	*	*	1
Disenteria	*	*	1	*
Enterite	*	*	*	1
Amolecimento cerebral	*	*	1	*
Encefalite	*	*	1	*
Colite	*	*	1	*
Meningite cerebroespinhal	*	*	1	*
Totais	55		59	

Fonte: Rey (1875), in Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (2012, p. 398)

Quadro 5: Tempo de internação dos que morreram no período de 1869-1870 e 1873-1874.

	1869 a 1870			1873 a 1874	
	Homens	Mulheres		Homens	Mulheres
23 anos	2	*	15 a 20 anos	2	*
12 a 15 anos	2	2	10 a 15 anos	3	3
6 a 12 anos	3	2	6 a 10 anos	2	5
1 a 6 anos	4	9	1 a 10 anos	10	11
8 a 10 meses	1	3	6 a 11 meses	1	3
4 a 8 meses	5	8	1 a 6 meses	7	5
1 a 4 meses	7	3	15 a 40 dias	4	1
10 a 29 dias	2	2	1 a 15 dias	2	*
6 a 10 dias	*	1			
Totais	55			59	

Fonte: Rey (1875), in: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (2012, p. 399)

Ao apresentar essas tabelas, Rey (1875), aponta para um dado importante e recorrente que fez, mais tarde, os hospícios serem comparados a campos de concentração: as inúmeras mortes ocorridas neste lugar. Com a superlotação dos manicômios, decorrente tanto da ausência de espaços suficientes como pela internação desenfreada de todos os indesejáveis,

sejam loucos, ou não, causava superlotações, e por vezes, o próprio hospital, através da negligência, era responsável pelo alto número de mortes dos internados, como será visto, principalmente, no caso do Hospital Colônia de Barbacena (Arbex, 2013).

Rey (1875), em uma comparação destas tabelas com as demais dos outros anos, faz uma síntese onde encontra como número médio de mortes anuais no hospício, 78,8, sendo 46,2 de homens e 32,6 de mulheres. E apresenta a proporção de cada ano como sendo:

Quadro 6: Síntese construída a partir de dados de mortalidade no Hospício de Pedro II.

1866-1867	1867-1868	1869-1870	1870-1871	1873-1874
4,8 por 10	4,0 por 10	1,3 por 10	1,5 por 10	1,9 por 10

Fonte: Rey(1875), adaptado.

Até o ano de 1867, muitas mortes foram causadas pela epidemia de cólera. Neste caso, o sistema manicomial de confinamento foi decisivo para as tantas mortes, já que expunham os internados a relações sociais impostas. Segundo Rey (1875, p.399), “a epidemia atingiu o asilo de 22 de fevereiro até 4 de abril. Dos 275 pacientes, 190 foram atingidos, 68 morreram, incluindo 36 homens e 32 mulheres”.

Ainda em seu relatório, o médico (idem, p. 401) aborda as causas das doenças mentais encontradas no Brasil, e afirma que

as causas da alienação mental incluem a influência da hereditariedade. O abuso do álcool é comum entre os negros. A influência da temperatura sobre a alienação mental foi observada num relatório de 1869: o número de internações cresceu com o aumento da temperatura. Assim, de setembro a novembro, o número foi de 44, de dezembro a fevereiro de 1852, de março a maio de 38 e de junho a agosto, de 1841. A temperatura média no termômetro centígrado era, de setembro a fevereiro, de 11°35, 15°25, 27°3, 28°1, 29°, 43°7.5 Há um número considerável de casos cuja causa é desconhecida devido à falta de informações.

Fala ainda acerca da lógica de trabalho existente no lugar, onde, em 1869, 332 doentes estavam trabalhando em oficinas diversas como atelier de costura e jardinagem. A renda arrecadada era, em parte, voltada para a instituição e, em parte em benefício dos pacientes, mas administrada pela instituição. E afirma, ainda que “existe um sistema de recompensas para os doentes que se mostram dóceis e que respondem bem ao tratamento. Essas incluem objetos que lhes são úteis, seja durante a sua internação, seja depois de sua alta” (Rey, 1875, p. 401).

Esta afirmação corrobora com o que Goffman (1961), afirma sobre o sistema de privilégios que existe dentro desse tipo de instituição, e que será destrinchado no capítulo 3 desta dissertação.

Sobre a questão da disciplina no Hospício Pedro II, o Rey (1875) afirma existirem, no lugar, meios de repressão permitidos pelo regulamento, como “a privação de visitas, de passeios e de outros tipos de recreação” (idem, p.402). Pode existir também diminuição na disponibilidade de comida para os desobedientes, estadias na cela-forte ou utilização da camisa de força para contenção.

Rey (1875, p. 402), sobre os doentes mentais que cometeram crimes, afirma:

Os alienados criminosos foram recentemente objeto de uma medida especial. Foi criada uma ala exclusiva na casa de detenção para esses infelizes, que consiste de algumas celas que se assemelham às do asilo. Uma dessas celas apresenta uma disposição especial. A parede traseira de madeira é móvel e pode ser manipulada por um mecanismo externo: ela desliza em direção à porta, assim ameaçando o doente. Essa unidade é destinada aos alienados criminosos perigosos. Há também uma sala de reunião ou de trabalho, um refeitório e um banheiro com chuveiros. A área inclui um pequeno gramado. É dessa maneira que os alienados criminosos que cumprem sua sentença, recebem os devidos cuidados que seu estado mental exige.

A partir deste documento, novamente, se corrobora com a idéia de que a arquitetura e seus elementos atuam como dispositivos institucionais de manutenção da ordem através da coerção. No caso da fala acima, isto pode ser visto na descrição de como a parede móvel serve para amedrontar o prisioneiro alienado. Além disso, ao definir quem ocupará esta sala - “os alienados criminosos e perigosos” - mais uma vez demonstra a espacialização decorrente do comportamento humano.

Ao final de seu relatório, após apontar o alto índice de mortalidade no hospício, os meios de repressão e castigo, os tratamentos abusivos encontrados lá, como conclusões, o autor afirma que “o Brasil tem feito muito pelos seus alienados”. Complementa dizendo que o Rio de Janeiro, então capital do Brasil, possui “um asilo que, apesar das suas imperfeições, poderia despertar a inveja de mais de uma cidade grande da Europa. Muitos asilos da Itália não podem ser comparados ao Hospício Pedro II” (idem, p. 402).

Os prédios são lindos. O granito, o mármore e as madeiras preciosas do Brasil conferem um aspecto verdadeiramente suntuoso. As salas são altas, bem arejadas por meio de numerosas janelas grandes; a água é abundante para as necessidades do atendimento. Tudo é muito limpo, não há maus cheiros. Todas essas qualidades nos fazem lamentar mais ainda que seja apenas a caridade e não a ciência que levou à criação do Hospício Pedro II. (...) Com tais elementos, essa parte tão interessante do atendimento hospitalar vai se desenvolver muito no Brasil, desde que ele saiba se proteger do espírito de rotina e das oposições interesseiras que sempre se encontram no caminho do progresso.

A conclusão do médico deve ser entendida no contexto no qual a loucura está inserida universalmente: o do regime manicomial. Por este motivo, percebe-se que a arquitetura é utilizada no discurso, apenas, como um meio de elogio ao sistema manicomial, pela sua

estética, elementos e materiais. No entanto, não é avaliada a forma como a mesma pode interferir no processo terapêutico dos, até então considerados, alienados. Esta preocupação é algo recente, como será discutido durante a dissertação.

2.3.2 Hospital Colônia de Barbacena: Holocausto Brasileiro

Lá existe um psiquiatra para 400 doentes. Os alimentos são jogados em cocho e os doidos avançam para comer. O que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma. Seria de desejar que o Hospital Colônia morresse de velhice. Nascido, por lei, em 16 de agosto de 1900, morreria sem glórias. E, parafraseando Dante, poderia ser escrito sobre o seu túmulo: quem aqui entrou perdeu toda a esperança. (Ronaldo Simões, médico psiquiatra do Hospital Colônia de Barbacena)

O segundo caso emblemático de exemplo de como se deu a história dos hospícios no Brasil é o do maior deles: o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. Este hospital, fundado em 1903, abrigou uma história de assassinatos em massa e desumanidade que foram tema principal de reportagens importantes, como foi o caso, em 1961, da intitulada “*A sucursal do inferno*”¹⁷ e, em 1979, “*Os porões da loucura*”¹⁸; documentários, como “*Em nome da razão*”¹⁹, também em 1979; e livros como o *Holocausto Brasileiro – Vida, Genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*²⁰, publicado em 2013.

Seguindo a lógica das tipologias de pátios centrais e, assim, corroborando com a recorrência dessa arquitetura para edifícios de abrigo da loucura, o Hospital foi construído para abrigar 200 leitos psiquiátricos. Arbex (2013, p. 19), em relato obtido com uma ex-funcionária do hospício, afirma que apesar de seu tamanho, o “complexo não podia ser visto do lado de fora, por causa da muralha que cercava todo o terreno. Lá dentro, a dimensão daquele espaço asperamente cinza, tomado por prédios com janelas amplas, porém, gradeadas, impressionava”.

¹⁷ Escrita por Izaías Almada, 1961, é uma sátira à situação do Brasil como um todo que aborda, também, questões acerca do Hospital Colônia de Barbacena

¹⁸ Um conjunto de reportagens feitas por Hiram Firmino, em 1979, no Colônia onde o jornalista denunciou os maus tratos e a desumanidade que o hospital abrigou.

¹⁹ Um filme de Helvécio Raton que apresenta o cotidiano no Hospital Colônia de Barbacena, baseado nas reportagens de Firmino, fazendo uma denúncia velada ao Colônia e propondo uma reflexão acerca da função social do manicômio.

²⁰ Livro escrito por Arbex (2013) que descreve essas práticas desumanas do Colônia.

Figura 14: Hospital Colônia de Barbacena, MG, em 1903, com tipologia de pátio central e grandes dimensões.



Fonte: Hirmino, 1979.

As muralhas cercando os hospícios eram recorrentes, como uma forma de esconder o que acontece entre muros. Isto pode ser visto, inclusive, nos manicômios ainda em atividade no Brasil, como é o caso do Hospital Escola Portugal Ramalho, que será estudado neste trabalho.

Os internados do hospício chegavam ao lugar por um trem conhecido como “trem de doido”.

A parada na estação Bia Fortes era a última da longa viagem de trem que cortava o interior do país. Quando a locomotiva desacelerava, já nos fundos do Hospital Colônia, os passageiros se agitavam. Acuados e famintos, esperavam a ordem dos guardas para descer, seguindo em fila indiana na direção do desconhecido. Muitos não sabiam em que cidade tinham desembarcado ou mesmo o motivo pelo qual tinham sido despachados para lá. [...] Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos, um constrangimento que levava às lágrimas muitas mulheres que jamais haviam enfrentado a humilhação de ficar nuas em público (Arbex, 2013, p.23).

O relato apresentado acima corrobora com o que Goffman (1961), afirmava sobre o processo de admissão nessas instituições. O autor deu a esse processo a responsabilidade pela *mutilação*, *mortificação* ou *profanação* do *eu*, decorrente da vida institucional. Segundo ele, a proibição à saída, a retirada dos pertences e a falta de informação aos pacientes sobre o motivo pelo qual eles estão sendo internados, são formas de mortificação. Estes assuntos serão abordados mais a fundo durante a dissertação.

A partir do início do século XX, a falta de critério médico para a internação nos hospícios passou a ser bem mais presente do que o que já era visto, por exemplo, no Hospício Pedro II. Segundo Arbex (2013, p. 20; Amarante, 2006) existe uma estimativa de que 70%

dos internados no hospital não possuíam doença mental, “apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública”.

Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive, os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a idéia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava os seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (Arbex, 2013, p. 20).

Essa internação desenfreada dos indesejáveis sociais, resultou na superlotação do hospício que teve início em 1930 e, em 1960, abrigava 5 mil pacientes em um lugar planejado para internar 200. Foi assim que começou a história das mortes em massa no Colônia.

A primeira resposta à superlotação ocorreu com a substituição das camas de ferro por capim, dispostos linearmente no solo, de forma a caber mais internados por pavilhão, como pode ser visto na figura 14. “O modelo do leito chão deu tão certo que foi recomendado pelo Poder Público para outros hospitais mineiros” (Arbex, 2013, p. 21).

Figura 15: Modelo do leito chão – capim usado para substituir as camas e, assim, caber mais internados.



Fonte: Arbex (2013)

A partir de 1946, o Hospital passou a abrigar, também, crianças “com qualquer tipo de deficiência física ou mental, a maioria rejeitada pelas famílias” (Arbex, 2013, p. 54). A autora afirma, ainda, que, por mais que existisse uma ala infantil, ela era tão precária quanto as demais, “a diferença é que lá, em vez de camas de capim, haviam berços onde crianças aleijadas ou com paralisia cerebral vegetavam. Ninguém os retirava de lá nem para tomar sol” (idem, p. 56).

Figura 16: Berços disposto na ala infantil do Colônia, onde crianças eram abandonadas.



Fonte: Arbex (2013)

Quando a temperatura baixava muito, não era raro ocorrerem mais mortes devido, primeiramente as condições ambientais desfavoráveis, como falta de elementos arquitetônicos que fornecesse conforto térmico aos pavilhões e, também, pela ausência de cobertores ou roupas adequadas. Além disso, os internados costumavam dormir amontoados numa “tentativa de acordar vivo no dia seguinte” (Arbex, 2013, p.79), e muitos morriam asfixiados pelo peso de outros corpos. Essa, segundo a autora, era, inclusive, uma intenção institucional, como forma de diminuição da superlotação e, também, pela lucratividade encontrada na venda dos corpos para faculdades de medicina e outros cursos de saúde (idem, p. 45).

Este hospício foi, como os demais, palco de castigos severos àqueles que se rebelavam às ordens impostas e, como também era recorrente nos manicômios, esses castigos foram espacializados no edifício.

No começo, a filha de Indaiá foi tomada pela indignação. Bonita, jovem e lúcida, não aceitava o diagnóstico de loucura. Por isso, agredia os guardas, desafiava com violência a ordem imposta. O peso da retaliação era maior do que a ousadia da adolescente. Como castigo, Conceição passou mais de dois anos trancada em cela inferior a dez metros quadrados. Só via a luz do sol vinte minutos por dia. Lutou com todas as suas forças para não se envergar diante do peso da sentença até decidir canalizar sua energia para tentar mudar o lugar que passou a ser seu mundo. Levantou a voz para exigir médicos, alimentação de qualidade, assistência digna, tornado-se líder de seu grupo (Arbex, 2013, p.31).

Outras formas de castigo eram adotadas no Colônia, sendo a mais emblemática, o eletrochoque. Ali, o eletrochoque não era utilizado apenas para fins medicinais ou terapêuticos, mas, principalmente, como forma de dominação e *docilização*, dos internados mais desobedientes ou agitados. Os choques eram dados sem anestesia e em tamanha recorrência que, por vezes, derrubava a energia de todo o bairro. Alguns pacientes, ao demonstrar rebeldia no processo de admissão na instituição, eram submetidos ao eletrochoque como forma de “amansá-los” e introduzi-los num mundo de submissão à instituição.

Esta realidade do Hospital Colônia de Barbacena, foi semelhante a outros casos de hospícios do país, se repetindo, também no estado de Alagoas.

2.3.3 História dos espaços da loucura em Alagoas

A história da loucura e dos seus espaços no estado de Alagoas corrobora com a intuição de uma certa uniformidade na sequência de transformações das instituições voltadas ao abrigo dos portadores de transtornos mentais no Brasil e no mundo. Afirmar isto é o mesmo que dizer que, no estado, inicialmente foi utilizado o lema de que os loucos deviam ser segregados da sociedade, seguido da aceitação do primeiro conceito de humanização do universo da loucura: o acesso ao tratamento psiquiátrico (continuando, assim, com a segregação), depois começando a adotar o segundo conceito de humanização que tem como condição a reinserção do louco em sociedade, processo que ainda está em andamento.

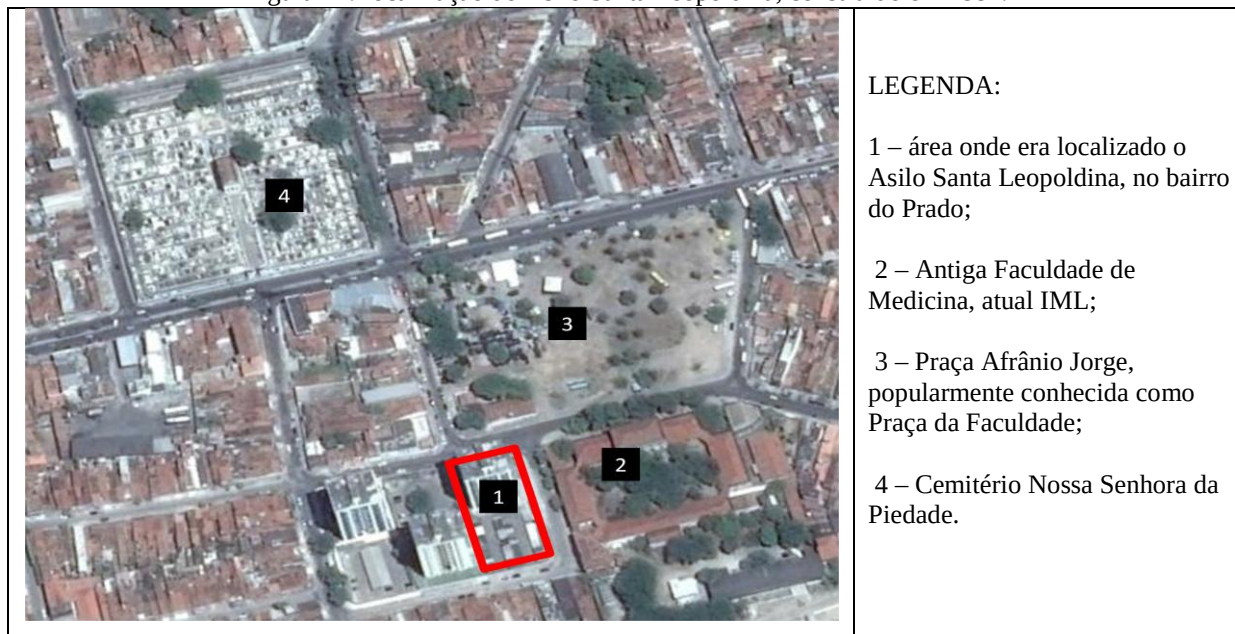
Apesar de quase quarenta anos separarem a primeira instituição voltada ao internamento psiquiátrico de doentes mentais do Brasil – o Hospício de Pedro II, em 1852, da primeira de Alagoas – o Asilo Santa Leopoldina, em 1891, o estado ganha certo destaque em âmbito nacional, já que Maceió “mostra-se bastante inovadora, uma vez que é a sétima casa asilar do país, destinada aos doentes mentais” (Ribeiro, 2006, p.39).

No entanto, o início desta história remonta ao aprisionamento dos loucos em cadeia públicas, até o ano de 1887, quando as autoridades alagoas voltaram os seus olhares para a necessidade de um local específico para o acolhimento desses indivíduos. Assim, surgiu o Asilo dos loucos, na capital Maceió, de onde não se tem registro de assistência médica, apenas características asilares (Ribeiro, 2012, p.61). O diretor do asilo, o psiquiatra Leite e Oiticica, em 1889, relata as condições precárias da casa asilar e a dificuldade encontrada no fato de não haver prestação de assistência aos doentes e, assim, “recebe a tarefa da construção de um novo edifício para abrigar a instituição, que receberia então o nome de Santa Leopoldina” (Ribeiro, 2006, p.40).

O Asilo Santa Leopoldina é, portanto, a iniciação da assistência psiquiátrica no Estado de Alagoas (Ribeiro, 2012; Ribeiro, 2006; Costa, 2007). Localizado no bairro do Prado, em Maceió, foi situado próximo ao cemitério público e ao antigo asilo (figura 17), construído com recursos públicos e 2 anos após a sua inauguração “se transformou em depósito de doentes, com carências significativas de recursos e instalações impróprias para assistência psiquiátrica” (Ribeiro, 2012, p.61).

Tendo em mãos a informação sobre a posição geográfica do asilo na cidade, um fato destaca-se: a proximidade da antiga Faculdade de Medicina, de quem era vizinho (figura 17). Este fato chama a atenção pelo já mencionado episódio das vendas de corpos a esse tipo de instituição em Barbacena (Arbex, 2013).

Figura 17: Localização do Asilo Santa Leopoldina, construído em 1881.



Fonte: Google Earth, adaptado, 2014.

Figura 18: Asilo Santa Leopoldina.



Fonte: Ribeiro, 2010.

Seguindo a lógica argentina, anos mais tarde, instituições de assistência psiquiátrica do setor particular foram instaladas em espaços de casarões onde moraram famílias ricas de Maceió, todas no bairro de Bebedouro. A Casa de Saúde Miguel Couto, tem sua inauguração datada em 1947, a Clínica de Repouso Dr. José Lopes, foi inaugurada em 1961, e a Casa de Saúde e Clínica de Repouso Ullisses Pernambucano, em 1968, (Ribeiro, 2012).

Figura 19: Localização das instituições psiquiátricas de Maceió.



Fonte: Google Earth, adaptado, 2014.

Na figura 20, pode-se notar que essas 3 instituições psiquiátricas localizadas no bairro de Bebedouro tem em comum o fato de estarem entre a estrada principal do bairro de um lado, e de outro, uma vegetação densa e a lagoa Mundaú. Este fato retoma o que já foi explorado sobre a localização dessas edificações entre montanhas, rios e mares, considerando como uma das formas de marginalização.

Já no setor público, em 1956, foi inaugurado o então Hospital Colônia Portugal Ramalho, no bairro do farol, com a intenção de ter toda a estrutura hospitalar necessária ao adequado tratamento psiquiátrico que não pode ser dado do Asilo Santa Leopoldina.

Por ser remanescente deste asilo, o hospital, que foi construído para abrigar 40 leitos, recebeu os 140 internos do asilo, começando a sua história marcada pela superlotação tão característica dos espaços manicomiais. Além disso, por ter sido, por muitos anos, o único hospital psiquiátrico do estado de Alagoas, recebia também pacientes de outras cidades. Sobre sua estrutura física, Ribeiro (2012, p.63) afirma que

segundo depoimentos de profissionais que conheceram o hospital nas décadas de 1970 e 1980 “a sua estrutura física era terrível, parecia uma masmorra; a cozinha parecia um subterrâneo e os funcionários forneciam a comida passando-a por debaixo das grades de ferro” (Trindade et al, 2007).

No ano de 2000, o hospital passou a ser gerido pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, UNCISAL, passando a ser chamado de Hospital Escola Portugal Ramalho (Cavalcanti, 2006).

Em 1993, por determinação do Ministério da Saúde e, em cumprimento à portaria 407, de 23 de dezembro de 1992, foram abolidos os quartos-fortes e grades de ferro que lhes serviam como portas. Também foram inseridas atividades extramuros que perduram até hoje, como o bloco carnavalesco “Maluco Beleza”.

Os aspectos espaciais, de localização e de gestão que se refletem no espaço, serão vistos mais a frente, na descrição espacial. No entanto, é necessário adiantar aqui que estão muito aquém de um novo pensamento que se iniciou no país como uma força contrária aos absurdos das práticas psiquiátricas.

Estas atitudes desumanas de métodos de coerção como o eletrochoque, a negligência hospitalar perante as muitas mortes ocorridas no lugar, as condições precárias de vida e outras situações alarmentes dos casos demonstrados aqui e de tantos outros, chamaram a atenção de

diversos psiquiatras, dentre eles o italiano Franco Basaglia, o pioneiro da luta pela humanização da assistência psiquiátrica no mundo.

A vinda de Basaglia foi de suma importância para o início da discussão acerca da desumanização dos hospícios no Brasil. Ao visitar o Hospital Colônia de Barbacena, o psiquiatra convocou a imprensa e declarou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo presenciei uma tragédia como esta” (Arbex, 2013).

Figura 20: Utilização de grades de ferro no Hospital Colônia de Barbacena.



Fonte: Arbex, 2013.

Alguns psiquiatras brasileiros também merecem destaque no que veio a culminar na Luta Antimanicomial no Brasil, dentre eles, destaca-se aqui a psiquiatra alagoana Nise da Silveira, pioneira na implantação das terapias ocupacionais como método de tratamento, incluindo no cotidiano dos pacientes a pintura e artes em geral, o contato com os animais e iniciou uma luta pela retirada das grades e celas-fortes, que foram bastante frequentes e ainda são encontradas em alguns hospícios atuais.

Após o Golpe Militar, em 1964, o setor de saúde no Brasil teve o maior processo de privatização já visto, até então, no mundo, sendo a psiquiatria a área mais explorada (Amarante, 2006). Instaurou-se a “indústria da loucura”, como ficou conhecido o aumento repentino de leitos psiquiátricos de 3 mil para 56 mil. Isto pode ser explicado pela enorme lucratividade que os leitos psiquiátricos dão aos manicômios privados somado ao descaso que existia com aqueles marginalizados sociais.

Em 1989, o deputado federal Paulo Delgado apresenta um projeto de lei (baseado na lei italiana) para extinção dos manicômios e implantação de uma nova rede de assistência à saúde mental.

Segundo Amarante (2006), a proposta de lei não foi aprovada, de início, por vários obstáculos encontrados. Dentre eles, a revolta dos donos de hospitais psiquiátricos que perceberam a ameaça aos seus negócios. No entanto, em 2001, foi aprovada a Lei 10216 que discorre sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que remodela a assistência à saúde mental e determina novos dispositivos que suscitem a existência de novos espaços.

Esta situação proposta pela reforma será intitulada aqui como o *porvir* do hospício. Apesar de ter sido aprovada por lei a extinção progressiva dos manicômios, os mesmos ainda permanecem em pleno funcionamento.

2.4 O *Porvir* do Hospício: a Reforma Psiquiátrica Brasileira

O psiquiatra parece, de fato, descobrir apenas hoje, que o primeiro passo para a cura do doente é o retorno à liberdade da qual uma vez ele próprio havia privado. (Basaglia, 1985, p.249)

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi criada para redirecionar a assistência a saúde mental no país, implantando uma nova rede de dispositivos substitutivos aos manicômios.

Assim sendo, visa à extinção progressiva do hospício como dispositivo central e hegemônico do tratamento psiquiátrico.

Estes novos espaços, ao invés de refletir a arquitetura da cura, devem refletir a arquitetura do bem-estar, do encontro social e, no caso das residências terapêuticas, do lar, o que não se confunde com arquitetura asilar, uma vez que esses espaços abrigarão, também, uma equipe de saúde e terapêutica. Nesta linha de pensamento, Rotelli (2001, p. 14), denomina estes novos espaços provenientes da Reforma Psiquiátrica Brasileira de instituição inventada, e afirma que elas se justificam pelo fato de que o trabalho terapêutico desta nova rede é

o trabalho de *desinstitucionalização* voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o *sufocamento* sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e *introjetada* que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana.

Os principais lemas da reforma são: a *desinsitucionalização*, *desospitalização* e reinserção social, já conceituados no capítulo introdutório desta dissertação. Dentre esses objetivos, a *desinstitucionalização* é o mais difícil de ser alcançado, uma vez que os pacientes que passaram muito tempo em hospícios, normalmente, constroem uma dependência institucional.

Segundo Goffman (1961) por mais que os pacientes internados em hospitais psiquiátricos almejem a sua saída, quando este dia se aproxima, vai gerando uma angústia da libertação, ocasionada pelo fato de que é comum essas pessoas sentirem que desaprenderam a viver em sociedade ou que não serão bem aceitos nela.

Um exemplo disso, é o relato mostrado por Arbex (2013, p. 33) onde um ex-internado no Hospital Colônia de Barbacena afirma que desaprendeu a viver sem amarras e em seu primeiro dia fora na residência terapêutica questionou: “À que horas apagam as luzes aqui?”. Segundo a autora, o hospital continuou impregnado no paciente de uma forma que “se desvencilhar do Colônia foi tão difícil quanto mudar de endereço”.

Este é o maior desafio desses novos espaços da saúde mental que funcionam como uma rede que se complementa para suprir as necessidades nas instâncias médica e social dos seus usuários. Esses espaços são: os CAPS, os NAPS, as residências terapêuticas, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e as instituições de direitos dos usuários.

Os CAPS são os Centros de Atenção Psicossocial definidos pelo Ministério da Saúde (2000) como o ponto chave da nova Política de Saúde Mental do Brasil. Eles funcionam como hospital-dia, disponibilizando serviços ambulatoriais e terapêuticos aos seus usuários. Desta forma, devem priorizar atividades ressocializadoras e de oficinas terapêuticas.

Estes dispositivos são divididos de acordo com a demanda que acolhem e o tipo de paciente que recebem. Eles são classificados em CAPS I, II, III, dependendo de sua capacidade de acolhimento e da região que abarca. Podendo ser ainda CAPS i, quando voltado para o público infantil portador de doença mental, ou ad, voltado para o acolhimento de usuários de álcool e outras drogas.

Como a intenção dessa nova rede de assistência é a extinção das internações psiquiátricas de longo prazo, os CAPS não foram criados para ter internações mas os do tipo III podem abrigar um número máximo de 6 pacientes em regime de internação descontinuada, ou seja, 15 dias seguidos ou 30 dias interrompidos.

Segundo determinação do Ministério da Saúde, os CAPS devem ter regime administrativo próprio. Assim sendo, não podem estar associados a hospitais como existem muitos atualmente, inclusive no complexo hospitalar do qual faz parte o recorte de análise estudado nesta dissertação.

Quadro 7: Composição da Rede de Saúde Mental de acordo com as faixas populacionais.

Faixa populacional	Composição da rede de saúde mental
Até 19.999 habitantes	PSF e rede básica de atenção à saúde
20.000 a 49.999 habitantes	CAPS I
50.000 a 99.999 habitantes	CAPS II
100.000 a 199.999 habitantes	CAPS II, CAPS i, CAPS ad
200.000 a 499.999 habitantes	CAPS III, CAPS II, CAPS i, CAPS ad
500.000 a 999.999 habitantes	CAPS III, CAPS II, CAPS i, CAPS ad
Acima de 1.000.000 habitantes	CAPS III, CAPS II, CAPS i, CAPS ad

Fonte: BRASIL, 2005 (adaptado).

Os NAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial, também funcionam com a mesma filosofia do CAPS, fornecendo serviços ambulatoriais e funcionando com regime de hospital-dia. Porém, diferem dos centros em termos de complexidade do serviço prestado, no entanto, sendo importante para a complementaridade da rede.

Com relação à arquitetura, antes da doença e, agora, da saúde mental, a principal modificação é, talvez, a da escala. Ao invés dos grandes hospitais, os pequenos e pontuais CAPS e NAPS espalhados pelos municípios, sendo os dispositivos principais desta nova rede de atenção à loucura. Neles, os lugares devem ser pensados de forma a permitir ou facilitar a interação social, através de salas de atividades de grupo, ausência de barreiras totais, como muros ou grades, espaços voltados ao lazer e à terapia ocupacional.

Outro ponto chave desta reforma, o Serviço Residencial Terapêutico foi a solução encontrada pela nova política para o abrigo dos pacientes de hospitais psiquiátricos que não possuem vínculo familiar ou social, ou seja, que não tem para onde ir após o fechamento dos manicômios.

Esses serviços, cujo dispositivo é a Residência Terapêutica, segundo o Ministério da Saúde, deve funcionar com no máximo 8 pacientes, residindo em uma mesma casa, sob a supervisão de uma equipe multidisciplinar de saúde.

Desta forma, nota-se que será cumprido o preceito da *desospitalização*, afinal haverá uma mudança na nomenclatura do espaço onde vivem (de hospital, para casa), porém não ocorrerá a *desinstitucionalização*, pois o que ocorrerá é a migração de uma instituição para outra.

Com relação aos espaços, a lei exige que as residências terapêuticas não tenham caráter asilar, ou seja, comportem, também, a equipe de saúde, devem ter sua disposição

espacial de forma a proporcionar autonomia para atividades básicas dos pacientes, como os aspectos ergonômicos e de acessibilidade respeitados, além de um maior grau de privacidade, possuindo menos membros por quarto, e dispondo de locais para guardar objetos pessoais, como armários.

Outro fato importante relacionado à arquitetura das residências terapêuticas é a necessidade de se aproximarem das referências de um lar (Fontes, 2005), em detrimento da frieza e padronização constantemente vistas nos hospitais psiquiátricos.

Algumas Residências Terapêuticas que já estão em funcionamento no país trouxeram excelentes resultados. Como são os casos das existentes no município de Barbacena, já tão marcado pelo desastre de seu Hospital Colônia. Um dos motivos para o seu sucesso é, segundo os próprios pacientes, a existência de autonomia na tomada das decisões mais básicas e simples. Em outros casos, no entanto, acaba sendo um sistema que reproduz o regime manicomial, com algumas camuflagens. Essas discrepâncias, não só no caso das residências mas também dos CAPS, demonstram o caráter heterogêneo desta rede, que não pode ser generalizada como algo positivo ou negativo, pelo menos por enquanto.

A internação temporária em leitos psiquiátricos de hospitais é permitida, segundo portaria GM nº 251, de 2002. Como condição para a internação nesses leitos está a exigência de que o doente já tenha passado pelos outros serviços de atenção à saúde mental e que os mesmos não tenham sido suficientes para resolver a sua crise psicótica. Segundo a portaria, esses locais devem ter:

- 1 enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada
- sala de curativo ou, na inexistência desta, 1 carro de curativo para cada 3 postos de enfermagem ou fração
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída
- O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

Embora já tenham passado 13 anos da aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a mesma ainda encontra-se em passos lentos na maior parte do país. Alguns CAPS vem sendo pontos de referência no que concerne ao alcance do objetivo principal da reforma: a reinserção social do usuário de saúde mental. Como exemplo, tem-se o CAPS UNIFESP, em São Paulo, que é associado ao núcleo de psiquiatria da UNIFESP, onde os usuários

aprendem, de fato, um ofício, tendo a sua reinserção social pelo trabalho, num Buffet formado pelos pacientes.

No entanto, na maioria do país a realidade é outra: locais sucateados, improvisados que parece existir mais para cumprir a lei do que para, de fato, modificar a política de assistência psiquiátrica. A assistência prestada à doença mental em Maceió é um exemplo disso, como será demonstrado a seguir.

2.5 Situação da Saúde Mental em Maceió

Em 1998, foi aprovada, na cidade de Maceió, a Portaria municipal nº 4768 que “dispõe sobre a assistência psiquiátrica e a regulamentação dos serviços de saúde mental no município de Maceió e dá outras providências”.

Nela, está posto que: “Art. 2º - O Município de Maceió substituirá progressivamente, mediante planificação anual, os leitos dos hospitais psiquiátricos pelos recursos assistenciais substitutivos definidos nesta Lei.” Estes recursos são os novos dispositivos que, em 2001, foram aprovados pela Lei nº 10216, da reforma, que, segundo a Portaria Municipal são:

- I – Atendimento ambulatorial;
- II - Leitos psiquiátricos em hospital geral;
- III - Hospital-dia e hospital-noite;
- IV - Centros de Atenção Psicossocial - CAPS;
- V - Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS;
- VI - Centro e convivência, ateliê terapêutico ou oficina terapêutica;
- VII - Pensão ou chácara protegida ou Lar adotivo;
- VIII - Unidade de desintoxicação em hospital geral e ou CAPS;
- IX - Serviço de tratamento de dependência química extra-hospitalar.

No entanto, passados 16 anos da aprovação desta norma, a implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira na cidade de Maceió resume-se a criação de 5 CAPS (Ministério da Saúde, 2014), dos quais 3 são do tipo II, um é do tipo I, e um do tipo ad (que possui regime de 24 horas, porém apenas para usuários de álcool e outras drogas).

A cidade, que tem como princípio de sua lei municipal a extinção dos manicômios, não possui nenhum tipo de serviço residencial terapêutico, que segundo os recursos citados, seriam o que foi chamado de “Pensão ou chácara protegida ou Lar adotivo”. Os únicos espaços de abrigo de doentes egressos de hospitais psiquiátricos que não possuem vínculo familiar e, por isso, necessitam deste tipo de serviço para a sua *desospitalização*, são abrigos bancados pela aposentadoria dos próprios doentes, o que não configura um serviço do SUS.

A situação acima citada, por si só, impede a extinção do hospital psiquiátrico, porém, existem agravantes. A cidade não comporta nenhum CAPS do tipo III - que é o único em regime 24 horas - para pacientes psiquiátricos em geral, ou seja, se o hospital psiquiátrico fosse extinto agora, o período noturno ficaria descoberto para internações de urgência.

Além disso, um dos artigos da lei consiste em:

Art. 8º - O Município de Maceió, fica proibido, por sua administração direta e indireta de construir, ampliar, controlar ou financiar novos estabelecimentos, instituições privadas ou filantrópicas que se caracterizem como hospitais psiquiátricos.

No entanto, com recursos do município e do estado, após a aprovação da lei, foram feitas modificações na estrutura física do Hospital Escola Portugal Ramalho, ponto chave da assistência psiquiátrica da cidade, com vistas a torná-lo dentro do contexto de humanização que estava sendo bastante discutido na época (entre os anos 2000 e 20003).

Ademais, existem 2 projetos de reforma para este hospital: um feito em 2011, com o intuito de torná-lo um hospital de clínicas com alguns leitos psiquiátricos, extinguindo, portanto, o status de hospital psiquiátrico, e um para a reforma das alas femininas do hospital. Atualmente, o hospital está se preparando para fazer a reforma das alas, o que pode significar que os planos de extinção dos hospitais psiquiátricos na cidade vão ser adiados ainda mais.

A cidade de Maceió ainda tem a sua assistência psiquiátrica centralizada nos hospitais e clínicas psiquiátricas, como visto na figura 19. As recentes reportagens sobre essas instituições as aproximam das características mais cruéis associadas ao regime manicomial, em manchetes, como: *Pacientes abandonados abarrotam hospitais psiquiátricos de Maceió*²¹, que aborda a extinção do vínculo familiar e o abandono de doentes mentais pelos familiares que ocasionam a superlotação nesses espaços, bem como prejudicam o processo terapêutico desses pacientes; *Paciente morre após tentar fugir de hospital psiquiátrico em Maceió*²² e *Paciente é encontrado morto em hospital psiquiátrico de Maceió*²³ que tratam de mortes onde a diretoria não soube explicar o ocorrido, dentre outras.

Apresentada a história da evolução dos espaços da loucura, que traz peculiaridades acerca do contexto onde os sistemas manicomiais são inseridos, parte-se para a apresentação da construção/seleção dos parâmetros de humanização do espaços utilizados como subsídio para a descrição espacial desenvolvida.

²¹ Publicada pelo portal de notícias eletrônicas G1, em 13/04/2013;

²² Idem, publicada em 21/05/2013;

²³ Publicada pelo portal de notícias eletrônicas TNH1, em 15/02/2010

3 SOBRE A ARQUITETURA E A CONSTRUÇÃO/SELEÇÃO DOS PARÂMETROS ESPACIAIS

A arquitetura, enquanto conceito, costuma ser confundida com estrutura espacial, com o edifício em si, com a construção. No entanto, considera-se aqui, concordando com Holanda (2002), que “os edifícios, assentamentos e paisagens são coisas concretas, obviamente existindo no mundo real. Outra coisa é a arquitetura”. Quando o autor afirma que a arquitetura “é uma família [...] de certas relações do homem com o espaço”, pode-se dizer que ela é o conjunto do espaço físico - com todas as suas variáveis - e das relações ali estabelecidas.

Nessas relações, segundo Holanda (2002, p.71), o homem busca a realização de suas expectativas “que supostamente tem algo em comum na medida em que justificam uma profissão para lidar com ela”. O arquiteto, enquanto profissional responsável por organizar os espaços onde essas relações irão acontecer, deve, portanto, “estar equipado de muitos ramos de estudo e vários tipos de aprendizado” (Vitruvius, 1960, p.5), pois os espaços são criados a partir de seu julgamento, de suas próprias expectativas sobre o espaço.

Sobre isso, Holanda (idem, p. 89) complementa afirmando que os espaços são resultado do que o seu autor (arquiteto) entende por padrão espacial “correto” que é resultante de sua vida social. Assim, afirma: “escolhemos um padrão porque ‘sabemos’ como ele funciona, e desenhamos o espaço de maneira que satisfaça as expectativas informadas por tal conhecimento”.

Criticando o determinismo arquitetônico que costuma estar atrelado a esta visão de padrões, Hillier et al. (1987, p.233), afirmam que

[o determinismo arquitetônico é] a crença de que o desenho arquitetônico afeta o comportamento humano de alguma maneira – isto é, de que ele age como uma variável independente num processo descritível de causa e efeito. Uma grande dificuldade para decidirmos se isto é ou não verdadeiro, está no fato de que a arquitetura é, quase sempre, também uma variável dependente; projetamos para refletir, assim como para criar, um padrão de comportamento.

Esta afirmação complementa e corrobora com a idéia de que o desenho arquitetônico é apenas uma das variáveis da arquitetura (que, numa visão global, também é uma variável dependente) que, por si só, não produz comportamentos, no sentido de causa/efeito ou ação/reação. No entanto, o conjunto das variáveis dependentes entre si relacionadas ao espaço e as relações ali estabelecidas, podem influenciar a existência de padrões de comportamentos.

Entende-se aqui, que a compreensão da arquitetura, em sua complexidade relacional, depende de um investimento em ambos os pólos da relação: de um lado, sobre os atores sociais, “o grupo e a prática que estão sendo estudados e, de outro, a paisagem em que essa prática se desenvolve, entendida não como mero cenário, mas parte constitutiva do recorte de análise” (Magnani, 2002, p.18).

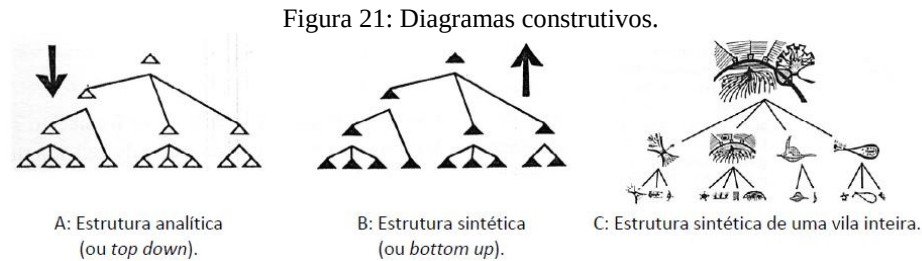
A partir da observação desta relação bidirecional e após extensa pesquisa na área onde fora analisado o comportamento do homem no espaço, Alexander et al. (1977) sugeriram que uma maneira de reduzir os problemas arquitetônicos e alcançar soluções projetuais de maior qualidade, seria o caminho da *linguagem de padrões*. Esta metodologia proposta por eles, parte da síntese encontrada nos oito anos de pesquisa, e se define a partir de pares de problema/solução (ou se/então).

Os autores propõem esta linguagem em três níveis: o da cidade, o do edifício e o da construção, que resultam dos problemas espaciais identificados. Estes elementos chamados por ele de *patterns*, são apresentados de forma a conter: a) a descrição do parâmetro; b) o problema encontrado – chamado por ele de *Se*; c) a solução definida – chamada de *Então*; e d) a ilustração por meio de imagem que represente a situação proposta.

A essência topológica da metodologia, assim como suas ressalvas, são apresentadas pelos próprios autores, ao afirmarem que é necessário que os parâmetros (ou *patterns*) sejam pensados de forma articulada e adaptada a cada situação específica na qual se insere (cultura, condições climáticas, etc), para que não se chegue em uma ótica determinista ou positivista do problema.

Há dois propósitos essenciais por trás deste formato. Em primeiro lugar, deve-se pensar cada padrão conectado a outros padrões, assim que você perceber a coleção de todos os 253 padrões como um todo, como uma linguagem, dentro do qual você pode criar uma variedade infinita de combinações. Em segundo lugar, é apresentado o problema e a solução de cada padrão de tal forma que você pode julgar por si mesmo, e modificá-lo, sem perder a essência fundamental para isso. (Alexander et al, 1977)

Este pensamento em cadeia proposto por eles não pode ser resultado de um pensamento puramente analítico, propondo, assim, diagramas construtivos que estructurem as escolhas de projeto através de sucessivas composições e fusões (Barros, 2008), como demonstrado na figura 20.



Fonte: Barros, 2008

Assim, podemos dizer que esta metodologia adotada por Alexander et al (1977), embora com ressalvas, pode ser aplicada a muitas outras situações de sistemas equivalentes. Foi isto que motivou a escolha da linguagem de padrões como um norte para a descrição espacial aqui proposta. Os parâmetros adotados como referência para esta pesquisa serão apresentados a frente.

3.1 Humanização na Arquitetura

A humanização vem sendo palavra-chave de distintos debates de cunho social. Quando associada à arquitetura, a maior parte das pesquisas que tratam do tema se refere ao ambiente hospitalar.

No Brasil, em 2003, a implantação de uma Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), conhecida como *Humaniza SUS*, levantou, no que tange à sua teoria e legislação, a necessidade de encarar o processo de humanização do atendimento prestado à saúde de forma holística, enxergando o sujeito como um todo.

Humanizar é aceitar essa necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

Se no século XVIII, com a ascensão da medicina, a arquitetura hospitalar surge como “um instrumento de cura” onde “o espaço hospitalar é medicalizado, em sua função e em seus efeitos” (Foucault, 1972, p. 109), no momento atual, onde está sendo tão discutida esta idéia de humanização, pressupõe-se que a arquitetura hospitalar deve ser mais do que reflexo da cura médica e apresentar-se como o abrigo de sujeitos distintos, com necessidades físicas, subjetivas e sociais distintas.

No que tange a assistência psiquiátrica, no Brasil, a psiquiatra alagoana Nise da Silveira foi a pioneira em levantar a bandeira da necessidade de sua humanização, sendo a responsável por implantar o tratamento através de oficinas terapêuticas, como as de pintura, e

introduziu a terapia através do contato com animais. No âmbito espacial, a humanização deu-se pela retirada das grades de ferro, celas fortes e demais símbolos manicomial de aprisionamento e tortura, além disso, outro reflexo no espaço foram as criações das hortas e jardins, onde os internados ocupavam o tempo e aprendiam um ofício, o que é considerado pela nova política de assistência à saúde mental como preceito de humanização por possibilitar certa autonomia social e financeira.

A arquitetura das instituições manicomial tem um ponto em comum que é a representação da maior intenção institucional, o afastamento dos loucos da sociedade. Desta forma, supõe-se que os seus elementos arquitetônicos, bem como sua tipologia, são escolhidos pelo que o arquiteto entende como expectativa do comportamento humano no espaço. Segundo Goffman (1961, p. 113,)

as pessoas que se tornam pacientes de hospitais para doentes mentais variam muito quanto ao tipo ou grau de doença que um psiquiatra lhes atribuiria, e quanto aos atributos que os leigos neles descreveriam. No entanto, uma vez iniciados nesse caminho, enfrentam algumas circunstâncias muito semelhantes e a elas respondem de maneiras muito semelhantes. Como tais semelhanças não decorrem de doença mental, parecem ocorrer apesar dela. Por isso, é um tributo ao poder das forças sociais que o *status* uniforme de paciente mental possa assegurar, não apenas um destino comum a um conjunto de pessoas e, finalmente, por isso, um caráter comum, mas que essa reelaboração social possa ser feita com relação ao que é talvez a mais irredutível diversidade de materiais humanos que pode ser reunida pela sociedade.

Ao falar em respostas semelhantes a situações semelhantes, pode-se entender que existe um padrão de comportamento humano que, apesar de não depender exclusivamente da arquitetura, ela se torna uma das variáveis dependentes deste padrão, não somente como palco das relações ali estabelecidas, mas como um instrumento da organização formal através das escolhas projetuais.

Desta forma, as etapas percorridas para se alcançar a descrição do espaço serão destrinchadas a seguir, e correspondem a: 1) apresentação do conteúdo legislativo acerca de como devem ser os espaços voltados ao tratamento da doença mental, a fim de definir um quadro síntese dos parâmetros que serão verificados no espaço com relação ao atendimento à legislação; 2) apresentação acerca dos dispositivos institucionais que operam como *operadores normalizadores* (Benelli, 2003a/2003b; Foucault, 1975; Goffman, 1961), a fim de identificá-los no espaço; 3) seleção dos parâmetros humanizadores propostos por Alexander et. al (1977) que serão utilizados como subsídio na descrição espacial; 4) definição dos instrumentos para a descrição aqui proposta baseados na teoria da sintaxe espacial (Hiller e Hanson, 1984; Holanda, 2002).

3.2 A Construção dos Parâmetros

Os parâmetros que dão subsídio à descrição espacial aqui realizada foram separados em três categorias que são reflexos da construção do referencial teórico da pesquisa, são eles: *Normas Técnicas* (que faz a interface entre a legislação em saúde mental e o espaço), *Linguagem de Padrões* (retirados da metodologia de Alexander et al, 1977) e *Geografia do poder/da liberdade* (baseados nas discussões de Benelli, 2003; Goffman 1965; Foucault, 1975).

3.2.1 A interface entre legislação e espaço

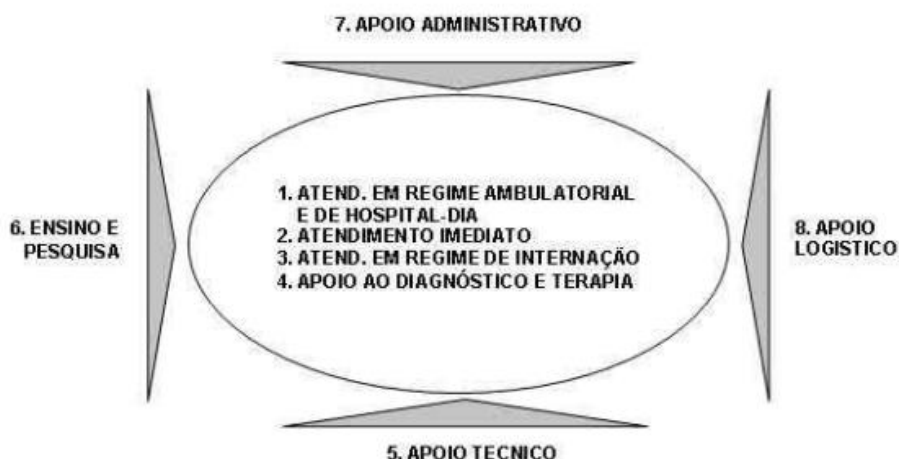
A legislação em saúde mental (termo que abrange as leis em sentido estrito, normas, portarias e resoluções) é o instrumento máximo que materializa a obrigatoriedade de implantação da nova política de assistência psiquiátrica no Brasil.

Existem duas situações distintas e igualmente importantes que resultaram na construção dos parâmetros baseados na legislação: a) as aplicadas de forma geral à arquitetura hospitalar, que definem programa de necessidades e dimensionamentos mínimos, bem como os materiais que podem ser utilizados nesses espaços; b) as resultantes da Reforma Psiquiátrica, que por sua vez, dividem-se naquelas puramente técnicas referentes aos espaços e aquelas que, embora não o façam de forma direta, tem influência nas questões espaciais.

Com relação à legislação referente às normas gerais para qualquer *Estabelecimento Assistencial de Saúde* (EAS), embora elas estejam inseridas num contexto de busca da humanização na saúde – muitas incluídas no programa de governo *Humaniza SUS* – seus preceitos resultam na busca de um ambiente asséptico, higiênico, que muito se aproxima ao movimento já mencionado do *Higienismo*.

Isto pode ser visto, por exemplo, na principal norma do citado grupo, a resolução da ANVISA, RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dentre outras providências, discorre sobre a organização físico funcional dos EAS, setorizando-os em:

Figura 22: Diagrama organização EAS.



Fonte: Brasil, 2002.

Para o que interessa a esse trabalho, o *zoom* dado a esta resolução é no que tange ao *Atendimento em Regime de Internação*, situação onde se enquadra o espaço estudado. Sobre este setor, a norma exige que exista:

Quadro 8: RDC 50, quesito dimensionamento.

Ambiente	Norma – RDC 50, Unidade funcional: <i>Internação</i>
Posto de enfermagem	Quantificação: 1 posto a cada 30 leitos Dimensão mínima: 6m ²
Sala de serviço	Quantificação: 1 sala para cada posto de enfermagem Dimensão mínima: 5,7m ²
Sala de exames e curativos	Quantificação: 1 a cada 30 leitos (quando existir enfermaria que não tenha subdivisão física dos leitos) Dimensão mínima: 7,5m ²
Área para prescrição médica	Quantificação: não mencionada Dimensão mínima: 2m ²
Quarto de adulto	Quantificação: A cada 30 leitos ou fração deve existir no mínimo 1 quarto para situações que requeiram isolamento Dimensão mínima: - 10,0m ² = quarto de 1 leito, ou 14,0m ² com dimensão mínima de 3,0m no caso do uso para “PPP” - 7,0m ² por leito = quarto de 2 leitos - 6,0m ² por leito = enfermaria de 3 a 6 leitos - N° máximo de leitos por enfermaria = 6 - Distância entre leitos paralelos = 1m - Distância entre leito e paredes: cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2 m; lateral = 0,5m
Área de recreação / lazer / refeitório	Quantificação: 1 para cada unidade de pediatria, psiquiatria e crônicos Dimensão mínima: 1,2 m ² por paciente em condições de exercer atividades recreativas / lazer
Banheiro para pacientes	Quantificação: cada quarto ou enfermaria, exceto lactente, deve ter acesso direto a um banheiro, podendo este servir a no máximo 2 enfermarias Dimensão mínima: não mencionada

Fonte: Brasil, 2002.

Já sobre a legislação derivada da nova forma de se encarar a loucura, resultante da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi feito um recorte temporal entre os anos de 1990 e 2004, período bastante relevante no que tange à política de humanização da saúde mental.

Assim, foram identificadas, dentro deste período de tempo, quais as leis e portarias que fazem parte desta interface com o espaço, ou seja, aquelas em que o conteúdo legislativo tem rebatimento direto ou indireto no espaço. Essas serão descritas a seguir.

Declaração de Caracas

A Declaração de Caracas foi o documento final da *Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde (Brasil, 2004).

Logo no início do documento, afirma-se que a prática convencional de psiquiatria – dentro do regime manicomial - “não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo” e que isto ocorre ao, dentre outros motivos presentes nesta declaração, “isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social”;

Se o isolamento do doente é um dos pontos que fazem com que o sistema manicomial não consiga alcançar os objetivos para uma assistência humanizada, este é o primeiro indício de que a instituição não está inserida num contexto de humanização. Desta forma, deve-se identificar no espaço, quais são os elementos arquitetônicos que definem este isolamento, ou seja, como esta *barreira total* é representada no espaço, que pode ser através de muros, vegetações, portões, dentre outros.

Este documento, que veio a servir como embasamento para a implantação pela ONU dos *Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental*, propõe o engajamento político para uma transformação da forma de assistência psiquiátrica até então prestada. Segundo o documento, esta reestruturação deveria ocorrer propondo novos modelos assistenciais centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; propondo que o hospital psiquiátrico não possua mais um papel hegemônico ou centralizador no tratamento psiquiátrico; afirmando que os “recursos, cuidados e tratamentos dados devem”:

- a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
- b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
- c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

Assim, ao propor esta reestruturação que culminaria, mais à frente, na implantação de uma nova rede assistencial de saúde mental, o isolamento social deve ser substituído pela reinserção social do portador de transtorno mental em seu meio. Desta forma, a implantação da instituição tem um papel importante, já que, se localizada muito afastada das demais atividades da cidade, a sensação de isolamento pode estar associada a isso, mesmo que não existam as barreiras totais.

Pode-se associar à esta declaração dois conceitos antagônicos, onde a presença de um, anula a existência do outro e define se estão, ou não, dentro do contexto de humanização proposto pela reforma: o *isolamento social* e a *reinserção social*. Esses conceitos, podem ser verificados a partir de parâmetros espaciais de análise, como a *implantação*, a *tipologia arquitetônica* e a presença de *barreira total* (quadro síntese, p. 55).

Lei Federal 10.216, 06 de abril de 2001

Esta lei federal é a mais importante resultante da Luta Antimanicomial, é considerada, inclusive, como a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em sua descrição está que esta lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

Nela, está reforçado o que foi demonstrado na Declaração de Caracas, sobre os conceitos antagônicos de isolamento e reinserção social, onde a lei afirma que é direito da pessoa portadora de transtorno mental ter um tratamento voltado a “alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade [...] o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”.

Além disso, faz considerações acerca de como devem ser as características dos espaços e dos serviços que devem ser prestados neles, onde afirma que as instituições não podem ter caráter asilar, e sim terapêutico, ou seja, devem existir espaços voltados ao tratamento medicamentoso e de suporte clínico “pelos meios menos invasivos possíveis”, além de conter espaços voltados aos serviços de “assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.”

Alguns parâmetros são, aí, evidenciados: os já descritos com relação ao antagonismo isolamento/reinserção social, como implantação, tipologia e presença de barreira total, e são acrescentados os referentes ao atendimento ao programa de necessidades mínimo exigido por lei, bem como sobre as características dos serviços ali prestados (quadro síntese, p. 55).

Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000

Esta portaria é a que cria os “Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais”.

Esses serviços, como citado anteriormente, resultam na criação das Residências Terapêuticas, que são locais para onde serão encaminhados os pacientes psiquiátricos residentes em hospitais psiquiátricos, que não possuem vínculo externo, ou seja, que não tem moradia fixa fora do hospital.

Além de corroborar com a necessidade de reinserção social como objetivo dessas instituições, associada a ela, surge o conceito de autonomia dos residentes em estabelecimentos desta natureza. Segundo esta portaria, é princípio do Serviço Residencial Terapêutico “ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social”.

Esta autonomia, pode ser verificada por duas escalas do edifício: a macro, através de sua implantação, e a micro, através de sua disposição interna. Com relação à implantação, o espaço deve estar inserido em local com boa disponibilidade de transporte público e dentro de uma adequada acessibilidade. Já sobre a sua disposição interna, os elementos arquitetônicos devem ser dispostos de forma a permitir esta autonomia dos residentes para as atividades básicas, onde, segundo a lei, é considerando o parâmetro de atendimento ao programa de necessidades, o espaço deve contemplar:

- a) dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de, no máximo, 8 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 3 (três) por dormitório;
- b) sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;
- c) dormitórios devidamente equipados com cama e armário;
- d) copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.);

Assim sendo, além de ratificar a necessidade de reinserção social, condenando o isolamento, apresenta o parâmetro de espaços propícios à autonomia.

Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002 - ANEXO

Esta portaria estabelece “diretrizes e normas para assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências”.

Ela afirma que o hospital psiquiátrico é aquele “cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação” e aponta como determinações gerais para o atendimento psiquiátrico nos moldes do SUS, com rebatimento no espaço: a articulação com os demais serviços da rede proposta pela reforma – que solicitam uma implantação com ausência de barreiras totais; a proibição de existência de espaços restritivos, como as celas fortes;

Além disso, nesta portaria consta que as condições físicas devem estar de acordo com as normas específicas em engenharia, arquitetura e vigilância sanitária, e deve conter o programa espacial mínimo, que é:

- Uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital.
- Sala de curativo ou, na inexistência desta, 1 carro de curativo para cada 3 postos de enfermagem ou fração
- Área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída;
- Sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

Como principal contribuição, esta portaria traz um programa mínimo que deve ser respeitado nas internações psiquiátricas em unidades hospitalares, que reúnem o parâmetro de atendimento ao programa mínimo exigido por lei.

3.2.1.1 Quadro síntese:

Como quadros sínteses de verificação de conformidade para descrição espacial referentes às leis da RPB, foram construídos dois: um contendo os aspectos puramente técnicos referentes ao espaço e outro com preceitos mais gerais que tenham, de alguma forma, influência no espaço. São eles:

Quadro 9: Verificação de atendimento às normas da RPB, aspectos espaciais.

Aspectos puramente espaciais	
Norma/Lei	Exigência
Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.	- dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de, no máximo, 8 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 3 (três) por dormitório;
	- sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;
	- dormitórios devidamente equipados com cama e armário
	- copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.);
Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002 - ANEXO	- Uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m ² /leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital;
	- Sala de curativo ou, na inexistência desta, 1 carro de curativo para cada 3 postos de enfermagem ou fração;

	- Área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída;
	- Sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40m ² , mais 20m ² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

Fonte: Brasil, 2004.

Quadro 10: Verificação de atendimento às normas da RPB, aspectos com rebatimento no espaço.

Aspectos com influência no espaço	
Norma/Lei	Exigência
Declaração de Caracas	- salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
	-propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário.
Lei 10216, de 11 e abril de 2001.	- O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio;
	- O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
	- É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características

Fonte: Brasil, 2004.

3.2.2 Mapeando os *dispositivos institucionais* (Benelli 2003a/2003b; Foucault, 1975; Goffman, 1961)

Como parte do processo de descrição do espaço aqui proposto, está o mapeamento dos dispositivos institucionais a partir, principalmente, da obra de Goffman (1961) *Manicômios, prisões e conventos*, com a sua detalhada caracterização das *instituições totais*, através de uma correlação com as análises de Foucault (1975) acerca da *disciplina institucional*, subsidiada pelas constatações de Benelli (2003a /2003b) sobre esta relação.

Goffman diz o que são e como funcionam e indica o que produzem as instituições totais. Foucault, por sua vez, nos revela como são possíveis as instituições disciplinares e quais as razões de sua emergência. A leitura de Goffman a partir das análises de Foucault pode nos proporcionar um enriquecimento fecundo na compreensão dos processos de produção de subjetividade na sociedade contemporânea e, de modo específico, no contexto das instituições totais. Goffman analisa as práticas não-discursivas, ele as articula com grande sutileza, fazendo falar os “detalhes” mais pitorescos e aparentemente insignificantes do cotidiano institucional: percebemos então o plano microfísico das relações intra-institucionais, mergulhando nas diferentes estratégias nas quais o poder se ramifica, circula, domina e produz saberes e sujeitos. (Benelli, 2003a, p.99)

O conceito de *dispositivo* adotado por Foucault (1982) é o de uma “grade de análise construída para dar conta das conexões entre saber e poder: engloba materiais heterogêneos, o dito e o não-dito: arquitetura, discursos, teorias, técnicas, práticas, regras, etc” (Benelli, 2003a, p. 101). Neste contexto, a noção de *dispositivo institucional* como uma forma de infligir poder aos que estão em uma posição de vulnerabilidade está bastante presente na obra de Foucault (1975), onde a arquitetura é citada como um destes dispositivos. Segundo o autor, surge 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; mais geralmente, a de uma arquitetura que seria um operador para a transformação dos indivíduos: agir sobre aquele que abriga, dar domínio sobre seu comportamento, reconduzir até eles os efeitos do poder, oferecê-los a um conhecimento, modificá-los. (Foucault, 1975, p.144)

Benelli (2003a, p.101) complementa apresentando o conceito dos *operadores normalizadores* constituintes do dispositivo institucional que, seriam, “os instrumentos técnicos institucionais utilizados para a produção de subjetividade”, ou seja, para a transformação docilizadora dos internados para que se enquadrem nas normas-padrão de comportamento, e aponta o *plano arquitetônico* como sendo um desses operadores.

Muitos são os dispositivos institucionais de manutenção da intenção de uma instituição total. Alguns deles estão relacionados à arquitetura de forma direta, como, por exemplo, o fato da tipologia arquitetônica escolhida ser adotada como forma de facilitação do controle e da vigilância, e, outros, de forma indireta, surgindo da própria vivência institucional, onde “podemos esperar certa especialização espacial: uma enfermaria ou uma barraca adquirem a reputação de local de castigo para internados muito teimosos” (Goffman, 1961, p. 52).

No entanto, considera-se, aqui, que estes dispositivos institucionais, mais do que controlar, vigiar, disciplinar, intentam normatizar os indivíduos ali inseridos, através de *dispositivos disciplinares* (Foucault, 1975) e *ajustamentos primários* (Goffman, 1961), que resultariam, segundo Goffman (1961), em processos de mortificação, profanação, mutilação do *eu*.

Estes processos apontam dois caminhos distintos, que, muitas vezes, se ramificam ao longo da vida institucional. O primeiro deles – intitulado aqui de geografia do poder – é o caminho onde são produzidos sujeitos “normatizados”, “comportados”, inseridos num contexto institucional sem resistir a ele – *ajustamentos primários*. Esses ajustamentos são instrumentos institucionais criados para “manter a coesão” dentro da instituição: “são elementos de manutenção do *status quo*, já que se trata de um conjunto de práticas que o pólo subordinado desenvolve ao se identificar de modo alienado com o pólo dominante” (Benelli 2003b, p. 37).

Quando Foucault (1975, p.144) fala de uma arquitetura feita para “permitir o controle interior articulado e detalhado — para tornar visíveis os que nela se encontram”, ele está

falando de uma arquitetura de produção dos ajustamentos primários, uma vez que o controle é a forma encontrada de se evitar os desvios às normas sob ameaça de sanção.

O primeiro dispositivo institucional presente na arquitetura e que garante o caráter totalitário da instituição é a presença de barreiras totais nos limites da edificação, como muros, vegetação, lagos, portões ou qualquer meio de materialização deste *método de seqüestração* (Benelli, 2003) adotado pela *instituição total* (Goffman, 1961), já que o isolamento social é a primeira forma de *mutilação do eu* decorrente da institucionalização (idem, 1961).

Outro dispositivo marcado pelo espaço é o *cerimonial* (Benelli, 2003) ou *exibição* (Goffman, 1961) institucional, que são as salas onde a instituição tenta passar a idéia de algo que ela não é. Nesses lugares, tanto a disposição espacial quanto o comportamento humano é utilizado de forma a remeter a espaços “normais” encontrados no mundo externo, dando a impressão de que é isto que ocorre dentro da instituição.

Além disso, como *operadores normalizadores* (Benelli, 2003a) dos *dispositivos disciplinares* institucionais (Foucault, 1987) também marcados na arquitetura são as aberturas, estrategicamente posicionadas, de forma a manter os internados sempre em posição de onde possam ser vistos ou ouvidos. Essas aberturas são encontradas em toda a edificação, porém, intensificadas nos postos de guarda, no caso dos hospitais psiquiátricos, nos postos de enfermagem.

Segundo Goffman (1961, p.32), “o internado nunca está inteiramente sozinho”. Esta forma de controle absoluto dos internados resulta no que o autor chama de *exposição contaminadora*, onde o internado perde o poder de decisão sobre com quem irá conviver e, até mesmo, quem o verá em situações constrangedoras. Isto pode ser espacializado, por exemplo, nos banheiros sem portas, que são comuns nesses tipos de estabelecimentos de contenção, tornando as atividades íntimas em públicas.

Por fim, incluído nos dispositivos disciplinares está o *sistema de privilégios e castigos*, onde os internados que seguem as regras recebem alguns privilégios e os que se rebelam, os castigos. Isto é espacializado de forma direta e indireta. Muitas vezes, as instituições totais agrupam os internados “comportados” nos locais melhores e os mais rebeldes nos piores lugares, esta é uma forma direta de espacialização deste sistema. A forma indireta é a

existência de locais de ocorrência dessas práticas, ou seja, espaços que abrigam as práticas deste sistema, mesmo que não sejam eles os prêmios ou castigos.

De outro lado, surge a *geografia da liberdade*, onde existem as subversões às práticas institucionais, que podem ocorrer de forma direta, através da demonstração de sua rebeldia à instituição ou através da *exploração do sistema*, onde são encontrados meios ilícitos de obtenção de algo considerado proibido – *ajustamentos secundários*. (Goffman, 1961)

Os ajustamentos secundários são definidos por “qualquer disposição habitual pela qual o participante de uma organização emprega meios ilícitos, ou consegue fins não autorizados, de forma a escapar daquilo que a organização supõe que deve fazer e obter e, portanto, daquilo que deve ser” (Goffman, 1961, p. 166). Ou seja, é a forma encontrada pelos internados de se opor a uma ordem imposta.

Sobre eles, Goffman (1961) afirma que podem ser especializados nas instituições totais, de forma a revelar uma espécie de vida íntima da instituição. Segundo ele (1961, p. 167):

um interesse pelo local real em que são praticados os ajustamentos secundários e a região de origem dos "praticantes" muda o foco de atenção - do indivíduo e seu ato para os problemas coletivos, - considerando-se uma organização formal como um estabelecimento social, a mudança correspondente seria do ajustamento secundário do indivíduo para o conjunto total de tais ajustamentos que todos os participantes da organização mantêm coletivamente. Tais práticas, em conjunto, abrangem o que pode ser denominado a *vida íntima* da instituição, correspondendo, no estabelecimento social, ao que o *submundo* é para uma cidade.

O autor afirma que os internados normalmente verificam que seu mundo espacial está dividido em três partes: 1) “o espaço situado fora de seus limites ou fora de seu alcance”; 2) “o *espaço de vigilância*”; 3) “o espaço não-regularizado”.

Com relação aos primeiros, apenas a presença do internado já corresponde uma subversão à ordem institucional. Como exemplo desses lugares, tem-se os pátios femininos onde a presença dos homens internados é proibida, possivelmente, por questões de castidade. Além disso, pode-se encontrar espaços dessas naturezas em enfermarias específicas para determinada característica de internado. Os espaços podem ser considerados fora do alcance também em determinados horários, desta forma, aos internados de uma enfermaria em horário de recolha, todos os espaços de fora de seus limites são considerados proibidos, assim como a enfermaria o é para os que estão fora dela.

Sobre o segundo, o *espaço de vigilância*, é “uma área em que o paciente não precisa de uma desculpa específica para ficar, mas onde estava sujeito a autoridade e as restrições usuais do estabelecimento” (Goffman, 1961, p.167). Para os pacientes que tem certa permissão para andar livremente pelo hospital, nos horários permitidos, esses espaços correspondem a maior parte do hospital.

Já os espaços não-regularizados pela equipe dirigente, correspondem à porção espacial a qual não foi especificada regra de acesso, ou seja, não existe nem a permissão nem a proibição de sua ocupação.

Assim, por concordar com: a) Merleau-Ponty (1999), que afirma que a verdadeira liberdade é o ato de se opor a uma tendência que se impõe, b) Foucault que afirma que os verdadeiros livres são aqueles que subvertem à ordem, e c) Benelli (2003b) que adota o termo de *cartografia da liberdade* quando se refere às subversões que Goffman (1961) chama de ajustamentos secundários, considera-se aqui, a existência de uma geografia da liberdade, que pode ser espacializada.

Antes da apresentação dos quadros-síntese que serão utilizados na descrição espacial aqui proposta, faz-se necessário um último esclarecimento: apesar desta distinção feita por Goffman (1961) entre práticas sociais e internados, o processo de institucionalização tem inerente a ele, a produção de ambos os pólos simultaneamente: “as práticas institucionais produzem sujeitos como efeito dessas práticas, que por sua vez são tomados como alvos de manutenção delas ou se organizam como focos de resistência à ordem institucional” (Benelli, 2003b, p. 36).

3.2.2.1 Quadro síntese de parâmetros baseados na *Geografia do Poder*:

Quadro 11: Quadro síntese dos parâmetros espaciais associados à *Geografia do Poder*.

Parâmetro	Se	Então
Presença de barreiras totais	“A barreira que a instituição total coloca entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu” (Goffman, 1961, p. 24) e este fechamento está “incluído no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos” (idem, p. 16).	Para ser humana, a instituição não deve funcionar sob o método do isolamento e seus elementos espaciais não devem atuar com essa finalidade. Ou seja, um edifício humano é ausente de barreiras totais como as vistas com frequência em instituições totais.

Visibilidade permitida pelo espaço	Em instituições totais os internados estão sempre em posição de onde possam ser vistos ou ouvidos (Goffman, 1961) e este é um meio de coerção pelo poder (Benelli, 2003b) e de exposição contaminadora (Goffman, 1961), onde o paciente perde a autonomia de escolha de quem irá vê-lo e em que circunstâncias ele quer ser visto ou não.	Os espaços de instituições psiquiátricas, apesar de demandarem, em alguns pontos, certa visibilidade, por questões de segurança e por abrigar, muitas vezes, pacientes vulneráveis e dependentes fisicamente, devem prezar pela privacidade minimizando, ao máximo, esta exposição possibilitada pelos elementos arquitetônicos de vigilância e visibilidade, como portas vazadas, janelas dos postos de guarda para os quartos ou cômodos sem portas.
Salas de cerimonial institucional	Os recintos que formam o conjunto do cerimonial institucional abrigam práticas consideradas normais se comparadas aos padrões externos. Ou seja, elas são utilizadas para demonstrar a “contradição entre o que a instituição realmente faz e aquilo que oficialmente deve dizer que faz” (Goffman, 1961, p. 70). Por exemplo, em salas de espera ou recepções, tem sua disposição espacial de forma a transmitir a idéia de normalidade de suas práticas.	Os espaços associados à exibição institucional devem refletir o que ela, de fato, é, afinal, esses espaços, que normalmente correspondem ao primeiro contato com a instituição, deve demonstrar a identidade da mesma.
Espaços dos “comportados” x Espaços dos “rebeldes”	O sistema de privilégios e castigos (Goffman, 1961) é um dos dispositivos institucionais considerado por Benelli (2003b) como <i>operadores normalizadores</i> . Ou seja, atuam de forma a manter a ordem institucional e para preservar a intenção disciplinar da organização formal. Assim sendo, é um sistema de coerção que muitas vezes está espacializado, seja no encaminhamento de pacientes rebeldes para os locais considerados ruins na instituição e os comportados para os melhores lugares, seja abrigando esta prática e sendo, assim, símbolo dela.	O espaço que funciona como uma moeda de troca, uma coerção, ou uma estratégia de docilização, por sua própria intenção, não pode ser configurado dentro de um contexto de humanização. Além disso, o agrupamento social no espaço deve ocorrer de forma espontânea e não imposta, ou seja, os subgrupos sociais formados dentro da instituição devem ser formados por aproximações de fatos sociais ou escolhas pessoais.

Fonte: Goffman (1961); Benelli (2003b), adaptado.

3.2.2.2 Quadro síntese de parâmetros baseados na *Geografia da Liberdade*:

Quadro 12: Quadro síntese dos parâmetros espaciais associados à *Geografia da Liberdade*.

Parâmetro	Se	Então
Espaços proibidos	Existem, normalmente, nas instituições totais, espaços onde é proibido o acesso ao internado. Desta forma, apenas a sua presença já configura uma subversão à ordem institucional e ao uso de determinado espaço. Um exemplo disso é a proibição da presença masculina em pátios situados em alas femininas.	A presença de subversões pode demonstrar que o espaço não atende às necessidades humanas. Embora existam modificações de uso de espaços em qualquer tipo de instituição, e não apenas nas totalitárias, nelas, essas subversões correspondem a uma das únicas formas de protesto ou de liberdade encontradas nesses lugares.
Espaços de Vigilância	Os espaços de vigilância são aqueles em que os internados não são proibidos de acessar mas onde estão sempre sobre a vigilância da equipe. Para os internados que não tem fortes restrições ou que não estão sob contenção, isto corresponde a maior parte do hospital.	

Espaços não-regularizados	Existem, também, aqueles espaços que não possuem regras de utilização. Neles, a subversão consiste no abrigo de práticas consideradas ilícitas dentro da instituição.	
---------------------------	---	--

Fonte: Goffman (1961); Benelli (2003b), adaptado.

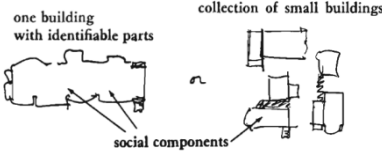
3.2.3 Os parâmetros espaciais de humanização por Alexander et. al (1977)

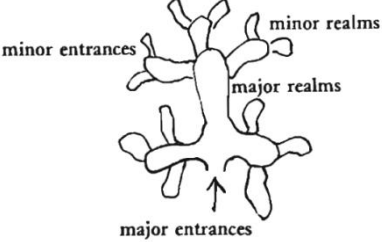
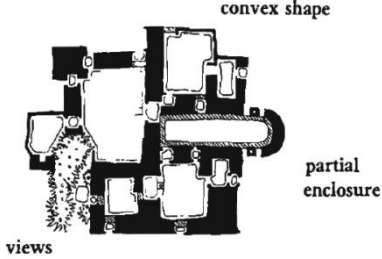
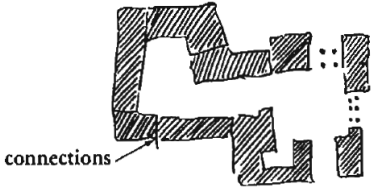
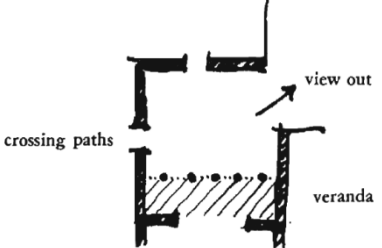
Para a seleção dos parâmetros de Alexander et. al (1977) que serão utilizados na descrição espacial desta pesquisa, foi feito um recorte nos referentes ao nível do edifício, descartando os do nível da cidade e da construção, já que o estudo de caso corresponde ao espaço interno da instituição.

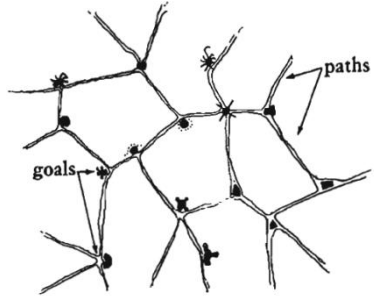
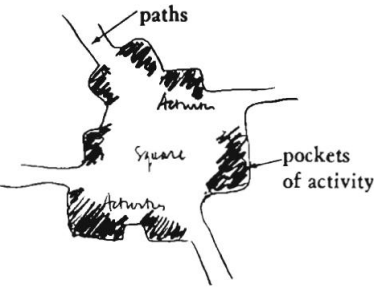
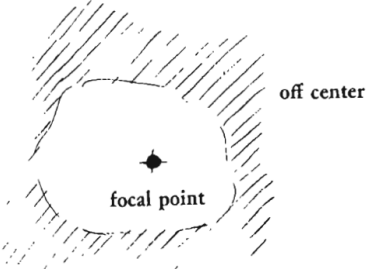
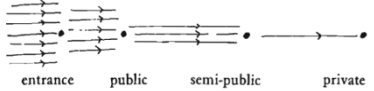
Dentre os 109 parâmetros referentes ao edifício definidos pelos autores, 17 foram considerados importantes para este estudo. O critério de escolha desses foi identificar quais tem a ver com o tipo de estabelecimento de contenção que está sendo estudado, dentro do contexto de humanização retirado do referencial teórico que dá embasamento a esta pesquisa.

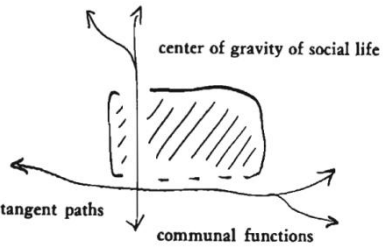
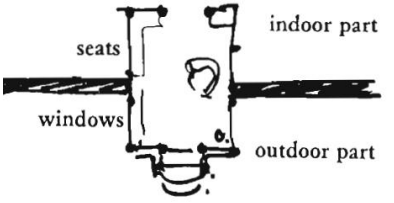
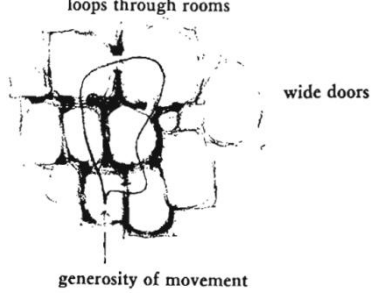
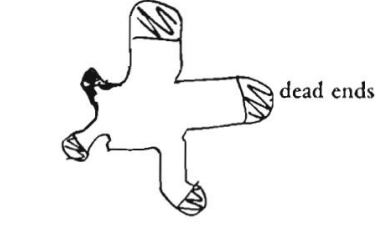
Por serem auto-explicativos, os parâmetros serão apresentados diretamente no quadro proposto pelos autores, respeitando a sua sequência lógica de pares condicionais Se/Então, seguida de um croqui:

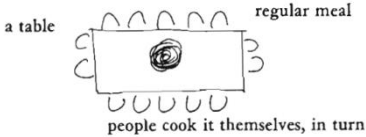
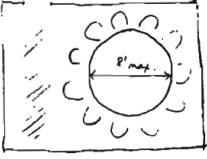
Quadro 13: Quadro síntese "Se"/"Então", com os 17 parâmetros.

Parâmetro	Se	Então	Croqui
Edifício como complexo (95- <i>Building complex</i>)	Um prédio não pode ser humano a menos que seja um complexo e “prédios menores” ou partes menores que manifestam os seus próprios fatos sociais internos.	Um edifício deve ser entendido como um complexo e suas partes menores devem ser identificadas: baixas densidades – coleção de “pequenos prédios” conectados por arcadas, pontes, pátios, etc.; altas densidades – prédio único com destaque para importantes partes identificáveis dentro de um mesmo tecido tridimensional.	

Circulações de Recantos (98 – <i>Circulation realms</i>)	Em muitos prédios, o problema da desorientação é agudo e tem impacto direto no estresse mental das pessoas.	A configuração espacial dos edifícios deve estar disposta de forma que se chegue a determinado ponto, passando por uma sequência de recantos cada um marcado por uma porta de entrada, de forma que se tornem cada vez menores ao longo do trajeto.	
Espaços Externos Positivos (106- <i>Positive outdoor space</i>)	As pessoas se sentem confortáveis em espaços positivos – convexos – e costumam usá-los, e se sente desconfortáveis em espaços negativos – côncavos -, evitando-os.	Os espaços abertos que cercam os prédios e se encontram nele, devem ser positivos e ter algum grau de fechamento.	
Porções do edifício conectadas (108 – <i>Connected buildings</i>)	Edifícios isolados são sinal de uma sociedade desconectada	As porções dos edifícios (o que corresponde às suas subdivisões, seus subgrupos), devem estar conectadas de modo a dar a impressão de continuidade.	
Pátios que vivem (115 – <i>Courtyard Which Lives</i>)	Os pátios construídos nos prédios modernos estão, muitas vezes, “mortos”. Eles são criados para serem espaços abertos para as pessoas usarem, mas isso, muitas vezes, não ocorre.	Nos pátios, devem haver espaços de transição entre os espaços abertos e fechados, que permitam a visão do espaço aberto, devem ser alocadas portas que construam caminhos naturais que passem pelos pátios e devem conter elementos arquitetônicos que demonstrem a integração do interior com o exterior.	

Caminhos e lugares (120 – <i>Paths and goals</i>)	O layout dos caminhos será confortável para os transeuntes, apenas, quando for compatível com o processo que envolve o ato de caminhar: a escolha de destinos intermediários (marcos visíveis) em constante mudança.	Os caminhos devem ser traçados a partir da conexão de marcos que representam pontos de interesse natural no espaço. Devem ser retos ou ligeiramente curvados e com uma distinção na pavimentação ao redor do marco.	
Bolsões de atividade (124 – <i>Activity Pockets</i>)	A vida das praças se forma, naturalmente, ao redor de sua borda.	As praças devem ser rodeadas por pontos de reunião com bolsões de atividades – áreas pequenas, parcialmente fechadas nas extremidades que se projetam para frente no espaço aberto entre os caminhos e contém atividades que tornem natural que as pessoas parem e se envolvam.	
O Centro de espaços abertos (126 – <i>Something roughly in the middle</i>)	Um espaço aberto sem um centro está fadado a ficar vazio.	Os espaços abertos (praças, pátios e demais áreas de uso comum) devem conter algo no encontro dos caminhos. Este elemento deve ser marcante e atrativo.	n the middle. 
Gradiente de intimidade (127 – <i>Intimacy gradient</i>)	A menos que os espaços de um edifício sejam dispostos em uma sequência que considere os graus de privacidade, as visitas de não-moradores será sempre um evento estranho.	As disposições dos espaços de um edifício devem seguir uma sequência que vá do público ao privado	

Área comum no centro (129 – <i>Common areas at the heart</i>)	Nenhum grupo social vive sem contato informal constante entre os membros.	Deve existir uma única área comum para cada grupo social, localizada no centro de gravidade de todos os espaços que o grupo utiliza e de forma que os caminhos estejam tangenciados a ela.	
Ambiente de entrada (130 – <i>Entrance Room</i>)	O espaço de chegada e de saída, que marca a passagem entre o exterior e o interior deve ser coerente com este momento importante de um edifício.	O ambiente de entrada deve ser iluminado e atravessar a fronteira entre o exterior e o interior cobrindo e integrando porções desses dois tipos de espaço.	
O fluxo entre os ambientes (131 – <i>The flow through rooms</i>)	O movimento entre os cômodos tem tanta importância quanto os próprios cômodos e o arranjo deste movimento tem tanto efeito na interação social que ocorre nos cômodos quanto o próprio interior deles.	O fluxo entre os cômodos deve ser menos corredores e passagens e mais com salas de uso comum que promovam movimento e interação das pessoas.	
Quarto próprio (141 – <i>A room of one's own</i>)	Uma pessoa que não tem um quarto próprio viverá sempre um confronto: participar e ser reconhecida como membro do grupo, mas não ter sua individualidade respeitada por não ter nenhum espaço totalmente em seu controle.	Cada membro do grupo deve ter um quarto individual, por menor que seja. Estes, devem estar na última etapa do gradiente de intimidade (privada), o mais distante possível das áreas comuns (pública).	

Lugar comum para refeições (147 – <i>Communal Eating</i>)	Sendo a comida e a bebida o símbolo de comemorações, sem uma sala comum para refeições nenhum grupo consegue permanecer unido.	Toda instituição ou grupo social deve ter um local para as pessoas comerem juntas, com mesas próprias para isto.	
Pequenos locais de encontro (151 – <i>Small meeting rooms</i>)	Quanto maiores os espaços de encontro, menos as pessoas os utilizam.	Nos edifícios, pelo menos, 70% dos espaços de encontro devem ser, realmente, pequenos e devem estar concentrados nas áreas mais públicas do edifício.	

Fonte: Alexander et al (1977), adaptado.

3.3 Classificação dos Parâmetros

Os 22 parâmetros selecionados como embasamento para a descrição espacial foram classificados em grandes grupos com a intenção de organizar as informações tornando a explanação dos resultados mais clara. Esses grupos foram definidos de acordo com as questões mais recorrentes derivadas do processo de estudo do referencial teórico e da própria construção dos parâmetros, são eles: 1) *Sistema de barreiras*; 2) *Tipologia Espacial*; 3) *Relação Instituição X Sociedade*; 4) *Partes do todo*; 5) *Relação público/privado*; 6) *Interação Social*.

No primeiro grupo, *Sistema de barreiras*, a discussão gira em torno da primeira e maior forma de *mutação do eu* (Goffman, 1961), de impedimento do alcance da humanização através da reinserção social (Brasil, 2000): o regime de contenção. É neste grupo que será mapeada a materialização deste regime através das barreiras físicas, impostas por sua arquitetura e elementos arquitetônicos. Assim, terá como instrumento de descrição, diretamente, os parâmetros das categorias *Normas técnicas* e *Geografia do poder/da liberdade*, e indiretamente, os parâmetros da categoria *Linguagem de padrões*, uma vez que

muitos deles atentam para a importância de se perceber, no edifício, a transição interior/exterior.

O segundo grupo, *Tipologia espacial*, traz discussões que demonstram como a tipologia espacial adotada tem reflexos nas diferentes formas de utilização de um espaço. Nele, todas as categorias de parâmetros terão participação direta, com cruzamento de parâmetros sempre que necessário para que a informação seja completa.

O terceiro grupo, *Relações Instituição X Sociedade*, abarca questões acerca de como estão espacializados no hospital os locais das atividades realizadas conforme os distintos papéis sociais que um homem assume em sociedade, tomando por base preceitos da reforma psiquiátrica, que aponta a necessidade de ensino de um ofício, de atividades de lazer, dentre outras, para se alcançar a humanização nesses espaços. Além disso, apresenta as estratégias que a instituição adota para tentar passar à sociedade uma imagem programada e amenizada de seus espaços, atividades e gestão, baseadas no conceito de *cerimonial institucional* de Goffman (1961).

Em *Partes do todo*, quarto grupo, o edifício será desmembrado em partes menores, onde serão descritos os ambientes das alas femininas e da praça, no intuito de dissecá-las quantos aos aspectos mais técnicos do espaço, como o atendimento à legislação e alguns parâmetros específicos de *Linguagem de padrões*, que atentem para o interior do edifício.

O quinto grupo, *Relação público/privado*, trata dos aspectos referentes à privacidade (ou falta dela) dentro do hospital, assunto bastante abordado pelas três categorias de parâmetros e que, segundo Alexander et al (1977) é condição para que um espaço seja considerado humano, fato ratificado por Goffman (1977) quando o autor afirma que estar em posição de onde possa sempre ser visto ou ouvido por alguém constitui uma das formas de *mutulação do eu* nas instituições totais.

Por fim, o último grupo, *Interação social*, é o que utilizará o maior número de parâmetros em sua descrição. Isto se dá pelo fato da recorrência do tema nas três categorias. Nele, a interação social influenciada pelo espaço será descrita em aspectos distintos, como nas áreas das alas em si (interação imposta) e também nas áreas externas do setor de internação (interação espontânea).

Como se pode perceber, a descrição aqui realizada não se dá de forma linear, e nem poderia ser pelo grau de complexidade existente na edificação estudada. Ela é resultado do

cruzamento dos parâmetros das diferentes categorias em cada um dos grupos propostos, como demonstra tabela abaixo:

Quadro 14: Categorias e seus cruzamentos com os parâmetros.

Parâmetro #	Descrição	Classificação dos parâmetros					
		Sistema de barreiras	Tipologia Espacial	Relação Instituição X Sociedade	Partes do todo	Relação Público/ Privado	Interação Social
01	Quesito dimensionamento				X		
02	Normas Reforma Psiquiátrica	X	X	X	X	X	X
03	Edifício enquanto complexo	X	X				X
04	Área comum no centro				X		X
05	Lugar comum para refeições			X	X		X
06	Pequenos locais de encontro			X	X	X	X
07	Porções do edifício conectadas		X			X	X
08	Canto Próprio				X	X	X
09	Gradiente de intimidade					X	X
10	Espaços Externos Positivos		X		X	X	
11	Bolsões de Atividade				X	X	
12	Centro dos espaços abertos						X
13	Circulação de Recantos						X
14	Fluxo entre os ambientes		X				
15	Entrada principal	X		X	X	X	X
16	Pátios que vivem				X	X	X
17	Caminhos e lugares		X		X	X	X
18	Ambiente de entrada	X			X		
19	Vistas das janelas				X		
20	Espaços proibidos	X			X		X
21	Espaços de vigilância	X			X		X
22	Espaços não-regularizados	X			X		X

Fonte: Albuquerque, 2014.

Apresentados os parâmetros que darão subsídio à descrição espacial, um último ponto deve ser tratado neste capítulo: os conceitos e instrumentos da teoria da lógica social do espaço, Sintaxe Espacial.

3.4 Sintaxe Espacial: a medição da complexidade

A já mencionada complexidade associada à arquitetura resulta em subáreas dependentes e complementares de estudo necessárias à obtenção de um conjunto de qualidade. Holanda e Kohlsdorf (1994, p.71) sugerem quatro “regiões teóricas” que agrupam “subáreas de conhecimento especializado” e resultam em uma determinada função do espaço, são elas:

controles térmico, acústico e luminoso (função: modificação climática); psicologia arquitetônica, sintaxe espacial (função: modificação comportamental); custos de infra-estrutura urbana, economia das edificações, sistemas construtivos (função: modificação de recursos); semiologia arquitetônica, estética arquitetônica (função: modificação simbólica).

A teoria da sintaxe espacial começou a ser desenhada por Bill Hillier e seus colaboradores no início dos anos 70. Esta teoria “parte da perspectiva de que a instância espacial é uma variável explicativa de certas dinâmicas contidas na relação entre sociedade e forma construída [...] visa, portanto, estudar as implicações sociais do espaço arquitetônico” (Pereira et. al, 2011, p. 9).

Esta definição relacional entre as variáveis sociais e espaciais também é encontrada em Holanda e Kohlsdorf (1994, p. 92), que sintetizando em poucas palavras afirma que o objetivo da teoria da sintaxe espacial é “o estabelecimento de relações entre a estrutura espacial de cidades e de edifícios, a dimensão espacial das estruturas sociais, e variáveis sociais mais amplas, procurando revelar tanto a lógica do espaço arquitetônico em qualquer escala como a lógica espacial das sociedades”.

Ela surge a partir da necessidade de superação de dificuldades encontradas por Hillier e Hanson (1984, p.8) nas teorias até então vigentes:

primeiro, não há uma *descrição* consistente das características mórficas do espaço “feito pelo homem”, de maneira que se pudesse compreender as leis de sua determinação pelos processos e estruturas sociais. Segundo, não há uma descrição das características mórficas da sociedade que pudessem requerer um tipo ou outro de materialização espacial. A razão para esta falta de progresso tem basicamente a ver com o paradigma pelo qual conceituamos o espaço, o qual mesmo em suas vertentes mais progressivas, postula um âmbito social mais ou menos abstrato – certamente a-espacial – ligado a outro âmbito, puramente físico, do espaço. O paradigma, de fato, conceitua o espaço como não tendo conteúdo social e a sociedade como não tendo conteúdo espacial. Entretanto, não é possível termos nem uma coisa nem outra se existem leis de determinação entre essas duas instâncias.

Estas afirmações demonstram como a teoria da sintaxe espacial tem um caráter relacional, onde a descrição espacial está diretamente associada aos “processos e estruturas sociais”, bem como a descrição das características da sociedade demanda uma “materialização espacial”. Por este motivo, esta teoria constrói um modelo conceitual a partir do qual se pode estudar o “conteúdo social dos padrões espaciais e o conteúdo espacial dos padrões sociais” (Holanda, 2002, p. 85). Em síntese, a sintaxe espacial, “estabelece uma teoria descritiva básica de tipos de padrões e então um método de análise” (Hillier & Hanson, 1984).

Apesar de se tratar de uma teoria que relaciona intrinsecamente os padrões espaciais e os padrões culturais, Hillier et. al (1987 apud Holanda, 2002, p.87), afirmam que não se pode dizer que todos os traços culturais sejam determinados pelo espaço, mas que “existem traços culturais que são determinados por padrões espaciais”. Isto, segundo os autores, aconteceria em três estágios: padrões espaciais²⁴ → vida espacial²⁵ → vida social²⁶, onde o questionamento seria: “o desenho espacial tem consequências para os padrões de vida espacial que acontecem neles? E a vida espacial tem consequências para a patologia social? A primeira questão é claramente mais arquitetônica, a segunda mais sociológica”.

No entanto, Holanda (2002), sugere uma troca na sequência desses estágios para: vida social → vida espacial → padrões espaciais, onde vida social seria o conjunto dos padrões culturais. Desta forma, o autor entende que, ao invés dos padrões espaciais determinarem a vida espacial, eles seriam consequência dela e, então, o questionamento seria modificado para: as variáveis culturais tem consequências para os padrões de vida espacial? E a vida espacial tem consequências para os padrões espaciais?

Holanda (2002, p.88) afirma que, qualquer que seja a ordem escolhida de questionamentos relacionais a ser investigado, este é apenas um artifício de análise para “examinar a evidência empírica”, que suscita para cada abordagem dos fenômenos um conjunto de variáveis específico para sua análise, tendo por base um *aspecto* pré-determinado. “O estudo dos aspectos da co-presença do espaço arquitetônico, em relação aos quais a Sintaxe Espacial ocupa um lugar central, igualmente pressupõe o desenvolvimento de um conjunto de variáveis que são peculiares a essa abordagem” (idem, p.95). Nesta pesquisa, o conjunto de variáveis de análise do espaço descrito, se aterá ao primeiro nível analítico proposto por Hillier e Hanson (1984), os *padrões espaciais*.

²⁴ Estudo do “estabelecimento de padrões de relações compostos essencialmente de barreiras e de permeabilidades de diversos tipos” (Hillier & Hanson, 1984, p. 54);

²⁵ Variável de análise que depende das características das pessoas que ocupam o espaço (Holanda, 2002);

²⁶ Conjunto dos padrões culturais (Holanda, 2002).

3.4.1 Os padrões espaciais e as variáveis de análise

Segundo Holanda (2002, p.96), as categorias de análise selecionadas devem servir para responder a questionamentos acerca do objetivo principal da teoria: o estabelecimento de “relações entre espaço e sociedade, a última entendida como um sistema de probabilidades de encontros”.

Hillier e Hanson (1984, p. 54), afirmam que a organização do homem no espaço é “o estabelecimento de padrões de relações compostos essencialmente de barreiras e de permeabilidades de diversos tipos”. O território pode ser entendido como um vazio contínuo até que sejam impostas, nele, as barreiras. A distribuição das barreiras, geradoras de passagens no espaço, condiciona a existência de um “sistema de encontros e de restrições que constituem a sociedade” (Holanda, 2002, p.96).

Como a teoria da lógica social do espaço está sendo utilizada nessa pesquisa como um instrumento de aferição da possível ausência de humanização no espaço e por este conceito estar atrelado ao fato das instituições totais se organizarem em torno do lema supremo da *vigilância* e do *controle*, as ferramentas da sintaxe espacial que nos interessa são aquelas voltadas ao estudo da profundidade do sistema espacial, através de estudos de permeabilidade tomando por base a classificação dos espaços-tipo no que diz respeito às propriedades referentes a *acessibilidade* e *visibilidade* (Hillier, 1996; Amorim, 2013), já que esta classificação dá pistas de como a disposição espacial e seu jogo de aberturas, permite as atividades de supervisão e vigilância no espaço.

Sobre os tipos de comportamento humano na ocupação de edifícios, Hillier (1996, p. 248) afirma que “é útil começar considerando-os da forma mais genérica possível”, sem ater-se ao propósito ou significado da atividade, mas sim à sua manifestação física e espacial “ou seja, o que realmente pode ser observada sobre a atividade humana por , digamos, um extra-terrestre que não tinha idéia do que estava acontecendo e só poderia registrar observações” (idem, p. 248).

Assim, de forma genérica, o autor defende que podem ocorrer no espaço: *ocupação* e *movimento*. Ocupação é definida como o uso do espaço para atividades que tem características, parcialmente, ou em sua grande parte, estáticas e pode englobar, também, pequenos movimentos dentro de uma mesma unidade espacial. Já o conceito de movimento

engloba a movimentação entre os espaços, ou seja, a relação entre eles. Desta forma, “ocupação usa as propriedades *locais* de espaços específicos e o movimento as propriedades mais *globais* do padrão de espaços” (Hillier, 1996, p.249).

Daí pode-se extrair outra diferença acerca da forma espacial que as atividades de ocupação e movimento solicitam. A primeira demanda formas convexas, ou seja, aqueles em que “nenhuma linha pode ser traçada entre quaisquer dois pontos do espaço que passe por fora dele” (Hillier & Hanson, 1984, p.54), pois “envolve a interação ou co-presença” (Hillier, 1996, 249) e apenas em espaços convexos se pode estar ciente da ocupação de todo o espaço.

Já o movimento é essencialmente linear e, por conseguinte, solicita que o espaço também o seja. Segundo Hillier (1996, p. 250), para o movimento ser inteligível e eficiente, “deve haver linhas claras e relativamente desimpedidas através dos espaços”.

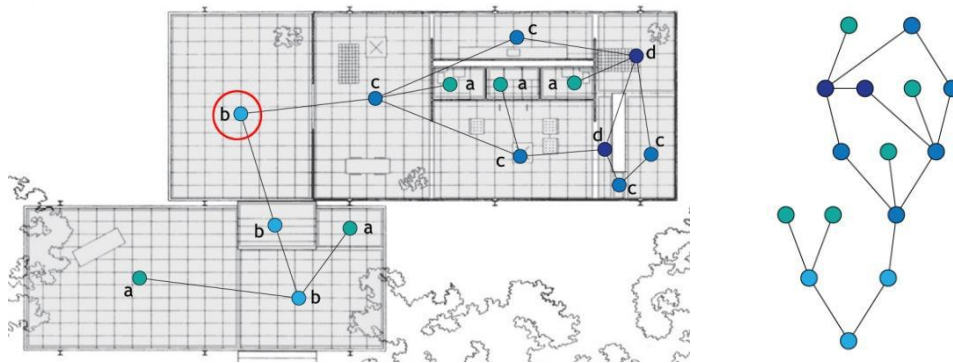
Da existência de espaços mais propícios à ocupação e outros ao movimento, surge o estudo dos diferentes tipos de espaços de acordo com as relações que se estabelecem dentro de um sistema espacial.

3.4.1.1 Tipos de espaços - acessibilidade (Hillier, 1996; Amorim, 2013)

Segundo Hillier (1996, p.250), existem quatro tipos de espaços (ou espaços-tipo), de acordo com as propriedades de adjacência e acessibilidade, são eles: tipo **a**, chamados de *espaços finais*, aqueles que contem apenas uma conexão; tipo **b**, que possuem mais de uma conexão e “medeiam o acesso entre dois espaços adjacentes em uma sequência” (Amorim, 2013, p.10); tipo **c**, possuem mais de uma conexão e, ao menos, um anel ou ciclo, possibilitando o movimento; tipo **d**, possuem, ao menos, duas conexões e dois ciclos.

Dessa forma, espaços do tipo a, por não possibilitarem o movimento, sendo finais em uma sequência de espaços, seriam mais adequado à ocupação. Já os espaços do tipo b, possibilitam o movimento, porém com alto grau de controle, por possuir rotas únicas e pelo fato do movimento de retorno de uma rota passar pelo mesmo espaço da ida. Os espaços do tipo c, também possibilitam o movimento restringindo sequências de espaço, porém sem o requisito do retorno encontrado em “b”. Por fim, espaços do tipo d, permitem o movimento com baixo grau de controle já que permite a escolha de rotas nos dois sentidos.

Figura 23: Exemplo de espaço-tipo segundo acessibilidade de acordo com Hillier (1996) e grafo justificado.



Fonte: Amorim, Lins Filho, 2013.

No entanto, Amorim (2013, p.10) afirma que

o uso das propriedades de acessibilidade como referência única para a classificação dos espaços-tipo não parece ser suficiente para representar o fenômeno em tela. Faz-se necessário incluir no modelo descritivo as propriedades de visibilidade do sistema, notadamente pela importância na concepção de sistemas espaciais, seja para garantir boa inteligibilidade, portanto, fácil navegação, seja para oferecer as condições de vigilância e supervisão, muitas vezes requerida.

3.4.1.2 Tipos de espaços - visibilidade (Amorim, 2013)

Complementando o modelo proposto por Hillier (1996), Amorim (1999; 2013) apresenta a classificação de unidades convexas segundo propriedades de adjacência e visibilidade, onde “se uma porção de um espaço convexo, adjacente ou não, for visto de um terceiro, então a relação entre os dois espaços é estabelecida, independente da área visível” (idem, 2013, p.11).

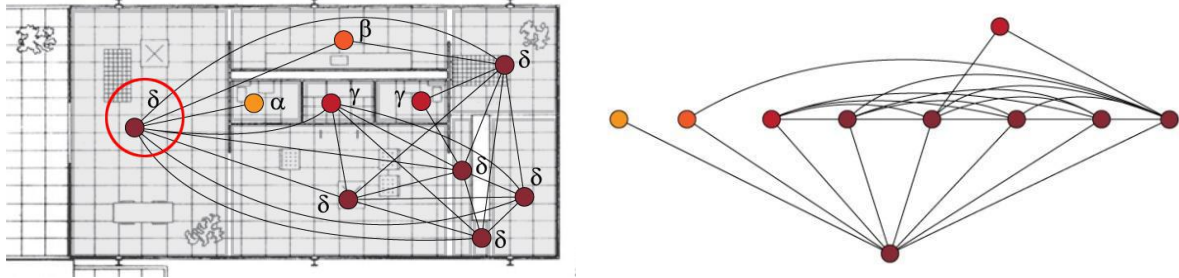
A classificação desses espaços, segundo o autor é: espaço-tipo α , com apenas uma conexão visual a um espaço adjacente; espaço-tipo β , que possui, ao menos, duas conexões visuais com espaços adjacentes; espaço-tipo γ , que conecta-se “visualmente, no mínimo, a um espaço não adjacente e todos os espaços a quem ele se conecta são visíveis entre si, constituindo uma rede de mútua visibilidade” (Amorim, 2013, p.12); espaço-tipo que também possui conexão visual com espaços não-adjacentes mas nem todos estão mutuamente conectados.

Como conclusão, o autor traz que

a característica principal do espaço-tipo α é o de se constituir como um espaço recluso, que oferece pouca informação visual acerca das unidades espaciais que compõem a edificação. Já o espaço-tipo β pode se prestar para a supervisão ou vigilância dos espaços adjacentes. Já os espaços-tipo γ e δ oferecem amplos campos visuais e permitem uma compreensão do sistema espacial como um todo, além de permitir a supervisão e vigilância de espaços. Por estas características, os espaços-

tipo α , β e γ , por terem características mais restritas de visibilidade entre espaços, ocorrem com menos frequência quando comparando especificamente aos espaços-tipo δ . (Amorim, 2013, p.12)

Figura 24: Espaços tipo segundo visibilidade de acordo com Amorim (2013) e grafo justificado.



Fonte: Amorim, Lins Filho, 2013.

3.4.1.3 Tipos de espaços - acessibilidade e visibilidade (Amorim, 2013)

Cruzando os tipos de espaços quanto as propriedades de acessibilidade e visibilidades, Amorim (1998, 2013) traz o sistema **aa | dδ**, que é composto por treze espaços-tipo:

(a) espaço-tipo **aa** é acessível por apenas um espaço e oferece visão para a apenas este espaço adjacente; (b) espaço-tipo **aβ** é acessível por apenas um espaço e oferece visão para mais de um espaço adjacente, ao menos por meio de uma barreira transparente; (c) o espaço-tipo **aγ** é acessível por apenas um espaço e está conectado visualmente com, no mínimo, um espaço não adjacente e todos os espaços a quem ele se conecta são visíveis entre si, constituindo uma rede de mútua visibilidade; (d) já o espaço-tipo **aδ** mantém as propriedades reclusão quanto à acessibilidade e apresenta conectividade visual para espaços não adjacentes, mas alguns destes não estão mutuamente conectados; (e) o espaço-tipo **bβ** é acessível por dois espaços e tem domínio visual de, no mínimo, dois espaços adjacentes; (f) espaço-tipo **bγ** é acessível por dois espaços e está conectado visualmente a uma rede de mútua visibilidade com, no mínimo, um espaço não adjacente; (g) espaço-tipo **bδ** é acessível por dois espaços e faz parte de uma rede de visibilidade onde alguns dos seus componentes não são visíveis entre si; (h) o espaço-tipo **cβ** faz parte de um anel e tem domínio visual de, no mínimo, dois espaços adjacentes; (i) espaço-tipo **cγ** está inserido em um anel e está conectado visualmente a uma rede de mútua visibilidade com, no mínimo, um espaço não adjacente; (j) espaço-tipo **cδ** faz parte de um anel e está inserido em uma rede de visibilidade onde alguns dos seus componentes que não compartilham acesso visual; (k) o espaço-tipo **dβ** está inserido em, no mínimo dois anéis e tem domínio visual de, no mínimo, dois espaços adjacentes; (l) espaço-tipo **dγ** faz parte de, no mínimo, dois anéis e está conectado visualmente a uma rede de mútua visibilidade com, no mínimo, um espaço não adjacente; (m) espaço-tipo **dδ** faz parte de, no mínimo, dois anéis e faz parte de uma rede de visibilidade onde alguns dos seus componentes não são visíveis entre si.

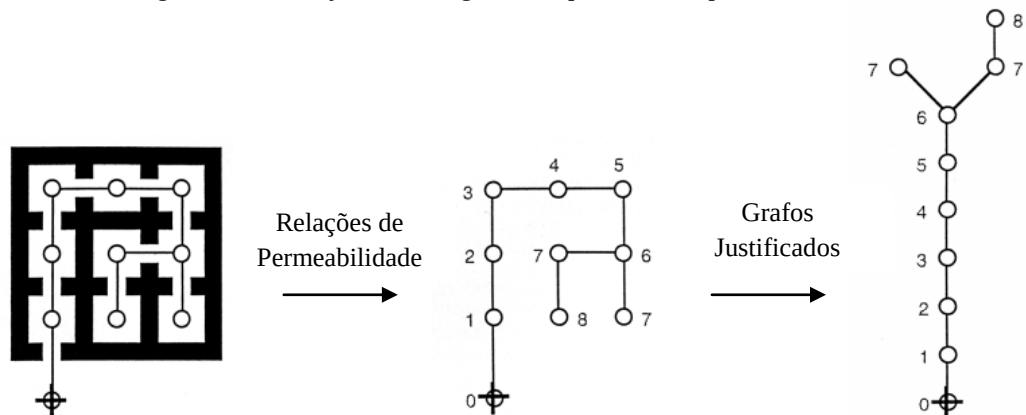
Esta análise dos tipos espaciais é, muitas vezes, utilizada na comparação de edifícios históricos. No entanto, aqui será utilizada para a descrição espacial de um único exemplar pelo seu caráter morfológico de interessantes constatações, como, por exemplo, a identificação de sistemas espaciais que favoreçam o controle.

3.4.2 Os grafos justificados

Ainda sobre o estudo de permeabilidades e sendo mais uma ferramenta de análise de como o espaço pode favorecer as atividades de controle e vigilância, tem-se os grafos justificados. Esses grafos são construídos em cima de um mapa de espaços convexos e demonstra as relações de adjacência e permeabilidade, onde

as unidades espaciais correspondem a nós e as relações de permeabilidade e as relações de visibilidade representam conexões entre os nós. Os grafos são estruturados em níveis sobrepostos, correspondendo a sucessivos passos sintáticos (profundidade) a partir de um espaço-raiz. Assim, grafos justificados em forma de árvore correspondem a sistemas mais profundos, em que a maioria dos nós estão afastados da raiz. Já grafos em forma de arbustos, correspondem a sistemas mais rasos, em que a maior parte dos nós está próxima à raiz (Beck, 2011, p. 24).

Figura 25: Grafos justificados gerados a partir dos mapas de barreiras.

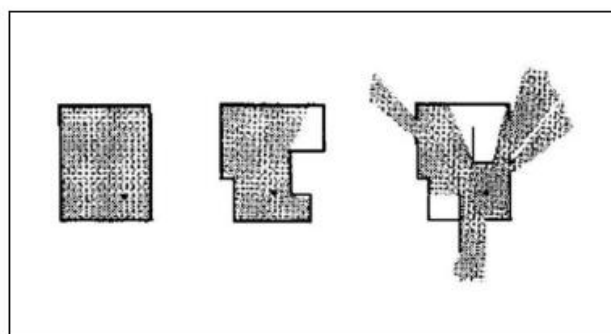


Fonte: Saboya, 2011 (adaptado).

Fechando os instrumentos da sintaxe espacial utilizados nesta descrição para dar suporte às suas discussões e investigações, tem-se mais um recurso para o estudo de visibilidade: as Isovistas e os Gráficos de Análise de Visibilidade.

3.4.3 Isovistas e Gráficos de Análise de Visibilidade (VGA)

Figura 26: Representação de Isovistas.



Fonte: Benedikt, 1979.

A análise de visibilidade será descrita utilizando, também, outros dois instrumentos da sintaxe espacial: as Isovistas e os Gráficos de Análise de Visibilidade. A Isovista de um espaço é a representação de tudo o que pode ser visto diretamente dele. Segundo Beck (2010, p. 18), “uma isovista é a figura bidimensional resultante da intersecção da forma tridimensional constituída por todos os pontos visíveis e um plano horizontal na altura dos olhos do observador”. Ou seja, é a descrição de uma “arrumação óptica” determinada pela disposição das barreiras no espaço.

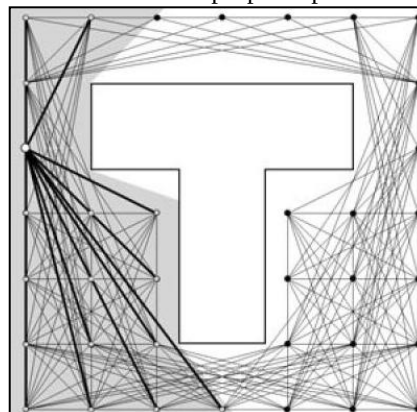
Complementando o método de análise de visibilidade das Isovistas, Turner et al (2001) apresentam os Grafos de Análise de Visibilidade (VGA). Segundo os autores, o sistema bidimensional de análise não permitiria a obtenção do real campo visual do observador em determinado ponto e nem o modo como se “relacionam com questões sociais ou estéticas”.

Por este motivo, propõem um modelo mais amplo, onde, ao invés de se ater às características visuais locais, foca em um caráter mais global das isovistas, ou seja, da forma como as isovistas se relacionam entre si. Segundo Turner et al (2001, p. 15),

ao olhar para estas propriedades locais e globais, considerando o seu significado em termos de descrição espacial, e compará-los com o uso real – através do movimento e da ocupação do meio ambiente que o gráfico representa – esperamos lançar luz sobre os efeitos da estrutura espacial sobre a função social em espaços arquitetônicos.

Para a construção do VGA, primeiramente é necessária a localização de seus pontos geradores, ou seja, a malha onde serão locadas as isovistas. Turner *et. al* (2001) constroem um grafo a partir de isovistas geradas por dos pontos visíveis entre si, onde considera que os pontos que são mais visíveis a partir de outros ponto, adquirem um valor maior de visibilidade e os que são menos visíveis um valor menor.

Figura 27: grafo de visibilidade proposto por Turner et. al (2001).



Fonte: Turner *et. al* (2001)

A análise deste gráfico é feita através da geração de um grafo de cores quentes e frias indo do vermelho ao azul escuro. Onde o vermelho são os pontos mais visíveis e esses valores se reduzem gradativamente até o azul escuro que representa os pontos menos visíveis.

As malhas e os gráficos são gerados a partir de simulação computacional. O programa aqui utilizado foi o Depthmap.

Apresentados os parâmetros de humanização do espaço, com base na legislação em saúde mental, nas obras de Goffman (1961), Foucault (1975) e Benelli (2003a; 2003b), e na teoria de Alexander et al (1977), bem como a classificação dos mesmos, parte-se para a descrição espacial, englobando, inicialmente, os aspectos gerais sobre o Hospital Escola Portugal Ramalho, passando pela apresentação de seus sistemas espaciais, para, por fim, descrever as alas psiquiátricas femininas de forma mais detalhada.

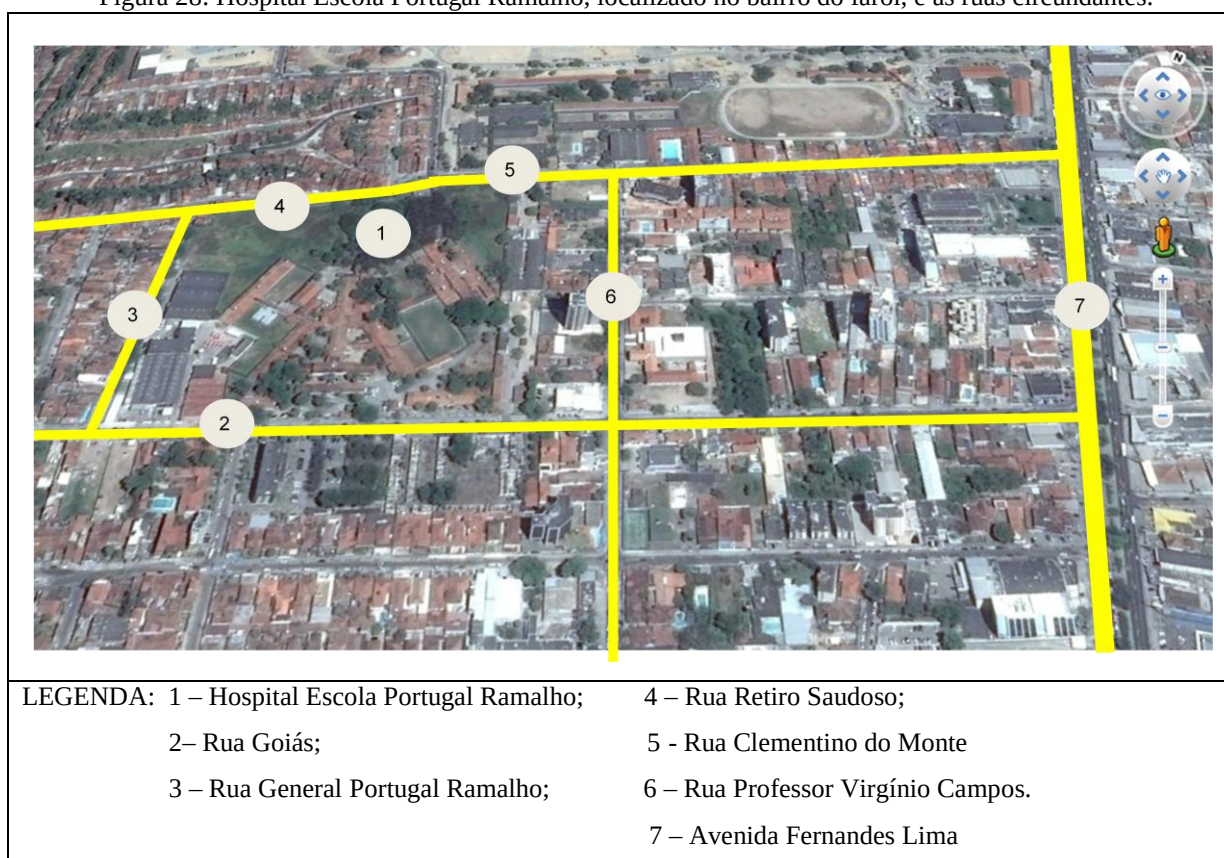
4 O ESPAÇO DESCRITO

4.1 HEPR: Aspectos Gerais

O Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR), único hospital psiquiátrico público da cidade de Maceió, possui um papel centralizador na prestação à assistência psiquiátrica da cidade e do estado: assim, é dado início à descrição de seu enquadramento fora do contexto de humanização na saúde mental. A Lei federal nº 10.216, de 2001, e a Portaria municipal nº 4.678, de 2013, resolvem que a internação em unidade hospitalar psiquiátrica só deve ocorrer depois de tentados todos os tipos de tratamento nos espaços propostos pela reforma psiquiátrica, e nunca deve ser a primeira solução, como ocorre no HEPR.

Localizado no bairro do farol – que possui certa centralidade geométrica entre as partes baixa e alta da cidade -, próximo a uma importante avenida, Fernandes Lima, é acessado pela Rua Goiás e o quarteirão onde está localizado, circundado pelas ruas General Portugal Ramalho, Retiro Saudoso, Clementino do Monte e Professor Virgínio Campos (figura 28).

Figura 28: Hospital Escola Portugal Ramalho, localizado no bairro do farol, e as ruas circundantes.

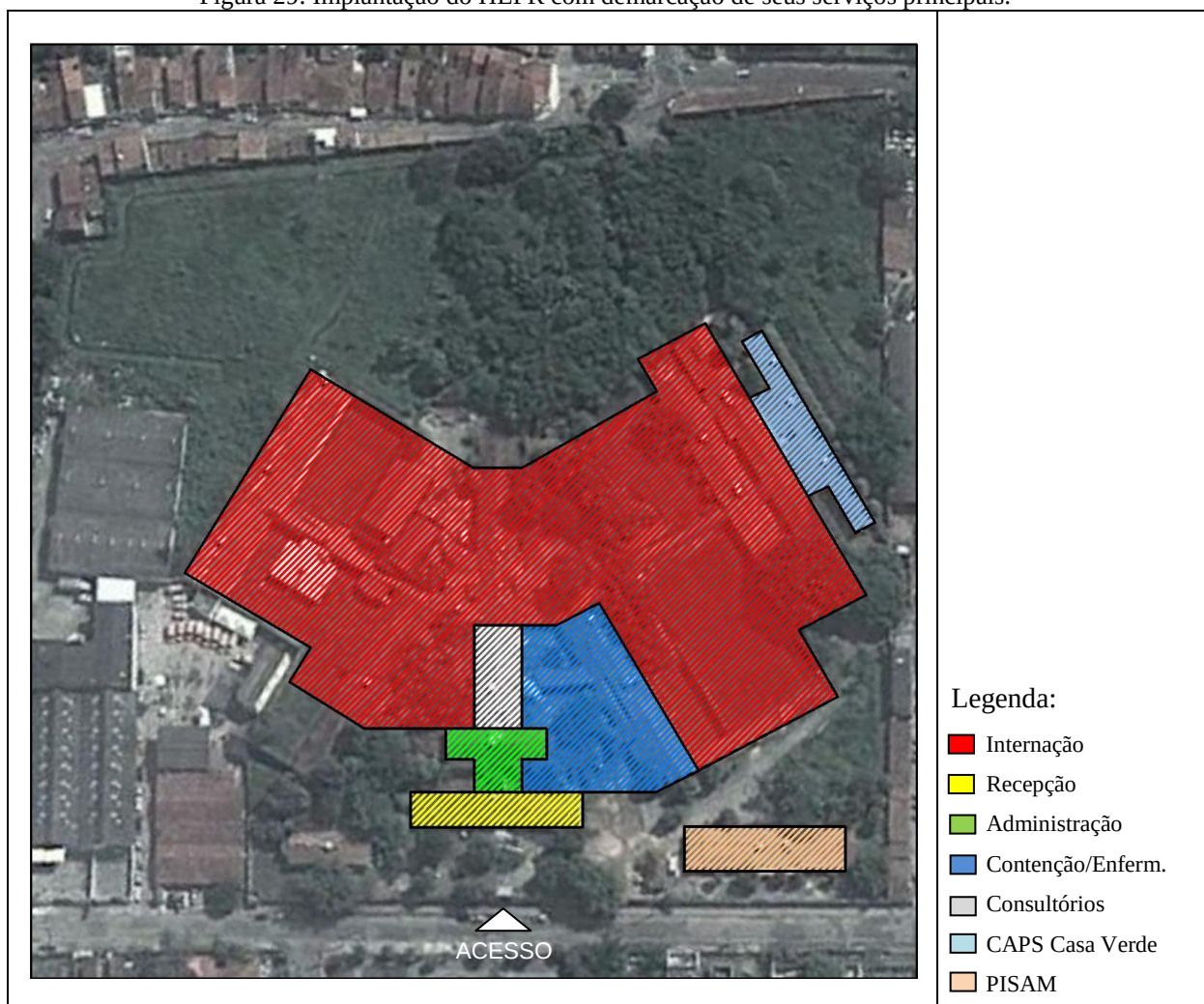


Fonte: Google Earth Adaptado, 2014.

O edifício do HEPR, diferentemente das outras instituições psiquiátricas da cidade que foram implantadas em edificações já existentes, foi construído com a finalidade de ser hospital psiquiátrico, local de abrigo e assistência médica aos ali internados.

No mesmo terreno do HEPR e vinculados a ele, estão outros serviços psiquiátricos como o Centro de Estudos e Atenção ao Alcoolismo e Outras Drogas-CEAAD, um setor ambulatorial PISAM e o Centro de Atenção Psicossocial CAPS Casa Verde, o que é proibido pela Lei federal 10.216, que afirma que os CAPS não podem ser vinculados e nem estar no mesmo terreno de hospitais psiquiátricos (figura 29).

Figura 29: Implantação do HEPR com demarcação de seus serviços principais.



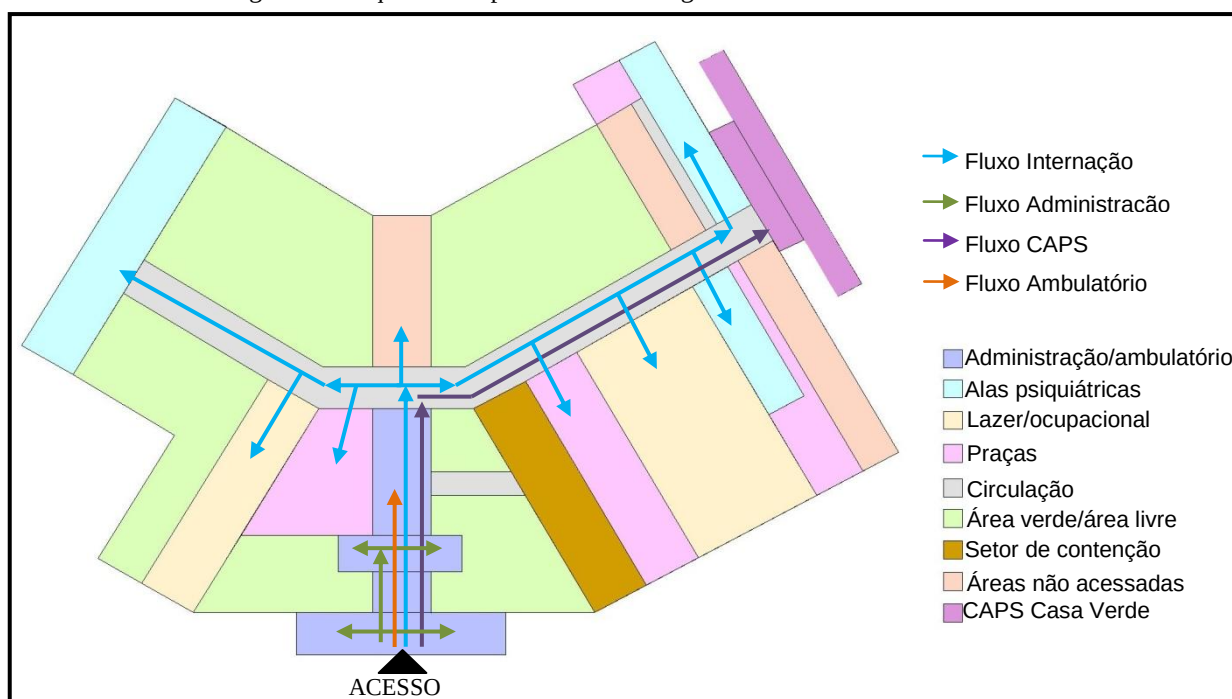
Fonte: Google Earth, 2014 (adaptado).

Além dos setores de internação, administração, CAPS e ambulatorial, o terreno contempla uma extensa área aberta, onde uma parte é utilizada como estacionamento de funcionários. Um fato que se destaca na implantação do hospital é a quantidade de vegetação alta e densa ao seu redor, que pode ser associada ao que Foucault (1975) afirma ser uma das

táticas de camuflagem dos estabelecimentos de contenção, uma vez que impedem a visão do que ocorre dentro do hospital.

Aproximando-se da parte central e principal do complexo hospitalar, demarcadas na figura 29, à exceção do PISAM, tem-se os seguintes fluxos e zoneamento esquemático:

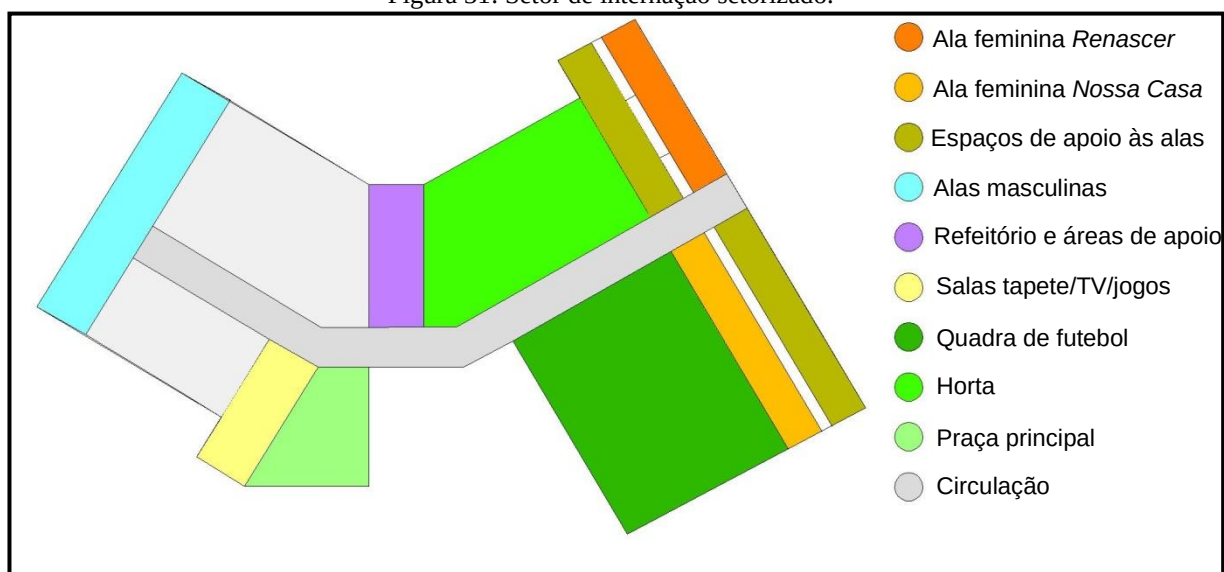
Figura 30: Esquema Hospital Escola Portugal Ramalho com zoneamento.



Fonte: Albuquerque, 2014.

O setor de internação engloba: as alas psiquiátricas – 2 femininas, somando 65 leitos e localizadas no lado direito do zoneamento, e 2 masculinas, com um total de 95 leitos; áreas de lazer e terapia ocupacional – que são compostas de sala de confecção de tapetes, sala de TV, sala de jogos, quadra de futebol e horta; praças - principal e das alas; Setor de contenção – para onde vão os pacientes em crise ou agitados; Refeitório – onde os pacientes sem restrições locomotivas fazem as refeições (figura 31).

Figura 31: Setor de internação setorizado.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Este hospital, que já chegou a ser considerado o segundo melhor do país, que foi palco das maiores práticas psiquiátricas convencionais de tortura, como o eletrochoque e o isolamento em celas, hoje, apresenta um discurso de humanização, veiculando, reiteradamente, na mídia, suas festividades e possíveis avanços rumo a reinserção social dos seus usuários. De fato, as grades de ferro deram espaço a outros elementos arquitetônicos - como a alvenaria - e os eletrochoques não são mais utilizados. Porém, busca-se perceber através da descrição de seu espaço até que ponto vai esta transformação: se entre os muros da loucura há abertura para um espaço, realmente, humanizado.

4.1.1 HEPR como *Espaço Reverso*

Antes de entrar na descrição, faz-se necessário alguns esclarecimentos. O primeiro deles é acerca da forma elementar de ocupação de espaços de contenção. Partindo das idéias de Hillier e Hanson (1984), num mesmo complexo espacial podem ser encontrados dois tipos distintos de indivíduos de acordo com a forma como se relacionam com o espaço: os habitantes e os visitantes. Os primeiros são caracterizados pelos autores como sendo os que detêm a posse do espaço; os outros, como sendo aqueles que adentram um local dominado pelos habitantes.

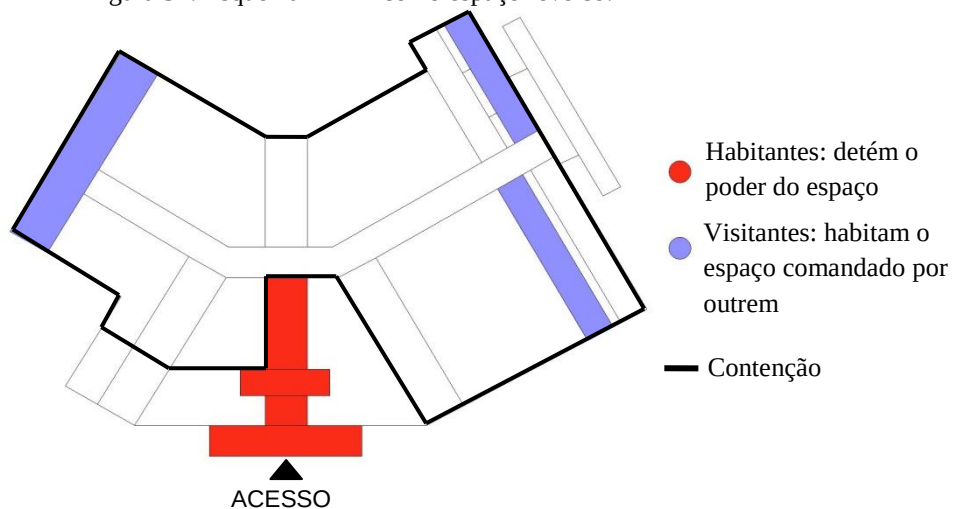
Na lógica da maior parte dos sistemas espaciais existentes, o posicionamento natural desses dois tipos de usuários segue uma convenção onde os habitantes, porquanto sejam os dominadores do espaço, se encontram nos cômodos mais profundos do sistema, logo, mais

distantes do exterior. Já os visitantes, localizam-se, normalmente, nos espaços mais rasos e, portanto, mais próximos ao exterior.

Esta convenção, no entanto, não é encontrada nos hospitais de modo geral e, principalmente, no sistema de contenção dos hospícios. Nestes espaços, os habitantes são representados pela equipe médica ou dirigente – detentores do poder organizacional do espaço – que se encontram numa posição mais próxima ao exterior, enquanto os visitantes são os pacientes – que utilizam o espaço dominado por outrem e se encontram no sistema mais profundo do hospital, mais distante do exterior. Portanto, há uma inversão da lógica elementar: são os chamados *edifícios reversos* (Hillier & Hanson, 1984).

Esta lógica inerente aos hospitais também se materializa no HEPR, derivada, principalmente, de uma necessidade peculiar de vigilância. A disposição espacial desse complexo hospitalar é arranjada de forma a alocar os visitantes (pacientes residentes ou não) nos espaços mais distantes do exterior (alas, em azul na figura 32), pois, embora tenham acesso, em horários determinados, aos outros espaços do setor de contenção, as alas são os locais de maior permanência. Já os espaços voltados aos habitantes (equipe dirigente) encontram-se mais próximos do exterior, materializados pelo setor de administração - dominados pelos gestores - e ambulatorial - tendo o médico como dominador- (figura 32).

Figura 32: Esquema HEPR como espaço reverso.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Este foi um fato que despertou uma das primeiras curiosidades durante o período de pesquisa e que foi se confirmando com a proximidade da pesquisadora ao objeto de análise: os detentores do poder do espaço (médicos e gestores) parecem ser aqueles que menos o conhecem enquanto instituição. Isto foi intuído por alguns episódios presenciados, onde pode

ser citado o fato de que, embora o contato com psicólogos, terapeutas e enfermeiros seja constante, o contato dos pacientes com os médicos psiquiatras, que são aqueles que determinam quem pode ou não sair do hospital - ser “libertado”- ocorre, normalmente, apenas uma vez na semana, ocasionando, por vezes, superlotação desnecessária.

Por óbvio, esta distribuição espacial reversa tem como pretensão o controle às entradas e saídas e sua materialização principal e imediata se dá pela presença de barreiras totais (Goffman, 1961).

4.2 O Sistema de Barreiras

Retomando o caráter elementar de sistemas totalitários que se constitui em torno do isolamento social, este método de seqüestração (Benelli, 2003b) já configura o espaço do HEPR como fora do contexto de humanização. Isto ocorre porque: 1) ao isolar o doente do seu meio, o hospital psiquiátrico torna-se incapaz de alcançar os objetivos associados à humanização da assistência à loucura - a reinserção social - e ocasiona maior incapacidade social (Brasil, 1990); 2) “a barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira *mutação do eu*” (Goffman, 1961, p. 24).

Este isolamento social, no Hospital Escola Portugal Ramalho, é marcado por três estágios de barreiras materializados por elementos arquitetônicos: a barreira parcial correspondente ao muro que circunda o complexo hospitalar; a barreira de transição que é a recepção do hospital; a barreira total que corresponde ao portão de acesso à área de internação (figura 33). Estes funcionam, também, como filtros, onde o acesso se torna cada vez mais restrito.

Figura 33: Implantação do HEPR com locação das barreiras que materializam o isolamento.

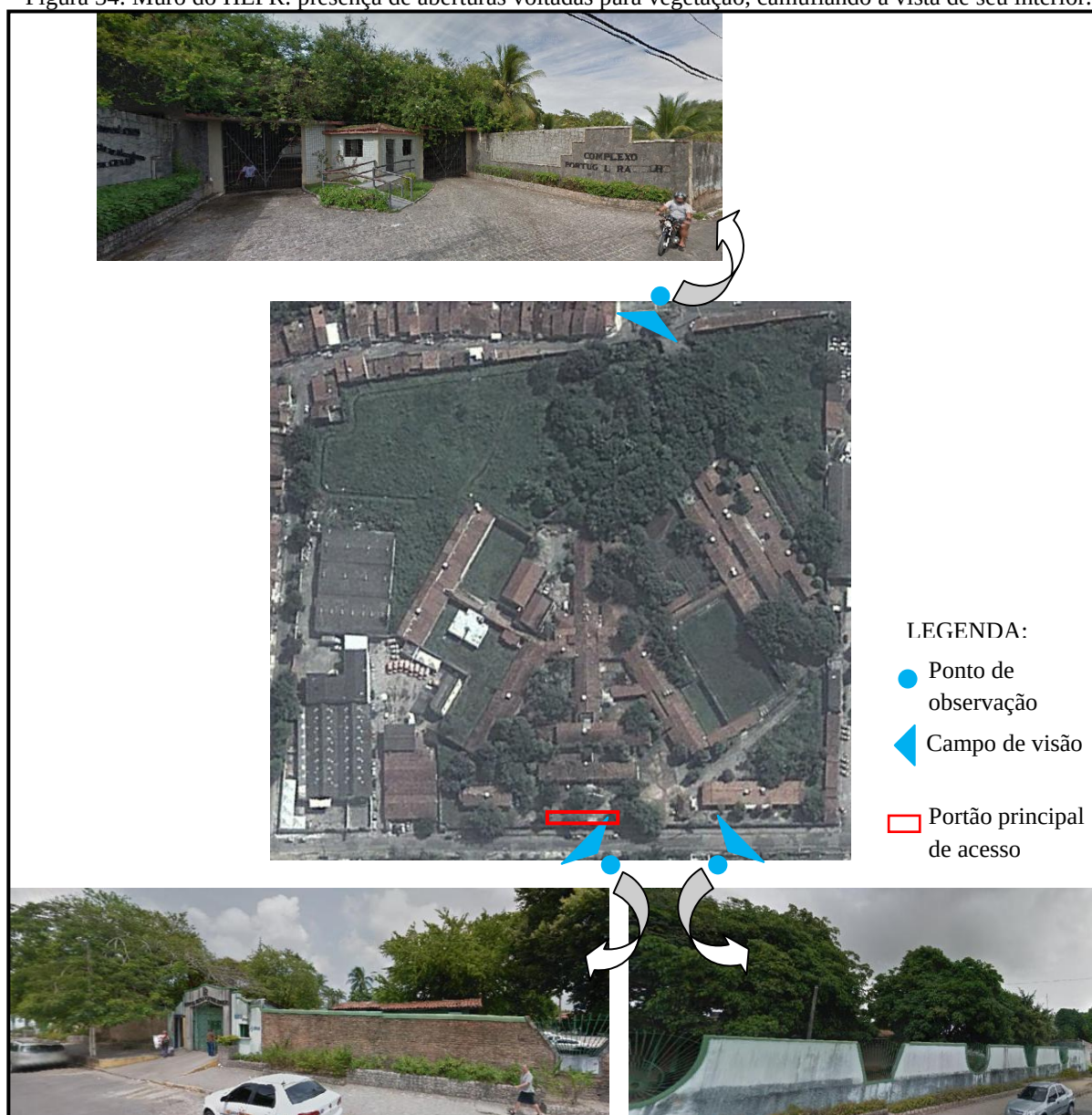


Legenda: 1 – 1ª barreira: muro que circunda o complexo hospitalar;
 2 – 2ª barreira: Recepção do HEPR;
 3 – 3ª barreira: barreira total, o acesso ao setor de internação.

Fonte: Google Earth, 2014, (adaptado)

O muro que delimita a área pertencente ao complexo hospitalar (figura 34) é o primeiro destes filtros: nas duas laterais, o muro volta-se para as ruas – pouco movimentadas - sempre com poucos ou inexistentes pontos de visibilidade – quando os têm, os mesmo estão, quase sempre, marcados pela presença de vegetação camuflando a vista de seu interior. O seu ponto de acesso de funcionários, pacientes e visitantes é o portão principal de veículos e pedestres, onde é preciso identificação para permissão de entrada.

Figura 34: Muro do HEPR: presença de aberturas voltadas para vegetação, camuflando a vista de seu interior.



Fonte: Google Street View, 2014.

A segunda barreira encontrada até chegar à área de internação é a recepção do hospital (figura 35). A ela, se dirigem pacientes psiquiátricos no aguardo de consultas ou obtenção de remédios, funcionários e todos aqueles que pretendem chegar ao setor de isolamento. Por isso, funciona como um segundo filtro.

O local, além de possuir mobiliário propício à atividade de espera, possui um balcão localizado no início do corredor que conecta a recepção aos setores de administração e internação e impede a livre passagem a essas áreas, sendo necessária a identificação para autorização de entrada (figura 35-b).

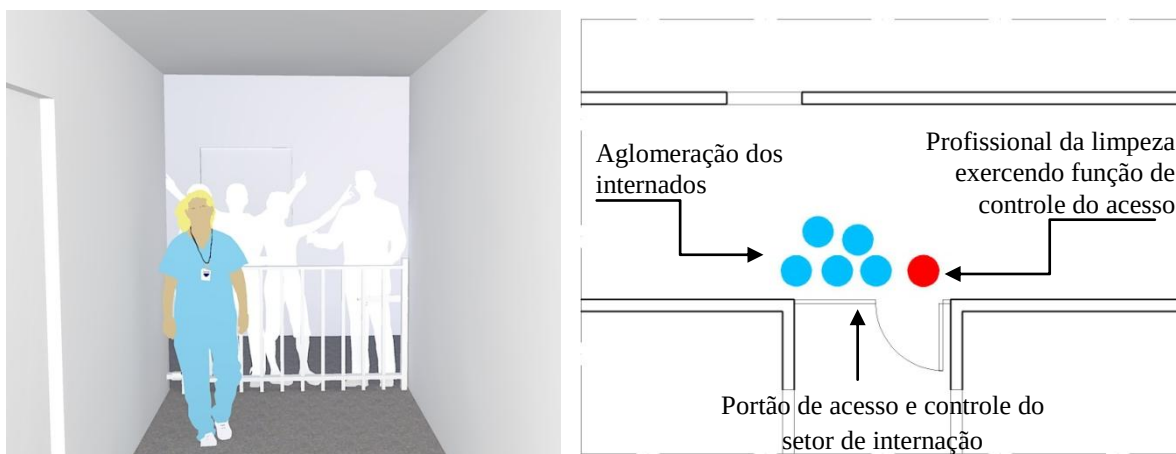
Figura 35: a) Foto da fachada da recepção; b) Croqui esquemático de sua disposição e posicionamento da barreira.



Fonte: Albuquerque, 2014.

A barreira total que separa a área de internação não só do restante do hospital, como do restante de toda a sociedade, está representada por um pequeno portão onde fica um funcionário da limpeza que atua como guarda tomando a decisão de quem entra e quem sai e impedindo a passagem dos internados (figura 36).

Figura 36: Portão de acesso à área de internação: a) Esquema em perspectiva b) croqui em planta esquemática.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Por ser baixo, com cerca de um metro de altura, ele permite a visão do corredor de acesso aos consultórios psiquiátricos, de assistência social e de enfermagem, onde circulam pacientes psiquiátricos de rotina (que não estão internados), familiares deles e funcionários de todos os níveis hierárquicos. A “vida” existente neste corredor torna o portão de acesso à área de isolamento um ponto de convergência dos pacientes internados que se aglomeram para implorar por soltura, para solicitar por tudo que lhes falta ou mesmo para observar o único local fora da área de internação que lhes é acessível visualmente.

Desta forma, esse portão possui relação de permeabilidade visual, uma vez que sua configuração permite a visualização de outras áreas do hospital, porém não possui relação de

permeabilidade física para os doentes mentais, já que os internados não podem passar por ele a menos que recebam alta. Esta é de fato a barreira social condicional: aquela que determina a condição de doente - materializando a justificativa social do *enclausuramento* - e a condição de “curado” – representada pela permissão para voltar à vida em sociedade.

4.2.1 Quadro síntese

Apresentado o sistema de barreiras, traz-se o quadro síntese gerado a partir dos parâmetros utilizados para a sua descrição: *Presença de Barreiras Totais* e o *Atendimento à legislação*:

Quadro 15: Cruzamento entre o que diz a legislação e a situação atual do HEPR.

Aspectos com rebatimento no espaço		
Norma/Lei	Exigência	Situação Atual
Declaração de Caracas	-propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário.	- Não atende, uma vez que há proibição à saída;
Lei 10216, de 11 e abril de 2001.	- O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio;	

Fonte: Albuquerque, 2014.

Quadro 16: Cruzamento entre o parâmetro Presença de Barreiras Totais e a situação atual do HEPR.

Parâmetro	Se	Então	Situação Atual
Presença de barreiras totais	“A barreira que a instituição total coloca entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu” (Goffman, 1961, p. 24) e este fechamento está “incluído no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos” (idem, p. 16).	Para ser humana, a instituição não deve funcionar sob o método do isolamento e seus elementos espaciais não devem atuar com essa finalidade. Ou seja, um edifício humano é ausente de barreiras totais como as vistas com frequência em instituições totais.	- Por possuir barreiras até se chegar à barreira total propriamente dita (portão de acesso à área de internação), o espaço não atende à condição de humanização.

Fonte: Albuquerque, 2014.

Além do sistema de barreiras, a descrição da tipologia arquitetônica do edifício faz-se necessária para demonstrar como a sua distribuição espacial interfere no seu uso e auxilia ou não a humanização do espaço.

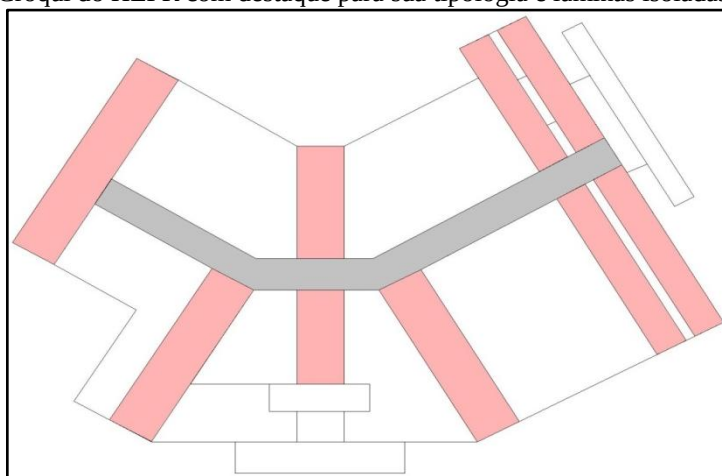
4.3 Tipologia Espacial

Alexander et al. (1977, p. 469), no parâmetro intitulado *Edifício enquanto complexo*, afirmam que um edifício é a manifestação concreta de um grupo ou instituição social e, como toda instituição social, possui grupos ou instituições sociais menores. Assim sendo, segundo os autores, um prédio com senso de humanidade deve ser disposto de forma a possibilitar a

existência desse desmembramento do sistema em microssistemas, e esta subdivisão deve estar clara na diferenciação entre os espaços de cada grupo, permitindo que o espaço seja uma impressão das características desses grupos.

O HEPR tem uma tipologia horizontal, predominantemente, de *lâminas isoladas articuladas* por uma circulação principal que as conecta (Góes, 2004), que, de fato, permite a criação de subgrupos através da disposição espacial, uma vez que define a segregação em partes menores que compõe o todo através da articulação do corredor (figura 37).

Figura 37: Croqui do HEPR com destaque para sua tipologia e lâminas isoladas articuladas.



Fonte: Albuquerque, 2014.

No entanto, a ocupação espacial destes subgrupos ocorre não por opção, afinidade ou aproximação por fatos sociais, e sim é ditada e organizada pela instituição. Um exemplo disto é o processo de admissão institucional das mulheres internadas, onde a escolha das integrantes de cada grupo se dá de acordo com as características de temperamento apresentado no momento de internação ou ao longo de sua permanência no lugar: as mais calmas, que oferecem menos resistência às ordens hospitalares ou que são mais idosas (e por isso solicitam um espaço mais tranquilo) são encaminhadas para ala *Nossa Casa*; em contrapartida, as que são consideradas mais rebeldes, mais agressivas ou mais resistentes à internação, ficam na ala *Renascer*. Como resultado, o espaço acaba sendo um dispositivo institucional do sistema de privilégios e castigos (Goffman, 1961; Benelli, 2003) onde a submissão ou não às regras institucionais levam a interna a ter uma vida mais agitada ou mais tranquila, esta é a síntese do parâmetro construído de acordo com os autores e intitulado *Espaços dos “comportados” x Espaços dos “rebeldes”*.

Além disso, a diferenciação dos espaços pelos grupos sociais existentes é bastante limitada, uma vez que o hospital não permite a impressão da identidade de seus usuários no

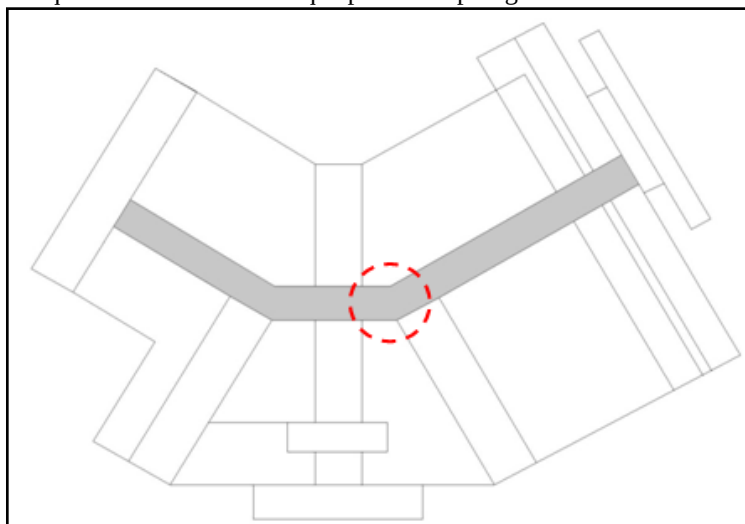
espaço, prezando sempre pela padronização e uniformização dos mesmos. Quando essas manifestações ocorrem, podem ser consideradas como uma forma de subversão à ordem imposta que, possivelmente, será removida o mais rápido possível.

Desta forma, apesar de possuir um prédio dividido em partes menores, ele não alcança o motivo pelo qual Alexander et al. (1977) consideram esta característica do edifício como algo que propicie a humanização - que é o fato destas subdivisões e articulações permitirem que as pessoas se agrupem no espaço por escolha e não por imposições e manifestem no espaço as diferenças decorrentes desses fatos sociais.

Outro parâmetro de Alexander et al (1977) que está associado à tipologia adotada é o *Porções do edifício conectadas*. Nele, os autores afirmam que “edifícios desconectados são sinal de uma sociedade desconectada” e, por isso, que deve haver uma idéia de unidade nesses subgrupos ou subsistemas descritos no parâmetro anterior.

Para os autores, a desconexão entre as partes de um sistema espacial geram a desorientação, questão que, segundo eles, tem sido problemática em muitos edifícios, causando estresse mental em seus usuários. Afirmam, ainda, que um prédio com senso de humanidade deve ser aquele em que as pessoas, com facilidade, possam explicar para as outras os caminhos para se chegar de um ponto a qualquer outro do edifício.

Figura 38: Croqui do HEPR com destaque para sua tipologia e lâminas isoladas articuladas.

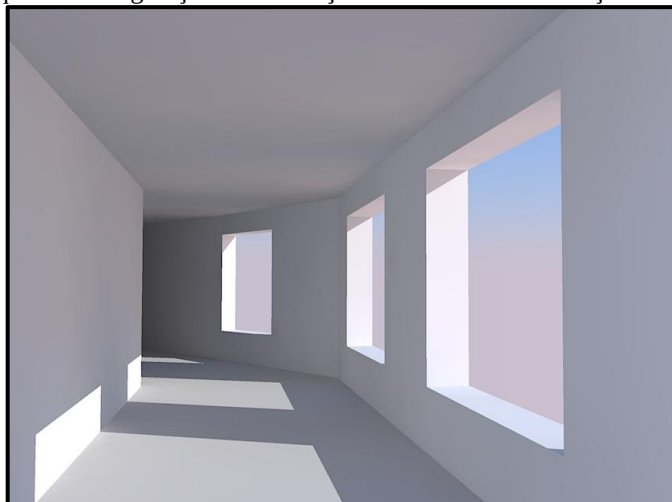


Fonte: Albuquerque, 2014.

A disposição do hospital em forma de lâminas isoladas articuladas permite a obtenção do senso de humanidade correspondente ao parâmetro *Porções do edifício conectadas*, ou seja, que os espaços dos distintos subgrupos estejam articulados por algum elemento, neste caso, a grande circulação. No entanto, quanto à orientação espacial, os ângulos do corredor

não garantem a impressão de continuidade que permite ao usuário se orientar espacialmente (ver figuras 38 e 39). Além disso, existem brigas nos corredores, constantemente, e esta angulação acaba gerando uma sensação de insegurança ao não saber, ao certo, o quê ou quem irá encontrar ao dobrá-lo.

Figura 39: Esquema da angulação da circulação do HEPR: desorientação e descontinuidade.



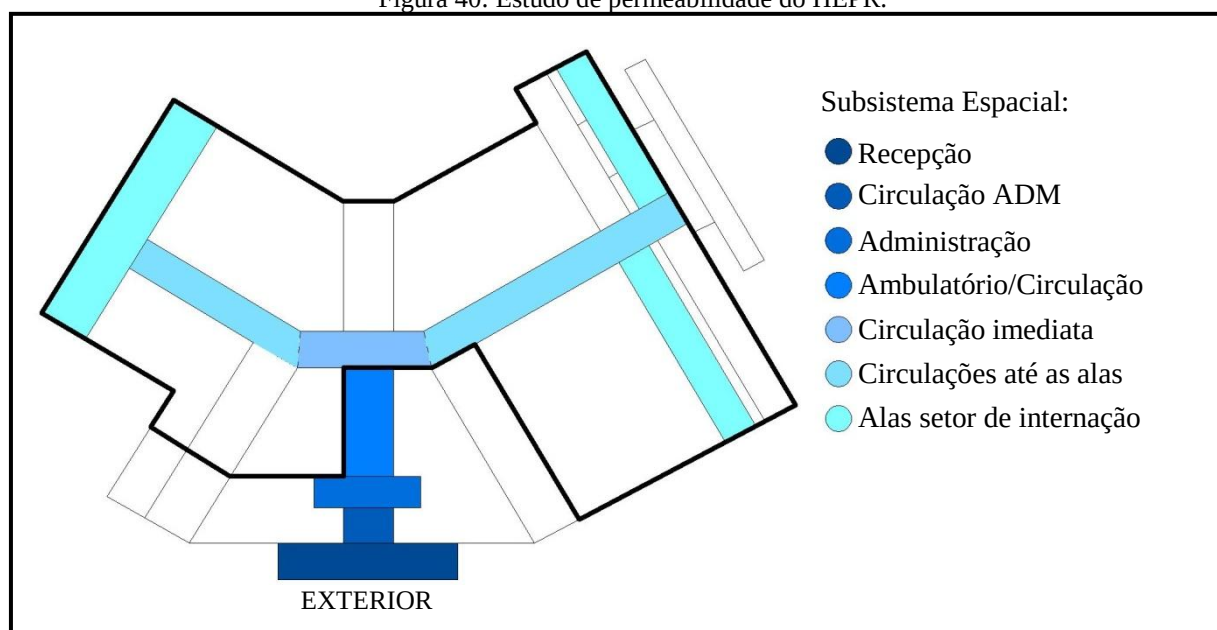
Fonte: Albuquerque, 2014.

Outro ponto a ser tratado neste item é o estudo de permeabilidade do hospital como um todo e do setor de internação. O fluxograma²⁷ do HEPR foi gerado a partir da representação dos blocos que indicam os subsistemas do hospital, partindo da recepção (local mais próximo ao exterior²⁸) até as alas (os subsistemas mais distantes do exterior), em uma escala gradativa de cores, onde o mais escuro representa o mais próximo ao exterior e o mais claro, o mais distante. Nesta situação, tem-se:

²⁷ Para o estudo de permeabilidade do HEPR inteiro, foi preferido o uso do fluxograma em detrimento do grafo justificado de permeabilidade da sintaxe espacial pela ausência da planta baixa geral do hospital (já que após longa pesquisa nos órgãos responsáveis só foi possível a obtenção de partes dela) e, por conseguinte, da impossibilidade de precisão de suas unidades espaciais convexas.

²⁸ Aqui, o termo “exterior” refere-se à possibilidade de entradas e saídas (que se dá pela recepção) e não em relação à sua implantação.

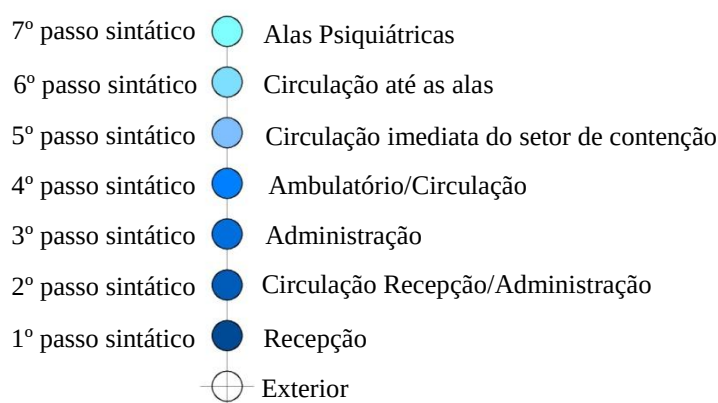
Figura 40: Estudo de permeabilidade do HEPR.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Fazendo uma analogia ao sistema de grafos justificados, pode-se identificar um esquema de 7 passos sintáticos. Ou seja, para que se chegue ao subsistema espacial mais profundo (as alas), é preciso passar por 6 outros subsistemas espaciais. Como estamos falando aqui de blocos espaciais e não de apenas unidades espaciais convexas, pode-se intuir a profundidade do sistema espacial do hospital quando de sua totalidade. Simulando-se um esquema de grafo, o mesmo teria um caráter mais de árvore (profundo) do que de arbusto (raso).

Figura 41: Esquema análogo aos grafos justificados denotando o caráter profundo do sistema espacial do HEPR.

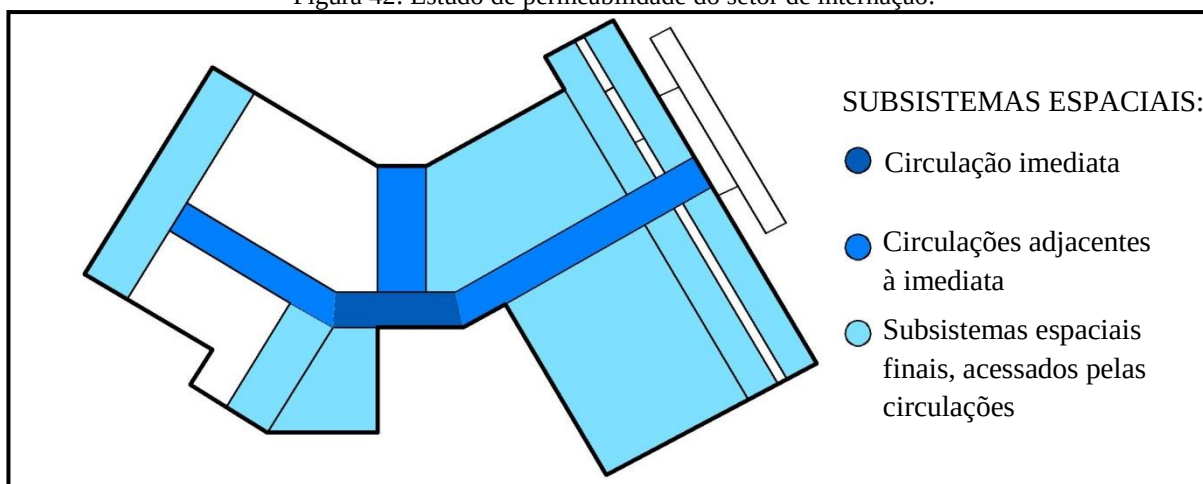


Fonte: Albuquerque, 2014.

Dizer que um edifício possui um sistema profundo é o mesmo que dizer que o seu grau de permeabilidade é baixo, sendo mais marcante a presença de barreiras do que de permeabilidades.

Já com relação ao estudo de permeabilidades do setor de internação, tem-se:

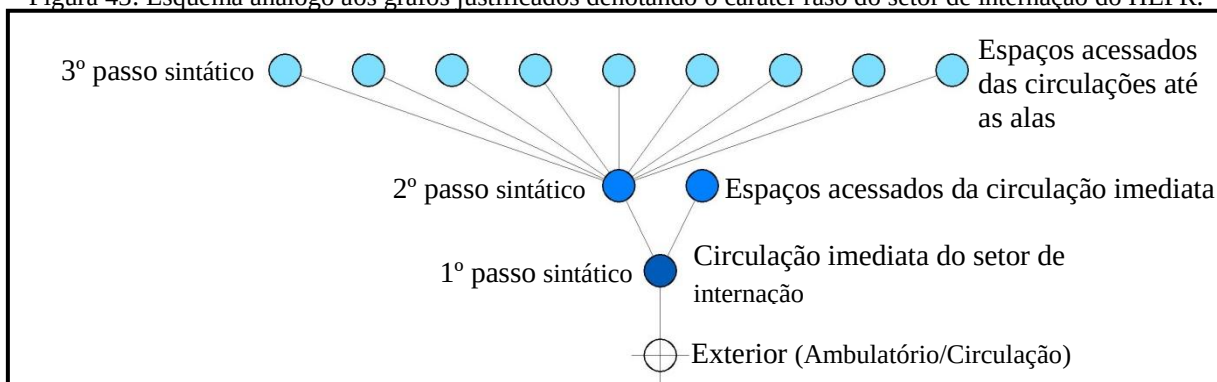
Figura 42: Estudo de permeabilidade do setor de internação.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Diferente do que foi verificado do estudo de permeabilidade de acessos dos setores do hospital como um todo, o estudo com relação aos setores apenas da área de internação demonstrou um sistema raso, de apenas três passos sintáticos. Como pode ser visto na figura 42, sua configuração aproxima-se mais de um desenho de arbusto, onde os nós estão mais próximos à raiz.

Figura 43: Esquema análogo aos grafos justificados denotando o caráter raso do setor de internação do HEPR.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Desta forma, o sistema é considerado como permeável (Hillier & Hanson, 1984; Beck, 1997), já que muitos espaços podem ser acessados sem a necessidade de transitar por outros espaços.

Segundo Alexander et al (1997), quanto mais profundo o sistema, mais próximo do senso de humanidade ele é. Isto pode ser explicado pelo fato de que os espaços mais distantes do exterior, teoricamente, se aproximariam dos conceitos de intimidade e privacidade, e,

ainda segundo os autores, o homem, embora tenha a necessidade de manter o convívio social, necessita de espaços que o permitam estar sozinho em alguns momentos.

No entanto, no contexto do HEPR, entendendo o setor de internação como um sistema raso e o hospital como um todo um sistema profundo, é possível que existam dois motivos para estas configurações: o setor de internação, quanto mais distante do exterior, menos suas práticas podem ser percebidas pelos usuários externos, sendo a sua configuração espacial mais um mecanismo de *cerimonial institucional* (Goffman, 1967; Benelli, 2003a) por outro lado, o sistema raso do setor quando considerado isoladamente, propicia que os internos estejam sempre em posição de onde possam ser vistos ou ouvidos por alguém, já que o sistema é bastante permeável.

Apresentados os estudos de permeabilidade, pode-se associá-los a alguns parâmetros espaciais de análise, como, por exemplo, o intitulado de *Circulação de Recantos*. Nele, segundo os autores, a configuração espacial dos edifícios deve estar disposta de forma que se chegue a determinado ponto, passando por uma sequência de recantos cada um marcado por uma porta de entrada, de forma que se tornem cada vez menores ao longo do trajeto.

Com relação a este parâmetro, as figuras 40 e 42 demonstram que, no setor de internação e do hospital como um todo, de fato a passagem por diversos recantos ocorre, porém, como a intenção da instituição é a segregação e a camuflagem do que ocorre no setor de internação, esta passagem não se dá de forma bem definida e legível aos seus usuários, e sim com angulações e barreiras que dificultem a identificação do setor de internação, em outras palavras, para a instituição, quanto menos pistas de onde se encontra este setor de, melhor.

Já nas alas de internação, esta passagem por recantos ocorre apenas na ala *Nossa Casa*, onde, como será visto adiante, existe a gradação dos ambientes públicos para os mais privativos. Nas demais alas, o funcionamento é basicamente de um corredor de onde são acessadas todas as enfermarias.

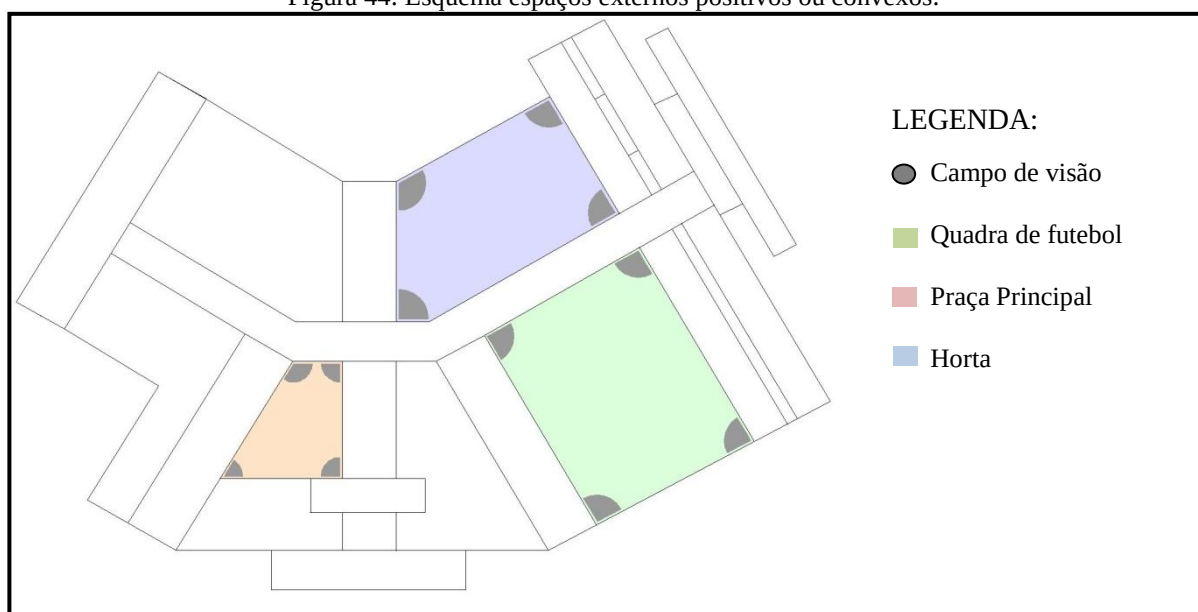
Sobre o parâmetro do *Fluxo entre os ambientes*, os autores afirmam que o fluxo entre os cômodos deve ser formado menos por corredores e passagens e mais com salas de uso comum que promovam movimento e interação das pessoas. Sobre isto, o edifício do HEPR encontra-se fora do senso de humanidade proposto pelos autores uma vez que sua disposição espacial e suas interconexões têm como elemento principal os corredores (figuras 36, 38, 39 e

41). No entanto, por vezes, elementos arquitetônicos que não são, culturalmente, atrativos, podem funcionar como pontos de convergência ou até mesmo na criação de um novo ambiente, como é o caso da barreira total materializada pelo portão de acesso ao setor de internação onde os internados se aglomeram, tendo como fator atrativo a permeabilidade visual a outro local do HEPR que não seja o setor de internação e não por elementos arquitetônicos considerados pelo *senso comum* como de caráter convergente (figura 35).

No parâmetro *Espaços Externos Positivos*, que também tem ligação com a tipologia espacial adotada, os autores afirmam que, quando o espaço externo é positivo os dois planos entram numa relação de reversibilidade onde é possível enxergar o edifício como figura e os espaços externos como contorno mas, também, o contrário.

Segundo Alexander et al (1977, p.519), outro conceito está associado à existência de espaços externos positivos: a convexidade. Os espaços convexos possuem formas íntegras, legíveis, onde os elementos da paisagem possam ser vistos por todos de qualquer ponto do espaço e possuindo certo grau de fechamento.

Figura 44: Esquema espaços externos positivos ou convexos.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Observando o esquema gerado pela figura 44, pode-se perceber que os espaços externos, de fato, possuem essa legibilidade das formas, sendo considerados espaços convexos. No entanto, nos espaços em verde (quadra de futebol) e azul (horta), não se tem como avaliar como se dá a ocupação espontânea pelo fato de serem espaços com horários marcados para utilização e atividades pré-estabelecidas. No caso do espaço em laranja (a praça), no entanto, percebe-se que a convexidade espacial tem a sua atratividade quase

anulada pela incidência direta da luz solar de forma intensa somada às altas temperaturas da cidade, que acabam por fazer com que a ocupação da praça se dê ao seu redor, nos corredores que a circundam e sombreados pelos beirais do telhado, ou no seu coreto central que também possui cobertura e, por consequência, sombreamento (figura 45), fato que coincide com o parâmetro *Bolsões de atividade*.

Figura 45: Ocupação da praça principal: nos corredores e demais áreas sombreadas.



Fonte: Portal de notícias G1, em julho de 2014.

4.3.1 Quadro síntese

Como quadro síntese, é apresentado aqui uma terceira coluna para os parâmetros de Alexander et al (1977) apresentados no capítulo 03, a de como está a situação atual dos mesmo no HEPR. Os parâmetros sintetizados são: *Edifício enquanto complexo*, *Circulação de Recantos*, *Espaços Externos Positivos*, *Porções do Edifício Conectadas*, *Bolsões de Atividade* e *O fluxo dos ambientes*.

Quadro 17: Cruzamento entre os parâmetros e a categoria *Tipologia Espacial*.

Parâmetro	Se	Então	Situação Atual
Edifício como complexo (95- Building complex)	Um prédio não pode ser humano a menos que seja um complexo e “prédios menores” ou partes menores que manifestam os seus próprios fatos sociais internos.	Um edifício deve ser entendido como um complexo e suas partes menores devem ser identificadas: baixas densidades – coleção de “pequenos prédios” conectados por arcadas, pontes, pátios, etc.; altas densidades – prédio único com destaque para importantes partes identificáveis dentro de um mesmo tecido tridimensional.	Não atende. O HEPR tem uma tipologia horizontal, predominantemente, de <i>lâminas isoladas articuladas</i> por uma circulação principal que as conecta (Góes, 2004), que, de fato, permite a criação de subgrupos através da disposição espacial, uma vez que define a segregação de partes menores que compõe o todo através da articulação do corredor. No entanto, esta subdivisão em grupos menores não ocorre de forma espontânea, e sim é ditada pela instituição.

Circulações de Recantos (98 – <i>Circulation reals</i>)	Em muitos prédios, o problema da desorientação é agudo e tem impacto direto no estresse mental das pessoas.	A configuração espacial dos edifícios deve estar disposta de forma que se chegue a determinado ponto, passando por uma sequência de recantos cada um marcado por uma porta de entrada, de forma que se tornem cada vez menores ao longo do trajeto.	Atende parcialmente. - HEPR: de fato a passagem por diversos recantos ocorre, porém, como a <u>intenção da instituição</u> é a segregação e a camuflagem do que ocorre no setor de internação, esta passagem não se dá de forma bem definida e legível aos seus usuários. - Alas: ocorre apenas na ala <i>Nossa Casa</i> , onde existe a gradação dos ambientes públicos para os mais privativos. Nas demais alas, o funcionamento é basicamente de um corredor de onde são acessadas todas as enfermarias.
Espaços Externos Positivos (106- <i>Positive outdoor space</i>)	As pessoas se sentem confortáveis em espaços positivos – convexos – e costumam usá-los, e se sente desconfortáveis em espaços negativos – côncavos -, evitando-os.	Os espaços abertos que cercam os prédios e se encontram nele, devem ser positivos e ter algum grau de fechamento.	Atende parcialmente. Possuem essa legibilidade das formas, sendo considerados espaços convexos, no entanto, no caso da praça, único local autorizado no cotidiano dos pacientes, a convexidade é quase que anulada pela incidência solar, ficando sua ocupação condicionada aos espaços sombreados.
Porções do edifício conectadas (108 – <i>Connected buildings</i>)	Edifícios isolados são sinal de uma sociedade desconectada	As porções dos edifícios (o que corresponde às suas subdivisões, seus subgrupos), devem estar conectadas de modo a dar a impressão de continuidade.	Atende parcialmente Existe o elemento de coesão entre as partes menores. No entanto, quanto à orientação espacial, os ângulos do corredor não permitem a desejada, impressão de continuidade que permite ao usuário se orientar espacialmente.
Bolsões de atividade (124 – <i>Activity Pockets</i>)	A vida das praças se forma, naturalmente, ao redor de sua borda.	As praças devem ser rodeadas por pontos de reunião com bolsões de atividades – áreas pequenas, parcialmente fechadas nas extremidades que se projetam para frente no espaço aberto entre os caminhos e contém atividades que tornem natural que as pessoas parem e se envolvam.	Atende parcialmente. Na praça, percebe-se que a ocupação se dá nos corredores que a circundam. No entanto, resta a dúvida se isto se dá pelo que o autor apresenta como argumentos ou pelo fato do sombreamento.

O fluxo entre os ambientes (131 – <i>The flow through rooms</i>)	O movimento entre os cômodos tem tanta importância quanto os próprios cômodos e o arranjo deste movimento tem tanto efeito na interação social que ocorre nos cômodos quanto o próprio interior deles.	O fluxo entre os cômodos deve ser menos corredores e passagens e mais com salas de uso comum que promovam movimento e interação das pessoas.	Não atende. Suas interconexões têm como elemento principal os corredores.
--	--	--	--

Fonte: Albuquerque, 2014.

Apresentada a tipologia espacial do HEPR e seus reflexos no uso do espaço, chega-se aqui à descrição da relação entre *instituição* e *sociedade* sob dois prismas: de um lado, como os papéis sociais são espacializados dentro da instituição e de outro sobre as estratégias institucionais de veicular uma imagem programada do cotidiano hospitalar no intuito de mascarar suas práticas.

4.4 Relação Instituição X Sociedade

Este item divide-se em dois momentos: o primeiro deles refere-se ao mapeamento dos espaços voltados às atividades dos diferentes papéis que um homem assume em sociedade e que, de certa maneira, estão presentes também na instituição; e o segundo que é a descrição das estratégias de *cerimonial institucional* (Goffman, 1961), ou seja, de tentativa de transmissão para a sociedade de uma imagem que se afasta do que realmente ocorre dentro do hospital.

4.4.1 O mapeamento dos distintos papéis sociais

O homem é culturalmente programado para desempenhar os papéis sociais de: integrante de uma família (espaço: residência); desenvolvedor de um ofício que lhe dê retorno financeiro (espaço: trabalho); desenvolvedor de atividade que lhe dê prazer (espaço: lazer). Em instituições totais como o HEPR, é normal que haja, de forma espontânea, a tentativa de reprodução deste sistema social na instituição e, conseqüentemente, espaços de abrigo de suas práticas convencionais.

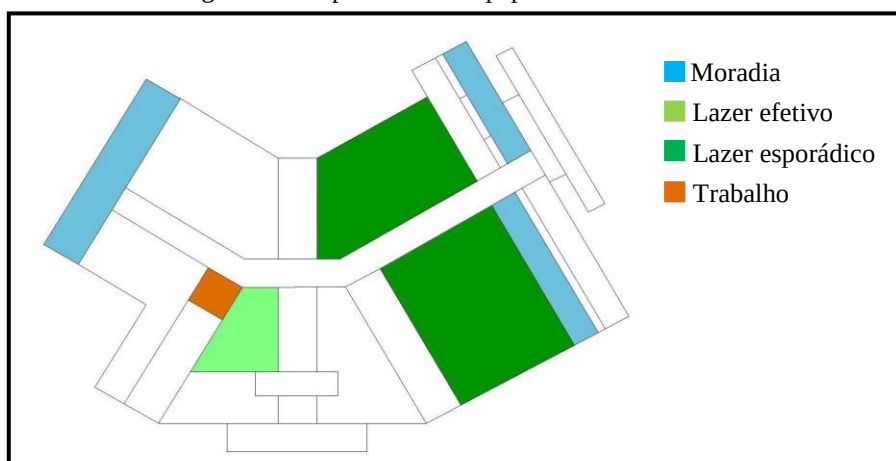
No hospital, o papel social de integrante de uma família, que em sociedade é espacializado nas residências, ocorre nos espaços correspondentes às alas psiquiátricas, que são a representação dos subgrupos impostos pela instituição: aqueles que dividem entre si, em

uma delimitação espacial, suas atividades mais íntimas, em um processo de analogia à família (figura 46).

O espaço onde há desenvolvimento efetivo de atividades laborais no HEPR é apenas a oficina de tapetes, onde os internos, principalmente mulheres, confeccionam tapetes que são vendidos pelo psicólogo responsável, e com o dinheiro recebido, elas compram itens de higiene pessoal que queiram, ou guardam para utilizar nos passeios promovidos esporadicamente pela instituição. Antigamente, a horta também era utilizada como fonte de renda para os que quisessem trabalhar mas hoje em dia é utilizada como forma de lazer e de forma esporádica (figura 46).

Já as atividades de lazer ocorrem, normalmente, na praça principal do HEPR, fonte primária dos encontros entre os internos. A quadra de futebol e a horta, espaços que também servem a essa função, são utilizados, apenas, sob ordem institucional (figura 46).

Figura 46: Mapeamento dos papéis sociais no HEPR.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Em episódios presenciados durante a imersão, foi possível perceber a importância desta divisão dos espaços voltados para cada tipo de atividade. Algumas residentes da ala *Nossa Casa* tem o hábito de, em dias de trabalho, colocar a melhor roupa, se encaminhar para a oficina, retornar para a ala após o almoço para descansar, e de tarde, já com outra vestimenta, utilizar outros espaços do hospital, no que parece ser uma representação das atividades que exerceriam em sociedade fora dos muros do manicômio.

Se por um lado existe a interiorização da “vida social” dentro da instituição, como uma tentativa de retomar as práticas exercidas na vida pré-institucionalização por parte dos internados, por outro lado, o da equipe dirigente, há a intenção de reproduzir esta intenção

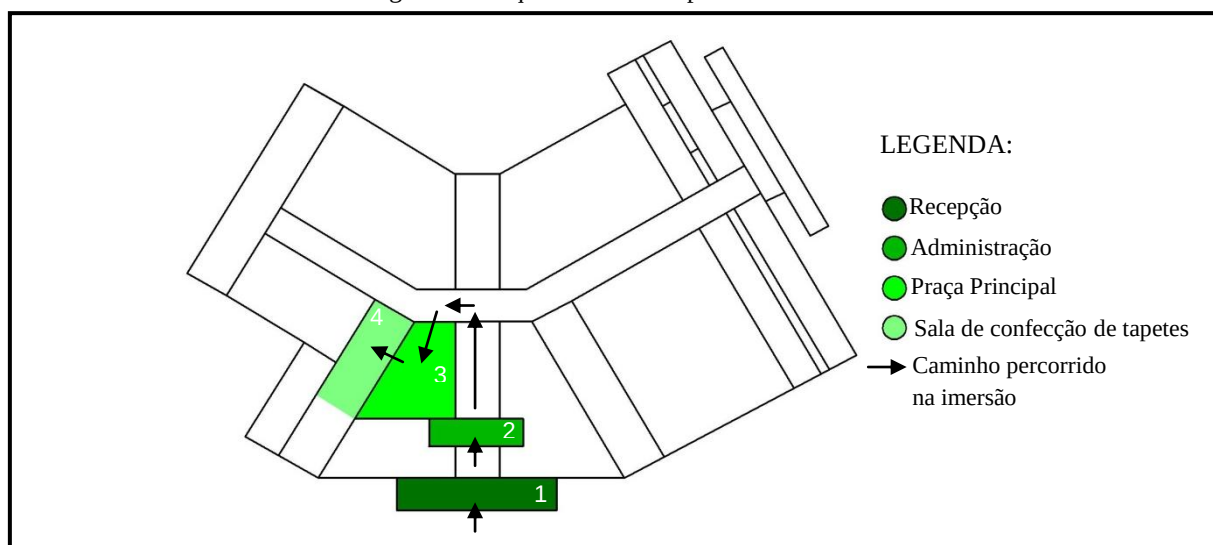
para a sociedade, num fenômeno já conceituado de *cerimonial institucional* (Goffman, 1961; Benelli, 2003a).

4.4.2 Cerimonial Institucional

Esse fenômeno próprio de instituições totais é materializado através de espaços onde, “tanto a decoração quanto o comportamento geralmente estão mais próximos dos padrões externos do que dos predominantes nos locais em que o paciente efetivamente vive”, passando, desta forma, “uma imagem adequada da instituição” (Goffman, 1961, p.91; Benelli, 2003a).

A ordem de descrição desses espaços remete ao momento de apresentação da instituição para a imersão, numa analogia entre a apresentação que nos foi dada e aquela exposta para a sociedade em geral. Este primeiro contato, guiado por um profissional do setor de comunicação do hospital, teve seu início na recepção e o seu fim na sala de tapetes.

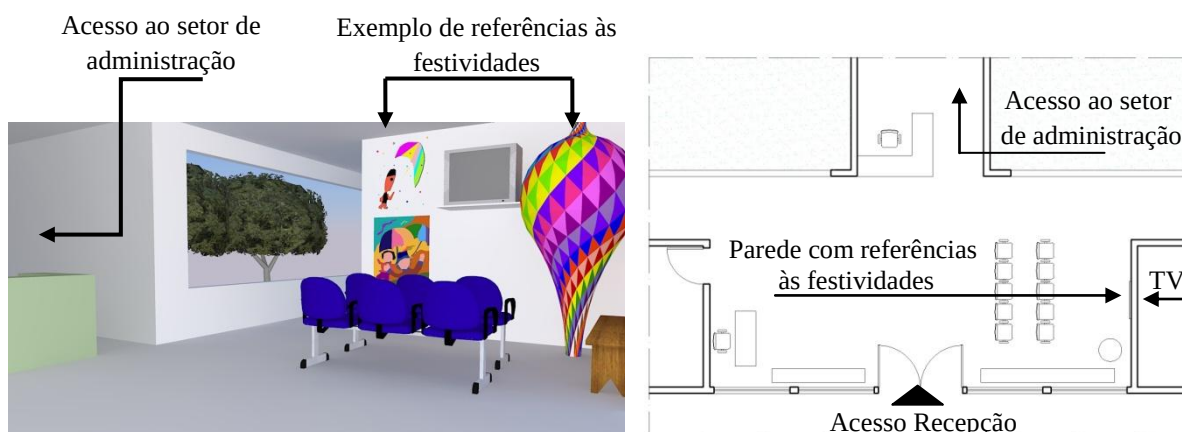
Figura 47: Esquema caminho primeiro contato.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Na recepção do HEPR (espaço 1, figura 47), ponto de partida da espacialização do cerimonial institucional, tão permanente quanto os mobiliários necessários à sua função primária - de espera -, é a presença de elementos decorativos que remetem a festividades do HEPR, como as temáticas de carnaval, São João, Natal e outras datas festivas, com avisos de quando serão realizadas as festas (figura 48).

Figura 48: Recepção do HEPR: a) Esquema em perspectiva b) Croqui em planta esquemática.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Mais a frente, no espaço que antecede o corredor de acesso ao setor de internação (espaço 2, figura 47), a temática festiva se repete de forma bastante semelhante a da recepção, transformando-o, também, em um cartaz de visita aos que precisam passar por ali para chegar ao setor ambulatorial.

Talvez o local mais emblemático desta intenção de camuflagem das práticas institucionais seja o espaço 3 (figura 47): a praça principal. Ela é palco da maioria das atividades que fogem ao padrão da instituição, como atividades culturais, festivas e de entretenimento em geral. Por este motivo, acaba sendo, também, o local mais escolhido para as constantes reportagens no hospital.

Figura 49: Coreto do pátio central como palco de exibição institucional.



Fonte: Portal de notícias G1, 2013

Fechando este bloco, traz-se a sala de tapetes (localizada no espaço 4, da figura 47). Como demonstrado no croqui da figura 50-b, nesta sala, a área voltada à produção dos tapetes contém duas mesas grandes onde os internados ficam sentados em bancos de madeira sem encosto para a confecção dos tapetes, armários, estantes e diversos artifícios de exibição de

práticas institucionais que, possivelmente, a organização formal quer associar a sua imagem, como quadros pintados por pacientes pendurados nas paredes e penduricalhos temáticos, enaltecendo os eventos ocorridos no hospital em datas festivas (figura 50-a).

Figura 50: Sala de tapetes: a) foto da parede com temas festivos b) croqui em planta esquemática.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Além disso, em uma das paredes da sala em cima do lavatório, encontra-se um pequeno espelho, único em todo o setor de internação do hospital, que surge como um ponto de convergência para internados (figura 50-b). É constante que pacientes solicitem a entrada, que deve ser permitida ou não pelo psicólogo, apenas para se olharem no espelho.

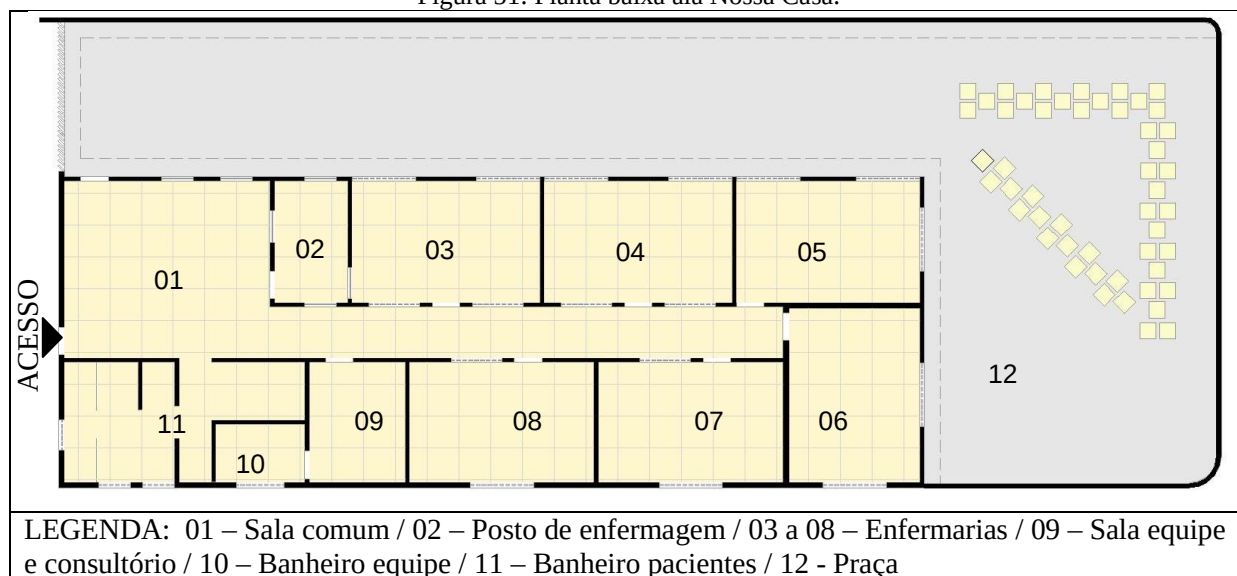
Fechado o estudo do HEPR com todos os seus subsistemas espaciais, serão descritos dois espaços em uma escala menor, com maior aproximação: as alas psiquiátricas femininas *Nossa Casa* e *Renascer*. Tendo em mãos suas plantas baixas e demarcação das unidades espaciais, foi possível realizar o estudo de permeabilidade física e visual de modo mais aprofundado, bem como do atendimento às normas.

4.5 Partes do Todo

Neste item, serão descritas as alas femininas *Nossa Casa* e *Renascer*. Como o HEPR abarca muitos espaços e, dentro do prazo considerado não seria possível dissecar todos eles, foram escolhidas essas duas alas, tão semelhantes em alguns aspectos e distintas em outros, que são a representação do sistema manicomial no que ele tem de mais elementar e perverso: o paradoxo entre o isolamento e a imposição do contato social forçado. Para tal, inicialmente, serão apresentadas as plantas baixas das duas alas e, em seguida, os tópicos descritivos fazendo a comparação entre as duas.

4.5.1 Ala Nossa Casa:

Figura 51: Planta baixa ala Nossa Casa.



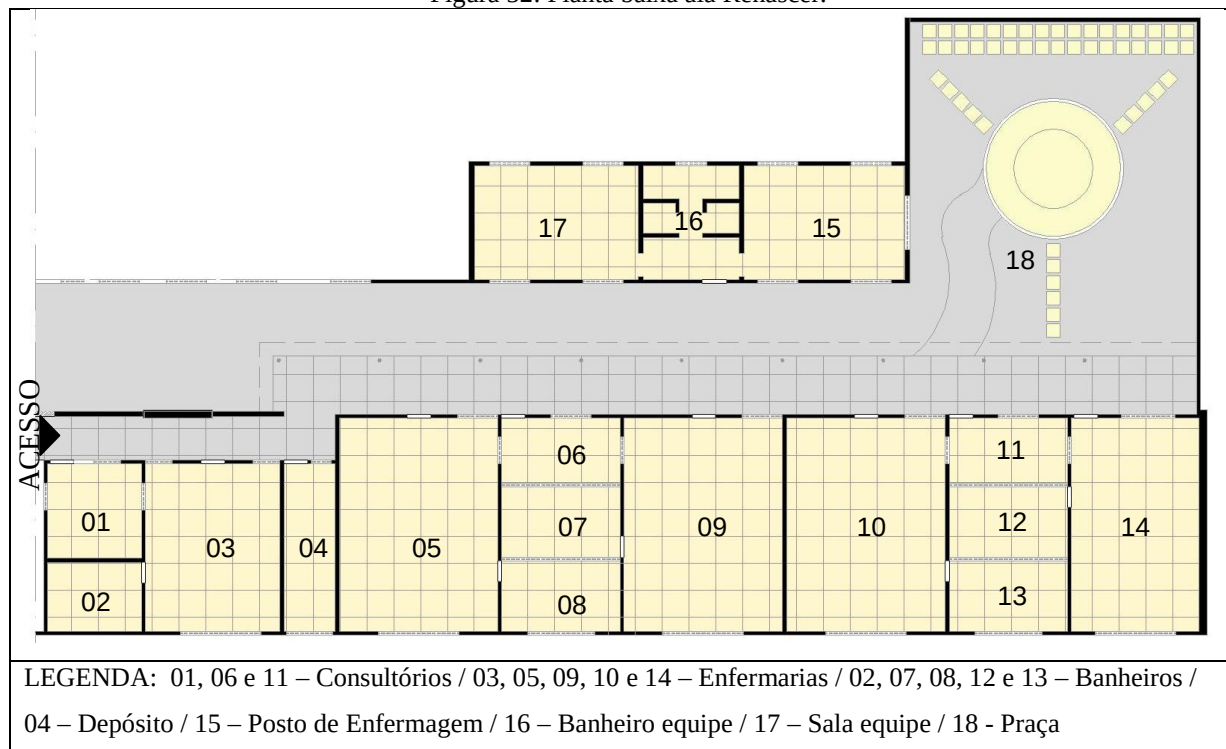
Fonte: Uncisal, 2011, adaptado.

A ala feminina *Nossa Casa* possui 25 leitos, sendo 11 ocupados por pacientes residentes – aquelas que moram no hospital por não terem vínculo familiar - e 14 por rotativas. Como visto no início desta descrição, a ocupação das alas se dá de acordo com características de personalidade ou físicas no momento de admissão institucional. Esta ala abriga pacientes de temperamento mais tranquilo. Isto se deve ao fato de abrigar a maior parte das residentes, que são, na maioria, idosas e algumas acamadas.

Esta ala compreende os espaços (figura 51): 01 - Sala de estar/Refeição/Espera (35,86m²), espaço que funciona como sala de estar ao longo do dia, como sala de almoço para as que possuem problemas de locomoção e não podem ir ao refeitório e como espera nos horários de consulta com a psiquiatra, uma vez na semana, ou nos momentos de espera para higiene pessoal no banheiro; 02 - Posto de Enfermagem (8,76m²), onde a equipe de saúde fica a maior parte do tempo e onde estão os prontuários e os objetos de higiene pessoal e remédio a serem distribuídos para as pacientes em horários determinados; Enfermarias: 03 (22m²)m onde ficam as três residentes acamadas e que possui janela para o posto de enfermagem, 04 à 08 (22m² cada) onde ficam as demais pacientes residentes e rotativas; 09 - Sala da equipe (11,25m²), onde são feitas as consultas psiquiátricas e onde a equipe se reúne; 10 – Banheiro para funcionários; 11- Banheiro coletivo para as pacientes (20m²); 12 – praça.

4.5.2 Ala Renascer:

Figura 52: Planta baixa ala Renascer.



Fonte: Uncisal, 2011, adaptado.

A ala *Renascer*, ao contrário do que ocorre na *Nossa Casa*, recebe as pacientes mais agitadas, aquelas que apresentam resistência ao processo de institucionalização ou que costumam ter atitudes agressivas no convívio com as demais internas. Conta com 40 leitos, onde, atualmente, 6 são voltados às pacientes residentes e 34 para as rotativas

Os espaços que compõem esta ala são (figura 52): 01, 06 e 11 – Consultórios (11,4m²/cada); 03, 05, 09, 10 e 14 - Enfermarias, variando entre 31 e 46m², e 5 a 10 leitos/cada; 02, 07, 08, 12 e 13 - banheiros (11,4m²/cada), com acesso direto a cada enfermaria; 15- Posto de enfermagem (25m²); 17 - Sala de equipe (25m²); 16 – Banheiro equipe; 04 - Depósito (11,78m²); 18 – praça.

4.5.3 Atendimento às normas:

O primeiro item para descrição das alas é o de atendimento às normas contidas no capítulo de construção dos parâmetros espaciais. Iniciando com as normas gerais para estabelecimentos de saúde no quesito dimensionamento, e apresentando posteriormente as normas resultantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Tem-se o seguinte quadro síntese quanto ao atendimento à RDC 50, da Anvisa, no quesito dimensionamento da ala *Nossa Casa*:

Quadro 18: Verificação de atendimento da ala Nossa Casa à norma, quesito dimensionamento.

ALA NOSSA CASA		
Ambiente	Norma – RDC 50, Unidade funcional: <i>Internação</i>	Situação encontrada no local
Posto de enfermagem	Quantificação: 1 posto a cada 30 leitos Dimensão mínima: 6m ²	- Quantificação: Atende. Existem 25 leitos e 1 posto de enfermagem; - Dimensão mínima: Atende, o posto de enfermagem tem 8m ² .
Sala de serviço	Quantificação: 1 sala para cada posto de enfermagem. Dimensão mínima: 5,7m ²	- Não atende. Não existe o espaço.
Sala de exames e curativos	Quantificação: 1 a cada 30 leitos (quando existir enfermaria que não tenha subdivisão física dos leitos) Dimensão mínima: 7,5m ²	- Não atende. Quando é necessário que se faça exames que não sejam os psiquiátricos e curativos os pacientes são encaminhados para uma sala fora do setor de internação.
Área para prescrição médica	Quantificação: não mencionada Dimensão mínima: 2m ²	- Atende. A prescrição médica é feita no consultório psiquiátrico e/ou posto de enfermagem.
Quarto de adulto	Quantificação: A cada 30 leitos ou fração deve existir no mínimo 1 quarto para situações que requeiram isolamento Dimensão mínima: - 10,0m ² = quarto de 1 leito, ou 14,0m ² com dimensão mínima de 3,0m no caso do uso para “PPP” - 7,0m ² por leito = quarto de 2 leitos - 6,0m ² por leito = enfermaria de 3 a 6 leitos - Nº máximo de leitos por enfermaria = 6 - Distância entre leitos paralelos = 1m - Distância entre leito e paredes: cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2 m; lateral = 0,5m	- Quantificação: Não atende. Não existe setor de isolamento na ala. A única sala para isolamento é o setor de contenção, fora do setor de internação. - Dimensão mínima: atende parcialmente: Enfermarias 01: atende, pois possui apenas 3 leitos em 22m ² . Enfermarias 02 a 06: não atende. Possuem entre 04 e 05 leitos, devendo variar de 24 a 30m ² , e possuem 22m ² . - Número máximo de leitos: atende. - Distância entre leitos: não atende.
Área de recreação / lazer / refeitório	Quantificação: 1 para cada unidade de pediatria, psiquiatria e crônicos Dimensão mínima: 1,2 m ² por paciente em condições de exercer atividades recreativas / lazer	- Quantificação: atende parcialmente. Recreação e lazer, existem os espaços, porém as atividades são raras, ; Refeitório: as refeições feitas dentro da ala são na sala de estar. - Dimensão mínima: atende.
Banheiro para pacientes	Quantificação: cada quarto ou enfermaria, exceto lactente, deve ter acesso direto a um banheiro, podendo este servir a no máximo 2 enfermarias Dimensão mínima: não mencionada	- Quantificação: não atende. Nenhuma das enfermarias tem acesso direto ao banheiro e só existe um para toda a ala;

Fonte: Albuquerque, 2014.

Já sobre as normas resultantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sobre os aspectos espaciais encontrados nas portarias nº 106 e 251, o quadro síntese do atendimento às normas da ala *Nossa Casa* é o seguinte:

Quadro 19: Verificação de atendimento da ala Nossa Casa à norma, aspectos espaciais.

Aspectos puramente espaciais		
Norma/Lei	Exigência	Situação Atual
Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.	- dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de, no máximo, 8 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 3 (três) por dormitório;	- Não atende. O número de leitos é 25 e a única enfermaria que possui 3 pacientes por dormitório é a das acamadas (espaço 03, figura 50), todas as outras abrigam de 4 a 5 pacientes.
	- sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;	- Não atende. A única possui sala de estar porém com mobiliário inadequado e insuficiente.
	- dormitórios devidamente equipados com cama e armário	- Não atende. Os dormitórios possuem apenas camas.
	- copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.);	- A copa e a cozinha são localizadas fora das alas e não existe autonomia de acesso dos pacientes.
Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002 - ANEXO	- Uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital;	- Não atende: Fora do setor de internação.
	- Sala de curativo ou, na inexistência desta, 1 carro de curativo para cada 3 postos de enfermagem ou fração;	- Não atende: Fora do setor de internação.
	- Área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída;	- Atende parcialmente. Existem os espaços fora das alas mas não são utilizados no cotidiano dos pacientes.
	- Sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.	- Atende parcialmente. Existe uma sala de jogos fora da ala mas a dimensão é de cerca de 22m². A sala de estar da ala possui 35m². Possui televisão.

Fonte: Albuquerque, 2014.

Desta forma, pode-se perceber que de acordo com as normas existentes, tanto sobre os aspectos gerais dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, quanto no que tange à Reforma Psiquiátrica Brasileira, a ala *Nossa Casa* não se enquadra dentro do contexto de humanização já que dos itens resolvidos em lei, em maioria, não são cumpridos no local.

Já sobre o atendimento às normas na ala Renascer, tem-se o seguinte quadro síntese de acordo com a RDC 50, da Anvisa, quesito dimensionamento:

Quadro 20: Verificação de atendimento da ala *Renascer* à norma, quesito dimensionamento.

ALA RENASCER		
Ambiente	Norma – RDC 50, Unidade funcional: <i>Internação</i>	Situação encontrada no local
Posto de enfermagem	Quantificação: 1 posto a cada 30 leitos Dimensão mínima: 6m²	- Quantificação: não atende. Existem 40 leitos e 1 só posto de enfermagem. - Dimensão:
Sala de serviço	Quantificação: 1 sala para cada posto de enfermagem Dimensão mínima: 5,7m²	- Atende.
Sala de exames e curativos	Quantificação: 1 a cada 30 leitos (quando existir enfermaria que não tenha subdivisão física dos leitos)	- Atende.

	Dimensão mínima: 7,5m ²	
Área para prescrição médica	Quantificação: não mencionada Dimensão mínima: 2m ²	- Atende. A prescrição médica é feita no consultório psiquiátrico.
Quarto de adulto	Quantificação: A cada 30 leitos ou fração deve existir no mínimo 1 quarto para situações que requeiram isolamento Dimensão mínima: - 10,0m ² = quarto de 1 leito, ou 14,0m ² com dimensão mínima de 3,0m no caso do uso para “PPP” - 7,0m ² por leito = quarto de 2 leitos - 6,0m ² por leito = enfermaria de 3 a 6 leitos - N° máximo de leitos por enfermaria = 6 - Distância entre leitos paralelos = 1m - Distância entre leito e paredes: cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2 m; lateral = 0,5m	- Quantificação: Não atende. Não existe setor de isolamento na ala. A única sala para isolamento é o setor de contenção, fora do setor de internação. - Dimensão mínima: não atende. A maior enfermaria, que possui 10 leitos, tem 46m ² . - Número máximo de leitos: não atende. A média de leitos por enfermaria é de 8. - Distância entre leitos: não atende.
Área de recreação / lazer / refeitório	Quantificação: 1 para cada unidade de pediatria, psiquiatria e crônicos Dimensão mínima: 1,2 m ² por paciente em condições de exercer atividades recreativas / lazer	- Quantificação: atende. Existem os espaços, porém as atividades são raras; - Dimensão mínima: atende.
Banheiro para pacientes	Quantificação: cada quarto ou enfermaria, exceto lactente, deve ter acesso direto a um banheiro, podendo este servir a no máximo 2 enfermarias Dimensão mínima: não mencionada	- Quantificação: atende. Cada enfermaria possui acesso direto a um banheiro.

Fonte: Albuquerque, 2014.

E com relação às normas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a ala *Renascer* apresenta a seguinte situação:

Quadro 21: Verificação de atendimento da ala *Renascer* à norma, aspectos espaciais.

Aspectos puramente espaciais		
Norma/Lei	Exigência	Situação Atual
Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.	- dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de, no máximo, 8 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 3 (três) por dormitório;	- Não atende. O número de leitos é 40 e todas as enfermarias superam em muito o número de 3 leitos.
	- sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;	- Não atende. Não possui sala de estar.
	- dormitórios devidamente equipados com cama e armário	- Não atende. Os dormitórios possuem apenas camas.
	- copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.);	- A copa e a cozinha são localizadas fora das alas e não existe autonomia de acesso dos pacientes.
Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002 - ANEXO	- Uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m ² /leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital;	- Não atende: Fora do setor de internação.
	- Sala de curativo ou, na inexistência desta, 1 carro de curativo para cada 3 postos de enfermagem ou fração;	- Não atende: Fora do setor de internação.
	- Área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área	- Atende parcialmente. Existem os espaços fora das alas mas não são utilizados no

	construída;	cotidiano dos pacientes.
	- Sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40m ² , mais 20m ² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.	- Atende parcialmente. Existe uma sala de jogos fora da ala mas a dimensão é de cerca de 22m ² . A sala de estar da ala possui 35m ² . Possui televisão.

Fonte: Albuquerque, 2014.

Observando as tabelas, percebe-se que existe um equilíbrio entre o atendimento e o descumprimento à RDC 50 da Anvisa, no quesito dimensionamento. No entanto, sobre as normas resultantes da RPB, nenhum quesito está compatível com as portarias nº 106 e 251, enquadrando-a, também, fora do contexto de humanização.

Em suma, embora a ala *Renascer* apresente uma situação mais próxima ao que a norma da Anvisa resolve se comparada à ala *Nossa Casa*, ambas encontram-se muito aquém do que a reforma preconiza quando materializadas em leis e normas. Uma ressalva se faz necessária: alguns espaços, como a sala de exames e curativos ou a sala de isolamento existem no HEPR, porém fora do setor de internação. Como esta norma se refere diretamente ao setor de internação, estes espaços deveriam estar dentro dele.

Feita a descrição das alas quanto ao seu atendimento à legislação vigente, parte-se aqui para o estudo de suas permeabilidades, no intuito de compreender se a disposição espacial as enquadra como um sistema raso ou profundo e as conseqüências disto para a humanização do espaço.

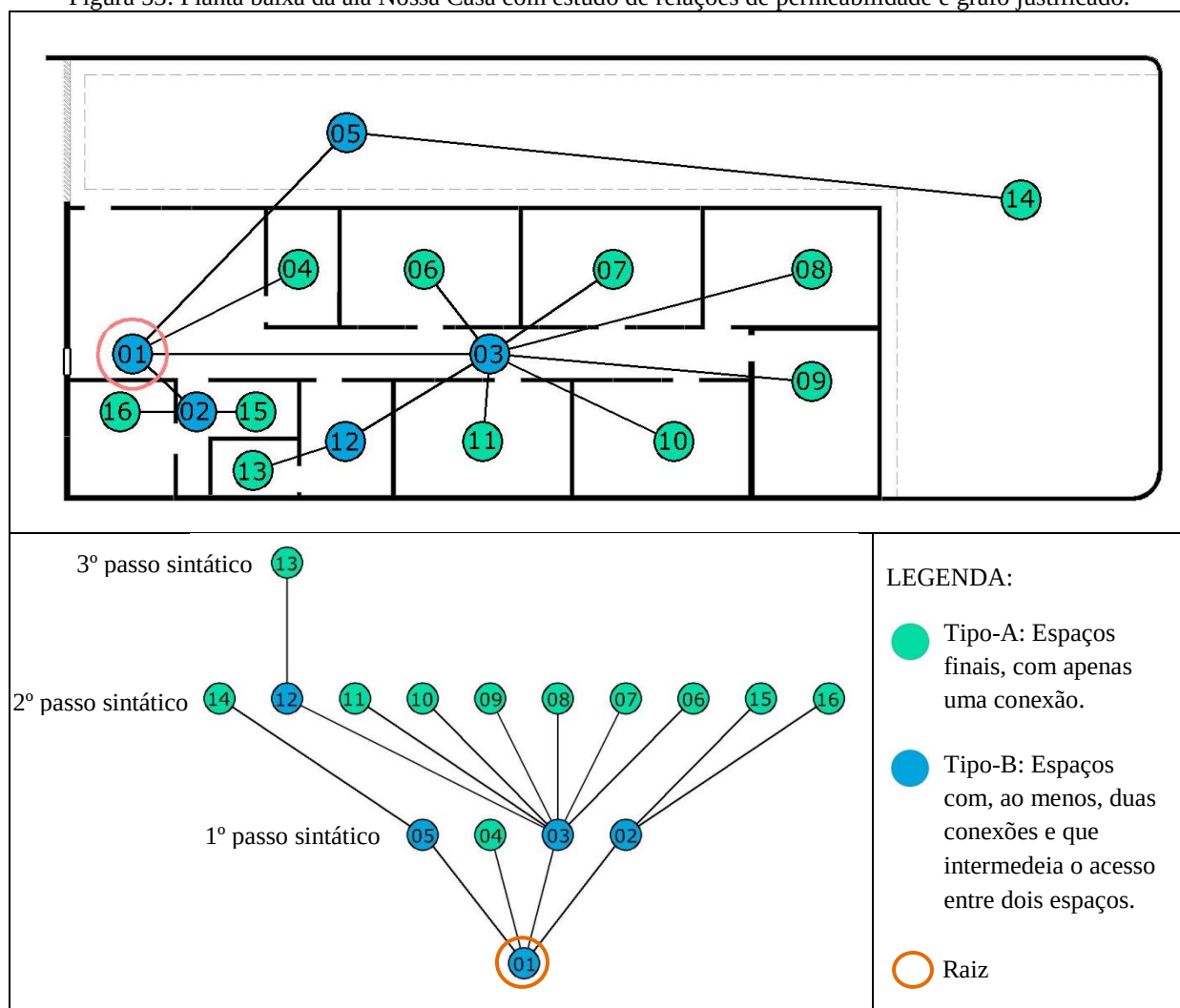
4.5.4 Estudos de permeabilidade: acessibilidade e visibilidade

O estudo da permeabilidade das alas se dá de acordo com a classificação de espaços-tipo (Hillier, 1996; Amorim, 2013), tomando por base as propriedades de *acessibilidade* e *visibilidade* dos sistemas espaciais.

4.5.4.1 Acessibilidade

No estudo de permeabilidade através da acessibilidade, definida como o conjunto de acessos do sistema espacial, foram construídos o sistema de grafos justificados a partir de uma unidade espacial convexa, em ambos os casos sendo escolhido o primeiro ambiente acessado ao se chegar às alas. Como resultado, a ala *Nossa Casa* apresenta o seguinte estudo:

Figura 53: Planta baixa da ala Nossa Casa com estudo de relações de permeabilidade e grafo justificado.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Pode-se perceber que o sistema espacial da ala Nossa Casa, tomando-se por raiz o ambiente 01 (figura 53), possui apenas 3 passos sintáticos, onde, da raiz, são acessadas quatro unidades espaciais convexas, que por sua vez, dão acesso a outros dez ambientes convexos, em que um deles, intermedeia o acesso a outro espaço convexo. Esta distribuição denota um grafo justificado com caráter de arbusto, ou seja, mais raso e permeável (figura 53).

Sobre a classificação dos espaços-tipo, a figura apresentada acima nos mostra a existência de onze espaços do tipo-**a**, aqueles finais em si mesmos, que encerram percursos, e cinco espaços do tipo-**b**, que possuem ao menos duas conexões e intermedeiam o acesso entre dois espaços.

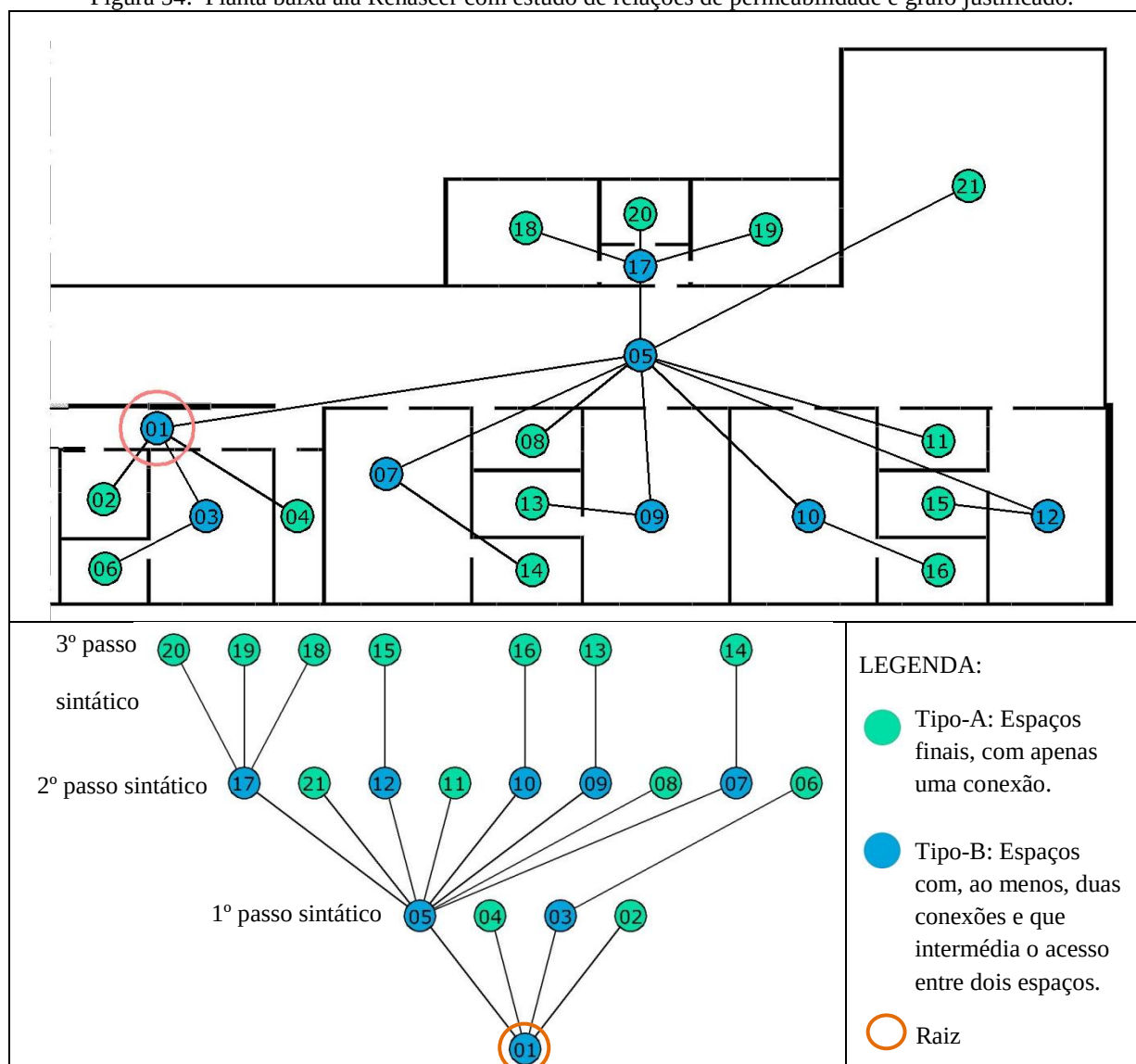
Apesar da existência de espaços do tipo-**b**, que por definição, tem característica mais de *movimento* do que de *ocupação*, a maior incidência de espaços do tipo-**a** denotam que a disposição espacial da ala *Nossa Casa* se apresenta com um caráter elementar de ocupação, ou

seja, de abrigo de atividades mais estáticas. A ausência de espaços do tipo **c** e **d**, aqueles que oferecem alternativas de movimento, corroboram com esta afirmação.

Este fato foi comprovado *in loco* durante a imersão no hospital. De fato, a ala se apresenta como um local que abriga atividades mais estáticas como dormir, ler um livro ou assistir televisão (nos momentos permitidos pela equipe), sendo as atividades mais dinâmicas desenvolvidas nos outros espaços do HEPR.

Já a ala Renascer, apresenta o seguinte estudo de permeabilidade de acordo com as propriedades de acessibilidade:

Figura 54: Planta baixa ala Renascer com estudo de relações de permeabilidade e grafo justificado.



Fonte: Albuquerque, 2014.

À semelhança do que ocorreu na ala *Nossa Casa*, o estudo da ala *Renascer* denota a existência de três passos sintáticos, onde a partir da raiz são acessados 4 unidades espaciais

convexas, que se conectam a outras nove, que, por sua vez, intermedeiam o acesso a outras sete. Dessa forma, o caráter de arbusto do grafo justificado está novamente presente, demonstrando que esta ala também possui um sistema espacial mais raso ou permeável.

Com relação à classificação dos espaços-tipo, nota-se outra proximidade morfológica entre as alas: existência de espaços-tipo **a** e **b** e ausência dos **c** e **d**, onde os tipo-**a** superam os tipo-**b**, caracterizando o sistema espacial mais propício à *ocupação* do que ao *movimento*.

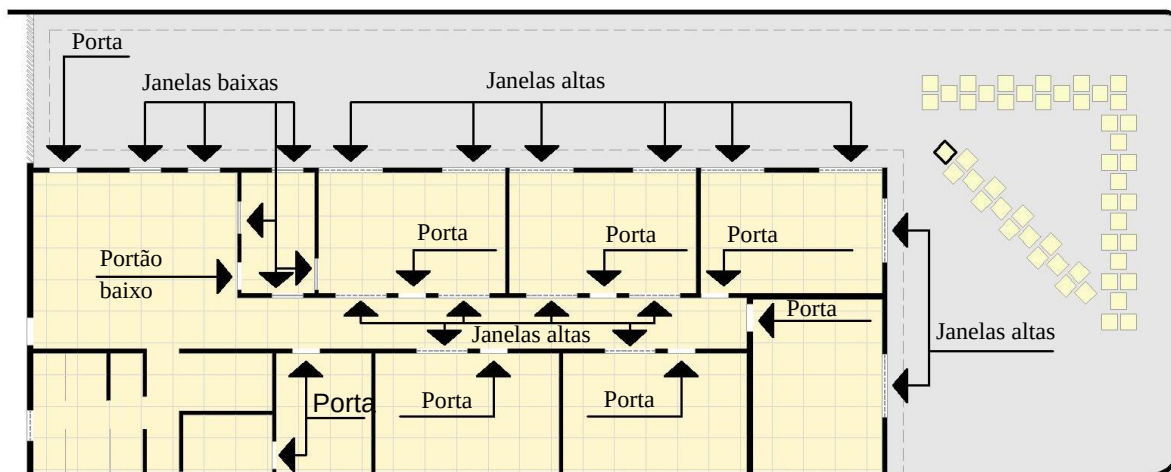
No entanto, um fato se destaca: *in loco*, foi possível perceber que a ala *Renascer*, apesar de ter esta característica de *ocupação*, é pouco utilizada pelas internas durante o dia, diferentemente da ala *Nossa Casa*. Normalmente, os membros desta ala vagueiam por outros espaços do hospital, fato que pode estar associado ao temperamento mais agitado ou a outras questões espaciais da ala.

Esta curiosidade foi o motivo que fez com que a propriedade de visibilidade entrasse no contexto desta descrição, na tentativa de entender melhor as características de sua disposição espacial, utilizando o sistema de aberturas (portas, janelas ou qualquer ponto de transparência) como mais um elemento de análise.

4.5.4.2 Visibilidade

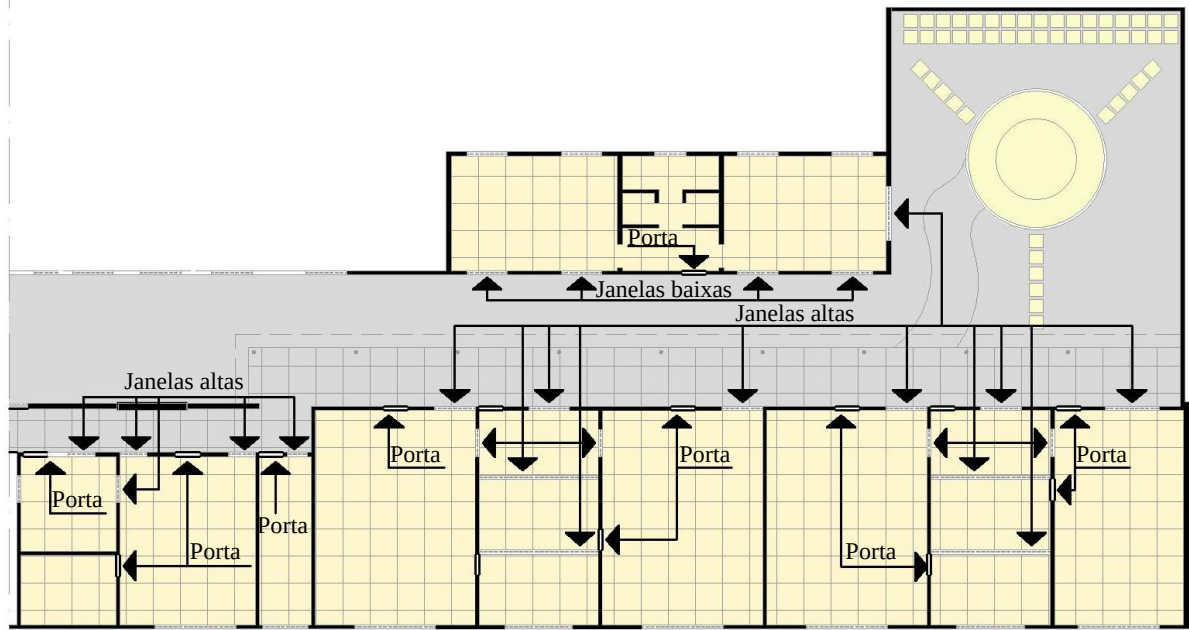
Primeiramente, um ponto deve ser esclarecido: para o estudo de visibilidade, as portas, janelas, ou transparências que estejam voltadas ao exterior das alas foram desconsideradas para que o sistema espacial interno fosse o foco. Faz-se aqui necessário apresentar as plantas baixas com a marcação de suas aberturas para melhor compreensão da descrição.

Figura 55: Ala Nossa Casa com descrição das aberturas para estudo de visibilidade.



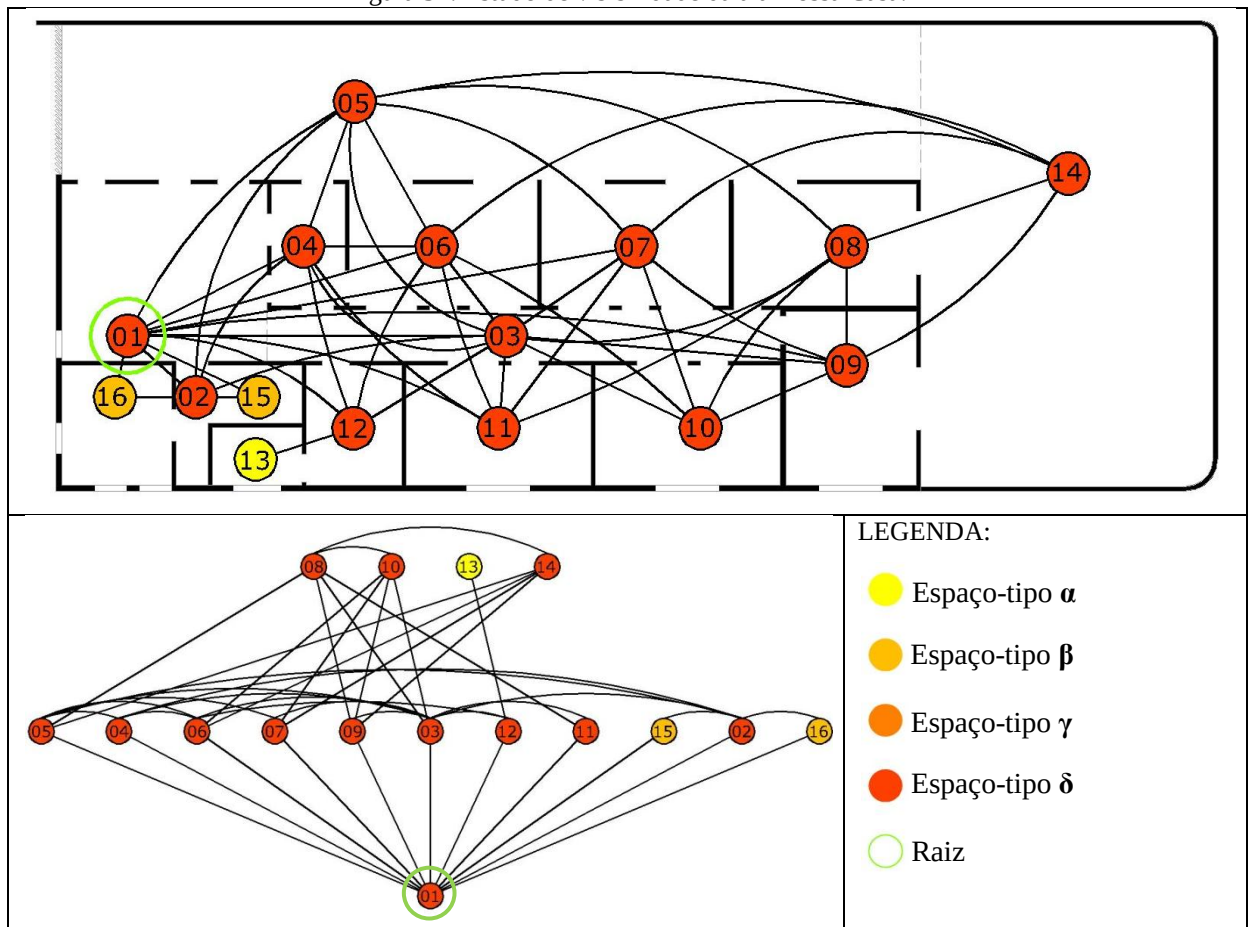
Fonte: Albuquerque, 2014.

Figura 56: Ala Renascer com marcação dos pontos de visibilidade



Fonte: Albuquerque, 2014.

Figura 57: Estudo de visibilidade da ala Nossa Casa.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Para o estudo de permeabilidade visual das alas, foram gerados os grafos demonstrando as conexões visuais existentes entre as unidades espaciais convexas, onde “se uma porção de um espaço convexo, adjacente ou não, for visto de um terceiro, então a relação entre os dois espaços é estabelecida, independente da área visível” (Amorim, 2013).

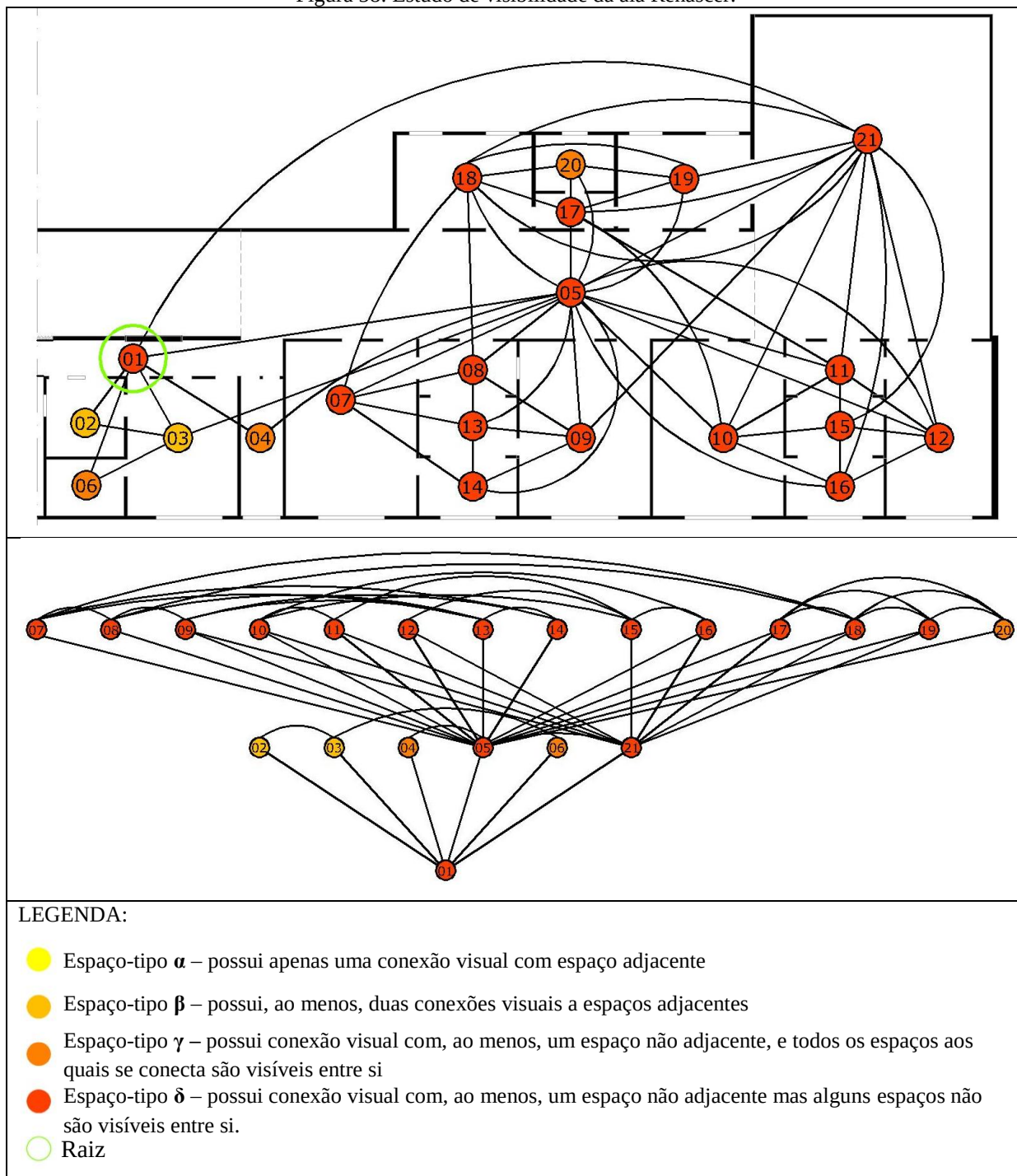
No estudo de visibilidade da ala *Nossa Casa* (figura 57), com relação às propriedades de visibilidade apenas uma unidade espacial é classificada (figura 57, espaço 13) como espaço-tipo α , ou seja, possui conexão visual com apenas uma outra; duas (figura 57, espaços 15 e 16), são classificadas como do tipo β , onde são conectados a dois espaços adjacentes; e todas as demais são do tipo δ , possuindo pontos de visibilidade também a espaços não adjacentes mas alguns desses espaços não estão conectados visualmente entre si. Nota-se que não existem espaços do tipo γ , demonstrando a ausência de redes mútuas de visibilidade.

Este estudo demonstra que a alta permeabilidade visual da ala *Nossa Casa* a torna um sistema com características ainda mais rasas do que a de permeabilidade de acessos. Segundo Amorim (2013), espaços do tipo δ denotam um sistema espacial que permite “a supervisão e vigilância de espaços”, premissa básica dos espaços de contenção, onde a exposição aos olhos e ouvidos da equipe é constante (Goffman, 1961).

Na prática, a permeabilidade visual permitida pelas janelas altas (presentes nas enfermarias), não possibilita a visibilidade constante e direta dos espaços adjacentes como as suas portas possibilitam. No entanto, o fato de existir a possibilidade de visão do que está sendo feito no cômodo já denota uma forma de *exposição contaminadora* (Goffman, 1961), visto que, por vezes, os usuários se utilizam de artifícios para alcançar o campo de visão das janelas altas.

Já o estudo de visibilidade da ala *Renascer* apresenta as seguintes representações gráficas:

Figura 58: Estudo de visibilidade da ala Renascer.



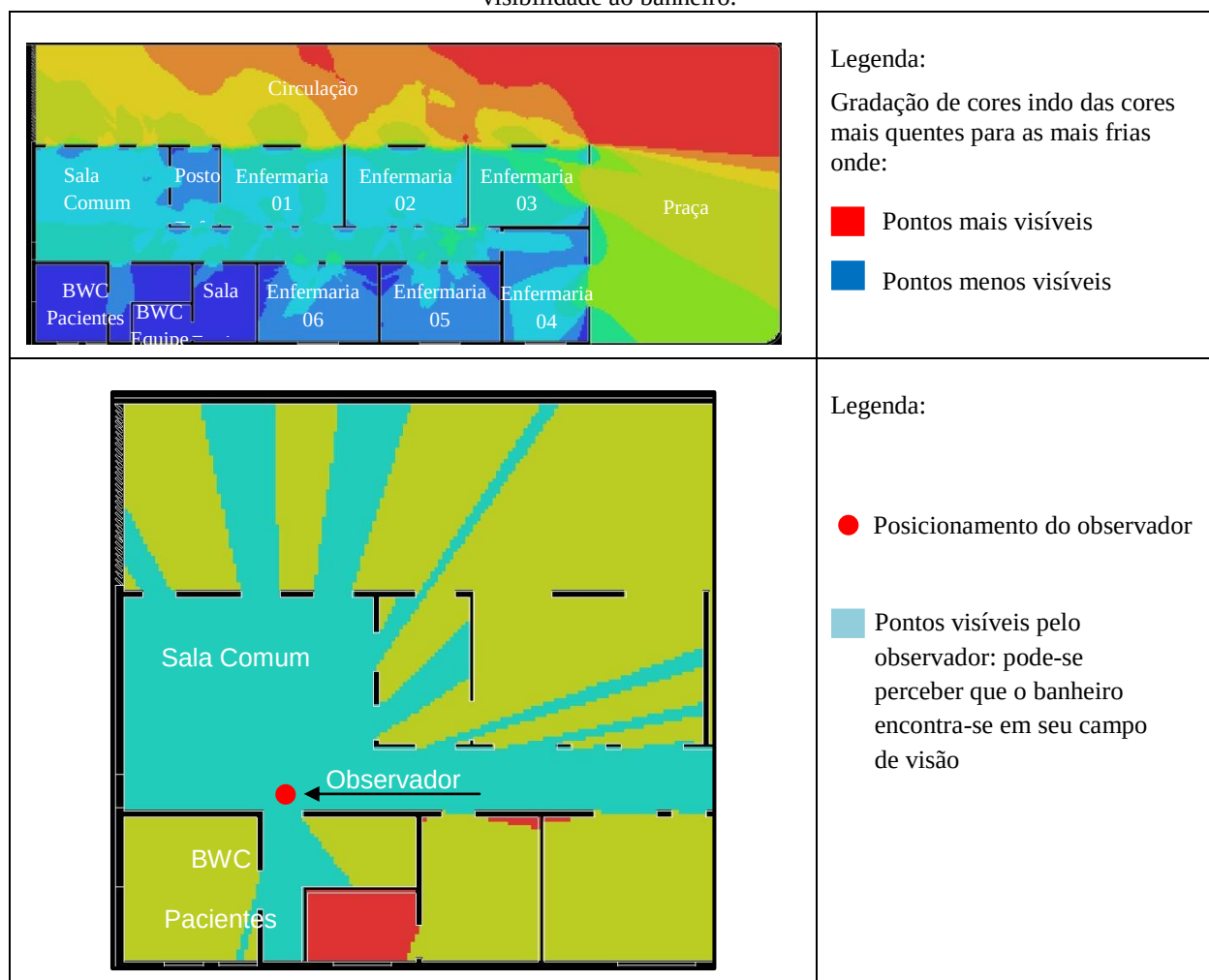
Fonte: Albuquerque, 2014.

O estudo de visibilidade da ala *Renascer* traz respostas bastante próximas às provenientes da ala *Nossa Casa*. Como distinção, na *Renascer* existem espaços do tipo γ (figura 58, espaços 02 e 03), que não existem na *Nossa Casa*, demonstrando que nesta ala há rede mútua de visibilidade. Além disso, ao contrário do que ocorre na *Nossa Casa*, a *Renascer* não possui espaços do tipo α . Porém, o sistema espacial, pela incidência de espaços do tipo δ ,

também se denota como favorável à supervisão e vigilância pela grande permeabilidade visual.

O último ponto que merece destaque no estudo de visibilidade das alas retoma o conceito de “exposição contaminadora” (Goffman, 1961). A necessidade de trabalhar esta temática se deu durante a imersão por ter sido possível, nas duas alas, ver as pacientes utilizando o banheiro. Para isso, foram gerados os gráficos de visibilidade e isovistas demonstrando esta possibilidade.

Figura 59: Estudo de visibilidade da ala *Nossa Casa*: a) Gráfico de Análise de Visibilidade; b) isovista com visibilidade ao banheiro.

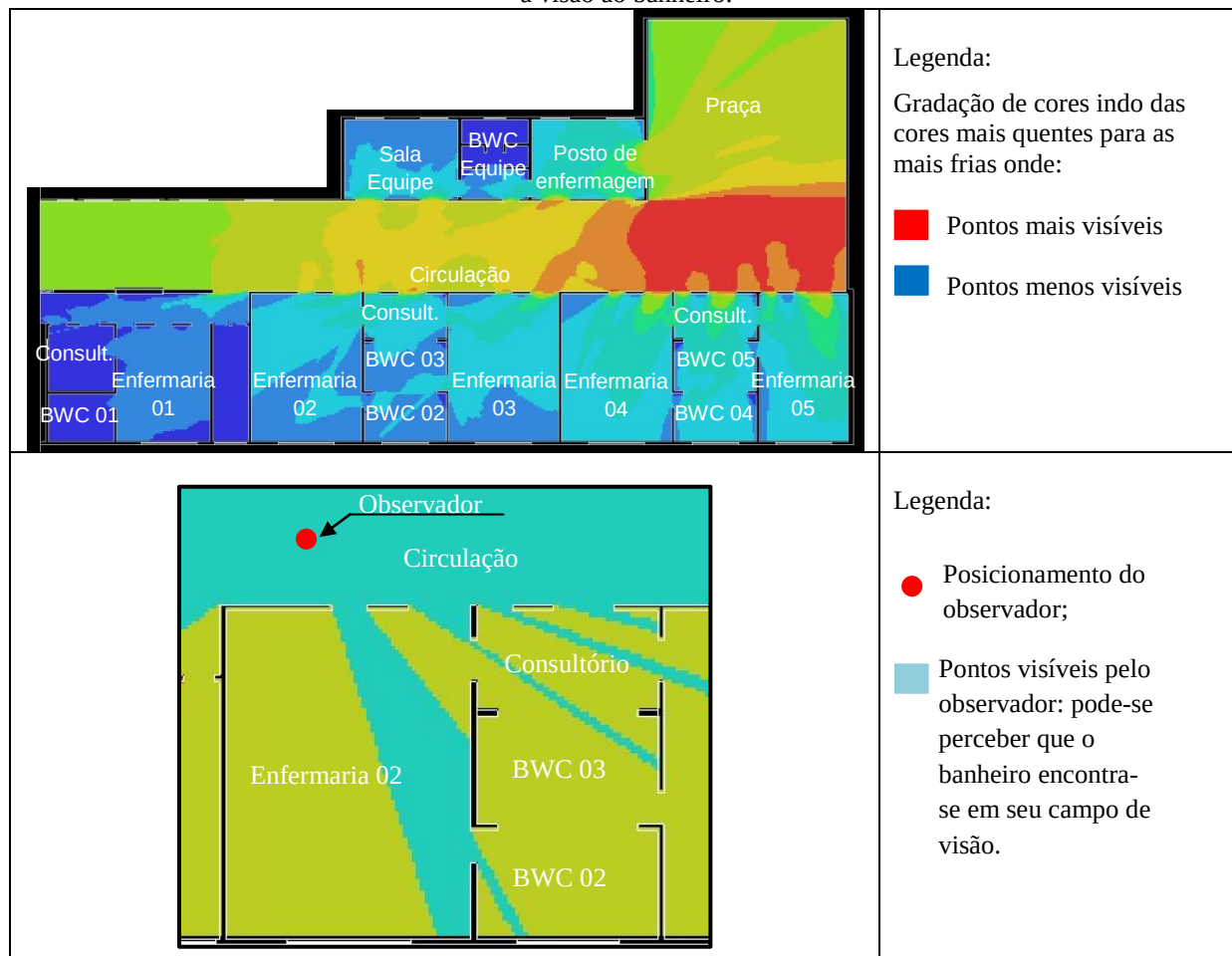


Fonte: Albuquerque, 2014.

O gráfico do sistema espacial das alas (figuras 59-a e 60-a) demonstra que os pontos menos visíveis (em azul) correspondem aos locais que abrigam atividades mais íntimas, como as enfermarias e o banheiro, sendo um ponto positivo para a humanização do espaço. No entanto, percebe-se nas figuras 59-b e 60-b que, como Goffman (1961) preconiza, as

pacientes estão sempre em posição de onde possam ser vistas por alguém e, assim, o internado perde o poder de decisão sobre quem o verá em situações constrangedoras.

Figura 60: Estudo de visibilidade ala Renascer: a) Gráfico de Análise de Visibilidade; b) Isovista demonstrando a visão ao banheiro.



Fonte: Albuquerque, 2014.

4.5.5 Quadro síntese

Quadro 22: Cruzamento entre os parâmetros de Goffman (1961) e *Partes do todo*.

Parâmetro	Descrição	Condição	Situação HEPR
Visibilidade permitida pelo espaço	Em instituições totais os internados estão sempre em posição de onde possam ser vistos ou ouvidos (Goffman, 1961) e este é um meio de coerção pelo poder (Benelli, 2003b) e de exposição contaminadora (Goffman, 1961), onde o paciente perde a autonomia de escolha de quem irá vê-lo e em que circunstâncias ele quer ser visto ou não.	Os espaços de instituições psiquiátricas, apesar de demandarem, em alguns pontos, certa visibilidade, por questões de segurança e por abrigar, muitas vezes, pacientes vulneráveis e dependentes fisicamente, devem prezar pela privacidade minimizando, ao máximo, esta exposição possibilitada pelos elementos arquitetônicos de vigilância e visibilidade, como portas vazadas, janelas dos postos de guarda para os quartos ou cômodos sem portas.	- Não atende. No Hospital não existe nenhum lugar onde se possa ficar sozinho sem que exista a possibilidade de que alguém entre. Há também as exposições contaminadoras como no caso da vista para o banheiro

Fonte: Albuquerque, 2014.

Apresentadas as alas com suas características espaciais principais, dar-se-á continuidade à descrição com as categorias complementares *Interação Social* e *Relação Público/Privada*.

4.6 Relações público/privadas: comparação ao sistema residencial e o *Gradiente de Intimidade*

Um parâmetro apresentado por Alexander et al (1977), denominado *Gradiente de intimidade*, denota a importância da gradação de espaços mais públicos para espaços mais privados, devendo, estes últimos, estar nos locais mais profundos de um sistema espacial. Embora isto possa ser visto em diferentes instituições, a mais simbólica delas é a casa que, culturalmente, normalmente, obedece a esta ordem.

Conquanto seja difícil assimilar a idéia de existência de lugares com características privadas em instituições totais, onde a convivência imposta é uma das marcas principais, ao pensar em uma gradação que vá do público ao privado, as enfermarias corresponderiam aos espaços mais privativos.

Desta forma, bebericando em pistas já deixadas por outros itens (tipologia espacial, zoneamento, sistema de barreiras e outros), o sistema hospitalar do HEPR, é um sistema profundo que possui gradação do público ao privado, estando as enfermarias em suas profundezas.

Já ao comparar as duas alas femininas, nota-se distinções nos seus sistemas espaciais. Observando a disposição espacial da ala *Nossa Casa*, pode-se fazer analogia ao convencional sistema espacial residencial, numa transição que vai do público ao privado. O primeiro cômodo acessado é o que poderia ser correspondente à sala de estar de uma casa, local com características mais públicas. Seguindo em uma forma de gradação até os espaços mais privativos, como as enfermarias (figura 51).

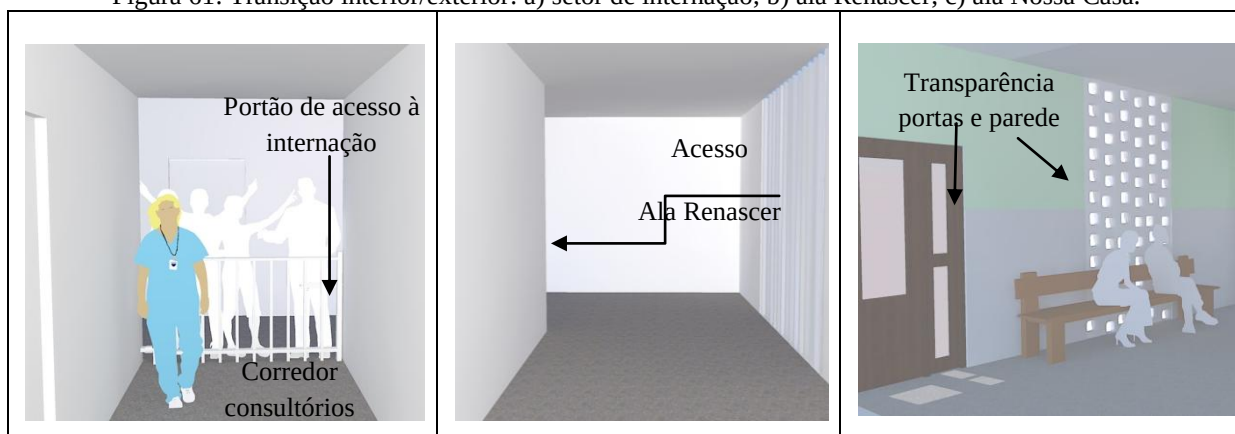
Isto coincide com a classificação das enfermarias como espaços do tipo-**a**, com relação às propriedades de acessibilidade, demonstrando que, por serem espaços finais de um percurso, não oferecendo possibilidade de movimento por entre as mesmas (figura 53). No entanto, além de ser um sistema raso e permeável, como visto em seu estudo de permeabilidade, quem controla a entrada, saída, a abertura ou o fechamento das portas são os membros da equipe médica. Ou seja, embora a disposição espacial favoreça a existência de locais mais privativos, o controle da utilização dos elementos do espaço atua como uma

anulação ao senso de humanidade preconizado pelo parâmetro *Canto próprio*, onde Alexander et al (1977) afirmam a importância de se ter um local onde se possa ficar sozinho.

A ala *Renascer*, por sua vez, como visto no item *Partes do todo* (figura 52), já inicia o seu acesso em um processo de reversibilidade, onde os locais mais privativos (enfermarias) são aqueles que “receptionam” os visitantes. Neste sistema, onde o número de leitos por enfermaria é maior, o que já fere de forma mais invasiva ao parâmetro *Canto próprio*, as sugestões dos autores quanto ao gradiente de intimidade são inexistentes, ou seja, não há gradação que vá do público ao privado.

Ainda sobre a transição do público para o privado, Alexander et al (1977) afirmam que o *ambiente de entrada*, que marca a passagem do exterior para o interior deve ser coerente com esta situação e possuir elementos dos dois extremos. Tanto no setor de internação, quanto nas alas existem esses elementos. No setor de internação, o portão de acesso, como já mencionado, é baixo e possui permeabilidade visual, permitindo esta transição (figura 61-a). Na ala *Nossa Casa*, esta característica é permitida pela porta de madeira com elemento vazado, além de uma faixa e elemento vazado perto do ambiente de entrada que possibilita esta sensação de transição (figura 61-c). Já na ala *Renascer*, esta transição é marcada pela angulação do corredor (figura 61-b).

Figura 61: Transição interior/exterior: a) setor de internação; b) ala Renascer; c) ala Nossa Casa.



Fonte: Albuquerque, 2014.

4.6.1 Quadro síntese

Os parâmetros que aqui são sintetizados nesse quadro são: *Gradiente de Intimidade* e *Canto próprio* e *Ambiente de Entrada*.

Quadro 23: Cruzamento entre os parâmetros de Alexander et al (1977) e Partes do todo.

Parâmetro	Se	Então	Situação Atual
Gradiente de intimidade (127 – <i>Intimacy gradient</i>)	A menos que os espaços de um edifício sejam dispostos em uma sequência que considere os graus de privacidade, as visitas de não-moradores será sempre um evento estranho.	As disposições dos espaços de um edifício devem seguir uma sequência que vá do público ao privado	Atende parcialmente: -HEPR: atende; - Ala <i>Nossa Casa</i> : atende; - Ala <i>Renascer</i> : não atende.
Canto próprio (141 – <i>A room of one's own</i>)	Uma pessoa que não tem um quarto próprio viverá sempre um confronto: participar e ser reconhecida como membro do grupo, mas não ter sua individualidade respeitada por não ter nenhum espaço totalmente em seu controle.	Cada membro do grupo deve ter um quarto individual, por menor que seja. Estes, devem estar na última etapa do gradiente de intimidade (privada), o mais distante possível das áreas comuns (pública).	Não atende, pois em nenhum local do hospital é possível que um internado fique sozinho sem que haja a possibilidade de ser interrompido.
Ambiente de entrada (130 – <i>Entrance Room</i>)	O espaço de chegada e de saída, que marca a passagem entre o exterior e o interior deve ser coerente com este momento importante de um edifício.	O ambiente de entrada deve ser iluminado e atravessar a fronteira entre o exterior e o interior cobrindo e integrando porções desses dois tipos de espaço.	Atende: - Setor de internação: transição marcada pela permeabilidade visual; - Ala <i>Nossa Casa</i> : transição marcada pelos elementos vazados; - Ala <i>Renascer</i> : transição marcada pela angulação do corredor.

Fonte: Albuquerque, 2014.

4.7 Interação Social

A categoria *Interação Social* foi um pouco explorada em outros parâmetros e categorias, fato que não traz surpresas visto que estamos aqui tratando de um sistema espacial complexo que, para uma descrição consistente, necessita do cruzamento de distintos aspectos.

Ao ser apresentado o parâmetro *Edifício Enquanto Complexo*, na categoria *Tipologia Espacial*, foi visto que a disposição espacial do hospital, de fato, favorece a existência de grupos sociais menores, o que é, segundo Alexander et al (1977) um indicativo de espaço

humanizado. Porém, foi visto também que a ocupação das alas (um dos microssistemas ou subdivisões do todo), não se dá de forma espontânea, já que a instituição determina quem ficará em cada uma delas.

No entanto, existem outros microssistemas além das alas no setor de internação. Nesses, como a praça, os corredores e o refeitório, mesmo que sob vigilância constante e nos horários determinados pelo hospital (estando dentro do conceito de *espaços de vigilância* de Goffman, 1961), existe a aproximação espontânea no espaço.

Sobre esta existência de grupos ou instituições menores dentro de um complexo de edifícios, Alexander et al. (1977, p. 618) afirmam, no parâmetro *Área comum no centro*, que nenhum desses grupos pode sobreviver sem um constante contato informal (ou espontâneo) entre os seus membros e que, para tal, deve haver centralidades (geométricas ou simbólicas) nos espaços voltados para cada grupo possibilitando este convívio.

Considerando o hospital como um todo, existe uma centralidade simbólica (já que não se encontra no centro geográfico do hospital) representada pela praça mencionada no item *Espaços de cerimonial institucional*. Nela, foi percebido durante a imersão que os internos de fato a utilizam como um ponto de encontro, tanto no dia-a-dia quanto nos eventos, estando sua ocupação, normalmente, nos espaços sombreados e onde existem elementos arquitetônicos cobertos.

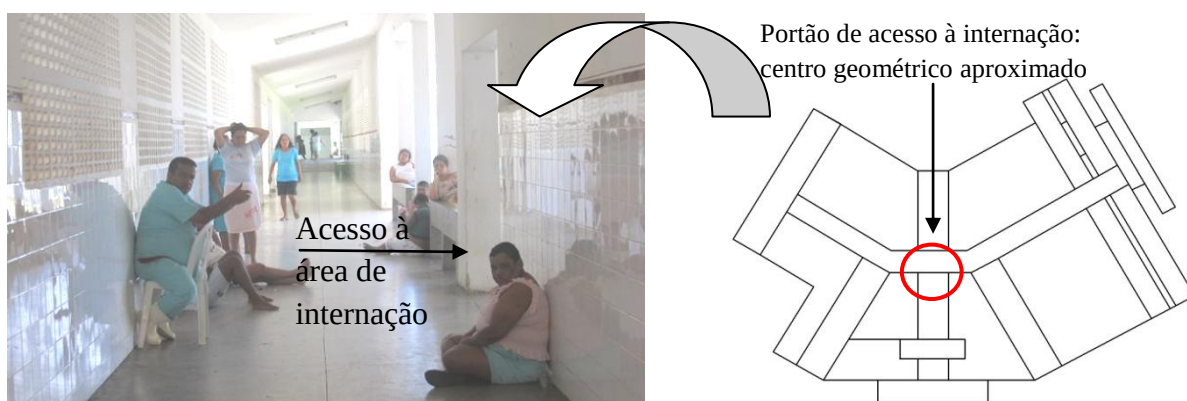
Nesta praça central foi percebida uma afinidade com o que foi visto *in loco* e este parâmetro. Alexander et al (1977) sugerem a existência de elementos de convergência nas bordas de espaços externos, afirmando que a vida desses espaços ocorre a partir delas. De fato, a presença de bancos nas bordas das praças é um complemento ao fator sombra, atuando, cada um deles, como um ponto de convergência de grupos sociais formados espontaneamente (figura45).

Além da preocupação com suas bordas, no parâmetro *O Centro de espaços abertos*, os autores chamam atenção para a existência de um local que esteja próximo da centralidade geométrica dos espaços abertos e que tenha características atrativas e marcantes. Nesta praça, espaço que é efetivamente utilizado como uma área de lazer e encontro dos pacientes, existe um coreto que fica próximo da centralidade geométrica. Quando sombreado, nos horários próximos ao meio-dia, é mais utilizado. Sua utilização

principal, porém, é como palco de festividades, como demonstrado ao apresentar os espaços de *cerimonial institucional*.

O corredor que dá acesso a todos os microssistemas do hospital também possui uma centralidade com as duas características: está bastante próxima do centro geométrico, ao mesmo tempo em que possui uma centralidade simbólica marcada pela proximidade ao portão de acesso à área de internação. Como visto na categoria *Sistemas de barreiras*, a permeabilidade visual a outros espaços do hospital que não o setor de internação, transformou esta porção do corredor - desprovida de elementos arquitetônicos marcantes ou atrativos - em um ambiente, e de local de passagem para local de uso.

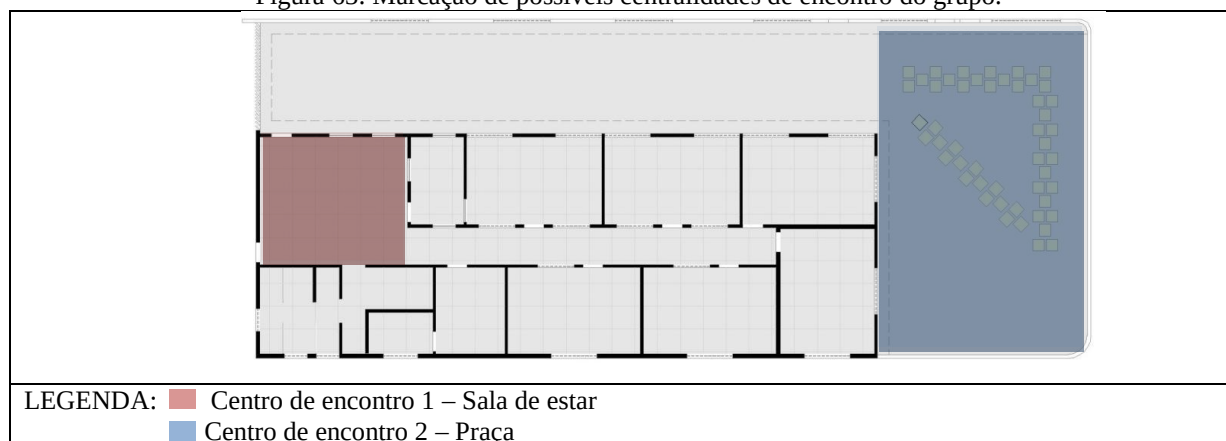
Figura 62: a) Criação de novo ambiente: o acesso à área de internação. b) Centro geométrico aproximado.



Fonte: a) Portal de notícias G1, 2013. B) Albuquerque, 2014.

Já nas alas, ao fazer a comparação entre as alas femininas *Nossa Casa* e *Renascer*, pode-se observar alguns fatos interessantes. A ala *Nossa Casa* tem dois locais que poderiam ser considerados um centro de encontro. O primeiro deles corresponde à sala de estar dos convencionais sistemas espaciais residenciais; o segundo, localizado aos fundos da ala, poderia ser associado ao quintal quando considerado o mesmo sistema (figura 63).

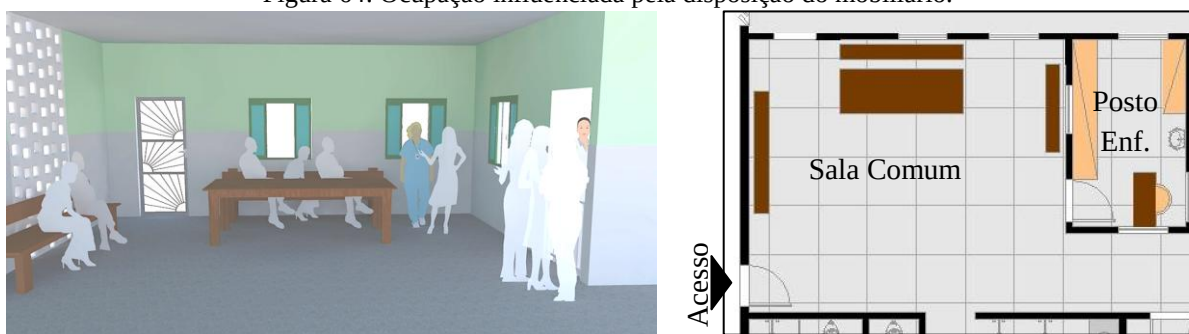
Figura 63: Marcação de possíveis centralidades de encontro do grupo.



Fonte: Albuquerque, 2014.

No caso da sala de estar, primeiro espaço para quem acessa a ala, foi possível perceber no local que a sua ocupação, nos momentos em que não é obrigatória a permanência nas alas, está condicionada à disposição de seus mobiliários. Quando existem bancos à disposição, há ocupação dos mesmos em diversos momentos do dia. Porém, durante a imersão, em alguns momentos a sala de estar da ala foi vista sem mobiliário algum, apenas o aparelho de televisão. Um ponto de aglomeração constante de pacientes é o portão de acesso ao posto de enfermagem num fenômeno semelhante ao que acontece no acesso à área de internação. No entanto, o motivo desta ocupação, normalmente, é a tentativa das pacientes novatas de chamarem a atenção da equipe ou para solicitar itens essenciais de higiene pessoal ou remédios.

Figura 64: Ocupação influenciada pela disposição do mobiliário.



Fonte: Albuquerque, 2014.

Já no caso da praça, embora possua elementos arquitetônicos culturalmente convidativos, como bancos sombreados embaixo de árvores, normalmente este espaço é utilizado para práticas que se deseja que ninguém veja, como o ato de fumar ou práticas sexuais. Isto pode ser explicado pelo seu posicionamento, aos fundos da ala, onde raramente há presença da equipe de saúde.

Como já havia sido visto na categoria *Partes do todo*, a ala *Nossa Casa* assemelha-se mais a um sistema espacial residencial, e talvez por isso além da posição geográfica e da disposição do mobiliário, a sala de estar funciona como um centro de encontro. A ala *Renascer*, por sua vez, por ter o seu acesso voltado já de início para as enfermarias e sua praça ser disposta aos fundos da ala e sem elementos atrativos, não possui esta centralidade simbólica nem geométrica. Normalmente, nos momentos em que não é obrigatória a permanência nas alas, as pacientes ficam transitando por outros espaços do hospital.

Ainda sobre a interação social, Alexander et al (1977), afirmam a necessidade de que exista nos sistemas espaciais *pequenos locais de encontro*. Isto ocorre porque, segundo os

autores, estes espaços são mais convidativos e intimistas e, normalmente, mais utilizados do que grandes espaços. Apesar do HEPR possuir alguns pontos de encontro dispersos, como explanado no item *Bolsões de Atividade*, a ocupação dos espaços de lazer se dá, com maior expressividade, nas praças (figura 45).

Além disso, os autores preconizam que deve haver um local comum para refeições. Isto ocorre porque, segundo eles, sendo a comida e a bebida o símbolo de comemorações, este espaço pode surgir como uma forma de unir grupos sociais. Como já mencionado, existe um refeitório comunitário no HEPR, para onde os internos se encaminham para fazer as refeições. Aqueles que não podem, por problemas de locomoção, se encaminhar ao refeitório, fazem suas refeições na ala, sendo a Nossa Casa, a única que possui mobiliário adequado para isso (figura 64). Como quadro síntese, tem-se:

4.7.1 Quadro síntese

Quadro 24: Cruzamento entre os parâmetros de Alexander et al (1977) e *Interação Social*.

Parâmetro	Se	Então	Situação HEPR
Edifício como complexo (95- Building complex)	Um prédio não pode ser humano a menos que seja um complexo e “prédios menores” ou partes menores que manifestam os seus próprios fatos sociais internos.	Um edifício deve ser entendido como um complexo e suas partes menores devem ser identificadas: baixas densidades – coleção de “pequenos prédios” conectados por arcadas, pontes, pátios, etc.; altas densidades – prédio único com destaque para importantes partes identificáveis dentro de um mesmo tecido tridimensional.	Não atende. O HEPR tem uma tipologia horizontal, predominantemente, de <i>lâminas isoladas articuladas</i> por uma circulação principal que as conecta (Góes, 2004), que, de fato, permite a criação de subgrupos através da disposição espacial, uma vez que define a segregação de partes menores que compõe o todo através da articulação do corredor. No entanto, esta subdivisão em grupos menores não ocorre de forma espontânea, e sim é ditada pela instituição.
Porções do edifício conectadas (108 – Connected buildings)	Edifícios isolados são sinal de uma sociedade desconectada	As porções dos edifícios (o que corresponde às suas subdivisões, seus subgrupos), devem estar conectadas de modo a dar a impressão de continuidade.	Atende São conectadas pela grande circulação.

Pátios que vivem (115 – <i>Courtyard Which Lives</i>)	Os pátios construídos nos prédios modernos estão, muitas vezes, “mortos”. Eles são criados para serem espaços abertos para as pessoas usarem, mas isso, muitas vezes, não ocorre.	Nos pátios, devem haver espaços de transição entre os espaços abertos e fechados, que permitam a visão do espaço aberto, devem ser alocadas portas que construam caminhos naturais que passem pelos pátios e devem conter elementos arquitetônicos que demonstrem a integração do interior com o exterior.	Atende parcialmente.
Bolsões de atividade (124 – <i>Activity Pockets</i>)	A vida das praças se forma, naturalmente, ao redor de sua borda.	As praças devem ser rodeadas por pontos de reunião com bolsões de atividades – áreas pequenas, parcialmente fechadas nas extremidades que se projetam para frente no espaço aberto entre os caminhos e contém atividades que tornem natural que as pessoas parem e se envolvam.	Atende parcialmente. Na praça, percebe-se que a ocupação se dá nos corredores que a circundam. No entanto, resta a dúvida se isto se dá pelo que o autor apresenta como argumentos ou pelo fato do sombreamento.
O Centro de espaços abertos (126 – <i>Something roughly in the middle</i>)	Um espaço aberto sem um centro está fadado a ficar vazio.	Os espaços abertos (praças, pátios e demais áreas de uso comum) devem conter algo no encontro dos caminhos. Este elemento deve ser marcante e atrativo.	Atende parcialmente. Existe na praça principal e na ala <i>Nossa Casa</i> .
Área comum no centro (129 – <i>Common areas at the heart</i>)	Nenhum grupo social vive sem contato informal constante entre os membros.	Deve existir uma única área comum para cada grupo social, localizada no centro de gravidade de todos os espaços que o grupo utiliza e de forma que os caminhos estejam tangenciados a ela.	Atende parcialmente. Existe na ala <i>Nossa Casa</i> , porém, não na <i>Renascença</i> .

Quarto próprio (141 – <i>A room of one's own</i>)	Uma pessoa que não tem um quarto próprio viverá sempre um confronto: participar e ser reconhecida como membro do grupo, mas não ter sua individualidade respeitada por não ter nenhum espaço totalmente em seu controle.	Cada membro do grupo deve ter um quarto individual, por menor que seja. Estes, devem estar na última etapa do gradiente de intimidade (privada), o mais distante possível das áreas comuns (pública).	Não atende, pois em nenhum local do hospital é possível que um internado fique sozinho sem que haja a possibilidade de ser interrompido.
Lugar comum para refeições (147 – <i>Communal Eating</i>)	Sendo a comida e a bebida o símbolo de comemorações, sem uma sala comum para refeições nenhum grupo consegue permanecer unido.	Toda instituição ou grupo social deve ter um local para as pessoas comerem juntas, com mesas próprias para isto.	Atende. Existe o Refeitório de uso comum e na ala Nossa Casa, algumas pacientes fazem uso da sala comum como local de refeição.
Pequenos locais de encontro (151 – <i>Small meeting rooms</i>)	Quanto maiores os espaços de encontro, menos as pessoas os utilizam.	Nos edifícios, pelo menos, 70% dos espaços de encontro devem ser, realmente, pequenos e devem estar concentrados nas áreas mais públicas do edifício.	Não atende. A maior parte dos espaços de encontro são grandes.

Fonte: Albuquerque, 2014.

5 CONSIDERAÇÕES E INTUIÇÕES FINAIS:

Terminada a descrição espacial do Hospital Escola Portugal Ramalho, alguns fechamentos, conjecturas e ressalvas necessitam ser costurados como retoques finais deste processo descritivo.

Primeiro, sobre as intuições iniciais acerca da desumanização do espaço do HEPR, há que se dizer que, relacionando o que foi estudado na teoria do referencial teórico com a realidade vivenciada no hospital, algumas conjecturas foram ratificadas pelos motivos expostos pelos teóricos, outras foram confirmadas, porém, por motivos distintos dos encontrados no embasamento dos autores e existiram, ainda, aquelas que não se confirmaram, demonstrando que a complexidade existente na relação entre as diversas variáveis que envolvem estudos deste tipo, por vezes, resultam em resultados inesperados.

Ao iniciar o processo de pesquisa, a intuição maior acerca da *desumanização* de espaços de contenção era proveniente do pré-conceito da pesquisadora acerca da palavra liberdade. Acreditava-se que o sistema de claustro privaria os enclausurados de novas experiências pessoais e sociais. *In loco*, percebeu-se que a liberdade estava presente na ausência de submissão às regras sociais e do senso comum que fazia com que, a cada dia, um espaço do hospital se transformasse em um novo mundo para cada internado, com novas possibilidades de encontros sociais, tanto com novos pacientes, já que a rotatividade no hospital é grande, quanto com a transformação no olhar aos pacientes já internados. De fato, há a desumanização no sistema manicomial de aprisionamento e seus espaços, mas ela parece ser proveniente mais das práticas antagônicas aos preceitos da autonomia e possibilidades de escolha no ato de ir e vir ou de atividades corriqueiras, do que da privação de encontros sociais.

As intuições mais férteis, no entanto, surgiram com as primeiras visitas ao hospital, desenhando o rumo que a pesquisa tomaria. Sobre isto, um primeiro episódio deve ser citado: foram necessárias quatro visitas para se ter certeza do caminho entre a recepção e as alas femininas. Isto se deu, principalmente, pela falta de legibilidade do hospital, tratada no estudo de seus fluxos, associada às angulações da circulação.

Na primeira visita, esta angulação trouxe uma sensação de insegurança e despertou curiosidade acerca da participação desta disposição espacial em possíveis episódios de brigas ou outras práticas que se deseje esconder. Este foi um fato confirmado durante a imersão,

onde foi possível presenciar brigas e ameaças ao dobrar o corredor em direção às alas femininas.

Esta primeira visita também nos apresentou à uma série de problemas do hospital, onde muitos vagavam nus, onde foi possível ver enfermarias com fezes no chão, onde, por vezes, os pacientes não podiam tomar banho por não possuir muda de roupa suficiente para todos, onde existiam pacientes amarrados a pilares. Mas sobre o espaço, este dia trouxe uma intuição que deu certo alívio momentâneo: a sensação de que a existência de delimitações espaciais onde convivem as mesmas pessoas dividindo as atividades mais corriqueiras - as alas – poderiam possibilitar a criação de sistemas sociais de proximidade que, de alguma forma, trouxessem laços afetivos aos pacientes residentes.

Esta intuição, no entanto, não se confirmou por completo. Embora estes espaços sejam, numa analogia às representações sociais, semelhantes à uma residência, principalmente na ala *Nossa Casa*, a aproximação por afetividade convive com o convívio social imposto e determinado pela instituição e com a troca de pacientes de alas, dificultando este processo de aproximação.

Além disso, a possibilidade de visibilidade das pacientes utilizando o banheiro confirmou o que Goffman (1961) afirmou acerca da falta de possibilidade de escolha dos internados sobre quem poderá os ver em situações íntimas – fato também confirmado pela simulação computacional das isovistas – porém, *in loco*, esta situação gera três comportamentos: a) as pacientes rotativas, normalmente, demonstram constrangimento; b) as pacientes residentes que se incomodam em ser vistas, acordam 30 minutos antes das demais para fazer sua higiene pessoal e evitam utilizar o banheiro em horários de maior movimento; c) as pacientes residentes menos resistentes as práticas institucionais parecem ter aceitado este ato como algo normal e não fazem restrições a utilização do banheiro mesmo com possibilidade de serem vistas.

As outras intuições acerca do espaço derivaram de um caminho reverso: inicialmente do estudo do referencial teórico (principalmente, Goffman, 1961 e Alexander et al, 1977), para depois aferição de seu potencial de materialização no espaço.

Como pode ser visto na descrição do espaço no capítulo quatro, dos parâmetros escolhidos (construídos ou retirados de outros autores), em verificação com a situação atual

do HEPR, pode-se dizer que cerca de 30% não atende ao que foi preconizado no parâmetro; que 60% atende parcialmente e que 10% atende totalmente.

No entanto, o número expressivo de parâmetros com atendimento parcial está longe de se relacionar com uma possível humanização do espaço. Isto ocorre porque, como visto durante a descrição, existem muitas ressalvas que resultam em incompatibilidade dos resultados aos argumentos de Alexander et al (1977) quando comparados à realidade encontrada.

Em suma, a questão da humanização – ou falta dela - permitida pelo espaço se apresenta como uma rede ou trama que está além das características espaciais puramente técnicas e objetivas, ou mesmo daquelas extremamente subjetivas associadas ao espaço. Vai além até do cruzamento entre esses dois pólos. Humanizar um espaço, ou seja, torná-lo humano, envolve variáveis que extrapolam as intenções institucionais – dos novos espaços da Reforma Psiquiátrica Brasileira-, sociais – dos novos discursos que se tenta disseminar na sociedade - ou profissionais - no caso dos arquitetos que o projetam. Isto ocorre porque a equação desta rede de assistência à saúde mental humanizada necessita do equilíbrio entre esses setores para funcionar bem, assim como os seus espaços, que, provavelmente, serão adequados, quando a mesma o for.

5.1 Um Novo Olhar sobre o Mesmo Sistema Espacial: futuras pesquisas

Para além destas situações de intuições confirmadas ou não, *in loco* a riqueza encontrada no universo dos espaços da loucura e dos seus sujeitos suscitaram novas conjecturas que poderiam ser apresentadas como problemas de pesquisa dando ensejo a outras propostas de investigação no mesmo sistema espacial.

A estratégia metodológica adotada nesta pesquisa possibilitou a investigação de propriedades espaciais distintas, numa tentativa de examiná-lo como um todo. Porém, a aproximação a determinados aspectos, que tornaria possível o seu aprofundamento para investigação das minúcias referentes ao tema, ratifica esta possibilidade de estudá-lo sob prismas diferentes.

O primeiro fato resultante dessas novas intuições que surgiram no decorrer da pesquisa foi a dependência institucional encontrada nas pacientes residentes. Estas, por mais que tenham dito durante o período de imersão que prefeririam estar em outro lugar, demonstravam apreensão, insegurança e imploravam para permanecer no hospital quando surgia o assunto

sobre a possibilidade do HEPR ser desativado, como preconiza a reforma. A resistência em sair do hospital é presente até para situações esporádicas de saída para lanches. Isto foi se revelando ao longo da pesquisa e a inquietação gerada na pesquisadora foi acerca do motivo para este fenômeno: se derivaria de um sentimento de pertencimento ao local decorrente dos anos de vivência ou se seria um efeito do sistema de claustro que ocasionaria este medo da vida extramuros. Deve-se ressaltar que esta característica não foi encontrada nas pacientes rotativas.

Além disso, o foco em apenas um objeto de análise, decorrente do fato da metodologia adotada ser a de *estudo de caso*, despertou a curiosidade em saber se ela se reproduz em outros espaços semelhantes. Neste caso, ao invés de aproximação ao objeto de análise, seria dada uma distância do mesmo, no intuito de compará-lo com outros sistemas semelhantes e verificar se esta reprodução se faz presente.

No entanto, apesar das muitas possibilidades de pesquisa associadas a esta temática, o desejo de continuação se aproxima daquela que foi o ponto de partida deste problema de pesquisa e que teve que ser adiada pelos motivos já citados: o estudo da relação do homem com o espaço, sendo subsidiado por ramos da psicologia como a cognitiva e a do desenvolvimento, e todo o arcabouço teórico a elas relacionado, demandando um aprofundamento e amadurecimento do tema, a fim de compreender como se dá a produção de subjetividade no hospital psiquiátrico.

5.2 Limitações da Pesquisa

Durante o período de pesquisa surgiram alguns obstáculos e limitações que merecem ser citados para finalizá-la. O primeiro deles foi a ausência de planta baixa do hospital. Foram feitas pesquisas nos órgãos: Secretaria Estadual de Alagoas, setores de engenharia e arquitetura, Secretaria Municipal de Alagoas, nos mesmos setores e no setor de arquitetura da Uncisal, onde foi possível obter apenas as plantas baixas das alas *Nossa Casa* e *Renascer* e do CAPS Casa Verde, pois serão os primeiro espaços a ser reformados e por isso, já havia sido feito o levantamento do local. Foi informado também que o levantamento do hospital inteiro seria feito, também com o objetivo de realização do projeto de reforma, no entanto, a equipe responsável por esta atividade tinha desistido do serviço e ainda não tinha previsão de quando o mesmo seria retomado.

Este fato limitou alguns fragmentos da descrição espacial, como, por exemplo, o estudo da permeabilidade do hospital como um todo, já que não foi possível demarcar com clareza as unidades espaciais convexas, necessárias à construção de seu grafo justificado de permeabilidades.

Outra limitação, já mencionada na introdução deste trabalho, mas que merece ser retomada é o fato da reprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa, pelo fato de no projeto constar meios que foram considerados invasivos em sua metodologia, como a videografia e as entrevistas. Embora existisse a possibilidade de reformular o projeto de pesquisa para nova submissão, optou-se por mudar o foco da pesquisa para o espaço, pela existência de uma segunda limitação decorrente do fato de se tratar de pessoas com transtornos mentais e, portanto, que não possuem uma ordem de pensamento constante, dificultando a obtenção de registros fidedignos. Estudá-los, portanto, demandaria um amadurecimento do tema, que pode ser realizado em um possível pesquisa de doutorado.

Finalizando as limitações e obstáculos encontrados, outro fator que se apresentou, em alguns momentos, como um obstáculo a ser superado durante a pesquisa, foi o envolvimento emocional da pesquisadora com uma realidade distinta de tudo o que já havia presenciado.

Por fim, certa vez, nos primeiros meses da pesquisa, um psicólogo em um seminário sobre os avanços da humanização na saúde mental em Maceió afirmou sobre existência de novos CAPS na cidade: “Não é uma questão de prédio, de concreto”. Ao fim da pesquisa, podemos dizer: “não é apenas uma questão de prédio, de concreto”, mas o espaço, enquanto abrigo de suas práticas, é uma das variáveis desta rede de humanização.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER , C. **The timeless way of building**. Oxford University Press, 1979.
- ALEXANDER, C. et al. **A pattern language**. Oxford University Press, 1977.
- AMARANTE, P. & TORRE, E. H. G. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.73-85, 2001.
- AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.
- _____. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista Mente & Cérebro**, 2006.
- _____. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, v.1, n.1, p.61-77, 1994.
- _____. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- AMORIM, L. **The sectors' paradigm: a study of the spatial and functional nature of modernist housing in Northeast Brazil**. Tese. (PhD em Advanced Architectural Studies) - University College London, Londres, 1999.
- _____. **Espaço-tipo: de aa a dō**. In: Anais do 6º Projetar. Salvador: FAU-UFBA, 2013.
- AMORIM, L., LINS FILHO, M. C. **A moradia contemporânea segundo seus espaços-tipo**. In: Anais do VI Projetar. Salvador: UFBA, 2013.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARROS, R. **Habitação coletiva: a inclusão de conceitos humanizadores no processo de projeto**. 2008. 200p. Tese (Doutorado em Engenharia Civil) - Faculdade de Engenharia Civil e Arquitetura, Universidade Estadual de Campinas, 2008.
- BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BECK, M. **Arquitetura, visão e movimento: o discurso de Paulo Mendes da Rocha na pinacoteca do estado de São Paulo**. Porto alegre, 2011.
- BENEDIKT, M. To take hold of space: isovists and isovists field. **Environment and Planning B**, v.6, p.47-65, 1979.
- BENELLI, S. Dispositivos disciplinares produtores de subjetividade na instituição total. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.8, n.2, p. 99-114, jul/dez – 2003a.
- BENELLI, S. Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no Hospital Psiquiátrico. **Revista Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 20, n. 2, p. 35-49, maio/agosto, 2003b.
- BIRMAN J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Graal, Rio de Janeiro, 1978.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Legislação em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **PNHAH – Programa de Nacional e Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **ANVISA**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002.

CAVALCANTI, R. **Hospital Portugal Ramalho: de asilo a instituição de assistência psiquiátrica**. Maceió: Editora Cavalcante, 2006.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

FONTES, M. P.Z. **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. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Proarq, 2003.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. **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, 1975.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

HANSON, J. **Decoding homes and houses**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

HILLIER, B. **Space is the machine: a configurational theory of architecture**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

HILLIER, B. The architecture of the urban object. **Ekistics**, v 56, n, 334/335, p. 5-21, 1989.

HILLIER, B. & HANSON, J. **The social logic of space**. London: Cambridge University Press, 1984.

HILLIER, B. et al. Creating life: or, does architecture determine anything?. In: **Architecture and Behaviour**, p. 233-250, 1987.

HOLANDA, Frederico. **O espaço de exceção**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002.

HOLANDA, Frederico e KOHLSDORF, Gunter (1994). **A arquitetura como situação relacional**. Grupo de pesquisa dimensões morfológicas no processo de urbanização – PPGFAU/UnB, Brasília

MAGNANI, José Guilherme Cantor. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 2002.

MEDEIROS, V. et al. **Cartografia Histórica e Mapas Axiais: uma Estratégia**

para a Leitura da Expansão Urbana.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

OLIVEIRA, Daniella. Entre a clausura do desatino e a "inclusão" da anormalidade: vicissitudes da loucura na obra de Michel Foucault. **Fractal, Rev. Psicol.** vol.22 no.2 Rio de Janeiro Mai/Ago. 2010.

PEREIRA, R. et al. **O uso da sintaxe espacial na análise do desempenho do transporte urbano**: limites e potencialidades. Rio de Janeiro, 2001.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. 1ª. ed. São Paulo: Editora 34, 1996.

REY, Philippe-Marius. O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil. 1875. In: *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 382-403, junho 2012.

RIBEIRO, M. **A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado**. 2012. 243 p. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

RIBEIRO, P. **Processo e alienação mental em Maceió: da cadeia pública ao asilo Santa Leopoldina**. 2006. 71 f. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Ciências Humanas, Comunicação e Artes, Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, 2006.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec / Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

ROTELLI, F. **A instituição inventada**. In: Nicácio, F. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTTERDAM, Erasmo de. **Elogio da Loucura**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

TRINDADE, R. et al. **Avaliação da organização da rede de atenção em saúde mental**. Relatório Final. Fapeal, 2007.

TURNER, A. et al. From isovists to visibility graphs: a methodology for the analysis of architectural space. **Environment and Planning B: Planning and Design**, volume 28, p. 103-121, 2001.

VITRUVIUS, M. **The ten books on architecture**. New York, Dover, 1960.