

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE ARQUITETURA E URBANISMO
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO**

MARIANE RIBEIRO

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III: A ARQUITETURA A
FAVOR DA SAÚDE MENTAL**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**CURITIBA
2018**

MARIANE RIBEIRO

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III: A ARQUITETURA A
FAVOR DA SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo, do Departamento de Arquitetura e Urbanismo - DEAAU - da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR.

Orientador: Prof.^a Esp. Iaskara Florenzano
Prof.^a Dr.^a Giceli Portela

CURITIBA

2018



Ministério da Educação
UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
Campus Curitiba - Sede Ecoville
Departamento Acadêmico de Arquitetura e Urbanismo

Curso de Arquitetura e Urbanismo

TERMO DE APROVAÇÃO

Centro de Atenção Psicossocial III: a arquitetura a favor da saúde mental

Por

MARIANE RIBEIRO

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi apresentado em 21 de novembro de 2018 como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho aprovado.

Prof. José Ernesto Bueno Wills
UNIVERSIDADE POSITIVO

Prof. Heverson Tamashiro
UTFPR

Prof. Isuru Yamamoto
UTFPR

Prof. Giceli Portela (orientadora)
UTFPR

AGRADECIMENTOS

Presto meus agradecimentos primeiramente aos meus pais, por todo cuidado, suporte e incentivo oferecidos ao longo da minha vida.

Agradeço aos professores, que através do compartilhamento de seus conhecimentos nos permitem evoluir. Em especial, agradeço às minhas orientadoras Iaskara Florenzano e Giceli Portela pelos direcionamentos, conselhos e disposição a prestar auxílio. Agradeço também à professora Gissele Chapanski pela inspiração para o tema e pelas conversas sobre fenomenologia.

Agradeço ainda à Jaqueline Calixto, coordenadora do CAPS III AD Portão, e à Mirela Stenzel, coordenadora do CAPSi do Centro Psiquiátrico Metropolitano, por disponibilizarem seu tempo para me explicar e apresentar suas unidades de trabalho.

Por fim, agradeço aos amigos, pelo companheirismo e apoio, e a todos aqueles que, de algum modo, contribuíram para a existência deste trabalho.

RESUMO

RIBEIRO, Mariane. Centro de Atenção Psicossocial III: A arquitetura a favor da saúde mental. 2018. 101 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2018.

As pessoas portadoras de transtorno mental ainda sofrem com o peso histórico do preconceito. Os conceitos relativos ao trato da mente foram se transformando ao longo do tempo, seguidos por modificações nas próprias estruturas físicas que abrigavam essa população. Desse modo, a arquitetura sempre esteve ativa no tratamento prestado às pessoas com transtorno mental. Este Trabalho de Conclusão de Curso tem o objetivo de desenvolver um projeto arquitetônico para um Centro de Atenção Psicossocial tipo III, visando auxiliar na promoção da saúde mental através da arquitetura. Inicialmente, foi feito um levantamento bibliográfico sobre os antigos e atuais métodos de tratamento de transtornos mentais, seguido por uma pesquisa a respeito da relação entre saúde mental e ambiente construído. Foram também realizadas análises de obras de referência, além de levantamentos da área de intervenção. A partir dessa pesquisa, foram reunidos dados e informações que serviram de subsídio para a definição das diretrizes projetuais que, em sequência, levaram ao desenvolvimento do projeto arquitetônico.

Palavras-chave: Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial. Arquitetura.

ABSTRACT

RIBEIRO, Mariane. Psychosocial Care Center type III: architecture in favor of mental health. 2018. 101 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2018.

People with mental disorders still suffer from the historical weight of prejudice. The concepts related to mental treatments have been transformed over time, being followed by changes in the physical structures that sheltered this population. In this way, architecture has always played an active role in the mental disorder treatment. This Undergraduate Thesis aims to develop an architectural project for a Psychosocial Care Center type III, aiming to assist in the promotion of mental health through architecture. Initially, a bibliographic survey was made on the previous and current methods of mental disorders treatment, followed by a research on the relation between mental health and the built environment. Reference projects were also analyzed, as well as data gathering of the intervention area was performed. The information collected during this research supported the definition of the project guidelines which, in sequence, led to the architectural project development.

Keywords: Mental Health. Psychosocial Care Center. Architecture.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Esquema de espaço ideal desenvolvido por profissional da Casa do Sol..	41
Figura 2 – Foto externa da Fallingwater House.	43
Figura 3 - Planta do segundo pavimento da Fallingwater House.	43
Figura 4 - Foto externa da Hanna House.....	44
Figura 5 - Setorização do Livsrum em planta.	45
Figura 6 - Planta de implantação do Livsrum.....	46
Figura 7 - Ambientes do Livsrum.	47
Figura 8 - Setorização do Maggie’s Centre Gartnavel em planta.	50
Figura 9 - Ambientes do Maggie’s Centre Gartnavel.	51
Figura 10 - Maquete e foto externa do Maggie’s Centre Gartnavel.....	53
Figura 11 - Maggie’s Centre Gartnavel em corte.	54
Figura 12 - Áreas de abrangência das UBSs e distritos sanitários de Curitiba.	57
Figura 13 - Fluxograma de atendimento à urgência psiquiátrica de Curitiba.....	63
Figura 14 - Distribuição da RAPS em Curitiba.	66
Figura 15 - Distritos atendidos pelos CAPS-TM: situação atual e proposta.	67
Figura 16 - Área de abrangência do CAPS proposto.	69
Figura 17 - Entorno da área de intervenção em um raio de 900 metros.	70
Figura 18 – Vias, usos e gabaritos da região de entorno da área de intervenção.....	71
Figura 19 - Dimensões e pontos das fotografias.....	72
Figura 20 - Fotografias da área de intervenção.	73
Figura 21 - Mapa síntese da área de intervenção.....	76
Figura 22 – Gráfico dos setores por área útil interna.	83
Figura 23 - Organograma e fluxograma do projeto proposto.	85
Figura 24 - Plano de ocupação.....	86
Figura 25 - Entrada do CAPS.	88
Figura 26 - Vista do refeitório e da convivência interna.	89
Figura 27 - Vista do jardim.....	90
Figura 28 - Vista da convivência externa.	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....	16
Quadro 2 – Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial.....	18
Quadro 3 – Ambientes obrigatórios para CAPS III segundo o MS.....	20
Quadro 4 – Rede de Atenção Psicossocial de Curitiba.....	56
Quadro 5 – Dados das UBSs em 2017.....	58
Quadro 6 – Dados dos Ambulatórios de Saúde Mental no 2º quadrimestre de 2017...58	
Quadro 7 – Dados dos CAPS no 2º quadrimestre de 2017.....	59
Quadro 8 – Dados de atenção hospitalar para saúde mental em Curitiba.....	60
Quadro 9 – Ações desenvolvidas em CAPS e seus objetivos.....	78
Quadro 10 – Dimensões mínimas para quarto coletivo de curta internação em estabelecimento de saúde.....	81
Quadro 11 – Ambientes e áreas do projeto.....	81
Quadro 12 – Parâmetros construtivos aplicados.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIC	Cidade Industrial de Curitiba
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CPM	Centro Psiquiátrico Metropolitano
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IS	Instalações Sanitárias
LGBTs	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
M ²	Metro(s) quadrado(s)
Mín.	Mínimo(a)
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nº	Número
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMC	Prefeitura Municipal de Curitiba
PNE	Pessoas com necessidades especiais
Pop.	População
Qtde.	Quantidade
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unit.	Unitário(a)
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMÁTICA.....	10
1.2 HIPÓTESE.....	11
1.3 JUSTIFICATIVA.....	11
1.4 OBJETIVO GERAL.....	12
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
1.6 METODOLOGIA.....	13
2 CONCEITUAÇÃO TEMÁTICA	14
2.1 COMO A SAÚDE MENTAL É ENTENDIDA ATUALMENTE.....	14
2.2 A LOUCURA AO LONGO DA HISTÓRIA.....	25
2.2.1 Um Caso Especial: A Colônia de Geel.....	29
2.2.2 A História da Loucura no Brasil.....	33
2.3 A ARQUITETURA NO PROCESSO DA BUSCA PELA SAÚDE MENTAL.....	36
3 ESTUDOS DE CASO	42
3.1 FALLINGWATER HOUSE E HANNA HOUSE – FRANK LLOYD WRIGHT.....	42
3.2 CENTRO DE ACONSELHAMENTO LIVSRUM – EFFEKT ARCHITECTS.....	45
3.3 MAGGIE'S CENTRE GARTNAVEL - OMA.....	50
4 INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE	55
4.1 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM CURITIBA.....	55
4.2 A ESCOLHA DA ÁREA DE INTERVENÇÃO.....	65
5 DIRETRIZES PROJETOVAIS	78
6 PROPOSTA	88
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A – PRANCHAS DO PROJETO	101

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho trata da proposta de concepção de um Centro de Atenção Psicossocial III. O projeto irá se diferenciar dos tradicionais ao promover e dar ênfase a espaços que promovam a interação social entre seus usuários e que permitam a realização de atividades variadas, favorecendo o restabelecimento da saúde mental do indivíduo. Com o propósito de apresentar a temática do tratamento em saúde mental, o trabalho foi dividido em seis capítulos, na seguinte ordem: introdução, conceituação temática, estudos de caso, interpretação da realidade, diretrizes projetuais e proposta.

O capítulo de introdução apresenta problemática, hipótese, justificativa, objetivo geral, objetivos específicos e metodologia do trabalho. Já o capítulo de conceituação temática aborda os conceitos de saúde e de transtorno mental e traz um retrato do tratamento atual em saúde mental oferecido a nível nacional e mundial. Trata ainda de como os conceitos e tratamentos foram sofrendo mudanças no Brasil e no mundo ao longo do tempo, e encerra ao apresentar a relação entre arquitetura e saúde mental.

O capítulo de estudos de caso traz a análise de quatro exemplos projetuais, cujos fundamentos serão relevantes para o desenvolvimento do projeto. Enquanto isso, o capítulo de interpretação da realidade abordará o levantamento realizado para a definição da área de intervenção, além do estudo junto ao seu entorno.

O capítulo de diretrizes projetuais trará a definição do partido e os conceitos do projeto, além do dimensionamento e setorização de suas áreas. Por fim, o capítulo de proposta apresentará o projeto arquitetônico desenvolvido a partir da pesquisa.

1.1 PROBLEMÁTICA

Como oferecer o melhor tratamento para pessoas portadoras de transtorno mental e de que modo a arquitetura pode auxiliar no êxito do processo de recuperação do equilíbrio da mente?

1.2 HIPÓTESE

Inúmeras pessoas com transtorno mental sofreram maus tratos ao longo da história devido à sua condição, e continuam sofrendo ao serem consideradas um estigma pela sociedade. Assim, além da conscientização da população, é necessário oferecer um tratamento humanizado, que considere o indivíduo com transtorno mental uma pessoa que está em sofrimento e que necessita de auxílio e compreensão para se restabelecer. A arquitetura é inserida nesse contexto por ter a responsabilidade de oferecer espaços que promovam as características sensoriais adequadas à situação, além de disponibilizar os meios físicos para que o trabalho dos profissionais de saúde possa ser executado da melhor maneira. Assim, os conceitos projetuais de um Centro de Atenção Psicossocial que atenda às características necessárias poderão servir de modelo a ser replicado em outros locais.

1.3 JUSTIFICATIVA

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2006), o Ministério da Saúde aponta que 3% da população apresenta transtornos mentais graves e persistentes, ao passo que 6% da população possui transtornos psiquiátricos graves devido ao uso de álcool e drogas.

Atualmente, o tratamento para transtornos mentais no sistema de saúde público brasileiro é baseado em vários serviços distintos. Dentre eles, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os responsáveis por oferecer serviço ambulatorial de atenção contínua. Em 2016, havia 2340 CAPS habilitados em funcionamento no Brasil. Desses, somente 94 unidades eram CAPS tipo III (BRASIL, [2017?]), o que representa pouco mais de 4% do total.

Em relação à Curitiba, observa-se que os CAPS existentes estão concentrados na porção central do município, de modo que vários bairros se encontram muito afastados das unidades. Essa situação dificulta e, em muitos casos, impossibilita o tratamento por parte dos habitantes de bairros periféricos.

Assim, justifica-se a escolha do tema da presente monografia, primeiramente, devido à necessidade de implantação de novos CAPS em Curitiba, como também em outras localidades do país. Além disso, optou-se por trabalhar com a temática da

saúde mental por conta da influência que a arquitetura pode ter sobre o tratamento das pessoas com transtorno mental.

1.4 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho é desenvolver o projeto arquitetônico de um Centro de Atenção Psicossocial tipo III, com ênfase no papel da arquitetura enquanto agente de promoção da saúde mental. O projeto irá prover espaços para integração e interação social, além de áreas de acolhimento que proporcionem cuidado e simbolizem refúgio para pessoas com transtornos mentais.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a definição de saúde mental e de transtorno mental;
- Conhecer o conceito atual de atendimento psiquiátrico e o histórico da assistência em saúde mental no mundo e no Brasil, de modo a identificar o panorama geral do tratamento tradicional a transtornos mentais;
- Inteirar-se a respeito de noções fenomenológicas aplicadas à arquitetura e detectar quais aspectos arquitetônicos podem influenciar no tratamento do paciente com transtorno mental;
- Identificar os serviços de atendimento à saúde mental existentes em Curitiba e conhecer o funcionamento do sistema de tratamento no município;
- Eleger a melhor localização para implantação do projeto tendo em vista a necessidade da população e a distribuição dos serviços já existentes no município;
- Propor a implantação de uma instituição pública cujo espaço apresente qualidades arquitetônicas que contribuam para o bem-estar e a recuperação de seus usuários.

1.6 METODOLOGIA

A pesquisa para o desenvolvimento da monografia de TCC foi realizada através dos métodos exploratório, descritivo e analítico. O levantamento bibliográfico teve como fontes livros, artigos científicos, teses, dissertações, legislações, documentos oficiais, notícias e webgrafia. Foi executado também levantamento e análise de dados coletados em campo no local de intervenção.

2 CONCEITUAÇÃO TEMÁTICA

Esse capítulo apresentará o panorama do tratamento contemporâneo de saúde mental no mundo e no Brasil, trazendo conceitos, dados e normas vigentes. Em seguida, será revelado o histórico nacional e mundial dessa questão, e as concepções e modelos que foram surgindo ao longo dos anos. Por fim, será abordada a relação entre arquitetura e mente.

2.1 COMO A SAÚDE MENTAL É ENTENDIDA ATUALMENTE

A saúde mental de um indivíduo é determinada pela capacidade de controlar pensamentos, emoções, comportamentos e interações sociais, mesmo frente às dificuldades naturais da vida. Está relacionada também à consciência das próprias habilidades e à competência para trabalhar de maneira produtiva e contribuir com sua comunidade. Além desses fatores pessoais, questões sociais, econômicas, culturais, políticas e ambientais podem influenciar a saúde mental. Por conta disso, alguns grupos da sociedade podem apresentar maior tendência a desenvolver transtornos mentais, como membros de famílias de baixa renda; doentes crônicos; bebês e crianças submetidos a maus tratos; adolescentes expostos a substâncias psicoativas¹; indígenas; idosos; pessoas LGBTs (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros); prisioneiros; e pessoas em situação de emergência humanitária (OMS, 2013).

Conforme a Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA (2017), os transtornos mentais estão relacionados a mudanças de comportamento, humor e/ou pensamento, podendo manifestar-se através de diferentes sintomas. Normalmente, o diagnóstico do transtorno é obtido apenas quando o indivíduo já apresenta diminuição de suas capacidades. De acordo com a OMS (2013), na categoria de transtorno mental estão inclusos distúrbios como depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, transtorno de ansiedade,

¹ Segundo a OMS ([2017?]), substâncias psicoativas são aquelas que, quando utilizadas, afetam os processos mentais. É o termo mais abrangente para definir o conjunto de substâncias lícitas e ilícitas que são foco das políticas antidrogas.

demência, uso de substâncias psicoativas, deficiências intelectuais e transtornos de comportamento e desenvolvimento.

Os sistemas de saúde ao redor do mundo ainda não respondem devidamente à sua responsabilidade pelos transtornos mentais, de modo que em países de baixa e média renda² 76% a 85% das pessoas com transtornos mentais graves não recebem tratamento; enquanto em países de alta renda essa taxa, ainda significativa, é de 35% a 50%. Além disso, 67% dos investimentos em saúde mental no mundo são destinados a hospitais psiquiátricos. Devido à essa realidade, a Organização Mundial da Saúde apoia o redirecionamento dos investimentos na área para um modelo comunitário, desassociado dos hospitais psiquiátricos. Nesse modelo, é feita a inclusão da saúde mental no âmbito das instituições de saúde não-especializadas, além de ser desenvolvida a integração e continuidade dos cuidados entre os diferentes níveis do sistema de saúde (OMS, 2013). A ideia de possibilitar o atendimento também em instituições não-especializadas se deve principalmente ao fato de que apenas 1% dos profissionais de saúde no mundo trabalha na área da saúde mental (Idem, 2015). Assim, o novo formato de tratamento permitiria maior abrangência e seria economicamente mais viável, além de o modelo comunitário ser mais condizente com os direitos humanos. A OMS (2013), então, propõe a mudança do modelo de tratamento para instituições não-especializadas, conectadas a uma rede de serviços localizados na comunidade, como centros de atenção à saúde mental, centros-dia, internamentos de curta duração em hospitais gerais e suporte à moradia.

No caso brasileiro, a política de direcionamento do tratamento em saúde mental para um modelo comunitário e descentralizado dos longos internamentos em hospital psiquiátrico vem sendo estabelecida através de nova legislação desde 2001, por meio de leis e diversas portarias. Dentre elas, a Lei nº 10.216/2001 tem como principal objetivo o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental brasileiro. Prevê que o tratamento deve almejar a recuperação pela inserção social e ser realizado do modo menos invasivo possível, preferencialmente em serviços comunitários. Além disso, determina que o internamento deve ser indicado apenas quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, ficando vedada a internação em instituição asilar (BRASIL, 2004a). Já a Lei 10.708/2003 instituiu o “De Volta para Casa”,

² De acordo com The World Bank ([2017?]), o Brasil é classificado como país de renda média-alta.

programa do Ministério da Saúde que oferece um auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes egressos de internações psiquiátricas cuja duração mínima tenha sido de dois anos. O auxílio visa ajudar na reintegração social do indivíduo que comprovadamente apresente necessidades financeiras (BRASIL, 2004b).

Entre as portarias, merece destaque a de nº 3088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ela é voltada para o acompanhamento de pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Idem, 2013). O quadro 1 mostra os componentes que constituem a RAPS.

Quadro 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Atenção básica em saúde

- Unidade Básica de Saúde
- Equipe de Consultório na Rua
- Equipe de apoio aos serviços da Atenção Residencial de Caráter Transitório
- Centro de Convivência

Atenção psicossocial especializada

- Centro de Atenção Psicossocial

Atenção de urgência e emergência

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Sala de Estabilização
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas
- Porta hospitalar de atenção à urgência/pronto socorro
- Unidade Básica 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 transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de substâncias psicoativas

Estratégias de desinstitucionalização

- Serviço Residencial Terapêutico

Reabilitação psicossocial

Fonte: Elaborado com base em Brasil (2013).

Contida na atenção básica em saúde, a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve contar com equipe multidisciplinar que promova ações de saúde individuais e coletivas que viabilizem a promoção e a manutenção da saúde mental, a prevenção dos transtornos mentais, a redução de danos, e o cuidado com as pessoas usuárias de substâncias psicoativas, além das atribuições relacionadas à saúde geral. Vinculado à UBS está o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com profissionais de várias áreas da saúde e é responsável, entre outras, pelas Equipes de Saúde da Família, que também agem frente à promoção da saúde mental junto à comunidade. Já a Equipe de Consultório na Rua é itinerante e opera ações e cuidados de saúde, geral e mental, para pessoas em situação de rua. A equipe de apoio aos serviços da Atenção Residencial de Caráter Transitório, como o nome indica, deve fornecer suporte clínico à Atenção Residencial de Caráter Transitório, coordenando e prestando serviços de modo articulado com os outros componentes da rede. Ainda, o Centro de Convivência fornece à população geral espaços para socialização, produção e intervenção cultural e urbana, estando ligado às Redes de Atenção à Saúde e à Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2013).

Enquanto isso, o Centro de Atenção Psicossocial é o responsável pela atenção psicossocial especializada dentro da RAPS. O CAPS conta com uma equipe multidisciplinar e é voltado para o atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. O tratamento é feito através do Projeto Terapêutico Individual, personalizado e construído pelos profissionais, pelo usuário e pela família, e poderá ser gerido pelo CAPS ou pela UBS. Os CAPS apresentam-se nas modalidades de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III E CAPS i. As modalidades variam em relação ao público-alvo, período de funcionamento e população abrangida (Idem, 2013), conforme exposto no quadro 2.

Já os locais de atenção de urgência e emergência devem fazer o acolhimento e a classificação de risco e proporcionar o cuidado a pessoas com transtorno mental e/ou usuárias de substâncias psicoativas que se encontrem em condição de urgência ou emergência (Idem, 2013).

Quadro 2 – Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial.

Modalidade	Público atendido		Faixa etária	Período de funcionamento	População do Município ou região de atendimento
	Transtorno mental grave e persistente	Uso de substâncias psicoativas			
CAPS I	•	•	Todas as idades	Dias úteis 8h às 18h	Acima de 15 mil hab.
CAPS II	•	•	Todas as idades	Dias úteis 8h às 18h	Acima de 70 mil hab.
CAPS III	•	•	Todas as idades	Todos os dias 24h	Acima de 150 mil hab.
CAPS AD		•	Todas as idades	Dias úteis 8h às 18h	Acima de 70 mil hab.
CAPS AD III		•	Todas as idades	Todos os dias 24h	Acima de 150 mil hab.
CAPS i	•	•	Crianças e adolescentes	Dias úteis 8h às 18h	Acima de 70 mil hab.

Fonte: Elaborado com base em Brasil (2013).

A atenção residencial de caráter transitório é destinada às pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, enquanto a Unidade de Acolhimento atende por até seis meses pessoas em grande vulnerabilidade social e/ou familiar. Já o Serviço de Atenção em Regime Residencial presta cuidados contínuos de saúde a adultos em situação clínica estável, por um período de permanência de até nove meses (BRASIL, 2013).

Quanto à atenção hospitalar, a enfermaria especializada dentro do Hospital Geral deve prover tratamento hospitalar a casos graves, especialmente em situações de abstinência e intoxicações severas. Já o Serviço Hospitalar de Referência é indicado para internações de curta duração em casos de existência de doenças

clínicas ou psíquicas associadas (Idem, 2013). A Portaria GM nº 251/2002, que regulamenta a assistência hospitalar em psiquiatria, determina que deve haver articulação entre essa e a rede comunitária de saúde mental, que será a responsável pela indicação de internação e para a qual o paciente retornará tão logo for possível. Além disso, tal Portaria proíbe a existência de celas fortes³ e estabelece a obrigatoriedade de registrar em prontuário os procedimentos realizados nos pacientes (BRASIL, 2004c).

O Serviço Residencial Terapêutico, responsável pela estratégia de desinstitucionalização, oferece moradias dentro da comunidade para egressos de internações psiquiátricas cuja duração tenha ocorrido ininterruptamente por, no mínimo, dois anos (Idem, 2013).

Por fim, a Reabilitação Psicossocial é feita através de projetos de geração de trabalho e renda, gerando inclusão através da formação e qualificação para o trabalho (Idem, 2013).

A Associação Brasileira de Psiquiatria defende a existência de diferentes equipamentos para necessidades distintas em saúde mental, e afirma que desospitalizar sem investir em equipamentos substitutivos gera completa desassistência. A entidade alega que atualmente a maior demanda sem a devida assistência no país é pelo atendimento secundário a transtornos mentais que normalmente apresentam boa resposta terapêutica. Assim, indica que a rede de atendimento já existente em cada município deva ser levada em consideração, de maneira que o modelo de assistência proposto melhore a eficiência do que já existe (ABP, 2014).

A Associação ressalta também que as políticas públicas de saúde mental apresentam como problema de planejamento a falta de avaliação dos serviços, de modo que não há controle quanto ao que está sendo realizado e à sua eficiência. Em relação à essa questão, em 2017 foi noticiado que um novo sistema de monitoramento do Ministério da Saúde (MS) demonstrou irregularidades na aplicação de verbas destinadas à implantação e à manutenção da RAPS. Além disso, foi verificado que

³ Segundo Borba (2010), a cela forte foi descrita por egressos de internação em hospital psiquiátrico como sendo uma pequena sala fechada na qual era colocado o paciente agitado. Dentro da cela forte, o interno ficava trancado sem supervisão e sem alimentação e líquidos por um período de até 12 horas, o que gerava desorientação após o término do confinamento.

nos meses anteriores à apresentação dos fatos cerca de 10% dos CAPS do país não haviam registrado junto ao MS nenhum atendimento, de modo que o governo alegava a impossibilidade de saber se os atendimentos não estavam sendo registrados ou se a verba estava sendo usada para fim diverso do original. As notícias informavam ainda que os 44 hospitais psiquiátricos existentes no país operavam acima da capacidade máxima, enquanto os leitos em hospital geral estavam subutilizados (CANCIAN, 2017). Em entrevista, o Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, porém, atentou para o fato de os hospitais gerais receberem um valor fixo definido em contrato, enquanto os hospitais psiquiátricos recebem pagamento segundo a quantidade de atendimentos, o que poderia explicar o interesse dos últimos em receber mais pacientes (ESTADÃO CONTEÚDO, 2017).

O Ministério da Saúde exige ambientes e dimensões mínimos para os CAPS. Assim, o quadro 3 apresenta esses dados referentes aos projetos de CAPS III, que é o foco desse estudo.

Quadro 3 – Ambientes obrigatórios para CAPS III segundo o MS.

AMBIENTE	QTDE. MÍN.	ÁREA UNIT. MÍN. (M ²)	ÁREA TOTAL (M ²)
Abrigo de botijão de gás	1	1	1
Abrigo externo de resíduos comuns	1	1,5	1,5
Almoxarifado	1	4	4
Área de serviço	1	4	4
Arquivo	1	4	4
Convivência externa	1	50	50
Convivência interna	1	50	50
Cozinha	1	35	35
Depósito anexo às salas de atividades coletivas	2	3	6
Depósito de material de limpeza (DML)	1	2	2
Embarque e desembarque de ambulância	1	20	20
Espaço de acolhimento	1	30	30
Farmácia	1	7	7
Posto de enfermagem	1	6	6
Quarto duplo	3	12	36
Refeitório	1	50	50
Rouparia	1	4	4
Sala administrativa	1	12	12
Sala de aplicação de medicamentos	1	6	6
Sala de atendimento individualizado	3	9	27

Sala de atividades coletivas	3	24	72
Sala de repouso profissional	1	9,5	9,5
Sala de reunião	1	16	16
Sala de utilidades	1	2,5	2,5
Sanitário com vestiário para funcionários	2	9	18
Sanitário contíguo à sala de repouso profissional	1	3	3
Sanitário contíguo ao quarto duplo	3	3	9
Sanitários adaptados a PNE	2	12	24
ÁREA ÚTIL TOTAL			509,5

Fonte: Elaborado com base em Brasil (2015a).

O espaço de acolhimento, destinado a receber pela primeira vez o usuário e seu acompanhante na unidade, deve ser acessível, mobiliado com sofás, poltronas e mesa para a recepção, e localizado preferencialmente próximo ao arquivo. Já os espaços de convivência, tanto internos quanto externos, servem para encontro e troca de experiências entre todos os presentes no CAPS, devendo permitir a prática de ações diversas, como reuniões e oficinas (BRASIL, 2015a).

Na cozinha, além da área de preparo, é necessário haver uma área de higienização e depósitos de mantimentos e de utensílios de cozinha. O refeitório deve permanecer aberto durante o dia e ser mobiliado com mesas pequenas quando possível (Idem, 2015a).

Enquanto isso, a farmácia é responsável pela programação, recepção, estocagem, preparo, controle e distribuição de medicamentos para os usuários do CAPS. Já a sala de aplicação de medicamentos, localizada de preferência junto ao posto de enfermagem, deve contar com bancada, pia, armário para guardar medicamentos dispensados no dia e móvel para ministrar medicação oral e endovenosa. É recomendável que a sala de aplicação de medicamentos e a farmácia possuam portas do tipo guichê para maior interação entre profissionais, usuários e familiares. Preferencialmente localizado próximo aos quartos, o posto de enfermagem serve para a realização de atividades técnicas pela equipe, sendo necessária a presença de armários, bancada, pia e mesa com computador (Idem, 2015a).

Os quartos duplos com sanitário contíguo devem ser convidativos e ter móveis individuais para guarda de objetos pessoais dos usuários em acolhimento. Há também as salas de atendimento individualizado, onde os profissionais realizam consultas, entrevistas e orientações junto aos usuários e seus acompanhantes, sendo

necessário que ao menos uma das salas conte com pia para higienização das mãos e maca (BRASIL, 2015a).

A rouparia, por sua vez, é um espaço reservado para a separação de roupas sujas e limpas. Já a sala de utilidades é utilizada para guardar materiais e roupas usados na assistência aos usuários, além de receber resíduos temporariamente (Idem, 2015a).

Além disso, para CAPS com atendimento 24 horas, deve haver sala de repouso profissional, com sanitário adjacente, para descanso da equipe de plantão, devendo contar com camas ou similares e armário individual para guarda de objetos pessoais. Enquanto isso, a sala de reunião deve possibilitar o uso de retroprojektor (BRASIL, 2015a).

Já os sanitários, que devem ser adaptados para PNE, são destinados não apenas aos usuários, mas também aos funcionários e familiares. É opcional a existência de sanitário com chuveiro e vestiário exclusivo para funcionários. Por fim, as salas de atividades são usadas para desenvolver práticas corporais, expressivas e comunicativas, devendo permitir flexibilização do *layout* do mobiliário para a realização de diferentes práticas. Elas ainda podem contar opcionalmente com equipamentos multimídia e pia para higienização das mãos (Idem, 2015a).

Para melhor compreender a atual situação do atendimento oferecido pelos CAPS III no Brasil, serão agora destacados pontos positivos e negativos ressaltados por alguns autores. Heidrich (2007) e Jardim (2014) apontam para a questão do modo de financiamento dos CAPS, que ocorre de acordo com o tipo e a quantidade de procedimentos realizados, tal qual o financiamento dos hospitais psiquiátricos. Para as autoras, o foco em procedimentos indica que o financiamento é feito segundo a lógica da produtividade e da doença, contrário aos princípios antimanicomiais do atendimento junto à comunidade e do cuidado à pessoa em sua integralidade, como indivíduo e não como doente. Segundo Heidrich (2007), a possibilidade do modelo de cuidado nos CAPS conseguir substituir integralmente a internação em manicômio é uma dúvida ainda existente, visto que isso não tem ocorrido da maneira esperada. A autora cita a apreensão nos meios acadêmicos quanto à possibilidade de os CAPS tornarem-se pequenos manicômios, com a perpetuação do modo de tratamento antigo ao invés da aplicação do método defendido atualmente.

Vainer (2016), ao analisar um CAPS III no município do Rio de Janeiro, descreve o edifício como amplo, porém sem janelas e ventilado por climatizador. O espaço é dividido em área de recepção, duas salas para atividades em grupo, quatro salas para atendimento, sala de cuidados, setor administrativo, refeitório, banheiros, três quartos duplos e um quarto individual com cama hospitalar para administração de medicação venosa, cuidados clínicos e contenção mecânica. Enquanto isso, Jardim (2014) refere-se ao CAPS III que estudou em Aracaju como sendo um local amplo e pouco mobiliado, contendo sala de espera, salas para oficinas, consultórios, sala dos técnicos, farmácia, posto de enfermagem, refeitório, banheiros, área ao ar livre e dois leitos quádruplos.

Na unidade descrita por Jardim (2014), o pernoite no local só ocorre se a pessoa, frequentadora ou não do CAPS, for encaminhada até as 15 horas. Isso ocorre porque é necessário que a empresa terceirizada responsável pelo café da manhã e jantar saiba com antecedência a quantidade de comida a ser enviada, e também porque a farmácia presente no CAPS fecha às 16 horas, não sendo possível fornecer medicação após esse horário. Já no CAPS analisado por Vainer (2016), após as 19 horas o atendimento só é realizado para usuários matriculados ou aqueles já presentes no acolhimento noturno. Em 59% dos casos de acolhimento noturno nesse CAPS em 2014, o tempo de permanência foi menor que oito dias. A autora levanta a hipótese de que o curto período de permanência pode significar que o modelo de tratamento contínuo, em que o paciente em pernoite realiza também as atividades diurnas do Centro, gera efeitos positivos no processo de recuperação da crise. Os poucos casos em que o período de permanência foi muito elevado tinham em comum o histórico de várias internações em hospital psiquiátrico e a falta de apoio familiar. O acolhimento noturno também é utilizado nesse CAPS para cuidados clínicos e apoio na realização de exames e consultas (VAINER, 2016).

Jardim (2014) relata também a questão do modo de agir com uma pessoa em crise. No CAPS visitado, embora exista um protocolo de atuação que indique primeiramente a busca pelo diálogo e por tentar acalmar a pessoa, o que normalmente acontece quando a pessoa demonstra agitação é o uso de contenção física sem a tentativa anterior de conversa. Em entrevista, vários usuários reclamaram dessa conduta, dizendo que durante as crises os profissionais não escutam o que eles têm

a falar e que muitas vezes a agitação ocorre em decorrência do modo como agem os técnicos. Os próprios profissionais admitem que essa situação acontece e que eles acabam por agir de modo automático devido à sobrecarga a que estão submetidos. Ressaltaram que o CAPS atende mais usuários do que é sua atribuição devido à ineficiência do atendimento na UBS, que em muitos casos não aceita atender pessoas com transtorno mental por acreditar que elas são de inteira responsabilidade dos CAPS, mesmo quando a demanda não é de âmbito psiquiátrico. Assim, os técnicos afirmam a necessidade de apoio dos outros componentes da RAPS para que a superação da crise seja possível e seja obtido sucesso. Além disso, o apoio e a compreensão da comunidade e dos familiares também são de extrema importância (JARDIM, 2014). Assim, reitera-se que a conscientização de profissionais, da comunidade e das famílias é indispensável para que o tratamento com base comunitária funcione.

Quanto à opinião dos familiares de pessoas com transtornos mentais a respeito do tratamento atualmente oferecido, Kantorski et al. (2017) analisaram o nível de satisfação com o tratamento prestado a partir da entrevista de familiares de usuários de 40 CAPS I, II e III localizados na região sul do Brasil. Ao todo foram entrevistadas 1242 pessoas, que avaliaram o resultado do tratamento, a competência dos profissionais e a privacidade e confidencialidade do serviço através da atribuição de 1 a 5 pontos para cada item (1 significando “muito insatisfeito” e 5 significando “muito satisfeito”). A avaliação média do serviço como um todo foi de 4,35 pontos, sendo que nenhum dos itens considerados obteve média menor que 4. O resultado desse estudo indica um alto nível de satisfação, o que demonstra que o modelo atual tem potencial para oferecer um cuidado eficiente e satisfatório (KANTORSKI et al., 2017).

Assim, retomando os assuntos abordados até o momento, observou-se uma deficiência mundial na oferta de tratamento para transtornos mentais, além de uma tendência geral em cuidar da saúde mental a partir de uma base comunitária, apoiada por uma rede de atenção constituída por serviços especializados e não-especializados. No Brasil, esse modelo de tratamento é oficialmente seguido desde 2001, porém ainda possui pontos falhos. Dentre eles, destaca-se a falta de avaliação e acompanhamento dos serviços por parte dos órgãos governamentais, uma forma de financiamento que não condiz com o modelo adotado e a sobrecarga e falta de

treinamento dos profissionais. Por outro lado, a prevalência de internamentos curtos nesse modelo de tratamento e a satisfação dos familiares com o serviço são apontados como pontos positivos.

Após esse levantamento a respeito do trato com as pessoas portadoras de transtorno mental no presente, serão abordadas as transformações frente à saúde mental que ocorreram ao longo da história e que levaram ao surgimento desse modelo que vem sendo difundido na atualidade.

2.2 A LOUCURA AO LONGO DA HISTÓRIA

Por volta do século XV, em especial na Alemanha, era comum a ação de expulsar os loucos das cidades e colocá-los em embarcações que Foucault (1978) chamaria de *Stultifera Navis*, com o objetivo de que fossem desembarcados nos portos de outras cidades europeias. Não é claro o motivo dessa prática, de modo que Foucault (1978) levanta algumas suposições a esse respeito. Segundo ele, antes da construção de locais especializados, alguns loucos já eram acolhidos em hospitais, o que prova que a expulsão não era sistêmica e levanta a possibilidade de que eram banidos apenas os forasteiros. Relata também que algumas cidades recebiam grande quantidade de loucos e os colocavam na prisão. O surgimento de um grande número de insanos em algumas localidades possivelmente acontecia pelo seu abandono por mercadores e marinheiros em cidades que serviam de local de passagem e de feiras. Além dessa prática de abandono, algumas cidades europeias recebiam muitos loucos em busca da cura por serem locais de peregrinação. Um exemplo era Geel, na Bélgica. Foucault (p. 17, 1978) reflete que a *Stultifera Navis* transformava o insano em um “prisioneiro da passagem”, porque a nau não permite escapatória. O louco tornava-se alguém sem pátria, sem origem nem destino, preso entre locais aos quais não lhe permitiam pertencer.

Ainda segundo Foucault (1978), ao final da Idade Média a loucura passa a ser considerada possuidora de um saber inatingível pelos detentores da razão e relacionado a questões fantásticas e oníricas e à tragédia da existência humana, de tal modo que razão e loucura são consideradas complementares e indissociáveis. A partir da Renascença, inicia-se a crença de que a insanidade é um apego do homem consigo próprio, o que deturpa sua visão de si mesmo e incentiva uma ilusão. Ela

passa a ser vista, assim, de maneira crítica, e julgada como um problema moral (Idem, 1978). Já no século XVII, Descartes ([16--] *apud* Foucault, 1978) defende que, sendo o pensamento pautado pela busca do que é verdadeiro, não pode coexistir com o insano. Loucura e verdade, então, se distanciam.

Ainda no século XVII, inicia-se a imposição de internação aos pobres na Europa, que Foucault (1978) chama de Grande Internação. A recessão econômica que afeta o continente faz aumentar o número de desempregados e miseráveis nas ruas. O internamento atua para ordenar o espaço público, removendo os mendicantes que ali se encontram. Quando a crise econômica termina, as casas de internamento passam a usar os internos como mão-de-obra barata. E os loucos, que até então estavam misturados aos pobres e desempregados, passam a destacar-se pela sua incapacidade de acompanhar o ritmo de trabalho. Surge, então, a ideia de que os insanos deveriam ser postos em locais exclusivos (FOUCAULT, 1978). Basaglia (1979) analisa que os hospícios são contemporâneos à Revolução Francesa, época em que a racionalidade passa a ter maior importância. Desse modo, as instituições manicomiais despontam como a estrutura racional que conterá a irracionalidade, ou seja, como o único lugar em que a sociedade racional aceitará a presença da loucura.

Assim, o século XIX manifesta-se como o maior concentrador de hospitais de alienados da história, lugares esses que geralmente abrigavam e alimentavam os internos, porém que os mantinham em más condições de higiene e de trato. Esses locais, que normalmente abrangiam vários pavilhões isolados ou conectados por corredores (PESSOTTI, 1996), eram extremamente fechados, dispoindo de janelas gradeadas e colocadas acima do nível dos olhos, corredores mal iluminados e dormitórios apertados (UGOLOTTI, 1949 *apud* PESSOTTI, 1996). É nessa época que surge a figura de Philippe Pinel. Enquanto Descartes, no século XVII, defendia que loucura e racionalidade eram mutuamente excludentes, Pinel afirma que a loucura é uma instabilidade da razão causada por excessos morais, de modo que o doente deveria ser tratado para conseguir restabelecer a sua racionalidade. Para Pinel, o paciente deveria passar por frequentes observações clínicas em um ambiente adequado. O manicômio surge então como local ideal para o tratamento dos alienados, por ser um espaço controlado que possibilitaria grande contato do médico com o paciente (PESSOTTI, 1996).

De acordo com Pessotti (1996), Pinel propõe o tratamento moral, abordagem com um viés pedagógico, em que os maus hábitos eram revertidos pela reeducação do comportamento. Esse modelo de tratamento era baseado na ampla observação e registro de todos os aspectos de vida do paciente. Desse modo, Pinel estabelece a psiquiatria, ao propor um método clínico de intervenção na loucura. Além disso, estabelece nos locais em que foi diretor (Hospital de Bicêtre e Hospital da Salpêtrière) a prática do *no-restraint*, que consistia em retirar as correntes e outros aparatos que prendiam os internos às suas celas e deixá-los circular pelo manicômio. Agora limpos, alimentados e curados de suas enfermidades físicas, os internos podiam interagir com várias pessoas. Assim, os médicos conseguiam observar mais claramente a manifestação natural dos sintomas mentais dos pacientes, o que era fundamental no tratamento moral (PESSOTTI, 1996).

Ainda segundo Pessotti (1996), para Pinel o manicômio era essencial para tratar os loucos. Esquirol, discípulo de Pinel, chamaria esse espaço de “instrumento de cura”. O modelo de instituição proposto por Pinel e Esquirol, porém, acabou sendo deturpado já na primeira metade do século XIX. O excesso do número de internos, o uso abusivo da pedagogia do tratamento moral apenas como intimidação e a disseminação da ideia organicista, que considera a loucura como derivada exclusivamente de uma lesão cerebral, fizeram com que a prática médica seguisse outro caminho (Idem, 1996).

Já durante a 2ª Guerra Mundial, os países europeus encontram-se desprovidos de grande parte de sua mão-de-obra ativa, o que gera grande crise econômica. O Estado, que nessa época passa a ser o responsável pela Saúde, começa a preocupar-se com o alto índice de cronicidade das doenças mentais nos manicômios. Essa preocupação tinha um viés duplo: a crise e o conseqüente aumento do custo de vida levaram à morte milhares de internos devido à falta de alimentação e cuidado; ao mesmo tempo, a grande quantidade de doentes mentais ociosos passou a ser vista como um desperdício de mão-de-obra, justamente em uma época em que a força de trabalho era extremamente necessária (BIRMAN E COSTA, 1994). Assim, começam a surgir vários modelos de transformação do hospital psiquiátrico a partir da década de 1940 (HEIDRICH, 2007).

Um dos modelos era a comunidade terapêutica inglesa, que se concentrava em modificações administrativas no hospital psiquiátrico (JARDIM, 2014), como a instauração de reuniões diárias com pacientes e funcionários e a promoção de atividades recreativas como festas e passeios, além do envolvimento da comunidade nas decisões administrativas (DESVIAT, 1999 *apud* HEIDRICH, 2007). Além disso, Ribeiro (2004) destaca o uso da terapia ocupacional como parte integrante do tratamento nessas comunidades. Basaglia (1979) defende que o maior mérito desse modelo foi a integração de todos os doentes como parte ativa da comunidade. Além disso, destaca que a atividade comum desenvolvida pelos pacientes os fazia curarem-se a si próprios.

Outro modelo foi o da psiquiatria de setor, criada na França, e que objetivava criar equipes multiprofissionais que se encarregariam do tratamento das pessoas em certa área geográfica. A internação só ocorreria de maneira transitória (RIBEIRO, 2004). De acordo com Heidrich (2007), os serviços de setor, além do tratamento das enfermidades mentais, visavam a prevenção e a reinserção social pós-cura.

Já nos Estados Unidos é criada a psiquiatria preventiva, que apresentou como novidade a mudança do foco da psiquiatria, da doença para a saúde mental (HEIDRICH, 2007). Silva ([1979]) aponta que Clifford Beers, ex-interno de manicômios nos Estados Unidos, teria dado início a essa tendência quando lançou, entre o final do século XIX e início do século XX, sua autobiografia. Nela, Beers defende uma abordagem preventiva para os transtornos mentais, o que levaria à criação de diversas associações de higiene mental pelo mundo. Já Ribeiro (2004) comenta que a intenção desse modelo era de suprimir tudo que pudesse afetar o bem-estar da população.

Enquanto isso, a antipsiquiatria surge na Inglaterra entre um grupo de psiquiatras que desacreditam no valor do saber médico em relação às doenças mentais. Esse modelo propunha abordagem semelhante àquela utilizada pela comunidade terapêutica, porém em instituições não asilares (HEIDRICH, 2007).

Na Itália, um novo modelo de assistência psiquiátrica, chamado Psiquiatria Democrática, é proposto pelo psiquiatra Franco Basaglia. Em 1961, Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e inicia várias transformações no espaço baseadas nas experiências da comunidade terapêutica (PORTOLESE; FIGUEIREDO;

MASCARENHAS, 1979). Percebeu-se então que o doente não tinha apenas a necessidade da cura, mas também todas as necessidades comuns ao ser humano. Já em 1971, quando Basaglia e sua equipe encarregaram-se do Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, utilizaram o que foi aprendido em Gorizia para iniciar o processo de extinção do manicômio e substituição por um tratamento junto à comunidade através de Centros de Saúde Mental (BASAGLIA, 1979). Portolese, Figueiredo e Mascarenhas (1979) afirmam que a internação passou, então, a ocorrer somente para recuperação de crises, por curtos períodos de tempo (em torno de 15 dias). A esse processo de eliminação do manicômio foi dado o nome de desinstitucionalização.

Basaglia (1979) destaca que a desinstitucionalização levanta sobretudo duas questões difíceis: a alta e a crise. O autor explica que a dificuldade de dar alta ao paciente ocorre por dois motivos. Primeiramente, porque a sociedade que a pessoa encontrará ao sair do manicômio é a mesma que a enviou para lá anteriormente. Em segundo lugar, porque o grupo familiar já se reorganizou sem essa pessoa. A solução proposta é a de encontrar um lugar para o egresso na comunidade, conscientizando-a. Já quanto à crise, o problema apontado é o de conseguir combatê-la sem internação. É citada então a técnica de intervenção, que exige o envolvimento de vários agentes, entre eles a emergência médica e a polícia (BASAGLIA, 1979). Entretanto, tal técnica não é apresentada em detalhes.

Devido à repercussão do trabalho de Basaglia em Trieste e outras cidades italianas, em 1978 é aprovada a lei 180, que prevê a eliminação dos manicômios na Itália (HEIDRICH, 2007). A desinstitucionalização influenciou diversos países a seguirem modelos semelhantes, inclusive o Brasil. Antes de apresentar o histórico do transtorno mental no Brasil, porém, será abordada a história da colônia de Geel, que pode ser considerada a mais antiga evidência de que o cuidado da pessoa com transtorno mental junto à comunidade pode ser bem-sucedido.

2.2.1 Um Caso Especial: A Colônia de Geel

Coxe (1862) considera que o envio de loucos ao manicômio ocorre para tratamento ou por serem considerados perigosos ou inconvenientes. Afirma, então, que o manicômio satisfaz a um desejo coletivo ao retirar do seio da família os

desajustados à vida social e encerrá-los num local em que suas ações não atraíam a atenção pública e não prejudiquem ninguém. Questiona, porém, se o bem-estar e a felicidade do doente não estariam lhes sendo negados em favor do conforto da família, e se realmente é necessário e benéfico que os pacientes sejam mantidos por tanto tempo em isolamento (COXE, 1862).

Como resposta, apresenta-se o caso da Colônia de Geel. Há mais de sete séculos os habitantes dessa cidade da Bélgica acolhem portadores de transtornos mentais como integrantes da família (BROWN, 1933; JAY, [2017?]). Essas pessoas, dependentes e sem nenhum familiar ou amigo que possa lhes auxiliar, são conhecidas pela população local como pensionistas⁴. A família receptora pratica o chamado sistema de cuidado familiar, em que o pensionista é envolvido na sociedade como qualquer outra pessoa. É esperado que seu comportamento seja semelhante ao dos demais, embora haja compreensão de que pode haver dificuldades. Quando um pensionista não consegue atuar nessa situação, é readmitido no hospital, o que inevitavelmente é tido como punição. Embora o sistema de cuidado familiar não seja considerado terapia e não tenha relação com a prática médica, muitos questionaram se esse não seria o melhor método de tratamento existente (JAY, [2017?]).

Para melhor compreender o fenômeno que ocorre em Geel, é preciso conhecer sua origem. Segundo Jay ([2017?]), Santa Dimpna, considerada padroeira dos mentalmente aflitos, teria sido assassinada e enterrada em Geel, de modo que seu túmulo se tornou local de visitação e a cidade passou a atrair peregrinos em busca da cura para os males da mente. Em 1349 foi construída uma igreja no local do túmulo de Santa Dimpna, e tempos depois⁵ foi erguido um anexo para abrigar os peregrinos (Idem, [2017?]). De acordo com Brown (1933), as celas do anexo eram gradeadas e ventiladas indiretamente, além de não serem iluminadas, o que demonstra que a igreja seguia os moldes de instituição para doentes mentais vigentes na época. Em pouco tempo, porém, o anexo tornou-se insuficiente para a quantidade de peregrinos, e a população da cidade passou a oferecer suas residências como local de acolhimento, não apenas por caridade, mas também com o objetivo de usá-los como mão-de-obra gratuita em suas propriedades (BROWN, 1933; JAY, [2017?]). Jay ([2017?]) acredita

⁴ Na publicação original de Jay ([2017?]), a expressão utilizada é *boarder*. Tradução da autora.

⁵ De acordo com Jay ([2017?]) o anexo foi construído em 1480. Já para Brown (1933), a obra data do século XVII.

também que muitas famílias de outros locais usavam a peregrinação como pretexto para abandonarem parentes problemáticos que não podiam sustentar.

Coxe (1862) conta que em 1859 havia 800 portadores de transtorno mental em Geel. Desses, 515 estavam envolvidos em algum tipo de ocupação. De maneira geral, apenas uma ou duas pessoas eram recebidas em cada casa, embora o número pudesse chegar a quatro (COXE, 1862). Para definir o local de acolhimento de cada um, era analisada a posição social e as necessidades do indivíduo. Os que não eram mantidos pelo Estado eram colocados junto às famílias mais abastadas (BROWN, 1933), assim como aqueles que melhor se comportavam. Já os mais barulhentos e difíceis de conter eram postos em locais mais remotos e pobres, visto que as casas mais ricas se negavam a recebê-los. As famílias financeiramente mais necessitadas hospedavam os indivíduos mais rebeldes pela necessidade da renda extra. Entretanto, em alguns casos, como quando o acolhido e a família se mostravam incompatíveis, o indivíduo era realocado (COXE, 1862).

De acordo com Jay ([2017?]), em 1850 a Bélgica passa a oferecer provisão estatal para tratamento mental, de modo que a responsabilidade pelo sistema de cuidado familiar é transferida da igreja para o Estado. As famílias acolhedoras passam a receber um pequeno pagamento consonante com a capacidade mental do indivíduo, e pensionistas particulares também são aceitos (BROWN, 1933). Restrições mecânicas e agressões, que até então existiam, são proibidas, e inspeções regulares nos locais de acolhimento passam a ser feitas por médicos encarregados (JAY, [2017?]). A colônia é então dividida em quatro distritos, cada qual sob responsabilidade de um médico (BROWN, 1933; COXE, 1862). Segundo Jay, ([2017?]), entretanto, a supervisão médica deveria agir como apoio, não como substituição do sistema vigente. Além disso, a colônia passa a contar com casas de banho que os pensionistas deveriam visitar uma vez por semana para fins de higiene, exames de saúde e interação social fora do círculo familiar (BROWN, 1933; JAY, [2017?]).

Coxe (1862) defende que qualquer indivíduo que necessitasse de contenção física deveria ser considerado impróprio para o sistema de cuidado familiar, devendo ser transferido para um manicômio. Isso passa a acontecer a partir de 1861, quando um hospital, com aparência proposital de residência, é construído nos arredores de

Geel. Ali, os indivíduos passavam por uma triagem, tal que aqueles considerados inaptos para o sistema de cuidado familiar eram encaminhados para manicômios (JAY, [2017?]). Os quartos individuais do hospital eram dispostos entre dois corredores, de modo que o acesso ao quarto era feito pelo primeiro corredor e a janela, gradeada e sem vidro, era voltada para o segundo. No segundo corredor, na face oposta às janelas dos quartos, haviam janelas envidraçadas que se direcionavam para um pátio de ventilação. Além disso, havia pequenos jardins anexados aos quartos para pacientes incontrolláveis, de modo que esses pudessem exercitar-se sem ter contato com os outros internos (COXE, 1862).

Brown (1933) levanta questionamentos sobre os motivos pelos quais os habitantes de Geel são tão dispostos a recepcionar pensionistas mesmo com uma baixa contrapartida financeira. Não oferece resposta, mas chama a atenção para o fato de que os habitantes parecem assumir sua responsabilidade por parte do cuidado com os loucos e aceitá-los como membros da comunidade dentro de seus limites pessoais de socialização.

Segundo Jay ([2017?]), houveram tentativas de adoção do sistema de Geel em outras cidades da Bélgica e também da França, da Alemanha, do Japão e da Escócia. Algumas sobrevivem até hoje.

Jay ([2017?]) conta que, ao longo do tempo, a colônia de Geel foi se adaptando às novidades da psiquiatria. Na década de 1970, o cuidado mental foi reestruturado a partir da descoberta de antidepressivos e antipsicóticos, o que permitiu lidar melhor com depressões e crises. O modo moderno de vida, porém, fez com que, ao longo dos anos, a quantidade de famílias dispostas a receber pacientes diminuísse drasticamente. Isso porque a maior parte dos habitantes deixou o trabalho rural, de modo que a mão-de-obra dos pensionistas passou a ser desnecessária. Além disso, a diminuição do tamanho das moradias, o desejo de privacidade e as novas jornadas de trabalho impossibilitaram a recepção de pensionistas pela maioria da população. Atualmente, existem cerca de trezentos pensionistas em Geel, aos quais é oferecida terapia, centro de atenção diurna e trabalho supervisionado. Assim, o sistema de cuidado familiar se transformou em simples hospedagem (JAY, [2017?]).

O caso de Geel demonstrou que é possível um tratamento em que a comunidade é o centro do sistema e a medicina é atuante apenas quando necessário.

É preciso, porém, que a sociedade passe por uma reforma tanto quanto a medicina para que esse sistema obtenha sucesso (BROWN, 1933; JAY, [2017?]).

2.2.2 A História da Loucura no Brasil

Segundo Resende (2000), durante a maior parte do período do Brasil colonial, os loucos viviam livremente e eram, até certo ponto, socialmente tolerados. Entretanto, a partir de determinado momento a loucura começou a se tornar incômoda. O farto uso de mão-de-obra escrava, presente em todas as atividades urbanas e rurais, domésticas e laborais, acabou por estigmatizar o trabalho como algo depreciativo. Dessa forma, poucos homens livres tinham interesse em trabalhar, o que levou ao surgimento de uma horda de desempregados que passaram a incomodar a ordem pública. Dentre eles, estavam os loucos. Esses começam, então, a ser recolhidos nas Santas Casas de Misericórdia, onde sofrem maus tratos e não recebem assistência médica. Quando as vagas nessas instituições acabam, o restante dos loucos é colocado na prisão (RESENDE, 2000).

Após a chegada da Família Real ao Brasil, em 1852 é inaugurado no Rio de Janeiro o Hospício Pedro II, vinculado à Santa Casa de Misericórdia e destinado a receber pessoas de todo o Império (HEIDRICH, 2007; RESENDE, 2000; RIBEIRO, 2004). Segundo Heidrich (2007), o Hospício foi alvo de várias críticas, principalmente por parte dos médicos, por ter caráter filantrópico e não clínico. Quanto a essa questão, Resende (2000) revela que as primeiras instituições psiquiátricas brasileiras contavam com um pequeno número de médicos, que não tinham influência na administração nem na escolha dos pacientes admitidos. Além disso, o autor destaca que as denúncias de maus tratos, falta de higiene e superlotação continuaram. A ascensão da classe médica à administração do Hospício Pedro II ocorreria logo após a proclamação da República, quando a instituição mudou o nome para Hospício Nacional de Alienados (RESENDE, 2000). Passou então a ser subordinada diretamente ao Estado e a utilizar os preceitos do Tratamento Moral que, para Rodrigues (1959-1960 *apud* RESENDE, 2000), já eram ultrapassados e não apresentavam boa eficiência terapêutica.

Segundo Heidrich (2007), a partir de 1890 começam a ser implantadas no Brasil colônias agrícolas de alienados inspiradas nas experiências europeias. Resende (2000) conta que as colônias serviam em alguns estados como complemento dos hospitais existentes na área urbana, enquanto em outros estados elas eram o modelo único ou predominante. O objetivo inicial dessas colônias era de aplicar a mão-de-obra dos internos na lavoura como modo de tratamento, o que não funcionou porque os internos não tinham a disciplina e a eficiência esperada. Dessa maneira, às colônias foi deixado o papel de exclusão social do doente mental (RESENDE, 2000).

Em 1941, é criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais. A partir dele, é feita a expansão da assistência psiquiátrica pelo país, comandada por Aduino Botelho, diretor do Serviço até 1954. Durante sua gestão, foram criados Ambulatórios de Higiene Mental, que tinham como função a triagem de pacientes na rede de assistência, o acompanhamento de egressos de internamento e a divulgação de informações de prevenção de transtornos mentais. (VENANCIO E BRAGA, 2016). Porém, poucos foram os ambulatórios implantados no país, havendo apenas 17 unidades em 1961. Ao final da década de 1950, os problemas com superlotação, maus tratamentos e falta de profissionais ainda existiam (RESENDE, 2000).

A partir de 1964 a assistência psiquiátrica começa a atender não somente os indigentes como também os trabalhadores e seus dependentes. Enquanto os hospitais públicos continuam a destinar-se aos indigentes, o governo brasileiro começa a comprar leitos em hospitais psiquiátricos privados para atender à nova demanda, o que caracterizou uma privatização da psiquiatria (Idem, 2000). Esse processo ficou conhecido como indústria da loucura, visto que o doente mental passou a ser objeto de lucro (HEIDRICH, 2007). A respeito dessa questão, Resende (2000) conta que o tempo de internação na rede privada quase não era controlado, o que levava a um tempo médio de permanência muito superior ao que seria compatível com os recursos terapêuticos existentes na época.

Representantes da área da saúde mental começam, então, a denunciar a indústria da loucura, o que leva a Previdência Social a fazer algumas mudanças a partir de 1970, como controlar o tempo de internação através de supervisão e incentivar os ambulatórios a limitar os internamentos (RESENDE, 2000).

De acordo com Heidrich (2007), a Reforma Psiquiátrica passa a ser discutida no país entre 1970 e 1980. A partir de 1976 surgem vários movimentos que têm como objetivo organizar a política na saúde e discutir as práticas dos profissionais, denunciando, entre outros problemas, a tentativa de utilizar a psiquiatria para controle social (RIBEIRO, 2004). Dentre esses movimentos, Amarante (1995) destaca o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que seria um ator social estratégico no processo das reformas. Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que apontou a necessidade da criação de um Sistema Único de Saúde⁶, ocorrem em 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Entre as deliberações ocorridas durante a I CNSM, estavam a previsão de reversão do modelo hospitalocêntrico vigente e a preocupação com a cidadania dos doentes mentais. Já durante o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, o MTSM mudou sua denominação para Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (HEIDRICH, 2007), transformando-se num movimento social e apontando para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão da assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Ainda em 1987 surge em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, o CAPS Luiz Cerqueira, que adotou a ideia da clínica ampliada, baseada em saberes multidisciplinares, e não apenas médicos. Seu funcionamento, entretanto, ocorria apenas de segunda-feira a sexta-feira, 8 horas por dia (VAINER, 2016). Já em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos – SP intervém num hospital psiquiátrico responsável por maus-tratos e mortes de pacientes e começa a implantar os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento 24 horas, além de serviços de apoio. A experiência em Santos foi um marco no processo da Reforma Psiquiátrica, visto que teve grande repercussão e demonstrou a possibilidade de substituir o hospital psiquiátrico por uma rede de cuidados (BRASIL, 2005).

Baseando-se nas experiências bem-sucedidas, no mesmo ano foi apresentado pelo deputado Paulo Delgado o Projeto de Lei 3.657/89, que previa a gradual extinção do modelo psiquiátrico clássico e a sua substituição por outras modalidades de

⁶ O SUS seria instituído dois anos depois, em 1988, pela Constituição Federal, sendo normatizado em 1990 (HEIDRICH, 2007).

assistência (AMARANTE, 1995). Heidrich (2007) conta que o Projeto foi aprovado pela Câmara dos Deputados em 1990, e pelo Senado Federal em 2001, transformando-se na Lei 10.216/01. O texto aprovado apresenta várias diferenças em relação ao projeto, principalmente quanto à reversão do modelo e à extinção dos manicômios. A questão da mudança na assistência psiquiátrica gerou debates entre aqueles a favor da Reforma Psiquiátrica e aqueles contrários. A Lei funcionou, assim, como conciliadora entre as opiniões divergentes, deixando brechas para a coexistência do modelo novo com o antigo (HEIDRICH, 2007).

2.3 A ARQUITETURA NO PROCESSO DA BUSCA PELA SAÚDE MENTAL

Após a desconstrução do modelo manicomial, iniciou-se a busca por um local para inserção da pessoa com transtorno mental na dinâmica da cidade. Embora não se soubesse exatamente que tipo de construção seria a responsável por acolher essas pessoas, entendia-se que o novo modelo não deveria lembrar os antigos lugares manicomiais, nem qualquer outra edificação sanitária. Assim, antes de ser idealizada uma nova identidade arquitetônica com base normativa, encontrou-se na tipologia da residência, essa que é intrinsecamente espaço familiar de refúgio e acolhimento, o formato construtivo do novo tratamento de saúde mental (VIECELLI, 2014). Antes, porém, de aprofundar-se a questão do habitar, serão apresentadas noções de fenomenologia.

O mundo cotidiano é constituído por fenômenos concretos, como seres vivos e objetos, e também por fenômenos imateriais, como os sentimentos. As coisas tangíveis integrantes do mundo cotidiano se inter-relacionam de maneira complexa, de modo que alguns fenômenos podem ambientar outros. Quando alguém se refere a um lugar, não o faz em relação a uma localização abstrata, mas sim a um conjunto de coisas concretas, com todas as suas características sensoriais, que define a “qualidade ambiental”, a essência do lugar. Dessa maneira, um lugar é um fenômeno indivisível, que depende de todas as suas propriedades e relações espaciais para ser o que é (NORBERG-SCHULZ, 2013).

A experiência diária indica que ações diferentes dependem de ambientes diferentes para ocorrerem satisfatoriamente. Normalmente essa questão é tratada pela arquitetura de maneira quantitativa e funcional, voltada para dimensionamentos

e distribuições espaciais. A funcionalidade, entretanto, não é absoluta, pois mesmo as funções mais básicas do ser humano ocorrem de maneira diversa de acordo com as tradições culturais e condições ambientais, requisitando lugares com propriedades distintas. Como as propriedades qualitativas são complexas, e a ciência naturalmente abstrai os dados para alcançar um conhecimento objetivo, os lugares não podem ser definidos de maneira científica. Como alternativa, surge então a fenomenologia, que se opõe às abstrações e construções mentais e foca no “retorno às coisas” (NORBERG-SCHULZ, 2013).

Norberg-Schulz (2013) classifica a estrutura do lugar em duas categorias. Os lugares naturais são designados de paisagem, e têm extensões variáveis e contínuas. Já os elementos do ambiente criado pelo homem são os assentamentos, que são lugares cercados entre fronteiras, e os caminhos que os conectam. A estrutura do lugar é caracterizada ainda pelo espaço e pelo caráter, que são interdependentes. O espaço designa a organização tridimensional dos elementos que constituem um lugar, enquanto o caráter manifesta a “atmosfera” do lugar (Idem, 2013).

Quanto ao espaço concreto, um de seus principais aspectos é a relação interior-exterior. Para a existência dessa relação, é fundamental o fato de as fronteiras do espaço construído e da paisagem terem estruturas semelhantes. O espaço construído tem como fronteiras o chão, a parede e o teto, ao passo que as fronteiras da paisagem são o solo, o horizonte e o céu. Já quanto ao caráter do lugar, esse determina uma atmosfera geral e abrangente, ao mesmo tempo que é definido pela composição material e formal dos elementos constituintes do lugar. A princípio todos os lugares possuem um caráter, tanto os construídos pelo homem quanto os naturais. O caráter está, ainda, relacionado ao espírito do lugar, o *genius loci*. Na Roma antiga, havia a crença de que cada pessoa ou lugar tinha sua essência definida por um espírito guardião, o *genius*, que o acompanhava do início ao fim da existência. Os homens antigos sabiam que ter uma boa relação com o lugar, com o *genius loci* de onde viviam, era importante para sua sobrevivência (Idem, 2013).

As relações entre o homem e o lugar indicam o habitar. Para Norberg-Schulz (2013, p. 458): “[...] ‘habitar’ significa pertencer a um lugar concreto”. O homem habita quando está localizado no espaço e exposto a um caráter ambiental, que depende da orientação e da identificação. Orientar-se no espaço é essencial para a existência

humana, visto que sentir-se perdido gera uma insegurança oposta ao conceito de habitar (Idem, 2013). Kevin Lynch (1960 apud NORBERG-SCHULZ, 2013) defende que estruturas básicas presentes nos lugares são objetos de orientação. Para o autor, a percepção da inter-relação entre esses objetos gera uma imagem ambiental que proporciona ao homem segurança emocional, posto que é característica dos seres vivos a necessidade de orientar-se quanto ao entorno. Já a respeito da identificação, Norberg-Schulz (2013) revela que ela ocorre quando há um bom relacionamento entre o homem e um ambiente, de tal modo que o lugar possua um significado. Destaca que a identidade é a base da sensação de pertencimento, e que depende, em grande parte, dos lugares e das coisas.

Bachelard (1978 apud VIECELI, 2014) defende que qualquer lugar verdadeiramente habitado proporciona a sensação de casa. Quanto à relação entre interior-exterior, opina que o espaço exterior é onde o homem está exposto aos perigos e precisa enfrentá-los. Sendo assim, a casa é lugar de recolhimento e proteção, e também elemento que dá força para o enfrentamento do que há no exterior. O autor, porém, deixa claro que exterior e interior não existem harmoniosamente sem o outro. Da mesma maneira que o exterior sem o interior pode ser imenso e aterrorizante, o interior sem exterior pode ser sufocante e amedrontador.

Retornando à questão do significado do lugar, Pallasmaa (2013) aborda o empobrecimento do significado da arquitetura nas construções modernas. O autor afirma que o edifício passou a ser pensado e julgado como uma composição de formas, e deixou de ser entendido como símbolo. Uma das mais importantes provedoras da análise fenomenológica da arquitetura é a memória da primeira infância. Algumas antigas lembranças dessa época mantêm durante toda a vida a identificação pessoal e a intensidade emocional de certas experiências. Sendo a construção um símbolo da existência humana, ela deve ser capaz de gerar emoções e sentimentos, não podendo existir como simples jogo formal. A verdadeira arquitetura deve proporcionar experiências que conduzam a sentimentos primordiais. Alguns tipos de experiências como essas são, para Pallasmaa (2013, p. 487):

[...]

- entrar na esfera de influência de um prédio, pisar em seu território, estar perto do edifício;
- ter um teto em cima da cabeça, estar abrigado e à sombra;

- entrar na casa, atravessar a porta, cruzar a fronteira entre exterior e interior; [...]
- estar em um aposento da casa, sensação de segurança, sensação de intimidade ou isolamento;
- estar na esfera de influência dos pontos de convergência da construção, como a mesa, a cama ou a lareira;
- deparar com a luz ou a escuridão que domina o espaço, o espaço de luz;
- olhar pela janela, a ligação com a paisagem.

Ainda a respeito da forma, Vieceli (2014) afirma que não há regras para a forma que o local de tratamento da pessoa com transtorno mental deve ter, destacando que o mais importante é conseguir transmitir o conceito de acolhimento para o projeto. Embora as grandes inspirações de formas de abrigo sejam orgânicas, como o ovo, a concha, a enseada e a mão, a autora afirma que o acolhimento depende mais das intenções do desenho que do formato propriamente dito. Esclarece ainda que a tipologia residencial não deve ser adotada como única alternativa ao modelo manicomial, posto que não consegue atender à demanda de usuários e atividades propostas devido ao seu espaço reduzido.

Já para Fontes (2003), a pessoa com transtorno mental tem sua individualidade dissipada não apenas pelo transtorno, mas também pelas características das relações dentro da instituição asilar. Essa individualidade precisa ser reconstruída no processo de reabilitação social, e a arquitetura tem importante papel nesse processo. A individualidade não pode ser recuperada em um espaço padronizado, monótono e desestimulante. Fontes (2003) conduziu uma pesquisa na Casa do Sol, uma unidade do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Oliveira, na cidade do Rio de Janeiro. A Casa do Sol abriga pessoas com transtorno mental em longo período de internação e também pessoas com quadro agudo, além de contar com um Centro de Convivência frequentado por internos e egressos. O Centro contava, à época do estudo, com pátios, consultórios, salas de atividade em grupo e espaços para oficinas, insuficientes para a demanda existente. A partir de questionários e entrevistas com usuários e funcionários, a autora elaborou algumas recomendações a serem levadas em consideração nos projetos arquitetônicos voltados para pessoas com transtorno mental, que serão apresentadas a seguir.

Esteve bastante presente no discurso dos entrevistados a preferência pelo espaço externo, no qual os usuários podem tomar sol e estar em contato com as plantas, além do pedido por maiores aberturas do interior para o exterior através de

maiores vãos para iluminação e ventilação. Essa abertura, segundo os profissionais, é importante para que os usuários notem a passagem do tempo. Além disso, houveram pedidos pela existência de local apropriado para práticas esportivas, de auditório para aulas e apresentações de teatro e dança, e de local para descanso após o almoço (FONTES, 2003).

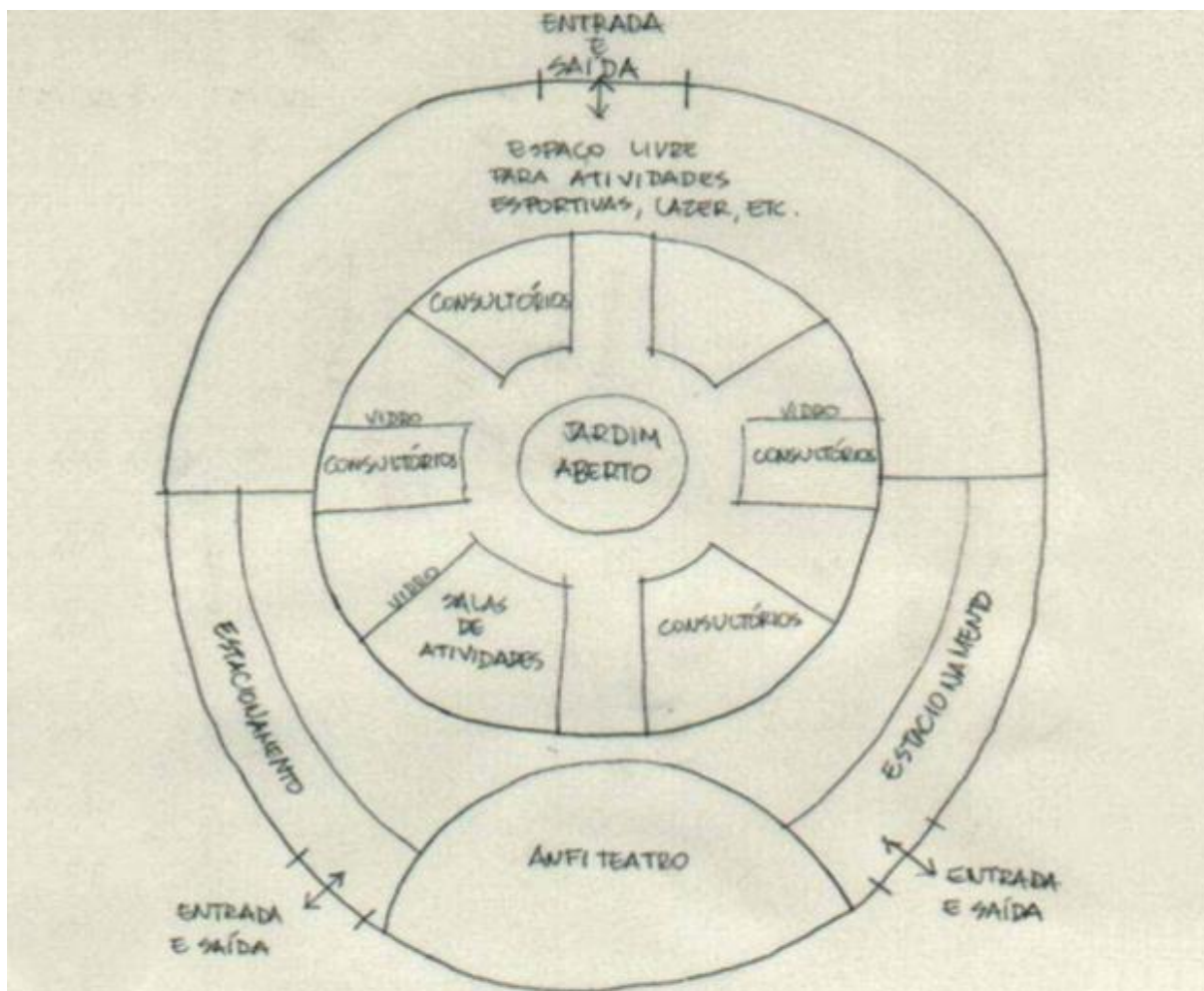
Quanto aos materiais especificados, esses devem ser resistentes ao impacto e também ter resistência ao calor e ao fogo. Isso se deve ao fato de que é comum nas instituições o hábito de oferecer cigarro aos usuários, e também comum que os fumantes joguem os restos de cigarro ainda acesos no chão, o que pode ser perigoso caso o material do piso seja de fácil combustão. Além disso, e principalmente em instituições públicas, a resistência é importante dada a dificuldade de manutenção e reposição de materiais. É relevante também a necessidade de os materiais, em especial do piso, serem de fácil limpeza, pois rotineiramente é necessária a lavagem com água e sabão em abundância (Idem, 2003).

Para afastar-se da imagem dos antigos manicômios, a autora afirma que elementos como grades, cobogós e mobiliário fixo de concreto ou alvenaria não deveriam ser utilizados. Simetrias e compartimentações também deveriam ser usadas com parcimônia no projeto. Foi ainda um pedido feito pelos usuários a existência de mais mobiliários, em especial armários para guarda de pertences, além de itens decorativos (Idem, 2003).

Quanto à segurança, foi recomendado que os locais destinados ao atendimento de crise preferencialmente não possuíssem arestas vivas e objetos cortantes, e fossem localizados no térreo (Idem, 2003). A questão do térreo já havia sido defendida por Esquirol, discípulo de Pinel. Para ele, a construção em um só pavimento facilitava a circulação dos usuários e também a observação pelos profissionais (PESSOTTI, 1996).

Por fim, na entrevista de Fontes (2003) com profissionais surgiu a sugestão de um modelo de configuração do espaço em que uma área central voltada para a convivência seja rodeada pelos demais ambientes. O desenho de um dos profissionais que propuseram esse modelo é apresentado na figura 1.

Figura 1- Esquema de espaço ideal desenvolvido por profissional da Casa do Sol.



Fonte: Espaço Saúde (2002) apud Fontes (2003).

Essa mesma configuração é citada na obra de Vieceli (2014). A autora defende que o centro do projeto seja um espaço de convívio, de modo que a vida social seja estimulada. Aponta ainda o papel da arquitetura nessa busca pela sociabilidade, criando espaços flexíveis e plurais e gerando conexão com a comunidade através de aberturas e fendas.

Assim sendo, os princípios e aspectos arquitetônicos abordados serão agora relevantes na análise dos estudos de caso e nas diretrizes do projeto a ser concebido.

3 ESTUDOS DE CASO

A seguir serão analisados três estudos de caso que fornecerão informações importantes para o desenvolvimento do projeto a ser proposto. O primeiro estudo de caso será analisado em relação à solução formal e plástica; já o segundo e o terceiro estudos de caso serão examinados a partir do partido, da setorização e da solução formal.

3.1 FALLINGWATER HOUSE E HANNA HOUSE – FRANK LLOYD WRIGHT

Primeiramente, optou-se por estudar parte da obra de Frank Lloyd Wright a partir de dois projetos da década de 1930, em especial como referência projetual para a solução plástica do CAPS proposto.

A Fallingwater House, ou Kaufmann House, é uma das obras mais conhecidas de Wright e um marco da arquitetura orgânica. Localizada na Pensilvânia, Estados Unidos, data de 1935 e foi encomendada pelo casal Kaufmann para ser uma casa de verão localizada junto a um curso d'água que já pertencia ao casal. Como partido, Wright posicionou a construção em cima da cascata, permitindo que o curso d'água fizesse parte do cotidiano dos usuários da residência (FRANK LLOYD WRIGHT FOUNDATION, [20--?]a).

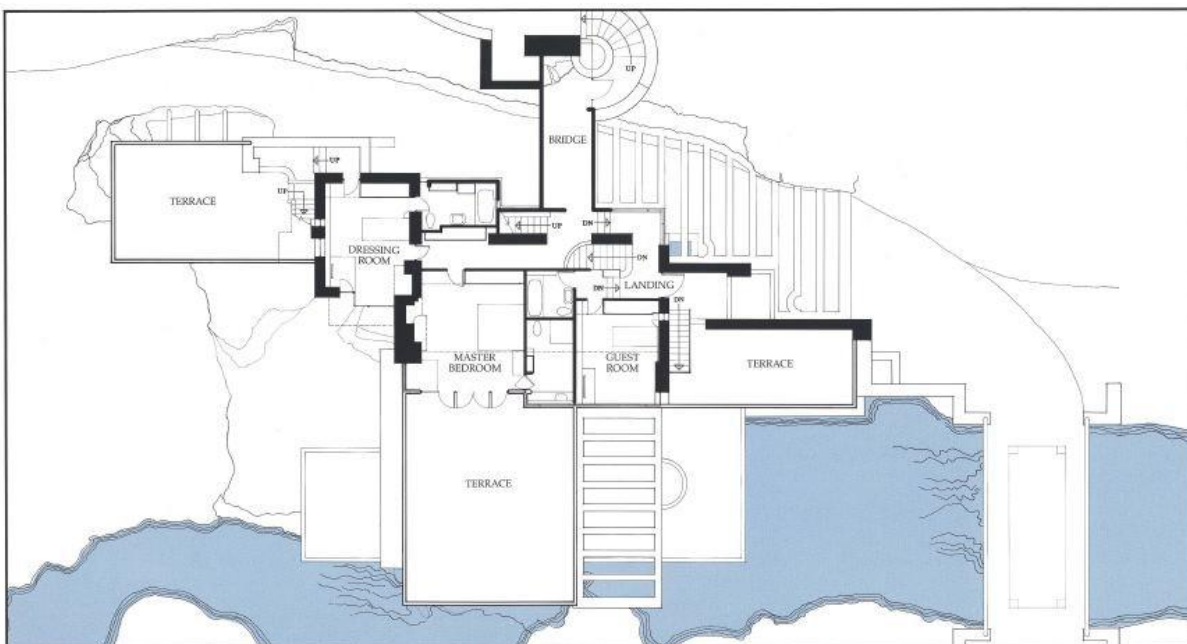
Além da integração entre a casa e seu local de implantação, o que é reforçado pelo uso de pedras locais, a obra tem como característica marcante os amplos terraços em balanço que destacam a horizontalidade do projeto e circundam um único elemento vertical, como mostra a figura 2. O interior conta com um pé direito baixo que contrapõe a amplitude do exterior e se abre para este através de generosas aberturas envidraçadas, gerando grande conexão visual com a natureza circundante (PEREZ, 2010). Já em planta, ressalta-se a assimetria do desenho e a importância concedida aos terraços, conforme figura 3.

Figura 2 – Foto externa da Fallingwater House.



Fonte: Adaptado de Getty Images/Education Images *apud* Allen (2016).

Figura 3 - Planta do segundo pavimento da Fallingwater House.



Fonte: Perez (2010).

Já a Hanna House, datada de 1936 (FRANK LLOYD FOUNDATION, [20--?]b), pode ser considerada um exemplo de projeto do período Usoniano de Wright, o segundo período de sua obra. O objetivo do arquiteto ao desenvolver as casas Usonianas era permitir que a arquitetura fosse acessível não apenas à classe dominante. Assim, esses projetos eram pautados na redução máxima de custos e na maior adaptação possível às características do lugar. Além disso, as casas Usonianas apresentavam-se normalmente em um único pavimento, eliminando a necessidade de escada e garantindo maior controle sobre os ambientes internos. Caracterizavam-se também por janelas mais amplas, que garantiam a conexão entre o interior e o exterior, e por coberturas destacadas (GELMINI, 2011). Na figura 4 é possível observar como essas características das casas Usonianas estão presentes na Hanna House. Também se observa que, embora o projeto se apresente em um pavimento único, Wright trabalha com as coberturas retas em diferentes alturas, novamente contornando um elemento vertical mais alto, como na Fallingwater House.

Figura 4 - Foto externa da Hanna House.



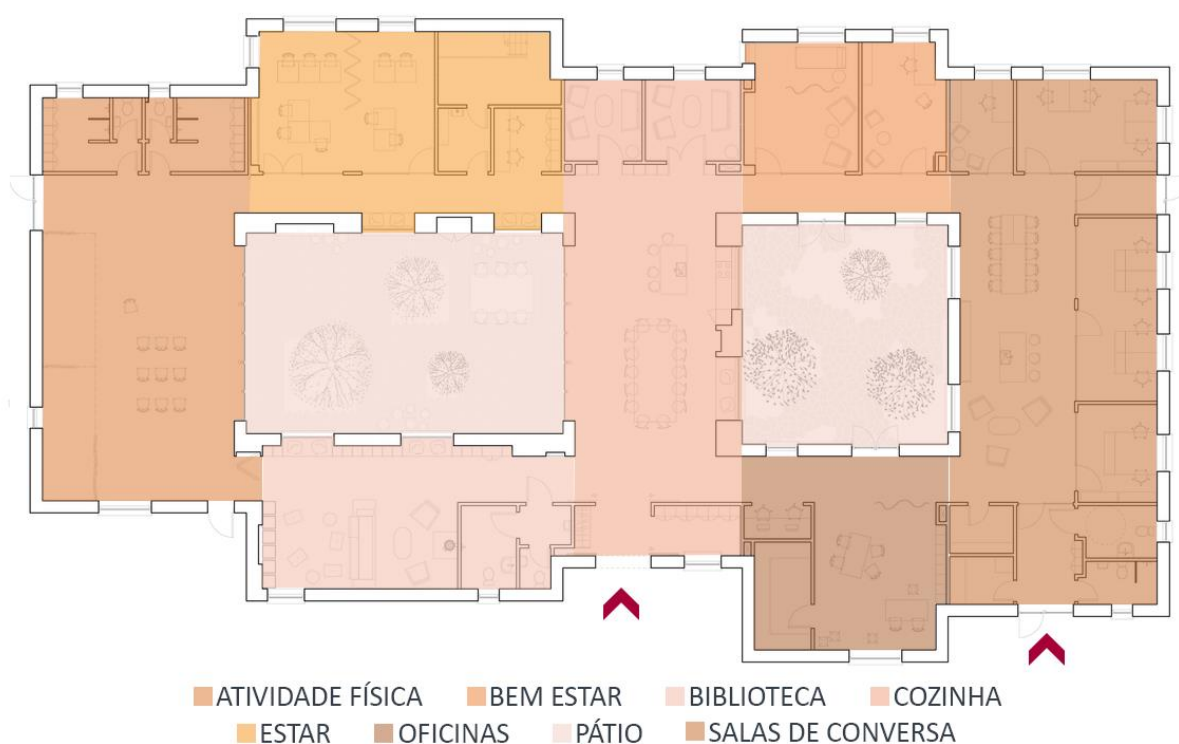
Fonte: Frank Lloyd Foundation ([20--?]b).

O estudo de caso desses dois exemplos da obra de Frank Lloyd Wright é relevante pelo tratamento plástico e seu modo de destacar a horizontalidade, pelo respeito à escala humana garantido por pés direitos mais baixos e pela intensa relação entre o interior e o exterior, proporcionada pelas amplas aberturas envidraçadas.

3.2 CENTRO DE ACONSELHAMENTO LIVSRUM – EFFEKT ARCHITECTS

O centro de aconselhamento para pessoas com câncer Livsrum é um projeto do escritório Effekt e está localizado em Naestved, na Dinamarca. Tem por função ser um local para aconselhamento informal, terapia e interação social (ARCHDAILY, 2014b). O Livsrum ocupa 800m² em um único pavimento e conta com sete setores com diferentes programas: biblioteca, cozinha, salas de conversação, salas de estar, oficinas, academia e espaços de bem-estar (EFFEKT, [2012?]). A figura 5 apresenta a setorização do projeto.

Figura 5 - Setorização do Livsrum em planta.



Fonte: Adaptado de Effekt ([2012?]).

O escritório partiu do conceito formal de criar um bloco para cada setor e interligá-los de modo a formar dois pátios internos. Um dos pátios é destinado à meditação, enquanto o outro é voltado para a interação social e a prática de atividades físicas. O Livsrum acolhe pessoas de todas idades, com diferentes necessidades e objetivos. Assim, cada ambiente foi projetado individualmente segundo sua função,

variando a ambiência. O objetivo é fazê-lo assemelhar-se mais a uma casa do que a uma instituição. A área da cozinha é o “coração” do lugar, servindo de espaço comunal e criando um centro que permite uma circulação contínua por todo o projeto. Embora o local de implantação seja ladeado por três vias, conforme apresentado na figura 6, o acesso é realizado apenas por uma delas, além de o projeto ser voltado para seu interior e não possuir forte ligação com o entorno. Isso se deve ao alto nível de ruído proveniente das vias adjacentes, o que levou à solução da criação de pátios circundados pelos blocos, que abafam o barulho (EFFEKT, [2012?]).

Figura 6 - Planta de implantação do Livsrúm.



Fonte: Adaptado de Effekt ([2012?]).

Os espaços internos geram uma sensação de acolhimento pelas cores, materiais e móveis empregados. Além disso, embora os pátios permitam ampla permeabilidade visual no interior do edifício, os ambientes respeitam a escala humana. A distribuição espacial dos setores e a interligação entre eles também proporciona menor uso de corredores de circulação. A figura 7 apresenta imagens do projeto, sendo “1” a área interna para realização de atividades físicas; “2” uma das salas de bem-estar; “3” a cozinha, “4” a biblioteca, “5” a sala de conversa e “6” o pátio. Os ambientes diferenciam-se entre si, porém criam uma linguagem visual única.

Figura 7 - Ambientes do Livsrum.







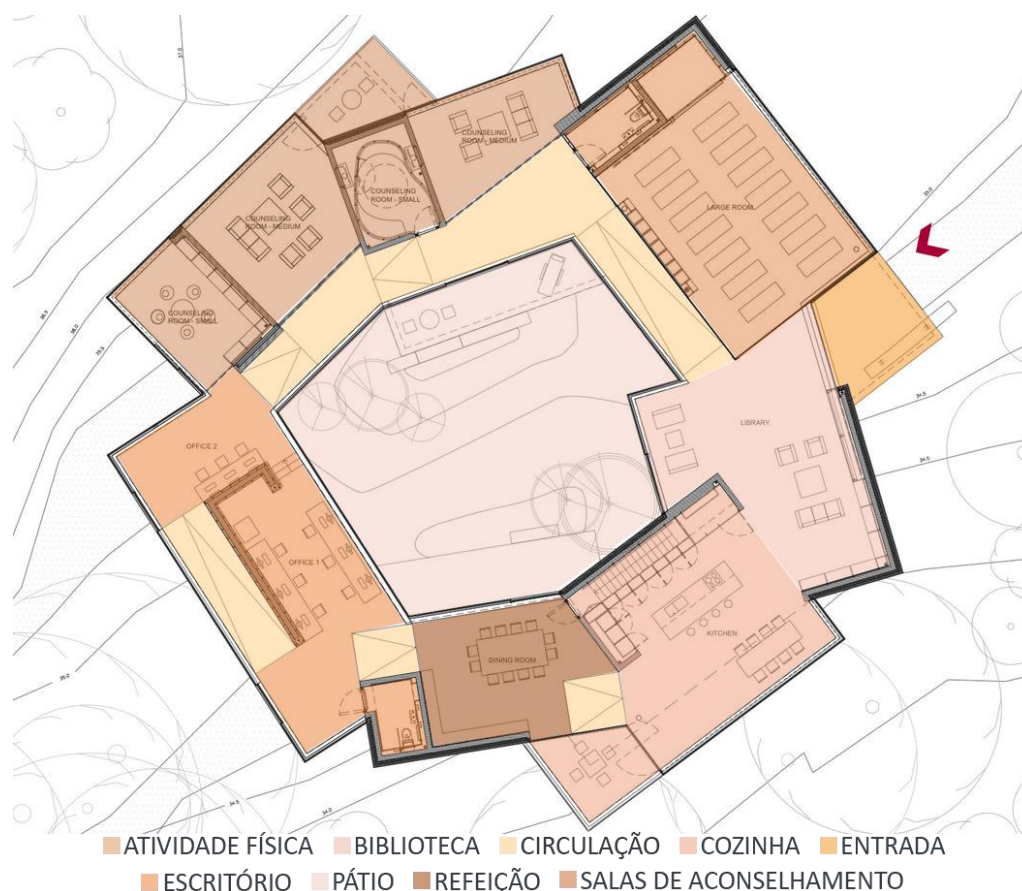
Fonte: Effekt ([2012?]).

Esse estudo de caso é relevante pelo conceito de distribuição dos setores e conexão entre ambientes internos e pátios. A ambientação dos espaços internos os torna acolhedores, e os pátios abrigam duas funções distintas: meditação e interação social. Por fim, destaca-se a oferta de atividades variadas.

3.3 MAGGIE'S CENTRE GARTNAVEL - OMA

O *Maggie's Cancer Caring Centres Foundation* é uma instituição que possui vários centros de apoio pelo mundo e visa promover suporte a pessoas com câncer, familiares e amigos. A unidade a ser analisada fica em Glasgow, Escócia. Projetada pelo escritório OMA, conta com 534m² de área construída em um pavimento único. Os ambientes são interconectados, diminuindo a necessidade de áreas de circulação, e formam um anel com um pátio ajardinado em seu interior (OMA, [2011?]), conforme mostra a figura 8, que apresenta a planta setorizada.

Figura 8 - Setorização do Maggie's Centre Gartnavel em planta.

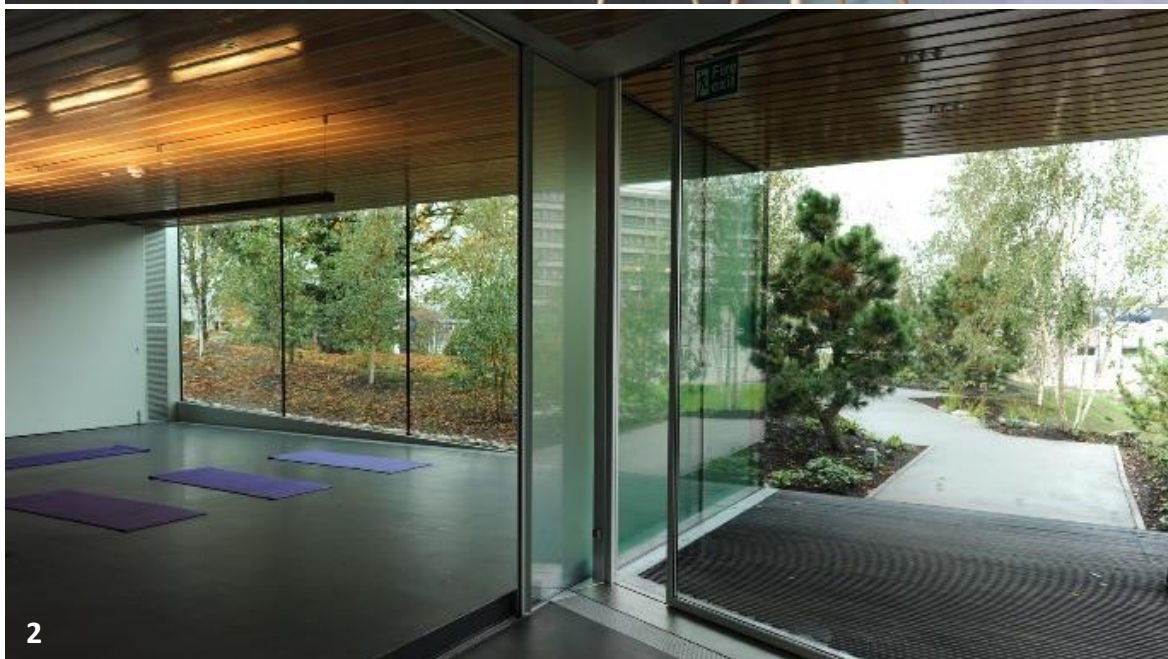


Fonte: Adaptado de Architizer ([2011?]).

Embora esteja localizado dentro da propriedade do hospital Gartnavel, o centro Maggie fica afastado dos edifícios principais, em uma área bem arborizada. Todos os ambientes têm conexão com o pátio interno ou com a área do entorno (OMA, [2011?]).

O projeto conta com vários setores voltados para a interação entre usuários, além de um setor com salas de aconselhamento para momentos mais reservados. A figura 9 mostra alguns ambientes, sendo “1” o espaço de refeições com a área de escritório ao fundo; “2” o hall de entrada e o ambiente de prática de atividade física e “3” a área do pátio em frente às salas de aconselhamento.

Figura 9 - Ambientes do Maggie's Centre Gartnavel.





Fonte: 1 - Maggie's Centres ([2011?]); 2 e 3 - Architizer ([2011?]).

Formalmente, os setores de diferentes dimensões conectados de modo circular geram recuos e avanços em ângulos diversos, criando um jogo de volumes que confere dinamismo à fachada e leva ao formato irregular do pátio. A figura 10 apresenta o aspecto externo da edificação.

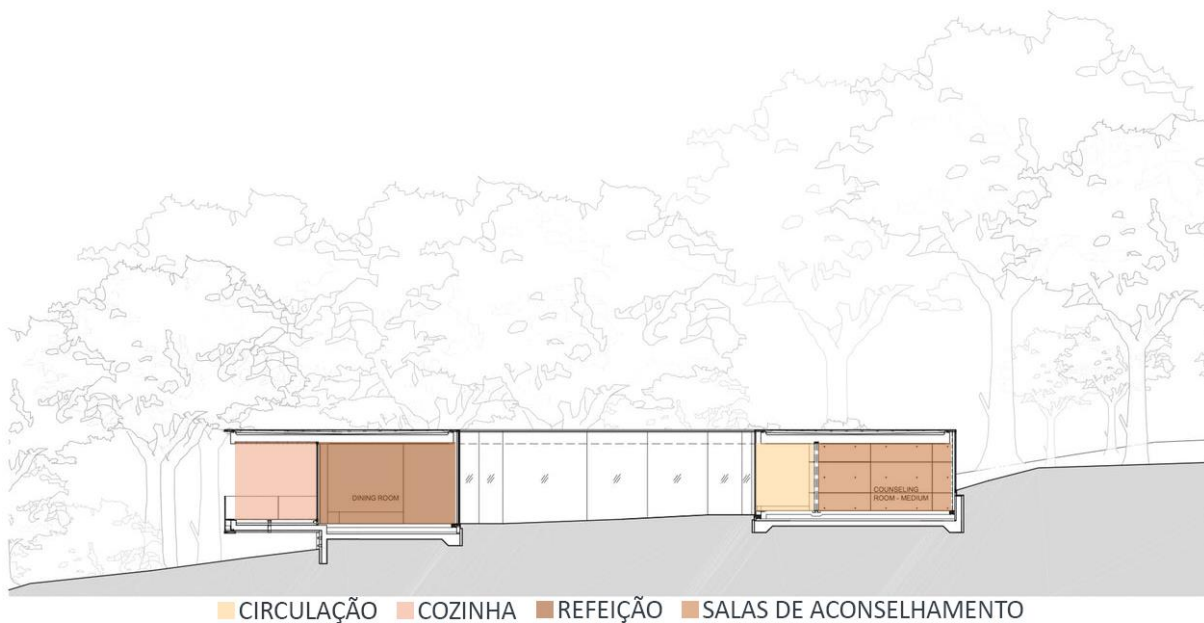
Segundo OMA ([2011?]), a construção acompanha o desnível do terreno através de rampas. A cobertura é uma laje reta de concreto, de tal modo que os desníveis do piso permitem a existência de ambientes com pés direitos de alturas variadas. Desse modo, as salas de aconselhamento ficam na parte mais elevada do terreno, criando um ambiente mais intimista, enquanto os setores mais voltados para atividades sociais, como a cozinha e a sala de refeições, ficam na porção mais baixa do terreno, o que gera um pé direito maior e, conseqüentemente, ambientes mais espaçosos, conforme mostra a figura 11.

Figura 10 - Maquete e foto externa do Maggie's Centre Gartnavel.



Fonte: Architizer ([2011?]) e OMA ([2011?]), respectivamente.

Figura 11 - Maggie's Centre Gartnavel em corte.



Fonte: Adaptado de Architizer ([2011?]).

A relevância desse estudo de caso está na presença de pátio ajardinado, na oferta de atividades variadas, e na forte relação visual entre áreas internas e externas. Além disso, destaca-se o uso de rampas como solução para vencer desníveis e a estratégia de utilizar diferentes alturas de pé direito conforme a atividade a ser realizada no ambiente.

4 INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE

Para a implantação do Centro de Atenção Psicossocial III, foi escolhida uma área localizada no bairro Cidade Industrial de Curitiba (CIC). A região no entorno da área escolhida não conta com nenhum CAPS e possui um uso variado.

4.1 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM CURITIBA

Curitiba é a capital do estado do Paraná, e está localizada na porção leste do território estadual. Segundo o último censo do IBGE, em 2010 a população do município era de 1.751.907 pessoas, sendo o 8º município mais populoso do país e o 1º do estado. A população estimada para 2017 é de 1.908.359 pessoas, sendo a faixa etária dos 20 aos 34 anos aquela com o maior número de indivíduos. Dados de 2015 revelam que o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 4 salários mínimos, bem como em 2010 26,9% da população curitibana tinha um rendimento mensal per capita de até meio salário mínimo (IBGE, 2017a). Em relação aos serviços de saúde, em 2009 haviam 850 estabelecimentos de saúde em Curitiba, 82% deles administrados pelo setor privado (Idem, 2017b).

Quanto à saúde mental, Curitiba começou a implantar seus primeiros mecanismos voltados a essa área no final da década de 1980, com a formação de um grupo de apoio em Saúde Mental na Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Já em 1999, a Saúde Mental passa a ser um dos Programas Estratégicos da SMS. Em 2001, devido à Lei da Reforma Psiquiátrica, são contratados psicólogos para atuar na Atenção Primária, e em 2004 inicia-se o processo de implantação dos CAPS. A partir daí, a RAPS do município foi sendo estruturada (PMC, 2017c).

A RAPS busca seguir o modelo de matriciamento, que vem sendo o norteador da integração entre saúde mental e atenção primária no Brasil. No matriciamento, duas ou mais equipes desenvolvem, em conjunto, uma proposta de intervenção terapêutica para o usuário da rede. O modelo opõe-se aos sistemas de saúde tradicionais, que se organizam hierarquicamente, propondo uma horizontalização estruturada na equipe de referência e na equipe de apoio matricial. No caso do SUS, as equipes de Estratégia de Saúde da Família atuam como referência, enquanto o

apoio matricial é prestado pela equipe de saúde mental, nesse caso (BRASIL, 2011). A RAPS em Curitiba conta com os pontos de atenção apresentados no quadro 4.

Quadro 4 – Rede de Atenção Psicossocial de Curitiba.

Atenção primária à saúde

- Unidade Básica de Saúde
- Estratégia de Saúde da Família
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- Consultório na Rua

Ambulatório especializado

Atenção psicossocial especializada

- Centro de Atenção Psicossocial

Atenção de urgência e emergência

- SAMU
- UPA 24 horas

Atenção hospitalar

- Hospital Dia
- Hospital Psiquiátrico
- Enfermaria Especializada em Hospital Geral

Estratégias de desinstitucionalização

- Serviço Residencial Terapêutico

Reabilitação psicossocial

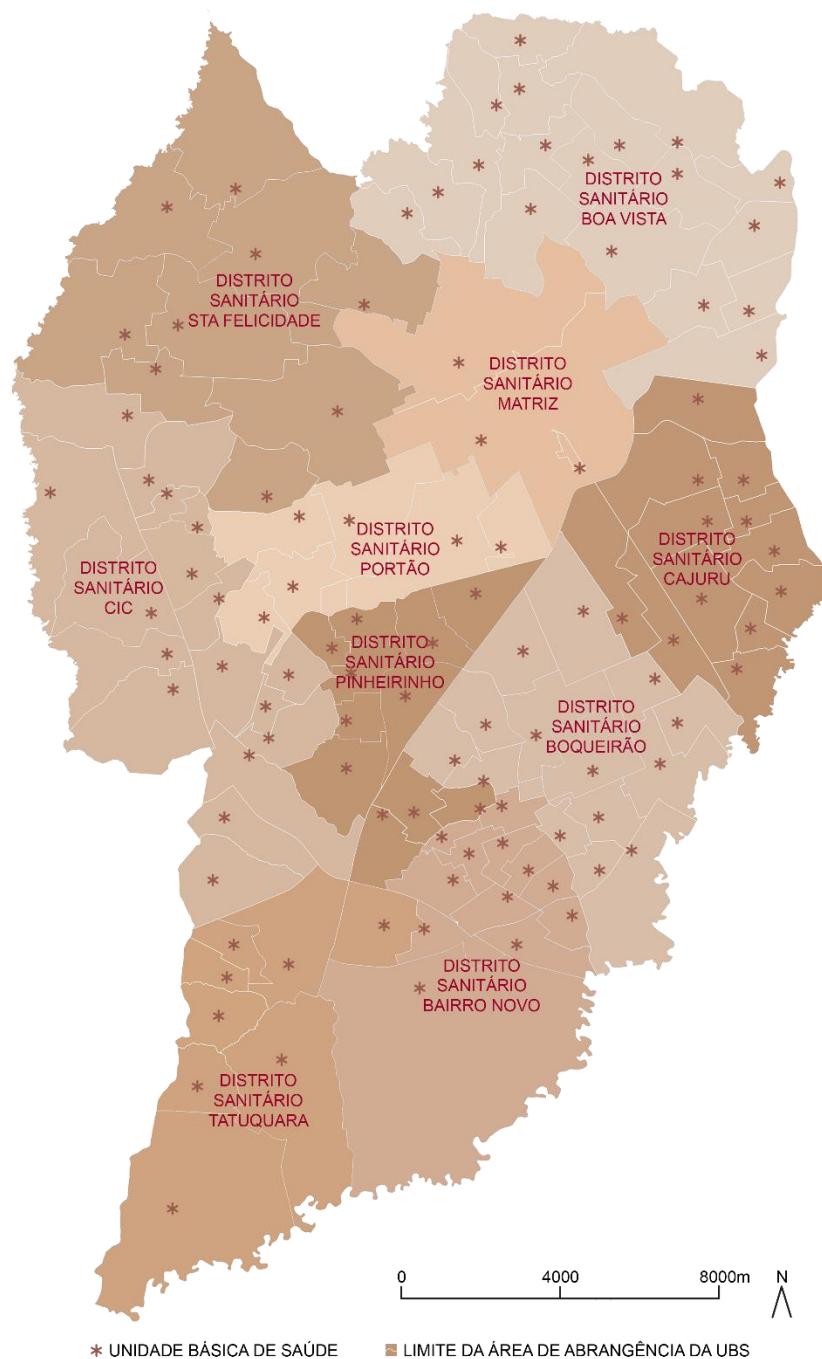
- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Adaptado de PMC (2017c).

Em relação à Atenção Primária, as Unidades Básicas de Saúde são consideradas porta de entrada do sistema de saúde. A equipe da UBS é multidisciplinar e composta por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de higiene dental, auxiliares e agentes comunitários de saúde. O atendimento é organizado através de agendamento de consultas. Além disso, para pessoas com condições crônicas, como aquelas com transtorno mental, é rotineiramente feito o controle e monitoramento das condições de saúde. Nas UBSs, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) se tornam responsáveis por acompanhar uma certa quantidade de famílias residentes em uma área determinada, o que gera a aproximação da Unidade com a comunidade. Junto a essas famílias, as equipes

desenvolvem ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação e reabilitação (IPMC, [201-?]). A figura 12 mostra a localização das UBSs, suas áreas de abrangência e os Distritos Sanitários de Curitiba. Já o quadro 5 apresenta dados referentes às UBSs do município em 2017. De maneira geral, esses pontos de atenção estão bem distribuídos pelo território.

Figura 12 - Áreas de abrangência das UBSs e distritos sanitários de Curitiba.



Fonte: Elaborado com base em IPPUC (2016).

Quadro 5 – Dados das UBSs em 2017.

	Cobertura atenção básica	Unidades existentes	Nº de Distritos Sanitários ⁷	Nº de unidades com ESF
UBS	53,77%	110	10	66

Fonte: Elaborado com base em PMC (2017c).

Ainda na Atenção Primária, as UBSs recebem apoio dos NASFs e dos Consultórios na Rua. Os NASFs reúnem farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física, fonoaudiólogos e médicos de diversas especialidades. Já os Consultórios na Rua atuam de modo itinerante e atendem pessoas em situação de risco. Estabelecem parcerias com as UBSs, CAPS, serviços de Urgência e Emergência, entre outros pontos de atenção (PMC, 2017c).

Quanto aos Ambulatórios de Saúde Mental, esses são voltados às pessoas em sofrimento psíquico que necessitem de avaliação ou acompanhamento especializado, porém não sejam indicadas para reabilitação social, atenção hospitalar ou atenção primária. Os ambulatórios atendem a partir da lógica territorial, de acordo com os Distritos Sanitários, e oferecem também serviço de retaguarda aos NASFs (Idem, 2017c). O quadro 6 traz informações referentes aos Ambulatórios durante o segundo quadrimestre de 2017.

Quadro 6 – Dados dos Ambulatórios de Saúde Mental no 2º quadrimestre de 2017.

	Unidades existentes	Unidades que atendem pop. infanto-juvenil	Unidades que atendem pop. adultas	Nº atendimentos (maio – agosto/ 2017)
Ambulatório de Saúde Mental	4	2	3	7458

Fonte: Elaborado com base em PMC (2017c).

Já os CAPS, também baseados na lógica do território, oferecem cuidados clínicos e sociais para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e pessoas com necessidades devido ao uso de substâncias psicoativas. Em Curitiba os

⁷ A Secretaria Municipal de Saúde divide o território municipal segundo as áreas de abrangência das UBSs. Conjuntos dessas áreas de abrangência compõem os Distritos Sanitários (IPPUC, [2016]).

CAPS são divididos em AD, TM e i. O AD é voltado para a população que tenha problemas com álcool e drogas; o TM atende a população com transtorno mental e o i é destinado ao público infantil. Segundo Kimati e Massuda (2017), porém, a gestão municipal em 2017 vem planejando unificar os CAPS AD e TM, apresentando como justificativa o corte de gastos. Os autores ressaltam, entretanto, que essa modificação poderia dificultar o acesso das pessoas que necessitam de atendimento, e conseqüentemente aumentar a duração dos tratamentos, os casos de emergência psiquiátrica e a necessidade de hospitalização, o que geraria maior custo e produziria efeito contrário ao objetivo inicial. Além disso, o tratamento oferecido aos usuários de CAPS-TM e AD conta com abordagens terapêuticas específicas. Enquanto as pessoas com transtorno mental demandam o atendimento a sintomas psicóticos graves, crises e quadros de agitação, os usuários de substâncias psicoativas necessitam de assistência na diminuição e interrupção do uso de álcool e/ou drogas e no controle de recaídas (KIMATI; MASSUDA, 2017). No quadro 7 são apresentados indicadores de atendimento dos CAPS ao longo do segundo quadrimestre de 2017.

Quadro 7 – Dados dos CAPS no 2º quadrimestre de 2017.

CAPS	Unidades existentes	Nº de pessoas acolhidas	Nº de pessoas em tratamento	Nº de leitos efetivos	Nº de pessoas que utilizaram leitos
AD	5	1136	1377	27	338
TM	4	831	1072	28	184
i	3	528	666	4	31
Total	12	2495	3115	59	553

Fonte: Elaborado com base em PMC (2017c).

Os dados presentes no quadro 7 indicam que os CAPS-AD recebem maior quantidade de pessoas, seguidos pelos CAPS-TM, o que é condizente com a quantidade de unidades existentes para cada categoria. Já o CAPSi apresenta menor quantidade de atendimentos, mostrando-se bastante discrepante em relação às outras categorias de CAPS, em especial quanto ao número de pessoas em tratamento e ao número de leitos disponíveis. Essa diferença não pode ser justificada apenas pela menor quantidade de unidades disponíveis no município, e provavelmente se deve também a outros fatores.

Na Programação Anual de Saúde da SMS (PMC, 2017b), o aumento do número de leitos em CAPS III está entre as ações propostas no âmbito da ampliação de acesso à saúde mental. Entretanto, não foi estipulada meta de ampliação da quantidade de leitos para 2017.

Além dos CAPS, há ainda o Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), sob gestão estadual. O CPM faz a regulação de leitos psiquiátricos em hospitais próprios ou contratados pela gestão do estado do Paraná. Além de contar com ambulatório adulto e infanto-juvenil e com oficinas terapêuticas, atuando no cuidado a pessoas com transtorno mental (GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, [201-?]).

A respeito da atenção de urgência e emergência, as UPAs 24 horas são destinadas a pessoas com transtorno em fase aguda, como alternativa ao CAPS. Se o paciente não conseguir ser deslocado até o local, poderá ser utilizado o serviço do SAMU (PMC, [201-?]). Já quanto à atenção hospitalar, o município conta com uma central telefônica responsável pela regulação de leitos psiquiátricos. O quadro 8 apresenta informações a respeito da atenção hospitalar para saúde mental.

Quadro 8 – Dados de atenção hospitalar para saúde mental em Curitiba.

Atenção hospitalar	Nº hospitais credenciados	Nº de leitos integrais	Nº de leitos hospital-dia	Nº de internações (2016)
AD	2	149	235	-
TM	1	90	-	-
Total	3	239	235	4834

Fonte: Adaptado de PMC (2017c e 2017d).

Conforme apontado, em 2016 ocorreram 4834 casos de internação devido a transtornos mentais e comportamentais em Curitiba, o que representou uma redução de 25,11% no número de internações em relação à 2013 (PMC, 2017d). Essa redução pode ser indicativa de que o novo modelo de assistência à saúde mental está mostrando-se efetivo na redução da quantidade de internações psiquiátricas.

Em relação à residência terapêutica, essas são moradias para acolhimento de egressos de internações psiquiátricas prolongadas que não tenham vínculo familiar e que precisem de cuidados permanentes. Curitiba possui cinco residências terapêuticas, que em 2017 abrigavam 39 pessoas (Idem, 2017c).

Há ainda o Centro de Convivência (CECO), que atua como espaço de inclusão social e convívio, ofertando diversas oficinas para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Em 2016 um dos CECOs existentes foi fechado, de modo que atualmente há apenas uma unidade no município (PMC, 2017d), responsável por receber 483 participantes em 102 oficinas no segundo quadrimestre do ano (Idem, 2017c).

Por fim, o município conta com uma Unidade de Interconsulta Psiquiátrica (UIP), que mantém um plantão de psiquiatras durante a noite e fins de semana. A UIP serve como retaguarda para as UPAs, CAPS III e residências terapêuticas, orientando e auxiliando as equipes desses pontos de atenção conforme necessário, presencialmente ou por telefone. No segundo quadrimestre de 2017 foram realizados, ao todo, 346 atendimentos pelo plantão da UIP (Idem, 2017c).

A SMS, em sua Programação Anual de Saúde, apresenta ainda como ação estratégica a implantação de Unidades de Acolhimento Transitório e como meta para 2017 a implantação de uma unidade de estabilização para atendimento de urgência em saúde mental (Idem, 2017b).

A vinculação da pessoa à RAPS pode ocorrer por meio de procura às unidades de saúde ou através da identificação na comunidade durante visitas domiciliares. Cabe à UBS inscrever a pessoa junto à RAPS, tratar o usuário se essa for a indicação, fornecer medicamento, monitorar o tratamento, interligar o usuário aos demais pontos de atenção e preencher referência para ambulatório ou UPA. Ambulatório e CAPS devem preencher plano terapêutico mensal para a UBS dar continuidade ao tratamento e preencher guia de transferência para outros pontos de atenção quando o usuário receber alta. Já à UPA cabe o atendimento de emergência e o preenchimento de guia de internação para hospital integral ou guia de transferência para UBS, ambulatório, CAPS ou hospital-dia, dependendo da necessidade do usuário (Idem, 2002).

Nos casos de atendimento à pessoa em crise, os profissionais devem informar ao usuário que a violência não será admitida e que medidas de contenção poderão ser tomadas caso seja necessário. O local de atendimento não deve ser isolado, objetos que possam ser usados para agressão devem ser retirados do local, e os móveis devem estar dispostos de modo a facilitar o trânsito da equipe, que deve estar

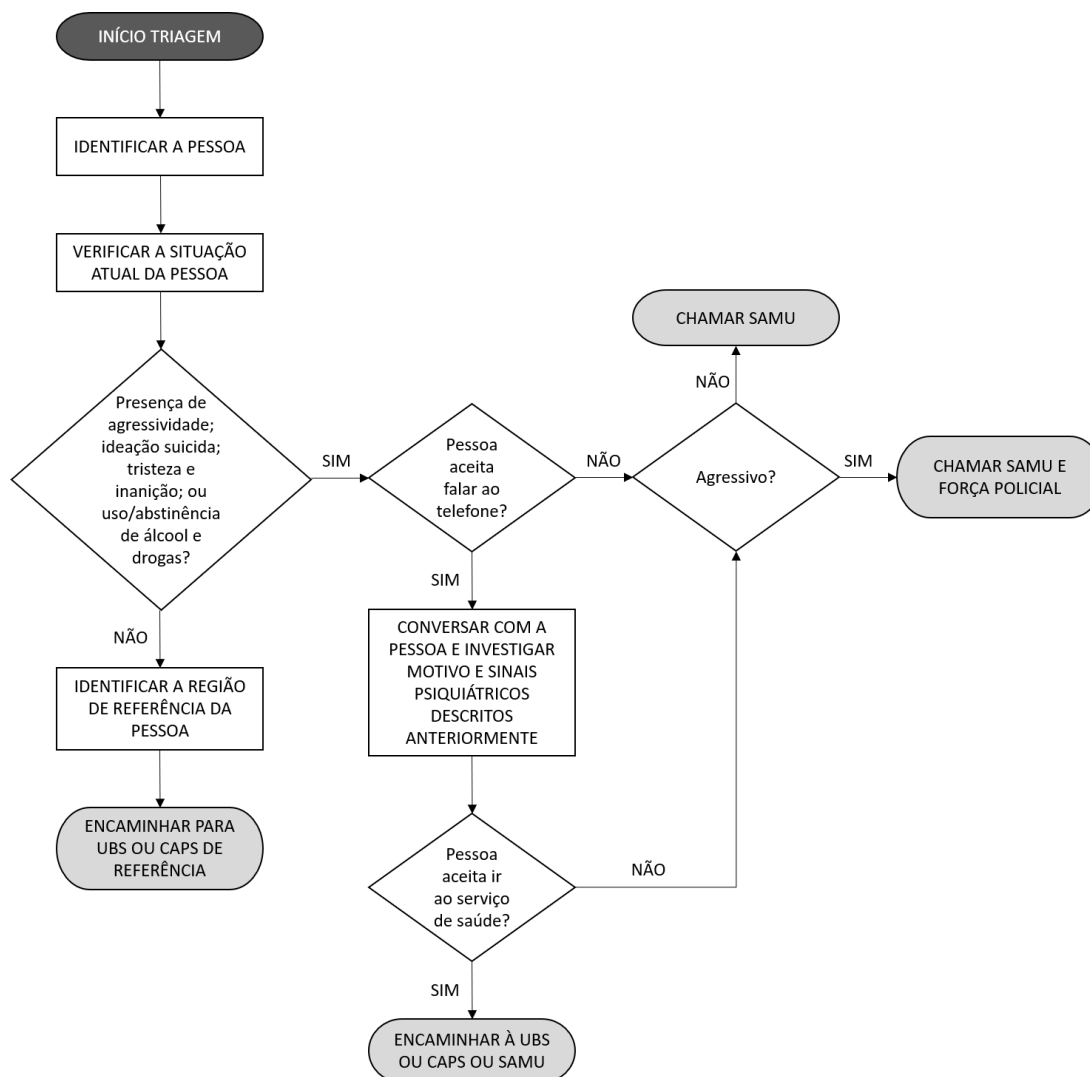
pronta para conter o usuário se for preciso. Em caso de agitação, a equipe deverá, em primeiro lugar, abordar verbalmente a pessoa em crise, explicando os procedimentos a serem realizados para ajudá-la e incentivando-a a se acalmar e se comunicar. Caso a abordagem verbal não seja suficiente, deve-se prosseguir para a contenção física, que precisa de, ao menos, quatro profissionais para ser feita. A contenção física é realizada a partir de faixas que prenderão o usuário à cama. A pessoa contida não deverá ser deixada sozinha. Como último recurso, poderá ser usada a contenção química, prescrita por um médico. O usuário, então, deverá ser encaminhado à UPA através de ambulância (PMC, 2002).

Segundo a Portaria nº 2048/2002, os pacientes que façam acompanhamento de sua enfermidade na atenção primária devem ser atendidos preferencialmente em sua unidade básica de referência quando apresentarem quadros agudos ou crônicos agudizados, visto que seu histórico já será conhecido pela equipe e, conseqüentemente, o atendimento poderá ser realizado mais rapidamente e a probabilidade de o paciente aderir à nova medicação será maior. Nos casos de atendimento nas unidades de urgência e emergência, essas devem disponibilizar acolhimento, primeira atenção para pequenas e médias urgências, estabilização e referência dos pacientes graves dentro do SUS. A pessoa que chegar à unidade de urgência deverá passar por uma triagem, que será realizada por profissional de saúde de nível superior através da utilização de protocolos específicos. Essa triagem objetiva estabelecer a ordem de prioridade de atendimento (BRASIL, 2003).

No caso das urgências psiquiátricas, o profissional responsável pelo atendimento deve identificar o estado mental do indivíduo. A presença de violência ou agressividade e alteração de consciência e de psicomotricidade indicam a existência da Síndrome de Perturbação da Conduta, que pode ter origem endógena, exógena ou psicogênica. A endógena é frequente em psicoses esquizofrênicas, maníacas ou depressivas; a exógena ocorre a partir do uso de substâncias psicoativas ou de infecções; e a psicogênica deriva de uma situação psicotraumática, normalmente em pessoas com déficit intelectual. O atendimento à urgência psiquiátrica visará, então, a estabilização do quadro do paciente, o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica e o encaminhamento (GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, [entre 2011 e 2017]).

O protocolo de atendimento psiquiátrico de Curitiba foi definido pelo SAMU e pelo Departamento de Saúde Mental, com o apoio do Ministério Público e da Superintendência de Atenção. Durante a identificação do paciente, o profissional deverá fazer o levantamento de seus dados e de dados relativos ao seu tratamento. Depois, será necessário identificar a situação em que se encontra a pessoa e atentar-se ao comportamento e ao discurso do indivíduo, à procura da presença ou não de agressividade, ideação suicida, tristeza e inanição ou uso e abstinência de substâncias psicoativas (PMC, 2014). Para cada situação o protocolo sugere diferentes ações, que culminarão no encaminhamento a diferentes pontos de atenção, conforme apresentado na figura 13.

Figura 13 - Fluxograma de atendimento à urgência psiquiátrica de Curitiba.



Fonte: Adaptado de PMC (2014).

A abordagem do paciente poderá ser realizada de maneira voluntária, quando a pessoa em crise se mostrar colaborativa e seguir as orientações dos profissionais, ou involuntária, quando a capacidade decisória do indivíduo estiver comprometida devido aos sintomas psiquiátricos. A abordagem involuntária deverá ser feita pelo médico do SAMU caso o paciente estiver em domicílio, ou pelo médico do serviço caso o paciente esteja em uma unidade de saúde (PMC, 2014).

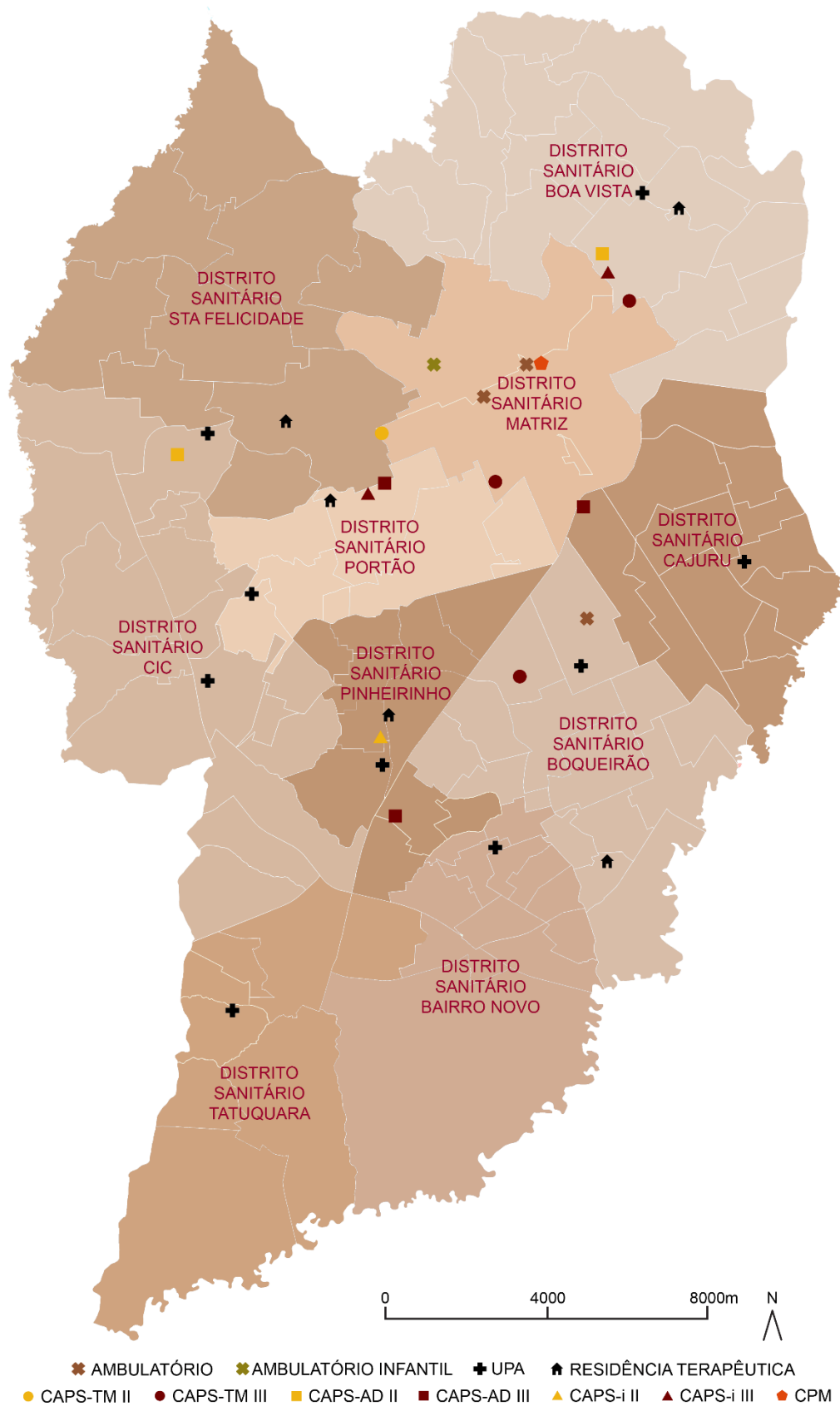
4.2 A ESCOLHA DA ÁREA DE INTERVENÇÃO

A partir dos dados anteriormente exibidos, é possível constatar que os pontos de atenção da RAPS em Curitiba não são suficientes para a população residente. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b) utiliza como parâmetro para avaliação da cobertura dos CAPS um cálculo ponderado que considera a abrangência populacional de cada tipo de CAPS. Assim, o CAPS I atende 50 mil habitantes; os CAPS III e CAPS AD III atendem 150.000 habitantes e os demais CAPS atendem 100 mil habitantes. Índices acima de 0,70 são considerados indicadores de uma cobertura muito boa, como é o caso de Curitiba. Considerando-se em conjunto as 12 unidades presentes no município, seu índice é de 0,84. Entretanto, não apenas os CAPS como também outros componentes da RAPS, com exceção das UBSs, estão distribuídos no território de maneira desigual, concentrados na porção central do município. Assim, a população residente nas regiões periféricas de Curitiba que necessite de outros pontos de atenção que não a UBS precisa de maiores deslocamentos para ser atendida, o que fere a lógica territorial que é a base do novo modelo de assistência.

Assim, o primeiro critério utilizado para a determinação da área de intervenção foi a falta de abrangência da rede de CAPS. Foram identificados os locais em que há CAPS implantados nas proximidades e aqueles que carecem desse equipamento. A figura 14 ilustra a localização dos componentes da RAPS existentes em Curitiba.

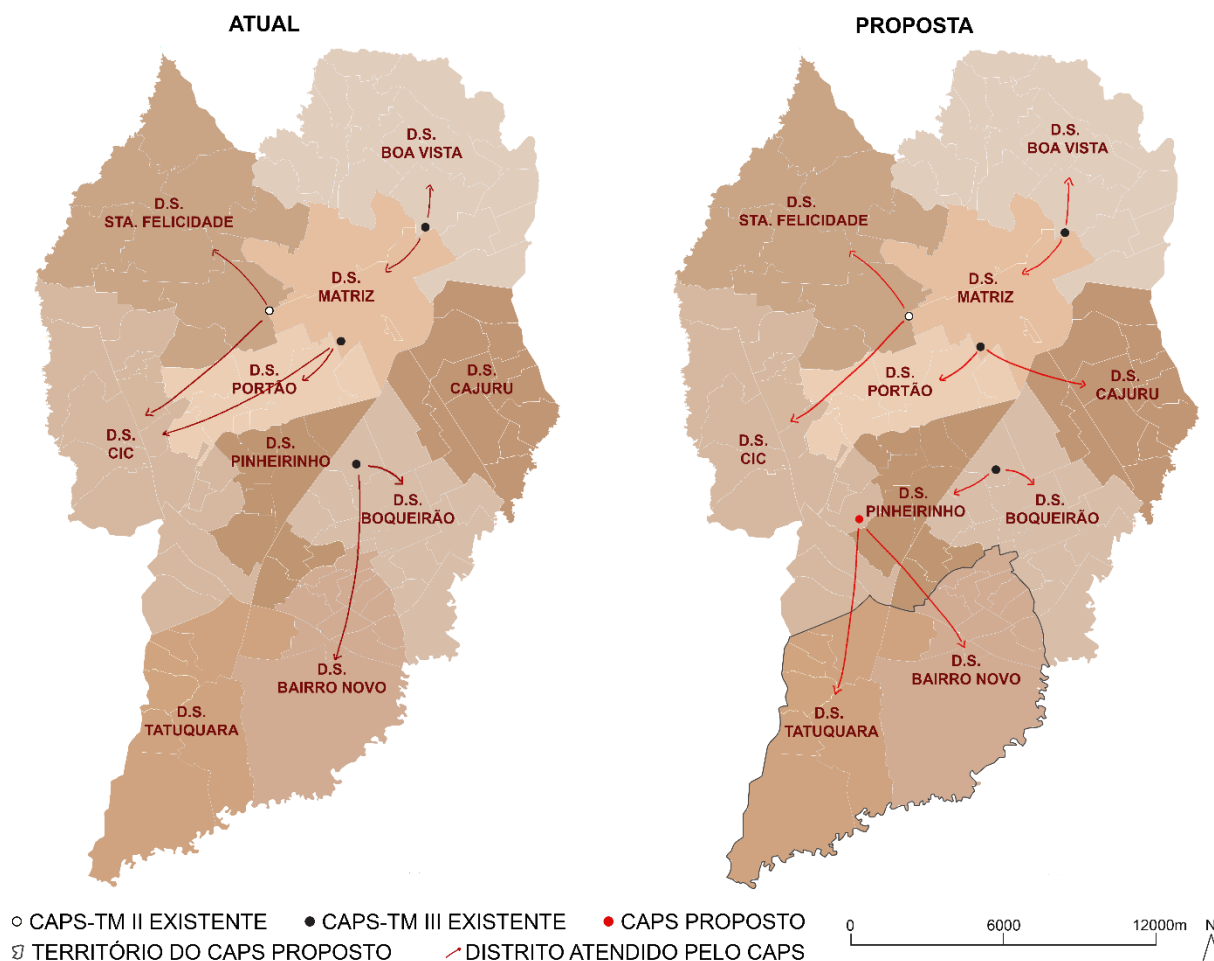
Considerando que o projeto proposto será de um CAPS-TM, foi também observado o território que cada CAPS dessa categoria abrange no município. Como não há unidades em todos os distritos sanitários, cada uma é responsável pelo atendimento dos habitantes de mais de um distrito. A partir de dados da PMC (2014), observou-se que os distritos sanitários Cajuru, Pinheirinho e Tatuquara não são referenciados para nenhum CAPS-TM. O distrito sanitário Tatuquara é o único que também não é referenciado para CAPS-AD e CAPSi. Esse fato foi determinante para que o distrito sanitário Tatuquara fosse escolhido para ser atendido pelo CAPS proposto, juntamente com o distrito Bairro Novo. A figura 15 ilustra a atual configuração de distritos atendidos por cada CAPS-TM e a nova configuração proposta com base na implantação da nova unidade e na proximidade dos CAPS ao território de atendimento.

Figura 14 - Distribuição da RAPS em Curitiba.



Fonte: Adaptado de IPPUC (2016), complementado com base em IPPUC ([2017?]).

Figura 15 - Distritos atendidos pelos CAPS-TM: situação atual e proposta.



Fonte: Adaptado de IPPUC (2016) com base em PMC (2014).

O território de abrangência do CAPS proposto conta com 20 UBSs e 2 UPAS, junto dos quais o novo equipamento faria o atendimento em saúde mental para sua população. Entende-se que, mesmo com a nova configuração, cada CAPS ficaria responsável por um território muito extenso, de modo que seria necessária a construção de outras unidades pelo município para que o modelo territorial fosse respeitado. Além disso, atenta-se para o fato de que a unidade de Santa Felicidade, responsável pelo distrito de Santa Felicidade e do CIC, é uma unidade do tipo II, que atende apenas em dias úteis, no horário comercial. O ideal seria que a unidade fosse transformada em CAPS III, que atende ininterruptamente e é o tipo indicado para municípios com o porte de Curitiba.

Para melhor compreender o território a ser atendido pelo projeto, foram levantados dados das regionais do Tatuquara e do Bairro Novo. A regional Tatuquara

compreende o bairro de mesmo nome, além de Campo de Santana e Caximba. Sua área é equivalente a 9,43% do território curitibano e, entre 2000 e 2010, apresentou o maior crescimento populacional entre as regionais, num percentual de 77,6% (AGÊNCIA CURITIBA DE DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO, 2017c). Segundo dados do IBGE, a estimativa da população dos bairros da regional Tatuquara para 2017 é de 115.998 pessoas (IPPUC, [2010?]).

Já a regional Bairro Novo abrange os bairros Umbará, Sítio Cercado e Ganchinho. O Sítio Cercado é o segundo bairro mais populoso de Curitiba e sua população corresponde a quase 80% dos habitantes da regional. Entre 2000 e 2010, o Bairro Novo apresentou o terceiro maior crescimento populacional entre as regionais, com um percentual de 17% (AGÊNCIA CURITIBA DE DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO, 2017a). A estimativa do IBGE é de que a população desse distrito para 2017 seja de 165.492 pessoas (IPPUC, [2010?]).

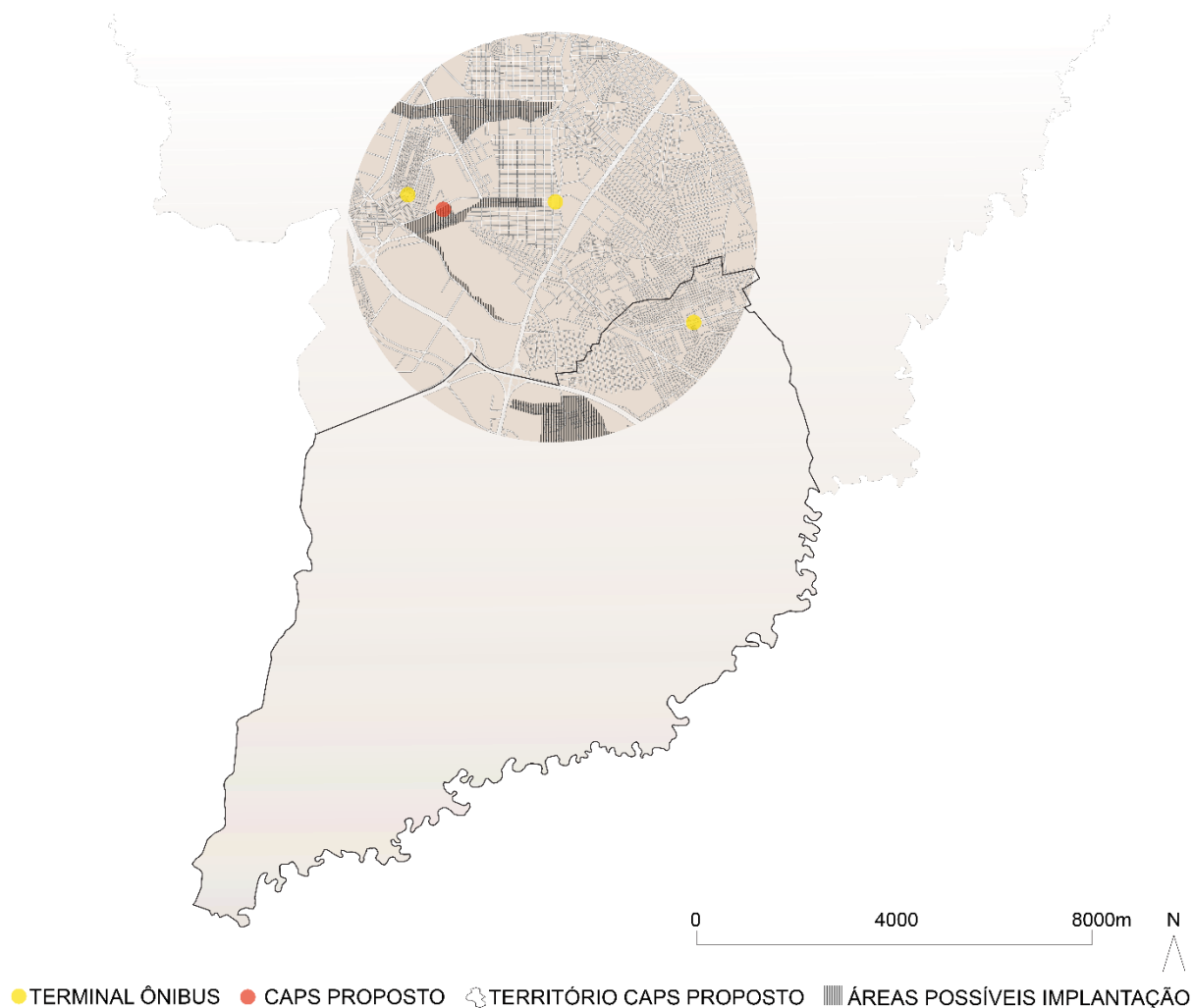
Além disso, as duas regionais em estudo compreendem três dos seis bairros de Curitiba com a menor faixa de rendimento mediano de pessoas a partir de 10 anos de idade, segundo o senso do IBGE de 2010. A menor faixa de rendimento é aquela entre 0 a 1 salário mínimo. Os três bairros citados são: Caximba e Tatuquara, da regional Tatuquara, e Ganchinho, da regional Bairro Novo. Os outros bairros dessas regionais estão na segunda faixa de rendimento mediano, que corresponde a 1,1 até 1,9 salários mínimos mensais (IPPUC, 2010).

Relembrando o que foi assinalado pela OMS (2013), a população de baixa renda compõe um dos grupos com maior risco de desenvolvimento de transtornos mentais. Um estudo conduzido por Gonçalves et al (2014) com 1.857 usuários de Unidades de Saúde da Família em quatro cidades brasileiras cruzou informações relativas à saúde mental e à situação socioeconômica dos indivíduos e constatou um índice significativamente maior de prováveis transtornos mentais em pessoas de baixa renda.

Desse modo, o Distrito Sanitário Tatuquara foi escolhido para ser atendido pelo projeto devido à falta de CAPS nas proximidades, ao seu extenso território, ao seu amplo processo de expansão populacional e à situação socioeconômica de sua população. Além disso, foi levado em consideração que fatores semelhantes são também encontrados no Distrito Sanitário Bairro Novo, limítrofe ao Tatuquara.

Para definir a localização do CAPS proposto, verificou-se que os terminais de ônibus mais próximos do território de abrangência são os terminais do CIC, do Pinheirinho e do Sítio Cercado. Devido à extensão do território a ser atendido, considerou-se relevante a necessidade de implantar o CAPS próximo a um desses terminais, de modo a facilitar o deslocamento de seus usuários. Associado a isso, foram averiguadas quais zonas permitem a implantação de CAPS. A legislação municipal não define em qual categoria de uso do solo os CAPS se enquadram. Foi considerado, então, que o CAPS III é um uso Comunitário II, uso esse que abrange os sanatórios (PMC, 2013). Assim, a figura 16 destaca o território de abrangência do CAPS e sua proximidade aos três terminais citados, as áreas em que é permitida a implantação desse equipamento e o local escolhido para esse fim.

Figura 16 - Área de abrangência do CAPS proposto.



Fonte: Adaptado de IPPUC (2018), complementado com base em IPPUC (2015b) e PMC (2017a).

O terminal mais próximo da área de intervenção é o do CIC. Além disso, a região do entorno conta com várias áreas verdes, incluindo o Bosque do Trabalhador. A área de intervenção escolhida é um terreno de esquina que conta com um ponto de ônibus em frente e está voltado para uma via local e uma via coletora, como ilustra a figura 17.

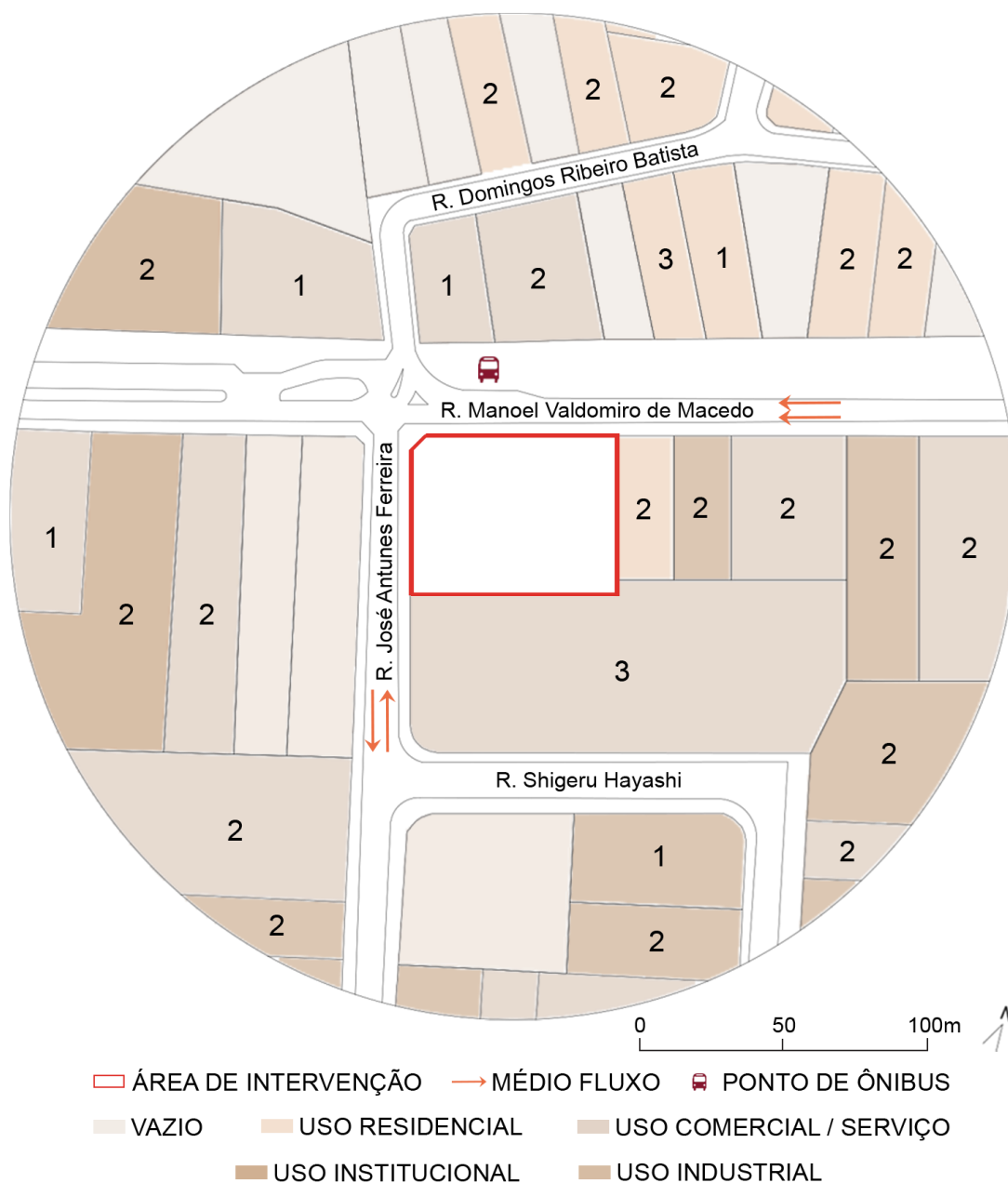
Figura 17 - Entorno da área de intervenção em um raio de 900 metros.



Fonte: Adaptado de IPPUC (2017), complementado com base em Google Maps (2017).

As quadras adjacentes à área de intervenção têm uso do solo bastante diversificado, com edificações de baixo gabarito, em sua maioria com dois pavimentos. A via coletora Rua Manoel Valdomiro de Macedo conta com duas pistas de rolamento de mão única, enquanto a via local Rua José Antunes Ferreira é de mão dupla. Entretanto, ambas apresentam volume de fluxo semelhante. Essas informações estão demonstradas na figura 18.

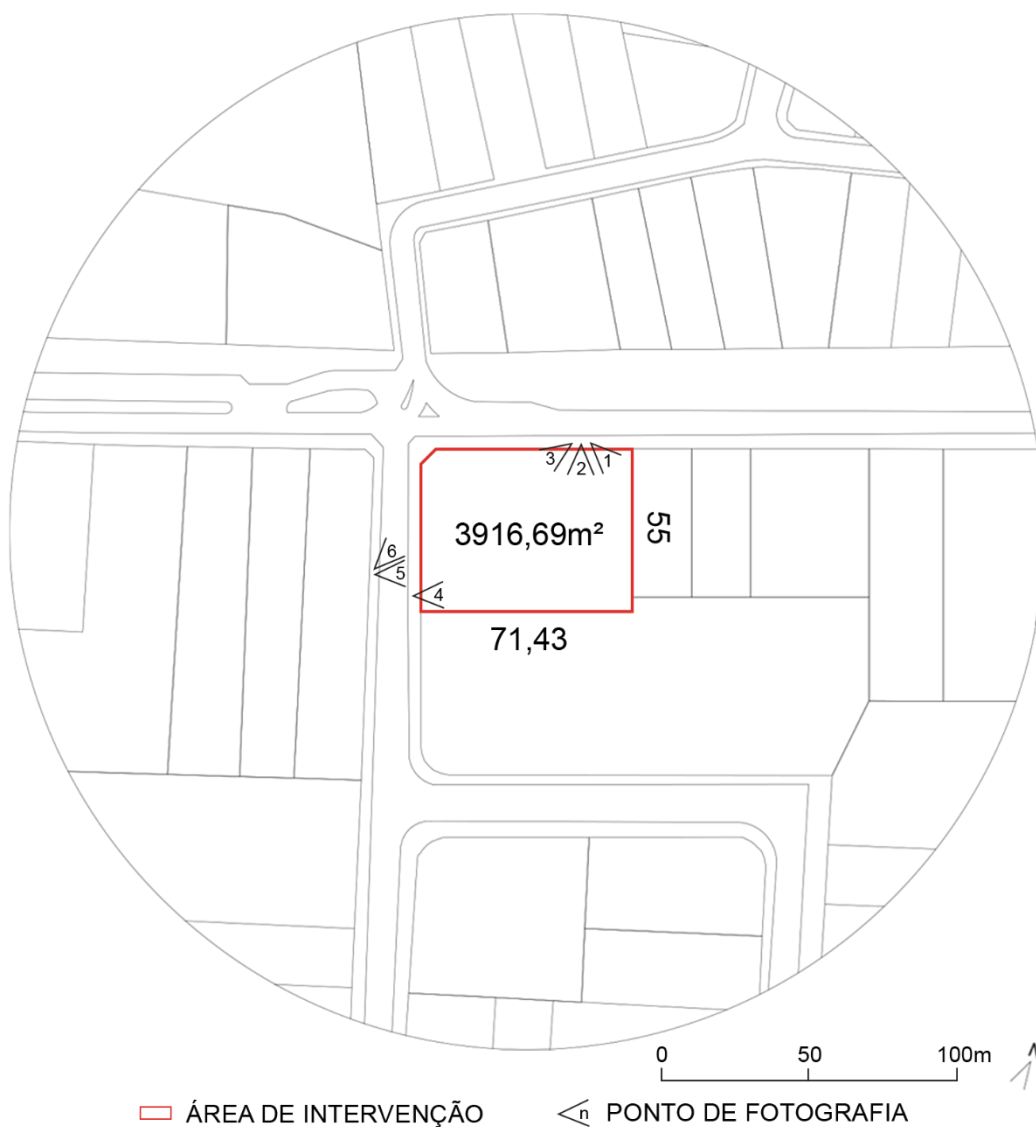
Figura 18 – Vias, usos e gabaritos da região de entorno da área de intervenção.



Fonte: Adaptado de IPPUC (2017, 2018), complementado com base em Google Maps (2017).

Já a figura 19 apresenta as dimensões e área do terreno, além de indicar os pontos em que foram tiradas as fotografias presentes na figura 20. No terreno escolhido há atualmente uma edificação de posto de combustível inativo, configurando um vazio urbano.

Figura 19 - Dimensões e pontos das fotografias.



Fonte: Adaptado de IPPUC (2017, 2018).

Figura 20 - Fotografias da área de intervenção.



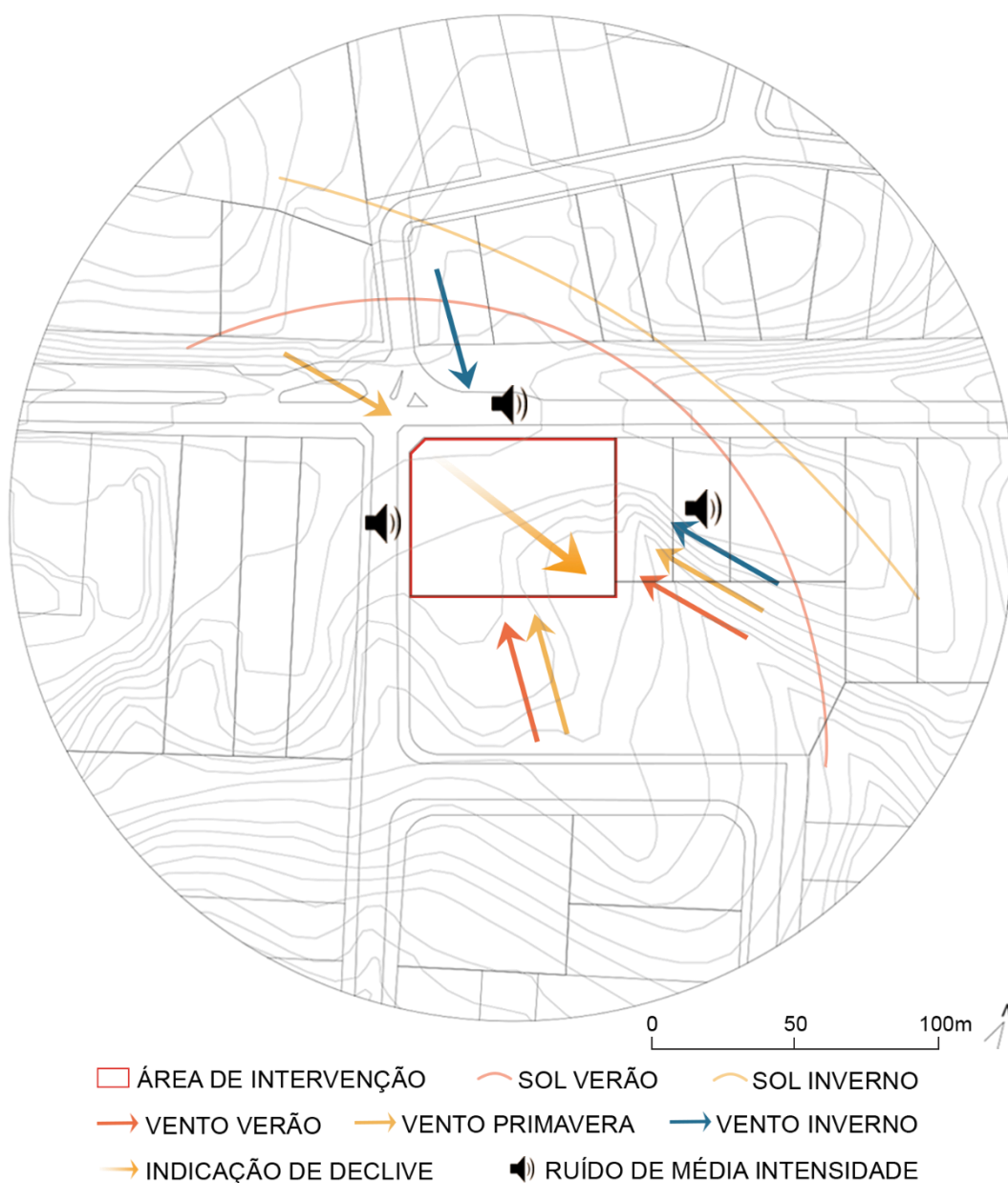




Fonte: Da autora.

O terreno de implantação do projeto é cortado por cinco curvas de nível, sendo que o declive ocorre em direção à parte posterior. A área recebe boa insolação, estando sua maior testada voltada para noroeste. As maiores fontes de ruídos provêm do trânsito de veículos nas vias que ladeiam o terreno, além da existência de uma possível fonte de ruído em um lote próximo, que abriga uma empresa de fabricação de móveis. Essas informações podem ser observadas no mapa síntese constante na figura 21.

Figura 21 - Mapa síntese da área de intervenção.



Fonte: Adaptado de IPPUC (2015a, 2017, 2018), com base em Google Maps (2017).

Assim, esse terreno foi escolhido como área de intervenção por estar em um zoneamento favorável à proposta de projeto e localizado próximo ao terminal de ônibus do CIC. Além disso, conta com boa insolação e pouco desnível quando comparado aos outros lotes de região, fator importante ao considerar-se que o projeto será resolvido em apenas um pavimento e que toda a área de intervenção será acessível.

5 DIRETRIZES PROJETOAIS

Considerando-se a recomendação da OMS a respeito do tratamento à pessoa com transtorno mental a partir de uma base comunitária, assim como o histórico do ambiente psiquiátrico enquanto agente de exclusão social, é proposta a criação de um CAPS-TM III no âmbito do SUS Curitiba. O projeto será desenvolvido em um único pavimento, tal qual os estudos de caso da Hanna House, do Livsrum e do Maggie's Centre Gartnavel.

Como estratégia em relação ao desnível do terreno, será feito o uso de rampas quando necessário, a exemplo do Maggie's Centre Gartnavel. Assim como nesse estudo de caso e também na Hanna House, serão criados ambientes com pés direitos de alturas variadas. A partir disso, poderão ser definidos espaços que transmitam a sensação de acolhimento ou de amplitude de acordo com sua atividade-fim.

O Projeto Terapêutico Individual dos usuários do CAPS pode incluir diversas ações a serem realizadas pela equipe de profissionais. As ações que podem ser desenvolvidas dentro da estrutura física do CAPS são: acolhimento inicial; acolhimento diurno e/ou noturno; atendimento individual; atenção às situações de crise; atendimento em grupo; práticas corporais; práticas expressivas e comunicativas; e atendimento para a família (BRASIL, 2015a). O objetivo de cada uma dessas ações é apresentado no quadro 9.

Quadro 9 – Ações desenvolvidas em CAPS e seus objetivos.

Ação	Descrição do objetivo
Acolhimento inicial	Primeiro contato; início do vínculo terapêutico.
Acolhimento diurno / noturno	Resgate das relações interpessoais do usuário no convívio familiar e comunitário.
Atendimento individual	Acompanhamento da saúde de cada usuário, incluindo situações clínicas.
Atenção às situações de crise	Mediação de possíveis conflitos; realizada no CAPS, em domicílio ou em outro local.
Atendimento em grupo	Desenvolvimento da sociabilidade, da sensação de pertencimento, da autoestima e da autonomia dos indivíduos.

Práticas corporais	Desenvolvimento da percepção corporal e da coordenação psicomotora.
Práticas expressivas e comunicativas	Inserção dos indivíduos na esfera cultural e ampliação de sua capacidade de expressão e comunicação.
Atendimento para a família	Troca de experiências e informações e conscientização quanto a corresponsabilidade pelo cuidado da pessoa com transtorno mental; pode ser individual ou coletivo.

Fonte: Elaborado com base em Brasil (2015a).

A partir disso, é necessário que o projeto apresente ambientes que permitam a realização dessas ações de maneira satisfatória. Assim, levando em conta os ambientes mínimos exigidos pelo MS, enquanto o acolhimento inicial é realizado no espaço de acolhimento, o acolhimento diurno abrange todas as áreas utilizadas pelas diversas atividades. Já o acolhimento noturno é feito nos quartos, assim como a atenção às situações de crise. As salas de atendimento individualizado e a sala de aplicação de medicamentos são responsáveis pelo atendimento individual, ao passo que cabe às salas de atividades coletivas o atendimento em grupo, as práticas corporais, as práticas expressivas e comunicativas e o atendimento para a família. De modo secundário, os espaços de convivência interno e externo também são responsáveis por receber ações culturais e coletivas (BRASIL, 2015a).

Tendo em vista, então, que a maioria das atividades possíveis de serem realizadas no CAPS são coletivas, o projeto contará com várias áreas para práticas em grupo. Além das salas de atividades coletivas, haverá área interna específica para atividades físicas e quadra de vôlei, que atenderão à demanda das práticas corporais, expressivas e comunicativas. Para justificar a importância dessas atividades no cuidado prestado à pessoa com transtorno mental, retoma-se o ponto de vista que Basaglia (1979) apresentou ao defender que as atividades comuns permitem que as pessoas se curem a si próprias.

De fato, a interação social tem papel fundamental na evolução do quadro de saúde mental da pessoa. Junto a pessoas que se identificam com os mesmos sintomas e aflições, os indivíduos com transtorno mental obtêm força mútua para superar dificuldades e progredir. Desse modo, a exemplo da estratégia presente no Centro de Aconselhamento Livsrum, o projeto terá como núcleo espaços de convivência generosos, que possam acolher não apenas a interação do dia-a-dia, mas

também eventos esporádicos, como a apresentação de danças e peças de teatro e realização de reuniões e palestras.

Para além da relação interpessoal e dos cuidados clínicos, muitas dessas pessoas encontram no CAPS seu local de refúgio, longe do preconceito histórico existente na sociedade. Aqui, cabe lembrar o conceito de Bachelard (1978 apud VIECELI, 2014) quanto à casa ser local de proteção e fortalecimento frente às adversidades do mundo, o que resume a função do projeto proposto. Para alcançar esse resultado, a proposta buscará recriar as diferentes experiências sensoriais descritas por Pallasma (2013) através da sucessão de espaços ao ar livre, cobertos e fechados; da promoção da permanência no ponto focal da construção e da relação do espaço com a luz e o ambiente externo.

A relação com o exterior tem papel relevante na promoção da orientação espacial e temporal. Além de ser essencial para a existência humana, segundo Norberg-Schulz (2013), a orientação torna-se ainda mais importante ao lembrar-se que a desorientação devido ao confinamento era comum nos manicômios. Logo, o projeto fará uso de pátios e jardins, tal qual o Livsrum e o Maggie's Centre Gartnavel, da assimetria espacial e da diferenciação entre ambientes como estratégia para promover a orientação em seus usuários. Ainda em relação aos esforços para que o ambiente do CAPS não se assemelhe àquele encontrado em manicômios, o projeto irá evitar o uso de grades, além de reduzir a compartimentação, buscando criar ambientes fluidos nos espaços voltados para a coletividade.

Já para a definição das áreas, foi tomado como ponto de partida o quadro de áreas mínimas obrigatórias do Ministério da Saúde. Em seguida, foram redimensionadas as áreas consideradas subdimensionadas no quadro inicial.

Assim, buscou-se definir a quantidade máxima de usuários do CAPS por turno de atendimento, de modo que o dimensionamento levou em conta 56 usuários por turno de atendimento.

Para as atividades coletivas, foi previsto que os usuários serão agrupados em turmas de 9 até 13 pessoas, de acordo com a atividade a ser realizada. Já para dimensionar a cozinha, além dos 56 usuários por turno, foi considerada a existência

de 25 profissionais por turno, dentre equipe técnica⁸, de limpeza, da cozinha e da segurança. Assim, foi tomado como base para cálculo dessa área o total de 81 refeições por turno.

Enquanto isso, o dimensionamento dos ambientes destinados a pessoas com necessidades especiais, como sanitário PNE de uso comum, quarto duplo PNE e sanitário contíguo a este, foi definido a partir da NBR 9050 (ABNT, 2015). Já para a definição da área do quarto duplo tomou-se como base as dimensões mínimas constantes na resolução RDC nº 336/2002 (BRASIL, [20--]), apresentadas no quadro 10.

Quadro 10 – Dimensões mínimas para quarto coletivo de curta internação em estabelecimentos de saúde

Objeto	Distância mínima (m)
Leitos paralelos	1
Leito e parede lateral	0,5
Pé do leito e parede em frente	1,5

Fonte: Elaborado com base em Brasil ([20--]).

Assim, o quadro 11 apresenta os ambientes do projeto e suas áreas.

Quadro 11 – Ambientes e áreas do projeto.

	AMBIENTE	QTDE. MÍN.	ÁREA UNIT. (M ²)	ÁREA TOTAL (M ²)	ÁREA ÚTIL SETOR (M ²)
ACOLHIMENTO	Espaço de acolhimento	1	41,4	41,4	62,4
	Recepção / Arquivo	1	21	21	
ADMINISTRAÇÃO / FUNCIONÁRIOS	Sala administrativa	1	15,4	15,4	105,2
	Sala de reunião	1	17,5	17,5	
	Sala de funcionários	1	29,7	29,7	
	Sanitário com vestiário para funcionários	2	10,5	21	
	Almoxarifado	1	6,3	6,3	
	Sala de repouso profissional	1	11,9	11,9	

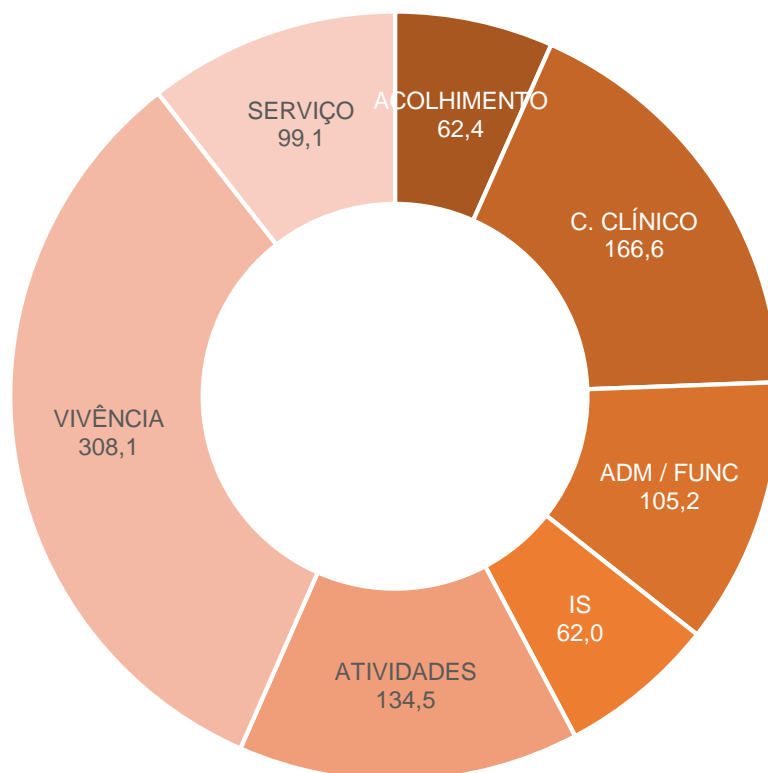
⁸ A Portaria nº 336/2002 exige 16 profissionais entre psiquiatras, enfermeiros e profissionais de nível médio e superior para constituir a equipe técnica mínima (BRASIL, 2004d).

	Sanitário contíguo à sala de repouso profissional	1	3,4	3,4	
ATIVIDADES	Sala de atividades coletivas	4	21,5	86	158,3
	Área de atividade corporal interna	1	39,2	39,2	
	Depósito de materiais	1	9,3	9,3	
	Horta	1	23,8	23,8	
CUIDADO CLÍNICO	Rouparia	1	4,3	4,3	166,6
	DML	1	2,9	2,9	
	Sala de utilidades	1	2,9	2,9	
	Posto de enfermagem	1	7,1	7,1	
	Sala de atendimento individualizado	2	10,7	21,4	
	Sala de atendimento individualizado com maca	1	14,4	14,4	
	Sala de aplicação de medicamentos	1	5,9	5,9	
	Farmácia	1	7,2	7,2	
	Quarto duplo tipo 1	2	14,4	28,8	
	Quarto duplo tipo 2	2	17,5	35	
	Sanitário contíguo ao quarto duplo	4	3,9	15,6	
	Quarto duplo PNE	1	15,6	15,6	
	Sanitário PNE contíguo ao quarto duplo	1	5,5	5,5	
	INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	Sanitário de uso comum	2	25,4	
Sanitário PNE de uso comum		2	5,6	11,2	
SERVIÇO	Cozinha	1	55,7	55,7	99,1
	Sala do nutricionista	1	3,4	3,4	
	Área de serviço	1	5,7	5,7	
	Sanitário com vestiário para funcionários da cozinha	2	8,8	17,6	
	Guarita	1	4,2	4,2	
	Depósito de resíduos comuns	1	6,8	6,8	
	Central de gás	1	5,7	5,7	
VIVÊNCIA	Convivência interna	1	178,5	178,5	1062,8
	Refeitório	1	129,6	129,6	
	Convivência externa	1	209	209	
	Quadra de vôlei	1	286	286	
	Jardim	1	259,7	259,7	
ESTACIONAMENTO	Estacionamento de automóveis	1	282,6	282,6	342,2
	Área de embarque e desembarque de ambulância	1	20	20	
	Área de carga e descarga	1	39,6	39,6	
ÁREA CONSTRUÍDA ÚTIL				937,9	
ÁREA CONSTRUÍDA TOTAL				1863,3	

Fonte: Da Autora.

Conforme exposto no quadro 11, as áreas do projeto foram agrupadas em setores, de acordo com o tipo de atividade que será desempenhada nos ambientes. Assim, os setores de acolhimento, atividades, cuidado clínico e vivência são os responsáveis por acolher as atividades-fim do CAPS, respectivamente: desenvolvimento do primeiro contato do usuário com o serviço; promoção de práticas e atividades coletivas como rodas de conversa, oficinas e atividades físicas; atendimento individualizado em saúde mental, como acolhimento durante crises, consultas médicas e administração de medicamentos; e integração social dos usuários. Os demais setores, de administração e funcionários, instalações sanitárias, serviço e estacionamento servem como apoio para as os setores principais. A figura 22 apresenta a proporção de cada setor sobre a área útil total interna do projeto.

Figura 22 – Gráfico dos setores por área útil interna.



Fonte: Da Autora.

Os setores de acolhimento, atividades, vivência e cuidado clínico representam 71,6% da área interna do projeto, enquanto os setores de apoio correspondem a 28,4% das áreas.

O quadro 12 apresenta uma comparação entre a área construída permitida pelos parâmetros construtivos do Setor Especial Conector I, na qual será localizado o projeto, e as áreas propostas. Observa-se que, embora a área permitida pelo coeficiente de aproveitamento seja bastante superior ao que o projeto propõe, em relação à taxa de permeabilidade e à taxa de ocupação o projeto está mais próximo da utilização limite. Isso se deve à diretriz de manter o projeto em um único pavimento, o que leva à maior ocupação da superfície do terreno.

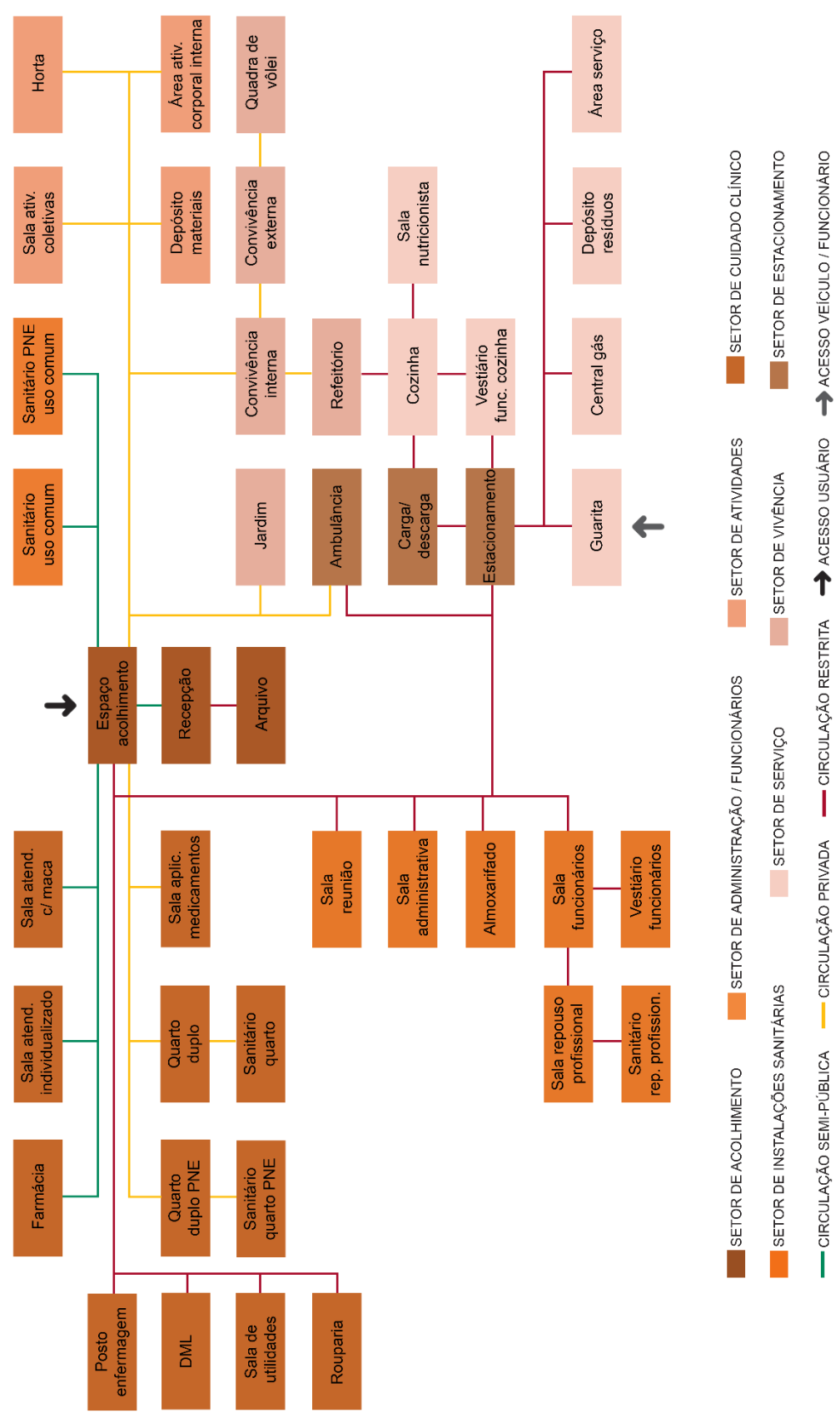
Quadro 12 – Parâmetros construtivos aplicados.

	Índice	Área máxima permitida (m ²)	Projeto
Altura máxima	4 pavimentos	-	1 pavimento
Recuo frontal	5m	-	-
Afastamento das divisas	H/6 a partir do 3º pavimento (mín. 2,5m)	-	-
Área do terreno	-	3916,69	-
Coeficiente de aproveitamento	1,5	5875,03	1557,39
Taxa de ocupação	50%	1958,34	1564,95
Taxa de permeabilidade	25%	2937,51	2782,09

Fonte: Da autora.

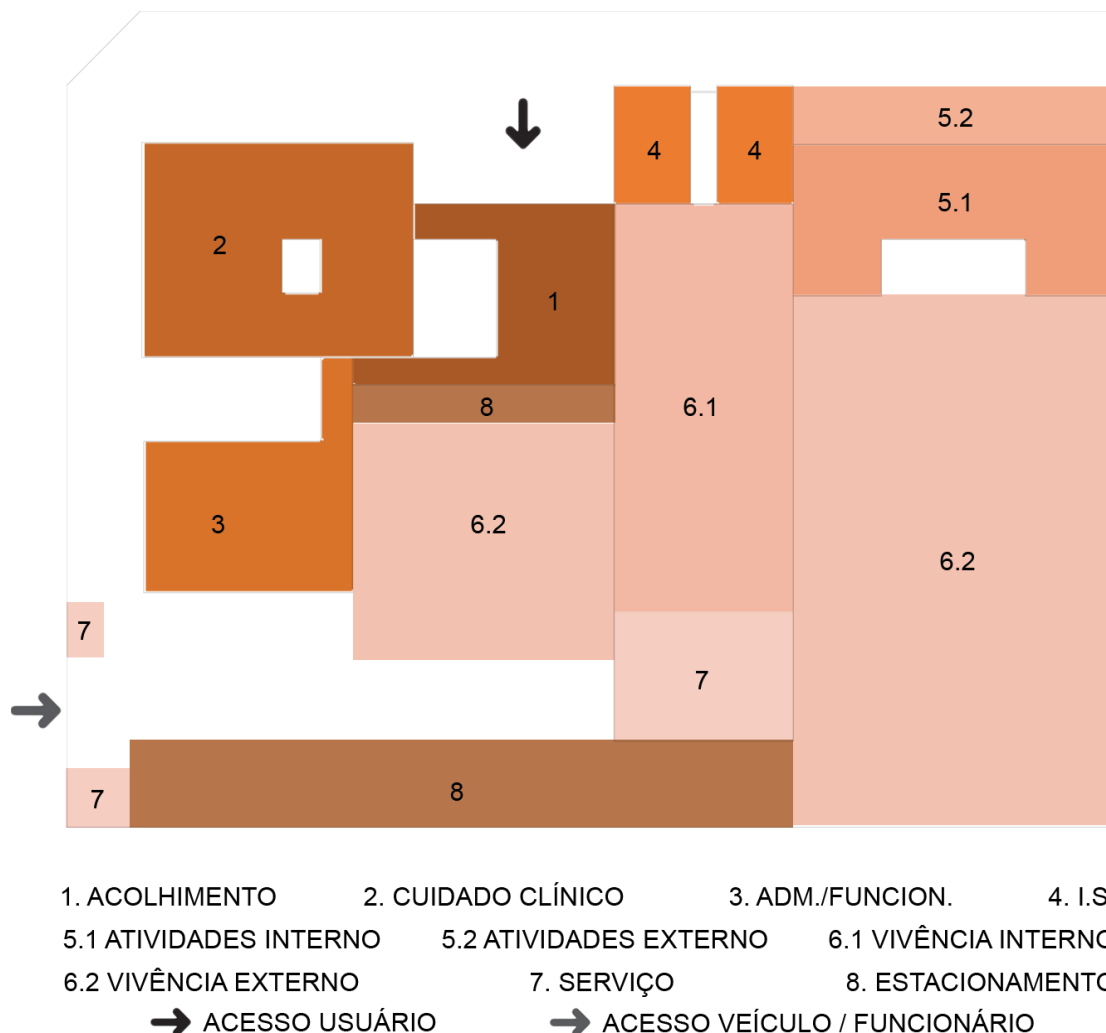
Já a figura 23 mostra o organograma e fluxograma definidos para os ambientes do projeto. A circulação semipública é relativa aos ambientes que podem ser acessados pelos acompanhantes dos usuários do CAPS, enquanto a circulação privada é reservada aos usuários e profissionais. Por fim, a circulação restrita é destinada apenas aos profissionais e pessoal autorizado. Como resultado do organograma e fluxograma, é apresentado em seguida o plano de ocupação presente na figura 24.

Figura 23 - Organograma e fluxograma do projeto proposto.



Fonte: Da Autora.

Figura 24 - Plano de ocupação.



Fonte: Da Autora.

O acesso dos usuários pode ocorrer através de uma rampa localizada na esquina ou através de uma escada voltada para a rua Manoel Valdomiro de Macedo. Já o acesso de veículos e funcionários ocorre pela rua José Antunes Ferreira. O acolhimento, como setor estratégico para distribuição dos fluxos entre os setores, foi localizado de modo a ter ligação com o acesso de usuários, com o embarque e desembarque de ambulância e com os setores de cuidado clínico, administração e funcionários, instalações sanitárias, atividades e vivência. O setor de cuidado clínico foi colocado próximo à esquina para melhor insolação, e pela proximidade com o setor de acolhimento e de administração e funcionários. Já esse setor possui fácil acesso ao estacionamento e à entrada de funcionários. Enquanto isso, o setor de instalações

sanitárias pode ser acessado facilmente pelos outros setores utilizados pelos usuários. O setor de vivência foi colocado em uma localização central, com boa insolação e ventilação e fácil acesso às áreas externas. Já o setor de serviço tem proximidade ao setor de vivência e de estacionamento, onde está localizada a área de carga e descarga. Assim, buscou-se assimilar as condicionantes do terreno, as diretrizes projetuais e os ambientes, de modo a gerar um plano de ocupação compatível com as diversas variáveis.

6 PROPOSTA

A partir desta pesquisa, que teve como foco entender o tratamento de pessoas com transtorno mental e o modo como a arquitetura pode influenciar na saúde mental de seus usuários, foi desenvolvido o projeto arquitetônico de uma edificação que irá abrigar um CAPS-TM III e atender a população dos distritos sanitários Tatuquara e Bairro Novo.

Os conceitos, as informações relativas ao sistema de atendimento da RAPS a nível nacional e municipal, os estudos de caso, os levantamentos da área de intervenção, o programa de necessidades e as diretrizes projetuais serviram de base para a criação do projeto, cuja premissa principal é de oferecer um local que transmita a sensação de refúgio e acolhimento para pessoas com a saúde mental fragilizada⁹. A figura 25 apresenta uma perspectiva da entrada do projeto.

Figura 25 - Entrada do CAPS.



Fonte: Da Autora.

⁹ Ver pranchas 1 e 2 do Apêndice A.

A proposta será implantada em um terreno de esquina de 3916,69m² no CIC, próximo ao terminal de ônibus do mesmo bairro. O programa será resolvido em um único pavimento, contando com 1863,3m² de área construída distribuídos entre áreas de convivência, de atividades coletivas e de cuidados clínicos individuais, além das áreas servidoras¹⁰. A figura 26 mostra o espaço integrado do refeitório e da convivência interna.

Figura 26 - Vista do refeitório e da convivência interna.



Fonte: Da Autora.

Na parte externa do projeto, grandes espaços ajardinados voltados para a meditação e o convívio social serão implantados, contando com várias espécies vegetais de diferentes texturas, cores e portes¹¹. As figuras 27 e 28 apresentam perspectivas do jardim e da área de convivência externa, respectivamente.

¹⁰ Ver pranchas 3 e 4 do Apêndice A.

¹¹ Ver pranchas 5 do Apêndice A.

Figura 27 - Vista do jardim.



Fonte: Da Autora.

Figura 28 - Vista da convivência externa.



Fonte: Da Autora.

Em relação à materialidade, o sistema estrutural será em concreto e contará com pilares e lajes planas. A vedação será feita em alvenaria com acabamento em pintura branca e plaquetas de cerâmica, além do uso de panos de vidro. Já o tratamento formal se inspirará em obras de Frank Lloyd Wright, priorizando grandes lajes em balanço e predominância das linhas horizontais.

O setor de cuidado clínico contará com paredes e janelas de vidro duplo, garantindo o conforto termoacústico¹², enquanto a drenagem das águas pluviais será realizada através do uso de ralos lineares nas coberturas e de piso drenante e tubo-dreno no terreno¹³.

¹² Ver prancha 6 do Apêndice A.

¹³ Ver prancha 7 do Apêndice A.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou inúmeros problemas que permeiam o tratamento de transtornos mentais. Primeiramente, o modelo proposto em legislação há 17 anos ainda não foi completamente implantado, gerando insuficiência na oferta de todos os níveis de cuidado. Há, ainda, escassez de treinamento para os profissionais e de estratégias de conscientização da população, além de faltar infraestrutura e controle financeiro e fiscal por parte dos órgãos governamentais. Assim, o antigo e o novo modelo continuam existindo de maneira concomitante, independentemente do peso histórico que o antigo modelo carrega.

Relembrando a história do trato com os transtornos mentais, a questão do retorno ao modelo anterior existe há séculos, havendo registros desses desacordos desde a época de Pinel. Atualmente, os embates ocorrem entre os que defendem o modelo comunitário e aqueles que preferem o modelo de confinamento.

A cultura manicomial se mostrou presente ao longo do trabalho na dificuldade em encontrar referências projetuais de centros de atenção à saúde mental comunitários. A maior parte dos projetos contemporâneos encontrados seguem o antigo padrão de grandes construções com diversos pavimentos e compartimentos. Desse modo, os exemplos utilizados eram residências ou construções destinadas a pessoas com câncer. Assim, o fato de as pessoas que têm a saúde fragilizada por outras origens que não a mente serem alvos de projetos de base comunitária com mais frequência que aquelas com transtorno mental é também evidência da situação de marginalização das doenças mentais pela sociedade.

Paralelamente à questão cultural, os conceitos fenomenológicos ligados ao espaço e à arquitetura apresentam meios para o desenvolvimento de projetos que trabalhem com símbolos. Os símbolos apresentados na pesquisa são inerentes à natureza humana, representando, por esse fato, grande importância quando aplicados em ambientes destinados ao restabelecimento da saúde mental.

Desse modo, a pesquisa ofereceu as bases conceituais e projetuais para o desenvolvimento do CAPS III enquanto agente de recuperação do equilíbrio da mente.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CURITIBA DE DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO. **Perfil Econômico da Regional Bairro Novo**. [Curitiba], 2017(a). Disponível em: <<http://www.agencia.curitiba.pr.gov.br/arquivos/regionais/perfil-economico-regional-bairro-novo.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

AGÊNCIA CURITIBA DE DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO. **Perfil Econômico da Regional Tatuquara**. [Curitiba], 2017(c). Disponível em: <<http://www.agencia.curitiba.pr.gov.br/arquivos/regionais/perfil-economico-regional-tatuquara.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

ALLEN, E. 5 Examples of Iconic Modern Architecture That Have Serious Flaws. **Architectural Digest**. 2016. Disponível em: <<https://www.architecturaldigest.com/story/modern-architecture-that-have-serious-flaws>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul/set. 1995.

ARCHDAILY. **Livsrum - Cancer Counseling Center / EFFECT**. 2014(b). Disponível em: <<https://www.archdaily.com/464296/livsrum-cancer-counseling-center-effect>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

ARCHITIZER. **Maggie's Gartnavel**. [2011?]. Disponível em: <<https://architizer.com/projects/maggies-gartnavel/>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Norma Brasileira 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil**. [S.l.: s.n.], 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.abp.org.br/diretrizes_final.pdf>. Acesso em 04 set. 2017.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Editora Brasil Debates, 1979.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BORBA, L. O. **Vivência Familiar de Tratamento da Pessoa com Transtorno Mental em Face da Reforma Psiquiátrica**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -

Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oLeticiaBorba.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. [20--]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/50_02rdc.pdf>. Acesso em 18 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios: Orientações para elaboração de projetos...** Brasília, DF, 2015(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. [Brasília, DF], 2011. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0saudemental/guia_pratico_de_matriciamento.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília, DF, 5 ed. amp., p. 17-19, 2004(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília, DF, 5 ed. amp., p. 17-19, 2004(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília, DF, 5 ed. amp., p. 118-124, 2004(c).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília, DF, 5 ed. amp., p. 125-133, 2004(d).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF, p. 37-227, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 21 maio 2013. Seção 1, p. 37-40.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **Crack é possível vencer: Programa Crack**. [2017?]. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 19 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 12**. Brasília, 2015(b). Disponível em:

<http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

BROWN, S.C. A Visit to Gheel Colony, Belgium. **Mental Welfare**. London, v. XIV, n. 1, p. 1-7, jan. 1933. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5107014/>>. Acesso em: 30 set. 2017.

CANCIAN, N. Governo suspeita de irregularidades no uso de verbas para saúde mental. **Folha de S. Paulo**, Brasília, 31 ago. 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/08/1914699-governo-suspeita-de-irregularidades-no-uso-de-verbas-para-saude-mental.shtml>>. Acesso em 02 set. 2017.

COXE. A Recent Visit to Gheel. **Medical Critic and Psychological Journal**. [S.l.], v. 2, n.5, p. 184-192, jan. 1862. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5131041/?page=1>>. Acesso em: 30 set. 2017.

EFFEKT. **Livsrøm**. [2012?]. Disponível em: <<https://www.effekt.dk/liv>>. Acesso em 11 nov. 2017.

ESTADÃO CONTEÚDO. SUS discute retomada do papel de hospitais psiquiátricos; medida é criticada. **IstoÉ**, 31 ago. 2017. Disponível em: <<https://istoe.com.br/sus-discute-retomada-do-papel-de-hospitais-psiquiatricos-medida-e-criticada/>>. Acesso em 02 set. 2017.

FONTES, M. P. Z. **Imagens da Arquitetura da Saúde Mental: Um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol...** 2003. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/imagens_arquitetura_saude_mental.pdf>. Acesso em 19 out. 2017.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FRANK LLOYD WRIGHT FOUNDATION. **Fallingwater**. [20--?](a). Disponível em: <<https://franklloydwright.org/site/fallingwater/>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

FRANK LLOYD WRIGHT FOUNDATION. **Hanna House**. [20--?](b). Disponível em: <<https://franklloydwright.org/site/hanna-house/>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

GONÇALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-632, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0623.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

GELMINI, G. **Frank Lloyd Wright**. 1. ed. São Paulo: Folha de S. Paulo, 2011. (Coleção Folha grandes arquitetos, v. 1).

GOOGLE MAPS. **Vista de satélite da cidade de Curitiba**. Curitiba, 2017. Mapa interativo. Escala variável. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Secretaria da Saúde. **CPM - Centro Psiquiátrico Metropolitano**. [201-?]. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1267>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Crise e Urgência em Saúde Mental**. [entre 2011 e 2017]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0caps/crise_e_urgencia_saude_mental.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

HEIDRICH, A. V. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5100/1/000398635-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil em Síntese: Curitiba Panorama**. 2017(a). Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/panorama>>. Acesso em: 29 out. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil em Síntese: Curitiba Serviços de Saúde**. 2017(b). Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/pesquisa/32/28163>>. Acesso em: 29 out. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Arruamento**. [Curitiba], 2018. 1 mapa. Escala variável. Disponível em: <http://ippuc.org.br/geodownloads/DWG/MAPA_DE_ARRUAMENTO_201808.zip>. Acesso em: 05 dez. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Curvas de nível**. [Curitiba], 2015(a). 1 mapa. Escala variável. Disponível em: <http://ippuc.org.br/geodownloads/DWG/CURVA_DE_NIVEL.zip>. Acesso em: 05 dez. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Equipamentos Urbanos**. Curitiba, [2017?]. Mapa interativo. Escala variável. Disponível em: <<http://ippuc.org.br/mapasinterativos/equipamentosurbanos/>>. Acesso em: 30 out. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Mapas - Temáticos - Saúde**. Curitiba, [2016?]. Disponível em:

<<http://www.ippuc.org.br/mostrarpagina.php?pagina=406&idioma=1&liar=n%E3o>>. Acesso em: 30 out. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Planta Cadastral**. [Curitiba], 2017. 1 mapa. Escala variável. Disponível em: <http://ippuc.org.br/geodownloads/DWG/LOTES_201703.zip>. Acesso em: 05 dez. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **População Estimada e Projetada, Segundo os Bairros de Curitiba - 2011 e 2030**. [Curitiba, 2010?]. Disponível em: <http://curitibaemdados.ippuc.org.br/anexos/2011%20a%202030_Popula%C3%A7%C3%A3o%20Projetada%20para%20os%20Bairros%20de%20Curitiba.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Rendimento Nominal Mediano Mensal em Salários Mínimos...** Curitiba, 2010. 1 mapa. Sem escala. Disponível em: <http://curitibaemdados.ippuc.org.br/anexos/2010_Rendimento%20Mediano%20das%20Pessoas%20de%2010%20anos%20ou%20mais%20em%20Sal%C3%A1rios%20M%C3%ADnimos_Bairros.pdf>. Acesso em 03 nov. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Unidade de Saúde: Área de Abrangência**. Curitiba, 2016. 1 mapa. Escala gráfica. Disponível em: <<http://www.ippuc.org.br/mostrarpagina.php?pagina=406&idioma=1&liar=n%E3o>>. Acesso em: 30 out. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Zoneamento Consolidado: Lei nº 9.800 e Legislações Complementares**. Curitiba, 2015(b). 1 mapa. Escala 1:20.000. Disponível em: <<http://www.ippuc.org.br/mostrarpagina.php?pagina=311>>. Acesso em: 11 set. 2017.

JARDIM, K. F. de S. B. **Habitando paradoxo: atenção à pessoa em crise no campo da saúde mental**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13139/1/154.pdf>>. Acesso em 17 set. 2017.

JAY, M. **The Colony of the Mad: The History of Geel...** [S.l.: s.n.], [2017?]. Disponível em: <<https://mikejay.net/the-colony-of-the-mad/>>. Acesso em: 01 out. 2017.

KANTORSKI, L. P. et al. Satisfação com serviços comunitários de saúde mental entre os familiares dos pacientes. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online], v. 20, n.2, p. 237-246, abr-jun 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n2/1980-5497-rbepid-20-02-00237.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

KIMATI, M.; MASSUDA, A. Des-humanização de Curitiba: a desconstrução da saúde mental no SUS. **Gazeta do Povo**, [Curitiba], 29 set. 2017. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/opiniaio/artigos/des-humanizacao-de-curitiba-a-desconstrucao-da-saude-mental-no-sus-bgpo28ukylq45a8haypy0g9u0>>. Acesso em: 29 out. 2017.

MAGGIE'S CENTRES. **The architecture and design of Maggie's Glasgow**. [2011?]. Disponível em: <<https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-glasgow/architecture-and-design/>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

NORBERG-SCHULZ, C. O Fenômeno do lugar. In: Nesbitt, K. (Org.). **Uma nova agenda para a arquitetura: antologia teórica (1965-1995)**. 2. ed. rev. São Paulo: Cosac Naify, 2013. p. 444-461.

OMA. **Maggie's Centre - Gartnavel**. [2011?]. Disponível em: <<http://oma.eu/projects/maggie-s-centre-gartnavel>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Department of Mental Health and Substance Abuse. **Mental Health Action Plan 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 14 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Department of Mental Health and Substance Abuse. **Mental Health Atlas 2014**. Global Mental Health (infográfico). Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/interactive_infographic_2015.pdf?ua=1>. Acesso em 15 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Management of substance abuse: Psychoactive Substances**. [Geneva]: WHO, [2017?]. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/>. Acesso em 16 out. 2017.

PALLASMAA, J. A geometria do sentimento: um olhar sobre a fenomenologia da arquitetura. In: Nesbitt, K. (Org.). **Uma nova agenda para a arquitetura: antologia teórica (1965-1995)**. 2. ed. rev. São Paulo: Cosac Naify, 2013. p. 482-489.

PEREZ, A. AD Classics: Fallingwater House / Frank Lloyd Wright. **Archdaily**. 2010. Disponível em: <<https://www.archdaily.com/60022/ad-classics-fallingwater-frank-lloyd-wright>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

PESSOTTI, I. **O Século dos Manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

PORTOLESE, D. A.; FIGUEIREDO, G. B.; MASCARENHAS, P. Apresentação. In: BASAGLIA, F. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Editora Brasil Debates, 1979. p. 7-12.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Lei nº 9.800, de 2000. **Zoneamento e Uso do Solo: Lei 9.800 - Leis Complementares da Legislação de Uso do Solo**. Curitiba, p. 1-58, 2017(a). Disponível em: <<http://www.ippuc.org.br/mostrarpagina.php?pagina=311>>. Acesso em 20 out. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Estratégia de Saúde da Família**. [201-?]. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/assistencia/atencao-basica/estrategia-de-saude-da-familia.html>>. Acesso em: 29 out. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Programação Anual de Saúde: Metas 2017**. 2017(b). Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/PAS_metas%20para%202017%20aprovadas.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de Atendimento Inicial ao Paciente Psiquiátrico da Central de Regulação SAMU/192**. Curitiba, 2014. Disponível em: <http://www.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Atas_e_Documentos/Protocolo_urgencia_emergencia_psiquiatica_SAMU.pdf>. Acesso em 27 out. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo Integrado: Saúde Mental em Curitiba**. Curitiba, 2002. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/saude_mental_001.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão: Monitoramento Quadrimestral - SUS Curitiba**. 2º Quadrimestre 2017(c). Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/RDQA_2%C2%BA%20quadrimeste%202017%20_%20final%2020.09.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão: Período de Janeiro a Dezembro de 2016**. 2017(d). Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/relatorio%20_SARGSUS_2016%20final%20apos%20reaprecia%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Saúde Mental**. [201-?]. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/assistencia/saude-mental.html>>. Acesso em: 29 out. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal de Urbanismo. Portaria nº 80/2013: Caderno de Anexos. **Regulamento de Edificações**. Curitiba, 2013. Disponível em: <<http://multimidia.curitiba.pr.gov.br/2013/00134264.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 15-74

RIBEIRO, S. L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, set. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300012>. Acesso em: 05 out. 2017.

SILVA, V. A. da. **A História da Loucura: Em Busca da Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora Tecnoprint, [1979].

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. Department of Health and Human Services (Estados Unidos da América). **Mental and Substance Use Disorders**. Rockville: 2017. Disponível em: <<https://www.samhsa.gov/disorders>>. Acesso em: 14 out. 2017.

TEIXEIRA, S. M. F. G.; RÊGO, J. C.; FIGUEIREDO, A. J. dos S. **Índices para cálculo de área de Unidades de Alimentação e Nutrição**. Alim. Nutr. São Paulo, v. 4, p. 7-20, 1992. Disponível em: <<http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/705/595>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

THE WORLD BANK. **Brazil**. [2017?]. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/country/brazil>>. Acesso em 14 out. 2017.

VAINER, A. A. **Demanda e Utilização do Acolhimento Noturno em Centro de Atenção Psicossocial III na Cidade do Rio de Janeiro**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20615>>. Acesso em: 14 set. 2017.

VENANCIO, A. T. A.; BRAGA, A. L. C. Assistência Psiquiátrica Nacional: Narrativas para uma Política Pública no Contexto Brasileiro (1940 a 1970). In: WADI, Y. M. (Org.). **Narrativas sobre loucuras, sofrimentos e traumas**. Curitiba: Máquina de Escrever, 2016. p. 17-42.

VIECELI, A. P. **Lugares da Loucura: Arquitetura e Cidade no Encontro com a Diferença**. 2014. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/95996>>. Acesso em: 19 out. 2017.

APÊNDICE A – PRANCHAS DO PROJETO

CONCEITO

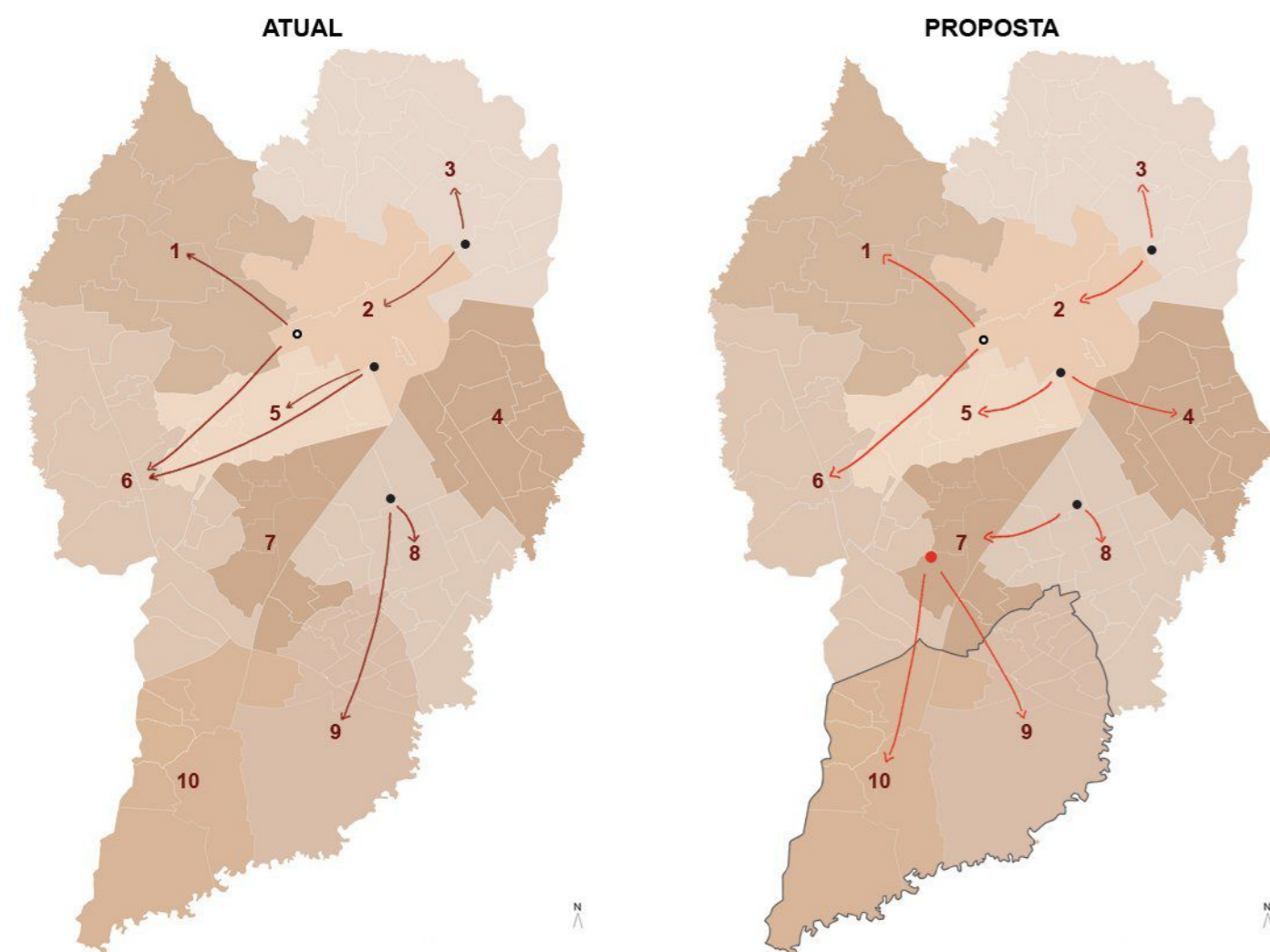
A SAÚDE MENTAL É DETERMINADA PELA CAPACIDADE DO CONTROLE DE EMOÇÕES, PENSAMENTOS, COMPORTAMENTOS E INTERAÇÕES SOCIAIS E PELA POSSIBILIDADE DE TRABALHAR DE MODO PRODUTIVO E CONTRIBUIR COM A COMUNIDADE. ALÉM DE FATORES PESSOAIS, QUESTÕES SOCIAIS, ECONÔMICAS, CULTURAIS, POLÍTICAS E AMBIENTAIS PODEM INFLUENCIAR A SAÚDE MENTAL. POR ISSO, ALGUNS GRUPOS DA SOCIEDADE PODEM APRESENTAR MAIOR TENDÊNCIA A DESENVOLVER TRANSTORNOS MENTAIS, COMO MEMBROS DE FAMÍLIAS DE BAIXA RENDA, ENTRE OUTROS (OMS, 2013). OS TRANSTORNOS MENTAIS SÃO CARACTERIZADOS POR MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO, HUMOR E/OU PENSAMENTO, PODENDO MANIFESTAR-SE ATRAVÉS DE DIFERENTES SINTOMAS (SAMHSA, 2017).

COM UM EXTENSO HISTÓRICO DE MAUS TRATOS E DESCASO EM MANICÓMIOS, EM 2001 É FORMALIZADA NO BRASIL A REFORMA PSIQUIÁTRICA ATRAVÉS DA LEI 10.216. O NOVO MÉTODO DE TRATAMENTO É BASEADO EM UMA ABORDAGEM TERRITORIAL E DESCENTRALIZADA, SEM LONGAS INTERNAÇÕES E PAUTADA EM ATIVIDADES PSICOSSOCIAIS E NO CONVÍVIO COM A COMUNIDADE. ASSIM, EM SUBSTITUIÇÃO AOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS É CRIADA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS), COMPOSTA POR VÁRIOS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE QUE DESEMPENHAM, CADA QUAL, UMA FUNÇÃO DIFERENTE DENTRO DO SISTEMA. DENTRE ESSES EQUIPAMENTOS ESTÁ O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS), RESPONSÁVEL PELA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA. O ACESSO AO CAPS PODE SER REALIZADO DE MANEIRA DIRETA OU ATRAVÉS DO ENCAMINHAMENTO A PARTIR DE OUTROS EQUIPAMENTOS DA RAPS. O CAPS PROPOSTO É DA MODALIDADE III, SENDO A MAIS INDICADA PARA UM MUNICÍPIO DO PORTE DE CURITIBA, E FOI DIMENSIONADO PARA O ATENDIMENTO DE 56 PESSOAS POR TURNO.



LOCALIDADE

DISTRITOS ATENDIDOS POR CAPS-TM

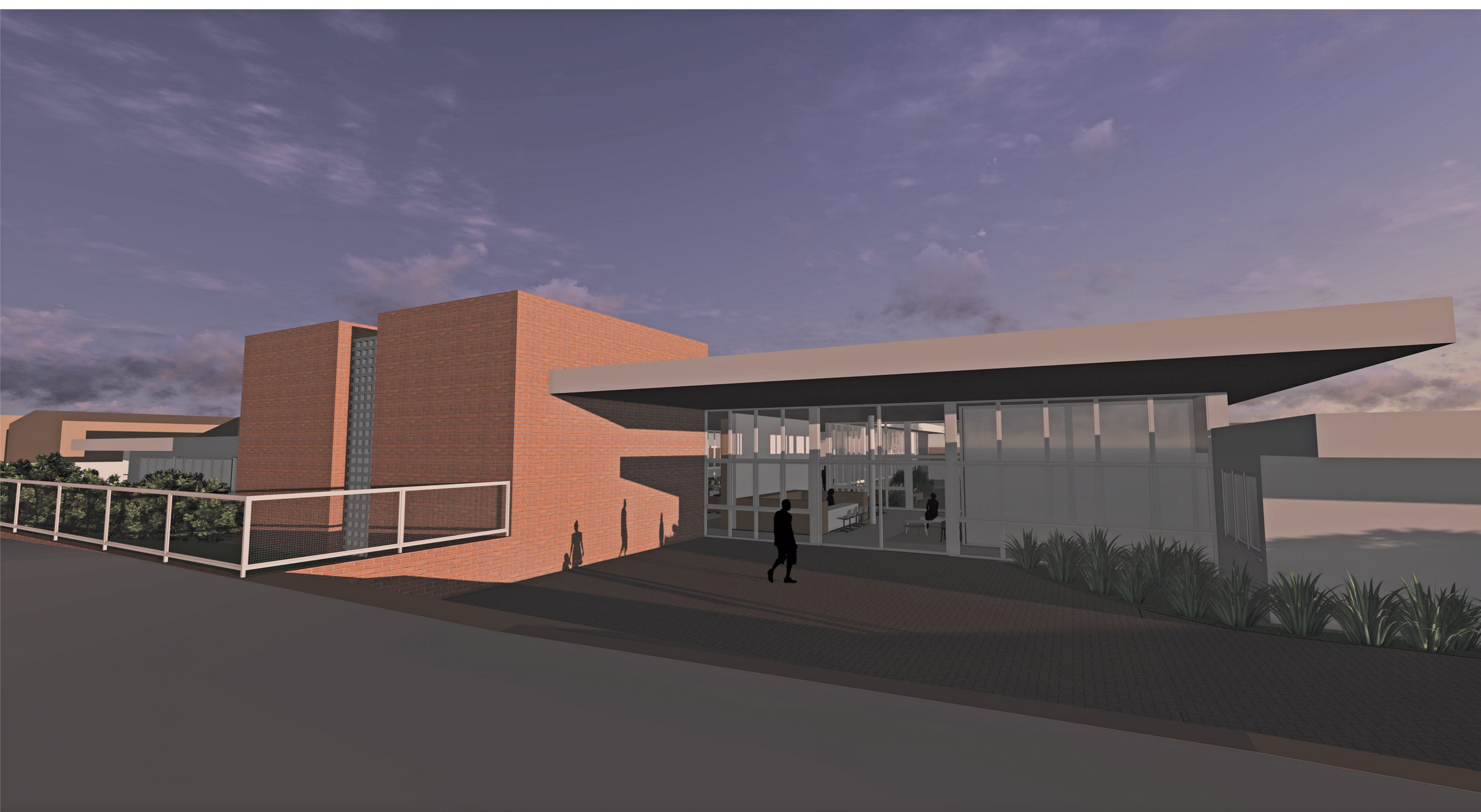
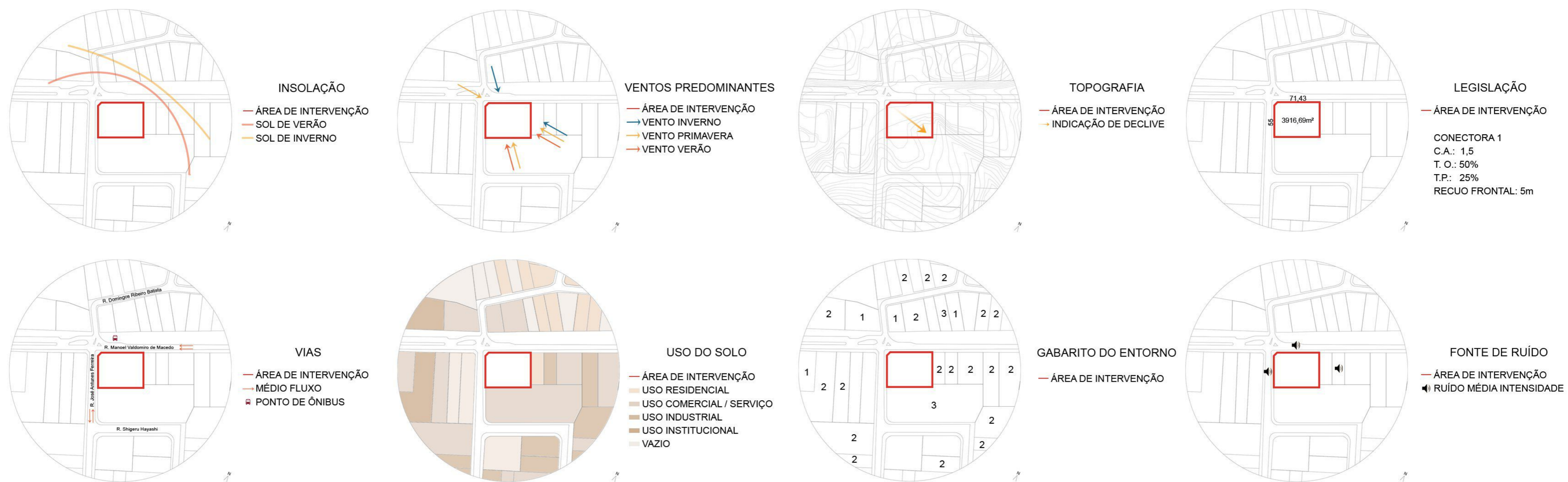


1. DISTRITO SANITÁRIO SANTA FELICIDADE
 2. DISTRITO SANITÁRIO MATRIZ
 3. DISTRITO SANITÁRIO BOA VISTA
 4. DISTRITO SANITÁRIO CAJURU
 5. DISTRITO SANITÁRIO PORTÃO
 6. DISTRITO SANITÁRIO CIC
 7. DISTRITO SANITÁRIO PINHEIRINHO
 8. DISTRITO SANITÁRIO BOQUEIRÃO
 9. DISTRITO SANITÁRIO BAIRRO NOVO
 10. DISTRITO SANITÁRIO TATUQUARA
- CAPS-TM II EXISTENTE
 - CAPS-TM III EXISTENTE
 - CAPS PROPOSTO
 - ⊞ TERRITÓRIO DO CAPS PROPOSTO

CONTEXTO URBANO



CONDICIONANTES DO TERRENO





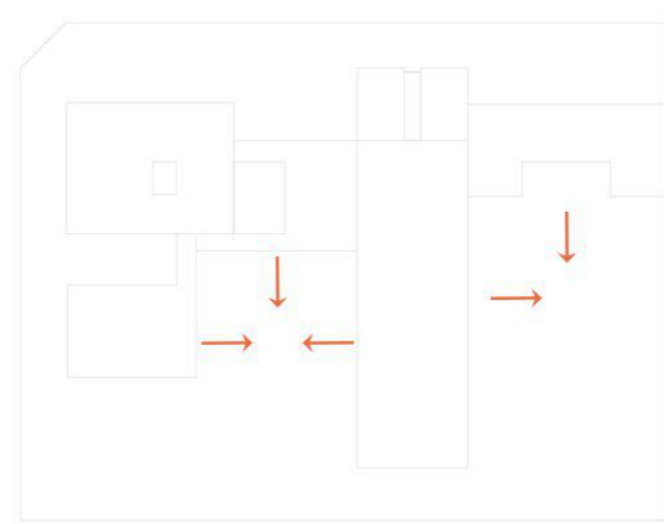
DIRETRIZES PROJETUAIS

FENOMENOLOGIA

A FENOMENOLOGIA DEFENDE A TEORIA DE QUE O MUNDO COTIDIANO É COMPOSTO POR FENÔMENOS, SEJAM ELES CONCRETOS OU IMATERIAIS, QUE SÃO ESSENCIAIS NA CARACTERIZAÇÃO DOS ESPAÇOS. UM LUGAR, POR EXEMPLO, É UM CONJUNTO DE COISAS CONCRETAS E CARACTERÍSTICAS SENSORIAIS QUE O DEFINEM E O IDENTIFICAM COMO UM ESPAÇO ÚNICO (NORBERG-SCHULZ, 2013).

ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO LUGAR SÃO CAPAZES DE GERAR MAIOR SENSÇÃO DE PERTENCIMENTO EM SEUS USUÁRIOS, TORNANDO-O UM ESPAÇO DE REFÚGIO E FORTALECIMENTO. ALGUMAS DESSAS CARACTERÍSTICAS SÃO:

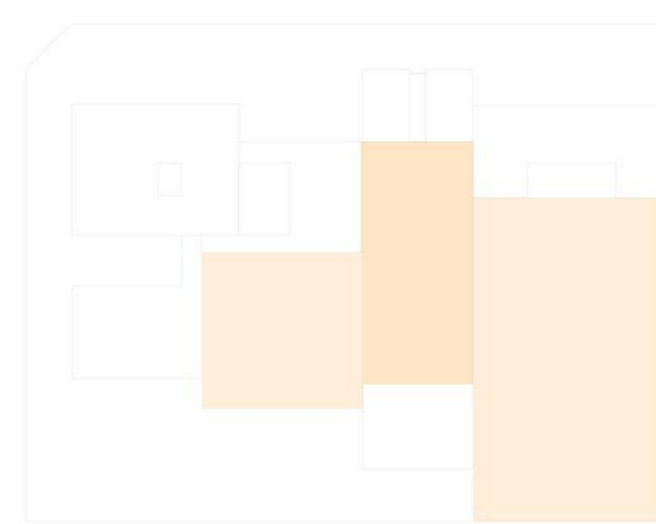
- PRESENÇA DE AMBIENTES AO AR LIVRE, COBERTOS E FECHADOS;
- RELAÇÃO DO INTERIOR COM A LUZ E O AMBIENTE EXTERNO;
- ORIENTAÇÃO PROPORCIONADA PELA ASSIMETRIA ESPACIAL E DIFERENCIAÇÃO DE AMBIENTES.



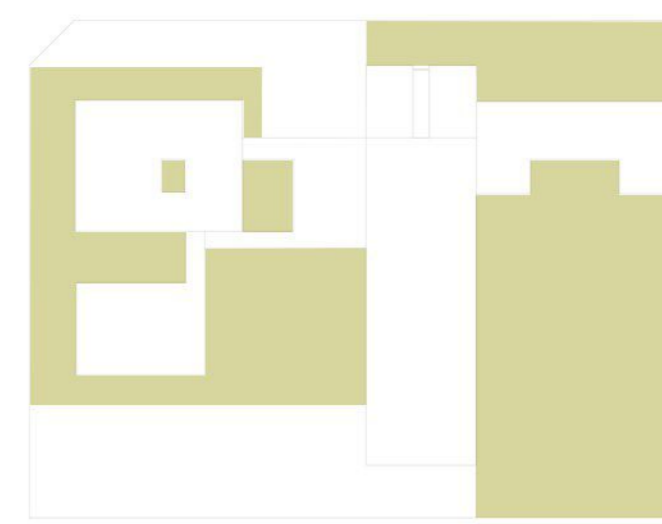
CASA INTROVERTIDA



PAVIMENTO ÚNICO



ESPAÇOS DE VIVÊNCIA CENTRAIS E AMPLOS



ÁREAS VERDES

REFERÊNCIAS PROJETUAIS



FONTE: ARCHITIZER (2017)

MAGGIE'S CENTRE - OMA

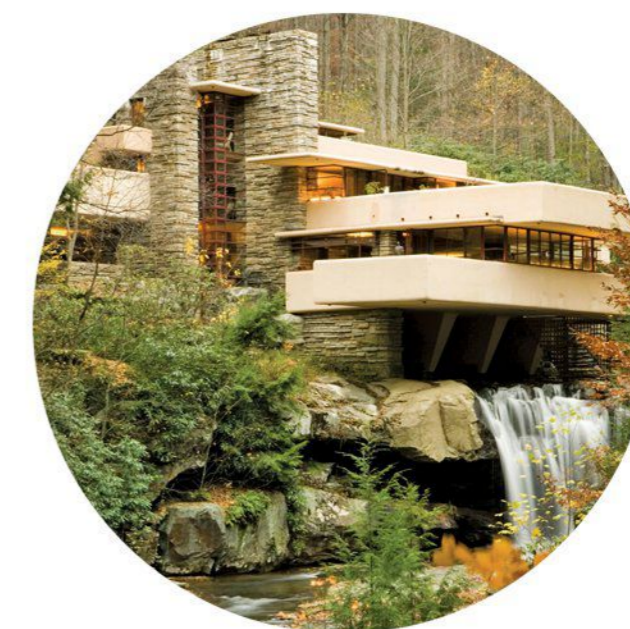
- USO DE PÁTIOS
- OFERTA DE ATIVIDADES VARIADAS
- RELAÇÃO ENTRE INTERIOR E EXTERIOR
- USO DE RAMPAS PARA VENCER DESNÍVEL



FONTE: EFFEKT (2012/7)

LIVSRUM - EFFEKT

- USO DE PÁTIOS
- OFERTA DE ATIVIDADES VARIADAS
- CONEXÃO ENTRE AMBIENTES INTERNOS E PÁTIOS
- AMBIENTAÇÃO
- DISTRIBUIÇÃO DOS SETORES



FONTE: ARCHITECTURAL DIGEST (2017/7)
FALLINGWATER HOUSE (1935)

FRANK LLOYD WRIGHT

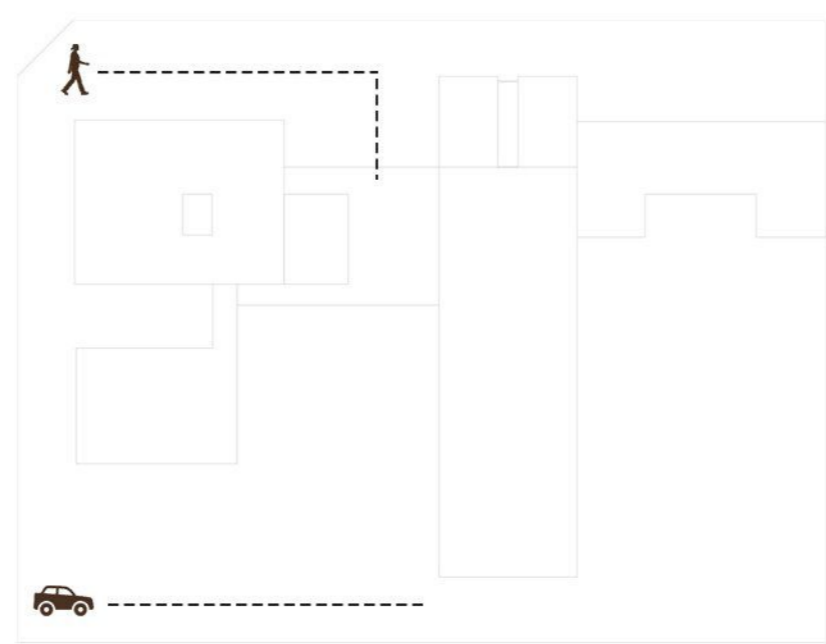
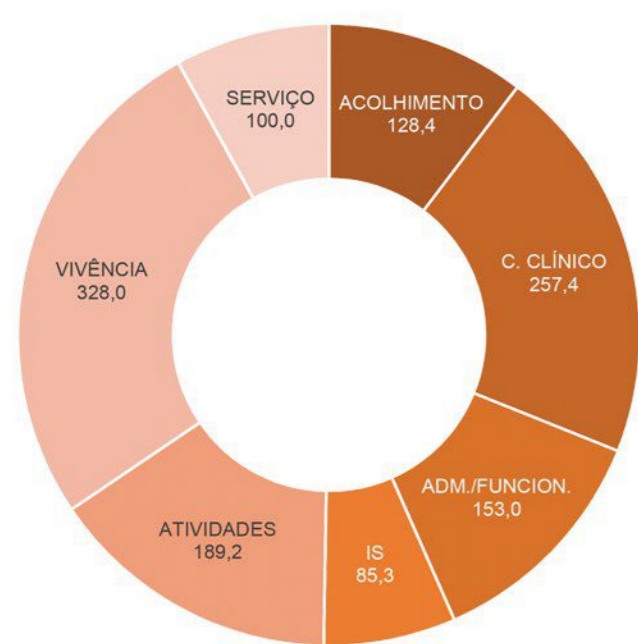
- HORIZONTALIDADE
- PLÁSTICA
- ESCALA HUMANA
- RELAÇÃO ENTRE INTERIOR E EXTERIOR



FONTE: FRANK LLOYD WRIGHT FOUNDATION (7/7)
HANNA HOUSE (1936)

ÁREAS INTERNAS

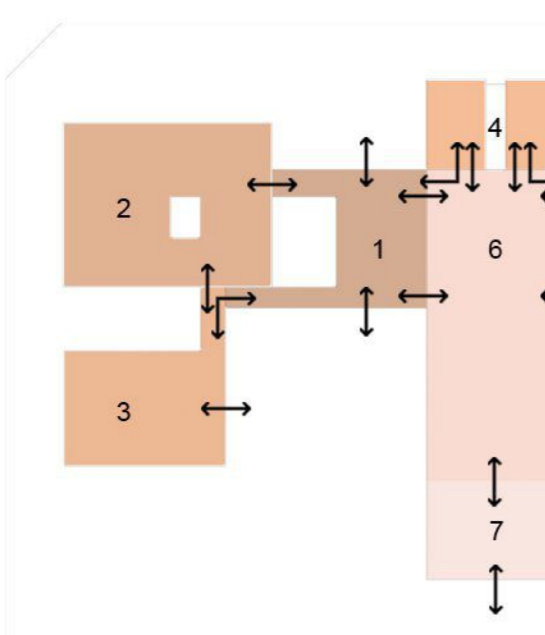
ACESSOS



SETORIZAÇÃO E ORGANOGRAMA

1. ACOLHIMENTO

- PRÓXIMO À ESCADARIA, ACESSO DE USUÁRIOS E AO ACESSO DE VEÍCULOS
- DISTRIBUIÇÃO DE FLUXOS ENTRE OS DIFERENTES SETORES



2. CUIDADO CLÍNICO

- PRÓXIMO AO ACOLHIMENTO E À ÁREA DE FUNCIONÁRIOS
- INSOLAÇÃO

4. INSTALAÇÕES SANITÁRIAS

- FÁCIL ACESSO A PARTIR DOS OUTROS SETORES

5. ATIVIDADES

- PRÓXIMO AO SETOR DE VIVÊNCIA E ÀS ÁREAS DE ATIVIDADES EXTERNAS

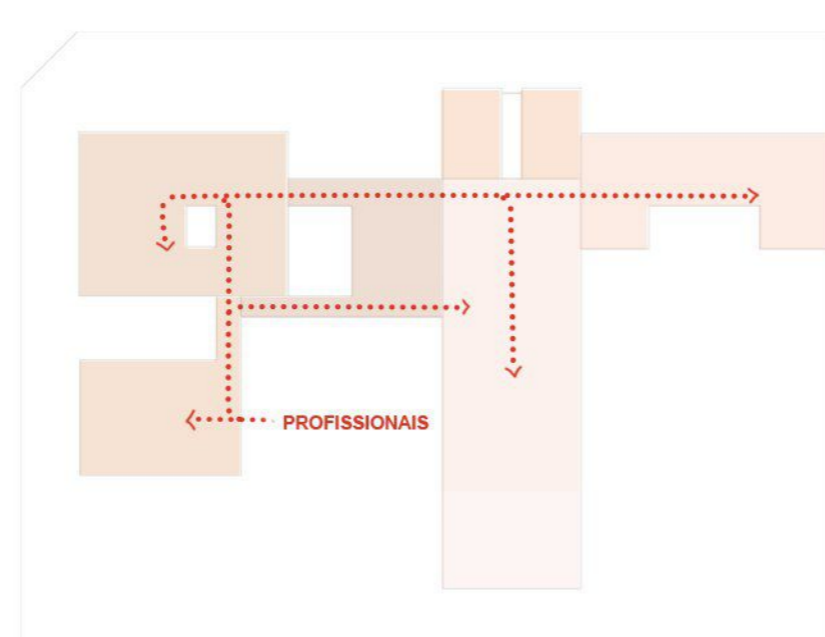
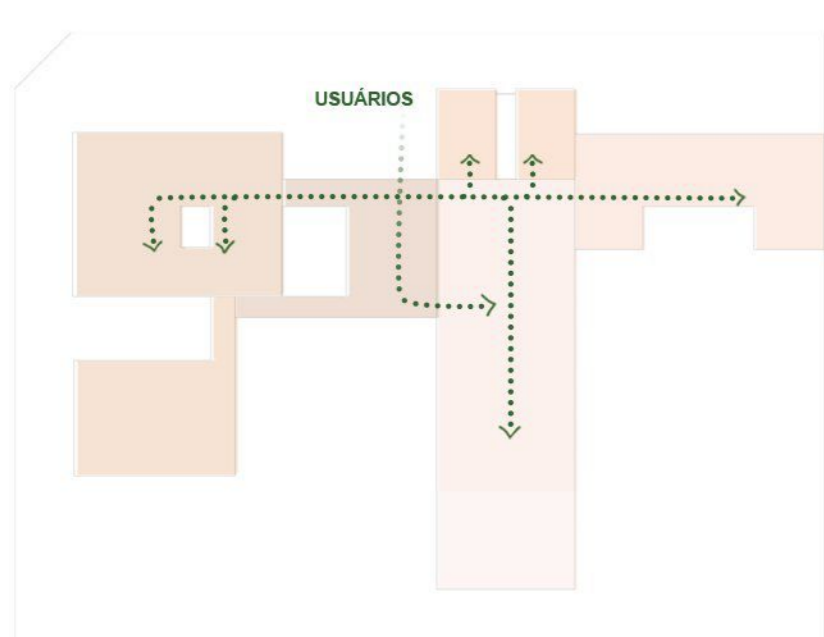
6. VIVÊNCIA

- LOCALIZAÇÃO CENTRAL, ACESSO ÀS ÁREAS EXTERNAS
- INSOLAÇÃO E VENTILAÇÃO
- PRÓXIMO AO SETOR DE SERVIÇO

7. SERVIÇO

- PRÓXIMO AO SETOR DE VIVÊNCIA
- PRÓXIMO AO ACESSO DE VEÍCULOS

FLUXOS

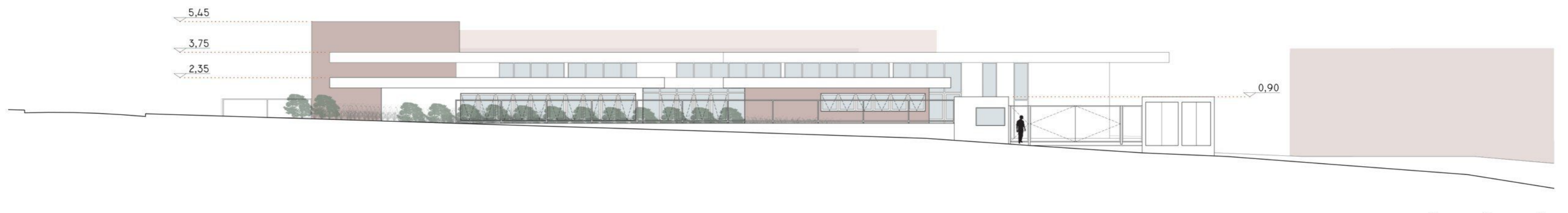


CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III A ARQUITETURA A FAVOR DA SAÚDE MENTAL



PLANTA TÉRREO
ESCALA 1:200

1. ACOLHIMENTO
2. RECEPÇÃO / ARQUIVO
3. SALA DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS
4. FARMÁCIA
5. SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO
6. POSTO DE ENFERMAGEM
7. QUARTO DUPLO
8. QUARTO DUPLO PNE
9. DML
10. ROUPARIA
11. SALA DE UTILIDADES
12. SALA ADMINISTRATIVA
13. ALMOXARIFADO
14. SALA DE FUNCIONÁRIOS
15. VESTIÁRIO DE FUNCIONÁRIOS
16. SALA DE REPOUSO PROFISSIONAL
17. SALA DE REUNIÃO
18. SANITÁRIO DE USO COMUM
19. SANITÁRIO PNE DE USO COMUM
20. SALA DE ATIVIDADES
21. ÁREA DE ATIVIDADE CORPORAL INTERNA
22. DEPÓSITO DE MATERIAIS
23. CONVIVÊNCIA INTERNA
24. REFEITÓRIO
25. ÁREA DE SERVIÇO
26. VESTIÁRIO FUNCIONÁRIOS COZINHA
27. COZINHA
28. SALA DO NUTRICIONISTA
29. ÁREA DE CARGA / DESCARGA
30. ESTACIONAMENTO
31. JARDIM
32. GUARITA
33. DEPÓSITO DE RESÍDUOS COMUNS
34. CENTRAL DE GÁS
35. HORTA
36. CONVIVÊNCIA EXTERNA
37. QUADRA DE VÓLEI
38. CAIXA D'ÁGUA
39. BARRILETE

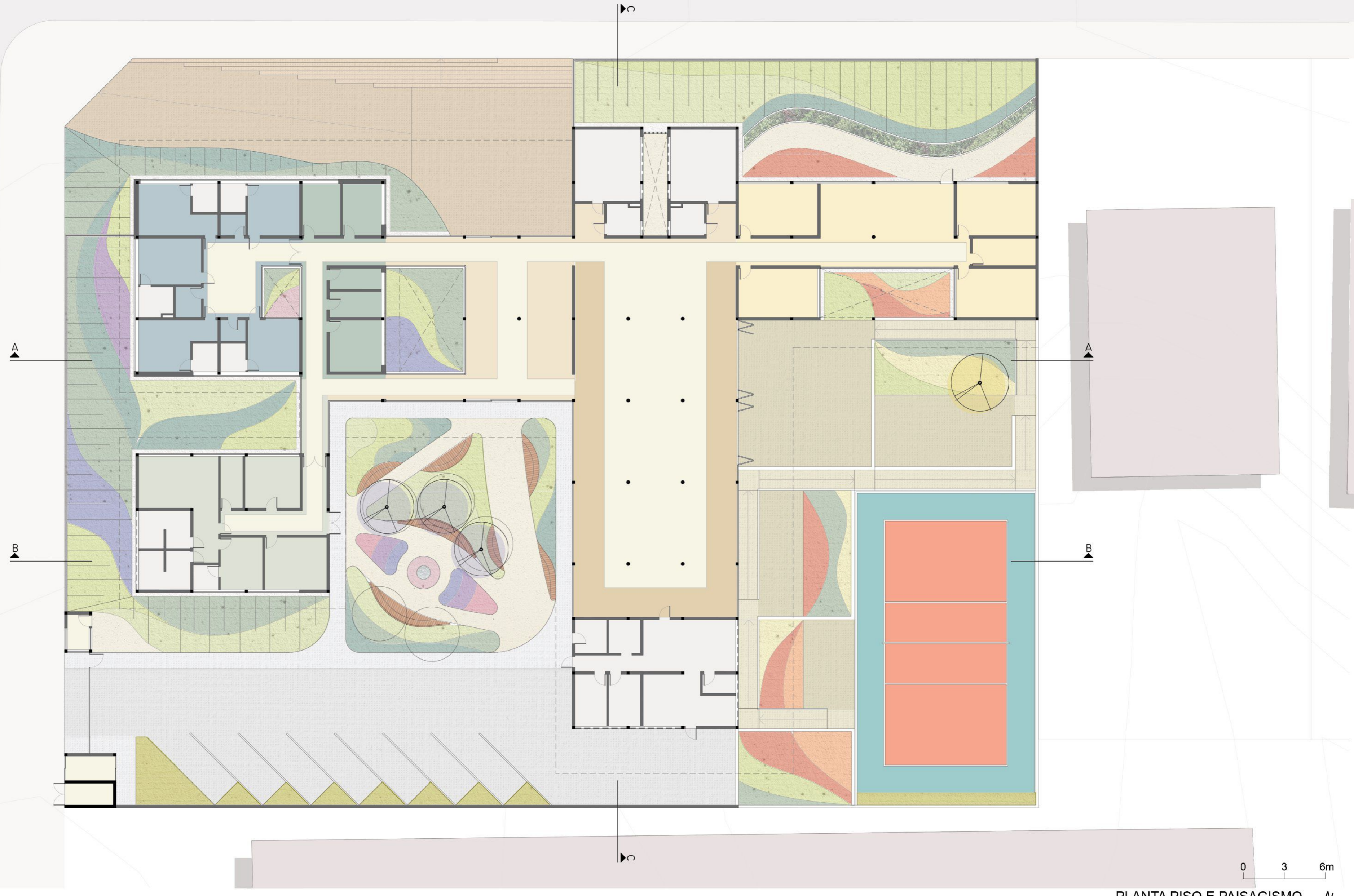


ELEVAÇÃO RUA JOSÉ ANTÔNIO FERREIRA
ESCALA 1:200



CORTE CC
ESCALA 1:200





PLANTA PISO E PAISAGISMO
ESCALA 1:200

PISO INTERNO

- PISO VINÍLICO GERAL
- PISO VINÍLICO CUIDADO CLÍNICO
- PISO VINÍLICO ADM / FUNCIONÁRIOS
- PISO VINÍLICO ACOLHIMENTO
- PISO VINÍLICO VIVÊNCIA
- PISO VINÍLICO ATIVIDADES
- PISO DE GRANITO BRANCO SIENA

PISO EXTERNO

- DECK DE MADEIRA
- PISO DRENANTE VIVÊNCIA - PERMANÊNCIA
- PISO DRENANTE VIVÊNCIA - CIRCULAÇÃO
- PISO DRENANTE JARDIM
- PISO DRENANTE VEÍCULOS
- PISO DRENANTE ACESSO USUÁRIOS
- PISO CONCRETO COLORIDO - ESCADA
- PISO CONCRETO COLORIDO - QUADRA DE VÓLEI 1
- PISO CONCRETO COLORIDO - QUADRA DE VÓLEI 2

- AREIA
- SEIXO
- FONTE D'ÁGUA

VEGETAÇÃO

1. GRAMA SÃO CARLOS
2. CAPIM-CHORÃO
3. IUCA MANSO
4. GARDÊNIA
5. BEGÔNIA-CEROSA
6. CORAÇÃO-ROXO
7. BEIJO-TURCO
8. GERÂNIO-FERRADURA
9. LÍRIO-DE-SÃO-JOSÉ
10. SÁLVA
11. COREOPSIS
12. BAMBU-DE-JARDIM
13. QUARESMEIRA
14. IPÊ AMARELO



GRANITO BRANCO SIENA



GRAMA SÃO CARLOS



CAPIM-CHORÃO
Eragrostis curvula
H = 0,5m



IUCA-MANSA
Yucca filamentosa
H = 0,8m



GARDÊNIA
Gardenia jasminoides
H = 1,5m



BEGÔNIA-CEROSA
Begonia semperflorens
H = 0,15m



CORAÇÃO-ROXO
Setcreasea purpurea
H = 0,25m



BEIJO-TURCO
Impatiens sultanii
H = 0,5m



GERÂNIO-FERRADURA
Pelargonium hortorum
H = 0,9m



LÍRIO-DE-SÃO-JOSÉ
Hemerocallis flava
H = 0,4m



SÁLVA
Salvia splendens
H = 0,8m



COREOPSIS
Coreopsis auriculata
H = até 1,5m



QUARESMEIRA
Tibouchina granulosa
H = 6m

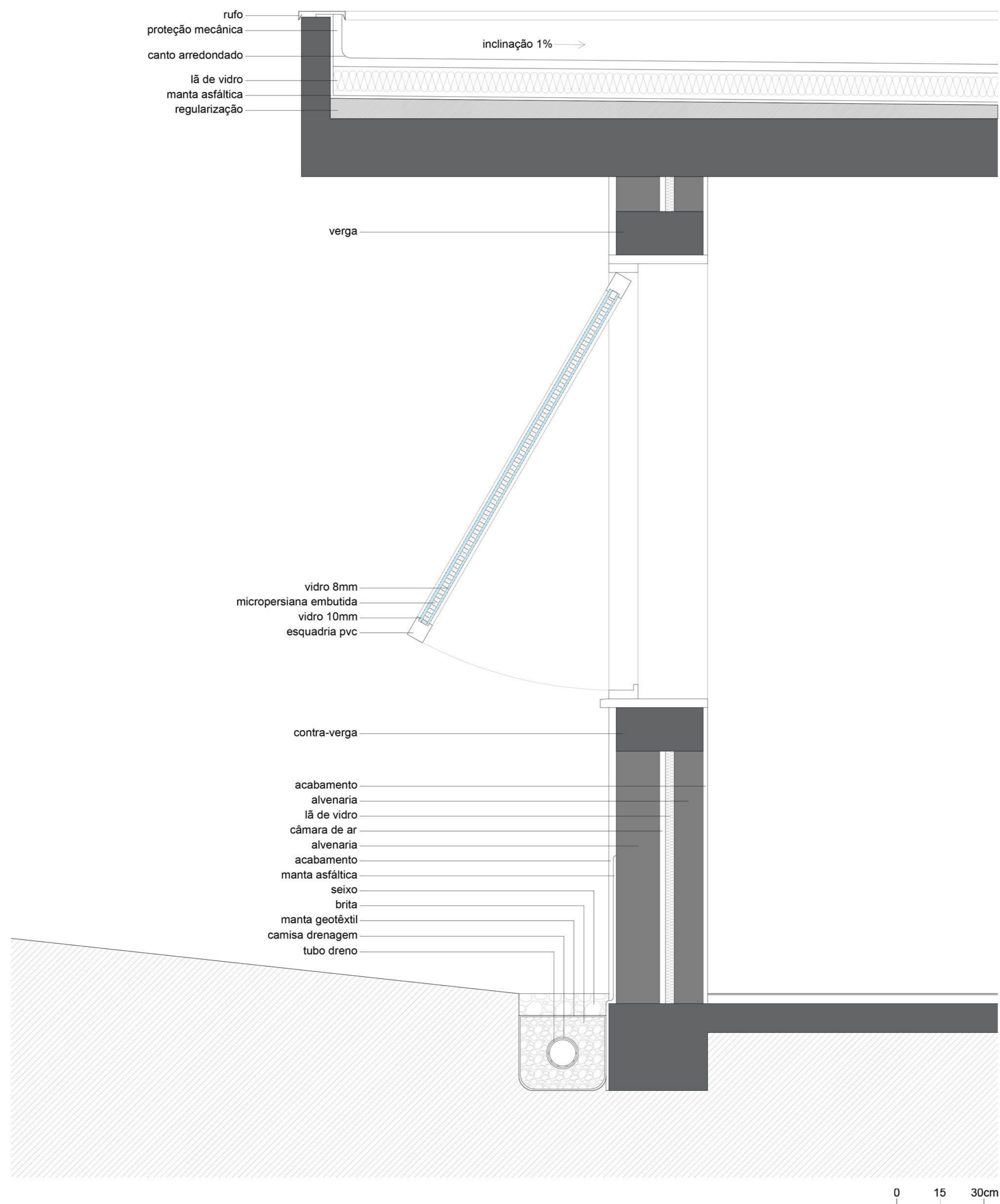


IPÊ-AMARELO
Tabebuia chrysothricha
H = 8m



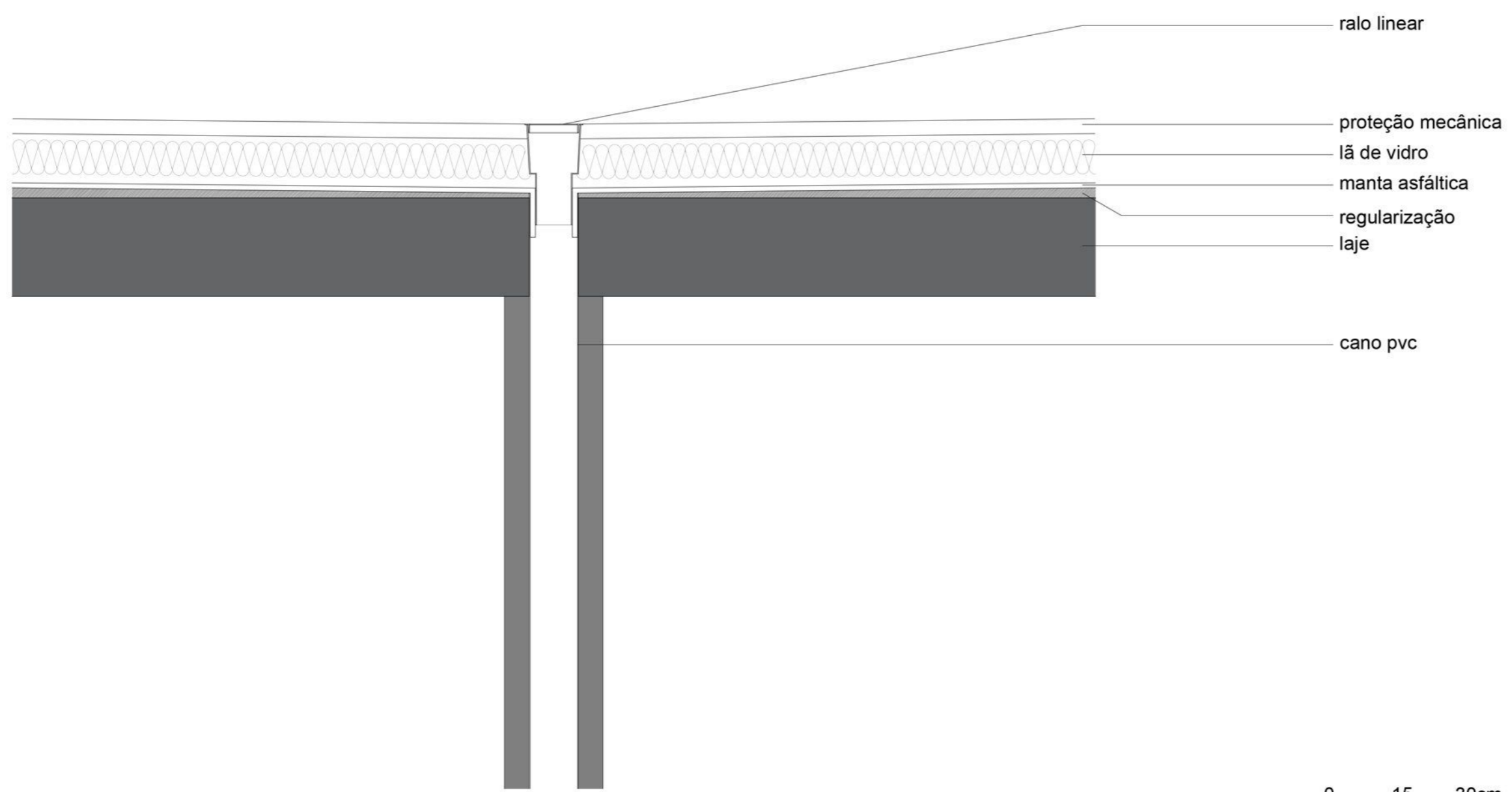
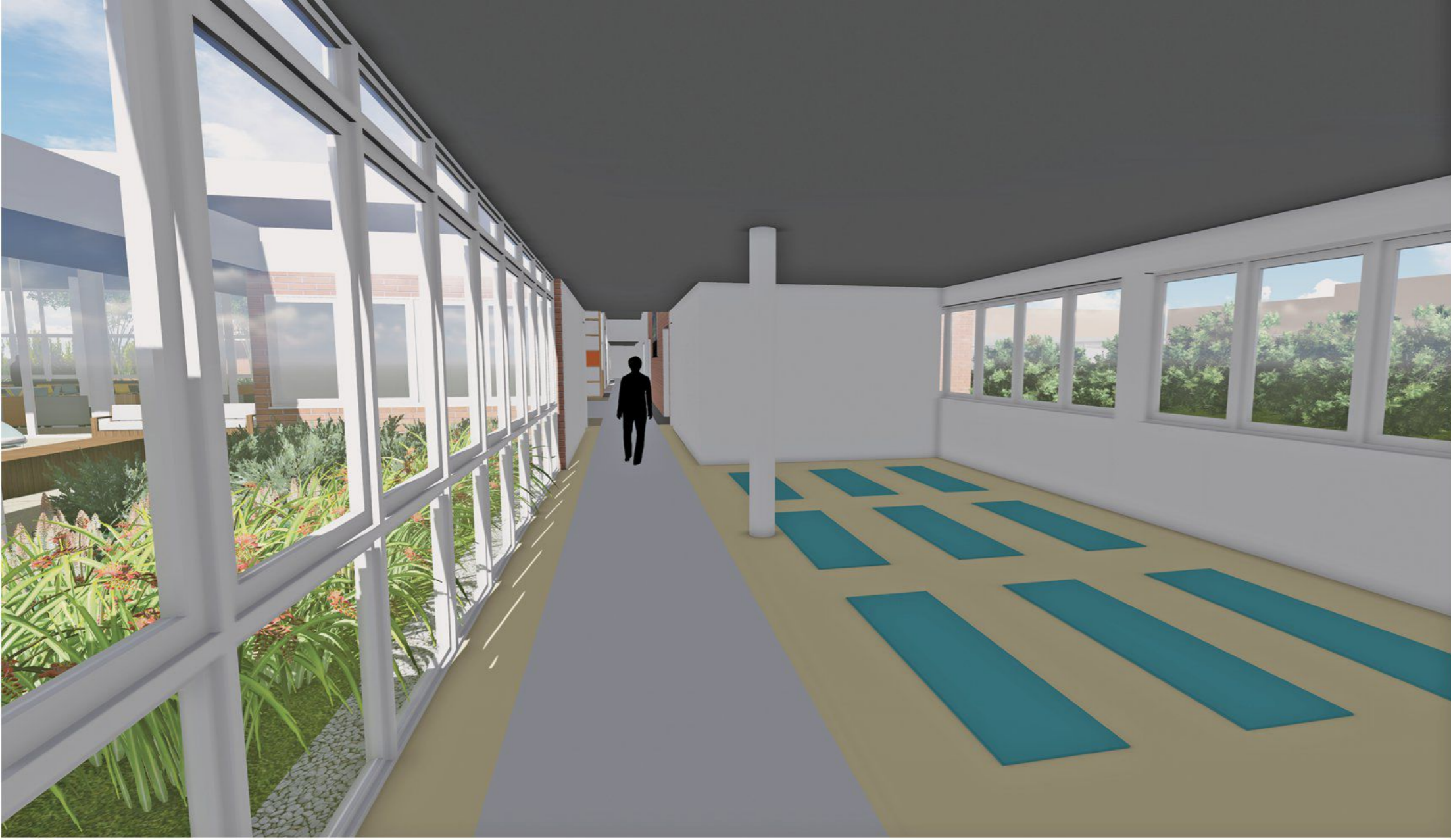
BAMBU-DE-JARDIM
Bambusa gracilis
H = 3 a 4m



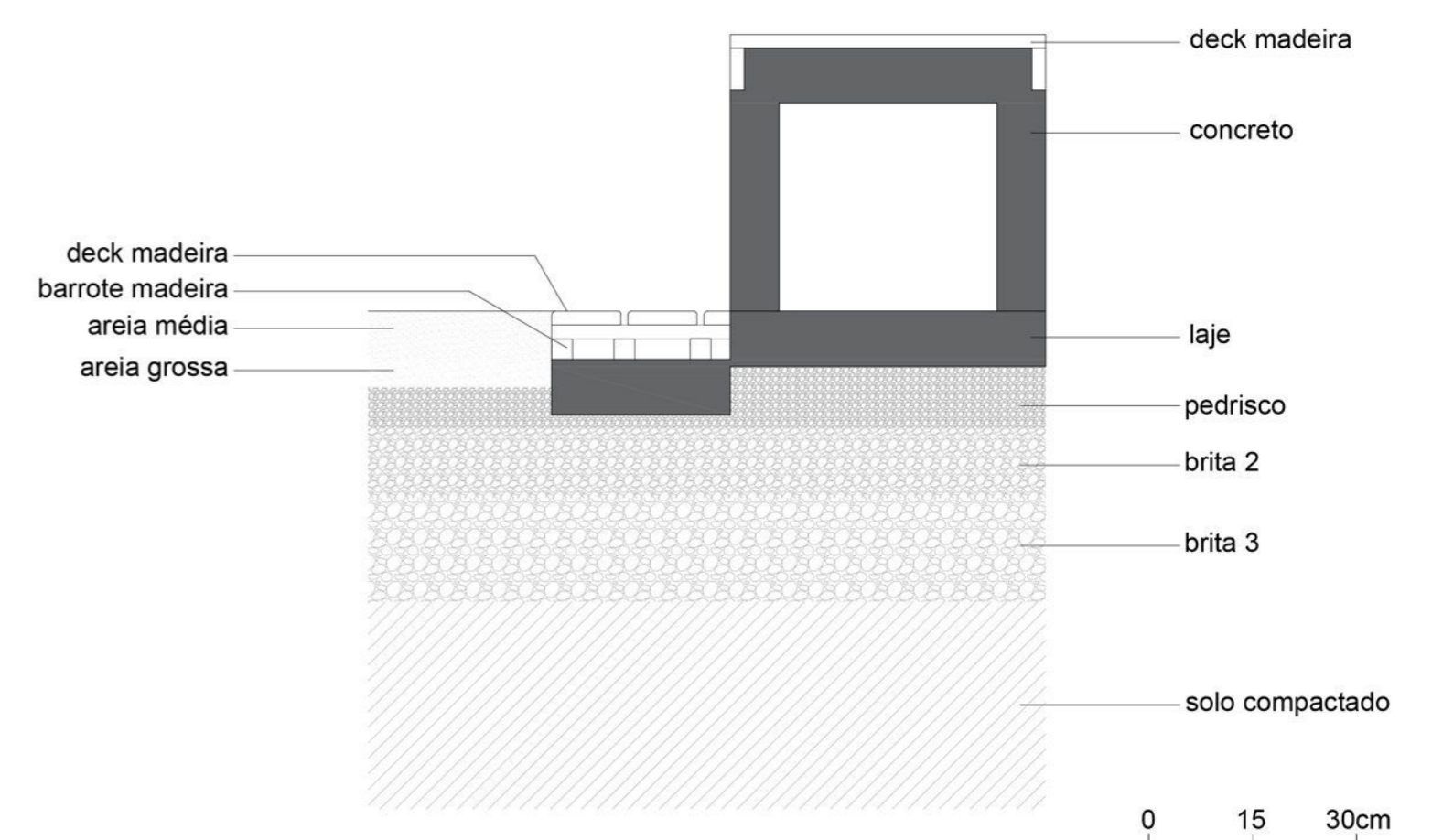


DETALHE 1 - CORTE SETORIAL DO SETOR DE CUIDADO CLÍNICO
ESCALA 1:10

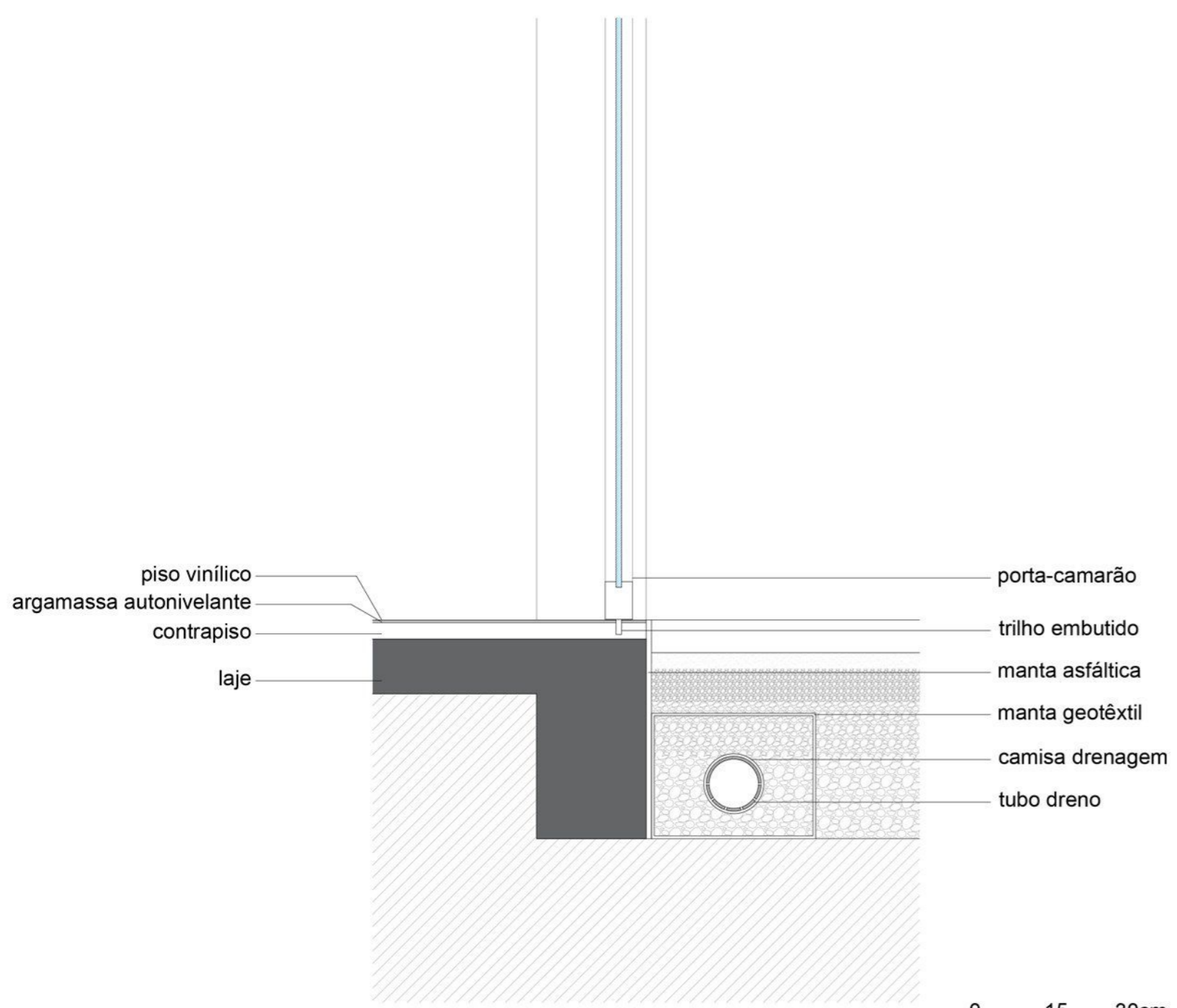




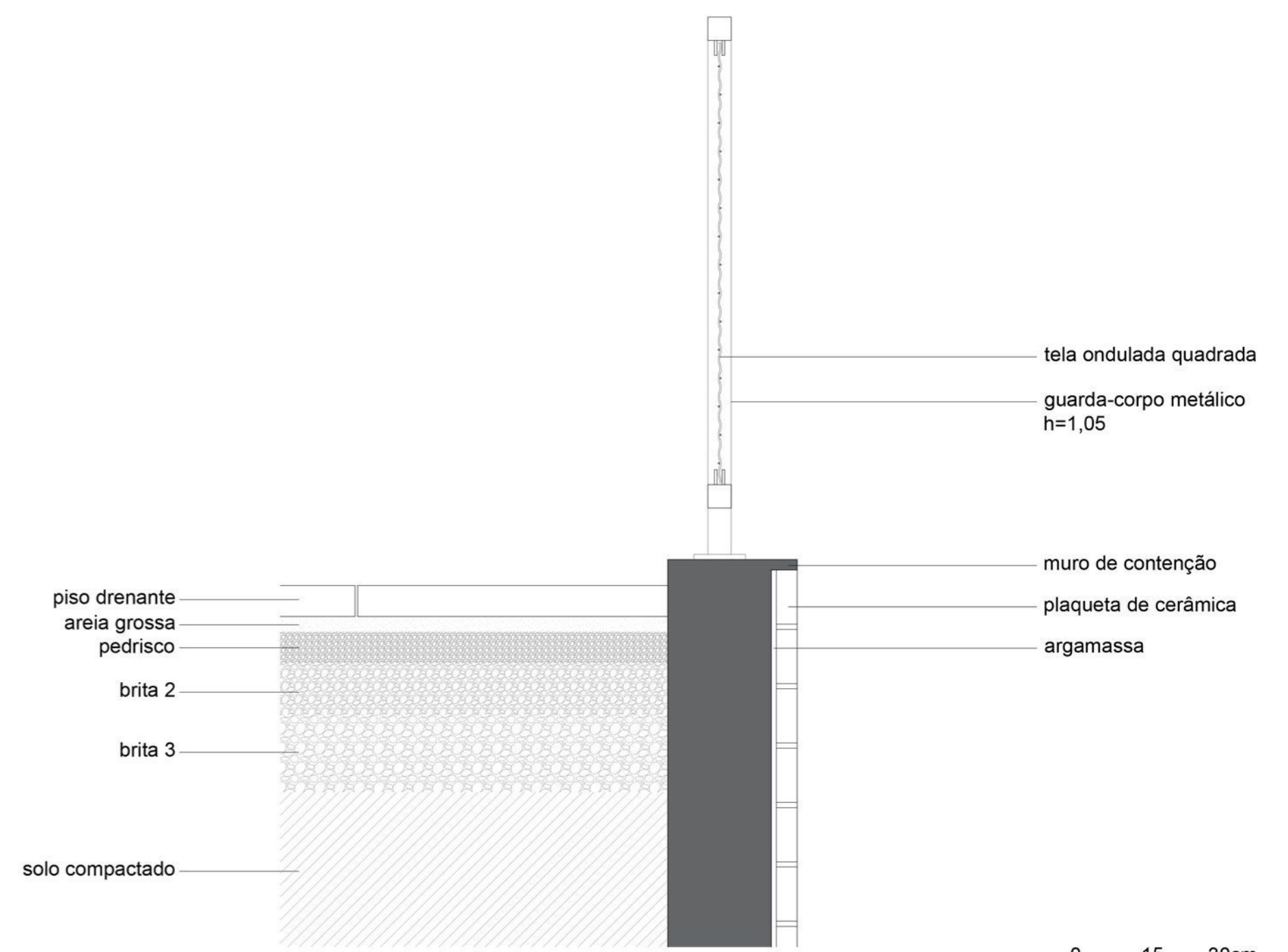
DETALHE 2 - DRENAGEM DA COBERTURA
ESCALA 1:10



DETALHE 5 - BANCO DE CONCRETO E DECK
ESCALA 1:10



DETALHE 3 - TUBO DRENO SOB PISO DRENANTE
ESCALA 1:10



DETALHE 4 - PISO DRENANTE E GUARDA-CORPO
ESCALA 1:10

