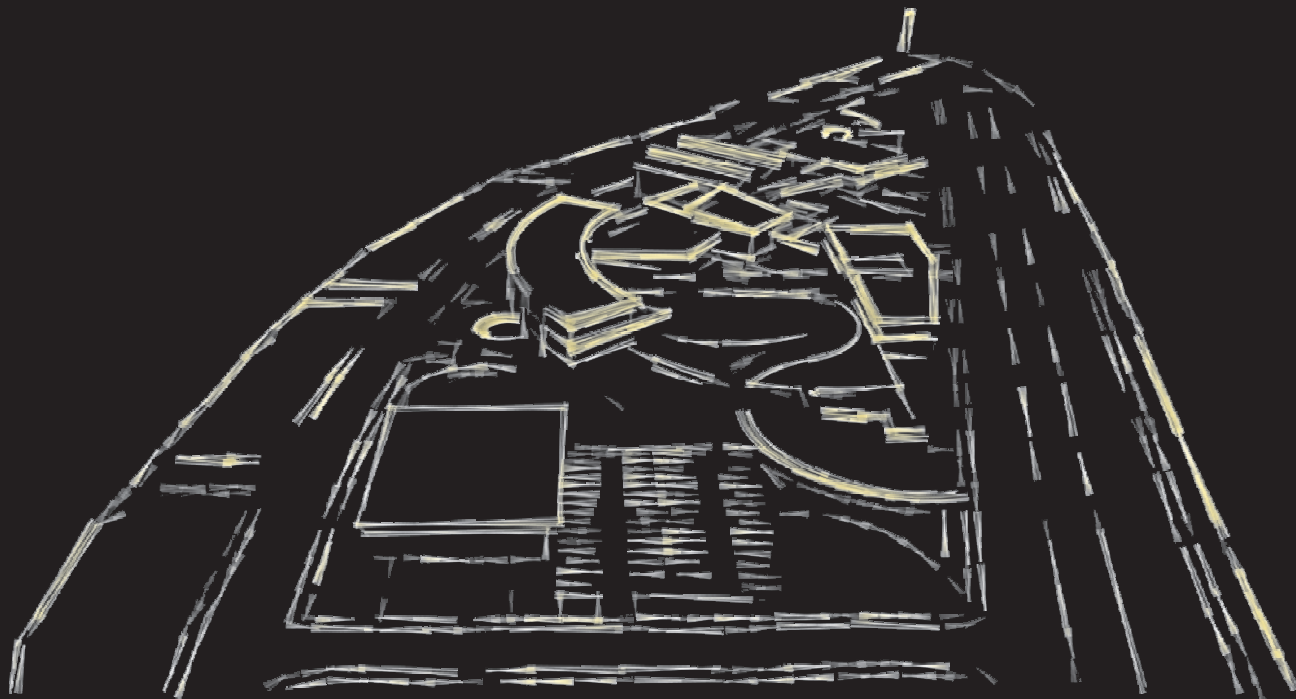
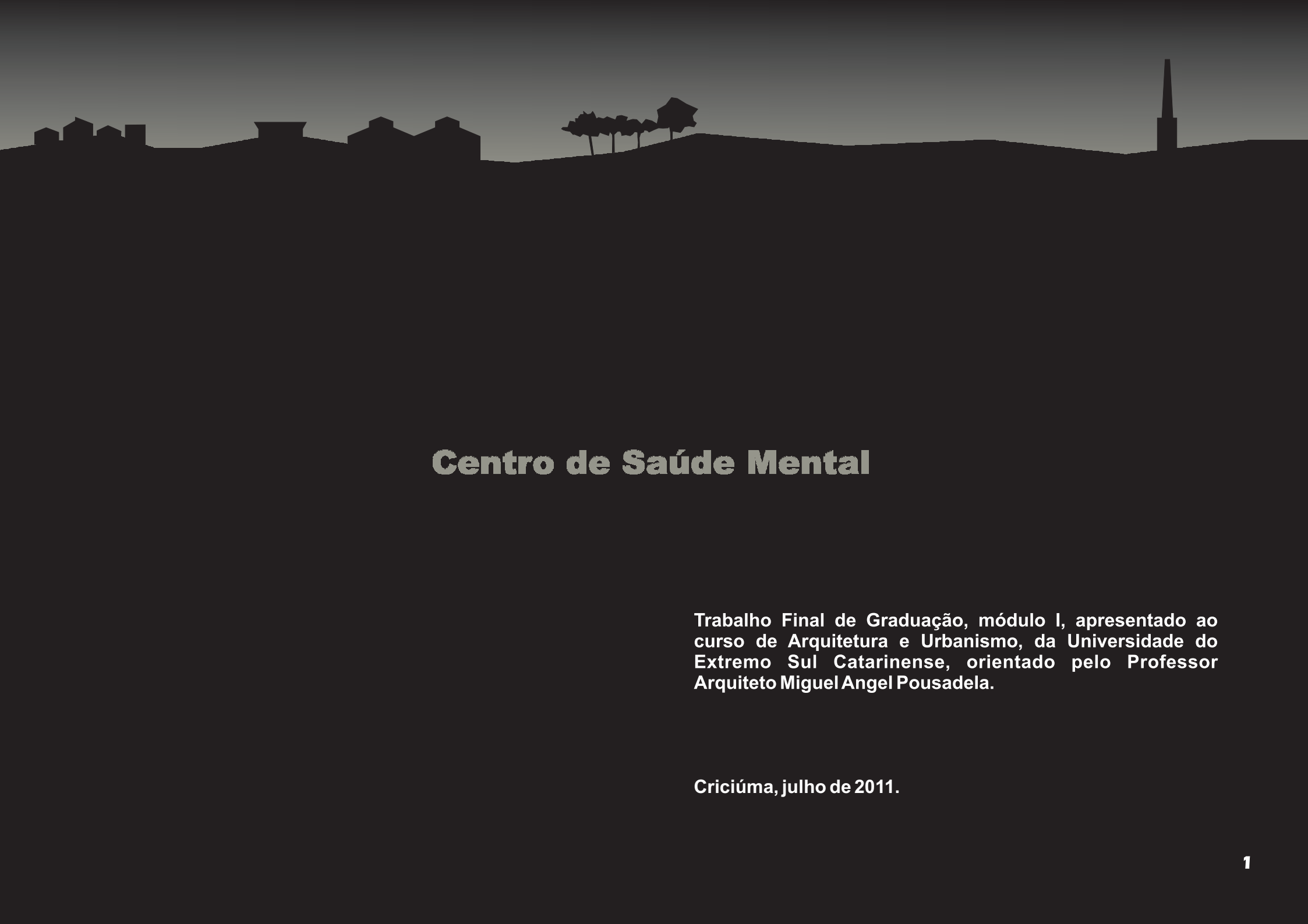


Lilian Valdati Cardoso

The logo consists of four concentric circles. The innermost circle is yellow, the next is a lighter yellow, the third is a light gray, and the outermost is a medium gray. The text "Centro de Saúde Mental" is superimposed on these circles.

Centro de Saúde Mental





Centro de Saúde Mental

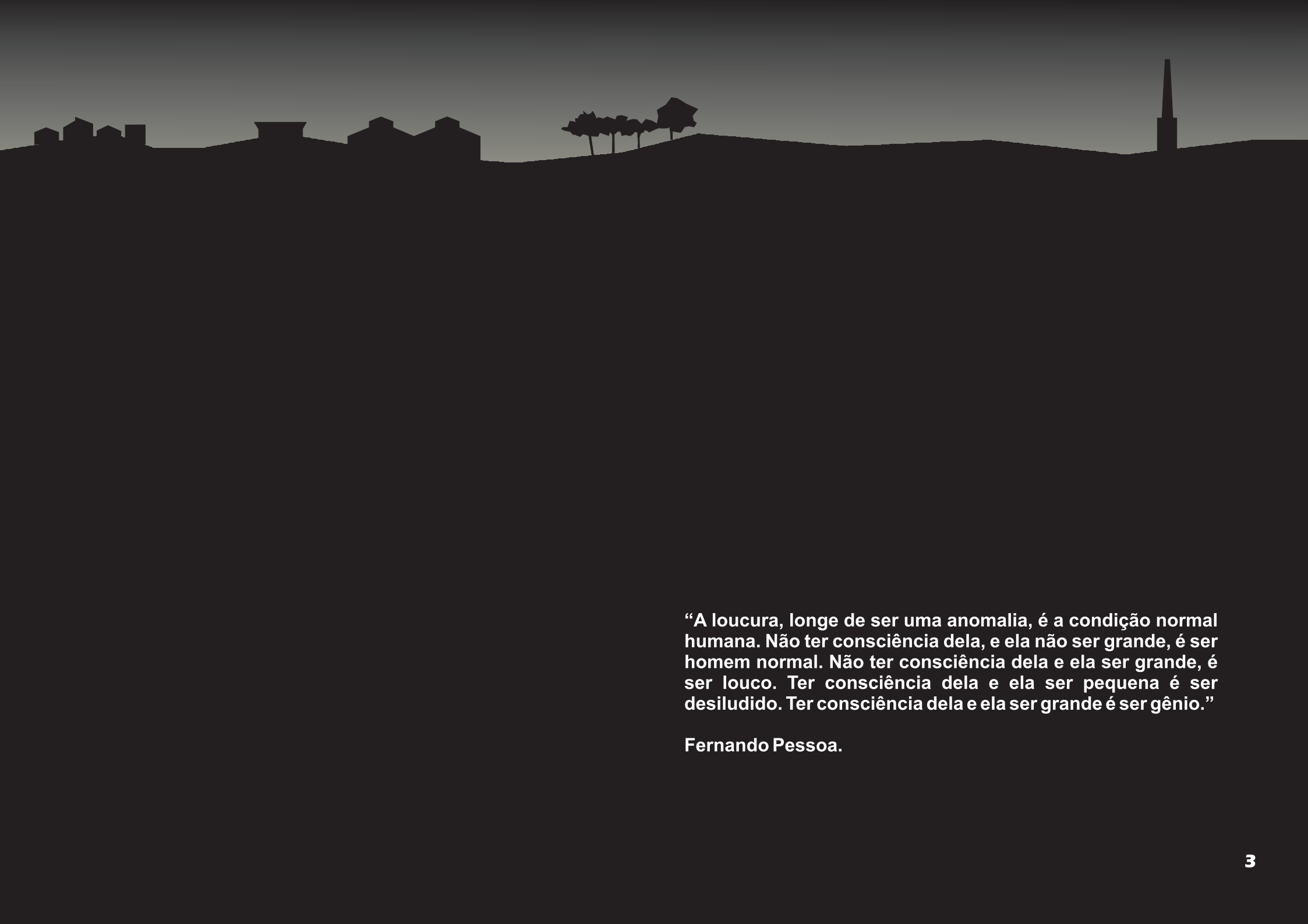
Trabalho Final de Graduação, módulo I, apresentado ao curso de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade do Extremo Sul Catarinense, orientado pelo Professor Arquiteto Miguel Angel Pousadela.

Criciúma, julho de 2011.



Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, que me fortalece e ilumina minhas decisões, aos meus pais e meu irmão, que acreditam e investem em meu futuro, apóiam minhas escolhas e se dedicam ao máximo para contribuir em meu trabalho, muito obrigada pela educação e pelo amor que me dão. Ao Vitor, meu namorado, que se mostrou muito compreensivo nos meus momentos de preocupação, me incentivando e acreditando no meu sucesso. Aos funcionários dos CAPS II e III de Criciúma e à professora Teresinha, que prestaram sua atenção e dispuseram informações necessárias para a elaboração deste livro, e finalmente ao meu orientador, professor e arquiteto Miguel Angel Pousadela, pela dedicação e interesse no tema e por compartilhar comigo seu amplo conhecimento em arquitetura, muito obrigada.



“A loucura, longe de ser uma anomalia, é a condição normal humana. Não ter consciência dela, e ela não ser grande, é ser homem normal. Não ter consciência dela e ela ser grande, é ser louco. Ter consciência dela e ela ser pequena é ser desiludido. Ter consciência dela e ela ser grande é ser gênio.”

Fernando Pessoa.

Centro de Saúde Mental

Parte 1

1. Apresentação	07
2. Problematização	08
3. Justificativa	09
4. Objetivos	11
4.1. Geral	11
4.2. Específico	11

Parte 2

5. Saúde Mental, Transtorno Mental e Comportamental ...	13
5.1. Classificação	13
6. História da Saúde Mental	14
7. Reforma Psiquiátrica no Brasil	16
7.1. Primeira Grande Fase: crítica do modelo hospitalocêntrico	16
7.2. Segunda Grande Fase: começa a implantação da rede extra-hospitalar	18
7.3. Terceira Grande Fase: A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional	19
8. A Luta Antimanicomial	20
9. O processo de desinstitucionalização	20
9.1. Redução de leitos	20
9.2. Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais	21
9.3. O Programa 'De Volta para Casa'	22
10. Saúde mental e o Programa de Saúde da Família (PSF)	23
11. Recortes do caso	25
11.1. Barbacena	25
11.2. Museu Imagens do Inconsciente	26
11.3. A mudança de paradigma	27
12. Dialética da diversidade	28
12.1. Tratamento ao usuário	28
13. Isolamento x exteriorização	29

Parte 3

14. Soluções no Brasil, após a Reforma Psiquiátrica	32
14.1. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial	32
14.1.1. Características	32
14.1.2. Funções	32
14.1.3. Normas	32
14.1.4. Classificação	35
14.1.5. CAPS e a rede básica de saúde	37
14.2. As Residências Terapêuticas	38
14.3. Os Centros de Convivência e Cultura	39

Parte 4

15. Qualidade de vida (QV) na saúde mental	41
15.1. Bem estar no Ambiente	42
15.2. Fatores influenciadores do bem estar	43
15.2.1. Luz	43
15.2.2. Cor	44
15.2.3. Som	45
15.2.4. Aroma	46
15.2.5. Textura	47
15.2.6. Forma	47
16. Atividades terapêuticas de relaxamento	48
16.1. Caminhadas, passeios, atividades ao ar livre	48
16.2. Ludoterapia	48
16.3. Ritmoterapia	49
16.4. Grupoterapia	49

Parte 5

17. Estudos de casos	51
17.1. CAPS II – Criciúma	51
17.2. CAPS III – Criciúma	55
17.3. Considerações sobre as visitas aos CAPS	57
18. Análise Municipal (Unidades de Saúde)	58
19. Análise Regional (CAPS)	59
20. Referenciais Arquitetônicos	60
20.1. Rede de hospitais Sarah Kubistchek	60
20.2. Hospital Psiquiátrico Helsingor	62
21. Conclusões dos estudos	64

Parte 6

22. Levantamento dos possíveis terrenos	69
22.1. Terreno 01	70
22.2. Terreno 02	70
22.3. Terreno 03	71
22.4. Terreno 04	71
22.5. Terreno 05	72
22.6. Terreno 06	73
22.7. Terreno 07	73
23. Análises do terreno escolhido	74
23.1. Localização	74
23.2. Condicionantes	75
23.3. Parâmetros urbanísticos	75
23.4. Entorno	76
23.5. Mapa sistema viário	77
23.6. Mapa cheios e vazios	78
23.7. Mapa de usos	78
23.8. Eixos visuais	79
23.9. Contexto histórico	80
23.10. Imagens gerais	81
23.11. Vegetação existente	83
23.12. Perfis do terreno	83
23.13. Edificações existentes	85
24. Referenciais de contextualização histórica	86
24.1. Centro cultural na antiga estação ferroviária de Araras, SP	86
24.2. Museu do Pão em Ilópolis, RS	87
24.3. Conclusões dos referenciais	88
25. Definição do problema	89
25.1. Diretrizes gerais de projeto	89

Parte 7

26. Projeto	91
26.1. Equipamentos	91
26.1.1. Acolhimento / tratamento	91
26.1.2. Residências	91
26.1.2.1. Residências terapêuticas	91
26.1.2.2. Residências para professores, alunos e pesquisadores	92

26.1.3. Formação / Centro de Ensino e Pesquisa	92
26.1.4. Cultura e lazer / Centro de Convivência e cultura	92
26.2. Pré-dimensionamento	93
26.2.1. Módulo 1	94
26.2.2. Módulo 2	95
26.2.3. Módulo 3	96
26.2.4. Módulo 4	96
26.3. Intenções de projeto	97
26.4. Usuários do equipamento	99
26.5. Primeiras implantações	100
26.6. Participação em Fórum sobre Saúde Mental ..	103
26.7. Partido	104
26.8. Parc de La Villette	107
26.9. Volumetrias	108

Parte 8

27. Bibliografias	114
28. Anexos	116

Apresentação do tema. Justificativa e Objetivos.

Parte 1

1. Apresentação

A considerada “loucura” ou, como é mencionado hoje, *transtorno mental*, sempre esteve presente na história da humanidade. Porém, as maneiras de se tratar da questão da ‘saúde mental’ variaram consideravelmente conforme os anos se desenrolaram.

No período da Renascença, o dito “louco” era banido dos muros da cidade, excluído da sociedade por não se enquadrar nos preceitos do comportamento adequado. Recebia o mesmo tratamento dos leprosos e tuberculosos. Na Idade Média, eram confinados em instituições nas quais recebiam constantes destratos. No século XVIII, propõe-se uma nova forma de tratamento aos “loucos”, transferindo-os aos manicômios, instituição destinada somente aos ‘doentes mentais’. As intenções originais desse novo modelo se desviaram, e os destratos continuavam. Somente na segunda metade do século XX que se iniciou uma mudança radical do saber e do tratamento da saúde mental. Em defesa dos direitos humanos e resgate da cidadania que foram “tiradas”

dos que sofriam de transtornos mentais, é que surgem movimentos sociais, tais como a *Luta Antimanicomial*.

No Brasil, o início da *Reforma Psiquiátrica* se dá na década de 70, com a crítica do modelo hospitalocêntrico. Desde então, o país vem desenvolvendo o tratamento do assunto, mas ainda não apresenta diretrizes formalizadas de um modelo ideal de saúde mental. O que se dispõe hoje são ensaios através de dispositivos supostamente enquadrados nos novos ideais de saúde mental, para a implantação desse novo sistema que nega os hospitais psiquiátricos e manicômios. Nesses sistemas atuais, considera-se que o indivíduo com transtornos mentais precisa estar inserido dentro da sociedade, retornando também ao convívio familiar. Dentre os modelos atuais, estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas e os Centros de Convivência e Cultura (ainda em fase de estruturação). Além disso, a *continuidade* dos serviços possibilita que as demais unidades de saúde passem por transformações e treinem seus funcionários para receber pacientes com transtornos mentais.

2. Problematização

A Reforma Psiquiátrica surgiu para que os mecanismos antes aplicados aos doentes mentais fossem revisados. As instituições psiquiátricas foram questionadas, e surgiram novas propostas de equipamentos, que prevêem uma atenção transitória, como os CAPS, diferentemente dos hospitais psiquiátricos, aonde casos agudos e dependentes de atenção prolongada, são tratados. Com a Reforma, é prevista a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, e a inserção destes nos hospitais gerais. Essa nova diretriz está com problemas para se desenvolver, já que a implantação do mesmo sugere um treinamento bastante intenso dos funcionários e melhor estruturação dos hospitais gerais. Além disso, a convivência com os pacientes que sofrem de transtornos mentais, se não for trabalhada, pode incomodar os pacientes que não possuem o mesmo problema. Diante disto se questiona: **O que acontecerá com aqueles que possuem doenças mentais agudas e permanentes, após o fechamento dos hospitais psiquiátricos? Será que estes**

hospitais precisam reduzir seus leitos e posteriormente serem abolidos? A possibilidade de disposição de treinamentos aos funcionários, para que estes saibam lidar melhor com o paciente, reconhecendo e distinguindo doença mental de doença física, ou elaborar algumas mudanças no espaço físico do hospital, que proporcione bem estar aos usuários, podem ser mudanças menos radicais e funcionais.

Por outro lado, os novos equipamentos também são questionados, quanto ao espaço físico principalmente. Possuem restrições pela atuação convencional em residências alugadas. Além disso, estes espaços não dispõem de atividades para a prevenção da doença mental, com áreas verdes, espaços destinados ao lazer e a cultura, com terapias destinadas também à sociedade. Então, **como deve ser um equipamento de caráter transitório para atendimento à saúde mental da população em geral? Qual o programa que o define? Os CAPS são a resposta mais adequada?**

3. Justificativa

A partir de estudos do histórico pessoal dentro da universidade (anexo 01), constatou-se a intenção de se trabalhar com o tema relacionado à saúde, e mais precisamente à 'saúde mental'. O estudo partiu de análises feitas em cada etapa da disciplina de Projeto de Arquitetura e Urbanismo, e posteriormente concluídas. Foram listadas as minhas afinidades, habilidades e desfalques, e depois foram feitos arranjos das listagens. Após formalizados os arranjos, geraram-se dois temas distintos: 'Habitação' ou 'Saúde Mental'. A escolha por 'Saúde Mental', baseou-se na justificativa de que ainda não se havia projetado algo com essa complexidade. Entendeu-se como um desafio. O foco na saúde da mente se deu a partir da afinidade com a matéria de Psicologia. Apesar de demonstrar afinidade com a área de habitação, constatou-se que em vários períodos dentro do curso, foi estudada e projetada, e obteve bons resultados diante de sua resolução.

Os fenômenos psicossociais fazem parte do convívio de grande parcela social. São profissionais, trabalhadores, e lideranças sociais que atuam na saúde, saúde mental, assistência social, educação, cultura, projetos de trabalho e renda, etc. É de natureza complexa e interdisciplinar que deve ser avaliada e estudada, não isoladamente, mas juntamente com seu contexto, como o histórico familiar do indivíduo e sua presença na comunidade.

De acordo com o Censo Demográfico (2000), havia 2.327 pessoas com transtornos mentais permanentes, e aproximadamente 83.000 em toda a região da AMREC. Mas segundo relato da professora Teresinha Golçalves (anexo 02), existem ainda, e em grande número, aquelas pessoas que sofrem com esses transtornos psiquiátricos e psicológicos, e que não procuram ajuda dos CAPS, por exemplo, pelo fato do preconceito, pelo desestímulo, ou por não darem a atenção necessária ao problema. O fato é que não há saúde sem saúde mental.

A diversidade no contexto social sugere que a promoção de qualidade de vida destinada para todos seja

indispensável para que os diversos públicos possam usufruir do conceito de igualdade e de harmonia. Assim, elaborar espaços de qualidade, que proporcionam convívio e relacionamento dos diferentes públicos, pode auxiliar em um reconhecimento global do problema, para que em seguida possa ser compreendido e interagido. Através do processo de reconhecimento de uma problemática social, podem-se buscar soluções para que essa “deficiência” possa ser potencializada de alguma maneira.

Portanto, a inserção e integração com essas pessoas para a promoção da sua autonomia e cidadania, são bastante importantes. Deve-se inseri-las em uma dinâmica social ampla, onde se articulam diversos equipamentos da cidade. Não apenas criar um espaço auto-suficiente, e sim um centro que se relacione com o seu entorno e que procure se inserir permitindo a continuidade urbana, e conseqüentemente trazendo mais vida, movimento, e segurança para a região.

4. Objetivos

4.1. Geral

A partir das pesquisas e estudos referentes à questão da saúde mental, analisar sua pertinência na cidade de Criciúma e região. Com os levantamentos teóricos, obter maior abrangência de conhecimento do tema para poder gerar um partido arquitetônico e desenvolver com maior coerência e facilidade a segunda etapa do trabalho final de graduação.

4.2. Específico

Aprofundar conhecimento sobre a saúde mental.

Entender como funcionam os espaços dedicados à saúde mental hoje, e no que poderiam avançar.

Identificar lugares adequados na cidade para implantação do equipamento.

Aprender como contribuir no desenvolvimento do bem-estar do público usuário do espaço com o auxílio da psicologia ambiental.

Gerar um partido arquitetônico.

Propor um novo modelo de equipamento (infraestrutura) destinado à saúde mental a partir dos levantamentos de recursos já existentes, e que integre seu público com o público do entorno, reconhecendo a inclusão social e que gere uma troca de benefícios.

Entendendo o tema. História e Conceitos.

Parte 2

5. Saúde Mental, Transtorno Mental e Comportamental

Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia, a autonomia, a competência, a dependência interoperacional, e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Entende-se por transtornos mentais e comportamentais condições caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor ou comportamentos associados com angústia pessoal ou deterioração do funcionamento. (ROEDER, 2003, p. 29).

Para Sampaio (1992 apud ROEDER, 2003, p. 31), “a relação saúde/doença é um processo particular de expressão das condições de vida e do estilo de vida de uma sociedade [...]”, isso diz respeito às diferentes competências para se enfrentar os conflitos a partir das reações comportamentais. Assim, pode-se considerar o nível de aceitação da realidade, sua maturidade emocional, sua eficiência na solução dos problemas, como autonomia, atributo do adulto mentalmente saudável.

5.1. Classificação

Os transtornos mentais e de comportamento são uma série de distúrbios definidos pela “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos” (CID-10, 1993). Os transtornos geralmente caracterizam-se por uma combinação de idéias, emoções, comportamento e relacionamentos anormais com outras pessoas (ROEDER, 2003, p. 57). As categorias são:

- *Transtornos mentais orgânicos* – exemplos: demência na doença de Alzheimer, delírio;
- *Transtornos mentais e comportamentais*, devido ao uso de substâncias psicoativas – exemplos: uso prejudicial de álcool, síndrome de dependência de opiáceos;
- *Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes* – exemplos: esquizofrenia paranóide, transtornos delirantes, transtornos psicóticos agudos e transitórios;
- *Transtornos do humor* – exemplos: transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, mania;

- *Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes* – exemplos: ansiedade generalizada, transtornos obsessivo-compulsivos;
- *Síndromes comportamentais associadas às disfunções fisiológicas e fatores físicos* – exemplos: transtornos da alimentação, transtornos não-orgânicos do sono;
- *Transtornos da personalidade e do comportamento adulto* – exemplos: transtornos paranóicos da personalidade, transexualismo;
- *Retardo mental* – exemplo: retardo mental leve;
- *Transtornos do desenvolvimento psicológico* – exemplos: transtornos específicos da leitura, autismo infantil;
- *Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e a adolescência* – exemplos: transtornos hiperativos, distúrbios de conduta, tiques;
- *Transtorno mental não especificado.*

6. História da Saúde Mental

A humanidade convive com a loucura há séculos e, antes de se tornar um tema essencialmente médico, o louco habitou o imaginário popular de diversas formas. De motivo de chacota e escárnio a possuído pelo demônio, até marginalizado por não se enquadrar nos preceitos morais vigentes, o louco é um enigma que ameaça os saberes constituídos sobre o homem.

Na Renascença, a segregação dos loucos se dava pelo seu banimento dos muros das cidades européias e o seu confinamento era errante: eram condenados a andar de cidade em cidade ou colocados em navios que, na inquietude do mar, vagavam sem destino, chegando, ocasionalmente, a algum porto (ver anexo 02). No entanto, desde a Idade Média, os loucos são confinados em grandes asilos e hospitais destinados a toda sorte de indesejáveis – inválidos portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos. Nessas instituições, os mais violentos eram acorrentados; a alguns era permitido sair para mendigar.

No século XVIII, Phillippe Pinel propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. Várias experiências e tratamentos são desenvolvidos e difundidos pela Europa.

O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseia-se principalmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Para Pinel, a função disciplinadora do médico e do manicômio deve ser exercida com firmeza, porém com gentileza. Isso denota o caráter essencialmente moral com o qual a loucura passa a ser revestida.

No entanto, com o passar do tempo, o tratamento moral de Pinel vai se modificando e esvazia-se das idéias originais do método. Permanecem as idéias corretivas do comportamento e dos hábitos dos doentes, porém como recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional. No século XIX, o tratamento ao doente mental incluía medidas físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias.

Aos poucos, com o avanço das teorias organicistas, o que era considerado como doença moral passa a ser compreendido também como uma doença orgânica. No entanto, as técnicas de tratamento empregadas pelos organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral, o que significa que, mesmo com uma outra compreensão sobre a loucura, decorrente de descobertas experimentais da neurofisiologia e da neuroanatomia, a submissão do louco permanece e adentra o século XX.

A partir da segunda metade do século XX, impulsionada principalmente por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Esse movimento inicia-se na Itália, mas tem repercussões em todo o mundo e muito particularmente no Brasil.

Nesse sentido é que se inicia o movimento da Luta Antimanicomial que nasce profundamente marcado pela idéia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais.

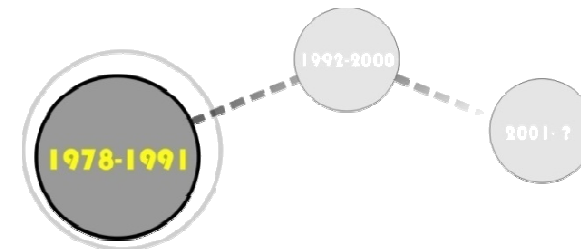
7. A Reforma Psiquiátrica no Brasil

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

O processo da Reforma Psiquiátrica dispõe de três grandes fases:

7.1. Primeira Grande Fase: crítica do modelo hospitalocêntrico



- Mobilização social e crítica do sistema hospitalar e asilar;
- Entrada no aparelho de Estado;
- Primeiras experiências de humanização e controle da hospitalização e da rede ambulatorial em saúde mental.

O ano de 1978 marca o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com

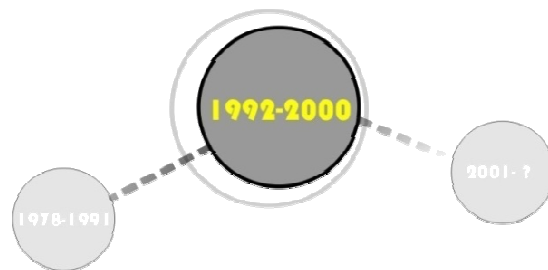
longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É neste Movimento que se passa a denunciar a violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro).

Neste período surge o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. São implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos

do hospital e associações. Essa experiência passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração de que a Reforma Psiquiátrica era possível e exeqüível.

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde.

7.2. Segunda Grande Fase: começa a implantação da rede extra-hospitalar



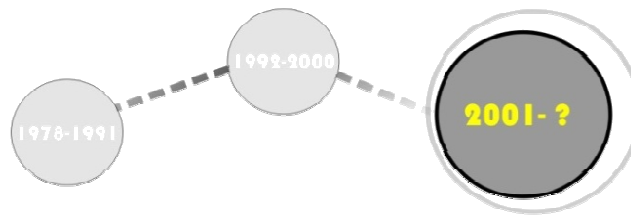
- Implementação da estratégia de desinstitucionalização;
- Consolidação do movimento da luta antimanicomial e impacto do avanço neoliberal.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

É na década de 90 que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS, e as normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos.

7.3. Terceira Grande Fase: A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional



- Consolidação da hegemonia reformista e da rede de atenção psicossocial;
- Ampliação da agenda política em saúde mental;
- Divisão do movimento da luta antimanicomial em tendências e impactos das limitações neoliberais do governo Lula;
- Desafios atuais.

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento

de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. A promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que ganha maior sustentação e visibilidade.

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”.

O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. Existem em funcionamento hoje no país mais de 670 Centros de Atenção Psicossocial.

8. A Luta Antimanicomial

A Luta Antimanicomial, se refere a um processo de transformação dos Serviços Psiquiátricos, derivado de uma série de **eventos políticos nacionais e internacionais**. Na sua origem, esse movimento está ligado à *Reforma Sanitária Brasileira* da qual resultou a criação do Sistema Único de Saúde - (SUS). Está ligado também à experiência de desinstitucionalização da Psiquiatria desenvolvidas em Gorizia e em Trieste, na Itália, por Franco Basaglia nos anos 60.

Tem seu início no dia 18 de maio de 1987, no Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, na cidade de Bauru, estado de São Paulo. Os profissionais envolvidos recusaram o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas e inauguraram um novo compromisso em busca de uma Reforma dos modelos, práticas e política de atenção à saúde mental no país. A causa se tornou eixo de um amplo **movimento social**. Como um de seus resultados,

temos hoje a **definição legal da Reforma Psiquiátrica**, ainda em fase de implantação.

A luta antimanicomial, fundamentada no oferecimento de direitos de cidadania e de convivência social aos portadores de transtornos mentais, é um desafio epistemológico para as ciências da saúde (e outras que queiram a elas se aliar).

9. O processo de desinstitucionalização

9.1 Redução de leitos

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002.

O gráfico a seguir ilustra o processo de redução de leitos da segunda metade da década de 90 até o ano de 2005:

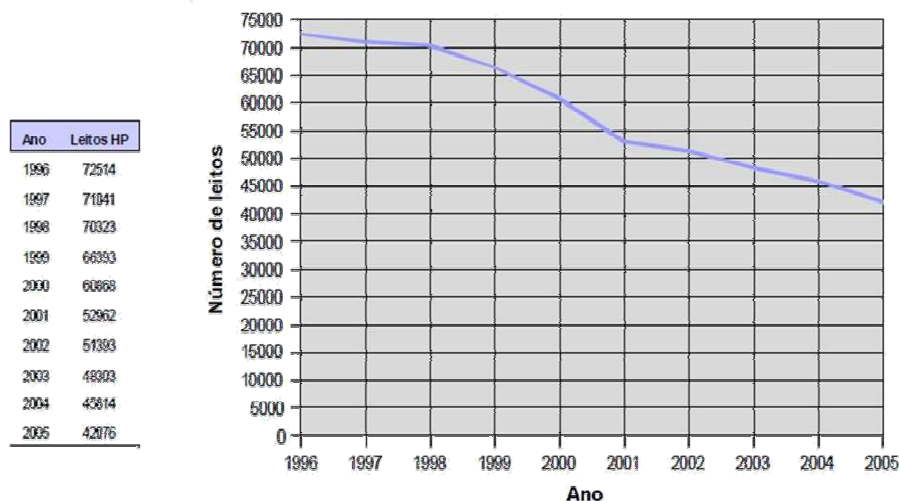


Gráfico 01 – Leitos Psiquiátricos SUS por ano (1996-2005)

Fontes : Até o ano 2000, SIH/SUS. Em 2001, SIH/SUS, corrigido. Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. Em 2004- 2005, PRH/CNES.1

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do Programa de Volta

para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, vem permitindo a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos. Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o desencadeador do processo de Reforma. Entre os anos de 2003 e 2005 foram reduzidos 6227 leitos.

9.2. Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG)

Visam à substituição das internações de longa permanência em grandes instituições exclusivamente psiquiátricas, pela internação em hospitais gerais.

Dentre as alterações a que devem ser submetidas essas instituições hospitalares destacam-se:

a) Limitação do número de internações para cada município ou região, reduzindo progressivamente o número

de leitos psiquiátricos. O processo de internação seria aplicado somente aos casos considerados agudos;

b) Proibição da existência de espaços restritivos (celas fortes);

c) Exige a implementação de um conjunto de projetos terapêuticos da instituição, voltados para a recuperação do paciente. Estas atividades buscam potencializar a questão da reintegração social-familiar;

d) Exige a observação dos parâmetros das normas específicas referentes à área de engenharia e arquitetura e vigilância sanitária em vigor (Portaria GM/MS N° 18 84, de 11 de novembro de 1994);

e) O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, e ainda:

I - sala de curativo;

II - área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

f) O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos e outros, com um mínimo de 40m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

Com as exigências da Reforma Psiquiátrica, a rede de atenção hospitalar em psiquiatria segue passando por readaptações. Reduzem-se os leitos, inserem-se atividades, e aos poucos os Hospitais deverão ser remodelados, tratando basicamente casos extremos agudos de internação.

9.3. O Programa De Volta para Casa



Fotografias da mostra "Saúde Mental: Novo Cenário, Novas Imagens"

Fonte: <www.ccs.saude.gov.br>

O Programa de Volta para Casa é um dos instrumentos mais efetivos para a **reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização**.

Foi instituído pelo Presidente Lula, por meio da assinatura da Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003. Trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios.

O objetivo é **possibilitar a ampliação da rede de relações dos usuários, assegurar o bem estar global da pessoa e estimular o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania**, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal.

É considerado um dos principais instrumentos no processo de **reabilitação psicossocial**, segundo a literatura mundial no campo da Reforma Psiquiátrica, juntamente com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de longa permanência e com os Serviços Residenciais Terapêuticos.

10. Saúde mental e o Programa de saúde da família (PSF)

No século XIX, o conflito entre o indivíduo e sua família torna-se assunto particular, e assumirá um aspecto de um problema psicológico. Durante todo o período do internamento, esse assunto esteve, no entanto ligado à ordem pública; punha em causa uma espécie de estatuto moral universal: toda a cidade interessava-se pelo rigor da estrutura familiar. Todo aquele que feria essa estrutura passava para o mundo do desatino. E foi assim tornando-se a forma maior da sensibilidade ao desatino, que a família um dia, poderá constituir-se no *topos* dos conflitos onde nascem as diversas formas da loucura. (FOUCAULT, 2003, p. 92)

Em dezembro de 1993 o Ministério da Saúde (MS) cria um grupo de trabalho com o objetivo de discutir a proposta de implantação de um modelo de saúde mais adequado as necessidades do país. Como resultado o grupo aponta para a criação de um programa que elege o núcleo familiar como foco de suas ações. De acordo com Santos et al. (2000 apud SCÓZ, 2003, p. 72),

[...] a importância de visualizar a família, como uma unidade de cuidado, é expressada frequentemente, referindo que 'o paciente não é sozinho, ele vem de algum lugar e se trabalha a valorização das pessoas cuidadoras de quem necessita o cuidado quer sejam as figuras parentais e/ou outros profissionais'.

Para SCÓZ (2003), se tratando do PSF e Reforma Psiquiátrica, a efetiva melhora na qualidade de vida converge para a realização do cuidado em saúde no próprio núcleo familiar. A substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, na exclusão social, intramuros, por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, exigirá também uma adaptação dos profissionais, que deverão, através do processo de capacitação, se instrumentalizarem para permitir a viabilização do novo modelo assistencial. **O grupo familiar** parceiro deste modelo, **deve assumir seu papel de ajudar o membro mais fragilizado a conviver com a situação**, desta forma diminuindo a internação. Apesar da legislação própria que determina a especificidade de suas ações, existem princípios que possibilitam a convergência de ações de saúde mental no PSF, por exemplo:

1. Princípios do SUS;
2. Territorialização e responsabilidade pela demanda;
3. Desinstitucionalização das pessoas internadas e a construção de rede de cuidado capaz de atender a demanda;
4. Modalidades de cuidado que garantam a escuta, o vínculo, que potencializem as singularidades, as biografias, as raízes culturais, as redes de pertencimento e estejam atentas e recusem as formas de medicalização, psiquiatrização e psicologização;
5. Planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações em equipe multiprofissional;
6. Desenvolvimento das ações de saúde mental nas unidades de saúde, nos domicílios, nos lugares e recursos comunitários;
7. Atendimento às pessoas em situações de gravidade, através de ações efetivas que viabilizem o acesso.

11. Recortes do caso

11.1. Barbacena

Barbacena situa-se na Serra da Mantiqueira, a 169 km da capital mineira e conta hoje cerca de 124.600 habitantes. Esse município foi conhecido como “Cidade dos Loucos” durante longos anos. Esse título foi recebido em função dos sete hospitais psiquiátricos que abrigou, dos quais ainda restam três na cidade. O maior desses hospitais abrigava uma clínica de repouso e clínica para os nervos e, posteriormente, um Sanatório para Tuberculosos. Era uma instituição para ricos. Com a falência do sanatório, o prédio foi ocupado por um hospital psiquiátrico em que os pacientes se dividiam em pagantes e indigentes.

Em seu auge o hospital chegou a abrigar cerca de 5.000 moradores, os quais chegavam de todos os cantos do Brasil, apinhados em um trem que parava na frente dos pavilhões. Esse veículo ficou conhecido como “Trem de Doido”. Do hospital, a maioria das pessoas não saía nunca mais. Muitos chegavam crianças e nunca mais viam suas

famílias. Para lá, eram enviados meninos considerados pelos pais e professores como desobedientes; moças que, para a desgraça familiar, tinham perdido a virgindade ou que engravidavam sem estarem casadas; presos políticos e toda a sorte de “indesejáveis” na sociedade, dentre os quais também os sífilíticos e os tuberculosos.

Os internos viviam no hospital em estado de absoluto abandono. Perambulavam pelos pavilhões nus e descalços e eram forçados a comer comida crua, servida em cochos e sem talheres. Para acomodar tanta gente nas instalações do hospital, as camas eram retiradas e feno era espalhado pelo chão. Conviviam com ratos, com suas próprias fezes e urina e morriam às dezenas de diarreia, desnutrição, desidratação e de tantas outras doenças oportunistas. Estima-se que cerca de 60 mil pessoas morreram nesse hospital. Eram 60 óbitos por semana, 700 por ano.

Muitas faculdades de medicina, em todo o Brasil, compravam os cadáveres de Barbacena para abastecer seus laboratórios de anatomia, se tornando um negócio lucrativo para interesses escusos. Os mais rebeldes ou aqueles que

cometiam algum ato considerado pelos funcionários como insubmissão eram mantidos presos em celas gradeadas, algemados pelos pés e mãos, contidos por várias técnicas e métodos diferentes. Passavam por sessões de eletro choque, das quais saiam mortos ou com dentes e ossos quebrados.

Em 1979, o conhecido psiquiatra italiano Franco Basaglia visitou o Hospital Colônia de Barbacena e o comparou aos campos de concentração nazistas de Adolf Hitler.



Imagem 01: Hospital Colônia de Barbacena

Fonte: <<http://sanderkelsen.wordpress.com/2010/05/18/museu-da-loucura-barbacena-e-o-dia-da-luta-antimanicomial/>>

11.2. Museu Imagens do Inconsciente

O Museu de Imagens do Inconsciente teve origem nos ateliês de pintura e de modelagem da Seção de Terapêutica Ocupacional, organizada por Nise da Silveira em 1946, no Centro Psiquiátrico Pedro II. Aconteceu que a produção desses ateliês foi tão abundante e revelou-se de tão grande interesse científico e utilidade no tratamento psiquiátrico que pintura e modelagem assumiram posição peculiar.

Daí nasceu a idéia de organizar-se um Museu que reunisse as obras criadas nesses setores de atividade, a fim de oferecer ao pesquisador condições para o estudo de imagens e símbolos e para o acompanhamento da evolução de casos clínicos através da produção plástica espontânea. Em 20 de maio de 1952 foi inaugurado o Museu de Imagens do Inconsciente, numa pequena sala.



Imagem 02: Pinturas de usuário do Museu Imagens do Inconsciente

Fonte: <www.museuimagensdoinconsciente.org.br>

11.3. A mudança de paradigma

Barbacena guarda todas essas histórias em sua memória e, mais especificamente, no **Museu da Loucura**, inaugurado em 1996. O exemplo de Barbacena é notável tanto por essa história que nos remete ao modelo clássico dos manicômios da Idade Média (tal como o Bethlem Royal Hospital of London, o hospital psiquiátrico mais antigo do mundo - data de 1247 - o qual ficou conhecido pela forma brutal como tratava os pacientes), quanto pela superação desse paradigma, nos ares da Reforma Psiquiátrica.



Imagem 03: Bethlem Royal Hospital of London, hoje Warm Museum
 Fonte: <<http://knowledgeoflondon.com/images/warmuseum.jpg>>

As denúncias contra o tratamento desumano no interior dos manicômios citam os hospitais de Barbacena e começam a mobilizar a sociedade. Na crença de que o paciente com transtorno mental pode e deve ser tratado sem ser retirado do seu meio familiar e social e sem ficar trancafiado, sem liberdade, no hospital psiquiátrico é que se sustenta toda a revolução na atenção à saúde mental.

A exemplo de Barbacena e da remodelação do Centro Psiquiátrico Pedro II com o surgimento do Museu Imagens do Inconsciente, esse desafio é aceito e os hospitais psiquiátricos vão sofrendo intervenções do Ministério da Saúde, fechando suas portas e sendo descredenciados do Sistema Único de Saúde. Em contrapartida, são organizadas as chamadas Residências Terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial.

12. Dialética da diversidade

A qualidade de vida, por ser um conceito abstrato e pessoal, tem relação direta com a ética da diversidade, que se caracteriza pelo respeito às diferenças comportamentais de cada indivíduo e pela diversidade cultural. Encontra-se associada à solidariedade de cada indivíduo para com seus semelhantes, nas necessidades de sobrevivência e de transcendência, e na essência da construção de uma sociedade sadia e de uma humanidade em harmonia global. Esta ética pede uma redefinição de prioridades da ciência e da tecnologia para que os caminhos em prol do desenvolvimento respeitem o meio vivo e sejam acompanhados de autocontrole, evitando ações que possam ameaçar a vida, o meio ambiente e o desrespeito às tradições e aos valores socioculturais (Brandão, 1991 apud Roeder, 2003, p. 259).

Para Moreira (1987 apud Roeder, 2003, p. 260), só é possível sermos livres hoje, dentro da identidade que nos une como seres humanos, respeitando as diferenças e particularidades que nos tornam membros de um grupo ou nos tornam indivíduos.

12.1. Tratamento ao usuário

Segundo a OMS (2001, p. 92), podem-se destacar os seguintes fatores que melhoram a adesão ao tratamento. São eles:

- uma relação terapeuta/paciente baseada na confiança;
- gasto de tempo e energia na educação do cliente com respeito às metas da terapia e às conseqüências da boa e de má adesão;
- um plano de tratamento negociado;
- envolvimento de familiares e amigos para apoiar o plano terapêutico e sua implementação;
- simplificação do regime de tratamento;
- redução das conseqüências adversas do regime de tratamento.

13. Isolamento x exteriorização

Com a reforma psiquiátrica, as metodologias de abordagens da questão da saúde mental mostraram soluções inversas àquelas até então utilizadas. As mobilidades sociais fizeram repensar o modelo antes empregado como ideal. Portanto, existe o conflito entre dois parâmetros inversamente orientados: o do **isolamento** e o da **exteriorização**.

O sistema utilizado antes da reforma psiquiátrica abolia a participação dos que sofriam de transtornos mentais no meio social, que segundo Foucault (2005), servia como controle da sociedade, organizado de forma a garantir a **vigilância** e a **disciplina**. O dispositivo encontrado de forma a garantir tais preceitos, tinha como símbolo o pan-óptico, construção em anel com uma torre em seu núcleo, vazada por grandes janelas, que permitem a observação irrestrita dos compartimentos à sua volta. Esse modelo também se aplicava às escolas, prisões, conventos, quartéis e outras instituições.



Imagem 04: Narrenturm, Hospital da Áustria, 1784.
Fonte: Silva, 2008.



Imagem 05: Prisão de Petite Roquette, Paris. Projeto de 1844.
Fonte: Silva, 2008.

Esse modelo anterior à reforma psiquiátrica se organizava de forma centrípeta, fechada, voltando-se para um centro, empregando o isolamento do indivíduo que apresentava problemas mentais, para se obter um maior controle e vigilância do mesmo, conforme mostra o Diagrama conceitual 01.

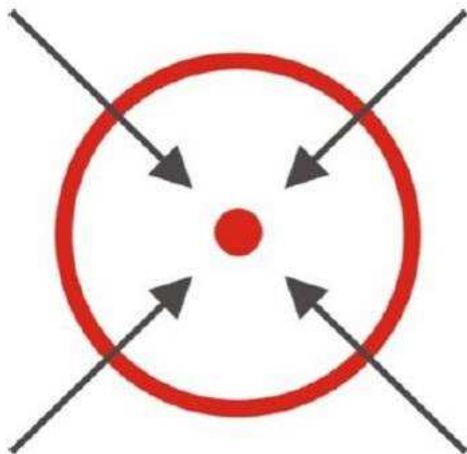


Diagrama conceitual 01: Arquitetura introspectiva, centrípeta.
Fonte: Silva, 2008.

Opondo-se ao anterior, o modelo pós reforma psiquiátrica, busca a exteriorização da edificação, propondo sua inserção ao meio social, possibilitando a integração dos pacientes/usuários com o entorno, e rompendo as barreiras que antes os enclausuravam.

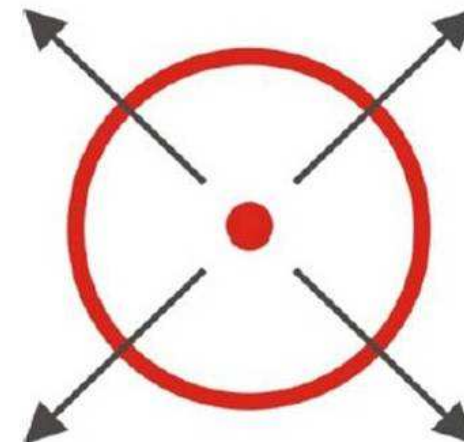


Diagrama conceitual 02: Arquitetura da exteriorização, centrífuga (fuga do centro).
Fonte: Silva, 2008.

Estudo das soluções encontradas hoje para o problema.

14. Soluções no Brasil, após a Reforma Psiquiátrica

14.1. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

De acordo com Brasil (2004), o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo, denominado como Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva, marcando uma nova fase da saúde mental no país.

14.1.1. Características

Segundo Brasil (2004), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) é um serviço de saúde **aberto** e **comunitário** do SUS. É um lugar de referência para tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja gravidade ou persistência expliquem

sua permanência num ambiente de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Os CAPS são considerados a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

14.1.2. Funções (de acordo com BRASIL, 2004)

- Prestar **atendimento clínico** em regime de atenção diária, evitando assim as internações hospitalares em hospitais psiquiátricos de maior urgência;
- Promover a **inserção social** dos pacientes;
- Organizar a **rede de atenção** as pessoas com transtornos mentais nos municípios.

14.1.3. Normas (de acordo com Lei Federal 10.216)

- Devem ser responsáveis pelo **acolhimento de 100% da demanda** dos portadores de transtornos severos de seu território;

- Garantir a presença de **profissional responsável** durante todo o período de funcionamento da unidade;
- Criar uma **ambiência terapêutica** acolhedora no serviço, que possa incluir pacientes muito desestruturados que não consigam acompanhar as atividades estruturadas da unidade;
- Os projetos terapêuticos dos CAPS devem ser **singulares**, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações;
- Considerar o **cuidado intra, inter, e transubjetivo**, articulando recursos de natureza clínica, incluindo medicamentos, de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psicossocial;
- Não devem ser complementares aos hospitais psiquiátricos, e sim **substitutivos**.

Diretrizes para sua implantação:

1 – **Universalidade de acesso**: que significa a garantia do acesso de toda e qualquer pessoa, a todo e qualquer serviço de saúde que participe do SUS;

2 – **Integralidade na assistência**: onde as ações e os serviços de saúde, funcionam como um conjunto articulado capaz de atender a todos os casos, e em todos os níveis de complexidade do sistema;

3 – **Direito à informação**: das pessoas sobre sua saúde;

4 – **Participação da comunidade**: efetivada através dos Conselhos de Saúde, por exemplo. A participação se estende desde a fiscalização até o acompanhamento das ações e serviços de saúde, além da avaliação destes;

5 – **Uso da epidemiologia** para planejamento das ações.

De acordo com Brasil, 2004, os CAPS deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos:

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- oficinas;
- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

Até o final do ano de 2005, existiam no país 251 CAPS I implantados, 266 CAPS II, 25 CAPS III, 56 CAPSi e 91 CAPSad.

14.1.4. Classificação

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad.

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS ad
Perfil Populacional	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes	Crianças e adolescentes com transtornos mentais	Pessoas com transtornos decorrentes ao uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e drogas
Capacidade	20 usuários / turno	30 usuários / turno	40 usuários / turno	180 crianças / mês	240 pessoas / mês
Período de funcionamento	8 às 18 horas (5 dias úteis)	8 às 18 horas (5 dias úteis)	24 horas (todos os dias)	8 às 18 horas (5 dias úteis)	8 às 18 horas (5 dias úteis)
Cobertura	Municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes	Municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes	Municípios com população acima de 200 mil habitantes	Municípios com população acima de 200 mil habitantes	Municípios com população acima de 100 mil habitantes
Equipe mínima	9 profissionais	12 profissionais	16 profissionais	11 profissionais	13 profissionais

Quadro 01: Quadro de classificação dos CAPS.

Fonte: BRASIL (2004). Elaborado pela autora.

Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS – Equipes mínimas

CAPS I

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

CAPS II

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

CAPS III

- 2 médicos psiquiatras
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 5 profissionais de nível superior de outras categorias

profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior

- 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPSi

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

CAPSad

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

Quadro 02: Profissionais dos CAPS.

Fonte: BRASIL (2004). Elaborado pela autora.

14.1.5. CAPS e a rede básica de saúde

A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou **unidades de saúde** locais e/ou regionais, pelo **Programa de Saúde da Família** e de **Agentes Comunitários de Saúde**, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Esses profissionais e equipes possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território.

Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no **acompanhamento**, na **capacitação** e no **apoio** para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais. Para esta integração, o CAPS precisa:

- conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território;
- estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;
- realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender

conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica;

- realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Esquema 01: A continuidade dos serviços de saúde.

Fonte: (BRASIL, 2004)

14.2. As Residências Terapêuticas

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, também conhecidos como Residências Terapêuticas, são casas, locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem.

As Residências Terapêuticas foram instituídas pela Portaria/GM nº 106 de fevereiro de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos.

Tais casas são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. Assim, para cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, um igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser realocados para os fundos

financeiros do estado ou do município para fins de manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Até o ano de 2005, existiam em todo o território nacional mais de 470 residências terapêuticas.

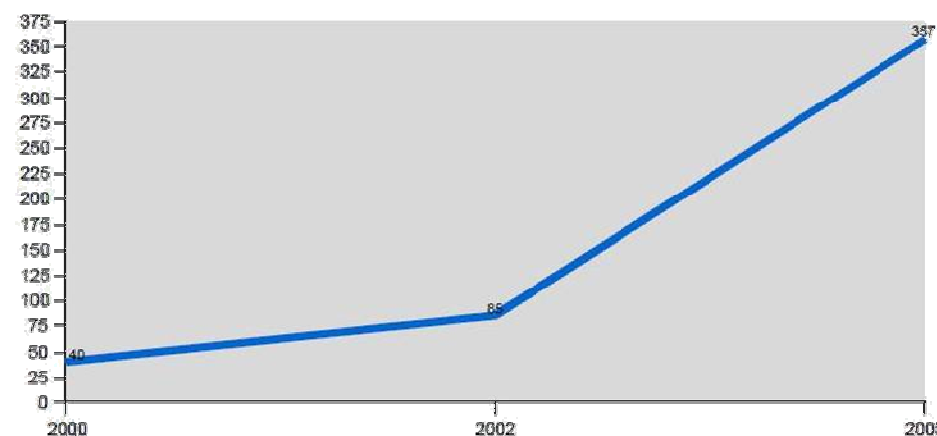


Gráfico 02: Expansão das Residências Terapêuticas entre os anos 2000 e 2005.
Fonte: Ministério da Saúde. Dados de 2005 colhidos até outubro de 2005.

14.3. Os Centros de Convivência e Cultura

Em alguns municípios do país, como Belo Horizonte (MG) e Campinas (SP), vem se consolidando um dispositivo inovador, concebido no território da cultura e da cidade, que tem se destacado pelo papel estratégico que vem desempenhando na inclusão social das pessoas com transtornos mentais: os Centros de Convivência e Cultura. O Ministério da Saúde vem conduzindo um debate em torno da viabilidade de aprofundamento e expansão deste dispositivo para todo o país.

Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos que compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais. Não são equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento

médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferecem para a pessoa com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura.

A clientela dos Centros de Convivência e Cultura é composta, mas não exclusivamente, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. As oficinas e as atividades coletivas são o grande eixo do trabalho dos Centros, assim como a articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Saúde, Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Saúde da Família, dispositivos da rede de assistência social, dos campos do trabalho, da cultura e da educação. É característico dos Centros de Convivência e Cultura a articulação permanente com os espaços do seu território e da cidade.

Qualidade de vida e influências da psicologia ambiental.

15. Qualidade de vida (QV) na saúde mental

A importância de se avaliar a qualidade de vida reside no fato de que as doenças mentais possuem um impacto negativo e profundo sobre ela, e em alguns casos o indivíduo pode cometer suicídio, como mostra o quadro do IML de Criciúma de 2010 (anexo 03).

Nesse contexto, Roeder (2003, p. 35) afirma que

[...] a área da saúde mental precisou de muito tempo para compreender a totalidade do indivíduo como um ser biopsicossocial, bem como a importância dos medicamentos, moradia, resgate de habilidades sociais, apoio comunitário, educação, lazer, resgate da auto-estima e percepção do bem-estar psicológico, como um conjunto de fatores necessários para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais.

As avaliações da QV devem incluir a performance no trabalho e as funções de relações sociais, como também devem enfatizar a experiência subjetiva do paciente. (Endicot, 1993 apud Roeder, 2003, p. 35)

O modelo comunitário proposto pela OMS orienta a estruturação dos serviços de saúde mental na direção do tratamento integrado entre os serviços hospitalares e extra-hospitalares, fundamentando-se na abordagem psicossocial, nos direitos do paciente e na melhoria global da assistência à saúde e na melhoria da condição de vida dessa população (ROEDER, 2003, p. 35).

Quanto ao resgate de cidadania e reestruturação do convívio familiar, Roeder (2003, p. 36) afirma:

A participação na vida social representa, para os portadores de transtornos mentais, a possibilidade de conquistar melhor nível de aceitação da doença mental e de conseguir mudanças de atitudes pessoais favoráveis à recuperação. O exercício do resgate social serve de forte estímulo e apoio à retomada de papéis sociais anteriormente abandonados pelo indivíduo e, assim, diversas pessoas encontram condições para voltar aos estudos ou ao exercício de atividades profissionais. Da mesma forma, para aqueles que lidam e convivem com a doença mental, os grupos de apoio e auto ajuda são imprescindíveis, no sentido de aprender como cuidar de uma pessoa com transtorno mental, ao mesmo tempo em que enfrentam as inúmeras dificuldades cotidianas, inclusive a incompreensão geral que cerca a questão. As pessoas envolvidas se reúnem não apenas para aprender a cuidar melhor de seus familiares doentes, mas também, para cuidar de si mesmas e melhorar sua qualidade de vida.

15.1. Bem estar no Ambiente

A qualidade de vida está diretamente influenciada pelo ambiente que, segundo Alonso (1994 apud Roeder, 2003, p. 41), é compreendido como um conjunto de relações sociais, biológicas, culturais, econômicas, religiosas, políticas e ecológicas, que formam um contexto que interage com o ser humano, e a partir desta interação (ser humano e ambiente), podem ser modificados ou transformados.

Conforme Roeder (2003, p. 42), no ambiente terapêutico deve-se respeitar o cumprimento dos seguintes itens:

- a) avaliação multiprofissional;
- b) atendimento individual;
- c) atendimento grupal;
- d) abordagem à família (com orientação sobre o diagnóstico, tratamento, alta hospitalar e continuidade do tratamento;
- e) preparar o cliente para alta hospitalar garantindo sua referência para dar continuidade ao tratamento.

Na área arquitetônica e de engenharia, deve-se observar dentre as diversas construções necessárias, **uma área externa para deambulação e/ou prática de esportes, salas de jogos, recreação, salas de estar**, etc.

Kirsta (1999 apud Roeder, 2003, p. 42) afirma que o nosso ambiente é a extensão de nós mesmos. A organização do espaço onde vivemos, é uma forma de auto-expressão, uma demonstração pessoal de identidade e um sentido de propriedade, que tem influência sobre um estado de humor, intimamente associado ao estresse. Fatores de estresse geral ou ambiental, como barulho, má iluminação, desorganização, cores inadequadas, dentre outros, **influenciam no estado emocional, na concentração e na energia** do indivíduo.

Quando se trata de um ambiente de tratamento, este espaço “pessoal” passa a ser dividido com diversas pessoas e o cuidado na administração deste deve ser redobrado a fim de garantir que as instalações facilitem a privacidade e a socialização, promovendo um sentimento de bem-estar.

Para Roeder (2003, p. 43), este cuidado com o ambiente institucional merece atenção, pois o enfoque

generalizado sobre a massa no atendimento aos seres humanos destrói a auto-estima e o senso de dignidade individual. Por outro lado, o processo de resgate da individualidade dos clientes, o resgate de um espaço pessoal, através de coisas simples, como o **uso do nome** ou uma **cama exclusiva**, o **processo de escuta e valorização da história pessoal**, permite a busca da existência de um sujeito, muito além de um simples “paciente”.

Na ótica de Taylor (1992 apud Roeder, 2003, p. 43), se desejar aumentar a auto-estima dos clientes, é essencial que se respeite determinados aspectos do ambiente físico. Oferecer um lugar **para guardar os pertences pessoais** com armários, roupeiros ou outro tipo de móvel; **quartos ocupados por, no máximo, duas ou três pessoas**; **evitar a utilização de uniformes**, que contribuem para a despersonalização do cliente; arrumar o mobiliário em áreas comuns numa disposição que **facilite a interação social**; instalações do refeitório que possibilitem um clima de **tranquilidade e contato** alegre entre os usuários; e banheiros que garantam **privacidade**.

15.2. Fatores influenciadores do bem estar

A psicologia ambiental sugere que a partir de elementos constituintes, o indivíduo pode sofrer estímulos, e este lançará uma resposta em forma de comportamento. A relação entre as respostas biológicas humanas e o estímulo sensorial é uma das bases da psiconeuroimunologia, segundo Gappell (1991 apud Silva, 2008, p. 67). Para ele a psiconeuroimunologia é a arte e ciência de criar ambientes que previnam doenças, colaborando na cura, e promovendo o bem estar. Assim, o nosso bem estar físico e emocional pode ser influenciado por seis fatores ambientais: **luz, cor, som, aroma, textura e forma**.

15.2.1. Luz

Para Silva (2008), na atuação fisiológica da luz uma série de funções do nosso corpo é regulada em nosso organismo. Nosso controle endócrino atua no controle de estresse, fadiga e a supressão da melatonina, por exemplo. Já a atuação psicológica da luz influi diretamente sobre o

estado psicológico do indivíduo, regulando a produção de alguns hormônios e vitaminas e atuando sobre o sistema nervoso. A iluminação por lâmpadas fluorescentes é considerada pelo corpo humano como escuridão, tendo ação somente funcional de iluminar visualmente o ambiente. Porém a luz solar, comprovadamente diminui a ação dos hormônios do estresse. A iluminação natural é a que traz maiores benefícios, tanto fisiológicos, quanto psicológicos ao indivíduo.

O fator 'iluminação' pode ser explorado nos projetos de arquitetura através da criação de **pátios, janelas e clarabóias**, tomando o cuidado na escolha dos ambientes e do elemento a ser utilizado, evitando os espaços de permanência, por exemplo.



Imagem 06: Luz.
Hospital Psiquiátrico Helsingor.
Fonte: <www.worldarchitecturenews.com>



Imagem 07: Luz. Escola em São Paulo.
Fonte: <www.arcoweb.com.br>

15.2.2. Cor

De acordo com Silva (2008), as cores possuem forte influência no psicológico e nas emoções humanas. Todo nosso sistema nervoso simpático, que desperta ações que permitem ao organismo responder a situações de estresse, é estimulado pela cor vermelha, aumentando atividade das ondas cerebrais, enviando mais sangue para os músculos e acelerando as batidas do coração. No sentido inverso, a cor azul estimula nosso sistema nervoso parassimpático, responsável por funções que mantêm nosso estado de relaxamento cerebral e muscular, intensificando efeitos tranquilizadores. (GAPPELL, 1991)

Nossa percepção também é alterada de acordo com a cor considerada (ver quadro 03).

Cor	Efeito de distância	Efeito de temperatura	Disposição psíquica
Azul	Distância	Frio	Tranquilizante
Verde	Distância	Frio a neutro	Muito tranquilizante
Vermelho	Próximo	Quente	Muito irritante e intranquilizante
Laranja	Muito próximo	Muito quente	Estimulante
Amarelo	Próximo	Muito quente	Estimulante
Marrom	Muito próximo / Contenção	Neutro	Estimulante
Violeta	Muito próximo	Muito quente	Agressivo, intranquilizante, desestimulante

Quadro 03: Efeito das cores.

Fonte: Dados reproduzidos por Silva, com base no quadro de Grandjean. (1998 apud Silva, 2008, p. 70)
Gratificação pessoal.

O uso das cores também pode ser aplicado para **realce das formas, evidenciar** ou **camuflar** elementos e no auxílio da **legibilidade** para melhor orientação dos usuários, marcando entradas, setores, etc.



Imagem 08: Cor. Realce de volume. Centro Cultural em Goiânia.
Fonte: <www.arcoweb.com.br>

15.2.3. Som

Para Silva (2008), um som considerado inconveniente ou barulhento, além de trazer níveis de irritabilidade e desconforto, pode promover adversidades na percepção visual e diminuir a capacidade de aprendizado. Para um paciente que já se encontra fragilizado, devido à própria doença ou em função da ação de determinados medicamentos, estas alterações fisiológicas e psicológicas

podem vir a atrapalhar ainda mais seu quadro de recuperação. Ao elaborar um projeto, podemos utilizar elementos relativos ao isolamento acústico, por meio do emprego de paredes, esquadrias ou revestimentos específicos para este fim, evitando a propagação de sons provenientes tanto do meio externo, quanto do interior da edificação. Além disso, a escolha do local para implantação do projeto pode influenciar na questão sonora. Por outro lado, o som pode trazer benefícios ao corpo humano, quando este é controlado, por exemplo, na forma de música, que pode funcionar como relaxamento e distração.

“O mecanismo audioanalgésico inclui endorfina produzida pela resposta emotiva que ocorre quando escutamos uma música”. (GAPPEL, 1991 apud Silva, 2008, p. 73).

Os sons naturais, como canto de pássaros ou os causados pela água, nos evocam sensações relaxantes e calmantes. Na arquitetura, estes sons podem ser promovidos pelo uso de **fontes de água** e de **jardins internos**.



Imagem 09: Som. Fonte.
Edifício administrativo e de serviços do
porto de Itaipu, São Luís-MA.
Fonte: <www.arcoweb.com.br>

15.2.4. Aroma

De acordo com Silva (2008), os aromas podem ser chamados de estimuladores silenciosos, influenciando nossa mente, corpo e saúde. Os cheiros e as emoções estão fortemente interligados. Segundo Gappell (1991 apud Silva, 2008, p. 74), odores desagradáveis aumentam o ritmo da respiração e batimentos cardíacos. Inversamente, odores agradáveis são redutores de estresse.

O emprego de **plantas e jardins internos** na arquitetura hospitalar, além de possibilitar odores agradáveis, traz outros benefícios em relação à purificação do ar interno, removendo alguns poluentes tóxicos, alegrando o ambiente e promovendo o tão importante contato com a natureza.

15.2.5. Textura

“A qualidade tátil do espaço pode ser enriquecida pelo uso de tratamentos diferenciados para as superfícies, como variedade de tecidos e acabamentos e a variedade e versatilidade dos móveis, proporcionando conforto”. (VASCONCELOS, 2004 apud SILVA, 2008, p. 74)

O emprego de texturas pode ser potencializado proporcionando ao paciente o **contato com a natureza**, por meio do emprego de **pátios** e **jardins** na edificação. A natureza é rica em texturas, com folhas em recortes, formas e tamanhos diferentes.



Imagem 10: Textura.
Maquete eletrônica, Centro de Formação,
Pesquisa e Inclusão Digital do Ensino
Fundamental - São Caetano do Sul.
Fonte: <www.arcoweb.com.br>

15.2.6. Forma

Para a concepção de ‘forma’, podemos pensar nas diferentes configurações espaciais relacionadas ao emprego de formas, como círculos ou retângulos, em uma planta baixa de uma enfermaria, ou considerando uma escala menor, em

elementos com formatos diferenciados inseridos no interior destes ambientes.

Em uma planta de configuração linear podemos observar como os equipamentos podem ficar distantes dos quartos de alguns pacientes, por exemplo. Já em uma planta com disposição radial, estes elementos podem ser configurados de forma a estarem todos numa mesma proximidade.

Os funcionários devem vigiar os pacientes, mas, no entanto, cabe ao arquiteto buscar o emprego de configurações espaciais que garantam o mínimo de **privacidade**.

Para Silva (2008), o emprego de elementos constituintes do ambiente interno, com formas diferenciadas pode provocar estimulações sensoriais à medida que se destacam no espaço inserido, trabalhando como uma distração positiva. São mais facilmente evidenciadas com o uso de formas puras, despertando a atenção de seus usuários.

16. Atividades terapêuticas de relaxamento

16.1. Caminhadas, passeios, atividades ao ar livre

Para Roeder (2003), o isolamento, a impossibilidade de trocar impressões com os outros, são circunstâncias que provocam a insegurança ou o desaparecimento da consciência de experiência e realidade. As caminhadas são recomendadas no sentido de **resgatar a consciência**, como também das perturbações dos limites e da identidade do Eu. Essas atividades servem como instrumentos de orientação e de integração do indivíduo ao meio em que vive, em relação ao tempo, ao local, às pessoas e à situação. Proporciona o contato com odores, cores, sons, formas, movimentos e situações de vida diversificadas e inusitadas. Desta forma, estimula a reação natural do corpo ao encontro do mundo **interno e externo** do indivíduo.

16.2. Ludoterapia

Segundo Roeder (2003), o jogo implica em variadas formas de reflexão. O movimento é lúdico quando é espontaneamente positivo e construtivo, proporcionando o bem estar. Constitui-se na **expressão do inconsciente** de quem o vivencia. O jogo é um lugar imaginário no qual pode nascer a potencialidade criadora, e é considerado como uma atividade espontânea do indivíduo. Mobiliza as funções da inteligência, as estruturas de afetividade e da imaginação criadora, e libera as tensões acumuladas.

Por meio de uma atmosfera lúdica, o jogo fortalece a aproximação do sujeito com o mundo real. Exemplos dessa atividade são os **jogos teatrais**, que auxiliam os usuários a vencer suas dificuldades de expressão.

16.3. Ritmoterapia

O homem é um ser rítmico, de movimento. Porém, diversos fatores podem produzir alterações sensório-perceptivas que prejudicam sua comunicação, sua função cognitiva, sua interação com o meio e com seu próprio ritmo pessoal. Para Roeder (2003), o trabalho com atividades rítmicas favorece a conscientização do corpo como fonte de improvisação e de expressão limitada, seja ela musical, teatral, artística ou gestual. A **dança**, por exemplo, se constitui em uma vivência mobilizadora que pode levar a um estado transcendental. Uma atividade que se fundamenta na **alegria**, no **prazer** e no **bem-estar**. As sensações, percepções e vivências corporais proporcionadas pelas atividades rítmicas são o ponto de partida das possibilidades de reencontro do usuário com seus meios de expressão.

16.4. Grupoterapia

Os seres vivos passam a maior parte do tempo em situações de grupo. Vivem, trabalham, brincam, oram, convivem com seus pares. A associação em grupo é de suma importância na vida da pessoa, considerando que os seres humanos são seres inerentemente sociais. O grupo é considerado como um sistema e funciona de modo a manter seu equilíbrio.

De acordo com Roeder (2003), o grupo terapêutico tem, dentre seus objetivos, o de ajudar os indivíduos a alterarem seus padrões comportamentais e a desenvolverem modos mais eficazes de lidarem com o estresse da vida diária e com as próprias dificuldades pessoais advindas do processo terapêutico.

Estudos de caso. Visitas, entrevistas. Referenciais arquitetônicos.

17. Estudos de casos

17.1. CAPS II – Criciúma

O CAPS II de Criciúma foi inaugurado no dia 30 de abril de 2004, possui capacidade de 220 acolhimentos, atendendo 70 usuários por dia, 167 usuários por mês, com mais de 1000 prontuários, entre usuários intensivos (todos os dias), semi-intensivos (três dias/semana) e não-intensivos (uma vez/semana), funcionando de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.



Imagem 11: Vista externa – CAPS II
Fonte: arquivo pessoal

No CAPS II, a coordenadora Karina Kesting Felisberto esclareceu algumas questões:

- Apesar da capacidade, não se têm espaços adequados para as dinâmicas de grupo, as **salas são pequenas**, e não é possível que todos participem de determinada atividade em um mesmo local. (Ver imagem 13, pag. 52)

- Karina salientou que muitos usuários demonstram **apego** ao serviço do CAPS. Muitos têm resistência a deixar o local quando devem, pois ali eles recebem dedicação dos funcionários e depositam sua confiança, que muitas vezes não são concedidas dentro da própria família ou comunidade.

- Por funcionar em uma residência alugada, o CAPS possui desfalques em determinadas áreas. Em relação aos

espaços abertos e áreas verdes, possuem apenas canteiros resultantes da implantação da residência, pequenos espaços que “sobraram”. Por isso, atividades como preparo de hortas, são pouco utilizadas. Atividades como caminhadas e outras elaboradas na educação física, normalmente são feitas fora do espaço do CAPS, em parques e praças mais próximas. (Ver imagem 15, pag. 52)

- O CAPS II não possui espaços exclusivos para os familiares do usuário. Utilizam o mesmo espaço. Assim ocorre também com os funcionários.

- Não existe divisão de grupos a partir do diagnóstico.

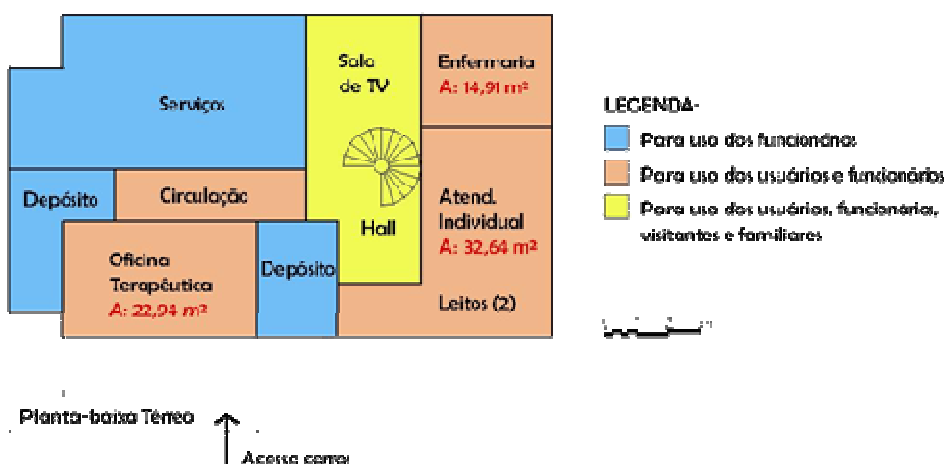
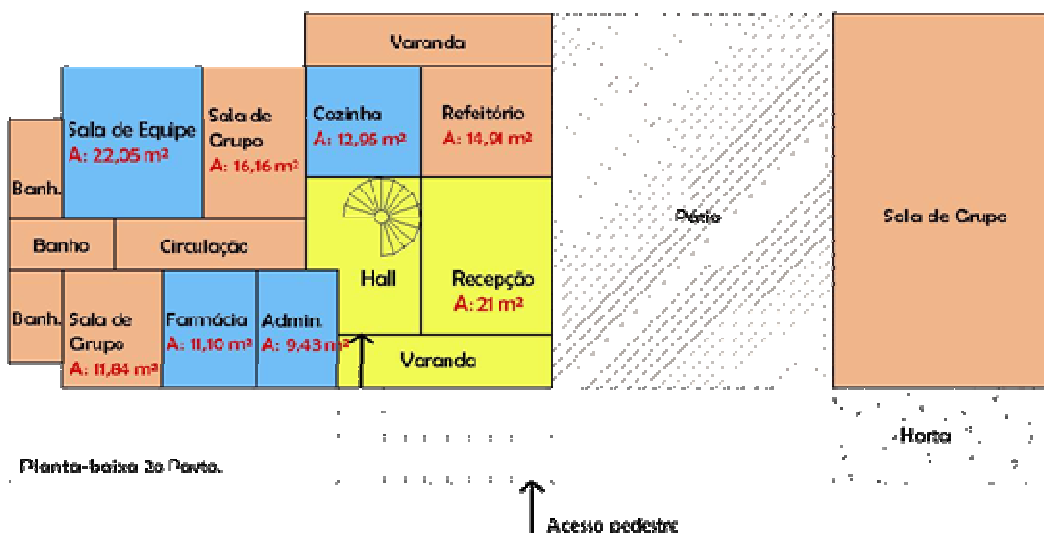
- Os dois leitos do CAPS II só são utilizados quando se medica ou quando algum usuário não se sente bem.

- O **mobiliário** também é limitado: aproveitam os armários já existentes na residência para depositar os materiais, por exemplo. (Ver imagem 17, pag. 52)

- A **acessibilidade** é questionada, não possuem rampas e quando algum usuário com necessidades especiais de mobilidade precisa acessar o local, este precisa da ajuda dos funcionários. O ambiente precisa de reparos, de espaços maiores e com acessibilidade para que seu funcionamento também progrida.

- Com relação à **privacidade** dos usuários, estes somente dispõem de locais para descanso com colchonetes e área para fumantes, nos intervalos das atividades. Mas estes ocorrem em áreas comuns, portanto a privacidade como um todo não existe.

- Em relação à inserção do CAPS em um bairro residencial, Karina ressalta que a **vizinhança** não demonstra incomodidade.



O CAPS II, assim como o CAPS III, possui problemas na funcionalidade dos espaços, já que atuam em residências alugadas. Além dos espaços não terem dimensões suficientes para o bom funcionamento do espaço, percebe-se também que alguns ambientes não estão dispostos de maneira adequada. Tem-se um conflito de usos principalmente na relação dos espaços para os funcionários (mancha azul) com os espaços em que o usuário também frequenta (mancha rosa). Podemos observar isso, por exemplo, na separação dos ambientes 'Sala de Equipe', 'Cozinha', 'Farmácia', 'Administração', pelos ambientes das 'Salas de Grupo'.

Esquema 02: Planta-baixa esquemática – CAPS II

Fonte: CAPS II
Gratificação pessoal



Imagem 12: Vista da sala de oficina terapêutica. Entorno do CAPS II residencial.
Fonte: arquivo pessoal



Imagem 13: Exposição dos trabalhos elaborados pelos usuários do CAPS II, na recepção.
Fonte: arquivo pessoal



Imagem 14: Vista de área externa e do salão de grupo.
Fonte: arquivo pessoal



Imagem 15: Espaço pequeno para horta do grupo de usuários, sem uso atualmente.
Fonte: arquivo pessoal



Imagem 16: Sala de oficina terapêutica. Espaço pequeno e com barreiras (pilares), que dificultam ainda mais a sua utilização.
Fonte: arquivo pessoal



Imagem 17: Depósito dos materiais da oficina terapêutica. Estantes improvisadas e área diminuta para guardar todos os materiais.
Fonte: arquivo pessoal

17.2. CAPS III – Criciúma

O CAPS III foi inaugurado no dia 15 de abril de 2009 em Criciúma. O que difere do CAPS II é que neste existem cinco leitos (número máximo permitido), possui capacidade de 60 acolhimentos no período intensivo, 90 no semi-intensivo e 150 no não intensivo, e dispõe de atendimento 24 h, todos os dias, inclusive finais de semana e feriados.



Imagem 18: Vista externa – CAPS III
Fonte: arquivo pessoal

No CAPS III, os espaços são maiores em relação ao CAPS II. Porém este também se insere em uma residência alugada, possuindo suas limitações, que se assemelham aos desfalques do CAPS II, tais como:

- a falta de mais áreas externas, áreas verdes, espaço para horta;
- salas maiores para dinâmicas de grupo;
- salas acústicas para atividades com música.

Ao contrário do CAPS II, o CAPS III possui rampa de acesso para os portadores de necessidades especiais.

Questionado quanto à **localização** dos CAPS II e CAPS III, o coordenador do CAPS III, Júlio Cesar Souza Garcia, mostrou interesse na localização de uma área mais central, próxima do fluxo constante de pessoas, com extensas áreas verdes e espaços externos de lazer.



Imagem 19: Vista da sala de grupo.
Entorno do CAPS III residencial.
Fonte: arquivo pessoal



Imagem 20: Reunião na sala de grupo.
Fonte: arquivo pessoal



Imagem 21: Vista da recepção do CAPS III.
Local sem qualificação, sem acolhimento adequado.
Fonte: arquivo pessoal



Imagens 22 e 23: Acesso ao CAPS III.
Possui rampa na lateral, diferentemente do CAPS II.
Fonte: arquivo pessoal



Imagem 24: Sala com leitos.
Fonte: arquivo pessoal

17.3. Considerações sobre as visitas aos CAPS

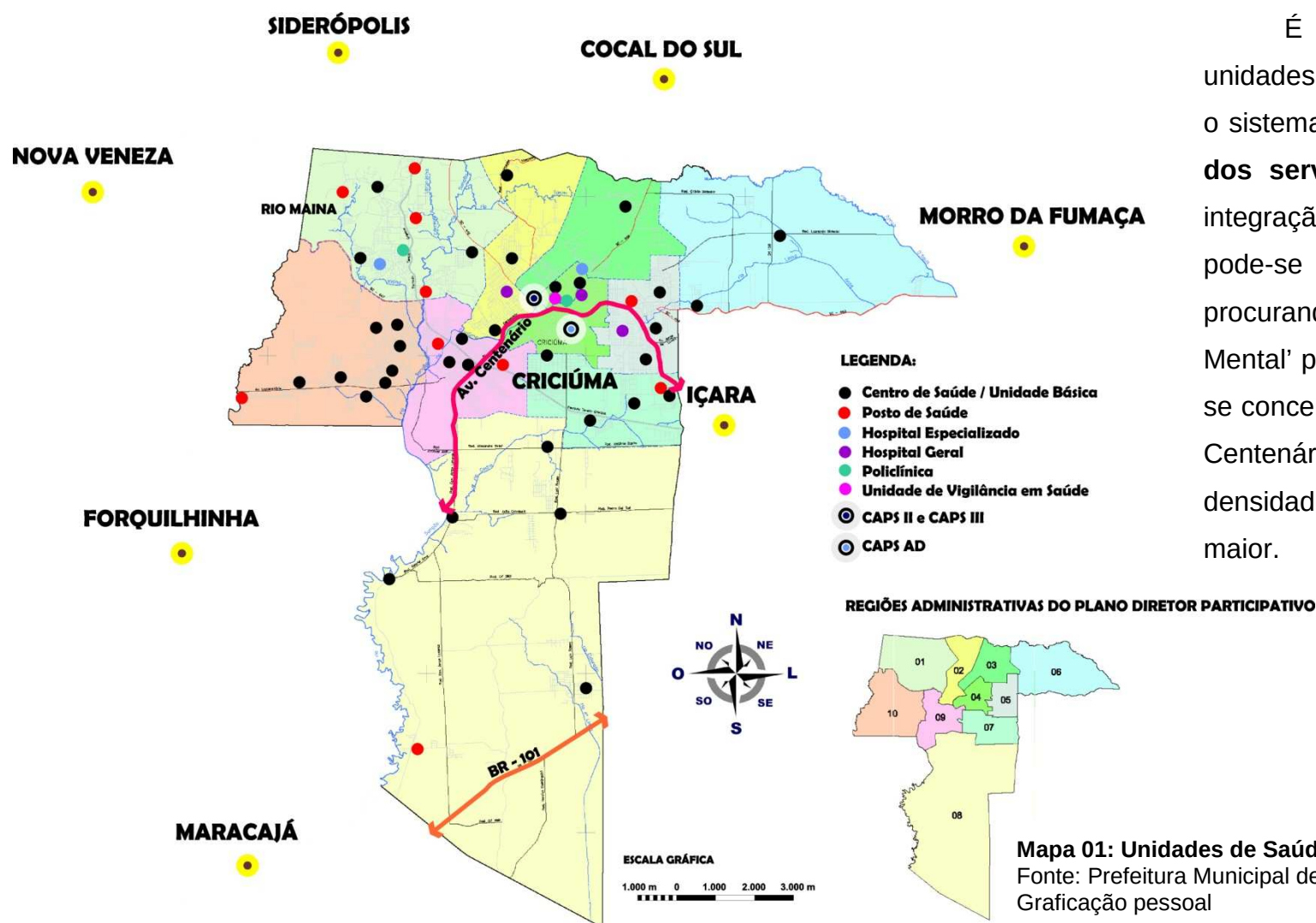
Na opinião dos dois coordenadores observou-se que se tem uma resistência sobre o ambiente para o CAPS. Eles concordam que o CAPS deve ser inserido em uma **residência**, e nunca em algo que remete uma linguagem de clínica ou hospital. Justificam que a idéia de casa, é para que os seus usuários não a associem como uma clínica ou derivados com corredores e pessoas usando uniformes brancos, e sim a um **ambiente acolhedor**, lembrando suas casas. Questionado sobre que outra forma além de casa poderia ter um CAPS, já que este não dispõe das mesmas funções de uma residência, desde que este não remetesse a idéia de clínica ou hospital, Júlio respondeu que poderia ser como um SPA ou um hotel fazenda.

A partir das considerações dos coordenadores mediante o atual ambiente dos CAPS, levantou-se o seguinte questionamento:

- Como deve ser a forma de um CAPS ou de outro equipamento destinado à saúde mental?



18. Análise Municipal (Unidades de Saúde)

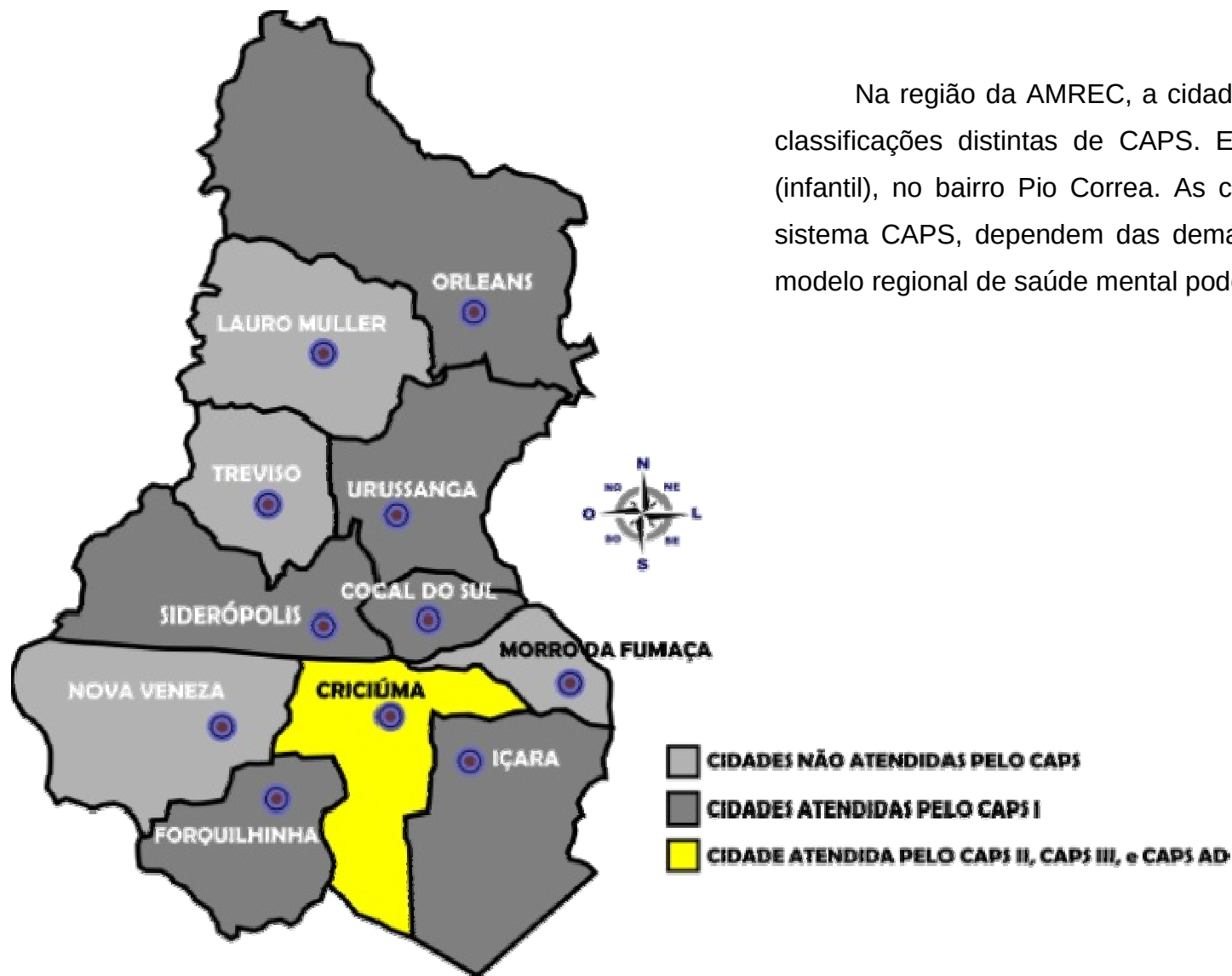


É importante considerar as unidades gerais de saúde para implantar o sistema CAPS, já que a **continuidade dos serviços** está relacionada com a integração desses sistemas. Portanto, pode-se facilitar essa condicionante procurando inserir o 'Centro de Saúde Mental' próximo a essas unidades. Estas se concentram mais ao norte da Avenida Centenário e notadamente aonde a densidade populacional / demanda é maior.

Mapa 01: Unidades de Saúde no Município de Criciúma.
Fonte: Prefeitura Municipal de Criciúma
Gratificação pessoal

19. Análise Regional (CAPS)

Na região da AMREC, a cidade de Criciúma é a que possui três classificações distintas de CAPS. Está implantando ainda o CAPS i (infantil), no bairro Pio Correa. As cidades que não apresentam esse sistema CAPS, dependem das demais cidades. A implantação de um modelo regional de saúde mental poderia auxiliar essas cidades.



Mapa 02: Cidades atendidas pelo CAPS na Região da AMREC.
Fonte: Lima, 2009.
Gratificação pessoal

20. Referenciais Arquitetônicos

20.1. Rede de hospitais Sarah Kubistchek



Imagem 25: Hospitais Sarah Kubistchek

Fonte: <<http://arquiteturadobrasilemfoco.files.wordpress.com>>

Os hospitais da Rede Sarah Kubistchek, projetados por João Filgueiras Lima, o 'Lelé', apresentam cuidados na integração das diretrizes exigidas para solução de um **programa** de necessidades peculiar, com a **concepção arquitetônica**. Como resultado, são concebidos espaços com qualidade ambiental, através da humanização do ambiente hospitalar, visando o bem estar de seus usuários.

Imagem 28: Hospital Sarah – Fortaleza

Fonte: <<http://www.sarah.br>>



Imagem 26: Hospital Sarah – Brasília – Lago Norte

Fonte: <<http://www.sarah.br>>

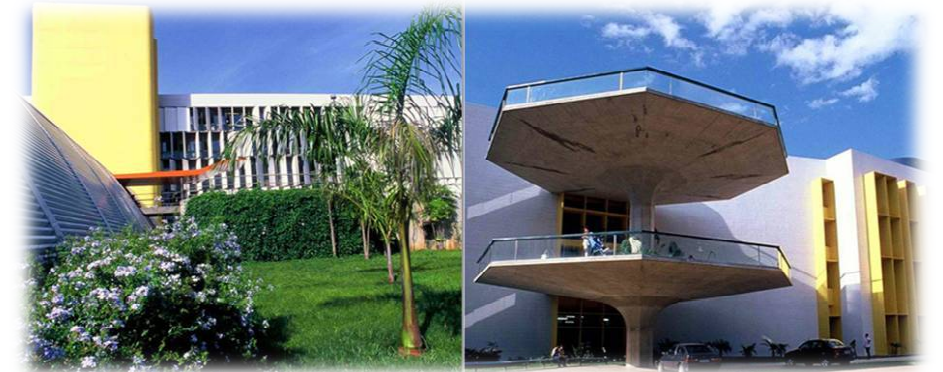


Imagem 27: Hospital Sarah – Belo Horizonte

Fonte: <<http://www.sarah.br>>



Os usuários que se apresentam em situação debilitada, precisam estar situados em ambientes que propiciam tranqüilidade, relaxamento, lazer e demais ferramentas potencializadoras do **bem estar**, para que sua **recuperação** se dê em menor prazo possível. Um local com essas características promoveria grandes benefícios na recuperação da saúde mental. Como referências, têm-se:

- A própria solução de **integração do programa com a concepção arquitetônica** que proporciona o bem estar. Apesar de ser um hospital, não precisa aparentar um ambiente frio e sem vida (visão generalizada de *hospital*). Muito pelo contrário, o ambiente influi diretamente no bem estar e nesse caso, na recuperação do paciente. Portanto, deve transmitir a idéia de acolhedor, de agradável.

- **Áreas amplas**, que possibilitam melhor funcionamento das dinâmicas oferecidas;

- **Apropriação dos recursos naturais existentes**, através das aberturas para entrada de iluminação natural, ou aproveitamento das direções do vento, possibilitando maior salubridade ao ambiente. A luz do sol, como já se

comentou, diminui a ação dos hormônios do estresse, e é a que traz mais benefícios à saúde. O uso de iluminação zenital, solários, grandes aberturas em vidro ou mesmo sem vedações, e as grandes varandas (ex. hospital de BH), possibilitam o seu aproveitamento. Tratando-se dos ventos, este referencial mostra sintonia com o movimento dos ventos. Podemos observar que o seu desenho arquitetônico possibilita melhor o acesso dos ventos bons no interior da edificação, e auxilia na troca de ar.

- **Relação com a natureza**, possibilitando seu contato físico e/ou visual, através do uso de grandes espaços abertos com áreas verdes, espelhos d'água, fontes, etc. Esse contato tem relação com os fatores potencializadores do bem estar, já mencionados, através dos sons da natureza, que evocam sensações relaxantes e calmantes; do aroma agradável, que são redutores de estresse e no caso das plantas, purificam o ar; e através da textura, como relação tátil.

20.2. Hospital Psiquiátrico Helsingor

A concepção arquitetônica adotada pela equipe de arquitetos do escritório Morbach para o Hospital psiquiátrico de Helsingor, na Dinamarca, evitou todos os estereótipos clínicos. Neste projeto, quase todos os materiais apresentam suas superfícies naturais. Funcionalmente a clínica psiquiátrica é organizada em dois programas principais. Um **programa residencial** e um **programa de tratamentos públicos**. Usando uma estrutura de 'floco de neve' para organizar o programa residencial, os arquitetos conseguiram orientar os quartos em direção a área da paisagem - dois conjuntos de salas de frente para o lago, e um conjunto de quartos virados para as colinas circundantes. Entre estas salas emerge um novo espaço coletivo que é povoado por pequenos pátios. O programa de tratamentos públicos em contrapartida é colocado no nível do hospital e é organizado em cinco pavilhões individuais, todos ligados a um espaço central.

Todas as partes do edifício são fundidas em um único ponto, logo acima do centro da estrutura floco de neve.



Implantação tem forma de floco de neve.

Imagem 29: Vista aérea Hospital Psiquiátrico Helsingor

Fonte: <www.worldarchitecturenews.com>



O edifício tem caráter horizontal, e as relações com o espaço externo ficam ainda mais evidentes.

Imagem 30: Hospital Psiquiátrico Helsingor

Fonte: <www.worldarchitecturenews.com>

A obra foi finalizada em 2006, e possui aproximadamente 6.000 m². É inovador ao conceito de hospital, se “abre” aos espaços circundantes e permite ao mesmo tempo controle e proteção. É um espaço flexível. Vale salientar alguns pontos importantes desse referencial:

- A **flexibilidade**. O ambiente possui caráter livre e ‘aberto’, e possibilita autonomia aos usuários do espaço;
- **Relação de ambientes internos com externos**, através da conexão destes ambientes, permite uma continuidade dos espaços e cria **espaços de estar externos**;
- Aproveitamento da **iluminação natural**. Uso da transparência e de aberturas;
- Uso de **cores harmoniosas**. O uso adequado de cores, como já foi estudado anteriormente, auxilia no bem estar dos usuários de um espaço;
- **Horizontalidade**;
- Estrutura em **floco de neve**, tendo em seu núcleo, a área de controle do espaço.

Imagens diversas. Hospital Psiquiátrico Helsingor.
Fonte: <www.worldarchitecturenews.com>



Imagem 31:
Relação da edificação com o lago. A forma gerada “abraça” esse condicionante.



Imagem 32:
Relações internas e externas do edifício. Uso da transparência e criação de áreas de estar externas, pequenos pátios.



Imagem 33:
Uso de cores harmoniosas.



Imagem 34:
Transparência. Uso da luz solar.

21. Conclusões dos estudos

A partir da aprendizagem mais profunda sobre o tema, das análises das soluções dadas hoje no Brasil, dos referenciais arquitetônicos, juntamente com as leis e os estudos de caso, gerou-se um quadro geral de conclusões e relevâncias que irão auxiliar na produção do projeto do espaço de atenção à saúde mental, se enquadrando provavelmente na sua **forma, função, implantação, localização e contexto** do projeto, disposto abaixo:

		FORMA	FUNÇÃO	IMPLANTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO	CONTEXTO	
						Histórico	Sociocultural
1	Leitura / Pesquisa		> Fornecer atendimento psicossocial; > Acolher também a família do usuário; > Possibilitar relação com a comunidade; > Dar acesso à cultura.	> Aproveitamento dos fatores que influenciam no bem estar, como luz, cor, som, etc.	> Situar-se dentro da cidade, e não no meio rural, como forma de inclusão.	> Evitar longas internações; > Humanização nos ambientes psiquiátricos; > Extinção progressiva dos manicômios; > Desinstitucionalização; > Surgimento dos serviços de atenção diária; > Redução de leitos; > Continuidade dos serviços.	

Quadro 04: Quadro de conclusões dos estudos.
Elaborado pela autora.

		FORMA	FUNÇÃO	IMPLANTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO	CONTEXTO	
						Histórico	Sociocultural
2	Entrevistas	> Não deve remeter a idéia de clínica ou hospital, e sim o aconchego e acolhimento de uma casa.	> Dar condições de trabalho no meio social; > Criar residências terapêuticas para aqueles em processo de desinstitucionalização. > Criação de Centro de Ensino e Pesquisa para que professores, pesquisadores e estudantes possam ter contato direto com as pessoas usuárias do serviço. > Contribuir para a personalização do usuário, para que este se sinta único, e não mais um usuário; > Contribuir p/ a prevenção do transtorno mental.	> Dispor de espaços amplos de áreas abertas / áreas verdes; > Possuir salas com espaços grandes para favorecer as atividades em grupo; > Garantir a acessibilidade; > Promover espaços que dão privacidade e sociabilidade aos usuários; > Inserir salas acústicas para as práticas com música; > Local p/ inserir ambulâncias de plantão.	> Possuir relação com bairro residencial; > Estar em um local bastante visível e acessado por grande parte da população.		> Inserido normalmente em bairros residenciais, o CAPS não costuma sofrer rejeição por parte da vizinhança / entorno, na cidade de Criciúma. > Apesar disso, a participação do entorno ou a integração deste com essas unidades de atenção à saúde mental, ainda não é efetiva.

Continuação do quadro de conclusões dos estudos.
Elaborado pela autora.

		FORMA	FUNÇÃO	IMPLANTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO	CONTEXTO	
						Histórico	Sociocultural
3	Referenciais	> Presença considerável de aberturas e de varandas para auxiliar na qualidade ambiental e salubridade.		> Aproveitamento dos recursos disponíveis como luz solar e direção dos ventos; > Relação com a natureza (contato físico e visual); > Presença de elementos naturais terapêuticos , como a água em forma de espelhos d'água ou fontes.			
4	Legislação			> Possuir no máx. 5 leitos (CAPS III).		> Leis criadas a partir da Reforma Psiquiátrica : > Lei do deputado Paulo Delgado (1989); > Lei Federal 10.216.	
5	Sistema do CAPS		> Possibilitar a continuidade dos serviços através de relações com demais unidades de saúde.		> Proximidade com o acesso ao transporte público .		

Parte final do quadro de conclusões dos estudos.
Elaborado pela autora.

Um dos aspectos mais relevantes levantados foi a maneira atual de atuação dos CAPS. Estes são inseridos normalmente em **casas alugadas**, em bairros residenciais, e funcionam de maneira isolada, **descentralizada**, e sem relação com o entorno. Como a Reforma Psiquiátrica (1978), e as leis posteriores, juntamente com as diretrizes dos modelos de saúde mental, são bastante recentes, e em fase de aprimoramento e estruturação, levantou-se a hipótese de se trabalhar com um novo modelo de atenção à saúde mental, que apesar do questionamento sobre o seu ambiente atual, irá manter a intenção de **inserção** e de **acolhimento**, que hoje equivocadamente se transfere ao ideal de “casa”, defendido pelos coordenadores dos CAPS visitados em Criciúma. Esse novo modelo abrigará diversos equipamentos destinados à saúde mental, dentre eles:

- Equipamento com funções do **CAPS**,
- **Residências Terapêuticas**,
- **Centro de Convivência e Cultura**, e outros espaços onde demais públicos poderão participar e que possibilitarão a **interação** dos usuários desse espaço, contando com

ambientes de lazer e cultura (hoje desfalcados na cidade de Criciúma) como as **áreas verdes**, **bibliotecas** de pequeno porte, etc.

- Como novidade, um **Centro de Ensino e Pesquisa**, como convergência interdisciplinar, servindo como um posto avançado das instituições de ensino, aonde alunos e professores poderiam ter contato direto com os usuários e funcionários desse equipamento, aliando a teoria com a prática.

O uso dessas diversas atividades em um único espaço (terreno) irá promover:

- **Interação de diversos públicos**, que é importante para que os usuários com transtornos mentais possam aos poucos retornar ao meio social;
- **A integração com o entorno**, a partir dos espaços que servirão de “convite” para que a vizinhança ou até mesmo o público de demais bairros, possam acessar e participar;
- **A centralização** dos equipamentos destinados à saúde mental, possibilitando relações e favorecendo a troca de benefícios disponíveis nos espaços e nas atividades destes.

Diretrizes de projeto. Local de intervenção.

Parte 6

22. Levantamento dos possíveis terrenos

Analisaram-se sete terrenos de acordo com os parâmetros destacados na coluna de localização, no quadro de conclusões (quadro 04):



Imagem 35: Terrenos em Criciúma analisados para intervenção.
 Fonte: Google Earth.
 Graficação pessoal

22.1. Terreno 1

BAIRRO	STA. BÁRBARA
ÁREA	19.041 m²
DIST. DO PONTO DE ÔNIBUS	36 m
TOPOGRAFIA	Pouco acentuada, 6 metros de desnível.
ACESSOS	Rua principal asfaltada e movimentada

O terreno 1 possui bom tamanho, com bom acesso, através da R. Henrique Lage, topografia pouco acentuada que facilita o acesso dos portadores de necessidades espaciais, possibilita relações com o bairro residencial.



22.2. Terreno 2

BAIRRO	SÃO CRISTÓVÃO
ÁREA	28.356 m²
DIST. DO PONTO DE ÔNIBUS	130 m
TOPOGRAFIA	Muito acentuada, 20 metros de desnível.
ACESSOS	Rua principal asfaltada e movimentada

O terreno é grande, com boa localização quanto à acessibilidade, mas a distância até o ponto de ônibus é grande e sua topografia pode dificultar a acessibilidade. Além disso, possui árvores de grande porte, que dificultariam na implantação do projeto, diminuindo a área útil do terreno.

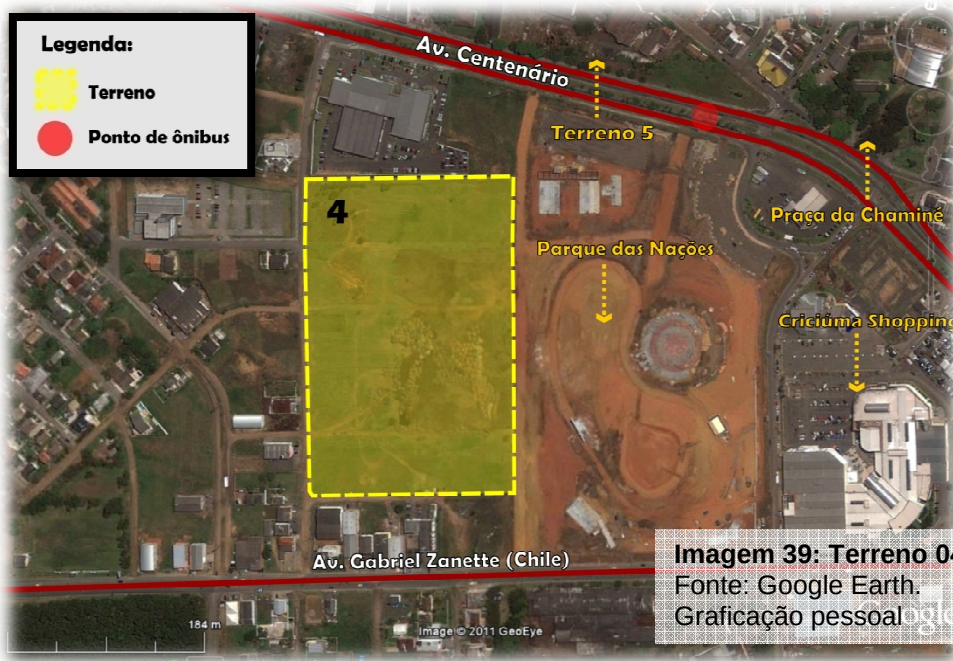




22.3. Terreno 3

BAIRRO	SÃO CRISTÓVÃO
ÁREA	13.845 m²
DIST. DO PONTO DE ÔNIBUS	Não foi localizada nas proximidades do terreno.
TOPOGRAFIA	Bastante acentuada, 15 metros de desnível
ACESSOS	Rua principal asfaltada e movimentada

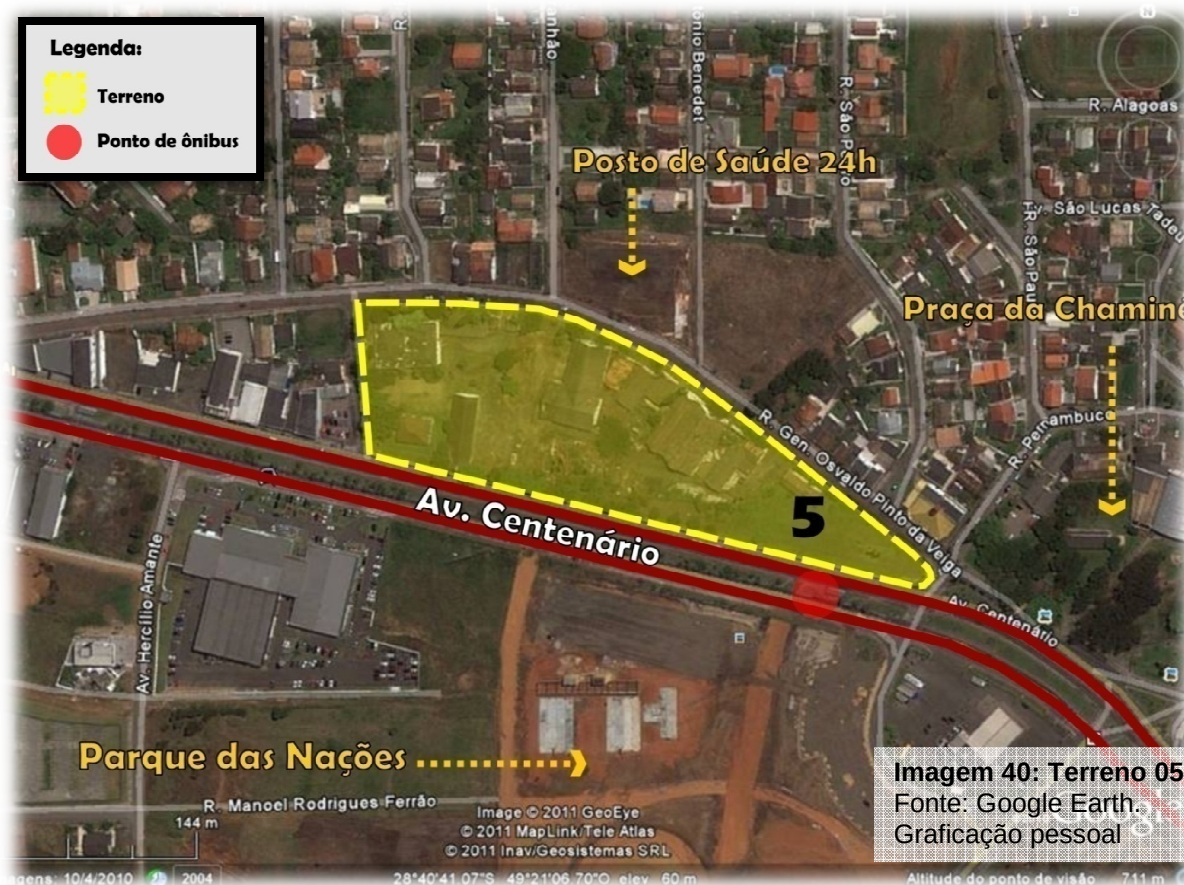
Este terreno possui bom tamanho, bom acesso, mas com uma topografia acentuada. Nele já funciona um campo de futebol. Também não foi localizada a existência de parada de ônibus em sua proximidade, que é um fator que dificulta a implantação de unidades de saúde mental de acordo com as diretrizes aplicadas no CAPS.



22.4. Terreno 4

BAIRRO	PRÓSPERA
ÁREA	61.723 m²
DIST. DO PONTO DE ÔNIBUS	215 m
TOPOGRAFIA	Acentuada, com 16 metros de desnível.
ACESSOS	Ruas circundantes sem pavimentação.

O terreno é bastante grande, mas com possibilidades de diminuir seu recorte. Fica próximo ao acesso da Av. Centenário e da Av. Gabriel Zanette, mas suas ruas circundantes não possuem pavimentação.



22.5. Terreno 5 (escolhido)

O terreno 5 foi o que melhor atendeu as diretrizes listadas a partir das pesquisas, estudos de caso, análises de referenciais, etc. Possui bom tamanho para abrigar além dos equipamentos, grandes áreas verdes, possibilita relação com o bairro residencial, com os espaços públicos circundantes, proximidade com uma futura unidade de saúde 24 h, e com o transporte público, possui topografia favorável e seu acesso principal se dá a partir da Avenida Centenário, e posteriormente em uma rua menos movimentada, a R. General Oswaldo Pinto da Veiga.

Apesar do potencial do terreno, este se encontra sem uso, com edificações abandonadas e na sua maioria, em péssimo estado. Isso favorece a falta de segurança do local, e desestrutura o bairro na maneira em que se encontra, servindo de barreira visual e física para o entorno.

BAIRRO	PRÓSPERA
ÁREA	24.756 m²
DIST. DO PONTO DE ÔNIBUS	5 m
TOPOGRAFIA	8 metros de desnível.
ACESSOS	Rua principal asfaltada e movimentada

22.6. Terreno 6

BAIRRO	PRÓSPERA
ÁREA	8.980 m²
DIST. DO PONTO DE ÔNIBUS	10 m
TOPOGRAFIA	3 metros de desnível.
ACESSOS	Rua principal asfaltada e movimentada

Este terreno possui boa localização, com bom acesso, proximidade com o terminal da Próspera, mas não possibilita relação com bairro residencial, e seu tamanho pode dificultar a implantação de todos os equipamentos.

22.7. Terreno 7

BAIRRO	PRÓSPERA
ÁREA	16.734 m²
DIST. DO PONTO DE ÔNIBUS	20 m
TOPOGRAFIA	8 metros de desnível.
ACESSOS	Rua principal asfaltada e movimentada

O terreno possui bom tamanho, bom acesso (próximo da entrada da cidade), porém a distância do centro da cidade desvia um dos condicionantes de implantação do equipamento segundo o quadro de conclusões e diretrizes, elaborado pela autora.



Imagem 41: Terreno 06
Fonte: Google Earth.
Gratificação pessoal

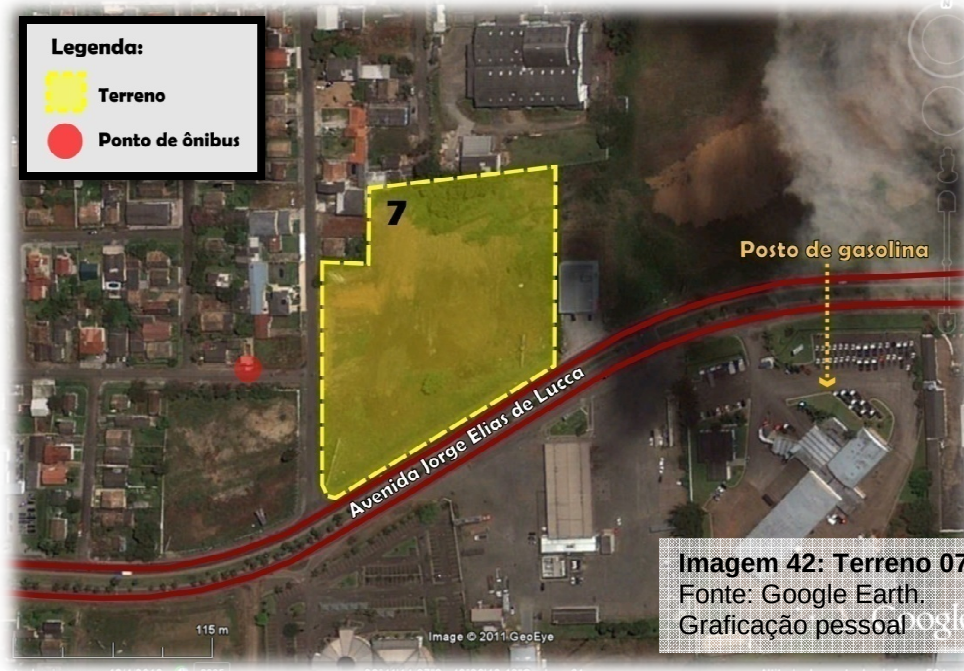


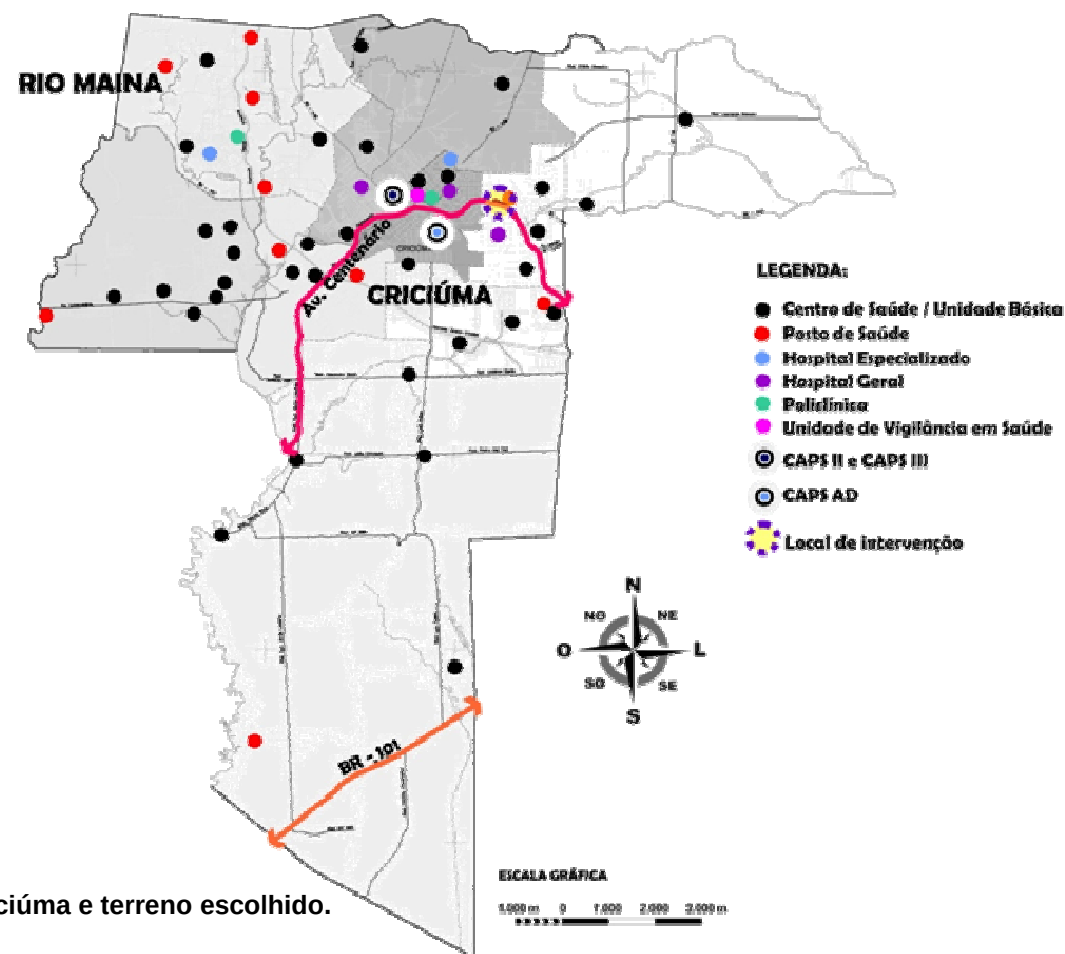
Imagem 42: Terreno 07
Fonte: Google Earth.
Gratificação pessoal

23. Análises do terreno escolhido

23.1. Localização

O terreno selecionado para a implantação da proposta de TFG está localizado no Bairro Próspera, lindeiro à Av. Centenário e a R. General Oswaldo Pinto da Veiga. Com a diretriz estabelecida nos sistemas de saúde, relacionada à *continuidade dos serviços*, retoma-se o mapa com a localização dos CAPS, unidades básicas de saúde na cidade de Criciúma e, desta vez, com a localização do terreno escolhido.

Este se encontra bem próximo ao atual **posto de saúde 24 h da Próspera**. Também fica próximo de demais postos, importante para a **continuidade** de serviços.

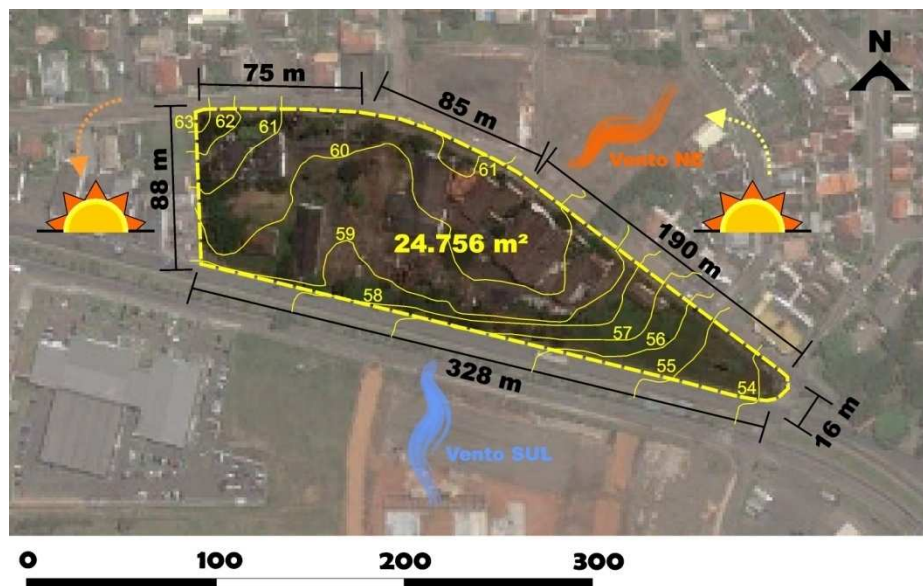


Mapa 03: Unidades de Saúde no Município de Criciúma e terreno escolhido.
 Fonte: Prefeitura Municipal de Criciúma
 Graficação pessoal

23.2. Condicionantes

Possui diversos condicionantes relevantes para a elaboração da sua composição arquitetônica (edifícios já existentes, entorno bastante diversificado, malha urbana radial, eixos visuais, etc.).

É um terreno com muitas potencialidades, inutilizadas. Por seu contexto, pode conectar e reestruturar o bairro, e possuir atividades hoje desfalcadas na cidade, como o lazer, cultura e com fatores potencializadores do bem estar social.



23.3. Parâmetros urbanísticos

As informações dos parâmetros do terreno foram adquiridas através de uma consulta prévia fornecida pela Prefeitura Municipal de Criciúma, de acordo com a lei 3.900/99. Porém, para o mesmo terreno, uma nova descrição de zoneamento está sendo discutida a partir do Plano Diretor Participativo de 2009: a ZEICO (Zona Especial de Interesse da Coletividade), na qual os parâmetros urbanísticos podem ser revistos de acordo com as necessidades de seu funcionamento.

Foi adotada então, essa nova descrição, já que esta se enquadra melhor à função que se pretende abordar no terreno escolhido. Inicialmente os mesmos parâmetros em vigor para o local vão ser considerados, com exceção da Zona, de ZR2, passa a ser **ZEICO**.

Zona	I.A.	T.O.	T.I.	Afastamento	Gabarito
ZEICO	1,00	60%	20%	4,00 m	4

Mapa 04: Condicionantes do terreno escolhido.

Fonte: Google Earth.

Graficação pessoal

23.4. Entorno

Em seu entorno imediato, encontram-se: o **Parque das Nações**, que está sendo implantado, a **Praça da Chaminé**, um **Posto de Saúde 24h**, também em fase de construção. Além disso, possui contato direto com um **bairro residencial**.

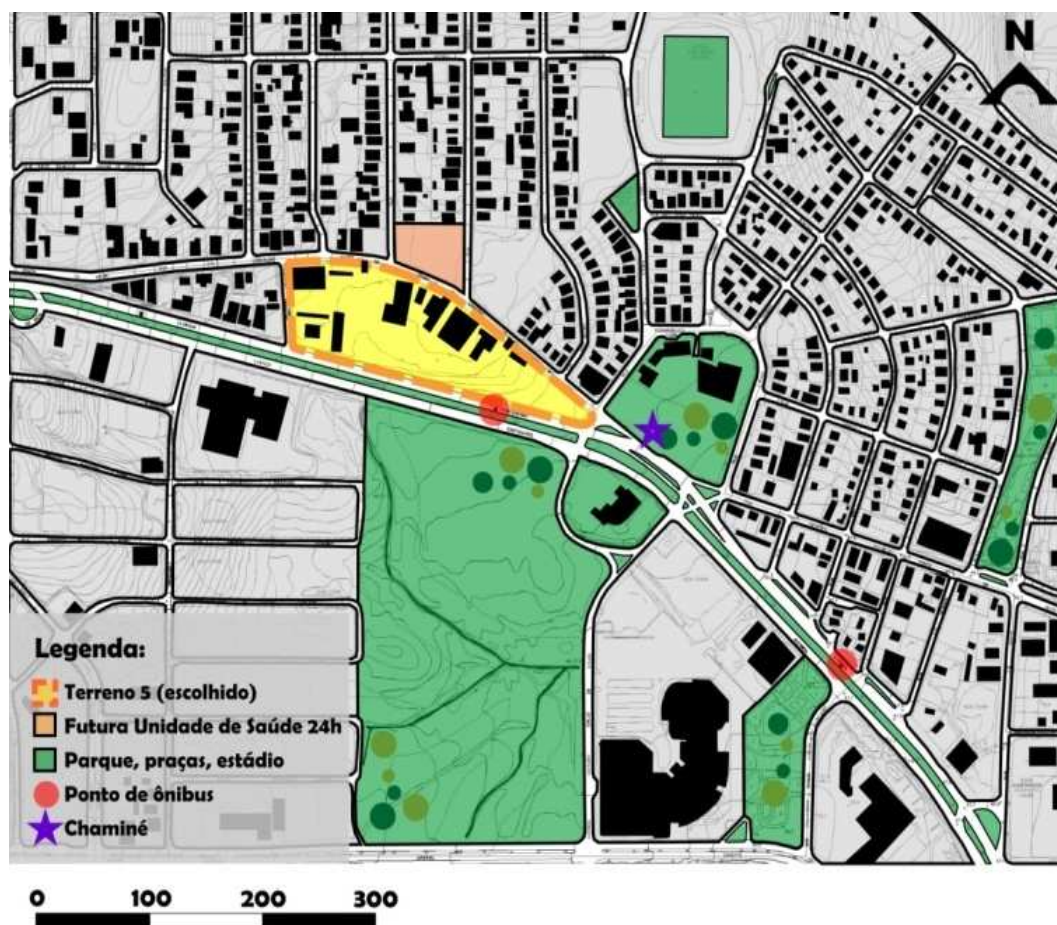


Mapa 05: Entorno do terreno escolhido. Locais públicos.
Fonte: Google Earth. Graficação pessoal

A **Avenida** secciona o tecido urbano, configurando-se como uma **barreira** de acesso dos equipamentos que foram instalados após a liquidação das terras da CSN, como o Criciúma Shopping e o Parque das Nações. Possivelmente as relações entre o local de intervenção com estes equipamentos, se darão restritamente visualmente. O equipamento implantado poderá ajudar a suprir essa barreira de acesso do lado norte da Avenida Centenário a esses equipamentos públicos ao sul da Avenida, podendo ser utilizado também pelo entorno através de áreas verdes, espaços de cultura e lazer.

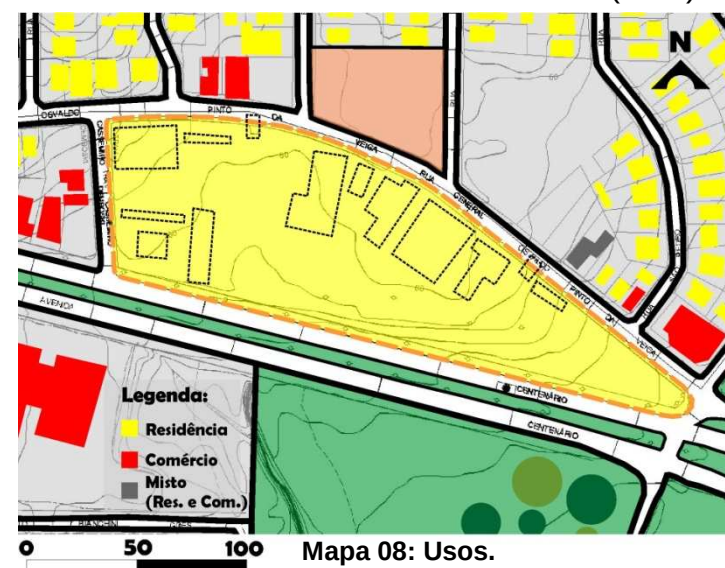
23.6. Mapa de cheios e vazios

Os bairros residenciais nas proximidades do terreno apresentam em geral casas com pequena área ocupada no solo, principalmente ao seu lado leste, mas com grande ocupação.



23.7. Mapa de usos

No entorno imediato do terreno, as residências são predominantes. Existem também algumas unidades de comércio local de pequeno porte, como bar, loja de artesanatos, e um comércio de tintas na esquina de acesso principal ao local. Possuem no máximo dois pavimentos. Em frente ao terreno está sendo construída uma Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA).



Mapa 08: Usos.

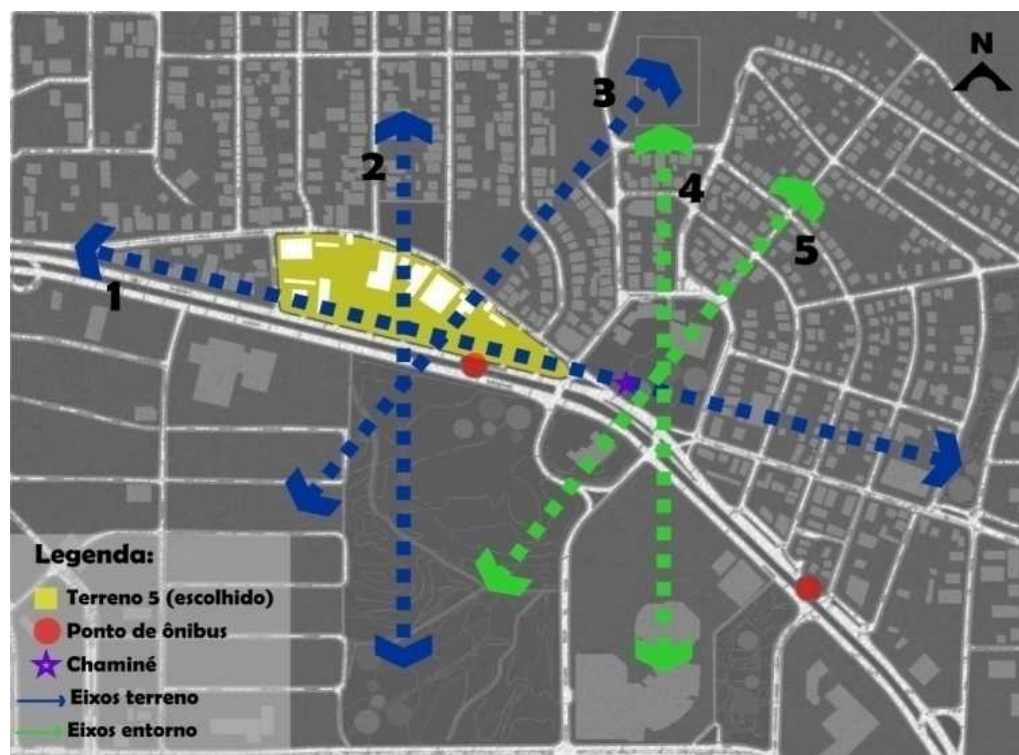
Fonte: Mapa de Zoneamento Principal <www.criciuma.sc.gov.br> Graficação pessoal.

Mapa 07: Cheios e vazios.

Fonte: Mapa de Zoneamento Principal <www.criciuma.sc.gov.br> Graficação pessoal.

23.8. Eixos visuais

Os eixos levantados foram elaborados a partir do próprio traçado urbano, das relações com locais de grande importância no entorno e de visuais que podem ser aproveitados.



Mapa 09: Eixos Visuais.

Fonte: Mapa de Zoneamento Principal <www.criciuma.sc.gov.br>
Gratificação pessoal.

1) O primeiro eixo corresponde ao visual do ponto mais alto do local, a Chaminé, paralelo ao desenho da Av. Centenário.

2) O segundo corresponde à conexão visual de pontos fortes do lado norte e sul da Av. Centenário, UPA e Parque das Nações respectivamente.

3) O terceiro diz respeito ao limite do desenho que possui o bairro residencial à leste do terreno, e sua continuidade até o Estádio Mário Balsini.

4) O quarto se trata do entorno, e da conexão visual e de traçado que passa pelos pontos: Estádio Mário Balsini, Praça da Chaminé e Criciúma Shopping.

5) O quinto confere o traçado radial a partir da Praça da Chaminé, passando também pelo Parque das Nações.

23.9. Contexto histórico

Possui exemplares arquitetônicos da época do auge da mineração do carvão na cidade de Criciúma, com características pavilhonares.

Nesse local, segundo Milanezi (2007) funcionavam o escritório da Carbonífera Próspera, as oficinas e tornearias. O trilho, que ocupava o lugar onde atualmente passa a Avenida Centenário, fazia fundos com o conjunto, sendo pela R. General Oswaldo Pinto da Veiga, que se dava o acesso principal. Após a desocupação do conjunto, e as demais mudanças ocorridas, como a substituição do trilho pela Avenida Centenário, o espaço acabou como um vazio urbano, sem funções e perdendo sua força em relação ao entorno, se tornando uma “barreira” da conexão do bairro residencial com a avenida e as praças. Além disso, esse vazio traz insegurança para o entorno. Atualmente, as edificações existentes se encontram praticamente sem uso, e muitas em péssimo estado de conservação.



Imagem 43: Antigas Instalações da CSN em Criciúma.

Fonte: <<http://www.flickr.com/photos>>

A Carbonífera Próspera é um dos marcos de Criciúma por marcar o desenvolvimento da cidade. Fundada na década de 1920, a empresa foi encampada pela CSN a partir dos anos 1950 e atualmente há um complexo no município dedicado a retratar sua história. Ele engloba vários prédios da usina, como escritório, oficinas, escolas técnicas, clube recreativo, todos desativados.

23.10. Imagens gerais

Terreno 5 (escolhido)



Acesso ao terreno pela Av. Centenário

Imagem 44: Terreno, acesso.
Fonte: arquivo pessoal.



Vista da R. General Oswaldo Pinto da Veiga

Imagem 45: Terreno, vista geral 01.
Fonte: arquivo pessoal.



Vista da Avenida Centenário

Imagem 46: Terreno, vista geral 02.
Fonte: arquivo pessoal.

Unidade de Pronto Atendimento
UPA 24h Porte II em construção

R. General Oswaldo Pinto da Veiga

Terreno 5 (escolhido)



Imagem 47: Terreno, entorno 01.
Fonte: arquivo pessoal.

Terreno 5 (escolhido)

Canteiro Central da Av. Centenário

Parque das Nações

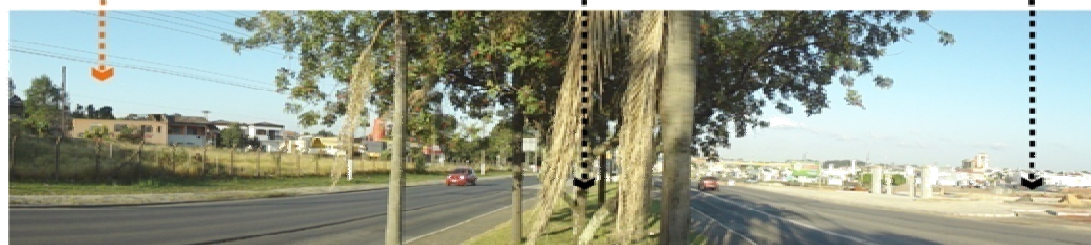


Imagem 48: Terreno, entorno 02.
Fonte: arquivo pessoal.

Terreno 5 (escolhido)

Praça da Chaminé

Ponto de ônibus

Parque das Nações

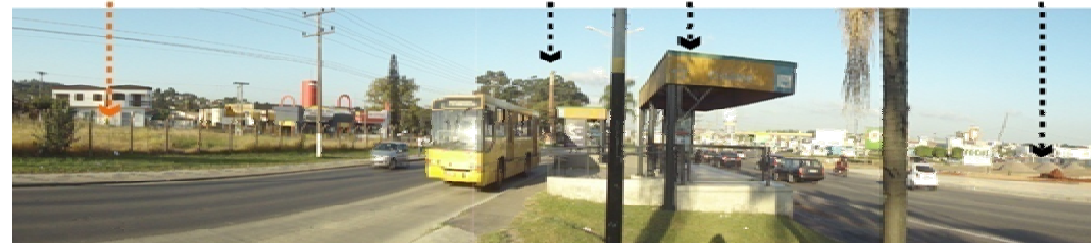


Imagem 49: Terreno, entorno 03.
Fonte: arquivo pessoal.

Terreno 5 (escolhido)

R. General Oswaldo Pinto da Veiga

Entorno residencial



Imagem 50: Terreno, entorno 04.
Fonte: arquivo pessoal.

23.11. Vegetação existente



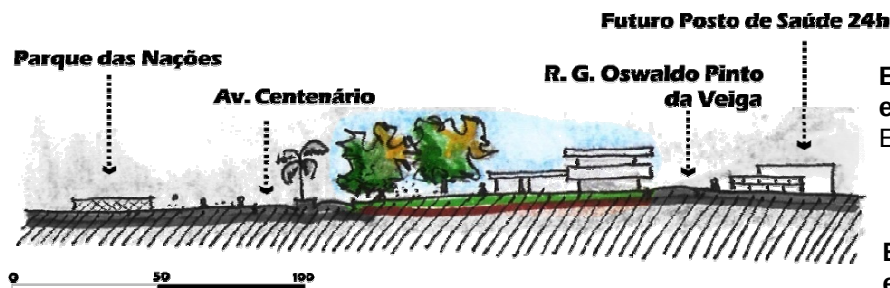
Mapa 10: Terreno, mapeamento de vegetação existente.

Fonte: Google Earth, Graficação pessoal.

O terreno possui desde árvores de grande porte até arbustos menores. As árvores maiores deverão permanecer na proposta de intervenção, os menores, arbustos, poderão ser relocados.

23.12. Perfis do terreno

O terreno apresenta desníveis consideráveis nos dois eixos (transversal e longitudinal), que se dá principalmente no acesso principal, a leste, e no encontro com a Av. Centenário ao sul do terreno.



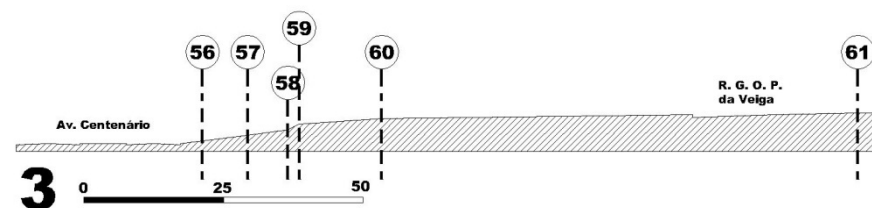
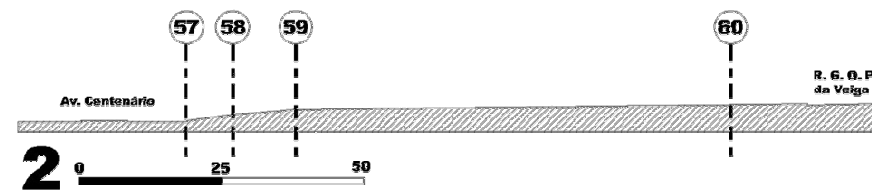
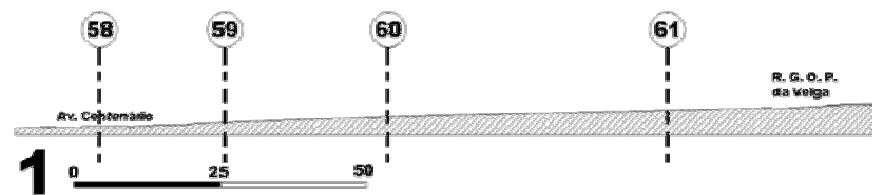
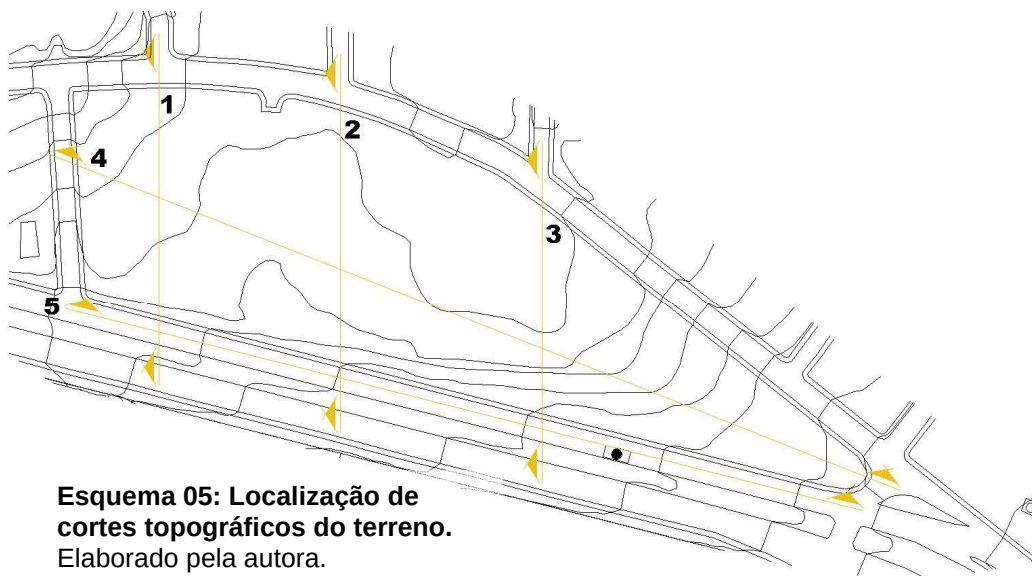
Esquema 03: Terreno, corte esquemático, transversal.
Elaborado pela autora.



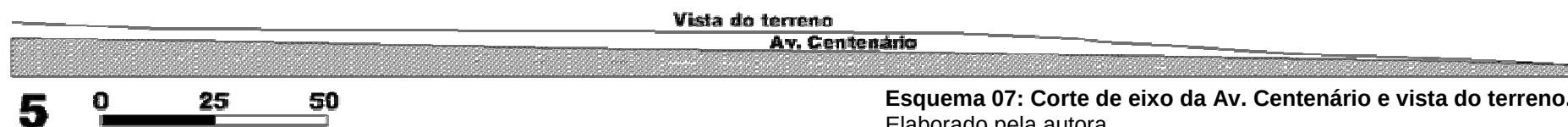
Esquema 04: Terreno, corte esquemático, longitudinal.
Elaborado pela autora.

Esquema de cortes





Esquemas 06: Cortes topográficos do terreno. Elaborado pela autora.



Esquema 07: Corte de eixo da Av. Centenário e vista do terreno. Elaborado pela autora.

23.13. Edificações existentes

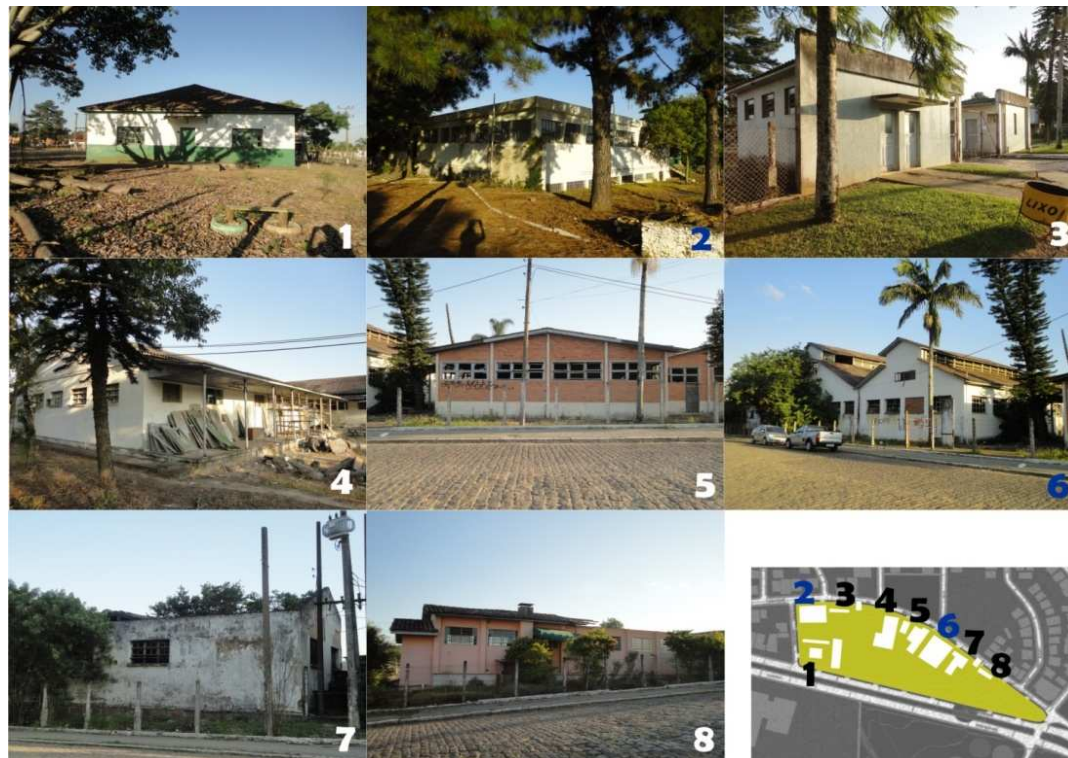


Imagem 51: Terreno, edificações existentes.

Fonte: arquivo pessoal.

A nova arquitetura do complexo destinado à saúde mental deverá considerar o contexto histórico relativo à época de auge da CSN, existente no terreno escolhido. Para melhor relação do existente com o novo, buscaram-se metodologias aplicadas como intervenções que se relacionam com edificações que compartilham uma história, dispostas através de dois exemplos a seguir que resolvem essa questão.

A definição dos edifícios a serem preservados para a proposta se deu a partir do nível de representação da época que funcionava o conjunto da CSN. Foram selecionados os edifícios 2 e 6, que correspondem respectivamente, ao antigo escritório da Carbonífera Próspera e aos galpões, que apresentam características arquitetônicas marcantes do conjunto, como os lanternins. O escritório foi projetado pelo arquiteto da cidade, Fernando Jorge da Cunha Carneiro, e possui características modernistas, como a pureza da forma, volume “limpo”, sem ornamentos.

24. Referenciais de contextualização histórica

24.1. Centro cultural na antiga estação ferroviária de Araras, SP.

Resgate de antiga estação abre espaço para arte e cultura. Através de um concurso, a proposta do escritório Aum foi escolhida para transformar uma estação ferroviária desativada em centro cultural, na cidade de Araras, interior de São Paulo.

Aproveitando a antiga estrutura, os arquitetos reconstruíram os edifícios deteriorados e elegeram o **aço corten** para distinguir os novos elementos dos preexistentes.

Depois de quase duas décadas de abandono, o conjunto centenário da **estação ferroviária de Araras** estava em ruínas.

O projeto previa a recuperação da estrutura existente e a construção de um volume, onde seria instalada a biblioteca, que ainda não foi executada.

Embora incompleta, a **intervenção foi bastante extensa**. Foi possível recuperar a aparência original dos prédios, que tinham estruturas e linguagens diferentes. O armazém tinha a parte **mais antiga**, e maior, em **tijolos aparentes** de grande formato, enquanto a parte **mais nova** recebeu acabamento externo de **reboco e pintura**.



Imagem 52: Marquises no acesso principal.

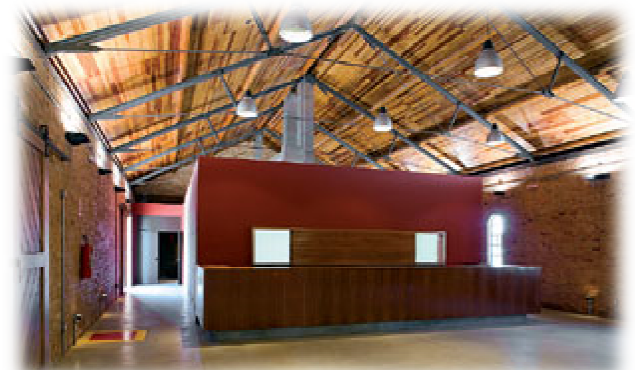


Imagem 53: Parte nova em alvenaria pintada.



Imagem 54: Parte antiga restaurada.

Imagens Centro Cultural em Araras.
Fonte: <www.arcoweb.com.br>

24.2. Museu do Pão em Ilópolis, RS.

No projeto para o Museu do Pão em Ilópolis, RS, os arquitetos do Brasil Arquitetura propuseram dois volumes de mesmo formato e usos diversos, que dialogam com o moinho restaurado (Moinho Colongnese).

Além do espaço museográfico, inclui uma oficina de panificação. Os dois novos volumes, perpendiculares entre si, possuem área semelhante, mas uso e materialidade diferentes. Junto da entrada principal fica o museu, em sua maior parte, transparente; no fundo, a oficina de panificação é protegida por empenas de concreto.

Mais importante do que a **articulação formal entre si** é o interessante diálogo que ambos travam com o restaurado volume existente e com a região.

A estrutura do museu revela singularidades - os **pilares de concreto possuem capitéis** de madeira formados por tripla mão francesa e inspirados na estrutura interna do galpão.

Os **volumes novos são elevados** do solo, apresentando a mesma cota interna do piso do moinho. Assim, os arquitetos conceberam um passeio arquitetônico que contorna todo o conjunto.



Imagem 55: Horizontalidade. Passarela de transição.



Imagem 56: Transparência do volume novo.

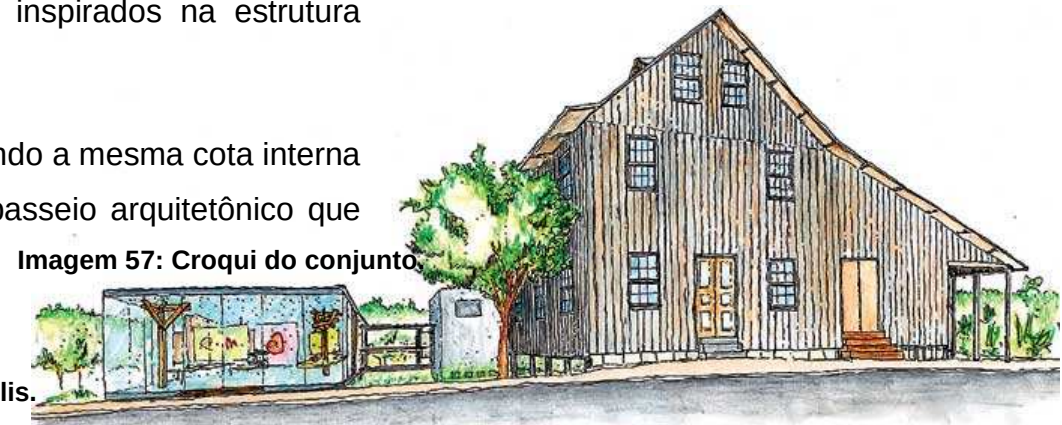


Imagem 57: Croqui do conjunto

Imagens Museu do Pão em Ilópolis.
Fonte: <www.arcoweb.com.br>

24.3. Conclusões dos referenciais

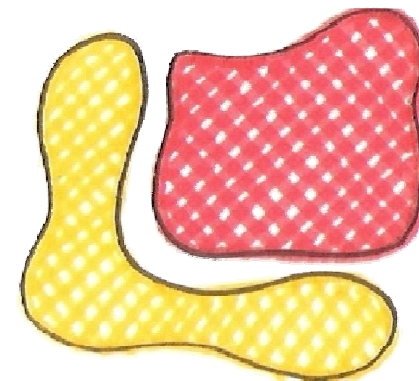
Nos exemplos citados podemos extrair as principais maneiras de atuação quando um contexto histórico relevante se impõe:

No Museu do Pão, a implantação do novo edifício “abraça” o antigo moinho. Com esse tipo de implantação pode ser mais evidente o contato e a interação de ambos.

A forma do novo edifício se difere completamente daquela adotada na época, e nos exemplos se observa a horizontalidade, como meio de não “competir” com o edifício antigo, este continua se destacando no conjunto.

Os materiais novos dos dois exemplos são destacados do material utilizado nas edificações antigas. Em um primeiro momento já se consegue distinguir o novo e o antigo, com o auxílio dos diferentes materiais utilizados.

Em alguns momentos se consegue remeter através de algum elemento, características do contexto histórico, como por exemplo, o pilar utilizado no Museu do Pão, lembrando instrumento utilizado para fabricação do pão, ou a marquise do Centro Cultural de Araras, remetendo a linguagem da cobertura da estação ferroviária do local.

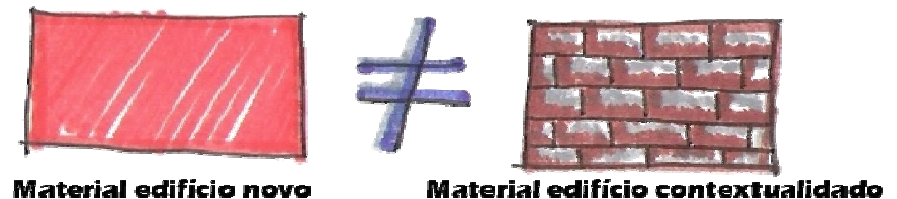


**Implantação esquemática:
o novo “abraça” o antigo**



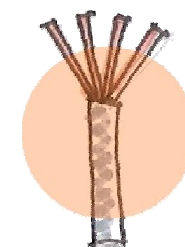
Edifício novo

Edifício contextualizado

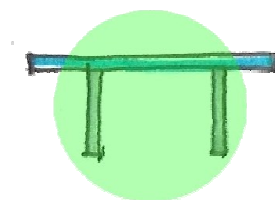


Material edifício novo

Material edifício contextualizado



**Exemplo de pilar
(Museu do pão)**



**Exemplo de marquise
(Centro cultural em Araras)**

Esquemas 08: Relação do novo com o antigo. (Museu do pão)
Elaborados pela autora.

25. Definição do problema:

Criar um equipamento modelo de atenção à saúde mental de caráter transitório no bairro Próspera para atendimento na cidade de Criciúma e região.

25.1. Diretrizes gerais de projeto

- Não remeter um ambiente hospitalar (conforme visão generalizada de hospital), e sim um ambiente acolhedor e aconchegante;
- Promover a acessibilidade aos portadores de necessidades especiais;
- Utilizar ao máximo os recursos naturais (luz solar, ventos bons predominantes);

- Uso constante de áreas verdes, espaços abertos;
- Relação interior X exterior;
- Apropriar-se dos eixos levantados;
- Exibir relações espaciais diretas com o posto de saúde 24 h que está sendo implantado em frente ao terreno escolhido;
- Relacionar o novo espaço e seus novos equipamentos com edifícios já existentes a serem mantidos e readaptados aos novos usos;
- Possibilitar a integração do terreno com seu entorno.

Programa de necessidades. Estudos de implantação do projeto.

26. Projeto

26.1. Equipamentos

Para produzir o programa de necessidades e pré-dimensionamento, foram listados inicialmente, os equipamentos que o projeto irá abordar, que correspondem às **etapas**, ou **estações**, no processo do tratamento da saúde mental.

26.1.1. Acolhimento / tratamento:

O equipamento que atenderá a função de acolher o indivíduo que apresenta transtornos mentais, contê-lo, diagnosticá-lo, e de iniciar um tratamento, terá semelhança com o que hoje chamamos de CAPS. Seu serviço corresponde a uma grande mudança no modelo aplicado à saúde mental, se opondo à arquitetura do isolamento, da exclusão. Deve ser um serviço **aberto, comunitário**, e ao mesmo tempo apresentar um espaço mais humano e

acolhedor. Corresponde à **primeira etapa** de atividades fornecidas nas intenções do projeto.

26.1.2. Residências: As residências se inserem no projeto com duas particularidades:

26.1.2.1. Residências Terapêuticas

Estas têm a função de abrigar àqueles que já estiveram por muito tempo em hospitais psiquiátricos e que de certa forma ainda dependem dos seus serviços. É um equipamento com a função de **transição**, daqueles que já passaram pelos serviços do equipamento da primeira etapa, mas que ainda não estão preparados para serem inseridos dentro da sociedade. Nas visitas aos CAPS, os coordenadores salientaram que os seus usuários criam certa **dependência de seus serviços**, e isto precisa ser trabalhado para que aos poucos consigam voltar a uma **rotina saudável fora do equipamento**. Para isso, os seus usuários participam das

demais atividades de **lazer e cultura** fornecidos na nova infraestrutura de saúde mental.

26.1.2.2. Residências para professores, alunos, pesquisadores.

É um equipamento novidade, voltado àqueles que (com a reforma psiquiátrica, desinstitucionalização e corte gradativo de hospitais psiquiátricos) precisam fazer residência em psiquiatria por exemplo. Nele, professores, alunos e pesquisadores externos à cidade poderão se abrigar no período de formação. Esse equipamento pode prever parcerias com as universidades, e proporcionar mais economia, sem gastos com deslocamento (dormitório – trabalho).

26.1.3. Formação / Centro de Ensino e Pesquisa:

Centro de documentação e análises de experiências, que sugere convergência interdisciplinar, servindo como um

posto avançado das instituições de ensino, aonde alunos e professores (na área da psiquiatria, psicologia, enfermagem, etc.) podem ter contato direto com os usuários e funcionários desse equipamento, aliando a teoria com a prática para lidar com a realidade quase sempre complexa de quem sofre de transtornos mentais.

26.1.4. Cultura e Lazer: Centro de Convivência e Cultura:

Desempenha um papel importante no processo de inclusão social das pessoas com transtornos mentais por não se tratar exclusivamente da saúde, mas sim fundamentalmente da cultura e do lazer. Nestes espaços, a sociedade, os habitantes do entorno do lugar, a família do usuário, e o próprio usuário, poderão participar. Essa diversidade de públicos possibilitará a **interação** dos usuários desse espaço, contando com ambientes hoje desfalcados e pouco valorizados na cidade de Criciúma, como as **áreas verdes, bibliotecas** de pequeno porte, etc.

26.2. Pré-dimensionamento

O pré-dimensionamento foi elaborado a partir dos estudos de casos nos CAPS de Criciúma. Verificou-se a área dos ambientes e qual a proporção que se pode ampliar para que os ambientes tenham um tamanho adequado. Outros ambientes que podem ser interessantes no complexo foram acrescentados. Os demais módulos (equipamentos) se deram a partir do primeiro já formalizado.

Para o cálculo das **vagas de estacionamento**, adotou-se o art. 27, da lei 3.900/99, que prevê uma vaga para cada 50 m² de área computável no índice de aproveitamento para *clínicas, ambulatórios, laboratórios, postos de saúde e hospitais* (para a área de **acolhimento e tratamento** do complexo e **residências terapêuticas**), e do mesmo modo para *instituições de ensino* (área de **formação**).

Para a área de **residências de apoio** a formação, utilizou-se a descrição de *hotéis e similares*, que prevê uma vaga a cada três unidades de alojamentos.

Nas áreas de **lazer e cultura**, adotou-se uma vaga para cada 10 m² de área de *auditório, salas de convenções, teatros*, áreas de reunião em geral, somadas.

O pré-dimensionamento foi dividido em 4 módulos (equipamentos) e posteriormente subdivididos de acordo com a abrangência de cada ambiente.

26.2.1. Módulo 1

ACOLHIMENTO / TRATAMENTO	CENTRO DE SAÚDE MENTAL		
	ATENDIMENTO (110 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	HALL/RECEPÇÃO	1	80
	SALA DE ARQUIVOS	1	10
	SANITÁRIOS	2	20
	SETOR ADMINISTRATIVO (145 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	GERÊNCIA	1	10
	ADMINISTRAÇÃO	1	10
	SALA DE EQUIPE/REUNIÃO	1	30
	SECRETARIA	1	10
	ALMOXARIFADO	1	10
	VESTIÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS	2	30
	COPA P/ FUNCIONÁRIOS	1	15
	DEPÓSITOS	1	10
	SANITÁRIOS	2	20
	ATEND. AMBULATORIAL (155 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	CONSULTÓRIOS	5	50
	POSTO DE ENFERMAGEM	1	15
	ENFERMARIA	1	10
	FARMÁCIA	1	10
	SALA DOS PLANTONISTAS	1	10
	SALA COM LEITOS	1	30
	DEPÓSITOS	1	10
	SANITÁRIOS	2	20

SETOR DE ATIVIDADES (500 m²)		
AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
SALA DE GRUPO/CONVIVÊNCIA	1	50
SALA P/ OFICINAS TERAPÊUTICAS	5	100
ATELIÊ/OFICINA DE ARTE	1	50
SALA DE TV/ACÚSTICA	1	50
SALA DE INCLUSÃO DIGITAL	1	50
SALA DE DESCANSO	1	50
AUDITÓRIO	1	80
ESPAÇO PARA EXPOSIÇÕES	1	40
DEPÓSITOS	1	10
SANITÁRIOS	1	20
SETOR DE ALIMENTAÇÃO (90 m²)		
AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
REFEITÓRIOS	1	50
COZINHA	1	30
DEPÓSITOS	1	10
ÁREA EXTERNA (1070 m²)		
AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
POMAR/HORTA	1	100
PISCINA COBERTA	1	100
PÁTIO	1	100
QUADRA ESPORTIVA	1	200
ESTACIONAMENTO 1 vaga/50m²	20 vagas	500
Á. SERVIÇOS	1	20
Á. p/ AMBULÂNCIA	1	50
TOTAL		2.070

26.2.2. Módulo 2

2.1 RESIDÊNCIAS terapêuticas	CENTRO DE SAÚDE MENTAL		
	RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS		
	ATENDIMENTO (80 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	HALL/RECEPÇÃO	1	50
	SALA DE ARQUIVOS	1	10
	SANITÁRIOS	2	20
	SETOR ADMINISTRATIVO (115 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	ADMINISTRAÇÃO GERAL	1	20
	SALA DE EQUIPE/REUNIÃO	1	20
	VESTIÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS	2	30
	COPA P/ FUNCIONÁRIOS	1	15
	DEPÓSITOS	1	10
	SANITÁRIOS	2	20
	SETOR DE ATIVIDADES (100 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	ÁREA LÚDICA P/ TESTES E REUNIÕES	1	30
	SALA DE ATENDIMENTO JURÍDICO-PSICOLÓGICO	1	20
	SALA DE VIDEO-IMAGEM	1	30
	SANITÁRIOS	2	20
	SETOR DE ALIMENTAÇÃO (90 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	REPETÓRIOS	1	50
	COZINHA	1	30
	DEPÓSITOS	1	10
	DORMITÓRIOS (900 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	DORMITÓRIOS	50	750
	SANITÁRIOS	50	150
	ÁREA EXTERNA (670 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	ESTACIONAMENTO 1 vaga/50 m²	26	650
	Á. SERVIÇOS	1	20
	TOTAL		1955

2.2 RESIDÊNCIAS formação	CENTRO DE SAÚDE MENTAL		
	RESIDÊNCIAS P/ APOIO À FORMAÇÃO		
	ATENDIMENTO (70 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	HALL/RECEPÇÃO	1	50
	SANITÁRIOS	2	20
	SETOR ADMINISTRATIVO (95 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	ADMINISTRAÇÃO GERAL	1	20
	VESTIÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS	2	30
	COPA P/ FUNCIONÁRIOS	1	15
	DEPÓSITOS	1	10
	SANITÁRIOS	2	20
	SETOR DE ATIVIDADES (50 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	SALA DE REUNIÃO	1	30
	SANITÁRIOS	2	20
	DORMITÓRIOS (900 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	DORMITÓRIOS	50	750
	SANITÁRIOS	50	150
	ÁREA EXTERNA (445 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	ESTACIONAMENTO 1 vaga/3 unid. de alojamento	17	425
	Á. SERVIÇOS	1	20
	TOTAL		1560

26.2.3. Módulo 3

FORMAÇÃO	CENTRO DE SAÚDE MENTAL		
	ATENDIMENTO (80 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	HALL/RECEPÇÃO	1	50
	SALA DE ARQUIVOS	1	10
	SANITÁRIOS	2	20
	SETOR ADMINISTRATIVO (95 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	ADMINISTRAÇÃO GERAL	1	20
	VESTIÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS	2	30
4	COPA P/ FUNCIONÁRIOS	1	15
	DEPÓSITOS	1	10
	SANITÁRIOS	2	20
	SETOR DE ATIVIDADES (700 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	AUDITÓRIO	1	100
	SALA DE PROJEÇÃO	1	80
	SALAS MULTIUSO	10	200
	LABORATÓRIO DE INFORMÁTICA	2	100
	BIBLIOTECA	1	200
	SANITÁRIOS	2	20
CULTURA E LAZER	ÁREA EXTERNA (470 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	ESTACIONAMENTO 1 vaga/50m²	18	450
	Á. SERVIÇOS	1	20
	TOTAL		1345

26.2.4. Módulo 4

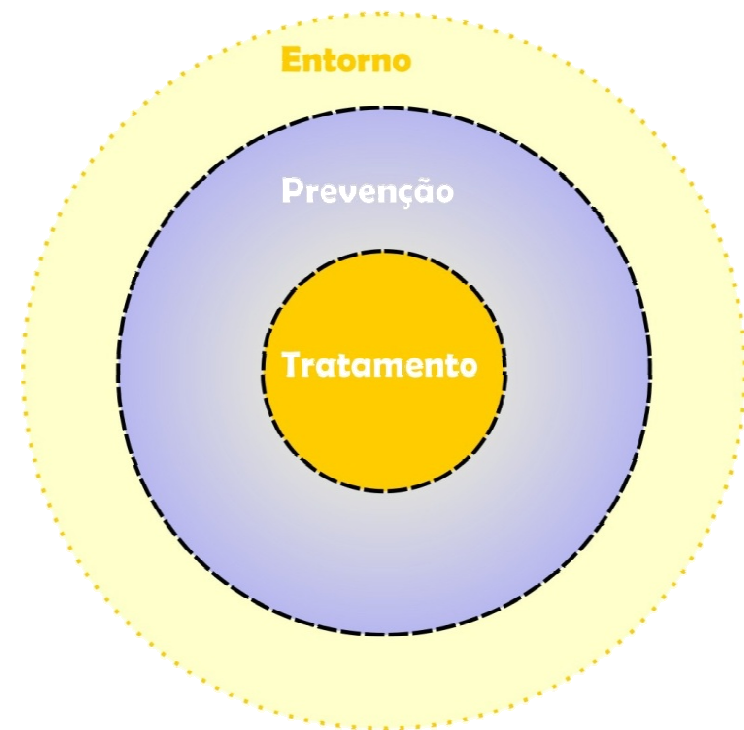
FORMAÇÃO	CENTRO DE SAÚDE MENTAL		
	ATENDIMENTO (70 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	HALL/RECEPÇÃO	1	50
	SANITÁRIOS	2	20
	SETOR ADMINISTRATIVO (95 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	ADMINISTRAÇÃO GERAL	1	20
	VESTIÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS	2	30
	COPA P/ FUNCIONÁRIOS	1	15
4	DEPÓSITOS	1	10
	SANITÁRIOS	2	20
	SETOR DE ATIVIDADES (780 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	LOJAS (MATER. PRODUZ. PELOS USUÁRIOS)	1	100
	BIBLIOTECAS DE PEQUENO PORTE	3	80
	ATELIÊS	5	200
	FOYER/CAFÉ	1	100
	RESTAURANTE/LANCHONETE	1	200
	AUDITÓRIO/PALCO DE APRESENTAÇÕES	1	80
	SANITÁRIOS	2	20
CULTURA E LAZER	ÁREA EXTERNA (2000 m²)		
	AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m²)
	AMFITEATROS	2	100
	ESTACIONAMENTO 1 vaga/10m² área de recreação	76	1900
	TOTAL		2945

26.3. Intenções de projeto

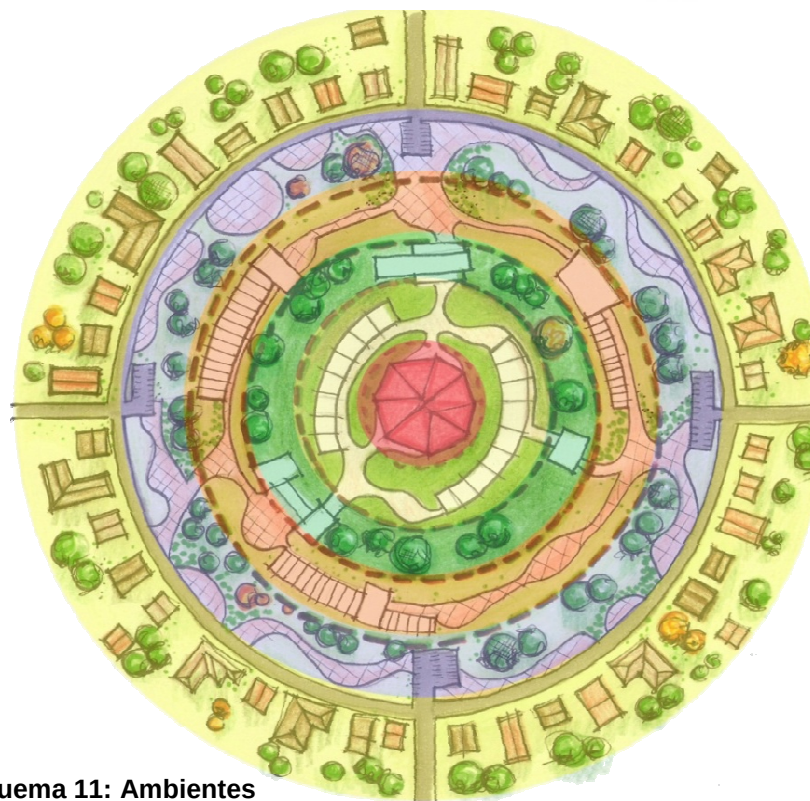
Com a definição dos equipamentos que irão constar no projeto, gerou-se a intenção de trabalhar com esses equipamentos de forma a serem partes **transitórias** do processo de tratamento e melhoria do quadro de saúde mental, a partir de uma organização representada **radialmente**. Essa organização representa as etapas de melhoras, da **aproximação** dos públicos (vizinhança X usuários com transtornos mentais), que vai possibilitar a **integração**, a reinserção que se deseja. O usuário aos poucos **volta a se interar** com sociedade, com os vizinhos, com a família, em paralelo ao processo de melhora da sua saúde mental.

Definiu-se então uma **diretriz de implantação do projeto**, a existência de uma transição entre a área central de saúde mental e o entorno do terreno, com a locação de atividades diversas como parte dessa transição, onde usuários, vizinhos, familiares, pesquisadores, funcionários, poderão se apropriar e se interar.

Essa transição corresponde à **prevenção** da doença mental, através de setores que beneficiam o bem estar social, como o culto, o lazer, e o esporte.



Esquema 09: Esquema conceitual inicial de projeto.
Elaborado pela autora.

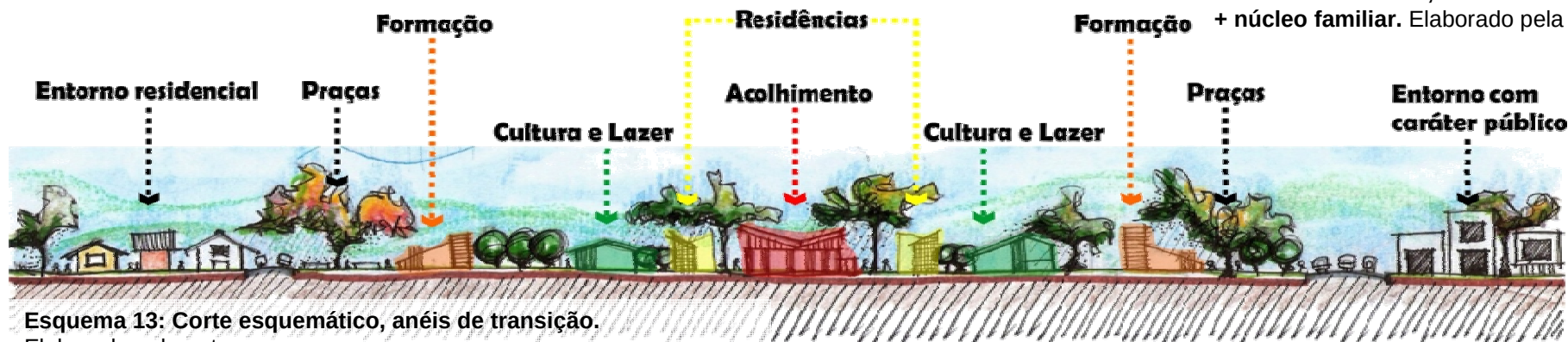


Esquema 11: Ambientes nos anéis de transição. Elaborado pela autora.

Esquema 10: Atividades nos anéis de transição. Elaborado pela autora.



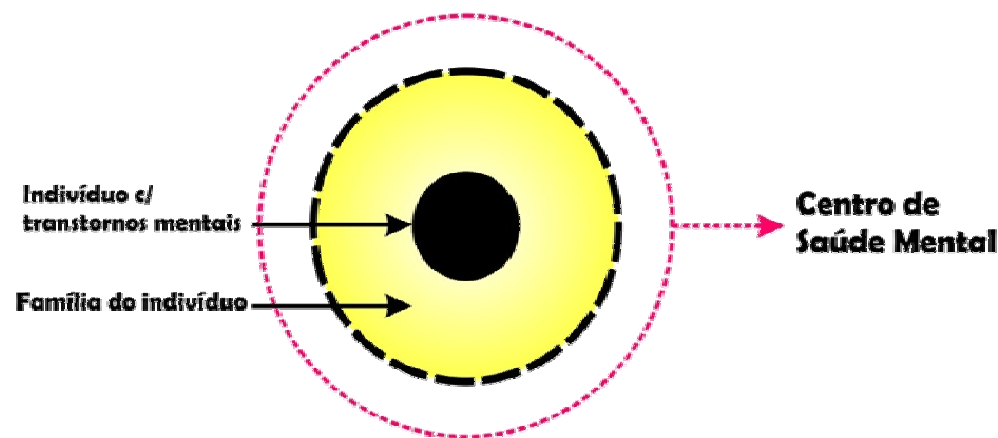
Esquema 12: Suposição do "Caminho da Cura", Indivíduo + núcleo familiar. Elaborado pela autora.



Esquema 13: Corte esquemático, anéis de transição. Elaborado pela autora.

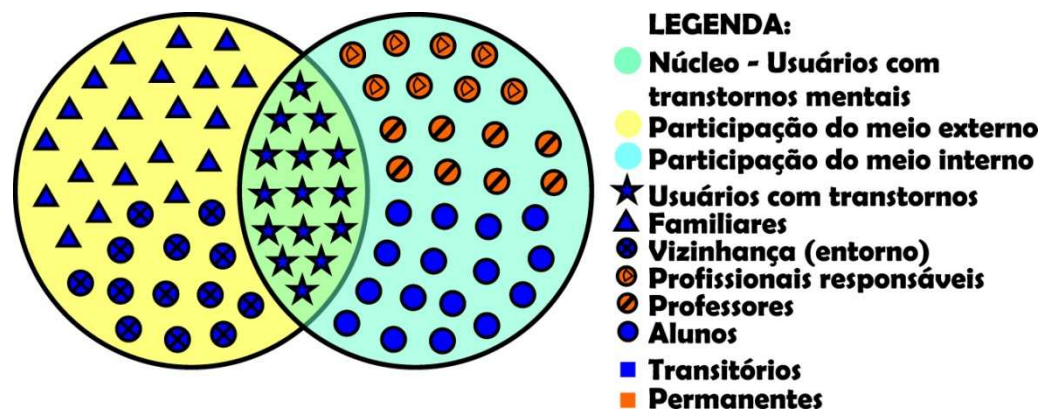
26.4. Usuários do equipamento

A participação dos familiares, se possível, é muito importante no tratamento do indivíduo com transtornos mentais. Estes familiares deverão receber também um tratamento que consiste na forma de lidar com o indivíduo com transtornos mentais para que sua melhora possa se efetivar, e em menos tempo.



Esquema 14: Participação dos familiares.
Elaborado pela autora.

O seguinte esquema identifica quais serão os usuários do Centro de Saúde Mental, divididos entre transitórios e permanentes, e suas relações diante do Núcleo de Atenção à Saúde Mental.



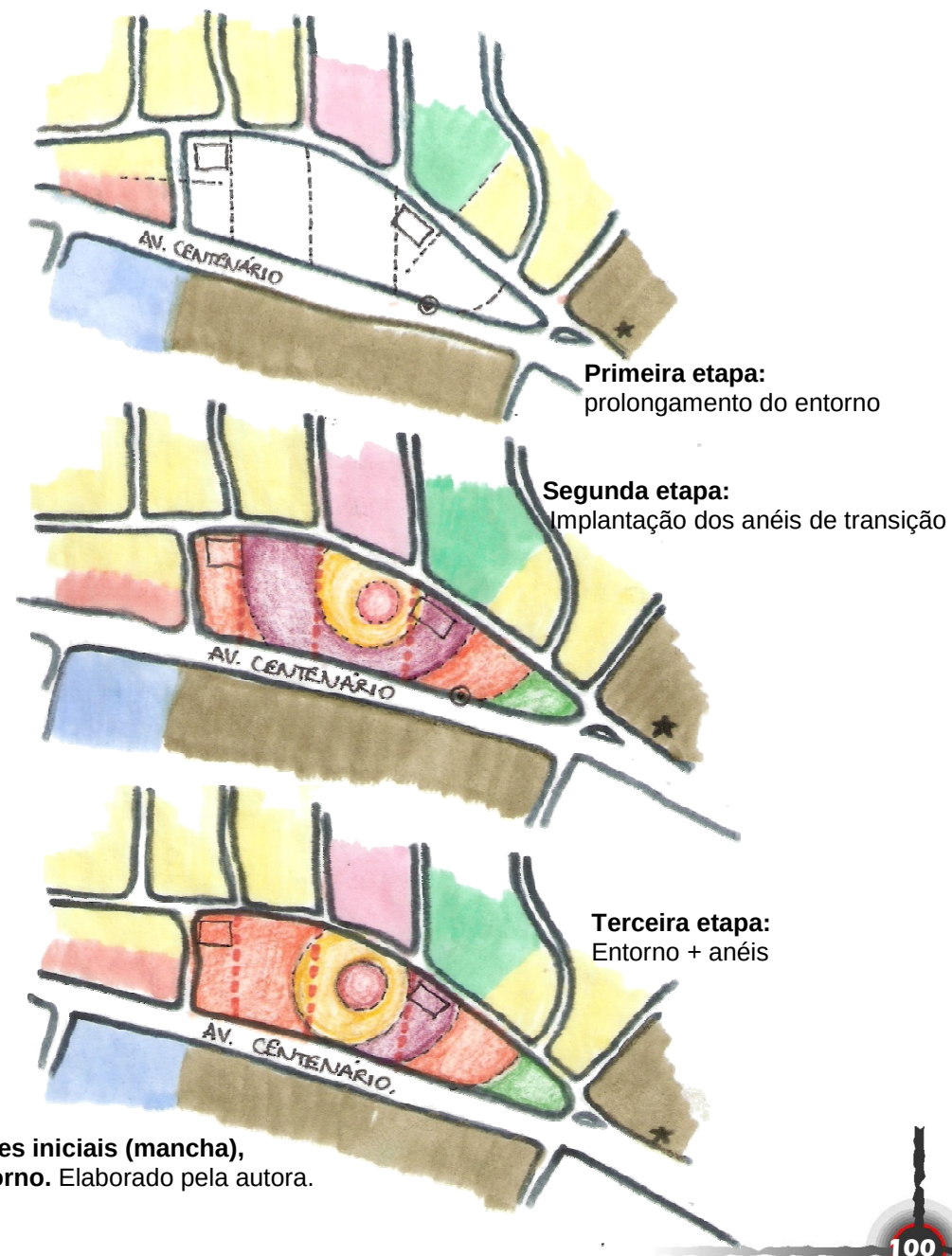
Esquema 15: Usuários do equipamento e suas relações.
Elaborado pela autora.

26.5. Primeiras implantações

As primeiras implantações decorreram a partir da análise e prolongamento do entorno para dentro do terreno.

Posteriormente, foram locados os *anéis* de transição (conceito utilizado inicialmente para a implantação do projeto) no espaço físico. Devido a forma real do terreno, estes anéis sofreram adaptações (a forma radial é apenas conceitual).

A partir disso, buscou-se integrar as relações com o entorno, com os anéis de transição. Os anéis devem prever uma coerência com o que se encontra ao lado oposto da rua. Portanto, o entorno foi fundamental para definição da forma e usos dos anéis.



Esquema 16: Implantações iniciais (mancha), anéis de transição + entorno. Elaborado pela autora.

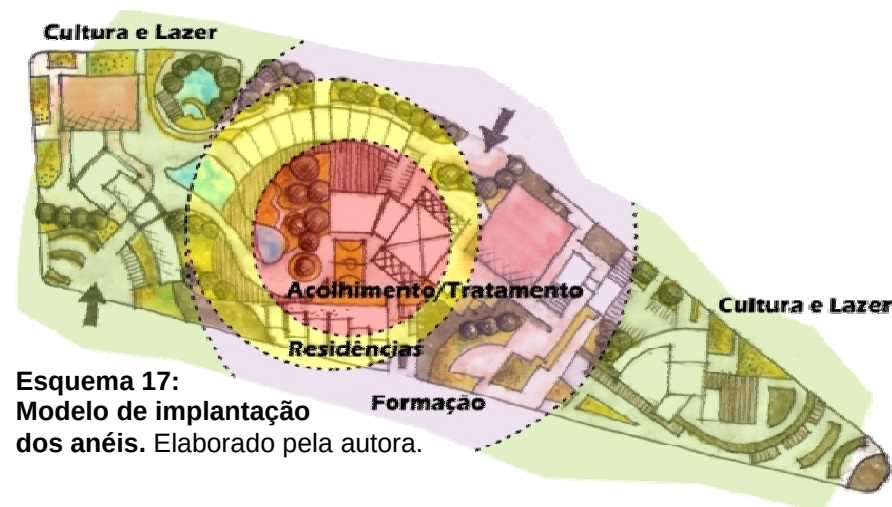
Após formalizados os estudos, gerou-se um modelo inicial de implantação a partir das considerações com o entorno e do conceito dos anéis de transição proposto, que define apenas a possível locação das edificações (que devem ser revisadas a partir do mapeamento de vegetação existente, por exemplo, mapa 10) e seus usos.

A parte de **tratamento** (acolhimento, tratamento, e residências terapêuticas) do complexo está localizada no centro do terreno e bem a frente da futura Unidade de Pronto Atendimento 24 h (UPA).

Já a parte de **prevenção** se dá, através de praças e com as atividades culturais, na área de **acesso principal** ao terreno e também nas proximidades com o **entorno residencial**, para ser um convite e 'chamar a atenção' das pessoas.

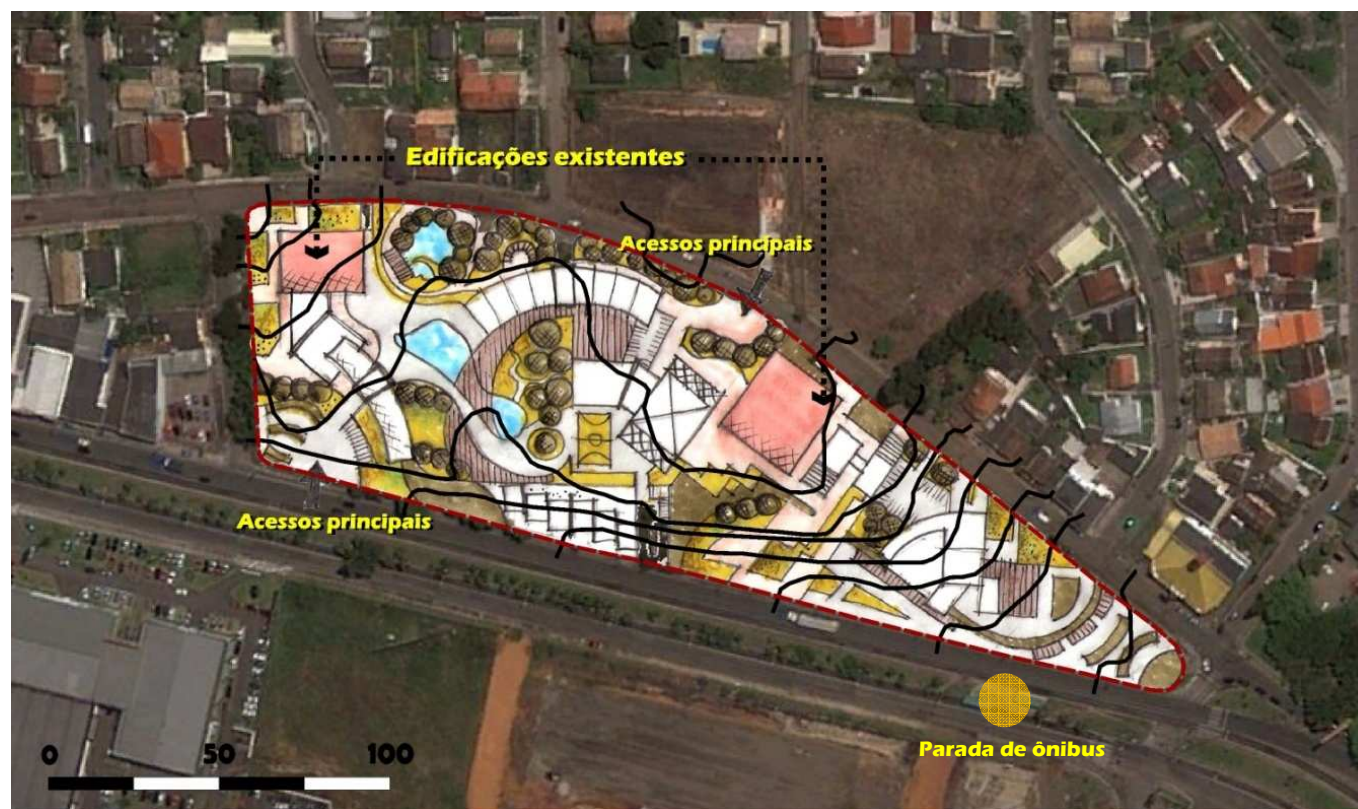
Os **equipamentos de ensino e pesquisa** se localizam bem próximos de seu **estudo prático** (área de tratamento).

As **unidades residenciais de apoio** aos alunos, professores, médicos e pesquisadores, voltam-se para a Av. Centenário, com vista para o Parque das Nações.



Esquema 18: Resultado inicial de implantação. Disposição dos equipamentos. Elaborado pela autora.

Os **edifícios a serem mantidos**, receberam novos usos de acordo com o que corresponde o entorno. O edifício que era **escritório da CSN** irá abrigar usos destinados à **cultura e lazer**, para ser uma atração ao seu entorno residencial, e atrair a participação da vizinhança. Os **galpões** abrigarão usos destinados à **formação**, pela proximidade com o núcleo de Acolhimento e por não ter muito contato com o entorno residencial, essa relação se destinou aos equipamentos voltados ao lazer e a cultura.



Esquema 19: Resultado inicial de implantação. Equipamentos novos e os já existentes. Elaborado pela autora.

26.6. Participação em Fórum sobre Saúde Mental

Ainda no andamento das pesquisas e elaboração das idéias pude participar de um Fórum sobre Saúde Mental, no auditório Rui Hulse, na Universidade do Extremo Sul Catarinense, no dia 18 de maio de 2011, dia de comemoração da *Luta Antimanicomial*. Este evento contribuiu para que eu pudesse dar continuidade na elaboração do projeto, de modo a reforçar as intenções construídas através das pesquisas e “intuições”. Nas duas palestras seguintes, juntamente com as contribuições dos participantes e atuantes na saúde mental (inclusive usuários dos CAPS), pude salientar pontos relevantes para a construção do meu trabalho:

Primeira palestrante - Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski
Grupo de Pesquisa: Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva. Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas.

Pontos importantes:

- Articulação dos usuários com a família;
- Dificuldades dos familiares para lidar com a situação;
- Estrutura dos CAPS não favorece;
- Falta diversificar os profissionais (mais terapeutas ocupacionais, atividades como acupuntura, etc.);
- Não reproduzir o modelo atual.**

Segundo palestrante: Valdevino Alves do Nascimento – Participante do Movimento Antimanicomial (com participação do público)

Pontos importantes:

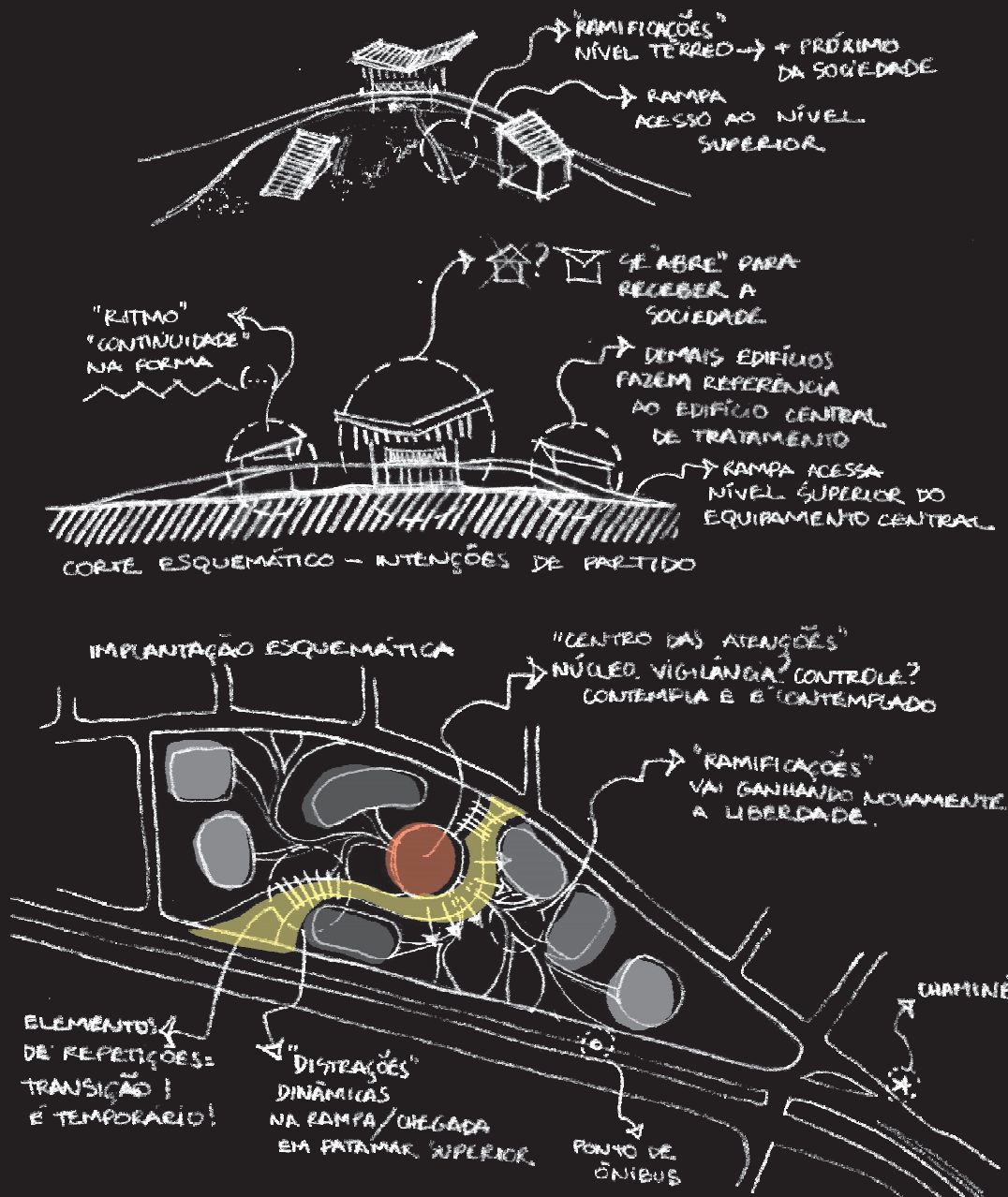
- Expandir o tratamento do usuário;
- Uso da Cultura – Esporte – Lazer – Centros de Convivência –Teatros;
- Possibilidade de se tratar no **meio da sociedade**;
- Casa de passagem para reaproximação com a família;
- Terapias comunitárias para a **prevenção**;
- Busca pelo ideal, os CAPS **ainda não são** a melhor solução.

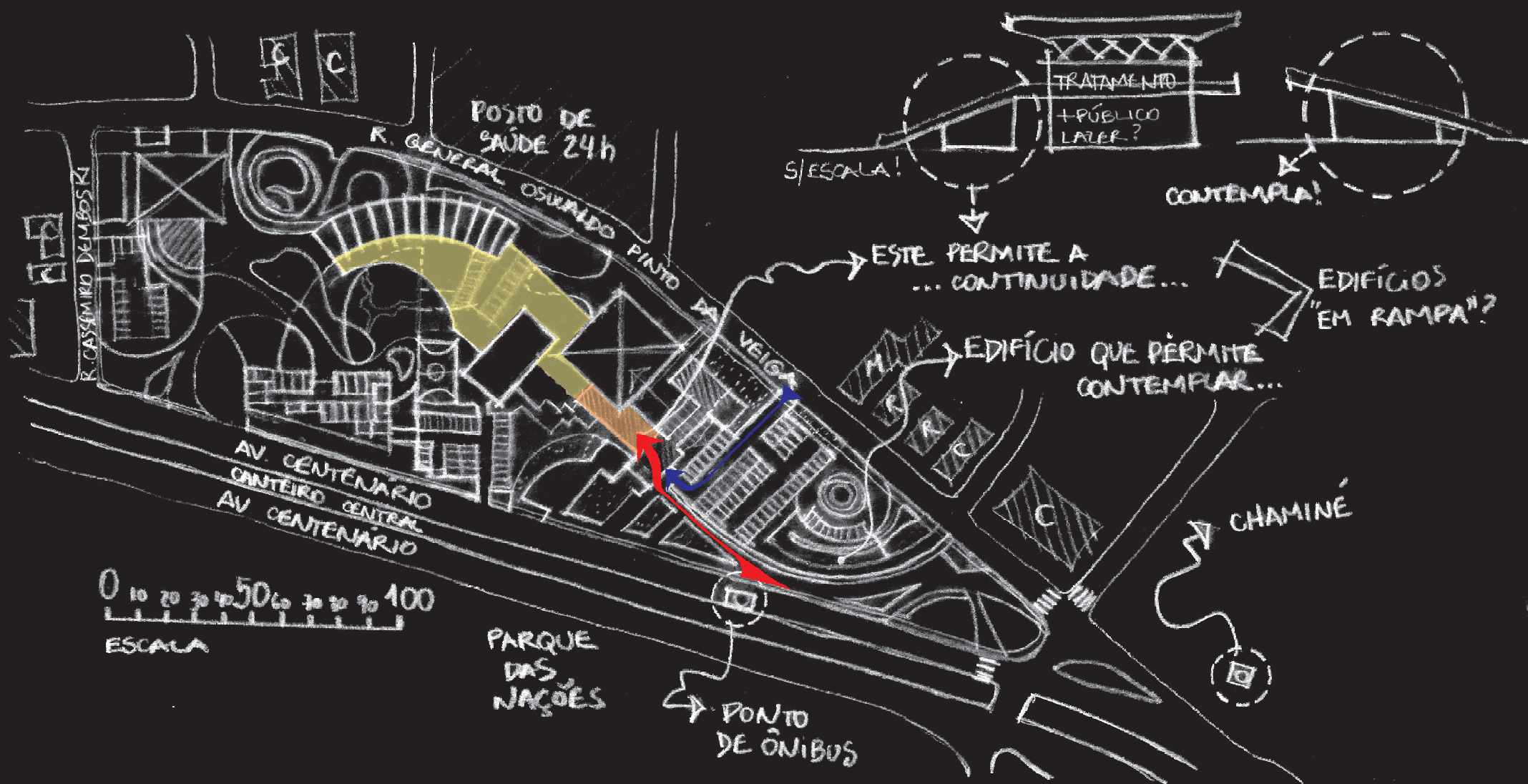
26.7. Partido

As idéias para construção do partido se deram a partir de um **entendimento global** do problema, de sua **contextualização** sociocultural, e posteriormente analisando o **local de intervenção** juntamente com seu **entorno**.

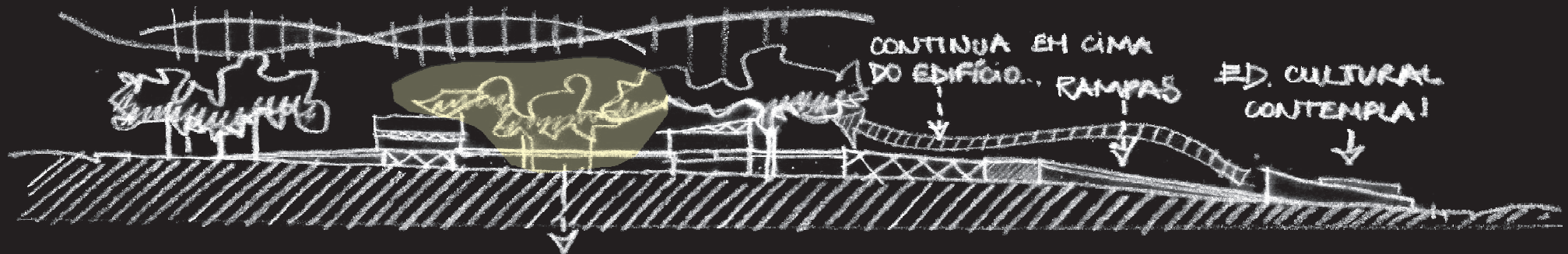
Relembrando o modelo utilizado para **tratamento** da saúde mental antes da Reforma Psiquiátrica, através do diagrama conceitual centrípeto (diagrama conceitual 01, pag. 30), que prevê o isolamento e maior vigilância e controle do indivíduo com transtornos mentais, gerou-se um novo conceito, permanecendo a intenção de centralidade, porém de outra maneira: expansiva, aberta, hierárquica, "chamando o olhar da sociedade" para si.

Pensando no equipamento central de **tratamento**, como a **primeira etapa** do chamado "**caminho da cura**", constatou-se a importância de gerar uma hierarquia para melhor orientação de seus usuários. Analisando a topografia do terreno, julguei interessante trabalhá-lo com diferentes níveis, e estes níveis poderiam se aliar à hierarquia que se deseja, através de "caminhos" que orientam o encontro com a primeira etapa (tratamento). Estes caminhos devem ser dinâmicos, despertando o interesse do usuário com transtornos mentais. Os níveis definem espaços mais privados e espaços mais públicos. Os caminhos que levam a primeira etapa do "caminho da cura" chegam a um nível superior, aonde somente os usuários com transtornos mentais, funcionários e envolvidos (familiares, estudantes, etc.) devem participar. O nível térreo fica livre, qualquer pessoa pode acessar, é portanto, uma área mais pública. A medida que o usuário com transtornos mentais ganha mais autonomia para se envolver com a sociedade e com o entorno, ele pode se encaminhar ao nível térreo para participar de outra etapa (lazer e cultura) que prevê uma interação com o restante dos usuários do espaço. Portanto, os equipamentos voltados ao tratamento do usuário terão dois níveis (ou três, dependendo da topografia) e o restante, somente nível térreo. A decisão pela horizontalidade do conjunto, além da justificativa de não remeter a linguagem dos grandes hospitais psiquiátricos, também se deve ao respeito ao ponto mais alto hoje do entorno, a Chaminé, marco visual da cidade.

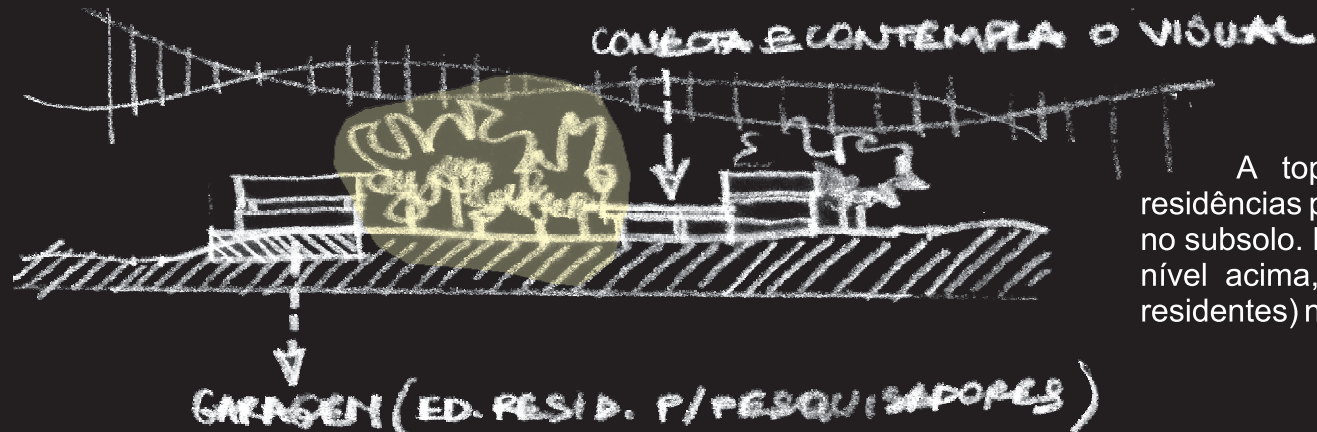




Desenvolvendo as idéias de partido, levantou-se a hipótese de aproveitar as próprias edificações como contribuição na transição de níveis. As passarelas estariam na própria cobertura de algumas edificações, como mostram os esquemas. Isto possibilitaria maior entrosamento e contato entre os equipamentos. Outros edifícios podem permitir o acesso a sua cobertura para contemplação do lugar.



O espaço elevado, além de integrador dos equipamentos para tratamento ao usuário com transtornos mentais, pode contribuir na contemplação de toda a área do complexo e do entorno.



A topografia favorece para que o edifício de residências para apoio à formação tenha vagas de garagem no subsolo. Este pode ter meio nível abaixo do solo e meio nível acima, sugerindo um ambiente mais privado (aos residentes) no nível superior (domínio da parte pública).

26.8. Parc de La Villette – Paris – arquiteto Bernard Tschumi

Com as intenções direcionadas, este referencial pode contribuir com a maneira com que foram trabalhadas as relações espaciais do projeto, suas conexões e disposições. O parque abriga construções públicas voltadas à Ciência e à Música.

PLAN DU PARC

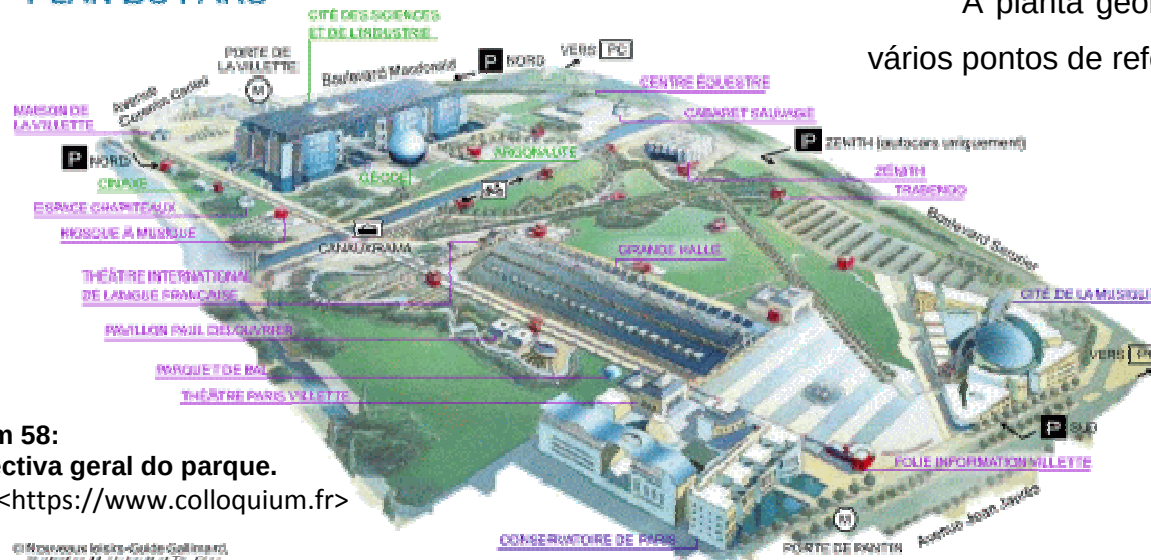


Imagem 58:
Perspectiva geral do parque.
Fonte: <<https://www.colloquium.fr>>

© Monique Joris-Gade-Galland,
illustration M. Hubault et T. Chac.



Imagem 59: O sistema de pontos,
elementos referenciais.
Fonte: <<http://www.seraphine.net/blog>>



Imagem 60: O sistema de pontos,
elementos referenciais.
Fonte: <<http://tours-for-you.info/parc-de-la-villette.html>>

A planta geométrica é marcada por avenidas que interligam os vários pontos de referência cercadas por gramados.

Um sistema de linhas:
a circulação.

Um sistema de pontos:
as loucuras.

Um sistema de superfícies:
pastagem.

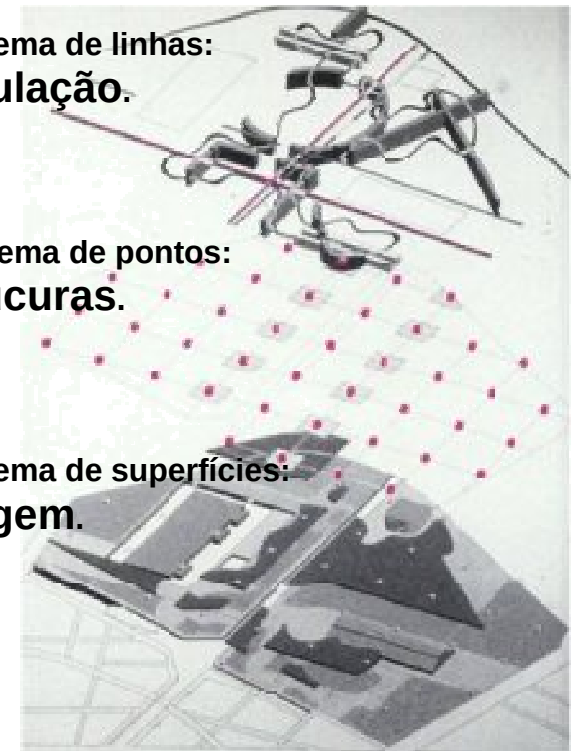


Imagem 61:
Esquema funcional do parque.
Fonte: <<https://www.colloquium.fr>>

26.9. Volumetrias

Imagem 62: Perspectiva geral do conjunto.



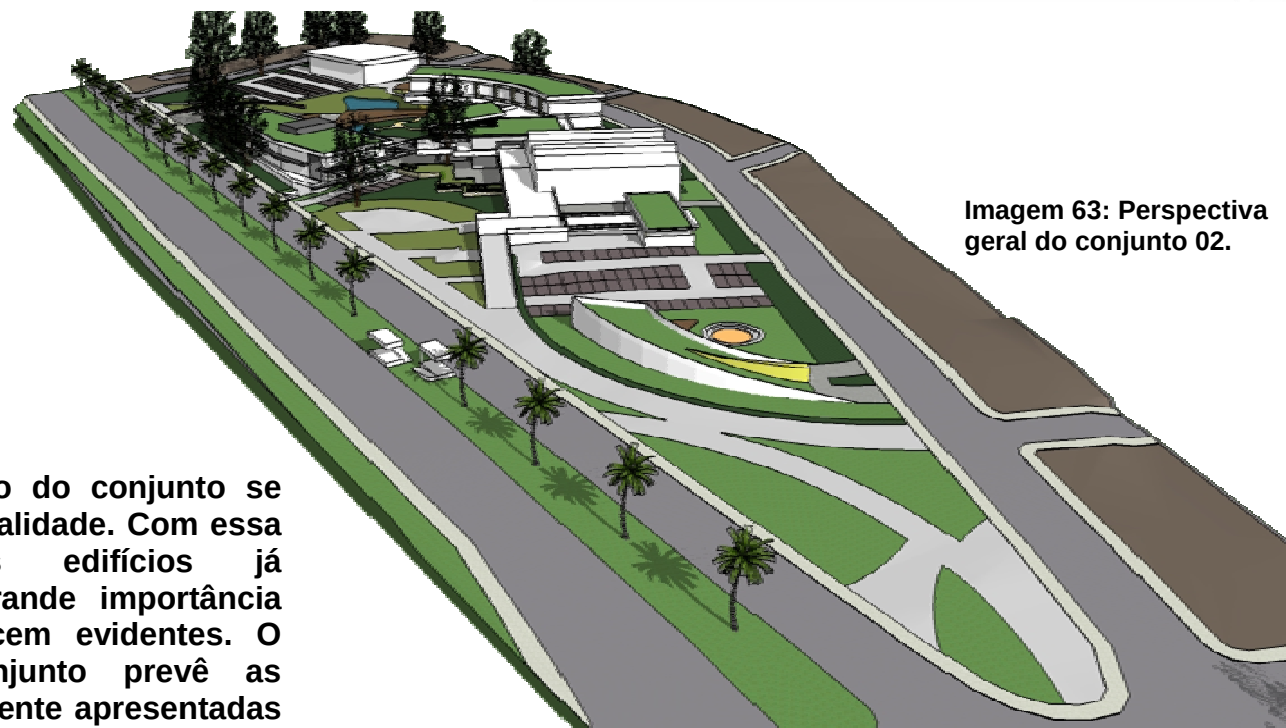


Imagem 63: Perspectiva geral do conjunto 02.

A composição do conjunto se designa na horizontalidade. Com essa característica, os edifícios já existentes e de grande importância histórica, permanecem evidentes. O resultante do conjunto prevê as intenções anteriormente apresentadas quanto ao contexto histórico, portanto as edificações novas interagem e respeitam a história do local.



Imagem 64: Perspectiva geral do conjunto 03.



Imagem 65: Vista do ambiente central – conexão dos edifícios para tratamento.



Imagem 66: Vista do ambiente central – conexão dos edifícios para tratamento 02.

Imagem 67: Vista da Av. Centenário. Acesso à rampa para área de tratamento.



Imagem 69: Espaço central.



Imagem 68: Vista da R. General O. P. da Veiga. Edificação existente e Residências terapêuticas.

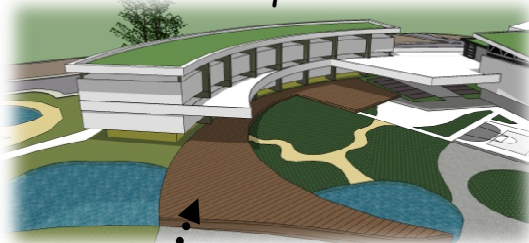


Imagem 70: Acesso pela R. General O. P. da Veiga.

Cultura e lazer



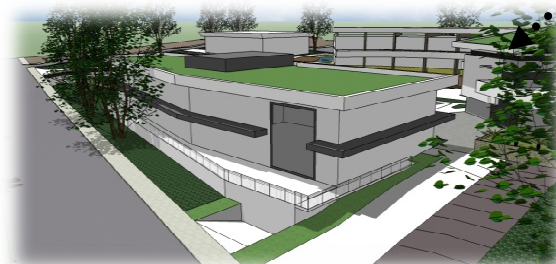
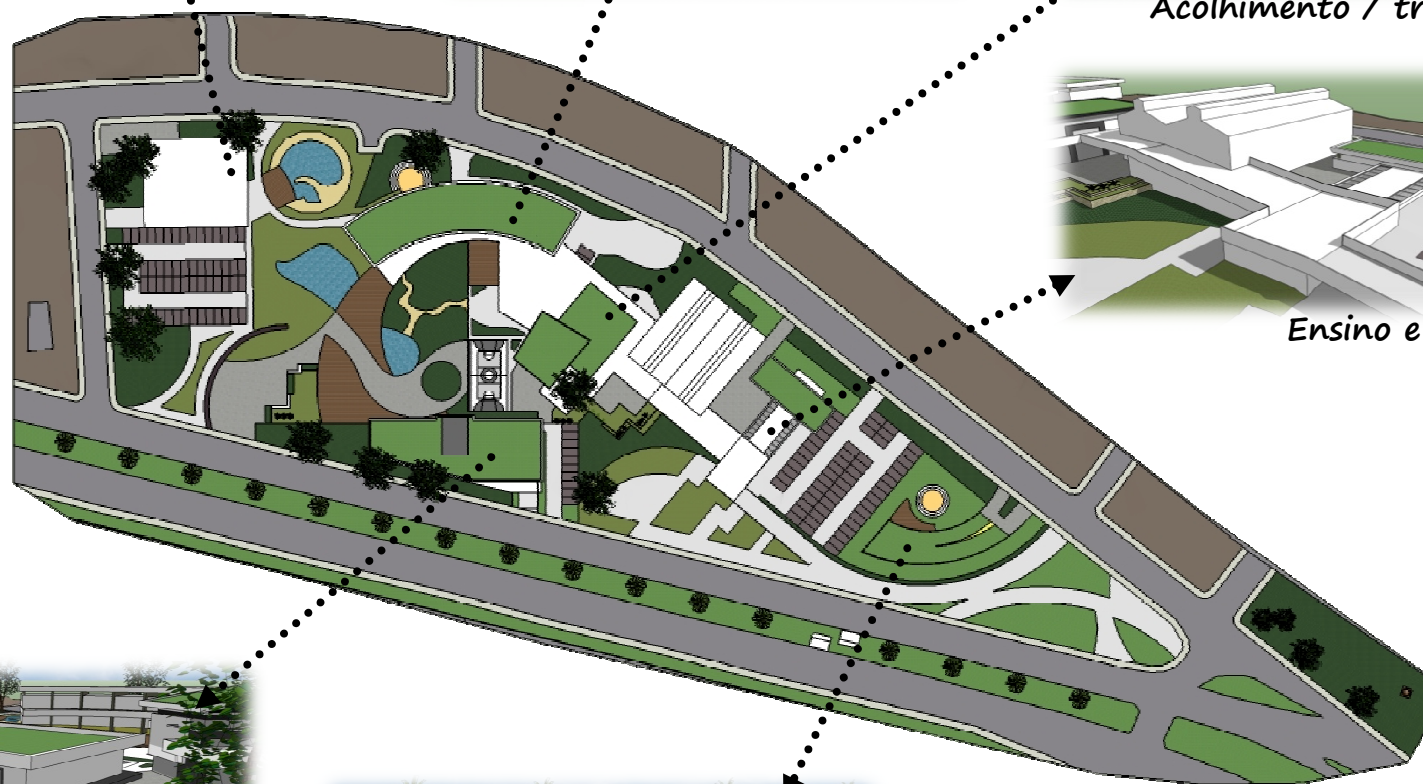
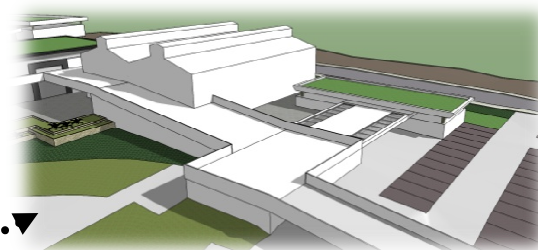
Residências terapêuticas



Acolhimento / tratamento



Ensino e Pesquisa

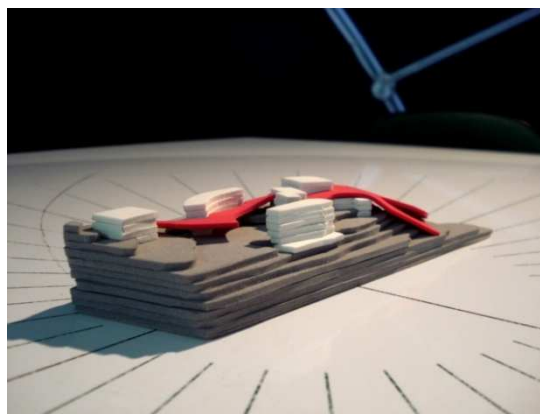
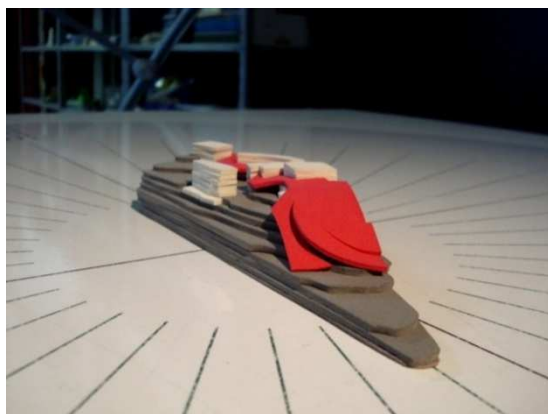
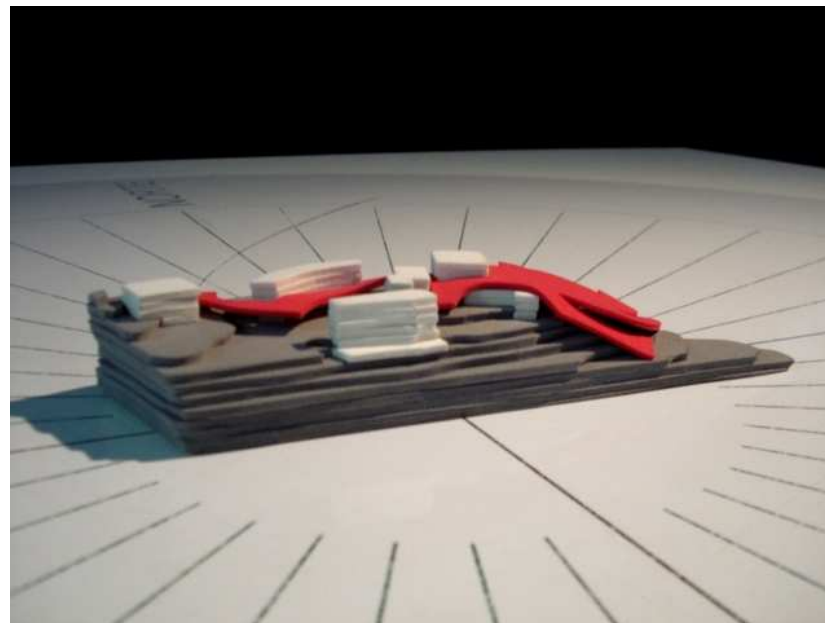
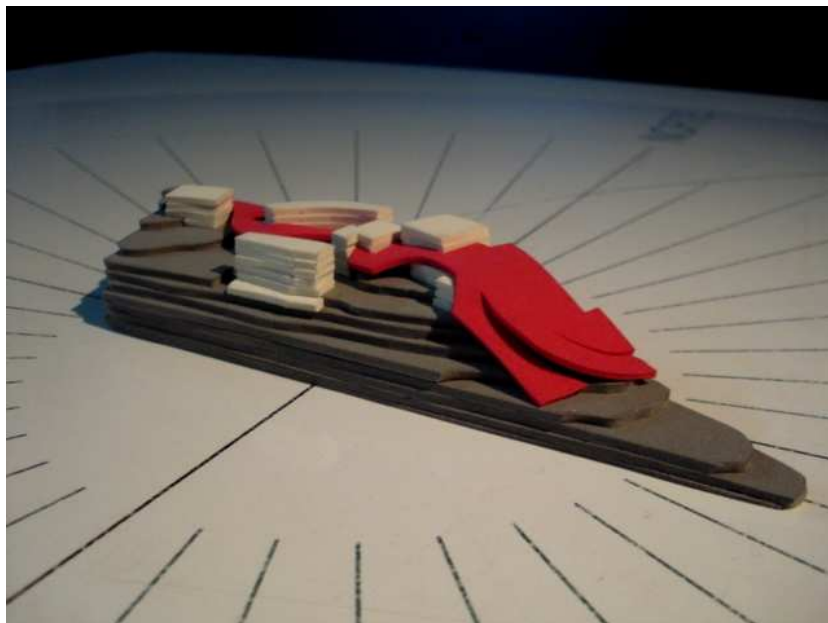


Residências de apoio à formação



Cultura e lazer

Imagem 71: Indicação dos equipamentos do conjunto na implantação.



Imagens 72: Maquete conceitual, elemento em vermelho determinante das relações dos níveis de tratamento x prevenção.

Bibliografias, anexos, legislação.

27. Bibliografias

1- BASTOS, Mario Vitor. **Complexo de atenção à saúde mental**. Trabalho final de graduação. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

2- Carbonífera Próspera, disponível em <<http://www.santacatarina.radarsul.com.br/criciuma/carbonifera-prospera.asp>> Acesso em maio de 2011.

3- Conceitos de Saúde Mental por Carl Jung, disponível em <www.ahau.org/carljung> Acesso em abril de 2011.

4- Conceitos de Saúde Mental por Michel Foucault, disponível em <www.michel-foucault.com> Acesso em março de 2011.

5- Conceitos de Saúde Mental pela Organização Mundial da Saúde, disponível em <www.who.int> Acesso em abril de 2011.

6- Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br>> Acesso em março de 2011.

7- FOUCAULT, Michel; José Teixeira Coelho Netto. **Historia da loucura na idade classica**. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551 p.

8- GOFFMAN, Evering. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005. 312 p. (Coleção debates 91) ISBN 8527302020.

9- LIMA, Filipe Milanezi. **Centro de atendimento psicossocial**. Trabalho final de graduação. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma 2009.

10- MILANEZI, Mariana. **Centro cultural**. Trabalho final de graduação. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma 2007.

11- Museu Imagens do Inconsciente, disponível em <www.museuimagensdoinconsciente.org.br> Acesso em março de 2011.

12- Resultado do IML de Criciúma de 2010, disponível em <www.engeplus.com.br> Acesso em abril de 2011.

13- ROEDER, Maika Arno. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003. 365 p.

14- Saúde Mental, disponível em <www.ccs.saude.gov.br> Acesso em março de 2011.

15- SILVA, Leonora Cristina. **Diretrizes para a arquitetura hospitalar pós-reforma psiquiátrica sob o olhar da psicologia ambiental.** Dissertação Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2008.

16- SCÓZ, T.M.X.; FENILI, R.M. - **Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 2 p. 71 – 77, 2003. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em 17 de abril de 2011.

17- TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** 6.ed Rio de Janeiro: Vozes, 2000. 288 p.

18- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens psicossociais:** volume II, reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008. v.2

19- Vídeo sobre Museu da Loucura – Barbacena / MG, in youtube, disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=-2O0WIW5pFc>> Acesso em março de 2011.

28. Anexos

FASE	EMENTÁRIO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	+	-	CONCLUSÃO
1	► Configurações do espaço arquitetônico; ► Subjetividade; ► Forma x Função; ► Ritmo, textura, contraste.	► Alexander Calder + Mondrian = estável com intenção de móvel, com idéia de movimento de som através do comprimento de onda; ► Trabalhos com intenções de hierarquia e por último, de espaço de transição.	► Aprendizagem de conceitos e tipologias arquitetônicas através de Calder e Mondrian.	—	► Início de aprendizagem dos conceitos utilizados na arquitetura. Aprendeu-se a justificar todas as escolhas e processos de projeto.
2	► Espaço público - praça; ► Inserção no contexto urbano; ► Circulação.	► Urussanga; ► Calçada + praça integradora com o "Casarão" + parque.	► Integração com um patrimônio resultando em sua valorização.	► Área de intervenção bastante ampla gerando espaços dispersos.	► Aprendizagem sobre a relação de um espaço projetado com um patrimônio histórico.
3	► Edificação x Lote x Rua; ► Residencial até 2 pavtos.;	► Residência no Pio Correia; ► Terreno com 6 metros de desnível; ► Casa com diferentes níveis.	► Aproveitamento de desníveis do terreno.	► Terreno de esquina, porém sem tratamento condizente.	► Atividade que ensinou como atender um determinado público específico, com suas características pessoais, através de um projeto residencial.
4	► Conjunto Habitacional Horizontal; ► Público x Privado; ► Relação com o entorno.	► Relação com comércio; ► Integração com parque; ► Espaços públicos; ► Espaços de transição entre o público e o privado.	► Modelo de conjunto com bom resultado de relações entre espaços públicos e privados.	—	► Atividade que evidenciou a relação entre público e privado, primeiro contato direto com essa questão.

Anexo 01: Planilha de histórico da matéria de Projeto no curso de arquitetura, elaborada pela autora.

FASE	EMENTÁRIO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	+	-	CONCLUSÃO
5	► Patrimônio Histórico no Balneário Rincão	► Espaço cultural + parque; ► Relação com as dunas e arroio; ► Integração; ► Ateliês.	► Espaços públicos relacionados com a edificação.	–	► Atividade mais aprimorada sobre como trabalhar um espaço público com um edifício considerado patrimônio.
6	► Edifício Multifamiliar Misto; ► Comércio no térreo.	► Terreno de esquina com proximidade do mirante no Balneário Rincão; ► 3 aptos. Por andar; ► Comércio com destaque em "Café com Letras" (livraria + cafeteria).	► Aproveitamento de circulação local para criação de galeria estratégica no térreo do edifício.	► Trabalhou-se mais com planta-baixa do que com desenhos de fachadas e volumes.	► Primeiro projeto de edifício em altura. Desafios de estrutura e compatibilização de funções (comércio x residências).
7	► Quadra polinucleada; ► Uso misto (Resid. + Com. + Serv.).	► Transição de espaços (público x privado); ► Transição de gabaritos e usos do entorno; ► Inserção de percurso interno à quadra.	► Modelo de quadra com relações dos espaços públicos e privados sem conflitos; ► Trabalhou-se com a transição dos espaços.	► Faltou maior tratamento com as fachadas dos edifícios residenciais e detalhamentos posteriores.	► Quadra com atividades diversas. Auxiliou na aprendizagem mais efetiva de suas relações de atividades e de espaços públicos e privados.
8	► Projeto Urbano; ► Redesenho de vias, propostas; ► Sistema viário; ► Sistemas de funcionamento de quadras (público x privado).	► Nova centralidade urbana no Pinheirinho; ► Acesso aos bairros lindeiros à Av. Santos Dumont; ► Estação ferroviária; ► Extensão da Av. Centenário no eixo transversal.	► Centralidade gerada a partir de redesenho da Avenida Centenário; ► Estação ferroviária como condicionante para desenho dos espaços públicos.	► Recorte amplo, o desenho dos espaços não se deu em toda a área, sem integração condizente com as áreas no perímetro do recorte.	► Atividade que ajudou na compreensão de se projetar em escalas diferentes: escala de cidade, de bairro, de recorte e por fim na escala de cada quadra e suas relações com as demais.

Parte final da planilha de histórico da matéria de Projeto no curso de arquitetura, elaborada pela autora.

Anexo 02: Relato de Teresinha Maria Gonçalves, Professora de Psicologia Ambiental do Curso de Arquitetura e Urbanismo, a partir de sua experiência no tema 'Saúde Mental'. O relato foi gravado e posteriormente digitado pela autora.

“Qualquer ciência liberta ou oprime. A psiquiatria já começa na antiguidade, aonde os loucos, os leprosos e tuberculosos, os considerados “incuráveis” eram rejeitados pela sociedade. Michel Foucault também comenta sobre o “canal dos loucos”, na Europa, aonde existia um barco que navegava com os ditos “incuráveis”, e quando chegavam próximos das margens, as pessoas jogavam comida para eles, para não correr riscos de serem contaminados pela lepra e pela loucura, até então se acreditava que a loucura podia ser pega. No início do século XX, o Brasil começa a importar o modelo de segregação do doente mental em grandes hospitais psiquiátricos. Nesse período, começa a trabalhar no Hospital Colônia, um lugar retirado na cidade de Curitiba, justamente para esconder seus “loucos”. A sociedade não agüentava ver suas próprias feridas e fracassos, por isso os segregavam. Nesse espaço existia hospital psiquiátrico, manicômio judiciário, leprosário, e os sanatórios de tuberculose. Todas as doenças consideradas “incuráveis” eram então segregadas. Jurandir Freire Costa fala da história da psiquiatria no Brasil. Ele conta que se acreditava muito que a loucura era contagiosa, e que os negros tinham esses genes da loucura. Essa psiquiatria do século XVIII e século XIX, oprimia, escravizava os ditos “loucos”. E com isso tiveram reações. Philippe Pinel, no século XVIII, tirou o doente mental das masmorras, desatou as correntes que prendiam os doentes mentais, através de um Movimento de humanização dos manicômios. O Brasil absorve isso na primeira metade do século passado criando grandes hospitais psiquiátricos, manicômios e hospitais-asilos. O doente mental era enviado para esses lugares, e ficavam até o resto de suas vidas. Quando foi trabalhar no hospital de Curitiba em 1968, existiam pacientes de 40 anos de hospitalização, que não tinham mais vínculo algum fora desse hospital. Posteriormente ocorreu um Movimento liderado por um psiquiatra italiano chamado Franco Basaglia, com a iniciativa de acabar com estes hospitais-asilos, através de locais mais dinâmicos em que os pacientes pudessem ficar por menos tempo. Desde então surgiram as pensões protegidas, hoje chamadas de residências terapêuticas, e também os hospitais-dias, onde o paciente

só ficava durante o dia. O seu trabalho no hospital em Curitiba, também foi de resgatar o vínculo com as famílias, trabalhar com a família para poder aceitá-lo de novo dentro dela, porque as pessoas tinham muito medo de suas reações, principalmente dos esquizofrênicos. As famílias dos pacientes eram muito pobres, e não tinham quem os cuidassem, e dentre as pessoas que teve contato, nenhuma era do Paraná. Eram em grande parte da região nordestina. Por isso teve dificuldades de resgatar suas famílias, 30, 40 anos depois de todo o processo de hospitalização. Foucault fala que a ciência cartesiana, que sustenta o capitalismo, são todas opressoras. Vai depender das propostas de quem as executa. A ciência não é neutra, ela serve para o bem ou para o mal. Ele traz que a sociedade capitalista industrial disciplina, cataloga as pessoas. Faz uma crítica a medicina, em que, segundo ele, o paciente é apenas mais um número de leito. Também menciona as prisões, conventos e hospitais psiquiátricos, que moldam as pessoas conforme se deseja. O comportamento da pessoa é direcionado como se a mesma fosse um animal adestrado, a sociedade disciplinar é capaz de moldá-la. Isso cria a despersonalização, contradiz ao que é libertário.

Próximo ao hospital em Curitiba havia um edifício de dois andares vazio. Pediram à prefeitura que reformassem o prédio para colocar 30 mulheres no local, para terem uma casa de apoio, seria uma intermediação, até acharem suas famílias. Os assistentes sociais as procuravam pelo Brasil. Mas essas pessoas hospitalizadas por um bom tempo, já estavam acostumadas com o lugar. Nesse sentido, as pensões protegidas fracassaram. Primeiro que o tratamento com medicamentos não cura. O tratamento segundo a psicologia libertadora, através de uma visão sociológica da psicanálise, trabalha fazendo as pessoas colocarem seus conflitos para fora, para a partir disso, poder intervir. Tentar controlar pela conversa, ou através de meios mais democráticos, sem machucá-lo, o paciente se vê na crise, portanto fica mais fácil para ele compreender sua crise. Através da psicologia libertária, liderada por um movimento iniciado na Argentina, Marcelo Blaya, diretor da clínica Pinel de Porto Alegre, que influenciou muito o hospital de Curitiba, propôs tratar os pacientes sem remédios, salvo alguns casos como no tratamento da epilepsia. Quando se tratava do emocional, se utilizava recursos terapêuticos: conversas, reuniões, dinâmicas de grupos, etc. Os

seus usuários podiam reconstruir sua vida fora desses lugares, tinham sua personalidade, diferentemente dos hospitais-asilos, por exemplo, aonde os pacientes nem usavam suas próprias roupas, afetando também na sua auto-estima. Mas as pessoas tinham medo desse novo modelo, acreditavam que as ditas pensões protegidas eram temporárias, e que dali a pouco teriam que se afastar do lugar. E era realmente, mas para serem acolhidas de volta pelas suas famílias. Sem os medicamentos então, as pessoas começavam a colocar seus reais sentimentos para fora, “deliravam”, isso assustou a equipe médica. Mas na visão da psiquiatria dinâmica, era nesse período que a pessoa estava iniciando seu tratamento, para depois disso, poder direcionar o processo terapêutico.

A loucura vem da família. Acontece que quando um membro da família “enlouquece”, este carrega a sua “loucura” e também a dos demais. A família de imediato quer isolá-lo, para não ver suas “loucuras” nesse membro.

Não existe normal e anormal na questão mental, a gente procura o equilíbrio, não existe cura. Todo ser humano possui desequilíbrio, e o que define se a pessoa está equilibrada ou não, é a maneira como se lida com a “loucura”. Existe um número bastante grande de pessoas que poderiam procurar o auxílio de um CAPS, por exemplo, mas que não procuram muitas vezes pela questão do preconceito. A partir do acesso ao conhecimento científico, nega-se a loucura com discursos. Um fato, uma fissura na subjetividade mental, pode desencadear em um surto ou uma crise, lançando a partir disso seu mecanismo de defesa. A “loucura” serve para negar a realidade e não sofrer com isso, é o “gemido da dor”. O que acontece é um trabalho inadequado da realidade, com erros de reflexão, sem também conseguir se relacionar com os outros facilmente. A depressão, por exemplo, aparece no sentido de impotência, de sentimento de improdutividade. O que entra em questão é a pulsão de vida, que gera valência positiva. A capacidade de superar frustrações é o que a determina. E o ambiente pode ajudar nessa questão. Enrique Pichon Rivière, psiquiatra e psicanalista argentino, diz que todo ambiente pode ser terapêutico ou enlouquecedor. Por isso a cidade deve receber tratamentos de humanização, para colaborar na felicidade das pessoas, através da participação dos arquitetos para criar

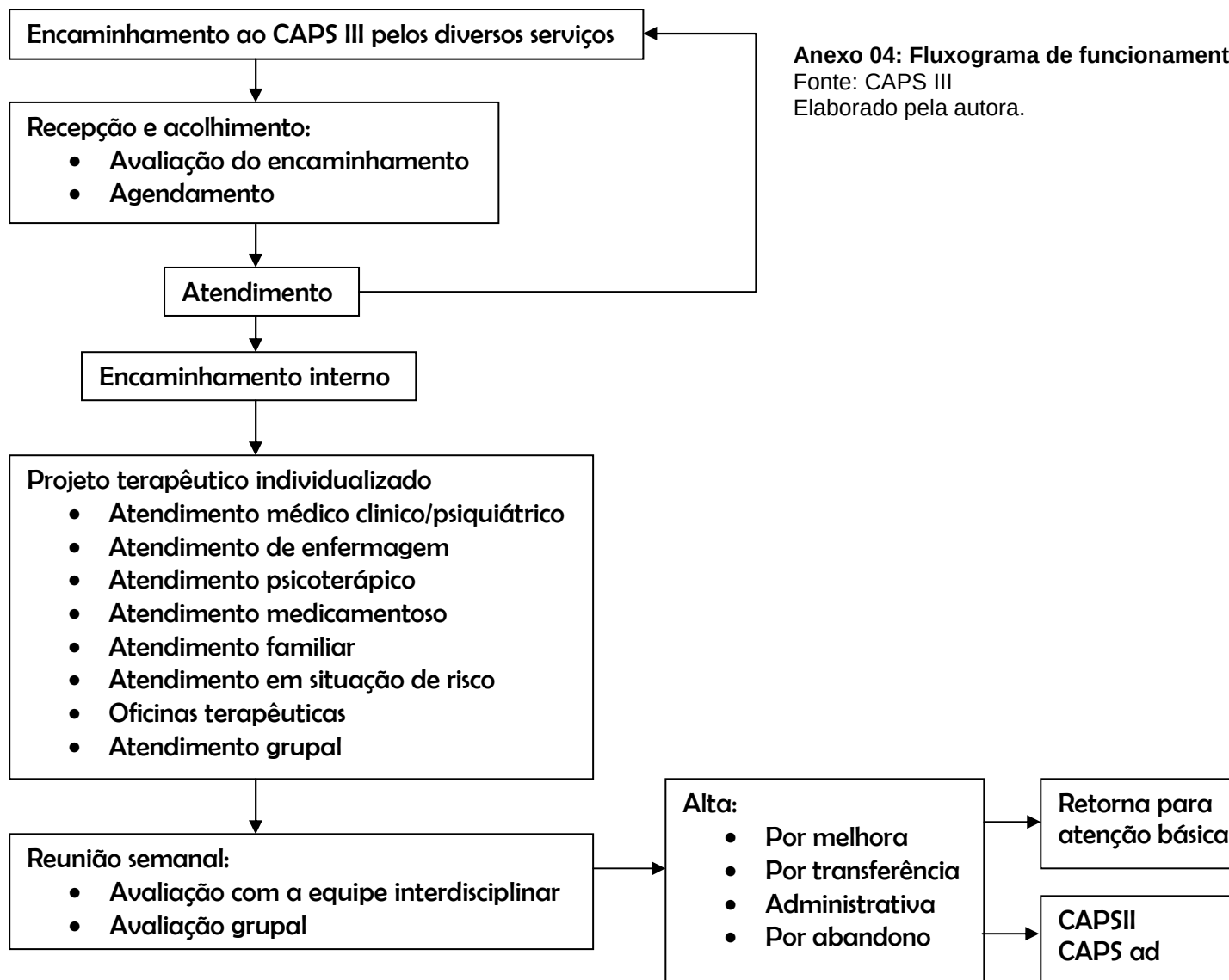
ambientes que produzem sensações positivas para a sociedade em geral. Um ambiente pode ajudar na promoção e recuperação da saúde mental das pessoas, assim como uma atividade, como a plantação em hortas, a pintura, ou as dinâmicas de grupo, desenvolvidas na terapia ocupacional, podendo descobrir verdadeiros talentos. **Isso fortalece a *valência positiva*, que é tudo o que ele precisa para sair da crise.**"

MORTES (IML Criciúma 2010)		
Acidente de trânsito com moto	2o	34
Acidente de trânsito com atropelamento		16
Acidente de trânsito com colisão		21
Acidente de trânsito com ciclista		2
Acidente de trânsito com capotagem		11
Acidente de trânsito com causa indefinida		3
Homicídio	1o	37
Suicídio	3o	33
Afogamento		9
Acidente de trabalho		11
Acidente doméstico		7
Aborto		3
Morte natural		17
Incêndio em residência		1
Aspiração de Alimento		2
Outros		9
TOTAL		216

Anexo 03: Quadro do IML de Criciúma, 2010.

Fonte: <www.engeplus.com.br>

Quadro elaborado pela autora.

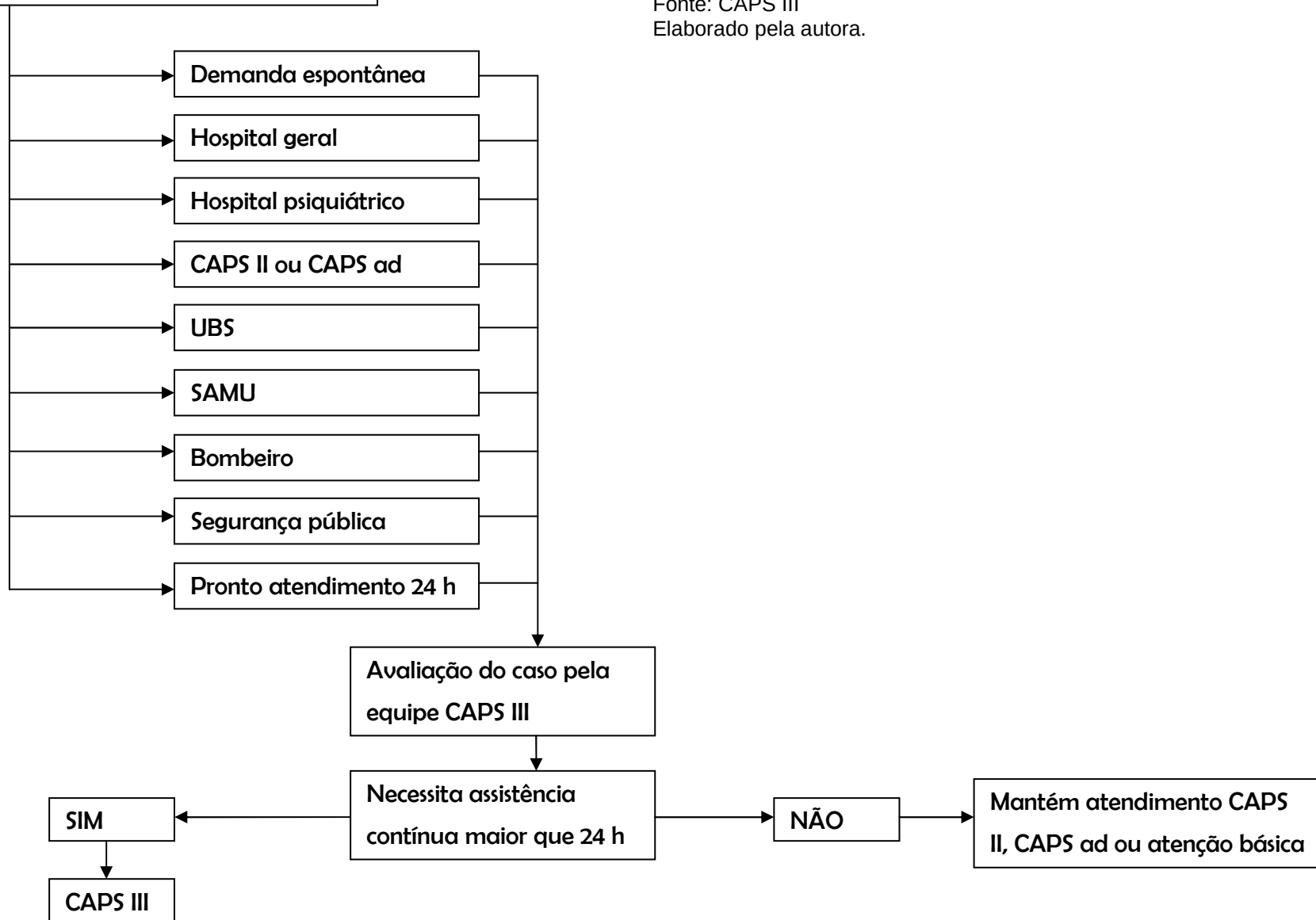


Anexo 04: Fluxograma de funcionamento dos CAPS.

Fonte: CAPS III

Elaborado pela autora.

INDIVÍDUO COM SOFRIMENTO PSÍQUICO



Anexo 05: Fluxograma de encaminhamento dos CAPS.

Fonte: CAPS III

Elaborado pela autora.

Anexo 06: Lei Federal do Brasil 10216 de 2001. Fonte: <www.planalto.gov.br>

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º

Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único - São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

- II** - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III** - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV** - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V** - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI** - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII** - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII** - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX** - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º

A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único - São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º

A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único - O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º

A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º

A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10.

Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11.

Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12.

O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13.

Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant



“[...] O homem só se torna um ser integrado, tranqüilo, fértil e feliz quando (e só então) o seu processo de individuação está realizado, quando consciente e inconsciente aprenderem a conviver em paz e completando-se um ao outro.”

John Freeman, em ‘A essência da filosofia de vida de Jung’.