

ARQUITETURA COMO REFLEXO DE RECLUSÃO E ISOLAMENTO: ESTUDO DE CASO – FHEMIG BARBACENA

ARCHITECTURE AS A REFLECTION OF EXCLUSION AND ISOLATION: A CASE STUDY FHEMIG - BARBACENA

Sarah Gabriela de Carvalho Oliveira; Mestranda em Ambiente Construído na
Universidade Federal de Juiz de Fora (PROAC/UFJF), sarah.gabriela20@gmail.com

José Gustavo Francis Abdalla; Doutor em Engenharia de Produção (UFRJ/COPPE);
Professor titular na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF/FAU),
gustavofrancis@globo.com

RESUMO

O objetivo desse artigo é abordar como foi constituída a ideia de má personificação dos locais para tratamento psicossocial por meio dos ambientes arquitetônicos e dos significados socio-culturais criados para esses espaços. Será utilizado a sede do Hospital Regional da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) em Barbacena – MG como estudo de caso. De acordo com Fontes (2003), espaços que detêm função de tratamento mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou as Residências Terapêuticas, carregam uma imagem forte e negativa ao serem associados a hospitais psiquiátricos que possuem um estigma de reclusão e periculosidade. De acordo com Montinelli (2016), a arquitetura é um sistema de linguagem mediadora das relações sociais que articula o espaço a ideologias, relações de poder e formas de pensar de uma sociedade. Ainda de acordo com o autor, essa definição contribui para o entendimento do que é a memória coletiva, apoiando-se em imagens espaciais que são marcadas e identificadas pela cultura e pela história. Tendo em vista que o sistema manicomial foi predominante até o século XX, segundo Schutz e Wicki (2011), e que a arquitetura desses locais possui características panópticas e de cárcere de pessoas (FOUCAULT, 1975), formou-se o imaginário coletivo a ideia que lugares para terapia mental são perigosos, mesmo tendo estudos apontando que isso não condiz com a realidade (SCHUTZ, WICKI; 2011). A metodologia utilizada seguirá a pesquisa de Ferrara (1988), que divide o estudo em três partes 1) as características físicas, 2) os usos e 3) as transformações ocorridas no ambiente ao longo do tempo, a qual é baseada nas três operações fundamentais da semiótica de Peirce (2003): a percepção, a leitura e a interpretação. Portanto, o trabalho em suas considerações visa mostrar como foi constituído a arquitetura dos manicômios e os paradigmas que o sustentam e a importância da desconstrução dessa imagem. Conclui, com isso, que a cidadania e inserção social da deficiência cognitiva requer tal desconstrução.

Palavras-chave: Hospital psiquiátrico; panóptico; arquitetura.

Introdução

De acordo com Montinelli (2006), a arquitetura é um sistema de linguagem mediadora das relações sociais que articula o espaço a ideologias, relações de poder e formas de pensar de uma sociedade. Para Silva (2008), as edificações para tratamento mental, refletem perspectivas negativas ao serem associadas à imagem enraizada na cultura popular do que é loucura. Esse tipo de conceituação transparece na arquitetura devido à aplicação do arquétipo do Panóptico (FOUCAULT, 1975) nas instituições psiquiátricas. Tais características ainda são reproduzidas nas construções de alguns centros de terapia, mesmo com as novas filosofias da Reforma Psiquiátrica que buscam a ressocialização e a cidadania do portador de deficiência mental. Portanto, o objetivo desse artigo é abordar como é refletida essa associação dos paradigmas e preconceitos que envolvem o transtorno cognitivo na arquitetura, utilizando como estudo de caso a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) em Barbacena – MG.

Semiótica na arquitetura

De acordo com Monticelli (2016), tendo por base a teoria semiótica de Pierce (1839 – 1914), um signo representa algo ou um objeto. O signo pode se constituir de diferentes formas no meio social, abarcando desde a linguagem escrita até os mais diversos sistemas de linguagem específica, dentre os quais a arquitetura.

Ainda segundo Monticelli (2016), o signo produz um efeito em uma mente ao representar um objeto. Esse efeito é constituído pelo o que é chamado de tríade peirceana: signo, objeto, interpretante. Em Matos (2010), se nota que esses três elementos são interdependentes e relacionados por um intérprete. Eles são resultantes de uma sensação (representamen), de uma lembrança (referente) e de uma relação ou associação (interpretante) estabelecida entre a sensação e a lembrança do intérprete.

Matos (2010) coloca que tudo o que incita os sentidos ou a sensibilidade é percebido e interpretado como signo ou mensagem, sendo parte, portanto, de um processo de linguagem e do pensamento semiótico. Para Monticelli (2016), a arquitetura se insere nesse contexto ao ser um sistema integrador de linguagens plurais que estuda e investiga as dimensões espaciais vivenciadas pelo ser humano. A autora afirma que a

linguagem arquitetônica tem componentes comuns com as outras linguagens visuais, como as figuras geométricas, os sólidos, as relações de proporção, cor, linha, planos, texturas. Contudo, ela destaca que o que a diferencia das demais linguagens é sua função e seu uso social. Dessa forma, o arquiteto é responsável tanto pelas aparências arquitetônicas como também pelas possibilidades de organização, uso e função do espaço (MONTICELLI, 2016, p.37).

Ainda segundo Matos (2010), para que a linguagem arquitetônica seja compreendida, há a necessidade da observação tanto da particularidade do estilo e a da universalidade do registro histórico em que pertence como também finalidade prática a qual a edificação foi construída. Isso caracteriza a comunicação no processo e na obra arquitetônica como expressão e interação de estilos mas, principalmente, como diálogo entre intencionalidades, possibilidades, soluções, funcionalidades e projeções de futuro. A obra arquitetônica apresenta-se, sob este processo, como mídia, registrando e expressando múltiplas informações, fazendo do sistema arquitetônico o mediador de interesses diversos, cujo produto decorre da composição desses interesses, expressando-os na organização das formas percebidas. (MATOS, p. 124, 2010)

Assim, Monticelli (2016), conclui que a arquitetura cria significados sociais além de suas funções práticas, sendo expressão da sociedade e do meio em que está inserida. Por ser um vínculo que reproduz signos, a arquitetura dialoga com a cultura ao entorno, criando um sistema de comunicação que intervém no imaginário coletivo e produz diretrizes para o comportamento social. A linguagem do ambiente construído torna-se responsável, portanto, por conduzir as atitudes de seus usuários e, muitas vezes, da sociedade como um todo. (Rapoport, 1982, citado em MALARD, 2006, p. 39) (MATOS, 2010).

Foucault e o espaço edificado

Dentre os autores do campo das ciências humanas e sociais que demonstrou interesse pela relação entre sociedade e espaço edificado destaca-se o francês Michel Foucault (1926 - 1984). Suas teorias abordam, entre outras questões, a relação entre poder e conhecimento e como eles são usados para controle social através do

ordenamento e manipulação dos indivíduos no tempo e no espaço pelas instituições sociais (NASCIMENTO, 2008). Ele também coloca que o processo de modernização que as nações ocidentais viveram após o século XVIII, intensificadas pela Revolução Francesa e a Industrial, instaurou uma nova ordem de divisão do trabalho que necessitou da especialização dos produtos, dos meios de produção e da mão-de-obra. Somado a isso, houve um acelerado crescimento das cidades, inchadas pela explosão da natalidade nas camadas mais pobres e pela migração da população rural para a zona urbana.

Foucault (1975) diz que esse processo de contínua especialização necessitava que a população fosse racionalmente classificada segundo suas capacidades ou incapacidades, educada, e transformada em força produtiva e, se necessário, ser eficazmente punida. No entanto, coloca que a forma de punições físicas e penas de morte deixam de fazer sentido devido aos novos estudos sobre o comportamento humano e a moral iluminista. Além disso, é, a partir dessa época, que a formação do indivíduo e suas capacidades e aptidões passam a ter um preço para a sociedade. Assim, para o referido filósofo, uma técnica de exercício de poder que não foi exatamente fundada, mas elaborada em seus princípios fundamentais no século XVII e XVIII, é aplicada como fórmula geral de dominação nas instituições sociais para permitir o controle minucioso e impor uma relação de docilidade – utilidade_ a disciplina (FOUCAULT, 1975, p.127).

A disciplina, neste novo contexto histórico e social, define como se pode ter domínio sobre alguém, não somente como se faça o que se quer, mas também segundo a rapidez e a eficácia que se determina (FOUCAULT, 1975, p.127). Ela é, antes de tudo, a distribuição espacial dos indivíduos. Para que a disciplina seja aplicada de forma eficiente, segundo Foucault (1975), é necessário que se estabeleça uma diferenciação entre os lugares que cada classe de indivíduos pode ocupar e uma clara definição da posição hierárquica entre eles. Não se deve apenas isolá-los e trancá-los em um local fechado. Para o controle pleno, é importante que se saiba onde e como encontrar seus ocupantes, identificar as presenças e as ausências, interromper aglomerações e circulações e poder vigiar o comportamento de cada um, isto é, a vigilância. Esse princípio de distribuição é o que Foucault chama de Princípio da Localização Imediata

ou do Quadriculamento: cada indivíduo em seu lugar, cada lugar com seu indivíduo (FOCAULT, 1975, p.131).

Essa descrição de disciplina na arquitetura, tomando por base esses tipos de relações entre classes de indivíduos, fica mais evidente quando se detém particularmente em um modelo de edifício concebido unicamente para o exercício do controle: o Panóptico, de Jeremy Bentham.

O Panóptico

O Panóptico foi um modelo arquitetural proposto pelo arquiteto inglês Jeremy Bentham em 1787 que tem como objetivo vigilância e estabelecer uma clara hierarquia entre os indivíduos dentro de uma dada instituição.

Segundo Foucault (1975), as atividades de inspeção poderiam ser resolvidas no Panoptico através de um arranjo espacial circular que permite reduzir a quantidade de inspetores necessários para comandá-la, ainda que se ampliasse o número de indivíduos inspecionados. Ele propõe isso devido à disposição das celas: elas se localizam no perímetro do anel em torno de uma torre de observação. Com essa distribuição é possível que um só vigia analise mais de um pavimento sem sair de sua posição. Não é necessário um grande número de fiscais ou que os mesmos transitem na edificação já que a visibilidade é contínua (FOCAULT, 1975, p.181). O autor ainda completa que tal modelo utiliza sistemas de controle de iluminação para gerar uma situação de constante submissão. As celas são vazadas por largas janelas que se abrem sobre a face interna do círculo, permitindo que a luz as atravesse de lado a lado. Já a torre permanece na penumbra devido às dimensões do telhado e das janelas. Com isso, as celas ficam em plena luz enquanto a torre permanece em escuridão. O inspecionado tem a ciência de sempre estar sob vigilância, mesmo sem conseguir enxergar quem o inspeciona, sabendo que pode ser visto a todo o momento. (FOCAULT, 1975, p.181).

O edifício nasce, portanto, de uma detalhada prescrição dos graus hierárquicos entre os indivíduos traduzidos através do poder da visibilidade entre eles, onde se entende que o uso da vigilância controlada é a grande inovação. As instituições panópticas se caracterizam por serem leves: fim das grades, fim das correntes, fim das

fechaduras pesadas: basta que as separações sejam nítidas e as aberturas bem distribuídas. As casas de segurança, com sua arquitetura de fortaleza, são substituídas por uma geometria simples focada na vigilância constante (FOCAULT, 1975, p.181).

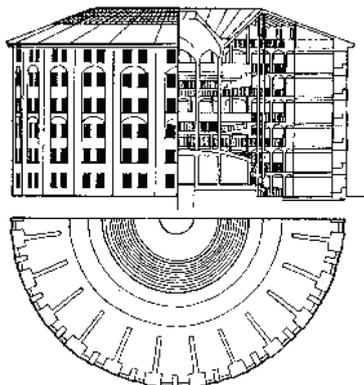


Imagem 1: O Panóptico

Fonte: <https://www.versobooks.com/blogs/1366-the-mainstream-media-just-discovered-foucault-and-they-re-all-wrong>

Instituições disciplinares e Panópticas

Em continuidade ao seu estudo, Foucault (1975) apresenta uma visão de utilização do espaço no século XVIII e XIX dividido em dois momentos: (1) as de motivações de ordem e disciplina, que fomentam a produção do edifício e, (2) quando a ordem e a disciplina são efetivamente implantadas na arquitetura. Houve uma re-projeção de várias instituições que nasceram antes do modernismo e que apresentavam ainda características medievais como prisões, clínicas médicas, fábricas, escolas, e hospitais psiquiátricos para manipulação das atividades e ações de seus ocupantes em busca de transformá-los em força produtiva.

Parece-me que, no final do século XVII, a arquitetura começa a se especializar, ao se articular com os problemas da população, da saúde, do urbanismo. Outrora, a arte de construir respondia sobretudo à necessidade manifestar o poder, a divindade, a força. O palácio e a igreja constituíam as grandes formas, às quais é preciso acrescentar as fortalezas; manifestava-se a força, manifestava-se o soberano, manifestava-se Deus. A arquitetura durante muito tempo se desenvolveu em torno dessas exigências. Ora, no final do século XVIII, novos problemas aparecem: trata-se de utilizar a organização do espaço para alcançar objetivos econômico-políticos. (FOCAULT, 1975, p.181)

Ele conclui que as estruturas espaciais tornam-se mais complexas ao mesmo ritmo que classes das sociedades passam a ser enxergados com maior precisão: quanto maiores os graus hierárquicos, maiores são os graus de repartimentos no interior da edificação. Através do Princípio do Quadriculamento, exemplificado no Panoptico, dentro das instituições estabelece-se diferenciação entre os lugares que cada indivíduo pode ocupar, uma posição clara entre classes dentro ambiente, quais têm direito ao acesso de certos compartimentos e quais não tem e, principalmente, quais serão submetidas à constante visibilidade(NASCIMENTO, 2008).

Aplicação dos conceitos do Panóptico em edificações manicomiais

De acordo com Silva (2008, p.25), foi no século XIX que surgiram e proliferaram os manicômios na Europa. Nesse período se passou a observar que não bastava somente retirar do convívio social as pessoas que apresentassem desvio da conduta dos padrões de normalidade mas, que elas deviam ser pesquisadas e tratadas pela medicina (SILVA, 2008, p.25). Assim, a loucura é encarada como uma patologia, necessitando diagnóstico e devendo ser guiada pela razão e observação dos casos em seu estado natural sem as distorções impostas pelo desconforto ou violência (PESSOTI, 1996, p. 163).

De acordo com Pessoti (1996), esse tipo de perspectiva científica foi liderado por Phillippe Pinel (1754 - 1826), psiquiatra e diretor do hospital Bicêtre em Paris, que renovou o caráter terapêutico do transtorno cognitivo ao propor a observação integral do paciente em busca de encontrar padrões de comportamento e classificar os sintomas para se ter o diagnóstico correto dos casos. Ainda, para ele, Pinel foi precursor de uma nova visão, realizando uma série de estudos e reformas e percebendo que nada servia para o projeto terapêutico o sistema cruel de violência e a contenção existentes.

De acordo com autor, a primeira medida tomada por Pinel no hospital ficou conhecida como movimento *no-restraint*, que se tornaria o símbolo dos manicômios por introduzir a camisa de força no tratamento. Tal estratégia permitia a locomoção do paciente pelo espaço, visto que muitos eram acorrentados em paredes e permaneciam imóveis por anos. A mera liberdade de mover-se já restituía parte da condição humana

do doente (PESSOTI, 1996, p.159). Outra medida estudada por Pinel foi a edificação do asilo, onde se acreditava que o edifício do manicômio deveria ser mais do que um lugar que abriga ou aprisiona o louco, tornando-se um instrumento de cura. Como era necessária a observação integral dos portadores da deficiência mental para identificar a doença e encontrar o tratamento ideal e como eles poderiam se movimentar no espaço, devido à introdução da camisa de força, seria preciso projetar um novo ambiente que oferecesse vigilância e controle por parte do corpo médico (PESSOTI, 1996, p.160).

Consoante Amarantes (1995, p.25), a criação do hospício, para Pinel, deveria partir de três presunções: (1) a isolamento, que seria um procedimento terapêutico para remover o paciente da sociedade, local de origem da sua loucura; (2) o tratamento moral, em que o psiquiatra tem o poder de trabalhar seus estudos e influências na mente perturbada; e (3) o controle e a vigilância, que, por meio da arquitetura, a equipe médica poderia classificar a doença e procurar uma fórmula ideal para o seu tratamento.

Na perspectiva de Pessoti (1996), a conceituação do Panóptico coincidiu com estas propostas a fim de que a edificação manicomial se tornasse interiorizada e facilitasse o monitoramento e a disciplina. Esquirol (1772 - 1840), um dos alunos de Pinel, aprofundou o estudo dos ambientes manicomiais em 1838. No seu tratado *Des Maladies Mentales*(As Doenças Mentais), ele não só descreve instruções precisas de como um asilo deve ser organizado e construído, como também formula um modelo ideal de edifício para hospitais psiquiátricos com o apoio do arquiteto Hyppolyte Lebas (SCHUTZ; WICKI, 2011, p.17).

De acordo com Schutz e Wicki (2011, p.17-18) esse modelo é dividido em duas partes simétricas: a direita para os homens e a esquerda para as mulheres, separadas pela administração. A edificação possui apenas um andar, cujo formato se assemelha a um U, que é organizado em torno de um pátio central. A composição permite não apenas a separação entre os gêneros, mas também segundo o grau de agitação de cada paciente. A diferenciação é feita em: quietos, semiquietos e agitados. Os mais calmos devem ficar na orientação sul da edificação, e quanto mais agitados, são colocados ao norte. Além da divisão e organização dos doentes dentro da instituição, os tipos de serviços prestados também são alocados de forma hierárquica. O setor administrativo é colocado

no sul, enquanto serviços mais braçais, como cozinha, lavanderia, almoxarifado etc., são situados próximos ao norte (SCHUTZ; WICKI, 2011, p.17).

Outra preocupação de Esquirol na proposição do modelo arquitetônico foi o número de pavimentos pois para ele, uma edificação térrea seria a ideal pelo fato de facilitar o controle por parte da equipe médica. A análise clínica sobre o comportamento e as ações do doente são mais precisas quando ampliado o grau de vigilância dos examinadores. Vários andares atrapalham o raio de visão, dificultando o trabalho dos supervisores. O outro motivo seria os obstáculos que os andares proporcionam, já que os lances de escadas dificultariam a realização da atuação do pessoal clínico quando um paciente sofresse alguma crise ou quando tivessem que levar algum doente contra a sua vontade. Além disso, andares térreos permitem a criação de varandas, possibilitando que o louco possa se locomover dentro da edificação e ter acesso ao ar fresco (SCHUTZ; WICKI, 2011, p.18). Esquirol ainda completa:

Deve haver alojamentos separados para os loucos furiosos, para os maníacos que não sejam maus, para os melancólicos tranquilos, para os monomaníacos que são ordinariamente barulhentos, para os alienados em demência, para os que andam costumeiramente sujos, para os loucos epiléticos, para os que têm alguma doença incidental e, enfim, para os que estão em convalescença: a habitação destes deve ser disposta de modo a que não se possam ver nem ouvir os doentes [...] As habitações não devem ser construídas todas do mesmo modo e a uniformidade é um dos principais defeitos dos asilos existentes na França e fora dela. As habitações para os furiosos devem [...] oferecer meios de segurança que seriam inúteis e até nocivos no resto do estabelecimento [...] O *quartier* dos convalescentes não deve diferir, em nada, de uma casa comum [...] (ESQUIRIOL, 1838, p. 424 *apud* PESSOTI, 1996, p.169).

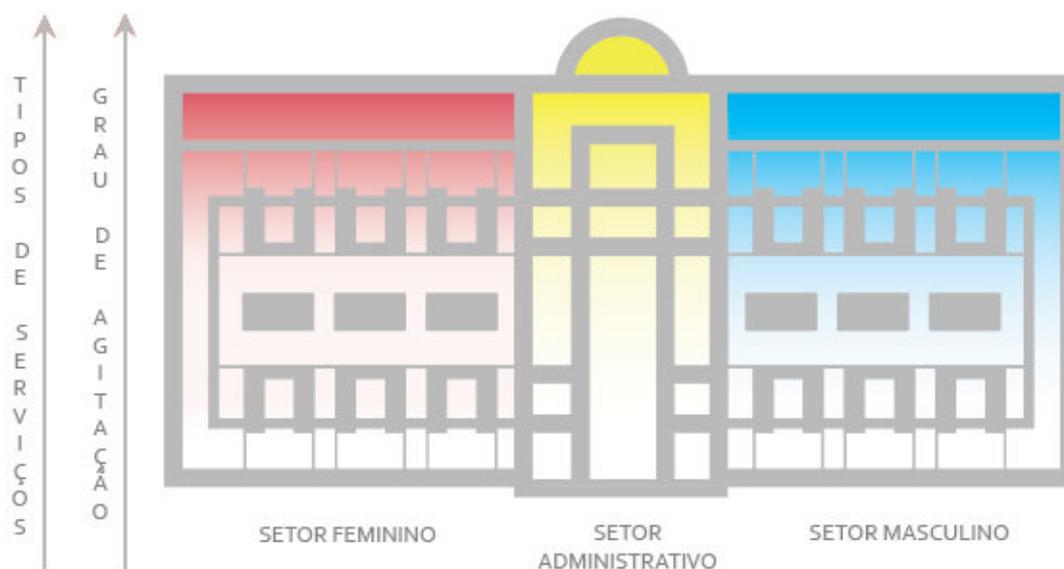


Imagem 2: Diagrama conceitual que representa o protótipo proposto por Esquirol
Fonte: Schutz e Wicki (2011) – modificada pela autora.

Segundo Pessoti (1996, p. 163), como resultado dessa nova organização e distribuição espacial, logo começaram a chamar a atenção os problemas e sintomas que não eram notados quando os loucos eram amontoados sem qualquer distinção. No entanto, esse fechamento constituía-se em uma segregação e reclusão ao mundo exterior. Apesar de algumas edificações dessa época serem diferentes em questão de plantas e volumetrias, todas possuíam o mesmo diagrama conceitual: o panóptico. Nota-se aqui que esse tipo de conceituação foi importado para o Brasil e colocado em prática, inicialmente, no Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, e depois, na construção do Asilo Colônia em Barbacena, Minas Gerais.



Imagem 3: Sede do Asilo Colônia em Barbacena
Fonte: <https://zicomourabrasil.files.wordpress.com/2017/09/museu2.jpg?w=631>

A reforma psiquiátrica

Nos últimos 30 anos, iniciou-se no Brasil o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica tendo como principal objetivo a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial dos portadores de deficiência mental. De acordo com Tenório (2002), esse acontecimento se tornou um dos temas mais importantes na área da saúde mental por ela reformular os conceitos e filosofias sobre terapia psiquiátrica realizada desde o século XIX. A Reforma reconhece e legitima os direitos das pessoas que sofrem transtorno mental, abre as portas das instituições psiquiátricas e cria políticas e redes de serviço que promovem a ressocialização e integração dos ex-pacientes na comunidade (TENÓRIO, 2002, p.26). Para o autor, o projeto de Lei 3.657/89 foi o norte para a implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, outorgado pelo deputado Paulo Delgado, que consistia, basicamente, em três artigos: o impedimento da construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, o direcionamento dos recursos públicos para a criação de redes extra-hospitalares de atendimento e a obrigação da comunicação das internações compulsórias às autoridades judiciárias.

Ainda de acordo com o autor, essas reformulações iniciais não tiveram grande impacto uma vez que permaneceram certas características do modelo asilar-custodial.

As transformações do sistema manicomial foram basicamente duas: racionalização e humanização dos hospitais psiquiátricos e criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação. Apesar da tentativa de suavizar e amenizar o ambiente hospitalar e propor uma alternativa além do hospício, esse tipo de atendimento não teve repercussão ou evolução significativa uma vez que a hegemonia do modelo psiquiátrico clássico se manteve na forma de tratamento (DELGADO, 1992, p. 50).

Tenório (2002) concluiu que não se trata apenas de aperfeiçoar as estruturas tradicionais de ambulatório e hospital de internação, mas de reinventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exige discutir o hospital psiquiátrico em suas bases. Lancetti (1990) também confirma isto, dizendo que, para que os princípios de autonomia e cidadania propostos na Reforma Psiquiátrica sejam efetivos, é necessário que haja a superação de paradigmas do hospital psiquiátrico, já que ele é o único dispositivo historicamente construído pela sociedade para relacionar-se com a loucura. O hospital psiquiátrico opera com a ideia de doença mental como negativo da razão e como desvio em relação a um padrão normal de subjetividade, impondo ao portador da deficiência cognitiva um lugar de negatividade. Lancetti (1990) aponta que se deve, então, superar o arquétipo da clínica e substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial que favoreça a inserção social do portador na comunidade.

Reformulação arquitetônica na perspectiva da reforma psiquiátrica

Consoante Silva (2008), observando os desafios que a Reforma Psiquiátrica necessita superar, a arquitetura pode ser um dos instrumentos de desmistificação de violência e incapacidade que é associada ao transtorno cognitivo culturalmente na sociedade por meio de reprojção de espaços que possam derrubar o arquétipo do manicômio e outros signos que remetam a essas associações.

Segundo Monticelli (2016), a arquitetura como signo produz um efeito na mente ao ser resultante de uma sensação, uma lembrança ou uma relação ou associação do intérprete ao objeto de observação. Para Grebe (2006), os códigos semânticos desobedecem a esse processo de significação pessoal ao serem signos formalizados

convencionalmente pela cultura e reforçados pela tradição. Eles denotam imagens tipológicas na mente do intérprete antes mesmo de se observar o objeto ou o local. Os códigos semânticos podem ser de função primária como janela, teto, escada, etc. ou tipologias de gêneros como hospital, escola, hotel, etc.

Hospitais psiquiátricos ou qualquer outro dispositivo que tenha a função de terapia de transtorno cognitivo se enquadra nos códigos semânticos ao remeter a visão estigmatizada da loucura. Até o século XIX, o isolamento, o controle e a vigilância do portador de doença mental eram pilares para o tratamento da deficiência mental, refletido na projeção da edificação por meio das características conceituais do Panóptico: introspectiva, voltada e fechada para si de uma forma interiorizada e centrípeta, facilitando a vigilância e a disciplina. A Reforma Psiquiátrica, por sua vez, necessita desmontar esse pensamento ao buscar a inclusão social e a reintegração com a comunidade, carecendo de ambientes abertos, livres e que potencializem o contato e a interação do portador da deficiência cognitiva com a sociedade, como demonstra o diagrama a seguir (SILVA, 2008, p. 36):

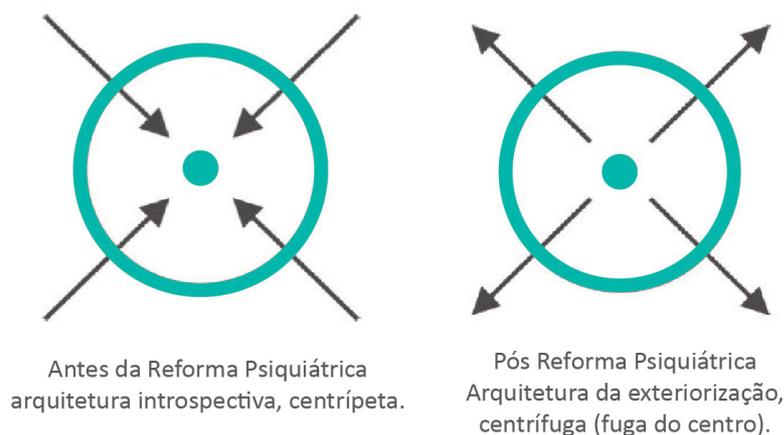


Imagem 4: Diagrama conceitual para edificação antes e pós Reforma Psiquiátrica
Fonte:Silva (2008. p.36) – modificada pela autora.

Estudo de caso: enfermaria FHEMIG Barbacena, MG

O estudo de caso foi elaborado por meio de uma Avaliação Pós-Ocupação das instalações do complexo hospitalar FHEMIG Barbacena por meio de uma Iniciação

Científica feita na Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), no período de julho de 2016 a julho de 2017 pela pesquisadora Carvalho Oliveira (2018). A análise espacial aconteceu por meio de visitas exploratórias, entrevistas com funcionários, estudos *in loco* das edificações das enfermarias, observações do cotidiano dos pacientes, investigação dos usos e ocupações de cada edificação e exames de documentos e plantas antigas do hospital (CARVALHO OLIVEIRA, p.53, 2018)

De acordo com Carvalho Oliveira (2018), após esse estudo, foram identificados aspectos no ambiente da instituição os quais possuíam incompatibilidades que prejudicam o funcionamento do local, alguns em desacordo com a legislação das Portarias/GM nº 251 e 224/92 e outros com elementos espaciais que impedem a apropriação do paciente no local. Após a avaliação espacial feita na sede do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), foi constatado que a enfermaria dos agudos, ou seja, pacientes que sofrem de surto e crise temporária e permanecem no hospital por um período máximo de um mês, teria uma melhor atuação no cotidiano e tratamento do paciente se fosse realocada para a sede do Hospital Regional. Primeiramente, por questões de legislação, uma vez que a Portaria/GM nº251/2002 diz que locais que oferecem esse tipo de atendimento devem estar próximos a hospitais preparados para emergência. Segundo, pelo número de internos e visitantes que a sede do Hospital Regional possui, o qual é bem mais elevado do que o do CHPB, sendo um fator crucial para o contato e socialização com outros tipos de usuários. E, finalmente, por essa sede possuir um Centro de Arte e Artesanato, que oferece oficinas de arte e artesanato para a terapia mental (CARVALHO OLIVEIRA, p.53, 2018).

A administração do hospital já havia pensado nessa possibilidade e o próprio setor de obras apresentou um projeto de reforma de uma edificação que está desocupada atualmente na sede do Hospital Regional. No entanto, essa proposta apresenta aspectos que remetem à arquitetura de manicômio do século XIX e até mesmo ao próprio Panóptico. O edifício ainda possui corredores longos, janelas altas, pé direito acima de três metros, ausência de aberturas para o exterior e outras características que isolam o portador da doença mental para dentro da edificação, impedindo a liberdade de ação (CARVALHO OLIVEIRA, p.54, 2018).



DIAGNÓSTICO DA PLANTA

- 1 - Corredor longo que favorece a vigilância dos quartos por parte do corpo médico
- 2 - Quartos individualistas que possuem janelas com peitoril acima de 1,80 metros
- 3 - Sala de recreação isoladas dentro da edificação, não possuindo contato com o lado externo
- 4 - Áreas externas muradas
- 5 - Quadra poliesportiva murada

Imagem 5: Diagnóstico do projeto proposto pelo setor de obras do hospital

Fonte: Carvalho Oliveira (p. 54,2018)



Imagem 7: fotografias da enfermaria

Fonte: elaborada pela autora.

A APO demonstra que os códigos semânticos de arquitetural manicomial ainda são reproduzidos para projeção de novas edificações para terapia de transtorno cognitivo. Tendo em vista as novas filosofias da Reforma Psiquiátrica que buscam a cidadania e a re-integração do portador da deficiência mental na comunidade, na perspectiva de Silva (2008), é importante por parte do profissional arquiteto, observar e acompanhar esse processo uma vez que a arquitetura dessas instituições ainda continua reproduzindo edificações que não condizem com as necessidades atuais. A Reforma Psiquiátrica, portanto, necessita de espaços que favoreçam a socialização e a interação

do portador da doença mental, seja com a equipe médica, outros pacientes e, principalmente a comunidade.

Considerações finais

Como campo conceitual, a arquitetura pode ser considerada uma área do conhecimento dedicada ao relacionamento dos seres humanos com o espaço. Ela se insere na Semiótica por ser um sistema integrador de linguagens plurais, que se diferencia das demais áreas pela sua função e uso social. Ela cria significados que dialogam com a cultura ao entorno que intervém no imaginário coletivo e no comportamento social. Dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica, a qual busca a cidadania e a ressocialização do portador de transtorno cognitivo, a arquitetura pode contribuir na desmistificação de paradigmas que envolvem a loucura ao desqualificar estereótipos de edificações que remetem ao manicômio e construir novos modelos espaciais associados ao pensamento atual. A enfermaria da FHEMIG demonstra como ainda é comum reproduzir centros de terapia com características de hospitais psiquiátricos: isolado e fechado para favorecer o controle e a vigilância. Esses tipos de diretrizes não mais condizem com as necessidades da Reforma Psiquiátrica por ela necessitar de ambientes abertos e de natureza comunitária e que favoreça a inserção social. Portanto, é necessário superar o arquétipo da clínica psiquiátrica e criar dispositivos diversificados que auxiliem a retomada da cidadania de pessoas que sofrem da deficiência mental.

Bibliografia

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro. Fiocruz. 1995.

CARVALHO OLIVEIRA, Sarah Gabriela. **Espaços para a loucura: estudo de caso FHEMIG – Barbacena**. Editora Novas Edições Acadêmicas. BeauBassim. Alemanha. 2018.

DELGADO, Pedro Gabriel. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Te-Corá, 1992.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir** – História da Violência nas Prisões. Gallmard. 1975.

GREBE, Eduardo Meisser. **Semiótica de laarquitectura**. Ediciones Universidad del Bio-Bio. AVDA Collao, Concepcion. Chile. 2006.

LANCETTI, Antonio. **Loucura metódica**. Saúde Loucura 2. São Paulo, Hucitec. 1990

MATOS, Luana Marinho. **Semiótica peirciana aplicada à leitura da representação arquitetônica**. Revista Arq.Urb; N.4;Universidade São Judas Tadeu. Acesso em: https://www.usjt.br/arq.urb/numero_04/arqurb4_07_luana.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.

MONTICELLI, Juliana. **O ornamento arquitetônico como linguagem produtora de sentidos: uma análise semiótica dos edifícios da av. Faria Lima**. Programa de Mestrado em Comunicação e Cultura. Universidade de Sorocaba. Sorocaba,São Paulo, 2016. Disponível em: <http://comunicacaoecultura.uniso.br/producao-discente/2016/pdf/juliana-monticelli.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

NASCIMENTO, Cristiano. **O edifício com espaço analítico**. Vitruvius. 08,fev.2008.Disponível em: <<http://www.vitruvius.-com.br/revistas/read/arquitectos/08.093/168>>. Acesso em: 28 set. 2016.

PESSOTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996. 300p.

SILVA, Leonora Cristina da. **Diretrizes para a arquitetura hospitalar pós-reforma psiquiátrica sob o olhar da psicologia ambiental**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo na Área de Concentração Planejamento e Projeto de Arquitetura,Universidade Federal de Santa Catarina,Florianópolis, 2008. Disponível em:<<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream-am/123456789/17547/1/LucianaM.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos diasatuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p.25-59, jan./abr. 2002.

WICK, Livia; SCHUTZ, Benjamin. **Architectures for psychiatric treatment**. EPFL – Écolepoly technique fédérale de Lausanne, 2011.