

A construção de um novo lugar social para a loucura: reflexões sobre reuso de uma instituição psiquiátrica em Natal/RN

The construction of a new social place for madness: reflections about reuse of a psychiatric institution in Natal/RN

La construcción de un nuevo lugar social para la locura: reflexiones sobre la reutilización de una institución psiquiátrica en Natal/RN

MOREIRA, Stephanie M. C.

Arquiteta e Urbanista/UFRN, email:stephaniemacedo.moreira@gmail.com

MEDEIROS, Luciana de

Profª Dra. do DARQ/UFRN, email:medeiros.luciana@outlook.com

RESUMO

A crise do modelo hospitalocêntrico desde o fim do século XIX começou a delinear os caminhos do que viria a ser a Reforma Psiquiátrica em todo o mundo. No Brasil, a consolidação desse processo foi marcada pela promulgação de leis e políticas de saúde mental implementadas há 20 anos, especialmente após a criação da Rede de Atenção Psicossocial. A arquitetura cria um elo com a reforma psiquiátrica porquanto pode ser protagonista do rompimento com o espaço manicomial e da associação desses serviços com a cidade. O objetivo deste artigo é discutir essas questões relacionando arquitetura, urbanismo e a construção de espaços mais inclusivos, a partir de um estudo feito em um hospital psiquiátrico de Natal/RN.

PALAVRAS-CHAVES: Hospital, reforma psiquiátrica, espaços inclusivos.

ABSTRACT

The crisis of the hospital-centric model since the late nineteenth century began to outline the paths of what would become the Psychiatric Reform throughout the world. In Brazil, the consolidation of this process was marked by the enactment of mental health laws and policies implemented 20 years ago, especially after the creation of the Psychosocial Care Network. The architecture creates a link with the psychiatric reform because it can be protagonist of the rupture with the manicomial space and the association of these services with the city. The objective of this article is to discuss these issues relating architecture, urbanism and the construction of more inclusive spaces, from a study done in a psychiatric hospital in Natal / RN.

KEY WORDS: Hospital, psychiatric reform, inclusive spaces.

RESUMEN

La crisis del modelo hospitalocéntrico desde el fin del siglo XIX empezó a delinear los caminos de lo que vendría a ser la Reforma Psiquiátrica en todo el mundo. En Brasil, la consolidación de ese proceso fue marcada por la promulgación de leyes y políticas de salud mental implementadas hace 20 años, especialmente después de la creación de la Red de Atención Psicossocial. La arquitectura crea un eslabón con la reforma psiquiátrica porque puede ser protagonista del rompimiento con el espacio manicomial y la asociación de esos servicios con la ciudad. El objetivo de este artículo es discutir estas cuestiones relacionando arquitectura, urbanismo y la construcción de espacios más inclusivos, a partir de un estudio realizado en un hospital psiquiátrico de Natal / RN.

PALABRAS CLAVE: Hospital, Reforma Psiquiátrica, Espacios inclusivos.

1 INTRODUÇÃO

O início do processo de reforma psiquiátrica é contemporâneo ao movimento sanitário dos anos 70 em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão da saúde. Essa iniciativa diz respeito à crise do modelo hospitalocêntrico que, desde o final do século XIX, era visto como a forma de tratamento mais eficaz para pacientes com transtornos psiquiátricos. Com o passar do tempo, o sistema asilar começou a entrar em discussão e os tratamentos ditos “de sucesso”, como a lobotomia e o eletrochoque, passaram a ser vistos como desumanos.

Em 2001, a promulgação da lei 10.216 representou a consolidação do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, uma vez que especificou os direitos da pessoa com transtornos mentais no que diz respeito à assistência médica. O período atual caracteriza-se pela construção de uma rede de saúde mental substitutiva ao modelo de internação hospitalar – a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – e à fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Em meio a esse contexto de reforma, várias instituições de caráter asilar ainda sobrevivem em diversas regiões do nosso país. Na grande maioria das vezes, são vistas pela comunidade como “locais onde ficam os doidos”, carregando o estigma do manicômio, de separação entre o que seria “normal” e o que seria visto como “loucura”. A normalidade não adentra os muros do manicômio, pois é lá que está tudo que não quer ser visto.

Nesse sentido, a reforma psiquiátrica cria um importante elo com a arquitetura. Em contraposição a essa imagem de segregação colocada pelo hospital, os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial crescem no debate da política de saúde mental como importantes mecanismos para a ressocialização de pacientes que passaram por experiências de internação. Os CAPS, que cumprem o papel de “coração” da rede, em conexão a outros componentes como Centros de Convivência e Cultura, Residências Terapêuticas e Hospitais Gerais podem tornar-se fortes aliados nessa busca pela construção de novos espaços de integração para a loucura focados na habilitação social do indivíduo.

Diante disto, este artigo apresenta uma parte das discussões desenvolvidas em um trabalho final de graduação¹ cujo foco foi elaborar diretrizes de projeto para o reuso de um hospital psiquiátrico da cidade de Natal/RN, visando transformá-lo em um complexo de saúde mental que contenha serviços substitutivos da RAPS. Dentro dessa perspectiva, o texto aqui exposto estrutura-se a partir de dois grandes eixos: a construção social do lugar da loucura dentro do hospital psiquiátrico e o reencontro da cidade com a loucura, com exemplo de intervenção projetual em um hospital psiquiátrico da



cidade de Natal/RN. Considera-se, assim, a possibilidade de refletir sobre a relação entre arquitetura, urbanismo e construção de espaços mais inclusivos, com ênfase na interdisciplinaridade e valorização do usuário no processo de projeto.

2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO LUGAR DA LOUCURA

A história da loucura, na verdade, surge primeiramente após o desaparecimento da lepra, assim que este mal deixa de assombrar as cidades, ele vem dar lugar àquele outro fenômeno como marca na história. “A navegação entrega o homem à incerteza da sorte”: era essa a alegoria que Foucault (1972) usava para descrever esse primeiro momento. *Stultifera navis* ou a Nau dos Loucos desenvolve no sentido de uma geografia semirreal a situação do louco na era medieval, as barcas cheias de pessoas levavam a insanidade para outro mundo. A figura do louco tornava-se lúdica (louco, simplório, bobo) e não marginal e tomava lugar no centro do teatro. A loucura não conduzia a um estado “perdido” ou de cegueira e sim à verdade individual de cada um.

É a partir da metade do século XVII que o fenômeno deixa de ter lugar na paisagem social para dar lugar a novas exigências. A esse gesto que designa um novo lugar, no sentido espacial, para os ditos “loucos” Foucault chama de “A grande internação”. O hospital é a sequência do embarque. A data de referência é 1656, quando ocorreu o decreto da fundação, em Paris, do Hospital Geral. A esta época o hospital não assume ainda o papel médico, ele é uma instância da ordem. O que agrupa todos os excluídos que residem nas casas de internação é a incapacidade de tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo de riquezas. Este é o início da dinâmica da exclusão do louco na casa de internamento para reestruturação do espaço social que vai se consolidar futuramente no capitalismo.

No século XVIII, encontra-se a criação de um novo personagem para a loucura: o isolamento. O espaço do Hospital passa por grandes mudanças e passa a ser operado essencialmente a partir de uma tecnologia política chamada: **disciplina** (AMARANTE, 2007). Esse período é definido como medicalização do hospital e acontece em consonância com os ideais da Revolução Francesa.

Phillipe Pinel é o médico francês, considerado pai da psiquiatria, que trouxe pela primeira vez a ideia de loucura como patologia. Uma das principais atitudes que Pinel teve quando trabalhou em Bicêtre (Paris, 1793) como chefe do asilo para homens foi separar os doentes mentais dos demais marginalizados, isolando estes pacientes para realizar o tratamento. O médico tinha a finalidade de restituir “liberdade aos loucos” pois literalmente desacorrentava-os, mas para colocá-los no asilo



partindo da lógica de que: se as causas da alienação mental estão presentes no meio social só o isolamento permitiria afastá-las (AMARANTE, 2007). O hospital passou a ser um espaço médico e a disciplina hospitalar imposta tinha a função de “assegurar o esquadramento, a vigilância e a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também de transformar as condições do meio em que os doentes são colocados” (FOUCAULT, 1987, p. 108). É o surgimento da lógica dos hospícios.

Nesse contexto cabe falar sobre o arquétipo do panóptico que surge da necessidade contínua de vigilância dentro dessas instituições. A ideia original do panóptico é do filósofo Jeremy Bentham como uma forma de estrutura arquitetônica projetada para cárceres e prisões. Essa referida estrutura funciona como um arranjo circular de celas em torno de um núcleo central, o qual seria uma torre de vigia de onde uma única pessoa poderia visualizar todas as células a fim de controlar o comportamento de todos os indivíduos reclusos. A grande questão é que estes não podem estar cientes de que são observados, já que a torre central supõe um objeto opaco. Assim, o prisioneiro poderia ser monitorado a cada momento, tendo que controlar seu comportamento para não ser punido. Foucault em sua obra *Vigiar e Punir* (1987) expande essa ideia para a sociedade como um todo, com o princípio de que todas as suas instituições de poder se utilizam desse mecanismo para manter o controle podendo assim vigiar e corrigir os problemas. Ele aponta esse procedimento como a emergência da sociedade disciplinar dizendo que o panóptico expressa muito bem o tipo de domínio que ocorre na era contemporânea: “os mecanismos de vigilância são introduzidos em corpos, fazem parte de um tipo de violência que se articula através das expectativas e significados que transmitem os espaços e as instituições” (FOUCAULT, 1987).

Um dos precursores teóricos que veio trazer à tona os primeiros movimentos contra a psiquiatria conservadora foi Franco Basaglia, psiquiatra italiano que relatou em diversas obras a situação do doente no hospital psiquiátrico e veio dar direções ao que seria o início da luta antimanicomial. O que ele chama de “Instituições da violência” (BASAGLIA, 1968) mantém uma conversa com as ideias de Foucault (1987) no sentido de que ele afirma que toda a sociedade está disposta sob essas relações de poder: assim como o pai é autoritário para com seu filho, a escola ameaça o aluno e o empregador explora o proletário, o manicômio destrói o doente. Ele defende que a atuação técnica do hospital está em consonância com os interesses do sistema econômico e serve para justificar a exclusão do indivíduo mais vulnerável socioeconomicamente. A partir da reflexão sobre as instituições da violência delineiam-se os primeiros passos da luta antimanicomial nos anos 70.



Para Basaglia, não adianta reformar o hospital, o sujeito doente deve ter **na cidade** o seu processo de reabilitação, ou melhor, de sua habilitação social. Dessa ideia é que nascem as novas propostas relativas a uma reforma institucional. Começaram a ser pensadas a partir dessas teorias a ideia de Centros regionais de base territorial, a criação de cooperativas de trabalho e a construção de residências para ex internos, na intenção de **reestabelecer um lugar social para a loucura**. A partir da desconstrução do manicômio seria possível considerar o ser humano em sofrimento mental como um processo social complexo transcendendo a simples organização do modelo assistencial e alcançando as práticas e concepções sociais (AMARANTE, 2007).

3 O REENCONTRO DA CIDADE COM A LOUCURA: DISCUTINDO FORMAS DE INTERVENÇÃO PARA UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EM NATAL/RN

Ao longo dos últimos anos, no Brasil, novas estratégias na política de saúde mental têm sido evidenciadas através da publicação de leis ou programas do Ministério da Saúde voltados para serviços de base comunitária. A rede de atenção psicossocial (RAPS) surge, então, como uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas. Dela fazem parte diferentes tipos de serviço que se articulam com a finalidade de atender as especificidades que abarcam o grupo de vulnerabilidade mental atuando no território.

Fazem parte da RAPS os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o serviço Residencial Terapêutico (SRT's), os leitos de internação em Hospitais Gerais, as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Convivência e Cultura entre outros. O aumento do investimento nesses serviços deve ocorrer sempre em consonância com a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos e gradativo declínio deste modelo. No entanto, apesar de existir uma rede muito bem traçada, existem muitas dificuldades em torno da implantação desse modelo. A falta de investimentos e atenção para com a saúde mental, principalmente nesta época de instabilidade política e mudança de prioridades, coloca em cheque o esforço feito ao longo de tantos anos para a criação desse sistema.

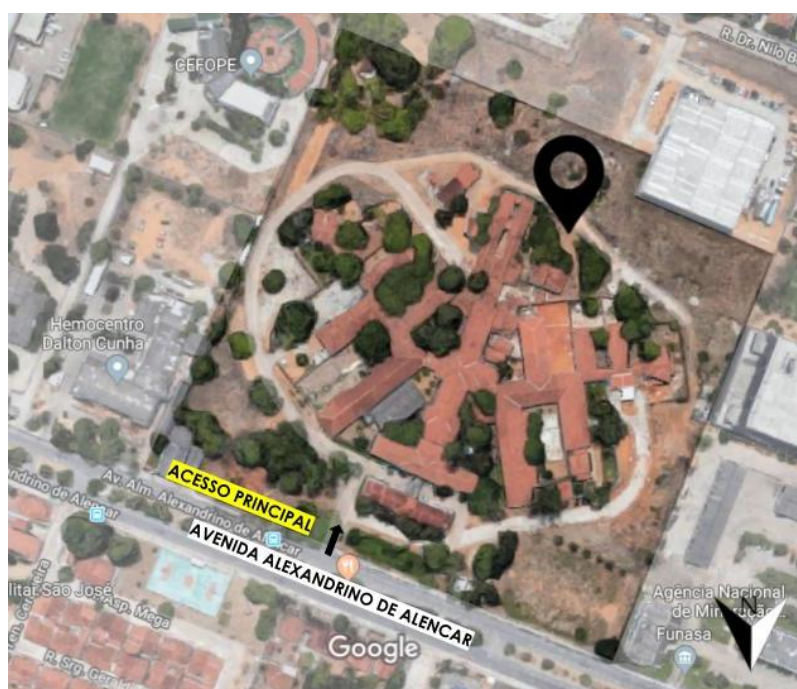
Numa aproximação mais atenta à rede de atenção psicossocial, pode-se observar que diferentes níveis de atendimento correspondem a diferentes tipos de estabelecimentos ou possibilidades de arranjos arquitetônicos para cada finalidade. Logo, percebe-se que há também, na lógica proposta pela rede, diferentes possibilidades de relação entre os edifícios, a cidade e seus usuários, através da



implantação de projetos com diferentes escalas e atributos ambientais capazes de promover saúde e recuperação. No entanto, vê-se, com maior frequência, uma grande quantidade de edificações reformadas de modo inadequado ou mesmo grandes instituições obsoletas e subutilizadas.

Nesse contexto, torna-se válido ressaltar alguns dos aspectos discutidos a partir da realização de um trabalho de reuso de um hospital psiquiátrico da cidade Natal/RN (Fig.1). A intenção foi desconstruir sua imagem manicomial a partir da gradativa implantação de alguns elementos da rede de atenção psicossocial, tendo como base características do estabelecimento e contexto específico. Embora o material produzido inclua uma série de detalhes teórico-metodológicos que extrapolam os limites desta publicação, é possível pontuar aspectos que cumpram o objetivo deste artigo. Algumas imagens do espaço também foram resguardadas por questões éticas.

Figura 1: Vista superior do terreno do Hospital



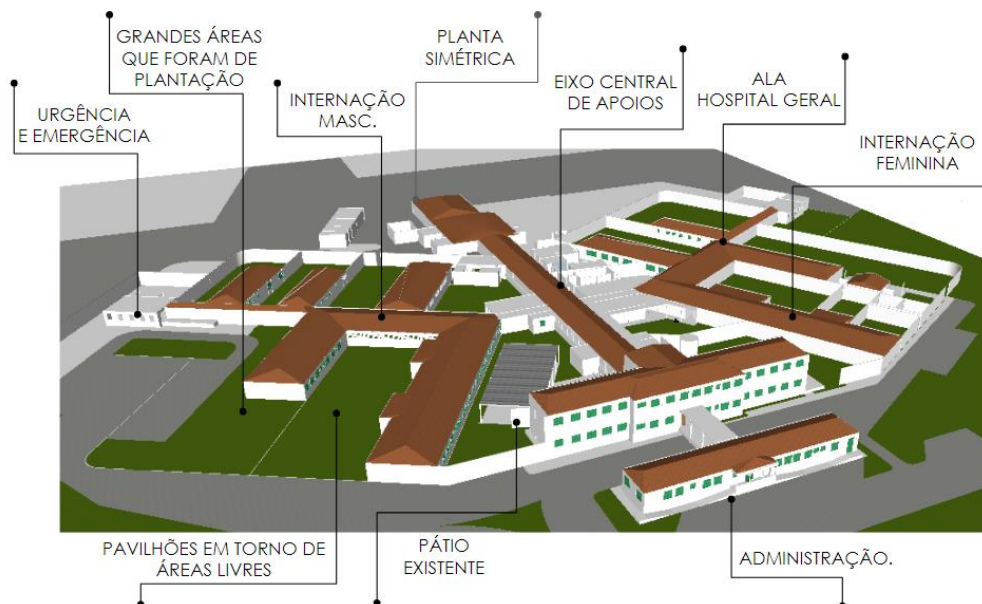
Fonte: *Google Maps* modificado pelas autoras

O hospital em questão foi construído nos anos de 1950, num terreno que totaliza 61.647,30m². O local, antes afastado e hoje altamente imerso em área valorizada da cidade, ainda possui grandes espaços livres e áreas verdes remanescentes do período em que se utilizavam atividades agrícolas como forma de tratamento e meio de subsistência dos enfermos (Fig. 2). Trata-se de um conjunto edificado com tipologia pavilhonar, com blocos distribuídos de modo simétrico ao longo de eixo

central. A cada pavilhão tem-se a criação de núcleos comunitários, separando homens e mulheres, com serviços de apoio necessários ao funcionamento das internações, como banheiros e os postos de enfermagem. Na área comum tem-se o refeitório e outros espaços de convivência.

Trata-se do único hospital psiquiátrico do RN que é totalmente público e integra a média complexidade. Possui ambulatório de egressos, a urgência e emergência e a internação psiquiátrica, com um total de 117 leitos. Com uma estrutura física que já abrigou 800 leitos, apresenta diversos espaços subutilizados e trechos da sua estrutura física em estado de conservação precário. O hospital passou por algumas reformas para abrigar leitos de internação de outro hospital da cidade, mas nenhum projeto de otimização para esses novos fluxos e acessos.

Figura 2: Zonas originais do hospital



Fonte: 3D produzido pelas autoras

Uma importante questão a ser abordada nessa perspectiva de reforma psiquiátrica são os espaços de terapia alternativa. Há apenas uma pequena zona com terapia ocupacional localizada na parte posterior do terreno, frequentada por poucos pacientes. No que diz respeito aos espaços livres, muitos desses locais teriam potencial para tornarem-se núcleos de atividades ao ar livre com um melhor direcionamento arquitetônico/paisagístico. O mesmo vale para outros recursos interessantes existentes, como o campo de futebol, localizado na parte frontal direita do terreno e a extensa vegetação existente no lado esquerdo, os quais denotam características interessantes a um projeto de reuso.

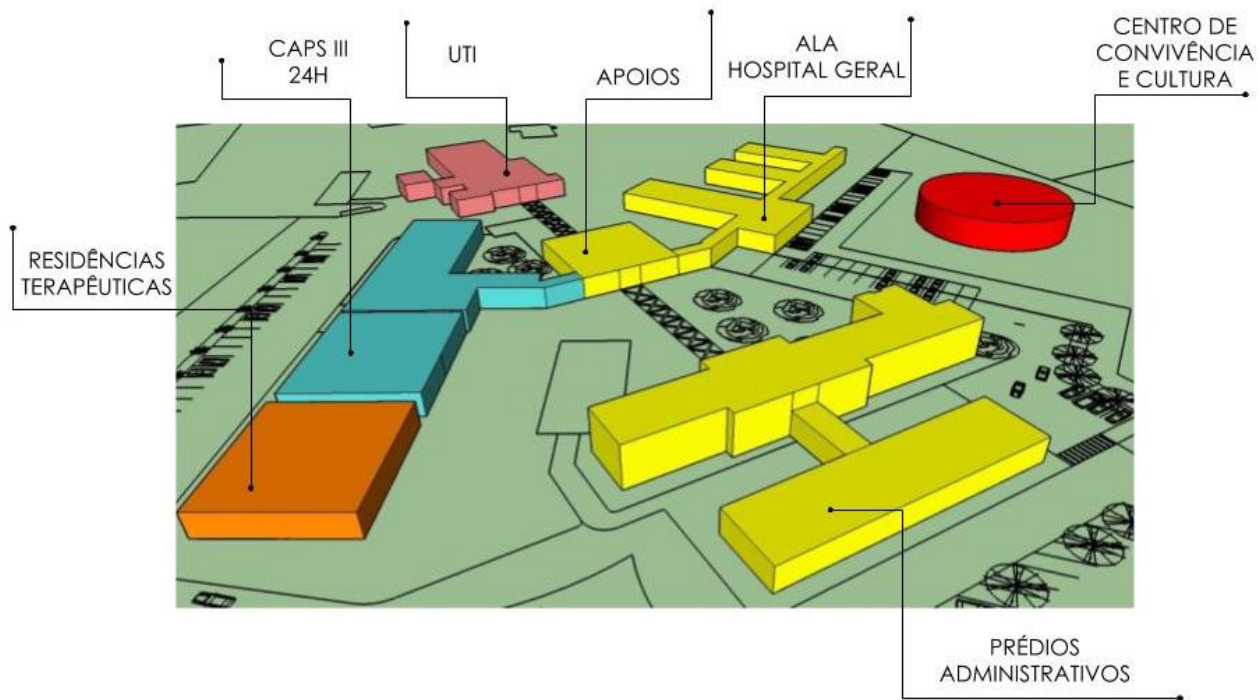
Observa-se, portanto, muitos locais em desuso, desativados e sem função. São estruturas extremamente antigas, com lógicas espaciais arcaicas e que não servem para ser reformadas. Dessa maneira, verificou-se que a melhor forma de reaproveitar o terreno de ótima localização e os espaços que ainda funcionam seria dando um novo uso e transformando-o num complexo com edificações anexas, já que uma simples reforma em suas antigas estruturas não seria satisfatória, nem recomendada. Paralelamente a essas questões e à complexidade inerente aos projetos arquitetônicos complexos, seria necessário considerar os pacientes já residentes no hospital – em situação de abandono – e os leitos de internação que fazem parte de outro estabelecimento da cidade.

Para tanto, os passos seguintes englobaram: o diagnóstico dos serviços oferecidos e sua relação com os existentes nas RAPS e o estudo das áreas a serem mantidas ou demolidas, com respectivo embasamento teórico quanto aos acréscimos de novas edificações ao conjunto (DE GRACIA, 1992). Para além dos serviços assistenciais, um dos principais motivadores do reuso seria dar hospital um norteador projetual que trouxesse novas práticas terapêuticas. Dessa maneira tem-se também a ideia do Centro de convivência e cultura (CCC). Esse é um dos dispositivos da RAPS, o qual não é assistencial e tem o seu lugar dentro da rede na linha de frente da abertura à comunidade. Ele representa a necessidade de romper os muros da mudança apenas nos serviços assistenciais e partir para uma produção cultural e de trabalho que coloque o paciente no lugar de ator protagonista de novas complexidades.

Reunindo todas essas reflexões, chegamos a diretrizes projetuais e recomendações para um futuro projeto de reuso deste espaço. Foi sugerido um novo zoneamento (Fig.3), deixando no local original os prédios administrativos, aos quais se reconheceu um valor de memória do estilo neocolonial, e as alas utilizadas para internação do Hospital geral. Optou-se pela implantação de um CAPS III 24h no lugar do Pronto Socorro e de duas residências terapêuticas junto a esse (Fig. 4 e 5). O Centro de convivência foi locado de forma a ter um acesso independente, que seria viabilizado pela abertura de uma praça em torno de um campo de futebol existente (Fig. 6). Sugere-se para esta intervenção do CCC uma arquitetura diferenciada da preexistência, de forma a caracterizar uma justaposição contextual. Este reuso baseia-se na ideia de “abertura à comunidade”, então, através da suavização dos muros (Fig. 7) e da integração desses novos espaços com a avenida (Fig. 8) foi possível melhorar a relação do complexo com a rua. Novas vagas de estacionamento foram previstas, de acordo com o

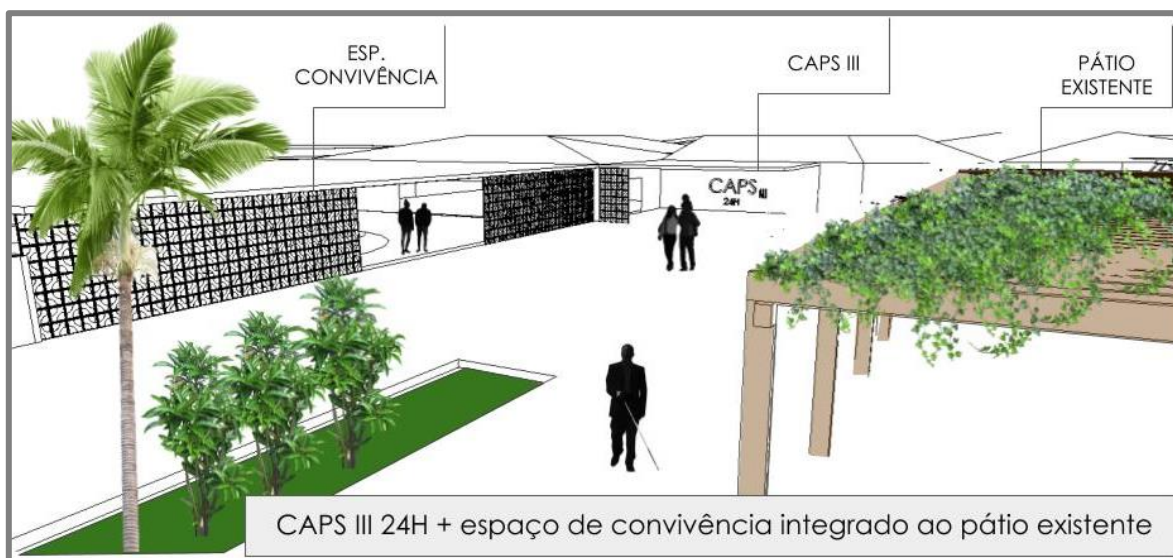
código de obras, e novas vias de acesso sugeridas, de forma a melhorar a sinalização dos diferentes serviços.

Figura 3: zoneamento dos novos usos para o hospital



Fonte: 3D esquemático produzido pelas autoras

Figuras 4, 5, 6, 7 e 8 (respectivamente): Imagens ilustrativas das propostas de reuso para o hospital



ARQUITETURA E CIDADE: PRIVILÉGIOS, CONFLITOS E
POSSIBILIDADES

Curitiba, de 22 a 25 de outubro de 2019



PROJETAR
GRUPO DE PESQUISA EM
PROJETO DE ARQUITETURA
E PERCEPÇÃO DO
AMBIENTE



UFRN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE



ARQUITETURA E URBANISMO - UFRPR



PPU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PLANEJAMENTO URBANO



UFPR
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



**UNIVERSIDADE
POSITIVO**

ARQUITETURA E CIDADE: PRIVILÉGIOS, CONFLITOS E POSSIBILIDADES

Curitiba, de 22 a 25 de outubro de 2019



Fonte: Ilustrações elaboradas por Stephanie Macêdo



PROJETAR
GRUPO DE PESQUISA EM
PROJETO DE ARQUITETURA
E PERCEPÇÃO DO
AMBIENTE



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo, defende-se que a arquitetura vem estreitar os laços com a Reforma Psiquiátrica com a intenção de ser uma das grandes responsáveis por promover as bases dessa mudança. Não pode-se mais projetar os espaços de saúde mental sem que eles estejam voltados para o alvo principal a que são destinados: as pessoas. Essa relação interdisciplinar nos leva invariavelmente a reflexão entre loucura e direito à cidade. Na perspectiva contemporânea em que se discute essas questões acerca de liberdade, ética e cidadania dentro do projeto de arquitetura podemos levar em conta o papel protagonista que o arquiteto pode ter quando discute-se a possibilidade de soluções mais inclusivas, neste caso em específico, a construção de uma rede que funciona no território. A forma de evoluir para a efetivação da RAPS é, nesse sentido, uma construção coletiva, baseada em **resistência**, em vistas da dificuldade de compreensão das forças governamentais federais neste momento sobre a importância de desinstitucionalizar indivíduos ainda presos pelas grades do manicômio. Esse tipo de representação assistencial centrado nos Hospitais Psiquiátricos tem sido arduamente quebrado, por longos anos, através da luta antimanicomial, dos profissionais da psicologia entre outros das ciências sociais, mas é hora de olharmos para essa questão como uma pauta de direito à cidade: somente nos espaços coletivos potencializados na cidade é que pode existir essa “luta em rede”, uma ideia que se opera produzindo emancipação da vida. Conclui-se, dessa forma, que esses espaços precisam afirmar-se como parte do território, que as grades precisam se abrir, os muros precisam cair, e a arquitetura pode, assim, ajudar a produzir e incluir vida no cenário urbano da cidade e devolver a loucura seu lugar na sociedade.

5 REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, Franco. (Org.). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1968

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

DE GRACIA, Francisco. Construir en lo construído - la arquitectura como modificación. Madrid: NEREA, 1992.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura na idade clássica. Paris: Gallimard, 1972.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Trad. Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis: Vozes, 1987.

Notas

¹ Trabalho Final de Graduação apresentado ao curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



PROJETAR
GRUPO DE PESQUISA EM
PROJETO DE ARQUITETURA
E PERCEPÇÃO DO
AMBIENTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE



ARQUITETURA E URBANISMO - UFRN



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PLANEJAMENTO URBANO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



UNIVERSIDADE
POSITIVO