



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE BIBLIOTECONOMIA E COMUNICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
BACHARELADO EM MUSEOLOGIA

MANUAL DO MEDIADOR 2018



Porto Alegre

2018

SUMÁRIO

<u>ORIENTAÇÕES</u>	<u>03</u>
<u>CONTATOS DA CURADORIA E DO MUSEU DA UFRGS</u>	<u>04</u>
<u>EDUCAÇÃO EM MUSEUS</u>	<u>05</u>
1. <u>O QUE É MEDIAÇÃO?</u>	<u>05</u>
2. <u>COMO INICIAR UMA MEDIAÇÃO?</u>	<u>06</u>
3. <u>HÁ VARIAÇÕES EM MEDIAÇÕES?</u>	<u>08</u>
4. <u>COMO LIDAR COM O TEMA DA EXPOSIÇÃO?</u>	<u>10</u>
4.1 <u>QUE POSTURA ADOTAR?</u>	<u>10</u>
5. <u>COMO EXPLORAR CADA NÚCLEO</u>	<u>12</u>
5.1 <u>NÚCLEOs</u>	<u>12</u>
<u>NÚCLEO 1: OLHAR PARA O OUTRO</u>	<u>12</u>
<u>NÚCLEO 2: OLHAR PARA O PASSADO</u>	<u>16</u>
<u>NÚCLEO 3: NOVOS OLHARES</u>	<u>27</u>
<u>NÚCLEO 4: OLHAR PARA SI</u>	<u>37</u>
<u>ESPAÇO EDUCATIVO</u>	<u>40</u>
<u>PASSO A PASSO DAS AÇÕES EDUCATIVAS</u>	<u>40</u>
<u>ATIVIDADE DE MEDITAÇÃO</u>	<u>40</u>
<u>CINE DEBATE</u>	<u>40</u>
<u>RODA DE CONVERSA COM O CAPS</u>	<u>40</u>
<u>RODA DE CONVERSA COM ÂNGELA POMATTI</u>	<u>41</u>
<u>RODA DE CONVERSA CVV</u>	<u>41</u>
<u>MANDALA TÁTIL</u>	<u>41</u>
<u>OFICINA DE MANDALA</u>	<u>41</u>
<u>REFERÊNCIAS</u>	<u>44</u>

- ORIENTAÇÕES -

- Todo **AGENDAMENTO** de visitação é feito pela **equipe do Museu** da UFRGS.
- Haverá sempre uma cópia atualizada da **AGENDA** na **RECEPÇÃO** do Museu, esta deve ser **VERIFICADA TODOS OS DIAS E TURNOS PELOS MEDIADORES**, pois está sempre sujeita a alterações;
- Os mediadores devem estar **SEMPRE IDENTIFICADOS** com **CAMISETA** e **CRACHÁ da exposição**, durante seu turno;
- O Museu da UFRGS, em seu térreo, abriga a exposição intitulada **Paisagens da Memória: cidade e corpos em movimento**. Os mediadores do Museu são responsáveis pela mediação **APENAS** desta, por tanto a **RESPONSABILIDADE** do espaço do **MEZANINO** é toda da equipe **IMENSA MENTE**;
- Grupos de visitação são orientados a conhecer as duas exposições que acontecem no Museu. Feita a mediação no andar térreo com a exposição da *Paisagens da Memória: cidade e corpos em movimento* o mediador do Museu da UFRGS indica ao grupo para que suba as escadas até o mezanino.
- **Os mediadores da exposição curricular IMENSA MENTE devem sempre estar no espaço de ENTRADA DO MEZANINO** para realizar a recepção do grande grupo e iniciar a interação. **Os mediadores da IMENSAMENTE NÃO buscam o grupo no térreo;**
- Os mediadores devem manter o **CELULAR DESLIGADO OU SILENCIOSO** enquanto estiverem em seu turno, **especialmente durante as visitas guiadas**. Aos visitantes deverá ser dada total atenção e respeito.
- Há um **cronograma** com a divisão de turnos, que compreendem em **4hs** (quatro horas) cada, este deve ser respeitado. Em caso de eventual necessidade de mudança de turno por parte de algum membro da equipe ou falta, é necessário avisar com, no mínimo, **24hs** (vinte e quatro horas) de antecedência para que haja substituição. Prioritariamente avisar ao Núcleo Educativo e ao colega de turno.

CONTATOS DA CURADORIA E DO MUSEU DA UFRGS

COLEGAS:

Agnes: agnesfmoraes@hotmail.com..... (51)9-8111-4358
Ana Cristina: ana.cristina.natividade@gmail.com.... (51)9-8444-9674
Anelise: atorresini@gmail.com (51)9-9116-9220
Camila: camilatorresbrum@gmail.com (51)9-8223-3892
Carolina: guepardasigot@hotmail.com..... (51)9-8130-1225
Erlon: elojac@gmail.com..... (51)9-9112-1226
Jenifer: rodriguesjenifer95@gmail.com (51)9-8630-9571
Júlia Fleck: ju.fleck@hotmail.com (51)9-9905-7981
Júlia Maggi: juliaufrgs@hotmail.com (51)9-8131-4164
Kátia: katialmeida21@hotmail.com (51)9-9223-7828
Luiza: luiza.ambrosi@outlook.com..... (54)9-9964-6526
Marilete: mariletenicoli@yahoo.it (51)9-8630-9571
Máximo: jmaxsimoni@gmail.com..... (51)9-9438-3676
Mirella: mirella_trapp@hotmail.com..... (51)9-9963-7065
Natália: reichertn@hotmail.com..... (55)9-9701-0301
Nicholas: nicholasaguirre0@gmail.com (51)9-9378-4271
Pablo: pablobarbol@gmail.com (51)9-9466-2529
Sabrina: sabrina.velozoadv@gmail.com..... (51)9-8020-6427
Susete: zaar.andersen@ufrgs.br (51)9-9808-1128
Vanessa: leao1612@hotmail.com..... (51)9-9470-7154

PROFESSORA: VANESSA BARROZO TEIXEIRA: vanessa.barrozo@ufrgs.br

MUSEÓLOGO: ELIAS MACHADO: elias.machado@ufrgs.br

CRIAMUS: (51) 3308-5148

MUSEU DA UFRGS: museu@museu.ufrgs.br.....(51)3308-3390

EDUCAÇÃO EM MUSEUS

A educação é umas das funções centrais de um museu ou exposição, ela pode ser apresentada através da exposição em si, da mediação e das ações educativas. As ações educativas no museu devem ser inclusivas, ou seja, atender qualquer pessoa independente de sua posição social, conhecimentos ou idade.

1. O QUE É MEDIAÇÃO?

O conceito de mediação está vinculado às várias práticas culturais em que a **interação** entre pessoas é essencial. A palavra é de histórico nômade e deriva de duas origens, entre o grego *mesou* e o latim *mediatio* (NASCIMENTO, 2008). Assim, a mediação representa a ponte entre duas partes, intermediando, conciliando e facilitando a troca de conhecimento.

Segundo Davallon (2007) o termo mediação nos últimos anos recebeu uma grande abrangência e significados, assumindo o mediador papéis jurídicos, políticos, educacionais ou estratégicos. Davallon define que o mediador:

[...] visa aceder um público a obras (ou saberes) e a sua acção consiste em construir uma interface entre esses dois universos estranhos um ao outro (o do público e o, digamos, do objecto cultural) com o fim precisamente de permitir uma apropriação do segundo pelo primeiro (DAVALLON, 2007, p. 3).

A partir de seus estudos Davallon (2007) distinguiu três tipos de utilização do termo mediação. A primeira utilização que o autor nos aponta é a “**mediação mediática**”, que relaciona o trabalho no interior das mídias, colocando o profissional em posição de terceiro, de mediador. A seguir, na “**mediação pedagógica**”, observamos a posição do formador como mediador, porém isso implica uma regulação das **interações educativas** para que a aprendizagem seja efetivada. E, por fim, na “**mediação cultural**”, a abordagem pelo mediador e pela mediação é ampliada, apresentando uma abordagem mais **teórica** do que operacional, atingindo vários saberes da sociedade. Nesse caso, o mediador toma um papel de **transformador de significados** (DAVALLON, 2007).

Em museus, a mediação se dá através de um educador de museu e constitui-se em umas das mais importantes maneiras de **transmissão informação e conhecimento** entre o acervo e o público visitante. Essa relação se dá na **criação**

de sentidos, na interpretação e na significação entre o indivíduo e o que está sendo apresentado. Desse modo, a mediação oferece o espaço para **diálogo** e interação no espaço museal.

2. COMO INICIAR UMA MEDIAÇÃO?

O mediador é uma peça chave nas ações de educação e comunicação nos Museus. Antes de iniciar uma mediação sugere-se que o mediador estabeleça uma comunicação visual através de sua postura física (linguagem corporal) em relação ao público visitante, esta é percebida de diversas formas como: contato visual, falar de forma clara e em um tom de voz adequado, estar atento as perguntas do grupo, evitar cruzar os braços, ficar sempre à frente do grupo, entre outras.

Destaca-se ainda a necessidade de estar atento às características diversas de cada tipo de público visitante para uma boa condução da atividade, seja este composto por grupos de escolares, previamente agendados, público espontâneo de adultos, idosos, universitários, etc.

Quando entramos em um espaço pela primeira vez procuramos fazer um mapeamento mental deste, localizando suas saídas, sanitários, bebedouro e outros espaços de acordo com nosso interesse, de forma que num primeiro contato devemos informar a este público a localização destes espaços para que sua atenção esteja concentrada no percurso, nos acervos expostos, nas perguntas, possibilitando uma interatividade com o grupo e entre seus componentes.

Aguardar o público visitante próximo ao **livro de presenças**. Ao receber o grupo verificar:

SITUAÇÃO 1

Se este grupo ao chegar subiu diretamente para o mezanino do Museu da UFRGS, portanto esta será sua primeira mediação (poderão acontecer agendamentos simultâneos, sendo que uma turma ficará no térreo e outra vai subir até o mezanino). Sugere-se:

- Cumprimentar o grupo e seu(s) acompanhante(s) de acordo com o período do dia (manhã, tarde ou noite);

- Informar seu nome e sua responsabilidade neste momento:

Me chamo, sou aluno(a) do Curso de Museologia da UFRGS e vou acompanhá-los na visita à exposição curricular intitulada *IMENSA MENTE : Caminhos da Saúde Mental – Do existir ao resistir*.

É possível estimular a conversa inicial com algumas perguntas de aproximação, a exemplo:

- Como chegaram até o Museu?
- Perguntar à Professora se há interesse específico ou se estudam algum assunto relativo à exposição.
- Caso perguntem o que seria uma exposição curricular:

É uma atividade onde através de três disciplinas aprendemos a construir uma exposição museológica, estas disciplinas são: *Expografia*, onde estudamos como conceber uma exposição museológica; *Projeto de Curadoria Expográfica*, disciplina na qual a turma escolhe um tema para a montagem de uma exposição e dá início a esse processo criativo; e *Práticas de Exposições Museológicas*, momento de executar as ideias produzidas, como a exposição que vamos visitar. A exposição *IMENSA MENTE* foi concebida por 20 futuros museólogos, cujos nomes estão na ficha técnica.

SITUAÇÃO 2

Se já estiveram na exposição do térreo do Museu, sugere-se:

- Cumprimentar o grupo e seu(s) acompanhante(s) de acordo com o período do dia (manhã, tarde ou noite);

- Informar seu nome e sua responsabilidade neste momento:

Me chamo, sou aluno(a) do Curso de Museologia da UFRGS e vou acompanhá-los na visita à exposição curricular intitulada *IMENSA MENTE: Caminhos da Saúde Mental – Do existir ao Resistir*.

- Perguntar, se gostaram da visita realizada no térreo do Museu na exposição intitulada *Paisagens da Memória: cidade e corpos em movimento*. Ouvir as respostas procurando um ponto de ligação para iniciar a visita com o grupo ou se este ponto não for manifestado, iniciar a visita fazendo um relato breve de como foi concebida a nossa exposição.



Na exposição *IMENSA MENTE: Caminhos da Saúde Mental – Do existir ao resistir* abordamos alguns conceitos presentes no título:

IMENSA: (s.f) (1) Tão grande que não pode ser medido ou contado. (2) Enorme. (3)Numerosíssimo.(4)Indefinível.(5)Infinito.(6)Em grau elevado: IMENSAMENTE.

MENTE: (s.f) latim mens, mentis, inteligência, alma. (1) Parte do ser humano que lhe permite a atividade reflexiva, cognitiva e afetiva. (2) Armazenamento de experiências vividas. (3) Disposição de espírito. (4)Aquilo que se pretende fazer. (5) Maneira de compreender ou imaginar o mundo.

Por tanto o título **IMENSA MENTE** reflete o conceito de que a mente possui vários **entrelaçamentos** e se torna assim complexa e expansiva, abrange **pensamentos, sentimentos, sensações e intuições, coordenando nosso organismo** e o **inconsciente**, resultando em algo maior que transcende o ser humano.

Caminhos da Saúde Mental - refere-se tanto ao trajeto que a Saúde Mental percorreu em Porto Alegre/RS a partir do século XIX, quanto as conexões estabelecidas pela mente.

Do existir ao resistir - traduz os conceitos da LUTA ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSQUIÁTRICA.

Outra forma de iniciar o percurso expositivo é dar início pelos objetos expostos que são os **objetos geradores**, de acordo com o item cinco deste documento.

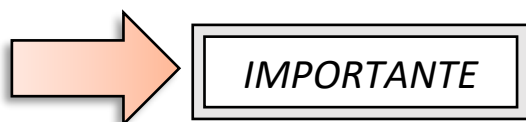
3. HÁ VARIAÇÕES EM MEDIAÇÕES?

Sim, conforme Peirce (apud BARBOSA; COUTINHO, 2009) as mediações são verdadeiros processos de acompanhamento semiótico que intervém nas ações de propagação e de difusão de objetos culturais, levando em conta a origem e a posição social do indivíduo em relação a sua legitimação social e cultural. Na prática **a mediação é um campo das atividades de acompanhamento cultural**. No domínio cultural e artístico pode se colocar em destaque três tipos de mediação:

- **Imersão processo** (de mediação, se faz de maneira não formal no meio cultural);
- **Diretivo** (a mediação é um dispositivo formal de transmissão de conhecimentos “eruditos”, portanto que descendem daqueles que sabem para aqueles que não sabem);
- **Construtivista** (a mediação são negociações que implicam interativamente os parceiros de troca).

A **mediação da cultura** ganha destaque no cruzamento de quatro entidades: o **objeto cultural mediado, as representações, as crenças e o conhecimento do destinatário da mediação**. Na mediação entre o conhecimento apresentado ao visitante, o saber sofre transformação com objetivo de ser compreensível ao público, cabe ao mediador em seu processo de abordagem ser capaz de estimular e promover a formação de opinião e de conhecimento, valorizada pela interação humana estabelecida entre o profissional mediador e o visitante (ALLARD *et. al*, 1996, apud MARANDINO, 2008).

Assim, considerando o contexto físico **ambiente** (local), **pessoal** (expectativa, motivação) e **sociocultural** (mediação no decorrer da visita) a visitação pode ser classificada sob três aspectos: a **visita-palestra** = assunto é abordado por um especialista ou educador; **discussão dirigida** = realizada por meio de questionamentos através da estruturação de um roteiro lógico por parte do mediador com a finalidade de fomentar debates; **visita descoberta** = visita interativa, pois sua dinâmica é realizada por meio de jogos e atividades diversas com o público e pressupõe uma intensa participação do visitante proporcionando novas descobertas dentro do espaço expositivo.



Receberemos **diferentes tipos de público** e devemos prestar atenção nessas diferenças para melhor acompanhamento na mediação (idade, pessoas com deficiência, escolaridade, etc.). Lembre-se que o mediador fará a conexão do visitante com a exposição, pois nem tudo estará explicado nos textos expográficos. Tente entender se estão visitando com um objetivo específico e esteja pronto para ajudar.

Antes de começar a mediação verifique as **características da turma agendada**. Não esqueça que a **linguagem** deverá ser mais **acessível**, sem termos rebuscados ou acadêmicos. Dependendo da idade poderá ou não utilizar das atividades educativas durante a visita, elas podem ser aliadas para turmas muito dispersas, prendendo sua atenção. Tente não deixar a visita monótona, crianças cansam com facilidade e também perdem a atenção facilmente. Seja criativo, lúdico se necessário e busque sempre responder as suas perguntas, crianças geralmente são mais curiosas. Porém, se não souber respondê-las, seja honesto. Atente para as mãozinhas curiosas no acervo! Chame atenção com cuidado.

Caso a visita seja com turmas universitárias a linguagem será diferente, as discussões podem se estender ou os ânimos podem se aflorar perante as diferenças. Não estamos aqui para julgar e **devemos respeitar as divergências de ideais**. Tente entender o grupo, se têm um objetivo específico pelo qual estão visitando, suas dúvidas, etc.

Deixe o visitante livre para decidir se quer mediação ou não, não o force, caso sua escolha seja negativa esteja mesmo assim pronto caso surja alguma dúvida. No caso da mediação de pessoas com deficiência lembre-se sempre que a barreira atitudinal é o maior entrave, seja simpático, ofereça ajuda e mostre-se feliz em poder fazê-lo (isso vale para todos os públicos!).

4. COMO LIDAR COM O TEMA DA EXPOSIÇÃO?

Dependendo do público que será mediado (crianças, adolescentes, adultos, etc.) sua fala deverá sofrer alterações. Termos muitas vezes acadêmicos servirão para visitantes universitários, mas não para escolas, tenha cuidado antes de falar **respeitando as diferenças de cada grupo**.

Os assuntos abordados na exposição são temas muito debatidos pela divergência de ideias e formas de compreender, por isso devemos sempre **respeitar**

as opiniões que surgirão ao longo das discussões. O mediador **jamais** deverá tomar qualquer postura autoritária perante os visitantes ou tentar impor a sua opinião para o grupo.

Nosso espaço é sim para **debate e reflexão**, mas não para discussões em que haja falta de respeito, tanto para mediadores quanto para visitantes. Se sentir que as discussões estão aflorando os ânimos para posturas inadequadas, independente do tamanho do público que estiver mediando, tente acalmar a todos ou então chame um colega para ajudá-lo.

4.1 QUE POSTURA ADOTAR?

É possível usar exemplo de situações e desenvolver uma saída para as mesmas trazendo como reflexão as atitudes certas e erradas.

Em caso de relatos de alguma forma de violência e preconceito ou que mostre necessidade de auxílio psicológico:

- Mostrar o material de distribuição do disque **188**, folder educativo, entre outros que estarão a nossa disposição para auxílio;
- Em turmas de escola sinalizar para o professor, pois é uma atividade vinculada à escola e o mesmo deve ter ciência do ocorrido para então tomar as devidas providências caso sejam necessárias;
- Vinculados à Universidade falar sobre local de atendimento (CIPAS no anexo da saúde), medidas que devem/podem ser tomadas;
- Caso o visitante tenha alguma postura inadequada durante a mediação (muitas vezes ocorrem com turmas de escolas) tentar sinalizar para a pessoa, sempre com respeito, para que não haja desconforto ou irritações;
- Não hesite em chamar o colega se necessário, sejam quaisquer suas dúvidas, nosso exercício é coletivo e estamos nele como uma equipe para ajudar uns aos outros.

4.2 COMO EXPLORAR CADA NÚCLEO

Todos os núcleos presentes na atual exposição poderão gerar diversos assuntos e conversas com os visitantes, assim como questionamentos. Para que os mediadores abordem questões cruciais da exposição, seguimos a premissa do **OBJETO GERADOR** para trazer à tona pontos importantes a serem abordados durante a visita mediada.

Objetos geradores são aqueles escolhidos para estimular narrativas extrínsecas ao objeto e motivar reflexões dos visitantes. Segundo Ramos:

O objetivo primeiro do trabalho com o objeto gerador é exatamente motivar reflexões sobre as tramas entre sujeito e objeto: perceber a vida dos objetos, entender e sentir que os objetos expressam traços culturais, que os objetos são criadores e criaturas do ser humano. Ora, o exercício deve partir do próprio cotidiano, pois assim se estabelece o diálogo, o conhecimento do novo na experiência vivida: conversa entre o que se sabe e o se vai saber - leitura dos objetos como ato de procurar novas leituras. (RAMOS, 2004, p.32)

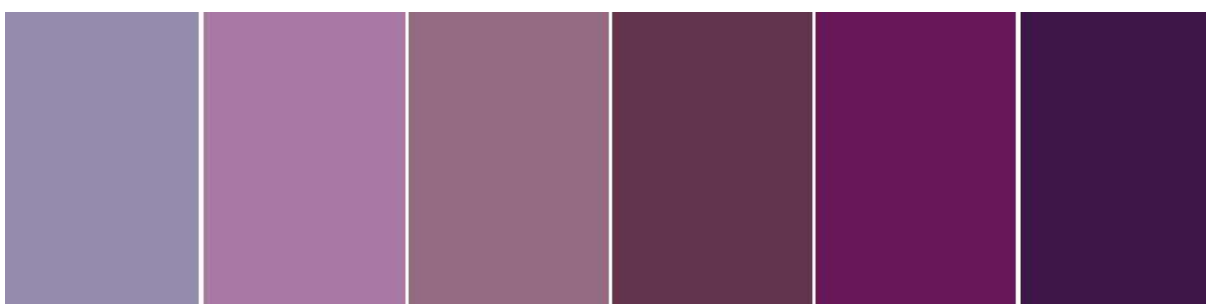
Partindo deste conceito, foi escolhido **um objeto ou um grupo de objetos** para serem caracterizados como **objeto(s) gerador(es)** em cada um dos núcleos da exposição *IMENSA MENTE*, a seguir estão listados os possíveis objetos geradores, com sugestões de assuntos a serem abordados em cada núcleo expositivo.

5. NÚCLEOS

NUCLEO 1 – OLHAR PARA O OUTRO

OBJETO GERADOR:

A carta “O Louco”, do Tarot de Marselha Simboliza a inconstância, o que está fora de nossos padrões convencionais. O “Louco” segue seu próprio julgamento do mundo e não está sujeito ao que é considerado “normal”.



O núcleo 1, Olhar para o outro, está iluminado pela **luz roxa/violeta**, que carrega consigo significados como sabedoria e mistério (HELLER, 2013). Esse mistério é composto por todo o desenvolver do núcleo.

O **espaço expositivo está organizado centricamente**, ou seja, a sua estrutura e os elementos estão dispostos em relação ao centro da sala.

INFORMAÇÕES E QUESTIONAMENTOS

- As cartas Tarot de Marselha foram elaboradas na Idade Média. A figura do Louco remete a um padrão coletivo denominado por Jung de arquétipo:

Toma a ideia de arquétipos de Agostinho – filosofia medieval-, com raiz em Platão (**a ideias a partir das quais o mundo se comporta como imitação, cópia**). **Para designar a uniformidade e regularidade que observa na maneira como o homem retrata interiormente o mundo, apesar de todas as diferenças de detalhes.** (JUNG, 2013, p.80)

- **Carl Gustav Jung:** Formou-se em Medicina em 1900, na Suíça. **Fundou a Psicologia analítica. Estudou os arquétipos**, padrões subjacentes às imagens simbólicas e que constituem a psique humana.

As cartas do Tarô proporcionam a criação de uma narrativa no processo comunicativo entre pessoas. A imaginação nos proporciona acesso aos conteúdos do inconsciente e conhecê-lo sem precisar recuar e mergulhar nas esferas dos instintos (JUNG, 2013)

AS REPRODUÇÕES DAS OBRAS DE ARTE E DO ESPELHO

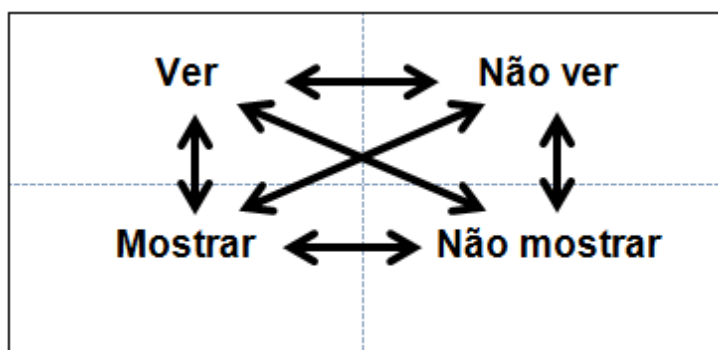
As reproduções das obras de arte presentes neste núcleo referem-se a produções artísticas associadas a “loucura” ao longo da história. Elas foram selecionadas por trazer um elemento em comum: abordam elementos que questionam o normal/normalidade e o estigma social acerca do tema.

As duas reproduções de pintura mantêm a proposta da obra de arte de ser especificamente um jogo de imaginação. Não há significado a ser conhecido, nem decifrado. É possível fazer uma leitura da imagem, dos elementos da composição, da iconografia, relacionando com a época na qual foram criadas, com as concepções dos seus autores, sua situação sociocultural. Mas nos interessa principalmente o que as mantem vivas, o poder de significação, que é diferente de ter um significado. O poder de significação é o que faz o observador interagir agindo e refletindo por meio da imaginação ativa.

Propõe-se um jogo de imaginação. O visitante interage com as representações de acordo com seu tipo de abordagem.

Mas, **o que moverá o visitante** até o espaço onde três pedaços de panos pretos despertam sua curiosidade?

A estratégia expositiva oferece também uma reflexão acerca da censura que nos coloca à margem do conhecimento das construções em conceitos polares de oposição recíproca (BARROS, 2016) - bem/mal, certo/errado, feio/bonito – que aqui alargamos para a compreensão de prescrições polares - o que deve/não deve ser visto. Assim apreendemos sobre estar à margem, sobre os lados da margem do conhecimento, de que existem regras para o ver/não ver, o mostrar/não mostrar como ações polares que, na oposição mútua, constituem esta experiência museal.



O que deve/não deve ser visto.

OBRAS COBERTAS

As imagens cobertas apresentadas na exposição **insistem na função do museu de formação do olhar crítico sobre as ações e as reflexões.**

- O que nos move?
- Para fora e para a frente?
- Para dentro e para trás?
- Agimos de acordo com a norma que está dada?
- E refletimos de que forma?

O espelho, já fazendo uma contraposição com o tecido que vai cobri-lo, tem como definição no livro de Kathleen Martin (2012, p. 590) “[...] um recipiente reflectivo cuja fonte de energia é a luz”. Nesse sentido, podemos pensar o espelho, e mais especificamente a possibilidade de vermos nosso próprio reflexo, como um objeto que nos remete à realidade. No entanto, não apenas de forma superficial: “O reflexo da criança ou do jovem contribui para trazer a sua substância para a existência” (Idem, 2012, p.593), assim, o espelho pode ser entendido como meio de reflexão.

Nesse momento o mediador pode questionar o visitante sobre a autoimagem presente no espelho: se ele se reconhece, como é ver-se fragmentado. Poderá fazer algumas afirmações: estamos em constante processo de aprendizado e formação humana; os diferentes momentos de nossa vida formam os fragmentos que nos compõe; os padrões sociais impostos nos enrijecem tornam nosso cotidiano muito duro, nos perceber fragmentados significa romper com essas normas, compreendendo essa fragmentação como uma etapa de amadurecimento e reinvenção de si mesmo. Desnaturalizar o que é posto como normal. Olhar para o outro sem impor normas de comportamento, sem tentar ajustar aos padrões.

OBRA DE ARTE: CORPO VIBRATÓRIO, JOANA BURD

Joana Burd

Corpo

Videomapping sobre tecido

2m x 1,5 (corrigir para tamanho da projeção)

Vibratório,

2018

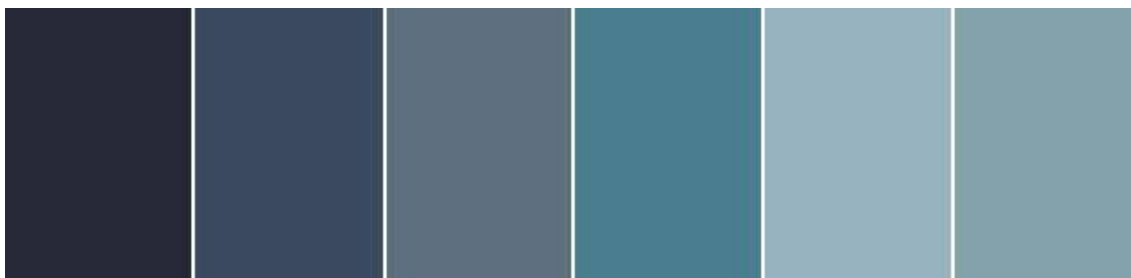
"Corpo vibratório" é um convite a uma reflexão sobre as formas que nos conectamos com nosso corpo e com o do outro. Através de movimentos repetitivos e silenciosos traduzem-se estados mentais, ansiogênicos, inconscientes em um balanço que leva a sinestesia da vibração.

Como parte da pesquisa contemporânea em tecnologia este trabalho foi realizado juntamente com a artista e performer Paula Finn. Através da técnica de *videomapping* diferentes ações simultâneas são projetadas em três círculos de tecido.

NUCLEO 2 – UM OLHAR PARA O PASSADO

OBJETOS GERADORES:

- **Camisa de força**
- **Aparelho de Eletroconvulsoterapia**



A cor presente neste núcleo será azul, o significado atribuído à mesma é associado à paz, limpeza e produtividade (HELLER, 2013), sendo também a cor que frequentemente é utilizada em hospitais e centros de tratamento.

O segundo núcleo, localizado no lado direito do mezanino ao fundo, inicia o recorte histórico, com ênfase no Brasil, mais especificamente em Porto Alegre, como previsto para a exposição. O núcleo tem como objetivo apresentar como eram tratadas as pessoas que, de acordo com a sociedade da época, eram colocadas na posição de pacientes psiquiátricos.

O núcleo se propõe a trazer acervos históricos que servem como testemunhos daquela realidade, tornando-se um núcleo representado por objetos estigmatizados. Neste espaço o visitante vislumbrará vestígios encontrados nos manicômios no período inicial do século XX. A cama hospitalar representa o leito dos pacientes e ao lado do leito se encontra um armário que irá contar com instrumentos de tratamento utilizados na época, como o aparelho de eletroconvulsoterapia e um trepanador. Além dos objetos citados, na parede do núcleo estará presente um espelho. Compondo o acervo do quarto, uma estrutura de madeira em forma de arquibancada terá uniformes que eram usados pelos pacientes.

CAMISA DE FORÇA

Durante mais de 50 anos, um dos recursos do tratamento psiquiátrico era utilizar uma **camisa de lona resistente, com as mangas muito compridas e fechadas que eram amarradas firmemente, com cordões**. Os braços e a parte superior do corpo ficavam amarrados às costas, impedindo movimentos violentos e deixando o paciente

imobilizado e inofensivo. Este recurso amplamente usado nos hospitais brasileiros, não raro, era substituído por celas fortes, verdadeiras solitárias, onde o paciente permanecia até a remissão do seu surto. Esta prática perdeu sua importância com o advento dos neurolépticos e com as práticas de reabilitação psicossocial.

TRATAMENTOS

- Hospital São Pedro -

Os tratamentos utilizados com pacientes foram sendo implantados aos poucos e modificados de acordo com as transformações no conhecimento psiquiátrico. **Existiam os médicos que acreditavam que a loucura era um fato de ordem puramente física e defendiam que o único tratamento a ser empregado era o tratamento físico. E existiam aqueles para quem a loucura era uma perturbação psicológica, cujo único tratamento era o tratamento moral.**

Nos primeiros 30 anos de funcionamento do Hospício, optou-se por uma espécie de “ecletismo terapêutico”, utilizando tratamentos físicos e morais. Somado aos usos dos medicamentos, uma técnica muito utilizada pela medicina mental do início do século eram as duchas e os diversos banho de medicamentosos.

DIA	NOITE
Pátio	Celas

Malarioterapia

Técnica importada da **Europa** e introduzida no Hospital São Pedro pelo **Dr. Jacintho Godoy**. Era utilizada no **tratamento de paralisia geral progressiva**, ou **moléstia de Bayle**, de origem **sifilítica** e que geralmente tinha um desfecho fatal e evolução rápida. **Consistia em inocular no indivíduo acometido de paralisia geral progressiva o sangue de um paciente infectado de malária, em momento de febre.** Em alguns dias de incubação, variável de cinco a dez dias, deveriam se manifestar no inoculado os acessos palustres. Isso deixaria o **organismo sensível ao tratamento com os medicamentos específicos da sífilis**, que poderia então ser **curada**.

Insulinoterapia de Sakel (ou Convulsoterapia com insulina):

Técnica criada em 1933 pelo médico vienense Sakel. Trata-se de **administrar insulina e provocar um estado de coma induzido**, chamado de coma hiperglicêmico (ou seja, coma por baixa taxa de glicose no sangue). Acreditava-se que os estados hiperglicêmicos melhoravam o estado psicótico. Utilizado com método preferencial de tratamento de quase todas as psicoses até meados do século XX (principalmente do tratamento da esquizofrenia), **foi apenas substituído com o advento do eletrochoque**.

Convulsoterapia de cerletti ou tratamento convulsivo

Tinha a finalidade de utilizar os efeitos dos ataques convulsivos sobre o cérebro. Era utilizada no **tratamento da esquizofrenia**, até meados do século XX. Havia dois tipos: **a convulsão por agentes químicos** (como o Cardiazol) e a **convulsoterapia por meios elétricos**, ou eletrochoque.

Eletrochoque (ou ETC)

De acordo com o Instituto de Psiquiatria Avançada e Neuromodulação (IPAN), o aparelho de eletroconvulsoterapia surgiu na década de 1930, sendo utilizado para tratamentos psiquiátricos dentro de hospitais da mesma tipologia. A primeira terapia convulsiva induzida eletricamente foi realizada no ano de 1938, com a **finalidade de se tornar um recurso terapêutico**. Estudos na época indicavam que o uso do tratamento reduzia o índice de suicídio quase a zero e, por conta disso, esse foi um recurso extremamente utilizado nesses espaços. Entretanto, ainda **não existia um controle na voltagem do choque aplicado**, o que resultava muitas vezes em **perda de memória e graus variados de desorientação**.

Hoje em dia o aparelho **ainda possui fins terapêuticos, entretanto seu uso é comedido**. Contudo, devem ser analisados casos de pacientes que apresentem maiores riscos como lesões intracerebrais que ocupam espaço, feocromocitoma, tumor nas glândulas adrenais, doença pulmonar obstrutiva grave, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio recente. O aparelho de eletroconvulsoterapia funciona com base na promoção de reorganização do cérebro através da liberação dos principais neurotransmissores envolvidos nos transtornos mentais, incluindo serotonina, noradrenalina, dopamina e glutamato. Fica a cargo desse aparelho, a função de “reprogramar” o cérebro, de fazer com que os conectores se ajustem e que ocupem sua função normal.

Balneoterapia e Clinoterapia

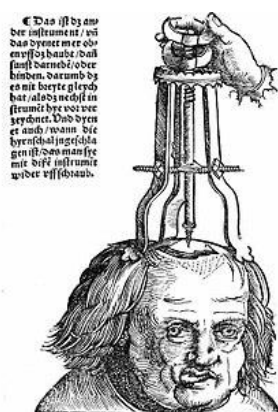
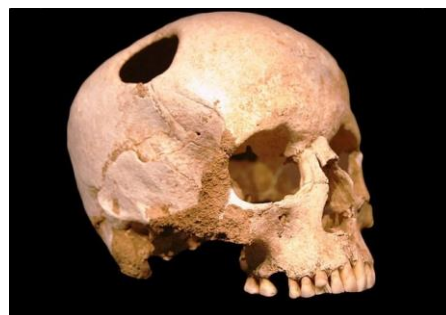
Através desse serviço, foram instalados no Hospital Psiquiátrico São Pedro, banheiros terapêuticos, com temperatura controlada, funcionando

durante dia e noite. Tal serviço substituiu o regime de reclusão de celas individuais, utilizado com os doentes mais agitados, bem como os banhos frios utilizados até então.

Trepanação

O trepanador consiste em um instrumento neurocirúrgico, que funciona por meio de **brocas**. Era muito utilizado para **perfuração craneana** a fim **eliminar os “demônios e maus espíritos”**, que, conforme se acreditava, **causavam a loucura**.

A prática da trepanação, de acordo com fósseis humanos encontrados em sítios arqueológicos, **acontece desde a pré-história**, sendo que perpassou quase todas civilizações antigas. **Além de tratar a loucura, servia também como forma de descomprimir o cérebro, aliviar dores de cabeça, hidrocefalia, dentre outros**. Os buracos craneanos variavam entre 2.5 a 5 cm de diâmetro, sem que houvesse anestesia ou assepsia. Considerando a quantidade de crânios encontrados, acredita-se que em sua maioria, na Antiguidade, as pessoas sobreviviam ao processo. Entretanto, dentre os séculos XIV E XVIII a proporção diminui muito, havendo registros de morte por hemorragia ou infecção na meninge. Tal procedimento inspira a criação da Lobotomia em 1935.



A lobotomia foi muito usada em pacientes psiquiátricos visto que **possuía efeito imediato** ao levar os pacientes a **estados vegetativos**, torna-los mais dóceis ou passivos. **A cirurgia consistia na retirada de uma parte do cérebro (geralmente o lobo pré-frontal) e causava muitos efeitos colaterais**.

Atualmente ainda se realiza um procedimento creaneano parecido com a trepanação, chamado Craniotomia. Ele é usado em casos em que é necessário acessar o cérebro diretamente, como em casos de **aneurismas, lesões, hematomas**, sendo preciso a retirada temporária de uma parte do crânio.

Há relatos de que em algumas tribos africanas ainda se realiza uma espécie de trepanação a fim de conseguir se expandir a consciência, alcançar a sabedoria plena. Na década de 1960 o médico Bart Hugues se auto trepanou, com uma perfuradora elétrica, um escapelo e anestesia local. O resultado, conforme ele mesmo, foi que se sentiu com uma consciência de 14 anos, muito mais plena. Anos depois compreendeu que isso se

devia ao fato de que aliviando a pressão craneana, se conseguia aumentar o fluxo cerebral, e provavelmente por isso, ao longo de séculos as civilizações acreditavam que a trepanação curava a loucura, já que causava um bem-estar (quando dava certo).

No caso do trepanador exposto, ele é do ano de 1860 e era usado para tratamento no Asilo de Alienados da Santa Casa, para se tratar a loucura. Ele funcionava por meio de brocas e uma manivela. Ao longo da história foram desenvolvidos vários tipos de instrumentos para trepanação que possuíam estruturas diferentes, mas todos com alguma forma pontiaguda a fim de se conseguir perfurar o crânio. Importante salientar que eram procedimentos feitos sem anestesia.

UNIFORMES

Os uniformes representam os pacientes que por muito tempo ficaram enclausurados em instituições psiquiátricas, tendo sua autonomia e singularidade anuladas. **Os rótulos retratam as razões pelas quais essas pessoas foram internadas e mostram os motivos pelos quais as pessoas eram excluídas do convívio social nessa época.** A uniformização

também é relacionada ao fato dessas pessoas acabarem sendo “**padronizadas**” nesses espaços. Se perdia a caracterização individual. Eram potencialmente trágicas as internações, principalmente, numa sociedade na qual tudo parecia se agrupar num conjunto de condutas antissociais condenadas pelas autoridades. O alto número de internações propiciou o estabelecimento de culpas morais e sociais, de parentescos novos e de obscuras cumplicidades em torno da loucura, ou seja, o hospício havia se tornado algo semelhante aos estabelecimentos de internação da época clássica, um local de exclusão.

Depois da Proclamação da República e da promulgação do Decreto de n.206 A, de 15/2/1890, que determinava que todo cidadão que perturbasse a ordem pública, a moral e os costumes seria internado em asilos públicos.

Cada uniforme apresentado nesta exposição contará com um rótulo, como dito anteriormente, os rótulos retratam as razões pelas quais essas pessoas foram internadas:

Roupas feitas na oficina de costura do Hospital Psiquiátrico São Pedro

Na oficina de costuras, frequentada por 8 a 10 alienadas, por exemplo, foram manufaturadas no ano de 1894, 2.360 peças de roupas para o uso de enfermos indigentes desse hospício: 179 calças, 141 camisas de homem, 47 camisolas, 191 vestidos, 82 casaquinhos, 115 ditos de beata azul, 257 camisas de mulher, 71 saias de algodão, 10 toalhas de mesa, 66 blusas de algodão, 288 fronhas, 601 lençóis e 108 ceroulas.

- ⇒ **Histeria:** Além da **histeria** ser considerada uma **doença das mulheres**, **as parteiras eram as responsáveis pelo tratamento e cura**. A doença **era associada diretamente ao útero**, que eles acreditavam ter o poder de se movimentar dentro do corpo de maneira autônoma, causando a sufocação daquilo que eles entendiam como matriz. O tratamento se dava através da manipulação desse órgão. A visão do papel da mulher na sociedade não se alterou com o tempo, e com isso foi possível perceber como caminhou a história da loucura feminina e a patologização do sentimento da mulher. **Eram consideradas histéricas as mulheres que não cumpriam com a sua função de reproduzir e cuidar do outro**. O diagnóstico de histeria era frequentemente usado para **demonizar e invalidar manifestações emocionais**. Estas eram entendidas como comportamentos anormais e indesejados por parte das mulheres. No entanto, **para os homens, eram vistos como comportamento característico e completamente aceitável**, já que a “responsabilidade” de parir, ser submissa e pacífica ficava para a mulher. **A raiva, o medo, a desobediência e a sexualidade da mulher eram considerados comportamentos histéricos que precisavam ser corrigidos**.
- ⇒ **Alcoolismo:** o alcoolismo aparecia como uma das **causas mais comuns** de internamento em hospícios. A internação de alcoólatras em hospício **colocava o álcool não apenas no círculo das drogas legais, mas também no círculo dos “venenos sociais”**. No relatório intitulado Notícias Sobre a Evolução de Assistência a Alienados no Brasil, o psiquiatra Juliano Moreira resgata historicamente algumas noções sobre o alcoolismo, associando-o ao **enfraquecimento da raça**, e atribuindo, por exemplo, o fator de **degeneração mental dos negros à alta absorção de álcool durante as viagens nos navios negreiros vindos da África**. Colocava o alcoolismo como fator de desestruturação social e uma das causas principais da degeneração social e moral da sociedade. Os **psiquiatras**, em sua maioria, **faziam voto de abstinência de álcool**, para dar o bom exemplo aos alcoólicos e à sociedade em geral. Por vezes se considerava o **fator hereditário**. O alcoolismo era estigmatizado como loucura. Muitos psiquiatras, convencidos da infalibilidade de sua ciência, desprezavam os fatores psicológicos e sociais dos indivíduos na questão do alcoolismo, para abordá-lo como problema biológico, hereditário, moral, sexual e até mesmo racial, além de enfatizarem a **“tendência” geral dos negros para o alcoolismo**.

- ⇒ **Epilepsia:** No passado, a epilepsia era confundida com possessão demoníaca. Por isso, eram comuns os relatos de doentes serem enviados a manicômios até mesmo por parentes próximos. Para piorar, como a epilepsia não tinha cura, algumas pessoas acabavam ficando a vida toda internadas em instituições para tratamento da mente. A epilepsia se caracteriza como uma doença em que há uma alteração temporária e reversível do funcionamento do cérebro. Em crises de ausência, a pessoa apenas apresenta-se “desligada” por alguns instantes, podendo retomar o que estava fazendo em seguida. Em crises parciais simples, o paciente experimenta sensações estranhas, como distorções de percepção ou movimentos descontrolados de uma parte do corpo (convulsões). Ele pode sentir um medo repentino, um desconforto no estômago, ver ou ouvir de maneira diferente. Se, além disso, perder a consciência, a crise será chamada de parcial complexa. Em geral, se a pessoa passa anos sem ter crises e sem medicação, pode ser considerada curada.
- ⇒ **Homossexualidade:** As teorias científicas que classificaram a **homossexualidade como doença começaram a despontar na Europa no fim do século 19**. Somente um século depois, a Organização Mundial da Saúde **retirou-a do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM)**, que a classificava **como desvio ou perversão** - assim, aboliu o termo "homossexualismo", já que "ismo", em saúde, é um sufixo que caracteriza condição patológica. A ação, tardia, foi resultado de uma dura e dolorosa briga pelos direitos dos homossexuais. No começo do **século 19**, o **homossexual era tratado ao mesmo tempo como um anormal e um pervertido**. “Tratamentos” para o "homossexualismo" não tardaram a surgir. **Hipnose, castração e terapias reparativas** para alterar as preferências e desejos dos pacientes foram tentadas. Uma terapia usada era a lobotomia - cirurgia que retirava uma parte do cérebro. Em 1990, a Organização Mundial de Saúde declarou que "a homossexualidade não constitui doença, nem distúrbio e nem perversão". Três anos depois, a nova classificação entrou em vigor nos países-membros nas Nações Unidas. **No Brasil, deixou de ser tratada por psicólogos em 1999**.
- ⇒ **Tristeza:** se a pessoa estivesse se tornando um incômodo **por estar triste demais, por motivo de luto ou outras razões**, os próprios familiares mandavam pro hospício.
- ⇒ **Frígida:** Frígida é uma palavra usada para nomear alguém que é **fria, insensível ou que não sente compaixão**. Também pode ser um termo usado para classificar uma pessoa que tem uma postura indiferente sobre situações que ela pode estar presente. Este termo é usado para demonstrar atitudes de **poucos sentimentos**

ou nenhum em certas ocasiões. Este termo é constantemente usado não só para adjetivar pessoas quanto aos seus sentimentos, mas também de forma pejorativa para dizer que alguém **não tem vontade, não tem tesão**, que não tem interesse ou necessidades por nada.

- ⇒ **Andarilhos:** Os andarilhos e outros desocupados são frequentemente confundidos com os loucos. E não é de hoje, é um preconceito que tem uma história secular. Eles estão juntos na grande **categoria dos segregados**. Foram internados juntos em tantos lugares, tantas vezes, que ganharam uma falsa identidade.
- ⇒ **Velhice:** pessoa que estivesse **vivendo muito tempo**, tornando-se um incômodo para a família, ou apresentando sinais normais de velhice (esquecimento...), podiam ser enviadas para os hospícios.

HOSPITAIS

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Foi **fundada em 1803** e passa a acolher os “**alienados mentais**” **em 1834**. As acomodações precárias e a falta de tratamento adequado foram alvo de críticas nos jornais do período. **A construção de um local específico** para esse fim, apropriado para os padrões da época, denominado do **Asilo de Alienados**, ocorre **na década de 1860**. Sendo **o único espaço que recebia esses pacientes** até a inauguração do **Hospício São Pedro**. **Atualmente o hospital não possui leitos psiquiátricos, atendendo por consultas** ambulatoriais particulares e para conveniados, além de fazer o acompanhamento para paciente já internados por outras demandas.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO

Inaugurado em **1884**, com o nome de **Hospício São Pedro**, foi construído nos arredores de Porto Alegre. O objetivo era **recolher pacientes com doenças psiquiátricas, a população desamparada e aqueles que não se encaixavam nos padrões sociais**. De acordo com o **primeiro Regulamento** do Hospício São Pedro, elaborado em **1884** pelo presidente da Província, José Julio de Albuquerque Barros, **a instituição era destinada para asilo, tratamento e curativo de alienados de ambos os sexos. O Hospício poderia receber alienados indigentes ou pensionistas**. Os indigentes seriam alimentados, vestidos e tratados gratuitamente. Já para ser **pensionista** – e receber tratamento diferenciado – era necessário realizar o **pagamento** de uma pensão mensal. **Os pensionistas estavam divididos em três classes**.

1º classe	Teriam direito a quarto especial com tratamento especial, devendo a quantia diária de 2\$000 (dois mil réis)
2º classe	Teriam direito a quarto para dois alienados com tratamento especial. O pagamento era de 1\$500;
3º classe	Seria alojado em enfermarias gerais, pagando 1\$000.

Quanto à divisão especial e distribuição de internos, o Hospício estava provido de dormitórios e quartos para alienados tranquilos, em quartos fortes para os agitados, e enfermarias especiais para os doentes.



O primeiro médico do Hospício São Pedro foi o **Dr. Carlos Lisbôa**. Formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1881 defendeu tese no domínio da cardiologia. Foi médico interno do Hospício Pedro II. No Rio Grande do Sul, iniciou sua atividade médica como clínico geral. Até sua nomeação para médico-diretor do Hospício São Pedro, exerceu os cargos de delegado especial da Inspetoria de Saúde Pública no Rio Grande do Sul e diretor do Lazareto de Variolosos, durante a primeira epidemia de 1882. Foi, ainda, sócio benemérito da Sociedade Portuguesa de

Beneficência. Faleceu em 1888, em função de um abscesso cerebral, após ter sido por quatro anos médico-diretor do Hospício São Pedro.

Em **1925**, passou a ser **Hospital** São Pedro até **1961** quando recebeu a denominação de **Hospital Psiquiátrico São Pedro** que permanece até hoje. Atualmente, no espaço [não no prédio histórico], funciona o **Centro de Atenção Psicossocial Infantil e Adolescente (CAPS)**, a **Unidade de Dependência Química**, o **atendimento a emergências psiquiátricas**, além de **oficinas terapêuticas**. É um local de referência na formação de profissionais da área da Saúde Mental.

Hospital Espírita de Porto Alegre

Inaugurado em **1926**, seu foco era no **atendimento psiquiátrico**, foi idealizado por um grupo de praticantes da **doutrina espírita para a assistência da população de baixa renda**, tornando-se uma alternativa ao Hospital São Pedro. Em **1941** mudou de sede, do bairro Petrópolis para o bairro Teresópolis, proporcionando melhores condições para a acomodação e tratamento dos pacientes. **Atualmente oferece**

serviços como oficinas terapêuticas, internação psiquiátrica e assistência espiritual, através de equipes multidisciplinares.

DSM

As edições do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) são compostas por sugestões de diagnósticos referentes a transtornos mentais, seus sintomas e possíveis medicações e tratamentos. Dessa forma, muitos profissionais da saúde os usam como **forma complementar na análise de pacientes**. A 1ª edição (à esquerda) foi lançada em **1952**, pela Associação Americana de Psiquiatria, e a 5ª (à direita) em **2013**. Destaca-se o **aumento no número de diagnósticos** desde o primeiro lançamento, que aumenta de **106** para mais de **300** doenças. Dessa forma, foram lançadas cinco edições e ao longo dos anos o número de páginas e sugestões de diagnósticos vai aumentando gradualmente. A atual edição, DSM V, é a maior referência em pesquisa na saúde mental.

DSM I (1952) → 130 páginas com 106 diagnósticos.

DSM II (1968) → 134 páginas com 182 diagnósticos.

DSM III (1980) → 494 páginas com 265 diagnósticos.

- DSM III-R (1984) → revisão do DSM III. 567 páginas com 292 diagnósticos.

DSM IV (1994) → 886 páginas com 297 diagnósticos.

- DSM IV-TR (2000) → revisão do DSM IV.

DSM V (2013) → 948 páginas com 300 diagnósticos.

O objetivo do Manual DSM é **auxiliar no diagnóstico**, tornando-o mais preciso, desta forma, visando o melhor e mais **eficaz tratamento**, e **evitando erros** e procedimentos desnecessários aos pacientes (como medicações indevidas e tratamentos não efetivos). Entretanto, as críticas a respeito do DSM no âmbito científico são constantes:

⇒ Alega-se a respeito da **falta de confiabilidade** na construção dos diagnósticos e seus tratamentos (apesar de serem produzidos em cima de experiências empíricas e equipes multidisciplinares).

- ⇒ Alega-se também a respeito da **distinção injusta entre o que é normal e anormal**.
- ⇒ Ademais, se critica o fato do **diagnóstico ignorar todo o contexto social, cultural**, em que o paciente se insere, não considerando os processos de subjetividade (todos aspectos que construíram a personalidade da pessoa) de cada indivíduo, apenas deferindo rótulos.
- ⇒ O contexto político do DSM é um tópico controverso, incluindo seu **uso por indústrias farmacêuticas e seguradoras**. O potencial conflito de interesses tem surgido porque aproximadamente 50% dos autores que previamente selecionaram e definiram as desordens psiquiátricas do DSM tiveram ou têm relacionamentos com indústrias farmacêuticas.
- ⇒ Algumas pessoas querem a **exclusão de pedofilia, transtorno de identidade de gênero e fetiches travestis no DSM, como diagnósticos**. Elas citam a decisão da APA de remover a homossexualidade do DSM como evidência de que a APA se refere incorretamente a esses estados do ser ou da orientação como doenças mentais.
- ⇒ **Dizem que qualquer pessoa que ler, se encaixará em ao menos 5 tipos de diagnósticos.**

Conforme ex-diretor do DSM IV> “As definições de transtorno mental do DSM-5 são frouxas demais, e as empresas de medicamentos exploram isso para **vender pílulas e obter lucro**. No DSM-5, imaturidade normal se torna transtorno de déficit de atenção. Uma angústia normal se torna distúrbio depressivo maior. Um esquecimento normal da idade se torna transtorno neurocognitivo leve. Comer demais se torna compulsão alimentar. Temperamento instável se torna transtorno disruptivo de desregulação do humor. Sintomas clínicos se tornam transtorno somatoforme. As consequências do hiperdiagnóstico são excesso de tratamentos inúteis, remédios potencialmente prejudiciais e estigma.”

Diagnóstico geral-->

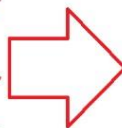
Transtornos de Ansiedade

OS transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas. Medo é a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os ataques de pânico se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo. Não estão limitados aos transtornos de ansiedade e também podem ser vistos em outros transtornos mentais.

Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada. Assim, embora os transtornos de ansiedade tendam a ser altamente comórbidos entre si, podem ser diferenciados pelo exame detalhado dos tipos de situações que são temidos ou evitados e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associados.

Os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. Eles diferem do medo ou da ansiedade provisórios, com frequência induzidos por estresse, por serem persistentes (p. ex., em geral durando seis meses ou mais), embora o critério para a duração seja tido como um guia geral, com a possibilidade de algum grau de flexibilidade, sendo às vezes de duração mais curta em crianças (como no transtorno de ansiedade de separação e no mutismo seletivo). Como os indivíduos com transtornos de ansiedade em geral superestimam o perigo nas situações que temem ou evitam, a determinação primária do quanto o medo ou a ansiedade são excessivos ou fora de proporção é feita pelo clínico, levando em conta fatores contextuais culturais. Muitos dos transtornos de ansiedade se

Dá características, fatores de risco e prognósticos, prevalência, desenvolvimento, questões diagnósticas relativas à cultura, gênero, dentre outros



Diagnóstico Diferencial

Transtorno de ansiedade generalizada. O transtorno de ansiedade de separação distingue-se do transtorno de ansiedade generalizada no sentido de que a ansiedade envolve predominantemente a separação das figuras de apego, e, se ocorrem outras preocupações, elas não predominam no quadro clínico.

Transtorno de pânico. Ameaças de separação podem levar a extrema ansiedade e mesmo a um ataque de pânico. No transtorno de ansiedade de separação, em contraste com o transtorno de pânico, a ansiedade envolve a possibilidade de se afastar das figuras de apego e a preocupação com eventos indesejados ocorrendo com elas, em vez de ficar incapacitado por um ataque de pânico inesperado.

Agorafobia. Diferentemente dos indivíduos com agorafobia, aqueles com transtorno de ansiedade de separação não são ansiosos quanto a ficarem presos ou incapacitados em situações em que a fuga é percebida como difícil no caso de sintomas similares a pânico ou outros sintomas incapacitantes.

Transtorno da conduta. A esquiva da escola (evasão) é comum no transtorno da conduta, mas a ansiedade pela separação não é responsável pelas ausências escolares, e a criança ou adolescente habitualmente fica longe de casa em vez de voltar para ela.

Transtorno de ansiedade social. A recusa de ir à escola pode ser devida a transtorno de ansiedade social (fobia social). Nesses casos, a esquiva da escola se deve ao medo de ser julgado negativamente pelos outros, e não a preocupações relativas a ser separado das figuras de apego.

Transtorno de estresse pós-traumático. O medo de separação das pessoas amadas é comum após eventos traumáticos como desastres, particularmente quando foram experimentados períodos de separação dessas pessoas durante o evento traumático. No transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), os sintomas centrais são relativos a intrusões e esquiva de lembranças associadas ao evento traumático, enquanto no transtorno de ansiedade de separação as pre-ocupações e a esquiva estão relacionadas ao bem-estar das figuras de apego e a separação delas.

Transtorno de ansiedade de doença. Os indivíduos com transtorno de ansiedade de doença se preocupam com doenças específicas que podem ter, mas a preocupação principal é quanto ao diagnóstico médico, e não quanto a ser separado das figuras de apego.

Luto. Ansiedade intensa ou saudades da pessoa falecida, tristeza intensa e dor emocional e preocupação com a pessoa falecida ou com as circunstâncias da morte são respostas esperadas no luto, enquanto o medo de separação de outras figuras de apego é central no transtorno de ansiedade de separação.

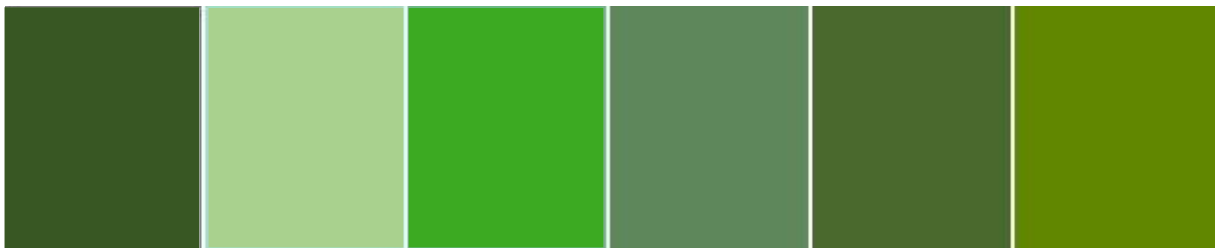
Transtornos depressivo e bipolar. Esses transtornos podem estar associados a reticência em sair de casa, mas a perturbação principal não é a preocupação ou o medo de eventos indesejados afetarem as figuras de apego, mas a baixa motivação para se envolver com o mundo externo. ** No entanto, os

Foca em cada tipo de transtorno de ansiedade

NUCLEO 3 – NOVOS OLHARES

OBJETOS GERADORES:

ACERVO ARTETERAPIA: Para contextualizar a diferença nas formas de tratamento, utilizando então a terapia também como forma de atendimento.



A cor verde está representada neste núcleo, está associada diretamente com saúde, natureza, esperança, vida. Lembra equilíbrio, frescor, harmonia, coisas saudáveis. Tonifica o sistema nervoso, é tranquilizante.

REFORMA PSIQUIÁTRICA ESTRANGEIRA

Para entender a reforma psiquiátrica brasileira é preciso destacar a **Psiquiatria Democrática**, a partir dos anos 1960. Esse movimento entende que a “loucura” não se restringe ao paciente e ao médico, mas, para além da psiquiatria, ela engloba o sujeito, sua família, à comunidade e os demais setores sociais. Além disso, vê no hospital psiquiátrico como uma forma de segregação, buscando a reinserção social do sujeito. Franco Basaglia, psiquiatra italiano, foi um dos precursores desse movimento.

Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana

Em 13 de maio de 1978 foi criada a Lei 180 ou Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, também conhecida como **Lei Basaglia**. A loucura a partir de momento passa a ser visualizada de outro modo. O cuidado, a escuta e a participação passam a compor o campo das ações nas políticas públicas de saúde mental. Uma série de serviços e práticas foi criada para dar conta deste **novo olhar** sobre a loucura: Centros de Saúde Mental; Cooperativas de Trabalho; Residência para ex-egressos dos manicômios; Ações Culturais, entre outras ações que atendiam as necessidades de um sujeito em liberdade,

na cidade, em sua vida cotidiana. A data inspira a criação no Brasil do Dia Nacional da Luta Antimanicomial(18 de maio).



REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Lei da Reforma Psiquiátrica do RS: O Rio Grande do Sul se adiantou quanto à legislação em relação ao Brasil. Em 1992 era decretada a Lei Estadual 9.716 providenciando a gradual substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por redes de atenção integral em Saúde Mental e, também, determinando proteção aos que sofrem psicicamente. Ela veda a ampliação e construção de hospitais psiquiátricos, busca integração do paciente em estado isolado, institui a gradativa substituição dos hospitais por uma rede integrada de variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, dentre outras questões.

Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira: A lei nº 10.216 só é aprovada em 06 de abril de 2001. Ela institui os direitos e proteção de qualquer pessoa que seja acometida por algum transtorno mental, privilegiando a questão de internação apenas em casos extremos e a proibição de pesquisas científicas com os pacientes sem sua autorização. No entanto, não decreta a extinção dos manicômios. O texto dela ainda versa que a internação, se voluntária, deve ser reconhecida por documento pelo paciente no momento em que o mesmo aceita o tratamento, sendo que, se o paciente desejar interromper a internação deverá solicitar através de documento ou ter aval médico.

“Apesar das Leis em questão estarem em vigor no presente momento, ainda são necessárias muitas ações educativas e culturais para desconstruir o estereótipo de louco e avançar em direção a uma sociedade onde o tratamento para pessoas com transtorno em Saúde Mental aconteça de forma inclusiva.”

MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL

O Movimento da **Luta Antimanicomial** teve seu início marcado em **1987** no Brasil, **em continuidade a ações de luta política na área da saúde pública no Brasil por parte de profissionais de saúde que contribuíram na própria constituição do SUS.** Naquele ano a discussão sobre a possibilidade de uma intervenção social para o problema da saúde mental, especificamente, dos absurdos que aconteciam nos

manicômios ganhou relevância, permitindo o surgimento específico deste movimento. Desde então a participação paritária de usuários de serviços e seus familiares se tornou característica deste movimento. Em 1987 estabeleceu-se **o lema do movimento: "Por uma sociedade sem manicômios"**, e o **18 de maio foi definido como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial**, data comemorada desde então em todo o país. O Movimento da Luta Antimanicomial, embora não tenha se instituído formalmente como pessoa jurídica conquistou na área da saúde um caráter de forte representatividade e legitimidade, o que se confirma pelo fato de ter obtido três cadeiras na Comissão Intersectorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde, sendo uma para um representante dos usuários, uma para os familiares e uma para um representante do movimento independente da categoria.

>>>> LEMBRAR <<<<<



CAPS

Os CAPS são instituições destinadas a **acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar**, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar **integrá-los a um ambiente social e cultural**, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. **Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica**. A criação dos CAPS fez parte de um intenso **movimento social**, inicialmente de **trabalhadores de saúde mental**, que buscavam a **melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos**, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.

O **primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)** do Brasil foi inaugurado em março de **1986**, na cidade de **São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira**, conhecido como CAPS da Rua Itapeva.

- **Luiz da Rocha Cerqueira** foi **coordenador de Saúde Mental do Estado de SP**, que na década de 1970, **contribuiu para a construção de novos rumos no atendimento de pacientes com transtorno mental grave**, através da implantação de políticas de saúde mental contrárias ao modelo centrado em longas internações em hospitais psiquiátricos.

Os **NAPS/CAPS** foram criados oficialmente a partir da **Portaria GM 224/92** e eram definidos 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”.

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela **Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002** e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Para ser atendido num CAPS pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pelo **Programa de Saúde da Família** ou por **qualquer serviço de saúde (SUS/UBS)**.

Ao iniciar o acompanhamento no CAPS, é traçado um **projeto terapêutico** com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele. Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico **individual**, isto é, **um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade**, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela, e também proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades.

Os atendimentos Terapêuticos podem ser classificados como:

- **Atendimento Intensivo:** trata-se de **atendimento diário**, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- **Atendimento Semi-Intensivo:** O usuário pode ser atendido até **12 dias no mês**. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

- **Atendimento Não-Intensivo:** oferecido **quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território** e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar. Cada CAPS, por sua vez, deve ter um projeto terapêutico do serviço, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional.

Alguns dos **Recursos Terapêuticos** que podem ser disponibilizados pelos CAPS são:

- **Atendimento individual:** prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;
- **Atendimento em grupo:** oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- **Atendimento para a família:** atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;
- **Atividades comunitárias:** atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- **Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço:** a Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

Estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tem que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS.

Tipos de Oficinas Terapêuticas:

- **Oficinas expressivas:** espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.
- **Oficinas geradoras de renda:** servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.
- **Oficinas de alfabetização:** esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania.

Os diferentes tipos de CAPS são:

- **CAPS I e CAPS II:** são CAPS para **atendimento diário de adultos**, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
- **CAPS III:** são CAPS para **atendimento diário e noturno de adultos**, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

Os CAPS I, II e III destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, nos quais o uso de álcool e outras drogas é secundário à condição clínica de transtorno mental.

CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira;

CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Podendo ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.

- **CAPSi**: CAPS para **infância e adolescência**, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. (Estão incluídos nessa categoria os portadores de **autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica**, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Em geral, as atividades desenvolvidas nos CAPSi são as mesmas oferecidas nos CAPS, como atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas, atividades externas. Elas devem ser dirigidas para a faixa etária a quem se destina atender. Assim, por exemplo, as atividades de inserção social devem privilegiar aquelas relacionadas à escola). Normalmente localizado em municípios com população acima de 200.000 habitantes, tendo como horário de funcionamento das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo também ter um terceiro período onde funcionaria até 21 horas.

- **CAPSad**: CAPS para **usuários de álcool e drogas**, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e **dependência de substâncias psicoativas**, como álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Esse tipo de CAPS possui **leitos de repouso** com a finalidade exclusiva de tratamento de **desintoxicação**. Os CAPSad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar. Normalmente localizado em municípios com população acima de 100.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo vir a ter um terceiro período até 21 horas.

Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS – Equipes mínimas

CAPS I

- 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental
- 1 enfermeiro
- 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPS II

- 1 médico psiquiatra
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPS III

- 2 médicos psiquiatras
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior
- 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

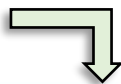
CAPSi

- 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental
- 1 enfermeiro
- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPSad

- 1 médico psiquiatra
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas
- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:



COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

NISE DA SILVEIRA

Cabe destacar que tal movimento (Reforma Psiquiátrica) já se destacava no Brasil, desde a década de 1930 com a alagoana Nise da Silveira (1905-1999), que teve um papel fundamental, se destacando por seu pioneirismo e suas abordagens diferenciadas no tratamento de pacientes psiquiátricos. Ela se forma em 1926 na Faculdade de Medicina na Bahia, sendo a única mulher entre 157 alunos. Dentre os anos 1934 e 1936 durante o Estado Novo é acusada de envolvimento com o comunismo em função das leituras que fazia, sendo presa. Divide cela com Olga Benário (militante comunista alemã e judia, casada com Luis Carlos Prestes, morta em câmara de gás em campo de concentração). Em 1944 passa a trabalhar no Hospital Pedro II, antigo Centro Psiquiátrico Nacional, no Rio de Janeiro, onde se recusa a seguir o tratamento da época, que incluía choque elétrico, cardiazólico e insulínico, camisa de força e isolamento. Ao dizer “não”, a psiquiatra foi transferida, como “**punição**”, para o **Setor de Terapia Ocupacional do Pedro II**. Nesse setor implementa a Terapia Ocupacional (Nise não sentia-se à vontade em utilizar o termo "terapia ocupacional" para designar seu

trabalho, porque esse termo fazia referência à antiga terapêutica dos hospitais psiquiátricos, que se tratava de um trabalho realizado apenas para ajudar na economia do hospital, ao invés de visar o tratamento dos sujeitos hospitalizados. O termo arteterapia ainda não existia nesta época.) no tratamento psiquiátrico, porém Nise preferia nomear esse trabalho como "**emoção de lidar**". Nise percebe então que as artes plásticas eram o canal de comunicação com os pacientes esquizofrênicos graves, que até então não se comunicavam verbalmente. **As obras produzidas por eles davam "voz" aos conflitos internos que viviam**, a psiquiatra acreditava na singularidade de cada paciente/cliente. As obras produzidas por seus pacientes, atualmente estão reunidas no **Museu de Imagens do Inconsciente**, que abriga mais de **350 mil obras**. Em 1957, Nise é **convidada por Jung para passar um ano estudando com ele no Instituto Junguiano**, na Suíça, além de expor o acervo do Museu de Imagens do Inconsciente no II Congresso Internacional de Psiquiatria. Na volta ao Brasil, em 1958, ela criou o Grupo de Estudos C. G. Jung no Rio de Janeiro, que coordenou até morrer, em 1999. Em decorrência de uma pneumonia, Nise da Silveira morreu no Rio de Janeiro em 30 de outubro de 1999. A morte da doutora se deu após a morte de todos os pacientes-artistas que cuidou ao longo de mais de cinco décadas – uma longa e paciente espera.

ARTETERAPIA

A arteterapia pode ser definida como uma disciplina com especificidades e limites concretos. É uma ajuda – terapia para alguns – que utiliza as artes (plásticas, dança, música, teatro,...), como meio para recuperar ou melhorar a saúde mental, o bem-estar emocional e social da pessoa. Os objetivos da arteterapia são os mesmos dos da psicoterapia. Esta ajuda foca **a arte como forma de comunicação**, deste modo, ajuda a expressar e comunicar sentimentos, facilitando a reflexão, a comunicação, e permitindo as mudanças necessárias no comportamento. A **criação artística**, tomada como ação, coloca em marcha um processo: intervém no espaço terapêutico e invade a realidade, reavaliando-a.

HOSPITAL COLÔNIA ITAPUÃ

Na década de **1970** com os tratamentos terapêuticos em voga e devido à superlotação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, é criado o Centro de Reabilitação para Doentes Mentais Crônicos (CRDMC), mais tarde renomeado Centro Agrícola de Reabilitação (CAR) no **Hospital Colônia Itapuã**. O Hospital Colônia Itapuã era um espaço em **Viamão, criado em 1940**, para onde pessoas diagnosticadas com **hanseníase** (lepra), eram encaminhadas a fim de serem **isoladas compulsoriamente do resto da sociedade**. Esse espaço foi criado pelo fato da doença ser altamente contagiosa e, até aquele momento, não haver cura. Na década de **1950 os avanços nos tratamentos** causam uma

drástica diminuição dos pacientes internados, o que esvazia bastante o espaço. Assim, ele fica propício para receber algumas pessoas do HSP. Nesse espaço, predominantemente rural, que lhes era familiar, os pacientes podiam realizar diversas atividades das quais conheciam bem, tais como trabalho em hortas e cuidados com plantações de legumes e hortaliças, cuidados com o gado, retirada de leite, corte de lenha, capina da roça, jardinagem, além de serviços domésticos e braçais como lavanderia, mercearia, mecânica, entre outros. Interessante ressaltar que tudo que se produzia naquela área era distribuído, tanto para o HCl, quanto para o HPSP e até mesmo para a Santa Casa. <--**laborterapia.**

Com a Reforma Psiquiátrica e a Lei de Nº 10.216 de 06 de abril de 2001 que impõem o fim das instituições manicomiais, foi impossibilitada a continuidade do projeto levando em conta que os pacientes não poderiam ser internados por mais que 30 dias. No entanto, ainda hoje há pacientes do HPSP vivendo em Itapuã, assim como alguns dos ex-hansenianos.

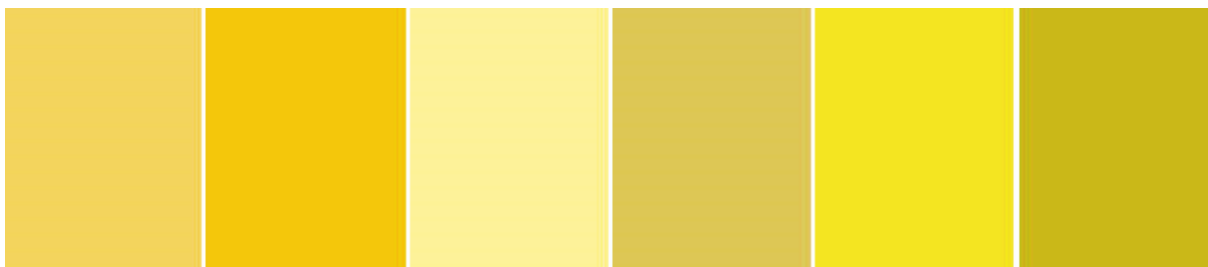
- **Laborterapia:** É importante ressaltarmos que a laborterapia, durante sua aplicação em algumas instituições, tem duas facetas: Poderia ter a função de terapia, porém também poderia ser utilizada como exploração da mão de obra dos indivíduos, tendo como foco os lucros que poderiam gerar para a instituição e também a manutenção do indivíduo naquele ambiente. (Necessário frisar que não a relatos que essa exploração ocorreu no Hospital Colônia Itapuã).
- **Hanseníase:** antes de ser denominada como Hanseníase (Mal de Hansen), era conhecida como “lepra”. É uma doença degenerativa, onde a bactéria atua na epiderme, fazendo com que seus portadores possam perder seus membros. Antes de ser desenvolvida um tratamento eficaz para essa doença, os portadores eram confinados (pois a hanseníase é contagiosa), assim a Colônia Itapuã recebia estes doentes, onde ficavam segregados da sociedade.

NUCLEO 4 – OLHAR PARA SI

OBJETO GERADOR:

ESPELHO: Podemos pensar o espelho, e mais especificamente a possibilidade de vermos nosso próprio reflexo, como um objeto que nos remete à realidade. No entanto, não apenas de forma superficial: “O reflexo da criança ou do jovem

**contribui para trazer a sua substância para a existência”
assim, o espelho pode ser entendido como meio de reflexão.**



O núcleo 4, é composto pela cor amarela que incentiva a criação e a comunicação, desperta alegria, animação, entretenimento. Indicada para situações de calma, reflexão e decisão, pode ter efeito calmante. Utilizada para estimular o conhecimento e prender a atenção, gera otimismo, alegria, felicidade, idealismo e arrogância.

Vivemos cercados por objetos e informações que mudam em ritmo alucinado sufocando nossa voz interior. O mundo que nos cerca dita nossa maneira de vestir, agir, pensar e sentir, e esses padrões impostos nos garantem aceitação. Os estímulos que recebemos todos os dias fazem com que nossos pensamentos e ações estejam voltados para o exterior.

O exercício de olhar para **nosso interior** nos **faz refletir sobre o verdadeiro “eu” e sobre a imensa capacidade da nossa mente**. O **espelho** nos desafia a ver nosso reflexo e a imagem que ele devolve, nos questionando para quem refletimos e todas as criações que a mente proporciona.

Em um mundo caótico e desordenado o convite para desacelerar e organizar o pensamento se faz necessário, para isso o uso de **mandalas**, segundo Carl Gustav Jung*, auxiliam nesse encontro de ordem após períodos de pânico e de confusão emocional, sua utilização nos possibilita encontrar no autoconhecimento o equilíbrio. Com reflexão intrapessoal e com a imensa capacidade de criação de nossa mente, podemos alcançar tomadas de consciência e alcançando a paz e tranquilidade para viver.

ImensaMente surgiu perante todos caminhos que a saúde mental percorreu, Questionamentos sobre normalidade fizeram ser possível a ampliação da visão sobre a evolução que ocorreu no brasil, com a reforma psiquiatra tivemos um avanço humano sobre a saúde mental, com novas noções sobre tratamentos e pacientes. Arte terapia e mandala foram temas abordados pela sua capacidade e imenso proveito após a reforma.

É necessário fazer reflexão sobre a saúde mental, tema que com o cotidiano acaba passando batido e transformando nossa mente em algo pequeno e pré-programado, moldado por uma sociedade que não enxerga além. Sem se permitir tomadas de consciência ou reflexão intrapessoal, fazendo nossa imensa mente menor.

MANDALA

Quer dizer círculo em sânscrito, é uma forma básica que pode ser encontrada na natureza, nos elementos da matéria (um cristal de gelo, ou de vitamina C, por exemplo), no mundo animal e também nos objetos e imagens criados pelo homem, pela psique do homem. É uma representação circular de um movimento ordenado, onde não há começo nem fim, nem arestas, nem pontos soltos; tudo está interligado. A representação de um sistema de ordem: um cosmos. Jung conclui que: “a mandala é um símbolo que também diz respeito à integridade psíquica do homem, sua totalidade.”

Talvez a mais famosa mandala (mas não reconhecida como tal) seja o HOMEM VITRUVIANO, criado por Leonardo da Vinci na Renascença Italiana. Representa a suprema unidade e a eterna recorrência humana. E a perfeição da unidade primordial, sem início nem fim. “Quando uma função é polarizada no consciente, seu oposto mergulha no inconsciente”.

- ESPAÇO EDUCATIVO -

PASSO A PASSO DAS AÇÕES EDUCATIVAS:

▪ **Atividade de Meditação**

Segundo ensinamentos budistas, a prática de meditação serve tanto para o caminho espiritual quanto para melhorarmos a nossas condições de vida, de saúde física e mental, assim como aproveitar melhor a nossa vida humana preciosa. Dessa forma, no dia **04 de abril**, durante a abertura da exposição, todos serão convidados a parar por um instante e contemplar o momento presente. A reflexão e prática de meditação serão oferecidas pelo psicólogo e praticante budista Gabriel Madeira/ **Márcio Eduardo de Brito** e terá duração de aproximadamente **15 minutos**.

▪ **Cine debate**

Dia **11 de maio, sexta-feira**, as **14:30** apresentaremos no **Plenarinho** do prédio da reitoria da UFRGS, o documentário realizado na Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Chama-se **EPIDEMIA DE CORES**, e é um filme sobre arte, saúde mental e liberdade com a atenção voltada a acontecimentos insignificantes aos registros institucionais. Teremos a presença do diretor Mário Eugênio Saretta (Doutorando em Antropologia Social no PPGAS/UFRGS. Participante do Grupo de Pesquisa "Ciências na Vida: Produção de Conhecimento e Articulações Heterogêneas" e do Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde - NUPACS/UFRGS) e de uma das protagonistas Solange Gonçalves que debaterão sobre o filme. O responsável pela condução desta ação será o colega curador Pablo Barbosa.

▪ **Roda de conversa com o CAPS**

Dia **18 de maio, sexta-feira**, as **9:00** dia da **Luta antimanicomial** e dia dos **Museus**, teremos uma roda de conversa no **mezanino** do Museu tratando sobre o tema e a exposição. Teremos a presença de Ana Paula de Lima (Mestre em Saúde Coletiva, psicóloga na Atenção Básica/SMS, coordenadora da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde desde 2016), Kátia S. Barfknecht (Terapeuta ocupacional, especialista em Saúde Mental Coletiva /ESP, mestre em Psicologia Social e Institucional/UFRGS, Coordenadora da Geração POA Oficina de Saúde e Trabalho SMS/PMPA/SUS desde 2016), e Julia Lângaro Becker (Mestranda em Saúde Coletiva/UFRGS, integra o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde /EducaSaúde/UFRGS). A responsável pela condução desta ação será a colega curadora Carolina Sigot.

▪ **Roda de conversa com Ângela Pomatti**

Dia **23 de maio, quarta-feira**, as **14:30** teremos no **mezanino** do museu uma roda de conversa com Ângela Pomatti (Graduada em Licenciatura Plena em História pela Universidade Federal de Pelotas (2008), graduada em Museologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2017) e mestrado em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2011). Atualmente é contratada pelo Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul, possuindo experiência na área de História, com ênfase em História Regional do Brasil, com ênfase nos temas: História oral, História e Memória. A conversa será sobre o trabalho desenvolvido em sua área de atuação, sua experiência na direção do MUHM e a exposição. A responsável pela condução desta ação será a colega curadora Katia Almeida.

▪ **Roda de conversa com o *Centro de Valorização da Vida***

Dia **30 de maio, quarta-feira**, as 14:30 teremos no mezanino do museu uma roda de conversa com Ana Paula de Lima. A conversa será sobre prevenção ao suicídio e o trabalho do CVV. A responsável pela condução desta ação será a colega curadora Carolina Sigot.

▪ **Mandala tátil**

A mandala tátil mede **30x30**, e constitui-se de uma placa de papelão onde está montada uma **mandala bidimensional**, feita de materiais variados. Será usada para disponibilizar acesso ao acervo, para explicar como ela pode ser e durante a oficina prática. Ficará disponível em cima da mesa onde será a oficina.

▪ **Oficina de Mandala**

As mandalas terapêuticas de **Jung** e usadas também por **Nise da Silveira** serviram de inspiração para essa oficina. Não pretendemos fazer um “atendimento” nem uma interpretação da mandala feita pelos visitantes, apenas será uma forma lúdica de **aproximá-los com a temática** e demonstrar uma forma de arte terapia amplamente usada.

A palavra **mandala** vem do sânscrito, e quer dizer círculo. É uma forma que não tem começo nem fim, tornando-a simbólica de várias qualidades da alma: integridade, unidade, infinidade, eternidade, ilimitação e plenitude.

As mandalas se manifestam nas mais variadas formas da natureza, como redemoinhos de água, cristais de gelo, conchas redondas, estrelas do mar, flores ou frutas partidas ao meio. Também estão presentes em diversas expressões de organização humana, em inscrições rupestres, disposição de ocas indígenas em terreiros de tribos, rosáceas nos vitrais das igrejas católicas. Fazem parte da cultura tibetana, na prática meditativa, onde são construídas com pó colorido e depois do longo trabalho, são desmanchadas para mostrar a impermanência. Podem ser vistas em danças circulares e cantigas de roda.

Desta forma eles são uma grande **arquétipo**, presentes e recorrentes no **inconsciente coletivo**. Uma representação da nossa unidade com o universo, tidas como canais de proteção, organização, meditação e contemplação.

Atividade prática educativa na exposição: Depois de uma breve explicação, de mostrar algumas imagens ilustrativas e a mandala tátil, convidaremos as pessoas ou os grupos a participarem de uma atividade lúdica, a confecção de uma mandala.

Materiais: **3 pequenos painéis** com fotos de mandalas variadas, atrás dos painéis termos algumas informações que podem ser lidas enquanto se mostra a figura. **Tesoura** sem ponta, **folhas de revista** com lados lisos e coloridos para recortar, e uma lixeira pequena.

Local: Em uma mesa ou no chão do mezanino do Museu.

Para visitantes que estiverem sozinhos: A mandala será feita com o mediador, que distribui o material: uma tesoura e papel colorido para cada um. Sugere então que o visitante dobre a folha de papel 4 vezes enquanto dobra a sua também. Em seguida os dois recortam cada um, uma forma em seu papel, que por estar dobrado vai duplicar os recortes em 16 partes. As formas de recortes podem ser livres, mas podem ser sugeridos triângulos, círculos, corações, retângulos, quadrados, “cobrinhas”, etc. O mediador então coloca no centro da mesa 4 de suas figuras dispostas equidistantes e simétricas, formando uma forma circular. É a vez do visitante, que vai dispor as suas formas da mesma maneira, porém para fora do círculo inicial, aumentando a mandala. Na segunda rodada o mediador coloca 8 de suas figuras, harmonizando a colocação com as figuras colocadas anteriormente. Pede para o visitante fazer o mesmo. Na última rodada o mediador coloca suas 4 últimas peças, seguindo o padrão mandálico. Por último o visitante coloca as suas. A mandala está pronta. Podem admirar o trabalho por alguns instantes e comentar o que veem ou sentem, se gostaram, se poderiam ter feito diferente. O mediador então finaliza oferecendo as peças para o visitante levar consigo

e usar com outras pessoas. As peças são então colocadas em um envelope fechado com o adesivo da exposição.

Para visitantes em grupos: Até 4 pessoas possível fazer na mesa, acima desse número montar a mandala no chão. Acima de 12 pessoas dividir o grupo em dois e passar para outro mediador fazer a atividade ao mesmo tempo. O mediador de cada grupo, neste caso, ficará mais coordenando a atividade, e sua participação prática será colocar o centro da mandala (círculo de papel colorido) para dar início a atividade. O mediador, pede para todos fazerem um círculo de 4 pessoas, se tiver mais componentes, formar fila atrás dos primeiros 4. Então distribui o material: uma tesoura e papel colorido para cada um. Sugere então que os visitantes dobrem suas folhas de papel 4 vezes. Em seguida todos recortam. Cada um vai escolher uma forma em seu papel, que por estar dobrado vai duplicar os recortes em 16 partes. As formas de recortes podem ser livres, mas podem ser sugeridos triângulos, círculos, corações, retângulos, quadrados, “cobrinhas”, etc. O mediador então coloca no centro da mesa ou do chão o círculo inicial. É a vez do primeiro visitante, que vai dispor 4 das suas formas, equidistantes e simétricas, formando uma forma circular. O segundo participante coloca mais 4 peças, assim como o terceiro e o quarto. Na segunda rodada novamente o primeiro coloca 8 de suas figuras, harmonizando a colocação com as figuras colocadas anteriormente. Os próximos fazem o mesmo. Na última rodada cada participante coloca suas 4 últimas peças, seguindo o padrão mandálico. Ajustar alguma peça, caso necessário. A mandala está pronta. Podem admirar o trabalho por alguns instantes e comentar o que veem ou sentem, se gostaram, se poderiam ter feito diferente. O mediador então finaliza oferecendo as peças para os visitantes levarem consigo e usar com outras pessoas. As peças de cada visitante é então colocadas em um envelope individual fechado com o adesivo da exposição.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Ana; COUTINHO, Rejane Galvão. (Org.). *Arte, educação como motivação cultural e social*. São Paulo: UNESP, 2009.

DAVALLON, Jean. A mediação: a comunicação em processo? *Prisma: Revista de Ciências da Informação e da Comunicação*, n.4, jun., p. 3-36, 2007. Disponível em <<http://revistas.ua.pt/index.php/prismacom/article/view/645/pdf>>. Acesso em : 26 mar. 2017.

MARANDINO, Marta (Org.). *Educação em museus: mediação em foco*. São Paulo: FEUSP, 2008. Disponível em: <<http://parquecientec.usp.br/wp-content/uploads/2014/03/MediacaoemFoco.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

RAMOS, Francisco Régis Lopes. *A danação do objeto: o museu no ensino de História*. Chapecó, SC: Argos, 2004.

Memórias, sonhos, reflexões, 1961, Vintage Books, Random House, New York. C.G.Jung.

Jung, Gustavo Barcellos, 1985, Ed Ática S/A. (Psicólogo Clínico. Mestre em Psicologia Clínica pela New School for Social Research de Nova York. Membro da C.G.Jung Foundation for Analytical Psychology, New York. Revista Planeta, 1975, Editora Tres. (edição do baralho de Tarot).

