

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

DIOGO FREIRE CALDAS DA FONTE

A ARQUITETURA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NA REALIDADE
ANTIMANICOMIAL E SUAS INFLUÊNCIAS PARA OS PACIENTES

RECIFE
2018

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

Diogo Freire Caldas da Fonte

**A ARQUITETURA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NA
REALIDADE ANTIMANICOMIAL E SUAS INFLUÊNCIAS PARA
OS PACIENTES**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como exigência parcial para a
Graduação no Curso de Arquitetura e
Urbanismo, sob orientação da Profa. MSc.
Ana Carolina Puttini Ianicelli

RECIFE
2018

Catálogo na fonte
Bibliotecário Ricardo Luiz Lopes CRB/4-2116

F682a Fonte, Diogo Freire Caldas da.
A Arquitetura do hospital psiquiátrico na realidade
antimanicomial e suas influências para os pacientes. / Diogo Freire
Caldas da Fonte. - Recife, 2018.
127 f. : il. color.

Orientador: Prof^a. Ms. Ana Carolina Puttini Ianicelli..
Trabalho de conclusão de curso (Monografia – Arquitetura e
Urbanismo) – Faculdade Damas da Instrução Cristã, 2018.
Inclui bibliografia

1. Arquitetura e urbanismo. 2. Hospital psiquiátrico. 3. Reforma
psiquiátrica. 4. Arquitetura social. I. Ianicelli, Ana Carolina Puttini. II.
Faculdade Damas da Instrução Cristã. III. Título

72 CDU (22. ed.)

FADIC (2017-148)

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

Diogo Freire Caldas da Fonte

**A ARQUITETURA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NA REALIDADE
ANTIMANICOMIAL E SUAS INFLUÊNCIAS PARA OS PACIENTES**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como exigência parcial para a
Graduação no Curso de Arquitetura e
Urbanismo, sob orientação da Prof.^a MSc.
Ana Carolina Puttini Iannicelli

Aprovado em 12 de junho de 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a MSc. Ana Carolina Puttini Iannicelli / FADIC

Orientador

Prof.^a MSc. Denise Maria Simões Freire Gaudiot / FADIC

Examinador 1

Jully Gomes Ribeiro/

Examinador 2

Recife

2018

AGRADECIMENTOS

Gostaria de primeiramente agradecer à minha família que sempre se dedicou para me dar a melhor educação social e formação ética, com a determinação da minha mãe, sempre exemplar.

À Victoria Coutinho, longe ou perto, porém, sempre ao meu lado, pessoa que mais me incentivou para a conclusão deste trabalho e que mais me incentiva na vida.

À Arthur Duarte, amigo do peito, demonstrando sua amizade com atitudes singulares desde que nascemos.

À minha amiga Luciana Amorim, que durante essa caminhada sempre me ajudou com muito entusiasmo.

Às orientações da professora Carolina Puttini e à boa vontade e disposição da professora Winnie Fellows.

É preciso agradecer também, aos funcionários do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, em especial à Graça Macieira e Catarina Morais, as quais se dispuseram sempre que solicitei ajuda.

Antes ser um homem da sociedade,

sou-o da natureza.

(MARQUES, Sade de)

RESUMO

A forma como a loucura é vista e os métodos para doutrinar as pessoas que a possuem sempre foram abusivos, e devido à falta de conhecimento e descaso, os portadores de deficiência mental nunca foram devidamente bem tratados quando dentro de instituições. Devido a essas reviravoltas, surgiram várias interpretações de estudiosos e com isso vários conceitos e leis, gerando frutos à novas tipologias que pretendem se consolidar no melhor tratamento para os deficientes mentais. Se pode perceber então, que esse é um assunto muito atual e controverso, onde, ainda não há uma conclusão consistente, podendo assim afirmar que uma dissertação artigo ou outras formas de análise para os espaços destinados às pessoas com transtornos psíquicos, podem ser considerados um suporte social. Partindo de pressupostos que o ambiente influencia as ações dos indivíduos, este tema é importante para entender o comportamento e o reflexo dos pacientes no hospital psiquiátrico diante do campo arquitetônico, à fim de perceber seus impactos positivos e negativos. Essa pesquisa terá tanto um caráter investigativo para o passado quanto também para o presente à fim de conseguir recolher informações para contribuir no âmbito profissional e social. Profissional para o lado psicológico-arquitetônico, já que a profissão da arquitetura é intrinsecamente paralela a psicologia, pois, todo ambiente gera impactos para quem frequentará os espaços que um dia foram projetados. E social para melhor entender o funcionamento do hospital psiquiátrico da atualidade, usando o Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano da cidade de Recife, onde será realizada uma análise em campo. Através dessa pesquisa, pretende-se encontrar respostas sobre o funcionamento da arquitetura no hospital psiquiátrico ajustado pela Reforma Psiquiátrica e entender seus impactos para os seus pacientes, analisando seus espaços físicos estruturalmente e esteticamente, percebendo como eles se interagem com os pacientes para, assim, conceder um trabalho que seja proveitoso no campo da arquitetura social e seus usuários.

Palavras-chave: Hospital psiquiátrico. Reforma Psiquiátrica. Arquitetura social.

ABSTRACT

The way madness is seen and the methods to indoctrinate the people who have it have always been abusive, and due to a lack of knowledge and neglect, people with mental disabilities have never been properly treated in institutions. Due to these upheavals, several interpretations of scholars have arisen generating several concepts and laws, creating new typologies that intend to consolidate the best treatment for the mentally deficient. It can be seen, then, that this is a very current and controversial subject, where there is no consistent conclusion, and one may state that a dissertation article or other types of analysis for spaces for people with psychic disorders, can be considered a social support. Based on assumptions that the environment influences the actions of individuals, this theme is important to understand the behavior and reflection of patients in the psychiatric hospital in the architectural field, in order to perceive its positive and negative impacts. This research will have both an investigative character for the past as well as the present in order to be able to gather information to contribute in a professional and social environment. Professional psychological-architectural side, since the profession of architecture is intrinsically parallel to psychology, because, every environment generates impacts for those who will attend the spaces that were once projected. And social to better understand the functioning of the psychiatric hospital nowadays, using the Psychiatric Hospital Ulysses Pernambucano of the city of Recife, where an analysis will be performed in the field. Through this research, we intend to find answers about the functioning of the architecture in the psychiatric hospital adjusted by the Psychiatric Reform and to understand its impacts on its patients, analyzing their physical spaces structurally and aesthetically, perceiving how they interact with the patients, to provide a piece of work that is useful in the field of social architecture and its users.

Keywords: Psychiatric hospital. Psychiatric Reform. Social architecture.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Esquema de relacionamento ambiental do ser-humano.	25
Figura 2 – Processo de formação – Modificação das representações cognitivas.	26
Figura 3 – Sistematização do processo de relação homem X ambiente.	27
Figura 4 – Virtual Sky em hospitais.	30
Figura 5 – “Extraction of The Stone of Madness” de Hieronymus Bosch.	34
Figura 6 – Esboço do Ospedale Maggiore di Milano	35
Figura 7 – Planta baixa do Ospedale Maggiore di Milano	36
Figura 8 – Planta da estrutura do Panóptico de Bentham.	38
Figura 9 – Fotografia da penitenciária da Ilha dos Pinheiros, Cuba.	39
Figura 10 – Planta do Hôtel-Dieu proposta por Poyet.	40
Figura 11 – Operação de lobotomia.	43
Figura 12 - Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano	53
Figura 13 - Vista da Av. Cônego Barata para o estacionamento vinculado a SEP.	55
Figura 14 – Localização do HUP e ruas circundantes.	57
Figura 15 – Área do terreno do HUP.	58
Figura 16 - Vista aérea do Hospital Ulysses.	59
Figura 17 - Vista aérea do HUP e seus setores.	59
Figura 18 - Planta esquemática dos ambientes mantidos X ambientes desativados.	61
Figura 19 - Planta esquemática dos ambientes mantidos X ambientes desativados do 1º andar.	62
Figura 20 - Planta esquemática dos ambientes atuais.	63
Figura 21 - Fachada frontal da entrada do HUP.	65
Figura 22 - Área verde do HUP.	66
Figura 23 – Estacionamento do HUP.	66
Figura 24 - Antigo galpão de festas e áreas desativadas.	67
Figura 25 – Portão de entrada para o pátio-central.	67
Figura 26 - Planta esquemática da circulação X bloqueios do pátio central.	68
Figura 27 – Fotografias do pátio central.	69
Figura 28 - Fotografia do pátio central.	69
Figura 29 – Área externa do refeitório.	70
Figura 30 - Refeitório do HUP.	70
Figura 31 – Mapa esquemático: enfermarias.	71
Figura 32 – Enfermarias masculinas.	72
Figura 33 - Refeitório da enfermaria.	73
Figura 34 - Pátio masculino.	74
Figura 35 - Pátio feminino.	74
Figura 36 - Enfermarias femininas.	75

Figura 37 - Fachada do Serviço de Emergência Psiquiátrica do Hospital Ulysses.....	78
Figura 38 – Mapa do funcionamento dos ambientes do SEP.....	80
Figura 39 - Mapa de fluxos do SEP.....	83
Figura 40 - Sala de espera do SEP.....	84
Figura 41 - Poltronas da sala de espera.....	85
Figura 42 - Vigília dos seguranças.....	86
Figura 43 – Frequência da Rosa dos Ventos de Recife	87
Figura 44 - Cobogós da sala de atendimento.....	88
Figura 45 - Televisor no ambiente.....	88
Figura 46 - Banheiro da sala de espera.....	89
Figura 47 - Banheiro da circulação.....	90
Figura 48 – Layout e fotografia da sala de triagem do SEP.....	91
Figura 49 – Móvel de sutura.....	92
Figura 50 - Sala de triagem.....	92
Figura 51 - Sala de consultório.....	93
Figura 52 - Sala de consultório.....	94
Figura 53 - Enfermaria masculina do SEP.....	96
Figura 54 - Leito, poltrona e armário da enfermaria masculina.....	96
Figura 55 - Aberturas da enfermaria masculina.....	97
Figura 56 – Área do lavatório externo do banheiro da enfermaria masculina.....	98
Figura 57 – Banheiro da enfermaria masculina.....	98
Figura 58 – Pátio da enfermaria masculina.....	99
Figura 59 - Vigília dos téc. de enfermagem.....	99
Figura 60 - Área interna da enfermaria feminina com aberturas com grades na porta e parede.....	100
Figura 61 - Enfermaria feminina do SEP.....	100
Figura 62 - Pátio da enfermaria feminina.....	101
Figura 63 - Vista do posto de enfermagem feminino: acesso da enfermaria extra.....	102
Figura 64 - Enfermaria extra do SEP.....	102
Figura 65 - Enfermaria extra do SEP.....	103
Figura 66 - Pátio da enfermaria extra.....	103
Figura 67 - Intercorrência Clínica.....	104
Figura 68 - Móveis da Intercorrência Clínica.....	105
Figura 69 - Layout e banheiro da Intercorrência Clínica.....	105
Figura 70 - Pátio externo do Serviço de Emergência Psiquiátrica.....	106
Figura 71 – Espaço para visitas.....	107
Figura 72 - Pátio externo do SEP.....	107
Figura 73 - Itens obstruindo a circulação e passagem para a circulação interna.....	108
Figura 74 - Lixeiras abertas.....	108
Figura 75 - Momento em que o “carrinho” de alimentos chega ao SEP.....	109
Figura 76 - Circulação do SEP com paredes azuis e quadros.....	109

Figura 77 - Copa para funcionários e banheiro de sala de repouso de médicos.	110
Figura 78 - Espaço com televisor moderno para funcionários.....	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Normas X realidade.	76
Tabela 2 - Dimensões exigidas (RDC nº50) X realidade	81
Tabela 3 - Normas X realidade no SEP.	114
Tabela 4 - Recomendações de Karami X realidade no SEP.	117

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. Justificativa e relevância de estudo.....	14
1.2. Objetivos	15
1.2.1. Objetivos específicos	15
1.3. Metodologia e diretrizes	16
1.3.1. Mapa Comportamental	17
1.3.2. Medidas do desempenho físico	17
1.3.3. Entrevistas	18
1.3.4. Procedimentos em campo	18
1.3.5. Observações metodológicas.....	18
1.4. Composição da monografia	18
2. A RELAÇÃO HUMANA-ESPACIAL: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	20
2.1. A importância e relação da arquitetura para o homem	20
2.2. Conceito cognitivo.....	23
2.3. Conhecendo os usuários-alvo e algumas recomendações.....	27
3. A HISTÓRIA DA LOUCURA E SEUS ESPAÇOS	31
4. O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E OUTRAS TIPOLOGIAS	42
4.1. Um breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica	43
4.2. O Hospital Psiquiátrico no processo da Reforma Psiquiátrica	46
4.3. O Centro de Atenção Psicossocial.....	49
4.4. A Residência Terapêutica	50
4.5. Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais	52
5. EXAMINANDO O HOSPITAL ULYSSES PERNAMBUCANO.....	53
5.1. Leitura do plano original X situação atual	56
6. RESULTADOS ENCONTRADOS NO HOSPITAL ULYSSES.....	65
6.1. Resultados Gerais.....	65
6.1.1. Área externa	65
6.1.2. Pátio central.....	67
6.1.3. Refeitório	70
6.1.4. Enfermarias	71
6.1.5. Tabela de Resultados:.....	75

6.2. Análise Pós-Ocupacional no Serviço Emergencial Psiquiátrico	78
6.2.1. Percepções comportamentais	79
6.2.2. Análise ambiental dos percursos dos pacientes	83
6.2.3. Outros aspectos ambientais do SEP	107
6.2.4. Entrevistas	111
6.2.5. Quadros de resultados do SEP	114
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS.....	123
APÊNDICES.....	127

1. INTRODUÇÃO

Os preceitos conquistados com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, tem cada vez mais alcançado seus objetivos, com ela, foram criadas outras tipologias de tratamento e reinserção social dos deficientes mentais que se adequam mais às suas diretrizes humanitárias, em relação aos hospitais psiquiátricos, livrar-se do seu antigo estigma manicomial e se enquadrar nas condições e diretrizes para um tratamento mais adequado e apropriado à esses preceitos, é de fato, um desafio.

1.1. Justificativa e relevância de estudo

Com o início do processo antimanicomial no final do século passado no Brasil, em um cenário de redemocratização, foram denunciados os maus-tratos e a insatisfação da sociedade com o antigo tratamento dado aos deficientes mentais nos manicômios da época. Iniciou-se, então, o movimento da Reforma Psiquiátrica, no qual, em 2001 com Lei Federal 10.216, ganhou um maior suporte político e espaço na Constituição Federal, apresentando planos sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial. Após todas essas décadas de incentivo pela reforma psiquiátrica, a Política de Saúde Mental ainda se mostra em total processo para a redução da internação de longa permanência e a evolução da desinstitucionalização dos antigos manicômios.

O interesse por este tema surgiu a partir do questionamento de como a arquitetura dos hospitais psiquiátricos podem afetar no bem-estar e conseqüentemente, no tratamento dos enfermos no contexto da atualidade em que se é proposta a sua desinstitucionalização. Por isso, com a reclassificação que os hospitais psiquiátricos tiveram a partir da Portaria/GM nº 251 de 2002 para continuar exercendo suas atividades (agora com um novo papel em meio a Reforma Psiquiátrica), onde, tiveram várias diretrizes humanitárias no que concerne ao funcionamento e tratamento dos pacientes, este estudo oferece então, a oportunidade de perceber a execução das reais adaptações no hospital psiquiátrico percebendo suas efetividades positivas e negativas, dessa forma, com os resultados encontrados, contribuindo com a sociedade acerca do conhecimento que se merece possuir, dessa forma, possibilitando melhorias para

o que ainda é precário ou promover o que ainda se necessita, à fim de melhor adequar a arquitetura atribuída aos pacientes.

Para aplicar os estudos que esta pesquisa oferece e obter respostas mais sólidas, foi então, feito um estudo de caso levando em consideração o cenário de Recife e seu maior e mais antigo manicômio; o Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, um dos poucos “sobreviventes” de tantos outros hospitais psiquiátricos que foram fechados. Focando principalmente no seu setor de emergências, já que o hospital é o único que oferece o serviço, além de ser o setor que concede a porta de entrada para os pacientes, ou seja, todo o funcionamento do hospital se dá a partir da sua emergência.

1.2 Objetivos

O principal objetivo proposto aqui, é examinar os elementos arquitetônicos em hospitais psiquiátricos atribuídos a psicologia ambiental, tendo em vista, procurar entender sua função e sua efetividade quando se trata de influenciar os comportamentos dos pacientes e, conseqüentemente, na saúde e o conforto dos mesmos.

1.2.1 Objetivos específicos

- Identificar como a evolução arquitetônica desse tipo de edificação se deu em relação ao seu vasto passado para melhor compreender a atual arquitetura que se é implementada nesses espaços;
- Entender as recomendações, normas e leis acerca da Reforma Psiquiátrica em detrimento à arquitetura tipológica desses hospitais, além de verificar se estas são aplicadas na vida prática, e se surtem efeito em seus pacientes.
- Conhecer as opiniões dos usuários, como os funcionários e os pacientes do hospital, além de suas famílias, para melhor analisar as influências desses ambientes.

1.3. Metodologia e diretrizes

Não se diferindo de outros edifícios, no hospital psiquiátrico, a maioria das ações e percepções dos seus usuários ocorrem de uma maneira subconsciente, e portanto, a limitada visão sistemática externa não nos permite compreender os reflexos dos ambientes para seus destinatários, por isso, iremos nos basear nos conhecimentos da metodologia conhecida por Avaliação Pós-Ocupacional (APO), usando algumas de suas técnicas para melhor esclarecer o funcionamento e efetividade dos objetivos proporcionados pelo hospital psiquiátrico para seus pacientes, que apesar de possuírem uma consciência psíquica abalada, com alguns métodos da APO, será possível evidenciar as prováveis contundências e desfalques que os espaços possuem, pois, estes métodos, possuem a capacidade de analisar a configuração ambiental, identificar os condicionantes físicos e ambientais e avaliar o desempenho das atividades.

O método da APO foi escolhido pelas variedades de técnicas/métodos que podem ser utilizados para verificar a realidade atual do ambiente escolhido em detrimento ao comportamento humano, ou seja, é um método que pode ser atribuído como uma forma eficaz da análise sugerida nesta pesquisa, a arquitetura atribuída à psicologia ambiental. Segundo Villa e Ornstein (2013, p. 55) a APO não deveria ser considerado um método já que se é utilizado outros métodos dentro de sua natureza, ou seja, é um processo de avaliação do ambiente construído, no qual, é utilizado métodos de diferentes áreas de conhecimento.

A APO, para Silva (2008, p. 05), é um processo de avaliação sistematizado para edifícios em funcionamento. Desta forma, podendo usar dados técnicos, funcionais, estéticos e comportamentais somados às visões, sensações e observações concedidas pelos usuários (acompanhados, de baixa insanidade ou até antigos usuários, hoje bem esclarecidos), famílias e funcionários será possível julgar a existência de problemas, por consequência desbloqueando possíveis demandas para melhorias ergonômicas a favor de quem vive ali.

Desde a década de 60, portanto, passa-se a verificar a relevância da aplicação da APO como mecanismo realimentador de controle de qualidade ou de desenvolvimento de projetos complexos e/ou populações

especiais (ex.: aeroportos, shopping centers, ginásios de esportes, hospitais, asilos, estabelecimentos penais, parques) e/ou implementados em larga escala e repetitivamente (ex.: conjuntos habitacionais, escolas, postos de saúde). Iniciam-se, assim, de forma sistemática, as pesquisas sobre o desempenho físico dos ambientes voltadas para a qualidade destes, ou seja, para o atendimento às necessidades dos usuários. (ORNSTEIN, 2003, p. 26)

1.3.1. Mapa Comportamental

O mapa comportamental, como já diz o nome, é a técnica que consiste em traçar os fluxos, acessos e comportamentos em torno de um ambiente, podendo ser realizado com o suporte de mapas, plantas-baixa, dados, conversas com usuários e/ou com a simples observação.

A partir desta técnica, é possível conferir como a psicologia ambiental é aferida ao SEP e será registrada de forma ilustrativa, percepções e interações dos usuários com o ambiente, sejam eles, pacientes, técnicos de enfermagem, médicos ou outros funcionários, tendo em vista o maior foco para o paciente, com constatações de como a estrutura arquitetônica é atribuída e refletida por eles.

É muito útil para identificar os usos, os arranjos espaciais ou layouts, os fluxos e as relações espaciais observados, bem como indicar graficamente as interações, os movimentos e a distribuição das pessoas, sejam elas relativas ao espaço ou ao tempo que permanecem no ambiente considerado. (RHEINGANTZ et al. 2009, p.35)

1.3.2. Medidas do desempenho físico

Se destaca pela realização de uma análise com o conjunto de medidas realizadas por instrumentos específicos que podem ser referentes a iluminação, a pressão sonora, a temperatura e antropometria. Neste caso, serão realizadas medições com o luxímetro para a verificação dos raios luminosos para dentro do ambiente e sua intensidade, e também será utilizado o decibelímetro para apurar os ruídos no ambiente.

Apesar da precisão dos registros capturados pelos equipamentos de medição, algumas das medidas como as que se referem a iluminância e som, é preciso salientar não necessariamente suas medidas se resumem a todos períodos e eventualidades vivenciadas no ambiente. Por isso, seus registros são aliados com entrevistas para uma conclusão mais elaborada.

1.3.3. Entrevistas

Por meio de entrevistas estruturadas para os usuários que possuem um contato direto e diário com a ala emergencial e os enfermos, as entrevistas terão um caráter de pesquisa qualitativa, onde, as informações obtidas possuirão um grande volume de informações expressando as opiniões dos usuários referente ao ambiente em que se inserem. Com base nas constatações sobre o conforto ambiental e atributos da arquitetura obtidas pelos entrevistados, os resultados obtidos pela observação e outras técnicas serão reafirmados aqui, assim, facilitando uma conclusão mais apurada.

1.3.4. Procedimentos em campo

Por meio da observação, esta técnica crê no ponto de vista do pesquisador *in loco*. Enfocando a arquitetura com registros fotográficos, conversas informais, atenção a detalhes, poderá ser verificado a adequação da estrutura dos elementos arquitetônicos do setor investigados e percebidos no campo físico com uma maior sensibilidade.

1.3.5. Observações metodológicas

Com o suporte dessas diferentes técnicas, será abrangido um maior discernimento referente ao comportamento e cognição dos usuários, registros do conforto ambiental, concepção e crítica dos usuários, dessa forma, o roteiro metodológico consiste em guiar e compor a pesquisa somada ao conhecimento das normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão responsável pelas normas hospitalares, além das normas e reflexões da Lei da Reforma Psiquiátrica, onde será melhor examinado no quarto capítulo desta pesquisa, dessa forma, essa pesquisa pretende encontrar respostas sobre o funcionamento da arquitetura nos hospitais psiquiátricos da pós-reforma psiquiátrica e entender seus impactos para os seus pacientes, analisando seus espaços físicos estruturalmente e esteticamente, percebendo como eles interagem com os pacientes para contribuir em prol da sua saúde e bem-estar.

1.4. Composição da monografia

A estrutura desta dissertação foi feita de maneira que fosse possível embasar o conhecimento acerca de muito do que o hospital psiquiátrico da atualidade envolve, para assim, podermos analisar o seu funcionamento e

entender se o seu papel, entendido como o desenvolvimento da reinserção social, vem sendo trabalhado de forma adequada. Primeiramente, a introdução nos leva a entender qual será a temática a ser desenvolvida, objetivos a serem alcançados e sua relevância, e com essa composição quais os principais caminhos serão traçados durante o texto:

Após a introdução, é abordado os conhecimentos a respeito do processo em que o ser-humano lida para tomar atitudes e formar seus próprios conceitos, ou seja, neste capítulo, os conhecimentos sobre a Psicologia Ambiental e cognição são discutidas para ampliar o nosso campo de visão de forma que possamos entender como poderá ser aplicado aos usuários-alvo.

Já o terceiro capítulo, se familiariza sobre o passado do deficiente mental e investiga a arquitetura manicomial, percebendo como os extintos manicômios foram modificados, suas evoluções e os motivos que geraram transições, à fim de obter o conhecimento conclusivo de seus impactos.

O quarto capítulo mostra como a história já revelada se conectou com os últimos tempos até os dias contemporâneos, recordando os entraves para que a conscientização em torno dos deficientes mentais chegasse a justiça, para dessa forma, a Reforma Psiquiátrica vigorar em prol dos portadores de transtornos mentais no Brasil.

Os capítulos seguintes, se tratam do estudo de caso feito em campo no Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, revelando quais foram suas últimas mudanças com a chegada e desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica dentro de seus ambientes, sendo investigado principalmente o Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP), onde, pode ser considerado o “coração” do hospital e seus resultados.

2. A RELAÇÃO HUMANA-ESPACIAL: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

As percepções humanas se dão a partir de milhares de vertentes, sejam elas originadas por aspectos físicos, sentimentais ou pela fusão desses aspectos, fusão essa, pode-se dizer, onde muitas vezes se encontra intercalada em alguma vertente arquitetônica. Para melhor entendermos a concepção do espaço do objeto de estudo presente nesta dissertação (os espaços do hospital psiquiátrico), inicialmente, é preciso enxergar como funciona a psicologia ambiental dos espaços e entender os mecanismos cognitivos do ser humano sintetizando-os para ações práticas pretendidas no estudo, pois, apesar de esta ser uma pesquisa envolvendo pessoas com deficiências mentais, elas não se fazem excluídas dos conceitos primários de funcionamento quando se trata da recepção sensorial humana.

Uma pessoa com deficiência, comumente, é vista como aquela que se diferencia do tipo humano “normal”, entretanto, o desenvolvimento comprometido pela deficiência apresenta uma expressão qualitativamente peculiar que se diferencia conforme o conjunto de condições que se realiza (...) Porém, as leis do desenvolvimento são iguais para todas as pessoas (deficientes ou não) e a diferenciação do padrão biológico típico do homem implica uma alteração da forma de enraizamento do sujeito na cultura. A cultura provoca uma reelaboração do curso do desenvolvimento humano, sob novas condições e sobre novos fundamentos. (CARLO, 1999, p. 77)

Podemos entender então que foi preciso para além da disciplina da Arquitetura, fazer-se uso da Psicologia, pois, para examinar o envolvimento sensorial humano com a arquitetura, é imprescindível abdicar os conhecimentos e conceitos abordados na área da psicologia com o enfoque para o espaço físico, melhor configurado com a nomenclatura de “Psicologia Ambiental”.

2.1. A importância e relação da arquitetura para o homem

Algumas vezes em meio ao cotidiano de pessoas comuns, elas se sentem incomodadas quando estão em certos lugares (e provavelmente não sabem bem o porquê), é quando surge uma sensação de mal-estar referente ao ambiente, e na maioria das vezes, quando a sensação não está inteiramente acompanhada de estresse físico ou mental, a resposta para este mal-estar está na arquitetura, externa ou interna em que o indivíduo está se comunicando, um ou mais itens

em relação ao local é capaz de desenvolver uma repulsa em nosso consciente ou subconsciente; detalhes mal-acabados, decoração desarmônica, iluminação cansativa, ambiente disfuncional são apenas alguns problemas que podem ocasionar esse tipo de sensação. A arquitetura, de uma forma geral, possui o papel de impactar positivamente seus habitantes apesar de, muitas vezes, ela ser mal utilizada e seu resultado se resume em espaços inadequados onde interferem nas pessoas de forma negativa, podendo assim, as deixar tristes, desconectá-las e criar várias outras dificuldades. Em contrapartida, quando a arquitetura é feita de maneira adequada, ela potencializa os sentimentos positivos de quem a habita. Os elementos arquitetônicos impõem os movimentos de quem a utiliza, com ela é possível criar sensações de curiosidade quando sua organização é singular, confortar quando sua distribuição é simples, ou separar quando sua distribuição de paredes e cômodos é muito fragmentada ou fechada.

O espaço físico igualmente é multifacetado. A percepção dos cenários físicos não somente passa por múltiplos sentidos (visão, audição, etc.), mas registra múltiplos estímulos ao mesmo tempo. Entretanto, dificilmente, responde-se ou se é atingido por apenas um aspecto deste ambiente físico, mas por sua *gestalt*, composta por múltiplos estímulos. (GÜNTHER, 2003, p. 274)

A verdade é que a arquitetura tem o poder de organizar nossos sentimentos ou de embaraçar, mas um projeto bem pensado se caracteriza pela maior especificidade que o arquiteto dá a ela, pois, cada ambiente possui suas características próprias, por exemplo, um restaurante da mesma forma que serve alimentos para seus clientes como qualquer outro, mesmo assim pode ser extremamente diferente; um restaurante italiano naturalmente não se assemelha com um restaurante onde se serve sushi. A sua localização, seu preço, sua missão, além de uma infinidade de características podem tornar o ambiente ainda mais específico e isso conseqüentemente repercutirá em quem serão seus usuários. Por isso, é preciso sempre lembrar que independente da função que o ambiente terá, cada projeto é único e não pode ser desvinculado de quem a integrará, é preciso, portanto, realizar uma pesquisa para compreender quais são/serão os usuários.

Os estudos de comportamento ambiental na arquitetura incluem o exame sistemático das relações entre o ambiente e o comportamento humano e suas implicações

nos processos de projetos. Os fatores comportamentais englobam muito mais que o aspecto da funcionalidade, a estética, eles se aprofundam mais, considerando principalmente os aspectos psicológicos do usuário, ou seja, como ele percebe o edifício, quais suas preferências. (MOORE, 1984 apud GOULART, 1997, p. 25)

Enfim, o uso da boa arquitetura se dá a partir das sensações que o arquiteto quer ou precisa passar. No caso deste projeto de pesquisa, a investigação no hospital psiquiátrico tentará entender o que sua arquitetura já construída passa a seus pacientes e o que ela é capaz de fazê-los sentir, e por fim, se esta, é adequada.

No caso da arquitetura, o ambiente físico é, obviamente, caracterizado pelos elementos construtivos, e pelas repercussões do mesmo no comportamento humano e no seu aparato sensorial (SILVA, 1994, apud GOULART, p. 24)

Para o design ou arquitetura do interior de um espaço, a regra não muda e cada detalhe desencadeia sentidos diferentes mesmo quando quem está ali não percebe, pois, o nosso subconsciente está sempre captando os elementos do ambiente em que estamos inseridos. As diversas possibilidades de texturas e cores, os materiais escolhidos, até mesmo o verde de uma planta pode “dar vida” ao ambiente, uma luminária com luz amarela, um ambiente “amadeirado”, todos esses exemplos são capazes de nos trazer sensações como a de conforto, aconchego, tranquilidade e muitas outras. Para Rowe, “o projeto de interiores funciona como um meio fundamental de questionamento pelo qual o homem realiza suas ideias de morar ou estabelecer-se” (Rowe, 1991 apud Zaleski, p.48).

Se fazendo incluir tudo isso, por consequência, existe também a ergonomia arquitetônica, apesar de um espaço interno projetado harmonicamente nos trazer sensações, é imprescindível utilizar a ergonomia adequada para determinado espaço, pois, é a partir daí que o conforto visual se alia com o conforto físico vez que a ergonomia possui o poder de nos trazer segurança e bem-estar.

a Ergonomia é a disciplina que estuda o homem e a sua relação com o meio ambiente no qual está inserido, ambiente esse em que desenvolve suas atividades de trabalho, lazer, etc. (MORO, 1992, p.05)

A ergonomia no Brasil é muito conhecida por estar vinculada ao conforto ligado ao trabalho, no qual, muito se fala especificamente sobre isso de forma que a adequação se ajuste a ponto do rendimento do usuário ser elevado, porém, a ergonomia vai muito além disso, se trata de um conjunto de conhecimentos somado a arquitetura, o design e psicologia, onde, o seu desenvolvimento se estende a tudo que envolve o ambiente com o objetivo de melhorar o conforto sensitivo de quem o usa.

Uma arquitetura deve ser adequada ao ser humano e ao espaço que ele ocupa, e deve levar em consideração não somente os fatores estéticos, funcionais ou de estilo, mas também o conforto dos usuários, no que diz respeito às condições térmicas, de ventilação e de insolação. (SALLES, 1988, p. 103)

Se fazendo resumir, a utilização da ergonomia está vinculada ao bem-estar que o ambiente oferece aos seus usuários. O uso correto do posicionamento das janelas para uma melhor ventilação, o respeito às alturas de prateleiras e bancadas, a distância mais agradável para um televisor ou de um móvel para outro, por exemplo, tudo isso faz diferença, o arquiteto precisará entender quem são os usuários e respeitá-los; como ele circula em seu ambiente, qual a sua função, e, com isso o projetor poderá resolver fatores como o conforto térmico, conforto acústico, cores, luminotécnica, espaçamentos, de forma mais adequada. Segundo Alexander (1979, p 14-5, apud Goulart 1997, p. 34) menciona:

Os edifícios humanos e bem integrados com a vida das pessoas não de provir de arquitetos, mas com um controle direto por parte de quem vai usá-los. Estou falando de um controle muito detalhado e definido. Suponhamos, por exemplo, que se vai construir uma janela em certa habitação e que eu trato de solucionar esta peça num bocado de papel, sobre o qual decido exatamente como vai ser e onde vai ficar. Fazendo assim, a janela resultará fria e sem graça.

2.2. Conceito cognitivo

Para fazer esta pesquisa a fim de um diagnóstico com resultados mais sólidos, é preciso entender que um projeto bem-intencionado necessita que os princípios citados neste capítulo estejam bem integrados com o objetivo de que a convivência dos seus usuários seja benéfica, uma arquitetura bem pensada para sua função, onde seu interior seja harmônico, com seus itens internos e

elementos arquitetônicos onde a ergonomia se adequa às funções e convívio dos seus usuários sem causar danos em suas atividades.

No processo de programação deve-se adquirir informações sobre os usuários, suas características, suas preferências e as funções para as quais o ambiente está sendo projetado, para que este seja o mais adequado possível às pessoas que irão utilizá-lo, principalmente sob o ponto de vista fisiológico e psicológico". (GOULART, 1997, p. 24)

Por isso, foi preciso entender e se apropriar de alguns conceitos e técnicas de teóricos a fim de melhor traduzir e extrair os reflexos que a arquitetura causa nos atores que convivem no hospital psiquiátrico, onde, apesar de vários médicos e outros funcionários passarem muito do seu tempo no hospital, esta pesquisa focará principalmente nos pacientes.

Ao contrário do que é creditado no objetivismo¹, embora existam os mais variados conceitos e técnicas avaliadoras para usuários para entender suas formas de pensar, é importante afirmar que um ambiente voltado para tais pessoas ou tarefas, não obrigatoriamente obterá a mesma reação e reflexos para todos os indivíduos que ali se encontram, dependendo da experiência em que se pode criar, a "*image-schemata*"² do sujeito com suas estruturas biológicas, sociais, culturais e psíquicas possui o poder de criar variáveis na sua experiência ambiental ou de tarefas de acordo como as informações irão repercutir e aliar às suas concepções.

Para muito além de um ponto de vista que crê na compreensão e significação baseadas na imposição de conceitos, proposições e planos, há, nesses, de fato, uma "ação cognitiva situada", na qual os *image schemata*, com suas estruturas, organizam e dão forma à experiência vivenciada pelo agente. (BOUYER, 2008, p. 541)

Ou seja, a sua compreensão ambiental não se limita aos aspectos físicos e de orientação espacial, pois ela está intrinsecamente ligada "às capacidades mais abstratas de caráter não-espacial" (BOUYER, 2008, p. 541), por isso, quando existem pessoas em contato com um ambiente inadequado, suas

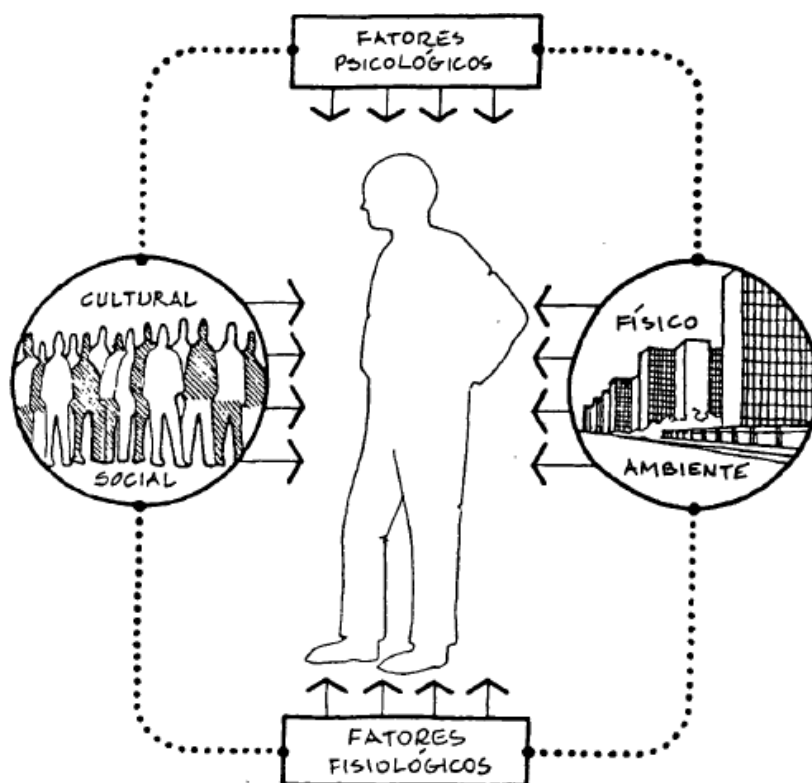
¹ Qualquer teoria que afirma a supremacia dos fenômenos objetivos sobre a experiência subjetiva.

² Mapas cognitivos onde o sujeito alia seus valores, crenças e cultura com novas experiências, sejam elas culturais, sociais, etc. Desta forma, atualizando suas estruturas cognitivas.

estruturas cognitivas ficam menos aptas a se atualizar de forma positiva, e assim, pode-se supor que as características mais inconscientes do sujeito (onde certamente podem ser naturalmente mais fortes quando se trata de um usuário com anomalias mentais), poderá criar uma situação ainda mais sensível quando este se comunica com um espaço, sugerindo então que um ambiente melhor trabalhado e com uma ergonomia mais específica, lhe trará um conforto com uma maior facilidade.

Para Jung (1990) e Silveira (1992), o transtorno mental é um distúrbio que reside no colapso do ego e consiste na invasão de conteúdo do inconsciente ao campo do consciente, fenômeno que ocorre em diferentes graus, depender da fragilidade do ego do ser humano. (JUNG, 1990 e SILVEIRA, 1992, apud ARÉAS, 2011)

Figura 1 - Esquema de relacionamento ambiental do ser-humano.



Fonte: GOULART, 1997, p. 25.

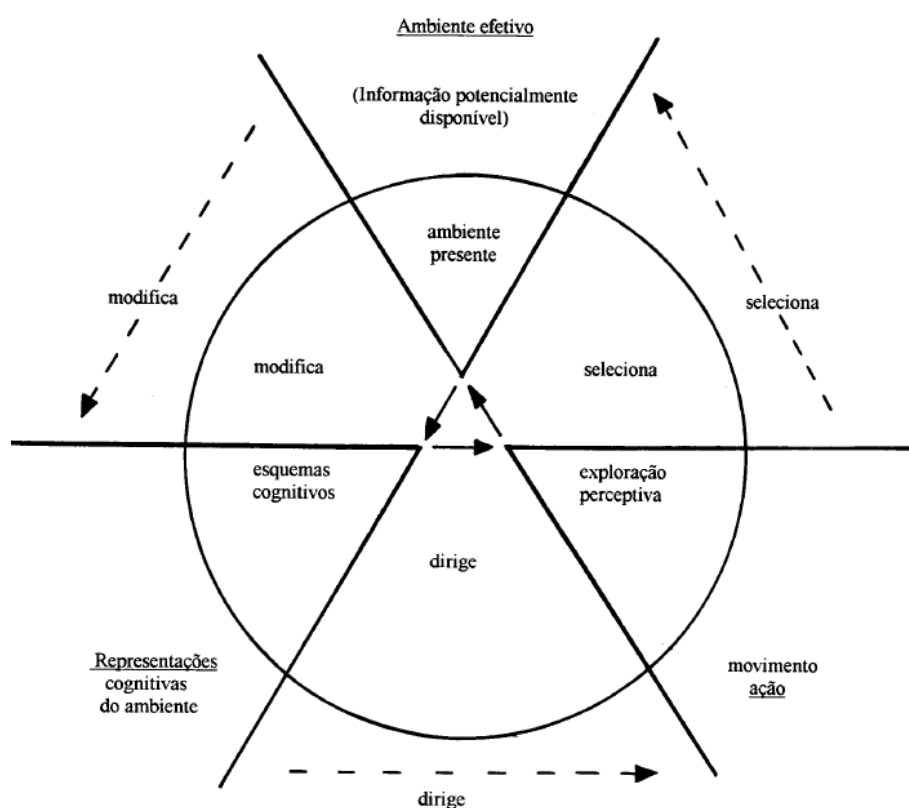
Como a Figura 1 nos sugere, é possível afirmar que as experiências modificam a visão e percepção do usuário, segundo Goulart:

Forças externas e fatores internos - que influenciam o comportamento, a percepção e a experiência do homem. As forças externas incluem fatores no ambiente físico, como o calor e umidade, e fatores sociais e culturais, como normas de privacidade. Fatores internos incluem

condições fisiológicas, tais como saúde, e o estado psicológico da pessoa, que determina como todos esses fatores são percebidos. Segundo os autores, o relacionamento entre esses fatores deve formar o domínio da pesquisa em arquitetura. (GOULART, 1997, p. 25)

É possível afirmar, segundo os estudos de Dobrowny (1985), que o sujeito é considerado primeiramente ativo do que reativo com o que o mesmo percebe no edifício onde se insere. Durante esse estágio, o sujeito estará com seu sistema cognitivo em ação, assim como o esquema abaixo (Figura 2):

Figura 2 – Processo de formação – Modificação das representações cognitivas.



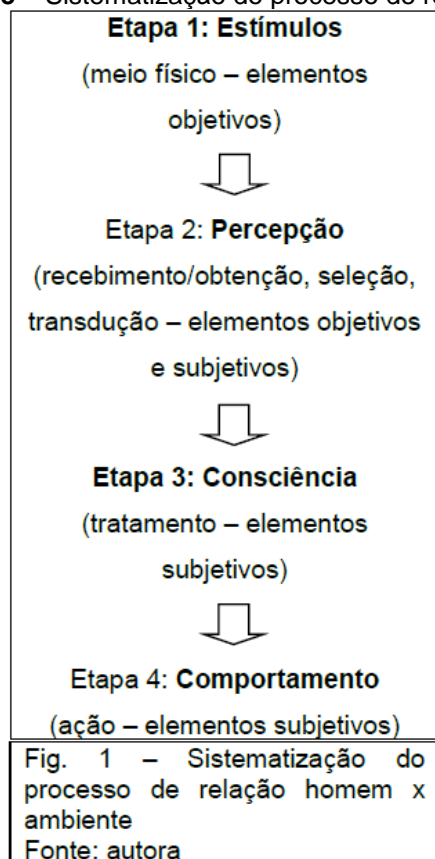
Fonte: GOULART, 1997, p. 26.

O que o esquema acima (Figura 2) está relacionado com o espaço; as representações cognitivas do ambiente onde o sujeito está inserido têm o objetivo de o guiar e por seqüência, a sua exploração perceptiva é ativada, o fazendo com que ele se desbloqueie pelo “ambiente presente” a fim de colher as informações mais ideais fornecidas pelo espaço, por fim, o fazendo modificar seus esquemas cognitivos iniciais.

Ainda sobre comportamento perceptivo-ambiental, Silva & Ely (s.d., p. 02), afirma que o espaço possui o poder de irradiar estímulos por meio de elementos

arquitetônicos, assim, fazendo com que o homem colha os estímulos espaciais e reaja de acordo com o que se foi percebido:

Figura 3 – Sistematização do processo de relação homem X ambiente.



Fonte: SILVA & ELY, s.d., p. 02.

2.3. Conhecendo os usuários-alvo e algumas recomendações

No presente trabalho, será realizado um estudo de caso geral no Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano com um maior enfoque no ambiente do Serviço Emergencial Psiquiátrico (SEP), área de principal funcionamento e referência de Pernambuco que em 2008 passou por uma reforma mais aprofundada, e conceber sua atual situação juntamente com a compreensão abordada neste capítulo. O estudo se dá a partir da análise entre a relação da arquitetura, onde, segundo uma Nota de Esclarecimento emitida pelo Hospital (<http://blogs.ne10.uol.com.br>, 2010), “a taxa de ocupação diária dos leitos é de 98%”, e em relação aos abalos psíquicos dos enfermos, cerca de 70% sofrem de esquizofrenia, cerca de 25% possuem bipolaridade e depressão e 5% de neuroses graves.

O estudo se dá a partir da análise entre a relação da arquitetura, onde, segundo uma Nota de Esclarecimento emitida pelo Hospital (<http://blogs.ne10.uol.com.br>, 2010), “a taxa de ocupação diária dos leitos é de 98%”, e em relação aos abalos psíquicos dos enfermos, cerca de 70% sofrem de esquizofrenia, cerca de 25% possuem bipolaridade e depressão e 5% de neuroses graves.

O possuidor de neurose sofre de alterações constantes de humor com a ausência do controle voluntário de emoções e pensamentos, acarretando assim a alucinações e impulsos involuntários (Psicanálise Clínica, 2017)

A bipolaridade também é uma doença que possui oscilações de humor, porém, com características diferentes e acompanhada de ocorrências maníacas e depressão.

As oscilações de humor são comuns em nossas vidas e, em geral, não caracterizam uma condição psiquiátrica. O que diferencia as pessoas bipolares é que essas oscilações são mais intensas, duram mais tempo e são capazes de afetar padrões de sono e energia, assim como desestabilizar a estrutura familiar e as diversas relações dos pacientes. (Minuto Saudável, 2017)

A esquizofrenia é uma doença em que o subconsciente do indivíduo é mais evidenciado que a realidade, dessa forma, o transtorno desestrutura sua mente de maneira tal que resulte a perda de noção do que é real ou fantasia, assim, as alucinações podem tomar conta do portador. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), de todas doenças, a esquizofrenia é a terceira maior causa de perda de qualidade de vida em pessoas até 44 anos. Com base nos estudos do Minuto Saudável (2017), “constatou-se que a genética é responsável por, pelos menos, 50% dos casos de esquizofrenia os outros 50% são decorrentes de fatores ambientais”, ou seja, traumas, abusos, ambientes perturbadores podem estar vinculados a doença, reforçando assim, a atenção para a maior responsabilidade de qualquer tipo de projeto para o portador.

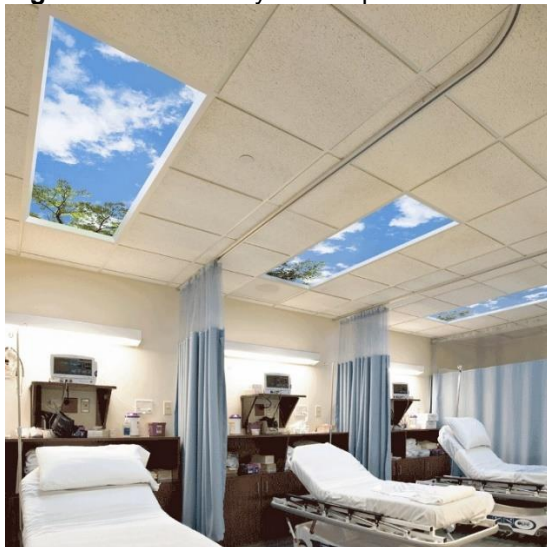
Nos estudos da *International Journal of Biomedical Research*, Eslam Karami (*Architecture for specific disease case study in schizophrenic patients*, 2016), fora feita algumas afirmações em torno da relação entre a esquizofrenia e de outras doenças mentais, relacionados à arquitetura:

- Áreas vazias podem não ser de bom uso para esse tipo de usuário;

- É recomendado uma construção mais sucinta, de uma forma simples em que os elementos do ambiente estejam evidentes;
- É recomendado que o paciente possa interagir com o ambiente de forma que o ambiente tenha todas suas necessidades;
- Elementos que pareçam intangíveis podem afetar o comportamento do indivíduo;
- Um design de interior que seja adequado e confortável para assim criar intimidade e respeito aos pacientes;
- Os projetos que possuam posto de enfermagem, o mesmo deve ser posicionado de maneira que tenha um controle completo em relação aos dormitórios, se não for possível, é preciso o auxílio de câmeras;
- É recomendado que os postos de enfermagem e hall de entrada possuam paredes de vidro ou elementos transparentes para que estejam visíveis e bem controlados;
- Projetar todos setores de saúde com a capacidade de sofrer alterações no futuro;
- Permitir o contato com a natureza é de extrema importância para os deficientes mentais;
- Interiores sustentáveis;
- Projetar jardins onde tenham diversas plantas e flores, pois, o tratamento com o contato da natureza é um dos caminhos agradáveis para por exemplo, o tratamento da depressão;
- Circulação de preferência de forma transparente e de fácil acesso a todas áreas;
- O autor também salienta a importância da iluminação natural para os pacientes com problemas mentais, onde, as estruturas possam permitir a entrada da luz;
- O autor inclusive sugere que em casos de ambientes sem janelas ou da não possibilidade da entrada de iluminação natural, o uso da técnica conhecida por *Virtual Sky* (ou Céu Virtual em português), assim, é simulado através vários ladrilhos de luz de LED compondo um verdadeiro céu de iluminação virtual, onde, segundo os estudos do autor, o Céu Virtual têm o poder de reduzir o estresse, aumentar a tranquilidade e

vitalidade, também limitando a fadiga e irritabilidade. Esta técnica também pode ser combinada com arte e fotografias.

Figura 4 – Virtual Sky em hospitais.



Fonte: Howard Wolinsky. Disponível em: <<http://emag.medicaexpo.com/12115>>, 2016. Acesso em: 19 abr. 2018.

- A geometria e a forma do ambiente também pode influenciar o comportamento, pois, cada formato possui características próprias e a o ambiente deve ser desenhado de acordo com o que o espaço contém, por exemplo, formas retangulares podem induzir o usuário a se movimentar, já a forma quadrada, induz o foco, em ambientes orgânicos e irregulares, os pacientes podem ser induzidos a fantasiar e delirar com uma maior facilidade. Já ambientes mais simétricos, induzem o equilíbrio. O formato de um ambiente ou de algum elemento côncavo pode ser convidativo, enquanto de um ambiente convexo pode recuar.

3. A HISTÓRIA DA LOUCURA E SEUS ESPAÇOS

O tratamento dado aos portadores de deficiência mental, desde os primórdios da humanidade, não foi bem aceito talvez pela má compreensão, ignorância ou, simplesmente, por vergonha. Por várias épocas, essa aceitação não foi bem recebida, é particular da cultura em cada período da história da humanidade atribuir à loucura uma função diferente e inventar um modo específico de ser louco (MATIAS, 2015, p. 11). Devido à escassez de conhecimentos científicos na época, as sociedades elaboravam teorias de acordo com suas religiões e cultura. Por isso, a loucura por muito tempo era considerada sem natureza humana ou, em outros períodos, como produto de algo sobrenatural, maligno e, conseqüentemente, os loucos sempre foram rejeitados, escondidos ou até assassinados. A arquitetura da loucura se apresenta como uma testemunha de como o louco fora percebido em sua sociedade periódica e nos ajuda a compreender os processos de uma transformação perceptiva, pois o local poderia ter uma conotação maior para rituais, terapias (como hoje é entendido) ou simplesmente excludentes. Podemos entender o tipo da arquitetura e a forma que o louco era tratado, limitando-os ao seu domínio e visão pré-determinada, assim, demonstrando significados de sua cultura em seu período. Durante esses períodos, vários processos e retrocessos ocorreram em relação a esses indivíduos e seu espaço:

Na Idade Clássica, em países como a Grécia, com obras de pensadores desse período, como Hesíodo e Homero, podemos dizer que para o povo grego, tudo que acontecia para os homens até o século V d.C., seria causado pelos desejos exorbitantes dos seus “deuses”. A loucura então, poderia ser ligada como um “recurso” para que os projetos dos deuses não fossem ofuscados pelas dos homens, ou seja, a loucura nesse sentido era considerada como um resultado de interferência divina. Neste período, um pouco adiante, alguns “poetas trágicos” como Ésquile, Sófocles e Eurípides, onde os motivos para a existência da loucura foram substituídos pelo “conflito interior” do homem, a loucura seria o resultado de sentimentos da natureza humana, como a paixão, vergonha, dor, etc. Já Hipócrates, apontava a loucura como um desequilíbrio que poderia acontecer no organicismo, a loucura estava presente quando ocorria um mal funcionamento entre o coração, o fígado, o cérebro e o baço e, segundo ele,

esse mau funcionamento poderia trazer males físicos e mentais. Para Platão, a poderia ser “boa” ou “má”. Quando boa, seria uma “loucura divina” proporcionada pelos deuses e quando má, seria referente às doenças humanas. Apesar de alguns pensadores terem catalogado a loucura como deficiência mental e alguns terem tido pensamentos mais racionais com a realidade, a loucura continuou a ser questionada e se prevaleceu conhecida por origens sobrenaturais até o fim da idade média. No século V, em muitos locais o culto ao corpo levava os deficientes a serem escondidos ou sacrificados. Em Esparta, o deficiente físico ou mental não era considerado um ser humano, por isso, eram comuns o sacrifício e o abandono. Estes atos deveriam ser cometidos pelo pai.

Na Idade Média, existia a ideia de que as doenças, físicas ou mentais, seriam frutos de “perturbações ocultas”, pertencentes ao mundo sobrenatural. Quem possuía transtorno mental era considerado humano, porém, oriundo de castigos divinos ou até possuidor do demônio, assim, era comum práticas como o exorcismo. É importante lembrar também de que nesse período não existia uma interlocução sobre a mentalidade, se desconhecia o termo “mental”, o que pode ter alimentado questões externas, não-medicinais ligada a essa questão. Era possível por exemplo, um portador de transtorno mental ser considerado um “poeta clarividente”, ou seja, um ser divino escolhido onde acreditava-se que ele poderia ver além do que os homens comuns poderiam. Era possível também classificar o pensamento medieval em duas esferas; a “demoníaca”, o louco representava o caos e desordem, para o lado contrário, o louco poderia ser considerado símbolo de pureza e ingenuidade.

Durante esse período, o cristianismo estava em um alto nível de rigor e servia como a grande referência para a sociedade e, segundo Ana Rita Saraiva de Rocha, as pessoas eram marginalizadas pelos mais diversos motivos, bastava não se enquadrar no que a sociedade considerava características que de um ideal cristão para ser excluída:

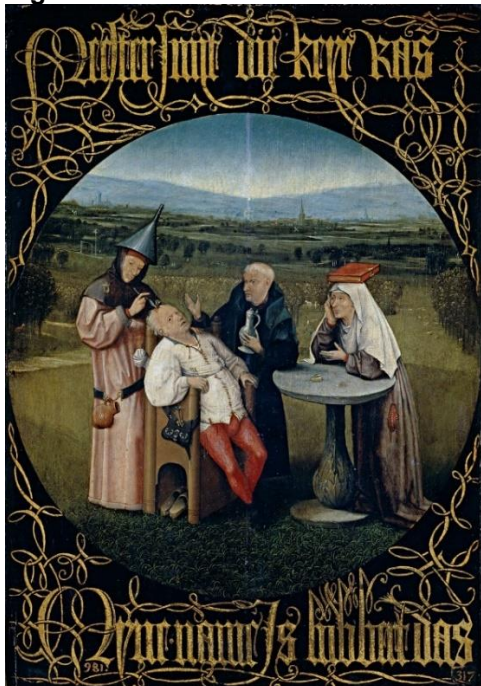
Numa sociedade profundamente marcada pela religiosidade cristã, todos aqueles que não se enquadravam nos parâmetros dos grupos sociais necessários para atingir a perfeição ideal eram colocados à margem, excluídos do convívio com o restante da sociedade [...]. Perante essa exclusão, encontramos então face aos marginais, os pobres, os loucos, os doentes incuráveis, os histriões, as prostitutas, os vagabundos, os bandidos e criminosos, os hereges e alguns grupos religiosos, como os judeus e os mouros. (ROCHA, 2011, p. 23)

Existia uma segregação que poderia ocorrer, muitas vezes era comum os diferenciá-los da sociedade como forma de alertar a sociedade e até de alguma forma se “proteger”, essa diferenciação poderia ocorrer com a humilhação à luz do dia para que todos vissem ou até fisicamente, cortando os seus cabelos em formato de cruz ou simplesmente raspando todo o cabelo. Essa segregação também acontecia com cidades expulsando os insanos para além de seus muros, para viverem longe em campo, ou, os próprios loucos se sentiam melhor estando a margem da sociedade e preferia se refugiar nos campos e florestas; os alienados costumavam vagar incessantemente pelos campos (MÉNARD, 1997, p.443), e provavelmente foi neste período em que o louco criou um maior vínculo com a floresta, onde por vários séculos se encontravam vários “homens-selvagens” que se exiliavam em florestas.

Também existiu o confinamento em locais precários, onde na verdade a intenção era os esconder, mas ainda existiu, em algumas cidades, segundo Heers (1987, p. 114), quando se temia os loucos mais perigosos, casas e cabanas podiam ser doadas a eles, assim como roupas e alimentos, casas concedidas como essas, possivelmente podem ser ligadas às primeiras características de um modelo hospitalar, embora ainda parecesse mais com uma “instituição de caridade”.

Segundo Pessotti (1984, apud SELAU, 2009, p.24), foi no século XIII que surgiu a primeira instituição para abrigar pessoas com deficiência mental: uma colônia agrícola na Bélgica. Pouco se sabe sobre ela e, até então, eles eram no máximo acolhidos em igrejas ou conventos, onde ganhavam a sobrevivência em troca de pequenos favores à instituição. É possível afirmar que nesse período a arquitetura e a pintura funcionavam na maioria das vezes como um modelo dos temas cristãos e, ao mesmo tempo, servia como um alerta aos que pensavam em se desvincular da cristandade.

Figura 5 – “Extraction of The Stone of Madness” de Hieronymus Bosch.



Fonte: Curionautas. Disponível em: <<http://www.curionautas.com.br/2015/01/o-curioso-enigma-da-pedra-da-loucura.html>>, 2015. Acesso em: 29 nov. 2017.

Uma boa representação da loucura para a Idade Média seria como a imagem acima (Figura 5), do quadro “*Extraction of The Stone of Madness*”, de Hieronymus Bosch (1475), onde, pode-se encontrar o “alienado” que está sendo operado por um médico com um funil na cabeça (símbolo da estupidez na época), uma freira com um livro simbolicamente fechado, um padre com uma bebida alcóolica, e entre outros simbolismos, por fim, existe a impressão que Bosch dá ao quadro de um simples espelho, nos fazendo perguntar se toda a imagem não seria “um reflexo de nossa própria ignorância.”

No início da Idade Moderna (séc. XV), com a Inquisição Católica, tudo que parecia não coincidir com seus objetivos era considerado de origem herege. Muitos loucos eram considerados, como na Idade Média, pessoas possuidoras do demônio, sendo assim, sacrificadas. Em contrapartida, no período do Renascimento houve muitas descobertas e evoluções com isso, trazendo muitas mudanças, mudanças essas que também se referem ao pensamento humano, a razão e ciência nesta época ganham força, sendo assim um dos períodos precursores à dissociação da loucura com o sobrenatural, deste modo, fazendo parte de uma concepção naturalista. Segundo Rosen (1994, p.92), na era Moderna surgiram novas necessidades, originando então uma “sociedade

mercantilista”, onde a política e saúde pública começou a ter um maior destaque, onde uma perda de produtividade em algum ramo de trabalho inserido na sociedade ou uma morte poderia causar um atraso na economia, devido a isso, houve uma maior preocupação com os hospitais e leitos.

A arquitetura nos hospitais ganhou um maior rebuscamento nos detalhes e foram criados dois padrões em suas configurações, onde, em suas plantas se dispunham em um formato cruciforme e também uma instalação de galerias ao redor do pátio interno (claustro). O maior exemplo para essas novas configurações é considerado o *Ospedale Maggiore di Milano* (1456), onde, segundo Antonio Averlino, o arquiteto original da obra, descreveu no seu Tratado de Arquitetura (1460-1464) que o projeto do hospital foi fortemente contrariado já que suas “inovações” não eram compreendidas por muitos. O projeto possuía uma grande complexidade e funcionalismo para a época e consistiu em uma maior pureza geométrica, com dois “cruzeiros” justapostos e separados por um pátio central com o objetivo também de dividir a ala feminina da masculina, em cada cruzeiro há um encontro ortogonal, ou seja, quatro longas pistas destinadas a abrigar as camas dos enfermos, pistas essas que se encontravam dentro de um quadrado, conforme demonstram as figuras 6 e 7:

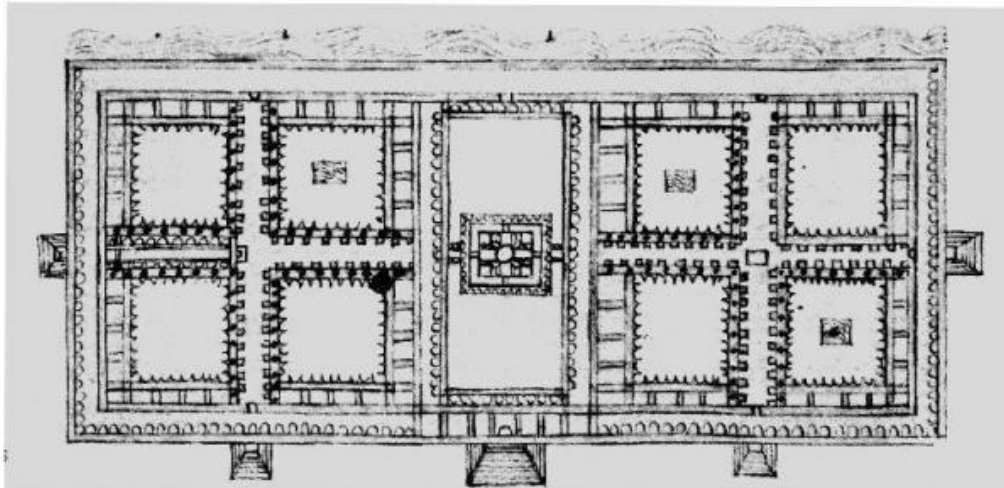
Figura 6 – Esboço do Ospedale Maggiore di Milano



Fonte: Robert Ribaudo. Disponível em:

<<http://www.lombardiabeniculturali.it/architetture/schede/LMD80-00009/>>, 2009. Acesso em 30 nov. 2017.

Figura 7 – Planta baixa do Ospedale Maggiore di Milano



Fonte: Robert Ribaud. Disponível em: <http://www.lombardiabeniculturali.it/architetture/schede/LMD80-00009/>, 2009. Acesso em 30 nov. 2017.

Para o lado da loucura, Rosen (1968, p. 171) adiciona também que no séc. XVI, com um novo plano de assistência pública, existiu um costume de internar os loucos em instituições “especiais”, onde os antigos leprosários desativados da Idade Média os acomodavam. Além disso, certas famílias que possuíam parentes insanos, muitas vezes eram ordenadas a enviá-los para permanecerem em torres ou cárceres que existiam nas cidades.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão — essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual (FOUCAULT, 1972, p.10).

No mesmo século, médicos como Paracelsus (1493 – 1541) e Cardano (1501 – 1576), duvidaram de que a loucura era de origem maligna, defendendo que as pessoas que a possuía precisava de um tratamento adequado por imaginar que a sua origem na verdade seria de causa infectuosa. A partir daí vários pesquisadores surgiram com diversos estudos que defendiam as causas naturais, sistema nervoso e genética para a causa do transtorno mental, existindo uma maior preocupação racional de suas causas e até podendo assim

dizer, uma visão positiva sobre a loucura como em quadros e textos como o de Erasmo de Rotterdam, no “Elogio da Loucura”:

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

Com a chegada do Absolutismo e a centralização política das monarquias nacionais europeias, o poder se concentrou no Estado e na política da economia mercantil, reduzindo a influência da Igreja em vários setores, incluindo a saúde pública, onde em vários locais da Europa existiram vários hospitais controlados pelo Estado. A relação de “dever” e paternalismo do soberano com seus súditos também foi desenvolvida nessa época, criando novas políticas para objetivadas para o povo, havendo uma assistência social “as formas de assistência são simultaneamente reflexo de uma realidade, espelho de um sentir comum e instrumento ideológico que infunde novas formas de sensibilidade e novas atitudes mentais” (LOPES, 2010, p.47) e também a “polícia médica”, mais praticada na Alemanha que funcionava como uma espécie de emergência para a sociedade. Na França, também houve uma preocupação para a saúde da sua nação com levantamentos estatísticos para conhecer melhor entender e valorizar a saúde de sua população. Com isso, surgiram os primeiros hospitais gerais, onde surgiu a denominação por Foucault de “A Grande Internação” pelo fato de que esses hospitais também possuir a função de asilo, abrigando e dando assistência aos idosos, pobres, delinquentes e finalmente, os loucos, porém, dependendo da modalidade, muitas vezes ocorriam punições.

É importante mencionar e concluir que no período absolutista, em países como a Inglaterra, França e Alemanha, houve também um grande avanço na medicina, com ensino e pesquisas nessa área, diminuindo a mortalidade e doenças.

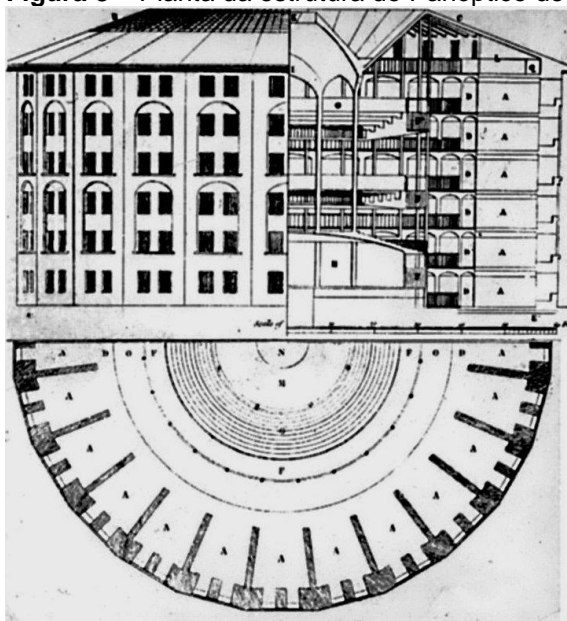
No século XVIII, com a Era Industrial, com a industrialização, a valorização do trabalho e o conseqüente abuso com os trabalhadores, definiu-se fortemente o conceito de ordem, disciplina e controle social exacerbado. Ao mesmo tempo, existia um crescimento desordenado das grandes cidades, propagação de epidemia e costumes mal vistos, o que só reforçou esse controle social do poder

e a consolidação do policiamento médico, e foi aí que pensadores de influências sociais se apresentaram, como Jeremy Bentham (1748-1832), reforçando pensamentos que influenciaram o poder e a arquitetura também. Bentham foi o criador do “panóptico”, elemento arquitetônico feito a fim de possibilitar uma maior vigilância de forma eficaz sendo utilizado em diversas instituições como hospitais, prisões e escolas.

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

O panóptico deu origem a várias versões arquitetônicas das várias tipologias com edifícios organizados em torno de um pátio interno, onde em seu centro poderia enxergar todos os recintos.

Figura 8 – Planta da estrutura do Panóptico de Bentham.



Fonte: Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAO7EAH/pesquisa-sobre-panoptico>> s/a, 2007. Acesso em 30 nov. 2017.

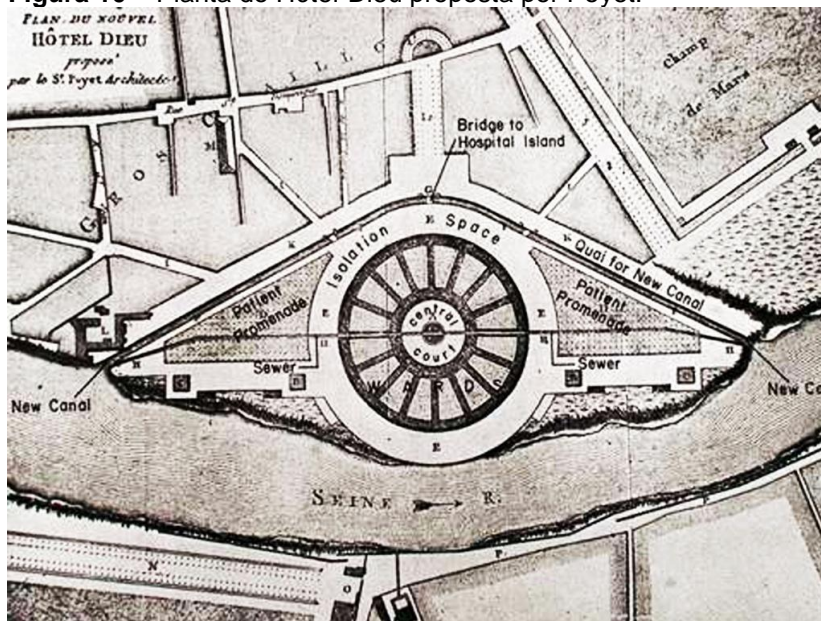
Figura 9 – Fotografia da penitenciária da Ilha dos Pinheiros, Cuba.



Fonte: Breno França. Disponível em: <<https://papodehomem.com.br/modelo-panoptico-como-vigiar-com-esforco-minimo/>>, 2016. Acesso em 30 nov. 2017.

Foi durante 1750 e 1830 que se deu origem a vários conceitos de hospital que se vê presente até hoje. Em Londres, vários hospitais e prisões mais especializados foram criados onde muitas pessoas com insanidade mental, que eram considerados perigosos, ficaram nesses lugares enclausurados e, algumas vezes, acorrentados. Durante esses anos, certo dia houve um grande incêndio em um dos maiores hospitais da França, o Hôtel-Dieu e com a necessidade de sua reconstrução, e segundo Silva (2001 apud Zambrano, 2003, p.25), o médico Jacques Tenon desamparado com sua antiga estrutura, forneceu uma série de novas normas arquitetônicas funcionais, abrindo assim uma visão mais séria e importante no marco não só da arquitetura hospitalar como na prática da medicina e, foi com seus estudos e com a arquitetura de Bernard Poyet , implementou-se em seus projetos o conceito “panótico” e que a tipologia hospitalar em pavilhão foi vigente até o séc. XX.

Figura 10 – Planta do Hôtel-Dieu proposta por Poyet.



Fonte: Andrea Di Nardo. Disponível em: <http://cav.unibg.it/elephant_castle/web/saggi/les-prisons-de-l-art-zone-di-contatto-tra-complesso-espositivo-e-arcipelago-carcerario/151>, 2017. Acesso em 30 nov. 2017.

Durante o Absolutismo, de acordo com Foucault (1972, p. 68) com a “Grande Internação”, denominação dada a um costume em que na época, hospitais gerais recolhiam de forma compulsória ou espontânea, os miseráveis e marginais da sociedade e os abrigava de forma repulsiva com características de asilo. Até então, pelas crenças das sociedades passadas, não existiram espaços destinados a dar uma assistência específica a quem tinha insanidade, mas, com o fim do século XIX, com os ideais do Iluminismo e da Revolução Francesa, a partir do momento que o louco passa a ser compreendido como um “doente mental” e o surgimento da psiquiatria e, a partir da criação da ciência voltada para eles, dá-se a evolução do conceito do “manicômio”, hospital voltado para esses tipos de enfermos, onde, só poderia surgir a partir do momento em que o conceito sobre os “loucos” sofrido de tantas especulações incertas durante a história, se demonstrasse evoluída e, junto com a psiquiatria e seus novos anseios científicos surge o hospício, no qual, “a loucura se torna verdade médica” (BIRMAN, 1978 apud ALBUQUERQUE, 2015, p.30). Após a Segunda Guerra, o conceito do manicômio começa a se desconstruir com a frequente comparação de que se assemelhava a um campo de concentração nazista.

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

4. O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E OUTRAS TIPOLOGIAS

O hospital psiquiátrico de hoje em dia, é produto de resultado de um extenso processo do seu ator em meio a sociedade, anteriormente, ao longo da história sendo conhecido por “possuído”, “louco”, entre outras denominações como fora visto no capítulo anterior, e atualmente sendo conhecido por “deficiente mental”, onde, os seus espaços vêm sendo julgados e modificados a partir de novas compreensões, teorias e leis.

A denominação “manicômio”, surgiu no século XIX, onde, já tomara preceitos característicos de um hospital, porém com uma forte atmosfera prisional, pois, apesar dessas instituições se posicionarem como assistencialistas, desde o seu encetamento em diversos países, assim como no Brasil, houveram os mais variados tratamentos desumanos e descaso. Era possível encontrar atos como isolamento, agressões físicas, superlotação, tratamento de choque, pacientes presos em camas ou até em jaulas, experiências humanas e cirurgias como a lobotomia³, cirurgia conhecida como uma das mais perversas da história.

Eles são mais maltratados que os criminosos; eu os vi nus, ou vestidos de trapos, estirados no chão, defendidos da umidade do pavimento apenas por um pouco de palha. Eu os vi privados de ar para respirar, de água para matar a sede, e das coisas indispensáveis à vida. Eu os vi entregues às mãos de verdadeiros carcereiros, abandonados à vigilância brutal destes. Eu os vi em ambientes estreitos, sujos, com falta de ar, de luz, acorrentados em lugares nos quais se hesitaria até em guardar bestas ferozes, que os governos, por luxo e com grandes despesas, mantêm nas capitais. (ESQUIROL, 1818, apud PESSOTI, 1996, p. 153).

³ Cirurgia criada no século XX, no qual se tratava da retirada de um pedaço do cérebro no lóbulo frontal do cérebro. Seu processo não era oriundo de exames prévios e era introduzido instrumentos como o picador de gelo para perfurar a parte de trás dos olhos para que a ponta chegasse ao cérebro.

Figura 11 – Operação de lobotomia.



Fonte: Projeto Medicina. Disponível em: < <https://projetomedicina.com.br/artigos/as-historias-macabras-sobre-os-manicomios-de-antigamente/>>, s/d. Acesso em 26 fev. 2018.

Muitos desses cruéis casos e inúmeros outros ocorreram no Brasil. Um dos hospícios, conhecido como “Colônia”, na cidade de Barbacena em Minas Gerais, onde pode ser o maior exemplo dessas crueldades no país, melhor retratado na obra de Arbex (2013) “Holocausto brasileiro”, mostrando o que se passava dentro dos seus espaços, ambientes deste hospício comparado por muitos com campos de concentração nazista, no qual houveram mais de 60 mil mortes.

Em geral, soa como exagero quando aplicada a algo além do assassinato em massa dos judeus pelos nazistas na Segunda Guerra. Neste livro, porém, seu uso é preciso. Terrivelmente preciso. Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. (ARBEX, 2013, p. 13)

4.1. Um breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica

Após todos os fardos anos de ocorrências desumanas e tratamentos malsucedidos em modelos hospitalares manicomiais, em vários países, o pensamento em relação ao tratamento asilo-hospitalar para este fim se tornou cada vez mais contrariada e ganhou força. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, o sentimento de intolerância à desigualdade foi intensificado na Europa,

onde uma instituição que asilava poderia ser para alguns, equivalente a uma prisão, assim, sendo comum também a comparação desses lugares a um campo de concentração nazista. Em contrapartida aos horrores deixado pela guerra, fora provocado movimentos em que as sociedades priorizavam os direitos humanos. Em 1950, na Inglaterra, comunidades terapêuticas foram criadas, em 1960, foi constituída a “Psiquiatria de Setor”:

A setorização ou psiquiatria de setor, também desenvolvida na França, buscava a estruturação de um serviço público e de qualidade para o tratamento da população com problemas mentais que necessitava, para que tivessem acesso universal à saúde e ao tratamento da doença mental, contemplando igualmente uma ação em saúde pública que não ocorria no antigo espaço do hospital psiquiátrico. Eram criados locais de acordo com setores para que o atendimento não ficasse centralizado apenas em uma instituição e fosse desenvolvido na comunidade. Era a busca de um atendimento mais humanizado, afastando o doente o menos possível de sua família e comunidade, proporcionando ao mesmo o máximo de autonomia. (Portal Educação, s.d.)

Na Itália, em 1961, o psiquiatra Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, onde ele prontamente melhorou as condições físicas do hospital e dos cuidados com os pacientes. No entanto, após confrontar-se com diversas ocasiões inópias e desrespeitosa com os pacientes, ele percebeu então, que a tipologia asilo-hospitalar asilar não poderia funcionar com eficiência, por isso, quando assumiu o Hospital de Trieste em 1976, logo fechou completamente. Basaglia então, rumou em defesa da desinstitucionalização hospitalar manicomial, e segundo da Silva, “Basaglia foi precursor da Reforma italiana tendo como metas à busca pela igualdade, inclusão social dos portadores de doenças mentais e sua reintegração com a comunidade” (DA SILVA, 2008, p.30). É possível afirmar que o psiquiatra foi um dos grandes, se não o maior, precursores da intervenção antimanicomial e em 1978, a Itália adota a “Lei de Basaglia”.

A lei Basaglia, em essência, impede o internamento compulsório de doentes mentais, ou seja, estabelece a voluntariedade do doente para o internamento. Prevê também a convivência do doente na sociedade, não mais confinado por longos períodos em hospitais psiquiátricos. Substituiu uma lei precedente, de 1904, que considerava legítimo o internamento mediante o reconhecimento

médico da periculosidade de uma pessoa para si e para os outros. É uma lei que toca no poder da medicina e nos dogmas de cura, recolocando o doente em seu lugar de sujeito, não mais de paciente. O papel dos profissionais de saúde muda drasticamente, passando do exercício do poder baseado no saber, para o desafio de usar principalmente o saber na recuperação e potencialização dos sujeitos. (RODRIGUES, 2005, p. 57-58).

Com a influência da Itália e Basaglia e sua contestação mediante ao sistema assistencial da saúde mental e a psiquiatria somada ao nascimento de movimentos e o surgimento da antipsiquiatria, diversos países foram influenciados pelos preceitos e renovação dos direitos humanitários concedidos aos deficientes mentais, entre eles, o Brasil.

A antipsiquiatria desafiava, com base na experiência clínica, os princípios da psiquiatria hegemônica da época. Entendia que a institucionalização era quase sempre prejudicial, que a ideia de que o louco era primordialmente improdutivo, incapaz, inútil e perigoso era, acima de tudo, fabricada pelo sistema manicomial, e que, se conduzido de forma competente, o tratamento psiquiátrico poderia reverter quadros clínicos que, a ver da psiquiatria vigente, eram inevitavelmente cronicantes. (FERREIRA, 2012, p.60)

Em meio ao cenário da Ditadura Militar no Brasil, na década de 70, as influências internacionais em relação a desinstitucionalização, com o tempo foi abraçada por boa parte da sociedade e movimentos como o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foram criados, movimentos esses que combateram a justiça brasileira em defesa de uma releitura da assistência da saúde mental e para o fim dos hospícios. O final da década de 80 e início da década de 90 foi de grande marco para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil:

Assim, num curto período, entre os anos 1987 e 1989, surgem duas importantes intervenções na rede hospitalar nacional: a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil e significativas reformulações na Casa de Saúde Anchieta, local de constantes denúncias de maus tratos e mortes, ambos localizados na cidade de São Paulo. (DA SILVA, 2008, p.32)

Ainda em 1989, o político Paulo Delgado se baseando nas recomendações da Declaração de Caracas, o documento que marcou as reformas na atenção à saúde mental nas Américas, é declarado um projeto de lei federal que segundo Zambrano, “inspirou, por sua vez, diversas iniciativas estaduais em estabelecer critérios para novos modelos de atendimento à saúde mental.” (ZAMBRANO, 2003, p.48)

Em 1992, nos estados do Distrito Federal, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Paraná, Pernambuco, Minas Gerais, Ceará e Espírito Santo se agregam à oito leis onde, “...incentivam a criação de centros de atenção diária, a destinação de leitos em hospitais gerais, a notificação de internações involuntárias e a definição dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.” (ZAMBRANO, 2003, p.48)

Em 2000, os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT's) são criados a partir da Portaria /GM¹ nº 106/2000. Apenas em 2001, a Lei Federal nº 10.216 que o deputado Paulo Delgado havia criado é sancionada e implementada na Legislação brasileira, ampliando os direitos dos portadores de deficiência mental. Com o passar do tempo, novas medidas foram destravadas em prol da saúde mental, e a cada dia no Brasil, a Reforma Psiquiátrica ainda se mostra ativa e os princípios para a efetivação de redes como CAPS e Residências Terapêuticas se tornam mais reais através de projetos humanizados.

4.2. O Hospital Psiquiátrico no processo da Reforma Psiquiátrica

Com o andar do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, surge o questionamento em relação às estruturas dos hospícios que já existiam no país, e com isso, conforme revelado anteriormente na justificativa deste artigo, a Portaria Nº 251/GM⁴¹, de janeiro de 2002 é criada com o objetivo de estabelecer novas diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificar os hospitais psiquiátricos e definir hospitais psiquiátricos dentro da rede de Sistema Único de Saúde (SUS).

Com esta portaria, dá-se um novo conceito para os hospitais de asilo psiquiátrico com novas diretrizes, onde, vale a pena destacar algumas em que o

⁴GM: Gabinete do Ministro.

seu espaço arquitetônico poderá ser reavaliado ou modificado diretamente ou indiretamente:

- Classificar os hospitais de acordo com uma nova avaliação realizada pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH);
- Após a avaliação de hospitais que tiveram uma pontuação abaixo do mínimo de acordo com sua “classe” na tabela do PNASH, estabelecer o máximo de 90 dias para a sua reestruturação;
- Suspensão de novas internações em hospitais abaixo da classificação;
- Transferência de pacientes em hospitais desclassificados;
- Limitar o número de internações para cada município ou região contando com novas metas no Plano Diretor;
- Propagar o uso do modelo de atenção comunitário extra-hospitalar onde o paciente poderá se integrar a sociedade:
- Destinar a maioria dos leitos do hospital psiquiátrico exclusivamente para uso de tratamento especializado;
- Intercalar o hospital para a comunidade de saúde mental;
- Proibir o uso de espaços restritivos como celas, jaulas, etc.;
- No hospital, uma enfermaria deverá ser de uso exclusivo para eventualidades ou emergências clínicas, como 6 m²/leito no mínimo e número de leitos igual ou maior que 1/50 do total do hospital, onde disporá de camas do tipo “Fowler”, oxigênio, vaporizador, entre outros itens;
- Sala para curativo;
- Área externa para prática de esportes ou passeio;
- Deverá possuir também salas de estar, de jogos, entre outras o mínimo de 40 m², e mais 20 m² para cada 100 leitos a mais;

Além de todas diretrizes acima, o hospital precisará da área de Recursos Humanos, várias outras novas práticas médicas, funcionários especializados e outros tipos de tratamentos disponíveis.

Atualmente, por consequência da pós-reforma e reenquadramento dos hospícios, muitos foram fechados, outros passaram por uma rigorosa mudança

comportamental e estrutural e outros hospitais ainda que teoricamente reestruturado, os seus resultados apresentam características duvidosas em questão de uma readequação bem-intencionada.

Em Recife, existem alguns hospitais, onde, com o suporte das recomendações, alas para especializadas para pacientes com transtornos mentais puderam ser instaladas, como, por exemplo, o Hospital Geral da Mirueira e o Hospital Geral Otávio Freitas, no qual possuía o maior serviço de emergência psiquiátrica de Pernambuco, porém, em 2008 o Governo fechou após um incêndio de pequenas proporções, passando assim, a partir do ano seguinte a demanda emergencial ao Hospital Ulysses Pernambucano, onde o hospital na época recebia 25 pacientes por dia e depois passou a receber 46. Desta forma, podemos entender que a decisão do Estado não foi a mais adequada:

A decisão de repassar de vez o serviço para o Ulysses, no entanto, contraria a Reforma Psiquiátrica, que preconiza o atendimento de emergência nessa área em hospitais gerais. “Quem perde é o paciente. No Ulysses Pernambucano não há sequer exames laboratoriais de urgência, só eletivos. Também não dispomos de raio-X. Ou seja, aqui não tem infraestrutura de emergência-geral”, resume a psiquiatra Ana Paula Luna. (JORNAL DO COMMERCIO, 2009)

Além desses exemplos, existe na Região Metropolitana de Recife, alguns hospitais que ‘sobreviveram’ a nova classificação da pós-reforma, como o Hospital José Maia, de 1965, onde, foi criado mais recentemente que a maioria dos hospitais, posteriormente sendo um dos maiores hospícios do Brasil, porém, foi fechado em 2011 por ter se tornado um símbolo de precariedade asilar. Existiu também o Hospital Psiquiátrico de Pernambuco (HPP) que contava com 352 leitos e teve suas atividades encerradas pelo Governo em 2012, desta vez com a justificativa em adequação à reforma psiquiátrica, onde, os já internados no hospital foram transferidos para “residências terapêuticas”. Além de vários hospitais psiquiátricos, houve também o fechamento do Instituto de Psiquiatria do Recife, e de acordo com a gestão municipal de Recife, as internações após os vários fechamentos do antigo modelo de asilo psiquiátrico, caíram de 11.289 para 4.112.

Em contrapartida, o hospício considerado maior e mais antigo de Pernambuco, o já citado Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (conhecido popularmente como “Tamarineira”) onde foi fundado no ano de 1883, continua em funcionamento e passou por várias reformas onde seus espaços e arquitetura serão melhor abordados no próximo capítulo.

4.3. O Centro de Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleos de Assistências Psicossocial (NAPS), foram frutos da Reforma Psiquiátrica e surgiram conforme dito antes, em meados de 1987. Os CAPS foram feitos de acordo com a Portaria de nº 336 de 2002 com o preceito de substituir o modelo asilar, com o objetivo de possuir um caráter aberto, independente e comunitário, voltado para o atendimento do transtorno mental, além de dar suporte a casos oriundos de álcool e drogas.

Os CAPS, de acordo com as novas normas, poderá ser instalado nas áreas de um hospital, em um conjunto arquitetônico de instituições universitárias ou afastadas, porém, independente onde se inserem, avulsos das estruturas em que os centros estão inseridos.

O diferencial dos CAPS em comparação ao modelo asilar é a finalidade de atingir as missões estabelecidas com o movimento da Reforma, ou seja, conduzindo os portadores de transtornos mentais à um tratamento que objetiva os reinserir à sociedade contando ainda, se possível, com o suporte de sua família, visitas domiciliares e com sua disposição arquitetônica voltada para exercer novas diretrizes que conceda direitos como atendimentos em oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades ao ar livre, refeitórios, etc. Sua sucessão ocorreu e ocorre de forma satisfatória como é evidenciado:

Estes modelos, respectivamente, Centros e Núcleos de Assistência Psicossocial, têm se multiplicado pelo Brasil nos últimos anos, o que comprova, portanto, o sucesso de seu programa. Em 1996, havia 154 destes estabelecimentos em todo o país. No ano passado, este número chegou a 266. (REDE RECORD, 2002)

É recomendado também que este modelo esteja localizado em bairros predominantemente residenciais para reforçar sua integridade de cunho social e

é categorizado em três níveis, onde, sua carga-horária e estrutura é maior de acordo com sua demanda territorial. O CAPS I é assim nomeado quando se trata de uma região com uma população de 20.000 a 70.000 de pessoas, o CAPS II para uma população de 70.000 a 200.000 e o CAPS III voltado para regiões com mais de 200.000 habitantes.

Para as estruturas arquitetônicas dos CAPS, foi feito pela autora Nathali Martins, o “Manual Prático de Arquitetura e Urbanismo para Centros de Atenção Psicossocial”, e para sua construção, é importante ressaltar algumas das recomendações:

- Ambientes exclusivos para a equipe técnica, como, almoxarifado, quarto de plantão, sala de arquivos, “DML”, entre outros;
- Ambientes restritos para seus usuários com acompanhamento técnico, como sala de medicação, cozinha, sala de reunião, entre outros;
- Salas de livre acesso, como espaço de acolhimento⁵, sala de atividades coletivas, banheiros com vestiários acessíveis, etc.
- Não utilização de muros para cercar suas áreas;
- Integração com o exterior;
- Integração de ambiente interno X externo;
- Único pavimento térreo;
- Uso correto de cores.

Na Grande Recife, os Centros de Atenção existem há 23 anos e seus bairros contam com o total de em 17 CAPS com sua maioria em boas condições, e aparentemente, quando ocorre equívocos maiores com algum dos CAPS, o Estado possui a política do planejamento de transferência para uma nova sede ou encerramento do mesmo.

4.4. A Residência Terapêutica

Este modelo foi criado, a partir da Portaria de nº 106/GM de fevereiro de 2000, com o intuito de criar uma nova modalidade a partir dos novos conceitos abordados na Reforma Psiquiátrica, por isso, o Serviço Residência Terapêutica

⁵ Espaço acessível e acolhedor com sofás, poltronas, etc. Destinado ao primeiro contato dos pacientes com suas famílias.

(SRT) foi difundido para usuários em que sua maioria não possuem família ou estão perdidos, tendo em vista que, tendenciosamente, anteriormente sua longa permanência no formato asilar num hospital diminuía a perspectiva para sua reinserção social, o residencial partiu do pressuposto de substituir suas ausências familiares por um abrigo com outros antigos pacientes, onde se tornam agora, usuários que dividem um mesmo lar, à fim de um melhor tratamento de ordem colaborativa para reinserção na sociedade. Podemos salientar que o objetivo central do SRT é oferecer um projeto de reintegração social com uma moradia digna e programas onde se é oferecido alfabetização, atividades domésticas, reinserção de trabalho, mobilização de recursos comunitários, entre outros.

Os residenciais terapêuticos são moradias, normalmente localizadas em casas comuns ou adaptadas, em que, o número dos seus usuários varia comumente de 1 a no máximo 8 contando com um profissional designado a lhes dar suporte, devendo estar apto a cumprir suas necessidades. As recomendações da Portaria nº 106 cumprem o seu papel de desinstitucionalização a partir do momento em que recruta pacientes de longa data de um hospício e tentam cumprir a função de moradia em contrapartida ao até então, asilo dos usuários e seus antigos estigmas de “paciente” em meio a sociedade, e algumas dessas recomendações são:

- Dimensões compatíveis ao número de usuários;
- Sala de estar aconchegante com um mobiliário confortável;
- Dormitórios com no mínimo uma cama e um armário;
- Copa ou cozinha com todos os utensílios e eletrodomésticos necessários para o seu cotidiano;
- Assegurar o mínimo de três refeições por dia;
- Definição de quais serviços ambulatoriais a residência terá para com cada indivíduo.

As SRT's funcionam de uma maneira progressiva na metrópole de Recife, o serviço possui atualmente 52 unidades e existem cursos profissionalizantes especificamente voltados para a formação de cuidadores de residências terapêuticas além de palestras e encontros para valorização de seus profissionais e ampliação de conhecimento.

4.5. Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

Além dos serviços apresentados acima, existe também (em menor número), as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), sendo, portanto, como já diz o nome, unidades para tratamento psiquiátrico inseridas em hospitais gerais. Esse modelo é o mais antigo em relação aos outros modelos da Reforma Psiquiátrica e possui algumas deficiências como a dependência estrutural do hospital em que se está inserido, além de apesar de se portar como um modelo de desinstitucionalização, seu formato é contraditório por vezes se assemelhando ao formato asilar, onde, segundo Zambrano, “estas unidades muitas vezes têm a necessidade de funcionar trancadas, para evitar fugas ou riscos para os internos.” (ZAMBRANO, p.54, 2003)

Em suas diretrizes, devem ser previstas:

- Orientação temporal com relógios, calendários e quadro de atividades em seus espaços;
- Móveis resistentes e aconchegantes;
- Salas de estar com TV e música;
- Refeitório;
- Quartos com no máximo 6 leitos;
- Flexibilidade nos ambientes.

Em Recife, as alas de hospitais públicos especializadas no tratamento psiquiátrico são escassas, apenas possuindo alas no Hospital Geral da Mirueira, no Hospital São Lucas e no Hospital Jaboatão Prazeres.

5. EXAMINANDO O HOSPITAL ULYSSES PERNAMBUCANO

O Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (HUP), mais conhecido como Hospital da Tamarineira, é o maior e mais antigo que já existiu em Recife, foi o segundo hospital psiquiátrico a ser criado no Brasil, e por conta da Reforma Psiquiátrica é atualmente o único que atua exclusivamente nesta área que está em funcionamento na cidade, e um dos cinco que ainda se encontram abertos no estado de Pernambuco.

Os prédios do hospital conservam uma bela arquitetura eclética, seu projeto original foi feito pelo arquiteto francês Victor Fourier, e em seu início chamava-se “Hospital de Alienados” e sua história começou ainda no século XIX, mais precisamente em 1883 de forma privada, se tornando público em 1924 e passando por uma restauração em 1930 organizada pelo psiquiatra Ulysses Pernambucano, dessa forma, passando a possuir o seu nome. Em 1992, ganhou o título de Patrimônio Histórico.

Figura 12 - Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano



Fonte: Catraca Livre. Disponível em: <<https://catracalivre.com.br/wp-content/uploads/2014/05/hospital-ulysses-pernambucano-reproducao.jpg>>, 2014. Acesso em 19 abr. 2018.

É preciso salientar que apesar da existência da luta antimanicomial impulsionada pela Reforma Psiquiátrica e suas novas normas, essa luta vai de contra ao antigo formato de ‘manicômio’, onde, os pacientes ficavam exilados da

sociedade durante anos, como já fora visto no capítulo anterior. Por isso, como disse Ruth Bonow Theil, diretora do hospital, no site do Diário de Pernambuco (2017), o internamento psiquiátrico é uma necessidade, uma vez que existam pacientes com transtornos mentais graves, precisando assim, serem internados para receber o suporte médico de acordo com o seu agravamento. Portanto, podemos assim dizer, que apesar de todas as reviravoltas da Reforma e das novas tipologias, o papel do Hospital Ulysses Pernambucano ainda é de fundamental importância para a cidade e o Estado. Em 2008, segundo a Secretaria de Saúde (2008), “Segundo informações da gerência de Engenharia e Arquitetura da SES, cerca de R\$ 600 mil foram investidos em obras civis.” E ainda segundo a Secretaria de Saúde (2008), o Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) do hospital passou por reformas numa tentativa de se adequar a demanda de pacientes do estado, o setor funciona 24 horas com capacidade de atendimento para até 80 pessoas e passou a contar com 6 consultórios para atendimentos individuais, 25 leitos, 3 enfermarias, 2 postos de enfermagem, sala para curativos, novos equipamentos, farmácia, local para visita e interação de famílias, pátios, sala para atendimento em conjunto. A garagem que possui sua frente aberta para a Avenida Cônego Barata foi restaurada, assim, facilitando o acesso à SEP.

Entre as novidades, destaca-se a sala de atendimento grupal, onde uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional) acompanhará os pacientes. A decoração também chama atenção as paredes brancas dos quartos e corredores abrigam pinturas multicoloridas. Elas tornam o espaço agradável e foram produzidas pelos pacientes internos, na oficina de pintura, do Centro de Atividades Terapêuticas, do hospital, 2008). (SECRETARIA DE SAÚDE, 2008)

Figura 13 - Vista da Av. Cônego Barata para o estacionamento vinculado a SEP



Fonte: Google Earth (adaptador pelo autor), 2018.

Atualmente, seguindo os parâmetros da Reforma, o hospital só abre suas portas para novos pacientes para o atendimento emergencial, onde, segundo a direção do hospital, o tempo máximo de abrigo no hospital dos internos, apesar de existir casos excepcionais de pacientes que ficam mais tempo, é de até três meses. Ainda no contexto da adequação à Reforma Psiquiátrica, o hospital trabalha conjuntamente com outras tipologias para a desinstitucionalização:

No contexto da nova política, o encaminhamento dos antigos pacientes para as residências terapêuticas ou para suas famílias foi o principal avanço, destaca a diretora na unidade, Ruth Theil. Uma outra iniciativa considerada importante é a aquisição de trinta poltronas para os familiares acompanharem seus pacientes internados na enfermaria. A ideia é estender a ação para os 115 leitos. “A maioria tem co-morbidade com álcool e outras drogas e é paciente agudo. Se o familiar não puder ficar o dia todo, vem para reunião, acompanha consultas. É uma forma de empoderamento da família, de ajudá-la a cuidar”. (Alice de Souza, 2017)

O Estado de Pernambuco possuía um total de 16 hospitais, porém 11 foram fechados, também no ano de 2008, o Hospital Geral Otávio de Freitas que também possuía um Serviço de Emergência fechou, desta forma, o Hospital Ulysses se tornou o único a possuir emergência psiquiátrica, segundo a Secretaria Pernambucana de Psiquiatria (SPP), devido à demanda emergencial vinda de todo o Estado muitas vezes o espaço é superlotado. Segundo a Secretaria de Saúde, existem 160 leitos para internamento, 25 dos leitos são para casos de fase aguda na emergência. Os pacientes mais perigosos ou que ofereçam risco de vida para as pessoas ou a ele próprio permanece nesses

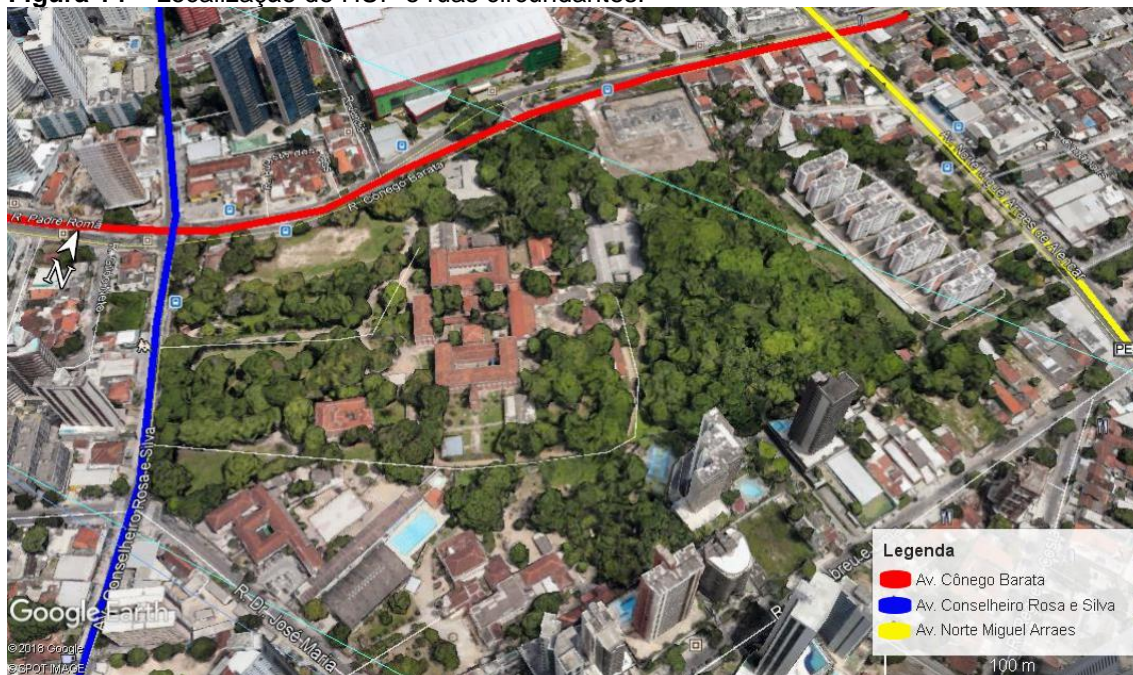
leitos, os que não se encontram em crise são enviados para CAPS. O HUP conta com 394 profissionais, contendo 44 médicos e o Serviço de Emergência funciona 24 horas com capacidade de atendimento para até 80 pessoas.

Foi visto também que ao contrário do que é constatado no website da Secretaria de Saúde e em outras fontes, a partir de visitas em campo e com suporte de Graça Macieira, Coordenadora do Centro de Estudos do Hospital, foi possível perceber que com a Reforma Psiquiátrica e o Governo, muito dos ambientes do hospital foram desativados nos últimos anos, priorizando apenas o setor emergencial e algumas enfermarias, no entanto, essas informações ainda não foram divulgadas.

5.1. Leitura do plano original X situação atual

No “coração” da zona norte recifense, seu terreno está situado no bairro da Tamarineira e cingido por importantes avenidas, a Av. Conselheiro Rosa e Silva, a Av. Cônego Barata e a Av. Norte Miguel Arraes, vias muito adensadas e com uma grande variedade de atividades, como, escola, faculdades, posto de combustível, lojas, farmácias e muitas residências, o que é positivo diante das recomendações da Reforma; se localizando perto da sociedade, principalmente em uma extensão predominantemente residencial, o que, possibilita o hospital e seus pacientes de se conectarem com o mundo externo com uma maior facilidade, através de programas, eventos ou outros tipos de contato.

Figura 14 – Localização do HUP e ruas circundantes.



Fonte: Google Earth (adaptado pelo autor), 2018.

O hospital se encontra em um terreno predominantemente verde de 9 hectares correspondendo a 58.820 m², e sua área construída possui um total de 9.497,39 m². Em sua área externa, é possível perceber a alta quantidade de vegetação, onde, ocupa a maior parte do território, e, segundo Foucault, esta é uma das estratégias de construções asilares, ou seja, podendo servir para dificultar a visibilidade do que ocorre nas edificações (FOUCAULT, 1975). Na área externa, sem incluir as obras propriamente referentes ao hospital e seus anexos, também há campos de futebol para práticas esportivas e o Centro de Prevenção Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo (CPTRA) e um depósito como podemos ver na Figura 15:

Figura 15 – Área do terreno do HUP.

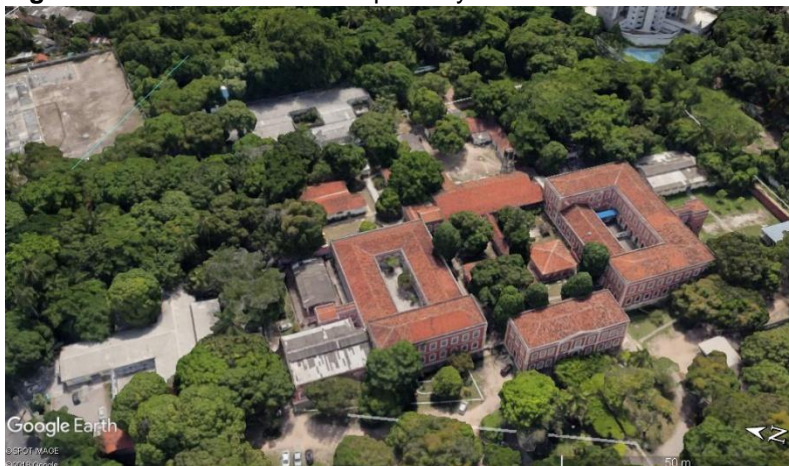


Fonte: Secretaria da Saúde, 2017. Editado pelo autor, 2018.

Podemos notar abaixo (Fig. 16) que a disposição do Hospital Ulysses se dá a partir de um conjunto de blocos em que existem espaçamentos entre eles, suas estruturas, como em outros hospitais da época, são em formato pavilhonar, feitas dessa maneira para facilitar a circulação de ventilação e a entrada de iluminação natural, à fim de reduzir a umidade e, por consequência, a propagação de doenças. Com os dois principais blocos, conhecidos por Pavilhão Virgínia Lócio (ao norte) e Pavilhão Adail Santos, onde funcionam as enfermarias/dormitórios, sua arquitetura forma claustros (padrão que surgiu nos hospitais do século XV, onde já foi visto no capítulo 3 desta pesquisa), ou seja, pátios internos criados a partir das alas dos edifícios. É possível ver também, alguns elementos da arquitetura tipicamente francesa influenciada por Pierre Gauthier no século XIX, no qual, o pátio central, formado e ligado pelos quatro

edifícios que o circundam são instalados por longos corredores para uma movimentação mais flexível em que a ventilação circule melhor.

Figura 16 - Vista aérea do Hospital Ulysses



Fonte: Google Earth, 2018.

Em seu plano original, embora a área do hospital (Fig. 17) seja demasiadamente grande e ambientes que possuíam diversas atividades, é possível setorizar o seu plano (antes das desativações) de acordo com as principais funções da época, resumidamente identificados pelos setores de recepção, diretoria, enfermarias, emergência, centro terapêutico e refeitório.

Figura 17 - Vista aérea do HUP e seus setores.



Fonte: Google Earth (adaptado pelo autor), 2018.

Com a desinstitucionalização, grande parte dos ambientes internos do HUP foram desativados, atualmente, em relação aos setores, apenas a emergência do hospital e algumas enfermarias continuaram a existir, e algumas adaptações foram realizadas. A planta-baixa abaixo representa como o hospital funcionava há alguns anos e apresenta quais ambientes foram preservados e continuaram com suas funções.

Os dois prédios principais do plano original foram concebidos como enfermarias com o prédio a esquerda contendo o CAT (Centro de Atividades Terapêuticas) sendo encerrado em 2016, no qual possuía um papel fundamental em detrimento aos preceitos da Reforma Psiquiátrica para o cotidiano e integridade dos pacientes com o desenvolvimento de terapias, arte, comunicação, música e outras atividades.

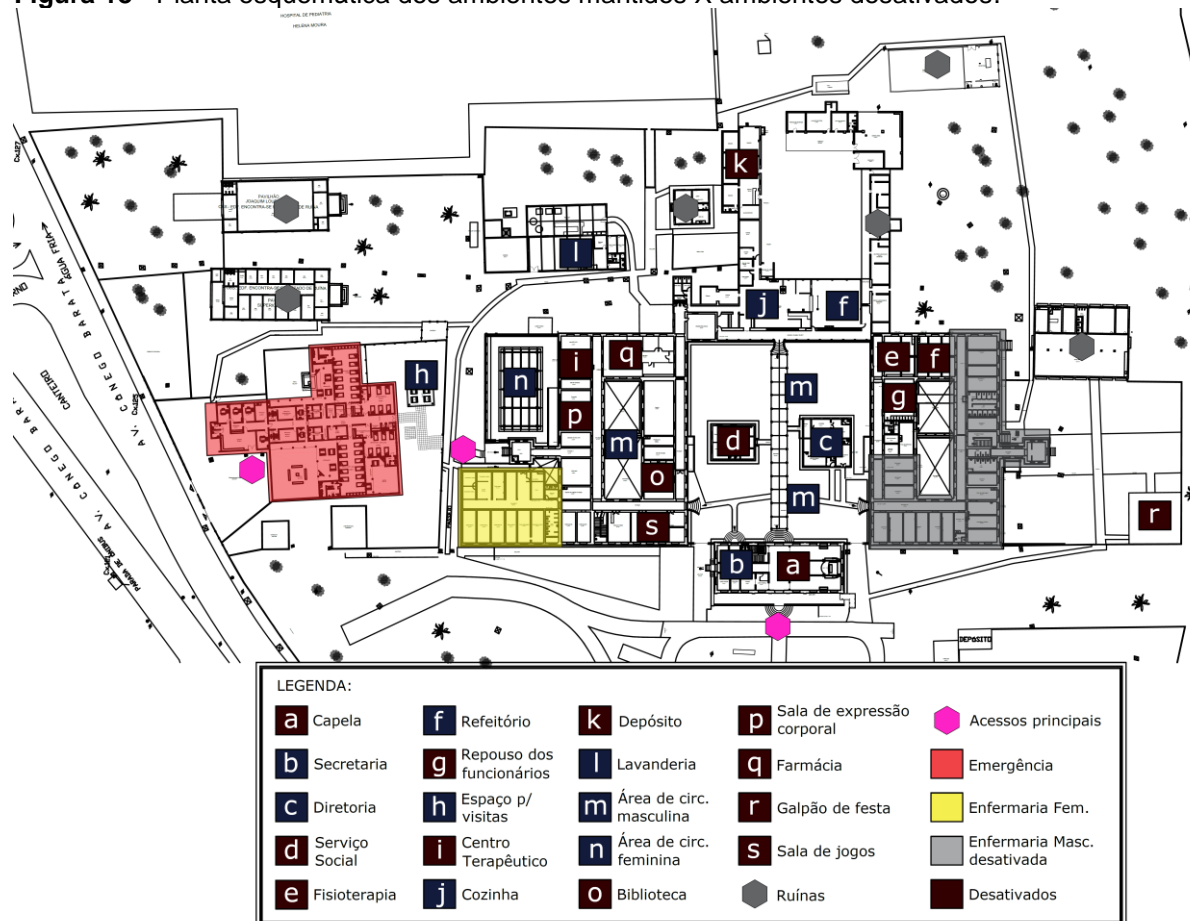
“...é um espaço de convivência e estimulação, onde são coordenadas atividades recreativas e terapêuticas, com auxílio de música, pintura, teatro e outras artes. O espaço conta com uma equipe técnica de terapeutas ocupacionais, educadores físicos, artistas plásticos, arte-educadora, psicóloga artesãos, músicos, cabeleireiras e assistente administrativo.” (SECRETARIA DE SAÚDE, s/d.)

Além do CAT, havia também, outros ambientes humanizados como o galpão de festa (desativado no fim de 2017), em que, algumas vezes eram promovidos alguns eventos como shows e oficina de beleza, assim, exercendo a reinserção dos mesmos à sociedade, uma vez que os eventos permitiam a relação de pessoas de fora do hospital com os pacientes. Todas salas que faziam um trabalho humanizado de reintegração social com os pacientes foram fechadas, exemplos disso são as salas para arte com argila, para expressão corporal, atividades com culinária, para jogos, capela. Segundo Graça, atualmente, existe apenas uma assistente social que faz algumas atividades com os pacientes, justificando o fato de objetivarem o retorno do paciente após a sua fase aguda.

Segundo entrevistas feitas com funcionários, os pacientes hoje em dia são vistos como pacientes “agitados que necessitam de espaço” e não possuem mais atividades em seu cotidiano e por isso, por uma questão de bem-estar, se expressam na maior parte do tempo, vagueando pelas áreas dos pátios e

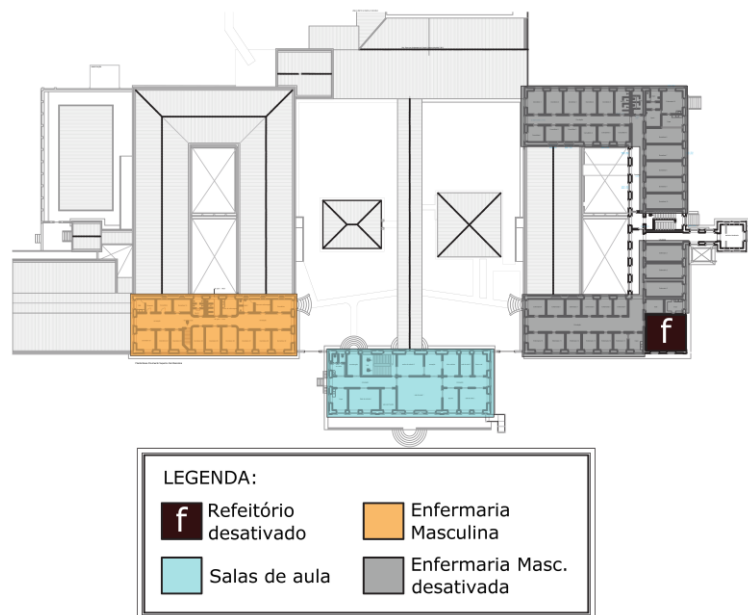
suas áreas de circulação podem ser vistas na planta-baixa abaixo (Fig. 18), onde, o pátio com cobertura é destinado para as mulheres, e junto da diretoria, o pátio da entrada para os homens.

Figura 18 - Planta esquemática dos ambientes mantidos X ambientes desativados.



Fonte: Secretaria da Saúde, 2017. Editado pelo autor, 2018.

Figura 19 - Planta esquemática dos ambientes mantidos X ambientes desativados do 1º andar.



Fonte: Secretaria da Saúde, 2017. Editado pelo autor, 2018.

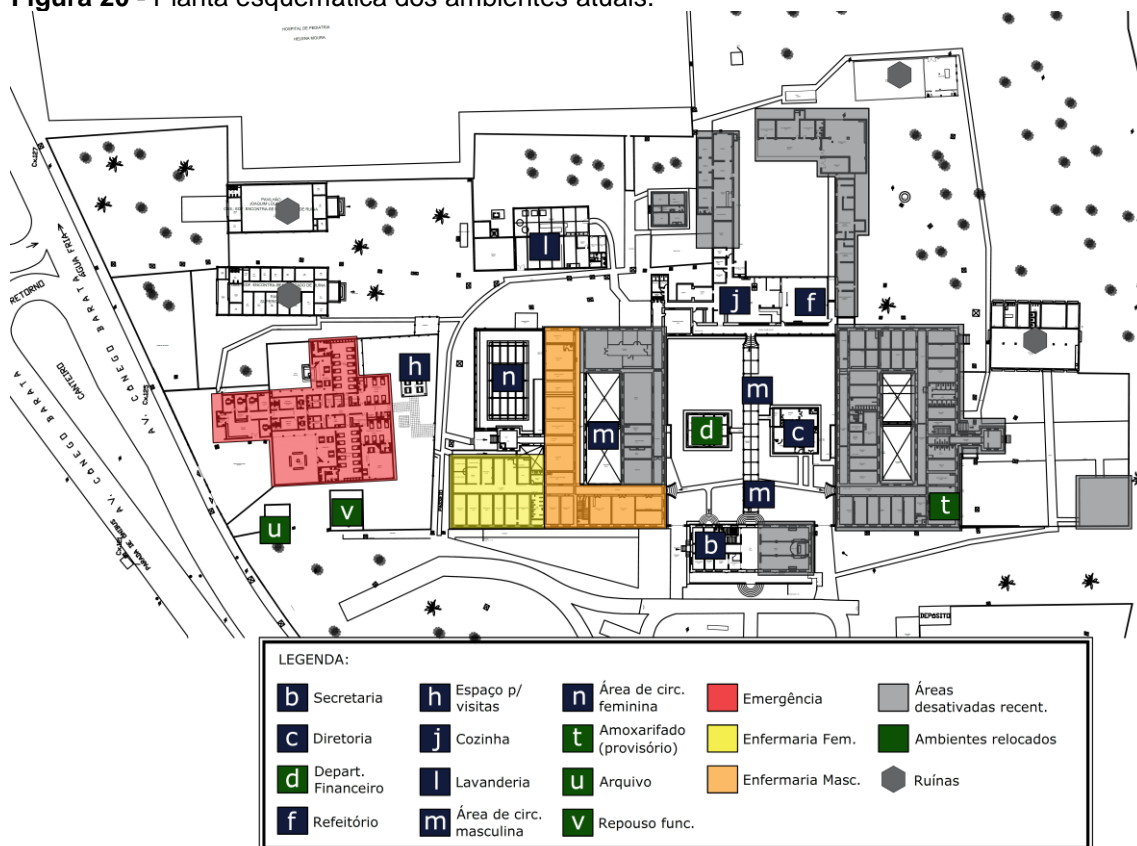
Em relação ao primeiro andar (Figura 19) apenas algumas áreas do hospital possuem acesso. Com acesso apenas no térreo do pavilhão esquerdo, em seu primeiro andar ainda se encontra a enfermaria masculina. No prédio central, acima dos ambientes da secretaria se localizam as salas de aula do Centro de Estudos, frequentadas por alunos ligados à área de psiquiatria e saúde. Já o primeiro andar do pavilhão da direita, atualmente se encontra em desuso, assim como o seu térreo, anteriormente a área era destinada às enfermarias masculinas, enfermarias essas que passaram a ocupar o térreo do pavilhão a esquerda.

O Hospital Ulysses, como já relatado no início do capítulo, funciona principalmente através do seu setor emergencial, a partir do setor é recebido os pacientes com situações mais agravadas, a partir daí, após a triagem, será decidido se serão encaminhados para as CAPS, suas residências ou dependendo de seu estado, para uma das enfermarias da área interna do HUP.

Na planta-baixa esquemática representada inferiormente (Fig. 20), é constatada a atual situação referente aos ambientes que ainda se encontram em funcionamento no Hospital Ulysses. Em 2017, o pavilhão direito, “Adail Santos”, foi interditado, conseqüentemente desativando todos os ambientes que ali existia. Por isso, as enfermarias masculinas que existiam no prédio, tomaram os lugares das salas terrestres do pavilhão esquerdo, “Virgínia Lócio”, nas quais

foram também desativadas no mesmo ano. Entre essas salas, se encontrava também o CAT, onde foi indicado na Figura 18.

Figura 20 - Planta esquemática dos ambientes atuais.



Fonte: Secretaria da Saúde, 2017. Editado pelo autor, 2018.

Como pode ser visto nas plantas que correspondem a atualidade (Fig. 19 e Fig. 20), as enfermarias masculinas foram realocadas para salas onde não foram planejadas no térreo, onde possui 40 leitos e as enfermarias masculinas do primeiro andar continuaram a funcionar no mesmo lugar, com 20 leitos, assim, resultando em um total de 60 leitos destinados aos pacientes de gênero masculino. Já nas enfermarias femininas, apesar de possuir dimensões menores, o número de leitos também é menor, no qual corresponde a 36 leitos.

Apesar da desativação do Pavilhão Adail Santos, o almoxarifado atualmente funciona em seu térreo de forma provisória. Na sala do pátio principal, ao lado da sala da Diretoria, foi relocado o Departamento Financeiro, onde funcionava na Secretaria, ficando no ambiente que funcionava o Serviço Social, atualmente desativado. Outros ambientes também foram relocados para ambientes em desuso (antiga Sala do Conselho e antigo Lar Protegido) que se

encontram próximos a emergência: a sala de Arquivo, onde funcionava no Pavilhão Virgínia Lócio e foi adaptado também uma sala para repouso dos funcionários.

6. RESULTADOS ENCONTRADOS NO HOSPITAL ULYSSES

Durante este capítulo, serão revelados todos os resultados encontrados através de visitas em campo, de diversas entrevistas com profissionais da área e funcionários, de pesquisas e todo conhecimento abordado neste artigo aplicadas a partir de todas metodologias utilizadas.

6.1. Resultados Gerais

Com visitas em campo e entrevistas com alguns funcionários e com Graça, a coordenadora do Centro de Ensino, foi possível avaliar o hospital de forma global. Durante este tópico, informações e levantamentos arquitetônicos do HUP serão apresentados por meio de imagens acompanhadas de comentários e avaliações geradas a partir de observações e entrevistas feitas nos ambientes mais relevante de acordo com suas atividades.

6.1.1. Área externa

Figura 21 - Fachada frontal da entrada do HUP.



Fonte: Fotografia registrada por Laianny Almeida, 2018.

A entrada principal do Hospital Ulysses se dá a partir da Av. Rosa e Silva em um ambiente muito adensado, próximo a uma parada de ônibus e em meio a uma movimentada área residencial e comercial, o que já foi pontuado que no ponto de vista da Reforma Psiquiátrica é positivo, pois, com a proximidade da sociedade para onde os deficientes cognitivos se encontram, facilita a chegada

dos pacientes e envio para as CAPS, além de facilitar o acesso de famílias e eventos sócio participativos.

Figura 22 - Área verde do HUP.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Dentro do terreno do hospital, a vegetação se evidencia na maioria dos espaços, com um grande campo de futebol (Fig. 22), se estendendo à todas áreas em que as construções do hospital não estão.

Figura 23 – Estacionamento do HUP.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Nas áreas do antigo Galpão de festas e entrada para o pavilhão Aldair Santos (ambos desativados recentemente), ficou fácil notar que a vegetação do terreno possui um solo rico no qual sua vegetação se desenvolve rapidamente, desta forma, tomando conta de áreas abandonadas, com o poder de às transformar em mais ruínas em torno do HUP.

Figura 24 - Antigo galpão de festas e áreas desativadas.

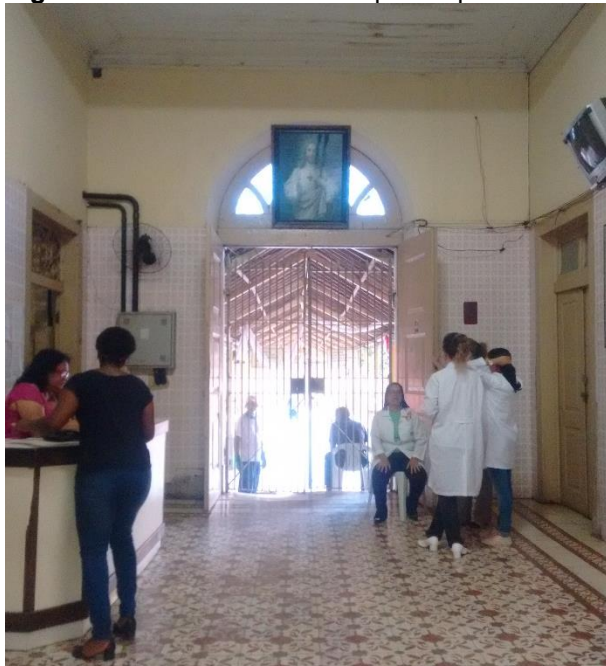


Fonte: Fotografias registradas pelo autor, 2018.

6.1.2. Pátio central

O pátio central do HUP é acessado pela principal entrada da construção, onde, se encontra, conseqüentemente, a principal barreira do hospital, na qual, localizado na entrada da secretaria, seu acesso para o pátio possui um portão em forma de grade, lembrando os portões usados em celas fortes que se encontram em penitenciárias (Fig. 25).

Figura 25 – Portão de entrada para o pátio-central.



Fonte: Fotografia registrada por Laianny Almeida 2018.

No pátio central, ficam as salas da diretoria e do setor financeiro do hospital, além das salas, é também utilizado pelos pacientes masculinos para seus banhos de sol e circulação. É preciso afirmar que os pacientes, apesar de circularem com uma certa liberdade por espaços ligados às suas enfermarias, ao mesmo tempo, estão limitados. A área de circulação dos homens se estende a partir das enfermarias, passando pela diretoria até o portão da entrada principal. O portão bloqueia a saída com um funcionário fazendo o papel de segurança. É possível compreender a atitude de bloqueio no ponto de vista voltado para a segurança das pessoas que se encontram fora da instituição e para o próprio paciente, porém, é necessário afirmar que essa atitude está em discordância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Figura 26 - Planta esquemática da circulação X bloqueios do pátio central.



Fonte: Secretaria da Saúde, 2017. Editado pelo autor, 2018.

Ao entrar no pátio central, é possível ver que os espaços de circulação sempre estão em uso e com vários pacientes em movimento. Com grandes árvores e ilhas de vegetação, o ambiente, possui cobertura apenas na passarela principal, por onde segue para o refeitório, por isso, em praticamente toda sua extensão, o local conta com uma grande fonte de luz natural diretamente rebatida em suas áreas e de ventilação.

Figura 27 – Fotografias do pátio central.



Fonte: Fotografias registradas pelo autor, 2018.

O ambiente possui alguns elementos arquitetônicos deteriorados, como telhas que precisam ser trocadas e colunas antigas. Em relação ao mobiliário do pátio, é possível encontrar bancos em formas de curvas, no qual, dependendo da posição em que o usuário se depara, pode ser considerado como uma distração positiva por parte do seu formato estar em uma disposição côncava, assim, de forma convidativa, e também como uma distração negativa, por ter uma parte em formato convexo, no qual, pode repelir o movimento de quem se aproxima, como é melhor falado nas recomendações de Eslam Karami (2016), no capítulo 2.

Figura 28 - Fotografia do pátio central.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

6.1.3. Refeitório

Seguindo a passarela do pátio central, encontra-se o refeitório, cercado por um muro com azulejos que se assemelha com azulejos portugueses, valorizando mais a sua entrada. Em contrapartida, no caminho para o refeitório, é notável a falta de manutenção de pinturas ou com outros ornamentos, como a cerca, onde, para a acessibilidade sempre é um item importante.

Figura 29 – Área externa do refeitório.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Internamente, o refeitório apesar de possuir em parte, como um aspecto positivo, uma pintura “alegre” (o salmão), o espaço poderia ser mais acolhedor, porém, com um piso cimentado e uma estrutura decadente, e com mais de 100 m², suas janelas não parecem ser o suficiente para o ambiente. Desta forma, com o conjunto de características de aspectos negativos, o ambiente acaba passando uma sensação não convidativa, ao contrário de sua área externa.

Figura 30 - Refeitório do HUP.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Além disso, a falta de participação de uma inclusão social no ambiente parece ser facilitada apesar de todos se alimentarem no refeitório, pois, segundo uma entrevista com Graça Macieira, os pacientes não se alimentam juntamente com os funcionários, já que os horários das refeições dos usuários e funcionários são feitos de uma forma em que os diferentes grupos possam se alimentar em horários diferente, assim, não se misturando.

6.1.4. Enfermarias

Após o estado de observação no SEP, os pacientes que precisam permanecer por mais tempo, são internados para tratamento nos antigos prédios do HUP. As enfermarias do Hospital Ulysses são delimitadas por suas barreiras físicas. As alas femininas e masculinas também possuem uma barreira entre elas:

Figura 31 – Mapa esquemático: enfermarias.



Fonte: Secretaria da Saúde, 2017. Editado pelo autor, 2018.

Como pode ser observado na Figura 31, as enfermarias são separadas de acordo com o sexo do paciente através de dois portões, dos quais, apenas os funcionários podem passar.

6.1.4.1. Enfermarias masculinas

Pode-se observar também, que algumas das enfermarias masculinas improvisadas por hoje estarem em antigas salas que não foram projetadas para essa finalidade, possuem dimensões menores do que outras, como as antigas salas de prontuário e de depósito de livros, onde, ambas possuem apenas 23 m², onde existem quatro leitos dentro dessas enfermarias e pelas normas da ANVISA, o ambiente deveria possuir no mínimo 24 m². Apesar do quase comprimento dimensional, as enfermarias menores não possuem o mínimo de 1,00 m de um leito para o outro, mas, o que mais chama atenção além das medidas, é o estado de deterioração, não somente da enfermaria comentada, mas, de todas.

Figura 32 – Enfermarias masculinas.



Fonte: Fotografias registradas pelo autor, 2018.

O descaso com o hospital e principalmente com as enfermarias internas do hospital é preocupante, a maioria das enfermarias não possuem sequer algum equipamento como ventilador para circulação de ar para suportar dias mais calorosos, paredes, pisos com rachaduras e sujeiras são características comuns. As camas das enfermarias são notavelmente antigas, com colchonetes sujos e muito finos, sem nenhum travesseiro e muitas vezes sem nenhum lençol, sem contar com as camas que se encontram quebradas e necessitando de reparos. Além de tudo, nenhum dos pacientes possuem uma privacidade adequada, as enfermarias não dispõem portas e em relação a acessibilidade,

uma vez que não exista a presença de rampas, corrimões, equipamentos e mobiliários específicos nos espaços, é praticamente inexistente.

Na área das enfermarias masculinas, existe também, um refeitório também improvisado. Aqui, nota-se os mesmos evidentes problemas de deterioração.

Figura 33 - Refeitório da enfermaria.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Apesar do descaso e das inadequações nesses ambientes, a maioria das salas contam com grandes janelas, nas quais, a ventilação e iluminação natural podem adentrar nos espaços e iluminar e ventilar de uma maneira salubre, porém, em dias quentes, as janelas podem criar um espaço desagradável. A falta de ornamentos decorativos, bem como artes, paredes pintadas, uso de cores, mobiliário adequado ou novo, entre outros elementos, também é um transtorno para uma melhor humanização dos pacientes, assim, como também, para seu tratamento.

Como atração positiva, também, a disposição espacial das enfermarias masculinas permite que suas entradas estejam diretamente ligadas ao corredor que dispõe entradas para o pátio de circulação, onde, se permite um maior convívio social com direito a banho de sol, onde, contando com poucas palmeiras, se diferencia do pátio central pela ausência de uma natureza integral.

Figura 34 - Pátio masculino.

Fonte: Fotografias registradas pelo autor, 2018.

6.1.4.2. Enfermarias femininas

Com 36 leitos, número muito inferior aos 60 leitos masculinos, é razoável entender a diferença do seu tamanho total e área de convívio. No entanto, a área para circulação das mulheres, um pátio, onde um dia já houveram eventos, hoje se encontra na maioria das vezes vazio, sendo um ambiente um tanto desfavorecido pela falta da natureza (apenas contando com o contato externo de alguns galhos de plantas e árvores que se aproximam pelos muros), pela ausência de um espaço sem cobertura para um banho de sol, pela falta de mobiliário, havendo apenas um banco sem assento, desta forma, desvalorizando o espaço e afastando o maior interesse de uso para as mulheres, às apartando para suas enfermarias fechadas.

Figura 35 - Pátio feminino.

Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Nas enfermarias femininas, as inconvenientes dificuldades espaciais e arquitetônicas se repetem, desta vez, de forma menos grave, mas ainda assim, com algumas rachaduras, necessidade de repinturas, reparos de leitos, e problemas de respeito aos espaços entre os móveis. Além de tudo, em comparação as enfermarias masculinas, os ambientes são mais reclusos, escuros, menos ventilados e gélidos, porém, é possível admitir que os espaços femininos possuem uma maior limpeza e manutenção.

Figura 36 - Enfermarias femininas.










Fonte: Fotografias registradas pelo autor, 2018.






A falta de decoração ou de uma maior valorização estrutural para os espaços destinados as mulheres e homens, e os espaços fragmentados destas enfermarias podem comprometer ainda mais o estado mental deles, principalmente quando acompanhados da depressão, o que não é incomum em pacientes com problemas psíquicos, e a desordem espacial desequilibra sua estabilidade mental.

6.1.5. Tabela de Resultados:

A seguir, a Tabela 1 abaixo representa uma avaliação dos problemas e compromissos mais consideráveis dos ambientes averiguados acima.

Tabela 1 - Normas X realidade.

Normas/Diretrizes	Situação atual	
Lei 10216/2001: Como finalidade permanente, o tratamento consistirá em reinserir o paciente ao seu meio.	No ponto de vista para os pacientes de permanência mais longa, a lei não é cumprida já que existem barreiras que os impedem de serem livres de maneira voluntária.	
Lei 10216/2001: Como finalidade permanente, o tratamento consistirá em reinserir o paciente ao seu meio. Portaria nº251/2002: - Desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência; - O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40 m2, mais 20m2 para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.	O descaso do Governo no cotidiano dos pacientes não permite a reinserção através de incentivos terapêuticos, a arte, música, eventos, jogos e espaços para visita de família, uma vez que todos incentivos foram cortados, contando apenas com uma terapeuta que atende de vez em quando.	
Lei 10216/2001: Como finalidade permanente, o tratamento consistirá em reinserir o paciente ao seu meio.	O hospital obedece as normas que condizem ao encaminhamento para os CAPS para a maioria de seus pacientes, quando os mesmos recebem alta.	
Portaria nº251/2002: “Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento.”		
Portaria nº251/2002: Área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.	Parcialmente: Sua área externa é repleta de vegetação e existe um campo de futebol, porém, não é utilizado pelos pacientes.	
Portaria nº251/2002: O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m2/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas “Fowler”, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada.	Não atende, o setor de internamento não possui nenhum dos equipamentos exigidos, a intercorrência só existe na emergência, e algumas enfermarias não respeitam número de leitos.	
RDC nº50/2002: Os corredores destinados à circulação de pacientes devem possuir corrimãos em ao menos uma parede lateral a uma	Apesar dos corredores possuírem uma largura maior que 2 metros, uma vez que não possuem corrimão, não atende.	

<p>altura de 80 cm a 92 cm do piso, e com finalização curva. Os bate-macas podem ter também a função de corrimão. Os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ter a largura mínima de 2,00 m para os maiores de 11,0m e 1,20m para os demais, não podendo ser utilizados como áreas de espera.</p>		
<p>RDC nº50/2002: EAS (Estabelecimento Assistencial de Saúde) com até de dois pavimentos (inferior ou superior), inclusive térreo que exerça atividades de internação, cirurgias não ambulatoriais, parto-cirúrgico e procedimentos médicos com a utilização de anestesia geral, localizadas em pavimento(s) diferente(s) do de acesso exterior - deve possuir elevador de transporte de pacientes em macas ou rampa;</p>	<p>Os prédios são muito antigos e não houve atualização. Não há elevadores ou rampas.</p>	
<p>RDC nº50/2002: as escadas que, por sua localização, se destinem ao uso de pacientes, têm de ter largura mínima de 1,50m e serem providas de corrimão com altura de 80 cm a 92 cm do piso, e com finalização curva. Vide norma ABNT NBR 9050, item 6.6.1;</p>	<p>Não atende (1,40m).</p>	
<p>RDC nº50/2002: nas unidades de internação, a distância entre a escada e a porta do quarto (ou enfermaria) mais distante não pode ultrapassar de 35,00m;</p>	<p>Atende.</p>	
<p>RDC nº50/2002: <i>Nas internações gerais:</i> Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de temperatura, umidade e qualidade do ar, demandando climatização artificial e necessitando de exaustão mecânica.</p>	<p>Não atende, não há climatização artificial e muitas enfermarias não possuem ventiladores.</p>	
<p>RDC nº50/2002: Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que não carecem de condições especiais de iluminação. Não necessitam de incidência de luz de fonte natural direta nem de iluminação artificial especial.</p>	<p>Atende.</p>	

Lei 10216/2001: ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.	Não atende. Os pacientes não possuem uma privacidade ambiental e um tratamento adequado.	✘
Lei 10216/2001: ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.	Atende em parte. A inserção da família está sendo efetuada, porém o tratamento pode ser considerado inadequado, uma vez em que seus ambientes estão danificados e o descaso está evidente.	✘

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

6.2. Análise Pós-Ocupacional no Serviço Emergencial Psiquiátrico

O Serviço Emergencial Psiquiátrico, como se pôde perceber durante as abordagens feitas nesta pesquisa, é atualmente o “coração” do HUP. Com os regimentos da Reforma Psiquiátrica e com a difícil missão dos antigos hospitais psiquiátricos de se integrar às novas políticas humanitárias, o funcionamento do Hospital Ulysses se readaptou ao sistema social atual. Com a maioria das suas atividades interrompidas, o HUP hoje, se destaca por ser o único do estado de Pernambuco que trata pessoas com transtornos mentais em casos emergenciais e ganhou importância fundamental em meio ao regime antimanicomial, e talvez por isso sobreviva até hoje: tratar os casos mais graves dos deficientes mentais e os devolver o mais rápido possível após seu devido tratamento para a reintegração à sociedade. Por este motivo, pode-se dizer que sua importância em meio à sociedade é fundamental.

Figura 37 - Fachada do Serviço de Emergência Psiquiátrica do Hospital Ulysses.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Durante este item, será abordada a Análise Pós-Ocupacional no setor de Serviço Emergencial Psiquiátrico (SEP), sendo atualmente o principal setor do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano. Durante esta investigação, foi usado diversos métodos e com a soma deles, foi possível fazer um diagnóstico mais compatível com a realidade.

6.2.1. Percepções comportamentais

Em relação ao funcionamento atribuído aos pacientes do SEP, existem algumas limitações de acordo com as funções limitadas por cada ambiente e por também, o atual estado do paciente e sua fase de tratamento. O mapa mais adiante (Fig. 38) revela quais são os usos dos ambientes de acordo com suas funções. Após a reforma que em 2008 o SEP recebeu, atualmente o setor conta, de acordo com suas funções de acesso:

- Para os pacientes: sala de espera (a), dois banheiros (d), as enfermarias (k, l) e seus pátios (n, q);
- Atendimento dos pacientes: sala de triagem (b), consultórios de triagem (c), consultórios das enfermarias (h), postos de enfermagens (o) e a sala de intercorrência clínica (p);
- Exclusivo para funcionários: arquivo/recepção (s), banheiro (e), repouso de funcionários (f, g), sala multifuncional (i), copa (j) e outras salas como o expurgo, DML (Departamento de Material de Limpeza) e a rouparia.

Figura 38 – Mapa do funcionamento dos ambientes do SEP.



Fonte: Secretaria da Saúde, 2017. Editado pelo autor, 2018.

Os funcionários do SEP, segundo os médicos, se dividem em dois períodos por dia (plantões), dessa forma, são três psiquiatras e dois clínicos por plantão. Os psiquiatras de acordo com o quadro clínico que os clínicos traçam, possuem a função de entender o quão apto os pacientes estão para ser transferido de um ambiente a outro. Entre os funcionários, existe também um assistente social, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem e em torno de mais seis que ficam nas enfermarias. Com a função de intermediar fisicamente e de controlar situações difíceis, a emergência conta com três seguranças.

De acordo com as normas da ANVISA, alguns ambientes são optativos de acordo com suas atividades exercidas como os ambientes de copa, posto policial, entre outros, porém, existem ambientes SEP que são obrigatórios em uma unidade de emergência, por isso, a seguir, a tabela faz uma relação de quais

ambientes se deve ter, contendo quais o HUP já possui e quais faltam, além de representar as exigências dimensionais:

Tabela 2 - Dimensões exigidas (RDC nº50) X realidade

Ambientes exigidos	m²	Ambiente no HUP	m²	Situação
Sala de triagem	8,0	Existe	12,39	Atende
Serviço social	6,0	Existe na sala multifuncional	7,05	Em parte (outras funções)
Sala de suturas	9,0	Não existe	-	Não atende
Sala de inalação	1,6 por paciente	Não existe	-	Não atende
Sala de gesso e redução de fraturas	4,0 por box	Não existe	-	Não atende
Sala para exame	7,5	Existe; (consultórios)	12,39 / 7,20 (internos)	Em parte
Sala de observação	8,5 por leito	Existem três (dois com 10 leitos e um com 5)	81, 81 e 43	Em parte (mín 85m ²)
Posto de enfermagem	6,0	Existem dois	6,89 e 9,30	Atende
Sala de serviços	5,7	Não existe	-	Não atende
Sala de emergências (adaptado p/ intercorrências)	6,0 por leito (segundo a portaria nº251)	Existe (Intercorrências, 6 leitos)	53,00	Atende (mín 36m ²)
Área de estocagem de hemocomponentes	Mín. não requerido	Não existe	-	Não atende
BWC Pacientes	Mín. não requerido	Existe	-	Atende
BWC Funcionários	Mín. não requerido	Existe	-	Atende
Rouparia	Mín. não requerido	Existe	-	Atende
Quarto de plantão	Mín. não requerido	Existe	-	Atende
Depósito de equipamentos	Mín. não requerido	Não existe	-	Não atende

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Para um maior discernimento sobre a funcionalidade da emergência, na imagem a seguir (Fig. Z), é apresentado o “Mapa de Fluxos” do SEP, onde, os processos dos cursos dos pacientes será melhor explicado, também no mapa, se encontram as demarcações dos ambientes para melhor entendimento.

O paciente, primeiramente inicia o seu atendimento na sala de espera (a), no qual aguarda para ser atendido na sala de triagem (b), onde, também, muitas vezes possui a função de posto de enfermagem (já que a sala não existe no SEP), o que muitas vezes dificulta o processo para os pacientes seguirem adiante e naturalmente, atrasando. Após a identificação da situação do paciente, ele pode ser encaminhado aos consultórios da triagem (c), e assim, com as devidas preocupações, poderá se retirar da Emergência. Em casos mais graves ou com a constatação de que o deficiente mental precisa de um tratamento, ele será examinado nos consultórios das enfermarias (h), para assim, ser internado nas Enfermarias (k, l, m) e ficar em observação. Após a constatação de que o paciente precisará ficar em observação na Emergência (caso contrário, será encaminhado para fora do SEP), o indivíduo é internado na enfermaria.

Observa-se que a “1ª Etapa” (em amarelo) do percurso remete ao primeiro processo do paciente, e assim por diante. De acordo com os funcionários, os pacientes que ainda não foram atendidos só devem circular até a primeira porta após os consultórios de triagem, pois, a partir dela (a “2ª Etapa” no mapa) só quem deve circular são os pacientes internados. Uma vez internados, os pacientes ficam em seus leitos nas enfermarias podendo utilizar o pátio interno da enfermaria, e caso ocorra algum transtorno em sua saúde, o paciente é transferido à sala de intercorrência clínica (p) para ser tratado e poder retornar à enfermaria. Muitas vezes, a porta da enfermaria masculina ou feminina é bloqueada, caso, segundo os médicos, exista alguns pacientes com um maior histórico de agressão ou em estado de perturbação. Em relação à quando a enfermaria está tranquila ou quando há um paciente mais “equilibrado”, ele poderá permanecer aberta, nesse caso, o paciente poderá (acompanhado por algum funcionário), seguir para o pátio externo, onde poderá ficar com sua família ou visitas no espaço para visitas (q).

Figura 39 - Mapa de fluxos do SEP.



Fonte: Secretaria da Saúde, 2017. Editado pelo autor, 2018.

Ainda sobre as enfermarias, atualmente são divididas em três salas, uma destinada às mulheres, com 10 leitos, outra para o público masculino, também com 10 leitos e uma terceira enfermaria menor, equipada com 5 leitos, na qual, a última é utilizada para pacientes mais estabilizadas, que não oferecem riscos, e por isso o ambiente está sempre aberto. Segundo Graça Macieira e médicos locais, as salas de enfermarias podem ser alternadas, ou seja, dependendo da demanda, a enfermaria extra poderá ser apenas para homens e vice-versa.

6.2.2. Análise ambiental dos percursos dos pacientes

Esta pesquisa tem como ponto de partida o enfoque nos pacientes em detrimento da arquitetura que os abriga, ou seja, o principal interesse aqui, é a investigação de como os espaços podem atingir e/ou alterar o bem-estar dos deficientes mentais no SEP, por isso, foi explorado apenas os ambientes e

atividades relevantes para uma formulação confiável, na qual concerna as respostas suficientes para os objetivos prenunciados.

Durante as análises, o conforto físico gerado em relação aos elementos arquitetônicos dos espaços é relacionado a partir de medições com o decibelímetro (equipamento utilizado para medir o nível de pressão sonora dos ambientes), o luxímetro (equipamento para medir o nível de luminância dos ambientes), registros fotográficos, respostas colhidas em conversas informais e entrevistas, e observações. No entanto, constata-se que dependendo do ambiente, não foi necessário algumas medições ou outros tipos de registros, em razão de algumas respostas não serem oportunas ou por ser assegurada respostas suficientes pela observação ou por uma quantidade menor de fontes de captação.

6.2.2.1. Sala de espera

Figura 40 - Sala de espera do SEP.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

O primeiro ambiente que o paciente utiliza é a sala de espera, na qual, com 40 m², parece não ser o suficiente, a rotatividade do SEP é evidente, por ser a única emergência psiquiátrica, suas dimensões não são as mais adequadas, onde, possui vinte cadeiras, e em caso de lotações, não são o suficiente, precisando que alguns dos pacientes ou familiares, aguardem em pé. No ambiente foi possível encontrar diversas inadequações como o seu mobiliário, que, como dito há pouco, são insuficientes, além de que, os que existem estão danificados, dessa forma atingindo diretamente o comportamento dos pacientes e aumentando seu estresse físico e mental. Dos pacientes que chegam ao SEP,

existe também aqueles que precisam ser “contidos”, pacientes que chegam com um grave estado comportamental que ofereça risco a si ou ao seu entorno são literalmente contidos a força com ajuda dos seguranças e pressionados a sentar e serem amarrados nas poltronas que existem ali, poltronas essas que estão em alto estado de deterioração e ficam “largadas” no chão da sala, ou seja, além do indivíduo chegar com um grave estresse mental, ele é obrigado a ser contido em um assento desconfortável, assim, mais uma vez prejudicando o seu estado.

Figura 41 - Poltronas da sala de espera.

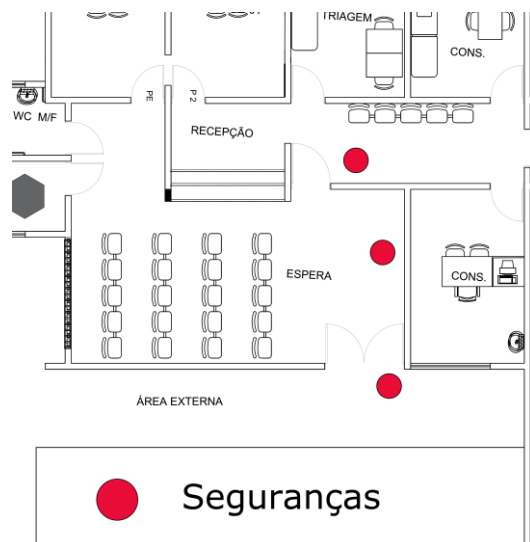


Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

A sala de espera, por ser o primeiro ambiente percorrido, conseqüentemente é o ambiente que há as maiores eventualidades, onde, circunstâncias de risco podem acontecer, pois, muitos pacientes ingressam no SEP em um estado maior de descontrole mental e físico, em que, segundo os funcionários, é necessário a presença de seguranças para auxiliar os médicos e controlar situações. Um segurança permanece dentro da sala de atendimento, em frente aos pacientes, outro segurança faz papel de controle da porta da entrada do SEP e o terceiro se encontra na porta da sala da espera para o corredor, fazendo papel de controle de passagem interna. Em campo, foi notável o controle dos seguranças, pacientes que chegam com descontrole ou circulam pelo SEP de forma indevida muitas vezes são dominados e algemados ou amarrados nas próprias cadeiras ou amarrados nas poltronas da sala de espera.

Os seguranças também possuem o papel físico de colocar os pacientes sobre as macas.

Figura 42 - Vigília dos seguranças.



Fonte: Secretaria da Saúde, 2017. Editado pelo autor, 2018.

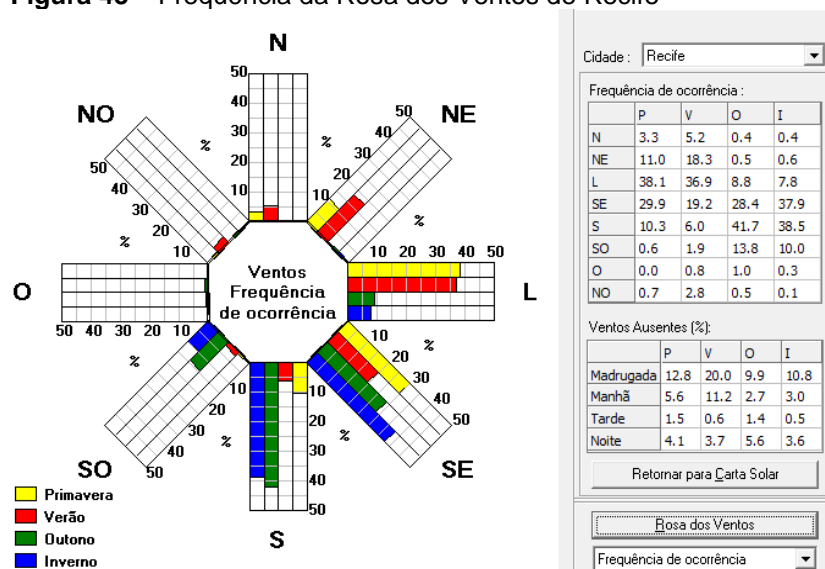
Já em relação ao conforto acústico, a sala de espera é por motivos óbvios o local que mais sofre ruídos sonoros. Muito dos ruídos tem origem externa, por o ambiente estar mais próximo à rua e possuir portão de grade com aberturas, além de cobogó, facilita a entrada do som de fora. Além do barulho externo, também é a área que origina o maior ruído do SEP, com muitos pacientes instáveis recém-chegados, dessa forma, sendo comum haver desordem no ambiente acompanhado de gritos. As normas em relação aos controles de ruídos não são muito claras, o que se menciona no RDC nº 50 sobre os ruídos dos espaços emergenciais é que “carecem de condições especiais de níveis de ruído e que o produzem em grau elevado. Necessitam de barreiras acústicas que garantam a não interferência desses ruídos em outros ambientes”, assim, caracterizando a emergência de modo generalizado. Já na NBR 10.152 (citada nas normas da RDC nº 50), diz apenas que em ambientes de área pública em hospitais, deve possuir uma média de 40 dB à 50 dB.

Foi medido então, *in loco* com o suporte do decibelímetro, percebeu-se que o ambiente possui uma acústica um tanto relativa, onde pode estar a 60 dB e em outro momento, a mais de 90dB. Porém, há de se compreender que a sala

de atendimento é inerente ao controle sonoro produzido pelos pacientes, dessa forma, com base nas normas, é esperado que os outros ambientes possuam um maior isolamento acústico para obstruir os ruídos gerados pela sala de espera.

Em relação ao conforto lumínico, não há na NBR 5413, onde, são apresentadas as normas para a luminância de interiores, uma norma estabelecida especificamente para sala de espera em hospitais, mas, pode-se dizer que a luminosidade, no ponto de vista de observação, a iluminação pareceu adequada, com raios luminosos vindo dos cobogós e da porta. Em referência ao calor do espaço, pode-se dizer que não é o ideal, com apenas um ventilador (vide Fig. 43), ficando difícil satisfazer a quantidade de pessoas no local.

Figura 43 – Frequência da Rosa dos Ventos de Recife



Fonte: Fonte: SOL-AR 6.2.

Como se pode ver na Figura 43 acima, a ventilação em Recife é predominante nas regiões do sul e sudeste, e, apesar da sala de atendimento fazer uso de cobogós, o ambiente está configurado no oeste do SEP, dessa forma, aumentando a intensidade do calor.

Figura 44 - Cobogós da sala de atendimento.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

No que concerne à distração positiva gerada pelo ambiente, existe apenas uma televisão antiga muito pequena em relação ao ambiente, na qual se encontrava desligada em alguns momentos.

Figura 45 - Televisor no ambiente.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor.

6.2.2.2. Banheiros dos pacientes

Os banheiros pautados neste item são os que se referem aos espaços do pré-internamento, externos às salas. É possível admitir que avaliar o estado desses banheiros não foi uma tarefa de difícil compreensão, dado que, tanto o sanitário da sala de atendimento como o do corredor possuem características parecidas em relação ao seu mau estado, no qual, foi facilmente verificável.

Figura 46 - Banheiro da sala de espera.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

O a fotografia acima (Fig. 46), se trata do sanitário da sala de atendimento, no qual, o seus materiais se encontram defasados, com goteira na pia, com os apoios para cadeirante também defasados, vaso sanitário com a caixa acoplada enferrujada e sem assento, desta forma, oferecendo um risco de alto grau de doenças. No entanto, em relação as dimensões ao seu espaço e a porta, são compatíveis para um deficiente físico. A luminosidade do espaço não cumpre o exigido em norma (de 100 lux à 200 lux), com apenas 40 lux à 50 lux.

O banheiro do corredor não se difere muito às condições físicas do ambiente, onde, os materiais estão evidentemente precisando de substituição, com rachaduras, parede aberta e ferrugens. Os equipamentos como o suporte para a saboneteira líquida não possui sabonete, a papelreira só se encontra com a carcaça, sem papel para secagem, o vaso sanitário se encontra, mais uma vez, aqui, sem o assento e com a caixa acoplada enferrujada. O banheiro também não possui papel higiênico e sua lixeira sem tampa. No espaço, o batedor e a grade da porta também estão danificados, dificultando o fechamento e não existe barras de apoio para cadeirantes.

Em contrapartida, sua luminosidade, com a luz acesa pode ser considerada eficiente e está adequada com as normas (com mais de 100 lux).

Figura 47 - Banheiro da circulação.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Podemos presumir então, com todas as características desses sanitários reveladas, que não restam dúvidas que eles se encontram inadequados para o uso de qualquer indivíduo, muito menos pacientes que precisam de cuidados, desta forma, precisando urgentemente de intervenções.

6.2.2.3. Sala de triagem

A sala de triagem, é o local, como foi evidenciado antes, por onde o paciente após aguardar sua vez, entra e é avaliado para ser encaminhado aos consultórios.

É necessário mencionar, antes de mais nada, que apesar da sala de triagem possuir as dimensões exigidas por norma, segundo médicas que trabalham no SEP, a sala é utilizada de maneira indevida, pois, a ela é atribuída a função também de posto de enfermagem (já que a área fora da internação não possui), o espaço também é usado para fazer curativos, por isso, muitas vezes o ambiente se torna pequeno para as diferentes atividades e com diversos funcionários, além de que o clínico não possui uma sala para observação dos pacientes em atendimento, assim, também utilizando e alternando a sala de triagem e consultórios para as suas atividades.

Figura 48 – Layout e fotografia da sala de triagem do SEP.



Fonte: Recorte da planta baixa obtida na Secretaria de Saúde de Pernambuco / Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Pode-se confirmar com as imagens acima, que a sala é desordenada, de fato, com observação *in loco*, foi percebido que o ambiente está sempre com vários funcionários com atividades diferentes. Podemos perceber também, em relação aos móveis, que as mesas estão dispostas de forma inconveniente em relação ao tamanho do espaço quando é necessário de mais pessoas para colocar um paciente no leito da sala ou quando é realizada mais de uma tarefa. Os funcionários que usam o espaço reclamaram também das cadeiras de plástico, das quais não são adequadas e em algumas situações já quebraram. O ar-condicionado do ambiente também é faz parte das suas indagações, já que, dizem “quebrar muito” ocasionando muito calor. A pia do espaço também se mostrou uma das queixas, na qual, segundo eles, não é adequada o suficiente para realizar a higienização. Outra observação que os funcionários fizeram foi de que o móvel (Figura 49) onde ficam os materiais de curativos e sutura é de vidro, podendo assim, com algum paciente mais descontrolado, quebrar e ferir as pessoas.

Figura 49 – Móvel de sutura.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Apesar das objeções terem sido feitas por feitas pelos funcionários que utilizam o espaço e não os pacientes, esses problemas podem atingir direta e indiretamente os pacientes, já que em relação aos móveis que eles trabalham pode gerar um estresse físico e/ou mental, assim, prejudicando o atendimento, além dos outros problemas como espaço e cuidados que podem afetar diretamente.

No que se refere ao conforto lumínico, foi registrado uma média de 60 lux, possuindo desta forma uma intensidade inadequada, já que a norma solicita um mínimo de 150 lux no ambiente e um mínimo de 300 lux para a mesa de trabalho. E sobre o conforto acústico, por meio conversas, medições e observação, constatou-se também a inadequação sonora, onde, o ambiente se encontra muito próximo à sala de atendimento e não possui um isolamento acústico devido, nas recomendações normativas, o mínimo de decibéis deveria ser de 45 dB a 55 dB, e o decibelímetro registrou no local uma média de 70 dB.

Figura 50 - Sala de triagem.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Os materiais do ambiente como as paredes, piso e elementos estruturais, de uma forma geral se apresentaram de forma adequada, apesar dos arredores do ar-condicionado precisar de pinturas.

6.2.2.4. Consultórios

Os consultórios são utilizados para junto com o diagnóstico feito na sala de triagem, decidir qual processo o paciente deverá iniciar, podendo ser encaminhado de volta a sua residência, com os devidos remédios e cuidados ou ser transferido para internamento na enfermaria. Portanto, da mesma forma que na sala de triagem, o ambiente deverá estar adequado para os médicos, de forma que o atendimento repercuta de maneira positiva ao paciente. Para este item, a análise foi feita em duas salas de consultório.

Foi percebido que o ambiente possui uma cuba adequada, sendo constituída por granito. Os materiais estruturais do ambiente precisam de pequenos reparos apenas, mas se encontra adequado, de uma forma geral.

Já os móveis da sala precisam de ajustes, o espaço que deveria possuir uma maca de altura ajustável ou mesa para exames (já que na sala também se faz exames em algumas ocasiões), em seu lugar existe um móvel que mais se assemelha a uma cama de massagem, dessa forma, não sendo possível ajustar sua altura, além de que o estofamento da mesma se encontra rasgado em algumas partes. As cadeiras possuem a mesma deficiência que em outros espaços, pois, são de plástico, exaurindo o conforto físico de médicos e pacientes.

Figura 51 - Sala de consultório



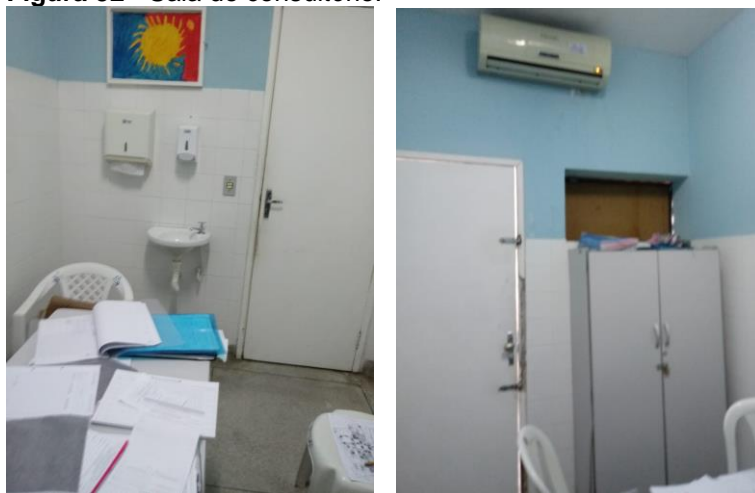
Fonte: Fotografia registrado pelo autor, 2018.

A sala, da mesma forma que a sala de triagem (e todos setores atendimento), possui uma ventilação artificial, equipados com ar-condicionado, no caso deste consultório, como há muitos atendimentos, muitas vezes a porta permanece aberta, dessa forma, gerando calor.

No que diz respeito ao conforto lumínico e acústico, a sala indicou uma média de respectivamente, 80 dB e 120 lux, assim, correspondendo adequadamente apenas com a luminância (100 lux requerido) para o trabalho do médico.

Na outra sala de consultas, com uma dimensão menor, em sua mobília, o ambiente não faz uso de maca, possuindo apenas a mesa da psiquiatra e cadeiras, novamente, de plástico. O calor neste consultório foi apercebido como mais incomum por estar em um espaço menor, e que pouco permanece de porta aberta.

Figura 52 - Sala de consultório.



Fonte: Fotografias registradas pelo autor, 2018.

Os materiais e acabamento do ambiente estão com melhores condições que nos outros ambientes analisados, porém, não existe fonte de iluminação natural (vide a Fig. 52), fazendo uso apenas da iluminação artificial, desta forma, pontuando 86 lux, onde o mínimo deveria ser de 100 lux e 60 dB, se aproximando a média que a norma estabelece (45 dB – 55 dB), ainda que inapropriado.

6.2.2.5. Enfermarias

Os ambientes das enfermarias ou salas de observação do SEP, são um dos ambientes mais relevantes para os pacientes, uma vez que, são nesses espaços onde eles ficam a maior parte do tempo de seu

internamento/tratamento, no qual muitas vezes permanecem de uma forma involuntária, conseqüentemente, requerendo uma maior humanização para os tranquilizar.

Com a reforma ocorrida em 2008 no SEP, com uma configuração espacial retangular, as enfermarias de fato ganharam uma maior humanização, atualmente cada uma delas contam com pátios anexados para a circulação e distração positiva dos enfermos.

I – Enfermaria Masculina

A enfermaria masculina da emergência possui um grande espaço com um total de 81 m² com 10 leitos dedicados aos pacientes. As impressões sobre a enfermaria foram facilmente percebidas, e assim, confirmadas com auxílio de medições, conversas e entrevistas.

O posto de enfermagem anexado com as áreas masculinas se encontrava no escuro, onde, não havia nenhum técnico de enfermagem. Segundo funcionários, a luz do ambiente apenas era acesa “quando se dava alguma medicação”. Adentrando à enfermaria, o nível de deterioração da estrutura interna (na área dos leitos) não estava prejudicada como na maioria dos ambientes que se tem uso de pacientes, parecendo então, satisfatório. Porém, os leitos se encontraram antigos e danificados, necessitando assim, de reparos ou substituições, e, segundo familiares de pacientes, em relação a coberta, travesseiro e outros itens para o melhor conforto do enfermo, apenas são entregues aos pacientes pelos próprios familiares, dessa forma, resultando em camas que além estarem deterioradas, não estabelece o mínimo de conforto para os enfermos em tratamento.

Figura 53 - Enfermaria masculina do SEP.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Além dos leitos danificados, as poltronas destinadas aos familiares dos pacientes e os armários para armazenar os pertences dos pacientes também se encontram extremamente danificados.

Figura 54 - Leito, poltrona e armário da enfermaria masculina.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

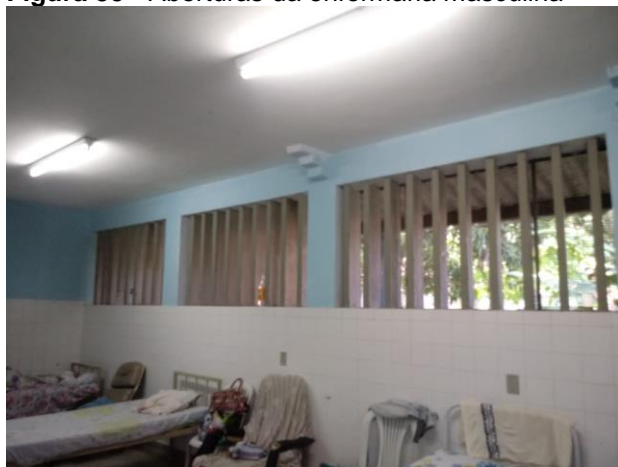
Em relação às dimensões, os leitos obedecem ao mínimo normativo de 1,00 metro entre eles. O conforto acústico do ambiente varia, pois, no local também há o ruído emitido pelos próprios paciente, além de que de vez em quando, a porta fica aberta (com pacientes calmos), dessa forma, permitindo a entrada de ruídos externos com mais facilidade, através do equipamento para tal, foi registrado uma média de 55 dB, assim, não atingindo o mínimo exigido (35 dB – 45 dB).

No que diz a respeito do conforto lumínico do espaço, foi registrado uma média de 14 lux à 33 lux, onde, o ambiente parece possuir fontes naturais de iluminação, porém, por causa de sua dimensão, a luz não se espalha o

suficiente. Nas normas para iluminação não existe um mínimo específico para as enfermarias, no entanto, na RDC nº 50, se diz precisar de quatro tipos de iluminação nas enfermarias, onde, possua uma arandela na cabeceira dos leitos, outra para exame, outra para vigília a 50 cm do piso, além de uma geral em posição que não incomode os pacientes deitados. Conforme foi visto no ambiente, a única iluminação artificial que obedece ao que se é solicitado na norma é a geral, onde, algumas delas estão queimadas (vide Fig. 53). Além disso, a iluminação artificial é apagada em todas as enfermarias a partir das 20 horas todos os dias.

A ventilação da enfermaria ocorre de maneira natural, não existem ventiladores ou ar-condicionado, as aberturas, portanto, estão posicionadas em duas paredes, uma delas ao sudeste, por onde se foi constatado (vide Fig. 55) que a ventilação é mais forte, porém, pelo fato da enfermaria depender apenas da ventilação natural, muitas vezes o ambiente fica no calor.

Figura 55 - Aberturas da enfermaria masculina



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Apesar da enfermaria obedecer a diretriz e possuir um banheiro próprio (possuindo dois), os sanitários não podem ser considerados adequados. Foi visto que o lavatório externo está impossibilitado de utilização, visto que, o mesmo está com a torneira quebrada.

Figura 56 – Área do lavatório externo do banheiro da enfermaria masculina.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Dentro dos banheiros, foi visto que todas as mesmas deficiências dos banheiros externos aqui se repetiram, dessa forma, aparentando um certo padrão, pois, as paredes estão danificadas, não existem barras de apoios para deficientes físicos, o vaso sanitário não possui assento, e apesar da caixa acoplada não estar enferrujada aqui, neste caso, segundo funcionários, a descarga estava quebrada. A ausência de portas nos banheiros também é notória, pois, não existe privacidade para os enfermos para as suas necessidades fisiológicas.

Figura 57 – Banheiro da enfermaria masculina



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

O pátio anexado com a enfermaria masculina serve como uma distração positiva para os enfermos, onde, a ausência de cobertura faz a iluminação, ventilação e natureza adentrar de uma forma benéfica para a saúde dos

pacientes, porém, ainda assim, é possível pontuar algumas deficiências como a deterioração de elementos construtivos.

Figura 58 – Pátio da enfermaria masculina.

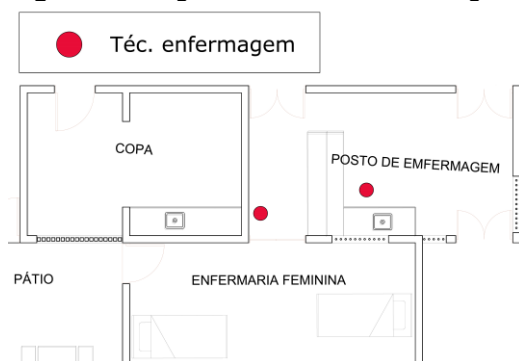


Fonte: Fotografias registradas pelo autor, 2018.

II – Enfermaria Feminina

A enfermaria possui as mesmas deficiências encontradas nos recintos da enfermaria masculina, porém, durante a análise, foi percebido que a enfermaria feminina estava bloqueada por “possuir mulheres com históricos de violência”, e por estarem agitadas as portas para acesso direto ao pátio feminino e sua enfermaria estavam fechadas, é interessante adicionar, que os técnicos de enfermagem que ficam no posto de enfermagem que intermediam e se responsabilizam pelos bloqueios. O bloqueio é feito pela porta, porém, existem aberturas com grades que possibilitam a comunicação com os internos.

Figura 59 - Vigília dos téc. de enfermagem.



Fonte: Secretaria da Saúde, 2017. Editado pelo autor, 2018.

Figura 60 - Área interna da enfermaria feminina com aberturas com grades na porta e parede



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

O nível de deterioração de materiais na área interna da enfermaria feminina é maior que na masculina, necessitando de pinturas, e substituições de azulejos. Os armários e leitos, como pode ser visto na foto abaixo (Fig. 61), também possuem os mesmos problemas que na enfermaria masculina. No entanto, as dimensões entre os leitos cumpriam a distância mínima de 1 metro.

Figura 61 - Enfermaria feminina do SEP.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

O conforto acústico e lumínico no espaço, não apresentou resultados relevantes em diferença a enfermaria masculina, apresentando 65 dB e uma média de 42 lux. As deficiências de iluminação artificial, também são as mesmas, e o banheiro, apesar da não possibilidade de entrada (por estar em uso), possuía, no geral, de acordo com funcionários, a maioria dos problemas da

enfermaria masculina, sem contar com portas, possuindo dimensões suficientes para cadeira de rodas, mas não sendo utilizáveis já que o banheiro também não conta com barras de apoio.

As aberturas do espaço estão posicionadas para o sudoeste, onde, naturalmente não possui uma quantidade satisfatória de correntes de ventilação, exalando ainda mais o calor, já que, o ambiente também não possui equipamentos para tal.

O pátio feminino, no quesito de deterioração, parece ter as mesmas deficiências do pátio masculino. E apesar de possuir mais de 100 m², dimensões parecidas com a do setor masculino, não condiz com o mesmo conforto solar de lá, pois, está direcionado ao oeste, direção onde se faz mais calor em Recife. Também não conta com o mesmo poderio de natureza, não dispendo de árvores ou plantas externas que adentram ao pátio, e ao contrário do que o *layout* mostra, no centro do pátio não há mobília.

Figura 62 - Pátio da enfermaria feminina.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

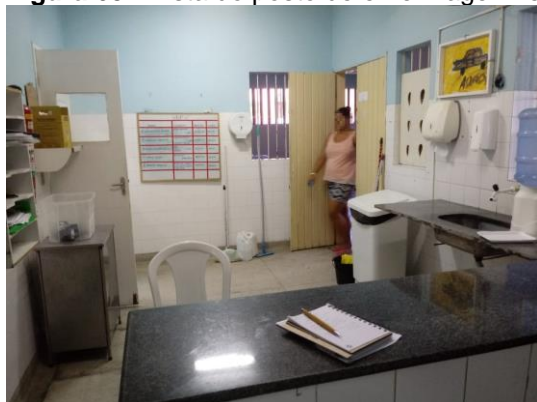
É de extrema importância também, pontuar que o pátio feminino, apresenta riscos físicos sérios e até mortais para os pacientes, uma vez que existem varais feitos de cordões, que podem ser utilizados para suicídio.

III – Enfermaria Extra (feminina)

Além do SEP possuir as duas enfermarias analisadas acima, há também uma terceira enfermaria menor, em que, possui apenas cinco leitos. Em relação ao seu acesso, existe a diferença que essa enfermaria é utilizada apenas por

enfermos que se apresentaram mais confiáveis, onde, a porta permanece aberta para que os mesmos possam sair e voltar a enfermaria quando precisarem.

Figura 63 - Vista do posto de enfermagem feminino: acesso da enfermaria extra.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Apesar da enfermaria ser superior a área exigida em relação ao número de leitos, sua configuração organizacional estava com um dos leitos constringido a outro, desobedecendo o mínimo estabelecido de 1,00 m, como pode ser visto no *layout* abaixo (Fig. 64).

Figura 64 - Enfermaria extra do SEP.



Fonte: Secretaria da Saúde, 2017. Editado pelo autor, 2018. / Fotografia registrada pelo autor, 2018.

A ventilação do ambiente é maior em relação a enfermaria feminina, pois, suas aberturas são maiores em relação ao tamanho da enfermaria, e ainda, se encontram nas três paredes do espaço, possibilitando uma circulação mais eficiente. O conforto lumínico é um tanto mais baixo que nos outros ambientes, com variações de 25 lux à 30 lux, e o em relação aos ruídos, se apresentou com a mesma eficiência que na enfermaria masculina, com 55 dB.

Figura 65 - Enfermaria extra do SEP.

Fonte: Fotografias registradas pelo autor, 2018.

Os materiais dos elementos estruturais do espaço se mostraram adequados, porém, a porta e leitos se mostraram defasadas. E o banheiro, apesar de possuir problemas parecidos como os outros banheiros, se mostrou em melhores condições por apresentar diferenças, possuindo porta para privacidade do paciente e lavatório externo com boas condições.

Figura 66 - Pátio da enfermaria extra.

Fonte: Fotografia registrada pelo autor.

O pátio externo, ao contrário do pátio da enfermaria feminina maior, apresenta muita sombra, onde, na maior parte do dia aparentemente, um pouco do sol rebate no pátio, pois, as sombras são geradas pelas paredes da enfermaria maior ao lado. A deterioração dos pilares e pintura aqui se apresentam da mesma maneira que nos outros pátios, porém a poeira e areia no local se apresenta com mais intensidade. O espaço também há problema de

varais, porém, em relação ao conforto térmico, o ambiente se mostrou mais agradável que o outro pátio feminino.

6.2.2.6. Intercorrência Clínica

A sala de intercorrência, usada para circunstâncias de maiores gravidades com os enfermos, é o único ambiente oferecido aos pacientes que é equipado com ar-condicionado. No entanto, normalmente só é ligado à noite. Por isso, a sala pode fazer calor ou não, porém, da mesma forma que na enfermaria masculina, também faz uso de uma janela direcionada ao sudeste.

Figura 67 - Intercorrência Clínica.



Fonte: Fotografias registradas pelo autor, 2018.

No momento em que foi realizado a pesquisa em campo, o ambiente se encontrava com as luzes apagadas, e de acordo com enfermeiros que estavam no momento, as lâmpadas são acesas em ocasiões necessárias, normalmente quando o médico necessita enxergar melhor para realizar procedimentos, todavia, é comum a sala estar mais escura para pacientes em repouso. Foi aferido que o ambiente, apenas com iluminação natural fez de 20 lux à 40 lux, já com as luzes acesas, fez uma média de 142 lux na mesa de diagnósticos (onde deveria constar 300 lux).

Sobre a acústica, o ambiente registrou uma média de 65 dB à 71 dB (devendo estar entre 35 dB - 45 dB), sendo o suficiente para entender que a sala necessita de um isolamento acústico mais eficiente, já que o quadro do paciente aqui, pode estar mais agravado.

Figura 68 - Móveis da Intercorrência Clínica

Fonte: Fotografias registradas pelo autor, 2018.

Em relação aos materiais do ambiente, se mostraram em boas condições, ao contrário, dos móveis, com destaque para as poltronas utilizadas pelos familiares, como nos exemplos acima (Fig. 68).

O uso das camas tipo *Fowler*, como é recomendado nas normas das novas políticas hospitalar-psiquiátrica, é respeitado, porém, uma delas não obedece a distância entre os leitos de 1,00 m, havendo apenas 0,76 m entre elas.

O banheiro da sala de intercorrências se mostrou em funcionamento, contando com assento no vaso sanitário e com porta para privacidade. Em relação a sua acessibilidade, dessa vez, o sanitário possui a possibilidade de uso de cadeirante, com um vão maior que 80 cm e barras de apoio.

Figura 69 - Layout e banheiro da Intercorrência Clínica.

Fonte: Secretaria da Saúde, 2017. Editado pelo autor, 2018. / Fotografia registrada pelo autor, 2018.

6.2.2.7. Pátio externo

O SEP possui uma extensa área externa destinada aos pacientes e seus familiares, onde, para os pontos positivos conta áreas arborizadas, ventilação agradável, com um conforto sonoro de 50 dB e possuindo bastante iluminação natural (330 lux).

Figura 70 - Pátio externo do Serviço de Emergência Psiquiátrica



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Infelizmente o uso do pátio externo é limitado, não são todos os enfermos que podem utilizar, o direito de uso será determinado pelo seu comportamento e da visita de familiares, e ao ser concedido o direito de uso, também precisará ser vigiado. Outro ponto inconveniente é a baixa qualidade e a falta de conforto que a mobília oferece, com o material de concreto, parece não ser o material mais adequado para pacientes que se encontram em tratamento. Além disso, com partes do mobiliário lascadas ou até sem banco, como é mostrado na Figura 71, a falta de manutenção da mobília também chamou atenção.

Figura 71 – Espaço para visitas.



Fonte: Fotografias registradas pelo autor.

A falta de um melhor tratamento na vegetação do pátio também chamou atenção, além da falta de um melhor aproveitamento do espaço com atividades ao ar-livre, como terapia em grupo, entre outras práticas que poderiam ajudar nos seus tratamentos.

Figura 72 - Pátio externo do SEP.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

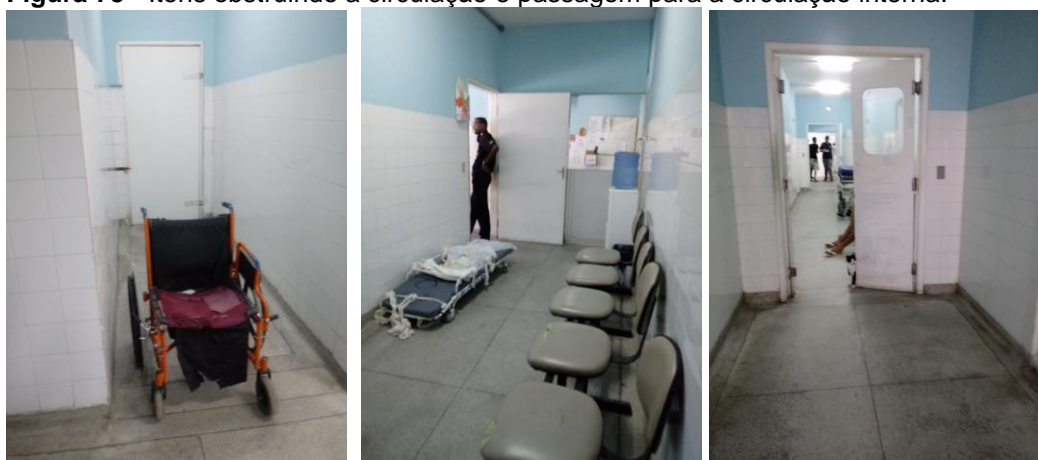
6.2.3. Outros aspectos ambientais do SEP

Durante a análise em campo, foi observado alguns comportamentos influenciados pelos ambientes, ausências de ambientes que acarretaram outros problemas e mais outras observações que devem ser levadas em conta.

O piso é uma questão a ser pautada, já que, apesar de não existir uma norma específica para isso, não é antiderrapante, podendo oferecer mais riscos para os funcionários e pacientes. Outra questão que deve ser mencionada pelo fato de não estar cumprindo a dimensão de largura mínima estabelecida pelas

normas da ANVISA, é a circulação de toda a emergência com apenas 1,40 metros. Nas normas, é relacionado o mínimo de 2,00 metros, dessa forma, também é explicado que não se deve ter equipamentos ou móveis que obstruam e reduzam a largura, entretanto, também foi verificado que não é o que acontece, já que o ambiente para armazenar as cadeira-de-rodas e macas foi desativado (na sala desativada da sala de espera), conseqüentemente, sendo muitas vezes deixadas na circulação principal e nos corredores para acesso dos pátios das enfermarias.

Figura 73 - Itens obstruindo a circulação e passagem para a circulação interna.



Fonte: Fotografias registradas pelo autor, 2018.

Foi reparado que na maioria dos ambientes do SEP possuem lixeiras sem tampa, dessa forma, potencializando riscos de saúde, principalmente em ambientes de atendimento médico, onde, é os processos com o paciente são feitos.

Figura 74 - Lixeiras abertas



Fonte: Fotografias registradas pelo autor, 2018.

Outra problemática que deve ser mencionada, é o fato do SEP não possuir refeitório para os pacientes (ao contrário dos funcionários), onde, as refeições são levadas para os ambientes da emergência e entregues para eles, dessa forma, se alimentando onde quer que os mesmos estejam, gerando dificuldades dependendo de onde estejam. Na Figura 75 abaixo, mostra o momento em que o carrinho de alimentos chegou na sala de espera.

Figura 75 - Momento em que o “carrinho” de alimentos chega ao SEP.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

A falta de ambientes acolhedores, com uma arquitetura de interiores mais elaborada e esteticamente mais bela é notória, porém, foi reparado que quase todas as paredes da emergência, apesar de muitas precisarem de repintura, foram pintadas com a cor azul, que segundo o “Manual Prático de Arquitetura e Urbanismo para Centros de Atenção Psicossocial” e sua autora, a cor azul é “calmante, é usado em terapias de distúrbios psíquicos e agitações. Em excesso pode também levar à depressão” (PADOVANI, 2013, p. 44).

Figura 76 - Circulação do SEP com paredes azuis e quadros.



Fonte: fotografia registrada pelo autor.

A cor predominantemente utilizada no SEP pode, então, tranquilizar os indivíduos, e apesar do uso em excesso, a causa da depressão pode ser dificultada, uma vez que os pacientes não devam demorar muito tempo no hospital. Outro ponto positivo em relação a decoração é a arte utilizada em alguns espaços como mostra a Figura 76 acima, passando uma sensação de inclusão e “quebrando” a sobriedade do lugar.

O ponto fortemente negativo do SEP, foi a quantidade encontrada de elementos arquitetônicos, móveis, materiais e estruturas desgastadas na maioria dos ambientes destinados aos pacientes, como, portas rachadas (ou ambientes sem portas), paredes com rachaduras, abertas ou descascadas, azulejos e pilares desgastados, banheiros praticamente destruídos, madeiras mofadas, poltronas e cadeiras rasgadas, leitos necessitando de reparos. No entanto, foi percebido que nos ambientes onde os funcionários trabalham ou descansam, onde, os problemas de desgaste e conforto evidenciados, são bem menores, inclusive assegurando uma copa exclusiva, dessa forma, refletindo o desinteresse para os enfermos.

Figura 77 - Copa para funcionários e banheiro de sala de repouso de médicos.



Fonte: Fotografias registradas pelo autor, 2018.

Nas imagens acima (Figura 77), a copa/refeitório dos funcionários com todos equipamentos que precisam como ventilador, micro-ondas, etc. Na segunda imagem, o banheiro interno da sala de descanso dos médicos, onde, tudo parece mais novo e nada parece faltar.

Na Figura 78, abaixo, um televisor moderno para entretenimento de funcionários. Observando as imagens voltadas para os ambientes dos funcionários, pode-se notar facilmente a diferença de deterioração e de

equipamentos (ou falta deles). Nas salas dos funcionários, existem ar-condicionados, ventiladores para seu conforto, além de muitas vezes os materiais não estarem desgastados.

Figura 78 - Espaço com televisor moderno para funcionários.



Fonte: Fotografia registrada pelo autor, 2018.

Outro problema que deve ser mencionado, segundo psiquiatras que trabalham no SEP, é a falta de organização espacial, pois, foi relatado que algumas vezes os pacientes são medicados nos corredores, já que, de vez em quando, o SEP é naturalmente superlotado por ser a única emergência em funcionamento de Recife, e com apenas uma sala de triagem, onde também é utilizada como posto de enfermagem, transtornos espaciais e conseqüentemente, transtornos de tratamentos são evidentemente comuns.

Os pontos positivos que devem ser salientados, se referem ao bom atendimento dos médicos, técnicos de enfermagem e faxineiros que se mostraram presentes em vários ambientes se mostrando bem-intencionados, mesmo quando as estruturas mal condicionadas não ajudassem. Já os seguranças, pode-se dizer que também possuem boas intenções, porém, é necessária uma “reciclagem” na maneira de tratar os pacientes, já que algumas vezes parecem confundi-los com “indivíduos inconvenientes” e não como pacientes que precisam de ajuda.

6.2.4. Entrevistas

As entrevistas foram feitas de forma semiestruturada por meio de conversas informais baseadas nas perguntas do questionário feito para entrevistas estruturadas, havendo também entrevistas estruturadas, por meio do

questionário comentado (ver modelo do questionário no Apêndice A), onde, foi realizado com diversos usuários do Serviço de Emergência Psiquiátrica do HUP, como, psiquiatras, técnicos de enfermagem, seguranças, familiares de pacientes e até pacientes (com a presença de uma psiquiatra) um maior estado de equilíbrio. Durante as entrevistas, foi esclarecido que a pesquisa focava primeiramente o paciente e sua relação com os espaços, e que as respostas poderiam ser voltadas para todo o SEP e seus elementos espaciais, portanto, em algumas entrevistas, podemos encontrar também respostas voltadas para determinados ambientes que serão comentados a seguir.

As entrevistas tiveram o intuito de reforçar impressões e construir respostas, a primeira pergunta, feita em forma de uma tabela, solicita respostas simples mediante as sensações dos atributos ergonômicos, dessa forma, possibilitando entender seus sentimentos de acordo com as influências espaciais, suas respostas foram evidenciadas da seguinte maneira:

- O calor foi destacado com a mesma quantidade de respostas para “médio” e “alto”;
- A ventilação foi destacada como “média”;
- A iluminação natural foi também mais relacionada como “média”;
- O barulho foi decretado quase que por unanimidade como “muito”;
- A adequação dos móveis foi também determinada por quase todos entrevistados como “baixa”;
- Já a lotação do espaço foi vista como “média” pela maioria.

De acordo com as respostas obtidas com o “quadro de atributos” do questionário, pode-se dizer que as sensações dos usuários condizem com as análises feitas nos ambientes, onde, foi visto que o calor normalmente é alto nos ambientes, por não possuir equipamentos de ventilação ou refrigeração suficientes, além de estarem condicionados ao clima. Foi visto também que apesar da maioria dos ambientes terem sido reprovados para a aplicação do atendimento em relação à iluminação natural, sua intensidade é relativa, a depender do ambiente.

Quanto aos ruídos, foi verificado que praticamente todos os ambientes foram reprovados, sem o mínimo de isolamento, conforme foi confirmado por

todos. E em consideração a lotação dos espaços, foi respondida como média, no qual, foi observado que também é relativo, durante a análise, teve momentos em que o SEP estava com muitas pessoas em praticamente todos ambientes, mas, foi observado também que o espaço da sala de atendimento é o mais prejudicado, ficando muitas vezes com pacientes e familiares em pé.

No que se refere às respostas das outras perguntas, a seguir, será levantado comentários que prevaleceram nos questionários de acordo com cada pergunta, com algumas observações mais pertinentes:

- No quesito de necessidades concedida aos pacientes, praticamente todos os entrevistados disseram que eles não possuem;
- Em relação a adequação dos ambientes, todos os entrevistados disseram que o SEP precisa de reformas, com comentários alertando o estado precário, a necessidade de intervenções nas enfermarias e consultórios e mais espaço para a recepção dos doentes
- A maioria entendeu que os pacientes possuem alguma liberdade nos ambientes, foi destacada também a explicação de que quando sua liberdade é constrangida, se dá pelo risco de evasão;
- Todos reportaram que não há espaço suficiente para as atividades exercidas pela emergência;
- Na décima pergunta, todos responderam que não há espaço suficiente para as famílias e não estão adequados, destaque para o comentário de uma técnica de enfermagem, em que é dito que as famílias não são acostumadas com o serviço emergencial, assim, se assustando, dessa forma sugerindo um melhor conforto para mudar essa impressão;
- Na última pergunta, a respeito de críticas ou elogios, a falta de atividades terapêuticas foi contestada, e o incômodo em relação ao tamanho de espaços como a sala de espera e enfermarias. Também houve queixa no que concerne a falta de um refeitório para pacientes.





Indagações foram feitas também sobre o maior conforto dos móveis, conforto acústico e a falta de ambientes climatizados. E foi reforçado que a falta de terapia e a ociosidade só agrava o mal estado dos pacientes. Porém, o único elogio foi feito para a “desospitalização”,






se referindo ao bom atendimento prestado e o melhor tratamento sem segregação.







6.2.5. Quadros de resultados do SEP


Apesar dos resultados já anunciados em relação a algumas normas, dimensionamentos e a adequação do conforto lumínico e acústico, o quadro abaixo sintetiza o cumprimento ou não cumprimento das normas técnicas de construção e humanitárias no âmbito de arquitetura exigidas.

Tabela 3 – Normas X realidade no SEP.

Normas/Diretrizes	Situação atual	
<p>Lei 10216/2001: Como finalidade permanente, o tratamento consistirá em reinserir o paciente ao seu meio.</p> <p>Portaria nº251/2002:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência; - O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40 m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar. 	<p>No ponto de vista social interno, o descaso do Governo no cotidiano dos pacientes não permite a reinserção através de incentivos terapêuticos, a arte, música, eventos, jogos e espaços para visita de família, uma vez que todos incentivos foram cortados, contando apenas com uma terapeuta que atende de vez em quando.</p>	
<p>Lei 10216/2001: Como finalidade permanente, o tratamento consistirá em reinserir o paciente ao seu meio.</p>	<p>O hospital obedece às normas que condizem ao encaminhamento para os CAPS para a maioria de seus pacientes, quando os mesmos recebem alta.</p>	
<p>Portaria nº251/2002:</p> <p>“Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento.”</p>		
<p>Portaria nº251/2002:</p> <p>Área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.</p>	<p>Sim, o SEP concerne pátios para área externa de todas enfermarias e para área externa do SEP.</p>	

<p>Portaria nº251/2002:</p> <p>O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas “Fowler”, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada.</p>	<p>Sim, o SEP possui.</p>	
<p>RDC nº50/2002:</p> <p>Os corredores destinados à circulação de pacientes devem possuir corrimãos em ao menos uma parede lateral a uma altura de 80 cm a 92 cm do piso, e com finalização curva. Os bate-macas podem ter também a função de corrimão. Os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ter a largura mínima de 2,00 m para os maiores de 11,0m e 1,20m para os demais, não podendo ser utilizados como áreas de espera.</p>	<p>Não atende, uma vez que os corredores possuem menos de 1,40 m.</p>	
<p>RDC nº50/2002:</p> <p>Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de temperatura, umidade e qualidade do ar, demandando climatização artificial e necessitando de exaustão mecânica.</p>	<p>Não atende, não há climatização artificial e muitas enfermarias não possuem ventiladores.</p>	
<p>RDC nº50/2002:</p> <p>Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de níveis de ruído e que o produzem em grau elevado. Necessitam de barreiras acústicas que garantam a não interferência desses ruídos em outros ambientes.</p>	<p>Não atende.</p>	
<p>RDC nº50/2002:</p> <p>Estes ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de iluminação, no sentido de necessitarem de incidência de luz de fonte natural direta no ambiente. (enfermarias)</p>	<p>Atende. Ainda que possa não ser o suficiente, a iluminação natural no ambiente é existe.</p>	

<p>Portaria nº251/2002:</p> <p>O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas "Fowler".</p>	<p>Atende.</p>	
<p>Portaria nº251/2002:</p> <p>O posto de enfermagem deve estar instalado de forma a permitir observação visual direta ou eletrônica dos leitos ou berços.</p>	<p>Atende.</p>	
<p>Portaria nº251/2002:</p> <p>Cada quarto ou enfermaria de internação deve ser provido de banheiro exclusivo, além de um lavatório/pia para uso da equipe de assistência em uma área anterior a entrada do quarto/enfermaria ou mesmo no interior desses, fora do banheiro.</p>	<p>Em parte, pois, existem banheiros "quebrados" que impossibilitam o uso adequado.</p>	
<p>Portaria nº251/2002:</p> <p>Todas as portas utilizadas para a passagem de camas/macac e de laboratórios devem ter dimensões mínimas de 1,10 (vão livre) x 2,10 m, exceto as portas de acesso as unidades de diagnóstico e terapia, que necessitam acesso de maca. As salas de exame ou terapias têm de possuir dimensões mínimas de 1,20 x 2,10 m.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de triagem e sala de recepção (possui passagem de camas) = 0,68 cm; - Enfermarias, hall principal e Intercorrências Clínicas (possui passagem de camas) = 1,20 cm; - Banheiros externos (precisam ser acessíveis) e consultórios = 0,68 cm. - Banheiros das enfermarias = 1,10 cm. 	
<p>Portaria nº251/2002:</p> <p>As portas de banheiros e sanitários de pacientes devem abrir para fora do ambiente, ou permitir a retirada da folha pelo lado de fora, a fim de que sejam abertas sem necessidade de empurrar o paciente eventualmente caído atrás da porta.</p>	<p>Não atende. As enfermarias maiores não possuem portas, e as portas dos outros banheiros abrem para dentro.</p>	
<p>Lei 10216/2001:</p> <p>"...ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis."</p>	<p>Não atende. Os pacientes não possuem uma privacidade ambiental e um tratamento adequado.</p>	

<p>Lei 10216/2001: ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.</p>	<p>Atende em parte. A inserção da família está sendo efetuada, porém o tratamento pode ser considerado inadequado, uma vez em que seus ambientes estão danificados e o descaso está evidente.</p>	
--	---	---

Fonte: Tabela elaborada pelo autor, 2018.

Ainda em relação a adequação dos espaços, as recomendações feitas no capítulo 2 desta monografia, segundo os estudos de Eslam Karami (*Architecture for specific disease case study in schizophrenic patients, 2016*), relaciona a arquitetura aplicada às doenças mentais, onde, seus preceitos serão conferidos abaixo, em referência ao SEP:

Tabela 4 – Recomendações de Karami X realidade no SEP.

Recomendações	Situação atual
Áreas vazias podem não ser de bom uso para esse tipo de usuário.	Existem algumas áreas ociosas, mas não chega a ser uma problemática, visto que, o problema é a lotação.
É recomendado uma construção mais sucinta, de uma forma simples em que os elementos do ambiente estejam evidentes.	A construção possui uma configuração simples, mas muitos elementos não são evidentes, visto que, possam ficar presos, enxergando por apenas uma abertura na porta/parede.
Elementos que pareçam intangíveis podem afetar o comportamento do indivíduo.	
Um design de interior que seja adequado e confortável para assim criar intimidade e respeito aos pacientes.	Não atende, pois, todos ambientes a eles vão de contra a esta recomendação.
Os projetos que possuam posto de enfermagem, o mesmo deve ser posicionado de maneira que tenha um controle completo em relação aos dormitórios, se não for possível, é preciso o auxílio de câmeras.	Sim, os postos de enfermagem do SEP se localizam na frente das portas das enfermarias.
É recomendado que os postos de enfermagem e hall de entrada possuam paredes de vidro ou elementos transparentes para que estejam visíveis e bem controlados.	Não atende, pouco pode se enxergar de dentro das enfermarias para a área externa.
Projetar todos setores de saúde com a capacidade de sofrer alterações no futuro	Não atende, a maioria dos espaços não proporcionam espaço suficiente para um aumento considerável.

Permitir o contato com a natureza é de extrema importância para os deficientes mentais.	Atende em parte, em alguns pátios é possível ter o contato.
Interiores sustentáveis.	Não atende.
Projetar jardins onde tenham diversas plantas e flores, pois, o tratamento com o contato da natureza é um dos caminhos agradáveis para por exemplo, o tratamento da depressão ambiente.	Não há jardins projetados.
Circulação de preferência de forma transparente e de fácil acesso a todas áreas.	Atende.
A iluminação natural para os pacientes com problemas mentais é muito importante, de forma que as estruturas possam permitir a entrada da luz.	Em alguns ambientes a entrada da luz natural não é suficiente.
A geometria e a forma do ambiente também podem influenciar o comportamento...	A maioria dos espaços possuem uma configuração espacial retangular, que, segundo o autor, induz o movimento. O problema da movimentação é a falta de espaços maiores e apropriados.

Fonte: Tabela elaborada pelo autor, 2018.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para encontrar os objetivos determinados por este trabalho, ou seja, a efetividade da arquitetura para os enfermos no hospital psiquiátrico, foi necessário construir uma estrutura suficientemente capaz de nos preparar para entender os resultados com uma maior nitidez. Por isso, a estrutura do trabalho nos leva primeiramente a compreender um pouco do funcionamento humano-cognitivo, compreendendo também que o seu funcionamento também se aplica às pessoas com transtornos psíquicos, onde, as leis do desenvolvimento cognitivo são iguais para todos, podendo assim, entender que o que muda é a forma como os doentes são vistos perante a cultura social.

Para entendermos como a sociedade enxerga os deficientes mentais atualmente, foi preciso buscar como a sociedade os via, pois, o melhor entendimento do passado, do que sofreram, das “falsas verdades” imaginadas e das outras várias maneiras de os enxergar e os controlar, nos ajuda a questionar, se em algum momento em que eles foram punidos, a sociedade agiu de maneira justa ou se eles realmente deveriam ser tratados como “eles”, ao invés de “nós”. É certo dizer que todo o passado gera o presente e que todo presente transformará o futuro, por isso, é importante questionar o que o passado nos trouxe, e se o presente está ultrapassado.

As informações do passado são procedidas no próximo capítulo, revelando como o presente foi atingido e quais propostas foram tomadas a partir do momento em que a sociedade percebeu suas antigas falhas. Com tudo isso em mente, os últimos capítulos em relação ao Hospital Psiquiátrico Ulysses, avaliam como a Reforma Psiquiátrica se dá nos dias atuais em um hospital psiquiátrico que já recebeu a nomenclatura de um manicômio, e como ele se comporta na realidade antimanicomial, pois, apesar do seu passado não representar os atuais preceitos, ainda se destaca no tratamento dos pacientes, principalmente por ser o único hospital de Pernambuco que disponibiliza uma emergência para pessoas com problemas mentais.

A Reforma Psiquiátrica é um movimento que fechou vários hospitais psiquiátricos por não se enquadrarem em suas condutas, porém, o HUP, continuou funcionando, a Reforma, de fato fez o hospital ser modificado por várias vezes, fazendo com que o hospital em um certo período, tivesse vários

incentivos sociais para os pacientes, como arte, eventos, terapias e outros estímulos necessários para a inclusão. Com o andar da luta antimanicomial, foi visto também que várias áreas do hospital se fecharam por incentivos contra o modelo asilar, além de também, hoje o hospital não permitir um internamento de longa duração. Dessa forma, ambientes como o Centro de Atividades Terapêuticas (CAT), criado em 2000 para incentivos sociais e outros eventos de reinserção também foram abolidos, fazendo gerar, por consequência, o questionamento até aparentemente inédito quanto a luta antimanicomial: a tão elogiada Reforma Psiquiátrica pode também prejudicar no tratamento dos deficientes?

É preciso salientar que os impactos da Reforma Psiquiátrica hoje em dia ainda são altos, e claramente não é um movimento que simplesmente “aconteceu”. Se trata de um movimento organizacional com uma estrutura consolidada que funciona através de leis e normas no qual todo Estado possui e precisa vigorar pelo melhor tratamento humanitário dos deficientes mentais. Em contrapartida, apesar do ousado questionamento, muito dos funcionários e usuários se mostraram insatisfeitos com a natureza que a Reforma atingiu, gerando uma posição do Estado adversa as lições pregadas pela luta antimanicomial, pois, apesar do hospital ter felizmente se desfeito de várias atividades prejudiciais, pode-se afirmar que perdeu pontos positivos, visto que, não há uma justificativa para o não incentivo social apenas por causa do menor tempo de internamento.

A relevância desse estudo se dá para melhor entender como agem os impactos, as falhas e os acertos no atual hospital adaptado à Reforma Psiquiátrica, e com os resultados absorvidos, aumentar o conhecimento sobre o assunto, podendo gerar discussões e novas formas de readaptação hospitalar-psiquiátrica, tendo em vista, como o principal objetivo da reinserção social dos deficientes mentais, e por isso a não adequação concedida a esse objetivo não fará sentido.

No que se diz respeito ao Hospital, o que mais chama atenção para suas falhas é o desprezo do Estado para os ambientes. A falta de manutenção impressiona, a ausência de cuidados estruturais e de um maior suporte para quem deveria ser tratado de forma digna, assusta. A sobrevivência do hospital em meio ao desgoverno, é simbólica, suas pesadas e antigas nomenclaturas

“asilar” e “manicômio” são levadas como se ainda vigorassem, e talvez por isso, o Estado se aproveita de uma luta que na verdade deveria ser pelo bem, deixando de investir, e assim, não contribuindo.

Foi notado com os resultados que, o HUP e seu setor emergencial, ainda apresentam elementos do passado manicomial usados para o atual tratamento, pois, as áreas de delimitação, apesar de necessárias no hospital específico, são entendidas como uma limitação de liberdade por qualquer ser-humano, por isso, a utilização de grades como visto nos portões do hospital e em portas que bloqueavam os pacientes, pode frustrar e abalar ainda mais o estado psíquico dos pacientes, por isso, poderiam ser substituídas por outras estratégias como com o uso de vegetações ou até, a arte.

As diretrizes da Reforma Psiquiátrica são claras com áreas para deambulação e humanização, por isso, com a última reforma no SEP em 2008, o maior ponto positivo observado na pesquisa, se encontra no vigor dos pátios e áreas para visita criados, que desde então, se tornaram as principais áreas para o sossego dos deficientes mentais em meio ao seu tratamento. Porém, apesar da reforma, alguns anos depois, a discrepância do contraste estrutural e de equipamentos oferecidos aos funcionários em relação aos pacientes só revela que o planejamento ainda posiciona os pacientes em segundo plano, quando, na verdade deveriam estar sempre em primeiro. Ainda que os funcionários estejam incomodados com algumas situações proporcionadas pelos espaços, são os pacientes que necessitam mais, o que se torna contraditório, a vista de que eles que estão doentes e que a arquitetura deveria estar os privilegiando, uma vez que, para eles foi criada.

O Serviço de Emergência Psiquiátrica, no hospital ou não, precisa existir, pois, assim como todos, os deficientes mentais com urgências necessitam de um atendimento à sua altura, por isso, a elaboração de normas e de espaços para o seu tratamento, precisa ser projetado com mais sensibilidade, pois, sua reinserção perante à sociedade e melhora de saúde, dependem também de onde e como ele é tratado e percebido. Por isso, a conclusão dessa monografia, através da arquitetura dos ambientes investigados, entende que a atual forma que a sociedade e o Estado enxergam o deficiente mental ainda pode não ser suficientemente correta, dado que, o resultado mais perceptível durante esta

análise, foi o desrespeito com o paciente no que concerne não apenas ao seu ambiente, mas também a falta de sensibilidade do Estado e falta de incentivos.

Espera-se então, que este trabalho possa, de alguma forma, influenciar positivamente na criação de novos projetos, novas normas, incentivos à fiscalização ou qualquer outro estímulo benéfico que lhes façam aproximar de seus direitos como humanos que nunca receberam.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC nº 50**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

ALBUQUERQUE, Laís Lima. **Entre os Muros da Loucura: descrição dos espaços do Hospital Escola Portugal Ramalho**. Maceió/AL, 2015.

AMORIM, Gabriela. **Pesquisa sobre Panóptico**. <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAO7EAH/pesquisa-sobre-panoptico>>, 2007. Acesso em 30 nov. 2017.

ARÊAS, Denise Coelho. **Arteterapia Como Um Caminho Para A Inclusão Psicossocial De Pessoas Com Transtorno Mental**. Rio de Janeiro, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 5413: Iluminância para interiores**. Rio de Janeiro, 1992.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10152: Níveis de ruído para conforto acústico**. Rio de Janeiro, 1987.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BOUYER, Gilbert Cardoso. **A mente incorporada no controle de processo contínuo: ação, cognição e comunicação na atividade de trabalho**. Gest. Prod., São Carlos, v. 15, 2008.

CARLO, M. M. R. P. **Se essa casa fosse nossa... instituições e processos de imaginação na educação especial**. São Paulo: Plexus Editora, 1999.

CATRACA LIVRE. Disponível em: <<https://catracalivre.com.br/wp-content/uploads/2014/05/hospital-ulysses-pernambucano-reproducao.jpg>>, 2014. Acesso em 19 abr. 2018

CURIONAUTAS. **O Curioso Enigma da Pedra da Loucura**. Disponível em: <<http://www.curionautas.com.br/2015/01/o-curioso-enigma-da-pedra-da-loucura.html>>, 2015. Acesso em: 29 nov. 2017.

- DI NARDO, Andrea. **Les prisons de l'art: zone di contatto tra complesso espositivo e arcipelago carcerário**. Disponível em: <http://cav.unibg.it/elephant_castle/web/saggi/les-prisons-de-l-art-zone-di-contatto-tra-complesso-espositivo-e-arcipelago-carcerario/151>, 2017. Acesso em 30 nov. 2017.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. Tradução José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva. 1978.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Petrópolis: Vozes, 1983.
- FRANÇA, Breno. **Modelo Panóptico: como vigiar com esforço mínimo**. Disponível em: <<https://papodehomem.com.br/modelo-panoptico-como-vigiar-com-esforco-minimo/>>, 2016. Acesso em 30 nov. 2017.
- FRUTUOSO João Ricardo. **PRISÕES: REINSERÇÃO SOCIAL ATRAVÉS DA ARQUITETURA**. FADIC, Recife, 2017.
- GOULART, Chrystianne. **“Janela” - Elemento Do Ambiente Construído. Uma Abordagem Psicológica Da Relação ‘Homem-Janela’**. Florianópolis, 1997.
- GÜNTHER, Hartmut. **Mobilidade e affordance¹ como cerne dos Estudos Pessoa-Ambiente**. Estudos de Psicologia, Brasília, 2003.
- HEERS, Jacques. **Festas de loucos e carnavais**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1987. p.114.
- KARAMI, Eslam. **Architecture for specific disease case study in schizophrenic patients**. Naghadeh, Iran: International Journal of Biomedical Research, 2016.
- LOPES, Maria Antonia. **Protecção social em Portugal na Idade Moderna**. Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.
- MATIAS, Kamilla Dantas. **A Loucura na Idade Média. Ensaio sobre algumas representações**. Dissertação de Mestrado em História, Universidade de Coimbra, 2015.
- MENARD, Phillipe. **Les fous dans la société médiévale. Le témoignage de la littérature au XII et au XIII siècle**. Romania, v.98, n.4, 1977. p. 443.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 106**. Gabinete do Ministro. 11 fev. 2000

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 251**. Gabinete do Ministro. 31 de jan. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 336**. Gabinete do Ministro. 19 de fev. 2002.

MOORE, Gary T. **Estudos de Comportamento Ambiental**. In: **SNYDER, James C.** ; CATANESE, Anthony. Introdução à Arquitetura. Rio de Janeiro : Campus 1984;

MORO, Francisco B. Pereira. **Estudo Conceitual de Banco de Dados Ergonômicos para Uso em Projeto de Produtos com o auxílio de um Manequim 3D**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis - UFSC, 1992;

ORNSTEIN, Sheila Walbe; VILLA, Simone Barbosa. **Qualidade ambiental na habitação: avaliação pós-ocupação**. São Paulo: Oficina de Textos, 2013.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Comunidade Terapêutica e Psiquiatria de Setor**. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/farmacia/comunidade-terapeutica-e-psiquiatria-de-setor/31678>>. Acesso em 09 abr. 2018.

PROJETO MEDICINA. **As Histórias macabras sobre os manicômios**. Disponível em: < <https://projetomedicina.com.br/artigos/as-historias-macabras-sobre-os-manicomios-de-antigamente/>>, s.d. Acesso em 26 fev. 2018.

REDAÇÃO MINUTO SAUDÁVEL. **O que é Esquizofrenia (Paranóide e mais tipos), sintomas, tem cura?** Disponível em: <<https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-esquizofrenia-paranoide-e-mais-tipos-sintomas-tem-cura/>>, 2017. Acesso em 22 mar. 2018.

REDE RECORD. Programa Repórter Record. **O Universo dos Manicômios**. São Paulo: Record, 2002.

RHEINGANTZ, Paulo Afonso. **Observando a Qualidade do Lugar: procedimentos para a avaliação pós-ocupação**. Proarq/FAU/UFRJ, Rio de Janeiro, 2009.

RIBAUD ROBERT. **Univesità Statale**. Disponível em: <<http://www.lombardiabeniculturali.it/architetture/schede/LMD80-00009/>>, 2009. Acesso em 30 nov. 2017.nov. 2017.

ROCHA, Ana Rita Saraiva da. **A institucionalização dos leprosos: o hospital de S. Lázaro de Coimbra nos séculos XIII a XV**. Faculdade de Letras. Universidade de Coimbra, 2011.

ROMERO, M.A.; ORNSTEIN, S.W. (coordenadores/ editores). **Avaliação Pós-Ocupação. Métodos e Técnicas Aplicados à Habitação Social**. São Paulo: Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. Associação Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído; Financiadora de Estudos e Projetos, 2003 (Coletânea Habitare/FINEP, 1).

ROSEN, George. **Locura y Sociedad: Sociologia Histórica de la Enfermedad Mental**. Madrid: Alianza Editorial, 1968.

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

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

SALLES, Dirce Helena. **Recursos que garantem uma casa bem arejada**. Arquitetura & Construção, São Paulo, Ano 4, n.10, p. 103, dez. 1988;

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Após reformas, hospital inaugura nova emergência**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/apos-reformas-hospital-inaugura-nova-emergencia-2>>, 2008. Acesso em 12 fev. 2018.

SELAU, Bento. **Educação Inclusiva e Educação para a Paz**. São Luiz/MA: EDUFMA, 2009.

SILVA, Osvaldo Luiz de Souza. **Avaliação De Desempenho Do Ambiente Construído**. Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA Alice de. **Saúde mental: o que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito**. Disponível em: <http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2017/12/16/interna_vidaurbana,734842/saude-mental-a-cura-pela-humanizacao-do-tratamento.shtml>, 2017.

ZALESKI, Caroline Bollmann. **Materiais e conforto: Um estudo sobre a preferência por alguns materiais de acabamento e sua relação com o conforto percebido em interiores residenciais da classe média de Curitiba**. Curitiba, PR: 2006.

ZAMBRANO, M^a Paula. **Imagens Da Arquitetura Da Saúde Mental: Um Estudo Sobre A Requalificação dos Espaços da Casa do Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário utilizado como base para entrevistas semiestruturadas e estruturadas.

Questionário: Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano

OBS.: Esta pesquisa será apenas para fins acadêmicos.

1. Sexo: Masculino Feminino
 2. Idade: ____ Anos completos.
 3. Cargo: _____

4. Qual seu ambiente de trabalho?

5. Na tabela abaixo, marque as opções que forem mais acentuadas em relação ao ambiente para você:

ATRIBUTOS	BAIXO	MÉDIO	ALTO
Calor?	()	()	()
Ventilação?	()	()	()
Iluminação natural?	()	()	()
Barulho?	()	()	()
Adequação de móveis?	()	()	()
Lotação do espaço?	()	()	()

6. Os pacientes possuem todas suas necessidades no ambiente? O que seria ideal para eles?

7. Na sua opinião, o ambiente está danificado ou está adequado? Precisa de alguma reforma?

8. Na sua opinião, os pacientes possuem liberdade dentro do ambiente?

9. O ambiente se encontra com espaço suficiente para todas atividades?

10. Na sua opinião, os espaços para convívio com as famílias são suficientes? Estão adequados?

11. Críticas, elogios ou sugestões?

Fonte: Questionário elaborado pelo autor, 2018.