



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO URBANO

VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE

**A LOUCURA E A SERPENTE: a lógica social do espaço dos Centros de Atenção
Psicossocial da Cidade do Recife**

Recife
2019

VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE

**A LOUCURA E A SERPENTE: a lógica social do espaço dos Centros de Atenção
Psicossocial da Cidade do Recife**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Desenvolvimento Urbano da Universidade Federal de
Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Desenvolvimento Urbano.

Área de concentração: Desenvolvimento Urbano.

Orientador: Prof. Dr. Cristiano Felipe Borba do
Nascimento.

Recife

2019

Catalogação na fonte
Bibliotecária Jéssica Pereira de Oliveira, CRB-4/2223

F8661 Freire, Vera Christine Cavalcanti
A loucura e a serpente: a lógica social do espaço dos Centros de Atenção Psicossocial da Cidade do Recife / Vera Christine Cavalcanti Freire. – Recife, 2019.
171f.: il.

Orientador: Cristiano Felipe Borba do Nascimento.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Artes e Comunicação. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano, 2019.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Arquitetura. 2. Reforma psiquiátrica. 3. CAPS. 4. Lógica social do espaço. I. Nascimento, Cristiano Felipe Borba do (Orientador). II. Título.

711.4 CDD (22. ed.)

UFPE (CAC 2019-251)

VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE

**A LOUCURA E A SERPENTE: a lógica social do espaço dos Centros de Atenção
Psicossocial da Cidade do Recife**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Desenvolvimento Urbano da Universidade Federal de
Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Desenvolvimento Urbano.

Aprovada em: 15/03/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Cristiano Felipe Borba do Nascimento (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Luiz Manuel do Eirado Amorim (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Cecília Ribeira Pereira (Examinadora Externa)

Doutora

Profa. Cristiana Maria Sobral Griz (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Pernambuco

Dedico a todas as Dulces, Julitas e Josefinas.

AGRADECIMENTOS

Aos que afirmam minha existência, Ibrahim e Sarah, e àquele com quem a partilho, Rafael. Pela compreensão e incondicionalidade.

Ao meu orientador, com quem sempre aprendi, desde a missão *NTOU* até as salas do *MDU*. Por vivenciar essa *loucura*, pela paciência, confiança, disponibilidade e capuccinos.

A Ana Luíza Rolim, a grande incentivadora, companheira de trabalho e de vida.

Às gerências dos CAPS Boa Vista, Esperança e Espaço Vida, por despertarem e permitirem a aproximação de algo que parecia ser distante.

Ao MDU, em especial a Renata e à turma ME137, pela oportunidade de conhecer pessoas que se relacionam com pessoas e não coisas.

A Julia, Firmino, Lívia e Lucas, pelos encontros e estudos.

À equipe de trabalho, especialmente Rúbia Campelo, pelo incentivo e amizade.

À família, pelo suporte e carinho. Em especial, ao meu pai, pelo tempo, pelas conversas e construções.

Aos que deixaram saudade.

RESUMO

O presente trabalho discute os espaços da *loucura* à luz da reforma psiquiátrica brasileira (2001) e a partir da arquitetura dos edifícios constitutivos desse processo. Tem como interesse o estudo do dispositivo estratégico da reforma, que recebe o atributo de *lugar social* pelo Ministério da Saúde: os *centros de atenção psicossocial* (CAPS). Baseada no modelo italiano de desinstitucionalização, como resposta à mobilização de profissionais da saúde e da sociedade civil, associada às limitações financeiras do Estado, a reforma se pauta em práticas totalmente diferentes das aplicadas nos hospitais psiquiátricos (pré-reforma) e estabelece novas “regras” sociais e espacialidades. Nos primeiros quinze anos da reforma, de forma geral, os CAPS foram instalados em imóveis originalmente residenciais (o espaço doméstico) como negação ao modelo espacial hospitalocêntrico (o espaço institucional manicomial). Funcionando como uma condição intermediária entre os dois modelos e, supostamente, negando o padrão espacial de exclusão, analisam-se, empiricamente, três CAPS inaugurados em 2002 que se situam na cidade do Recife-PE. A pesquisa investiga, à luz da Teoria da Lógica Social do Espaço, a identidade desses CAPS. Os resultados indicam uma *mutação* da sua organização espacial e de sua estrutura social, revelando as propriedades do padrão doméstico, mas com certo grau de institucionalidade. Eis o espaço híbrido: o doméstico-institucional. Tal identidade, portanto, merece desenvolvimento em estudos futuros, de modo a aprofundar a compreensão sobre os resultados e as consequências observadas da arquitetura desse espaço que não se pretende institucional. Devido à relação entre práticas sociais e o ambiente edificado, quaisquer incompletudes nos processos e nos hábitos institucionais terão notável repercussão na dimensão espacial, assim como a recíproca também será verdadeira. Retoma-se a fábula utilizada por Basaglia para metaforizar a presença institucional (a serpente) na sociedade (o homem). Mesmo em meio às novas regras e espacialidades... a serpente se encontra presente.

Palavras-chave: Arquitetura. Reforma psiquiátrica. CAPS. Lógica social do espaço.

ABSTRACT

The present work discusses spaces of madness based on the psychiatric Brazilian reform (2001) and the architecture of the buildings that constitute this process. Its interest is the study of the strategic dispositive of reform that receives the attribute of social place by the ministry of health: the centers of psychosocial attention (CAPS in Portuguese). Based on the Italian model of deinstitutionalization, in response to the mobilization of health professionals and the civil society, associated to state financial limitations, the reform is based on practices completely different from those applied in psychiatric hospitals (pre-reform) and establishes new social “rules” and spatialities. At the first fifteen years of reform, in general, CAPS were installed in former residential estates (domestic space) denying the hospital centric spatial model (the maniacal institutional space). Performing in an intermediary condition between the two models and, supposedly, denying the standard spatial pattern of exclusion, three CAPS situated in the city of Recife (PE), which opened in 2002, are empirically analyzed. The research investigates the identity of these CAPS in light of the *Theory of Social Logic of Space*. The results indicate a mutation of its spatial organization and social structure, revealing domestic pattern properties, but with certain degree of institutionality. Hence the hybrid space: the domestic-institutional. Such identity, therefore, deserves to be further developed in future studies, to deepen the understanding of results and consequences observed in the architecture of this space intended to be not institutional, and of the *Recifense* house in itself. Because of the relation between social practices and the built environment, any incompleteness of the institutional processes and habits will have notable repercussion in the spatial dimension, and the reciprocal will also be true. The fable used by Basaglia is reconsidered to create a metaphor of the institutional presence (the snake) in the society (the man). Even in the midst of new rules and spatialities... the snake is present.

Keywords: Architecture. Psychiatric reform. CAPS. Social logic of space.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Stulfirea Navis (A Nau dos Loucos), de Sebastian Brant, 1494	23
Figura 2 -	Philippe Pinel representado pela pintura de Robert-Fleury, 1795, exigindo a retirada das correntes dos pacientes em um asilo em Paris	24
Figura 3 -	Um detento em sua cela diante da torre central de vigilância	26
Figura 4 -	O Panóptico	27
Figura 5 -	Pavimento térreo do Hospital S.Patrick's, como modelo de edifício de reformação de pessoas	30
Figura 6 -	Grafo justificado do Hospital S.Patrick's	30
Figura 7 -	Planta original de locação do Hospital de Alienados de Pernambuco, 1864. Em preto, os blocos construídos. Em vermelho a indicação da expansão	32
Figura 8 -	Volumetria esquemática do HUP- projeto de 1874, em vermelho o que não foi construído	33
Figura 9 -	Volumetria esquemática das construções sob a direção de Ulysses Pernambucano no HUP no período entre 1930-1935	33
Figura 10 -	Profissionais de saúde mental e pacientes se manifestam no Rio de Janeiro contra a nomeação de ex-diretor de manicômio, denunciado pelo Ministério Público, para a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde	44
Figura 11 -	Evolução do indicador de cobertura de CAPS/100mil habitantes	46
Figura 12 -	Planta arquitetônica do CAPS modelo, Ministério da Saúde	48
Figura 13 -	Relação dos CAPS do Recife com destaque dos selecionados para a análise espacial	51
Figura 14 -	Mapa com destaque de alguns equipamentos da Rede de Saúde Pública Municipal e do Hospital Ulysses Pernambucano gerido pelo Estado de Pernambuco. Destaque para os três CAPS selecionados para análise	52
Figura 15 -	Informações preliminares dos imóveis	55
Figura 16 -	As casas e seus muros, a interface do público com o privado. Por ordem, da esquerda para direita: CAPS Boa Vista, CAPS Esperança e CAPS Espaço Vida	57

Figura 17 -	Plantas esquemáticas de locação. Da esquerda para a direita: CAPS Boa Vista, CAPS Esperança e CAPS Espaço Vida. Destaques para as áreas exteriores	58
Figura 18 -	Localização do CAPS Boa Vista	61
Figura 19 -	Planta arquitetônica da casa (de 1955, antes da implantação do CAPS) à direita; e a planta de reforma do CAPS, à esquerda	62
Figura 20 -	A partir do terraço de entrada, vista para o portão de acesso ao CAPS Boa Vista	63
Figura 21 -	Vista para o terraço de entrada e a recepção, a partir do acesso externo	63
Figura 22 -	Vista para a espera, ao fundo a porta de entrada para a recepção	64
Figura 23 -	O refeitório durante o almoço	65
Figura 24 -	Pátio exterior utilizado para lazer e espera de atividades programadas na terapia ocupacional ou na sala de atividades coletivas (pavimento superior)	66
Figura 25 -	Vista para o portão lateral que dá acesso ao jardim e terraço de entrada	66
Figura 26 -	‘Cliente’ seguindo para o repouso. À direita, vista da porta (saia e blusa) da cozinha	68
Figura 27 -	Vista para a rua a partir da varanda do pavimento superior (o canto do lazer)	68
Figura 28 -	Acesso de entrada e saída do CAPS Boa Vista	69
Figura 29 -	Localização do CAPS Esperança, Tamarineira. Recife-PE	69
Figura 30 -	Planta arquitetônica da casa (de 1955, antes da implantação do CAPS) à direita; e a planta de reforma do CAPS Esperança, à esquerda	70
Figura 31 -	Visto a partir da recepção, o septo metálico que isola o espaço de convivência do acesso ao CAPS Esperança	71
Figura 32 -	A recepção do CAPS Esperança acomodada na antiga garagem da casa	72
Figura 33 -	Onde se situava o pátio interno da casa: espaço de estar do CAPS Esperança. À esquerda o acesso para a recepção	73
Figura 34 -	Espaço de espera (farmácia e enfermagem). CAPS Esperança	73
Figura 35 -	Repouso do CAPS Esperança	74
Figura 36 -	Vista para a sala de atividades coletivas (antiga sala de jantar da casa), a partir da área de convivência. CAPS Esperança	74

Figura 37 -	Vista para o espaço de convivência (sala e terraço). Ao fundo, à esquerda, o septo que segregava essa área do acesso ao CAPS Esperança	75
Figura 38 -	Sala de convivência e escada. CAPS Esperança	75
Figura 39 -	Sala de atividades coletivas, situada no pavimento superior. CAPS Esperança	76
Figura 40 -	Localização do CAPS Espaço Vida, Iputinga	76
Figura 41 -	Planta arquitetônica da casa (de 1970, antes da implantação do CAPS) à direita; e a planta de reforma do CAPS Esperança, à esquerda	77
Figura 42 -	A espera do CAPS Espaço Vida no antigo terraço da casa	78
Figura 43 -	A recepção, CAPS Espaço Vida	79
Figura 44 -	A antiga garagem da casa, hoje, espaço para atividade de grupo, refeições e arquivo do CAPS Espaço Vida. Ao fundo o corredor e a porta da cozinha	80
Figura 45 -	Vão de entrada da antiga garagem, isolado por uma porta, sempre fechada, e uma parede de cobogó de concreto, vedada por uma placa de policarbonato	81
Figura 46 -	Vista da área da piscina para a área em frente ao refeitório. À esquerda o vão fechado da antiga garagem	81
Figura 47 -	O acesso para a área de convivência. Na imagem, profissional conversando com uma pessoa (já cadastrada no CAPS Espaço Vida) que retorna para tratamento	82
Figura 48 -	Sala de atividades coletivas. CAPS Espaço Vida	82
Figura 49 -	Anexo de serviço e coberta do espaço de convivência, CAPS Espaço Vida	83
Figura 50 -	Área do campinho de futebol, sem uso. CAPS Espaço Vida	83
Figura 51 -	Procedimento de construção do mapa de espaços convexos e grafo justificado. (a) planta de arquitetura; (b) espaços (polígonos) convexos; (c) nós sobre cada espaço convexo e respectivas conexões; (d) o grafo justificado	88
Figura 52 -	Representação esquemática dos sistemas simétrico e assimétrico	90
Figura 53 -	Esquemas de representação de distributividade. À esquerda um sistema com maior distributividade, com presença de rotas anelares e relações	

simétricas. À direita, sistema com relações mais assimétricas e sem percursos alternativos, portanto, com menor distributividade	90
Figura 54 - Resumo sobre modelo longo e modelo curto	92
Figura 55 - Representação dos setores funcionais sobre o mapa convexo e o grafo justificado	95
Figura 56 - Planta arquitetônica de construção italiana renascentista	97
Figura 57 - Planta arquitetônica de construção residencial inglesa do século XIX	97
Figura 58 - Ilustração de Hank Lu contida no artigo de Julia Robinson (2001). “Diagrama decomposto de um grafo justificado de um padrão residencial norte-americano para diferenciar a representação dos espaços entre a rua e o hall, os espaços com atividade	98
Figura 59 - Representação do isolamento de setores em um grafo justificado	100
Figura 60 - Quadro de categorias de habitantes e visitantes num CAPS	102
Figura 61 - Grupo de atividades x espaços funcionais do CAPS II	106
Figura 62 - Analogia dos setores da CASA e do CAPS, diante do grau de domínio sobre o visitante	107
Figura 63 - Sobreposição dos mapas convexos da casa e do CAPS Boa Vista	108
Figura 64 - Sobreposição dos mapas convexos da casa e do CAPS Esperança	108
Figura 65 - Sobreposição dos mapas convexos da casa e do CAPS Espaço Vida	109
Figura 66 - Representação da construção do mapa convexo de integração. a) mapa convexo; b) tabela com medidas de RRA e integração; c) mapa convexo de integração	110
Figura 67 - a) planta arquitetônica do CAPS Boa Vista e b) Mapa de movimentos do CAPS Boa Vista, destacados em azul o movimento mais intenso dos visitantes e em vermelho, dos habitantes. As circunferências destacam as áreas de maior permanência do Vp	114
Figura 68 - a) Planta arquitetônica do CAPS Esperança e b) Mapa de movimentos do CAPS Esperança, destacando, em azul, o movimento mais intenso dos visitantes e, em vermelho, dos habitantes. A circunferência indica a área de maior permanência do Vp	118
Figura 69 - a) Planta arquitetônica do CAPS Espaço Vida; b) Mapa de movimentos do CAPS Espaço Vida, destacando, em azul, o movimento mais intenso	

dos visitantes (Vp) e, em vermelho, dos habitantes (Hp). As circunferências indicam as áreas de maior permanência do Vp	121
Figura 70 - Planta original da casa da Boa Vista, o mapa convexo com setores, o grafo justificado e o grafo setorial. Abaixo, a planta do CAPS Boa Vista, o mapa convexo com setores, o grafo justificado e o grafo setorial	125
Figura 71 - Planta original da casa da Tamarineira, o mapa convexo com setores, o grafo justificado e o grafo setorial. Abaixo, a planta do CAPS Esperança, o mapa convexo com setores, o grafo justificado e o grafo setorial	126
Figura 72 - Planta original da casa da Iputinga, o mapa convexo com setores, o grafo justificado e o grafo setorial. Abaixo, a planta do CAPS Espaço Vida, o mapa convexo com setores, o grafo justificado e o grafo setorial	127
Figura 73 - a) Cenário 1: grafo justificado do espaço doméstico (casa Iputunga) b) Cenário 2: grafo justificado do espaço doméstico reformado para atender o programa CAPS (Espaço Vida)	130
Figura 74 - Simplificação dos grafos justificados dos cenários 1 e 2 apresentados na Figura 73	131
Figura 75 - Simplificação do grafo justificado do CAPS Boa Vista e demarcação dos domínios	131
Figura 76 - Simplificação do grafo justificado do CAPS Esperança e demarcação dos domínios	132
Figura 77 - Simplificação do grafo justificado do CAPS Espaço Vida e demarcação dos domínios	132

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	ESPAÇOS DA LOUCURA: DA CLASSIFICAÇÃO E DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	21
2.1	Antes da classificação, um breve histórico	22
2.2	A <i>loucura</i> e a instituição moderna	24
2.2.1	O edifício <i>re-formador</i>	26
2.2.2	O edifício <i>re-formador</i> do Recife: O Hospício de Alienados de Pernambuco	31
2.3	A desinstitucionalização	35
2.3.1	A Psiquiatria Democrática Italiana (PDI)	36
2.3.2	A reforma psiquiátrica brasileira	39
2.3.3	A Rede de assistência à saúde mental	41
2.4	A <i>loucura</i> e a casa – os Centros de Atenção Psicossocial	44
3	OS CAPS NO RECIFE	49
3.1	Seleção de casos para a análise	49
3.2	CAPS Boa Vista, Esperança e Iputinga	55
3.2.1	O CAPS Boa Vista	61
3.2.2	O CAPS Esperança	69
3.2.3	O CAPS Espaço Vida	76
4	O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	84
4.1	A lógica social do espaço	84
4.1.1	A sintaxe espacial	87
4.2	Do espaço institucional	91
4.2.1	O texto precede o edifício	93
4.3	Do espaço doméstico	94
4.4	Sintaxe espacial aplicada ao CAPS	101
4.4.1	A organização das atividades	104
4.4.2	Medidas sintáticas para uma análise convexa	109
5	ESPAÇO DOMÉSTICO-INSTITUCIONAL (?): A ANÁLISE DA VIDA ESPACIAL E DOS PADRÕES ESPACIAIS DOS CAPS	113
5.1	O primeiro nível de análise dos CAPS	113

5.1.1	A vida espacial no CAPS Boa Vista	114
5.1.2	A vida espacial no CAPS Esperança	117
5.1.3	A vida espacial no CAPS Espaço Vida	120
5.2	O segundo nível de análise dos CAPS	123
5.2.1	Uma reflexão preliminar sobre a análise setorial	128
5.2.2	A análise diante das medidas sintáticas	132
5.3	Discussão dos resultados: similaridades e contrastes	136
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS: A LOUCURA E A SERPENTE	139
	REFERÊNCIAS	143
	APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS	147
	APÊNDICE B – PLANTAS, MAPAS E GRAFOS DO PROJETO PADRÃO DE CAPS	148
	APÊNDICE C – MAPAS DE MOVIMENTOS E PERMANÊNCIAS	149
	APÊNDICE D – CAPS BOA VISTA: O QUE SE NARRA	153
	APÊNDICE E – CAPS ESPAÇO VIDA: O QUE SE NARRA	156
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO	160
	ANEXO B – AUTORIZAÇÃO SEGTES	164
	ANEXO C – TERMOS DE CONSENTIMENTO	165
	ANEXO D – LEI 10.216 - REFORMA PSIQUIÁTRICA	169
	ANEXO E – TEXTO DO MANIFESTO DE BAURU	171

1 INTRODUÇÃO

“... – *Mas deveras estariam eles doidos, e foram curados por mim, - ou o que pareceu cura não foi mais do que a descoberta do perfeito desequilíbrio do cérebro?*”

(trecho de *O Alienista*, M. ASSIS, 1882)

Esta dissertação desenvolve uma discussão sobre limites e sobreposições entre os conceitos de espaço doméstico e espaço institucional. É realizada a partir da análise das propriedades socioespaciais dos **Centros e Atenção Psicossocial** (CAPS) – edifícios constituídos como dispositivos espaciais fundamentais ao processo da desinstitucionalização no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira (Lei nº 10.216/2001).

No Brasil, pode-se dividir a assistência à saúde mental em dois momentos principais: (1) a criação dos manicômios no final do século XIX, vinculada à urbanização e à política de higienização social; e (2) a Reforma Psiquiátrica formulada em 2001, como resposta à mobilização de profissionais da saúde e da sociedade civil, associada às limitações financeiras do Estado.

Ao primeiro momento, atribui-se um modelo hospitalocêntrico, com um padrão espacial de função excludente, que segundo Amarante sonega e mortifica as subjetividades (AMARANTE, 1995). O segundo momento constitui-se de um modelo de base comunitária e territorial com a função de inclusão da pessoa com transtorno mental no meio social.

A reforma psiquiátrica brasileira foi influenciada pelo modelo italiano de desinstitucionalização - conceito que é o cerne da reforma psiquiátrica, mas apresenta compreensões variadas de acordo com o contexto sociopolítico de determinado país. Pode ser associada: a) à desospitalização, b) à desassistência ou c) à desconstrução da instituição. Esta última é a corrente prático-teórica desenvolvida na Itália por Franco Basaglia (1924-1980) e caracterizada pela antipsiquiatria, pelo questionamento da função social dos técnicos e pela negação da instituição tradicional.

Os equipamentos constitutivos desse processo são baseados na lógica de “territorialização” e de “residencialização¹” com a proposta de negação do modelo hospitalocêntrico e de *instituições totais* (AMARANTE, 1995; GOFFMAN, 1961).

Pode-se caracterizar o processo de desinstitucionalização pela orientação do trabalho terapêutico sobre a existência concreta e complexa das pessoas com transtornos mentais, em dispositivos distribuídos no território onde é possível a prática múltipla de trocas sociais – percebe-se como tal defesa se coloca em oposição ao manicômio, que é entendido como um lugar onde as trocas sociais não existem (ROTELLI e col., 2001).

Essa mudança na concepção de sujeito, de busca de autonomia, de reabilitação, de inclusão social, de saúde e qualidade de vida, culmina em práticas totalmente diferentes das aplicadas nos hospitais psiquiátricos e estabelece regras sociais e espacialidades específicas.

Na experiência brasileira, dentre o aparato da rede territorial de atenção à saúde mental, o Ministério da Saúde indica como estratégico um dispositivo para tratamento de pessoas com transtorno mental, um *lugar social* que tem como atribuição não somente acolher, mas promover a vida social e comunitária dessas pessoas (MS, 2013, p. 6). Tal dispositivo é justamente o que passa ser genericamente conhecido como **Centro e Atenção Psicossocial (CAPS)**. Nos primeiros quinze anos da reforma, foram recorrentes suas instalações em edificações originariamente residenciais, por suposto, negando o modelo espacial das instituições manicomiais com padrão espacial de exclusão.

Por conta dessa vinculação com o lugar e com o dispositivo, algumas pesquisas científicas têm destacado o (re)encontro da *loucura*² com o espaço, mas no seu entendimento mais como fenômeno urbano e sob a ótica da psicologia, pouco evidenciam a dimensão edilícia dos equipamentos de saúde mental para promulgação desse (re)encontro (PALOMBINI, 2006; PLANTIER, 2015).

Em geral, nos primeiros quinze anos da Reforma (2001), as expectativas em torno dos edifícios para o abrigo do programa dos CAPS se voltam o máximo possível ao reproduzir o espaço

¹ Essa terminologia refere-se, principalmente aos Serviços de Residência Terapêutica e aos Centros de Atenção Psicossocial. A primeira, para atender pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, o segundo para apoio às pessoas com transtorno mental como espaço de referência do ‘território’ que se habita (MS, BRASIL, 2013).

² Os termos *loucura* e *louco* são usados ao longo do texto quando for para evidenciar o que foi anterior à desinstitucionalização, vinculado à história do manicômio, do isolamento e da exclusão social. No geral, a terminologia adotada neste documento é transtorno mental, conforme o texto da Lei 10.216/2001.

doméstico, sendo recorrente a adaptação de edifícios de fato originalmente residenciais, que remetem, na sua essência, ao conteúdo simbólico da acolhida e proteção.

Passados dezoito anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001), uma das críticas mais contundentes à reforma diz respeito à identificação de certo processo de “reinstitucionalização” nas políticas de saúde mental, o que é demonstrado pela configuração de uma “CAPScização” do modelo assistencial, na forma como os CAPS são colocados como “centro do sistema” (AMARANTE e TORRE, 2010, p.130).

Um olhar atento e contínuo por profissionais da saúde e do movimento antimanicomial sobre os novos lugares e práticas, indica o receio de desvirtuamento da essência da reforma psiquiátrica, além de que “nunca é demais advertir para o risco de institucionalização das residências (...) e recusar cotidianamente as tendências à banalização, repetição, padronização (...)” (AMARANTE, 2015. p. 92).

Em *A Instituição Negada* (1985), Basaglia utiliza uma fábula oriental para revelar que para desinstitucionalizar é necessária mais do que uma reforma técnico-assistencial:

“A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que numa manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então se dá conta de que não sabe o que fazer com sua liberdade: ‘No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente’.

É diante desta tensão entre duas situações extremas em termos de políticas e práticas de saúde mental – a residência e o manicômio – que se insere o **problema central** da presente investigação. Empiricamente, trabalha-se com edifícios onde é atendido o público adulto que sofre de transtorno mental, implantados desde 2002 na cidade do Recife (um ano após a reforma psiquiátrica).

A partir desse recorte, questiona-se o quanto o padrão espacial dos CAPS – supostamente antagônico ao modelo asilar, enquanto adaptação de um espaço doméstico – guarda de características de instituição total tradicional. Por consequência, interessa também saber se as propriedades socioespaciais dos CAPS são convergentes ou divergentes das prescrições do Ministério da Saúde (2013) sobre o que deve caracterizar o *lugar social* da saúde mental.

Para uma resposta além dos aspectos dimensionais, plásticos e simbólicos entre as polaridades espaciais, a investigação utiliza como **referencial metodológico** a *Teoria da Lógica Social do Espaço* e seu instrumental analítico: a sintaxe espacial. A partir dos níveis analíticos propostos por HILLIER, HANSON (1984, 1998), no que incluem outros autores que aplicaram em suas investigações esse mesmo referencial - MARKUS (1993), AMORIM (1999) e ROBINSON (2001) - comprehende-se como se processam as relações das pessoas com o *objeto social* edilício (CAPS).

Os teóricos Hillier e Hanson afirmam sobre a relação mútua entre arquitetura e sociedade, sugerindo que o espaço produzido reflete expectativas sociais. Nesse sentido, o conceito da arquitetura amplia-se, do mérito restrito à construção para o de construção social. Através de seus métodos de análise morfológica (sintaxe espacial), argumentam que o conteúdo social é revelado pelas configurações espaciais dadas na relação entre os espaços (HILLIER & HASON, 1984; HOLANDA, 2002; HANSON, 1998).

Para Holanda, a melhor forma de compreender essas expectativas é através dos valores sociais, relativos a um determinado contexto, de tempo, lugar e sociedade. Esses valores é que anunciam sobre as expectativas sociais por meio de três dimensões: a) a dimensão ecológica (ambiental), que trata da relação do homem com a natureza, ligada às especificidades bioclimáticas; b) a dimensão estética; e c) a dimensão ética, que se direciona para as expectativas do homem relativas às necessidades de seu relacionamento com o outro, seu semelhante. Nesta última, incluem-se os valores morais, de justiça social, por exemplo. Afirma assim que a sintaxe espacial está mais relacionada a essa última dimensão (HOLANDA, 2002, p. 79 e p. 83).

O reflexo das regras sociais no espaço constitui modelos de edifícios mais complexos (longos) e mais curtos, segundo Hillier. Os modelos curtos são capazes de gerar mais possibilidade de utilização, enquanto os mais complexos são constituídos de um padrão espacial mais rígido, que tendem a preservar seu padrão de utilização.

Markus comprehende que as expectativas sociais são expressas através de regras da sociedade que são prescritas, ou melhor, todo edifício é resultado de um *texto* que o precede, tornando-o dessa forma, um *objeto social*. Na sua pesquisa sobre edifícios, de modelo longo e não habitacionais, que emergiram com a Revolução Industrial, utilizando como instrumental analítico a sintaxe espacial, Markus identifica três categorias de edifícios a partir da relação entre: i) pessoas e pessoas: abrangem os edifícios para fins de formação, reformação, limpeza

ou recreação; ii) pessoas a conhecimento: material e efêmero; iii) pessoas a coisas: edifícios destinados ao processo de produção ou troca (MARKUS, 1993).

Diante dos argumentos acima, um edifício pode ser devidamente interpretado a partir dessas categorias, denotando o padrão espacial ao qual pertence. Essa é uma leitura mais contemporânea sobre o que pode determinar a tipologia de determinado edifício (NASCIMENTO, 2008).

Sobre o espaço institucional são abordadas as investigações e argumentos de Hillier (1991) e Markus (1993); e para o espaço doméstico são apresentadas as investigações de Hanson (1998), Amorim (1999) e Robinson (2001).

A partir dos argumentos e afirmações apresentadas, o **objetivo geral** desta pesquisa consiste em identificar (para além do aspecto simbólico da casa) como as expectativas sociais do discurso da reforma psiquiátrica, pautada na desinstitucionalização, são refletidas nas estruturas espaciais dos dispositivos dedicados às práticas terapêuticas que objetivam a autonomia e o convívio comunitário.

Para alcançar o objetivo geral, são estabelecidos os seguintes **objetivos específicos**: (a) descrever o espaço institucional típico do pensamento hospitalocêntrico - tal como previamente à sua negação pela reforma psiquiátrica; (b) identificar, o espaço doméstico típico no contexto local do Recife; (c) descrever as expectativas sociais em torno da constituição do tipo CAPS; (d) descrever as propriedades socioespaciais dos CAPS; (e) analisar o tipo edilício CAPS mediante o discurso da reforma psiquiátrica.

Os procedimentos metodológicos, para o desenvolvimento da pesquisa são sintetizados em três fases: **coleta e tratamento de dados, descrição de propriedades sócio espaciais e categorização e análise dos dados**. É importante destacar que para o objeto de estudo desta pesquisa se fez obrigatória a submissão (e aprovação) do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE (Anexo 1 - cópia do parecer consubstanciado 2.375.353), para fins de acesso, levantamento físico e observação nos CAPS da cidade do Recife.

Seguindo esta **introdução**, o presente trabalho é constituído de dois capítulos para aprofundamento dos aspectos definidores do problema, do objeto, do referencial teórico e metodológico além dos capítulos dedicados à análise e, por fim, a conclusão.

De forma sucinta, o **capítulo 2** apresenta os espaços para tratamento da então chamada *loucura* no período da Revolução Industrial – edifícios classificados por Markus (1993) como *re-formadores*. Apresenta, no contexto local, o Hospital de Alienados de Pernambuco (Hospital Ulysses Pernambucano) como o modelo de edifício *re-formador* na capital pernambucana. Em seguida, traça um panorama sobre a desinstitucionalização no cenário internacional e situa o seu discurso no contexto brasileiro. Apresenta os preceitos da reforma psiquiátrica brasileira e o reflexo espacial - a emergência e adaptação para os equipamentos estratégicos da rede de atenção psicossocial: os centros de atenção psicossocial – CAPS.

O **capítulo 3** apresenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) selecionados na Cidade do Recife para a função de amostra empírica da pesquisa, tanto do ponto de vista da arquitetura como da experiência de observação dos padrões de uso de cada um dos CAPS selecionados.

O **capítulo 4** apresenta o referencial teórico e metodológico - a Teoria da Lógica Social do Espaço (HILLIER, HANSON, 1984) - e estudos, investigações e argumentos sobre as duas estruturas espaciais da discussão: o institucional e o doméstico. Também são referidos neste capítulo os procedimentos analíticos adotados pelos pesquisadores, que auxiliam a definição dos atributos espaciais que caracterizem a função social do CAPS.

O **capítulo 5** apresenta a aplicação da Sintaxe Espacial para uma descrição objetiva da relação entre espaço doméstico e espaço institucional dos CAPS da Cidade do Recife selecionados.

Por fim, o **capítulo 6**, a seção da **conclusão**, sintetiza os resultados obtidos na investigação, partindo do entendimento do que sejam espaço institucional e espaço doméstico para identificar o espaço CAPS – discute os resultados apurados na investigação que podem atribuir ao CAPS a condição de um espaço que guarda características de um espaço doméstico que adquire um certo grau de institucionalidade.

2 ESPAÇOS DA LOUCURA: DA CLASSIFICAÇÃO E DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

“Temos que voltar e refletir sobre a história, para compreender por que o mundo veio a ser o que é hoje, e para onde se dirige. (HOBSBAWN, 2004).

Os modos como determinada sociedade lidava com os indivíduos considerados *loucos* se refletem na materialização dos espaços a eles destinados. Do extramuros de uma cidade, do isolamento numa instituição manicomial, do *lugar social* referido na reforma psiquiátrica; seja de qual for o espaço, a *loucura* faz revelar o comportamento do homem, através de suas práticas sociais, diante da diferença.

Este capítulo dedica-se a relatar como os espaços para tratamento da loucura foram sendo materializados desde o período pós-revolucionário (Revolução Francesa e Industrial), em específico do século XIX, como se mantiveram ao longo do século XX e, finalmente, como foram revisados pelas políticas de saúde mental contemporâneas.

Essa matéria é acompanhada por uma revisão do tema *loucura*, a partir de uma síntese dos paradigmas sobre o seu diagnóstico e entendimento e o reflexo destes nos espaços edificados.

Neste intuito, apresenta-se o conceito de edifício *re-formador* proposto por Thomas Markus e o exemplifica por meio do caso do Hospital de Alienados de Pernambuco (Hospital Ulysses Pernambucano) como o padrão de edifício *re-formador* para o contexto da Cidade do Recife, onde estão localizados os CAPS, que servem de amostra empírica para esta pesquisa.

Em seguida, discorre sobre o processo de desinstitucionalização, na Europa, em especial da França e da Itália – dois países com processos divergentes da política de saúde mental. O primeiro, com uma reforma psiquiátrica de viés institucional evidente e com mudanças restritas às práticas técnico-assistenciais. O segundo, com uma reforma que nega a instituição, com objetivo não somente de mudanças técnico-assistenciais, mas de uma transformação social.

É dado destaque para a reforma psiquiátrica italiana e seu principal protagonista – Franco Basaglia – afinal, é o aparato teórico e prático da reforma italiana que referencia a política de saúde mental brasileira contemporânea. Posteriormente, é apresentada a reforma psiquiátrica

brasileira e o reflexo espacial (o *lugar social*), a emergência e adaptação para os equipamentos estratégicos da rede de atenção psicossocial – os CAPS.

2.1 Antes da classificação, um breve histórico

Em linhas gerais, esta subseção é dedicada a uma síntese do percurso histórico da espacialização da *loucura* antes do surgimento da instituição como espaço de cura e libertação.

Antes mesmo de *a loucura* se tornar um tema essencialmente médico, o *louco* está no imaginário popular de diversas formas.

Grosso modo, pode-se afirmar que a loucura na antiguidade clássica era relativizada como uma dádiva dos deuses, do divino, e associada aos espaços das arenas, dos templos e da liberdade (PELBART, 1989).

Na Idade Média, por influência da Igreja Cristã, o *louco* foi associado à figura do demônio, uma figura objeto de superstição e feitiçaria. Nesse período da história, a lepra esteve vinculada às mesmas práticas severas de segregação, que depois vieram a ser aplicadas no banimento dos doentes mentais. Os leprosos eram confinados fora das grandes cidades para o controle de contágio e, no final do período da sociedade medieval, a lepra praticamente desaparece do mundo ocidental, deixando como herança os leprosários que passaram a ser ocupados pelos insanos (FOUCAULT, 1961).

No período renascentista, a loucura permanece ligada a representações místicas, distantes ainda de perspectivas de natureza científica e médica. O que representa esse imaginário é a *nau dos loucos* – “esse estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos” (FOUCAULT, 1975). Foucault se refere à obra de Sebastian Brant (1494) quando diz que dentre todas essas naus românticas ou satíricas, a *Narrenschiff* (Figura 10) parece ter sido a única de existência real. A evidência é a segregação dos *loucos*, que se dava pelo seu banimento dos muros das cidades europeias e num confinamento errante, pois eram condenados a andar de cidade em cidade ou a navegar sem destino (FOUCAULT, 1975).

Figura 1 - Stulfirea Navis (A Nau dos Loucos), de Sebastian Brant, 1494



Fonte: <https://www.wdl.org/pt/item/8973/view/1/6/>, Biblioteca Digital Mundial, consulta em dezembro de 2018.

Decorrente da associação de periculosidade social com a loucura internavam-se os *loucos*, ainda não reconhecidos como tal, em hospitais gerais, junto com outros indivíduos socialmente indesejáveis. No fim do século XVIII, as críticas ao internamento generalizado tornam-se mais fortes e a loucura é associada à patologia.

O advento da psiquiatria é acompanhado da instituição do asilo como lugar de confinamento específico destinado aos loucos. A doença mental indicava a ausência da Razão, e sem razão não havia como ter liberdade. Aos asilos alienistas foi dada a função de prover os loucos da razão, e assim, da liberdade.

Sendo assim, a arquitetura surge como instrumento fundamental para a espacialização das instituições modernas e da relação com os cidadãos comuns, com modelos de padrões espaciais disciplinares (especializados) do comportamento das pessoas.

Figura 2 - Philippe Pinel representado pela pintura de Robert-Fleury, 1795, exigindo a retirada das correntes dos pacientes em um asilo em Paris



Fonte:

https://www.britishmuseum.org/research/collection_online/collection_object_details.aspx?objectId=3160795&partId=1&images=true, consulta em dezembro de 2018.

2.2 A loucura e a instituição moderna

- *Meus senhores, a ciência é coisa séria, e merece ser tratada com seriedade. Não dou razão dos meus atos de alienista a ninguém, salvo aos mestres e a Deus*".

(Machado DE ASSIS, O Alienista. 1882)

A França se destaca mundialmente como promulgadora do modelo alienista com a primeira lei, em 1838, a obrigar a criação de estabelecimentos de saúde especializados para o recebimento, tratamento e cuidado de alienados (PASSOS, 2000). O que fora considerado vanguardista à época, de caráter humanista, tornou-se o alicerce para a condenação institucional para as pessoas consideradas doentes mentais.

O ato de libertação dos “loucos acorrentados” por Pinel é um símbolo relevante para expor a necessidade de liberdade dos corpos. Para Foucault, em *História da Loucura*, essa “liberdade” requer um novo tipo de autoridade, determinada pelo poder disciplinar.

Em *Vigiar e Punir* (1978), Foucault discorre cronologicamente sobre o “afrouxamento da severidade penal” – a punição no corpo é substituída pelo aprisionamento moral. A docilização dos *loucos*, ou melhor, o silêncio da loucura e seu confinamento, denotavam a liberdade para que estes se submetessem ao tratamento de domínio da psiquiatria. O que seria o fenômeno de menos sofrimento, mais suavidade e “humanidade” no ingresso para o século XIX, tornou-se a versão mais austera de um edifício disciplinar, “normalizador” que materializa seu espaço para abrigar o poder e a punição da alma (FOUCAULT, 1978, p.21). Na visão foucaultiana, o saber psiquiátrico e a instituição asilar estão imbricados um no outro.

A obra de Erving Goffman - que descreve em *Manicômio, prisões e conventos* (1961) sua experiência numa instituição total - e a do filósofo Michel Foucault, principalmente *A História da loucura* (1978), o *Poder psiquiátrico* (1973-1974) e *Vigiar e Punir* (1978) foram fundamentais para a reflexão sobre a *loucura*, sobre os espaços que eram destinados a ela e as formas como a sociedade moderna lidou com o fenômeno. Por meio desses dois autores e de outros congêneres, compreendem-se a intrínseca relação da sociedade e seus códigos (regras de comportamento social) com a *loucura*, o reflexo dessa relação na materialidade física de um equipamento específico e a relação deste (ou destes) equipamento(s) com a cidade.

Segundo Markus (1993), entre os séculos XVIII e XIX, houve uma “explosão tipológica” de edifícios para atender as práticas e regras da sociedade moderna. Mas é no fim do século XIX que as instituições se expandem no mundo ocidental, tais como câmaras municipais, mercados urbanos, bibliotecas e museus, universidades e escolas, prisões e hospitais, dos quais se originaram os asilos. Esses últimos, Markus categoriza como edifícios de *re-formação*, que relacionam pessoas a pessoas, nos quais aquelas que detêm o poder sobre outras as classificam e as submetem a um controle disciplinado para a formação ou reformação do seu caráter (MARKUS, 1993).

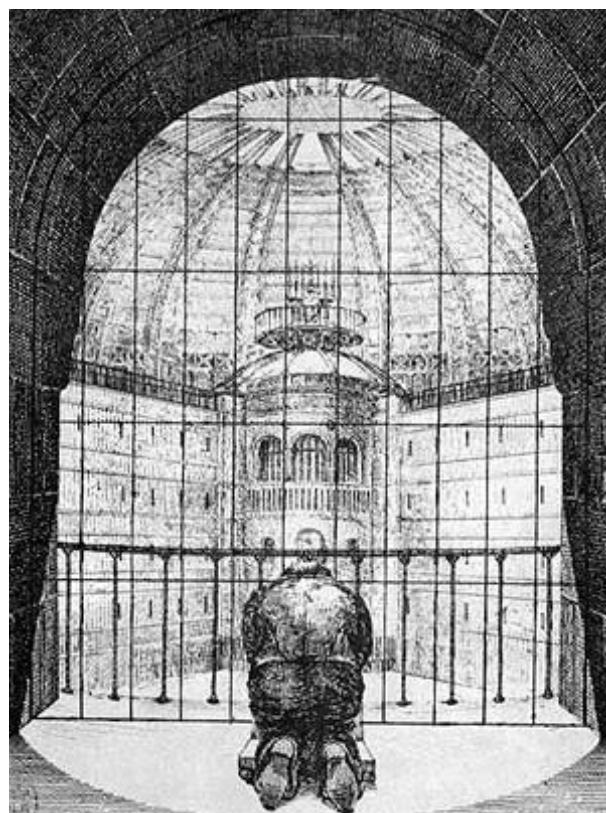
Esse é o mesmo período da especialização no campo médico, para o que Foucault chama de medicina classificatória – através do saber médico associa e identifica a doença no quadro taxonômico. Assim se dá o poder disciplinar (FOUCAULT, 1977; 2012).

2.2.1 O edifício *re-formador*

Para falar sobre as instituições produzidas durante os séculos XVIII e XIX é primordial compreender a ideia do inglês Jeremy Bentham que sintetiza o discurso de Foucault sobre a relação das pessoas com as instituições e seus respectivos edifícios.

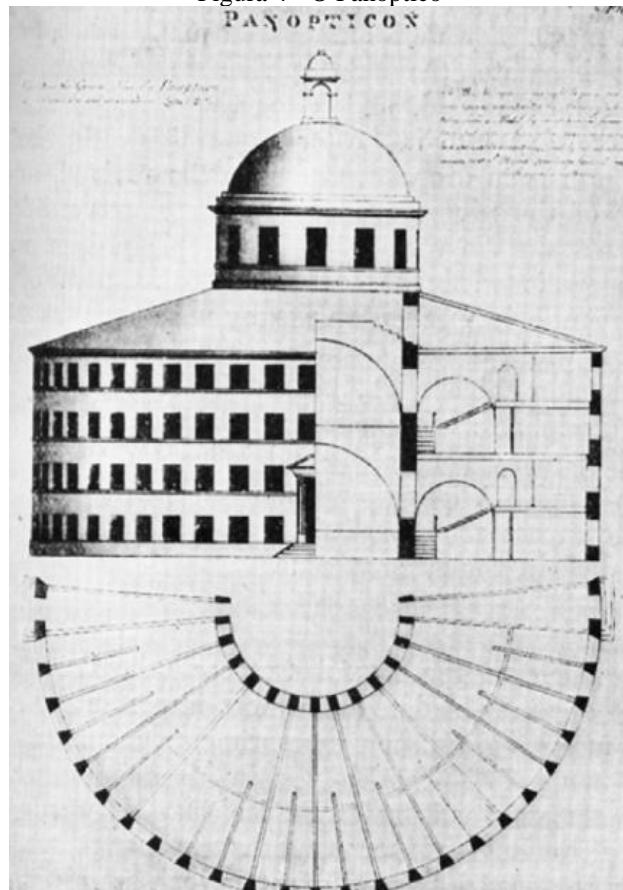
Bentham idealiza o Panóptico em 1787, a princípio, como um modelo prisional que maximiza o controle do maior número possível de ‘vigiados’ por um número mínimo de ‘vigilantes’. Para Foucault, o Panóptico é o símbolo da arquitetura do poder disciplinar. O espaço que assegura a disciplina, o controle e a vigilância, não só para prisões, como também para fábricas, quartéis, escolas, hospitais e manicômios (FOUCAULT, 1975).

Figura 3 - Um detento em sua cela diante da torre central de vigilância



Fonte: FOUCAULT, em Vigiar e Punir, p. 47.

Figura 4 - O Panóptico



Fonte: Foucault em Vigiar e Punir, p. 44.

No Panóptico é assegurado o princípio de que o poder – representado pela torre de controle – deveria ser visível e identificável, pois o detento, ou melhor, o indivíduo a ser vigiado, nunca poderia saber se estava sendo observado. Foucault considerou o Panóptico como “um zoológico real, em que o animal é substituído pelo homem, a distribuição individual pelo grupamento específico e o rei pela maquinaria de um poder furtivo” (FOUCAULT, 2011, p. 193).

Para Foucault, a arquitetura atua para a sociedade não apenas como um espaço diédrico (ou um cenário), mas como protagonista de respostas a um discurso (classificação, especialização e exclusão) e regras da sociedade (no caso, ocidental); assim como reciprocamente.

Ao longo de dois séculos, a arquitetura e a cultura urbana absorveram e espacializaram a *loucura* com uma evidente disciplina e violência, quando observada através do ponto de vista contemporâneo. A arquitetura da exclusão e alienação de indivíduos refletiu mais o desgaste da

condição humana, negando o direito à pluralidade de visões de mundo, à complexidade inerente ao sujeito.

O alto controle social, a segregação e a excessiva especialização tolheram (e ainda tolhem) a liberdade e negaram o direito às individualidades - modos subjetivos de pensar e interagir com o ambiente e com as demais pessoas ao seu redor. Os indivíduos eram encarcerados em edifícios de reformação social, de estrutura espacial rígida e com arranjos espaciais definidos por extensos corredores.

O argumento sobre a relação do espaço produzido e a sociedade não é exclusiva do filósofo Foucault. Teóricos da arquitetura dedicam pesquisas descritivas e analíticas sobre a relação entre espaço e sociedade, a exemplo de Hillier e Hanson – autores da Teoria da Lógica Social do Espaço (1984). Nos dois campos disciplinares - filosofia e arquitetura – esses autores convergem com a descrição da arquitetura como reflexo de fatos sociais, e não de prescrições que se restringem à dimensão geométrica e plástica.

A teoria da lógica social do espaço revela como procedimento chave a análise da integração entre ambientes a partir do movimento possível no interior da edificação. Hillier e Penn descrevem que os edifícios podem estruturar o espaço, tanto para conservar como para gerar formas de comportamento social utilizando exemplos aplicados da sintaxe em edifícios institucionais e habitacionais. Afirmando, também, que as convenções sociais antecedem as estruturas espaciais; e que a teoria da lógica social do espaço oferece um suporte para a compreensão do objeto de pesquisa, através da sintaxe espacial, de forma a compreender o edifício numa leitura do nível de regras sociais e da geometria rígida, podendo ser classificado como edifício complexo, que pode auxiliar na afirmação de um tipo ou edificação com programação mais forte (modelo longo) ou fraca (modelo curto) (HILLIER; PENN, 1991).

Os modelos longos produzem edifícios mais carregados de convenções, com tendência a conservar certos padrões de utilização, e com estrutura mais rígida que os modelos curtos, que produzem edifícios com menos carga de convenções, capazes de gerar várias possibilidades de utilização (aleatoriedade). Para os autores:

“[...] um edifício é um fato essencialmente social. A existência do artefato construído é sempre condicionada por uma lógica social, associada a uma

estrutura espacial, ambas anteriores às decisões sobre os demais aspectos”³.

(HILLIER; PENN, 1991, tradução nossa)

Os edifícios re-formadores do século XIX são edifícios complexos de modelo longo, tendem à caracterização de uma programação espacial forte com padrão espacial específico e rígido. A definição de edifícios específicos para determinadas funções admite a influência dos edifícios sobre o comportamento dos indivíduos, ou seja, os edifícios que relacionam *pessoas a pessoas* (MARKUS, 1993).

“No hospício o que cura é o próprio hospício. Por sua estrutura e funcionamento, ele deve ser um operador de transformações dos indivíduos”⁴. Reconhece-se na frase de Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel - considerado o pai da psiquiatria, o pensamento da sociedade moderna do século XIX. E mais, reconhece-se a arquitetura como agente transformador do indivíduo, conforme discursam os autores anteriormente citados: Foucault, Hillier, Hanson, Markus e Penn.

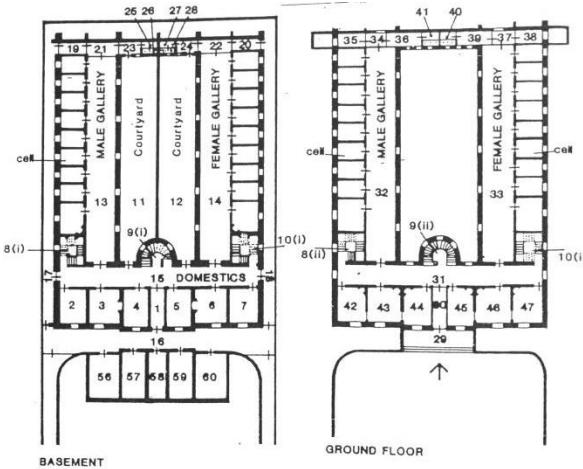
Além desses, Robin Evans (1982) descreve os hospitais, manicômios e prisões como exemplares de uma arquitetura de instituições desenvolvida para o tratamento da reabilitação do indivíduo à vida social – voltados completamente para a realização da cura comportamental, mental ou física dos indivíduos através da sua classificação, separação, isolamento e supervisão (EVANS, 1982).

Thomas Markus analisa alguns edifícios institucionais construídos entre os séculos XVIII e XIX, e revela o sistema de controle das pessoas, do isolamento, através das propriedades espaciais. O Hospital S. Patrick’s de Dublin é um dos casos estudados. Observando os ambientes enumerados - 13, 14, 32, 15, 16, 31 - nas figuras 14 e 15, lê-se que esses exercem controle sobre outros, os espaços de terminação. Em geral, são corredores que representam assim, uma arquitetura destinada a evitar o contato humano e a segregar funções e atividades.

³ “Building is essentially a social fact. The existence of the built artifact is always conditioned by a social logic, associated with a spatial structure, both prior to decisions on other aspects”. (HILLIER; PENN, 1991).

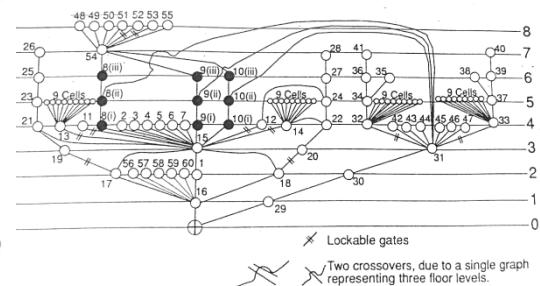
⁴ Centro Cultural da Saúde, Memória da Loucura. Consulta através do site <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/esquirol.html>

Figura 5 - Pavimento térreo do Hospital S.Patrick's, como modelo de edifício de reformação de pessoas



Fonte: Livro *Buildings and Power*, p. 132.
MARKUS, 1993.

Figura 6 - Grafo justificado do Hospital S.Patrick's



Fonte: Livro *Buildings and Power*, p. 132.
MARKUS, 1993.

A grande “explosão tipológica” (MARKUS, 1993), comentada anteriormente, é intensa no século XIX. A Europa exportava modelos de edifícios de mercados, casas de detenção, hospícios, etc.; com relação à arquitetura desses últimos, a grande influência é francesa.

O discípulo de Phillippe Pinel, Jean-Étienne Esquirol (1722-1840) contribuiu para consolidar a instituição psiquiátrica, inclusive para estabelecer a legislação francesa sobre os alienados – a Lei de 1838 – a primeira lei do mundo que rege sobre o assunto. Esquirol desenvolveu concepções sobre as condições físicas e higiênicas necessárias aos hospícios de alienados, além de influenciar expressivamente médicos (alienistas) nas formas de tratamento psiquiátrico (BERCHERIE, 1989).

No Brasil, durante o Segundo Reinado (1840-1889), associados ao crescimento das cidades e à higiene mental foram erguidos hospícios exclusivos para alienados no Rio de Janeiro, São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará. O primeiro deles, o Hospício D. Pedro II, em 1852, na capital carioca, após dez anos de construção.

Inicia-se assim, a institucionalização da loucura no Brasil. Ao *louco* não bastava o encarceramento, mas também o afastamento, o banimento, a invisibilidade aos olhos da sociedade.

Os hospitais psiquiátricos ou manicômios⁵ brasileiros, de forma geral, seguiam os modelos teóricos formulados por Esquirol. Afastados dos núcleos urbanos, a transposição do modelo teórico para o espaço arquitetônico não respondia, muitas vezes, às expectativas, como o caso do Hospício Dom Pedro II. A organização do espaço pouco propiciava a gestão do poder médico e as formas de controle mediante a classificação. A arquitetura também foi uma experimentação – tanto quanto foi a Psiquiatria no século XIX (ANTUNES et.al., 2002, p. 63).

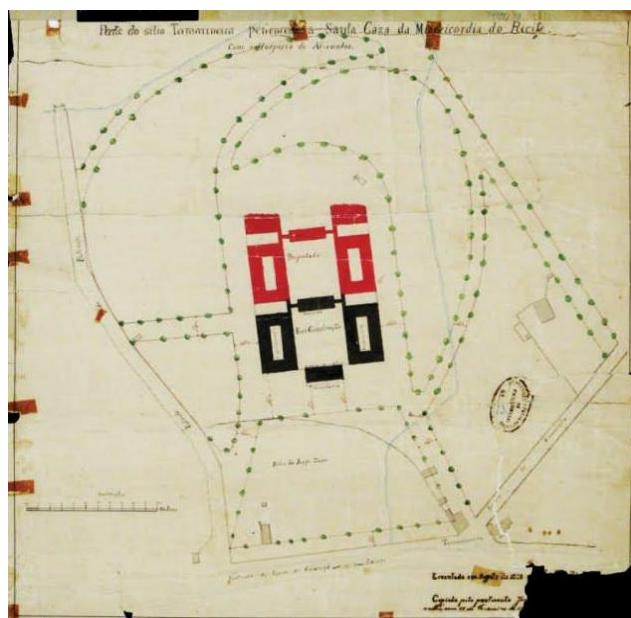
2.2.2 O edifício *re-formador* do Recife: O Hospício de Alienados de Pernambuco

Recife, 1874. Lança-se a pedra fundamental do Hospício de Alienados de Pernambuco, projetado pelo Engenheiro Victor Fournier. À época, apresentava-se como moderno equipamento de saúde pública, no estilo neoclássico, tal como a primeira instituição psiquiátrica do Brasil, o Hospício Dom Pedro II (1852) no Rio de Janeiro. Sua construção durou nove anos com a missão de também abrigar os internos do asilo de Olinda (COELHO, 1977).

Inicialmente administrado pela Santa Casa da Misericórdia, o conjunto edilício que compõe o hospital passou a integrar o patrimônio do Estado de Pernambuco (FUNDARPE, 1992). Sua estrutura original estava composta de quatro blocos (administração, pavilhões masculino, feminino e de serviços) (COELHO, 1977, p. 67).

⁵ A palavra "manicômio" deriva do grego: "manía" significa *loucura* e "komēin" quer dizer curar. Esta denominação tornou-se mais usual durante o modernismo, com o reconhecimento da psiquiatria como disciplina científica da medicina.

Figura 7 - Planta original de locação do Hospital de Alienados de Pernambuco, 1864.
Em preto, os blocos construídos. Em vermelho a indicação da expansão



Fonte: Acervo Público do Estado de Pernambuco, 2012.

Conforme a lógica pavilhonar, os dormitórios eram organizados ao longo de corredores que definiam pátios destinados para recreação dos pacientes, mas isolados entre si. Assim, tratava-se de um típico edifício de *re-formação* (MARKUS, 1993) para atender às expectativas de funcionamento de uma *instituição total* (GOFFMAN, 1961).

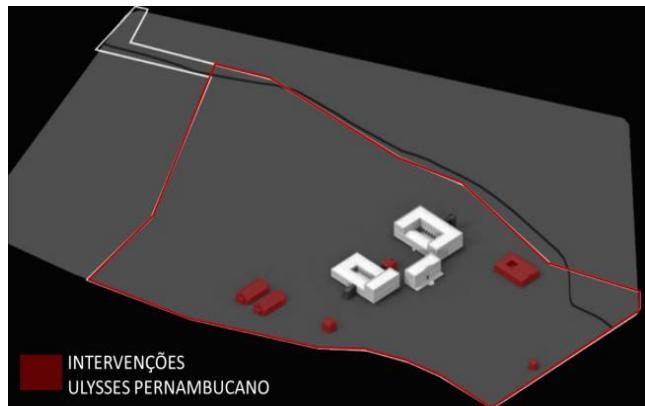
Cabe aqui destacar a passagem do médico Ulysses Pernambucano pela direção da instituição. Pernambucano, integrou a equipe de psiquiatria do hospício entre 1924 e 1926. A forma de tratamento no período de Ulysses Pernambucano corrobora com o repensar do tratamento psiquiátrico. Sua postura gerou atritos na esfera da psiquiatria tanto quanto na política. Em tempos getulistas, Ulysses é preso. Em 1930, com o governo de Carlos Lima Cavalcanti, retorna com a missão de dirigir o hospício (1930-1935), que passa a ser chamado de Hospital de Doenças Nervosas e Mentais. Nesse período consegue verbas para atualizar práticas psiquiátricas no complexo, tais como praxiterapia, clinoterapia e hidroterapia (COELHO, 1977, p. 109).

Figura 8 - Volumetria esquemática do HUP- projeto de 1874, em vermelho o que não foi construído



Fonte: GRAU, Grupo de Arquitetura e Urbanismo, 2012.

Figura 9 - Volumetria esquemática das construções sob a direção de Ulysses Pernambucano no HUP no período entre 1930-1935



Fonte: GRAU, Grupo de Arquitetura e Urbanismo, 2012.

Essas ações deixam marcas físicas e espaciais no complexo do hospital que rompem com a lógica pavilhonar (ver figuras 8 e 9). O hospício de Pernambuco foi projetado considerando a expansão dos pavilhões (ver figura 7), no entanto, esse modelo não mais responderia ao refinamento da evolução do tratamento da medicalização, além das críticas sobre a internação de longo período⁶. Ao mesmo tempo, com a construção de muros e portões isola-se o equipamento da cidade, para maior distanciamento do espaço urbano. Porém, não há como

⁶ No livro de Teixeira Coelho (1977) constam mais detalhadamente as ações de Ulysses Pernambucano sobre a superlotação do hospício e as internações consideradas indevidas pelo psiquiatra. Pernambucano também transgride a forma de tratamento com atendimento-dia, negando a internação, para determinados casos.

negar a evolução da forma de tratamento que corrobora com o repensar do tratamento psiquiátrico (FREIRE e NASCIMENTO, 2018).

No século XX os espaços da clausura, da loucura, asilos e manicômios, anteriormente associados à ideia de liberação dos alienados, passa a se transformar “no maior e mais violento espaço de exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades” (AMARANTE, 1995).

Durante o século XX, a filosofia e a transdisciplinaridade da ciência ajudaram a quebrar paradigmas até então vigentes. No campo da saúde, a loucura passou a não ser mais considerada uma doença, um objeto da psiquiatria. Hoje, pauta-se na sociabilidade e na convivência com os diferentes para a construção do sujeito. Dessa maneira, a reforma psiquiátrica se configura, não apenas como uma mudança no campo da psiquiatria, mas como um processo político de transformação social.

O período entre 1941 e 1954 se caracterizou pela expansão dos hospitais públicos, facilitada principalmente pelas leis vigentes que autorizavam a realização de convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos.

Nesse mesmo período a psiquiatria procurava se estabelecer como especialidade médica e buscava novas técnicas terapêuticas que substituíssem o papel meramente custodial predominante. Em 1954 houve um aumento de mais de 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil, porém, a criação de novos hospitais não amenizava a situação caótica vigente. Ao contrário, na década de 50, os hospitais públicos viviam em total abandono, apresentando excesso de pacientes internados. A função social do hospital psiquiátrico era basicamente de exclusão (ANTUNES et.al., 2002).

Cabe ressaltar que o HUP está em funcionamento, sob a gestão estadual, com internos que são destinados gradativamente às residências terapêuticas⁷ corroborando com o processo de esvaziamento do edifício⁸.

É a sociedade contemporânea que rompe com o paradigma psiquiátrico de mais de dois séculos com equipamentos institucionais de exclusão e de “mortificação do eu” (GOFFMAN, 1961).

⁷ O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica – consiste de casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não (Ministério da Saúde, 2004).

⁸ Em 2012, o HUP foi objeto de concurso com a proposta de transformá-lo em um parque público. Este fato marca de maneira emblemática o sentido da reforma psiquiátrica no cenário local com as diretrizes do edital sublinhando a integração com a cidade e promulgando um espaço para o convívio com a diferença.

Porém “qualquer mudança de ideais e práticas discursivas não inaugura de súbito todo um novo momento discursivo, em oposição completa ao que se conhecia” (FOUCAULT, 1995).

2.3 A desinstitucionalização

Oriunda dos movimentos civis em defesa das minorias e de tolerância às diferenças do pós-guerra, a concepção de reforma psiquiátrica se inicia na Europa e nos Estados Unidos e se diferencia conforme as características sócio-políticas de determinado país e da relação com as instituições psiquiátricas.

De maneira geral, a reforma psiquiátrica nesses países é pautada na revisão do tratamento do indivíduo com transtorno mental com a introdução da psicanálise e o processo de **desospitalização** (DESVIAT, 2015).

Na França, a reforma⁹ psiquiátrica foi uma mudança gradual da medicina mental a partir do pós-guerra, com a mudança das práticas de tratamento, introduzindo a psicoterapia institucional. De maneira geral, mantinham-se os asilos, as estruturas espaciais das instituições, pois não era atribuída às paredes e muros a contribuição para as práticas e resultados do tratamento. Seu mais importante princípio: “a transformação do hospital num instrumento terapêutico de ressocialização, através de um funcionamento aos moldes de uma comunidade terapêutica” (PASSOS, 2000). Segundo Desviat, ao longo dos anos, o cenário nas instituições psiquiátricas francesas não representava as expectativas comunitárias e de qualidade de vida das pessoas com transtorno mental:

“(...) em outubro de 1988 fez-se visita aos antigos pavilhões do Hospital Saint Anne, considerado o baluarte da psiquiatria francesa. Em suas salas encontrou-se o mesmo cheiro, os mesmos enfermos recentes misturados, os mesmos pacientes crônicos (...)” (DESVIAT, 2015).

Entre as décadas de 1960 e 1980, face às críticas entre alguns profissionais franceses de psiquiatria sobre esse modelo hospitalocêntrico, surgiu o processo de setorização, que “propõe voltar à comunidade a atenção psiquiátrica, com estruturas ‘extra-hospitalares’ - a fim de evitar,

⁹ Para melhor compreensão do processo histórico, da teoria e prática da reforma psiquiátrica francesa, ver “*Políticas e Práticas de cuidado em saúde mental: experiências e “modelos” em discussão*” (2000), tese de Izabel Passos. Sobre a influência da psicanálise na política de saúde mental, ver “O psicanalismo” (1978), livro de Robert Castel.

principalmente, as prolongadas internações” (PASSOS, 2000). Para uma maior aproximação dos pacientes, desenvolveram a política de setor para a “higiene mental”, legalizada em 1990, sem a desativação dos antigos hospícios, mas incorporando o ambiente extra-hospitalar com estruturas de acolhimento – a exemplo de hospital-dia, centros de acolhimento e apartamentos para moradia.

O termo **desinstitucionalização** surgiu nos Estados Unidos e se tornou emblemático por remeter à ruptura definitiva com o que Goffman (1961) denomina de instituições totais. Porém, para os norte-americanos, a denominação se restringiu à desospitalização que visava a racionalização de recursos públicos. A esse fenômeno, Robert Castel (1998) denominou de “*miniaturização do controle*”, ou seja, um processo de difusão de formas de internações que se capilarizam através de instituições de pequeno porte, mas onde o indivíduo-paciente continua a viver com acesso extremamente precário do exercício dos direitos sociais (BARROS, 1994).

Os exemplos da França e dos Estados Unidos remetem à concepção de desinstitucionalização pautada na desospitalização, onde a condição do sujeito, sob o controle da instituição, do saber psiquiátrico e ainda excluído dos demais, emergiu em críticas que extrapolaram o campo da saúde e contribuíram para a construção de um pensamento que consistia nos direitos humanos: a desinstitucionalização como desconstrução.

2.3.1 A Psiquiatria Democrática Italiana (PDI)

O objetivo desta seção não é apresentar toda a história da psiquiatria na Itália, mas descrever o processo, de forma sucinta, de motivação e construção do paradigma de desinstitucionalização italiano, considerado a referência para a reforma psiquiátrica brasileira.

A Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana é concretizada em 1978. Não à toa, é denominada popularmente de ‘Lei Basaglia’, pois sua conquista se atrela ao resultado do trabalho iniciado pelo psiquiatra Franco Basaglia¹⁰, na década de 1960, nos hospitais de Gorizia e Trieste, cidades do norte da Itália.

Até trabalhar no Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, situado no extremo norte da Itália, Franco Basaglia (1924 – 1980) não havia experienciado a realidade de uma unidade psiquiátrica

¹⁰ Franco Basaglia, foi precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano. Seu trabalho no Hospital Psiquiátrico de Trieste foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1973, e tornou-se referência mundial para reformulação de políticas da saúde mental (AMARANTE, 1996).

em seus doze anos de vida acadêmica. O ano era 1961. O médico psiquiatra recordou do seu tempo de prisão como *partigiano*¹¹ ao observar os internos presos nas celas dos pavilhões do manicômio (AMARANTE, 1996, p. 67).

Nos cursos de psiquiatria não era passado o conhecimento das práticas manicomiais exercitadas na Itália, muito menos as revisões e inovações de tratamento que estavam ocorrendo na Europa a partir do fim da Segunda Guerra. Com a responsabilidade de dirigir o hospital psiquiátrico, Basaglia iniciou o estudo sobre as reformas psiquiátricas ocorridas na Europa (principalmente França e Inglaterra), em especial sobre as comunidades terapêuticas e a psicoterapia institucional, a fim de aplicá-las em Gorizia (AMARANTE, 1996).

A reflexão sobre essas práticas levou Basaglia a iniciar uma transformação no ambiente hospitalar sob sua direção, mas logo reconheceu que as abordagens não ofertavam para as pessoas acometidas de transtorno mental a qualidade de vida e o direito à convivência social. Para Basaglia, a psiquiatria na vida daquele que perde sua autonomia, seus direitos, colaborava com que a instituição comandasse uma organização social que excluía as pessoas com transtorno mental (PASSOS, 2000).

Aproximando-se do processo das reformas na Europa e Estados Unidos, além das obras de Erving Goffman e Michel Foucault, o médico e psiquiatra italiano Franco Basaglia compreendeu que não bastava humanizar o tratamento das pessoas com transtorno mental.

Nesse sentido, “passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltados para a superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (AMARANTE, 2006). Basaglia conclue que a negação total da instituição e a antipsiquiatria são a diretriz para uma nova construção sobre a política de saúde mental.

Pavilhões foram abertos. Eventos culturais realizados dentro e fora do Hospital Gorizia. Palestras e encontros grupais (assembleias) agregavam técnicos e ‘hóspedes’ do hospital, os últimos com direito de voz para debater e requerer sobre as práticas terapêuticas e demais

¹¹ Denominação para os opositores do fascismo italiano durante a resistência italiana ou partigiana. Basaglia militou na Resistência Italiana ainda como estudante, e foi preso até o fim da Segunda Grande Guerra Mundial.

serviços. Esse modelo de intervenção causou, entretanto, mais reações negativas do que positivas, por parte da comunidade e do grupo médico.

Mesmo assim, Basaglia consegue o engajamento de jovens profissionais para seu movimento. Com intuito de maior repercussão do seu discurso, ele fecha, no ano de 1968, hospital psiquiátrico de Gorizia. Ainda articula com os demais profissionais uma demissão em massa, como forma de manifesto. Com isso, o psiquiatra Basaglia obteve duas conquistas: sua demissão e o reconhecimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) (PASSOS, 2000).

Em 1971, Basaglia assume a direção do manicômio de Trieste. Diante das condições subumanas, inicia imediatamente as mudanças internas, com abertura dos pavilhões, assembleias com os pacientes, reformas físicas, capacitação de enfermeiros, passeios à cidade e a organização dos primeiros apartamentos para aqueles que já tinham perdido os laços familiares. É o modelo de cooperativa e de moradia em grupo que irá contribuir para o desmantelamento do hospital. (BARROS, 1994). Os pacientes não eram mais agrupados pela classificação nosográfica (herança esquiroliana) e sim pelo lugar de onde provinham. Inicia-se, pois, a lógica territorial.

Em 1977 o hospital psiquiátrico de Trieste é considerado extinto pelos profissionais de saúde atuantes, mas é um ano depois com a aprovação da Lei 180, de 1978, que a administração provincial cessa oficialmente o funcionamento do estabelecimento. A lei redige que:

- Não poderá haver novas internações em hospitais psiquiátricos a partir de maio de 1978; fica proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos;
- os serviços psiquiátricos comunitários, os serviços territoriais, deverão ser criados para determinadas áreas geográficas e trabalharão em estrito contato com as unidades de pacientes internados, a fim de garantir um atendimento contínuo; poderão dispor de unidades psiquiátricas, com um número de leitos nunca superior a 15, nos hospitais gerais, onde serão realizadas todas as internações, tanto voluntárias quanto compulsórias;
- fica sem efeito o estatuto de periculosidade social do doente mental; nos casos de tratamento obrigatório, um juiz deverá tutelar a salvaguarda dos direitos civis dos pacientes (DESVIAT, 2015, p. 51).

Atualmente, os serviços de saúde mental são cooperativas formadas primordialmente por pessoas com transtorno mental e têm como apoio uma rede de centros de saúde mental estruturada no território. Em Trieste, “esses centros estão localizados em grandes casarões com mais de um andar, jardins e salas amplas, confortavelmente mobiliadas. O espaço para as atividades está separado do ambiente para hospitalização, situado no andar superior da casa” (PASSOS, 2000).

Basaglia disseminou suas ideias através de livros, congressos e demais canais, e ainda influenciou na construção de política de saúde mental em outros países. No Brasil, a repercussão de suas ideias tomou força com sua presença no ano de 1980, onde visitou o Hospital Colônia de Barbacena¹² em Minas Gerais. Debateu com profissionais da saúde que já revelavam certa indignação com o modelo de assistência e respectivas práticas correntes no Brasil.

2.3.2 A reforma psiquiátrica brasileira

As reivindicações trabalhistas e o discurso humanitário alicerçaram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no Brasil durante a década de 1970. O contexto era de crítica ao Estado autoritário, em específico, à ineficácia da assistência de saúde pública e ao caráter privatista da política de saúde. Denúncias de violência e abandono dos internos dos hospícios do país, além de fraude no sistema de financiamento dos serviços fizeram ampliar o movimento socialmente, consolidando-se como movimento de luta antimanicomial (AMARANTE, 1995).

Essencialmente, a redação original do projeto de lei de 1989, que subsidiou a lei da reforma psiquiátrica brasileira de 2001, apresenta similaridades com o da Lei Basaglia. São três os artigos que anunciam o novo paradigma: o impedimento da construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o direcionamento dos recursos públicos para criação de “recurso não-manicomiais de atendimento”; e a obrigação de comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria emitir parecer sobre a legalidade da internação.

¹² Conhecido como Colônia, foi o maior hospital psiquiátrico brasileiro, que durante o século XX registrou 60 mil mortes de pessoas em “tratamento” psiquiátrico (ARBEX, 2013). A violação dos direitos humanos, através de relatos de ex-funcionários e reportagens das décadas de 1960 e 1970 é documentada no premiado livro da jornalista Daniela Arbex.

Somando-se às influências teóricas e práticas de Basaglia, o projeto de lei de 1989 motivou as práticas, antes mesmo de sua aprovação, doze anos após tramitações e debates. Práticas terapêuticas foram humanizadas no interior de hospitais psiquiátricos e experiências fora do âmbito hospitalar, com atendimento dia, iniciam a consolidação de núcleos e centros psicossociais¹³.

Apenas em 2001, com a Lei nº 10.216 – Lei da Reforma Psiquiátrica - o Brasil emerge com o paradigma da desinstitucionalização no âmbito da política da saúde mental, como resposta aos movimentos da luta antimanicomial ocorridos desde o final da década de 70 e que tiveram como protagonistas os trabalhadores da área da saúde mental. Entender a desinstitucionalização significa compreender que esta vai além da desospitalização, como bem descreve Paulo Amarante¹⁴:

Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. [...]. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. [...] O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação (do eu) para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz *novos sujeitos* de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 1995).

As palavras de Amarante clarificam o ‘cerne’ da lei da reforma psiquiátrica brasileira – a desinstitucionalização como desconstrução - e apontam para o (re)encontro da *loucura* com a cidade e a sociedade na contemporaneidade. A cidade, agora, um cenário, ou melhor, o palco para que o indivíduo com transtorno mental se torne sujeito e não somente objeto do conhecimento psiquiátrico. Aos novos sujeitos, novos direitos: a cidadania (AMARANTE, 1995).

O novo paradigma da política de saúde mental no Brasil adota uma política de inclusão do paciente na vida social, no espaço da cidade, com foco na ‘territorialização’ e

13

¹⁴ Paulo Amarante foi representante eleito do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial na Comissão Intersectorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde. Durante a realização do seu doutorado, estagiou com Rotelli, discípulo de Basaglia.

‘residencialização’ dos equipamentos para apoio às pessoas que sofrem do transtorno mental. O primeiro momento, o mais emergencial, foi direcionado para os internos em Hospitais Psiquiátricos.

Através da Portaria/GM nº106/2000 foram instituídas as Residências Terapêuticas, que são locais de moradia destinadas às pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas. O Programa *De Volta para Casa* (PVC), instituído por meio da Lei Federal nº10.708/2003¹⁵, visa inclusive subsidiar financeiramente as pessoas com transtorno mental que perderam seus vínculos familiares e sociais.

Simbolicamente, a casa, a acolhida de uma ‘moradia’, contribui com o sentimento de pertencimento e identificação desses sujeitos, relação de identificação com o indivíduo, como extensão da sua própria moradia. Como afirma Lúcia Leitão, “Sujeito e espaço se confundem: a destruição do espaço familiar é percebida como a destruição do próprio sujeito”, além de que:

“Da caverna aos nossos dias, o espaço da arquitetura é o espaço do abrigo, do acolhimento, do amparo, da proteção. Diferentemente do espaço geográfico, que pode ser ou não apropriado pelo humano tal qual a natureza o oferece, o espaço da arquitetura se faz para acolher, para abrigar, para confortar – no sentido de oferecer um ambiente confortável - para proteger, não apenas das hostilidades ambientais, sua face mais visível, mas também em sua dimensão simbólica do desamparo que marca o humano frente à experiência do existir” (LEITÃO, 2014).

2.3.3 A Rede de assistência à saúde mental

Não bastava apenas distribuir no território os equipamentos substitutivos do espaço asilar, institucional, para busca da desinstitucionalização. Para desconstrução da instituição, os equipamentos de apoio e cuidado à saúde mental da população devem partir do pressuposto que nenhum serviço de saúde tem autossuficiência na sua totalidade. Reconhece-se a alta complexidade dos problemas de saúde que, em geral, envolve (e deve envolver) outros campos do saber.

Numa rede de assistência com lógica territorial, na qual o hospital perde a supremacia, quebra-se com a ideia de um sistema hierárquico (linear) construído sob a referência de uma pirâmide.

¹⁵ A Lei 10.708/2003 dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas. O objetivo é efetivar o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede assistencial de cuidados.

O modelo assistencial deve ser compreendido de forma circular (CECILIO, 1997). Conceitualmente, a organização da Rede de Assistência à Saúde Mental (RAPS) pode ser referenciada pelo rizoma, no qual nenhuma unidade é autônoma na totalidade (DELEUZE, GUATTARI, 1978). O progresso vem a partir de outra unidade ou conjunto de unidades. A lógica da rede está em não achar uma solução de fato, mas em conjunto, num sistema, progredir através de troca de experiências.

No Brasil, os serviços que surgiram com o objetivo de substituição do modelo hospitalocêntrico foram organizados num sistema de rede. No ano de 2011, foi instituída a RAPS através da Portaria nº 3088/11. Nesta, estão contidas as instruções sobre a organização dos equipamentos de atenção à saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), numa lógica de rede territorial que permita o fácil acesso e seja baseado na convivência dentro da sociedade, com o viés da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental¹⁶.

Da RAPS, fazem parte:

- a) Unidade Básica de Saúde (UBS): local para atendimento de forma programada ou não, nas especialidades básicas (clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia) podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior; identifica casos de saúde mental em seu raio de atuação para encaminhamento ao CAPS;
- b) Consultório na rua: equipes multiprofissionais que lidam com os diferentes problemas e necessidades da população de rua, entre elas, as questões de saúde mental;
- c) Centro de Assistência Psicossocial (CAPS): possui três modalidades – I, II e III, de acordo com o aporte populacional do município (respectivamente, acima de 15.000 habitantes, acima de 70.000 habitantes e de 150.000 habitantes); os CAPS da modalidade III, devem fornecer atendimento 24h; há ainda os CAPS Infanto-Juvenis e os CAPS AD (Álcool e outras drogas).
- d) Residência terapêutica: moradia inserida nas comunidades, destinada a acolher egressos de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) de Hospitais Psiquiátricos e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, cujo vínculo familiar seja frágil ou mesmo inexistente;
- e) Equipe de Abordagem de apoio às Residências Terapêuticas;

¹⁶Conforme expressão presente nos textos das Leis nº10.216 e nº6013, ambas de 2001.

- f) SAMU: equipe de saúde que atende as crises em situações de emergência, transportando para emergências especializadas em assistência psiquiátrica;
- g) Unidades de Acolhimento Transitório ou Albergue terapêutico: equipamentos (casas) surgidos para atender à demanda de pessoas em tratamento para álcool e outras drogas e que necessitam de acompanhamento intensivo, com a premissa básica de não poder ultrapassar 180 dias de internação; a triagem e encaminhamento para essas unidades é feita pelos CAPS.
- h) Hospitais Gerais (HG): Com o fechamento dos hospitais psiquiátricos especializados, leitos são implantados em HG para dar suporte no atendimento de emergências psiquiátricas para o manejo de pacientes em crise em ambiente multiprofissional e integrador. A abordagem familiar e a garantia de encaminhamento pós-alta para continuidade do tratamento em serviço de referência da rede extra-hospitalar é dever do HG.
- i) Emergência em saúde mental: Local que atenda os casos de emergência, mas que não funciona necessariamente dentro de um hospital psiquiátrico.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, que garanta a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade (MS, 2013). Além de mais acessível, a RAPS ainda tem como objetivo a criação, ampliação e a articulação de ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil textualiza sobre o aparato arquitetônico da RAPS com diretrizes programáticas que “visam contribuir com a definição e a reflexão sobre os projetos de construção, de reforma e/ou ampliação de CAPS [...] e não se propõe à padronização de estrutura física” (MS, 2013, p. 6).

Afinal, a homogeneização do padrão espacial de uma instituição leva, no caso, à banalização do sujeito usuário, distando assim do sentimento de pertencimento e de humanização, se contrapondo à desinstitucionalização.

A reforma psiquiátrica vem ocorrendo de maneira gradual e heterogênea, de acordo com as especificidades políticas, econômicas, e sociais de cada local. À pessoa com transtorno mental não cabe mais o modelo hospitalocêntrico, de práticas excludentes e alienantes. A ela – o *novo*

sujeito - é dado o direito à cidadania com equipamentos de apoio à saúde mental, antagônicos ao anterior.

Mas nada se consolida como verdade na íntegra. A ameaça aos preceitos da reforma é constante. O temor pelo retrocesso da reforma psiquiátrica é perene.

Figura 10 - Profissionais de saúde mental e pacientes se manifestam no Rio de Janeiro contra a nomeação de ex-diretor de manicômio, denunciado pelo Ministério Público, para a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde



Fonte: O Globo, dezembro de 2016.

2.4 A *loucura* e a *casa* - os Centros de Atenção Psicossocial

"Eu me sinto muito bem aqui. Precisamos vencer essa luta contra os manicômios. Nos ajudem a vencer, o CAPS é a nossa casa."
(Clério Araújo, usuário de um CAPS)¹⁷

A frase é emblemática - “[...] o CAPS é a nossa casa”. O sentimento de pertencimento e identificação é notório. Ao mesmo tempo, o sentimento de estar vulnerável à possibilidade de

¹⁷ Relato de um usuário de CAPS no Rio Grande do Sul ao se manifestar contra a nomeação do coordenador de saúde mental no ano de 2016.

voltar para um hospital psiquiátrico (com longa internação) denota que a reforma psiquiátrica ainda está em processo de consolidação.

O CAPS é um equipamento da assistência básica à saúde mental, também instalado em imóvel originalmente residencial, um *lugar social* – expressão utilizada para definir o CAPS como dispositivo estratégico para superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica, tal como consta do manual de construção de CAPS do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2013).

O CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo, é considerado um marco inaugural sob a nova prática de cuidado. Atuando desde 1987 - mesmo ano do Manifesto de Bauru¹⁸, busca oferecer às pessoas com transtorno mental um atendimento-dia, respeitando a singularidade do indivíduo, com equipe multidisciplinar e atividades culturais externas, com o objetivo de desconstrução de estigmas junto à comunidade. Uma forma de tratamento diferenciada dos ambulatórios ou dos hospitais psiquiátricos.

O CAPS Luiz Cerqueira foi instalado num antigo casarão de esquina, no bairro Itapeva e inspirou dezenas de outros CAPS em regiões diversas. Esses centros foram regulamentados pelo Ministério da Saúde através das portarias nº189, de 1991, e nº224, de 1992.

Talvez, a emergência para a transposição do espaço asilar para um espaço comunitário territorial tenha influído no critério de escolha desses imóveis, mas é o significado do espaço da casa que vem representar aquilo que é antagônico à instituição psiquiátrica, para a prática da nova clínica, de relação direta e de acolhida à pessoa com transtorno mental.

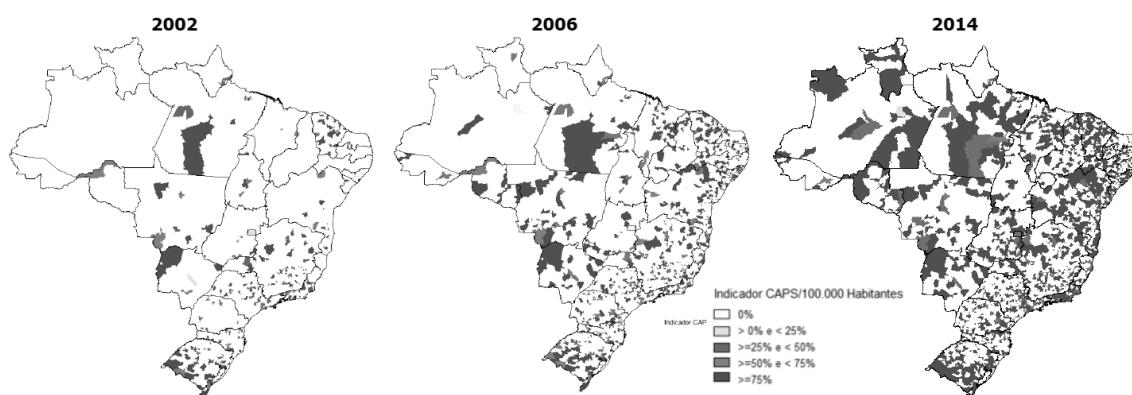
Inicialmente oficializados pela Portaria GM 224/92 que os definia como "unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional". Hoje, são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002(idem). Esta Portaria incluiu os CAPS no SUS (Sistema Único de Saúde), que reconheceu sua complexidade de serviços prestados e sua amplitude de atuação - tanto no território onde se encontra, quanto na luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde.

¹⁸ Com os lemas: *Contra a mercantilização da doença! Por uma sociedade sem manicômios!*, o manifesto ocorreu em dezembro de 1987, em Bauru, durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.

Hoje, o CAPS constitui a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (Ministério da Saúde, Brasil, 2013) e destina-se a acolher os pacientes com transtornos mentais, não só para atendimento médico e psicológico, mas também para apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia. A integração da pessoa a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares com o papel fundamental de viabilizar a inserção social dessas pessoas.

O MS aponta que 12% da população brasileira necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual. Desses, 3% são indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes. Apesar do crescente número de CAPS implantados, um grande percentual ainda deve ser distribuído no território do Brasil.

Figura 11 - Evolução do indicador de cobertura de CAPS/100mil habitantes



Fonte: Coordenação Geral de Saúde mental, álcool e outras drogas/DAPES/SAS/MS e IBGE. As manchas mais escuras indicam 75% de cobertura e em branco 0% de atendimento.

//files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf, consultado em janeiro, 2017.

Para a adequação de um CAPS num espaço residencial ou para uma nova construção, o MS descreve em seu manual de orientação algumas diretrizes¹⁹:

- *a afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas”;*
- *a disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte;*

¹⁹ Diretrizes extraídas do documento do Ministério da Saúde (2015): Lugares da Atenção psicossocial nos Territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UAs.

- *a configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário;*
- *espaços que expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas com a experiência do transtorno psíquico e da garantia de seus direitos;*
- *a atenção contínua 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade;*
- *a permeabilidade entre “espaço do serviço” e o contexto urbano no sentido de produzir serviços de referência nos territórios.*

As palavras e textos sublinhados remetem às condicionantes da reforma psiquiátrica para atribuir ao espaço de um CAPS sua disposição estratégica diante da rede territorial de serviços de saúde mental – entre o cidadão (o novo sujeito urbano) e o lugar de tratamento. Esses textos subsidiarão a análise dos espaços dos CAPS do Recife instalados em imóveis originalmente residenciais, para a compreensão de que suas configurações espaciais respeitam os preceitos da reforma ou se manifestam em suas estruturas espaciais a lógica de uma “miniaturização” de uma instituição asilar.

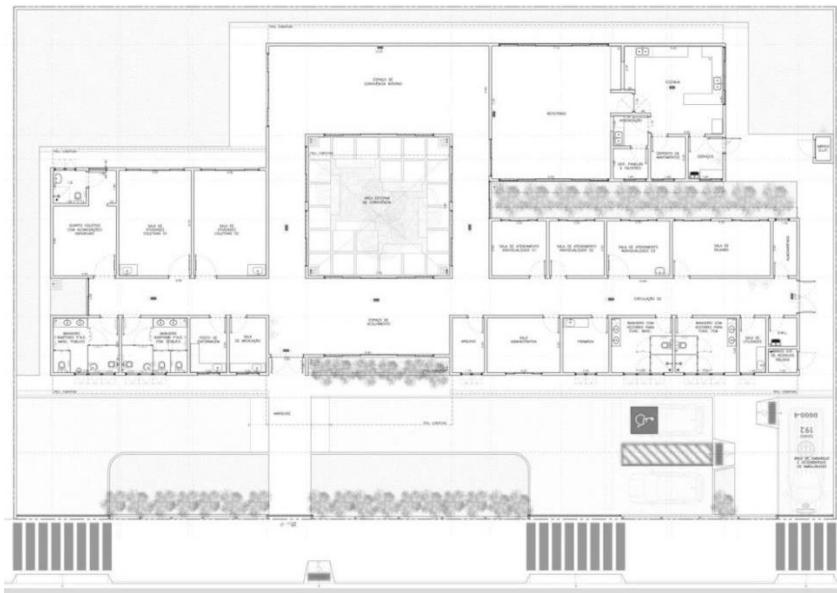
O Ministério da Saúde do Brasil com intuito de ampliar a RAPS lança a Portaria nº 615/2013 com o intuito de incentivar financeiramente os investimentos municipais para construção de CAPS e Unidades de Acolhimento (também integrante da RAPS). A esta Portaria é referenciado um projeto modelo para CAPS.

A existência de um modelo padrão²⁰ sugere uma contradição às diretrizes supracitadas – com uma arquitetura genérica aplicada em contextos territoriais diferenciados, além das especificidades culturais.

E ainda, se a reforma tem como prerrogativa o (re)encontro da loucura com o espaço urbano, sugere que os dispositivos favoreçam a relação com esse meio através de um modelo espacial mais integrado ao espaço urbano.

²⁰ Nos apêndices consta a representação e uma análise básica do projeto modelo do Ministério da Saúde (2013).

Figura 12 - Planta arquitetônica do CAPS modelo, Ministério da Saúde



Fonte: <http://portalsms.saude.gov.br/sismob/instrutivo-e-legislacao-dos-programas/saude-mental>, consultado em dezembro 2018.

No capítulo seguinte, será apresentado o universo empírico da pesquisa: a aplicação de princípios de desinstitucionalização e os casos de CAPS na Cidade Recife, dando possibilidade de uma análise da relação entre os espaços domésticos e a experiência de tentativa de ruptura com o sistema hospitalocêntrico.

3 OS CAPS NO RECIFE

Este capítulo tem o objetivo de apresentar tanto os edifícios como os padrões de uso de exemplares dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade do Recife, especificamente aqueles selecionados como corpus empírico desta investigação.

Os edifícios são representados a partir das plantas arquitetônicas obtidas no arquivo municipal, com base nas quais realizam-se os levantamentos físicos de cada um dos CAPS selecionados.

Já os padrões de utilização dos CAPS pelas diversas categorias de usuários são descritos a partir de informações recolhidas em observações *in situ* e de entrevistas semiestruturadas.

Como destacado na introdução, a efetivação dos levantamentos, assim como o procedimento de observação e entrevistas semiestruturadas²¹ junto às gerências dos CAPS, só se viabilizaram com a submissão e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE (Anexo 1 - cópia do parecer consubstanciado n.2.375.353).

Com a deliberação do CEP/UFPE, protocoliza-se o pedido de anuênciia da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES) da Cidade do Recife para autorização do início da coleta de dados. Apenas com a permissão do SEGTES e das gerências de cada um dos CAPS procede-se a coleta dos dados constantes deste trabalho.

3.1 Seleção de casos para a análise

Inaugurados um ano após a promulgação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os CAPS compõem a rede SUS de atenção psicossocial para transtorno mental.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade do Recife tem na sua composição dezessete Centros de Atenção Psicossocial²² (CAPS) para atender o público adulto e infantil com transtorno mental e dependentes de álcool e outras drogas. Os equipamentos de saúde são organizados em distritos sanitários que compreendem uma área geográfica que comporta uma

²¹ Ver o roteiro da entrevista no apêndice 1.

²² Dado cedido pela Coordenação de Saúde mental da Secretaria de Saúde do Recife, em 2017.

população com características epidemiológicas e sociais registradas e reconhecíveis, e os recursos de saúde para aplicação e gestão descentralizadora.

Desses dezessete CAPS, oito se enquadram no foco desta investigação com a função de atendimento do público adulto com transtorno mental.

São equipamentos com funcionamento em dois turnos de quatro horas, no período de 08h00 às 18h00, com capacidade para atender até 30 pacientes por dia e com funcionamento em todos os dias úteis.

Como visto no capítulo 2, a emergência em responder ao que pauta a Lei 10.216, de 16 de abril de 2001, principalmente o descrito no § 3º do art. 4²³, corroborou a identificação da arquitetura residencial para instalação de centros de atenção psicossocial, como resposta antagônica ao espaço institucional de característica asilar

O levantamento de dados se inicia com a busca dos projetos aprovados das residências, anteriores à implantação do CAPS, nos arquivos das Regionais da Prefeitura do Recife; além de consulta à Secretaria de Infraestrutura da Saúde do Recife.

Dos oito imóveis residenciais destinados à instalação dos CAPS de transtorno mental adulto, apenas três projetos que antecedem a reforma para CAPS foram identificados nos arquivos da Prefeitura do Recife: a casa do CAPS Boa Vista, no Distrito Sanitário I; a do CAPS Esperança, no Distrito Sanitário III; e a do CAPS Espaço Vida, no Distrito Sanitário IV.

Dessa amostra, todos são CAPS da modalidade tipo II²⁴ que, de acordo com a Portaria nº 336/2002, do Ministério da Saúde, dão cobertura a um contingente populacional entre 70.000 e 200.000 habitantes (BRASIL, 2002).

O contingente populacional dos distritos sanitários I, III e IV é de aproximadamente 674.000 habitantes. Considerando a média populacional desses distritos sanitários (224.000 habitantes), a capacidade de atendimento dos três CAPS selecionados ultrapassa as exigências legais.

²³ “É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares (...).” (BRASIL, 2001).

²⁴ A Portaria GM/MS nº336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde do Brasil estabelece três modalidades de serviços dos Centros de Atenção Psicossocial, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Figura 13 - Relação dos CAPS do Recife e destaque dos selecionados para a análise espacial

CAPS Recife	CAPS adulto transtorno mental	Plantas originais das residências	Ano da aprovação do projeto	
Distrito I				
CAPS Boa Vista		(*)	1955	selecionado para análise
CAPS AD Prof. Luiz Cerqueira				
Distrito II				
CAPS José Carlos Souto		(**)	2001	
CAPS infantil Zaldo Rocha				
CAPS AD Vicente Araújo				
UA Jandira Masur				
Distrito III				
CAPS Espaço Azul		(***)		
CAPS EsPerança			1955	selecionado para análise
CAPS AD CPTRA				
Distrito IV				
CAPS Espaço Vida			1979	selecionado para análise
CAPS AD Eulámpio Cordeiro				
UA Celeste Aída				
Distrito V				
CAPS 24h Galdino Loreto		(**)		
CAPS infantil Cléa Lacet				
CAPS infantil CEMPI				
CAPS AD Prof. René Ribeiro				
Distrito VI				
CAPS 24h David Capistrano		(**)		
CAPS 24h Espaço Livremente		(**)		
CAPS AD Prof José Lucena				
UA Prof Antonio Nery Filho				

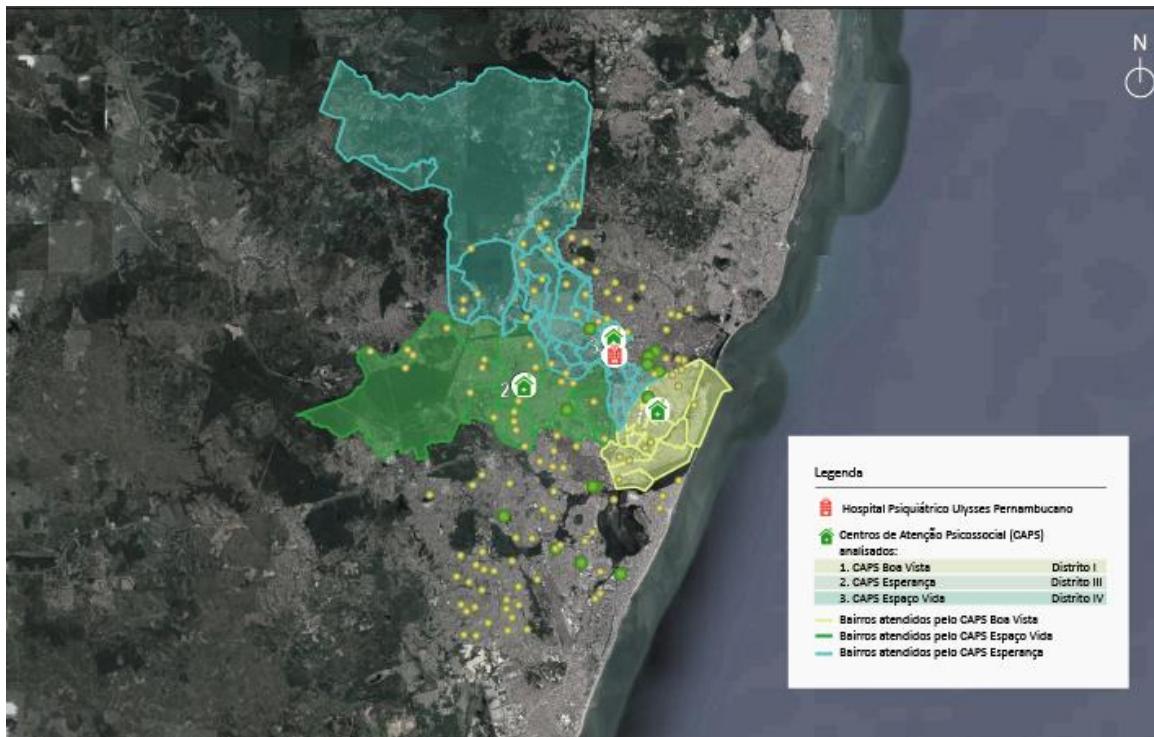
(*) Casa construída entre anos 1930-40, o projeto do arquivo da PCR é de reforma com acréscimo, de 1955.

(**) Não foi identificada a planta original da residência.

(***) No arquivo o projeto com o endereço do CAPS não corresponde ao imóvel do CAPS.

Fonte: Dados da Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura da Cidade do Recife, 2017; editados pela autora, 2019.

Figura 14 - Mapa com destaque de alguns equipamentos da Rede de Saúde Pública Municipal e do Hospital Ulysses Pernambucano gerido pelo Estado de Pernambuco. Destaque para os três CAPS selecionados para análise



Fonte: Dados da Secretaria de Infraestrutura do Recife, 2017; editado pela autora, 2019.

Além dos CAPS, Recife possui na sua RAPS as equipes e o Consultório na Rua; a atenção de urgência e emergência; e estratégias de desinstitucionalização formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Além disso, dispõe de “albergues terapêuticos”, que são dispositivos psicossociais, voltados às pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade na exposição aos riscos do uso prejudicial de álcool e outras drogas e que precisam de um tratamento integral.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim como os consultórios de rua, identificam os casos de saúde mental em seu raio de atuação territorial, analisando os casos para encaminhamento ao CAPS. Ou seja, a porta de entrada para atenção à saúde mental não é exclusividade do CAPS, podendo o indivíduo ou a família solicitar encaminhamentos através dessas unidades que estão mais pulverizadas no território da cidade.

As pessoas encaminhadas para o CAPS são acolhidas com atendimento psicológico e psiquiátrico, que analisa caso a caso e traça, se necessário, um projeto terapêutico singular

(PTS) para o cidadão com transtorno mental. De acordo com o PTS, a pessoa efetivará um tratamento em CAPS tipo II, em um turno ou dois, ou em CAPS tipo III, em unidade de atendimento 24horas com permanência máxima de até três dias.

Em casos emergenciais com alto grau de transtorno, os CAPS direcionam para hospital geral ou para as emergências psiquiátricas. Como não há equipamento similar sob gestão municipal, esses casos são levados para o Hospital Ulysses Pernambucano de gestão estadual. Esses terão permanência controlada em até 180 dias. Ao receber a permissão de saída, a pessoa com transtorno mental retorna ao CAPS para continuidade do tratamento e para as atividades de autonomia e inserção social.

Importa destacar que alguns equipamentos constituintes da RAPS não foram incorporados à rede da cidade do Recife, como os Centros de Convivência. Esse fato, segundo alguns profissionais, sobrecarrega as atividades do CAPS, contribuindo para uma compreensão centralizadora de tal dispositivo. *“A equipe técnica está se apropriando de alguns equipamentos urbanos (COMPANHIA MUNICIPAL DE PESCA, CIS) como espaço de atividades e convivência, para suprir a falta do centro de convivência”*²⁵. No Plano Municipal de Saúde do Recife (2014-2017) foram apresentados o mapeamento e as metas de construção de novos centros de atenção psicossocial de transtorno mental (CAPS TM). Atualmente, somam-se dezessete CAPS; destes, onze são exclusivos para atendimento de pessoa em transtorno mental (CAPS TM); sendo oito para o público adulto.

Em geral, os centros de atenção psicossocial se instalaram em imóveis alugados. De acordo com a Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura da Cidade do Recife, as negociações para a instalação de mais CAPS são dificultadas pela oferta do mercado imobiliário. Entenda-se que são imóveis localizados em áreas potenciais para futura verticalização de condomínio residencial.

Os imóveis ocupados pelos CAPS têm um padrão de ocupação similar, com área construída solta dos limites do lote, com no máximo dois pavimentos (térreo e primeiro andar), limitados, ora por muros baixos, ora por grades. Porém, a arquitetura que gera menos *hostilidade* ao

²⁵ Trecho da entrevista com a gerência do Espaço Vida, em outubro de 2018. O COMPANHIA MUNICIPAL DE PESCA (Centro Comunitário da Paz) mencionado na entrevista é um programa municipal para fortalecimento da educação e da inclusão social. O CIS (Centro Integrado de Saúde), idem, funciona como Unidade de Referência em Práticas Integrativas, como Programa de Extensão da UFPE e como Núcleo Comunitário de Cultura, Comunicação e Saúde - uma parceria entre a Universidade Federal de Pernambuco e a Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

ambiente urbano, cada vez mais é substituída por muros altos ou por outros padrões construtivos de condomínios fechados e verticalizados (LEITÃO, 2014).

Pode-se afirmar que esses imóveis designados para abrigar unidades de saúde mental, têm permanência vulnerável diante do interesse imobiliário. Outra questão, que confronta com as premissas da reforma é o distanciamento que a sociedade deseja desses equipamentos. A relação de vizinhança é outro fator que dificulta a permanência de um CAPS já existente ou a implantação de um novo CAPS, ao se ter conhecimento do uso que será dado ao imóvel.

Sendo assim, aprofundar uma pesquisa sobre esses dispositivos é relevante para identificar em que medida os projetos de arquitetura dos CAPS contribuem para manter o sentido da casa (acolhida e proteção). Afinal são instalações que reformulam até certo ponto, os limites, os cheios e os vazios de uma residência para desempenhar seu papel fundamental que é acolher e promover a sociabilidade dos *novos sujeitos*²⁶. Diante do exposto, os padrões espaciais escolhidos para serem antagônicos ao arranjo espacial alienante dos hospitais psiquiátricos são, possivelmente, suscetíveis a um nível de institucionalização.

Considerando que “edificar é refletir conteúdos sociais predefinidos”, e que a sociedade (brasileira) tem como *marca identitária* a privação, a individualidade, o isolamento; esta sociedade poderá contribuir negativamente para com o modelo de sociabilidade que considera imprescindível o Outro, o diferente, para a constituição do sujeito (LEITÃO, 2014). Portanto, tendo em conta que a sociedade contemporânea segue contra a corrente do “cerne” da reforma psiquiátrica, os CAPS são equipamentos volúveis entre o que - simbólica e fisicamente - representam a casa e a instituição.

Viu-se anteriormente que a emergência da implantação de CAPS em consonância com a Lei da Reforma Psiquiátrica, demandou dos municípios a adequação do programa de centros de atenção psicossocial em imóveis de uso exclusivamente residencial, ao mesmo tempo, o valor simbólico da casa como espaço antagônico ao manicômio corresponde, da melhor maneira, com o discurso de desinstitucionalização como desconstrução.

²⁶ Novos sujeitos, ou novos sujeitos urbanos (AMARANTE, 1995): são as pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e demais excluídas pela sociedade, na condição de portadoras de transtorno mental. Remete ao poder de cidadania, ao direito humano e civil para essas pessoas.

“A compreensão é que no momento de grande efervescência (da reforma), a questão era de um espaço de contraposição, que não lembresse, nem de longe, um manicômio”²⁷.

Uma particularidade dos três imóveis selecionados para atender o sistema de atenção à saúde mental, naquele momento, era a preservação de suas características domésticas, não tendo recebido qualquer intervenção para adequarem-se a outros usos, tais como comercial ou de serviço.

A materialização física desses espaços destinados ao acompanhamento das pessoas com transtorno mental foi dada através de reformas em residências construídas entre a década de 1930 e 1980 (ver Quadro 2)²⁸.

3.2 CAPS Boa Vista, Esperança e Iputinga

Oriundos de diferentes momentos históricos e com expressões plásticas diversas são expostos alguns aspectos gerais dos edifícios para contribuir com o conhecimento e a interpretação analítica. Numa visão mais ampla, oportuniza-se a identificação de similaridades, tais como: padrão de ocupação, com recuos dos limites do lote; construções com dois pavimentos (os espaços íntimos são situados no pavimento superior); varanda para os quartos; e altura de muros.

Figura 15 - Informações preliminares dos imóveis

	CAPS Boa Vista	CAPS Esperança	CAPS Espaço Vida
	Boa Vista – Distrito I	Tamarineira – Distrito III	Iputinga – Distrito IV
Construção da casa	1940 (reforma em 1955)	1950	1970
Inauguração CAPS	2002	2002	2002
Categoria	CAPS tipo II . transtorno mental adulto	CAPS tipo II . transtorno mental adulto	CAPS tipo II . transtorno mental adulto
Cadastrados	200	250	200

²⁷ Trecho da fala de Andréa Figueiras, gerente do CAPS Espaço Vida (Distrito IV, Recife-PE), extraída da entrevista realizada em julho de 2018.

²⁸ Dados adquiridos nas plantas arquitetônicas das casas arquivadas nas Regionais da Prefeitura da Cidade do Recife.

População por Distrito	79.000 habitantes	315.000 habitantes	280.000 habitantes
Bairros por Distrito	Recife, Cabanga, Soledade, Santo Amaro, São José, Coelhos, Boa Vista, Paissandú, Ilha Joana Bezerra, Santo Antônio e Ilha do Leite.	Poço, Derby, Monteiro, Graças, Espinheiro, morro da Conceição, Casa Amarela, Aflitos, Casa Forte, Parnamirim, Apipucos, Córrego do Jenipapo, Nova Descoberta, Alto José do Pinho, Mangabeira, Alto do Mandu, Alto José Bonifácio, Vasco da Gama, Macaxeira, brejo da Guabiraba, Passarinho, Dois Irmãos, Jaqueira, Santana, Guabiraba, Sítio dos Pintos, Pau Ferro, Brejo de Beberibe e Tamarineira.	Cidade Universitária, Engenho do Meio, Madalena, Várzea, Torrões, Torre, Iputinga, Prado, Zumbi, Cordeiro, Ilha do Retiro e Caxangá.
Localização	R. José Semeão, 146. Próximo à UNICAP e aos corredores de ônibus – Av. C Boa Vista e R. do Príncipe	R. José Carvalheira, 415. Próximo ao corredor de ônibus Av. Norte.	R. Ambrósio Machado, 280. Próximo ao corredor de ônibus Av. Caxangá.
Área casa	264,00 m ²	216,00 m ²	221,00 m ²
Área CAPS	260,00 m ²	271,00 m ²	276,00 m ²
Reforma	O imóvel sofreu intervenção em 1955 para acréscimo de um terraço lateral que é conectado com o terraço de convívio familiar.	O imóvel aumentou sua área útil com construção no ‘pátio interior’, no térreo e 1º andar.	O imóvel foi remembrado para aumento do terreno (área do campo de futebol) antes de ser indicado para abrigar um CAPS.
Ocupação no lote	Imóvel de esquina com recuo frontal, lateral e de fundos.	Imóvel com recuo frontal e de fundos	Imóvel de esquina com recuo frontal, lateral e de fundos.
Muros	1,70 m (alvenaria e grade)	2,20 m (alvenaria)	2,0 m (alvenaria de pedra)
Área de lazer	Pátio interno utilizado para diversas atividades terapêuticas e de lazer.	Área livre com piscina na porção frontal do terreno, conectada com o setor social.	Área livre, nos fundos do lote, segregada do setor social, com piscina e campo.
Área de serviço e garagem	Edícula separada do corpo principal da casa.	Área mais profunda da planta arquitetônica, separada por espaço mediador (hall). Garagem incorporada à frente do imóvel com percurso alternativo para os setores social e de serviço.	Área mais profunda da planta arquitetônica com espaço mediador (corredor). A garagem é incorporada ao imóvel, mas conectada à área de serviço.

Fonte: Levantamento de dados realizado pela autora, 2019.

A redução da área construída no CAPS Boa Vista (de 264,00m² para 260,00m²) se dá pela nulidade de uso das varandas do pavimento superior. Caso essas varandas fossem incorporadas, o acréscimo de área seria correspondente a 5,00m². Os acréscimos para o CAPS Esperança e Espaço Vida são similares (50,00m²) e se dão para implantação de anexos de serviço e apoio de lazer.

As casas da Boa Vista e da Iputinga, respectivamente CAPS Boa Vista e CAPS Espaço Vida, têm os seus espaços funcionais definidos por paredes, além de escadas que isolam o setor privado do setor social. Excetua-se da Tamarineira, que apresenta espaços funcionais do setor social conjugados (a sala de jantar e estar) sem delimitação por paredes, sugerindo uma influência dos requisitos modernistas.

Os muros que cercam os CAPS não ultrapassam dois metros de altura, mesmo assim, rompem o contato visual entre o ‘fora e o dentro’. A interface com o exterior (o espaço público) de forma aberta convida o *visitante* a estabelecer uma relação informal com o *habitante*, “comum na cidade vernacular brasileira” (HOLANDA, 2003, p. 168).

A casa da Boa Vista, dentre os três imóveis dessa análise, aparenta estabelecer melhor esse “convite”. Seu muro permite maior contato visual com a rua, devido à sua arquitetura menos hostil (LEITÃO, 2014). A metade inferior em alvenaria e a outra metade em grade permite maior visibilidade entre o público e o privado.

Figura 16 - As casas e seus muros, a interface do público com o privado. Por ordem, da esquerda para direita:
CAPS Boa Vista, CAPS Esperança e CAPS Espaço Vida



Fotos: a autora, 2018.

Cabe salientar que o muro da casa da Iputinga - o único reformado - foi elevado para atender as recomendações de profissionais do CAPS Espaço Vida, para possibilitar melhor ‘continência’²⁹ das pessoas com transtorno, em tratamento ou acolhimento, num momento de crise. “Existe uma continência psíquica, que é feita no acolhimento, no projeto terapêutico, mas também é preciso uma continência ambiental, tanto para acolher como para dar uma

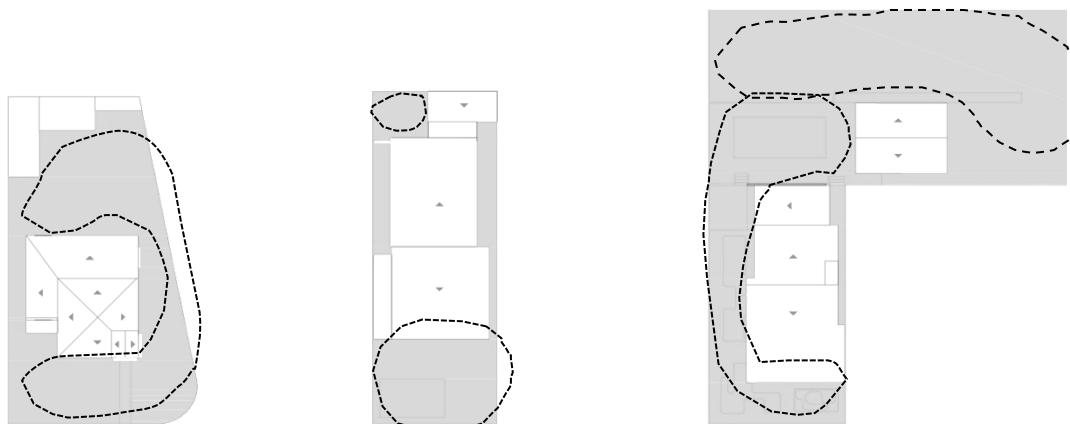
²⁹ Expressão da Gerente Operacional do Espaço Vida, Andréa Figueiras, para a necessidade de conter a pessoa em crise, durante entrevista concedida à pesquisadora em dezembro de 2018.

formatação com responsabilidade de integridade física do usuário” – explica a gerente operacional do CAPS Espaço Vida.

Como dito anteriormente, a reforma tem como prerrogativa o encontro da *loucura* com o espaço urbano. Essa prerrogativa diverge do *traço identitário* de natureza social e psíquica da sociedade contemporânea brasileira, que “repete nos espaços que cotidianamente edifica os mesmos equívocos que marcaram a construção da paisagem social – e urbanística – do Brasil patriarcal”. O equívoco é de negação da rua e com isso da urbanidade (LEITÃO, 2014, p. 153).

Considerando as palavras de Leitão, a arquitetura das casas auxilia a urbanidade desejada pela reforma? Ou melhor, as adaptações para CAPS favoreceram essa interface com o espaço público? *Grosso modo*, algumas medidas sintáticas sugerem uma resposta com base nas propriedades de acessibilidade dos imóveis. A prerrogativa é: quando houver uma relação mais integrada com o espaço público, mais se tenderá a convergir com o discurso da desinstitucionalização.

Figura 17 - Plantas esquemáticas de locação. Da esquerda para a direita: CAPS Boa Vista, CAPS Esperança e CAPS Espaço Vida. Destaques para as áreas exteriores



Fonte: Arquivo da Regional da PCR; plantas editadas pela autora, 2018.

Antes de iniciar a discussão de maior interesse desta investigação, no que tange à lógica social do espaço de um CAPS, cabe destacar as prescrições de ordem social em comum - as referências do Ministério da Saúde (M.S.) - nas reformas para adequação do programa de um CAPS em casas recifenses escolhidas pela Secretaria da Saúde do Recife.

Tabela 1. Relação dos espaços funcionais, quantitativos e dimensionamentos requeridos pelo Ministério da Saúde (MS/Brasil, 2013). Ao lado, o levantamento de cada CAPS analisado; o destaque em vermelho ressalta as áreas subdimensionadas.

Manual Ministério da Saúde CAPS II	. Espaços funcionais		. quant área total	. quant área	. quant área	. quant área
	quant	área				
Recepção	1	30	1	28	1	17,42
Sala de atendimento individual	3	27	3	18,8	2	15,47
Sala de atividades coletivas	2	48	2	43,02	2	35,7
Espaço de convivência	1	65	1	167	117	175
Banheiro adaptado*	2	9,6	1	5,8	2,55	0
Sala de medicação	1	5	1	10,75	6,2	5,53
Posto de enfermagem	1	6	0	0	7,2	2,23
Quarto coletivo *	1	9	1	17,92	7,5	8,31
Banheiro anexo aos quartos	1	3,6	1	7,15	1,6	3,83
Sala administrativa	1	22	1	9,45	16,4	10,79
Sala de reunião	1	20	1	14,75	9,95	14,34
Almoxarifado	1	5	*	*	*	*
Arquivo	1	5	*	*	*	*
Refeitório	1	60	1	25,9	0	28,44
Copa (cozinha)	1	16	1	9,62	11,47	7,12
Banheiro com vestiário para funcionários	2	24	2	12,3	11,9	16,63
Depósito material de limpeza	1	2	1	0	2	3,21
Rouparia	1	4	0	0	0	0
Abrigo - lixo	1	4	1	5	0	0
área total		365,2		375,46	267,82	367,55
		100,00		102,81	73,34	100,64
		%		%	%	%

* ambiente adaptado em outro espaço

Observa-se na Tabela 1 que os três CAPS apresentam espaços subdimensionados, principalmente aqueles destinados à prestação do serviço técnico, médico e administrativo.

A exceção é o espaço de convivência, em geral situado em terraços, áreas de lazer ou pátios (exteriores) das residências. Em todos os três CAPS o dimensionamento desse espaço é atendido na íntegra. Destacam-se o CAPS Boa Vista e Espaço Vida, com dimensionamento superior ao dobro requisitado pelo Ministério da Saúde (M.S.), pois as áreas exteriores livres

são incorporadas às atividades de convivência. Essa área adicional é responsável por aproximar esses dois centros à área total requisitada.

Contudo, é comum aos três CAPS não atender o referencial de quantidade e dimensionamento do Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial (MS, 2013), principalmente dos seguintes ambientes: sala de atendimento individual, salas de atividades coletivas, quartos coletivos (repouso), sala administrativa, refeitório e copa. Possivelmente prejudicados por serem adaptados em estruturas preexistentes, esses ambientes são destinados às atividades psicossociais, à exceção da sala administrativa e copa, e são instalados no corpo principal da casa.

Apesar de áreas subdimensionadas e da ausência de determinados ambientes, as casas oferecem uma escala que favorece a proximidade entre *habitantes* e *visitantes*. Conforme a gerente do CAPS Esperança:

“Estudantes de medicina chegam com medo (no CAPS). Um chegou dizendo que queria ficar longe, mas como o CAPS é pequeno, o medo passou logo. Termina que a proximidade do espaço permite fazer um tipo de intervenção que num espaço maior não seria possível”³⁰.

Uma escala de humanização para acolhimento e tratamento terapêutico favorece as trocas (interfaces) sociais. Para a Gerente do Espaço Vida (EV), um espaço maior que o EV não favoreceria a clínica relacional, e sim, dissolveria a relação com o outro; contudo, expõe sobre a presença corpórea e o espaço subdimensionado de forma negativa:

“O contato com o outro é recorrente. O sentimento é de invasão do corpo”³¹.

O mesmo manual que elenca os ambientes e áreas também descreve o quadro mínimo para composição de uma equipe multidisciplinar para o CAPS II. Além de um médico psiquiatra e um enfermeiro, são recomendados mais quatro profissionais de nível superior e seis de nível médio. Entre as categorias profissionais de nível superior estão: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto

³⁰ Trecho da entrevista com a gerente do CAPS Esperança, Maria Cecília Costa, em novembro de 2018.

³¹ Trecho da entrevista com a gerente do CAPS Espaço Vida, Andréa Figueiras, em dezembro de 2018.

terapêutico. Dos técnicos de nível médio são recomendados: técnico e/ou auxiliar de enfermagem e pessoal de apoio (auxiliar administrativo, cozinheira, auxiliar de cozinha, recepcionista, auxiliar de serviços gerais e porteiro) que têm como finalidade normalizar e padronizar os procedimentos, condutas profissionais dentro do Centro de Atenção.

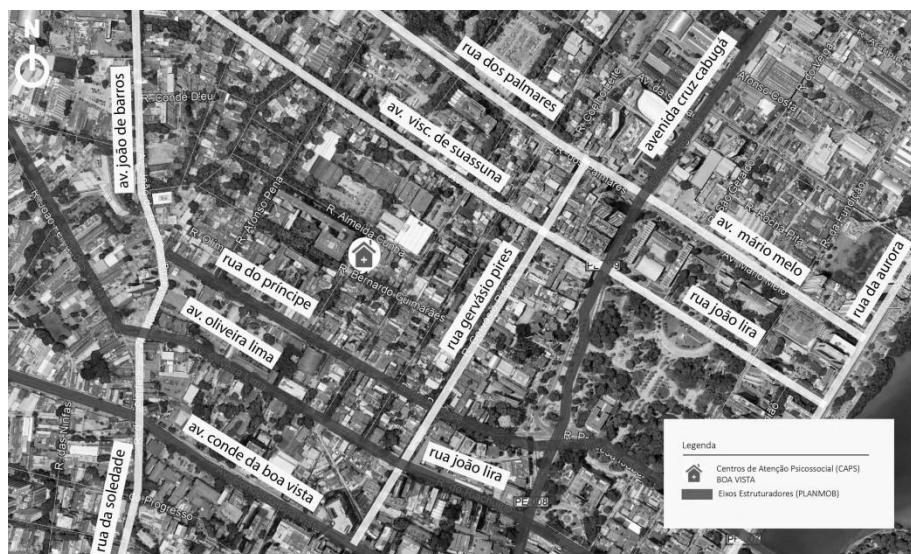
Nas próximas subseções são apresentadas as experiências do cotidiano dos CAPS selecionados, com o intuito de encetar uma percepção introdutória ao espaço, ao uso, às categorias de usuários que compõem o objeto desta pesquisa e das relações interpessoais realizadas. O foco é compreender sobre as barreiras e permeabilidades geradas na transposição do espaço doméstico para o espaço CAPS, que posteriormente são analisadas sintaticamente, para melhor identificação (caracterização) do espaço protagonista do tratamento psicossocial para pessoas com transtorno mental.

A descrição tem como base as plantas arquitetônicas (da casa e do CAPS), os diários de observação, as entrevistas com as gerências dos CAPS e alguns relatos espontâneos de técnicos e ‘clientes’ do sistema durante o procedimento de coleta de dados.

Apesar de as amostras se restringirem a um quantitativo (três) aquém do número de CAPS (oito) que atendem ao público adulto na cidade do Recife, são significativas para demonstrar as características da relação espaço & usuário de um centro de atenção psicossocial.

3.2.1 O CAPS Boa Vista

Figura 18 - Localização do CAPS Boa Vista



Fonte: Google Earth, editado pela autora, 2019.

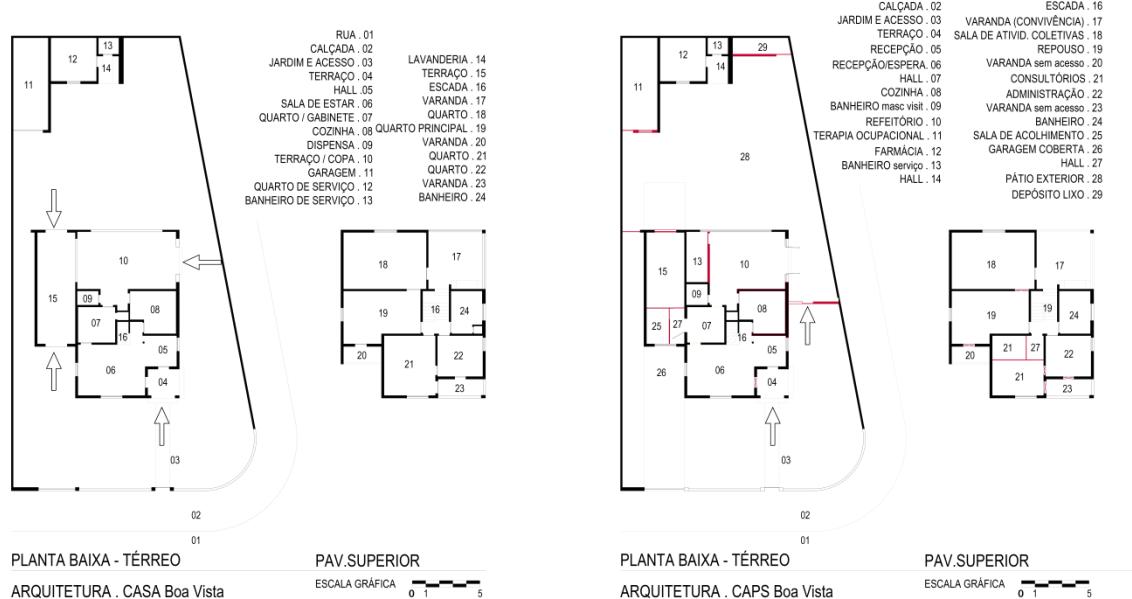
Homônimo do bairro em que se situa, localiza-se próximo a dois corredores de ônibus: a rua do Príncipe e a Av. Conde da Boa Vista.

O imóvel tem dois pavimentos, com área construída de 264,00m². Sua condição de esquina e recuo dos limites do lote favorecem a iluminação e ventilação.

Enquanto casa, em 1955, o imóvel foi reformado para adicionar um terraço social que se conecta com o terraço original que tinha a função específica de reunião familiar. Comunga, portanto, as funções de recepção dos visitantes e de convívio familiar, além da geração de mais um acesso entre o espaço exterior e o interior da casa. Essa reforma direciona-se para a característica modernista, no que tange à relação na área social e ao incremento de acessos como reflexo das transformações sociais nos arranjos espaciais de uma casa (AMORIM, 2008, p. 315).

A volumetria, marcada por terraços e varandas, favorece ainda mais a iluminação e a relação com o exterior.

Figura 19 - Planta arquitetônica da casa (de 1955, antes da implantação do CAPS) à direita; e a planta de reforma do CAPS, à esquerda



Fonte: Plantas editadas pela autora, 2019.

A transposição do padrão de uso (de casa para CAPS) anulou o acesso do antigo terraço social para acomodar salas para gestores/técnicos e pessoas em atendimento. Dessa forma, o acesso torna-se único para todos usuários do CAPS pelo terraço de entrada, recepção e espera - espaços que compunham o setor social da casa.

Nesses espaços (recepção/espera) se dá o que podemos chamar de espaço de excelência de encontros. Profissionais da área *psi*, gestores, técnicos, auxiliares administrativos, pessoas em busca de e em tratamento³² estabelecem esse encontro.

Figura 20 - A partir do terraço de entrada, vista para o portão de acesso ao CAPS Boa Vista



Fonte: a autora, novembro de 2018.

Figura 21 - Vista para o terraço de entrada e a recepção, a partir do acesso externo



Fonte: a autora, novembro de 2018.

³² A partir daqui as pessoas em tratamento ou em busca deste também são denominadas clientes. Segundo a Gerente Lúcia Passos (CAPS Boa Vista) essa forma de tratamento ajuda a distanciar a lógica de atendimento hospitalar (o paciente).

Os já cadastrados, de forma geral, são tratados pelo nome ou pelo que preferir ser chamado. Os que estão em tratamento são convidados para a primeira refeição antes da medicação, enquanto as pessoas que estão à procura do primeiro acolhimento, acompanhados por um ente familiar ou por um agente de saúde, permanecem na recepção/espera. Dois outros espaços são procurados para a espera, o terraço de entrada e o jardim de acesso.

Figura 22 - Vista para a espera, ao fundo a porta de entrada para a recepção



Fonte: a autora, novembro de 2018.

A área exterior que envolve a casa foi dividida em duas partes, separando a porção frontal da posterior. Dessa forma, reforça a condição do acesso único. Contudo, um portão é aberto para conexão do jardim lateral com o pátio exterior situado mais ao fundo – aquele que separa o corpo principal da antiga edícula de serviço. Isso possibilita um percurso circular que percorre os seguintes espaços: jardim lateral - terraço de entrada – recepção/espera – refeitório – pátio exterior de fundo – jardim lateral.

Para os ‘clientes’ do CAPS a circulação nesses espaços é, de certa forma, livre. Quando há necessidade de cautela sobre o comportamento de determinada pessoa em tratamento, o referido portão lateral é mantido fechado, mas em geral, a condição é dar abertura, ampliando a área de convivência e sua conexão com a recepção.

Esses espaços exteriores são deveras utilizados pelas pessoas em tratamento com a permanência do porteiro e a frequente presença da equipe psicossocial, seja como passagem, seja para estabelecer uma conexão com o ‘cliente’. Visitantes do CAPS, como acompanhantes,

familiares, pessoas da comunidade, os frequentam, geralmente, quando há realização de eventos em datas comemorativas.

Da antiga garagem se fez a sala de terapia ocupacional e, do quarto de serviço, a farmácia. Úmidos, escuros são sempre trancados à chave na ausência do responsável.

A organização da primeira refeição e da medicação é realizada individualmente. Como todos não chegam na mesma hora, a organização é realizada individualmente, inclusive a medicação.

Observou-se que o momento do almoço é coletivo exigindo, por vezes, a presença do apoio do responsável pela cozinha e de algum profissional, a depender do comportamento dos 'clientes'. No CAPS Boa Vista a espera na rua pode acontecer entre turnos (manhã e tarde), quando há necessidade de controlar o acesso de pessoas que intentam usufruir da refeição fornecida no refeitório antes da saída dos que frequentaram o turno da manhã.

Figura 23 - O refeitório durante o almoço



Fonte: a autora, novembro de 2018.

Figura 24 - Pátio exterior utilizado para lazer e espera de atividades programadas na terapia ocupacional ou na sala de atividades coletivas (pavimento superior)



Fonte: a autora, novembro de 2018.

Figura 25 - Vista para o portão lateral que dá acesso ao jardim e terraço de entrada



Fonte: a autora, novembro de 2018.

Sem apoio para guarda de material, se dispondo apenas de uma mesa com cadeiras para atendimento, a recepção necessita do apoio documental guardado na sala da gerência, que também tem a função de reunião. O movimento da técnica é constante (entre a recepção e a gerência) no início dos turnos.

Frequentemente, a gerente se encontra no CAPS Boa Vista antes do horário oficial: ajustando a agenda dos clientes ou comunicando-se com outros equipamentos da RAPS. De forma espontânea, recebe cumprimentos de um usuário de frequência mais corriqueira, que o faz da soleira da porta da sala técnica, eventualmente aberta devido à falta de manutenção corretiva do aparelho de refrigeração de ar.

A demanda do programa do MS é atendida, em parte, com a subdivisão de alguns espaços. O antigo terraço lateral, é isolado por alvenarias para atender a princípio, duas funções: a sala de acolhimento e a gerência. Esta última ainda acumula as funções de sala de reunião, sala dos técnicos e arquivo.

O quarto principal, no pavimento superior, também é fragmentado em três espaços, para dois consultórios. O refeitório, instalado no antigo terraço de convivência familiar da casa, recebe para construção de um banheiro acessível conforme normativas de acessibilidade.

As atividades em grupo são realizadas na sala de terapia ocupacional e na sala de atividades coletivas, situada no pavimento superior. Os clientes são convidados a subir para a atividade que dura cerca de 40min (vídeo e roda de debate) e todos retornam para o térreo ao término.

que é acessada através da antiga varanda íntima da casa com dimensão suficiente para a disposição de um sofá, cadeiras, jogos e livros. É a antiga varanda íntima da casa que cede espaço para o “canto do lazer”.

Do canto do lazer (a antiga varanda íntima da casa), visualizam-se a rua e os pátios exteriores em meio à trama de uma rede de segurança. Afinal, deve-se prevenir ocorrências de acidentes durante a necessidade de controle de crises. Apesar de uma boa dimensão, de mobiliário de estar, jogos e livros, não foi evidenciada qualquer permanência de pessoa em tratamento nesse espaço.

Os que se encontram em tratamento utilizam o repouso de forma a lhe convir. Em geral, após uma medicação e alguns minutos que antecedem a hora do almoço.

Situações específicas, que remetem a maior atenção dos profissionais e técnicos para com o cliente, refletem no controle do acesso dos demais ao primeiro pavimento.

Figura 26 - 'Cliente' seguindo para o repouso. À direita, vista da porta (saia e blusa) da cozinha



Foto: autora, novembro de 2018.

Figura 27 - Vista para a rua a partir da varanda do pavimento superior (o canto do lazer)



Foto: a autora, novembro de 2018.

As demais varandas do pavimento superior foram isoladas. O fator segurança é o argumento para a obstrução do acesso da varanda do repouso e do consultório. Já para a administração o fator ausência de manutenção favorece a nulidade desse acesso.

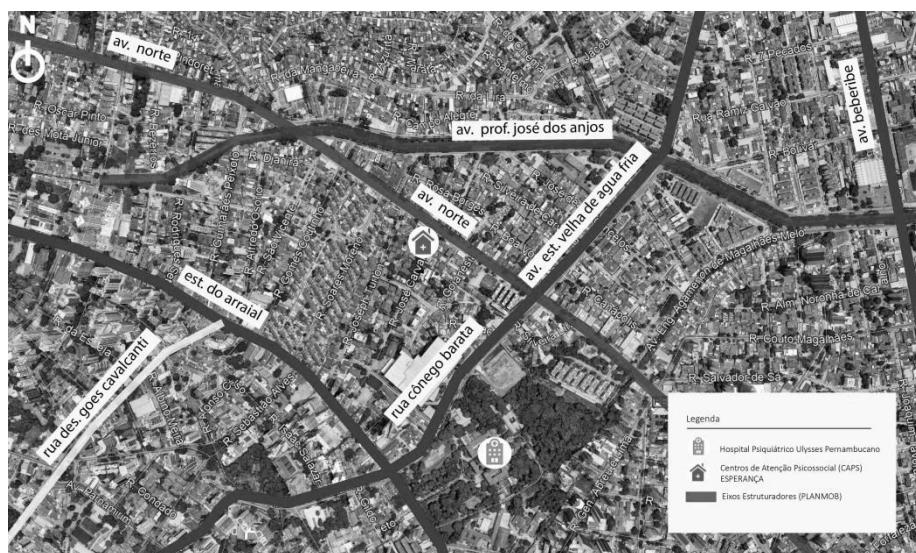
Figura 28 - Acesso de entrada e saída do CAPS Boa Vista



Fonte: a autora, novembro de 2018.

3.2.2 O CAPS Esperança

Figura 29 - Localização do CAPS Esperança, Tamarineira. Recife-PE



Fonte: Google Earth, editado pela autora, 2019.

Diferente do CAPS Boa Vista, o imóvel do CAPS Esperança situa-se no ‘meio de quadra’ e com apenas uma face para a via pública. Sua localização favorece a utilização do transporte público por estar próximo ao corredor de ônibus de atendimento metropolitano, a Avenida Norte.

A casa projetada em 1955 tem dois pavimentos, com recuos laterais mínimos e tem hoje (como CAPS) uma área construída de 271,00m². Segue algumas características modernistas, da escola pernambucana de arquitetura, com recursos de ventilação e iluminação (pátio interno), espaços de funções diferenciadas sem isolamento por paredes e múltiplos acessos para o interior do corpo principal.

Figura 30 - Planta arquitetônica da casa (de 1955, antes da implantação do CAPS) à direita; e a planta de reforma do CAPS Esperança, à esquerda



Fonte: Plantas editadas pela autora, 2019.

Ressalta-se que, durante o levantamento de dados do CAPS Esperança, ocorreu a reforma de manutenção de suas instalações, o que limitou o processo de observação. As atividades foram simplificadas, por consequência do não acesso dos *visitantes* a alguns dos espaços temporariamente afetados (recepção, por exemplo). Com o fito de manter o acolhimento, o CAPS abriu a porta do septo que divide o acesso principal da área de convivência (que permanece trancado durante o funcionamento normal).

Há um incremento de área construída na transposição de uso de casa para CAPS, de cerca de 45,00m². Esse acréscimo é distribuído em parte para um anexo situado no pátio exterior, situado

na porção posterior do imóvel, dedicado às funções de farmácia e enfermagem; e outra parte para ampliar o corpo principal da casa para adicionar dois espaços: o consultório, também utilizado para atividades coletivas, e o repouso.

As intervenções ocuparam cerca de 55% do pátio posterior e ainda consistem em dois bloqueios nas passagens para os espaços exteriores laterais da casa – uma delas com a construção de um banheiro.

O controle de acesso (único para todos usuários) foi possível após a introdução de um septo de estrutura metálica que orienta a condução das pessoas até a recepção e separa o espaço de convivência. Diferente do CAPS Boa Vista, a recepção e espera não ocupam espaços do setor social da casa e sim, do setor de serviço (a garagem).

Figura 31 - Visto a partir da recepção, o septo metálico que isola o espaço de convivência do acesso ao CAPS Esperança



Foto: a autora, outubro de 2018.

A antiga garagem cede espaço para a recepção/espera do CAPS, que apresenta uma configuração diversa do CAPS Boa Vista. Delimitada por paredes, anula a possibilidade de visibilidade para outros espaços assim como não favorece o estabelecimento de encontros, como acontece no Boa Vista.

As pessoas em tratamento, adentram no CAPS assim que se inicia o turno de atendimento. As demais, aguardam o atendimento do profissional na sala de acolhimento, ou o encaminhamento para a farmácia para retirada de medicação.

A primeira refeição é realizada na sala de convivência, com funções sobrepostas (convivência, atividades coletivas, apoio como refeitório) no antigo setor social da casa. São nessas salas a permanência maior das pessoas em tratamento, segundo relato da Gerente C.C. Com espaços que comungam atividades profissionais e de convivência, a configuração das salas de estar e jantar, sem divisão por paredes, favorece a relação entre distintos usuários.

Figura 32 - A recepção do CAPS Esperança acomodada na antiga garagem da casa



Foto: a autora, outubro de 2018.

O pátio interno da casa cedeu espaço para construção da sala de acolhimento (atendimento individual por profissional da área *psi*, com acompanhante ou não) e para ampliação da antiga sala de jantar que dá espaço para uma área com disposição de mobiliário de estar (Fig.31). Adjacente a esse espaço, a sala de jantar original comporta uma mesa e estantes para apoio às atividades de grupo e para utilização eventual por parte dos técnicos.

Figura 33 - Onde se situava o pátio interno da casa: espaço de estar do CAPS Esperança. À esquerda o acesso para a recepção



Foto: a autora, outubro de 2018.

Pessoas em tratamento ou àquelas que aguardam a medicação e/ou aplicação realizam a espera (controlada pela equipe técnica e administrativa) num espaço situado entre o corpo principal da casa e o anexo que abriga a farmácia e a enfermagem. O percurso é único para todos, atravessando a cozinha e o apoio de serviço.

Figura 34 - Espaço de espera (farmácia e enfermagem). CAPS Esperança



Foto: a autora, outubro de 2018.

Figura 35 - Repouso do CAPS Esperança



Foto: a autora, outubro de 2018.

O movimento das pessoas em tratamento no CAPS Esperança se concentra nos espaços sala de atividades coletivas, espaço de convivência com permanência maior neste último. Eventualmente, adentram na casa para receber medicação na farmácia, no posto de enfermagem e para atendimento médico ou repouso.

Figura 36 - Vista para a sala de atividades coletivas (antiga sala de jantar da casa), a partir da área de convivência. CAPS Esperança



Foto: a autora, 2018.

Figura 37 - Vista para o espaço de convivência (sala e terraço). Ao fundo, à esquerda, o septo que separa essa área do acesso ao CAPS Esperança



Foto: a autora, outubro de 2018.

Figura 38 - Sala de convivência e escada. CAPS Esperança



Foto: a autora, outubro de 2018.

O acesso ao pavimento superior se dá por uma escada de único lance. Os quartos do setor privado da casa são ampliados e cedem espaço para as salas de: atividades coletivas; gerência e administração; e terapia ocupacional. São os únicos espaços de onde é possível visualizar o espaço público das janelas que substituíram os vãos das varandas.

A sala de atividades coletivas é eventualmente utilizada como repouso, uma vez que este (situado no térreo) é subdimensionado (apenas duas camas). Quando for o caso, as pessoas em tratamento são conduzidas por profissional ou técnico.

Figura 39 - Sala de atividades coletivas, situada no pavimento superior. CAPS Esperança



Foto: a autora, outubro de 2018.

3.2.3 O CAPS Espaço Vida

Figura 40 - Localização do CAPS Espaço Vida, Iputinga. Recife- PE



Fonte: Google Earth, editado pela autora. 2019.

O imóvel tem dois pavimentos, com área construída de 276,00m² – dimensão similar do CAPS Esperança. Sua condição de esquina e recuo dos limites do lote favorecem a conexão entre os espaços exteriores que envolvem a casa na porção frontal, lateral e fundos.

Construído no fim da década de 1970 e, como os citados anteriormente, foi adequado em 2002 para atender aos requisitos mínimos do Ministério da Saúde para um CAPS do tipo II. Sua localização, próxima ao corredor de ônibus metropolitano da Caxangá, favorece os usuários de transporte público.

Todos entram pelo mesmo portão. Ladeado por um muro de pedra levantado nos primeiros anos de funcionamento do CAPS. Sempre fechado, a portaria se obriga a abri-lo e fechá-lo para o acesso dos funcionários e demais usuários.

Figura 41 - Planta arquitetônica da casa (de 1970, antes da implantação do CAPS) à direita; e a planta de reforma do CAPS Esperança, à esquerda



Fonte: Plantas editadas pela autora, 2019.

A transposição de uso de casa para CAPS anulou o acesso pela garagem. Dessa forma, reforça a condição do acesso único. Contudo, alguns técnicos utilizam o recuo lateral mínimo para acessar o CAPS pelo antigo setor de serviço da casa, na área onde funciona o posto de enfermagem.

A condição de esquina favorece a conexão entre os espaços exteriores que envolvem a casa na porção frontal, lateral e de fundos. Isso possibilita um percurso circular que percorre os seguintes espaços: terraço de espera – recepção – corredor – espaço exterior de convivência – espaço exterior lateral – terraço de espera. No entanto, a circulação entre os espaços de maior permanência se dá preferencialmente pelo interior do imóvel, utilizando-se com mais frequência o corredor.

Para as pessoas em tratamento a circulação nesses espaços exteriores é, de certa forma, livre. Quando há necessidade de cautela sobre o comportamento de determinada pessoa este é convidado para permanecer em contato com o profissional na área de repouso situada no pavimento superior.

Da antiga garagem se fez a sala de terapia ocupacional e, do quarto de serviço, a farmácia. Úmidos, escuros são sempre trancados à chave na ausência do responsável.

A ‘espera’, onde funcionava o espaço de convívio entre habitantes e visitantes: o terraço da casa. O espaço insuficiente e os vãos abertos provocaram a improvisação de beirais e a disposição de algumas cadeiras ao longo da rampa acessível na lateral do terraço.

Figura 42 - A espera do CAPS Espaço Vida no antigo terraço da casa



Foto: a autora, janeiro de 2019.

A disposição das cadeiras em “U” na espera enseja conversas. Quando não, o estranhamento do outro leva alguns a procurarem o jardim que ladeia o terraço.

Observa-se que alguns técnicos acessam pela lateral do imóvel. Da mesma forma, um dos ‘clientes’ percorre o mesmo caminho direto para o espaço de convivência. Os demais que

aguardam algum tipo de atendimento (acolhimento, consulta ou farmácia) permanecem no espaço de espera.

Iniciado o turno, da recepção um técnico anuncia a lista dos que devem entrar e dos que deve aguardar o atendimento. Os que se encontram em tratamento no CAPS adentram e sobem à procura de algum técnico ou da gerência ou seguem para a área de convivência.

Figura 43 - A recepção, CAPS Espaço Vida



Foto: a autora, janeiro de 2019.

Da mesma forma que o CAPS Esperança, da espera não há como observar a dinâmica interna do CAPS, assim como no espaço do CAPS Boa Vista sugere. Entre as áreas de atuação dos profissionais e técnicos e a espera há o espaço da recepção que medeia e controla, quando necessário, o acesso de visitantes.

O atendimento da recepção acontece na antiga sala de jantar da casa. Uma formalidade se estabelece no rito de passagem dos visitantes para o interior do espaço de acolhimento e convivência. Isso é reforçado pela própria disposição da bancada da recepção que absorve uma atividade administrativa em sua área e que divide o espaço com duas funções - o da recepção/administração, e o da passagem para os serviços praticados no interior do CAPS.

Existem dois acessos para o interior do CAPS a partir da recepção. O primeiro conecta-se à terapia ocupacional – instalada na antiga sala de estar - e o segundo, ao corredor que media as conexões com a sala de consulta, a farmácia, a passagem para a área de convivência (o setor de serviço da casa), a escada, o banheiro, a cozinha e o refeitório.

Figura 44 - A antiga garagem da casa, hoje, espaço para atividade de grupo, refeições e arquivo do CAPS Espaço Vida. Ao fundo o corredor e a porta da cozinha



Foto: a autora, 2018.

Quando casa, esse corredor era dividido por uma porta que delimitava o setor social do setor de serviço. Intensamente movimentado pelos técnicos, pessoas em tratamento, em acolhimento (consulta com o profissional da área *psi*), pelo apoio administrativo e de serviços gerais. Pode-se afirmar que esse é o espaço de maior número de encontros.

Em situações adversas, a recepção recorre à gerência ou à sala de técnicos que estão situados no pavimento superior, para um diálogo com determinado usuário ou até mesmo par auxiliar na ‘continência’ diante de um quadro específico de crise de transtorno.

O refeitório ocupa o espaço da antiga garagem (setor de serviço da casa), além de apoio às refeições, é sala de grupo e parte do arquivo do centro. Se situa no extremo oposto ao espaço da cozinha.

O movimento é similar ao CAPS Boa Vista (pátio de convivência/ refeitório/ espera), porém mais denso e geometricamente mais estreito entre o espaço de convivência/corredor/espera.

Figura 45 - Vão de entrada da antiga garagem, isolado por uma porta, sempre fechada, e uma parede de cobogó de concreto, vedada por uma placa de policarbonato



Foto: a autora, 2018.

A cozinha, para evitar determinados pedidos, mantém sua porta fechada. Assim como no CAPS Boa Vista e Esperança, a cozinha é o espaço de serviço que permanece com a mesma função. Durante o procedimento de observação não foi identificada qualquer atividade das pessoas em tratamento no interior da cozinha.

Os estágios de transtorno são evidentemente diferenciados entre os usuários. Uns com mais autonomia, alguns com estranheza e outros no constante silêncio, mas todos compartilhando os mesmos espaços de acolhimento.

Figura 46 - Vista a partir da área da piscina para o jardim lateral em frente ao refeitório. À esquerda o vão fechado da antiga garagem



Foto: a autora, janeiro de 2019.

Após a atividade de grupo realizada no espaço do refeitório, o grupo se dispersa, principalmente para três espaços: o de convivência (área de lazer com piscina), o terraço de espera e o repouso, situado no primeiro pavimento. O deslocamento e permanência maior das pessoas em tratamento se dá nos dois primeiros espaços mencionados.

Devido ao espaço limitado para repouso diante da demanda, a sala de atividades coletivas é utilizada para esse fim.

Figura 47 - O acesso para a área de convivência. Na imagem, profissional conversando com uma pessoa (já cadastrada no CAPS Espaço Vida) que retorna para tratamento



Foto: a autora, dezembro de 2018.

Figura 48 - Sala de atividades coletivas. CAPS Espaço Vida



Foto: a autora, outubro de 2018.

O anexo que abriga o espaço de convivência, é composto por banheiros e outras funções de serviço geral (limpeza, rouparia e depósito).

A piscina (vazia) limita o espaço de permanência e circulação. O terreno proporciona uma área livre para atividades esportivas, porém, em desuso por ausência de manutenção.

Segundo alguns usuários mais antigos do CAPS, na piscina havia atividade física, além disso, no campo, a comunidade usufruía do espaço.

Visitantes do CAPS, como acompanhantes, familiares, pessoas da comunidade, os frequentam, geralmente, quando há realização de eventos em datas comemorativas.

Figura 49 - Anexo de serviço e coberta do espaço de convivência, CAPS Espaço Vida



Foto: a autora, janeiro de 2019.

Figura 50 - Área do campinho de futebol, sem uso. CAPS Espaço Vida



Foto: a autora, dezembro de 2018.

4 O REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

A pesquisa aborda o fenômeno da reforma psiquiátrica refletido na materialização de espaços destinados a um processo de tratamento pautado no discurso da desinstitucionalização. Sendo assim, faz-se pertinente uma análise que extrapole a dimensão já reconhecida de uma representação diédrica do *lugar social* (o CAPS) destinado a acolher as pessoas que têm transtornos mentais.

Para sua compreensão, à luz da arquitetura, é pertinente o estudo de duas categorias espaciais: o institucional e o doméstico. Como antecipado na Introdução, identifica-se a Teoria da Lógica Social do Espaço como o arcabouço teórico-metodológico mais eficiente para atender a tal objetivo.

A análise sintática do espaço contribui para mensurar a preservação das propriedades de um espaço doméstico e as características de um espaço institucional presentes num CAPS. Dessa forma, o objeto de estudo pode ser devidamente interpretado como objeto da desinstitucionalização.

Para tanto, neste capítulo, apresentam-se as abordagens teóricas de Hillier e Penn, sobre a noção de edifícios de modelos longos e curtos; as de Markus, sobre a arquitetura de edifícios complexos de *re-formação*; e as abordagens de Hanson, Amorim e Robinson sobre o espaço doméstico.

A partir do conhecimento desses dois paradigmas – espaço institucional e espaço doméstico – destacam-se as propriedades que auxiliam na categorização do espaço CAPS, que, por essência, carrega expectativas de ambas as categorias.

4.1 A lógica social do espaço

Partindo da compreensão de que existe uma relação interdependente entre arquitetura e sociedade, esta pesquisa utiliza o referencial teórico e metodológico da *Teoria da Lógica Social do Espaço* (HILLIER, HANSON, 1984).

A teoria emerge de uma série de pesquisas desenvolvidas ao longo dos anos 1970 por um grupo de professores da University College London aglutinados em torno de Bill Hillier e Julianne Hanson. Naquele momento, a intenção era de compreender como estruturas sociais se manifestam e organizam espacialmente e como o espaço viabiliza a reprodução de regras de determinada sociedade. Seus fundamentos derivam de outras teorias tanto das ciências sociais como da matemática.

Em 1984, no livro ‘*The Social Logic of Space*’, Hillier e Hanson lançam os conceitos e as categorias analíticas básicas (HOLANDA, 2002) sobre a relação espaço e sociedade. Desdobramentos desta teoria foram e continuam sendo desenvolvidos, apresentando-se também, como fundamentais para este estudo, algumas contribuições um pouco mais recentes, como as de Markus (1987, 1993), Hillier (1996), Hanson (1998) e Amorim (1999).

De acordo com Hillier a sintaxe espacial é uma teoria eminentemente descriptiva “para representação, quantificação e interpretação da configuração espacial de edifício (...). O que revela ser fundamental para aplicação dessa teoria nesta investigação é a dissociação de duas dimensões da arquitetura: a estrutura espacial e o invólucro tectônico de determinado edifício.

“Por mais que prefiramos discutir arquitetura em termos de estilos visuais, seus efeitos práticos de maior alcance não estão no nível das aparências, mas no nível do espaço. Ao dar forma e função ao nosso mundo material, a arquitetura estrutura o sistema de espaço em que nós vivemos e nos movemos” (HILLIER; HANSON, 1984, tradução nossa).³³

A topologia é o conceito matemático utilizado para lidar com as relações entre os espaços. A partir da topologia são elaborados procedimentos analíticos eficientes o necessário para exprimir numericamente as relações entre unidades espaciais. Do estudo sistemático da correlação entre tais relações e padrões de ritos e rotinas de dado grupo social, podem ser inferidas as probabilidades de situações de encontros entre indivíduos no uso do espaço arquitetônico (HILLIER, 1989).

³³ “However much we may prefer to discuss architecture in terms of visual styles, its most far-reaching practical effects are not at level of appearances at all, but at level of space. By giving shape and form to our material world, architecture structures the system of space in which we live and move” (HILLIER; HANSON, 1984).

Tem-se o entendimento da arquitetura como estruturadora dos espaços onde as pessoas se movimentam e realizam atividades, havendo, portanto, uma relação direta com a sociedade que a define. O espaço, então, é considerado propriedade indissociável do objeto arquitetônico, que se conforma como suporte material de atributos e possíveis interações sociais (HILLIER, HANSON, 1984).

Tal compreensão é o que leva Thomas Markus a denominar edifícios de “objetos sociais”.

“[...] um edifício é um fato essencialmente social. A existência do artefato construído é sempre condicionada por uma lógica social, associada a uma estrutura espacial, ambas anteriores às decisões sobre os demais aspectos”³⁴. (HILLIER; PENN, 1991, tradução nossa)

Operativamente, a teoria propõe a descrição das propriedades socioespaciais de um edifício a partir de dois conceitos principais: (a) a **organização espacial** do edifício – as relações entre os seus espaços; e (b) a **estrutura social**, que trata das regras e expectativas de uso vigentes entre as pessoas que concebem e utilizam os edifícios,

Quanto aos espaços, essas relações podem ser interpretadas a partir de limites físicos: as barreiras ou permeabilidades, que consistem nas possibilidades dos movimentos através dos espaços; e as opacidades ou transparências, que remetem à visibilidade. Esse sistema de relações constitui a **configuração espacial** de dado edifício.

Topologicamente, a configuração espacial se comprehende a partir da relação de cada duas unidades de espaço com uma terceira, minimamente. Determinada geometria edilícia é consequente da organização dessas relações nos espaços dos edifícios, portanto, de aspectos topológicos, ou melhor, configuracionais (HILLIER & HANSON, 1984).

Estes padrões de permeabilidade e visibilidade são associados aos padrões de co-presença e co-ciência, respectivamente. Entende-se como co-presença a presença de indivíduos num determinado espaço e tempo; e como co-ciência o poder saber que num mesmo tempo, mas em outros espaços, outros indivíduos se encontram presentes. (HILLIER & HANSON, 1984; HILLIER, 1996; HOLANDA, 2003).

³⁴ “Building is essentially a social fact. The existence of the built artifact is always conditioned by a social logic, associated with a spatial structure, both prior to decisions on other aspects” (HILLIER; PENN, 1991).

A experiência espacial se inicia no momento em que se adentra no edifício, a partir do número de entradas existentes para o exterior, da sequência de espaços interligados, da profundidade dos diferentes espaços, e das rotas alternativas, criando “experiências espaciais relacionadas à função – quem faz o que, onde, como, e controlado por quem” (MARKUS, 1987, p. 469).

Esses movimentos estão diretamente relacionados a duas categorias básicas de usuários: *habitantes* e *visitantes* atuantes nos possíveis encontros, desencontros e esquivanças, na reprodução de relações de domínio e poder. Os habitantes são aqueles que dominam o controle do edifício e os visitantes aqueles que adentram no edifício sob o domínio (controle) dos habitantes.

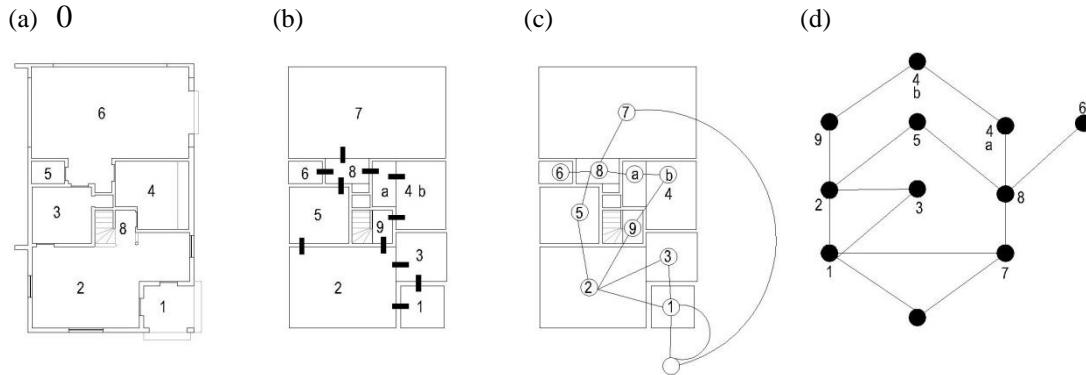
4.1.1 A sintaxe espacial

A Teoria da Lógica Social do Espaço utiliza como instrumental analítico um conjunto de procedimentos que se convencionou chamar de “sintaxe espacial”. É comum a denominação de teoria da sintaxe espacial dada a relação direta entre a teoria e o aparato instrumental utilizado para as investigações e afirmações.

Inicia-se a partir da planta arquitetônica de um exemplar edifício onde são definidas as unidades de espaço - o lugar onde se possibilita a co-presença e a co-ciência. Essas unidades de espaço são determinadas por polígonos convexos, os quais são denominados de **espaços convexos**. Esta célula elementar do espaço permite, de qualquer ponto inserido no seu interior, a visualização de qualquer outro ponto também contido na célula.

Com a definição dos espaços convexos sobre uma planta arquitetônica devem ser observados os elementos que agem como barreira ou permeabilidade (Figura 1b). A partir das conexões possíveis entre os espaços são estabelecidas as suas relações, constituindo um **mapa convexo**.

Figura 51 - Procedimento de construção do mapa de espaços convexos e grafo justificado. (a) planta de arquitetura; (b) espaços (polígonos) convexos; (c) nós sobre cada espaço convexo e respectivas conexões; (d) o grafo justificado



Fonte: a autora, 2019.

Observa-se na Figura 49(b) que o rótulo 4 é fragmentado em dois polígonos (*a* e *b*) para garantir a convexidade do polígono.

O mapa convexo também pode ser representado em **grafos** (Figura 49d) – que derivam da Teoria dos Grafos, utilizados para descrever qualquer sistema de relações. Entendendo cada espaço convexo como um ente genérico – um “nó” – ligam-se os “nós” atribuídos para cada um dos espaços convexos e constrói-se o grafo representativo dessa configuração. Cada *nó* representa um espaço elementar e as linhas representam as relações de permeabilidade (conexões, passagens) (HANSON, 1998, p. 7). Por meio dos grafos são evidenciadas as conexões entre os espaços que compõe determinado sistema, além das propriedades de integração, profundidade, distributividade, simetria e conectividade.

O grafo ainda pode ser **justificado** em níveis de profundidade topológica a partir de qualquer um dos seus espaços. Esses níveis são denominados de **profundidade**, a medida mais elementar da sintaxe. Grafos justificados representam a sucessão de acessos com base em um determinado espaço - o **nó raiz**. A partir desse nó raiz dá-se a base do cálculo numérico das propriedades sintáticas do sistema (HANSON, 1998, p. 7).

A partir do ponto que dá início à construção do grafo (nó raiz) pode-se aferir o quanto um espaço é mais raso ou mais profundo que o outro no sistema. A relação de profundidade entre os espaços é expressa pela distância topológica entre eles, podendo ser tomada para as relações

de permeabilidade ou de visibilidade entre as unidades espaciais. Cada unidade de distância considera-se um “passo” topológico, cada passo é necessário para acessar o outro espaço, a partir da sequência e do limite de passos e, entende-se o quanto profundo é um espaço e o quanto de espaços o indivíduo terá que percorrer para chegar a determinado espaço (HILLIER, HANSON, 1984; LOUREIRO, 2000; NASCIMENTO, 2008).

Nota-se, a partir do espaço exterior, uma organização em níveis. No exemplo acima, são cinco níveis (Figura 49 d) representados no grafo justificado. O espaço 4b (uma fração convexa do rótulo 4) é o mais profundo e se situa no quinto nível de profundidade (NP) (ver Figura 49 d). Os espaços mais rasos são o 1 e o 7. Percebe-se assim que a relação de distância topológica é influenciada pelo arranjo de conexões (de movimento e visuais) entre os espaços.

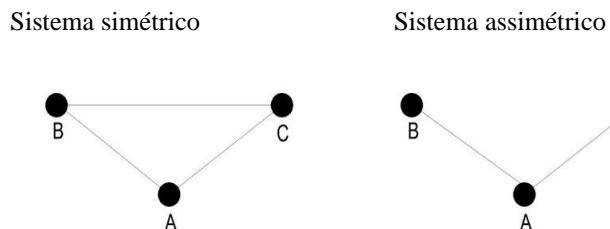
A **integração** é uma medida de centralidade topológica derivada da profundidade. A integração pode ser tomada em várias escalas: a) global - considerando a distância topológica de um espaço para todos os outros espaços do sistema; b) local - (considerando determinado raio topológico composto de N passos a partir de cada espaço, partindo do mínimo de raios de 3 passos topológicos; ou c) média - tomada da profundidade média do espaço mais integrado (HILLIER, HANSON; apud NASCIMENTO, 2008).

O valor de integração é definido pela assimetria relativa do sistema (*Real Relative Assymetry – RRA*). Portanto, a fórmula que define o RRA resulta numa inversão da integração, ou seja, o fator de integração de determinado espaço se dará pelo valor 1/RRA. Nos *softwares* para mensuração da integração (*JASS, Mindwalk*) o valor mais alto de RRA será o menor valor de integração do espaço. Consequentemente, os espaços mais integrados são aqueles com menores valores de RRA.

Um espaço é simétrico a outro se está diretamente conectado a ele, e assimétrico se existe pelo menos um espaço entre eles. Simetria envolve relações equivalentes entre três ou mais espaços e a assimetria, por conseguinte, envolve relações não equivalentes.

Observa-se que, no sistema assimétrico representado abaixo, o espaço A é responsável por controlar a permeabilidade entre os espaços B e C. Um sistema assimétrico sugere controle e isolamento. Nesse caso, os espaços B e C denominam-se espaços de terminação.

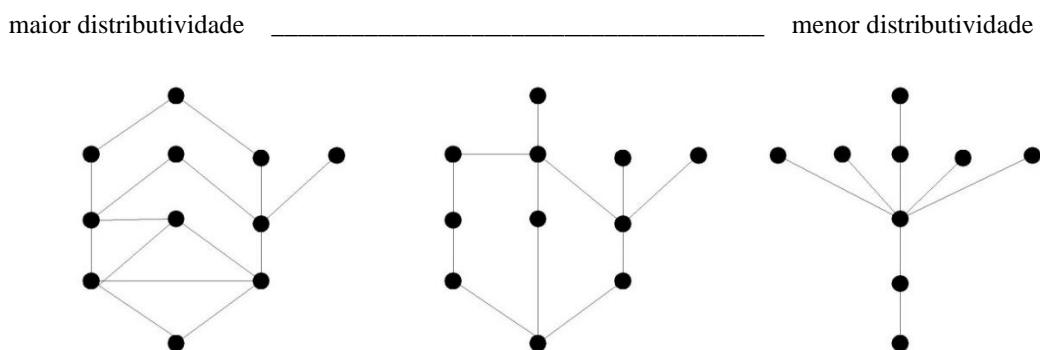
Figura 52 - Representação esquemática dos sistemas simétrico e assimétrico



Fonte: a autora, 2019.

As várias possibilidades de movimento (rotas e percursos) existentes para se deslocar para um determinado espaço são proporcionadas pela estrutura de permeabilidades. Isso é o que define, no campo sintático, **distributividade**. Quanto maior o número de rotas indicadas num grafo justificado, maior a distributividade do sistema espacial. Sendo assim, quanto mais distributivo, mais anelar é o sistema (Figura 51). Em sistemas mais anelares, ou distributivos, os encontros entre indivíduos são de maior possibilidade.

Figura 53 - Esquemas de representação de distributividade. À esquerda um sistema com maior distributividade, com presença de rotas anelares e relações simétricas. À direita, sistema com relações mais assimétricas e sem percursos alternativos, portanto, com menor distributividade



Fonte: a autora, 2019.

A medida de **integração** é a chave para a análise dos arranjos estruturais do espaço de um edifício, por revelar a acessibilidade permitida entre os espaços, seja por meio da visibilidade, seja da permeabilidade oferecida para os movimentos no edifício (HILLIER, HANSON, 1984,

1998) (HOLANDA, 2003, p. 102). A propriedade de integração será reveladora das prescrições para o *lugar social* (CAPS), quais sejam: portas abertas, espaço comunitário e integração com o território³⁵.

Neste trabalho é importante compreender a distinção entre um sistema espacial institucional e um sistema espacial doméstico, preliminarmente, a partir dessas propriedades básicas da sintaxe espacial.

Na descrição dos arranjos espaciais, independentemente da regularidade geométrica, do estilo, da forma e da função, através da sintaxe espacial, é possível confrontar as medidas das propriedades espaciais para, assim, interpretar devidamente a espacialidade de um CAPS.

A polaridade existente entre os arranjos espaciais que permeiam esta pesquisa - o institucional e o doméstico - é um tema recorrente nas investigações dos teóricos Hillier e Hanson. De forma geral, esses teóricos se debruçam em um grande número de análises de exemplos históricos similares para desenvolver um padrão detalhado de genótipos e fenótipos (Hillier e Hanson, 1984, Hanson, 1998; Hillier e Pen, 1991). Thomas Markus também se insere nesse contexto de investigação quando analisa edifícios institucionais produzidos no período da Revolução Industrial (MARKUS, 1993).

Descrevem-se a seguir, os princípios e propriedades gerais de uso de um espaço institucional e do espaço doméstico.

4.2 Do espaço institucional

A teoria da lógica social do espaço revela como procedimento chave a análise da integração entre ambientes a partir do movimento possível no interior da edificação, a acessibilidade. Em *Visible Colleges* (1991), Hillier e Penn descrevem que os edifícios estruturam o espaço, tanto para conservar como para gerar formas de comportamento social utilizando exemplos aplicados da sintaxe espacial em edifícios institucionais e habitacionais.

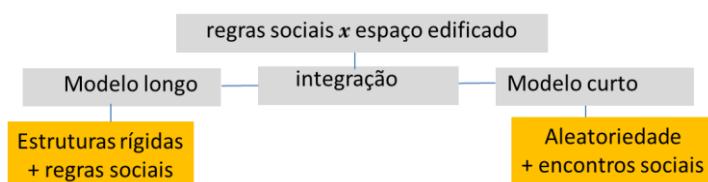
A partir de análises sintáticas de hospitais, casas e de uma redação de jornal, o artigo define edifícios de modelo longo (programas fortes) – em geral aplicados a edifícios institucionais – e

³⁵ As prescrições constantes no manual de orientação para construção de centros de atenção psicossocial (BRASIL, 2013).

de modelo curto (programas fracos) – que facilmente podem abrigar outros usos através de adaptações sem a reformulação de seus arranjos espaciais.

Edifícios de modelos curtos são aqueles com um menor número de regras impostas ao processo, ou seja, um programa fraco com menos relações especificadas. Modelos longos, por sua vez, são representados por uma série de imposições e regras rígidas, ou um programa forte. No modelo longo as regras de domínio, por imposições de regras rígidas, tendem a conservar determinado padrão de utilização. No modelo curto, por sua vez, a geração de novos padrões de relacionamentos é maximizada pela maior probabilidade de encontros espaciais, gerando, portanto, várias possibilidades de utilização (HILLIER, PENN, 1991).

Figura 54 - Resumo sobre modelo longo e modelo curto



Fonte: a autora, 2019.

Para os arquitetos formuladores da teoria da lógica social do espaço existem duas condições de relação entre pessoas (*habitantes* e *visitantes*) e o edifício complexo (institucional). Essas condições diferenciam o edifício complexo em elementar e reverso.

No primeiro, os *habitantes* se encontram nos níveis mais profundos em relação ao exterior. Em geral, movimentam-se nos espaços com propriedade de distributividade baixa. Nesse edifício elementar, os espaços de encontro com os *visitantes* se dão nas partes mais rasas de um grafo, geralmente, com uma distributividade maior.

No segundo, essa relação elementar é invertida - aqui destacam-se os hospitais, por exemplo - pois os *visitantes* estão nas partes mais profundas e geralmente em espaços com baixa distributividade; e os *habitantes*, controladores do edifício, tendem a ocupar as partes mais rasas, de melhor distributividade, o que favorece a circulação livre pelo sistema.

A assimetria presente nesses edifícios reversos busca eliminar as relações com o diferente ou, melhor, daquele que pode sugerir insegurança - em relação à saúde e violência, por exemplo. (HILLIER, HANSON, 1984).

4.2.1 O texto precede o edifício

Em “Buildings and Power”, Thomas Markus, baseado nas premissas e nos procedimentos analíticos da Teoria da Lógica Social do Espaço, afirma que os “edifícios são objetos essencialmente sociais” (MARKUS, 1993, p. 8). Esses objetos sociais são materializados por significados e estabelecem relações de poder sobre a sociedade. O mesmo autor salienta que os edifícios são produtos de uma série de prescrições – o *texto* – que são colocadas pela sociedade através de leis, da literatura, manuais técnicos, para assim tornar possível o funcionamento de algumas instituições. Essas prescrições definem a base das atividades que as instituições devem abrigar e como as edificações podem funcionar e ser utilizadas pelos indivíduos.

A contribuição da obra de Markus (1993) para investigações que abordem edifícios institucionais se expressa na taxonomia desses edifícios agrupados em três tipos de relação: *a) pessoas a pessoas* (de formação, *re-formação*, recreação e limpeza); *b) pessoas a conhecimento* (conhecimento visível, invisível ou efêmero); e *c) pessoas a coisas* (para produção ou troca de mercadorias). Segundo o autor, faz-se necessária a compreensão do espaço dos edifícios complexos do século XIX - a partir dessas relações e da compreensão do que se deseja projetar para uma adequação com melhor resultado (MARKUS, 1993).

Pesquisas mais recentes têm comprovado que as regras estabelecidas para o funcionamento de determinado edifício *re-formador* restringem sua subversão que, para ocorrer de forma devida, necessita de descaracterização total da organização espacial e da estrutura social (NASCIMENTO, 2008). Nascimento constrói seu argumento a partir da análise da intervenção de um edifício *re-formador* do Recife, erigido em meados do século XIX (A Casa de Detenção) para outra lógica de relação (Casa da Cultura de Pernambuco) e que, por isso, deveria requerer características próprias de um edifício que relaciona *pessoas a coisas*.

É na análise de um edifício de *re-formação* – um hospital em Edinburgh – que Markus afirma que a circulação contida na geometria de um corredor torna o espaço separador por excelência, que pode articular, permitir e controlar o movimento dos indivíduos, *habitantes e visitantes*, de

determinado edifício, de forma semelhante à dos hospitais psiquiátricos, que têm como função a *re-formação* da insensatez (MARKUS, 1993).

O poder de controle do espaço, e respectivamente das pessoas, é um dos critérios a serem observados no espaço CAPS que, mesmo numa dimensão e invólucro diverso dos edifícios *re-formadores*, pode estar presente nos arranjos espaciais desse dispositivo substitutivo do modelo asilar.

4.3 Do espaço doméstico

Atribui-se a Hanson os primeiros estudos, ainda nos idos de 1970, que aplicam a análise sintática para abordar como um espaço doméstico pode ser moldado para transportar informações culturais na sua forma e organização, identificando propriedades invariáveis no modo de habitar como expressões complexas dos dois mundos - o coletivo e o individual - daquele que habita (HANSON, 1998). Seus estudos são publicados através do livro “*Decoding homes and houses*” em 1998.

Hanson sugere que “a casa é, talvez, o edifício mais complexo de todos” (HANSON, 1998). Mesmo com uma escala dimensional inferior a determinados edifícios institucionais, o conteúdo social no interior de uma casa é relevante para compreender a relação do espaçoXsociedade de diferentes culturas e períodos históricos. A partir dessa unidade particular de construção a análise sintática, dos arranjos espaciais e respectivas atividades, é capaz de revelar as regras sociais de determinado grupo.

Conforme Hanson (1998), o grau de integração entre os espaços é a “chave pela qual podemos entender o conteúdo social da arquitetura e mostrar como os edifícios e lugares funcionam em um nível coletivo” (HANSON, 1998). Segundo a autora, “casas são sensíveis a relações sociais somente quando constroem e contêm interfaces entre diferentes tipos de habitantes e diferentes categorias de visitantes” (HANSON, 1998, p. 86).

Imerso nessa esfera de pesquisa sobre o espaço doméstico, Luiz Amorim em sua tese *Sectors Paradigms* (1999), investiga a morfologia espacial das moradias modernas brasileiras, em particular, as construídas em Recife (PE) entre os anos de 1930-1980. Nas análises, identificam-se “invariações” na organização espacial de atividades e revela um genótipo espacial desse espaço doméstico (AMORIM, 1999). Para tanto, aborda o paradigma da

setorização, que provém do procedimento usual no ato de projetar um edifício a partir do agrupamento de atividades afins e setores funcionais.

Nos espaços domésticos, entendendo a casa como um objeto social, identificam-se três naturezas funcionais que remetem aos setores principais da casa: o setor social, que é responsável por promulgar a relação entre os que habitam e entre os que habitam e visitam; o setor de serviço, para onde se destinam as atividades domésticas e aqueles que as executam; e o setor privado que garante ao habitante sua individualidade e isolamento, a privacidade familiar (AMORIM, 1999).

Figura 55 - Representação dos setores funcionais sobre o mapa convexo e o grafo justificado



Figure 2.3. Melo House : a) plan, b) convex break up

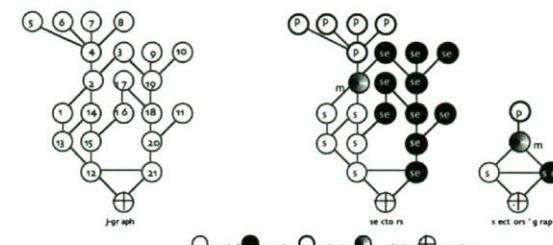


Figure 2.4. Melo House: justified graphs

Fonte: AMORIM, 1999, p. 51.

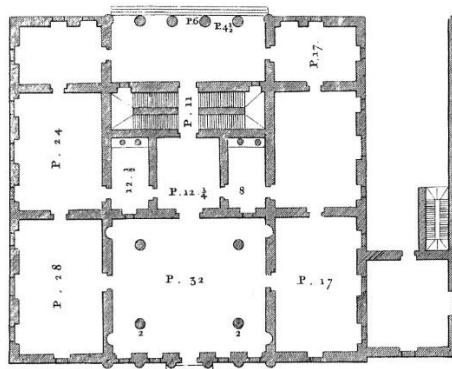
Um elemento espacial é identificado como comum às estruturas institucionais *re-formadoras* e que, mesmo diante da diferença de escala, recai para possíveis organizações de um espaço doméstico: o corredor. Esse elemento é denominado espaço de transição. Quando um espaço é responsável por realizar uma transição para determinado setor, esse é denominado de espaço mediador com propriedade semelhante à de um hall ou escada na casa, por exemplo. e tem a função de favorecer a separação entre setores.

Para além de uma mediação entre funções de determinados espaços, o corredor assume o poder de controle praticado na relação do edifício com o *habitante* ou com o *visitante*. Robin Evans - em seu ensaio *Figures, Doors and Passages* (1978) - compara duas sociedades distintas

através de duas plantas baixas de espaços domésticos: 1) uma construção do renascimento italiano e 2) uma construção ‘popular’ na Inglaterra do século XIX (Figuras 56 e 57). Enquanto a planta renascentista oferece uma permeabilidade, ou seja, um grau de acessibilidade elevado, a partir de diversos cômodos, a segunda planta apresenta a introdução de uma passagem que conecta todos os cômodos: o corredor. Desse modo, o movimento e a ocupação poderiam ser separados e controlados pelos que habitavam aquele lugar, o que permite a segregação de pessoas e atividades (EVANS, 1978).

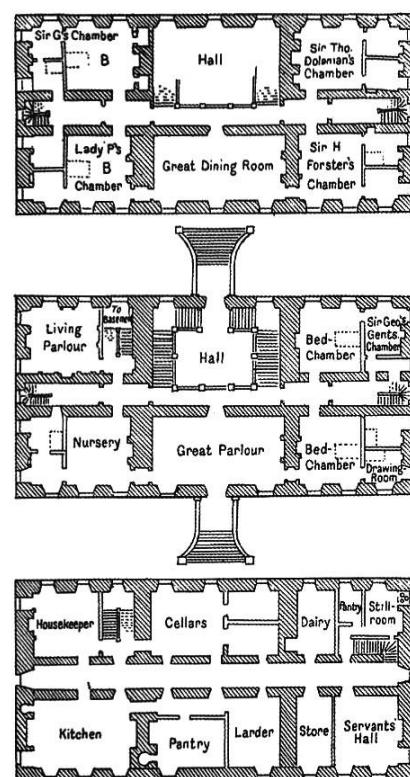
Os planos baseados em corredores representam, pois, uma arquitetura e uma sociedade destinadas a evitar o contato humano e a segregar funções e atividades – seja no espaço institucional, seja no espaço doméstico.

Figura 56 - Planta arquitetônica de construção italiana renascentista



Fonte: EVANS, 1978, p.62.

Figura 57 - Planta arquitetônica de construção residencial inglesa do século XIX



Fonte: EVANS, 1978, p.72.

Com o interesse de investigar a presença institucional nas casas adaptadas para CAPS, identificou-se um estudo sobre moradias, influenciado pelo discurso da desinstitucionalização. Robinson (2011) cita Foucault e Goffman na pesquisa que enfatiza o grau de *domesticidade* em contraste com o de *institucionalidade* em arquiteturas residenciais americanas. Segundo a autora, a institucionalidade de uma casa pode ser expressa como o grau em que um edifício controla seus ocupantes - individual ou coletivamente -, além de sua relação com o mundo exterior.

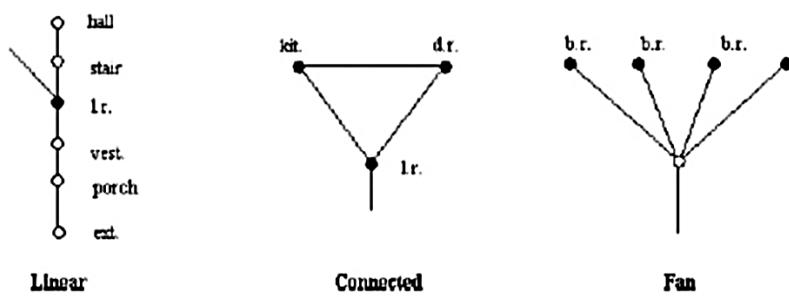
O que deveria ser polarizado (instituição e habitação), a pesquisa de Julia Robinson tenta demonstrar que isso não é necessariamente algo estanque, porque além da estrutura espacial, o campo do poder político interfere, seja qual for o uso do edifício (institucional ou habitacional), seja qual for o sentido da polaridade à qual pertence.

Além da linearidade na relação dos ambientes entre a rua e o interior de uma casa, o fator preponderante para definir um espaço doméstico é a privacidade, a garantia da individualidade em contraponto com a *mortificação do eu*, descrita na obra de Erving Goffman (1961). A inexistência de um espaço íntimo ou privado denota o quanto uma edificação pode se caracterizar como institucional.

Robinson aponta, na sua investigação, para três padrões diferentes na relação do espaço com as atividades e usuários. A imagem do grafo justificado, a seguir, destaca a linearidade entre o espaço público e privado (trecho 1 do grafo) até as áreas com espaços e atividades compartilhadas (trecho 2 do grafo), que medeiam o espaço íntimo (trecho 3 do grafo).

Sobre o primeiro trecho, quanto mais linearidade ocorrer entre espaços, como rua/calçada/jardim/terraço, até chegar aos ambientes de atividades compartilhadas, mais ‘integrada’ à comunidade será a casa. Ao mesmo tempo permite que as regras sociais (coletivo) adentrem na casa, impondo assim, no espaço preliminarmente entendido como individual, um comportamento diante do coletivo. Para Robinson, quanto mais o espaço íntimo garantir a individualidade (autonomia e domínio) do habitante, e este for dominante no espaço da casa (situados em níveis de profundidade mais rasos), menos institucional será a habitação.

Figura 58 - Ilustração de Hank Lu contida no artigo de Julia Robinson (2001). “Diagrama decomposto de um grafo justificado de um padrão residencial norte-americano para diferenciar a representação dos espaços entre a rua e o hall, os espaços com atividade



Fonte: ROBINSON, 2001.

A autora afirma que, a depender do grau de institucionalidade, os espaços residenciais podem ser diferenciados pelas seguintes categorias: punitivas, totalmente institucionais, parcialmente institucionais e domésticas com características institucionais.

Já para o antropólogo Roberto DaMatta não se pode definir de forma simplória que a casa e a rua são dois espaços que se rompem, geograficamente. Ambos estabelecem uma relação principalmente diante dos ritos de passagem. Os espaços exteriores e os de funções sociais permitem que sejam adotadas regras sociais, ou seja, são as normas de recepção que amortecem a passagem da casa para a rua (DaMATTa, 1997).

Em síntese, quanto mais profundo estiver situado um espaço de função social – ou setor social, de acordo com Amorim (1999) – mais a casa é institucional (ROBINSON, 2011); ou seja, os habitantes perdem mais privacidade e subordinam-se às regras da sociedade (DaMATTa, 1997).

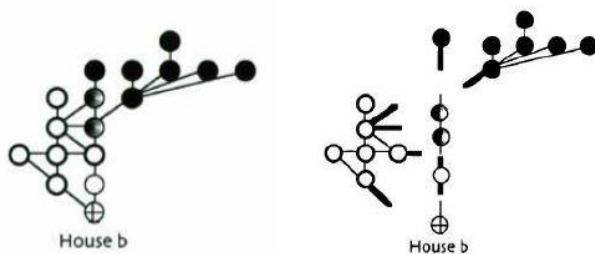
Quanto à compreensão dos padrões de uso específico, inerentes aos subconjuntos de espaços de um dado sistema, Amorim (1999) desenvolve a ideia de “setores”. Ainda segundo Amorim (2001a) “um setor é entendido como uma série de espaços agrupados de acordo com certos procedimentos classificatórios, que levam em conta requerimentos funcionais e sociais”. Apesar de a afirmação se inserir no contexto de espaço doméstico, torna-se essencial a compreensão da organização espacial e das regras sociais incorporadas a um edifício, seja o que lhe categoriza.

Na pesquisa sobre a arquitetura de sanatórios para tratamento da tuberculose, realizada por Brasileiro (2012), por exemplo, a autora utiliza o procedimento de análise setorial de Amorim (1999) para investigar como modelos arquitetônicos nacionais se conformaram em Pernambuco. A setorização desses dispositivos institucionais é clara, considerando os princípios da profilaxia e a distribuição das pessoas no espaço. A separação de pacientes doentes de supostos sãos, e a desses do corpo médico, é evidente nos objetos analisados por Brasileiro, o que contribui, de certa forma, para uma leitura clara na relação entre os setores que se prestam para a “arquitetura antituberculose em Pernambuco” (BRASILEIRO, 2012).

O entendimento sobre as conexões entre os setores, segundo Amorim (1999), é essencial para interpretar (e projetar) as funções pré-estabelecidas para as especificidades do edifício. De acordo com o autor, essas conexões entre setores ocorrem de forma mais clara (*clear boundary*) ou de forma mais difusa (*fuzzy boundary*). Quando a conexão é caracterizada por um acesso restrito, favorecendo o controle, as conexões são claras; quando determinado setor for mais permeável, possibilitando o movimento (e encontro) de pessoas de forma menos controlada, as conexões são difusas, ou seja, ocorrem em maior número.

“Essas fronteiras difusas expressam o movimento menos controlado e a interface entre os usuários de setores permeáveis pode ocorrer com mais frequência e informalidade, a menos que esses limites sejam abertos e fechados de acordo com circunstâncias especiais” (AMORIM, 1999, p. 296).

Figura 59 - Representação do isolamento de setores em um grafo justificado



Fonte: AMORIM, 1999, p. 293 e 294.

Sobre seu objeto de estudo – casas modernistas do Recife - o autor sintetiza a técnica de análise de setores em três etapas: 1^a identificar a correspondência de cada espaço funcional e de transição com os setores (do espaço doméstico) social, de serviço, privado ou de mediação; 2^a observar e agrupar os espaços que formam campos funcionais contínuos; 3^a desenvolver de uma série de análises sintáticas com o objetivo de caracterizar as propriedades configuracionais das estruturas setorizadas (AMORIM, 1999, p. 70).

O procedimento adotado por Amorim é utilizado nesta investigação para a compreensão da transposição de um espaço doméstico para o espaço CAPS e respectivas funções (sempre na lógica da co-ciência e co-presença - *habitante* e *visitante*).

Quando não são identificados campos funcionais contínuos e notavelmente setorizados, pode ser adotada a terminologia **domínios** - utilizada por Frederico de Holanda na análise *Casa Átrio: um exercício em autoanálise* (HOLANDA, 2003, p. 162). Dada a descontinuidade de grupos de atividades similares revelada no grafo justificado da casa-átrio, o pesquisador utiliza essa terminologia para diferenciar da evidência tradicional da setorização de um espaço doméstico.

De forma estratégica, adota a terminologia “Domínio”, que pode ser caracterizado como restrito ou irrestrito, conforme se verifica na organização das pessoas e nas atividades.

Diante do exposto, os pressupostos da Teoria da Lógica Social do Espaço de Hillier a Hanson (1984) e desdobramentos demonstrados, ofertam de forma coerente os procedimentos analíticos a serem aplicados nesta pesquisa, que objetiva verificar se os espaços dos CAPS, instalados em imóveis de arquitetura residencial, mantêm as características de um espaço doméstico, se apresentam propriedades de um espaço institucional ou se trata de um espaço híbrido.

4.4 Sintaxe Espacial aplicada ao CAPS

A partir do repertório metodológico da *Teoria da Lógica Social do Espaço* (HILLIER & HANSON, 1984) e de estudos decorrentes que aprofundam o espaço institucional (MARKUS, 1993; NASCIMENTO, 2008) e o espaço doméstico (HANSON, 1998; AMORIM, 1999; ROBINSON, 2001) que permite mapear, mensurar e comparar estruturas espaciais independentemente das suas configurações plásticas e dimensionais, mediante a acessibilidade dos seus arranjos espaciais, busca-se avaliar em que medida a estrutura organizacional e a relação *habitantes* e *visitantes* de um espaço doméstico são mantidas para atender o programa de um CAPS.

Entende-se que a pesquisa requer dois níveis de análise.

O **primeiro nível de análise** é constituído pela verificação de dados coletados (capítulo 3) durante a observação, referente à maneira como se dão as interfaces sociais entre *habitantes* e *visitantes* nos CAPS – a vida espacial.

A partir da planta arquitetônica de cada CAPS versa-se sobre a relação entre *habitantes* e *visitantes*, com o registro dos movimentos das pessoas a fim de demonstrar o cotidiano no dispositivo substitutivo do modelo asilar.

Os encontros e permanências, dos usuários no CAPS são demonstrados através de um mapa de movimentos no qual são diferenciados o usuário *habitante* e o usuário *visitante*³⁶. Esses mapas

³⁶ Esses movimentos e permanências são registrados em plantas (apêndice 3). Foram quatro dias de registro à exceção do CAPS Esperança, pois durante a coleta de dados encontrava-se em reforma que impossibilitava o atendimento e o cotidiano relacional entre os profissionais, ‘clientes’³⁶ e acompanhantes. Esses registros ocorreram em um mesmo turno de atendimento, no intervalo de horas entre 8h e 12h, durante quatro dias.

e um texto narrativo compõem os apêndices 3 e 4 referentes à observação aplicada no CAPS Boa Vista e Espaço Vida.

Cada grupo é representado nos espaços conforme seu acesso e permanência. O grupo *habitantes* divide-se em duas categorias: os profissionais de atendimento do serviço psicossocial (Hp) e demais profissionais, da área técnica e de apoio administrativo (Ha). O grupo *visitantes* divide-se em mais duas categorias: pessoa em tratamento (Vp) e acompanhante e pessoa em busca de tratamento (Va).

Figura 60 - Categorias de habitantes e visitantes num CAPS

Habitantes	Hp	profissionais da área psicossocial
	Ha	profissionais, técnicos e funcionários de apoio administrativo
Visitantes	Vp	pessoas em tratamento psicossocial
	Va	pessoas em busca de tratamento psicossocial e respectivos acompanhantes

Fonte: a autora, 2019.

Para compreensão dessas relações sociais, utilizam-se as mesmas entrevistas e observações que serviram à caracterização dos casos no Capítulo 3. A partir deste conteúdo, procura-se identificar quais espaços são mais usados e menos usados pelos *habitantes* e *visitantes*; e ainda, quais são os espaços inacessíveis ou com maior restrição para os visitantes.

A compreensão sobre a relação entre as pessoas e dessas no espaço CAPS subsidia a organização espacial de um *objeto social* adaptado para um programa pautado na desinstitucionalização.

Ante um objeto prescrito como símbolo de negação de práticas excludentes, imbuído de conteúdo social (reforma psiquiátrica), a experiência do lugar deve contribuir para a interpretação desse edifício. Psarra (2009), referenciada pela teoria da lógica social do espaço e pelo argumento de Markus (1993) sobre “o texto preceder o edifício”, busca na experiência do lugar um evidente instrumento para contribuir com interpretação do significado (espacial e simbólico) de determinado edifício.

O **segundo nível de análise** é constituído pela compreensão da configuração desses espaços – o padrão espacial, através das suas barreiras e permeabilidades³⁷, em termos de sua ordem topológica.

Esse nível é organizado em dois cenários:

- **cenário 1** – a configuração espacial da casa que antecede a implantação do CAPS;
- **cenário 2** – a configuração espacial dos CAPS selecionados.

A documentação produzida com o levantamento arquitetônico de cada um dos CAPS subsidia a averiguação da pós-ocupação e integra a análise da organização espacial e da estrutura social. A identificação dos espaços convexos da edificação subsidiará a descrição sintática; associados aos usos de cada ambiente, aos quais serão atribuídos rótulos, ainda indicam onde as atividades são realizadas (HILLIER, HANSON, 1984, p. 97).

Em geral os estudos de espaços domésticos consideram o espaço exterior como uma única unidade convexa para melhor compreensão do sistema de espaços internos como sistema autônomo (HANSON, 1998; AMORIM, 1999). Na compreensão de que os espaços exteriores (as áreas livres adjacentes à área construída) são unidades de espaços relevantes de permanência e movimento dos usuários dos CAPS, essas também são decompostas em polígonos convexos para observação de sua integração aos espaços funcionais. Porquanto, essa mesma lógica objetiva é construída no espaço da casa que antecede o CAPS. Alguns espaços exteriores, inclusive, são rompidos por obstáculos para adaptação do CAPS no imóvel residencial, o que tende a contribuir com a segregação e o controle na relação espaço-usuário.

A incorporação dos espaços exteriores contíguos à edificação, assim como a perspectiva a partir do espaço público, pode gerar certa impureza na análise, contudo é essencial para essa investigação que busca também identificar se determinados arranjos espaciais contribuem para uma melhor relação da casa – seja habitação, seja CAPS – com a rua, ou seja, do privado com o público.

³⁷ A identificação dos projetos da casa na sua configuração original (que antecede a adequação para um CAPS) é seguida do levantamento arquitetônico para verificar alterações de elementos que estruturaram o espaço CAPS (barreiras e permeabilidade). As plantas arquitetônicas obtidas são devidamente vetorizadas por programa computacional específico (*autoCAD*).

Os mapas de cada cenário, então, geram um grafo justificado para cada caso, representando os sistemas distintos a partir da perspectiva da entrada da edificação. Para geração do grafo justificado dos objetos desta pesquisa o nó referencial é definido a partir do espaço público (a rua). Definidos os espaços e identificados os seus rótulos (atividades específicas de cada ambiente), faz-se uma conjunção desses no grafo justificado, definindo os setores ou domínios espaciais do antes (casa) e do depois (CAPS)³⁸.

4.4.1 A organização das atividades

Inicialmente parte-se para a compreensão de como diferentes usuários e atividades distribuem-se e relacionam-se no espaço do CAPS. Os procedimentos das duas primeiras etapas da análise setorial adotada por Amorim (1999) auxiliam essa classificação; levando-se em conta as prescrições sobre a estrutura física e respectivas atividades orientadas pelo manual para projetos de CAPS do MS (2013), além de dados coletados nos três CAPS em análise.

O contato entre as pessoas em tratamento (ou em busca de), de acompanhantes (familiares), da equipe de saúde mental e do corpo administrativo (que inclui auxiliares técnicos e de serviços gerais) se dá, *grosso modo*, no interior de todo o CAPS. Nega-se, portanto, o controle e a segregação tão característicos do modelo asilar.

O que se extrai do capítulo 3, a princípio, é que o espaço doméstico favorece o encontro das pessoas, no entanto é observado que determinados espaços detêm níveis distintos de restrição, a depender da atividade a que se presta.

Diante de uma clínica relacional³⁹ exercida no CAPS a classificação de setores não é clara, num espaço que sugere atender aos preceitos do MS de permeabilidade, hospitalidade e

³⁸ O *software* utilizado para a construção dos grafos justificados e respectiva análise sintática é o JASS. Em cada polígono convexo são inseridos pontos (nós) e posteriormente cada nó é ligado conforme a lógica de conexão mapeada. Desse modo, operacionalmente, uma camada de informação é adicionada ao mapa convexo que identifica por texturas e cores os setores funcionais da casa (AMORIM, 1999).

³⁹ Baseia-se na ideia de que é o contacto emocional e a relação com o outro a motivação essencial que inspira o desenvolvimento humano.

sociabilidade. Diferem, a princípio, de uma setorização mais “pura” de uma instituição ou até mesmo de uma casa, com agrupamento de atividades de forma descontinuada.

A princípio, a terminologia de Holanda (domínio) pode vir a ser mais adequada para a análise do CAPS, uma vez que há descontinuidade e fragmentação entre grupos de espaços com funções similares.

A melhor terminologia (setor ou domínio) será advinda dos mapas convexos, grafos justificados e medidas de propriedades sintáticas apresentadas nas subseções seguintes.

Para tanto, deve-se incialmente definir e denominar os grupos de atividades afins. Consideram-se nesta investigação dois referenciais essenciais: a) as prescrições do manual para projetar um CAPS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), que elencam os ambientes e respectivos dimensionamentos e quantidades; e b) a observação realizada *in situ* (capítulo 3) das interrelações dos usuários nos espaços funcionais do CAPS, com atenção para identificar o usuário que detém o maior controle sobre determinado espaço e aquele que permanece por maior tempo naquele espaço.

Considerando esses referenciais, identificam-se três grupos de atividades denominados nesta investigação como:

- 1) Acolhimento e Convivência (**AC**): São espaços de encontro entre os *habitantes* e *visitantes* (*Hp*, *Ha*, *Vp* e *Va*). A permanência e movimento é evidente dos visitantes *Vp* sem restrição, até certo ponto livre. Sob esse aspecto, o aproxima da lógica de relação das pessoas num setor social de um espaço doméstico. No entanto, determinados espaços deste grupo estão alocados nos setores privado e de serviço da casa.
- 2) Serviço de Atenção Psicossocial (**SP**): composto pelos espaços de domínio dos profissionais (*Hp*) para atendimento e promoção de atividades para as pessoas em tratamento e em busca de. Os espaços de **SP** sugerem aproximação dos espaços de **AC**, portanto, possivelmente situados no antigo setor social e, por requererem uma mediação para acesso do *Vp* e do *Va*, no setor privado do espaço doméstico.
- 3) Técnico-administrativo (**TA**): é definido pelos ambientes que são de domínio dos habitantes *Ha*, ou seja, que atuam na administração e no apoio administrativo do CAPS. Os espaços do grupo **TA** sugerem equivalência com o setor privado e de

serviço de um espaço doméstico, pois são aqueles de maior restrição para acesso dos visitantes.

A figura abaixo apresenta a relação dos espaços requeridos pelo manual do Ministério da Saúde do Brasil (2013) e os grupos de atividades propostos nesta pesquisa:

Figura 61 - Grupo de atividades x espaços funcionais do CAPS II

Manual MS (2013) CAPS II Espaços funcionais	Grupos de Atividades
Recepção Espaço de convivência Banheiro adaptado* Refeitório Quarto coletivo * Banheiro anexo aos quartos	Acolhimento e Convivência (AC)
Salas de atendimento individual e Salas de atividades coletivas	Serviço Psicossocial (SP)
Sala de medicação Posto de enfermagem Copa (cozinha) Sala administrativa Sala de reunião Almoxarifado Arquivo Banheiro com vestiário para funcionários Depósito material de limpeza Rouparia Abrigo - lixo	Técnico Administrativo (TA)

Fonte: a autora, 2019.

Determinados espaços são mais restritos que outros; por exemplo, a administração e farmácia. Outros são restritos, mas acolhem os *visitantes* de forma mais controlada: são as salas de acolhimento (atendimento por profissional da área *psi*), as salas de terapia ocupacional e de atividades coletivas.

Levando-se em conta o domínio do *habitante* sobre o *visitante*, esquematiza-se uma analogia entre os setores do espaço doméstico e os grupos de atividades do CAPS. Desse modo, orienta-se a análise comparativa preliminar, principalmente sobre a organização espacial do CAPS, conforme o quadro abaixo:

Figura 62 - Analogia dos setores da CASA e do CAPS, diante do grau de domínio sobre o visitante

Espaço doméstico Cenário 1		Espaço CAPS Cenário 2	
setor	domínio*	grupo de atividade	
Social (S)	baixa restrição	Acolhimento e Convivência (AC)	
Privado (P)	restrição mediada	Serviço Psicossocial (SP)	
Serviço (Se)	alta restrição	Técnico-Administrativo (TA)	

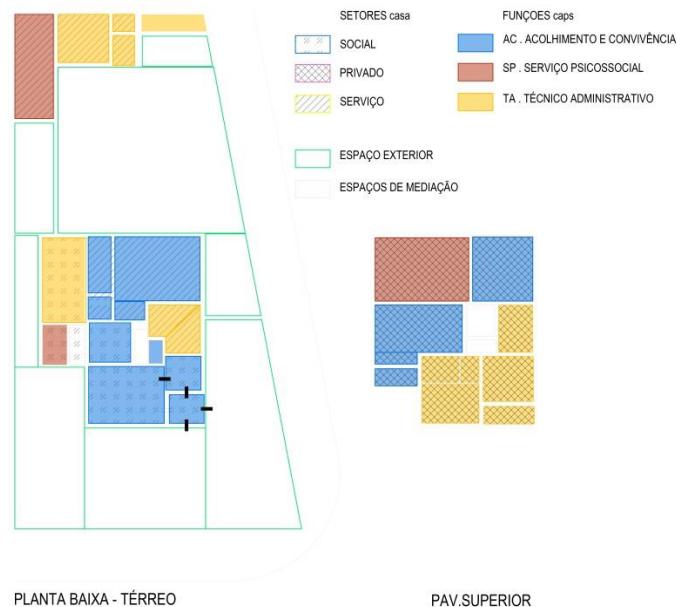
*domínio diante do visitante
Fonte: a autora, 2019.

A ilustração dos mapas convexos da casa (cenário 1) e do CAPS (cenário 2) segue portanto, a equivalência de cores apresentada: Azul, para Social e Acolhimento e convivência; vermelho, para Privado e Serviço Psicossocial; e amarelo, para Serviço e Técnico administrativo.

No setor **AC** do CAPS, a presença do visitante *Va*, em geral, limita-se aos espaços equivalentes do setor social da casa. A exceção está na ocorrência de ações específicas com familiares e em eventos comunitários. A predominância de uso e permanência é do visitante *Vp* em espaços comuns equivalentes ao setor social do espaço doméstico. Nos demais espaços do setor **AC**, que congruem com os setores de serviço e privado do espaço doméstico, a predominância de *Vp* é mantida, no entanto, para o visitante *Va* o acesso é mediado pela equipe técnica e psicossocial.

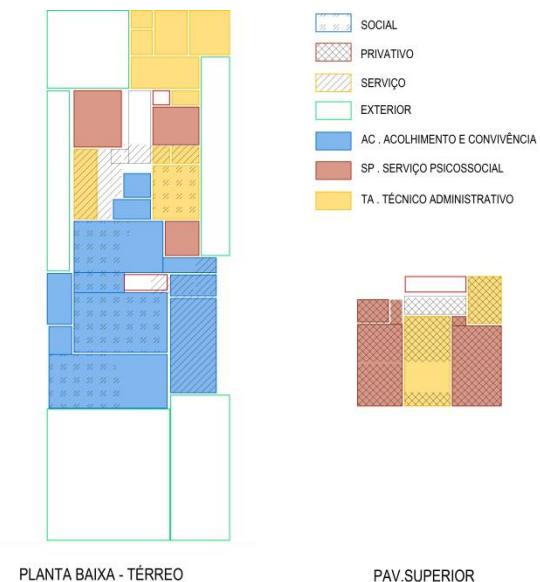
Observou-se que em cada CAPS existe a utilização de determinado rótulo para outra atividade, seja com função similar, contida num mesmo setor, ou distinta. Isso decorre, muitas vezes, do subdimensionamento de alguns espaços ou da condição de acessibilidade ao pavimento superior, a depender da dificuldade motora dos usuários. É realizada uma sobreposição dos mapas convexos da casa e do CAPS para auxiliar na equivalência entre os setores e os grupos de atividades do CAPS já apresentados na figura 61 (p.105). As imagens abaixo ilustram a sobreposição dos espaços e respectivas funções da casa e do CAPS.

Figura 63 - Sobreposição dos mapas convexos da casa e do CAPS Boa Vista



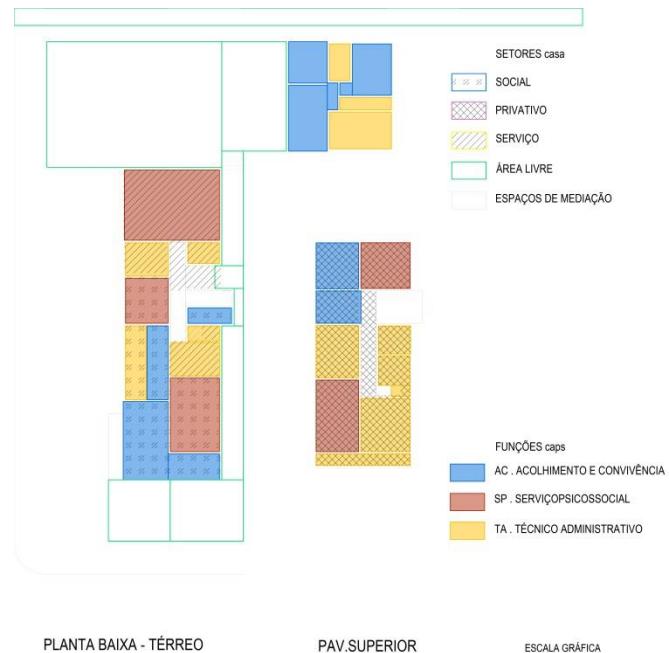
Fonte: a autora, 2019.

Figura 64 - Sobreposição dos mapas convexos da casa e do CAPS Esperança



Fonte: a autora, 2019.

Figura 65 - Sobreposição dos mapas convexos da casa e do CAPS Espaço Vida



Fonte: a autora, 2019.

Os espaços que interligam diferentes setores (ou conjunto de atividades similares) são considerados de espaços mediadores, conforme Amorim. Para ambos os sistemas (casa e CAPS) também são destacados os espaços de mediação e as áreas livres (pátios e jardins). O primeiro com um contorno vermelho e o segundo na cor verde.

4.4.2 Medidas sintáticas para uma análise convexa

Com os mapas e grafos concluídos (grafos justificados, mapas convexos de setores e de integração) do cenário 1 (casa) e 2 (CAPS), é realizada a análise da estrutura convexa e das relações de acessibilidade, de acordo com a dimensão topológica e do nível de acessibilidade de todos espaços convexos (HILLIER; HANSON, 1984).

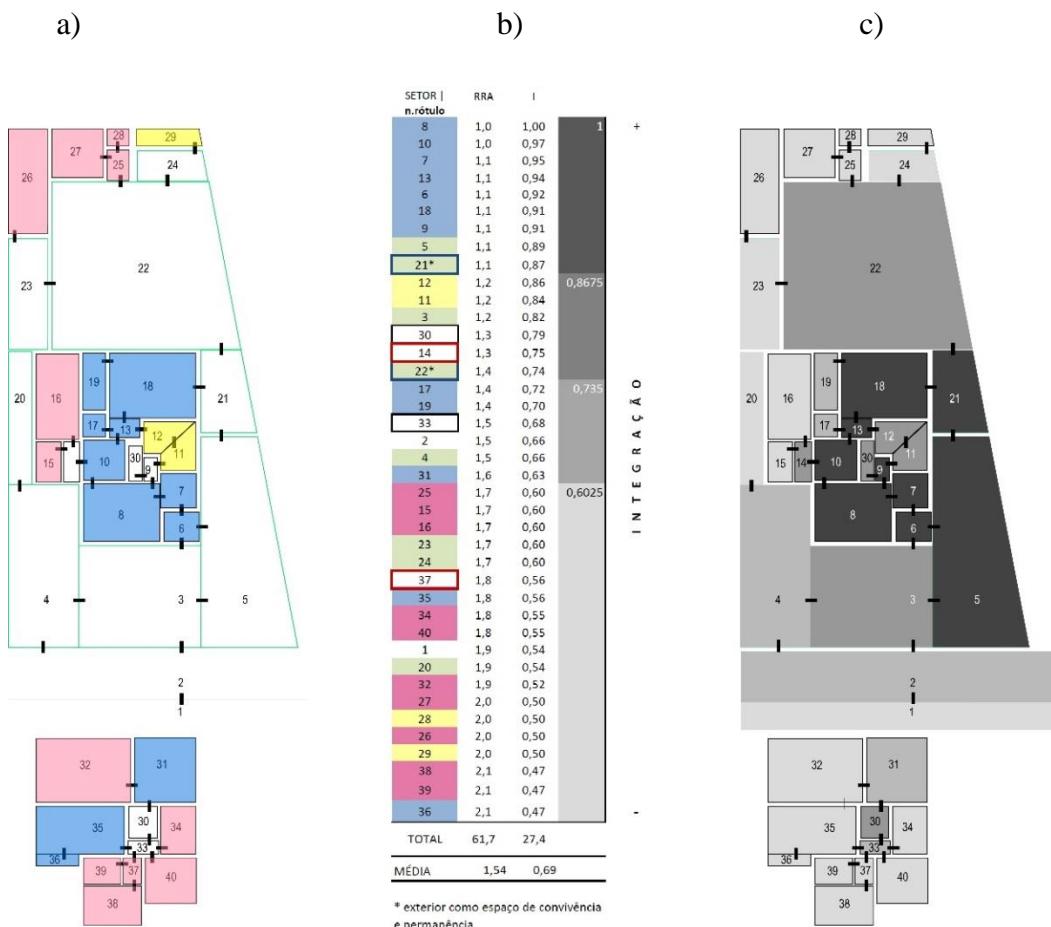
As medidas, extraídas a partir do *software JASS*, são: número de espaços convexos (E.C.), conectividade (C), RRA e profundidade (NP). Outras medidas são tabuladas e calculadas no programa *EXCEL*, tais como: integração - 1/RRA (I); fragmentação convexa (F.C.) e número de espaços fechados (E.F.).

Algumas propriedades são demonstradas diretamente dos grafos justificados da casa e do CAPS, tais como: **profundidade, distributividade, simetria e assimetria dos espaços**.

Segundo Holanda, há uma hipótese, do ponto de vista sociológico, de quanto maior a distributividade, maior a possibilidade de relação entre pessoas no edifício. A condição passa a ser inversa com relação à simetria, de quanto maior for “implica suporte espacial adequado a pequenas diferenciações de *status*” (HOLANDA, 2003, p.172).

Para a análise da acessibilidade, consideram-se, principalmente, as propriedades de integração (1/RRA).

Figura 66 - Representação da construção do mapa convexo de integração. a) mapa convexo; b) tabela com medidas de RRA e integração; c) mapa convexo de integração



Fonte: a autora, 2019.

Nesta pesquisa a medida de integração varia conforme a graduação numérica na escala de intensidade da cor cinza⁴⁰. O tom cinza varia de acordo com o grupo numérico definido de acordo os valores de integração obtidos. Considerando, hipoteticamente, uma escala de integração (1/RRA) entre 0.80 a 2.10, divide-se essa escala em quatro grupos: a diferença entre o índice de integração máximo e mínimo é dividida por quatro, resultando num fator de diferenciação. Nesse exemplo: $(2.10-0.80)/4 = 0.325$. Portanto a escala varia entre 0.80 e $(0.80+0.325)$; a segunda entre 1.125 e $(1.125+0.325)$; a terceira entre $1.45 + (1.45+0.325)$ e a quarta entre $1.775 + (1.775+0.325)$, chegando ao limite 2.10.

As medições sintáticas serão realizadas tanto para cada espaço convexo (medida local) como para todos os espaços (medida global), com os principais valores - mínimo, máximo e médio – tabulados e representados na tabela 2 – Síntese dos resultados (capítulo 5, subseção 5.2) As tabelas realizadas de cada cenário, com todos os espaços contam no Anexo 3.

O conjunto de propriedades apreendidas através da análise sintática orienta a interpretação espacial entre o espaço doméstico e o espaço CAPS, em especial deste último, corroborando para uma descrição comparativa entre os dois sistemas.

Com base na literatura com foco em edifícios domésticos (HANSON, 1998; AMORIM, 1999) e institucionais - complexos, reversos (HILLIER & PENN, 1991; MARKUS, 1993; NASCIMENTO, 2008) constrói-se uma reflexão sobre o ‘habitante’ e o ‘visitante’ no espaço de um CAPS, que é edifício resultante das prerrogativas sociais (MARKUS, 1993) da desinstitucionalização na política de saúde mental. Através dessa análise discursiva, vislumbra-se a compreensão da dualidade do espaço do CAPS e do espaço doméstico e se as adequações repercutem em variações espaciais que conotem, simbolicamente, a presença da instituição.

No capítulo a seguir será abordado, numa análise isolada, cada um dos imóveis, na sua configuração doméstica e na adequação para um CAPS. Após a apreensão sobre cada um dos imóveis, faz-se uma breve análise entre eles.

Tal análise não esgotará a investigação, mas aponta para generalizações da estrutura espacial do CAPS, na busca de invariantes que possam caracterizar um centro de atenção psicossocial. Com a devida interpretação de um espaço, pode-se discernir sobre as prerrogativas da reforma

⁴⁰ Este procedimento de graduação de cinza é similar ao aplicado pela pesquisadora Claudia Loureiro (2000) em suas investigações.

psiquiátrica e o espaço físico, para além do simbolismo concernente à casa. Ou melhor: se o *objeto social* de fato corresponde ao seu texto prescritivo, ou seja, ao da reforma psiquiátrica.

5 ESPAÇO DOMÉSTICO-INSTITUCIONAL (?): A ANÁLISE DA VIDA ESPACIAL E DOS PADRÕES ESPACIAIS DOS CAPS

A partir da aplicação da sintaxe espacial aos arranjos espaciais dos três CAPS selecionados conforme sugerido no capítulo anterior, este capítulo procura verificar se as características de um espaço doméstico são mantidas ou se há uma subversão para atender a um programa institucional em contraponto à desinstitucionalização.

Parte-se, a princípio, da prerrogativa de que o CAPS, como modelo antagônico ao modelo hospitalocêntrico, não deve apresentar na sua estrutura espacial propriedades topológicas de um espaço institucional. São esses elementos que podem favorecer ou desfavorecer os atributos do CAPS como correspondente ao seu texto prescritivo – diretrizes do Ministério da Saúde. Lembremos aqui das palavras destacadas, no capítulo 2, das diretrizes do MS: espaços e relações de “portas abertas”; aberto e comunitário; lugar social; hospitalidade; e permeabilidade.

Ora, se a adequação vir a subverter a lógica doméstica, apresentando assim uma tendência de institucionalidade na sua estrutura espacial, contrapõe-se, portanto à desinstitucionalização - texto que precede esse *objeto social* (MARKUS, 1993).

5.1 O primeiro nível de análise dos CAPS

A compreensão de como se procedem as interfaces sociais entre *habitantes* e *visitantes* nos CAPS, a vida espacial, é descrita nesta subseção a partir dos registros de observação realizados conforme anunciado no capítulo 4.

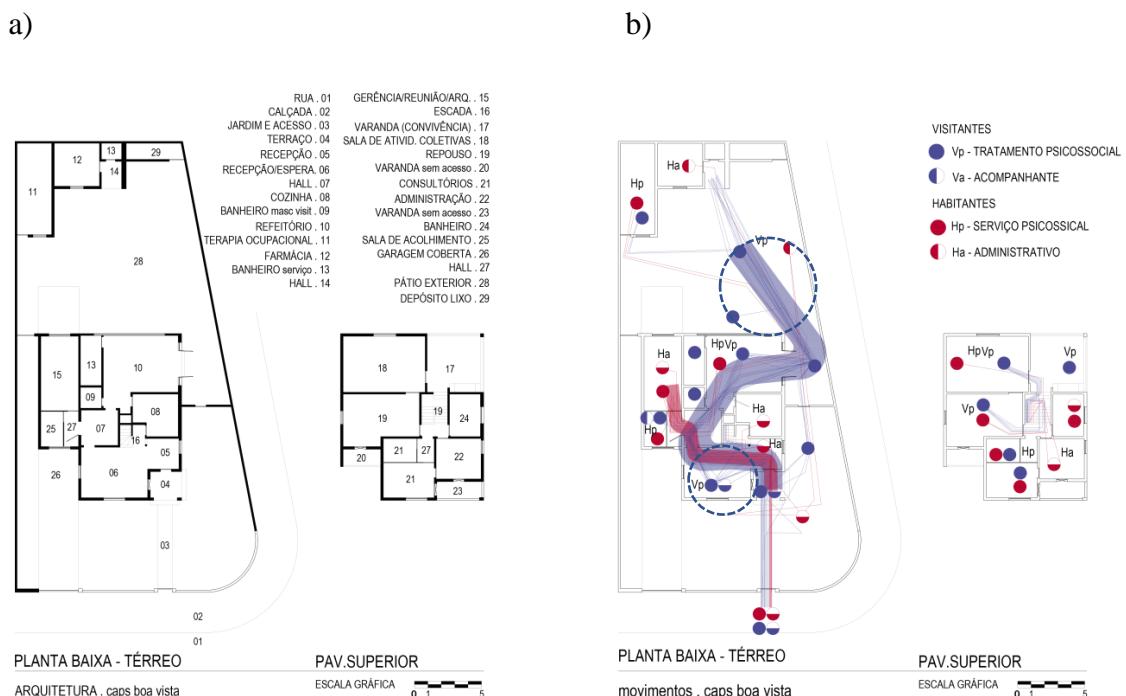
Conforme comentado, o descritivo do CAPS Esperança é orientado pela entrevista com a Gerência desse dispositivo, uma vez que aquela unidade se encontrava em reforma, em detrimento da observação do seu cotidiano.

Importante destacar que a rotina em um CAPS pode ser alterada de acordo com o nível de crise de determinada(s) pessoa(s) em tratamento, em especial, nas práticas terapêuticas coletivas.

Durante a observação essas possíveis intercorrências não foram verificadas, à exceção do CAPS Boa Vista.

5.1.1 A vida espacial no CAPS Boa Vista

Figura 67 - a) Planta arquitetônica do CAPS Boa Vista e b) Mapa de movimentos do CAPS Boa Vista, destacados em azul o movimento mais intenso dos visitantes e em vermelho, dos habitantes. As circunferências destacam as áreas de maior permanência do Vp



Fonte: a autora, 2019.

A experiência apreendida durante os dias de observação no CAPS Boa Vista acompanhou um mesmo grupo de pessoas em tratamento. Duas atitudes são vistas no instante de uma atenção específica sobre o comportamento de determinada pessoa em crise:

1. O fechamento do portão lateral que conecta o espaço exterior frontal (3) com o posterior (28); e
2. A condução da pessoa em tratamento para o quarto de repouso (19) por profissional (Hp) em casos de crises e necessidade de medicação.

Ao chegar no CAPS o que se observa, de forma geral, é uma relação entre profissionais e pessoas em tratamento sem rigor, num estado de relação contínua e 'livre'. No entanto, ao iniciar os registros esses movimentos conformam uma situação relacional organizada. Certos movimentos são repetidos (constantes) e transparecem sobre a relação dos usuários com o espaço CAPS.

Os espaços que têm maior dinâmica de movimento pelas pessoas em tratamento sem qualquer restrição de acesso e com convívio com os profissionais e técnicos são: o terraço de entrada (04), a recepção e espera (05 e 06), o hall (07), o refeitório (10) e o pátio exterior (28). Esses espaços correspondem aos seguintes ambientes da casa que antecede o CAPS: o terraço de entrada da casa, a sala de estar, o gabinete da casa, o terraço/copa e o quintal. Podem ser considerados espaços de **baixa restrição** sobre o visitante, assim como o repouso (19) – situado no antigo quarto principal da casa.

Nesses espaços mais 'livres' não é possível afirmar a existência de controle sobre o movimento dos visitantes em tratamento, apenas a presença corpórea com 'convites' para determinadas atividades (práticas terapêuticas) em determinados espaços.

A permanência das pessoas em tratamento se dá em maior parte no pátio de convivência e na área de espera da recepção. O quarto coletivo (repouso) é procurado de forma mais intensa pelas pessoas em tratamento, após a realização da medicação e no pós-almoço.

Em outros espaços, destinados para as atividades Técnico-Administrativas e de Serviço Psicossocial são percebidos dois níveis de restrição. Um mais mediado e outro com alta restrição.

Os ambientes controlados pela equipe profissional, com acesso de **restrição mediada** para os *visitantes*, são os do grupo de atividades de serviço psicossocial (SP): a sala de acolhimento (25) com função de atendimento individual por um psiquiatra ou psicólogo; a cozinha (08); a sala de terapia ocupacional (11); a sala de atividades coletivas (18) e os consultórios (21). Correspondem às atividades de serviço psicossocial adaptados nos espaços da casa, seguindo a ordem acima: parte do terraço social lateral, cozinha (se mantém como tal); garagem da edícula de serviço; quarto adjacente à varanda íntima e quarto com varanda comum a um segundo quarto.

Cabe registrar que nos consultórios (21), durante a observação, não foi registrada qualquer atividade. Os ambientes de restrição mediada são mantidos trancados até o exercício da atividade. Nesses espaços o *visitante* (Vp) é conduzido e tem sua permanência controlada pelo *habitante* (Hp).

Os espaços com **alta restrição** de acesso e uso dos visitantes são os destinados às atividades técnicas e administrativas.

O movimento é constante entre técnicos e profissionais (Hp e Ha) na sala de gerência/reunião/técnicos/arquivo (15), para troca de informações e organização do cotidiano do CAPS. Não se observa qualquer intenção de penetração, por parte do *visitante* (Vp), nas salas de administração (22), situadas no antigo setor privado da casa (pavimento superior).

A farmácia (12) – situada na edícula de serviço da casa - é refrigerada e permanentemente trancada. O técnico farmacêutico fornece a medicação através de uma abertura (*by-pass*) protegida por grade. A depender do grau de autonomia e da prescrição médica agendada, a pessoa em tratamento se dirige até a farmácia, independente de algum técnico. O acompanhamento é realizado com a checagem dos registros da farmácia e diretamente à pessoa medicada (Vp).

É importante um destaque para as salas de atendimento individual (com acompanhante ou não) por um profissional de saúde (psicólogo e/ou psiquiatra) (25 e 21). Esses espaços são acessados através de espaços de transição (27) entre grupos de atividades diferentes, principalmente entre o acolhimento e convivência (AC) e o serviço psicosocial (SP). Essas transições são destacadas no mapa e nos grafos como espaços de mediação e são caracterizados por maior controle (e restrição) de circulação dos visitantes (pessoas em tratamento ou acompanhantes).

A presença do visitante Va, usualmente, se restringe aos espaços de recepção (terraço de entrada, recepção/espera e a sala de acolhimento).

Segundo as gerências, na oportunidade de datas comemorativas com eventos coletivos, os familiares e amigos são convidados a adentrar nos espaços de convivência do CAPS: refeitório (10) e o pátio (28).

As pessoas em tratamento no CAPS penetram em todos os setores do espaço doméstico definidos por Amorim: o social, o de serviço e o privado (AMORIM, 1999), no entanto, é estabelecida uma organização espacial distinta do espaço doméstico.

Atividades com funções similares são adaptadas no espaço doméstico para atender o programa do CAPS, contudo, de forma descontinuada. O setor Técnico Administrativo (TA) requer mais privacidade e controle de acesso dos visitantes, no entanto esse setor se fragmenta em espaços distribuídos nos setores social, privado e serviço da casa.

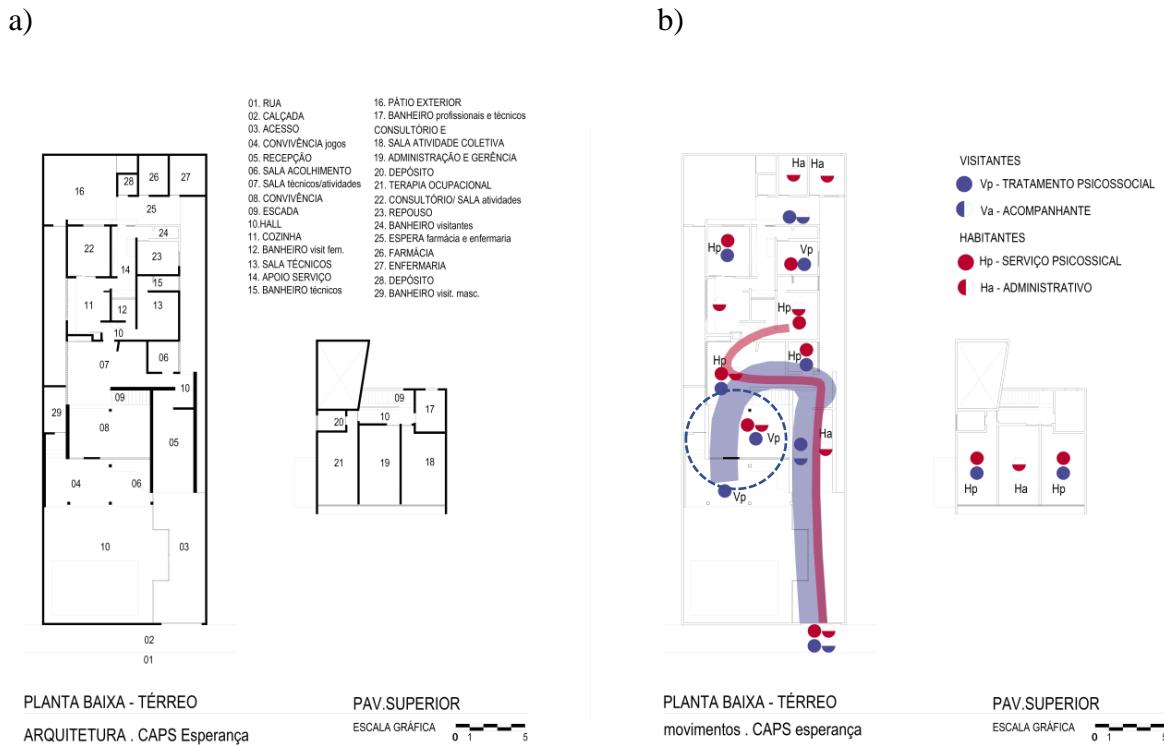
No CAPS Boa Vista a organização dos espaços sugere a presença dos profissionais e técnicos sempre próximos ou comungados aos espaços de acolhimento e convivência. Dessa forma, garante-se a possibilidade de co-presença e co-ciência, necessárias às intervenções e relações entre os diversos usuários.

Estabelece assim, uma lógica de relação entre *habitantes* e *visitantes* com maior possibilidade de “interfaces sociais”, desde a entrada até o pátio (exterior), ou seja em espaços rasos e profundos. Esses encontros sugerem, preliminarmente que: i) as atividades com funções similares se distribuem em conjuntos isolados em setores diversos da antiga casa; ii) na transposição de casa para CAPS, o Boa Vista tende para uma condição **reversa** diante do *visitante*, que tem presença evidente nos espaços mais profundos do espaço analisado. Isso é demonstrado na construção do grafo justificado do CAPS, apresentado adiante, no segundo nível de análise.

5.1.2 A vida espacial no CAPS Esperança

A descrição sobre as interfaces sociais no CAPS Esperança se baseia na entrevista com a Gerência deste dispositivo diante de intercorrência sobre o cotidiano das pessoas devido a uma reforma para sua manutenção. Nada obstante, os movimentos observados dos poucos que frequentaram o CAPS convergem com as descrições reveladas.

Figura 68 - a) Planta arquitetônica do CAPS Esperança e b) Mapa de movimentos do CAPS Esperança, destacando, em azul, o movimento mais intenso dos visitantes e, em vermelho, dos habitantes. A circunferência indica a área de maior permanência do Vp



Fonte: a autora, 2019.

É notadamente diverso do CAPS Boa Vista o momento de entrada no CAPS Esperança. O acesso é único e dado por um espaço contíguo, uma circulação no espaço exterior sem os jardins e possíveis áreas de permanência como sugere o CAPS do distrito I. É estabelecida uma formalidade maior na recepção e espera, que se conformam na antiga garagem da casa (setor de serviço).

O controle é de identidade e penetram no espaço aqueles que estão em tratamento. Os demais aguardam formalmente: na recepção para atendimento; na sala de acolhimento ou para serem direcionados à espera da medicação – que ocorre no setor de serviço da casa.

A relação entre profissionais e pessoas em tratamento se estabelece a partir da sala 07, onde ocorrem atividades coletivas entre técnicos, mas sempre com a presença e circulação das

pessoas que se encontram em tratamento (Vp) e das pessoas que são assistidas pela medicação (Va e Vp).

Nas antigas salas de jantar e de estar, do setor social da casa, a relação entre *habitantes* e *visitantes* (Vp) é contínua e 'livre'. O terraço da antiga casa é onde os *visitantes* (Vp) permanecem maior tempo. Esse é o espaço de convivência (04) do CAPS Esperança.

Diferente do CAPS Boa Vista e do que também ocorre no Espaço Vida, as pessoas em tratamento se concentram de forma evidente no antigo setor social da casa, enquanto nos outros dois as pessoas adentram para espaço mais profundos.

Os movimentos mais dinâmicos e com **baixa restrição** diante do visitante são: a sala de reunião e atividades coletivas (07), a sala de convivência (08) e o terraço de convivência (04). Esses são os espaços mais 'livres' onde ocorrem de forma mais evidente as trocas sociais.

O quarto coletivo (subdimensionado) para repouso se situa no setor de serviço da casa. Faz-se necessário percorrer a cozinha para chegar até o quarto que possui apenas duas camas. A depender do grupo que está em atenção, ou seja, da solicitação para descanso após uma refeição ou medicação, a sala de atividades coletivas (18) é utilizada, com a devida condução por um técnico ou profissional psicossocial. Conclui-se que o repouso, diferente do Boa Vista e do Espaço Vida tem uma **restrição mediada**, assim como as salas de atendimento individual e coletivo (06, 22, 21 e 18).

Em outros espaços, destinados às atividades Técnico-Administrativas (TA) e de Serviço Psicossocial (SP) são percebidos dois níveis de restrição. Um mais **mediado** e outro com **alta restrição**. Os ambientes de restrição mediada são mantidos trancados até o exercício da atividade. O antigo setor íntimo da casa é destinado para o TA e para o SP, o que sugere 'obediência' à lógica de privacidade.

O espaço da cozinha é prejudicado por dividir sua área para a circulação até os espaços do TA de farmácia, enfermagem e repouso, sugerindo uma mediação entre o grupo de atividades de baixa restrição e com alta restrição.

As pessoas em tratamento no CAPS penetram em todos os setores do espaço doméstico. No entanto, é estabelecida uma organização espacial distinta dos CAPS Boa Vista e Espaço Vida, se aproximando da lógica de privacidade de um espaço doméstico.

No CAPS Esperança a organização dos espaços sugere a presença dos profissionais e técnicos sempre próximos ou comungados aos espaços de convivência. Dessa forma, a co-presença se concentra no antigo setor social da casa.

O grafo justificado do CAPS, apresentado adiante, no segundo nível de análise demonstra de forma mais clara que: *i*) as atividades com funções similares são adaptadas ao espaço doméstico para atender o programa do CAPS, de forma mais continuada do que é observado nos dois outros dispositivos; *ii*) na transposição de casa para CAPS, o Esperança, mantém a condição da relação entre *habitantes* e *visitantes* de um edifício **elementar**, ou seja, onde os visitantes estão presentes nos espaços mais rasos.

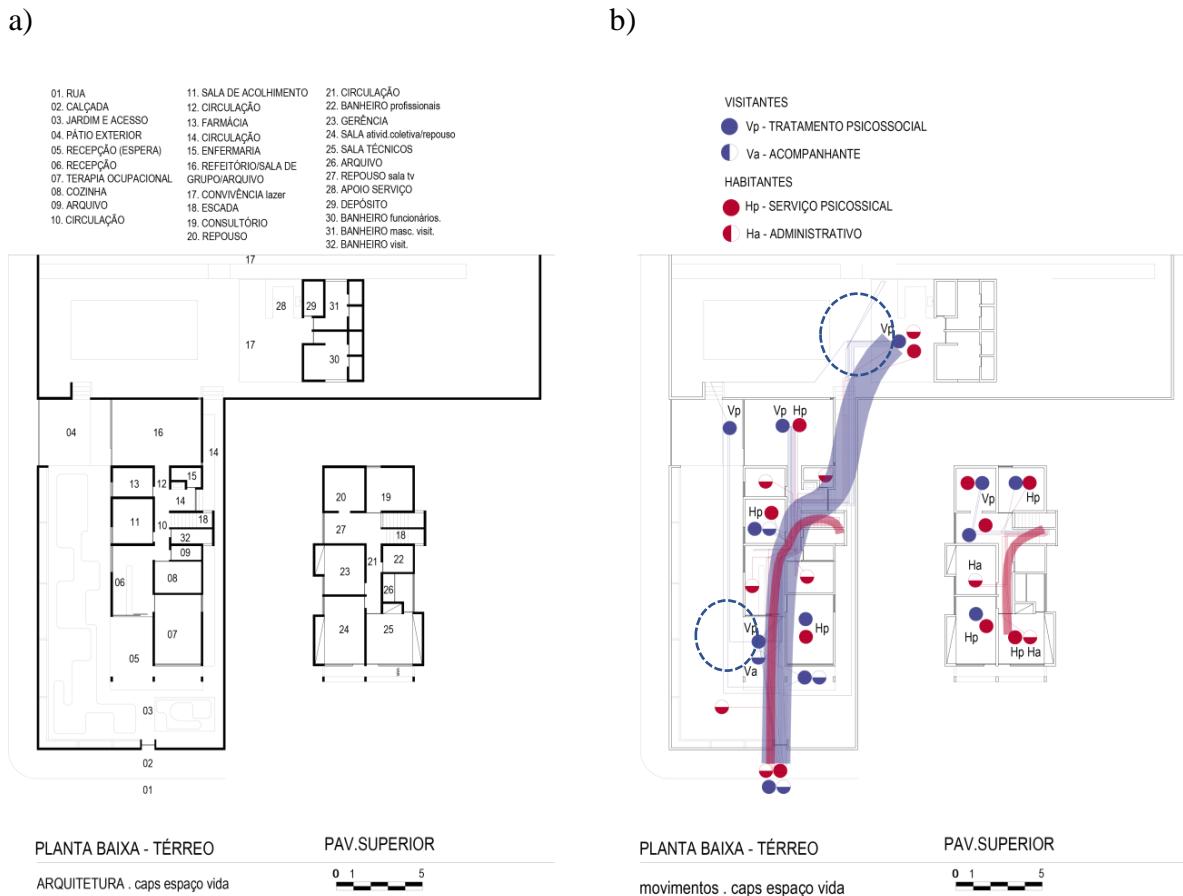
5.1.3 A vida espacial no CAPS Espaço Vida

Este último CAPS a ser analisado também fora o último a ser observado nos procedimentos de coleta de dados. Algumas similaridades são identificadas, no que tange à sua organização espacial (e social), tanto com o CAPS Boa Vista quanto com o Esperança. Do primeiro, a possibilidade de movimentos com baixa restrição dos visitantes (Vp) em espaços mais profundos, situados no antigo setor de serviço da casa assim como no setor privado. Do segundo, a similaridade está na formalidade do acolhimento na área de espera e recepção para aqueles que estão na busca por tratamento.

Nos quatro dias de observação a espera (05), que ocupa o antigo terraço social da casa, tem seus assentos praticamente ocupados pelos que aguardam acolhimento em busca de uma avaliação e tratamento e pelos que, no exercício de seu projeto terapêutico singular (PTS), se encontram em pleno tratamento psicossocial.

Apesar de um acesso alternativo pela antiga área de serviço da casa, os usuários (Hp e Ha), em sua maioria, percorrem a recepção e aproveitam para realizar o primeiro contato do dia com os ‘clientes’ (Vp e Va), cumprimentando nominalmente aqueles que estão em pleno tratamento.

Figura 69 - a) Planta arquitetônica do CAPS Espaço Vida; b) Mapa de movimentos do CAPS Espaço Vida, destacando, em azul, o movimento mais intenso dos visitantes (Vp) e, em vermelho, dos habitantes (Hp). As circunferências indicam as áreas de maior permanência do Vp



Fonte: a autora, 2019.

A recepção (06) assume a função de transição da espera para o interior do CAPS. A antiga sala de jantar é a porta de entrada para o dispositivo que tem seus demais espaços distribuídos ao longo do corredor (10). Neste corredor se dão os diversos encontros entre *habitantes* e *visitantes*. Para lá confluem todos os usuários em atividade, e de lá segue o caminho para o espaço de convivência, situado na área de lazer da casa.

O tempo de permanência na espera (05), com demais ‘clientes’ e agentes de saúde, é maior que no espaço de convivência (17), verifica-se, portanto, que o espaço de maior troca social se dá no antigo terraço da casa (05).

É entre este espaço e o de convivência que se dá a maior dinâmica de movimento das pessoas em tratamento (Vp), sem qualquer restrição de acesso com convívio com profissionais e técnicos. Além dos espaços que conectam a espera ao espaço convivência, o acesso para o repouso localizado no primeiro andar da casa é de **baixa restrição**.

Da mesma forma que os dois CAPS anteriores, nesses espaços mais ‘livres’ não é possível afirmar a existência de controle sobre o movimento dos *visitantes* (Vp), apenas uma presença corpórea com ‘convites’ para outras atividades (práticas terapêuticas) em determinados espaços. O corredor térreo é responsável por distribuir todas atividades do CAPS. É neste espaço de circulação que convergem profissionais, técnicos e pessoas em tratamento. Sua dimensão, programada para um grupo familiar, é insuficiente para favorecer à dinâmica que se prestou.

Os ambientes controlados pela equipe profissional, com acesso de **restrição mediada** para os visitantes, são do grupo de atividades de serviço psicossocial: a sala de acolhimento (11) com função de atendimento individual por um psiquiatra ou psicólogo; a sala de terapia ocupacional (07); o refeitório (18), também utilizado para atividades coletivas diversas; o consultório (19) e a sala de atividades coletivas (24). Correspondem às atividades de serviço psicossocial adaptados nos espaços da casa, seguindo a ordem acima: quarto de hóspede/escritório, a sala de estar, a garagem; e os dois últimos em dois quartos do primeiro andar.

Tais ambientes de restrição mediada são mantidos trancados até o exercício da atividade. Nesses espaços o *visitante* (Vp) é conduzido e tem sua permanência controlada pelo *habitante* (Hp).

Os espaços de **alta restrição** de acesso e uso dos *visitantes* são os destinados para atividades técnicas e administrativas. Compartilham os espaços de circulação com outros grupos de atividades. Eventualmente, um ‘cliente’ ou outro busca estabelecer espontaneamente algum tipo de relação com os profissionais e técnicos, mas no espaço do corredor do primeiro andar, sem penetrar nas salas de atividades do grupo TA.

A presença do *visitante* (Va), usualmente, se restringe aos espaços de recepção (terraço de entrada, recepção/espera e a sala de acolhimento). Na oportunidade de eventos coletivos, os familiares e amigos são convidados a adentrar para o espaço de convivência do CAPS, utilizando o percurso pelos espaços exteriores.

Assim como no CAPS Boa Vista, as pessoas em tratamento no Espaço Vida penetram em todos os setores do espaço doméstico: o social, o de serviço e o privado. Estabelece-se uma lógica social distinta do espaço doméstico, sob o ponto de vista de relação entre os diversos usuários.

Atividades com funções similares se dão de forma descontinuada. As atividades Técnico-Administrativo (TA) requerem mais privacidade e controle de acesso dos visitantes. Parte se acomoda no setor privado da casa, parte no setor de serviço.

O grafo justificado do CAPS, apresentado adiante, no segundo nível de análise demonstra de forma mais clara que: *i*) as atividades com funções similares são adaptadas no espaço doméstico para atender o programa do CAPS, de forma descontinuada de forma a garantir a possibilidade de encontros entre os usuários; *ii*) na transposição de casa para CAPS, o dispositivo mantém uma condição da relação entre *habitantes* e *visitantes* de um edifício **reverso**, ou seja, aquele em que *visitantes* estão presentes em seus espaços mais profundos.

5.2 O segundo nível de análise dos CAPS

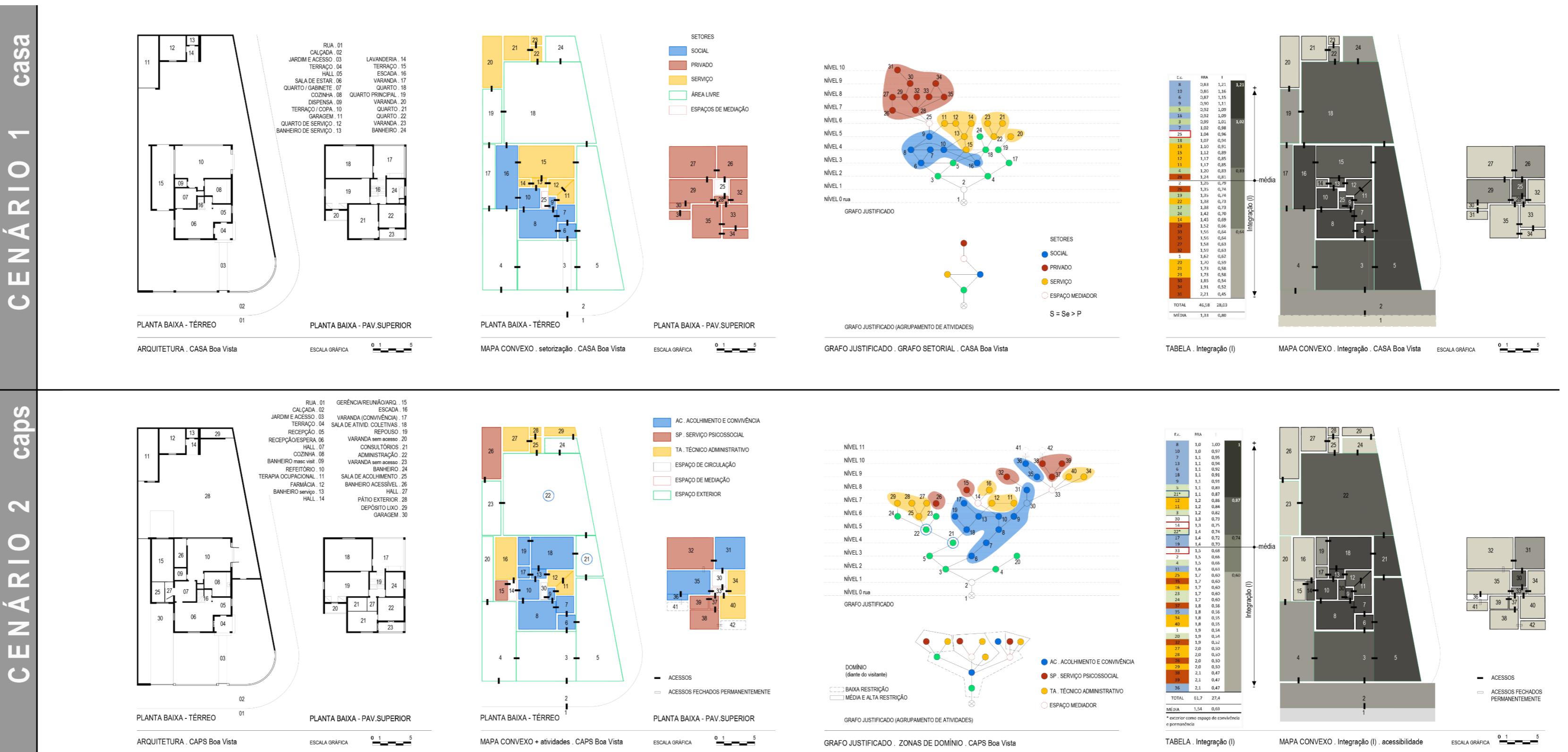
É constituído pela análise da configuração espacial da casa (cenário 1), na sua configuração que antecede a adaptação do imóvel para o programa do CAPS; e o próprio CAPS (cenário 2), contrapondo as transformações realizadas para atendimento do programa do MS e suas diretrizes.

Com os polígonos do mapa convexo dos cenários 1 e 2 definidos, tarjam-se as conexões entre eles, conforme a permissividade de movimento. Uma camada de informação é adicionada ao mapa, que identifica os setores funcionais do espaço doméstico: o social, o privado e o de serviço (AMORIM,1999); e os grupos de atividades do CAPS: acolhimento e convivência (AC); serviço psicossocial (SP) e técnico administrativo (TA).

Com o mapa convexo e os setores (cenário 1) e grupos de atividades determinados (cenário 2), se dá início à compreensão topológica do sistema de relações e conexões entre as unidades. Gera-se uma imagem para orientar a construção de um grafo com nós inseridos em cada um dos espaços convexos, que são organizados em níveis de profundidade a partir do exterior do edifício (sendo assim chamado justificado), permitindo assim, a medição do padrão de acessibilidade da casa e do CAPS.

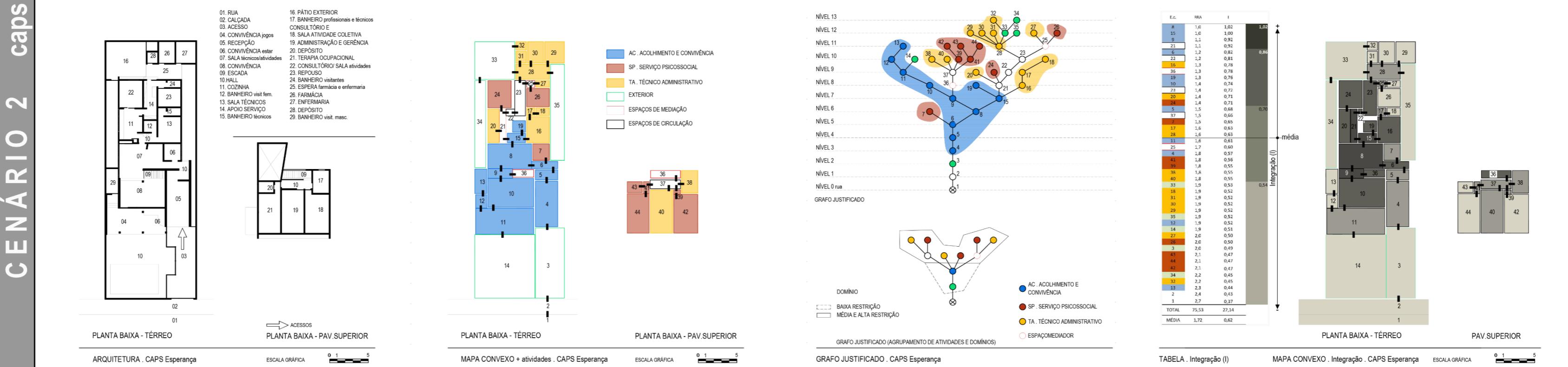
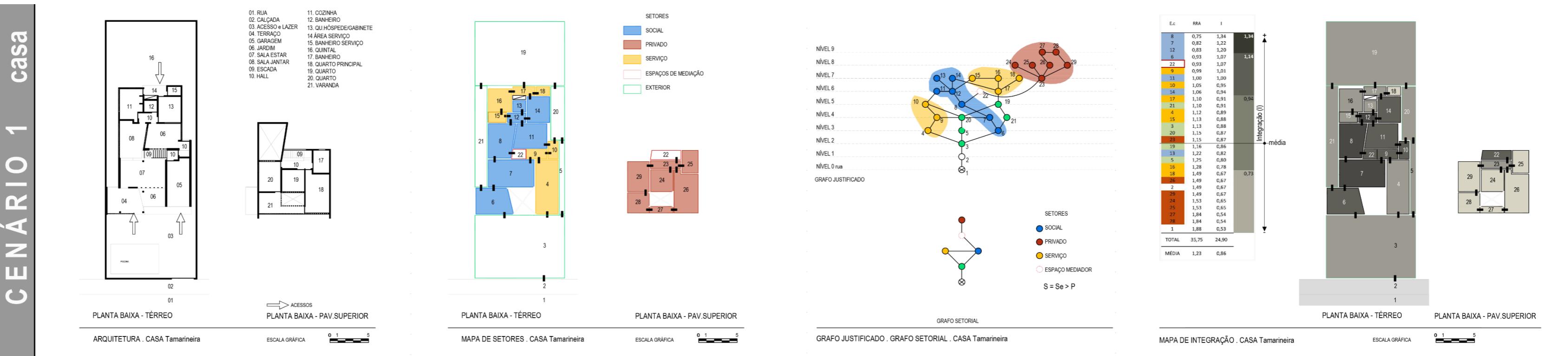
Realizados os procedimentos definidos como essenciais para o objetivo desta pesquisa, no capítulo 4, sintetizam-se os dados analíticos do CAPS Boa Vista, Esperança e Espaço Vida, respectivamente representados nas figuras 64, 65 e 66 e na Tabela 2, a seguir.

CAPS BOS VISTA



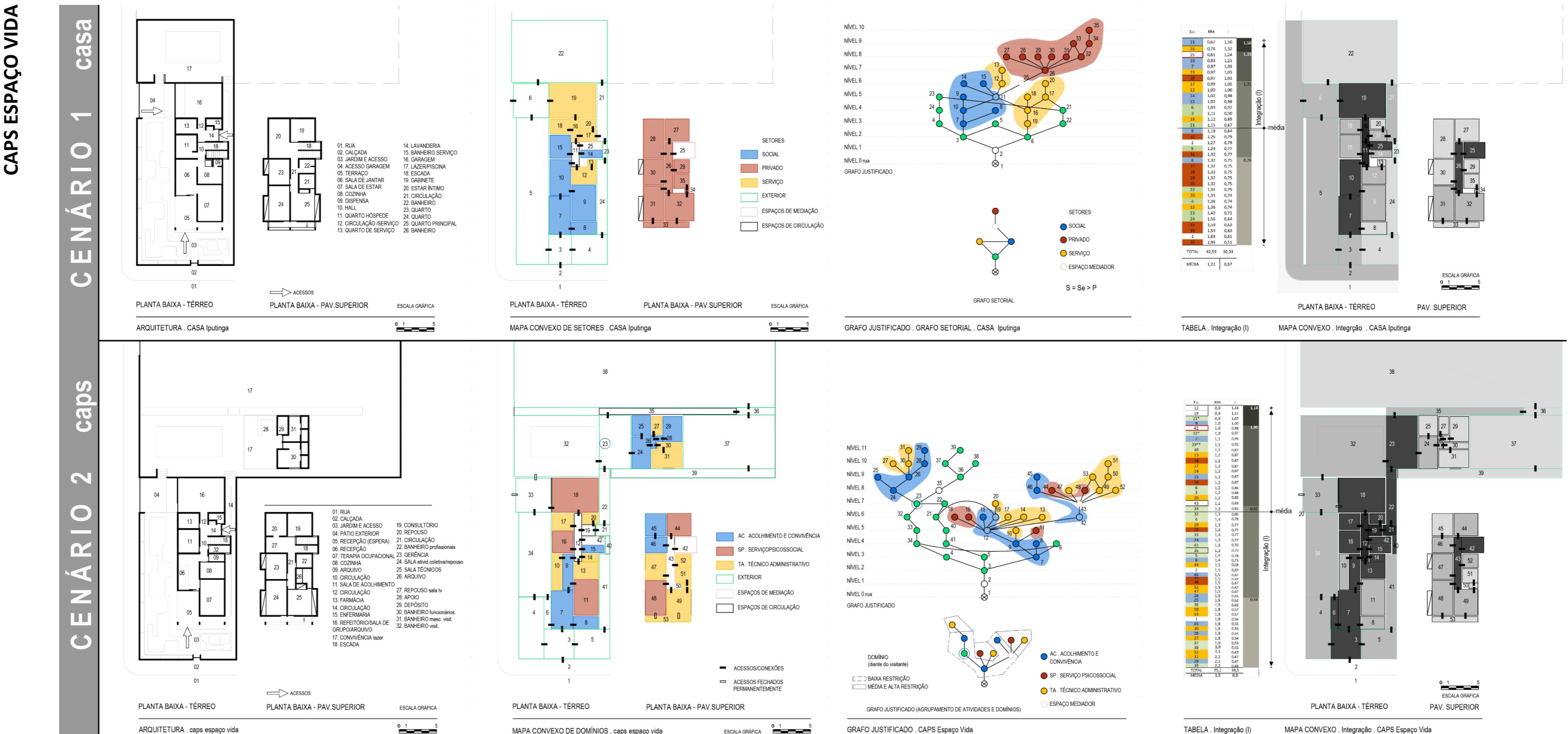
Fonte: a autora, junho, 2019.

CAPS ESPERANÇA



Fonte: a autora, junho, 2019.

Figura 72- Planta original da casa da Iputinga, o mapa convexo com setores, o grafo justificado e o grafo setorial. Abaixo, a planta do CAPS Espaço Vida, o mapa convexo com setores, o grafo justificado e o grafo setorial



Fonte: a autora, junho, 2019

Tabela 2. Síntese de resultados.

E.F (espaço funcional); E.C.i (espaço convexo interior); E.C.e (espaço convexo exterior); E.C. t (Espaço convexo total); FC.i (fragmentação convexa interior); N.P. (Nível de profundidade); I.M (integração média); I.mín. (Integração mínima); I.máx. (Integração máxima). Fonte: autora, 2019.

Medidas	Boa Vista		Tamarineira		Iputinga	
	CASA	CAPS	CASA	CAPS	CASA	CAPS
CONFIGURAÇÕES GERAIS	E.F.	21	24	20	26	20
	E.C.i	26	30	22	34	25
	E.C.e	7	8	6	5	8
	E.C.t	34	40	28	39	33
	F.C.i.	0,81	0,80	0,91	0,76	0,80
ACESSIBILIDADE	N.P.	10	10*	10	13	10
	RRA mín	0,83	1	0,75	1	0,67
	RRA máx	2,21	2,1	1,88	2,7	1,95
	RRA m	1,33	1,54	1,23	1,72	1,22
	I mín	0,45	0,47	0,53	0,37	0,51
	I máx	1,21	1	1,34	1,02	1,5
	I m	0,8	0,69	0,86	0,62	0,87
	Cm	2,5	2,13	2,41	2,05	2,17
VISIBILIDADE	N.P.	6	8	6	8	7
	RRA mín	0,51	0,6	0,33	0,2	0,36
	RRA máx	1,07	1,4	1,17	1,1	1,2
	RRA m	0,83	0,96	0,74	0,54	0,7
	I mín	0,94	0,74	0,85	0,91	0,83
	I máx	1,96	1,64	3,03	5,67	2,78
	I m	1,26	1,09	1,45	2,05	1,5
	Cm	3,74	3,88	3,79	4,95	3,69

5.2.1 Uma reflexão preliminar sobre a análise setorial

Esta subseção dedica-se à afirmação da disposição dos setores do espaço doméstico da amostra (cenário 1), segundo Amorim (1999): casa da Boa Vista (1940 reformada), Casa da Tamarineira (1955) e casa da Iputinga (1975). Oferece também um entendimento prévio da disposição dos grupos de atividades afins dos CAPS (cenário 2), respectivamente: CAPS Boa Vista, CAPS Esperança e CAPS Espaço Vida.

Inicia-se pela análise de como se dão as relações de movimento e acessibilidade dos usuários nos conjuntos de espaços adjacentes com atividades afins. Sobre os CAPS, essas relações ficaram demonstradas na subseção 5.1 deste capítulo, que trata da vida espacial nos dispositivos.

O acesso aos dispositivos, a partir do exterior, é único para habitantes e visitantes, sem rigor ou criterização que sugira separar o habitante do visitante e/ou classificação desses visitantes. Característica, aliás, identificada em edifícios institucionais de re-formação (MARKUS, 1993; NASCIMENTO, 2008; BRASILEIRO, 2012).

Os CAPS (Boa Vista e Espaço Vida) utilizam o setor social para estabelecer o espaço de recepção e acolhida do visitante (Va e Vp), que se dá no segundo nível de profundidade a partir do exterior. O rito de passagem para o interior da casa, percorrendo um terraço social é mantido na adaptação para CAPS. É mantida a lógica de receptividade do visitante em espaços mais integrados do setor social da casa.

O CAPS Esperança contraria essa lógica espacial da casa. A recepção situa-se no primeiro nível de profundidade do interior do CAPS, ocupando um espaço que compunha o setor de serviço da casa, a garagem –, com valor de integração abaixo da média.

No interior do CAPS os movimentos se dão de formas diversas entre as amostras. Nos CAPS Boa Vista e Espaço Vida o fluxo de visitantes (Vp) permeia espaços funcionais ultrapassando os 'limites' do setor social da casa, com convivência em espaços situados no setor de serviço. No CAPS Esperança, a concentração dos percursos e movimentos dos visitantes (Vp), após passar pelo controle (de identidade) da recepção se conforma nos espaços do setor social da casa.

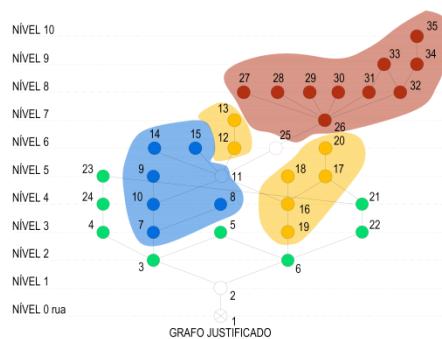
Acessos alternativos pelo setor de serviço da casa adaptada permanecem como opção de circulação pelos habitantes (profissionais e técnicos), embora não utilizados com evidência.

A disposição dos setores da casa é bem definida enquanto o agrupamento de atividades similares de um CAPS não se dá de forma bem clara no espaço, conforme se observa pelas manchas distribuídas no grafo justificado e que podem ser melhor detalhadas com a mensuração de propriedades medidas sintáticas.

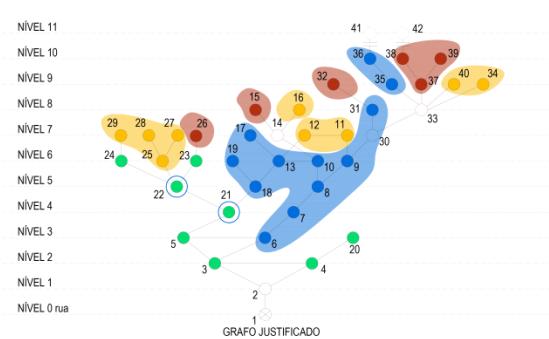
Diante do cenário 1 dos três imóveis residenciais que antecedem as adaptações para CAPS, ratifica-se a afirmação de Amorim (1999) sobre a organização espacial do espaço doméstico do Recife nos setores: Social (S); Serviço (SE); e Privado (P) e suas relações espaciais e topológicas.

Figura 73 - a) Cenário 1: grafo justificado do espaço doméstico (casa Iputinga). b) Cenário 2: grafo justificado do espaço doméstico reformado para atender o programa CAPS (Espaço Vida)

a) Cenário 1



b) Cenário 2



Fonte: a autora, 2019.

Seguindo o procedimento de Amorim (1999), realiza-se a simplificação da representação dos espaços convexos através de um número mínimo possível de nós, indicadores de cada setor. Os grafos setoriais das casas são bem definidos e o agrupamento das atividades similares, de forma continuada, facilita essa simplificação.

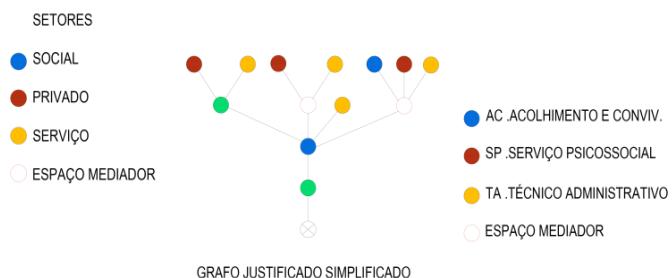
No entanto, nos CAPS em geral, os grafos justificados simplificados ainda mantêm uma dispersão dos conjuntos de atividades em espaços de características diversas, situados, por exemplo, nos setores privado e de serviço da casa.

Figura 74 - Simplificação dos grafos justificados dos cenários 1 e 2 apresentados na Figura 73

a) Cenário 1



b) Cenário 2

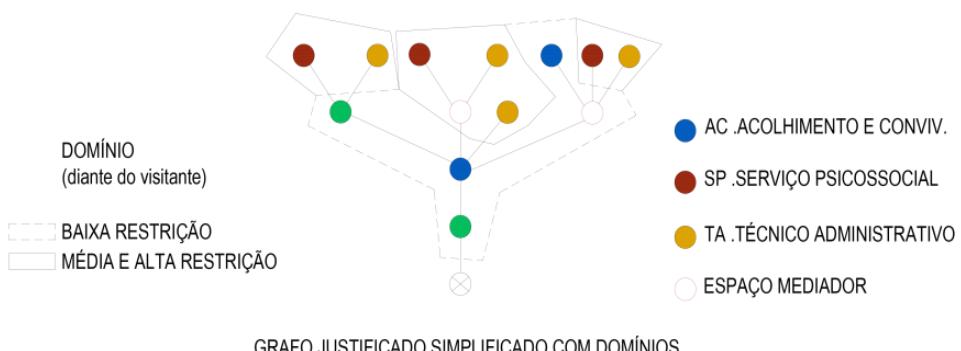


Fonte: a autora, 2019.

Existe, contudo, uma lógica presente na adaptação de determinadas atividades que requerem certo nível de restrição diante do *visitante*. Situam-se, na maioria, nos setores privado e de serviço. Quando alocadas no setor social da casa são adjacentes aos espaços de transição (ou de circulação). No CAPS Boa Vista, por exemplo, requereu-se a inclusão de espaços de transição, provocando um distanciamento do grupo de Acolhimento e Convivência (AC), ampliando assim a assimetria da estrutura espacial.

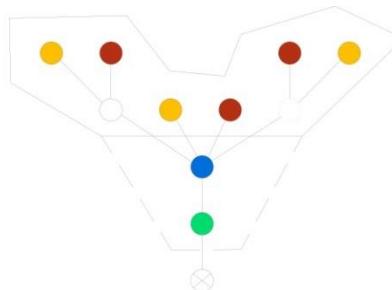
Observando o grafo justificado do CAPS e a condição de restrição, a qual é comentada na vida espacial (subseção 5.1 deste capítulo) de cada um dos CAPS, demarcam-se as zonas de domínio (HOLANDA, 2003) em duas escalas de restrição a partir dos resultados da inter-relação entre usuários: baixa restrição e média/alta restrição.

Figura 75 - Simplificação do grafo justificado do CAPS Boa Vista e demarcação dos domínios



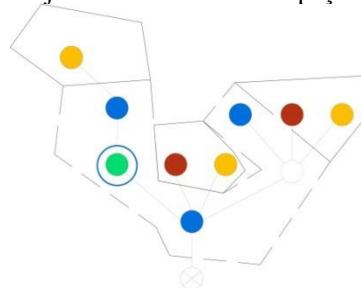
Fonte: a autora, 2019.

Figura 76 - Simplificação do grafo justificado do CAPS Esperança e demarcação dos domínios



Fonte: A autora, 2019.

Figura 77 - Simplificação do grafo justificado do CAPS Espaço Vida e demarcação dos domínios



Fonte: A autora, 2019.

Percebe-se de forma mais clara que a aglutinação e simplificação dos espaços convexos representados pelos nós do grafo justificado, considerando o nível de restrição, facilita a As conexões entre os grupos se dá de forma mais difusa (*fuzzy boundary*) nos CAPS Boa Vista e Espaço Vida, enquanto o CAPS Esperança se dá de forma mais clara entre dois grupos.

5.2.2 A análise diante das medidas sintáticas

Nesta investigação a reflexão sobre a análise dos grafos justificados e das propriedades sintáticas básicas considera todos os espaços convexos (do interior e exterior) a partir das propriedades: profundidade, distributividade, assimetria (RRA), fragmentação convexa e integração; e versa sobre a relação de acessibilidade entre as casas da Boa Vista, Tamarineira e Iputinga.

No cenário 1, as casas têm o mesmo nível de **profundidade** (N.P.), e se caracterizam por estruturas profundas com distância, a partir do espaço público, de 10 passos topológicos. Os espaços sociais da casa da Boa Vista apresentam uma proximidade maior da rua, agrupados a partir do N.P.3 até o N.P.5, enquanto as demais casas, que também iniciam no N.P.3, se distribuem até o N.P.6. Importa destacar que nas da Tamarineira e Iputinga, o primeiro espaço convexo do setor de serviço também se inicia no N.P. 3 e se estendem até o N.P.7.

Nos três CAPS, o número de espaços fechados funcionais (E. F.) também são similares, em torno de 20 E.F. Revela-se dessa forma, até aqui, a homogeneidade da amostra.

É identificada no cenário 2, na configuração de CAPS, que essas residências aumentaram sutilmente o nível de profundidade. Observa-se que o CAPS Boa Vista e Espaço Vida mantêm a distribuição dos espaços praticamente com o mesmo número de níveis de profundidade. Destaca-se o Espaço Vida que, mesmo com o incremento de espaços funcionais fechados (de 20 para 27), distancia-se do espaço exterior em um passo topológico. De forma diferente, o CAPS Esperança, por conta do acréscimo de seis espaços funcionais (de 20 para 26), distancia-se do exterior em três passos topológicos.

Comparando a quantidade de espaços funcionais (E.F.) (rótulos) e de espaços convexos do interior (E.C.i) da casa e do CAPS com os respectivos níveis de profundidade (N.P.), observa-se que entre o **cenário 1** e o **cenário 2** não há uma relação direta entre a profundidade e o aumento do número desses espaços.

A análise convexa dos espaços apresenta algumas variações entre as amostras. Ao decompor cada espaço funcional de seus interiores em espaços convexos (E.C.i), a casa da Tamarineira (1955) revela o mais baixo grau de **fragmentação** convexa, enquanto a casa da Boa Vista (1940, reformada) e da Iputinga (1975) essa fragmentação é de 0,81. O grau de fragmentação indica a regularidade dos polígonos (de seus planos), ou seja, apresenta uma forma geométrica menos complexa. A casa da Tamarineira apresenta um fator maior de 0,91 (mais próximo de 1). Dentre as amostras é a que possui os planos mais regulares.

A reforma para CAPS aumenta o grau de fragmentação e consequentemente intervém no espaço doméstico com incremento de planos menos regulares. Surgem espaços de transição e fragmentam-se espaços funcionais para atender uma ou mais atividades. No entanto, entre as amostras, os fatores de fragmentação não apresentam valores discrepantes entre si (0.80, 0.76,

0.79), mas revelam que o CAPS Esperança, instalado na casa com a geometria menos complexa, torna-se agora o objeto com a maior geração de planos irregulares.

A **distributividade** dos grafos justificados do **cenário 1** e do **cenário 2** se difere pela ocorrência de barreiras que interferem na possibilidade de movimentos mais ‘anelares’ dentro do sistema, aproximando os grafos justificados do cenário 2 a um sistema organizado em forma de árvore. Em consequência, há um aumento da ramificação e profusão de espaços de terminação gerados na adequação de um CAPS num espaço doméstico. Com isso, surgem espaços mais segregados e menos integrados do que os do cenário 1, a casa.

Comparando os grafos justificados, observa-se que as ramificações do **cenário 2** tornam-se mais densas (principalmente no CAPS Espaço Vida), devido ao aumento do número de espaços funcionais (E.F.) (rótulos) e de espaços convexos assimétricos, em contraponto com o número de conexões anelares e de espaços simétricos do **cenário 1**, o que possibilita mais encontros e interações no interior da casa. Essas ramificações do cenário 2, quando convergem para um espaço de circulação (o corredor), intensificam o grau de integração desse elemento, influindo no índice de integração médio do CAPS.

O RRA (*Real Relative Assymetry*) do cenário 1 para o cenário 2 aumenta com maior evidência no CAPS Esperança (de 1.23 para 1.72), portanto passará de uma das casas mais integradas (0.86) para assumir a configuração do CAPS menos integrado (0.62).

Como sendo uma das propriedades mais relevantes para a análise sintática, a **integração** entre casas faz revelar as nuances sobre sua estrutura convexa. O valor médio de integração está entre 0.80 e 0.87. As casas com corredores apresentam os maiores valores de integração máxima (entre 1.34 e 1.50).

Ao observar os mapas de movimento dos *visitantes* (Vp) e os mapas convexos de integração, identifica-se que a permanência e o percurso nos espaços de baixa restrição, que compõem o grupo de Acolhimento e Convivência (AC), são os mais integrados no sistema do CAPS.

As áreas de convivência são relevantes para as práticas terapêuticas. A segregação dessas diante do sistema denota um contrassenso relativamente às prescrições da reforma psiquiátrica brasileira, em específico às recomendações para a estrutura física de um CAPS (de permeabilidade, hospitalidade e comunidade). Em geral, ocorrem em espaços abertos para áreas descobertas (pátios, jardins). A decomposição dos espaços exteriores à área construída em

polígonos convexos foi essencial para identificar a relevância de dois espaços do **cenário 2** da **Boa Vista**, com relação ao movimento e permanência de *habitantes* e principalmente de *visitantes* do centro. São os E.C.21 e E.C.22, que configuram parte do pátio interno do imóvel. Esse pátio é usado para atividades de grupo, jogos, para o aguardo da medicação, conversas, eventos ou simplesmente para o aguardo do almoço ou da hora da saída. Essa intensidade de uso e convivência confirma sua relevância no serviço psicossocial e se incorpora como integrante do AC (domínio de acolhimento e convivência). Esses espaços têm integração acima da média global seja qual for o cenário, 1 ou 2.

O pátio utilizado como convivência do Espaço Vida (23 e 32), apesar de aumentar seu grau de integração (devido ao acréscimo de espaços funcionais que confluem para este) sugerindo maior permeabilidade dentro do sistema, é conectado fortemente através dos espaços de circulação do interior do CAPS. Os demais espaços exteriores do Espaço Vida, adjacentes ao espaço público, são menos integrados ao sistema, comparando-os com os espaços exteriores do Boa Vista. O CAPS Esperança divide esse espaço exterior (localizado entre o espaço público e o acesso do setor social da casa) entre aquilo que se permite (ou quer) ver e o que não se permite. O antigo terraço da casa e o pátio exterior frontal perdem o *status* de espaços acima da média de integração para comporem o conjunto de espaços de baixa integração.

Diante da mensuração sintática do CAPS Esperança, observa-se que os espaços situados no pavimento térreo diminuem a integração com os espaços exteriores. Em consequência, os espaços interiores intensificam a relação entre si, com aumento do grau de integração, principalmente de seus espaços de circulação.

Os espaços de AC no primeiro andar abrangem o repouso e outro espaço destinado para o estar e lazer das pessoas em tratamento. No CAPS Boa Vista, a antiga varanda íntima exerce essa função. No CAPS Espaço Vida a sala íntima da casa (mesmo que segmentada) localiza-se defronte ao repouso para essa função de estar e lazer.

No CAPS Esperança, o repouso é localizado no setor de serviço da casa e está entre os seis espaços convexos interiores de menor integração. A ausência de uma área “social” adjacente ao repouso para as pessoas em tratamento acentua a segregação desse espaço diante do sistema.

Cabe ressaltar que os espaços de convivência e de repouso dos outros dois CAPS são identificados como os de maior procura pelo *visitante* (VP). Quanto mais o espaço caracterizar isolamento e segregação, tanto o fará se aproximar de características institucionalizantes.

A escada é considerada como espaço mediador estrutural na organização espacial da casa, sobretudo por isolar o Setor Privado (P) do Social (S); enquanto CAPS, conecta os espaços de grupos de atividades distintos (AC, SP e TA). Apenas no CAPS Esperança mantém-se a lógica de privacidade para os espaços de trabalho dos profissionais, ou seja, a escada conecta os espaços de AC aos espaços de SP e TA, em parte.

Estão elencados abaixo, sinteticamente, os principais resultados do processo de adaptação do espaço doméstico do imóvel da Boa Vista para o programa de um centro de atenção psicossocial:

Os pavimentos superiores, em geral, aumentam o número de espaços de transição para organização de salas de consultórios. No mais, implicam um processo de definição de rótulos nos espaços pré-existentes.

5.3 Discussão dos resultados: similaridades e contrastes

Aplicados os procedimentos analíticos nos centros de atenção psicossocial selecionados para essa investigação, apresentaram-se os dados resultantes da aplicação em cada imóvel. A partir desse momento, procura-se analisar se as adaptações ocorridas nos espaços domésticos correspondem ao texto que as prescreve como um *lugar social*⁴¹ (Min. Saúde, 2013), o da reforma psiquiátrica.

Para tanto migram do capítulo 3 para este capítulo algumas considerações do M.S. para o projeto de um espaço CAPS:

“(...) trata-se de projetar serviços públicos de saúde, substitutivos ao modelo asilar, de referência nos territórios, comunitários, de livre acesso, e local de trocas sociais (...). Nessa perspectiva, projetar o ‘espaço CAPS’ requer considerar, em particular:

- a afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico; espaços e relações de “portas abertas”;
- espaços que expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas, a experiência do transtorno psíquico e da garantia de seus direitos;

⁴¹ Expressão identificada no Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial...” do Ministério da Saúde, 2013.

- a permeabilidade entre espaço do serviço e os territórios no sentido de produzir serviços de referência” (Ministério da Saúde, 2013. p. 17).

Inicia-se aqui uma análise comparativa entre eles a fim de contribuir para a compreensão do que categoriza um dispositivo institucional adaptado num espaço doméstico.

Os três CAPS apresentam:

- diminuição de conexão com o espaço público;
- redução de conexões entre o espaço exterior e interior;
- geração de mais espaços de terminação (sistema assimétrico);
- elevação de conectividade e integração do corredor;
- permissão de *visitantes* nos espaços alocados em níveis de maior profundidade;
- diminuição do índice de integração e conectividade;
- incrementação do número de espaços funcionais;

Todos os três CAPS alteraram a lógica organizacional de um espaço doméstico, distribuindo as atividades e as fragmentando, tanto nos espaços mais rasos como nos mais profundos. O grupo de atividade de acolhimento e convivência (AC) tende a se aproximar dos espaços destinados para o serviço psicossocial (SP) e técnico-administrativo (TA). Isso denota a aproximação corpórea entre habitantes e visitantes, de forma geral, em níveis mais rasos e profundos.

De maneira geral, os CAPS respondem, simbolicamente, o discurso desinstitucionalizante, todavia em graus diferenciados, quando analisadas as propriedades sintáticas das amostras.

O CAPS Esperança, adaptado na casa construída em 1955, dentre as amostras, apresentou de forma mais evidente essa tendência institucional, no entanto, é o que menos transgride com a lógica setorial diante da relação de restrição entre *habitante* e *visitante*.

A interpretação espacial a partir da análise setorial de Amorim (1999), mesmo que adaptada para a lógica de domínio de restrição, contribui para a identificação de mais um critério de mensuração do grau de institucionalidade no espaço CAPS.

Para parametrizar esse grau de institucionalidade, seja nas reformas de casas, seja em novas construções para CAPS, faz-se necessário um maior número de amostras, com análise mais

profunda das propriedades sintáticas e principalmente, da vida espacial nos dispositivos substitutivos ao modelo asilar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A LOUCURA E A SERPENTE

Dedicar-se a um trabalho que enfatiza a pesquisa em diferentes e remotas épocas, e que vasculha disciplinas e a noção de espacialidade de então, é o mesmo que se dispor a imergir num universo de variações e descobertas infindáveis.

Traz como tema a loucura, ou melhor, a **desinstitucionalização**, que envolve extensa gama de abordagens, não apenas clínicas, mas políticas, éticas e, sobretudo culturais. Evidencia-se neste último, o interesse maior deste trabalho: a abordagem *espaço & sociedade*.

O desafio da pesquisa está na **contemporaneidade** e na **amplitude** do tema. Busca-se motivação bastante para sua consecução, uma trilha que leve à discussão do *lugar social* da loucura, à luz da reforma psiquiátrica brasileira (2001) e da arquitetura dos edifícios constitutivos desse processo.

Pôde-se ver que no Brasil a assistência à saúde mental é dividida em dois momentos principais: o *hospitalocêntrico* - a partir da criação dos edifícios especializados no final do século XIX, associada à urbanização e à política de higienização social; e o da *rede territorial* - a partir da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001) baseada no modelo italiano de desinstitucionalização, como resposta à mobilização de profissionais da saúde e da sociedade civil, associadas às limitações financeiras do Estado.

Dentre o aparato de equipamentos da rede de atenção à saúde, o Ministério da Saúde indica como estratégico um dispositivo para o tratamento de pessoas com transtorno mental, um novo *lugar social: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*.

A Reforma remeteu à arquitetura residencial a resposta antagônica ao modelo de edifícios *re-formadores*. A emergência da implantação do sistema em rede buscou na arquitetura residencial, no *espaço doméstico*, o conteúdo simbólico e social para negação do modelo de edifícios *re-formadores* que remetem ao padrão espacial com espaços mais segregados e controle de acessos mais rígidos e de separação por categorias.

Generalizando, substitui-se a institucionalização pela desinstitucionalização, a tutela pela autonomia e a arquitetura asilar pela arquitetura residencial, inserindo-se nesta última o maior interesse da pesquisa.

Críticas circundam a política de saúde mental sobre a desativação dos hospitais psiquiátricos e sobre o modelo de internação em curto prazo. Paralelamente, defensores do cerne da reforma psiquiátrica já identificam um certo processo de “reinstitucionalização” nas políticas de saúde mental aplicadas, que é demonstrado pela configuração de uma “CAPScização” do modelo assistencial. Autores como AMARANTE, CASTEL, DESVIAT e ROTELLI recomendam um olhar mais atento sobre os equipamentos (CAPS) para que não haja uma “miniaturização do poder”.

Diante dessa possível interpretação do espaço CAPS, questiona-se se o espaço antagônico ao modelo asilar revela, na sua adaptação em um espaço doméstico, algum nível de institucionalização que o configure como “miniatura do poder”. Daí a pertinência do estudo das duas categorias do edifício: o institucional - de um edifício complexo do tipo *re-formador*, e o doméstico.

Para uma resposta além dos aspectos dimensionais, plásticos e simbólicos entre as polaridades, a investigação utilizou como referencial metodológico a *Teoria da Lógica Social do Espaço* e seu instrumental analítico: a sintaxe espacial. A partir dos níveis analíticos propostos por HILLIER, HANSON (1984, 1998) no que AMORIM (1999) também se inclui, permitiu-se o entendimento das relações das pessoas com o *objeto social* edilício.

Com relação ao recorte temporal da pesquisa, restringi-la aos dezoito anos da Reforma pode prejudicar a compreensão do seu discurso. Por se tratar de uma dissertação, a ampliação da escala temporal pode desvirtuar o foco da investigação; ao mesmo tempo, se fez pertinente para a leitura clara do discurso social contemporâneo sobre a loucura e a materialização de seus espaços de tratamento.

Mesmo que de forma sucinta, realizou-se um percurso histórico abordando o espaço da loucura a partir do fim do século XIX. Para tanto, considerando o recorte territorial da pesquisa – a cidade do Recife - fez-se uma breve análise do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (HUP). A própria história do hospital, sua arquitetura e as práticas de tratamento psiquiátrico, levaram à compreensão, *grosso modo*, do paradigma da reforma psiquiátrica.

As amostras selecionadas para análise contribuíram para a compreensão do que caracteriza o espaço CAPS instalado em imóveis originalmente residenciais: espaço doméstico, espaço institucional ou um híbrido (doméstico-institucional). Introduziu-se uma escrita narrativa que

antecede a aplicação dos procedimentos analíticos em dois cenários: a casa antes do CAPS (cenário 1) e o CAPS (cenário 2).

Primeiramente observou-se que a lógica da organização espacial e da estrutura social da casa coincidiu com as afirmações de Luiz Amorim sobre o espaço doméstico diante do paradigma dos setores. Identificou-se o mesmo sistema de relação entre os setores social, privado e de serviço. Em seguida, a análise aprofundou-se no espaço CAPS, em especial, nas propriedades espaciais de integração para uma confrontação com espaço doméstico de modo inteligível.

Os resultados revelaram que os imóveis residenciais adaptados para atender o programa de um CAPS indicaram uma subversão da lógica de relação setorial de um espaço doméstico, principalmente no inter-relacionamento que se estabelece entre os *habitantes* e *visitantes*. A condição de edifício elementar da casa, onde os visitantes se movimentam nos espaços mais rasos do sistema, é subvertida na transposição para um CAPS. Esses, adentram para setores originariamente destinados para espaços mais segregados do espaço doméstico, o setor de serviço e privado.

Retomando Robinson (2001), quanto mais se permite que atividades sociais ocorram em espaços mais profundos da casa, mais se perde a privacidade, e assim a autonomia. Tornando-se um espaço doméstico imbuído de regras sociais no seu interior, incorpora-se um grau de institucionalidade. Considerando esse argumento, os CAPS instalados em espaços domésticos condicionando a casa a um alto grau de institucionalidade.

Diante do objeto CAPS a transgressão em dedicar espaços em níveis mais profundos, contrapondo-se com uma organização setorial doméstica, deve ser relativizada com o tipo de clínica relacional associada às práticas terapêuticas de um modelo desinstitucionalizante.

Nesse sentido, cabe uma inversão do argumento de Robinson, caso aplicado para o objeto CAPS. Quanto mais transgressão, quantos mais espaços sejam dedicados ao visitante, tanto mais possíveis serão os encontros entre a equipe psicossocial e seus ‘clientes’.

As propriedades sintáticas mensuradas nesta investigação revelaram na transposição de casa para CAPS a redução do nível de integração, o aumento do nível de profundidade e diminuição da distributividade. Demonstram assim perda do *status* de espaço mais integrado, fortalecendo a institucionalidade na estrutura do espaço doméstico adaptado.

O espaço que permitir a presença do visitante em áreas mais profundas e ao mesmo tempo demonstrar em suas adaptações a manutenção aproximada da distributividade do espaço doméstico, corresponderá melhor às expectativas da relação espaço e usuários do CAPS.

Admite-se que a análise das três amostras foi sucinta, diante do instrumental disponibilizado pela sintaxe espacial, mas suficiente para revelar (e refletir), mediante as propriedades de integração, que essas apresentaram indícios de um grau de institucionalização, mas sem o controle rígido e permeabilidade restrita das instituições asilares.

Caracterizam-se, assim, como espaço que, de fato, guarda propriedades do padrão doméstico, mas com certo grau de institucionalidade *re-formadora*. Eis o espaço híbrido: o **doméstico-institucional**.

Tal identidade, portanto, merece desenvolvimento em estudos futuros, de modo a aprofundar a compreensão sobre os resultados e as consequências observadas na arquitetura desse espaço híbrido, que não se pretende institucional.

As decodificações espaciais podem auxiliar nas adaptações de CAPS em residências, assim como em novas construções. Este estudo pretende colaborar para a observância da espacialidade dos CAPS por profissionais da arquitetura, metodologicamente instrumentalizados, com vistas às prescrições e ao discurso social da reforma psiquiátrica.

Em tese, quanto menos se romper com a espacialidade de uma casa, com a permeabilidade e integração entre os espaços, mais os CAPS responderão aos preceitos da reforma psiquiátrica (FREIRE e NASCIMENTO, 2018). Todavia, devido à relação entre práticas sociais e o ambiente edificado, quaisquer incompletudes nos processos e nos hábitos institucionais terão notável repercussão na dimensão espacial, assim como a recíproca também será verdadeira.

Retoma-se a fábula utilizada por Basaglia para metaforizar a presença institucional (a serpente) na sociedade (o homem). Mesmo em meio às práticas terapêuticas, à subjetivação do tratamento, às práticas pela autonomia, à acolhida da casa, ao espaço comunitário, ao lugar social ... a serpente se encontra presente⁴².

⁴² Em nota técnica de fevereiro de 2019 – nº11/2019 – CGMAD / DAPES/ SAS/MS o Ministério da Saúde incorpora à rede de atenção à saúde mental, os hospitais psiquiátricos – o que dá indícios de um novo momento da Reforma.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Novos sujeitos; novos direitos: um debate sobre a psiquiatria no Brasil.** Cad.Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, Jul/Sep, 1995.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a serpente.** Ed. Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Ed. Fiocruz, 4^a ed., 2015.

AMARANTE, Paulo; BASAGLIA, Franco; ROTELLI, Franco; BUTTI Gioanna. **Saúde Mental, Formação e Crítica** (Paulo Amarante e Leandra Brasil, orgs.). Ed.LAPS/Fiocruz, 2015.

AMARANTE e TORRE. 2010. 30 anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs.). Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora Universitária - UFPE, pp. 113-136.

AMORIM, Luiz. **A Casa: espaços e narrativas.** IN: AMORIM, Luiz. LEITÃO, Lúcia. (org.). **A casa nossa de cada dia.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2007.

AMORIM, Luiz. **The sector's paradigm: a study of the spatial and functional nature of modernista housing in Northeast, Brazil.** 1999. 438 f., il Tese (PhD Advanced Studies) – The Bartlett School of Graduate Studies, University London, London, 1999.

ANTUNES, Eleonora; BARBOSA, Lúcia Helena; PEREIRA, Lygia (organizadoras). **Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira.** São Paulo: editora da Universidade de São Paulo, 2002. (Coleção Estante dos 500 anos, 6).

BARROS, Denise. **Jardins de Abel:** desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo, 1994.

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica:** história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989 [Les fondements de la clinique: histoire et structure du savoir psychiatrique, 1980].

BRASIL, Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001, Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL, Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL, Portaria nº615, de 15 de abril de 2013, Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASILEIRO, Carolina. **Arquitetura antituberculose em Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura). Programa de pós-graduação em desenvolvimento urbano. Recife, 2012.

CASTEL, Robert. **O psicanalismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em saúde**: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública [online]. 1997, vol.13, n.3, pp.469-478. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>.

COÊLHO, Heronides. **A psiquiatria no país do açúcar e outros ensaios**. Editora desconhecida. João Pessoa, 1977.

DAMATTA, Roberto. **A Casa & a Rua. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. V. I. São Paulo: Ed 34, 1995.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Ed. Fiocruz, 2^a edição, 2015.

EVANS, Robin. **Translations from Drawing to Building and other Essays**.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura**. Ed. Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Ed. Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. Curso do Collège de France (1973- 1974). Ed. Marins Fontes, 2006.

FREIRE, Vera; NASCIMENTO, Cristiano. Do Institucional ao doméstico. Os espaços da loucura diante a reforma psiquiátrica brasileira. 2018

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Ed. Perspectiva, 1974. Vozes, 2001.

HANSON, Julienne. **Decoding homes and houses**. Cambridge, UK: Cambridge University press, 1998.

HILLIER, Bill.; HANSON, Julienne. **The social logic of space**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

HILLIER, Bill; PENN, Alan. **Visible colleges: Structure and randomness in the place of Discovery**. Science in Context, London, v.:4, n. 1, p. 23-49, 1991.

HOBSBAWN, E. J. **A era das revoluções – 1789-1848**. São Paulo: Ed.Paz e Terra, 2004.

HOLANDA, Frederico. **Arquitetura e Urbanidade**. São Paulo: Ed. Proeditores, 2003.

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

LEITÃO, Lúcia. **Onde coisas e homens se encontram. Cidade, arquitetura e subjetividade**. São Paulo: Annablume, 2014.

LEITÃO, Lúcia. **Quando o ambiente é hostil**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento**. Brasília-DF, 2013.

MARKUS, T. A. **Buildings and power: freedom e control in the origin of modern building types**. Londres: Routledge, 1993.

NASCIMENTO, Cristiano. **Até os limites do tipo**: emergência, adequação e permanência das propriedades sócio-espaciais dos edifícios de re-formação. Dissertação (Mestrado em Arquitetura). Programa de pós-graduação em desenvolvimento urbano. Recife, 2008.

PALOMBINI, Alice. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade**: contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. Tese (doutorado em saúde coletiva) Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2006.

PASSOS, Izabel. **Políticas e práticas de cuidado em saúde mental:** experiências e “modelos” em discussão. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Programa de pós-graduação em psicologia clínica da Pontífice Universidade Católica. São Paulo, 2000.

PELBART, Peter Pál. **Da Clausura do fora ao fora da clausura, loucura e desrazão.** Editora Brasiliense, 1989.

PLANTIER, Ana Paula. **Dos muros dos manicômios para os muros (in)visíveis da cidade:** sobre os desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Dissertação, Faculdade de Saúde pública de São Paulo. 2015.

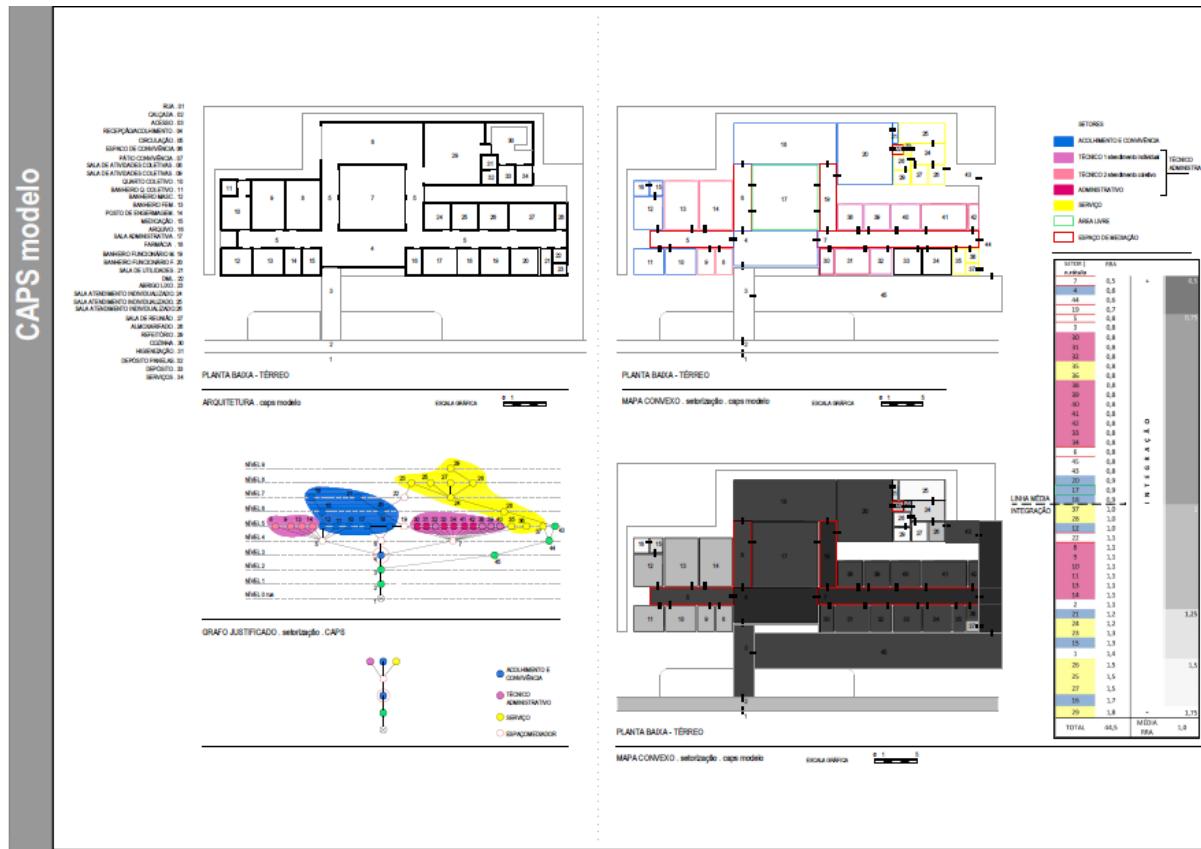
PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Recife, 2014.

ROBINSON, Julia. **Institutional space, domestic space and power relations:** revisiting territoriality with space syntax. University of Minnesota. 2001.

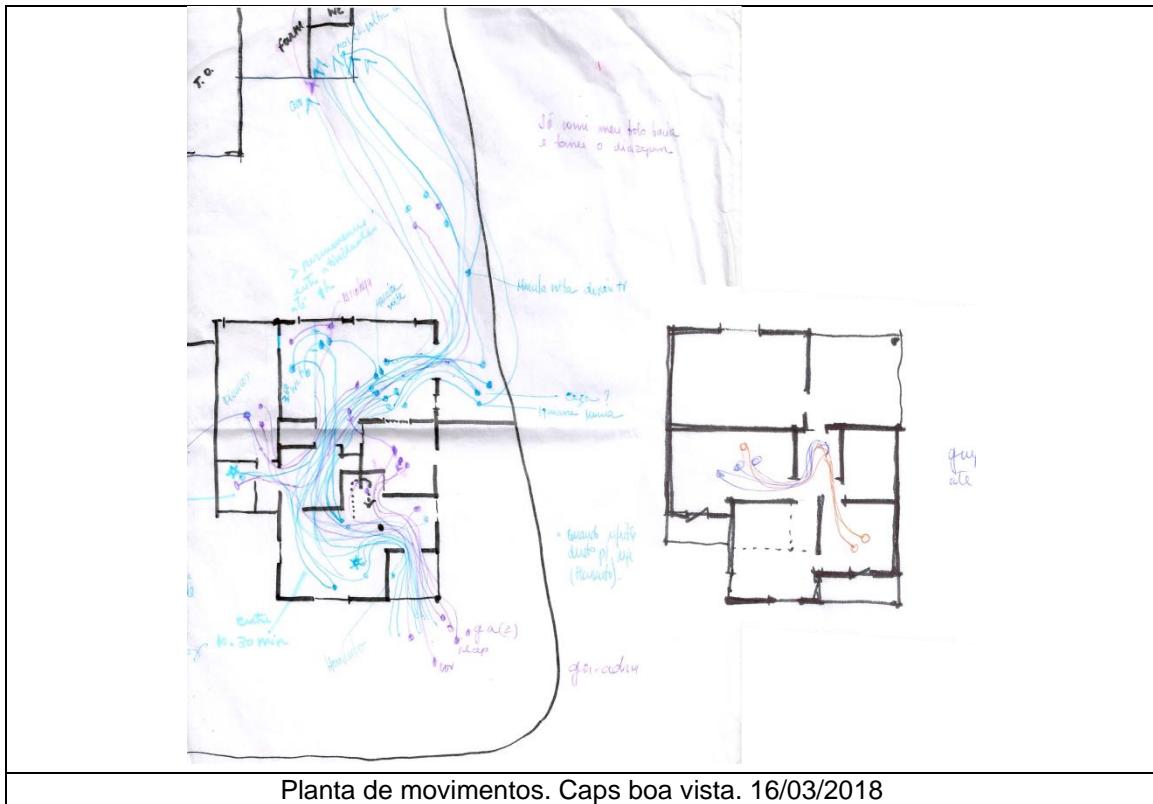
APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

1. Solicitar uma autoapresentação. Nome, cargo e atribuições.
2. Sobre o CAPS (nome), quando inciou o funcionamento?
3. É um imóvel alugado?
4. O que era antes de ser CAPS?
5. Pedir para discorrer sobre a compreensão, o porque, dos CAPS serem instalados em imóveis originariamente residenciais.
6. Quais as qualidades que esse espaço oferece?
7. Quais as dificuldades da adaptação do programa CAPS?
8. Pedir para discorrer sobre a relação do dispositivo com o espaço público
9. Qual espaço mais usado pelos usuários – profissionais e pessoas com transtorno mental
10. Qual o menos usado?
11. Nesses espaços CAPS, em casa, é possível constatar algum vestígio institucional / manicomial?

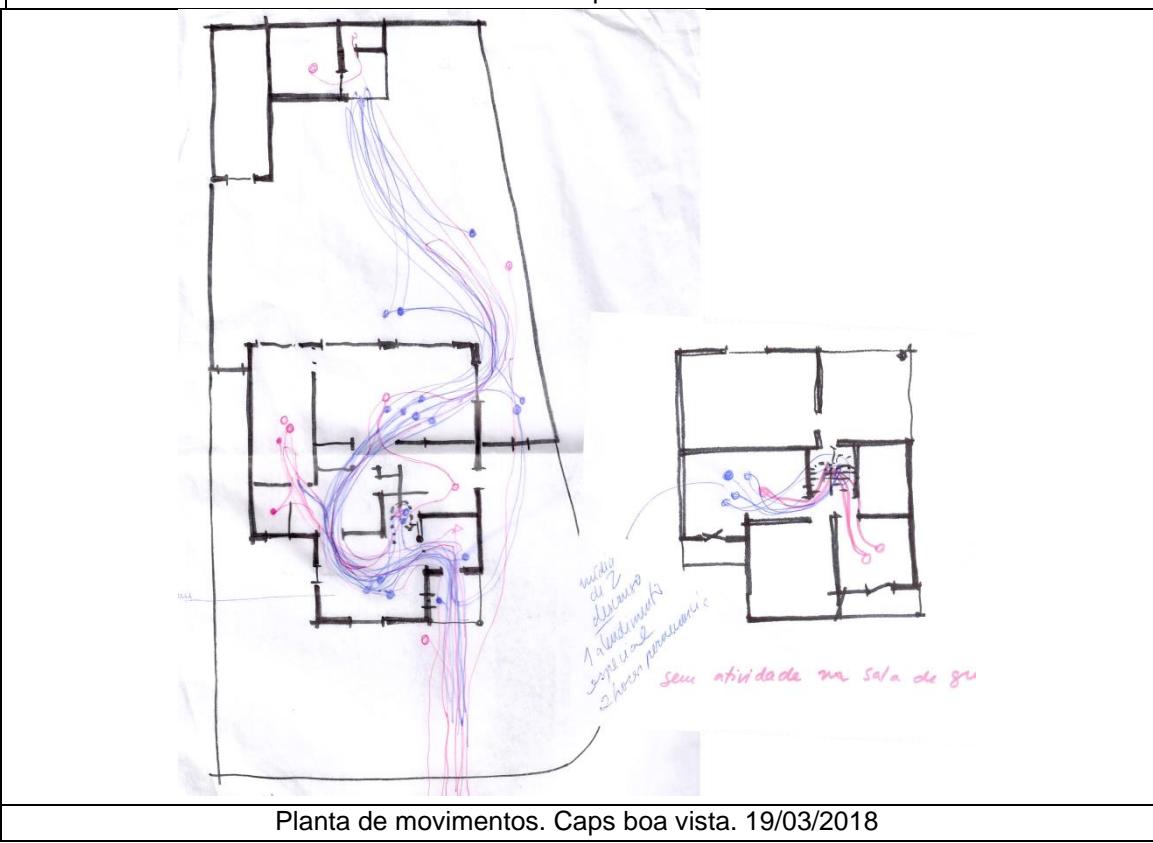
APÊNDICE B – PLANTAS, MAPAS E GRAFOS DO PROJETO PADRÃO DE CAPS



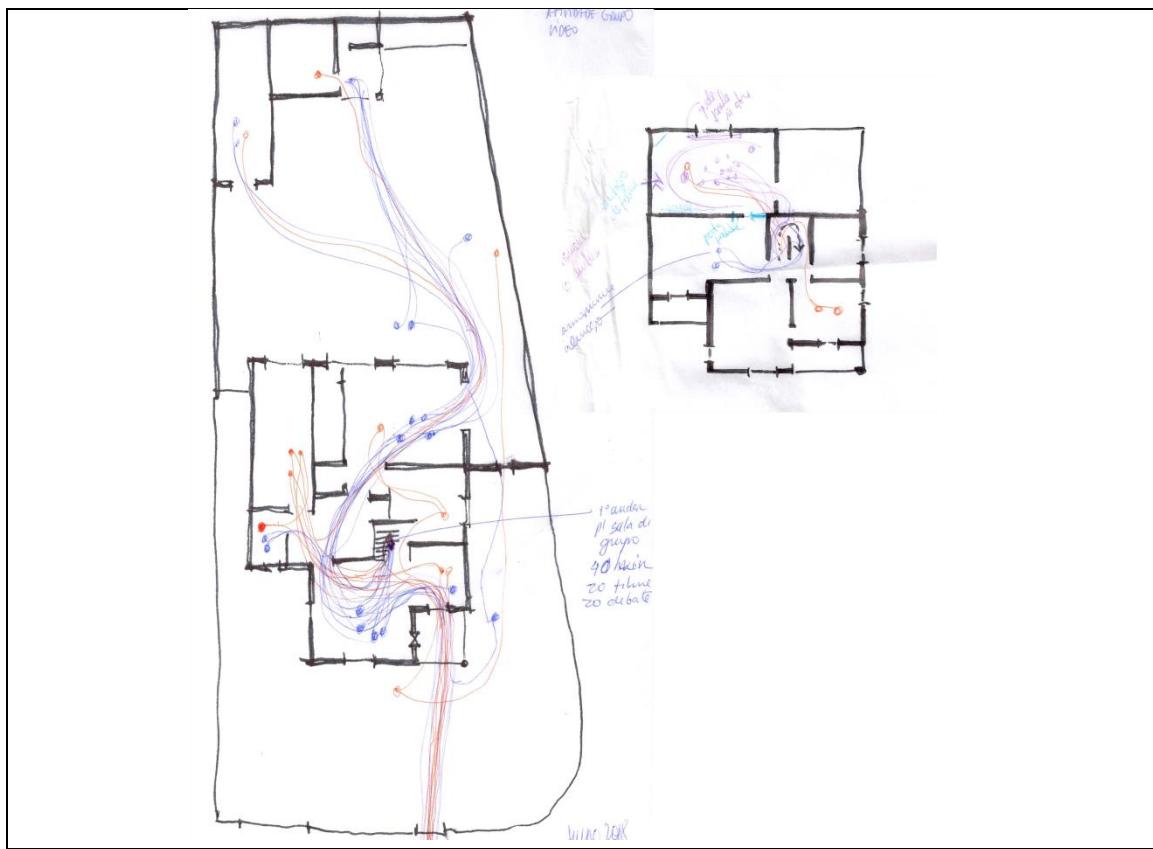
APÊNDICE C – MAPAS DE MOVIMENTOS E PERMANÊNCIAS



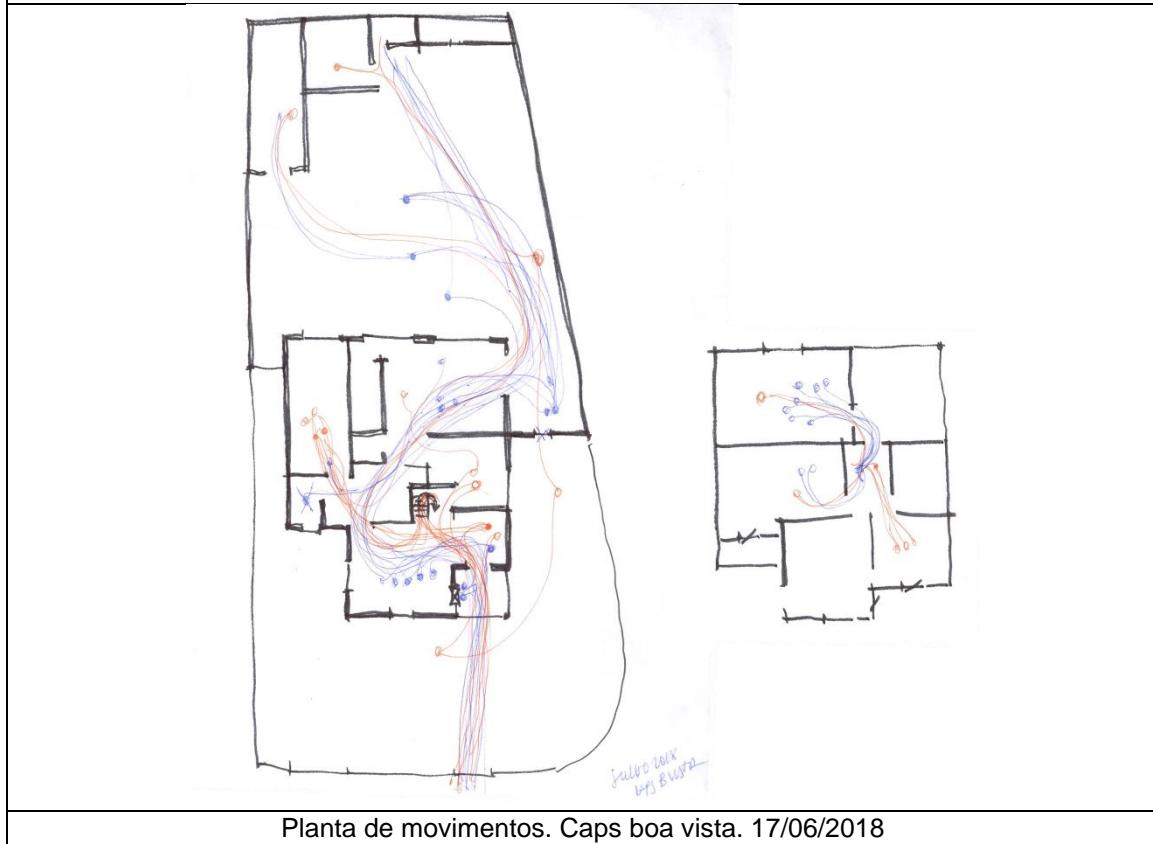
Planta de movimentos. Caps boa vista. 16/03/2018



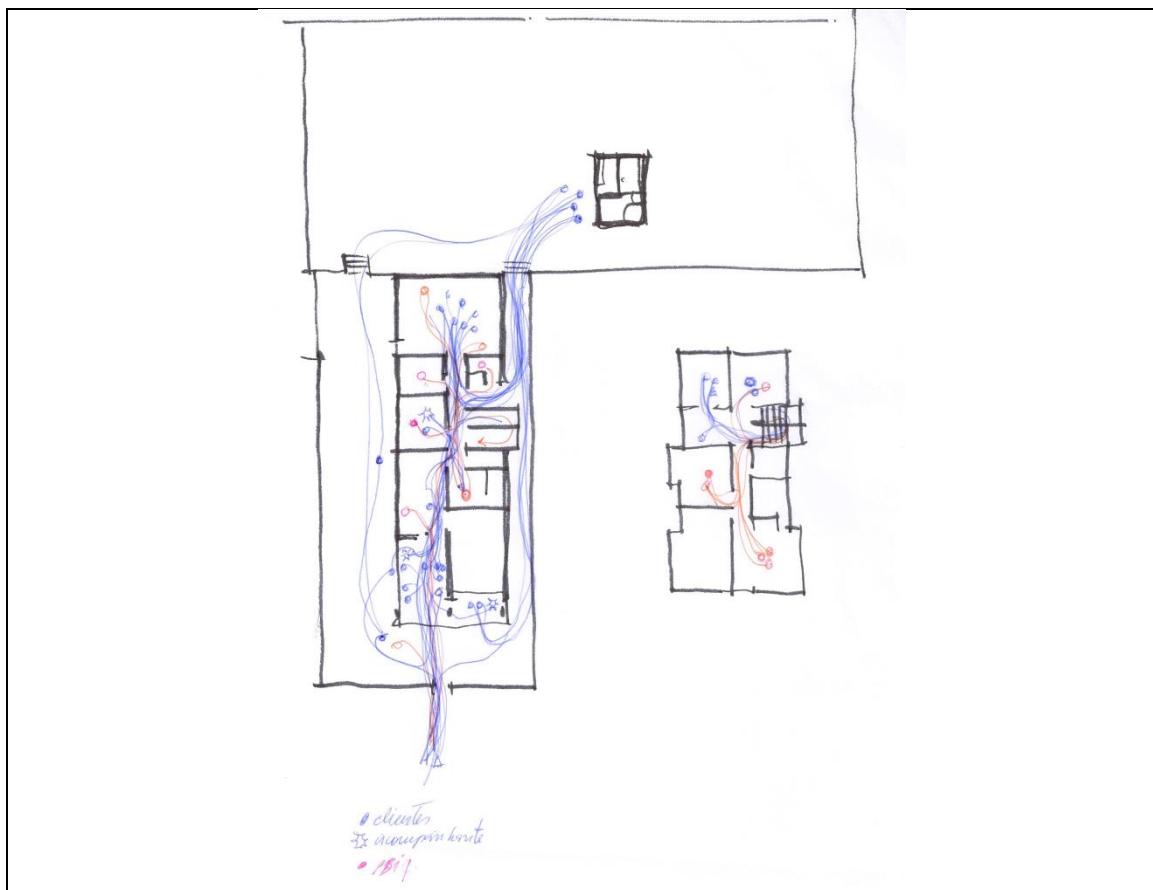
Planta de movimentos. Caps boa vista. 19/03/2018



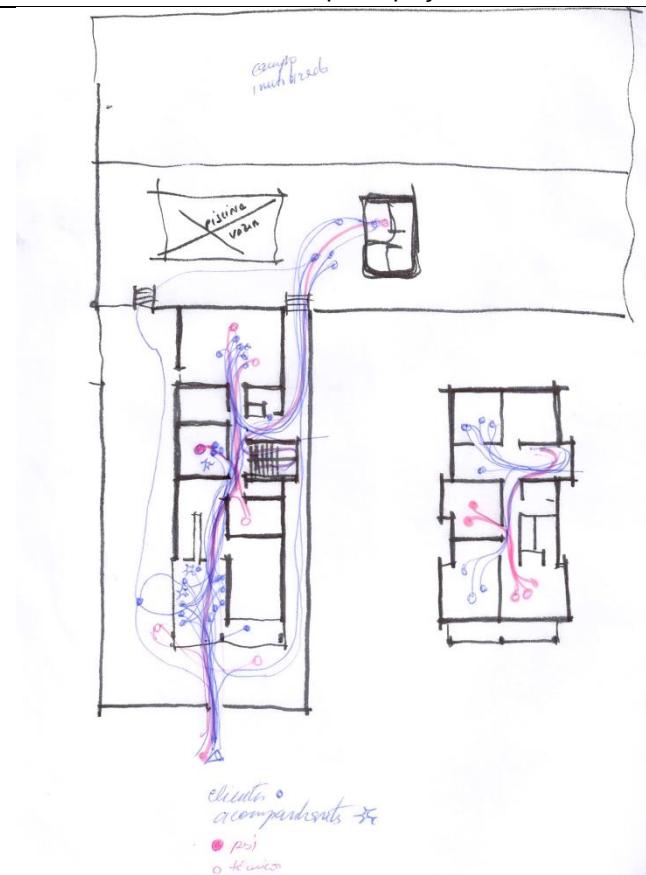
Planta de movimentos. Caps boa vista. 08/06/2018



Planta de movimentos. Caps boa vista. 17/06/2018



Planta de movimentos. Caps Espaço Vida. 08/10/2018



Planta de movimentos. Caps Espaço Vida. 22/10/2018



APÊNDICE D – CAPS BOA VISTA: O QUE SE NARRA



Acesso do CAPS Boa Vista. Fonte: a autora, novembro de 2018.

O portão está destrancado antes mesmo das oito horas da manhã. O segurança, atento, segue para a recepção dos clientes e profissionais, ou melhor, dos ‘visitantes’ e ‘habitantes’ do CAPS, que chegam para o primeiro turno de atendimento. Não raramente, a saudação matinal é seguida do nome da pessoa cumprimentada. A exceção está para os que intentam ou acabaram de ingressar no tratamento.

Aguardando o acolhimento, alguns dos ‘visitantes’ se acomodam no terraço de entrada, enquanto outros ocupam as cadeiras enfileiradas diante de um televisor aposto no canto superior esquerdo da parede da recepção. Entre o terraço e a espera, bem em frente à porta, uma mesa de apoio para a recepcionista que muitas vezes se desloca até a sala de reuniões e arquivo para pegar um formulário ou agenda médica. Somente um ou outro prefere o pátio frontal da casa à sala de espera, seja para o seu silêncio, seja para uma ligeira conversa com o segurança.

Na cozinha, tudo pronto para servir o lanche. Ser pontual garante o recebimento da primeira refeição do dia no terraço íntimo da casa, hoje rotulado como refeitório. Do refeitório, contornado por esquadrias basculantes, vê-se o pátio interno, que distancia a área de serviço do corpo principal da casa.

Da antiga garagem se fez a sala de terapia ocupacional e, do quarto de serviço, a farmácia. Úmidos, escuros e sempre trancados à chave na ausência do responsável.

Enquanto aguardam o chamado para receber a medicação do dia, os usuários se movimentam mais intensamente entre a recepção (com televisor) e o pátio interno. A partir daí, essas duas áreas da casa passam a ser as de maior permanência dos ‘visitantes’.

Frequentemente, a gerente se encontra no Centro antes do horário oficial: ajustando a agenda dos usuários ou comunicando-se com o CAPS 24 HORAS para enviar ao atendimento, se for o caso, algum usuário do CAPS BOA VISTA. De forma espontânea, recebe cumprimentos de um usuário de frequência mais corriqueira, que o faz da soleira da porta da sala técnica, eventualmente aberta devido à falta de manutenção corretiva do aparelho de refrigeração de ar.

A sala acumula várias funções - reunião, arquivo, técnica - e divide com a sala de atendimento o que era o terraço de encontros sociais da casa, cerrado agora por paredes e divisórias.

Dia de atividade em grupo. A assistente social interrompe os que continuavam no movimento recepção-pátio, convidando-os para assistir a um filme de curta metragem na sala de grupo, situada no primeiro andar da casa. O acesso a essa sala se dá através de uma varanda com dimensão suficiente para a disposição de um sofá, cadeiras, jogos e livros. Desse acesso visualiza-se o pátio interno em meio à trama de uma rede de segurança. Afinal, deve-se prevenir qualquer outra ocorrência de natureza semelhante à de um usuário que, num ímpeto de fuga tentou pular durante a tentativa do controle do transtorno.

Passado o filme, arrumam-se as cadeiras de forma circular para o início de um ligeiro debate sobre a comédia nacional que induz à reflexão quanto ao papel da mulher no casamento e na sociedade. Todos se envolvem no comentário do filme – até os mais “distantes” – após leve provocação da assistente social para participarem do debate.

Hora de descer. A escada estreita e os degraus altos dificultam a circulação. A técnica adverte para a dificuldade de conduzir os usuários em pleno transtorno para o repouso, que funciona no primeiro andar num dos antigos dormitórios da casa. Nesse momento, um dos usuários ocupa uma das quatro camas ali disponíveis. Devido à medicação que lhe foi administrada e ao estágio do transtorno, fez-se imprescindível

seu descanso pelo menos até o momento da segunda refeição. Situações que remetem a maior atenção dos técnicos para com o usuário refletem no controle do acesso dos demais ao primeiro pavimento.

Onze horas da manhã. A música que ressoava do pátio interno do imóvel nº146 invade as ruas General José Semeão e a Bernardo Guimarães. Presumia-se, de quem vinha pela rua, que todos da casa deviam estar no pátio, cada um com o seu sonho, seu imaginário. Os que se autoproclamam médicos, empresários, jogadores de futebol, escritores, cantores em pleno estrelato, na verdade, preferem aguardar o almoço chegar sentados no terraço de entrada ladeado pelos pátios da construção da década de 1950. De lá, através do gradil que contorna a frente e parte da lateral da casa, se pode ver a Kombi de cor branca que transporta a alimentação. A música passa a ser simples atenuante para o aguardo ansioso do almoço.

“Chegou!”. - Exclamam quase todos. A casa inteira (visitantes e habitantes) se organiza para esse momento. Os poucos que estavam no dormitório em repouso, desceram para se juntarem aos demais.

“Damas, primeiro!”. - Assim se organiza a fila no refeitório. Os que têm autonomia, um a um, levam o prato à cozinha da casa.

Lá fora, alguém pede para entrar... É um usuário da tarde que tenta usufruir da refeição. O segurança, sentado na bancada da recepção, nega o pedido seguindo determinação pré-estabelecida.

Na hora do almoço mantém-se o portão trancado a fim de evitar o ingresso antecipado de usuários do turno da tarde. Somente após o almoço são liberados todos os usuários do primeiro turno.

Para os usuários da tarde, assim como os de tempo integral, a rotina no CAPS Boa Vista se encerra às dezessete horas. No intervalo entre as atividades, mesmo que para ingestão de algum medicamento, uns escolhem o dormitório para repouso, outros o televisor da recepção, mas a maioria permanece no pátio, que se enche do ruído das pedras de dominó, das conversas, cigarros e, vez ou outra, do silêncio.

APÊNDICE E – CAPS ESPAÇO VIDA: O QUE SE NARRA



Fachada e entrada do Espaço Vida. Foto: a autora, dezembro de 2018.

Todos entram pelo mesmo portão vermelho, metálico e de tela aramada. Ladeado por um muro de pedra levantado nos primeiros anos de funcionamento do CAPS, sua trama metálica não permite que seja aberto pelo lado externo, mesmo que destrancado. O segurança se obriga a abri-lo e fechá-lo para o acesso dos técnicos e demais usuários.

Da calçada, vê-se um grupo de pessoas sentadas na ‘espera’, onde funcionava o convívio entre habitantes e visitantes: o terraço da casa. Com certeza, um conjunto de cadeiras e mesa de centro deu lugar às longarinas dispostas em forma de “U”, que, num intervalo de meia hora ficam quase todas ocupadas. O espaço insuficiente e os vãos abertos provocaram a improvisação de beirais e a disposição de algumas cadeiras ao longo da rampa acessível na lateral do terraço.

Oito horas da manhã. Algumas pessoas aguardam o atendimento: - usuários frequentes que vieram para a atividade em grupo; - pessoas em busca da oportunidade do primeiro atendimento junto com algum familiar ou amigo, ou com um agente de saúde; - pessoas que vão apenas receber a medicação.

A disposição das cadeiras na espera enseja conversas. Quando não, o estranhamento do outro leva alguns a procurarem o jardim que ladeia o terraço.

Uma lista por ordem de chegada orienta o chamado. Após o nome anunciado, o ‘visitante’ do espaço entra para se comunicar com a recepção e/ou ser direcionado para a farmácia e receber a medicação. Os que frequentam o CAPS há mais tempo adentram e sobem à procura de algum técnico ou da gerência ou seguem para a área de convivência onde poderão acender o primeiro cigarro.

Não numa simples mesa, como no CAPS Boa Vista, o atendimento da recepção acontece na antiga sala de jantar com uma bancada alta o suficiente para armazenar formulários e arquivos dos cadastrados ativos. Sua forma configura a sala em dois espaços: o atendimento e uma área de circulação. Desta, entra-se no corredor que medeia a sala de consulta, a farmácia, a passagem para a área de convivência, a escada, o banheiro, a cozinha e - oposta a esta, no fundo do corredor - a placa acima da porta anunciando o refeitório.

A ausência do especialista em psiquiatria, por motivo de saúde, faz alguns da espera saírem com outra data marcada para retorno. A maioria, que permaneceu, segue para a atividade em grupo após o chamado da terapeuta.

O refeitório dá espaço para o grupo (de doze), se organizar de forma circular para uma auto apresentação. Além de apoio às refeições, a antiga garagem é sala de grupo e parte do arquivo do centro.

Chega uma nova usuária:

“Não sei meu nome”. “cadê meu café”?...

Os técnicos procuram a ficha de encaminhamento e ficam atentos e cautelosos para lidar com o novo caso.

A cozinha é fechada para evitar a cobrança, pois cafeína é proibida para os que estão sob tratamento.

Os estágios de transtorno são evidentemente diferenciados entre os usuários. Uns com mais autonomia, alguns com estranheza e outros no constante silêncio, mas todos compartilhando os mesmos espaços de acolhimento.

Depois da atividade de grupo, a terapeuta segue com dois usuários para a sala de televisão no primeiro andar, frente ao repouso. Conversa longa. Os demais se dividem entre a espera e a área de convivência.

Ar livre. A piscina, vazia, limita o espaço de permanência e circulação. Mesmo sem o café, a recém-chegada usuária desce até a área em frente à antiga garagem para acender e tragar o seu cachimbo. Outros compartilham a carteira de cigarros sob a coberta da área de convivência.

Sem jogos, com campo sem bolas, cadeiras sem mesa, sem dominó, sem totó...

“Não se pode confundir o CAPS com centro de convivência” - fala um técnico.

Na espera seguem as conversas, introspectivas e/ou extrovertidas. No grupo, o mais corriqueiro são os comentários sobre suicídio e a fumaça..., sempre.

- “A gente vinha de maiô e tinha até um professor” - comenta uma usuária que frequenta o CAPS ESPAÇO VIDA há dezesseis anos. Os jogos no campo também aconteciam junto com a comunidade. A lembrança de um pouco mais de dez anos atrás incita uma ouvinte:

“Vou trazer e a gente pode jogar o dominó aqui, no balcão...”, depois, continua a varrer o chão como única alternativa para fazer o tempo passar...

- “O CAPS vai se mudar. Eu não quero ir pra outro não”.

Ainda na ‘espera’, uma possível usuária desiste de ser atendida. O choro e o balançar de pernas contínuo chama a atenção de uma usuária frequente:

- “Não vá embora. Vão dar remédio pra você dormir. É bom pra você! O remédio é bom!”

Apesar da tentativa de persuasão, a pessoa se levanta e sai.

“Volte outro dia, quero ver você boa!” – fala outra pessoa presente na espera. Alguém começa um canto religioso...

Na espera pela hora do almoço, um simpático usuário surpreende com a pergunta:

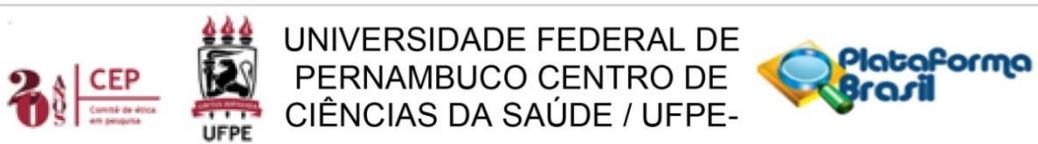
- “Gosta de música?”

Em seguida, começa a cantar, algo gospel... Parece ser em inglês, às vezes castelhano, italiano..., quiçá uma língua própria. Diz ser o compositor, mas de imediato pede:

- “Traduz pra mim!?...”

Nesse momento chega a Kombi branca com o almoço, sem atraso.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A loucura e a serpente: a relação social do espaço nos centros de atenção psicossocial da Cidade do Recife.

Pesquisador: VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76733917.4.0000.5208

Instituição Proponente: Centro de Artes e Comunicação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.375.353

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado do programa de MDU, UFPE

Mestranda - VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE

Orientador - Professor Cristiano Borba Nascimento

Pendências contempladas

Objetivo da Pesquisa:

Geral: "...caracterizar a relação entre espaço e sociedade nesses equipamentos de atenção psicossocial, de modo a identificar em que medida as regras sociais descritas pela reforma psiquiátrica brasileira configuraram as suas estruturas espaciais, de forma a se constituírem o espaço do abrigo, da acolhida (a casa) e da busca pela autonomia; ou, de forma a se constituírem metamorfoses dramáticas (Markus, 1993) em que um determinado programa vem subverter uma estrutura espacial doméstica para sobreposição do espaço institucional".

Específicos:

"a) descrever a concepção de loucura e sua relação com estruturas físicas ao longo da história, principalmente para a compreensão da ruptura com a psiquiatria clássica no período pós-guerra, associando -a a crítica ao pensamento moderno presente na arquitetura e urbanismo;

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Página 01 de 04



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 2.375.353

- b) identificar os espaços propostos para a prática da desinstitucionalização, e relacioná-los com o conceito e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira;
- c) analisar e caracterizar as propriedades sócio espaciais dos oito centros de atenção psicossocial do Recife, que atendem exclusivamente os indivíduos com transtornos mentais;
- d) descrever a relação espaço e sociedade do CAPS, se consonantes ou dissonantes com as diretrizes da reforma psiquiátrica".

Critérios de inclusão e exclusão - Devidamente apresentados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Devidamente avaliados e apresentados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com tema muito pertinente. Os resultados dessa pesquisa poderão subsidiar a argumentação, por parte dos gestores de dispositivos tal como CAPs, acerca da necessidade de sintonia entre os espaço físicos e as atividades terapêuticas neles desenvolvidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram anexados

Recomendações:

...

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

...

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consustanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Continuação do Parecer: 2.375.353

participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_918567.pdf	24/10/2017 11:44:02		Aceito
Outros	Carta_Resposta.docx	24/10/2017 11:43:34	VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJPESQUISAccep_rev1.docx	24/10/2017 11:42:14	VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuario.docx	18/09/2017 09:29:19	VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJPESQUISAccep.docx	18/09/2017 09:29:01	VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE	Aceito
Outros	Aut_UsoDados.doc	29/06/2017 10:25:58	VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE	Aceito
Outros	Cur_Lattes_orientador.pdf	21/06/2017 16:13:41	VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE	Aceito
Outros	Cur_Lattes_pesquisadora.pdf	21/06/2017 16:13:15	VERA CHRISTINE CAVALCANTI	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 2.375.353

Outros	Cur_Lattes_pesquisadora.pdf	21/06/2017 16:13:15	FREIRE	Aceito
Outros	declaracaoMatricula.pdf	21/06/2017 16:12:24	VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoconfidencialidade.pdf	21/06/2017 16:11:37	VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	21/06/2017 11:54:13	VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	20/06/2017 11:56:05	VERA CHRISTINE CAVALCANTI FREIRE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 10 de Novembro de 2017

Assinado por:

LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Página 04 de 04

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO SEGTES



PREFEITURA DO
R E C I F E
SECRETARIA DE SAÚDE
Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI nº. 189 / 2018 – DES/UFES/DEGTES/SESAU

Recife, 20 de junho de 2018.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que é autorizado à **Vera Christine Cavalcanti Freire**, pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Urbano - MDU da Universidade Federal de Pernambuco, **extensão de período de coleta de dados**, para conclusão de pesquisa neste serviço, sob o título **“A loucura e a serpente: a lógica social do espaço dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade do Recife”**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Período da coleta de dados estendido: junho a outubro de 2018.

Finalização do projeto: dezembro de 2018.

Cordialmente,


Túlio Romério Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde
Túlio Romério Lopes Quirino
Chefe da Div. de Educação na Saúde
UFES / DEGTES / SESAU
Mat 100.473-5

Ilmo. Sr.
Manoel Ferreira
Coordenação de Saúde Mental

ANEXO C – TERMOS DE CONSENTIMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM
DESENVOLVIMENTO URBANO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa intitulada *"A loucura e a serpente: a relação sócio espacial dos centros de atenção psicossocial da cidade do Recife"*; que está sob a responsabilidade da pesquisadora *Vera Christine Cavalcanti Freire* [Contato: Av. 17 de Agosto, 934/04, Casa Forte. CEP 52061-540, Recife-PE. Telefone (inclusive ligações a cobrar): 81 994310773 30317026; e-mail: freire.vera@gmail.com]; e que está sob a orientação de *Cristiano Felipe Borba Nascimento* [contato: 81 996330286; e-mail: cristiano.borba@gmail.com].

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam comprehensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

A pesquisa propõe identificar como a arquitetura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Recife se corresponde com as diretrizes do Ministério da Saúde na perspectiva da reforma psiquiátrica. Para tanto, propõe-se analisar oito CAPS do Recife, observando sua organização espacial e as relações dos usuários com esses espaços. A participação é voluntária e se dará por meio de entrevistas individuais e fotografias do espaço em uso. A participação (entrevista) se dará no local do serviço de atenção à saúde mental. Sua contribuição será fundamental para o levantamento dos dados a serem analisados na pesquisa. Os dados constituirão a análise do padrão espacial, da vida espacial e da vida social para o estudo da concepção e utilização dos edifícios. Se após o seu consentimento em participar da pesquisa o (a) Sr.(a) quiser desistir, é dado o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, antes, durante ou após a coleta de dados, seja qual for a razão da sua decisão e sem causar prejuízo à sua pessoa. Sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas, fotos), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 (cinco) anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Vera Christine Cavalcanti Freire



CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, Ma. Cecília B. P. de Medeiros, CPF 36182680415 abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo "A loucura e a serpente: a relação sócio espacial dos centros de atenção psicossocial da cidade do Recife", como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: Recife, 05 de julho de 2018

Assinatura do participante: Cecília Passos

Impressão
digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

(testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores)



CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, Maria Cecília Pesta, CPF 044.820.134-80, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo "A loucura e a serpente: a relação sócio espacial dos centros de atenção psicossocial da cidade do Recife", como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: Recife 07 de novembro de 2018

Assinatura do participante: Maria Cecília Pesta

Impressão
digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

(testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores)



CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, Antônio R. Figueiras, CPF 000.424.239-71 abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo "A loucura e a serpente: a relação sócio espacial dos centros de atenção psicossocial da cidade do Recife". como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: Recife, 06 de Novembro de 2018

Assinatura do participante: Antônio R. Figueiras

Impressão
digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

(testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores)

ANEXO D – LEI 10.216 - REFORMA PSIQUIÁTRICA



Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI N° 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - 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;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm

1/2

supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Pùblico Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Jose Gregori
José Serra
Roberto Brant

ANEXO E – TEXTO DO MANIFESTO DE BAURU

Manifesto de Bauru

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical.

Contra a mercantilização da doença!

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!

Por uma sociedade sem manicômios!

Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.