

Sarah Santos¹

ENTRE CAMINHOS PONDERADOS E DELIRANTES: UMA ANÁLISE ESPACIAL DO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO – DF

BETWEEN PONDERED AND DELIRIOUS PATHS: A SPATIAL ANALYSIS OF SÃO VICENTE DE PAULO HOSPITAL – DF

¹Arqueóloga, graduada pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG, sarah.kketlen@gmail.com

RESUMO

O presente artigo é uma versão resumida do meu trabalho de conclusão de curso que se propõe a analisar as estruturas arquitetônicas do Hospital São Vicente de Paulo-DF, inaugurado em 1976, buscando entender seus discursos não-verbais. Compreendendo a loucura como uma construção social, ligada a ideais higienistas e modernistas, muitas vezes como forma de separar aqueles considerados produtivos dos improdutivos, procura-se analisar, a partir da Arqueologia do Contemporâneo e da Arquitetura, como essa estrutura arquitetônica contribuiu para a construção disciplinadora e controladora pretendida pela reforma modernista projetada para Brasília-DF. Para tal, foram utilizados o modelo gamma e os índices de Blanton com o objetivo de melhor entender sua materialidade, os usos de controle e poder no São Vicente de Paulo-DF.

PALAVRAS-CHAVE: Arqueologia da
Arquitetura; Arqueologia do Contemporâneo;
Hospital São Vicente de Paulo-DF; loucura.

ABSTRACT

This article is a summarized version of my undergraduate thesis, which aims to analyze the architectural structures of São Vicente de Paulo Hospital in the Federal District from the year 1976, seeking to understand its non-verbal discourses. Understanding madness as a social construct, linked to hygienist and modernist ideals, often as a means of separating those considered productive from those deemed unproductive, the analysis draws from Contemporary Archaeology and Architecture to examine how this architectural structure contributed to the disciplinary and controlling construction intended by the modernist reform projected for Brasília-DF. For this purpose, the gamma model and Blanton indices were used to better understand its materiality, and the uses of control and power in São Vicente de Paulo-DF.

KEYWORDS: Archaeology of Architecture;
Contemporary Archaeology; São Vicente de
Paulo Hospital-DF; madness.

INTRODUÇÃO

Este artigo é um resumo da minha pesquisa de graduação na qual me proponho a analisar as estruturas arquitetônicas do Hospital São Vicente de Paulo–DF, inaugurado em 1976, a fim de compreender sua materialidade, seus discursos não-verbais, usos de controle e poder por meio da arqueologia da arquitetura e do contemporâneo – subcampo que, segundo Tramasoli (2017, p.199), “ocupa-se de compreender a vida social a partir da dimensão material do mundo”, estando “condicionada a partir de uma circunstância presente; e que esse presente é formado por uma multitude de entes que coexistem e que carregam diversas temporalidades; que nós estamos imersos nessa mesma circunstância e, portanto, sujeitos a eles e eles a nós” (TRAMASOLI, 2017, p.199).

Compreendendo a loucura como uma construção social, ligada a ideais higienistas e modernistas, muitas vezes como forma de separar aqueles considerados produtivos dos improdutivos, procura-se analisar como essa estrutura arquitetônica contribuiu para a construção disciplinadora e controladora pretendida pela reforma modernista projetada para Brasília–DF.

Diante de anos de histórias, optei trabalhar com a planta arquitetônica do Hospital São Vicente de Paulo – DF (HSVP) de 1976 por dois motivos: 1) Por se tratar da planta do ano em que o HSVP é inaugurado; 2) o movimento pelo fim dos manicômios (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) não tinha sido criado e nem a lei antimanicomial havia sido aprovada. Esses dois pontos são significativos para a compreensão da atuação dos primeiros anos do HSVP. Assim, por meio da arqueologia da arquitetura – linha de pesquisa que, conforme Moreira (2015, p. 02), “considera as construções arquitetônicas superartefatos que materializam intencionalidades, funções e discursos ideológicos, os quais podem ser decodificados através do enfoque arqueológico” – analisaremos os discursos não-verbais impressos nas paredes e as possíveis experiências nesse contexto enquanto mecanismo de controle.

Isto posto, este trabalho foi arquitetado da seguinte maneira: iniciaremos com um breve resumo sobre o sertão goiano, passando pela fundação de Goiânia, mostrando como se deu a conformação dos indesejados, especialmente, os loucos. É de importância compreendermos o contexto, as políticas sociais que se passavam em Goiás, porque a futura capital do país, Brasília, irá se desenvolver incorporando seus ideais de nacional-desenvolvimento, as teorias modernistas no urbanismo, na arquitetura e as políticas higienistas, numa relação simbiótica. Depois, dedicaremos algumas linhas a construção de Brasília, entendendo para quem ela foi projetada e como podemos ver o discurso excludente em sua arquitetura. Em seguida, veremos como, através da arquitetura, podemos ler e conversar com as paredes; utilizando a planta baixa do HSVP, analisaremos sua espacialidade, identificando estratégias de disciplinamento e controle. Para tal, utilizaremos o modelo gamma – que analisa a configuração espacial, as movimentações e possíveis acessos da construção – e os índices de Blanton – que utilizando modelo gamma, formulou as medidas de escala, integração e complexidade.

GOIÂNIA E OS INDESEJADOS: BREVE PANORAMA DA CONSTRUÇÃO DO LOUCO EM GOIÁS E DA CAPITAL GOIANA

Não somente à primeira vista, mas a cada olhar, Goiás encanta com os caules retorcidos, o solo que mancha os pés de vermelho, o sol que brilha com esplendor queimando e avivando todo ser vivo e não vivo. Mas, apesar de seus cenários pitorescos e burlescos, esse estado foi palco de muitos conflitos. Dentre esses que são como divisores de água na história, podemos destacar a construção da capital Goiânia. Erguida na primeira metade do século XX, foi projetada desde seu início para representar a modernização e desconstruir a imagem de um Goiás oligárquico, atrasado e decadente – como reiterou em vários discursos seu então governador, Pedro Ludovico Teixeira, e o Secretário da Saúde José Peixoto da Silveira (PAULA, 2010).

A antiga capital, Vila Boa de Goiás, transmitia uma ideia de inércia da sertaneja e do sertanejo rural, ainda dos tempos de uma economia aurífera, agropastoril em nível de subsistência. E, tais personificações já não se adequavam com a ascendência idealizada da revolução de 1930. Goiânia, dessa forma, não seria uma capital qualquer, uma vez que materializaria a ideologia expansionista e desenvolvimentista do Estado Novo, sendo esculpida como a representação do mundo dos discursos, do material e do político (DINIZ, 2006).

Segundo Diniz (2006), o discurso nacionalista territorial que envolvia a capital – simbolizando o novo, o moderno e o progresso – além de conseguir atrair os olhares de todo país, ajudou a construir (isso se não formou) a imagem do homem nacional que desfrutaria das maravilhas do mundo novo (PALACIN, 1976 apud DINIZ, 2006). Vale apontar que essas questões eram de pessoal interesse a Ludovico que queria se reeleger a governador do estado.

Goiânia foi construída em um ambiente de profundas batalhas discursivas, com vistas à produção de uma nova mentalidade inspirada nos ideais da modernidade. Seus edifícios refletem o espírito de tempos e lugares produzidos a partir de bases científicas disciplinadoras, fundadas no pensamento euclidiano balizador da Art Decó. Da mesma forma, o traçado das ruas seguiu bases geométricas bem definidas. A nova capital fundamentou discursos que deveriam produzir um novo homem. Esta era uma necessidade para a abertura das portas do Cerrado goiano para a modernização prometida por Pedro Ludovico Teixeira (SILVA; MELLO, 2013, p.75, grifo meu).

A construção de Goiânia, arquitetada sob o prisma da modernidade (PALACIN, 1976 apud DINIZ, 2006), teve sua área definida pelo urbanista Armando Augusto de Godoi e, em 18 de maio de 1933, foi demarcada a área para a construção da cidade. Em 24 de outubro do mesmo ano, Pedro Ludovico lançou a Pedra Fundamental dando início a construção da capital e ao mesmo tempo eternizando-se como o seu fundador. Depois de pouco mais de 8 anos de construção, Goiânia recebeu seu batismo cultural.

Bem, retomando a citação de Silva e Mello (2013) com destaque ao trecho grifado: “deveriam produzir um novo homem” (SILVA; MELLO, 2013, p.75). Aqui podemos perceber a ideia de uma inevitabilidade de curar¹ o sertão, de tornar o homem brasileiro² forte na busca de um ideal que representasse o país. Esse novo homem surgiria e “as técnicas, não apenas de labor agrícola, mas o caráter de desenvolvimento e progresso, poderiam ser colocados em prática com mais agudeza” (PAULA, 2010, p.109). Por consequência, haveria cada vez mais o afastamento daqueles considerados como prejudiciais ao bem-estar social e que poderiam transmitir genes fracos as gerações futuras: os loucos (PAULA, 2020).

Dessa forma, todos que apresentavam comportamentos fora da norma, isto é, comportamentos que destoassem do socialmente correto e que impedissem o trabalho eram considerados um mal-estar social. E essa ideia materializou-se em corpos de mulheres, homens e crianças que antes, mesmo desassistidos, possuíam ao menos a liberdade de caminhar entre os demais. Segundo Paula (2019), eram considerados parte integrante da paisagem local e apesar do desprezo social ainda desfrutavam das particularidades individuais e, sobretudo, não eram confinados a uma categoria. Mas, com a construção do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho (HPAB) em 1º de abril de 1954, foi estabelecida a categoria do louco em Goiás, já que antes disso os comportamentos não eram determinados por regras e normas e, principalmente, por um saber científico que determinava a normalidade.

Instaura-se, nesse momento, um novo jeito de habitar a cidade e um local para curar aqueles que não seguissem as novas normas e regras estabelecidas. No final dos anos de 1950 é definida a categoria do doente mental, como expõe Alfredo Paes em um artigo publicado na Revista Goiana de Medicina de 1959: “Personalidade normal, é aquela: livre de sintomas, desembaraçada de conflitos, dotada de satisfatória capacidade de trabalho, apto para amar o próximo como a si mesmo” (PAES, 1959 apud PAULA, 2010, p.123). Para o historiador Paula (2010), essa definição de Paes evidencia a preocupação da psiquiatria em “tornar o homem apto para o trabalho este visto como algo não apenas necessário à sobrevivência individual dado ao modo de produção vigente, mas como um dever patriótico de cada componente social” (PAULA, 2010, p.123).

Esses discursos visavam construir um homem apto ao trabalho, já que o mesmo, era visto como algo intrínseco ao homem saudável, não estar apto a realizar tais tarefas colocava o indivíduo em situação de anormalidade. Esse ideal é disseminado a partir do discurso de que seria através de uma população saudável que se poderia alcançar um melhoramento econômico. Por consequência

² Segundo Paula (2019), neste sentido, intensificava a ideia de que o estado estava em uma total precariedade e que a população deveria ser curada e higienizada para que Goiás pudesse alcançar um patamar superior, o da modernidade.

³ Faço uso das palavras no masculino (homem brasileiro, candangos etc.) não por concordar com a historiografia sexista, machista e patriarcal da época e que ainda hoje encontramos (PELÁ; CHAVEIRO, 2021), longe disso, mas, como uma oportunidade de evidenciar que os discursos e os espaços da cidade eram destinados a um determinado grupo e que isso se reflete nos registros. Em outras palavras, vemos discursos que “enaltece o masculino e exclui as mulheres dos discursos oficiais, promove o apagamento destas dos processos históricos e geográficos e, por conseguinte, cria um simbolismo cultural que transforma a diferença sexual em desigualdade social” (PELÁ; CHAVEIRO, 2021, p.213).

deixar o estágio de precariedade em que o estado se encontrava. (PAULA, 2010, p.116).

Assim, em 1º de abril de 1954 foi inaugurado o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho – HPAB. Esse projeto foi realizado pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais, dirigido pelo médico homenageado na instituição, Adauto Botelho, e apesar das promessas de a instituição ser um espaço de cuidado e reabilitação, esse infelizmente atuou como legitimador de discursos sobre raça, eugenia e exclusão³ dos não adaptados e dos que poderiam causar males a sociedade.

No grupo de causadores de mal-estar social que ameaçavam conduzir a cidade ao fracasso econômico e social (PAULA, 2019) foram incluídos: os alcoólatras; agitadores, os ditos loucos; pessoas contrárias ao governo⁴; vadios⁵; e as mulheres que sofriam de histeria – doença vista na época como resultado da educação corrompida e pela degradação social. Estas eram representadas como mulheres vaidosas, teimosas, impositivas e capazes de grande rebeldia. Comparadas ao modelo de mulher normal e sadia da época, as histéricas podiam ser descritas como péssimas donas de casa (ROXO, 1906 apud CUPELLO, 2011).

BRASÍLIA: REPRESENTANTE DE MUITOS, LUGAR PARA POUCOS. BREVE PANORAMA DA CONSTRUÇÃO DA NOVA CAPITAL E DO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Brasília é uma cidade magnífica e pitoresca. Encanta transeuntes e moradores seja por sua beleza arquitetônica, clima ou pela forma caótica de deslocar-se (já que não é um lugar planejado para pedestres e nem para motoristas inexperientes). Por outro lado, é justamente esse caos, as relações de poder, as assimetrias entre as regiões planejadas e não planejadas, abusos e caos urbano que tecem a cidade, fazendo Brasília ser Brasília (SANTOS, 2016).

A nova capital do país desenvolveu-se incorporando as políticas higienistas e de nacional-desenvolvimento de Goiás, bem como as teorias modernistas no urbanismo e na arquitetura; estabelecendo uma relação mutualística⁶ com o estado de Goiás. Brasília torna-se então alvo da elite brasileira justamente por reunir em seu projeto os atributos da modernidade

⁴Conforme Paula (2010), podemos observar em vários discursos feitos por secretários da saúde, governadores, prefeitos e psiquiatras que “a intenção não é curar, mas realizar uma profilaxia” (PAULA, 2010, p.118).

⁵Segundo Paula (2019), muitas pessoas que eram contrárias ao governo da época foram encaminhadas para o HPAB como uma forma de repressão.

⁶Segundo o Decreto-Lei Nº3.688, Art. 59, era considerado como vadiagem “entregar-se alguém habitualmente à ociosidade, sendo válido para o trabalho, sem ter renda que lhe assegure meios bastantes de subsistência, ou prover à própria subsistência mediante ocupação ilícita”.

⁶Na Ecologia, mutualismo faz referência às relações de indivíduos de espécies diferentes que vivem associados (podem ou não ser dependentes) e que estabelecem uma associação harmônica em que ambos são beneficiados. A escolha desse termo deu-se pela importância que representantes públicos goianos tiveram na construção da nova capital e de como Brasília trouxe inúmeros benefício para o estado de Goiás (GODINHO, 2004).

mundialmente reconhecidos. Como posto por Vidal (2009 apud SANTOS, 2016, p.14), ela é a “síntese dos anseios elitistas lusos e brasileiros de uma capital”.

Brasília torna-se marco de um milagre (COSTA, 1956). Não era apenas a construção de uma metrópole que desde seu início foi marcada pela exclusão social (SANTOS, 2016), mas sim, segundo Jacques e Lopes (2018), uma oportunidade de “saída do ‘atraso’ do país, de mudança abrupta do curso histórico de nação de tradição colonial e que em pleno século XX demonstrava-se provinciana, patriarcal, rural e precarizada” (JACQUES; LOPES, 2018, p.471). Com a construção da nova capital o país sairia do atraso e, finalmente, chegaria à modernidade.

Segundo Portela (2013), a construção de Brasília também se mostrou asséptica socialmente quando optaram “por ignorar temas que contribuíssem negativamente para a construção da imagem de uma capital moderna, democrática e inclusiva, conforme discurso que configurou o projeto original da capital” (PORTELA, 2013, p.89). Dessa forma, os índices negativos da política de saúde mental no DF ganham especial significado, uma vez que conferem “inteligibilidade à invisibilidade que historicamente lhe foi atribuída” (PORTELA, 2013, p.89).

Estudos realizados na década de 1970 com base no materialismo histórico formularam críticas ao modelo de atenção à saúde, “na medida em que este, ideologicamente, está alicerçado no modo de produção capitalista no qual se nutre e para o qual serve de nutriente” (MACHADO, 2006, p.10). Minayo (2004 apud MACHADO, 2006) aponta que a “prática e o saber médico fazem parte da dinâmica das formações socioeconômicas, é no interior delas que podem ser explicadas como fenômenos históricos específicos, mas correlacionados com o processo social global” (MINAYO, 2004, p. 78 apud MACHADO, 2006, p.10).

Conforme a autora, o modo de produção capitalista vai impor ao homem o rótulo de sujeito produtivo, que tem de dar conta do trabalho, dentro de uma lógica de máxima produção, com a máxima eficácia, no menor tempo, pelo menor custo e para o máximo lucro. O homem que falha em sua produtividade deixa de atender a uma exigência fundamental do modo capitalista, não sendo produtivo é visto como alguém que não goza de sua perfeita saúde. Assim, a saúde, entendida como ausência de doenças, passa a ser entendida no modo capitalista, como ausência de impedimentos para ao trabalho [...] vemos que o modo capitalista, aliado ao saber médico, vai justificar a classificação e a exclusão dos incapacitados para o trabalho na medida em que “o modelo econômico excludente é colocado em paralelo com o paradigma excludente da saúde mental e vice-versa, até este momento as lutas contra o hospital psiquiátrico, se mesclam inteiramente com as lutas sociais. (MACHADO, 2006, p.10).

A ideia de construir um lugar isolado para as pessoas com doenças mentais foi transformando-se ao longo do tempo. No início o não gozar de liberdade era amparado nos ideais de possíveis curas e tratamentos, já que entendiam que essas pessoas em si não eram livres (MACHADO, 2006); mas, com passar do tempo o isolar tornou-se uma forma de excluir todos aqueles que de alguma forma não se adequavam a normalidade da época. O ato de

isolar pauta a higiene social visando, principalmente, a produtividade do ser humano (PAULA, 2020).

Num contexto de ausência de ações planejadas para a saúde mental, em setembro de 1960, no primeiro ano da criação da nova capital do país, foi inaugurada a Unidade Psiquiátrica do Hospital de Base que atendia pessoas portadoras de transtorno mental que se encontravam em crise. Nessa época o hospital priorizava a internação de pacientes em quadros psicóticos agudos e preferencialmente no primeiro surto (MACHADO, 2006). Já os pacientes “considerados crônicos, imigrantes de todas as partes do Brasil, eram encaminhados ao Sanatório Espírita de Anápolis – GO, clínica particular de Goiás, conveniada como SUS/DF [desde os primeiros anos da existência da cidade], bem como para outras clínicas conveniadas no DF” (MACHADO, 2006, p.45). Para Costa (2000 apud MACHADO, 2006) essas atitudes corresponderam “a uma concepção higienista, de uma Brasília asséptica, onde não existiam loucos e nem lugar para eles” (COSTA, 2000, p.1 apud MACHADO, 2006, p.45).

No ano de 1976 na primeira cidade satélite, Taguatinga – DF, que ainda era um local ermo, após algumas reformas na construção onde existia desde 1959 o Hospital São Vicente de Paulo que até então atendia as especialidades de Ginecologia–Obstetrícia, Pediatria, Cirurgia e Odontologia, é inaugurado o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico – HPAP. Apesar disso o governo ainda não tinha uma proposta clara de atenção à saúde mental. Vale apontar que mesmo após a inauguração do HPAP, manteve-se a orientação de encaminhar os pacientes crônicos para o sanatório em Anápolis – GO e para as cidades do entorno de Brasília.

O hospital retornará oficialmente ao seu antigo nome, Hospital São Vicente de Paulo – HSVP (uma homenagem das freiras ao santo fundador da congregação) e se tornará referência nacional de atendimento em Saúde Mental sendo o único local de internação público de Brasília (CAIXETA, 2012). É esse Hospital que analisaremos utilizando a teoria da sintaxe espacial.

Bem, tentar (re)construir partes desse passado acaba nos despertando a curiosidade para mais detalhes. Mas, devido à falta de referências dois pontos oferecem possibilidades para futuras pesquisas: 1) explanar como era o dia a dia dos internos (assistência oferecida, atividades diárias etc.). As fontes mais antigas encontradas sobre essa temática são do final da década de 1990, com mais detalhes a partir dos anos 2000. Contudo, considerando a formação do hospital e as denúncias sobre as condições precárias e maus tratos que foram feitas na década de 1990⁷, não nos cabe projetar a ideia de um lugar humanizado. 2) O perfil dessas pessoas. Assim como no caso anterior, não foram encontradas fontes referentes a década de 1970 e 1980 quando o hospital já atuava como HSVP. A referência mais antiga é de Portela (2013), onde analisou os prontuários de 2002 a 2010. Em suas análises, trabalhando questões gênero e das migrações para Brasília, os prontuários permitiram traçar o seguinte perfil:

Indicam um quadro diverso deste, visto que 70% dos prontuários são de pacientes mulheres, indicando como peculiaridade no DF a predominância absoluta do gênero feminino entre os usuários da

⁷Com os avanços da reforma psiquiátrica a partir de meados da década de 1980 até inícios dos anos 2000, vários hospitais (dentre eles o HSVP) e clínicas foram denunciadas por maus tratos e pelas condições precárias que os internos viviam (PORTELA, 2013).

saúde mental pública. Entre estas mulheres, 60% são não-brancas, o índice de analfabetismo corresponde ao dobro daquele que incide entre pacientes do sexo masculino, 44% das mulheres se identificam profissionalmente como “do lar” e somadas àquelas que se identificam como “domésticas”, temos 53% destas mulheres atuando no âmbito privado (o que nos parece significativo) e 14% de mulheres que estavam desempregadas no momento da internação [...] Esta afirmação nos auxilia na problematização do perfil manicomial predominante que os dados do HSVP nos ajudaram a construir: mulheres, migrantes, não-brancas, de meia-idade, com baixa escolaridade, que trabalham em seu lar ou são domésticas e são (ou foram) vítimas de algum tipo de violência (PORTELA, 2013, p.105-106).

Nos registros fotográficos da década de 1960, fornecidos pelo Arquivo Público do Distrito Federal, há uma foto com alguns dos rostos que passaram pelo HSVP (Figura 1). E não causa espanto os diversos olhares serem de mulheres, a maioria com crianças ainda de colo – pois, como vimos, nessa época o hospital atuava nas especialidades de Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria etc. Outra foto mostra no meio de um espaço todo branco muitos berços, todos aparentemente limpos, organizados e com mosquiteiros. Em outra, há destacando-se a frente uma freira, possivelmente a responsável pelo setor/ala onde a fotografia foi tirada, juntamente com políticos celebrando a inauguração das obras no hospital.

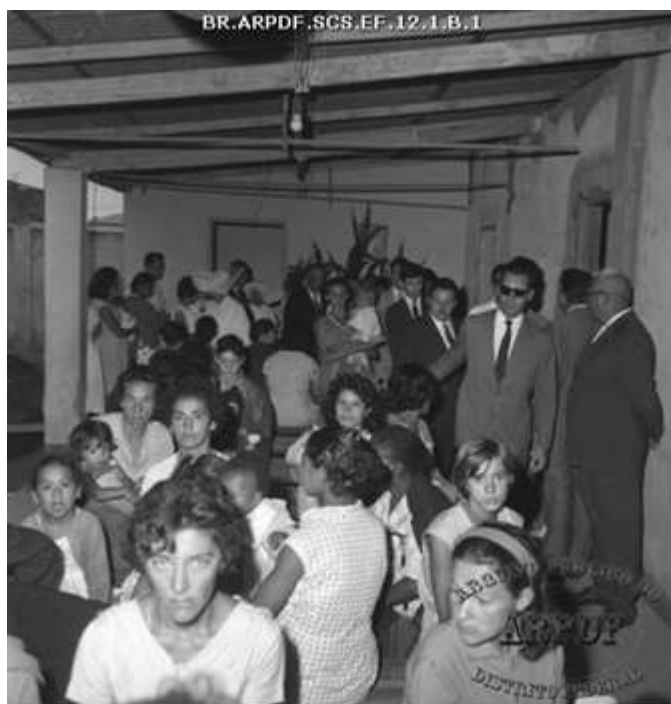


Figura 1: Foto no Hospital São Vicente de Paulo.

Fonte: Arquivo Público do Distrito Federal.

Esses registros e a planta arquitetônica nos levam a pensar se

durante a década de 1970 e 1980 houve uma atenção diferenciada às mulheres no HSVP e a questionamentos, como, diante de tantos cenários de violência, qual a origem da gravidez de muitas pacientes? Como era a assistência infantil? Como a saúde da mulher foi pensada antes dos anos 2000 em Brasília? E dentre muitos outros questionamentos, inicio aqui uma discussão importante: a tentativa de invisibilizar a mulher em Brasília. Falamos em candangos, operários, médicos e outros homens, mas onde estão as mulheres operárias? As candangas? As pacientes do HSVP? Segundo Fontenele (2017):

Curiosamente, no que tange a efetiva participação das mulheres na história da construção de Brasília, escassamente localizam-se publicações ou referências a sua atuação nesse período. Em geral, somente os homens são lembrados ou referidos na nossa recente história oficial. Eventualmente as poucas mulheres lembradas são D. Sarah e D. Júlia (esposa e mãe do presidente JK) ou alguma esposa de outro político importante. (FONTENELE, 2017, p. 3).

Ainda segundo essa autora, a dificuldade de lembrar as personagens femininas em Brasília não provém de uma amnésia coletiva, “mas, sim, em virtude de a história da cidade ter sido escrita sob a ótica masculina, que estranhamente omite a participação feminina (parteiras, cozinheiras, lavadeiras, engenheiras, professoras, prostitutas, donas-de-casa, dentre outras) na concretude da capital brasileira” (FONTENELE, 2017, p.3). Conforme Santiago (2019), “o censo experimental de Brasília realizado pela Comissão Censitária Nacional no ano de 1959 evidencia a predominância masculina na capital – 42.332 homens e 21.982 mulheres” (SANTIAGO, 2019, p.61).

As mulheres foram protagonistas importantes na história de Brasília. Para as que possuíam algum tipo de especialização, foi uma oportunidade de ser independente, começar uma nova carreira e, por vezes, abandonar relacionamentos abusivos. Segundo Mourão (2022), a diferença da extensão da liberdade pessoal e do empoderamento das mulheres em Brasília, “variou de acordo com a raça e a classe social de cada uma mulher, em padrões que ressoaram com as relações históricas de gênero no Brasil” (MOURÃO, 2022, p.158). Ou seja, para muitas mulheres construção da nova capital do país foi mais um cenário de violência. Nascimento (2019) analisou as representações de gênero nas ocorrências policiais registradas na Guarda Especial de Brasília (GEB) sobre violência contra mulheres no período de 1958 a 1961, e registrou

Situações de violência às quais as mulheres estiveram submetidas, sendo identificadas duzentos e setenta e nove (279) situações de crimes contra mulheres presentes em duzentos e trinta e seis (236) registros de ocorrência, sendo noventa e uma (91) delas ocorridas em âmbito doméstico/familiar (privado) e cento e quarenta e cinco (145) nos espaços públicos de Brasília. (NASCIMENTO, 2019, p.298).

Dentre os registros das violências ocorridas nos espaços públicos (ruas, comércio, vilas, praças etc.), os principais crimes são de “lesão corporal, estupro/tentativa de estupro, assédio do tipo sexual, tentativa de homicídio e assédio moral/constrangimento ilegal. Destacam-se também denúncias de prostituição e de violência contra prostitutas na cidade” (NASCIMENTO,

2019, p.299). Assim, podemos notar que o ambiente da mulher era permeado pela violência, dor e repressão; e, quando denunciavam, eram recebidas por julgamentos morais por parte dos policiais o que, por vezes, acarretava a subnotificação das denúncias (NASCIMENTO, 2019).

Optei por abordar essa tentativa de invisibilidade das mulheres junto a construção do HSVP justamente pela aparente contradição que há, nos discursos oficiais, de uma Brasília sem mulheres, mas que estas aparecem em suas rabeiras: nas escolas, nas cozinhas do canteiro de obras responsáveis pela alimentação dos peões, no comércio, nos bordeis, na telefonia, no HSVP etc. O contexto de violência, dor e repressão apresentado não visa de alguma forma propor que os índices de internações de mulheres no HSVP eram maiores por esses motivos, mas, como fez Portela (2013) e outros pesquisadores, pretende-se oferecer mais informações sobre o fardo e opressão que viveram nossas pioneiras, entendendo esses fatos como mais uma linha na malha dessa história.

“HAJA HOJE P/ TANTO ONTEM”: UMA ARQUEOLOGIA DO PASSADO CONTEMPORÂNEO E DA ARQUITETURA

Antes de falarmos da sintaxe espacial, é importante falarmos de uma área de estudo que vem crescendo desde 1970: a arqueologia do passado contemporâneo. Conforme Moreira (2017), essas pesquisas fazem parte de um período “com o qual estamos intimamente familiarizados e que exerce grande influência no nosso dia a dia e ações, resultando no desafio de explorar segredos e esquecimentos desse passado próximo, recuperando memórias recentes através da cultura material” (MOREIRA, 2017, p.213). Ela é chamada de contemporânea não por se tratar do agora e recente “mas porque não está ‘fechado’ na interpretação nem na influência emocional” (HARRISON; SCHOFIELD, 2010 p.52)

de modo que possibilita o tempo ser abordado de maneira reversa: a partir do hoje, volta-se à época em que o passado parece (subjetivamente) não ser mais recente. Contudo, embora esse passado seja por vezes familiar, isso não impede que alguns sítios arqueológicos do passado contemporâneo sejam tão enigmáticos quanto sítios pré-históricos (MOREIRA, 2017, p.213).

Assim, passamos a olhar para o que nos é cotidiano com outros olhos, ponderando sobre as singularidades que nos definem (HARRISON; SCHOFIELD, 2010), tendo a oportunidade de, conforme ressalta Thiesen (2013, p.225–226), “desbanalizar o passado recente, mostrando, escancarando o drama, os traumas”. Essa é uma arqueologia de voz crítica e apesar de muitas vezes dolorosa, é insigne na construção de caminhos por meio da articulação da materialidade ao contemporâneo que permitem o fluir de vozes que foram abafadas, memórias rejeitadas e de vidas menosprezadas (GONZÁLEZ–RUIBAL, 2008, p. 20). É uma arqueologia do hoje que abraça os diferentes

ontens da história, flui com eles a partir da memória, de um hoje atemporal para um amanhã em eterna reconstrução. Já dizia Paulo Leminski (2013, p.268): “Haja hoje para tanto ontem”!

Essa perspectiva possibilita outras formas de nos relacionarmos com o espaço-tempo, este, agora, aberto a múltiplas interpretações. Segundo Costa e Fonseca (2007), o tempo que habitamos, o atual, é

constituído por todas as contingências do passado e possibilidades do futuro que se colapsam no instante sempre a recriar sua duração. Estamos nos recriando a todo instante, e nesta perspectiva perguntar-se do hoje é mergulhar nos tempos diversos para reconstruir nosso arranjo de forças presente como uma obra de arte (COSTA; FONSECA, 2007, p.13).

O passado, nesse sentido, não é engessado e nem apagado na direção do futuro, mas sim uma possibilidade de nos afundarmos “no tempo, mas sem sair do presente” (COSTA; FONSECA, 2007, p.9). Logo, se os objetos são um pouco de nós, já que “contribuem para a construção do tipo de pessoas que somos e para o tipo de relações sociais que estabelecemos” (MOREIRA, 2015, p.94), eles nos permitem estudar o mundo social dentro dos seus diferentes arranjos de fluxos, pois, “são passíveis de interpretações e podem nos dizer muito acerca de ideologias, práticas sociais, discursos de poder, etc.” (MOREIRA, 2015, p.95).

A arquitetura, nessa perspectiva, é uma das materializações dos fluxos do mundo social, ou seja, cultura material. E segundo Lima (2011, p.19), “a cultura material é produzida não por um sistema, mas por indivíduos com escolhas ideologicamente determinadas”. Por isso, não é apenas um reflexo da cultura, já que ela a constitui ativamente (HODDER, 1982 apud LIMA, 2011) ao passo que também é constituída. Assim como a escrita e a linguagem,

A cultura material é um sistema estruturado de signos, de modo que ela pode ser considerada como um texto. Nessa analogia textual, os textos materiais devem ser lidos, sua sintaxe desvendada, estando implícito o fato de que as pessoas os leem diferentemente, de tal forma que a cultura material está aberta a múltiplas interpretações. Por meio de discursos materiais, as pessoas falam silenciosamente sobre si mesmas, sobre sua visão de mundo, sobre o que não pode ou não deve ser dito verbalmente, e aí reside a sua força. (LIMA, 2011, p.19).

Isto posto, não podemos pensar um espaço sem considerar as pessoas que o construíram, uma vez que nos fluxos entre humanos e cultura material a sociedade estrutura e, deste modo, por ela é domesticada (HILLIER; HANSON, 1984). Por esses motivos, podemos compreender a arquitetura como a materialização da “ordem espacial em sistemas relacionais nas quais estão incorporadas finalidades sociais” (MOREIRA, 2015, p.95); em outras palavras, são produtos culturais carregados de intencionalidades e significados, isto é, sempre dentro do seu contexto e conforme as práticas e usos que lhe eram atribuídos.

Nesta pesquisa, iremos nos dedicar a leitura física que, por meio da sintaxe espacial, analisa a forma, função e espacialidade do edifício (MOREIRA, 2015). Moreira (2015) ressalta que a partir dessas especificidades, podemos compreender a edificação não apenas como objeto, mas também como

um sistema de relações espaciais, uma vez que está ligada a organização e ordenação das relações entre as pessoas, criando “limites artificiais que favorecem certos encontros e dificultam outros” (MOREIRA, 2015, p.94).

Bem, mas o que é a teoria da sintaxe espacial? É um conjunto de técnicas apresentado por Hillier, Hanson e seus colegas da London College no início da década de 1980, que buscam descrever a configuração espacial do ambiente, seja ele construído ou projetado, estabelecendo a relação entre a estrutura do/no espaço urbano e as relações sociais. Possibilitando a compreensão das possíveis formas de deslocamento e como isso reflete e molda as relações sociais estabelecidas no interior das construções (CARMO et al., 2012 apud MACHADO, 2022). Assim, a arquitetura torna-se então um texto e os cômodos, paredes, janelas, portas etc. são projeções dos processos sociais e mentais (HILLIER; HANSON, 1984).

Dentre as técnicas utilizadas na leitura espacial, destaca-se o modelo gamma que possibilita estabelecer uma base para “discutir a representação, quantificação e interpretação da configuração espacial de edifícios e estruturas arquitetônicas” (ZARANKIN, 2001, p.123). E a partir das variáveis forma, função e organização espacial, podemos obter um “panorama básico sobre o modo como os mecanismos de controle e poder encontram-se presentes em uma determinada estrutura” (ZARANKIN, 2001, p.123-124).

Agora veremos alguns esquemas que ilustram a aplicação e características do modelo gamma. A Figura 2 apresenta um exemplo de análise da permeabilidade da construção, ou seja, as formas/possibilidades de se locomover dentro dela, podendo caracterizar a edificação como distributiva ou não.

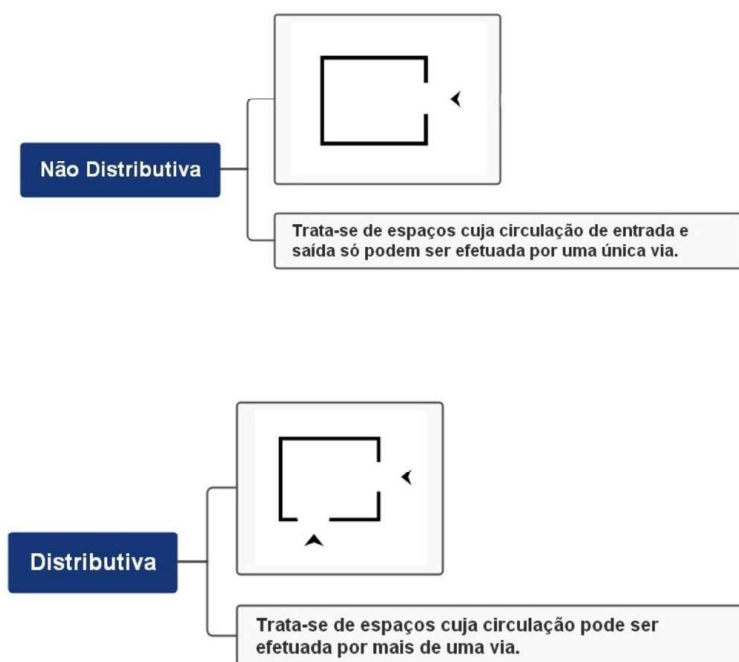


Figura 2: Tipos de permeabilidades.

Fonte: Elaborado pela autora.

É fundamental seguirmos alguns passos na hora de aplicar o modelo gamma na estrutura, por exemplo: a área externa é sempre numerada como o ponto zero e a entrada como o nó (cômodo) número um; seguir a lógica da acessibilidade, ou seja, a partir do nó número 1 posso seguir para o 2, do 2 posso ir para o 3 e 4 e assim por diante. O resultado desse processo será um gráfico espacial representando os nós e seus possíveis acessos. Vejamos o esquema abaixo para melhor visualização do que foi dito.

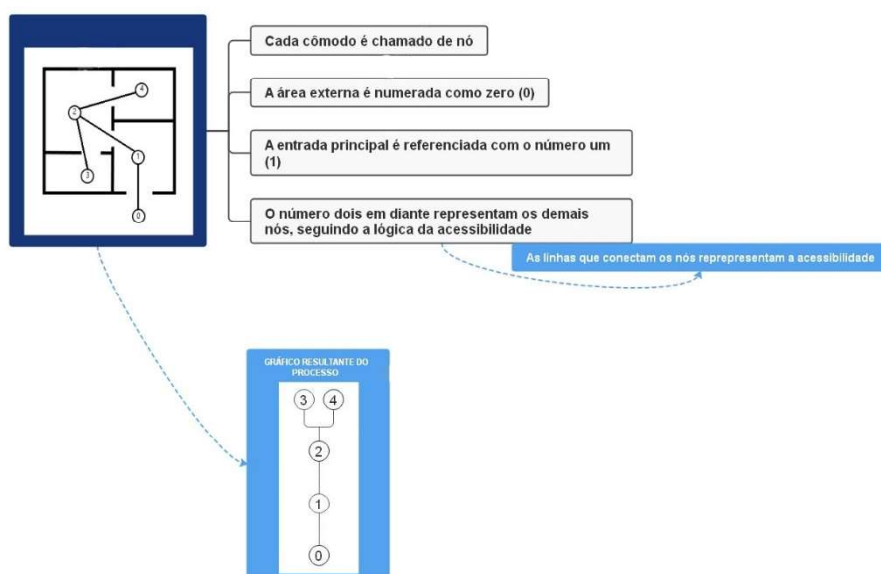


Figura 3: Esquema de análise.

Fonte: Elaborado pela autora.

Blanton (1994 apud MOREIRA, 2015), utilizando o modelo gamma, elaborou uma metodologia de análise que resultou nas medidas de escala, integração e complexidade. Vejamos o que representa cada uma delas:

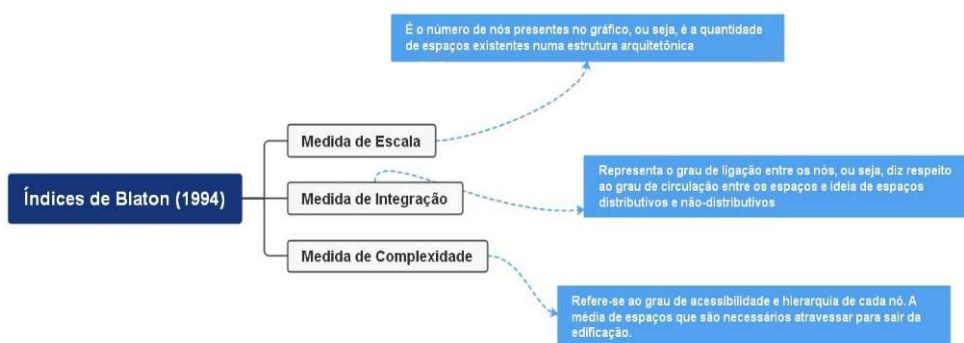


Figura 4: Índices de Blanton.

Fonte: Elaborado pela autora.

Calculamos esses índices da seguinte forma:

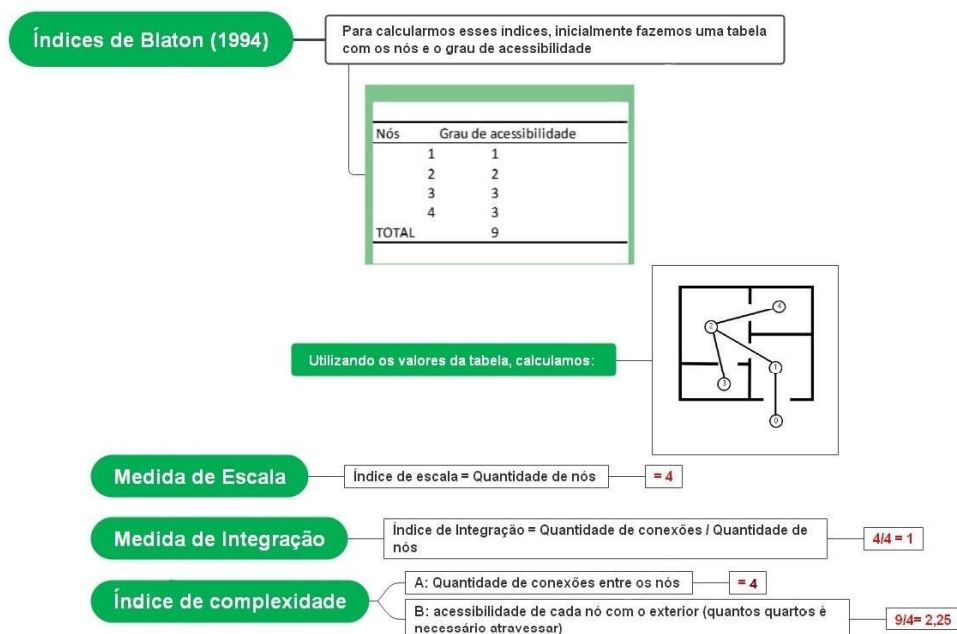


Figura 5: Cálculo dos índices.

Fonte: Elaborado pela autora.

Esses índices possibilitam a análise da simetria da edificação e a compreensão das relações espaciais estabelecidas entre os cômodos. Embora também possam ser aplicados em comparações entre diferentes construções, neste estudo o enfoque está voltado para a relação interna entre os ambientes de uma mesma edificação.



Figura 6: Simetria.

Fonte: Elaborado pela autora.



Figura 7: Assimetria.
Fonte: Elaborado pela autora.

O uso dessa metodologia não objetiva apenas quantificar as dimensões distributivas e não-distributivas por meio de axiomas matemáticos e equações, mas também, identificar as particularidades e similaridades das estruturas espaciais, e o modo como estas moldam o potencial de uso e a experiência humana dentro desse ambiente. Além disso, esta abordagem permite a identificação de áreas panópticas que são os espaços que exercem um maior poder de controle e vigilância — oferecendo uma compreensão aprofundada da dinâmica de poder inserida na configuração espacial.

O termo panóptico foi criado pelo filósofo e jurista inglês Bentham no final do século XVIII quando ele estudou o “sistema penitenciário e criou um projeto de prisão circular, onde um observador central poderia ver todos os presos [...] e sugeriu que este mesmo projeto de prisão poderia ser utilizado em escolas e no trabalho, como meio de tornar mais eficiente o funcionamento desses locais” (MOREIRA, 2015, p.113).

Foi neste período, conforme Moreira (2015) que: iniciou-se um processo de disseminação sistemática de dispositivos disciplinares, a exemplo do panóptico: um conjunto de dispositivos que permitiria uma vigilância e um controle social cada vez mais eficiente dentro do sistema de vigilância e, uma vez ciente disso, estes interiorizam a disciplina de maneira tal que o poder exercido sob seus corpos é garantido e mantido de forma automática – tornando-os, assim, corpos dóceis e mantenedores do poder. (MOREIRA, 2015, p.113).

Foucault (2013) entende a disciplina como um dispositivo de poder que transforma os corpos em sujeitos dóceis e produtivos, sendo os hospitais um exemplo claro dessa dinâmica. Nessas instituições, a disciplina se expressa na separação dos pacientes, no controle rigoroso das rotinas e na própria organização espacial, que busca garantir funcionalidade e controle interno. Assim, espaços são agrupados a fim de “satisfazer não só a necessidade de vigiar, de romper as comunicações perigosas, mas também de criar espaço útil” (FOCAULT, 2013, p.139).

Como anteriormente apontado, iremos trabalhar com a planta arquitetônica do Hospital São Vicente de Paulo-DF de 1976. Por se tratar

de um documento relativamente antigo muitos detalhes não estão nítidos (Figura 8), por isso, optei por limpar a planta, realçando os traços da edificação (Figura 9).

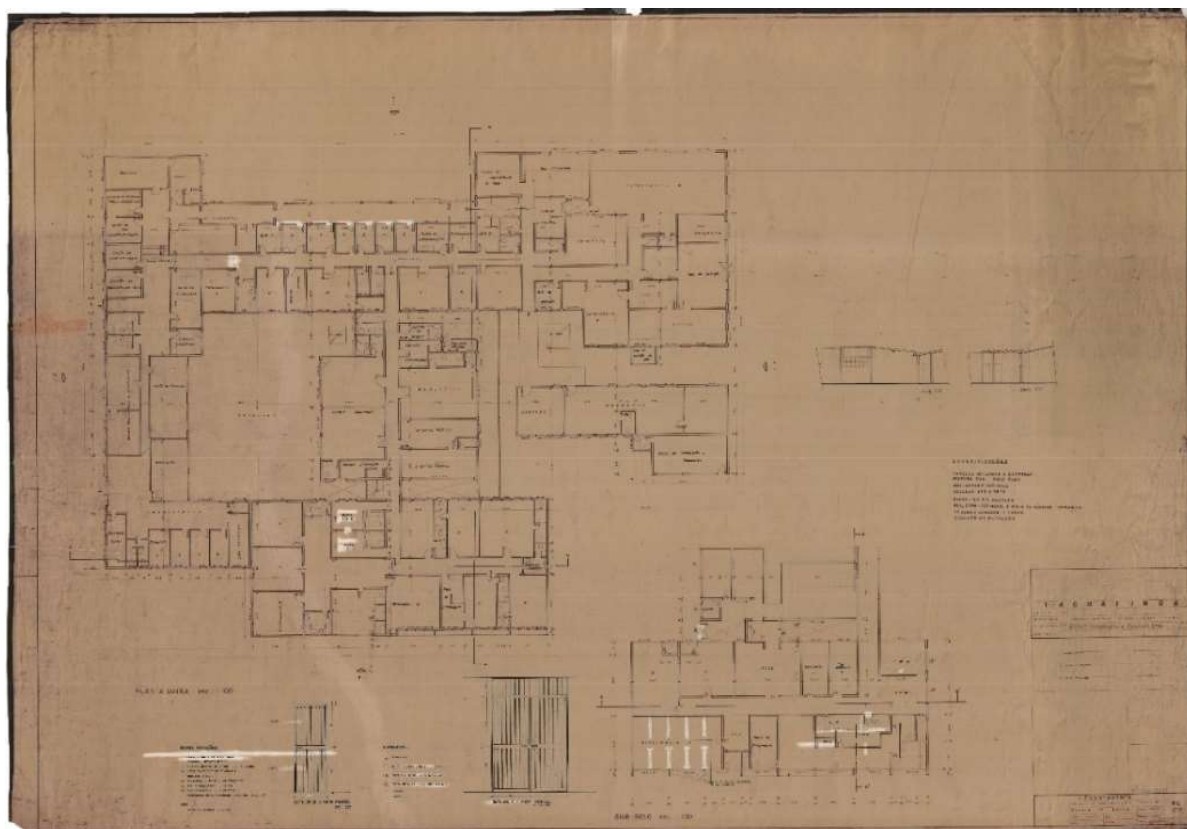


Figura 8: Planta Arquitetônica do Hospital São Vicente de Paulo – DF.
Fonte: Subsecretaria de Infraestrutura em Saúde – SINFFRA (DF).

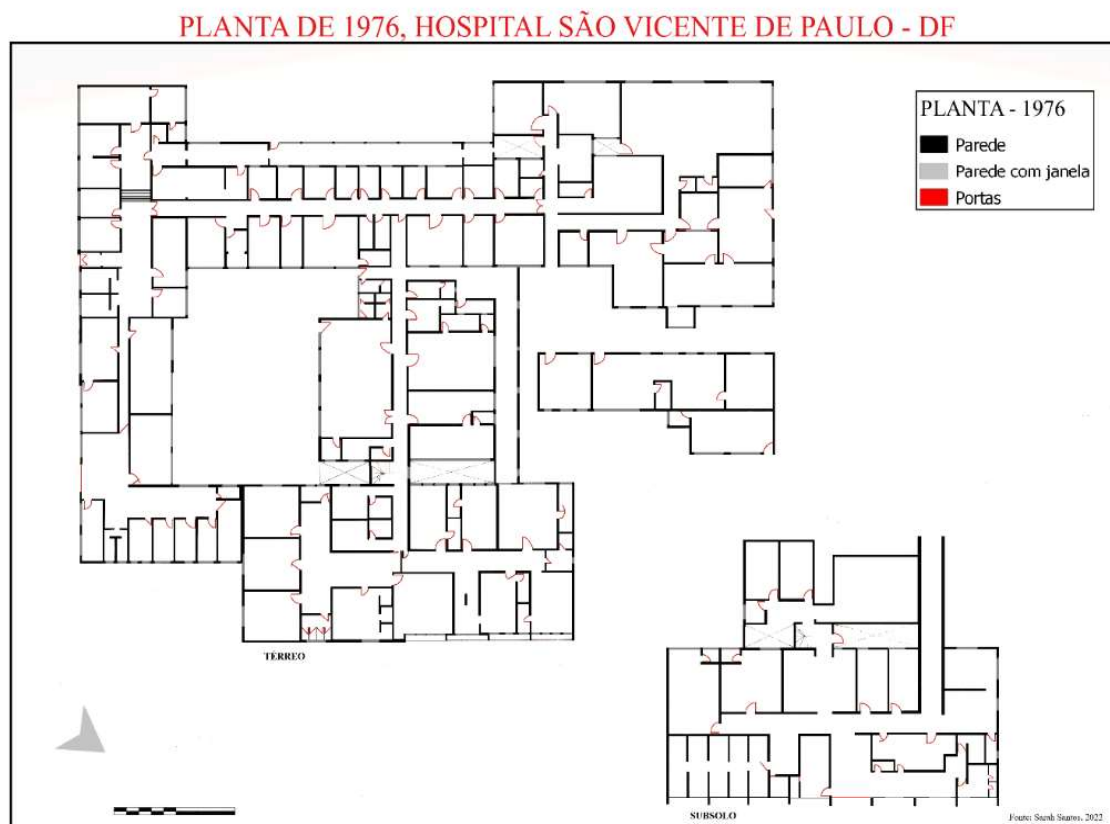


Figura 8: Planta Arquitetônica do Hospital São Vicente de Paulo – DF, graficamente adaptada.

Fonte: Elaborado pela autora.

É importante salientar que o terreno da edificação não é nivelado em relação a rua. A entrada principal encontra-se numa parte semienterrada, por esse motivo vemos sua identificação no projeto como subsolo (Figura 9) e a parte principal da estrutura como térreo. Em um primeiro momento essa singularidade do terreno pode gerar um estranhamento – já que temos dois pavimentos que fazem contato com o meio externo –, mas, procuramos representar tal complexidade da melhor maneira possível através dos gráficos espaciais.

Partindo da entrada principal no subsolo, começamos a percorrer a edificação identificando os nós (Tabela 1), numeramos e estabelecemos suas conexões (Figura 10).

Tabela 1: Número do Nó e função desempenhada a partir da planta do subsolo da edificação do Hospital São Vicente de Paulo – DF.

Nº do Nó	Função	Nº do Nó	Função
1	Entrada principal	23	Enfermaria A
2	Posto de Ident.	24	Enfermaria A
3	Guichê/ S. Social	25	Enfermaria A
4	Corredor	26	Enfermaria A
5	Banheiro	27	Enfermaria A
6	Banheiro	28	Enfermaria A
7	Sanitário	29	Hall
8	Sanitário	30	Corredor
9	Posto de Enfermagem	31	Escada
10	Banheiro	32	Fosso de ventilação
11	Corredor	33	Corredor
12	Enfermaria B	34	Quarto
13	Banheiro	35	Expurgo
14	Enfermaria C	36	Fosso de ventilação
15	Banheiro	37	Quarto
16	Corredor	38	Sem função indicada
17	Banheiro	39	Consultório I
18	Corredor da enfermaria	40	Consultório II/ Sala de medicação
19	Enfermaria A	41	Corredor
20	Enfermaria A	42	R. Médico
21	Enfermaria A	43	R. Médico
22	Enfermaria A	44	Banheiro

Fonte: Elaborado pela autora.

Seguimos realizando os mesmos processos de identificação (Tabela 2), numeração e conexão dos nós na planta do térreo.

Tabela 2: Número do Nó e função desempenhada a partir da planta do térreo da edificação do Hospital São Vicente de Paulo – DF.

Nº do Nó	Função	Nº do Nó	Função	Nº do Nó	Função
45	Rampa	98	Posto Enfer.	151	Banheiro
46	Corredor	99	Enfermaria E	152	Fosso de Ventilação
47	Depósito de oxigênio	100	Banheiro	153	Banheiro
48	Corredor	101	Sem função indicada	154	Seção Material e Patrimônio
49	Banheiro	102	Banheiro	155	Sub - Almoxarifado
50	Sanitário	103	Enfermaria H	156	Serviço de Administração da Sede
51	Corredor	104	Banheiro	157	Fosso de Ventilação
52	Depósito da terapia	105	Enfermaria G	158	Sem função indicada
53	Banheiro	106	Banheiro	159	Corredor
54	Repouso Enfermagem	107	Enfermaria F	160	Seção de Informática
55	Banheiro	108	Banheiro	161	Seção de Informática
56	Auditório	109	Pertences Pacientes	162	Seção de Informática
57	Banheiro	110	Banheiro	163	Seção de Informática
58	Banheiro	111	Corredor	164	Banheiro
59	Arquivo médico	112	Banheiro	165	Corredor
60	Arquivo médico	113	Banheiro	166	Secretaria
61	Banheiro	114	Enfermaria M	167	Sala do Diretor
62	Terapia Ocupacional	115	Sem função indicada	168	Banheiro
63	Banheiro	116	Pertences Pacientes	169	Divisão de Recursos Médicos Assistenciais
64	Chuveiro	117	Enfermaria N	170	Seção de Assistência Social
65	Banheiro	118	Corredor	171	Escada
66	Solarium	119	Banheiro	172	Corredor
67	Banheiro	120	Enfermaria O	173	Seção de Enfermagem
68	Chuveiro	121	Aptº A	174	Divisão de Administração Geral
69	Fosso de ventilação	122	Aptº B	175	Corredor
70	Corredor	123	Aptº C	176	Seção de Protocolo
71	Repouso Enfermagem	124	Aptº D	177	Central Telefônica
72	Banheiro	125	Aptº E	178	Corredor
73	Escada	126	Aptº F	179	Banheiro
74	Corredor	127	Aptº G	180	Corredor
75	Corredor	128	Posto Enfer.	181	Banheiro
76	Posto Enfer.	129	Enfermaria L	182	Corredor
77	Banheiro	130	Enfermaria I	183	Seção Econômica e Financeira
78	Corredor	131	Enfermaria K	184	Seção Econômica e Financeira
79	Banheiro	132	Aptº H	185	Seção de Pessoal
80	Posto Enfer.	133	Enfermaria J	186	Corredor - Entrada P. Ambulatório
81	Corredor	134	Banheiro	187	Matrícula
82	Banheiro	135	Corredor	188	Assistente Social
83	Sanitário	136	Corredor	189	Corredor - Ambulatório
84	Sanitário	137	Farmácia	190	Banheiro
85	Sanitário	138	Banheiro	191	Cons. Psicólogo
86	Enfermaria D	139	Corredor	192	Consultório 4
87	Corredor	140	Sala de Nutrição	193	Consultório 3
88	Banheiro	141	Refeitório A	194	Consultório 2
89	Enfermaria C	142	Copa	195	Consultório 1
90	Enfermaria B	143	Cozinha	196	Corredor
91	Enfermaria A	144	Dep. De botijão de gás	197	Banheiro
92	Banheiro	145	Sala de Nutrição	198	Banheiro
93	Chuveiro	146	Despensa	199	Expurgo
94	Sanitário	147	Sem função indicada	200	Rouparia
95	Sanitário	148	Corredor	201	Banheiro
96	Chuveiro	149	Banheiro	202	Sem função indicada
97	Corredor	150	Refeitório B	203	Seção de Manutenção e Transportes
				204	Banheiro

Fonte: Elaborado pela autora.

Representação gráfica do subsolo e térreo:

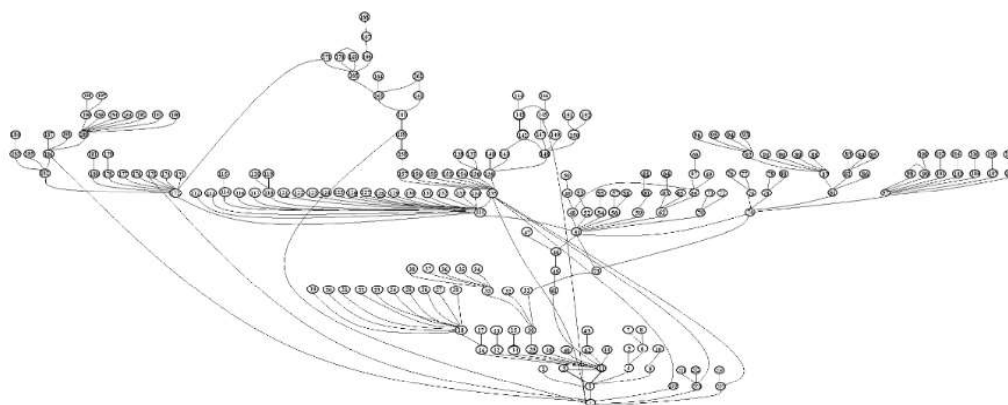


Figura 10: Gráfico 1 – Representação gráfica do subsolo e térreo.
Fonte: Elaborado pela autora.

Seguindo, calculamos os índices de escala, integração e complexidade do subsolo e térreo:

Tabela 3: Índices de escala, integração e complexidade do subsolo e térreo da edificação do Hospital São Vicente de Paulo – DF.

Índice de escala	Índice de integração	Índice de complexidade A	Índice de complexidade B
204	1,08	222	4,05

Fonte: Elaborado pela autora.

A começar pelo índice de escala, que indica a quantidade de cômodos da edificação, observamos que juntos, o subsolo e o térreo, dispõem de 204 espaços, é uma estrutura grande. O índice de integração corresponde a circulação interna. Quanto mais próximo de 1 for o seu valor de medida maior será a restrição de circulação presente no prédio. Considerando o valor 1,08 podemos dizer que alguns cômodos possuem mais de uma entrada/saída, todavia, a maioria desses são áreas exclusivas de funcionários, a exemplo, nós 175, 159, 135 e 145.

O índice de complexidade A apresenta a quantidade de conexões entre os nós (subsolo e térreo), totalizando 222 conexões. Já o índice de complexidade B nos oferece a acessibilidade, em outras palavras, em média quantos espaços devem ser atravessados para chegar à parte externa do prédio. Considerando o valor obtido de 4,05 podemos dizer que dificilmente

alguém atravessaria 4 cômodos sem ser visto.

Outra característica a ressaltar são os espaços com maior acessibilidade e os mais restritos. Observando o gráfico espacial, vemos que o nó 168 ocupa uma posição hierárquica diferente, é um cômodo mais restrito. Contudo, considerando que este é o banheiro da sala do diretor era esperado que seu acesso fosse mais difícil, pois é comum que os banheiros sejam cômodos com acesso mais limitado (MOREIRA, 2015).

Outros nós que se destacam no gráfico pela permeabilidade mais restrita são os 144 (departamento de botijão de gás), 146 (despensa), 184 (seção econômica e financeira) e 162 (seção de informática). Considerando suas funções, não causa espanto tal restrição. Por outro lado, o nó de maior acessibilidade é o 135, corredor que permite acesso a diversas áreas administrativas.

Os espaços que exercem mais controle e poder, isto é, panópticas, foram destacadas abaixo:

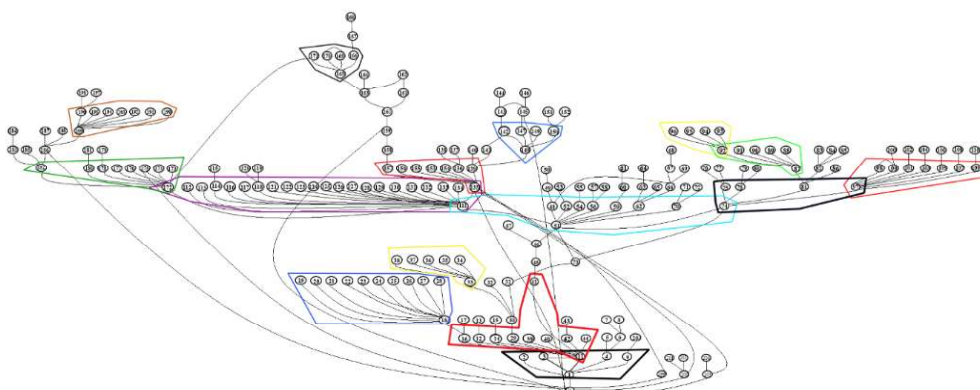


Figura 11: Gráfico 2 – Destaque de 15 áreas panópticas.

Fonte: Elaborado pela autora.

A proeminência dos corredores como áreas panópticas (11, 18, 33, 41, 51, 74, 87, 111, 135, 148, 165, 172, 189) reforçam a função disciplinar inerente a instituições de confinamento como o HSVP. Partindo da teoria foucaultiana, o isolamento e a vigilância constante visavam a docilização dos indivíduos, um poder que “discretamente, estrutura o mundo onde as pessoas estão inseridas de modo a controlá-las e, simultaneamente, torná-las mantenedoras desse controle” (MOREIRA, 2015, p.121-122).

No contexto específico da construção de Brasília, essa docilização ganha uma camada adicional de propósito sob o imperativo de saúde. O HSVP não estava isolado, ele era parte integrante de um ambicioso projeto de modernidade e progresso. A identificação desses corredores (11, 18, 33, 41, 51, etc.) como os pontos de maior controle da edificação ilustra a eficiência com que a arquitetura foi desenhada para monitorar vastas áreas com o mínimo de esforço. Essa eficiência não apenas garante a ordem interna, mas é fundamental para o processo de instrumentalização. Se o hospital buscava tornar seus internos úteis ao projeto de Brasília (seja em trabalhos internos ou externos), era vital que a instituição pudesse garantir a máxima vigilância e regulação da circulação.

Desta forma, o sistema panóptico expresso nos corredores serve como

um mecanismo arquitetônico que habilita a dupla função do hospital: conter e normalizar aqueles que desviavam da norma (adequando-os aos padrões sanitários e sociais da nova capital) ao mesmo tempo em que os prepara, por meio da disciplina rigorosa, para serem elementos de alguma utilidade direta ou indiretamente, à utopia urbanística de Brasília. A análise dos dados espaciais torna-se, assim, crucial para desvendar como a configuração física do hospital foi cúmplice dessa ideologia de progresso que exigia ordem, disciplina e, sobretudo, utilidade social.

Conforme ressalta Moreira (2015), tamanho controle “não se daria necessariamente por meio da força, haja vista que um indivíduo que sabe estar num campo de visibilidade, ele próprio se coloca em seu lugar e, conseqüentemente, se autocontrola” (Moreira, 2015, p.118). É, segundo Foucault (2013),

um tipo de implantação dos corpos no espaço, de distribuição dos indivíduos em relação mútua, de organização hierárquica, de disposição dos centros e dos canais de poder, de definição de seus instrumentos e de modos de intervenção, que se podem utilizar nos hospitais, nas oficinas, nas escolas, nas prisões. [...] O esquema panóptico é um intensificador para qualquer aparelho de poder: assegura sua economia (em material, em pessoal, em tempo); assegura sua eficácia por seu caráter preventivo, seu funcionamento contínuo e seus mecanismos automáticos. É uma maneira de obter poder. (FOUCAULT, 2013, p.195).

Essa submissão à disciplina era imposta por meio de um ritual de admissão que operava como um verdadeiro processo de mortificação do eu, fundamentado na classificação e na ruptura da identidade individual. O conceito de mortificação do eu, tal como definido por Goffman (1961), encontra um correlato direto na análise foucaultiana dos hospitais psiquiátricos, onde os mecanismos de poder disciplinar — como a vigilância panóptica e a sanção normalizadora — operam para docilizar o corpo e destruir a subjetividade autônoma, transformando o indivíduo em um “caso” a ser controlado e útil (FOUCAULT, 2013).

A pessoa admitida no HSVP era imediatamente separada de seus familiares, tendo seus laços sociais abruptamente interrompidos. Em seguida, era conduzida a uma sala comum — sem distinções quanto a sexo, sofrimento mental, enfermidade ou idade —, onde recebia medicação. Esse procedimento resultava na anulação de sua subjetividade autônoma e na conseqüente submissão à disciplina institucional. Após o confinamento, os internos tinham seus pertences recolhidos e passavam a ser separados apenas por sexo. No entanto, não foi possível identificar na planta a localização das áreas destinadas a homens e mulheres. Cabe ainda ressaltar que o HSVP não atendia menores de idade.

Dessa forma, a análise revela a intencionalidade da arquitetura do Hospital São Vicente de Paulo, classificando-o como uma edificação não-distributiva, assimétrica, de restrito acesso e pontuada por diversas áreas panópticas. Essas características espaciais convergem para um propósito claro: trata-se de um espaço projetado para produzir e manter a disciplina, tornando visíveis e controláveis os corpos que nele habitavam, atuando como um eficiente dispositivo de docilização e confinamento, alinhado às lógicas

de exclusão e ordem social vigentes no período da construção de Brasília.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos a última parte desse trabalho e uma pergunta ressoa em minha mente: “De que serve o passado senão para incomodar?” (MOREIRA, 2015, p.131). O incômodo nos leva a diferentes linhas de reflexões e, talvez, seja o que torna os acontecimentos tão importantes e mutáveis.

Os gráficos apresentados confirmam que a configuração espacial do HSVP favorecia a vigilância dos corpos, o confinamento dos pacientes e, por consequência, a concretização dos propósitos da instituição. Contudo, é importante não reduzir esses corpos a uma condição de passividade, como meras vítimas que internalizam o sistema e perdem voz, ação e reação. Trata-se, antes, de questões fundamentais que ainda precisam ser aprofundadas na análise do HSVP.

Sabemos que há muitas cicatrizes desse passado excludente e violento em diferentes esferas. No entanto, grandes feridas ainda latejam. Em dezembro de 2020, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) propôs a revogação de várias portarias feitas entre 1991 e 2014. Entre as mudanças sugeridas pelo governo federal, encontravam-se o fim do Programa De Volta para Casa, as equipes de Consultório na Rua e o Serviço Residencial Terapêutico. Isso significaria um enorme retrocesso às conquistas da luta antimanicomial, a exemplo da Lei federal 10.216/2001. Felizmente, com as manifestações do Movimento Pró-Saúde Mental do DF e de outras entidades da área, a proposta foi interrompida.

Questões como essa evidenciam a urgência de refletir e nos emaranharmos no presente, entendido a partir de Costa e Fonseca (2007, p.7) como “platô temporal do existir ao qual tudo se refere, e no qual tudo existe, pois é aqui e agora que as forças se afirmam, sendo o amanhã e o ontem apenas variações deste presentificar”. Essas feridas e cicatrizes, resultantes de uma longa tentativa de conter o turbilhão das loucuras e moldá-las a uma lógica de ordem, são contemporâneas e “de nada adianta esquecê-las em nome de um salto para o futuro, lá estão elas, ainda, contendo e estimulando com suas amarras materiais e imateriais” (COSTA; FONSECA, 2007, p.9).

Assim, ainda há muito o que mexer, remexer, construir e desconstruir no nosso passado manicomial. Não à procura de uma verdade, mas sim na complexificação das suas imagens (COSTA; FONSECA, 2007). Este trabalho representa uma linha, um caminho um tanto delirante que pondera sobre as diversas loucuras em que habitamos e nas que nos habitam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAIXETA, Izabela Amaral. **Entre a criminalização da loucura e a psiquiatrização do crime: as trajetórias da medida de segurança no Distrito Federal**. 2012. 109 f. Monografia (Bacharelado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

COSTA, Lúcio. **Relatório do Plano Piloto de Brasília, 1956**. Brasília, 21 de abr. 2010. Disponível em: <https://concursosdeprojeto.org/2010/04/21/plano-piloto-de-brasilia-lucio-costa/>. Acesso em: 7 de ago. 2022.

COSTA, Luis A.; FONSECA, Tânia. M. G. Do contemporâneo: O tempo na história do presente. **Arquivos Brasileiros de Psicologia** (Rio de Janeiro, 1979), vol. 59, p. 1–13, dez. 2007.

CUPELLO, Priscila Céspedes. Entre a Teatralidade e os Maus Costumes: Uma Discussão acerca da Histeria no Hospício Nacional de Alienados (1900–1910). In: **XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**, 2011, São Paulo. Disponível em: <https://anpuh.org.br/index.php/documentos/anais/category-items/1-anais-simposios-anpuh/32-snh26?start=580>. Acesso em: 7 de ago. 2022.

DECRETO-LEI N° 3.688, DE 3 DE OUTUBRO DE 1941. Lei das Contravenções Penais.

DINIZ, Anamaria. Goiânia: Modernismo Sertanejo. **Paranoá Cadernos de Arquitetura e Urbanismo**, n.2, p.231–259, jul. 2006.

FONTENELE, Tânia. Mulheres na Construção de Brasília – Invisibilidade feminina na história da nova capital do Brasil. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos)**, Florianópolis, p.1–12, ago. 2017.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: Nascimento da prisão**. 41.ed. Petrópolis, Vozes, 2013.

GODINHO, Iúri Ricon. **Médicos e medicina em Goiás do séc. XVIII aos dias atuais**. Editora Contato Comunicação, Goiânia, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

GONZÁLEZ-RUIBAL, Alfredo. Time to Destroy: An Archaeology of Supermodernity. **Current Anthropology**, v.49, Number 2, p. 247, April 2008.

HARRISON, Rodney; SCHOFIELD, John. **After Modernity: Archaeological Approach es to the Contemporary Past**. Nova York: Oxford University Press, 2010.

HILLIER, Bill; HANSON, Julianne. **The social Logic of Space**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

JACQUES, Paola Berenstein; LOPES, Dilton. A construção de Brasília: alguns silenciamentos e um afogamento. In: Jacinto Lageira; Françoise Parfait; Eric Valette; Jan Kopp; Daniel Lê. (Org.). **A partilha dos esquecimentos/Le partage des oublis. Suspended Spaces 4**. 1ed. Lisboa: Sistema Solar, v. 1, p. 52–78, dez. 2018.

LEMINSKI, Paulo. **Toda Poesia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

LIMA, Tania Andrade. Cultura material: a dimensão concreta das relações sociais. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 6(1), p. 11–23, jan/abr 2011.

MACHADO, Daniela Martins. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental**. Brasília, 2006, 176f. Dissertação (mestrado), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2006.

MACHADO, Eduarda Lopes. **Espaços loucos: um estudo arqueológico sobre HPSP, Porto Alegre, RS; 2022; Trabalho de Conclusão de Curso; (Graduação em Arqueologia) – Universidade Federal do Rio Grande, 2022.**

MOREIRA, Juliana Brandão. **Arquitetura que Enlouquece: Poder e Arqueologia. Belo Horizonte**, 2015, 150f. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte, 2015.

MOREIRA, Juliana Brandão. Arquitetura da loucura: uma leitura arqueológica do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil (Belo Horizonte – MG). **Cadernos de História da Ciência.**, V.13, n.1, p. 207–219, jun. 2017.

MOREIRA, Juliana Brandão. Excavating Temporalities. **Revista Habitus – Revista do Instituto Goiano de Pré-História e Antropologia**, Goiânia, Brasil, v. 15, n. 2, p. 207–220, jul. 2017.

MOURÃO, T. M. F. **Memórias Femininas da Construção de Brasília: Narrativas a partir do filme Poeira e Batom – A humanização do monumental (1957/1964)**, Brasília, 2022, p.236. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, 2022.

NASCIMENTO, J. G. Representações de gênero em ocorrências policiais de violência contra mulheres na construção de Brasília. **Temporalidades – Revista de História**, v. 11, n. 2, 2019.

PAULA, Éder Mendes. Pawel Gutko: A Construção de um Louco em

Goiás. **MNEME – REVISTA DE HUMANIDADES**, v.11, n.27, p.105–126, dez. 2010.

PAULA, Éder Mendes. O que há de moderno no manicômio? O caso do Adauto Botelho em Goiás. **Literatura e História**, v. 9, n. 2, p.1–22, dez. 2019.

PAULA, Éder Mendes. Manicômio Adauto Botelho: A Psiquiatria em Goiás. **CADERNOS DE HISTÓRIA**, v. 20, p. 27–47, mar. 2020.

PELÁ, Márcia Cristina Hizim; CHAVEIRO, Eguimar Felício. As mulheres na produção socioespacial de Goiânia: invisibilidade e sexismo. **Ateliê geográfico** (UFG), v. 15, p. 202–218, out. 2021.

PORTELA, Cristiane de Assis. **Cenários de Saúde Mental e Políticas de Segregação no DF. Raça e gênero na Saúde Mental do Distrito Federal** / Organização René Marc da Costa Silva. – Brasília: UniCEUB, 2013.

SANTOS, Diego Martins. **A história da formação de Brasília como a construção da exclusão**. Brasília, 2016, 47f. Monografia (Licenciatura e Bacharel em História). Universidade de Brasília, 2016.

SANTIAGO, I. G. S. **(In)visibilidade da mulher na construção de Brasília**. João Pessoa, Paraíba, 2019, p.70. Monografia (Bacharel em Geografia). Universidade Federal da Paraíba, 2019.

SILVA, Genilder Gonçalves; MELLO, Marcelo. A Revolução de 1930 e o discurso da ruptura: Goiânia e a Marcha para o Oeste. **Cordis: Revista Eletrônica de História Social da Cidade**, v. 1, p. 57–89, jun. 2013.

THIESEN, Beatriz. Valladolid. Antes da Poeira Baixar: Reflexões sobre uma arqueologia do passado recente. **Memorare**, v.1, p.222–226, dez. 2013.

TRAMASOLI, Felipe Benites. “Haja Hoje p/ tanto ontem”: Apontamentos sobre a arqueologia e o contemporâneo. **Revista de Arqueologia**. V. 30, N. 1, p. 187–209, jun. 2017.

ZARANKIN, Andres. **Paredes que domesticam. Arqueologia da arquitetura escolar capitalista; o caso de Buenos Aires**. Campinas–SP, 2001, 249f. Dissertação de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2001.