

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS TECNOLÓGICAS
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

IGOR ARNÓBIO PINHEIRO DE CARVALHO

**PROPOSTA DE HOSPITAL-ESCOLA DE
SAÚDE MENTAL**

São Luís
2004

IGOR ARNÓBIO PINHEIRO DE CARVALHO

**PROPOSTA DE HOSPITAL-ESCOLA DE
SAÚDE MENTAL**

Monografia apresentada ao Curso de Arquitetura e urbanismo da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, para obtenção do grau de Arquiteto e Urbanista.

Orientador: Prof. Dr. Érico Junqueira Ayres

Co-orientadora: profa. Fabíola Aguiar

São Luís

2004

IGOR ARNÓBIO PINHEIRO DE CARVALHO

**PROPOSTA DE HOSPITAL-ESCOLA DE
SAÚDE MENTAL**

Monografia apresentada ao Curso de Arquitetura e urbanismo da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, para obtenção do grau de Arquiteto e Urbanista.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Professor Érico Junqueira Ayres (Orientador)

Dr. Em Arquitetura e Urbanismo
Universidade Estadual do Maranhão

2º Examinador

3º Examinador

A amiga Arlene da Silva Vieira
e à toda a minha família.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Orientador, o Professor Érico Junqueira Ayres, pela orientação segura e coerente.

À minha Co-orientadora, a Professora Fabíola Aguiar.

À minha Maior Amiga, Arlene Vieira por sua ajuda incondicional durante o percurso deste trabalho, e que pela sua ética e competência tem sido um exemplo para mim.

À Grande Amiga Eldenir Sena, pela ajuda decisiva nos momentos mais difíceis na tapa final deste trabalho,

Às amigas Samyra Costa Serra e Sarah Costa Serra, pelos valiosos contatos que me permitiram realizar as entrevistas contidas aqui.

À Assistente Social e Professora da Universidade Federal do Maranhão, Maria Cândida, pelo empréstimo de valiosa bibliografia.

Ao Cientista Social e diretor do Hospital-dia Vida e Liberdade, Paulo Roberto e à Enfermeira e diretora do Hospital Nina Rodrigues Júlia Francisca Saraiva Pinheiro, pelas esclarecedoras entrevistas contidas neste trabalho.

*É uma sala. É um cantinho de sala.
Se tiver grade a gente vai se perder.*

Fernando Diniz

RESUMO

Este trabalho aborda o projeto de um Hospital-escola de Saúde Mental. Descreve a origem deste tipo de edificação e o respectivo tipo de terapia adotada inicialmente, tanto no Brasil como no Estado do Maranhão. Explica as mudanças e evolução no processo terapêutico desde a qualificação dos profissionais, às terapias e as Políticas Públicas sobre o tema. Enfatiza o papel da pesquisadora Nise da Silveira na contribuição para ampliação dessa área de conhecimento.

Palavras-chave: hospital; arquitetura; saúde mental

ABSTRACT

This work approach the plans for a school hospital of mentaly health. It's discribe the origin of this kind of buisd and itself therapy, e in Brazil and in Maranhão State. It explains the changes and the evolution on the therapy process since the profissionial ´s qualification, the therapies and the Public Politics to this theme. It get emphasis on the psychiatrist Nise da Silveira´s to up grade this knowledge field.

Palavras-chave: hospital; arquitetura; saúde mental

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|---------|--|--------|
| Foto 1 | Torre central vigiando interior da penitenciária de Stateville, Estados Unidos, século XX | Pág 31 |
| Foto 2 | Nise da Silveira | Pág 40 |
| Foto 3 | Ministério da Educação e Cultura | Pág 45 |
| Foto 4 | Museu de Arte Moderna de São Paulo - MAM-SP | Pág 46 |
| Foto 5 | Sede do Museu de Imagens do Inconsciente | Pág 47 |
| Foto 6 | O psiquiatra Carl Jung | Pág 50 |
| Foto 7 | o psiquiatra Carl Jung visitando a exposição A Esquizofrenia em Imagens | Pág 52 |
| Foto 8 | O psiquiatra Carl Jung em companhia de Nise da Silveira visitando a exposição A Esquizofrenia em Imagens | Pág 52 |
| Foto 9 | O psiquiatra Carl Jung em companhia de Nise da Silveira visitando a exposição A Esquizofrenia em Imagens | Pág 53 |
| Foto 10 | Escultura neolítica | Pág 55 |
| Foto 11 | Escultura de Adelina Gomes freqüentadora das oficinas terapêuticas | Pág 55 |
| Foto 12 | Imagem de satélite do bairro da Cohama | Pág 61 |
| Foto 13 | Acesso pela Avenida Daniel de La Touche, com entorno predominantemente comercial. | Pág 65 |
| Foto 14 | Acesso pela Rua das Gaivotas | Pág 65 |
| Foto 15 | Vista em direção ao norte do terreno | Pág 66 |
| Foto 16 | Vista a partir do terreno ao lado. | Pág 66 |
| Foto 17 | Vista em direção dos fundos do terreno | Pág 67 |
| Foto 18 | Hospital-dia Vida e Liberdade | Pág 68 |
| Foto 19 | Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues | Pág 69 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-----------|---|--------|
| Figura 1 | Planta do Panopticon de Bentham | Pág 19 |
| Figura 2 | Projeto de hospital | pág 19 |
| Figura 3 | Projeto de prisão | pág 20 |
| Figura 4 | Prisão de Pettite Roquette | Pág 20 |
| Figura 5 | Um detento, em sua cela | pág 21 |
| Figura 6 | Projeto de penitenciária de 1840, planta e corte das celas | pág 21 |
| Figura 7 | Projeto de hospital | pág 22 |
| Figura 8 | Jardim Zoológico de Versalhes, à época de Luís XIV, possível inspiração de Benthán | pág 23 |
| Figura 9 | Colégio de Navarra com várias celas para os alunos | Pág 23 |
| Figura 10 | Livro de instruções militares | Pág 27 |
| Figura 11 | Livro de instruções militares | Pág 27 |
| Figura 12 | Campo para dezoito batalhas e vinte e quatro esquadrões | Pág 29 |
| Figura 13 | Exemplo de controle do gesto através da caligrafia | Pág 29 |
| Figura 14 | Ilustração do livro A Ortopedia ou a Arte de Prevenir e Corrigir, nas Crianças, as Deformidades do Corpo | Pág 30 |
| Figura 15 | Exemplo de controle do gesto através de castigos corporais em crianças | Pág 30 |
| Figura 16 | Pintura de Fernando Diniz, freqüentador das oficinas terapêuticas | Pág 42 |
| Figura 17 | Pintura de Isaac freqüentador das oficinas terapêuticas | Pág 43 |
| Figura 18 | Exemplo de figura circular, de autoria de Carlos, freqüentador dos ateliês terapêuticos | Pág 51 |
| Figura 19 | Mito egípcio | Pág 56 |
| Figura 20 | Imagem de satélite do bairro da Cohama | Pág 61 |
| Figura 21 | Planta de localização | Pág 62 |
| Figura 22 | Terreno com curvas de nível | Pág 63 |
| Figura 23 | Terreno com sua ATME | Pág 64 |

| | | |
|-----------|------------------|--------|
| Figura 24 | Implantação | Pág 76 |
| Figura 25 | Fluxograma | Pág 77 |
| Figura 26 | Zonificação | Pág 78 |
| Figura 27 | Estudo de fluxos | Pág 79 |

LISTA DE SIGLAS

CAPS: Centro de Atenção Psico-social.

C.N.P: Centro Nacional de Psiquiatria.

L.B.H.M: Liga Brasileira de Higiene Mental.

P.C.B: Partido Comunista Brasileiro.

T.O: Terapia Ocupacional.

Z.R-1: Zona Residencial Número 1.

SUMÁRIO

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 | A CIDADE PESTILENTA..... | 15 |
| 3 | O PANOPTISMO..... | 18 |
| 4 | A ORIGEM DO HOSPITAL, SEUS MÉTODOS COERCIVOS E DOS REFLEXOS NA SOCIEDADE..... | 24 |
| 5 | ORIGEM DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL..... | 34 |
| 6 | NISE DA SILVEIRA – MUDANÇAS RADICAIS NA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA | 39 |
| 6.1 | Formação Acadêmica e Referencial Teórico..... | 39 |
| 6.2 | Exposição Ministério da Educação 1947..... | 44 |
| 6.3 | Exposição no Museu de Arte Moderna de São Paulo (MAM-SP)..... | 45 |
| 6.4 | 10º Congresso Mundial de Psiquiatria 1950..... | 46 |
| 6.5 | Museu do Inconsciente | 47 |
| 6.6 | 10º Congresso Latino-Americano de Saúde Mental – 1954..... | 48 |
| 6.7 | Casa das Palmeiras..... | 48 |
| 6.8 | Jung 1954..... | 49 |
| 6.9 | Grupo de Estudos..... | 51 |
| 6.10 | II Congresso Internacional de psiquiatria..... | 52 |
| 6.11 | Aposentadoria Compulsória..... | 57 |
| 6.12 | últimos Anos..... | 58 |
| 6.13 | O legado..... | 58 |
| 7 | PROPOSTA ARQUITETÔNICA DE UM HOSPITAL-ESCOLA DE SAÚDE MENTAL..... | 59 |

| | | |
|---------------|--|-----------|
| 7.1 | O local de implantação..... | 59 |
| 7.2 | Elaboração do Programa de Necessidades..... | 67 |
| 7.2.1. | Definição do tipo de serviços hospitalares (filosofia e terapia)..... | 67 |
| 7.2.2 | Requisitos mínimos para a edificação..... | 71 |
| 8 | CONCLUSÃO..... | 80 |
| | REFERÊNCIAS | 81 |
| | ANEXOS | 86 |

Carvalho, Igor Arnóbio Pinheiro de

Proposta de hospital-escola de saúde mental/ Igor Arnóbio Pinheiro de Carvalho._ São Luís, 2004

89 f.: il.

Monografia (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Estadual do Maranhão, 2004.

1. Arquitetura e Hospitalar 2. Hospital-escola 3. Saúde Mental I.Título.

CDU: 725.51

1 INTRODUÇÃO

Propõe-se a elaboração de uma proposta para um Hospital-escola de Saúde Mental, a fim de que se possa promover aos acadêmicos dos cursos correlatos, o aprendizado e a função social da reintegração da parcela da população que necessita deste tipo de atendimento.

A proposta do hospital buscará refletir suas concepções de tratamento progressista através da terapia ocupacional, contrapondo-se ao processo tradicional de encarceramento dos pacientes, dessa forma contribuindo na cura e na diminuição do preconceito ante seus pacientes. Para isso buscar-se-á utilizar um conceito arquitetônico aberto, que abrigue locais adequados à realização das oficinas terapêuticas, à exposição pública dos trabalhos realizados, bem como atividades diversas que possam conscientizar a comunidade sobre este tema.

Busca-se ainda desmistificar a “loucura”, partindo durante a pesquisa bibliográfica, dos seguintes pontos:

- de que maneira o “louco” foi visto pela sociedade através da história;
- a origem da instituição de saúde mental;
- a maneira como tudo isto interferiu nos partidos arquitetônicos adotados no decorrer do tempo;

Realizar-se-á pesquisas bibliográficas nos campos da Psicologia/ Psiquiatria, Filosofia, Artes Plásticas, Literatura, Arquitetura, Urbanismo, Paisagismo, na Legislação, dentre outros, bem como entrevistas com profissionais da área da saúde.

O objetivo principal deste trabalho é a elaboração de uma Proposta de um Hospital-escola de Saúde Mental; e os objetivos específicos são demonstrar

um método para elaboração de um projeto nessa área, desenvolver uma proposta de um Hospital-escola de Saúde Mental em nível de anteprojeto, destacar o programa de necessidades para este tipo de atividade e demonstrar os conhecimentos adquiridos no Curso de Arquitetura e Urbanismo.

A parte teórica do trabalho se reportará somente a episódios marcantes na história da saúde mental, não havendo da nossa parte o intuito de reconstituí-la de forma detalhada.

Nos três primeiros capítulos abordaremos a gênese do hospital na Europa, de uma maneira generalizada, dando ênfase às suas concepções e à sua relação com a realidade sociopolítico da época. Também serão analisados nestes tópicos, os elementos comuns do hospital, da prisão, da escola e da fábrica e outras edificações.

No primeiro tópico, discorre-se sobre a Cidade Pestilenta, no início da modernidade, período em que o poder Absolutista começa a organizar-se e a desenvolver estratégias para subjugar os indesejados, ainda de forma rudimentar e violenta. No próximo analisa-se o Panoptico, instrumento arquitetônico e ideológico que permitirá ao poder absolutista maior eficiência através da onipresença e da sutileza, servindo como base não só para o partido arquitetônico das instituições de saúde, como também para escolas, fábricas, prisões, etc.

Por fim tem-se um capítulo sobre o hospital como o conhecemos hoje, ou seja, local de cura efetivada por profissionais da área médica, que contam com mecanismos de armazenagem de informações e tem papel fundamental na formação do médico.

Nos itens 5, aborda-se de forma breve a implantação dos primeiros hospitais no Brasil, e sempre que possível, estabelecendo um paralelo com os quatro itens anteriores.

Em seguida discorre-se brevemente sobre a Psiquiatra Nise da Silveira, que protagonista de episódios fundamentais dentro da medicina brasileira, propiciou maior humanização no tratamento dos portadores de doenças mentais, tornando-se paradigma de uma nova era na psiquiatria e na psicologia, e que foi nosso maior referencial teórico. Fala-se ainda sobre seu método de trabalho, seu referencial teórico e do seu legado.

No capítulo 7, tem-se a Proposta de um Hospital-escola de Saúde Mental, onde analisa-se as características físicas do terreno escolhido para tal fim; onde serão definidos os serviços que a instituição abrigará e a maneira de como funcionará a terapia, baseadas na filosofia; onde ainda analisaremos as pesquisas de campo realizadas para nossas finalidades. Este capítulo descreverá ainda os requisitos mínimos para a edificação proposta.

Nos Anexos teremos a reprodução de um importante documento para entendermos o doente mental, de autoria do dramaturgo Antonin Artaud, e a legislação para os usuários de instituições de saúde mental.

2 A CIDADE PESTILENTA

A Cidade Pestilenta consiste num modelo compacto do dispositivo disciplinar que será colocado em prática em casos excepcionais, como epidemias (peste), e é típico do início da Idade Clássica. (FOUCAUL,2001, p. 164)

Diferentemente das Idades Antigas e Média, que tinham estratégias de segregação, aqui o espaço será fechado, recortado, vigiado em todos os seus pontos. Os indivíduos serão inseridos num lugar fixo, constantemente localizados, examinados e distribuídos entre os vivos, os doentes e os mortos; tendo seus menores movimentos controlados, através de registros de um centro ligado permanentemente à periferia por meio de um trabalho ininterrupto. A ordem responderá à peste impondo a ordem e desfazendo todas as confusões, tanto a da doença que se transmite quando os corpos se misturam, quanto a do mal que se multiplica quando o medo e a morte desfazem as proibições. FOUCAUL, 2001, 163. Enfim, “contra a peste que é a mistura, a disciplina faz valer o seu poder que é de análise”. (FOUCAUL,2001, p. 164)

Embora em torno da peste houvesse uma ficção literária que falava das liberações diversas por meio da suspensão temporária das leis em caso de epidemias, houve também um sonho político, que consistia na ordem absoluta, autoritária, que negava os atos festivos, impondo divisões estritas, a penetração do regulamento até nos mais finos detalhes da existência e por meio de uma hierarquia completa que realiza o funcionamento capilar do poder. (FOUCAUL,2001, p. 164) Era como se houvesse um olhar em alerta em toda parte, para tornar mais pronta a obediência do povo e mais absoluta a autoridade dos magistrados. Este sonho político vigiava todas as desordens, roubos e

pilhagens; (FOUCAUL,2001, p. 162), e “apoiava-se num sistema de registro permanente, relatório dos síndicos ao intendente, dos intendentes ao almotacés ou ao prefeito. Enfim, era um registro constante e centralizado”. (FOUCAUL,2001, p. 163)

A fim de ilustrarmos isto, apresentamos um regulamento do fim do século XVII quando se declarava peste nas cidades francesas: (FOUCAUL,2001, p. 162)

- No começo a punição se estabelece o papel de todos os habitantes presentes na cidade – nome, idade, sexo, e um exemplar deste relatório vai para o intendente do quarteirão, um para a prefeitura e outro para o síndico fazer a chamada diária;
- No dia designado todos são ordenados a fechar as casas, proibidos de sair sob pena de morte, o síndico fecha as casas e entrega as chaves ao intendente, que as conserva até o fim da quarentena;
- Cada família deverá ter feito suas provisões;
- Caso seja absolutamente necessário sair de casa: em turnos diferentes, evitando-se qualquer encontro;
- Só circulam: intendentes, síndicos, soldados de guarda e os “corvos”, responsáveis pelo transporte de cadáveres.
- Haverá policiamento espacial estrito, com o fechamento da cidade e da “terra”;
- Proibição dos habitantes saírem de onde estão sob pena de morte;
- Fim de todos os animais errantes;

- Divisão da cidade em quarteirões diversos sob poder de um intendente, e cada um deles sob a vigia de um síndico, e caso deixo o posto será punido com a morte;
- 5 ou 6 dias após o início da quarentena haverá a purificação das casas uma a uma, queimando-se perfume após fecharem-se as portas e janelas e os habitantes saírem. (FOUCAUL,2001, p. 162)

Embora a cidade pestilenta fosse bastante conveniente para os detentores do poder, possuía algumas limitações. Esta forma de controle só poderá ser posta em ação em casos excepcionais, como no caso de alguma peste. (FOUCAUL,2001, p. 163) Era preciso então estabelecer uma nova forma de vigília, que funcionasse de maneira contínua e no cotidiano da cidade. Um século e meio mais tarde, viria a solução, com uma invenção chamada Panóptico. (FOUCAUL,2001, p. 162)

3 PANOPTISMO

O *Panóptico* de Bentham será a figura arquitetural da composição do hospital e da nova sociedade disciplinar que nascerão na Idade Moderna. (FOUCAUL,2001, 165) Isto responderá às novas conjunturas que surgirão na Europa do século XVII, próximas à Revolução Francesa: aumento da população flutuante; aumento da escala dos grupos que interessava controlar ou manipular (efetivo militar, população alfabetizada e hospitalar); crescimento e maior complexidade do aparelho de produção. (FOUCAUL,2001, p. 179)

Ele deverá ser compreendido como um modelo generalizável de funcionamento, uma maneira de definir as relações de poder na vida cotidiana dos homens. (FOUCAUL,2001, 170) Será uma forma de generalização da disciplina no decorrer da era clássica, para tornar-se fórmula geral, e multiplicar-se em diversos aspectos da sociedade (igreja, fábrica, hospital, escola, etc.). (FOUCAUL,2001, p. 173)

Sua constituição física será um anel em sua periferia e uma torre central. A construção em anel, onde os indivíduos são encarcerados, é dividida em celas que atravessam a espessura da construção, que por sua vez têm duas janelas, uma para o interior de onde é possível avistar a torre, e outra que dá para o exterior e que permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Já a torre central, local onde estará uma espécie de carcereiro, será vazada com largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel (ver Figuras 1-4 e Foto 1) (FOUCAUL,2001, p. 165).

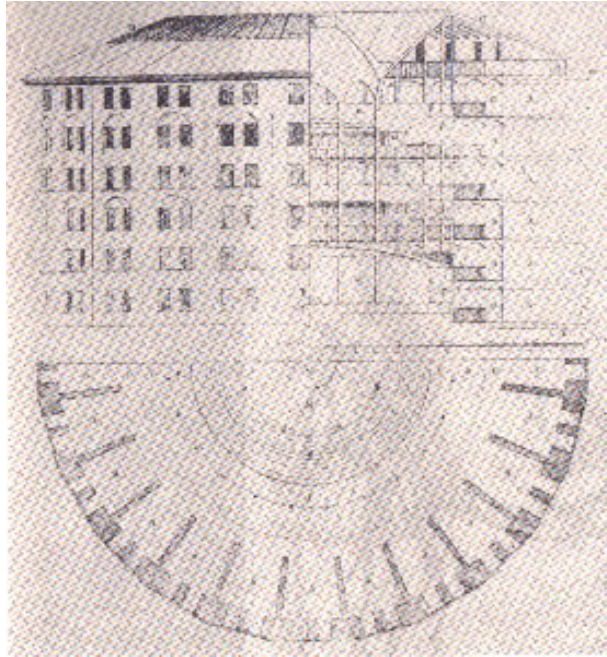


Figura 1: Planta do Panopticon de Bentham
Fonte: (FOUCAUL,2001)

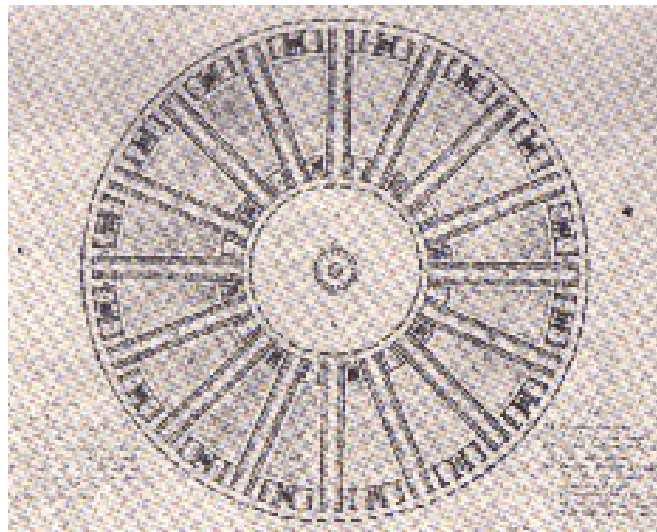


Figura 2: Projeto de hospital
Fonte: (FOUCAUL,2001)

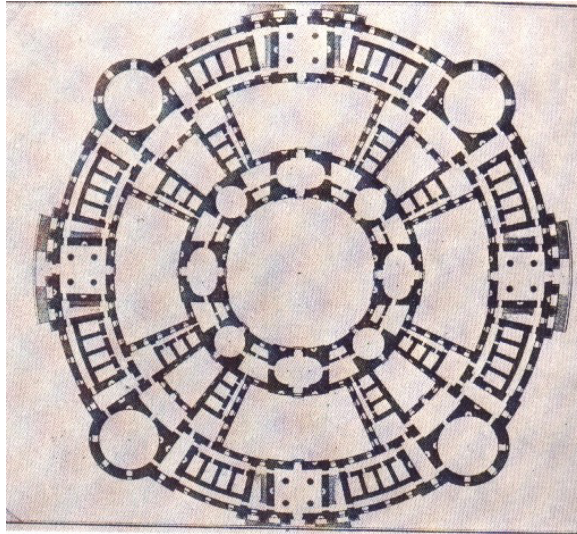


Figura 3: Projeto de prisão
Fonte: (FOUCAUL,2001)



Figura 4: Prisão de Petite Roquette
Fonte (FOUCAUL,2001)

Desta forma, o indivíduo confinado na célula (um paciente, um presidiário, um louco, um aluno ou um operário), sempre se sentirá ameaçado ao menor movimento de sombra, seja ela do médico, de alguém de sua família ou simplesmente um curioso, (FOUCAUL,2001, p. 166), pois o Panóptico automatiza e desindividualiza o poder. O essencial não é que o prisioneiro seja observado sem cessar por um vigia, e sim que ele se saiba vigiado. (FOUCAUL,2001, p. 167) Daí nascerá uma sujeição real de uma relação fictícia. “Não será necessário recorrer à força para obrigar o condenado ao bom comportamento, o louco à

calma, o operário ao trabalho, o escolar à aplicação, o doente à observâncias das receitas” (ver Figuras 5-9 e Foto 1).

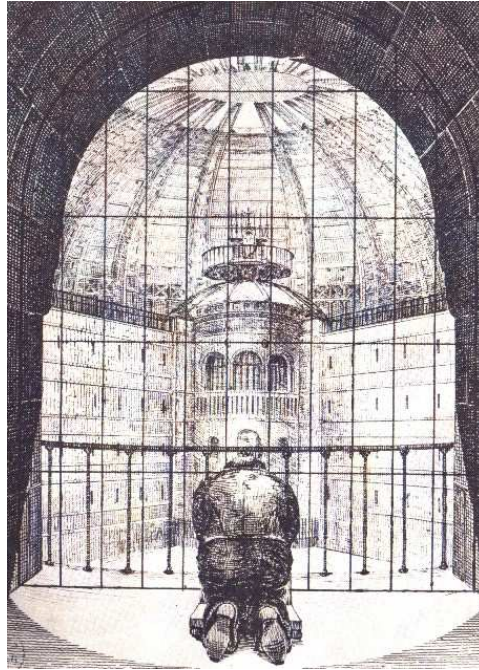


Figura 5: Um detento, em sua cela, reza diante da torre central de vigilância.
Fonte (FOUCAUL,2001)

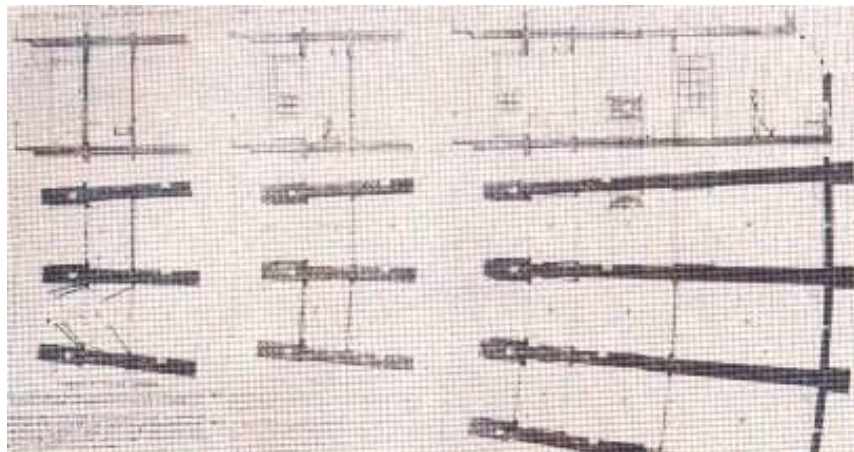


Figura 6: Projeto de penitenciária de 1840, planta e corte das celas
Fonte: (FOUCAUL,2001)

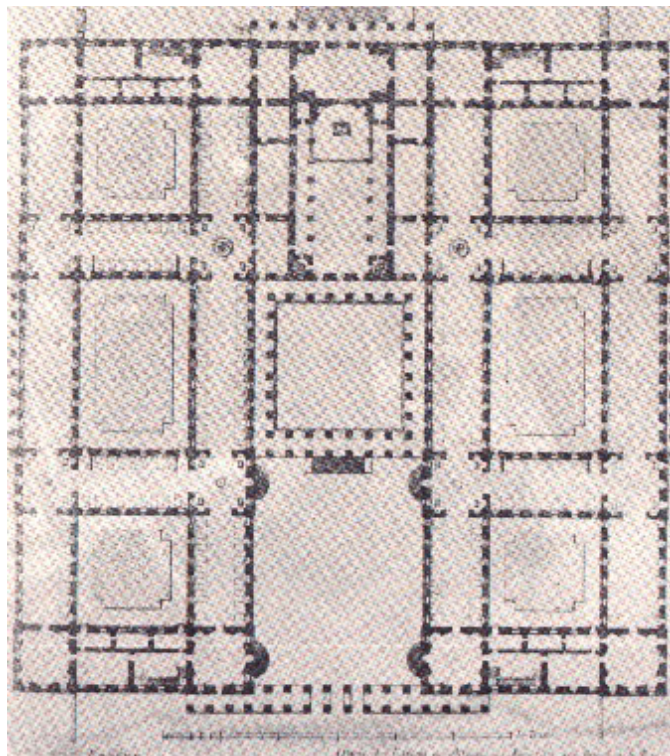


Figura 7: Projeto de hospital.
Fonte: (FOUCAUL,2001)

Panóptico também realizará este mesmo tipo de coerção no “vigia” da torre, pois caso este falhe em sua função de vigilância, será primeiro atingido por uma epidemia, caso seja um médico, ou por uma revolta, caso seja diretor de prisão ou de oficina. (FOUCAUL,2001, p. 169)

Em conseqüência disso mesmo, o poder externo, por seu lado, poderá aliviar de seus fardos físicos; tenderá ao incorpóreo, será uma vitória perpétua que evita qualquer confronto físico e está sempre decidida por antecipação. (FOUCAUL,2001, p. 167)

Em suma, o princípio da masmorra é invertido; ou antes, de suas três funções – trancar, privar de luz e esconder – só se conserva a primeira e suprimem-se as outra duas. A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. (FOUCAUL,2001, p. 165)

O Panóptico também faz um trabalho de naturalista (ver Figura 8), permitindo estabelecer as diferenças: nos doentes, observar os sintomas de cada

um, sem que a proximidade dos leitos, a circulação dos miasmas, os efeitos do contágio misturem os quadros clínicos; nas crianças, anotar os desempenhos, nos operários anotar as aptidões de cada um. (FOUCAUL,2001, p. 168). Poderá ainda ser utilizado como máquina de experiências, modificar o comportamento, treinar ou retrainar os indivíduos. (FOUCAUL,2001, p. 169).

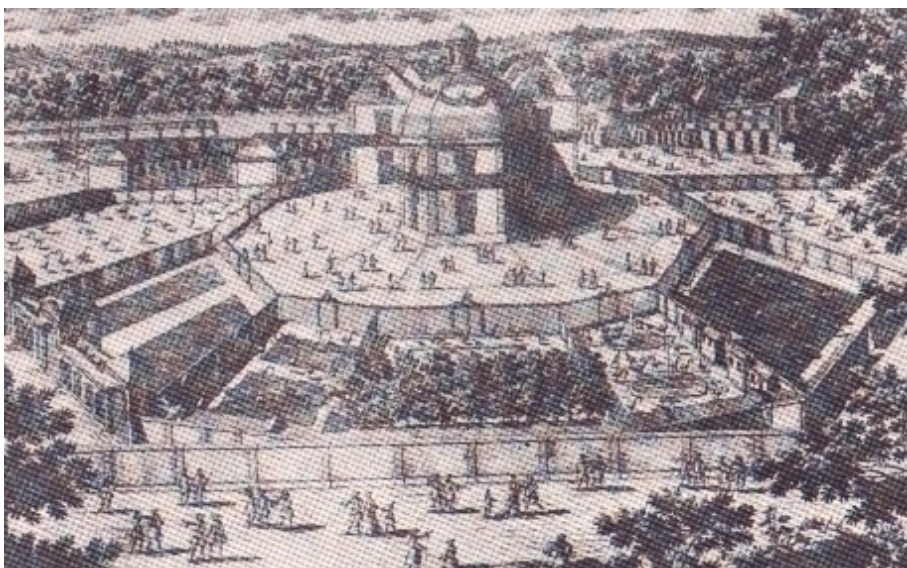


Figura 8: Jardim Zoológico de Versalhes, à época de Luís XIV, possível inspiração de Benthan (FOUCAUL,2001)

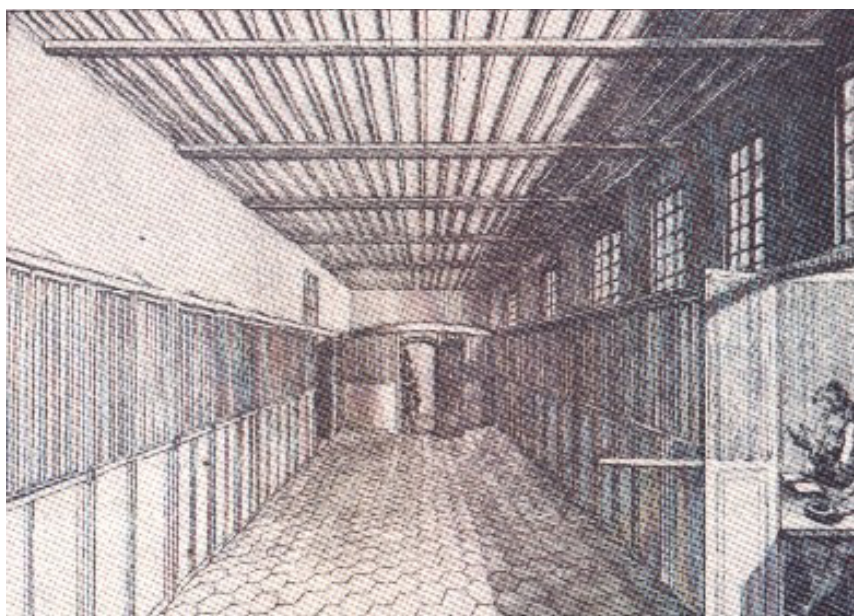


Figura 9: Colégio de Navarra com várias celas para os alunos (FOUCAUL,2001)

4 A ORIGEM DO HOSPITAL, DE SEUS MÉTODOS COERCIVOS E DE SEUS REFLEXOS NA SOCIEDADE

O hospital como instrumento terapêutico, local onde a cura é realizada pelo médico, surge no final do século XVIII, e pode-se considerar como data inicial desta sua nova finalidade o ano de 1780 quando é assinalada uma nova prática, a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. (FOUCAUL, 2000, 99) Até então ele era um instrumento destinado a segregar os elementos indesejados (doentes, prostitutas, portadores de hanseníase, criminosos, etc), e a medicina era baseada somente em livros e fórmulas médicas. (FOUCAUL, 2000, p. 101)

Entretanto para que ocorressem estas mudanças, realizou-se anteriormente uma série de viagens, denominadas viagens-inquérito, que ajudaram a dar embasamento, e que possuíam as seguintes características: definir depois do inquérito um programa de reforma e reconstrução dos hospitais (FOUCAUL, 2000, p. 99); realizar descrições funcionais dos lugares visitados e não mais “detalhes sobre o exterior do hospital ou sobre a estrutura geral do edifício” (FOUCAUL, 2000, p. 100); e serão realizadas por médicos e não mais por arquitetos. (FOUCAUL, 2000, p. 101)

Ainda voltando no tempo, antes de 1780 constataremos que na história dos cuidados médicos, pode-se distinguir duas séries não superpostas, as séries médicas e hospitalar. O hospital não é uma instituição médica, e a medicina é, nesta época, é uma prática não hospitalar. (FOUCAUL, 2000, p. 101)

Antes do século XVIII hospital era essencialmente uma instituição de assistência, separação e exclusão dos pobres, que por sua situação de pobreza tinha necessidade de assistência, o qual como doente, portador de doença e possível contágio, é perigoso. O hospital deve estar presente tanto para recolher

os pobres quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. Por isso o personagem ideal até o século XVIII é o pobre que está morrendo, e não o doente que é preciso curar, para Foucault, (2000, p. 101) é alguém “que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento”.

Dizia-se corretamente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar para morrer. O pessoal hospitalar – caritativos religiosos ou leigos - lá estava fundamentalmente para conseguir a própria salvação eterna por meio da caridade, pois segundo a concepção da época, asseguraria-se a salvação para a alma do pobre no momento em que este morria, e para a alma do caridoso por causa dos cuidados dispensados. (FOUCAULT,2000, 101)

Essas características permanecem nesta instituição até o início do século XVIII, como por exemplo, nos Hospitais Gerais, tidos como local de internamento, onde eram misturados doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., funcionando como uma “espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece.” (FOUCAULT,2000, p. 102)

Sobre a prática médica, “nada havia naquilo que a constituía e lhe servia de justificação científica, que a predestinasse a ser uma medicina hospitalar”. Nos séculos XVII ela era profundamente individualista pela parte do médico, que recebia sua titulação depois de ser iniciado pela corporação dos médicos, onde lhe eram passadas os textos importantes médicos, e que não tinha a experiência hospitalar como parte de sua formação. A intervenção do médico na doença era organizada em torno da noção de crise, onde ele deveria observar o paciente e a doença desde os primeiros sinais, para descobrir o momento em que

a crise apareceria. A crise era entendida como o momento em que afrontavam-se no paciente “a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava”, não contemplando idéias como longas séries de observações no interior do hospital, onde se poderia acumular informações sobre a doença e o doente (FOUCAUL, 2000, p. 102)

O primeiro fator de transformação foi a anulação dos efeitos negativos do hospital, a purificação dos seus efeitos nocivos, a desordem que ele acarretava, as doenças que ele podia suscitar nos internos e espalhar na cidade em que estava situado (FOUCAUL, 2000, p. 102), como “também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo.”

Na França, por exemplo, este era um local onde mercadorias trazidas da colônia eram escondidas da alfândega. No momento do desembarque o traficante fingia-se de doente a fim de ser encaminhado para o hospital, escondendo da alfândega objetos valiosos. Esta hipótese pode ser confirmada observando-se que a primeira grande organização hospitalar da Europa se situar no século XVII, essencialmente nos hospitais marítimos e militares, e não nos civis. (FOUCAUL, 2000, p. 103) Nasce então o 1º regulamento de hospitais, que consistia na inspeção dos cofres que os marinheiros, médicos e boticários detinham nos hospitais. (FOUCAUL, 2000, p. 103) Complementar a isto, surge também a quarentena, que tinha o intuito evitar doenças epidêmicas que as pessoas que desembarcam podem trazer. (FOUCAUL, 2000, p. 104)

Outro fator importante foi o aumento do custo da mão-de-obra dos exércitos. Até segunda metade do século XVII recrutava-se soldados sem nenhuma dificuldade, bastando apenas dispor de dinheiro para tal finalidade. Com o advento do fuzil no final do século XVII, o exército torna-se mais sutil, técnico, e

custoso, tornando-se necessários exercícios, manobras, adestramento para o manejo do fuzil (ver figuras 10-12). Não se deixará um soldado morrer, a não ser no campo de batalha, em plena ação, jamais por doença.

A partir desta inovação tecnológica dentro do exército, o hospital tornar-se-á um problema um problema técnico importante, e entrarão em ação algumas medidas, entre elas: 1º Era preciso vigiar os homens no hospital militar para que não desertassem, na medida em que tinham sido formados de modo bastante custoso; 2º era preciso curá-los, evitando que morressem de doença; e 3º era preciso evitar que quando curados eles fingissem ainda estar doentes e permanecessem na cama, etc. (FOUCAUL, 2000, p. 104)

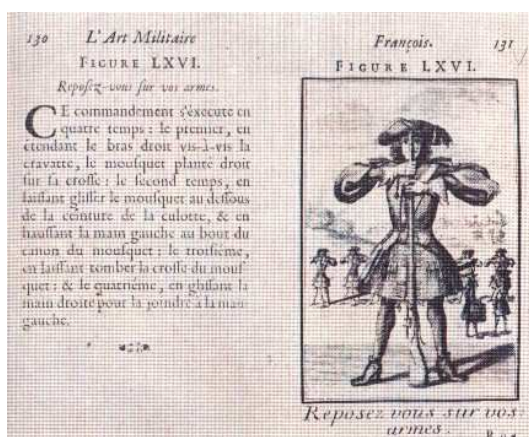


Figura 10: livro de instruções militares
Fonte: (FOUCAUL,2001)



Figura 11: livro de instruções militares
Fonte: (FOUCAUL,2001)

Surge assim uma “reorganização administrativa e política, um novo esquadramento do poder no espaço militar, o mesmo acontecendo com o hospital marítimo, em função dos novos custos de formação dos soldados. (FOUCAUL, 2000, p. 104). Esta Reorganização não será feita a partir de uma técnica médica, mas a partir de uma tecnologia que pode ser chamada de tecnologia política: a disciplina. (FOUCAUL, 2000, p. 105)

A disciplina tem seus princípios fundamentais elaborados durante o século XVII, e seus mecanismos são antigos, existindo em estado isolado, fragmentado, até os séculos XVII e XVIII, “quando o poder disciplinar foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens”, de controle sobre suas multiplicidades, de utilizá-las ao máximo e melhorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, “graças a um sistema suscetível de controlá-los”. (FOUCAUL, 2000, p. 105)

Entre as características da disciplina podemos citar:

a) Ela é uma arte de distribuição espacial dos indivíduos, “é a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório”. Diferentemente do veremos a partir do século XVIII, no exército do século XVII os indivíduos estavam amontoados e o que dava força a um corpo de tropa era “o efeito da densidade desta massa”. A partir do século XVIII, quando os soldados passam a utilizar fuzis em seus armamentos torna-se obrigatório estudar de que modo distribuir os indivíduos e colocá-los corretamente no lugar em que alcance a máxima eficácia. (FOUCAUL, 2000, p. 105)

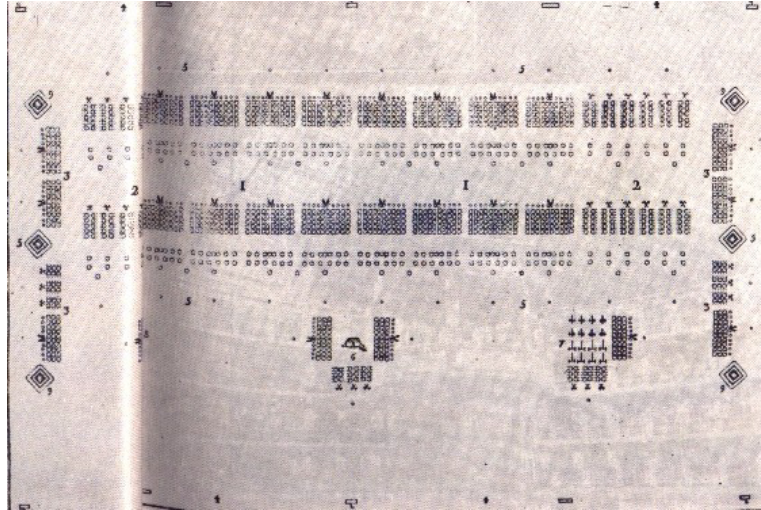


Figura 12: Campo para dezoito batalhas e vinte e quatro esquadrões

Fonte: (FOUCAUL,2001)

b) A disciplina exerce seu controle sobre o desenvolvimento de uma ação, ou seja, o controle passa a atingir o próprio gesto. Começa-se a observar “de que maneira os gestos são feitos, qual o mais eficaz, rápido e melhor ajustado” (ver figuras 13-15). Surge nas oficinas do tipo corporativo a figura do contramestre, que tinha como função observar se o trabalho foi feito, de que maneira ele pode ser realizado com maior rapidez e com “gestos melhor adaptados”. (FOUCAUL,2000, p. 106)



Figura 13: exemplo de controle do gesto através da caligrafia

Fonte (FOUCAUL,2001)

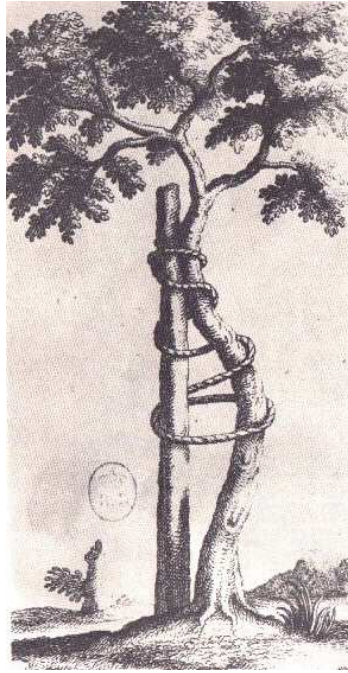


Figura 14: ilustração no livro *A Ortopedia ou a Arte de Prevenir e Corrigir, nas Crianças, as Deformidades do Corpo*, 1749; exemplo de controle do gesto através da ortopedia.

Fonte: (FOUCAUL,2001)

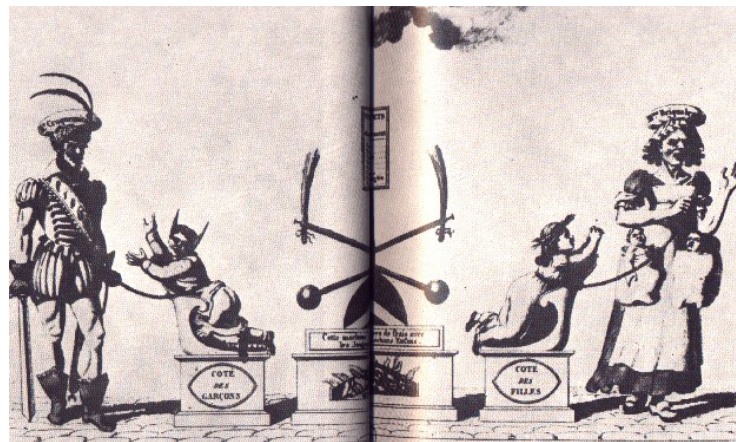


Figura 15: exemplo de controle do gesto através de castigos corporais em crianças

Fonte: (FOUCAUL,2001)

c) A disciplina “é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos”, tornando-se necessário vigiá-los durante todo o período de duração de uma atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares (ver Foto 1). (FOUCAUL,2000, p. 106)



Foto 1: Torre central vigiando interior da penitenciária de Stateville, Estados Unidos, século XX

Fonte (FOUCAUL,2001)

d) “A disciplina implica um registro contínuo” de modo que na parte mais alta da pirâmide disciplinar, nada escape a esse saber disciplinar. (FOUCAUL,2000, p. 106) O exame será instrumento fundamental, pois implica vigilância permanente, classificatória, permitindo distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e por conseguinte, utilizá-los ao máximo. “Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder.” (FOUCAUL,2000, p. 107)

Em um dado momento, este poder disciplinar é confinado ao médico, por causa da transformação que o saber médico sofre. O modelo epistemológico não será mais o da medicina da crise, mas sim o de Lineu, onde a doença passará a ser vista como um fenômeno natural, será uma “ação particular da natureza a uma sobre o indivíduo”, e com espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento como toda planta. A cura estará no meio que circunda o paciente: o ar, a água, temperatura ambiente, o regime, a alimentação, etc, constituindo-se assim uma medicina do meio. (FOUCAUL,2000, p. 107)

A origem do hospital médico está no ajuste dos processos de deslocamento da intervenção médica e da disciplinarização do espaço hospitalar, que distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento da disciplina hospitalar. (FOUCAUL,2000, p. 107)

Este hospital que surge no final do século XVII terá entre suas principais características (FOUCAUL,2000, p. 108):

a) Haverá uma preocupação com o seu espaço interno e com os diferentes espaços a que está ligado. O hospital deverá estar localizado em local adequado da cidade, para que “não continue a ser uma região sombria, obscura, confusa em pleno coração da cidade, para onde as pessoas afluem no momento da morte e de onde se difundem, perigosamente, miasmas, ar poluído, água suja, etc.” A distribuição interna de seus espaços deverá ser feita em função de alguns critérios, “será necessário constituir em torno de cada doença um pequeno meio espacial individualizado, específico, modificável segundo o doente, a doença e sua evolução”, que possibilite, por exemplo, aumentar a temperatura ambiente, refrescar o ar, orientá-lo para um único doente, etc. A arquitetura portanto, deve ser fator e instrumento de cura, da mesma importância que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico, e o antigo hospital-exclusão onde os doentes são deixados para a morte não deve mais continuar a existir. (FOUCAUL,2000, p. 108)

b) Haverá uma transformação do sistema de poder dentro do hospital, com o poder do clero declinando em favor do poder do médico. “A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura, e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar”. É para o médico que

perguntar-se-á como se deve construí-lo e organizá-lo, e é por isso que são criadas as viagens-inquérito. “Ao mesmo tempo, a presença do médico se afirma, se multiplica no interior do hospital”, com o aumento progressivo das visitas durante o século XVIII. No Hospital-Dieu de Paris, por exemplo, havia uma visita por dia, no século XVIII aparecem várias normas que definem as visitas adicionais para doentes mais graves, sua duração, e finalmente em torno de 1770, que um médico deve residir no hospital e pode ser chamado ou se locomover a qualquer hora, caso haja necessidade. (FOUCAUL,2000, p. 109)

c) “Haverá a Organização de um sistema de registro permanente e, na medida do possível, exaustivo, do que acontece”. Surgem diversas técnicas de identificação dos doentes, como etiquetas no pulso, fichas, etc., com o intuito de transmitir informações diversas. Aparece, também, a obrigação do confronto das experiências e dos registros realizados pelos médicos pelo menos uma vez por mês, de acordo com o regulamento do Hotel-Dieu de 1785 – “para ver quais são os diferentes tratamentos aplicados, os que tem melhor êxito, que médicos têm mais sucesso, se as doenças epidêmicas passam de uma sala a outra, etc.” (FOUCAUL,2000, p. 110).

No século XIX veremos nos hospitais uma síntese entre a aplicação do espaço de exclusão, de que o leproso era o habitante simbólico (e os mendigos, os vagabundos, os loucos, os violentos formavam a população real) e a técnica de poder disciplinar. De um lado “pestilentam-se” os leprosos; impondo-se aos excluídos a tática das disciplinas individualizantes; e de outro lado a universaliza-se os controles disciplinares permite marcar quem é “leproso” e fazer funcionar contra ele os mecanismos dualistas de exclusão. (FOUCAUL,2001, p. 165)

Assim será o hospital por muitos anos, guardando resquícios até os nossos dias.

5 ORIGEM DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No Brasil a medicalização do hospital terá início somente durante o século XIX. Tal qual na Europa até o final do século XVIII, aqui o hospital é uma instituição religiosa “destinada à assistência a doentes pobres, forasteiros, soldados, marinheiros”, sem a finalidade da cura, mas da salvação da alma dos doentes. Não possui na administração profissionais ligados à saúde, mas religiosos. (Brasil, 2001, p. 5) É nesse espaço que se encontram os loucos, em locais que mais se assemelham a prisões, onde não é considerado doente, onde não recebe tratamento, não tem médico ou enfermeiro específico e vive sem condições higiênicas. (Brasil, 2001, p. 5)

No século XIX, a medicina toma conta da administração do hospital, mudança que pode explicada pelas “transformações médicas e também econômicas – advindas da abertura dos portos, intensificação do comércio, implantação de manufaturas”– e políticas que a partir de 1808 causarão modificações no Rio de Janeiro e deixarão o Brasil ainda mais integrado nova ordem capitalista internacional. (Brasil, 2001, p. 5)

Nesta conjuntura, os médicos desempenham um papel claro: “combater a desordem social, o perigo dos homens e das coisas decorrentes da não-planificação da distribuição e do funcionamento da cidade”. (Brasil, 2001, p. 5)

A medicina começa a se interessar por tudo o que diz respeito ao social, passando a não ter fronteiras, e tornando-se peça integrante da nova estratégia política de controle dos indivíduos e da população, impregnando o Estado e se interessando por instituições como a escola, o quartel, a prisão, o

cemitério, o bordel, a fábrica, o hospital, o hospício, através por exemplo das ligas de eugenia que começam a surgir no Brasil a partir da década de 10 do século XX. (Melo, 2002, p. 137)

“Sua política em relação ao hospital é clara: dominar o perigo que grassa no seu interior”, expulsando-o do centro da cidade, transformando o seu espaço, capacitando-o a realizar a cura. (Brasil, 2001, p. 5)

Sob essa política é criado em 1841 no Rio de Janeiro, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospital de Pedro II. “Resultado de uma crítica higiênica e disciplinar às instituições de recluso”, esta instituição teve como significado a possibilidade de “inserir, como doente mental, uma população que se começa a perceber como desviante nos dispositivos da medicina social nascente”, isolando o louco da sociedade, organizando o espaço interno da instituição, a fim de distribuir os doentes de forma regular e ordenada dos doentes, vigiando-o em todos os momentos e lugares, por meio de uma “pirâmide de olhares” composta pelos funcionários da instituição, da distribuição do seu tempo e “submetendo-os ao trabalho como principal norma terapêutica”. O hospital passa a impor cada vez com mais peso, a presença normalizadora da medicina como uma das características essenciais da sociedade capitalista. (Brasil, 2001, p. 5)

Sobre o Hospício Pedro II, é curioso notar, de acordo com os prontuários dos anos de 1854 a 1861, que havia em seu interior uma reprodução da pirâmide social entre seus internos. A primeira classe era formada por moradores da corte, brancos, cidadãos, fazendeiros ou funcionários públicos, em pequeno número em relação às outras classes; na segunda classe encontramos lavradores e trabalhadores domésticos, também brancos e livres; na terceira

todos são escravos, negros pertencentes a senhores importantes. A última e a mais numerosa, a dos “indigentes”, era composta em sua maioria por negros ou pardos libertos, cuja maioria não tinha profissão, e ocasionalmente parecendo formar “uma classe inferior à terceira, pois, libertos não possuíam o “status” de pertencerem a um senhor. (Brasil, 2001, p. 7)

Para cada uma destas “classes” existentes no hospício, havia um tratamento diferenciado. “Os pacientes de primeira e segunda classes habitavam quartos individuais ou duplos”, e realizavam pequenos trabalhos manuais ou jogos. Os de terceira classe e muito provavelmente, os pobres e indigentes trabalhavam na manutenção, na jardinagem, na limpeza e na cozinha. Paradoxalmente se recuperavam em maior número que os primeiros que, paralisados pelo ócio, perpetuavam-se na internação”. (Brasil, 2001, p. 7)

Avançando um pouco no tempo, veremos que o poder disciplinar começa a agir de uma nova forma, saindo dos muros dos hospitais. “No Brasil, a partir dos anos 10 até a década de 40 do século XX, surgiram várias agremiações ou ligas onde se debatiam questões derivadas da eugenia e sua inserção na sociedade”. Vários intelectuais do período revelavam a precariedade sanitária na qual vivia o povo brasileiro e insistiam no saneamento do povo e do solo, baseados na crença de que numerosas moléstias contribuía para a degenerescência da raça”. (Brasil, 2001, p. 3)

“Dentre as ligas mais expressivas deste período estão: “a Liga de Defesa Nacional (1916), a Sociedade Eugênica de São Paulo (1917), a Liga Pró-Saneamento (1918), a Sociedade Eugênica de São Paulo (1918), fundada por Renato Kehl e pioneira na realização de trabalhos mais sistematizados acerca da

eugenia na América Latina, e a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)". (Brasil, 2001, p. 3)

Em janeiro de 1923 é fundada no Rio de Janeiro, por iniciativa do Dr. Gustavo Reidel, a Liga Brasileira de Higiene Mental, que teve sempre como destaque o trinômio eugenia-higiene-prevenção. Tinha entre seus participantes Juliano Moreira (Diretor da Assistência aos Alienados), Afrânio Peixoto (um dos pioneiros da medicina legal), Maurício de Lacerda (médico e político), Renato Kehl (médico e farmacêutico), Heitor Carrilho (Diretor do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro) e Antônio de Austregésilo (psiquiatra). (Melo, 2001, p. 137) Estes profissionais, movidos por um ideal de aperfeiçoamento da raça, reivindicaram para si a tarefa de regenerar a nação e evitar a degeneração mental da população, segundo medidas preventivas de caráter eugênicos e higiênicos". (Brasil, 2001, p. 3) Entretanto, em 1926 começam as primeiras mudanças no seu estatuto, visando "a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos", justificadas na idéia de que é possível melhorar diversas características de uma população através do controle de fatores sociais. (Melo, 2001, p. 137)

Nesta época, atribuía-se ao pouco desenvolvimento alcançado pelo Brasil, influências do clima e da mistura racial, o que nos tornava preguiçosos, com pouca inteligência e indisciplinados. Jurandir Freire Costa afirmava que infelizmente nada podia ser feito contra o clima, mas que em contrapartida, o problema racial ainda podia ser resolvido. Embora posicionamentos como este dentro das LBHM já desse a ela uma conotação racista, ela só assumirá oficialmente esta posição em 1934, com uma nova mudança nos estatutos, influenciada pelas idéias de Renato Kehl. Estando à frente da Comissão Central Brasileira de Eugenia, Kehl propõe medidas que ultrapassam qualquer

preocupação psiquiátrica, como a esterilização sexual como método de prevenção e, se possível, de erradicação das doenças mentais, estabelecendo conexões entre “o estado mental, fatores ambientais e o tipo racial dos indivíduos, a fim de explicar certas “degenerações da raça”. Ainda compactuando com este pensamento, temos Rodrigues Caldas, diretor da então denominada Colônia de Alienados de Jacarepaguá, proferindo um discurso de 1920 no qual afirma que a psiquiatria deveria defender a sociedade contra a problemática da higiene como forma de defesa da sociedade contra pessoas taradas, pobres, fracas de espírito, com mau caráter, alcoolistas, loucos, crianças retardadas ou abandonadas, assim como os indesejáveis inimigos da ordem e do bem público, alucinado pelo delírio vermelho e fanático das sanguinárias e perigosíssimas doutrinas anarquistas ou comunistas, do marxismo ou bolchevismo. Sobre esta pessoa, Melo ainda afirma que ele “clamava pela promulgação de uma lei que possibilitasse ao médico cumprir seu dever social de exclusão.” (Melo, 2001, p. 137)

6 NISE DA SILVEIRA – MUDANÇAS RADICAIS NA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

A seguir descreveremos a trajetória da Psiquiatra Nise da Silveira, protagonista de episódios decisivos dentro do tratamento de doentes mentais, cujo legado permanece vivo até hoje (ver Foto 1), cuja trajetória foi nosso maior referencial.

6.1 Formação acadêmica e referencial teórico

Sua vida acadêmica iniciou-se em 1920 aos quinze anos, quando após fazer um preparatório no Liceu Alagoano, ingressa na Faculdade de Medicina da Bahia (ver Foto 1). Conforme costume da época, nos últimos três anos de faculdade sua turma foi acompanhada por um professor da clínica médica. A sua foi acompanhada pelo professor Prado Valladares, fato considerado por Nise como uma sorte, pois entendia que ele "não era um cartesiano, posição filosófica que cada vez mais domina a medicina contemporânea". Durante as visitas que fazia com o professor Valladares no Hospital Santa Isabel ao leito dos pacientes é que Nise afirma ter aprendido a ter uma visão holística do ser humano, "e não de maneira fragmentada, separado por peças e órgãos". (Melo, 2001, p. 134)

Ao término do curso, Nise produz como trabalho final, a tese *Ensaio sobre Criminalidade da Mulher no Brasil*, cujo conteúdo versa sobre pessoas excluídas da sociedade. "Já me atraíam pessoas assim, que não estivessem muito dentro das normas." (Melo, 2001, p. 135) Este trabalho, embasado na profilaxia higienista, discorre sobre pessoas marginalizadas de forma diversa do que era habitual na época, e gira em torno da discussão da "preponderância de

fatores intrínsecos ao indivíduo ou de fatores sociais na determinação de um crime.” Embora estas idéias fizessem parte da corrente de pensamento predominante dentro da medicina quando Nise havia iniciado seus estudos, a eugenia, ela nunca compactuou com nenhuma finalidades racistas, que passaram a ser uma constância a partir de 1926. (Melo, 2001, p. 138)



Foto 2: Nise da Silveira
Fonte: (Mello, 2000)

Em 1927 Nise da Silveira se forma, sai de Salvador e parte para o Rio de Janeiro, juntamente com o seu marido, o sanitarista Mario Magalhães da Silveira. Nise passa a freqüentar reuniões do PCB e começa suas leituras de cunho marxista, mas pouco depois, em 1933, é expulsa do partido quando estudava para um concurso, sob a acusação de trotskismo. Já fora do PCB, é convidada a participar por amigos da *União Feminina do Brasil* (UFB), “entidade

que lutava pelos direitos das mulheres”, a fim de que trabalhar como médica voluntária. Se no início a UFB não tinha vínculos com nenhuma organização política, com o tempo acabou ligando-se com a Aliança Nacional Libertadora, partido político ilegal na época da ditadura Vargas. (Melo, 2001, p. 138)

Em 1933, “Nise da Silveira fez concurso para psiquiatra da antiga Assistência a Psicopatas e Profilaxia, iniciando sua vasta e fecunda obra”. Ela é aprovada e passa a viver no Hospício Pedro II, na Praia Vermelha. Lá além dos livros de medicina, havia os de literatura, e também os comunistas, que aos poucos estavam sendo proibidos. (Melo, 2001, p. 56)

“Em 1935 ocorreu o Levante Comunista, liderado por Luiz Carlos Prestes, que foi rapidamente debelado pela polícia de Getúlio Vargas”. Houve perseguição aos comunistas. “a UFB foi fechada e alguns de seus membros presos”, entre eles Nise, que foi detida no Hospital da Praia Vermelha em março de 1936, passando uma semana no DOPS e sendo transferida para o presídio da Frei Caneca. Sobre sua prisão, Nise relata que foi denunciada à administração por uma enfermeira fazia limpeza no seu quarto, e lá vê alguns livros socialistas. (Melo, 2001, p. 139). A psiquiatra só voltaria a exercer novamente suas funções como funcionária pública em 1944, agora no hospital do Engenho de Dentro. (Melo, 2001, p. 56)

“Nise da Silveira, disse que teve um grande envolvimento político no período da ditadura Vargas e que possivelmente sua experiência na prisão contribuiu nas suas futuras concepções psiquiátricas”. (Melo, 2001, p. 140)

Logo que sai da prisão escreve um artigo sobre afasia, sendo este um texto de transição dos estudos de neurologia para a psicologia. (Melo, 2001, p. 56)

Durante o período em que esteve afastada, surgiram, no Brasil, novos "métodos terapêuticos", como choque elétrico, coma insulínico e lobotomia, que lembravam-lhe em muito as torturas que havia visto na prisão. Ela recusa-se a utilizar-se deles, a passa a procurar outras formas de tratamento. (Melo, 2001, p. 57)

Nesta mesma época, a Terapia Ocupacional (T.O) havia sido introduzida no Hospital Engenho de Dentro, pelo médico Fábio Sodré. Nise já tinha interesse por ela e "entendia que a terapêutica ocupacional, se devidamente aplicada, poderia servir como um importante método terapêutico". (Melo, 2001, p. 58). Em maio de 1946, a pedido do diretor do Centro Psiquiátrico Nacional (C.P.N) Paulo Elejalde, Nise reestrutura a Seção de Terapêutica Ocupacional, "instalando diversas atividades e imprimindo-lhes um caráter predominantemente expressivo e não exclusivamente pragmático, segundo uso na época". "Seu objetivo era de entrar em contato com o mundo das pessoas que se encontravam internadas, o que não seria possível através do trabalho mecanizado", repetitivo e monótono que caracterizava a T.O até aquele momento. Propôs, então, atividades expressivas a fim de que fossem ativados os *germes criativos* inerentes não só ao homem, como a toda a natureza (ver figuras 16-20) (Melo, 2001, p. 59)



Figura 16: pintura de Fernando Diniz, freqüentador das oficinas terapêuticas

Fonte: (Mello, 2000)



Figura 17: pintura de Isaac freqüentador das oficinas terapêuticas

Fonte: (Mello, 2000)

“Nise da Silveira qualificou seu método como não agressivo”, em contraposição com os demais métodos psiquiátricos preponderantes em sua época. Lutando contra estes métodos, implementou dezessete núcleos de atividade, sendo que os que mais se destacaram foram as atividades de desenho, pintura e modelagem”. Numa segunda etapa do tratamento viriam as preocupações com a socialização. Foi principalmente através das atividades expressivas, como a pintura e a modelagem, que encontrou acesso aos processos psíquicos que se desdobram no interior desses indivíduos. (Melo, 2001, p. 59)

Além do trabalho terapêutico envolvendo atividades lúdicas, Nise inovou ao inserir o afeto catalisador. (Melo, 2001, p. 75) De acordo com o corrente de pensamento predominante neste período, “a capacidade afetiva do indivíduo perturba-se e declina até chegar ao embotamento”. Entretanto, a experiência demonstra o contrário. No estudo da linguagem plástica de cada indivíduo revela-

se uma dramaticidade emocional insuspeita. Via-se, mesmo em indivíduos onde a capacidade verbal era completamente reduzida e ininteligível, uma vida emocional rica e intensa. A simples presença de uma pessoa solícita, tranqüila, ao lado do doente, pode catalisar inesperados laços de comunicação e assim religá-lo ao mundo externo. Mas também poderá acontecer que funções catalíticas possam ser desempenhadas por animais ou plantas. A utilização de animais como ponte afetiva entre os esquizofrênicos e a realidade externa foi iniciada em 1955, por intermédio da cadela Caralampia (Melo, 2001, p. 59)

6.2 Exposição Ministério da Educação 1947

Em 4 de fevereiro de 1947, a equipe da Seção Terapêutica Ocupacional do Engenho de Dentro organiza uma exposição com a produção dos ateliês de pintura e modelagem. As 245 obras ocuparam o primeiro andar do então Ministério da Educação (ver Foto 3), despertando o interesse de diversos críticos de arte que ficaram admirados com a qualidade das obras. (Melo, 2001, p. 62)

Entre os críticos estava Mário Pedrosa, que passa a partir de então a freqüentar o atelier do hospital, e freqüentemente levar pessoas do meio artístico, entre elas Leon Degand, diretor do Museu de Arte Moderna de São Paulo (MAM-SP). Degand fica fascinado com a qualidade das obras e propõe que sejam expostas no MAM-SP (ver Foto 4). Em meados de julho do mesmo ano, Degand retorna a Paris e é substituído na direção do museu por Lorival Gomes Machado. (Melo, 2001, p. 62)



Foto 3 Ministério da Educação e Cultura
(Portal Arcoweb)

6.3 Exposição no Museu de Arte Moderna de São Paulo (MAM-SP)

No ano de 1949, Lorival Gomes Machado finalmente inaugura a exposição com obras dos internos do Engenho de Dentro, com o nome de “9 Artistas do Engenho de Dentro”, tendo enorme repercussão, tanto no meio artístico como no meio médico. (Melo, 2001, p. 62)



Foto 4: Museu de Arte Moderna de São Paulo – MAM-SP
Fonte: (Museu de Arte Moderna de São Paulo)

Um dos nove artistas da exposição era Lúcio, que sofrera uma lobotomia sete dias antes da exposição, mesmo sob os protestos de Nise. Este artista que até então tinha a obra enaltecida por críticos de arte, após a psicocirurgia teve sua criatividade decrescendo de maneira contínua, até perdê-la por completo, perdendo a capacidade de abstração e de estabelecer juízo moral, e passando a ter um discurso infantil. Segundo Nise, a cirurgia substituíra uma desordem mental de natureza funcional por uma outra de natureza orgânica, irreversível tornando impossível qualquer tratamento. (Melo, 2001, p. 67)

“O médico responsável pela cirurgia publicou na Revista Brasileira de Saúde Mental um artigo mostrando as alterações cerebrais que ocorriam nos ateliês”. (Melo, 2001, p. 67)

6.4 10º Congresso Mundial de Psiquiatria 1950

Nise da Silveira não perde tempo e envia ao 10º Congresso Mundial de Psiquiatria, ocorrido em Paris no ano de 1950, as esculturas de Lúcio e de outros internos, realizadas antes e depois das psicocirurgias, a fim de que fosse constatada a queda da capacidade criativa dos artistas. (Melo, 2001, p. 68) Além destas obras, o 10º Congresso Mundial de Psiquiatria expôs um total de 236 obras de artistas de freqüentadores de instituições de saúde mental brasileiras, (vindas do Juqueri de São Paulo, Colônia Juliano Moreira e Engenho de Dentro, ambos do Rio de Janeiro), num total de 17 países. (Melo, 2001, p. 68)

6.5 Museu do Inconsciente

Em 1952, Nise da Silveira funda o Museu do Inconsciente (ver foto 5), com material originário dos ateliês da Seção Terapêutica Ocupacional, no Centro Psiquiátrico Pedro II, que não para de crescer. (Melo, 2001, p. 72)



Foto 5: Sede do Museu de Imagens do Inconsciente
Fonte: (Museu de Imagens do Inconsciente)

È possível constatar através do acervo do Museu, que a psiquiatria clássica se equivoca ao afirmar que as pessoas portadoras de algum tipo de transtorno mental “embruteciam seu pensamento, ocorrendo um prejuízo da inteligência, a deteriorização das funções psíquicas”. Segundo as concepções de Bleuler, por exemplo, era de se esperar que a produção pictórica se desse de forma fragmentada. No Museu, entretanto o que se via eram formas extremamente harmoniosas, embora também aparecessem imagens fragmentadas. As obras do Museu de Imagens do Inconsciente despertam grande interesse científico e possuem grande importância no tratamento psiquiátrico, em especial as pinturas e as modelagens. (Melo, 2001, p. 77)

Como o Museu não parava de crescer, 6 anos depois ganha instalações mais amplas, e por meio de seu vínculo com os ateliês de pintura e modelagem, passa a receber diariamente novos documentos plásticos, como telas, pinturas, desenhos, modelagem etc. (Melo, 2001, p. 77)

É importante frisar que esta instituição é aberta a estudiosos de todas as escolas psiquiátricas, dada a riqueza de seu acervo. (Melo, 2001, p. 78).

6.6 10º Congresso Latino-Americano de Saúde Mental – 1954

Em 1954, Nise apresentaria novamente as obras de Lúcio juntamente com mais duas pessoas, comparando-as antes e depois da psicocirurgia, desta vez em forma de trabalho acadêmico no 10º Congresso Latino-Americano de Saúde Mental. (Melo 2001, p. 60)

Neste trabalho, também publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria, Nise chegava a conclusão de que as “irreversíveis alterações cerebrais perturbam gravemente aspectos da personalidade que não eram visados com o ato cirúrgico, levando o indivíduo apenas à decadência”. Lúcio retratou este processo numa série feita quatro meses após a cirurgia, onde podemos ver “uma estranha serpente que domina, marca e deprime uma caverna de rocha esponjosa”, simbolizando um cérebro dividido ao meio. (Melo 2001, p. 69)

6.7 Casa das Palmeiras

Em dezembro de 1956 a Casa das Palmeiras é fundada por Nise da Silveira, Maria Stela Braga, Belah Paes Leme e Ligia Loureiro, com o intuito de superar o ciclo de sucessivas internações psiquiátricas, comuns ainda hoje na maior parte dos hospitais e estabelecer uma ponte entre o hospital e a vida em sociedade. Como o projeto havia sido recusado anteriormente pela diretoria do

hospital de Engenho de Dentro, as quatro mulheres saíram em busca de um local onde pudessem colocar em prática uma nova forma de tratamento, até que Dona Alzira Lafayette Cortes cede um andar de um antigo prédio do Instituto Lafayette, na rua Haddock Lobo. (Melo 2001 p. 89)

A Casa das Palmeiras passou a abrigar atividades baseadas na extensa experiência de Nise da Silveira nos ateliês do Centro Psiquiátrico Pedro II, tais quais a Terapia Ocupacional e o princípio do afeto catalisador. Lá incentiva-se a “liberdade do indivíduo em configurar a imagem que quiser, sem tema predeterminado ou objetos a serem copiados”. Sendo mais que um espaço de convivência para doentes mentais, é um símbolo de estruturação para os desabrigados da alma. (Melo, 2001 p. 94). Quanto à função do terapeuta, consiste em “ficar atento às produções dos clientes nas diversas atividades, relacionando o material simbólico daí advindo com os dados biográficos de cada um” observando as pontes que o cliente lança para o exterior da instituição, e incentivando-o na expansão do campo de ação quando for pertinente. (Melo, 2001, p. 98)

É importante notar que atualmente a grande maioria das clínicas psiquiátricas se utiliza de atividades expressivas como meio terapêutico, chamadas "oficinas terapêuticas" ou "ateliês terapêuticos". (Melo, 2001, p. 98)

6.8 Jung 1954

Observando a produção de pintura do Engenho de Dentro, Nise observa a constância de pinturas em formas circulares (ver Figura 18), semelhantes às mandalas que vira em textos religiosos, sem contudo entender

qual sua significação psicológica. Reúne-as então e forma o primeiro álbum de imagens com pinturas do inconsciente. Ao mesmo tempo, inspirada no livro *Psicologia e Alquimia* de C.G. Jung (ver Foto 6), que trata da análise de séries de sonhos, passa a realizar estudos de séries de imagens do inconsciente. (Melo, 2001, p. 77), e envia a Jung uma carta acompanhada de fotos de alguns dos desenhos, com o intuito de entender melhor esses fenômenos. A resposta chega um mês depois, e nela Jung que as mandalas “representavam uma compensação inconsciente para a provável vivência de caos inconsciente”, não podendo afirmar mais coisas, por falta de dados biográficos e clínicos dos autores das pinturas. (Melo, 2001, p. 77)



Foto 6: o psiquiatra Carl Jung
Fonte: (Mello, 2000)



Figura 18: exemplo de figura circular, de autoria de Carlos, freqüentador dos ateliês terapêuticos. Fonte: (Mello, 2000)

6.9 Grupo de Estudos

Estudiosa da obra de Jung, Nise funda em abril de 1955 o Grupo de Estudos Interdisciplinar Carl Jung, juntamente com Lígia Loureiro (assistente social), Nelson Bandeira e Manoel Machado (médicos), com o principal objetivo de acompanhar e discutir os processos intrapsíquicos. Por ser aberto a todos os interessados e possuir grande heterogeneidade, este grupo “permite troca constante entre experiência clínica, conhecimentos teóricos de psicologia e psiquiatria, antropologia cultural, história, arte e educação”. (Melo, 2001, p. 22) O Grupo promoveu ainda diversas exposições de arte, apresentações de grupos folclóricos, shows de música popular, e a publicação da revista Quaternio. (Melo, 2001, p. 22)

6.10 II Congresso Internacional de Psiquiatria

Em abril de 1957 Nise recebe uma bolsa do Conselho Nacional de Pesquisa e inicia seus estudos no Instituto C. G. Jung de Zurique, onde permanece até março de 1958, e inicia sua psicoterapia com a principal colaboradora de Jung, a filóloga Marie-Louise Von Frans. (Melo, 2001, p. 14)

Na mesma ocasião representa o Museu de Imagens do Inconsciente no II Congresso de Psiquiatria, promovendo a exposição *A Esquizofrenia em Imagens*, sendo inaugurada por Jung no dia 02/09/1957 (ver Fotos 7-9). Ao final do Congresso, parte destas obras seguem para a França. (Melo, 2001, p. 14)



Foto 7: o psiquiatra Carl Jung visitando a exposição *A Esquizofrenia em Imagens*



Foto 8: o psiquiatra Carl Jung visitando a exposição *A Esquizofrenia em Imagens*



Foto 9: o psiquiatra Carl Jung em companhia de Nise da Silveira visitando a exposição *A Esquizofrenia em Imagens*

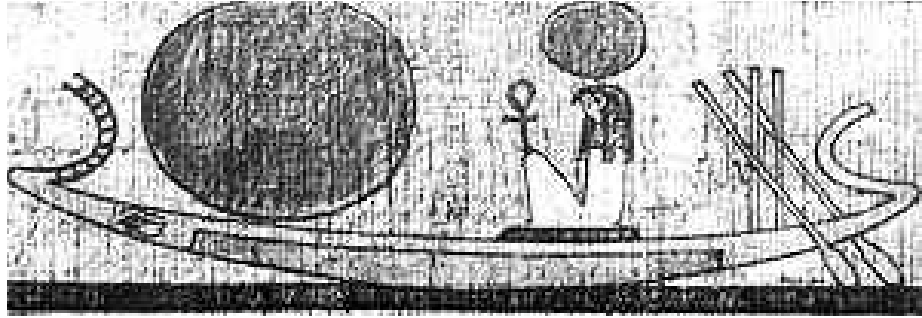
Durante este período de estudos, Nise é recebida por Jung em sua residência. Ali após falar de seu trabalho no hospital psiquiátrico, de sua insatisfação com as práticas tradicionais e de seu autodidatismo, fala-lhe da dificuldade em compreender a significação de pinturas e esculturas modeladas nos ateliês. Jung fala-lhe então sobre mitologia como forma de entender os delírios dos doentes e suas pinturas, uma vez que os mitos “caracterizam-se por

representarem a manifestação original da estrutura básica do psiquismo” (ver Fotos 11 e 12 e Figuras 19 e 20). (Melo, 2001, p. 83)

Ao chegar no Brasil, Nise passa a compreender, por exemplo, as pinturas da paciente Adelina, que acompanhara desde 1946, sem muito sucesso. Suas pinturas eram constituídas primeiramente por gatos, e posteriormente intercalada por flores. Certa vez a paciente chegou a dizer a uma monitora que queria ser uma flor. O histórico de Adelina relatava que ela era uma moça pobre e obediente, submissa e apegada à mãe. Aos 18 anos apaixonou-se por um rapaz, do qual teve que se afastar por sua mãe reprovar o namoro. “. Adelina foi se tornando cada vez mais retraída e, certo dia, estrangulou a gata da casa e foi internada no hospital psiquiátrico no dia 17/3/1937”. Nise estabelece então um paralelo com o mito Dafne, por quem Apolo o deus da beleza, se apaixonou, e foi transformada por sua mãe, Mãe-terra, num loureiro para que não mais se separassem. (Melo, 2001, p. 14) As imagens pintadas por Adelina, de natureza arquetípica, dão “um fechamento para sua história pessoal que inibe a satisfação de suas necessidades e desejos”. Adelina conta assim sua história com tonalidades místicas. (Melo, 2001, p. 85)



Fotos 10 e 11: Paralelo entre escultura neolítica e escultura de Adelina Gomes frequentadora das oficinas terapêuticas (Mello, 2000)



Figuras 19 e 20: Paralelo entre mito egípcio e pintura de Carlos Pertuis, freqüentador das oficinas terapêuticas (Mello, 2000)

6.11 Aposentadoria Compulsória 1975

Em 10 de janeiro 1975, Nise da Silveira é aposentada compulsoriamente. Carlos Drumond de Andrade sai em defesa dela, e escreve uma crônica no Jornal do Brasil na qual lembra que parte de sua vida havia sido retirada pelo tempo que passou na prisão, e pede aos funcionários responsáveis pelos cálculos do tempo de serviço para refazerem as contas. No dia seguinte à aposentadoria, Nise retorna ao hospital e se inscreve como estagiária voluntária, e volta a trabalhar. Nesse período houve grande temor pelo destino das obras do

Museu de Imagens do Inconsciente, sendo criada então a Sociedade de Amigos do Museu de Imagens do Inconsciente. (Melo, 2001, p. 146)

6.12 Exposição no Centro Psiquiátrico Nacional 1977

Em 1977 Nise e seus colaboradores promovem uma exposição em homenagem a Carlos Pertuis, um dos freqüentadores do ateliê de pintura, que havia morrido há pouco. (Melo, 2001, p. 634)

Embora o diretor do Centro Psiquiátrico, doutor Carvalho, fosse admirador de algumas das obras produzidas nos ateliês do Engenho de Dentro, ele não era favorável ao trabalho que Nise desenvolvia, bastante rebelde aos interesses da ditadura militar, com suas normas rígidas, suas proibições, punições e coibições a reuniões. Ele tenta até mesmo impedir a abertura da exposição, ordenando que os portões fossem fechados, impedindo a entrada dos visitantes. “Aos poucos foram chegando jornalistas, artistas, críticos e o cônsul da Suíça”, e o médico recua, deixando a exposição ser aberta. (Melo, 2001, p. 634)

O motivo da admiração do dr. Carvalho pelas obras do Engenho de Dentro? É que ele, arraigado em dogmatismos e preconceitos, não conseguia acreditar que aquelas maravilhosas obras tivessem sido realizadas por doentes mentais. Imaginava ele que os quadros fossem de autoria de pintores saudáveis e consagrados, levados às escondidas por Nise para o hospital. Imaginava que os quadros que admirava teriam sido pintados por Di Cavalcanti, Candido Portinari e outros nomes reconhecidos como saudáveis artistas, e levados por Nise às escondidas para o hospital. (Melo, 2001, p. 64)

6.13 Últimos anos

Durante os anos de 1983 e 1986, Nise trabalha no texto do filme *Imagens do Inconsciente*, onde é feita uma síntese de seu trabalho, união de psicologia e política unidas no mesmo contexto cultural. (Melo, 2001, p. 146) Cinco anos depois, em 30 de outubro de 1999, Nise morre no Rio de Janeiro. (Melo, 2001, p. 146)

6.14 O legado

O trabalho de Nise da Silveira inspirou vários outros, tanto no Brasil quanto no exterior. Estes trabalhos, no entanto, não são cópias do seu, possuindo sua marca diferencial. Podemos citar como exemplo os trabalhos de Lula Vanderlei, Gina Ferreira, Ana Pitta, Ademir Pacelli Ferreira, Milton Freire, Carlos Augusto de Araújo Jorge, Oswaldo Santos e Alice Marques dos Santos, assim como o do Museo Attivo delle Forme Inconsapevoli, em Gênova, Itália, do qual Nise fazia parte da Comissão de honra. Seu trabalho também antecedeu em muitos aspectos a antipsiquiatria, a psiquiatria democrática e mesmo as comunidades terapêuticas, no que este movimento tem de melhor. (Melo, 2001, p. 148)

Não devemos esquecer que seu trabalho influenciou na elaboração na chamada Lei Paulo Delgado, que versa sobre a substituição gradativa dos manicômios por lares abrigados, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia, oficinas terapêuticas etc., (Melo, 2001, p. 148)

7 PROPOSTA PARA UM HOSPITAL-ESCOLA DE SAÚDE MENTAL

Neste capítulo apresentamos uma proposta arquitetônica para a construção de um hospital-escola de saúde mental em nível de anteprojeto, bem como esclarecimentos sobre a nossa forma de conceber o projeto, de acordo com as necessidades estabelecidas nas teorias estudadas, nas normas do Ministério da Saúde e nos requisitos apresentados por um profissional da área de saúde, e no Plano Diretor da Cidade de São Luís.

7.1 O local de implantação

O terreno determinado para a construção do hospital-escola está localizado no bairro da Cohama, nas imediações da concessionária de veículos Dalcar. Possui a forma retangular com largura máxima de 105 m e comprimento máximo de 140 m e uma área de 1.3884,50 m² (ver figuras 32 e 33).

De acordo com a Lei de Uso e Ocupação do Solo de São Luís o terreno encontra-se situado na ZR-1, que entre outros, nos permite também os usos de serviços de saúde, educação, sócio-culturais, assistência social, lazer e cultura.

A área mínima do lote para essa zona limita-se em 450 m² com testada mínima de 15 m. Quanto a ocupação, fixa-se área total máxima edificável a taxa de 180% da área do terreno e para área livre mínima de 40%. Em relação ao afastamento frontal, fixa 4,00 m para edificações de até 4 pavimentos e 6,00 m para as edificações acima de 4 pavimentos até os 8 que é o gabarito máximo (ver figura 34). Portanto o terreno apresenta condições de atender plenamente as

recomendações legais da Prefeitura de São Luís junto aos aspectos acima citados.

O acesso do local se dá pela avenida Jerônimo de Albuquerque (Corredor Primário), entrando em seguida na rua das Gaivotas (Corredor Terciário), onde o terreno de fato se localiza. Ambas as vias estão asfaltadas, sendo a primeira em bom estado e a segunda um pouco deteriorada, não apresentando passeio nem meio-fio (ver figuras, 35 e 36).

Há diversas linhas de ônibus circulando nas proximidades do local, não só na av. Daniel de La Touche, que tem um ponto de ônibus no seu cruzamento com a rua das Gaivotas, como também na av. Jerônimo de Albuquerque.

O terreno apresenta cota de nível menor que a da avenida Daniel de La Touche. Tem desnível máximo de 16,00m e declividade de aproximadamente 10%, sendo as cota mais altas estão nos fundos do terreno e as mais baixas na porção próxima da rua das Gaivotas.

Apresenta solo argiloso com vegetação somente em alguns pontos e em quase toda a sua extensão, e arbustos de pequeno e médio porte espalhadas em diversos pontos.

O uso predominante em seu entorno é residencial e comercial (ver figura 35 e 36).

Foto 12: imagem de satélite do bairro da Cohama
(Governo do Estado do Maranhão, 1999)

Figura 21: Planta de localização

Figura 22: terreno com curvas de nível

Figura 23: terreno com sua ATME



Foto 13: acesso pela Avenida Daniel de La Touche,
com entorno predominantemente comercial



Foto 14: acesso pela Rua das Gaivotas



Foto 15:: vista em direção ao norte do terreno



Foto 16: vista a partir do terreno ao lado



Foto 17: vista em direção dos fundos do terreno

7.2 Elaboração do Programa de Necessidades

Para a elaboração do programa de necessidades definimos inicialmente os tipos de serviços hospitalares exigidos para esta categoria de hospital, a seguir consultamos as normas estabelecidas no Ministério da Saúde e entrevistamos profissionais da área para complementar as informações.

7.2.1 Definição do tipo de serviços hospitalares (filosofia e terapia)

A proposta para o Hospital-escola de Saúde Mental deverá seguir os princípios dos hospitais-dia, ou seja, ser um externato, ter capacidade para no máximo 30 pacientes, ter um tratamento não-agressivo, estimular sua autonomia e promover a reintegração do paciente à sociedade.

a) Pesquisa com profissionais

Foram realizadas entrevistas com profissionais de duas instituições de saúde mental, uma com o diretor administrativo do Hospital-dia Vida e Liberdade, de orientação mais progressiva, e outra com a diretora administrativa do Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues, de orientação mais tradicional, para que, pelo contraste, ficassem mais explícitas as características do primeiro.



Foto 18: Hospital-dia Vida e Liberdade



Foto 19: Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues

b) Análise das pesquisas

Mediante análise das entrevistas realizadas com os dirigentes do Hospital-dia Vida e Liberdade e do Hospital Nina Rodrigues, chegamos ao seguinte resultado sobre os hospitais-dia:

O hospital-dia é regulamentado pela Lei 10216 de 1987, e recebe pacientes com problemas mentais em etapas mais avançadas do tratamento, iniciado anteriormente em outros hospitais, em número máximo de 30. O tratamento não se dá mais por meio da internação, mas sim como o nome diz, durante o dia, durante o horário de 8:00 às 18:00 horas, e tem como principal objetivo reintegrá-lo à sociedade, já que esta é uma etapa intermediária entre a internação e a alta.

Está localizado freqüentemente em antigas residências em bairros predominantemente residenciais e em ruas de pouco movimento. Seu aspecto físico deve ser o mais diverso possível das antigas enfermarias onde os doentes mentais eram colocados, e deve lembrar uma residência comum. Por esta razão preservam-se alguns cômodos típicos de prédios residenciais - tais como sala de televisão - não há instrumentos de contenção - como grades, celas ou camisas de força - os pacientes não usam uniformes e os médicos evitam o jaleco. O paciente do hospital-dia é tratado sem nenhum tipo de castigo ou coerção como nos manicômios, mas como um paciente de outra especialidade médica qualquer, como na dermatologia, ortopedia,

A equipe responsável pela reabilitação do paciente é formada por profissionais de diversas áreas, a fim de que cada problema seja analisado de

uma maneira integral. Tem importância dentro do tratamento mesmo os funcionários que não estão envolvidos diretamente na reabilitação, como os porteiros, cozinheiros, faxineiros, etc.

Uma das atividades mais importantes dentro do tratamento é a terapia ocupacional, geralmente atividades manuais ou artísticas (danças, artesanato, pintura, etc.). Estas atividades servem para realizar diagnóstico dos processos intra-psíquicos e para que o paciente aprenda um ofício, e assim possa se sustentar ao término do tratamento, sendo ambas muito importantes para sua reintegração na sociedade.

Sobre a reintegração com a sociedade, ela também é feita através de atividades fora da instituição – visitas a museus, a exposições de arte, ao centro histórico, etc – e levando ao público em geral o produtos das oficinas de terapia ocupacional.

Além das instalações destinadas as oficinas de terapia ocupacional, consultórios, farmácia, refeitório, administração, e a parte de serviço, esta instituição hospital-dia deve possuir ambulatórios, pois seus pacientes podem ser portadores de outros tipos de doenças, tais quais hiper-tensão, hemofilia, doenças renais diversas, etc.

Por fim é importante notar que os ex-pacientes mantém o vínculo com a instituição, realizando visitas após suas altas e dando bastante apoio aos ex-colegas.

7.2.2. Requisitos mínimos para a edificação

De acordo com as *Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde*, e com o *Programa Mínimo para Serviços de Saúde Mental* as instituições destinadas aos nossos fins deverão contar com as seguintes unidades funcionais:

- Número 2: Ambulatório compreendendo os consultórios, salas de terapia ocupacional, a enfermaria e seus ambientes de apoio;
- Número 6: Apoio Técnico compreendendo a cozinha, refeitório e farmácia e seus ambientes de apoio;
- Número 7 (opcional): Ensino e Pesquisa compreendendo salas de ensino, salas de estudo, salas de professor, auditório e biblioteca e seus ambientes de apoio;
- Número 8: Apoio Administrativo compreendendo a área administrativa, a documentação, a parte destinada a informações e seus ambientes de apoio;
- Número 9: Apoio Logístico compreendendo a área de limpeza e zeladoria, segurança e vigilância, e infra-estrutura predial.

A seguir temos o programa de necessidades detalhado.

Programa de necessidades para Hospital-escola de Saúde Mental para 30 pacientes com área total de 1368,62m²

| Unidade Funcional 2: Ambulatório | | | |
|---|-------------------------------|---------------------|--------------------|
| No ATIV. | UNIDADE/ AMBIENTE | ÁREA | INSTALAÇÕES |
| 2.1 | <i>Enfermagem</i> | | |
| 2.1.1 | Sala de preparo de paciente e | 36,51m ² | Água fria |

| | | | |
|--------|--|---|--|
| | aplicação de medicamentos | | |
| 2.1.2. | Sanitário | 3,48 m ² | Água fria |
| 2.1.3. | Área de registro e marcação com sanitário | 28,43 m ² | Água fria |
| 2.2. | <i>Consultórios</i> | | |
| 2.2.1. | 4 Consultórios com sanitário anexo (psicologia, psiquiatria, clínico geral/geriatria, ginecologista/ proctologista) | 4 x (20,00m ² + 2,60m ²) = 92,40m ² | Água fria, Ramal telefônico, tomada com aterramento condicionado |
| 2.2.2. | 1 Consultório de serviço social – consulta de grupo | 36,51m ² + 2,60m ² = 39,11m ² | Água fria, Ramal telefônico, tomada com aterramento condicionado |
| 2.2.3. | 1 Sala para terapeutas ocupacionais e arte-terapeutas | 36,51m ² + 2,60m ² = 39,11m ² | Água fria, Ramal telefônico, tomada com aterramento condicionado |
| 2.2.4. | 6 Salas de atividades de terapia ocupacional (pintura/ desenho, origami/ bijuteria, cerâmica/ mosaicos/ dança, fotografia, sapataria) com 2 sanitários | (6 x 62,54 m ² + 2 x 13.72) = 375,2ed4m ² | |
| | TOTAL | 706,63 m² | |

Unidade Funcional 6: Apoio Técnico

| No ATIV | UNIDADE/ AMBIENTE | ÁREA | INSTALAÇÕES |
|---------|--|---------------------|------------------------------|
| . | | | |
| 6.1. | <i>Nutrição e dietética</i> | | |
| 6.1.1 | Despensa de alimentos - área para alimentos em temperatura ambiente - área e/ ou câmara para alimentos | 4,00 m ² | Força elétrica de emergência |

| | | | |
|-------|---|-----------------------------|---|
| | resfriados - área e/ ou câmara para alimentos congelados | | |
| 6.1.2 | Área para higienização e guarda de utensílios | 7,65 m ² | Água fria, Água quente, coleta e afastamento de afluentes diferenciados |
| 6.1.3 | Área para preparo de alimentos - área para verduras, legumes e cereais; área para carnes; área para massas e sobremesas | 15,48 m ² | Água fria, exaustão |
| 6.1.4 | Sala de Nutricionista/ controle de alimentos | 6,32 m ² | |
| 6.1.5 | Lixo | 6,05 m ² | |
| 6.1.6 | Refeitório para paciente, médicos e visitantes | 72,43 m ² | |
| 6.1.7 | Sanitários | 3,52 m ² | Água fria |
| 2.1.8 | Depósito de material de limpeza | 1,11 m ² | |
| | TOTAL | 176,56 m² | |

| Unidade Funcional 7: Ensino e Pesquisa | | | |
|--|-------------------|-----------------------|--|
| No ATIV. | UNIDADE/ AMBIENTE | ÁREA | INSTALAÇÕES |
| 7.1. | Auditório | 211,57 m ² | Força elétrica de emergência, tomada com aterramento, água fria, ar condicionado |
| 7.2. | Foyer | 38,43 m ² | água fria, ar condicionado |
| 7.3. | Sanitário | 3,48 m ² | água fria |
| 7.4. | Biblioteca | 90,68 m ² | linha telefônica, tomada |

| | | | |
|------|----------------------|-----------------|-----------------|
| | | | com aterramento |
| 7.5. | Sanitários masculino | 27,08 m2 | |
| 7.6. | Sanitários masculino | 21,33 m2 | |
| | TOTAL | 301,89m2 | |

| Unidade Funcional 8: Apoio Administrativo | | | |
|--|--|-----------------|--|
| No ATIV. | UNIDADE/ AMBIENTE | ÁREA | INSTALAÇÕES |
| 8.1. | Administração/ Sala de reuniões | 32,60 m2 | Ramal telefônico, tomada com aterramento, força elétrica de emergência |
| 8.2. | Sanitário | 2,53 m2 | |
| 8.3. | Contabilidade/ Tesouraria | 13,37m2 | |
| 8.4. | Sanitário | 2,53 m2 | |
| 8.5. | Controle para funcionários (ponto)/ rouparia | 16,50m2 | |
| 8.6. | Posto de informações | 5,34m2 | |
| 8.7. | Recepção | 8,80 m2 | |
| | TOTAL | 81,69 m2 | |

| Unidade Funcional 9: Apoio Logístico | | | |
|---|---|-------------|--------------------|
| No ATIV | UNIDADE/ AMBIENTE | ÁREA | INSTALAÇÕES |
| 9.1.1 | Área para recepção, inspeção e registro | 4,00m2 | ramal telefônico |
| | Pátio de descarga | 20,85m2 | |
| 9.1.2 | Almoxarifado | 37,80 m2 | |

| | | | |
|--|----------------------------|------------------|--|
| | Subestação elétrica | 9,80 m2 | |
| | Grupo gerador | 9,80 m2 | |
| | Bombas | 9,80 m2 | |
| | Central de ar-condicionado | 9,80 m2 | |
| | TOTAL | 101,85 m2 | |

Figura 24: Implantação

Figura 25: Fluxograma

Figura 26: Zonificação da edificação

Figura 27: Estudo de fluxos

8 CONCLUSÃO

Após nossa pesquisa, concluímos que o doente mental é alvo de preconceitos enraizados em nossa cultura há muito tempo, com implicações tanto no tratamento médico como nos partidos arquitetônicos utilizados no decorrer dos séculos. A questão dos doentes mentais não é somente uma questão de domínio

médico, pois está ligada intimamente desde suas origens às questões políticas da nossa sociedade.

Por outro lado, imaginar que os indivíduos ditos são e sem vínculo com portadores de problemas mentais estejam livres disso, é no mínimo um equívoco. O Panoptismo, ideologia que norteou a construção e o funcionamento dos hospitais em sua origem, também foi responsável por inserir o sistema disciplinar no cotidiano da sociedade ocidental, vigiando e acumulando informações sobre todos aqueles que o poder considera seus inimigos. Graças a isto, tornou-se possível um constante exercício de poder nas diversas esferas da vida da sociedade (escola, hospitais, fábricas).

A questão dos “loucos” é algo portanto que transpõe os muros dos hospícios, pois está em todos os lugares. É a própria vontade de domínio do homem pelo homem e a intolerância contra aqueles que não se enquadram nos padrões sociais, mantendo-os fora da sociedade e sob vigília. Enfim é a forma que o poder imagina como ideal de encarcerar seus elementos indesejáveis.

REFERÊNCIAS

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Caderno de Textos**. Brasília: Dezembro de 2001.

BUSTOS ROMERO, Marta Adriana. **Arquitetura Bioclimática do espaço público**. Brasília: Editora UnB, 2001.

_____ **Princípios bioclimáticos para o desenho urbano.** 2ª ed. São Paulo: Proeditores, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Tecnologia de Serviços de Saúde. Unidade de Infra-estrutura em Serviços. **Programa Arquitetônico Mínimo para Serviços de Saúde Mental.** Brasília DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultural da Saúde. **Textos da Mostra Inaugural Memória da Loucura.** Rio de Janeiro: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Normas. **Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.** Brasília DF, 1994.

BRASIL. [Portaria nº 1455](http://www.saude.es.gov.br/default.asp), de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 8 agosto 2004.

BRASIL. [Portaria nº 189](http://www.saude.es.gov.br/default.asp) de 22 de março de 2002. Inclui no Sub Sistema APAC/SIA-SUS os Serviços de Atenção Psicossocial e seus procedimentos. Disponível em <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 8 agosto 2004.

BRASIL. [Portaria GM nº 251](http://www.saude.es.gov.br/default.asp) de 31 de Janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Disponível em <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 8 agosto 2004.

CORBELLA, Oscar e YANNAS, Simos. **Em busca de uma Arquitetura Sustentáveis para os Trópicos.** Rio de Janeiro: FAPERJ/ Revan, 2003.

DEL RIO, Vicente (org.). **Arquitetura pesquisa e projeto.** São Paulo: Proeditores, 1998.

Disponível em <http://www.zee.ma.gov.br/> Fotos Aéreas. Acesso em

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 15ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

_____ **Vigiar e punir.** 24ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

[LEI Nº 10.708/2003](#) 31 de julho 2003 Considerando a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

[LEI Nº 10.216/2001](#) Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

[LEI Nº 9.867/1999](#) Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica.

MAC GRATH, Patrick. **Spider**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

MELLO, Luiz Carlos. **Apresentação**. Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/arquepsi/arqpsi3.htm>> Acesso em: 13 maio 2004.

MELLO, Luiz Carlos. **Apresentação**. Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/estados/esser4.htm>> Acesso em: 14 maio 2004.

MELLO, Luiz Carlos. **Flores do Abismo**. Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/artigos/florabis.htm>> Acesso em: 13 maio 2004.

MELO, Walter. **Nise da Silveira**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia/ Imago, 2001.

MUSEU DE IMAGENS DO INCONSCIENTE. **Nise da Silveira – Biografia**. Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/nise/biograf.htm>> Acesso em: 13 maio 2004.

MUSEU DE IMAGENS DO INCONSCIENTE. **História**. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/historia.htm> Acesso em: 13 de maio de 2004

MUSEU DE IMAGENS DO INCONSCIENTE. **O Universo de Fernando Diniz**. Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/udiniz/udiniz11.htm>> Acesso em: 13 de maio de 2004

MUSEU DE IMAGENS DO INCONSCIENTE. Sociedade Amigos do Inconsciente. Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/samii.htm>> Acesso em: 13 de maio de 2004

[PORTARIA Nº 305](#) 03 de Maio de 2002 Aprovar, na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas.

PORTARIA GM/MS nº 336/2002 19 de Fevereiro de 2002 Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em Saúde mental

[PORTARIA GM Nº 626/2002](#) 01 de Abril de 2002 Determinar que a totalidade dos recursos do Ministério da Saúde destinados ao financiamento dos procedimentos constantes da Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002, seja incluída no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

[PORTARIA Nº 653/2002](#) 20 de Setembro de 2002 Considerando a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece as modalidades de serviço CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad para os Centros de Atenção Psicossocial e define a forma de financiamento dos procedimentos realizados;

[PORTARIA Nº 728/2002](#) 09 de Outubro de 2002 Considerando que a plena assistência às pessoas portadoras de deficiência depende da qualificação dos serviços, formas de atendimento e processos educativos e laborativos;

[PORTARIA GM Nº 816/2002](#) 30 de Abril de 2002 Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios

[PORTARIA GM Nº 817/2002](#) 30 de Abril de 2002 Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento abaixo descrito e seus procedimentos:

[PORTARIA GM Nº 1101/2002](#) 12 de junho de 2002 O disposto no Capítulo III, artigo 26 da Lei nº 8.080/90, que estabelece, entre outros, que os parâmetros de cobertura assistencial sejam estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde;

[PORTARIA Nº 1635/ 2002](#) 12 de Setembro de 2002 Considerando a necessidade de garantir às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas,

[PORTARIA Nº 1220/ 2000](#) 07 de Novembro de 2000 Considerando a necessidade de implementar os programas terapêuticos na modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar, conforme o disposto na Portaria GM/ MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000;

[PORTARIA Nº 106/ 2000](#) 11 de Fevereiro de 2000 A necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS;

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS. **Plano Diretor da Cidade de São Luís**. São Luís, 1997.

[RESOLUÇÃO - RDC Nº143/2003](#) 30 de Maio de 2003 Considerando a Resolução de Diretoria Colegiada -RDC/ANVISA nº 101, de 30 de maio de 2001, que disciplina as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas

[RESOLUÇÃO - RDC Nº101/2001](#) 30 de Maio de 2001 Considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, para o licenciamento sanitário, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada.

SILVEIRA, Nise. **Os Inumeráveis Estados do Ser**. Rio de Janeiro, 1986. Disponível em <http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/estados/esser3.htm> Acesso em: 13 maio 2004.

SILVEIRA, Nise. **Arqueologia da Psique**. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/arquepsi/arqpsi5.htm> Acesso em: 13 maio 2004.

SILVEIRA, Nise. **Em Busca do Espaço Cotidiano**. Disponível em <http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/centena/cente3.htm> Acesso em: 13 maio 2004.

SILVEIRA, Nise. **Estrela de Fernando Diniz**. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/artigos/estrela.htm> Acesso em: 13 maio 2004.

SILVEIRA, Nise. **Introdução**. Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/centena/cente3.htm>> Acesso em: 13 maio 2004.

TELES, Maria Luiza S. O que é Neurose. São Paulo: Brasiliense, 1990.

_____. O que é Psicologia. São Paulo: Brasiliense, 1989.

VANEIGEM, Raoul. **Papéis**. In: A Arte de Viver para as Novas Gerações. São Paulo: Conrad, 2002. p 147-140.

ANEXOS

Anexo A - Carta aos Diretores de Asilos de Loucos

Antonin Artaud

Senhores:

As leis, os costumes, concedem-lhes o direito de medir o espírito. Esta jurisdição soberana e terrível, vocês a exercem segundo seus próprios padrões de entendimento.

Não nos façam rir. A crueldade dos povos civilizados, dos especialistas, dos governantes, reveste a psiquiatria de inexplicáveis luzes sobrenaturais. A profissão que vocês exercem esta julgada de antemão. Não pensamos em discutir aqui o valor dessa ciência, nem a duvidosa existência das doenças mentais. Porém para cada cem pretendidas patogenias, onde se desencadeia a confusão da matéria e do espírito, para cada cem classificações, onde as mais vagas são também as únicas utilizáveis, quantas tentativas nobres se contam para conseguir melhor compreensão do mundo irreal onde vivem aqueles que vocês encarceraram?

Quantos de vocês, por exemplo, consideram que o sonho do demente precoce ou as imagens que o perseguem são algo mais que uma salada de palavras? Não nos surpreende ver até que ponto vocês estão empenhados em uma tarefa para a qual só existem muito poucos predestinados. Porém não nos rebelamos contra o direito concedido a certos homens - capazes ou não - de dar por terminadas suas investigações no campo do espírito com um veredicto de encarceramento perpétuo.

E que encerramento! Sabe-se - nunca se saberá o suficiente - que os asilos, longe de ser "asilos", são cárceres horríveis onde os reclusos fornecem mão-de-obra gratuita e cômoda, e onde a brutalidade è norma. E vocês toleram tudo isso. O hospício de alienados, sob o amparo da ciência e da justiça, è comparável aos quartéis, aos cárceres, as penitenciarias. Não nos referimos aqui as internações arbitrárias, para lhes evitar o incomodo de um fácil desmentido. Afirmamos que grande parte de seus internados - completamente loucos segundo a definição oficial - estão também reclusos arbitrariamente. E não podemos admitir que se impeça o livre desenvolvimento de um delírio, tão legitimo e lógico

como qualquer outra serie de idéias e atos humanos. A repressão das reações anti-sociais, em principio, è tão quimérica como inaceitável. Todos os atos individuais são anti-sociais. Os loucos são as vitimas individuais por excelência da ditadura social. E em nome dessa individualidade, que è patrimônio do homem, reclamamos a liberdade desses forçados das galés da sensibilidade, já que não se está dentro das faculdades da lei condenar à prisão a todos que pensam e trabalham. Sem insistir no caráter verdadeiramente genial das manifestações de certos loucos, na medida de nossa capacidade para avaliá-las, afirmamos a legitimidade absoluta de sua concepção da realidade e de todos os atos que dela derivam.

Esperamos que amanhã de manha, na hora da visita medica, recordem isto, quando tratarem de conversar sem dicionário com esses homens sobre os quais - reconheçam - só tem a superioridade da forca.

ARTAUD, Antonin. Cartas aos Poderes. Porto Alegre: Editorial Villa Martha, 1979.
(Coleção Surrealistas - Vol. 1)

<http://www.dhnet.org.br/desejos/textos/artaud/artaud5.htm>

Anexo B – Projeto Arquitetônico de Hospital –Escola de Saúde Mental

