

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO - UEMA
CENTRO DE CIÊNCIAS TECNOLÓGICAS - CCT
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO - DAU
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

RAFAEL FELIPE ALMEIDA BARBOSA

**CAPS III: ESTUDO PRELIMINAR PARA PROPOSTA HUMANIZADA DE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SÃO LUÍS-MA**

São Luís
2020

RAFAEL FELIPE ALMEIDA BARBOSA

**CAPS III: ESTUDO PRELIMINAR PARA PROPOSTA HUMANIZADA DE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SÃO LUÍS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual do Maranhão, como requisito para obtenção do grau de bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Prof.^a Msc. Andréa Cristina Soares Cordeiro Duailibe

Coorientadora: Psi. Ingrid Têssia Duarte de Melo

São Luís

2020

Universidade Estadual do Maranhão. Sistema Integrado de Bibliotecas da UEMA

B238c

BARBOSA, Rafael Felipe Almeida.

Caps III: estudo preliminar para proposta humanizada de Centro de Atenção Psicossocial em São Luís – MA. / Rafael Felipe Almeida Barbosa. – São Luís, 2020.

97 f. : il.

Monografia (Graduação) – Universidade Estadual do Maranhão, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, 2020.

Orientadora: Profa. Ma. Andréa Cristina Soares Cordeiro Duailibe.

Coorientadora: Psi. Ingrid Têssia Duarte de Melo

1. Arquitetura hospitalar. 2. Saúde Mental. 3. Humanização. I. Título.

CDU: 725.51/55(812.1)

RAFAEL FELIPE ALMEIDA BARBOSA

**CAPS III: ESTUDO PRELIMINAR PARA PROPOSTA HUMANIZADA
DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SÃO LUÍS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual do Maranhão, como requisito para obtenção do grau de bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Aprovado em: 14/12/2020

BANCA EXAMINADORA

Profa. Me. Andréa Cristina Soares Cordeiro Duailibe (Orientadora)
Mestre em Ciências em Arquitetura
Universidade Estadual do Maranhão

Psi. Ingrid Têssia Duarte de Melo (Coorientadora)
Bacharel em Psicologia
Centro Universitário do Maranhão

Profa. Dra. Thaís Trovão dos Santos Zenkner
Doutora em Urbanismo
Universidade Estadual do Maranhão

Profa. Me. Andréia Mesquita Santos Marques
Mestre em Cultura e Sociedade
Faculdade Internacional de São Luís | Wyden

Dedico esse trabalho à Ivanilde Marinho
Almeida Barbosa e Elias Lima Barbosa

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão estende-se a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que eu estivesse aqui. A iniciar pela minha família, manifestação vívida da graça divina. Agradeço a minha mãe Ivanilde, por ser um exemplo vivo de garra e determinação, a meu pai Elias pelas lições de paciência, a minha irmã Rafaela por sua engenhosidade, e ao maior incentivo desde 2017, minha sobrinha Eliz, que me ensina diariamente novas formas de ver arquitetura. Agradeço especialmente as minhas avós Alvina e Delcir, pela sabedoria de tempos vindouros, inerentes ao saber fazer arquitetura, e minha sincera gratidão ao Lucas e à Luana, e a todos os demais familiares que em algum momento deram um pouco de seu tempo para oxigenar a caminhada.

Agradeço enormemente aos amigos que fizeram parte dessa trajetória, principalmente à Grayce Kelly, que me inspirou a percorrer os caminhos da loucura em vias de entender o papel da arquitetura nesse contexto.

À minha orientadora Andréa Cristina Soares Cordeiro Duailibe, pela confiança e apoio, além de todo incentivo durante o processo e todo ensinamento precioso, tanto na graduação, quanto no decorrer deste trabalho. À minha coorientadora Ingrid Têssia Duarte de Melo, por ter me dado a mão nos momentos iniciais dessa jornada. Aos professores que contribuíram para este trabalho e ao longo deste caminho, em especial ao professor Francisco Armond do Amaral, por me mostrar outros universos a serem conquistados nessa profissão.

Agradeço àqueles que não de ajudar a construir uma cidade melhor, gratidão à Marina, Emylle, Juliana, João Victor, Yan Luso, Victor, Walter e Lucas. Agradeço a Andressa, Isabela e Gabriel por formarem uma equipe que eu jamais poderia sonhar. Gratidão a Ingrid Mendes, uma parceira no trabalho final, que caminhou junto comigo. Gratidão aos integrantes da turma 2015.2, que sempre me impulsionaram a poder ser um pouco mais, porque eles já o eram. Fica aqui minha gratidão aos amigos feitos na Cidade do Cabo e que contribuíram direta e indiretamente para a completude desse trabalho, Josiel, Grazi, Amanda, Lívia, Paula e Faisal. E a todos com os quais pude parar e conversar um pouco nos corredores do prédio do curso.

Por fim, fica meu agradecimento aos escritórios nos quais pude aprender, e aos profissionais que utilizaram um pouco de seu precioso tempo para me ensinar.

A criatividade é o catalisador por excelência das aproximações de opostos. Por seu intermédio, sensações, emoções, pensamentos, são levados a reconhecerem-se entre si, a associarem-se, e mesmo tumultos internos adquirem forma.

Nise da Silveira

RESUMO

BARBOSA, Rafael Felipe Almeida. **CAPS III: ESTUDO PRELIMINAR PARA PROPOSTA HUMANIZADA DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SÃO LUÍS-MA.** 2020. 97 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso em Arquitetura e Urbanismo - Universidade Estadual do Maranhão. São Luís, 2020.

Em uma modernidade onde as tecnologias de informação tornam intangíveis os valores de sistemas econômicos, questões como moradia e locomoção ganham aspectos abstratos para o indivíduo humano, em uma realidade flutuante, modificando a forma como o mesmo se relaciona consigo e com o meio que o cerca. Tais mudanças atreladas ao distanciamento físico-social estabelecido após a chegada do SARS-CoV-2 contribuem diretamente para o aumento de transtornos de ansiedade e depressão pós-isolamento e seus subtipos. Como principal ferramenta responsável pelo decréscimo da quantidade de internações, está a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), responsáveis por capilarizar o cuidado para com pessoas portadoras de transtorno mental. Atualmente os CAPS em São Luís-MA são caracterizados por uma arquitetura pouco convidativa, atrelado a esse fator observa-se um aumento na demanda por polos de atenção à saúde mental no estado. Logo, o presente Trabalho Final de Graduação buscar desenvolver na interseção entre Saúde Mental e Arquitetura, a concepção de um estudo preliminar para proposta humanizada de centro de atenção psicossocial para o município de São Luís, tendo como eixos norteadores os conceitos de humanização, psiconeuroimunologia e arquitetura em ambientes de saúde.

Palavras-chave: Arquitetura Hospitalar; Saúde Mental; Humanização

ABSTRACT

BARBOSA, Rafael Felipe Almeida. **CAPS III: PRELIMINARY STUDY FOR A HUMANIZED PSYCHOSOCIAL CARE CENTER IN SÃO LUÍS-MA.** 2020. 97 sheets. Undergraduate Architecture and Urban Planning Final Work - Universidade Estadual do Maranhão. São Luís, 2020.

In a modern society where information technologies make economic systems become intangible, things like housing and locomotion grow into abstract aspects for the human being in a floating reality, It changes the way people see the environment and relates to it. Such changes linked to the social distancing established on SARS-CoV-2 can contribute directly to increase anxiety disorders, post-isolation depression, and its subtypes. The main tool responsible for decreasing the number of hospitalizations is the implementation of the Psychosocial Care Centers (PSCC), responsible for widening care for people who suffer from mental disorders. Currently, PSCC in São Luís-MA is characterized by an uninviting architecture, besides, there is also an increasing demand for mental health care centers in the state. Therefore, this undergraduate final work seeks to develop, at the intersection between Mental Health and Architecture, a preliminary study for a humanized psychosocial care center in the municipality of São Luís, working with the heading concepts of humanization, psychoneuroimmunology, and architecture in healthcare environments.

Palavras-chave: Healthcare Architecture; Mental Health; Humanization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Resumo da evolução da assistência aos portadores de transtorno mental no mundo	21
Figura 02 e 03 – Pavilhões do Hospital Colônia de Barbacena.....	24
Figura 04 – Resumo da evolução da assistência aos portadores de transtorno mental no Brasil	26
Mapa 01 – Principais equipamentos da Rede de Apoio Psicossocial no município de São Luís, MA.....	29
Figura 05 e 06 – Fachada do CAPS II e Fachada do CAPS AD ESTADUAL, respectivamente, em São Luís, MA.....	33
Mapa 02 – Cobertura CAPS/100.000 em cada estado brasileiro	33
Quadro 01 – Programa de necessidades do Hospício Pedro II.....	42
Figura 07 – Plano de implantação dos pavilhões do Hospício Pedro II.....	43
Figura 08 – Planta com dinâmica de usos de pavimento tipo do Hospício Pedro II ..	43
Figura 09 – Planta com dinâmicas de circulação de pavimento tipo do Hospício Pedro II.....	44
Figura 10 – Fachada do Hospício Pedro II	45
Quadro 02 – Programa de necessidades do Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico Professor André Teixeira Lima	47
Figura 11 – Estudo de usos do Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico Professor André Teixeira Lima	48
Figura 12 – Estudo de dinâmica de fluxos do Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico Professor André Teixeira Lima	49
Quadro 03 – Programa de necessidades do Hospital Psiquiátrico Kronstad	53
Figura 16 – Estudo de dinâmica de usos do Hospital Psiquiátrico Kronstad.....	54
Figura 17 – Imagem com transcrição de entrevista realizada com profissional da área da saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial do Maranhão	58
Quadro 04 – Estudo de programa de necessidades e pré-dimensionamento CAPS III	59
Figura 18 – Estudo de Fluxos CAPS III.....	60
Figura 19 – Relação espaço-funcional do CAPS III	61
Mapa 03 – Principais equipamentos da Rede de Apoio Psicossocial no município de São Luís, MA.....	63
Figura 20 – Localização do terreno escolhido em São Luís, MA.....	63
Figura 21 – Mosaico de fotografias com fachadas do terreno escolhido em São Luís, MA.....	64
Figura 22 – Ilustração do terreno com suas dimensões.....	65
Figura 23 – Esquema topográfico do terreno estudado para implantação de CAPS III	65
Figura 24 – Mapa com configuração de usos do entorno do terreno escolhido	66
Figura 25 – Mapa com configuração de gabarito do entorno do terreno escolhido...	67
Figura 26 – Estudo de insolação de fachadas do terreno escolhido	68

Figura 27 – Estudo de ventilação de fachadas do terreno escolhido	69
Figura 28 – Esquema em perspectiva com ALML.....	71
Quadro 05 – Ambientes e áreas mínimas pertinentes ao CAPS III conforme código de obras	70
Figura 29 – Representação gráfica com implantação do CAPS.....	73
Figura 30 – Logo sugerida para o CAPS Dente-de-leão	74
Figura 31 – Planta esquemática de fluxos	75
Figura 32 – Setorização em esquema volumétrico	76
Figura 33 – Zoneamento espaço-funcional	77
Figura 34 – Planta com Layout sugerido	78
Figura 35 – Planta esquemática de fluxos	79
Figura 36 – Cortes esquemáticos com projeção de incidência solar.....	80

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 SAÚDE MENTAL E ARQUITETURA	17
1.1 A evolução da assistência aos portadores de transtorno mental no mundo	17
1.2 Reforma psiquiátrica no mundo	19
1.3 A evolução da assistência aos portadores de transtorno mental no brasil	21
1.4 A reforma psiquiátrica brasileira	25
1.5 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	27
1.6 Rede de atenção psicossocial em São Luís, MA	29
2. HUMANIZAÇÃO EM AMBIENTES DE SAÚDE	34
2.1 A política de humanização	34
2.2 Psiconeuroimunologia e ambiência	35
3 ANÁLISE PROJETUAL	37
3.1 Estudo do ambiente construído	37
3.2 Hospício de Pedro II	41
3.3 Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico professor André Teixeira Lima	46
3.4 Hospital psiquiátrico Kronstad	51
4 CONCEPÇÃO PROJETUAL	56
4.1 Centro de Atenção Psicossocial III	56
4.2 Programa de necessidades e pré-dimensionamento	58
4.3 Relações espaço-funcionais	60
4.4 O terreno	62
4.5 Memorial justificativo	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES	89

APÊNDICE A – ENTREVISTAS REALIZADAS COM PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE COM VIVÊNCIAS EM CAPS DO MARANHÃO	90
APÊNDICE B – PAINEL DE APRESENTAÇÃO CAPS III DENTE-DE-LEÃO	96

INTRODUÇÃO

Os locais destinados ao tratamento e acompanhamento de portadores de transtorno mental caracterizaram-se durante décadas por espaços de clausura e distanciamento social. Compondo um modelo que durante o século XX se instaurou no Brasil, e foi responsável pela edificação de diversos hospícios, os quais quando do Pós-Segunda Guerra passaram a ser comparados aos campos de concentração (BIRMAN E COSTA, 1994).

De acordo com o censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem mais de 2 milhões de pessoas com algum transtorno mental ou intelectual no Brasil, destes, 4925 com internação no Maranhão (DATASUS, 2019), sendo a capital São Luís responsável por 90% deste contingente.

Com a necessidade de uma rede que fortalecesse a Atenção Básica em saúde mental, o Ministério da Saúde implementou por meio da Portaria GM/MS nº3.088, em dezembro de 2011, as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual tem por finalidade a implantação, ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2015).

Compondo a RAPS, conforme a sistematização de conceitos elaborados pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com o propósito de substituir o sistema asilar de internação em hospitais psiquiátricos, de modo a oferecer atendimento e acolhimento de indivíduos com transtornos mentais, objetivando assistir médica e psicossocialmente (com assistência individual psiquiátrica e psicológica), além de incentivar a integração social e familiar com fomento a autonomia e oferecimento de atividades que envolvam a comunidade, como oficinas terapêuticas e culturais, conjuntamente com atendimentos domiciliares (BRASIL, 2015).

Em vista disso, a concepção de espaços humanizados, de livre circulação, que se distanciem do modelo asilar, fomentando o desenvolvimento de acompanhamento terapêutico, que se espelhe nos conceitos de abrigo, vivências diversas e reflexão, dialoga diretamente com a esfera do projeto arquitetônico.

Em um momento da história em que o enclausuramento torna-se parte de medidas protetivas determinadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em vistas do SARS-CoV-2, emerge novamente as questões referentes a saúde mental advindas do isolamento social e suas consequências, tais quais as novas formas de relacionamento para com o espaço físico em uma realidade pós-pandemia

Logo, o trabalho tem como objetivo geral a concepção de um estudo preliminar para proposta humanizada de centro de atenção psicossocial tipo III (CAPS III), que se integre a RAPS de São Luís, pois houve uma crescente demanda de atenção à saúde mental nos últimos anos, que não foi acompanhada pela criação de novos pontos de atendimento.

Assim sendo, os objetivos específicos são: aprofundar o estudo sobre a reforma psiquiátrica brasileira; compreender tópicos emergentes referentes a humanização de ambientes de saúde; e por fim, analisar a evolução de edificações voltadas ao tratamento de portadores de transtorno mental.

Para tanto, dividiu-se o desenvolvimento em 3 etapas, sendo a primeira de referencial teórico, onde realiza-se um aprofundamento a respeito do objeto de estudo com pesquisa documental e exploratória, afim de discorrer sobre as diretrizes que motivam e direcionam a elaboração deste trabalho. Seguida pela segunda etapa, na qual a análise projetual apresenta-se como ferramenta com vias a compreender os elementos constitutivos inerentes a uma edificação destinada ao cuidado para com a saúde mental. E a terceira etapa, na qual é desenvolvido estudo preliminar, escopo principal deste trabalho, com a adoção de um conceito, definições espaço-funcionais e representação gráfica.

O primeiro capítulo aborda o modo como os portadores de transtorno mental foram assistidos desde a chamada Grande Internação durante o século XVI, momento no qual a loucura surge como parte dos problemas da cidade, junto da pobreza e da incapacidade de trabalho, gerando uma série de internações em espaços asilares por toda a Europa (FOUCAULT, 2004), até os movimentos de “reformas psiquiátricas” ocorridos no século XX.

Já o segundo capítulo, trata da Política Nacional de Humanização (PNH), promulgada pelo Ministério da Saúde, e sua relação com os princípios da psiconeuroimunologia, área do campo médico que estuda como as variações do ambiente podem influenciar a melhora de saúde do indivíduo.

De modo a, no terceiro capítulo, entender as dinâmicas resultantes de uma obra arquitetônica assim como os processos que levam a mesma, objetivando um olhar crítico sobre os elementos constitutivos de uma edificação a respeito da tipologia arquitetônica estudada, através de análises projetuais.

Para no quarto capítulo, apresentar resultados dos estudos e análises, de modo a propor o estudo preliminar de um edifício que se enquadre arquitetônica e logisticamente desde o princípio ao exigido pelo Ministério da Saúde, através de matrizes temáticas e representação gráfica.

Os procedimentos desenvolvidos tiveram como base os objetivos específicos citados anteriormente, de modo a atingir o objetivo geral proposto que é a elaboração de um estudo preliminar para proposta humanizada de um CAPS III.

Este trabalho busca voltar o olhar para a crescente demanda por polos de atenção à saúde mental na capital maranhense, além de fornecer perspectivas a concepção de novas arquiteturas voltadas ao tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental, e servir como material referencial para futuros trabalhos que correlacionem os campos arquitetura e psicologia.

1 SAÚDE MENTAL E ARQUITETURA

Este capítulo é voltado a abordar o processo histórico que perpassa pelo modo como os portadores de transtorno mental foram assistidos desde a chamada Grande Internação durante o século XVI, momento no qual a loucura surge como parte dos problemas da cidade, junto da pobreza e da incapacidade de trabalho, gerando uma série de internações em espaços asilares por toda a Europa (FOUCAULT, 2004), até os movimentos de “reformas psiquiátricas” ocorridos nos séculos XX e XXI.

1.1 A evolução da assistência aos portadores de transtorno mental no mundo

Dentre os 3 marcos apontados por Foucault (2004), em “História da Loucura na Idade Clássica”, a Idade Média apresenta-se como uma época de visão mística da Loucura, onde a mesma, não possui aspectos morais ou de conduta civil.

Esse quadro muda drasticamente no decorrer do século XVI, onde a condição de louco é colocada como um contraponto ao estado racional, logo, insano é aquele desprovido de razão:

A loucura torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra. (FOUCAULT, 2004, p. 35)

Com os avanços da Era Moderna, mudanças na estruturação do Estado, nos modos de fazer cidade e nos aspectos dos meios de produção (AMARANTE, 2003), o século XVII caracteriza-se por um aumento nos índices de pobreza e de mendicância em cidades da Europa, fazendo-se necessária a criação de instituições que acolhessem tais indivíduos, que não se encaixavam nos novos ideais em consolidação.

Com isso cria-se o Hospital Geral de Paris, em 1656, dando início ao processo conhecido como “Grande Internação” (FOUCAULT, 2004, p. 52). Tal instituição que se disseminaria pelas demais cidades europeias como reativação de antigos leprosários, tinha como base o ato de captação e enclausuramento de pobres, loucos e ociosos (FRAYZE-PEREIRA, 2002), através de dois métodos: as Lettres de Cachet ou voluntariamente por solicitação doméstica.

A internação não possuía caráter médico, mas assistencialista, conformando-se como medida de proteção social (VIANA, 2002), voltada a questões de empregabilidade e recolocação no emergente mercado de trabalho na Europa. Países como a Inglaterra, com as Casas de Correção (1575), Alemanha com as Casas de Detenção (1620) e a Escócia, através das Casas de Trabalho (1670) (AMARANTE, 2003), passaram por processo semelhante, de modo que até o final do século XVIII não haverá diferenciação quanto a assistência dispensada aos portadores ou não de transtornos mentais.

Com o processo de dupla revolução, Revolução Francesa e Revolução Industrial, ocorrido entre 1789 e 1848, a implantação do sistema capitalista reforça a ciência como detentora da verdade, deste modo a racionalidade do método técnico insere-se na estrutura do hospital, permitindo sua medicalização através da disciplina inerente ao fazer científico (FOUCAULT, 2004).

Com isto, o disciplinamento deu curso a uma agenda de visitas aos hospitais europeus durante o século XVIII, para estabelecer medidas de melhorias e ajustes em tais edificações, entretanto, tais laudos técnicos não eram realizados por arquitetos, mas por profissionais da área da saúde.

Além do reflexo nos aspectos constitutivos e espaciais em tais edificações, tal disciplina passou a ser aplicada na forma de se observar enfermidades, resultando na transformação do conceito de hospital em um espaço médico.

Surge então a imagem de Philippe Pinel, médico residente no Hospital Bicêtre de Paris, entre 1793 e 1795, onde reestrutura as funções do manicômio e advoga em prol de uma origem moral para o transtorno mental (PESSOTI, 1996), objetivando a conversão de tal edificação em um espaço de cura:

Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Todd nos Estados Unidos, entre outros, serão os principais protagonistas de um movimento de reforma através do qual, pela primeira vez, os loucos seriam separados de seus colegas de infortúnio e passariam a receber cuidado psiquiátrico sistemático (RESENDE, 2001, p. 25)

Pinel desenvolvia sua prática profissional através de uma tríade pautada em isolamento do mundo exterior, constituição da ordem asilar e constituição da ordem terapêutica com base em autoridade (CASTEL, 1978). Tal método tinha reflexos diretos na arquitetura das edificações, visto que conforme as doenças eram

diagnosticadas, as mesmas eram separadas e agrupadas tanto em classificações, quanto fisicamente nos setores da instituição (AMARANTE, 2003).

Tal prática, conhecida como Tratamento Moral (AMARANTE, 1996), se estruturava coercitivamente, através do regime disciplinar aplicado à instituição, com críticas no campo da medicina quanto a cientificidade do método empregado, dando início ao conceito de loucura como doença mental.

1.2 Reforma psiquiátrica no mundo

Conforme o decorrer da Segunda Guerra mundial, nota-se que um volume considerável de mão-de-obra, na população europeia, havia sido enviado para as frentes de batalha, comprometendo ainda mais uma economia, já fragilizada pelo conflito (BIRMAN E COSTA, 1994). Consolida-se, então, o papel do Estado como responsável pela saúde pública, passando a gerir sobre a questão do doente mental, tendo-se em vista que diante de tal crise, havia um contingente de força de trabalho deteriorando-se dentro dos hospícios:

Nesta nova conjuntura, não era mais possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios. Passou-se a enxergar como um grande absurdo este montante de desperdício da força de trabalho (BIRMAN E COSTA, 1994, p. 46).

É nesse contexto que, a partir da década de 1940 surgem três diferentes grupos de experiências com vistas a criticar o modelo asilar dos hospícios e, no caso da experiência italiana, o modo como se pensava o transtorno mental (AMARANTE, 2003): as comunidades terapêuticas e a Psicoterapia Institucional; a Psicoterapia de Setor e a Psiquiatria comunitária; e a antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana.

As comunidades terapêuticas, surgidas em 1946 na Inglaterra, buscavam desarticular a estrutura hospitalar vista como espaço de segregação e cronificação, tendo-se como base o exercício de atividades, que seriam executadas fora do hospital, chamados “ensaios do agir”. Teve-se como exemplo os trabalhos de terapia ocupacional desenvolvidos pelo médico Hermann Simon (1946) e a participação de familiares nos tratamentos assistidos pelo psiquiatra Maxwell Jones.

A prática surgida na França, em 1945, e incorporada nas políticas públicas oficiais em 1960, denominada Psiquiatria de Setor, era baseada na localização das comunidades das quais advinham os pacientes, de modo que o hospital era dividido em setores, com a mesma equipe em cada setor. Deste modo, a instituição, vista como alienante, passava a desenvolver um tratamento voltado a divisão geográfica de seus internos, otimizando o acompanhamento pós-hospitalização e posteriores ações de prevenção.

Inspirada pelas reformas que ocorriam na Europa, surge nos Estados Unidos na década de 1960, a Psiquiatria Preventiva, voltada a políticas de saneamento e saúde pública, com caráter preventivo e intersetorial. Promovida por Gerald Caplan (1917-2008), tal metodologia se dava através da aplicação de questionários que visavam encontrar possíveis portadores de transtorno mental (AMARANTE, 1995), de modo a fomentar desde a promoção e prevenção de saúde mental, consagrada nesse período, até estratégias de reabilitação psicossocial.

A experiência ocorrida a partir de 1961, na Itália, com o médico Franco Basaglia assumindo o Hospital Provincial de Gorizia, é vista como marco inspiracional para o desenrolar da luta antimanicomial no Brasil nos anos que se seguiriam.

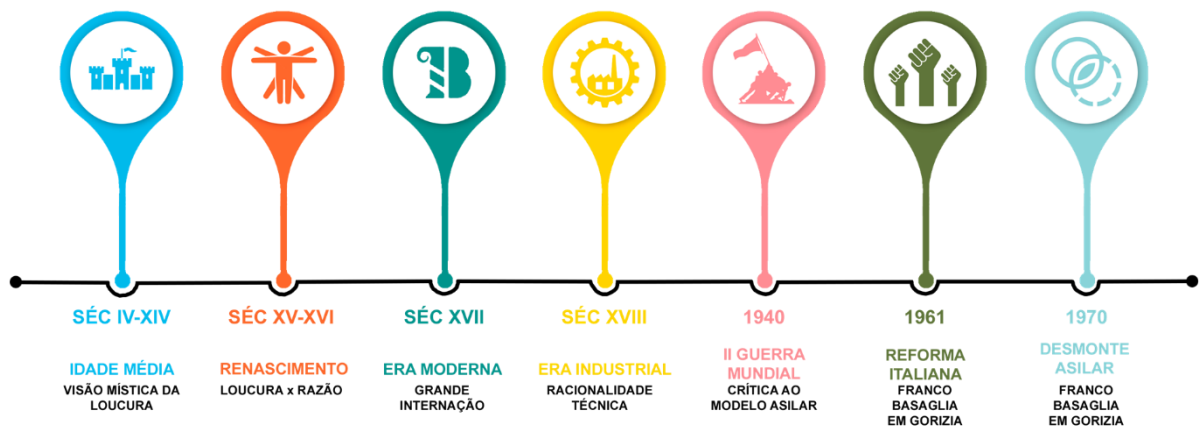
Objetivando não só repensar a forma como o portador de transtorno mental era visto, como também estabelecer um olhar crítico a respeito do espaço e modo de trabalho das equipes profissionais do hospital psiquiátrico, a experiência italiana operava em 3 vertentes (AMARANTES, 2003): a origem e o pertencimento de classe dos internos do hospital; a pretensão de neutralidade e de produção de verdade das ciências; a função social de tutela e controle social da psiquiatria, do manicômio e do técnico na constituição da hegemonia.

Tendo encontrado uma instituição com 500 leitos, extremo uso de insulina, eletrochoque e carência quanto a infraestrutura, quando de sua entrada, Basaglia e sua equipe solicitam o desmonte da instituição, e a substituição do modelo manicomial, reconhecendo que a liberdade é o primeiro passo para a cura do doente:

Em 1968, a equipe de Gorizia solicitou à administração local o fechamento do hospital e a abertura de centros de saúde na comunidade, visto que as pessoas só permaneciam no manicômio em função da ausência de condições econômicas e sociais para se estabelecerem fora dele. Diante das resistências impostas pelas forças políticas e administrativas, a equipe se demitiu em bloco, após fazer uma declaração de cura de todos os pacientes (AMARANTE, 2003, p.70)

Em 1971, Basaglia desenvolve um processo de reestruturação do sistema de atendimento, não mais hospitalar, em um circuito de assistência psiquiátrico comunitário, a desinstitucionalização, consistindo no desmonte do hospital em Trieste e sua subdivisão em setores, semelhante ao que foi desenvolvido na França na década de 1940, priorizando a melhoria de qualidade de vida e a autonomia dos ex-internos (AMARANTES, 2003).

Figura 01 – Resumo da evolução da assistência aos portadores de transtorno mental no mundo



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

1.3 A evolução da assistência aos portadores de transtorno mental no Brasil

A questão do indivíduo considerado louco no Brasil, segundo Resende (2001), ao contrário do contexto observado na Europa, se dá somente após o período colonial, visto que mesmo durante a sociedade rural pré-capitalista até final do século XVIII, essas pessoas eram pouco discriminadas dos costumes e da vida social da época, não constando nem mesmo nos registros das Santas Casas de Misericórdia e instituições de caridade de mesmo caráter assistencialista, já existente desde os século XVI, tem-se como justificativa uma abordagem doméstica da loucura:

As famílias mais abastadas, estas escondiam em casa seus doentes em quartos próprios ou construções anexas especialmente levantadas; se violentos ou agitados também contidos ou amarrados (RESENDE, 2001, p. 31)

Tal ruptura, em relação a aparente não-existência dessas pessoas, se dá com o agravamento da polarização da vida social em dois extremos, sendo o primeiro composto por uma minoria de senhores proprietários e o segundo pela população de escravos, visto que nesse meio termo se encontravam aqueles sem trabalho, os quais

em um contexto no qual o laboro era visto pejorativamente, encontravam-se inadaptados à ordem social (RESENDE, 2001).

Apesar de possuir estruturação diferente, a circunstância na qual o Brasil se encontrava resultou em situação semelhante a vivenciada na Europa séculos atrás:

Desordem franca e ociosidade, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico, estão aí as mesmas circunstancias sociais que, alguns séculos antes, determinaram na Europa, o que Foucault qualificou de “o grande enclausuramento” (RESENDE, 2001, p. 35)

Sendo assim, em 18 de julho de 1841, é criado através do decreto 82, o Hospício de Pedro II, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro, que assim como os primeiros hospitais surgidos na Europa, possuía caráter filantrópico, e não, médico.

Fruto de amplo diagnóstico realizado pela Sociedade Médica do Rio de Janeiro, que registrou a precariedade do tratamento de loucos nas prisões e hospitais (AMARANTE, 2003), a edificação contava com uma arquitetura de grande porte pautada nos reflexos do que havia sido realizado na Europa, logo a imponência do prédio fez com que o mesmo recebesse a alcunha de “Palácio dos Loucos”.

Com base em uma tendência assistencialista voltada a “remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e tratar” (RESENDE, 2001), o hospício possuiu caráter unicamente segregador até 1884. Período no qual foi extensivamente criticado pelo psiquiatra João Carlos Teixeira Brandão, que questionava a participação religiosa e não médica, a disponibilidade de vagas da instituição, a ausência de critérios diagnósticos para com os internos e a não divisão por faixas etárias, resultando em crianças nos mesmos setores que alienados adultos (AMARANTE, 2003).

Com a chegada de 1889, e a Proclamação da República resultando na desvinculação do Hospício Dom Pedro II da Santa Casa de Misericórdia, a edificação passa ao título de “Hospício Nacional dos Alienados”, subordinado agora ao poder público, inicia um processo voltado a psiquiatria científica, deixando de lado os métodos de caráter empírico (PEREIRA, 2004).

Em 1903 é aprovada a Lei dos Alienados, tornando a psiquiatria a maior autoridade a respeito da loucura e seus portadores, permitindo que políticas de saneamento, no que tange a prevenção de epidemias, pudessem ser realizadas em parceria com os órgãos de saúde pública voltados a recolher e tratar espaços insalubres ou ociosos (RESENDE, 1994).

É então que começam a ser fundadas no Brasil diversas colônias, de aspecto edílico, com foco na recuperação do portador de transtorno mental através do trabalho agrícola, de modo a utilizar o ambiente rural pré-capitalista como palco de práticas e estratégias terapêuticas, que preparem o paciente para o retorno a sociedade (RESENDE, 1994). A reclusão, característica principal deste formato de tratamento, abrangia não somente os alienados propriamente ditos, como também indivíduos da sociedade civil que destoassem dos códigos morais da época e crianças órfãs.

Somente na década de 1920, com o Decreto 14.831, que estabelece o funcionamento do manicômio judiciário e o Decreto 5148-A que reestruturou a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal, é que a política de atenção à loucura estabelece o direito ao portador de transtorno mental de solicitar novo exame de sanidade mental por outro profissional (BRASIL, 1927). O decreto 5148-A também discorre sobre os custos, surgindo então a responsabilização do Estado em se tratando do financiamento das internações.

Com a centralização da administração pública nos anos 1930, surge o Decreto nº 24.559/1934, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências (BRASIL, 1934), sendo um marco legislativo no que tange a saúde mental no Século XX e consolidando o conceito de higiene mental.

Como consequência indireta, o Hospício Nacional de Alienados é transferido para o Bairro do Engenho, ainda no Rio de Janeiro, no decorrer na década de 1940, recebendo o título de Centro Psiquiátrico Nacional (AMARANTE, 2003).

Mesmo com a reformulação de um olhar crítico sobre o tratamento nas instituições psiquiátricas, ocorridos a partir da década de 1940, frutos do pós-Segunda Guerra em várias regiões da Europa e Estados Unidos, tal discussão não chegou no Brasil, de modo que a reforma psiquiátrica nacional só ganharia espaço novamente a partir dos anos de 1970:

A assistência psiquiátrica pública revelava ainda extraordinária lentidão em tomar conhecimento das importantes transformações que sofria a prática psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos, a partir do período da segunda guerra, e em se adaptar às modificações por que passava a sociedade brasileira (RESENDE, 1994, p. 55).

É na década de 1960, com o setor de saúde pública alcançando sua estrutura definitiva, através do aumento da extensão de atendimento e consolidação

de um modelo centralizado, que as instituições de saúde no Brasil saem de um sistema artesanal manufaturado e passam a égide do papel desempenhado pelo Hospital Moderno (BRAGA E PAULA, 1986), dispendioso para o Estado, resultando em uma era de privatização da psiquiatria, e assumindo uma lógica em geral da saúde mental como produto.

Como foi o caso do Hospital Colônia, em Barbacena, Minas Gerais, que entre 1903 e 1980, caracterizou-se por uma série de quebra dos Direitos Humanos através da arquitetura manicomial atrelada ao tratamento destinado aos seus pacientes (ARBEX, 2013).

Figura 02 e 03 – Pavilhões do Hospital Colônia de Barbacena



Fonte: Museu da Loucura, 1910.

Segundo RESENDE (1994), as denúncias realizadas contra os hospitais psiquiátricos, de baixa eficiência e caros para o Estado, atreladas a uma demanda por força de trabalho na indústria, semelhante ao ocorrido na Europa, dá início as mudanças realizadas pela Previdência Social a partir de 1970, visto que:

Não é uma simples coincidência que em todas as propostas que viriam a seguir se mencionasse explicitamente o objetivo, entre outros, de manter o doente na comunidade e não o afastar de seu vínculo com o trabalho (RESENDE, 1994, p. 64).

Mudanças essas, que culminaram na elaboração de um documento oriundo do VII Congresso do Conselho Interamericano de Associações Psiquiátricas, em 1972, o qual serviria de base para a forma como estava sendo feita a assistência psiquiátrica no país, orientando sobre medidas de regionalização, o período pós-internação entre outros (RESENDE, 1994).

O aumento exponencial dos custos com saúde pública atrelado as críticas ao modo como as instituições estavam sendo deixadas de lado pelo aparato do Estado, dá início ao Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em 1978.

1.4 A reforma psiquiátrica brasileira

Com a crise deflagrada na Divisão Nacional de Saúde Mental-DINSAM no final da década 1970, surge o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental-MTSM, responsável por denúncias sobre escassez de materiais e precariedade das condições internas das instituições:

[...] Cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores amplos da sociedade (AMARANTE et al, 1995, p.52)

O mesmo organiza em 1978 o chamado “Congresso de Abertura”, em parceria com o Movimento Sanitário, sendo este o V congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, Santa Catarina.

Os quadros levantados pelo congresso dão base a “primeira trajetória” da reforma psiquiátrica brasileira, visto que o aparelho público incorpora as discussões e formula e gerencia políticas públicas de saúde mental e tratamento psiquiátrico sofrendo forte influência das propostas preventivas, desenvolvidas nos Estados Unidos na década de 1970 (AMARANTE et al, 1995).

A partir de 1980, uma parceria denominada “cogestão” entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, viabiliza transformações nos hospitais psiquiátricos públicos, incluindo funções, de modo que estes funcionem como polos de emergência e centros de referência, e passem a coordenar programas, ações e atividades assistenciais (AMARANTE et al, 1995).

E em dezembro de 1987 é realizado em Bauru o II Congresso Nacional do MTSM, responsável pelo começo da utilização da palavra manicômio na Luta Antimanicomial, além de retomada discussões sobre a relação de tal instituição para com a sociedade em geral, visto que segundo Basaglia (1982, p.29), “[...] a emancipação é um dos pontos chave para a manutenção e recuperação da saúde mental.”.

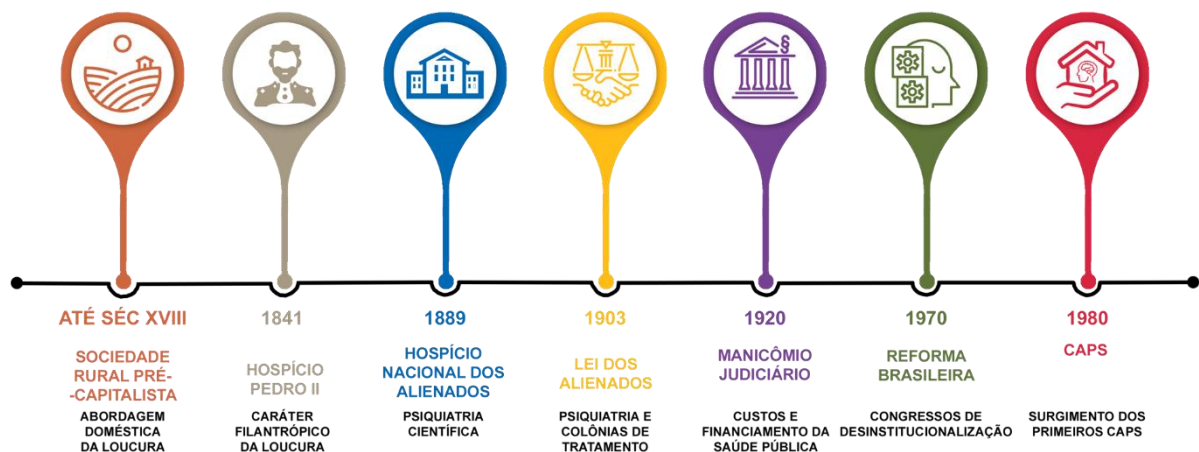
Mesmo com o Projeto de Lei 3.657/89, conhecido como Projeto Paulo Delgado, responsável por diversas melhorias no cuidado com pessoas portadoras de transtorno mental, sendo aprovado apenas em 2001, o estado do Rio Grande do Sul já em 1992

aprova a Lei 9.716/92, a qual substitui progressivamente o número de leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção em saúde mental (BRASIL, 1992).

Após duas décadas de reforma psiquiátrica, é então aprovado o texto que “dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial” (BRASIL, 2001). O Projeto Paulo Delgado é sancionado sobre a perspectiva de uma reforma viável, com treze artigos: 1º e 2º abordando os direitos da pessoa acometida de transtorno mental; 3º explanando sobre a responsabilidade do Estado para com as políticas públicas de Saúde Mental; 4º ao 10º regulamenta as questões referentes a internação e internação involuntária; 11º sobre o consentimento do paciente quanto a realização de pesquisas; 12º a respeito do acompanhamento de implementação desta Lei por parte do Conselho de Saúde; 13º sobre a vigência da Lei a partir da data de publicação (BRASIL, 2001).

Com a política de saúde mental diretamente ligada as transformações decorrentes no Ministério da Saúde, a mesma se desenrola através de diferentes ações, que vão desde os Centros de Atenção Psicossocial, foco desde trabalho, até Programas de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos e Serviços Residenciais Terapêuticos, em conjunto com iniciativas de geração e manutenção de economia solidária.

Figura 04 – Resumo da evolução da assistência aos portadores de transtorno mental no Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

1.5 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Em 1987 é criado em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, no intuito de estabelecer uma rede estratégica de atenção à saúde mental, sendo normatizado apenas em 2001 com a Lei 10.216/01, a qual mesmo após publicação, veio sendo complementada com novas portarias que regulamentaram os instrumentos legais e o tipo de financiamento dos CAPS (PORTARIA 336/GM, PORTARIA 189/SAS, 2002).

Relembrando um pouco da psiquiatria de setores francesa, um dos pontos principais de estabelecimento dos CAPS se baseia na possibilidade de regionalizar geograficamente os pacientes, de modo a capilarizar o tratamento em vias de torná-lo mais efetivo, logo, os mesmos foram classificados de acordo com porte de atendimento, sendo responsabilizados pelo tratamento integral de indivíduos portadores de transtornos mentais graves e persistentes:

- CAPS I – Serviços de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. A Portaria define uma equipe mínima de nove profissionais e funcionamento durante a semana. A capacidade d serviço é de até 240 pessoas por mês. A clientela é composta por adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso do álcool.

- CAPS II – Serviços de médio porte e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. A equipe mínima é definida com doze profissionais e sua capacidade em 360 pessoas por mês. Deve funcionar em dois turnos, durante cinco dias da semana. Sua clientela é composta por adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

- CAPS III – Serviços de maior porte da rede de CAPS. Com foco na cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. São serviços 24 horas, capacitados para realizar acolhimento noturno. Equipe mínima é composta por 16 membros, além de equipe noturna e nos finais de semana. Os CAPS III têm capacidade de acompanhar cerca de 450 pacientes por mês.

- CAPS i - Os Centros de Atenção Psicossocial infantil são serviços especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Funcionam durante os cinco dias da semana e têm capacidade de acompanhar 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima é composta por onze profissionais.

- CAPS ad – Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas são serviços de saúde mental especializados no atendimento a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Funcionam durante cinco dias na semana, e sua equipe mínima prevista é de treze profissionais. Possui capacidade para acompanhar 240 pessoas por mês.

De acordo com o Ministério da Saúde, entre o ano de 1980 e 2020, foram inaugurados 2.465 CAPS em todo território nacional, entretanto nota-se um acúmulo desigual na distribuição dos mesmos, estando a maioria localizada no eixo Sul-Sudeste.

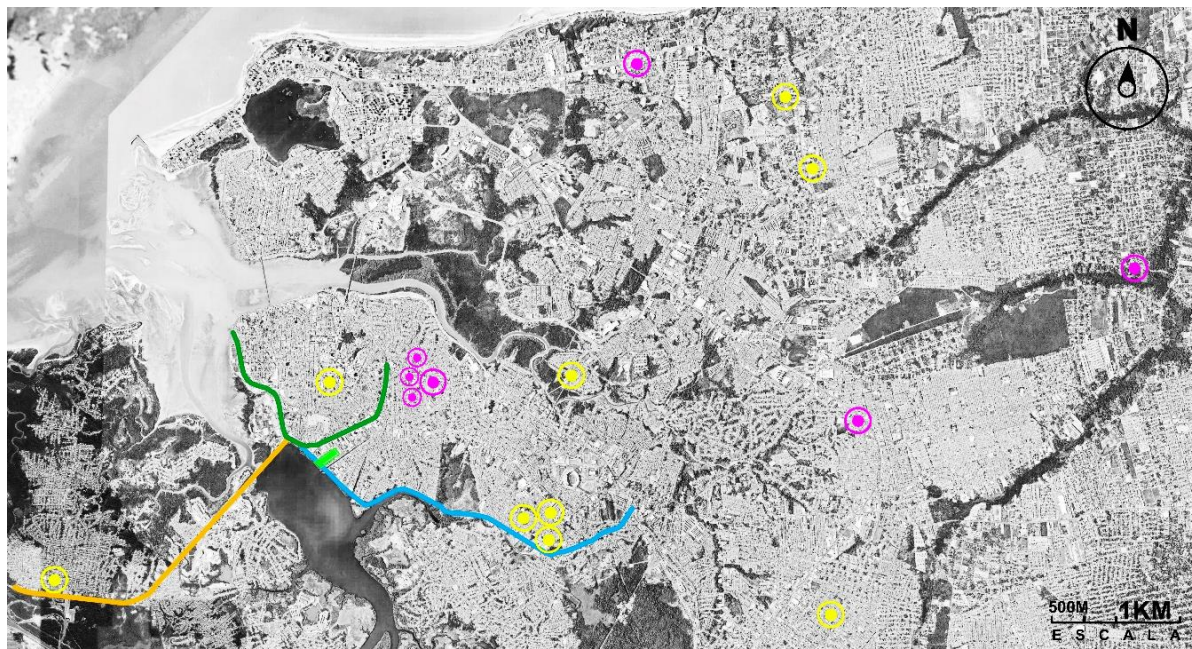
Outro ponto de crítica insere-se na lógica de financiamento, baseada no sistema de produtividade de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC), onde a enfermidade se encontra na base de sustentação do serviço, indo de encontro aos preceitos Basaglianos (AMARANTE, 2005).

Nota-se a necessidade de contínua validação dos Centros de Atenção Psicossocial frente a rotina burocrática advinda da Instrumentalização Legal, de modo que o ato de desinstitucionalizar e capilarizar os serviços de atenção à saúde mental sejam perenes.

1.6 Rede de atenção psicossocial em São Luís, MA

Como parte da Política Nacional de Saúde Mental, objetivando permitir a livre circulação de indivíduos com transtornos mentais e seu acesso aos serviços, a comunidade e infraestrutura urbana, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) encontra-se presente em equipamentos do Sistema Público de Saúde (SUS), tais quais os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Os Centros de Convivência e Cultura e as Unidades de Acolhimento (UA's). Através de um modelo de atenção aberto e de base comunitária, objetiva-se também a atenção preventiva e os cuidados para com usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2015). O mapa a seguir apresenta os principais equipamentos da RAPS do município de São Luís, Maranhão:

Mapa 01 – Principais equipamentos da Rede de Apoio Psicossocial no município de São Luís, MA



LEGENDA

- EQUIPAMENTOS MUNICIPAIS DE APOIO A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
- EQUIPAMENTOS ESTADUAIS DE APOIO A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
- TERRENO ESCOLHIDO PARA INTERVENÇÃO
- AVENIDA DOS AFRICANOS
- AVENIDA DOS PORTUGUESES
- AVENIDA SEN. VITORINO FREIRE

Fonte: Adaptado do Google Earth. 2020.

REDE MUNICIPAL

AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL DOM JOÃO ANTÔNIO FARINA – Localizado no bairro Filipinho, é responsável pelo atendimento de jovens, adultos e crianças a partir dos 5 anos de idade encaminhados por médicos da Atenção Básica, funcionando de segunda a sexta, das 7:30h às 11:30h para adultos com transtornos leves e moderados, e das 13:30h às 17:30h para crianças e adolescentes com transtornos mentais leves e em situação de violência.

AMBULATÓRIO CLODOMIR PINHEIRO COSTA – Localizado na Avenida Principal do bairro Anjo da Guarda, também é responsável pelo atendimento de jovens e adultos egressos da atenção básica, funcionando de Segunda a Sexta-feira, atende adultos pela manhã com transtornos leves e crianças pela tarde.

CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial – Crack, Álcool e outras drogas) – Localizado no Sítio Leal, Filipinho, atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam sofrimento intenso fruto do uso de substâncias psicoativas, funcionando de Segunda a Sexta, das 08h às 18h.

CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil) – Instalado no Jardim Atlântico, Turu, atende crianças a partir dos 3 anos e jovens até os 24 anos, que apresentem transtornos mentais graves e persistentes, fruto ou não do uso de substâncias psicoativas, além de situações clínicas que venham a impossibilitar o estabelecimento de laços sociais. Aberto de Segunda a Sexta, das 8h às 18h.

CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial II) – Residente no Olho D'água, atende indivíduos a partir dos 18 anos de idade que apresentem prioritariamente intenso sofrimento psíquico advindo de transtornos mentais graves e persistentes, frutos ou não do uso de álcool, crack ou outras drogas, e outras situações de ordem clínica que venham a impossibilitar a compleição de projetos de vida. Funcionando de Segunda a Sexta, das 08h às 18h.

SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA TIPO I (SRT1) FILIPINHO – Voltada a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, com mais de um ano de internação ininterrupto. A edificação pode abrigar até 8 pessoas com certo grau de independência. Localizada no Filipinho, funciona 24h como serviço de moradia para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos sem familiares.

SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA TIPO I (SRT1) IPASE – Localizada no IPASE, atende pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, com mais de um ano de internação ininterrupto. A edificação pode abrigar até 8 pessoas com certo grau de independência. Localizada no Filipinho, funciona 24h como serviço de moradia para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos sem familiares.

SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA TIPO II (SRT2) SÃO BERNARDO – Localizada no IPASE, assiste pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, com mais de um ano de internação ininterrupto. A edificação pode atender até 10 pessoas com certo grau de independência. Localizada no Filipinho, funciona 24h como serviço de moradia para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos sem familiares.

COORD. MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL – Funciona como uma subsecretaria dentro da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, localizada no Parque Bom Menino.

REDE ESTADUAL

CAPS AD ESTADUAL - Localizado no Monte Castelo, atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam sofrimento intenso fruto do uso de substâncias psicoativas, funcionando de Segunda a Sexta, das 08h às 18h.

CAPS III ESTADUAL - Residente no Monte Castelo, atende indivíduos a partir dos 18 anos de idade que apresentem prioritariamente intenso sofrimento psíquico advindo de transtornos mentais graves e persistentes, frutos ou não do uso de álcool, crack ou outras drogas, e outras situações de ordem clínica que venham a impossibilitar a compleição de projetos de vida, funcionando 24h e podendo oferecer abrigo noturno.

SRT1 ESTADUAL – MONTE CASTELO - Assiste pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, com mais de um ano de internação ininterrupto. A edificação pode atender até 8 pessoas com certo grau de independência. Funciona 24h como serviço de moradia para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos sem familiares.

SRT2 ESTADUAL – MONTE CASTELO - Assiste pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, com mais de um ano de internação ininterrupto. A edificação pode atender até 10 pessoas com certo grau de independência. Funciona 24h como serviço de moradia para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos sem familiares.

HOSPITAL NINA RODRIGUES – Localizado na Avenida Getúlio Vargas, Monte Castelo, consiste em um hospital psiquiátrico público estadual, com serviços de residência terapêutica, atendimento de Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial para com pessoas que apresentem prioritariamente intenso sofrimento psíquico advindo de transtornos mentais graves e persistentes, frutos ou não do uso de álcool, crack ou outras drogas, além de serviços de Fisioterapia, Reabilitação e Atenção Domiciliar. A unidade dispõe de ambulatórios para transtorno de ansiedade e de humor, de psiquiatria infantil e geriátrica. tratamento de esquizofrenia refratária e para transtorno de personalidade.

UNIDADE DE ACOLHIMENTO – COHAB – Responsável por oferecer acolhimento voluntário e cuidados de ordem contínua para indivíduos maiores de 18 anos, com necessidades advindas do uso de álcool, crack e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico protetivo. Tempo de permanência de até 180 dias, a depender da avaliação da Unidade de Acolhimento e do Centro de Atenção Psicossocial responsável.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL - Departamento pertencente a Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão, responsável pela coleta e armazenamento de dados, no que tange a Rede de Atenção de Saúde Mental do estado. Também desenvolve estratégias de políticas ao cuidado para com a saúde mental, como a Campanha Janeiro Branco, iniciada no começo de 2020.

Com a determinação da Portaria Nº 336/2002 que regulamentou o funcionamento do CAPS e a posterior determinação do Ministério da Saúde de que haja no mínimo 1 Centro de Atenção Psicossocial para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2005), a estrutura das Redes de Atenção Psicossocial em apoio a saúde mental melhorou de modo relevante, entretanto o objetivo almejado para tal parâmetro ainda não foi atingido.

Mapa 02 – Cobertura CAPS/100.000 em cada estado brasileiro



Fonte: BRASIL, 2005.

A capital maranhense, de acordo com o Censo IBGE de 2010, possuía uma população de 958,545 habitantes, a qual segundo estimativa populacional divulgada em 2019 encontra-se em 1.101.884 habitantes (IBGE, 2019). Logo, tendo-se como base o indicador de CAPS/100.000, São Luís deveria contar com o apoio de 11 CAPS em sua Rede de Atenção Psicossocial. Entretanto, tal suporte é fornecido por apenas 5 instituições, as quais, apresentam-se de forma insuficiente a demanda encontrada no município, através de uma arquitetura de caráter pouco inclusivo.

Figura 05 e 06 – Fachada do CAPS II e Fachada do CAPS AD ESTADUAL, respectivamente, em São Luís, MA



Fonte: Adaptado do Google Earth, 2020.

2. HUMANIZAÇÃO EM AMBIENTES DE SAÚDE

Este capítulo aborda a Política Nacional de Humanização (PNH), promulgada pelo Ministério da Saúde, e sua relação com os princípios da psiconeuroimunologia, área do campo médico que estuda como as variações do ambiente podem influenciar a melhora de saúde do indivíduo.

2.1 A política de humanização

Com o objetivo de qualificar o Sistema Único de Saúde e estabelecer relações de coparticipação entre os agentes envolvidos, sejam eles usuários ou profissionais da área, surge a Política Nacional de Humanização através da Lei 8.080/90, que trata das “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

Lançada somente em 2003, a PNH busca incluir as diferenças, dificuldades e especificidades inerentes ao trato para com a saúde nos processos de gestão e cuidado (BRASIL, 2003), de modo a tornar transversal e indissociável a autonomia desenvolvida entre Atenção, Gestão e Usuários, tornando possível a produção de novas formas de cuidar e organizar os modos de produzir saúde.

A mesma trabalha em torno de 6 princípios básicos, sendo eles: Acolhimento; Gestão participativa e cogestão; Ambiência; clínica ampliada e compartilhada; Valorização do trabalhador; e Defesa dos direitos dos usuários.

Destes, o terceiro princípio, a ambiência, versa sobre a capacidade dos espaços que funcionam como locais de encontro, de trocas e que contribuem de forma qualitativa nos processos do trabalho, com ambientes que sejam saudáveis e que respeitem a privacidade dos usuários (BRASIL, 2013). Para tanto, sugere-se a discussão compartilhada do projeto arquitetônico, de modo que a autonomia buscada seja encontrada na realização e utilização de tais ambientes:

Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais. (PNH: AMBIÊNCIA, 2010, p.5)

A fim de possibilitar o aprofundamento das discussões, tem-se o Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde - SOMASUS, o qual caracteriza-se como plataforma de planejamento de obras e projetos que visem a implantação ou manutenção quanto a infraestrutura de ambientes e edificações voltadas a saúde pública (BRASIL, 2004). O mesmo possui plantas-base com layouts, equipamentos e características e pré-dimensionamentos de ambientes de saúde, otimizando o processo de projeto e aplicação dos conceitos de humanização.

2.2 Psiconeuroimunologia e ambiência

Inserido no campo médico em 1981, por Robert Ader, o termo psiconeuroimunologia trata da correlação entre o sistema nervoso central (SNC) e o sistema imunológico (SI) (DEAK-STENBERG, 2004), que em vias de receber estímulos do entorno, pode induzir respostas que poderão afetar a saúde do indivíduo.

Os estímulos, de acordo com GAPPEL (1995), com base na Cartilha da PNH de Ambiência (BRASIL, 2010), podem ser classificados em: forma; luz; cor; som; aroma; textura.

Quanto a morfologia, esta pode ser assimilada através “(...) de formas, dimensões e volumes que configuram e criam espaços, que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados para as pessoas” (BRASIL, 2010, p.8), de forma que segundo FELIPPE (2010), podem admitir rupturas, sejam elas formais ou não, no contexto espacial da edificação.

Em se tratando da luz, a mesma corresponde a relevante fator de impacto no que tange ao espaço arquitetônico, visto que a mesma é responsável por influenciar diretamente o ritmo circadiano do indivíduo (REA, 2000), atrelado ao fato de que, de acordo com NORBERG-SCHULZ (1971, p.33), “[...] Todo lugar é responsável pela própria luz, ela diz onde e como estamos e põe cor em coisas que ditam a atmosfera de um lugar”.

Em conjunto com a luz estão as cores, as quais além de influenciar aspectos do comportamento humano (NES, 2008), são responsáveis por informar sobre complexidade de atendimento e urgência e emergência nos estabelecimentos de saúde, no SUS, por exemplo, obedecem-se três eixos de atendimento, onde o Eixo Vermelho é responsável por emergências, por ser uma cor de alerta, enquanto o Eixo Azul é caracterizado por tratar de ocorrências de menor complexidade, havendo ainda

o Eixo Azul pediátrico, com foco em primeiro acolher para então tratar crianças e adolescentes:

A caracterização por cores é adotada por ser uma ferramenta eficiente para a clareza e a facilidade de entendimento na organização do espaço. Portanto, é recomendada a utilização de cores que identifiquem as respectivas áreas e eixos, baseado no sistema adotado pela classificação de risco/vulnerabilidade. Esta utilização pode ser feita de formas variadas – as cores podem ser utilizadas em pequenos detalhes, numa faixa no piso, em uma parede do ambiente, alguma marca no teto, etc. (PNH: AMBIÊNCIA, 2010, p.28)

No que tange as questões de matriz sonora, mesmo havendo a possibilidade de configurar ambientes com algum tipo de música, há uma tendência por espaços calmos, sem ruídos, que preservem a privacidade dos pacientes (GAPPEL, 1971). No intuito de amenizar a reverberação de ruídos em áreas não-críticas é possível a aplicação de diferentes texturas como carpete, madeira ou tecidos.

Os aromas, por outro lado, representam um aspecto invisível, que pode vir a permear a arquitetura, quando parte do seu controle advém de soluções de arquitetura paisagística, visto que aromas naturais podem convergir em item relevante em um momento de estadia hospitalar:

Enquanto os aromas desagradáveis aceleram a respiração e o batimento cardíaco, os cheiros agradáveis reduzem o estresse. Por isso é preciso ter muito cuidado com o aroma em ambientes de saúde. O cheiro de medicamentos pode estimular a ansiedade, o medo e o estresse dos pacientes, enquanto os aromas agradáveis podem reduzir a pressão sanguínea e diminuir a percepção da dor. (VASCONCELOS, 2004, p. 57)

Chamada de terceira pele pelo artista plástico vienense Hundertwasser (1950), os aspectos táteis da arquitetura conformam-se como parte da sinestesia encontrada no ambiente, de modo que as texturas, principalmente quando compostas por itens advindos da natureza, como plantas, jardins internos, fontes ou até mesmo esquadrias voltadas para corpos vegetais (GRESSLER e GUNTHER, 2013), somam na melhora de pacientes internados em instalações de assistência hospitalar.

Logo, conceber estratégias de projeto que deem embasamento a um ambiente que se adeque aos aspectos de confortabilidade e seja propício à uma estadia agradável, é componente de extrema relevância quando se trata da eficiência de edificações voltadas ao cuidado para com o ser humano.

3 ANÁLISE PROJETUAL

Entender as dinâmicas resultantes de uma obra arquitetônica assim como os processos que levam a mesma, objetivando um olhar crítico sobre os elementos constituintes de uma edificação, apresenta-se como importante ferramenta ao fazer arquitetônico, visto que, segundo MIQUELIN (1992), através de estudos e avaliações comparativas das anatomias de cada edificação é possível a obtenção de respostas sobre funcionamento, custos e até mesmo aspectos estéticos que possam vir a ser melhorados em projetos futuros.

No intuito de estabelecer bases práticas para elaboração do Estudo Preliminar do CAPS III, busca-se desenvolver um olhar crítico sobre os elementos constitutivos de projetos e edificações a respeito da tipologia arquitetônica estudada, com base em modelos oferecidos e as diretrizes fornecidas pelo Ministério da Saúde.

Aborda-se o Hospício Pedro II, visto que esta foi a primeira instituição voltada ao tratamento de portadores de transtorno mental, buscando estabelecer um parecer histórico que sirva de comparação com os estudos posteriores.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima integra os estudos de caso, ao representar relevante marco para a concepção de diferentes esferas, em relação ao diálogo saúde mental e arquitetura com a presença de uma arquitetura judiciária.

Já o Hospital Psiquiátrico Kronstad, estabelece esse paralelo com os modos de ver as edificações para a saúde mental do século XXI, caracterizado por parâmetros que interessam ser seguidos na concepção de um Centro de Atenção Psicossocial.

3.1 Estudo do ambiente construído

O estudo do ambiente construído com a utilização de matrizes também se torna fundamental na percepção do como se projeta, visto que a observação de diferentes exemplares arquitetônicos pode revelar repetições e equívocos originados ainda na conceitualização do edifício a ser construído:

Observar a produção arquitetônica, e mais ainda, experienciar os ambientes construídos significa compreender os resultados do processo do projeto. Ampliando o foco, e incluindo no campo de observação as obras arquitetônicas em todas as suas dimensões, abre-se a possibilidade de percorrer no sentido contrário o caminho de elaboração do projeto. (ALMEIDA, 2001, p.17)

Deste modo, baseando-se no método de Análise Pós-Ocupacional (APO) (ABRANTES, 2004; FONSECA & RHEINGANTZ, 2008), volta-se para o ambiente construído no intuito de discutir a loucura e seus espaços (FONTES, 2004), para que se possa observar como se desenvolveram os elementos constitutivos pertencentes as edificações em estudo.

Onde através da criação de matrizes com base em Plantas Baixas de Arquitetura, atrelado ao uso de fotografias das edificações em questão, pretende-se analisar as seguintes características: programa de necessidades; fluxo; forma e função; e oferta de espaços livres.

PROGRAMA DE NECESSIDADES

Partindo-se da percepção do projeto arquitetônico como um elemento de síntese em resposta as condicionantes apresentadas pelo contratante, cabe o entendimento do programa de necessidades como ferramenta capaz de analisar e avaliar tais variáveis.

As matrizes permitiram a identificação de potencialidades e oportunidades, tendo servido de base na construção de diretrizes projetuais para o projeto. De acordo com KAHN IN RONNER (1977), o programa funciona como uma receita médica, onde áreas e aspectos imensuráveis devem ser transformados em espaços, tais quais um lobby em um local de entrada ou corredores em galerias, pois a estrutura das atividades desenvolvidas dentro de uma edificação possui uma virtualidade formal, que somente através do programa de necessidades pode ser transcrita em estruturas espaciais que satisfaçam os requisitos propostos (PIÑON, 2006).

Além da capacidade de analisar, é pertinente salientar o programa de necessidades como ferramenta de avaliação durante o processo de projeto, tendo em vista os sistemas de atividades e as possibilidades formais, que sintetizados em nomenclaturas dentro das restrições encontradas, permite a verificação e validação em diversas fases do fazer projetual (PIÑON, 2006).

FLUXO

Como fator fundamental da percepção de qualidade de um edifício, encontra-se o fluxo, seja ele de usuários ou bens, pode ser tanto resultante de aspectos

arquitetônicos, como também de estratégias que visem maior eficiência do espaço edificado.

Para Thomazoni (2016), a análise de fluxos e percursos a serem utilizados são inerentes a realimentação do programa de necessidades, possibilitando a atualização e modernização de edificações voltadas para a saúde, de modo a reduzir tempos de permanência e otimizar o fluxo de informação, resultando na gestão eficiente dos processos pertencentes ao cuidado para com o indivíduo.

A capacidade de pensar criticamente o fluxo adequado com vias a conceber uma estrutura espacial coerente, capta a arquitetura como uma rede, que segundo Castells (1999), espacializa o construído em uma sequência de nós, onde a lógica e o significado dos lugares se fazem a partir da sobreposição dos fluxos de bens, serviços e usuários.

FORMA E FUNÇÃO

Tendo em vista a relevância de se obter um edifício com adequada carga funcional, observa-se na disposição do espaço arquitetônico a locação de usos que influenciarão diretamente na experiência do indivíduo para com o ambiente, visto que segundo CORDEIRO (2011), ambientes são “o local onde existe a interação, atividades, papéis e relações interpessoais como elementos, ou estruturas construtoras desse nível mais interno”.

Logo, entende-se que forma e função interagem como fatores aliados e não somente consequentes, lidando com processos que levam ao diálogo entre uma arquitetura manufaturada e outra pré-fabricada pelo funcionalismo.

Onde a dinâmica de usos da edificação pode dar vazão ao formato inicial adquirido pela mesma, segundo o que era defendido pelo período modernista durante grande parte do século XX. Conceito este que frente a mutabilidade da dinâmica de usos tem sofrido uma ruptura cada vez maior:

Os processos econômicos e culturais em ação no espaço metropolitano dependem de uma comunicação que precisa ser dominada pela arquitetura. Esta necessidade de interação requer formas capazes de expressar o acontecimento arquitetônico, produzido agora através da redefinição de noções tradicionais como forma e função (MARTINS, 2011, p. 238-239).

OFERTA DE ESPAÇOS LIVRES

A presença de áreas que permitam contato com o exterior se faz pertinente tendo-se como base não somente os males causados pela sensação de enclausuramento, como também os aspectos relacionados a captação de vitamina D e o ciclo circadiano de cada indivíduo. Em especial, a existência de espaços verdes, que podem possibilitar variados modos de experimentação:

Toda experiência comumente com arquitetura é multissensorial; as características de espaço, matéria e escala são medidas igualmente por nossos olhos, ouvidos, nariz, pele, língua, esqueleto e músculos. A arquitetura reforça a experiência existencial, nossa sensação de pertencer ao mundo, e essa é essencialmente uma experiência de reforço da identidade pessoal. Em vez da mera visão, ou dos 5 sentidos clássicos, arquitetura envolve diversas esferas da experiência sensorial que interagem e se fundem entre si. (PALLASMAA, 2011, pg. 39)

É nesse contexto que surgem de forma muito orgânica os espaços destinados as funções extramuros, como locais que conservem um pouco da vida rural em meio ao tecido citadino, se manifestando inicialmente como quintais e se desenvolvendo em outras tipologias como os pátios internos, semelhantes aos pertencentes a cultura greco-romana, que permitiam o enquadramento da natureza na segurança do lar individual:

A concepção arquitetônica do pátio interno supre a carência de proteção sentida pelo homem; ele agora está seguro dentro do seu mundo, pode 'fugir', se 'defender' dos olhares curiosos, pode viver com os seus semelhantes e usufruir dos aspectos da natureza (REIS-ALVES, 2011).

Tal item constitutivo da edificação, quando parte da arquitetura concebida, permite tanto a experimentação do externo dentro do espaço privado, como também a qualificação da edificação em relação a maior oferta de luz natural e ventilação cruzada, compondo ambientes mais arejados e salubres.

3.2 Hospício de Pedro II

Através do Decreto Imperial nº 82, de 18 de julho de 1841, que fundava o hospício subordinado a Santa Casa de Misericórdia, é que se possibilitou em 8 de dezembro de 1852 a inauguração do Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro:

Desejando assinalar o fausto dia de Minha Sagração com a criação de hum estabelecimento de publica beneficencia: Hei por bem fundar hum Hospital destinado privatimente para o tratamento de Alienados, com a denominação de – Hospital de Pedro Segundo [...]. (COLEÇÃO DE LEIS E DO IMPÉRIO DO BRASIL 31/12/1841 – VOL. 001, 1841, p.36)

O hospício, edificado no terreno da antiga Chácara da Capela (Praia Vermelha, RJ), teve como base um hospital construído nos arredores de Paris pelos padres de São João de Deus (JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 1965), com Domingos Monteiro como autor da planta baixa de arquitetura, a qual determinava a construção de um grande retângulo com quatro vazios em seu interior que serviriam de pátios internos, dividido por um bloco central, responsável pela divisão entre ala feminina e ala masculina da unidade asilar:

No bloco central estava a entrada única. Três grandes portas conduziam ao átrio nobre, de onde se erguia uma escadaria monumental, que levava diretamente à Capela, no andar superior, e, à meia altura se bifurcava em dois lances, que conduziam "às salas de respeito", para usar a terminologia do cronista de "O Mundo Ilustrado", em 1958. (LOPES, 1965, p. 119)

Com o telhado escondido por uma platibanda composta por louças e vasos ornamentais, junto de colunas dóricas e jônicas, no primeiro e segundo pavimento respectivamente, a edificação trazia com seu ar neoclássico uma beleza sóbria, que segundo LOPES (1965), a colocava entre os quatro principais exemplares de arquitetura imperial no Rio de Janeiro.

O mesmo, ainda pontua sobre as soluções arquitetônicas encontradas em contraste com os métodos terapêuticos defendidos pela Sociedade de Medicina da época, onde a liberdade dos processos terapêuticos encontrava-se concomitante à disciplinaridade normatizadora de Pinel:

Certamente naquêlo momento era dos melhores hospitais psiquiátricos do mundo. Havia grades, celas de isolamento, quartos fortes, mas existia um esboço de tratamento ocupacional com instrumentos de música, oficina para trabalhos manuais e sobretudo espaço, claridade e páteos arborizados. (LOPES, 1965, p. 119)

O programa de necessidades tinha como base tanto aspectos médico-científicos, voltados a monitoração e tratamento dos internos, como também ligados a questões religiosas, visto sua inicial subordinação a Santa Casa de Misericórdia, responsável pelos serviços de administração e enfermagem, rompida em 1890.

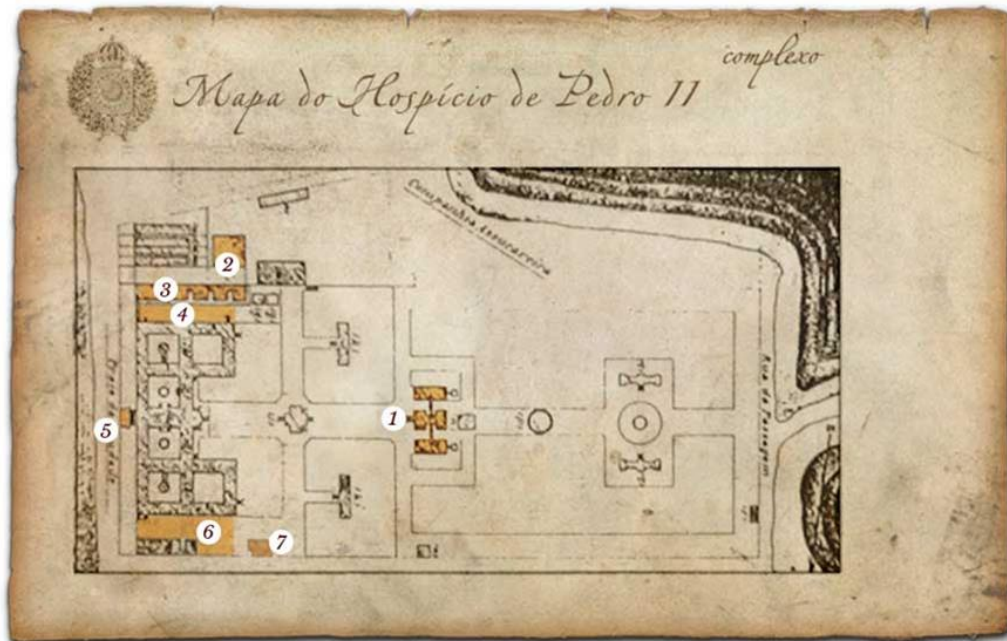
Quadro 01 – Programa de necessidades do Hospício Pedro II

PROGRAMA DE NECESSIDADES - HOSPÍCIO PEDRO II
01. DORMITÓRIOS INDIVIDUAIS
02. DORMITÓRIOS COLETIVOS
03. REFEITÓRIO
04. BANHEIRO
05. SALA DE CIRURGIA
06. CAPELA
07. FARMÁCIA/ LABORATÓRIO
08. SALA DE ADMINISTRAÇÃO
09. PAVILHÃO ACADÊMICO DE OBSERVAÇÃO
10. SALA DE GINÁSTICA
11. ATELIÊ DE COSTURA
12. USINA ELÉTRICA E CASA DE ACUMULADORES
13. PÁTIO FEMININO INTERNO
14. PÁTIO FEMININO EXTERNO
15. PÁTIO MASCULINO INTERNO
16. PÁTIO MASCULINO EXTERNO

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

E procurando estabelecer uma dinâmica de assistência e observação 24 horas por dia, o modelo arquitetônico empregado assemelhava-se ao panóptico, baseado nos preceitos filosóficos e jurídicos de Jeremy Bentham, séc. XVIII, onde uma estrutura em anel, neste caso as dependências da edificação, era observada por uma torre central, que poderia se caracterizar como um pavilhão de observação, objetivando estabelecer mecanismos de disciplina e normatização, aplicados também em fábricas, presídios e ambientes de cunho acadêmico.

Figura 07 – Plano de implantação dos pavilhões do Hospício Pedro II

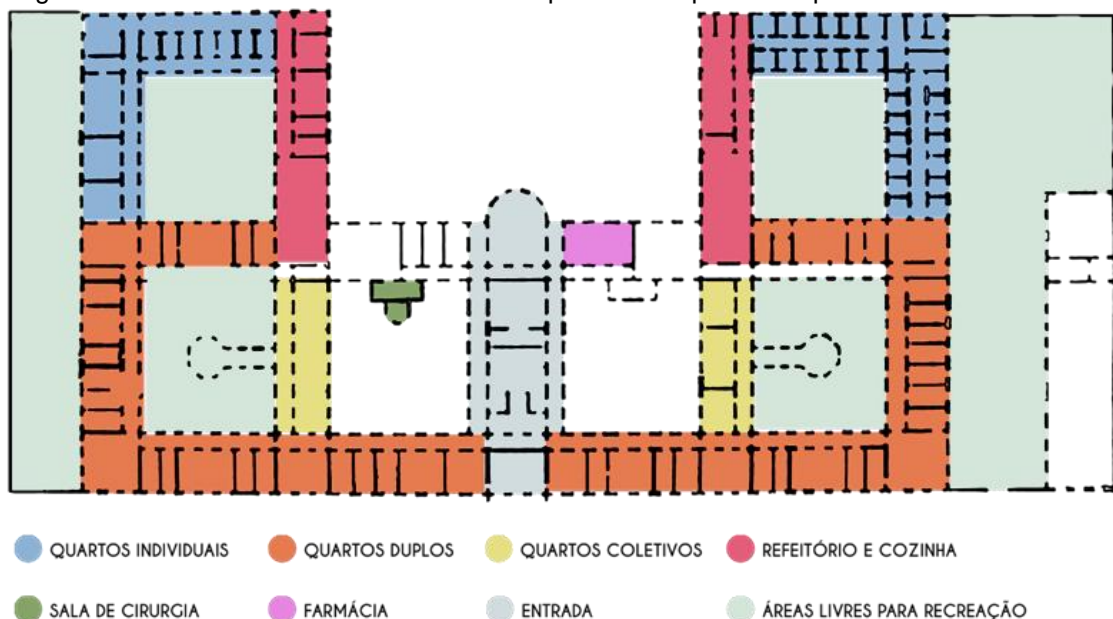


Fonte: Adaptado de documento do Arquivo Nacional, 2020.

Utilizando-se a Metodologia de Matrizes pode-se observar aspectos do projeto arquitetônico com mais clareza, possibilitando análises que nortearão o Estudo Preliminar posteriormente.

O primeiro aspecto observado foi relacionado a dinâmica de usos na edificação, a qual possuía divisões não só relacionadas a usos de serviço ou de cunho administrativo, mas também com subdivisões em relação a locação dos internos.

Figura 08 – Planta com dinâmica de usos de pavimento tipo do Hospício Pedro II



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

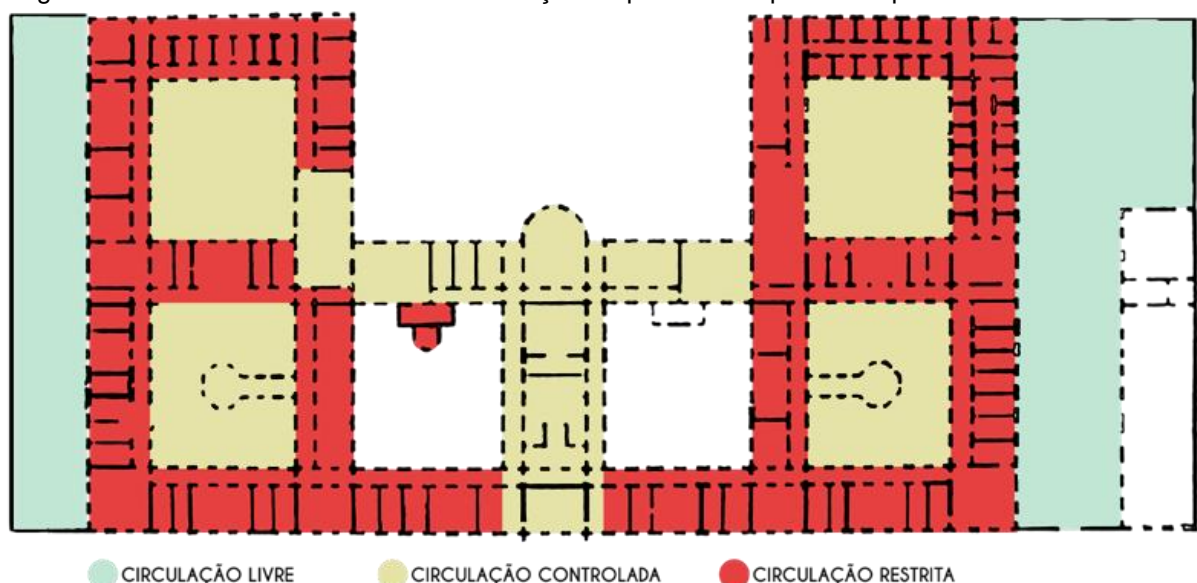
As dependências da instituição eram caracterizadas por três crivos: gênero, classe econômica e comportamento, os quais determinavam a alocação dos pacientes. A ala feminina ficava à esquerda da fachada da edificação, enquanto a Ala masculina ficava à direita, sendo capazes de comportar ao todo 350 pacientes. Os quais era recebidos sem cobrança de taxas, com exceção dos pensionistas, divididos entre 1ª, 2ª, 3ª classe, os de primeira classe possuíam quarto individual, enquanto os de segunda eram alocados em quartos compartilhados por dois internos e os de terceira classe eram alocados em dormitórios coletivos para 15 pessoas.

Os pensionistas de primeira e segunda classe eram classificados como tranquilos ou agitados, o que determinaria a posição deles dentro da edificação, enquanto os de terceira classe e demais internos eram classificados como “[...] tranquilos limpos, agitados, e imundos e afetados de moléstias acidentais” (ANNAES BRASILIENSES DE MEDICINA, n.5, 1856, p. 98 - 104).

Nota-se que a dinâmica de usos empregada nos dormitórios se encontra diretamente relacionada com o vazio arborizado localizado no centro de cada setor, sugerindo um movimento de fora para dentro, de modo a induzir atividades de coletividade, voltadas ao social, mas que priorizem o privado, o recluso.

Em uma perspectiva macro, observa-se que a conexão dos dois blocos, masculino e feminino, se dá através de um eixo de uso comum aos pacientes, aquele voltado ao tratamento medicamentoso e intervenção médica.

Figura 09 – Planta com dinâmicas de circulação de pavimento tipo do Hospício Pedro II



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Em seguida observou-se o zoneamento da edificação em relação ao tipo de circulação estabelecido, tendo em vista que por ser uma unidade médica, nem todos os ambientes aparecem como zonas de livre circulação.

A mesma é delegada apenas aos espaços exteriores, onde o interno encontra-se em uma área maior e se é apresentado ao simulacro do estar-livre, através da livre circulação dentro do pátio e da exposição ao sol. Em contraponto aos pátios internos, que apesar de serem abertos possuem a torre de vigia, tornando controlada toda e qualquer circulação, semelhante ao papel concebido pela localização central da administração do edifício.

Por fim nota-se através de fotografias da época que os revestimentos e técnicas construtivas empregadas, caracterizados pela presença do mármore Carrara, das rosáceas em cantaria no chão da edificação e dos frontões neoclássicos, eram constituídos dos maiores refinamentos da época.

Figura 10 – Fachada do Hospício Pedro II



Fonte: Arquivo nacional, 1856.

Entretanto, com o aumento da demanda por maior espaço para os internos, que de 202 quando de sua abertura passaram a 1110 em 1856, surgiram uma série de críticas a respeito do custo empregado na suntuosidade estética do edifício em contraposição aos investimentos necessários a novas dependências, o que levou ao gradual desmanche da instituição em polos menores, como a Colônia Juliano Moreira e o Hospital do Engenho de Dentro, até ser desativado em 1944.

3.3 Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico professor André Teixeira Lima

Inaugurado em 1º de janeiro de 1934, e assinado pelo arquiteto Ramos de Azevedo, em uma área de 185.000 m² (metros quadrados), o hospital de custódia de Franco da Rocha, São Paulo, veio atender ao decreto federal nº1.132/1903 que tornava obrigatório a construção de ao menos um manicômio judiciário em cada unidade federativa.

A edificação possuía como objetivo tomar a custódia dos indivíduos que segundo a teoria de Franco da Rocha eram considerados fronteiriços, propensos a “loucura”, mas não totalmente alienados, o que os tornava possíveis degenerados. Tal questão sobre a responsabilidade penal dos mesmos corria desde o final do século XIX, visto que as instituições para alienados não possuíam infraestrutura para esse tipo de paciente (CARRARA, 1998).

O prédio quando de sua inauguração possuía três alas, duas delas compondo a fachada da edificação em um eixo noroeste-sudeste, enquanto a terceira se encaixava simetricamente no centro, perpendicularmente a fachada formando um T, de modo a permitir fácil monitoramento de todas as alas mesmo com um número reduzido de funcionários, “tal disposição, adotada com êxito no Manicômio de Neustadt, em Holstein, permite a um guarda, postado no centro do hall, observar tudo quanto se passa nos corredores internos das três alas” (SILVA, 1935, p.23).

Por se tratar de uma edificação voltada a um tratamento multidisciplinar, o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico transita entre duas esferas, a judiciária e a psiquiátrica, impactando diretamente em uma arquitetura que responda aos fatores inerentes as necessidades de ambos.

Como reflexo tem-se inicialmente a existência de muros de 4 metros de altura, além da conformidade espacial supracitada, atrelados a torres de vigilância com vista para os pátios centrais (TAVOLARO, 2002; SILVA, 1935), semelhante a arquitetura panóptica prisional, mas também dialogando com a arquitetura do Hospício de Pedro II.

Ao se analisar o Programa de Necessidades, percebe-se o surgimento da diferenciação entre pacientes calmos dos demais, e um espaço dedicado a recepção de terceiros, proporcionando uma tentativa de comunicação com a comunidade externa ao manicômio.

Observa-se também a presença da influência judiciária no programa, onde junto da necessidade de dormitórios aparecem celas, celas surdas e a presença de um local para dependências das forças de contenção dos pacientes.

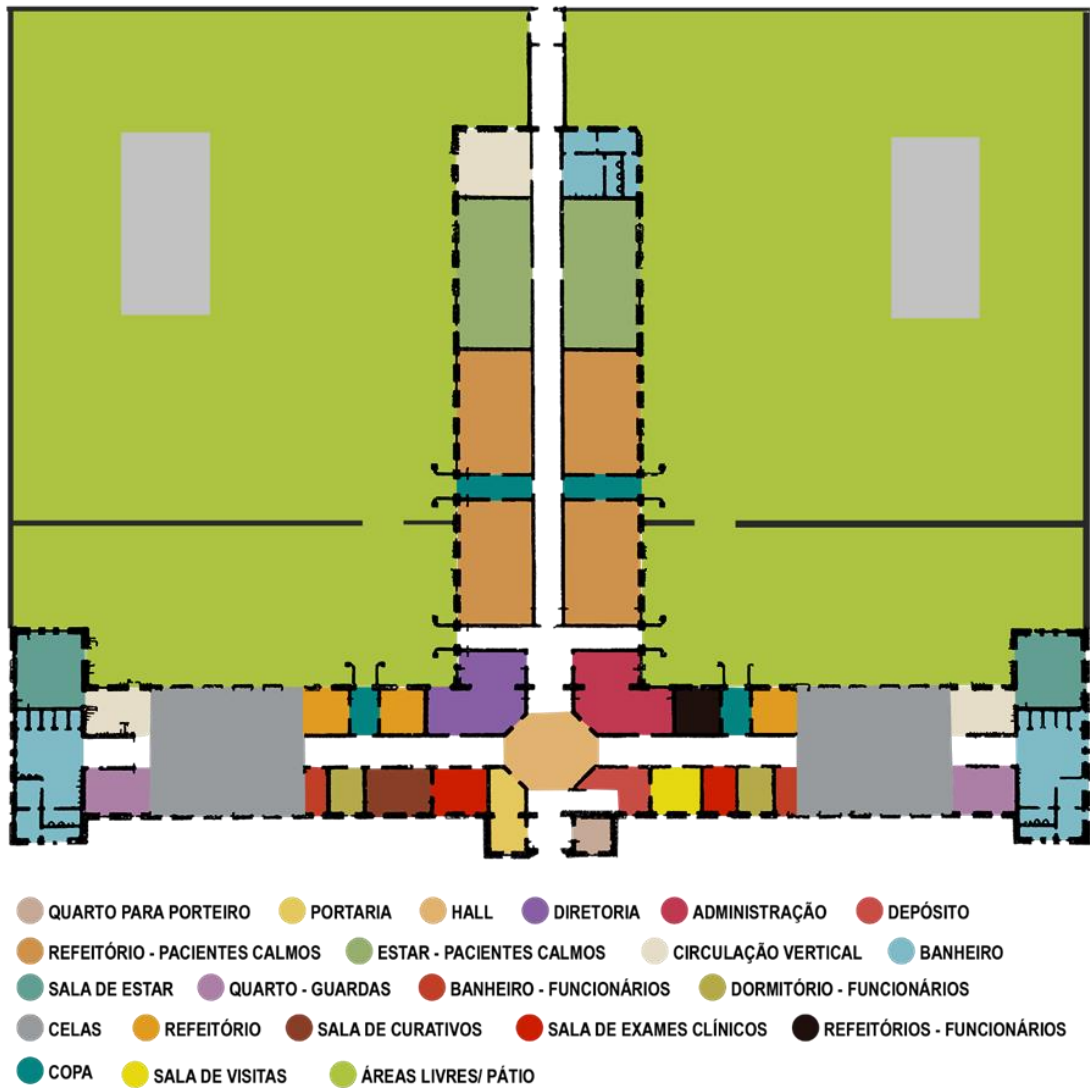
Quadro 02 – Programa de necessidades do Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico Professor André Teixeira Lima

PROGRAMA DE NECESSIDADES - HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO PROFESSOR ANDRÉ TEIXEIRA
01. PORTARIA
02. QUARTO PARA PORTEIRO
03. HALL
04. DIRETORIA
05. ADMINISTRAÇÃO E SECRETARIA
06. DEPÓSITO
07. REFEITÓRIO PARA DOENTES CALMOS
08. SALAS DE ESTAR PARA DOENTES CALMOS
09. DORMITÓRIO PARA DOENTES CALMOS
10. INSTALAÇÕES SANITÁRIAS
11. SALAS DE ESTAR
12. QUARTOS PARA GUARDAS
13. BANHEIROS DE FUNCIONÁRIOS
14. DOMITÓRIOS PARA FUNCIONÁRIOS
15. REFEITÓRIOS PARA FUNCIONÁRIOS
16. CELAS
17. SALA DE VISITAS
18. REFEITÓRIOS
19. SALAS DE CURATIVOS
20. SALAS DE EXAMES CLÍNICOS
21. SALA DE LEITURA
22. SALA DE TRABALHO
23. SALA DE "TOILETTE"
24. CELAS PARA DOENTES EM OBSERVAÇÃO
25. CELAS SURDAS
26. ALMOXARIFADO
27. ROUPARIA
28. COPA

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Em se tratando da disposição dos usos no edifício, a mesma irradia do centro, onde se encontram os ambientes de cunho administrativo ou de aspecto curativo e irradiam para as extremidades, onde estão instalações sanitárias e parte das circulações verticais.

Figura 11 – Estudo de usos do Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico Professor André Teixeira Lima



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Os segundo e terceiro pavimento, apesar de contarem com configuração espacial semelhante, ainda possuíam salas de leitura e salas de trabalho, além de celas a prova de som voltadas ao cuidado de internos considerados perigosos:

Todas as janelas são gradeadas e sua abertura e fechamento são reguladas por dispositivos mecânicos especiais, que possibilitam aos guardas, postados nos corredores, movimentar as vidraças sem que tenham necessidade de penetrar nas celas (SILVA, 1935, p.25)

O fluxo dos pacientes era delimitado às celas e dormitórios, contando com percurso assistido até os pátios externos, sendo o menor destinado aqueles em observação e o maior aos demais. A presença de grades entre as alas e as seções administrativas ou de serviço atrelado a conformação arquitetônica, isolavam uma ala da outra tornando possível o rápido contingenciamento de qualquer animosidade.

Figura 12 – Estudo de dinâmica de fluxos do Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico Professor André Teixeira Lima



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Composta por uma área de 2.346 m² (metros quadrados), a oferta de espaços livres se dava através de 4 pátios externos, divididos pela ala central, com dois dos pátios possuindo abrigo e banheiro. Apesar de uma área vasta, a mesma carecia de vegetação, mesmo que rasteira e ornamental, com pouca oferta de abrigo além da cobertura citada anteriormente.

Figura 13 – Fotografia de um dos pátios do manicômio judiciário de Franco da Rocha



Interior de um dos grandes pátios com abrigo

Fonte: Silva, 1935.

O hospital de custódia em sua primeira década de funcionamento foi responsável apenas pela parcela masculina dos pacientes, visto que o Hospital Psiquiátrico de Juquery abrigava o público feminino, até 1943, quando foi instalada uma colônia específica para o mesmo no Manicômio Judiciário.

Entre as décadas de 1950 e 1980, o hospital sofreu com variados episódios de superlotação, chegando à 1208 pacientes ocupando a estrutura disponível para apenas 313 leitos. Em 1993 a administração migrou do Ministério da Saúde para a Secretaria de Administração Penitenciária, reforçando o aspecto judiciário no trato para com os pacientes.

3.4 Hospital psiquiátrico Kronstad

Iniciando seu funcionamento em agosto de 2013, o hospital psiquiátrico norueguês localizado em Bergen, conta com 12.500 m² de área construída e foi liderado pelo grupo de arquitetos Origo Arkitektgruppe em parceria com a Smedsvig Landskapsarkitekter, que desenvolveu o paisagismo.

Possuindo como conceitos principais “aberturas” e “transparência” em relação ao público exterior atrelada a perspectiva de fornecer abrigo aqueles que se instalarem na edificação, o Hospital Psiquiátrico Kronstad busca dialogar com a existência de espaços públicos que façam a transição entre público e privado, aliados a presença de espaços verdes e aspectos visuais, que ajudem a qualificar a estadia de pacientes.

Figura 14 – Fotografia de uma das fachadas do Kronstad



Fonte: Pål Hoff, 2013.

A edificação possui 5 pisos, e conta com áreas para pacientes hospitalizados nos andares superiores, enquanto o térreo possui atividades de hospital-dia com policlínicas e serviços ambulatoriais, e o subsolo abriga o estacionamento do edifício, permitindo maior oferta de áreas livres no lote.

A arquitetura do hospital é focada no processo de readaptação, inerente ao cuidado psiquiátrico, os níveis da edificação são bem definidos e junto da sinalização, fornecem uma linguagem lógica e de fácil entendimento, objetivando o desenvolvimento de um ambiente calmo e seguro. O design empregado em janelas e escadas, seguindo o preceito de aberto e transparente, oferece segurança sem dialogar com a sensação de enclausuramento.

A entrada principal é privilegiada com uma parada de transporte público, facilitando o acesso de usuários em geral, que não estão necessariamente internados no Hospital, mas fazem uso dos serviços ambulatoriais, de modo que o mesmo possa compor a rede de saúde local de forma eficiente.

Figura 15 – Fotografia de uma das fachadas do Kronstad



Fonte: Pål Hoff, 2013.

Nota-se a abordagem flexível na qual as diretrizes do hospital se baseiam, de modo que haja a promoção de espaços para encontros, contemplação e atividades multidisciplinares. Percebe-se a atuação do programa de necessidades como síntese de um processo terapêutico baseado na adoção de áreas livres e verdes, com foco na reintegração do indivíduo ao exterior, reforçando o conceito de abertura e transparência pretendido pelo Origo Arkitektgruppe.

Quadro 03 – Programa de necessidades do Hospital Psiquiátrico Kronstad

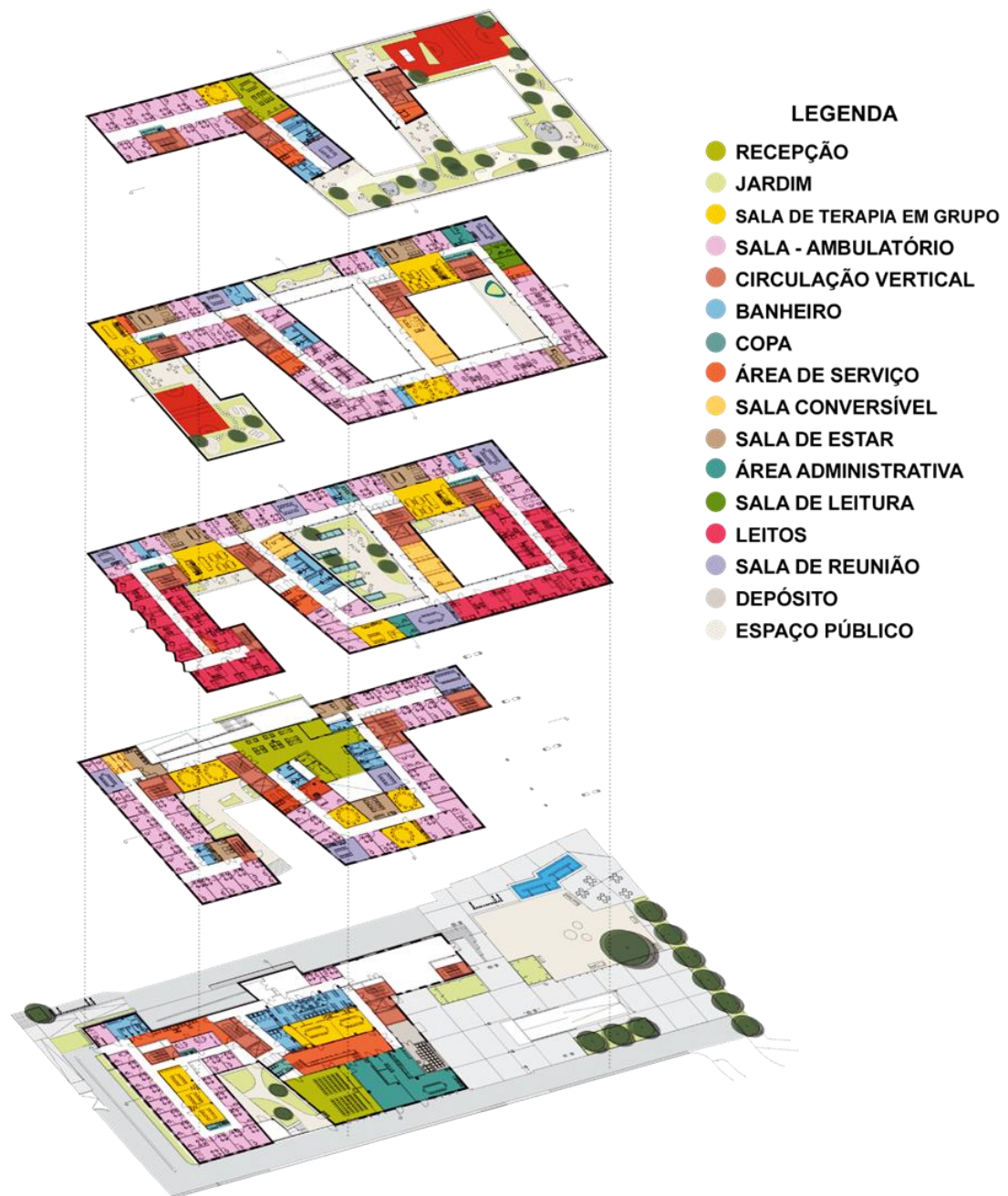
PROGRAMA DE NECESSIDADES - HOSPITAL PSIQUIÁTRICO KRONSTAD
01. RECEPÇÃO
02. ADMINISTRAÇÃO
03. SALA DE ESTAR
04. SALA PARA AMBULATÓRIO
05. SALA DE REUNIÕES
06. COPA
07. SALA DE ESTUDOS
08. SALA DE LEITURA
09. SALA DE APOIO
10. DEPÓSITO
11. DML
12. REFEITÓRIO
13. QUADRA DE ESPORTES
14. ESPAÇOS VERDES
15. ÁREAS ABERTAS PARA CONVIVÊNCIA
16. DORMITÓRIO
17. SALA DE DESCANSO PARA FUNCIONÁRIOS
18. BANHEIROS
19. BANHEIROS PARA FUNCIONÁRIOS
20. AMBIENTE MULTIMÍDIA
21. AMBIENTE PARA TERAPIAS EM GRUPO
22. FARMÁCIA
23. VESTIÁRIO
24. PÁTIO INTERNO
25. SALAS FLEXÍVEIS
26. ESTACIONAMENTO
27. COZINHA
28. ROUPARIA
29. DEPÓSITO DE LIXO
30. ALMOXARIFADO
31. ESPAÇO DE USO PÚBLICO

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

A recepção apresenta-se como coração do andar térreo, de modo que os ambulatorios fiquem nas extremidades para receber ventilação e iluminação natural. Já o núcleo administrativo e maioria das zonas de serviço ficam localizados em uma mesma parcela da edificação, com fácil acesso para a saída secundária do hospital.

As áreas ambulatoriais encontram-se sempre próximas a um espaço verde, induzindo um movimento de dentro para fora, enquanto as circulações são conectadas por espaços de encontro.

Figura 16 – Estudo de dinâmica de usos do Hospital Psiquiátrico Kronstad



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Em se tratando de usos recreativos, como quadras poliesportivas e áreas para banho de sol, as mesmas estão na extremidade da edificação, permitindo maior oferta de luz natural e protegendo as demais dependências de ruídos advindas de atividades físicas em geral.

Os fluxos são voltados a máxima eficiência da edificação, de modo a não cruzar percursos com finalidade de serviço, com os de pacientes ou visitantes, atrelados aos

espaços verdes que são adjacentes a áreas de livre circulação, direcionando a expectativa de pacientes e visitantes, e desencorajando-os a entrar em áreas restritas.

O fluxo em anel na área ambulatorial restringe o acesso de pacientes avulsos ao resto da edificação, de modo que circulações verticais possam estar em áreas de baixo fluxo.

A dinâmica de acessos está sempre voltada para áreas abertas, de modo a quebrar a ideia de enclausuramento, para que a arquitetura desenvolvida venha a possuir uma linguagem própria, voltada a segurança de profissionais e pacientes, sem sobrepor a privacidade dos mesmos.

4 CONCEPÇÃO PROJETUAL

Este capítulo é voltado ao desenvolvimento projetual, partindo de análises projetuais preliminares, que venham a embasar a concepção do estudo preliminar. Aborda-se desde o programa de necessidades e pré-dimensionamento até a apresentação do material desenvolvido, com matrizes temáticas e representação gráfica pertinente ao objeto de estudo escolhido.

4.1 Centro de Atenção Psicossocial III

A partir do que se é observado no subcapítulo 1.5 sobre os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS III são responsáveis pela cobertura de municípios ou regiões com mais de 200.000 habitantes, funcionando 24h com o objetivo de acompanhar em média 450 pacientes por mês. Esta modalidade de CAPS é priorizada tendo em vista a necessidade de instrumentos de saúde pública que fortaleçam a rede de saúde mental da capital maranhense, visto que há uma pressão frente o quantitativo populacional em relação ao índice CAPS/100.00 habitantes.

De acordo com a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, tem-se como principais características do CAPS III:

- Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
- Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental

regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

- Estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

As atividades desenvolvidas pela assistência prestada incluem:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
- atendimentos em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- Visitas e atendimentos domiciliares;
- Atendimento à família;
- Atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- Acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
- Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;
- A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

O CAPS III deve possuir área física própria, não estando dependente de nenhuma unidade hospitalar, de modo a possuir acesso privativo e equipe de caráter multidisciplinar.

4.2 Programa de necessidades e pré-dimensionamento

Com base nos estudos de caso abordados e as Tele-entrevistas realizadas com profissionais da área que vivenciaram e vivenciam a realidade dos Centros de Atenção Psicossocial, realizadas durante o período de desenvolvimento deste trabalho, foi-se possível estabelecer parâmetros-base para um bom funcionamento da edificação segundo parte de seus usuários e do histórico das edificações abordadas no estudo de caso.

Figura 17 – Imagem com transcrição de entrevista realizada com profissional da área da saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial do Maranhão

Entrevista Bianca Gomes da Silva
19/08/2020

Início: 9h30
Término: 10h20

CAPS II de Coroatá, MA

A entrevistada trabalhou no Centro de Atenção Psicossocial II de Coroatá entre 2018 e 2020, atendendo pacientes de Coroatá, Peritoró, Lima Campos, Timbiras, e Vargem Grande.

O serviço oferecido, ao contrário do que consta na norma, possui atendimento ambulatorial como atividade extra, atendendo em média 10 pacientes no turno da Manhã e 27 pacientes no turno da Tarde, por profissional.

Por ausência de veículo próprio, as atividades extra-muro, em parceria com outros órgãos públicos e de caráter comunitário, encontram-se prejudicadas, gerando impacto inclusive na difícil missão de levar a vivência familiar para o CAPS e vice-versa.

Apesar de se encontrar nas dependências de um antigo hospital, com grande parte de sua estrutura deteriorada, o Centro conta com equipe completa e desenvolvimento de oficinas que duram o dia todo para seus usuários, realizadas na sala de oficinas, na cozinha ou na academia pública próxima do edifício.

Os usuários do CAPS II de Coroatá caracterizam-se em sua maioria por serem portadores de Esquizofrenia ou Transtornos de Ansiedade, permanecendo mais tempo do que o costumeiro 01 ano de tratamento, por possuírem lares desestruturados que contribuem para recaídas e agravamento de transtornos mentais.

Mesmo voltado a atender a comunidade, o CAPS ainda sofre com o estigma de ser um local negativo, fora da ordem social impactando pacientes e profissionais que trabalham no local.

Por utilizar apenas uma parte da edificação na qual está inserido, o Centro é pouco para algumas situações fora do ideal como profissionais trabalhando nos corredores, local inadequado para refeições, mistura indesejada de fluxos de pessoas e compartilhamento de ambientes para atividades incompatíveis.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Este material, atrelado a leitura técnica do Manual de Estrutura Física dos CAPS (Ministério da Saúde, 2013) em parceria com a cartilha de ambiência da Política Nacional de Humanização, elaborada em 2010, tornou possível o desenvolvimento de um programa de necessidades que se aborda tanto o mínimo exigido pelo Ministério da Saúde, como também espaços pertinentes ao processo terapêutico, que venham a beneficiar tanto usuários, quanto profissionais.

Quadro 04 – Estudo de programa de necessidades e pré-dimensionamento CAPS III

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III - PROGRAMA DE NECESSIDADES E PRÉ-DIMENSIONAMENTO					
AMBIENTE	DESCRIÇÃO	AMBIÊNCIA	QUANT. MIN. OB.	ÁREA MÍNIMA (m ²)	ÁREA TOTAL (m ²)
ESPAÇO DE ACOLHIMENTO	ÁREA VOLTADA PARA RECEPÇÃO	SENSAÇÃO DE RECEPTIVIDADE	1	30	30
SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO	AMBIENTE PARA CONSULTA CLÍNICA, ENTREVISTA E TERAPIAS	PRIVACIDADE, LUZ NATURAL E CONFORTO ACÚSTICO	3	9	27
SALA DE ATIVIDADES COLETIVAS	ESPAÇO PARA ATENDIMENTO E TERAPIAS EM GRUPO VOLTADA AO DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS EXPRESSIVAS	FLEXIBILIDADE	3	24	72
DEPÓSITO ANEXO ÀS SALAS DE ATIVIDADES COLETIVAS	LOCAL PARA GUARDA DE MATERIAIS UTILIZADOS EM OFICINAS E SESSÕES TERAPÊUTICAS	FUNCIONALIDADE E SEGURANÇA	2	3	6
ESPAÇO INTERNO DE CONVIVÊNCIA	ÁREA DE ESTAR PARA PACIENTE, ACOMPANHANTE E VISITANTE	TRANQUILIDADE E PROXIMIDADE	1	50	50
SANITÁRIO PCD PÚBLICO MASCULINO	BANHEIROS CONFORME NBR 9050	-	1	12	12
SANITÁRIO PCD PÚBLICO FEMININO	BANHEIROS CONFORME NBR 9050	-	1	12	12
SALA DE MEDICAÇÃO	SALA DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS	CONFORTO E RELAXAMENTO	1	6	6
POSTO DE ENFERMAGEM	AMBIENTE VOLTADO AO USO DA EQUIPE TÉCNICA	TRANSPARÊNCIA E ABERTURAS	1	6	6
QUARTO COLETIVO COM ACOMODAÇÕES INDIVIDUAIS	QUARTO COM DUAS CAMAS PARA ACOLHIMENTO NOTURNO	PRIVACIDADE E TRANSPARÊNCIA	3	12	36
BANHEIRO CONTIGUO A ACOMODAÇÕES INDIVIDUAIS	BANHEIROS CONFORME NBR 9050	-	3	3	9
QUARTO DE PLANTÃO	AMBIENTE DESTINADO AO DESCANSO DE PROFISSIONAIS E GUARDA DE BENS PESSOAIS	SILENCIOSO E VENTILADO	1	12	12
BANHEIRO CONTIGUO AO QUARTO DE PLANTÃO	BANHEIROS CONFORME NBR 9050	-	1	4,86	4,86
SALA ADMINISTRATIVA	SALA PARA USO DE EQUIPE ADMINISTRATIVA DO CENTRO	FUNCIONALIDADE E SEGURANÇA	1	24	24
SALA DE REUNIÃO	AMBIENTE VOLTADO A REUNIÃO DE EQUIPE PROFISSIONAL, FAMILIARES OU COM USUÁRIOS	FLEXIBILIDADE E CONFORTO	1	16	16
ALMOXARIFADO	LOCAL PARA GUARDA DE MATERIAL	-	1	4	4
ARQUIVO	LOCAL PARA ARMAZENAMENTO DE PRONTUÁRIOS	-	1	4	4
REFEITÓRIO	REALIZAÇÃO DE REFEIÇÕES	ABERTURAS E PROXIMIDADE	1	50	50
COZINHA	LOCAL VOLTADO A MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS	FUNCIONALIDADE E SEGURANÇA	1	35	35
DESPENSA	AMBIENTE PARA ARMAZENAGEM DE ALIMENTOS	-	1	16	16
COZINHA EXPERIMENTAL	COPA DESTINADA A OFICINAS DE CUNHO TERAPEUTICO E CARÁTER CULINÁRIO	ABERTURAS E PRATICIDADE	1	16	16
JARDIM INTERNO	LOCAL DE ESTAR E DE CONTATO COM A NATUREZA	-	3	35	105
BANHEIRO COM VESTIÁRIO PARA FUNCIONÁRIOS	BANHEIROS E VESTIÁRIOS CONFORME NBR 9050	-	2	9	18
DML	LOCAL PARA GUARDA DE MATERIAL DE LIMPEZA	-	1	2	2
ROUPARIA	AMBIENTE DE SERVIÇO PARA MANEJO DE ROUPARIA DO CENTRO	-	1	12	12
SALA DE UTILIDADES	AMBIENTE FLEXÍVEL PARA ATIVIDADES DIVERSAS	FLEXIBILIDADE	1	50	50
QUADRA POLIESPORTIVA	LOCAL VOLTADO A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS	SOMBREADO COM VENTILAÇÃO NATURAL	1	432	432
HORTA COLETIVA	ESPAÇO PARA CULTIVO DE ALIMENTOS NATURAIS ORGÂNICOS	-	1	200	200
FARMÁCIA	LOCAL PARA GUARDA DE MEDICAMENTOS	-	1	7	7
ÁREA DE SERVIÇOS	AMBIENTE DE SERVIÇO PARA MANEJO DE PRODUTOS DE LIMPEZA	-	1	4	4
ÁREA EXTERNA DE CONVIVÊNCIA	ÁREA DE ESTAR PARA PACIENTE, ACOMPANHANTE E VISITANTE	CONFORTO TERMO-LUMÍNICO	1	50	50
ÁREA EXTERNA PARA EMBARQUE E DESEMBARQUE DE AMBULÂNCIA	ÁREA EXTERNA PARA COMPORTAR ENTRADA E SAÍDA DE VEÍCULOS DO CENTRO	-	1	20	20
ABRIGO EXTERNO DE RESÍDUOS COMUNS	ÁREA PARA ARMAZENAGEM DE RESÍDUOS SÓLIDOS	-	1	1,5	1,5
ABRIGO GLP	ESPAÇO PARA GUARDA E PROTEÇÃO DE GLP	-	1	1	1
SALA - CINEMA	AMBIENTE VOLTADO A REALIZAÇÃO DE SESSÕES AUDIOVISUAIS	CONFORTO ACÚSTICO E LUMÍNICO	1	40	40

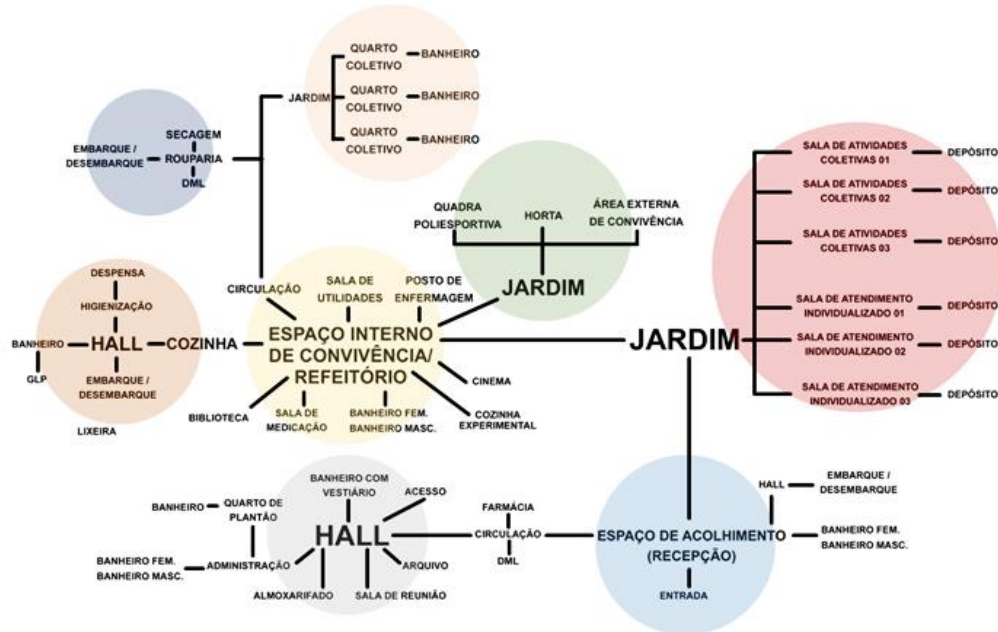
1390,36

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

4.3 Relações espaço-funcionais

Com o programa de necessidades desenvolvido, tende-se a analisar como esses ambientes irão dialogar entre si através de relações espaço-funcionais. Para tanto, elaborou-se um fluxograma de modo a estabelecer análises projetuais preliminares quanto a influência entre os respectivos ambientes.

Figura 18 – Estudo de Fluxos CAPS III



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Então, setorizou-se os ambientes em 9 Eixos Temáticos conforme as atividades que hão de ocorrer nos mesmos, como está representado na figura. Este tipo de setorização se faz pertinente ao permitir o agrupamento e a visualização, mesmo que ainda não em planta baixa, das conexões funcionais entre as áreas do edifício.

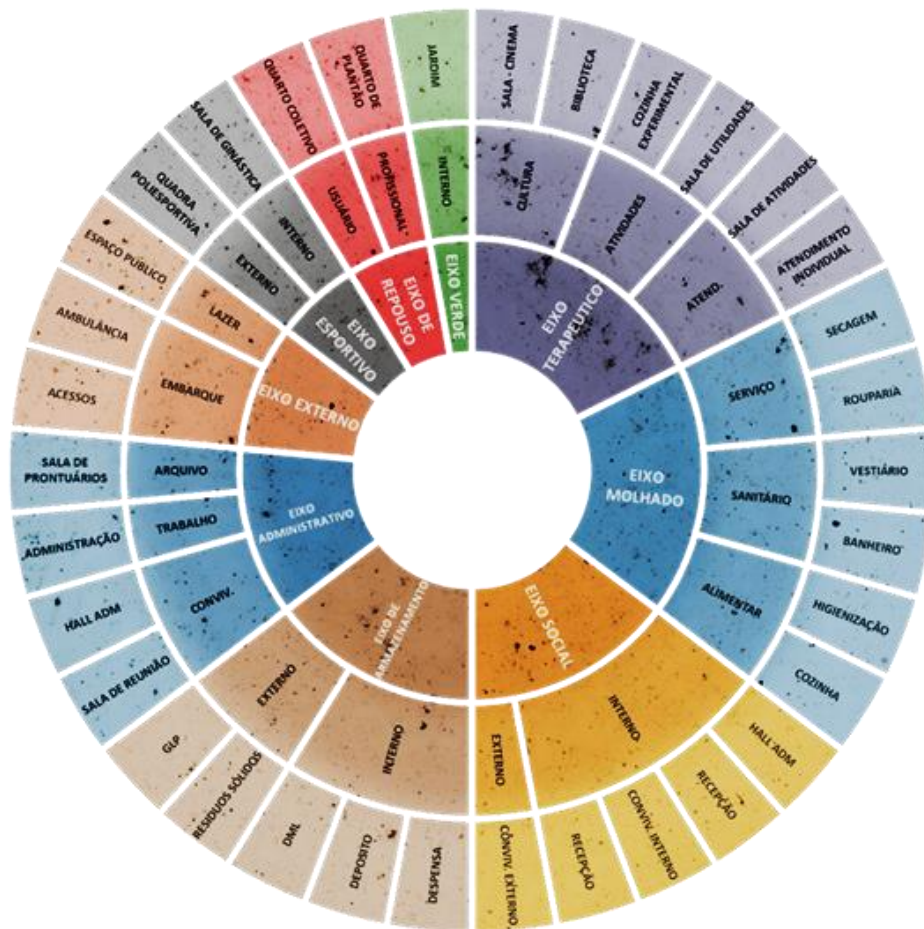
Iniciando pelo eixo terapêutico, o mesmo é responsável pelas atividades relacionadas a interface profissional de saúde-usuário, abarca ambientes para atendimentos individuais e para atividades coletivas, além de espaços de caráter terapêutico, como a biblioteca e a sala-cinema, surgidas na maioria das Tele-entrevistas realizadas, a partir da necessidade de um espaço para exposições de filmes, séries e documentários.

O eixo molhado já corresponde ao agrupamento de todas as áreas molhadas inerentes ao funcionamento da edificação, que vão desde os banheiros e vestiários, até a área de serviço em conjunto com a rouparia, exigida pelo Ministério da Saúde.

Também fazem parte desse eixo a área de preparação de alimentos assim como seu respectivo ambiente de higienização quando da recepção dos mesmos.

Correspondendo as áreas de socialização, voltadas ao encontro e a construção de conexões humanas, o eixo social divide-se em interno e externo, sendo o primeiro relacionado as áreas de acolhimento, recepção, e local de convivência interno e externo, representando o ambiente de convivência para reuniões e atividades ao ar-livre.

Figura 19 – Relação espaço-funcional do CAPS III



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

A correta armazenagem de insumos e resíduos, faz-se necessário, tornando o eixo de armazenamento o apoio central da edificação, onde divide-se entre externo e interno, abarcando áreas como os DMLs e depósitos genéricos.

O eixo administrativo corresponde a todas as áreas de cunho gerencial no CAPS, desde a sala de reunião, voltada para encontros internos entre profissionais, ou de profissionais com familiares de pacientes da edificação, até a sala de arquivo, responsável pela guarda dos prontuários médicos.

No que tange a área externa, a integração entre o Centro e a comunidade é passo fundamental para fortalecimento da rede de saúde mental, sendo assim, surge a iniciativa, a partir dos estudos de caso abordados, da implantação de um espaço público adjacente ao CAPS, de modo a formar esse ponto de encontro entre sociedade civil e o Centro.

Tendo em vista a importância de atividades físicas na construção de uma psique saudável, sugere-se a implantação de ambientes voltados a prática de esportes tanto no interior da edificação, quanto na parte externa, através de uma quadra poliesportiva que também poderia ser usada pela comunidade do entorno.

Além disso, no intuito de fornecer abrigo temporário aos usuários do edifício, o eixo de repouso agrupa tanto os quartos coletivos, voltados ao pernoite de pacientes, quanto o quarto de plantão, que é o ambiente de descanso dos profissionais envolvidos no cotidiano do Centro.

Por fim, o eixo verde é composto pelos jardins entremeados a toda a edificação, de modo a transformar espaços marginais de circulações que se conformariam apenas como locais de passagem. O objetivo é que os mesmos funcionem tanto como pontos de respiração natural e transparência, quanto como convites ao encontro e ao estar, se aliando ao eixo social.

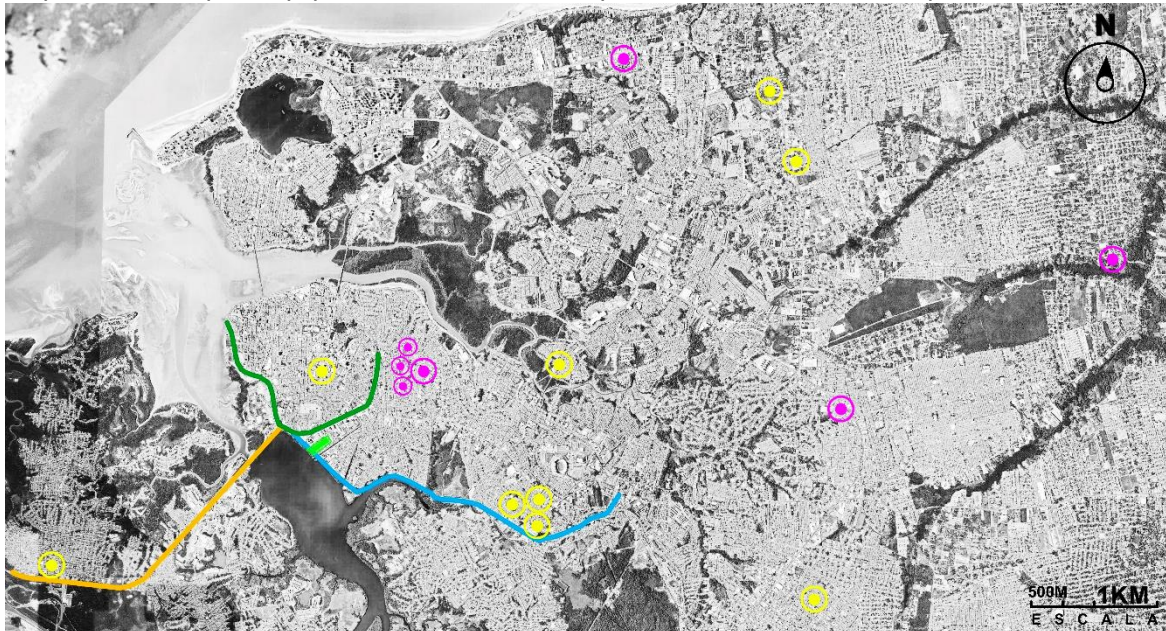
4.4 O terreno

A definição do escopo projetual a partir do programa de necessidades permitiu o dimensionamento de uma área útil base para implantação da edificação, tornando possível a busca por um terreno que atendesse aos critérios de escolha. Deste modo, analisa-se além do terreno em si, sua localização, integração com a rede de saúde mental da capital, acessos e as características do entorno.

LOCALIZAÇÃO

A partir do mapeamento realizado quando da formulação do projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), pode-se observar como se dá a dinâmica de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial e edificações pertencentes a rede de saúde mental na cidade de São Luís. Havendo um CAPS AD no Filipinho, um CAPSi no Turu, um CAPS II no Olho D'água, e duas unidades estaduais localizadas no Monte Castelo, um CAPS AD e um CAPS III.

Mapa 03 – Principais equipamentos da Rede de Apoio Psicossocial no município de São Luís, MA



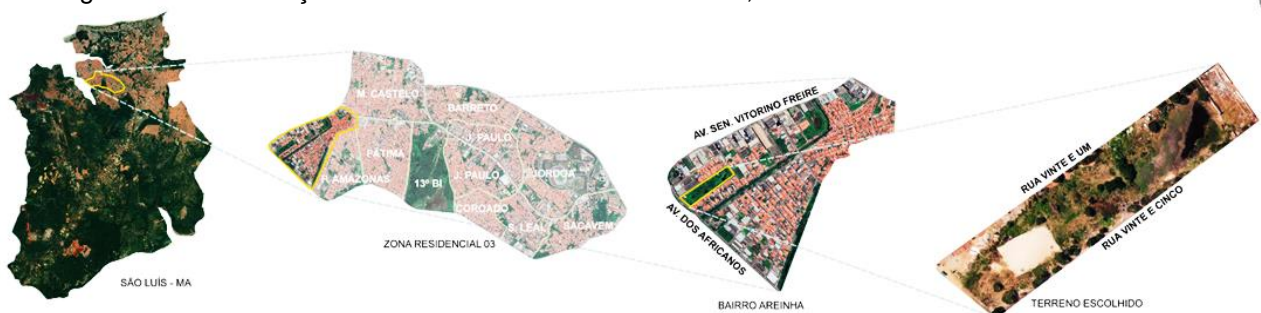
LEGENDA

- EQUIPAMENTOS MUNICIPAIS DE APOIO A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
- EQUIPAMENTOS ESTADUAIS DE APOIO A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
- ▭ TERRENO ESCOLHIDO PARA INTERVENÇÃO
- AVENIDA DOS AFRICANOS
- AVENIDA DOS PORTUGUESES
- AVENIDA SEN. VITORINO FREIRE

Fonte: Adaptado do Google Earth. 2020.

Com foco no acesso a condições adequadas de acesso e infraestrutura urbana, como telefonia, rede de água e esgoto, redes elétricas e oferta de transporte público, opta-se pela Zona Residencial 03 (ZR3), a qual caracteriza-se como malha urbana consolidada. Inserida na mesma está o bairro Areinha, composto por amplas áreas sem uso definido, em uma região escassa de equipamentos públicos, gerando pressão sobre os serviços de bairros vizinhos, como Madre Deus e Bairro de Fátima.

Figura 20 – Localização do terreno escolhido em São Luís, MA



Fonte: Adaptado do Google Earth. 2020.

Tendo-se elaborado o Programa de Necessidades e pré-dimensionamento da edificação em questão, é possível aferir que será necessária uma área de no mínimo 1500 m² de área construída, que comporte os 1318,5 m² de área útil.

CONDICIONANTES DE ESCOLHA

No intuito de preencher os requisitos supracitados, selecionou-se um terreno localizado no Bairro da Areinha, próximo ao Centro Histórico da cidade de São Luís, Maranhão. O lote, apesar de possuir resquícios da existência do que outrora foi um espaço público, configura-se como um vazio-urbano, uma ruptura de 2 hectares no tecido citadino, localizado as margens da Avenida dos Africanos, entre a Rua Vinte e Um e a Rua Vinte e Cinco, com fácil acesso pela população em geral em uma região extremamente consolidada.

Figura 21 – Mosaico de fotografias com fachadas do terreno escolhido em São Luís, MA



Fonte: Elaborado pelo autor. 2020.

O mesmo encontra-se sem uso definido, possuindo amplas regiões de lixo acumulado, nas quais durante o período de chuvas, há o acúmulo de água parada aumentando o risco de propagação de arboviroses. Estas condições impactam diretamente a vitalidade urbana nas ruas que margeiam o terreno, atrelada a baixa

oferta de iluminação pública, contribuindo para a sensação de insegurança. O terreno conta com 20.000 m², em formato trapezoidal, com seu prolongamento maior perpendicular à avenida, como é possível visualizar na imagem a seguir:

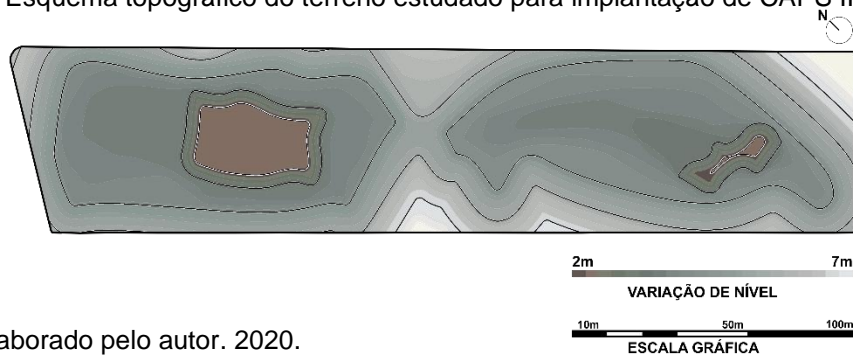
Figura 22 – Ilustração do terreno com suas dimensões



Fonte: Elaborado pelo autor. 2020.

Em relação as questões topográficas, a área inicia na cota de 7 metros em relação ao nível do mar, e conforme avança-se para o interior do terreno, desce mais 5 metros, atingindo a cota mínima em um espaço destinado a uma quadra poliesportiva atualmente deteriorada, próximo à avenida dos Africanos, e em um olho d'água na parte posterior.

Figura 23 – Esquema topográfico do terreno estudado para implantação de CAPS III



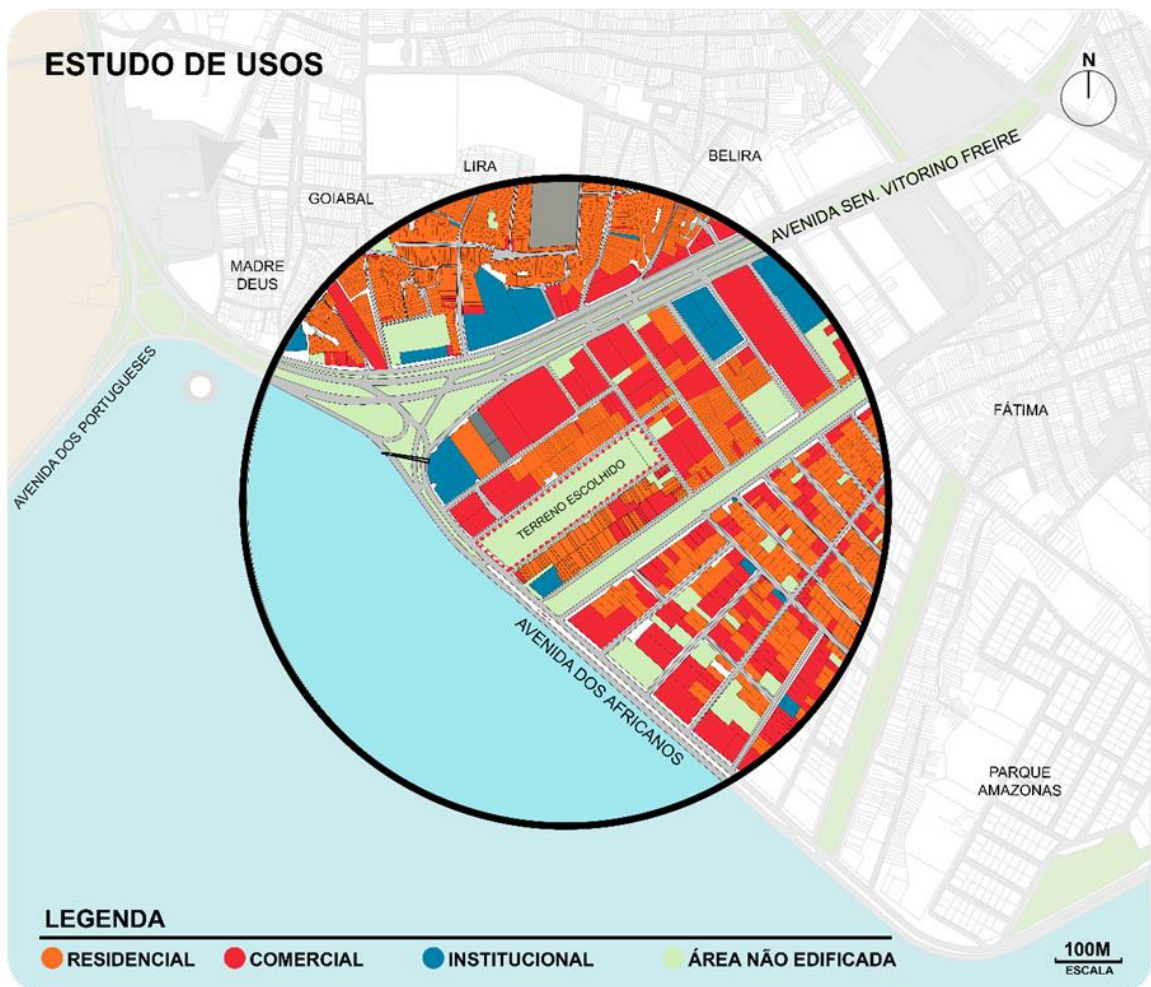
Fonte: Elaborado pelo autor. 2020.

O acesso principal do terreno se dá através da Avenida dos Africanos, sendo margeado por três vias locais de cunho residencial, pela rua vinte e um, rua vinte e cinco e rua trinta. A localização escolhida também se apresenta de forma estratégica ao se encontrar próxima a um importante eixo viário que conecta a Avenida dos Portugueses, a Avenida Senador Vitorino Freire e a Avenida dos Africanos, possibilitando maior facilidade de acesso pela comunidade em geral, não só do entorno, como de regiões próximas.

O ENTORNO

De modo a consolidar a escolha da área em questão para desenvolvimento da proposta, elaborou-se um estudo de usos do solo em um raio de 500 metros, o qual compreendeu os bairros Areinha, Lira, Goiabal e Madre Deus, onde observou-se um

Figura 24 – Mapa com configuração de usos do entorno do terreno escolhido



Fonte: Elaborado pelo autor. 2020.

uso diverso do solo, caracterizado por predominância de uso residencial, com lotes comerciais às margens das vias principais.

Em se tratando do gabarito neste mesmo entorno de 500 metros, observa-se a influência das avenidas no processo de densificação das edificações, mesmo que haja uma maior representação de edificações de um pavimento apenas, intercaladas com edificações de 2 pavimentos. Observa-se que os edifícios de 3 pavimentos ou mais são de uso comercial e institucional, com exceção do Condomínio Villages do Atlântico.

Figura 25 – Mapa com configuração de gabarito do entorno do terreno escolhido



Fonte: Elaborado pelo autor. 2020.

Tanto a configuração representada por uma área mais residencial em uma região com um tecido urbano em processo de consolidação, quanto a possibilidade de acesso a um terreno de amplas proporções com boa oferta de infraestrutura urbana, foram fundamentais ao determinar o local escolhido.

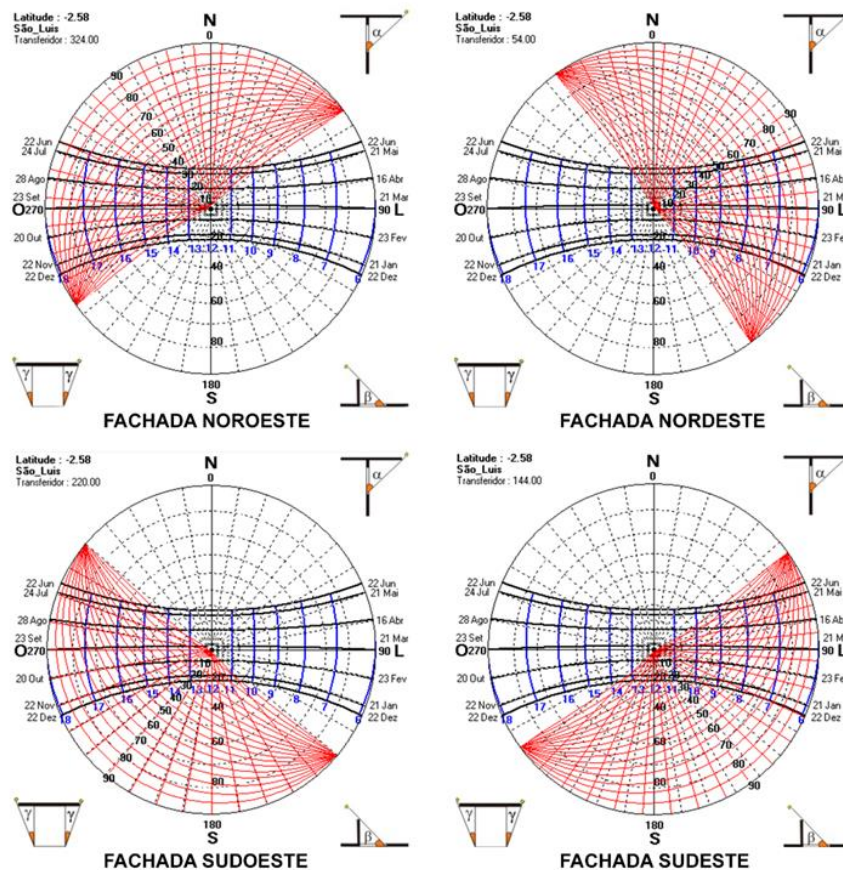
INSOLAÇÃO E VENTILAÇÃO

Para que se possa implantar uma arquitetura que vise se adequar aos aspectos bioclimáticos encontrados no norte do Maranhão, de modo a viabilizar decisões de projeto com foco no maior aproveitamento de iluminação solar e ventilação natural, atendendo ao exigido pela Cartilha de ambiência do Plano Nacional de Humanização, toma-se como base a NBR 15220, que aborda o desempenho térmico das edificações.

Localizadas na Zona Bioclimática 08, as arquiteturas implantadas na cidade de São Luís devem possuir grandes aberturas para ventilação e aberturas sombreadas, com paredes e coberturas levemente refletoras, com foco em ventilação cruzada permanente como estratégia de condicionamento térmico passivo.

Utilizando-se do software Sol-Ar (The Solar Tool), que fornece cartas solares com base em dados das capitais brasileiras, foi possível simular a incidência solar nas fachadas do terreno escolhido, de modo a observar os momentos críticos de incidência solar, onde será necessário o desenvolvimento de estratégias de condicionamento térmico.

Figura 26 – Estudo de insolação de fachadas do terreno escolhido



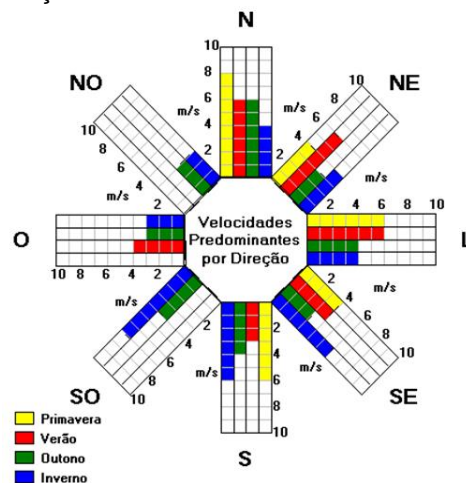
Fonte: Adaptado do Software Sol-Ar. 2020.

A incidência solar atinge todas as fachadas do terreno escolhido durante todo o ano, com variações em relação ao horário que tal incidência vem a ocorrer. Durante o verão, a fachada Noroeste recebe radiação solar direta, aproximadamente, a partir das 9 horas e 30 minutos, enquanto no inverno, a partir das 15 horas. Já a fachada nordeste permanece na sombra até às 13 horas nos meses de junho e julho, enquanto entre janeiro e dezembro, somente até as 11 horas e 30 minutos. Entre os meses de junho e maio, a fachada sudoeste recebe incidência solar a partir das 14 horas em 30 minutos, enquanto entre janeiro e dezembro isso se dá a partir das 10 horas e 30 minutos do dia. Já a face sudeste permanece sombreada até 9 horas durante o verão, enquanto isso ocorre até as 14 horas no inverno.

Tal estudo tem como objetivo embasar decisões projetuais, que visem melhor alocação de ambientes, de modo que áreas de permanência, onde a radiação solar não seja tão adequada, possam por exemplo, ser colocadas em áreas com baixa incidência solar durante o período mais seco do ano na ilha, entre maio e outubro. Percebe-se que a fachada noroeste da área em questão seria mais desfavorável, sendo submetida a radiação solar direta a partir das 9:30 horas.

Além disso, foi-se analisada a Rosa dos Ventos, de modo a assimilar qual seria a melhor fachada para se trabalhar a captação de ventilação ou estratégias ativas de condicionamento térmico, para tanto utilizou-se novamente da ferramenta Sol-Ar, atrelado à Rosa dos Ventos fornecida pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais – INPE. Na figura observa-se uma predominância de ventos vindos a partir do eixo norte-leste, com uma incidência maior à sudoeste quando no inverno.

Figura 27 – Estudo de ventilação de fachadas do terreno escolhido



Fonte: Adaptado do Software Sol-Ar. 2020.

ASPECTOS LEGAIS

Como base principal para o estudo preliminar de implantação de um CAPS III, utiliza-se o Plano Diretor de São Luís, MA, promulgado em 2006, atrelado ao Código de Obras do município, de 1976, em conjunto com a ABNT NBR-9050 e o Código de Segurança contra Incêndio e Pânico do Estado do Maranhão.

De acordo com o Zoneamento Urbano de São Luís, o bairro Areinha, onde o terreno escolhido está localizado, pertence a Zona Residencial 03, a qual possui Área Livre Mínima do Lote – ALML determinada em 50%, o que corresponderia a 10.000m², área suficiente para desenvolvimento da implantação, conforme quantitativo de áreas apontado no programa de necessidades para pré-dimensionamento. Além disso, por se tratar de um terreno em uma via de alto tráfego, o mesmo deve possuir afastamentos de 10 metros, gabarito máximo de 10 pavimentos e área total máxima da edificação de 350% do terreno.

O Código de Construções de São Luís, promulgado pela Resolução nº 13, de 06 de maio de 1975, trata da regulamentação de obras no município, sejam elas construções, reformas, ampliações ou demolição, de modo a atender os padrões de qualidade necessários a uma edificação com conforto, qualidade e higiene para com seus usuários. A dimensão mínima dos ambientes, que é abordada a partir do Art. 53º, estabelece parâmetros mínimos para desenvolvimento das atividades e salubridade nos mesmos. Abaixo reúne-se aqueles ambientes que podem se enquadrar no que é pretendido pelo Centro de Atenção Psicossocial.

Quadro 05 – Ambientes e áreas mínimas pertinentes ao CAPS III conforme código de obras

AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA (M ²)
REFEITÓRIO	1m ² - 40m ² de atendimentos
COZINHA	1m ² - 20m ² de atendimentos
LAVANDERIA	1m ² - 50m ² de atendimentos
DESPENSA	1m ² - 50m ² de atendimentos
VESTIÁRIO	1m ² - 50m ² de atendimentos

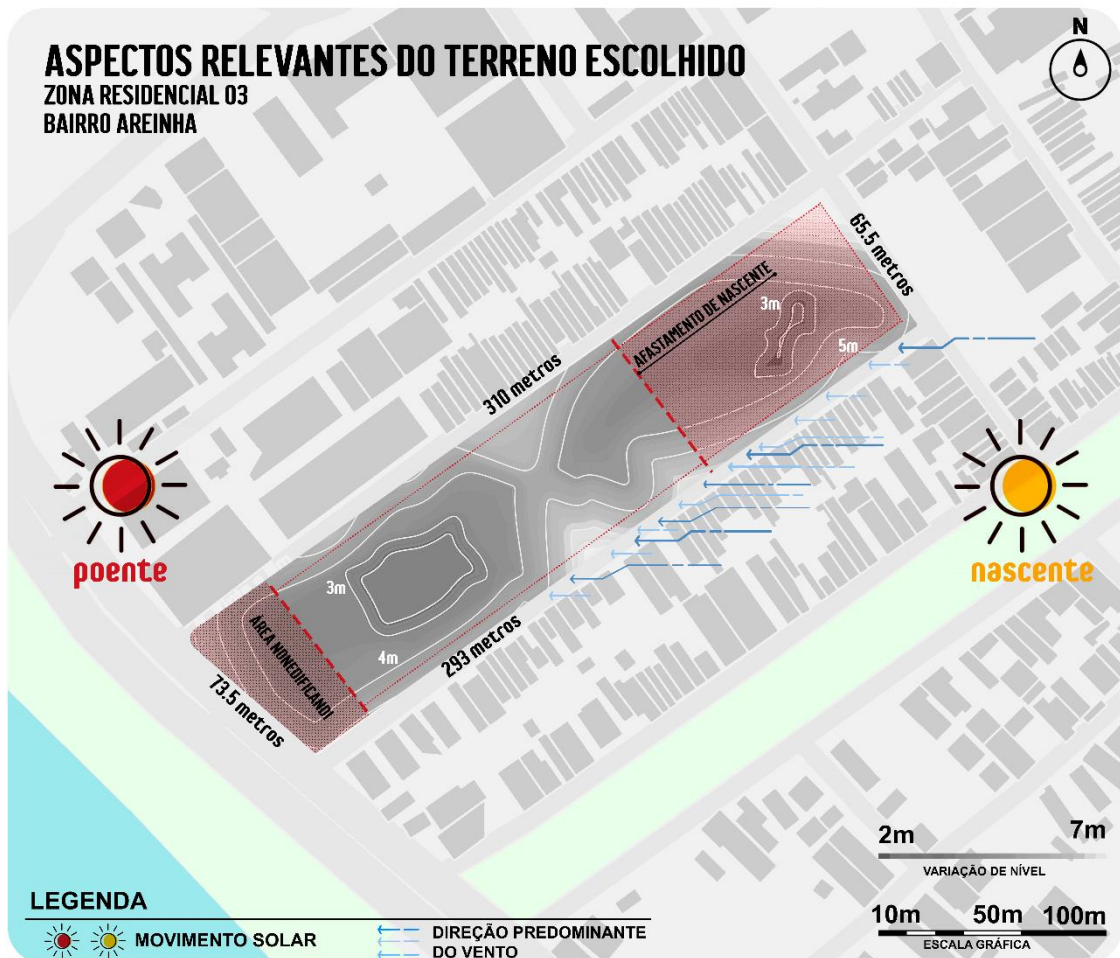
Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Objetivando o estabelecimento de critérios e diretrizes técnicas no que tange as condições de acessibilidade, a NBR-9050 (2015), auxilia a concepção projetual para que se possa atender aos requisitos necessários a obtenção de uma edificação acessível, permitindo a autonomia de pessoas com deficiência.

Os principais pontos observados focaram no que tange a circulação dos mesmos, possuindo como eixos norteadores os acessos, de modo que todas as entradas sejam acessíveis, com vagas de estacionamento para portadores de deficiência e idosos a uma distância máxima de 50m. Além disso a existência de pisos com revestimentos antiderrapantes e direcionais, atrelada a decisões projetuais que suavizem possíveis desníveis, e que os mesmos, quando existentes, não ultrapassem entre 5mm e 20mm sem uma rampa de 50%.

Em relação ao Código de Segurança contra incêndio e pânico, o CAPS se enquadra entre as edificações residenciais transitórias e coletivas, hospitalares e laboratoriais, as quais quando possuírem área construída superior à 750 m² e máximo de 2 pavimentos, devem ter Canalização Preventiva Contra Incêndio. Além disso, o código também prevê que o depósito de Gás Liquefeito de Petróleo- GLP, para locais de aglomeração pública, tais quais unidades de saúde, devem possuir 50 metros de afastamento de outras edificações.

Figura 28 – Esquema em perspectiva com ALML e aspectos relevantes do terreno



Fonte: Elaborado pelo autor. 2020.

4.5 Memorial justificativo

Este capítulo é voltado a síntese de tudo que foi desenvolvido na concepção do estudo preliminar, com a representação das decisões projetuais realizadas e suas justificativas. Possui informações sobre os materiais sugeridos, aspectos urbanísticos e diretrizes espaço-funcionais, além de demais informações inerentes ao entendimento da proposta desenvolvida. Vale ressaltar novamente as questões as quais o CAPS III se destina, como forma de recapitulação.

O CAPS Dente-de-Leão, localizado na Zona Residencial 03, no bairro da Areinha, margeando a Avenida dos Africanos, é proposto como instrumento integrante da Rede de Atenção Psicossocial do Maranhão, tendo funcionamento previsto para todos os dias da semana, incluindo feriados, 24h. Com foco no atendimento de 40 pacientes por turno, que caso necessitem de atendimento prolongado, terão acesso a 8 vagas em quartos coletivos para estadia noturna.

A edificação, através da Cartilha de Ambiência da Polícia Nacional de Humanização (PNH), busca conceber ambientes que auxiliem no processo terapêutico, e possibilitem atividades de lazer e bem-estar, oficinas, reuniões e encontros que estimulem a comunidade em geral a participar do cotidiano do centro.

Como resultado, obteve-se uma edificação com 3200,00m², entre uma área destinada a implantação de um espaço público e um bosque de 10000,00m².

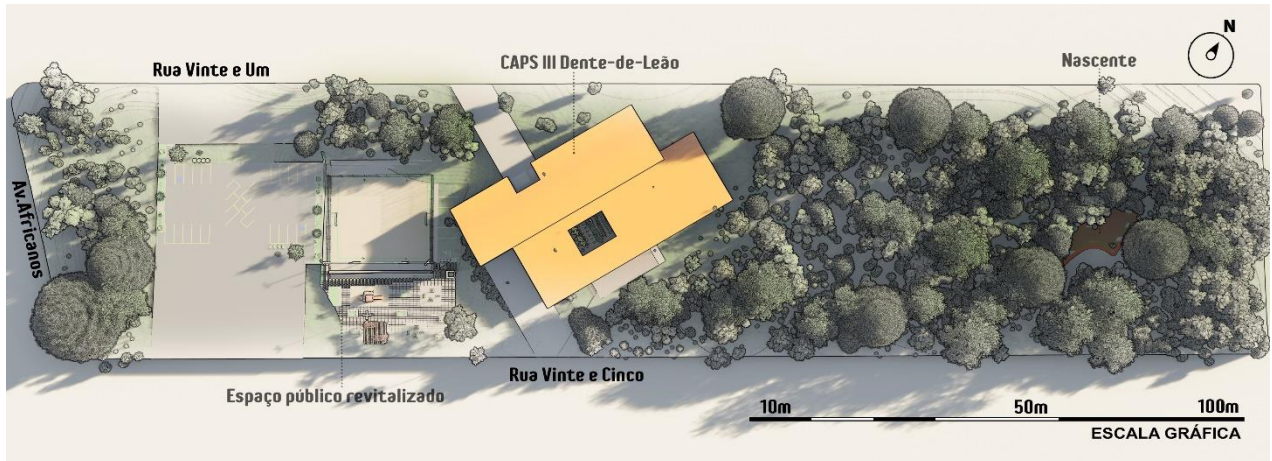
IMPLANTAÇÃO

Com um terreno de amplas proporções e baixa declividade, optou-se por implantar o CAPS em uma localidade central da área escolhida, de modo que o mesmo funcionasse como ponte entre aqueles que o visitassem vindos da comunidade, e aqueles que utilizavam tanto o centro, quanto o espaço público a sua frente.

O acesso principal fica por conta da Avenida dos Africanos, corredor consolidado na malha urbana ludosviscense, tornando possível o acesso da comunidade pela Rua Vinte e Cinco, e um acesso de serviço através da Rua Vinte e Um, ambas perpendiculares a Avenida.

Localizar os espaços de convivência em um ponto central da edificação, para fomentar os encontros dentro da instituição, além de utilizar esses mesmos espaços para captação passiva de ventilação natural foram determinantes na posição na qual é sugerida a implantação do edifício.

Figura 29 – Representação gráfica com implantação do CAPS



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

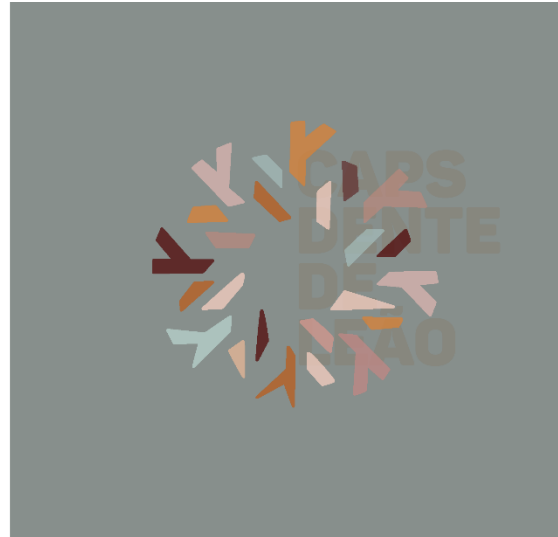
DEFINIÇÃO DE CONCEITO E PARTIDO ARQUITETÔNICO

A concepção arquitetônica funciona como uma transcrição, um esforço conjunto de interpretação de linguagens entre o imaterial e o material, como afirma o arquiteto Juhani Pallasmaa em entrevista (Louisiana Channel, 2018), agindo como um processo de mediação entre o mundo e nossas mentes, de modo que a boa arquitetura possa compartilhar coisas sobre o mundo.

Logo, partir de uma definição que norteia-se o estudo proposto, no intuito de compartilhar um pouco das vivências dos portadores de transtorno mental, conduz ao termo “esperança”, nome comumente ligado a semente de dente-de-leão, que com suas múltiplas cerdas, voa leve com o soprar do vento. Características imateriais inerentes à uma edificação que poderia focar na melhora de saúde do indivíduo, como observamos no hospital norueguês citado anteriormente.

Pretende-se através deste conceito, buscar arquitetonicamente decisões projetuais que independente da quantidade de elos formados pelas relações espaço-funcionais, permita uma estrutura formal bem definida, com um fluxo coeso focado na transversalidade, para que haja o fomento a autonomia dos usuários da edificação.

Figura 30 – Logo sugerida para o CAPS Dente-de-leão



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

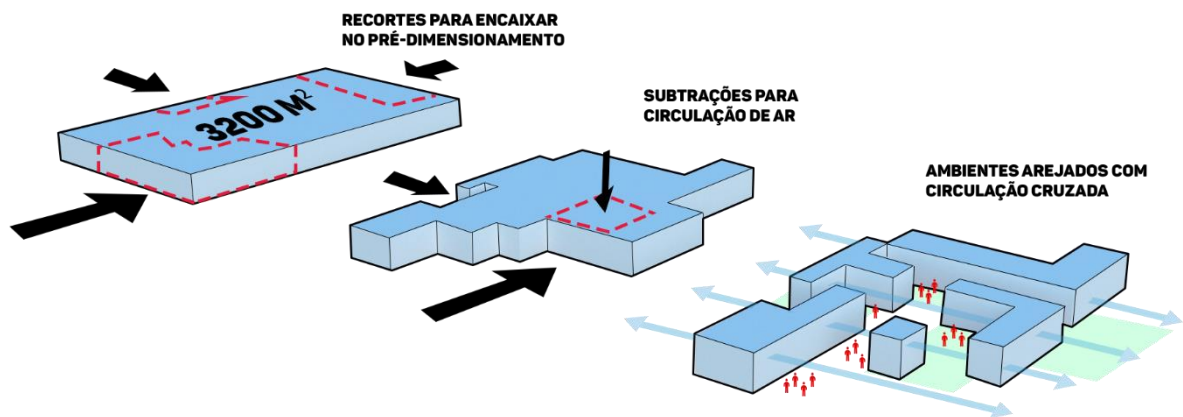
O dente-de-leão apresenta-se como característica-chave do estudo preliminar, ao refletir as soluções projetuais adotadas, voltadas a interconexão das diferentes esferas de convívio dentro do CAPS, atrelado ao contato com a natureza em uma edificação transparente aos transeuntes, que se integre ao tecido urbano e propicie o fortalecimento da rede de saúde mental da comunidade.

ESTUDOS VOLUMÉTRICOS

Durante o desenvolvimento projetual, outro ponto observado foi o nível de compacidade da edificação (MASCARÓ, 2005), onde após a definição do pré-dimensionamento espaço-funcional, buscou-se em um volume de 3200 m², compor uma volumetria que dialogasse com o objetivo pretendido.

Para tanto, pensou-se em recortes frontais que auxiliassem em uma captação passiva do vento, atrelado a subtração de volumes na parte posterior da edificação que permitissem a proteção de fachadas, que poderiam ser destinadas a comportar ambientes de maior permanência, como locais de repouso.

Figura 31 – Planta esquemática de fluxos



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

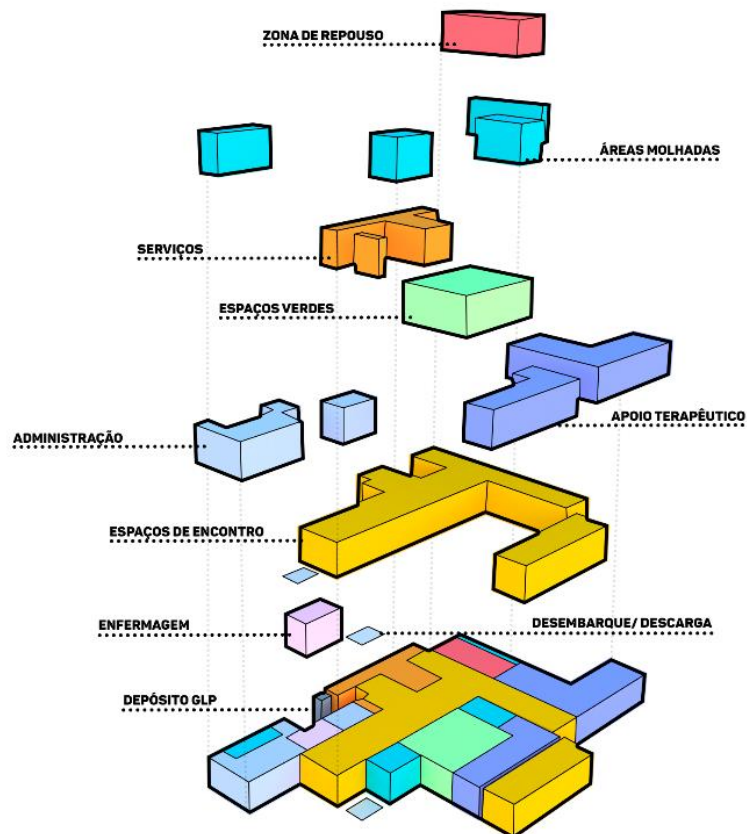
Além disso, optou-se por recortes centrais que viabilizassem levar corpos de vegetação para dentro do edifício, de modo que fosse possível a criação de uma arquitetura respirável, reforçando aspectos ligados ao impacto de espaços verdes, abordados em capítulos anteriores deste trabalho.

Por fim, o resultado obtido é a busca por uma ventilação cruzada, que permeia toda a edificação, reduzindo a necessidade de estratégias ativas de adequação bioclimática e otimizando os níveis de higiene da arquitetura planejada, com espaços de encontro compondo todo o espaço de circulação disponível.

ZONEAMENTO E USOS

Tendo-se como base os estudos de caso, as análises realizadas no início do capítulo 4 e o conceito adotado, partiu-se para o desenvolvimento de um zoneamento que permite-se a correta alocação dos setores do centro, para tanto, pautou-se principalmente no que foi desenvolvido no tópico 4.3 – Relações espaço funcionais. Utilizou-se então de um sistema de redes, que ocorreu através da conexão espaço-funcional dos diferentes usos encontrados no CAPS, tal rede tornou possível visualizar espacialmente a influência individual de cada uso sobre o outro, e seus impactos quanto a oferta de luz e ventilação natural, quando de sua aglutinação.

Figura 32 – Setorização em esquema volumétrico



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Seguindo o conceito pretendido, a zona com as áreas de convivência precisariam se encontrar na parte central da edificação, permitindo esse fluxo interno-externo e fomentando o contato-social em espaços bem arejados. O mesmo valeu para as áreas verdes, que ajudariam a compor e integrar essas áreas de convivência.

O estudo bioclimático foi extrema relevância nessa etapa, pois direcionou a locação de setores de serviço para áreas menos favorecidas pelo movimento solar, enquanto espaços de maior permanência foram priorizados para a lateral do terreno com fachadas mais propensas à uma oferta de iluminação mais favorável atrelada a captação passiva do vento para dentro da edificação.

Figura 33 – Zoneamento espaço-funcional



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Espaços voltados à administração do edifício foram alocados perto do acesso principal, de modo que a interrelação entre usuários e profissionais se dê de forma preliminar, e em caso de pacientes que necessitam apenas de acompanhamento.

No entanto, após estudos mais aprofundados, percebeu-se que a disposição em fileira da zona de apoio terapêutico seria um impeditivo a oferta adequada de ventilação natural, culminando na modificação de sua alocação para uma disposição que se desacoplasse do corpo principal do edifício.

Também observou-se a necessidade de aproximar a área de enfermagem com a área de farmácia, no intuito de manter um fluxo mais conciso, além de abrir a sala de reuniões para os usuários do CAPS, com foco no conceito de transparência. Logo, repensou-se o zoneamento pretendido inicialmente, de modo a corrigir as incoerências observadas e melhor atender o objetivo proposto.

Para viabilizar o aproveitamento máximo dos ambientes concebidos, realizou-se um estudo de layout focado na clareza de fluxos e na economia de espaços, onde ambientes mais versáteis possuem flexibilidade funcional, enquanto os de uso pré-definido possam comportar adequadamente a função a qual se destinam.

Figura 34 – Planta com Layout sugerido



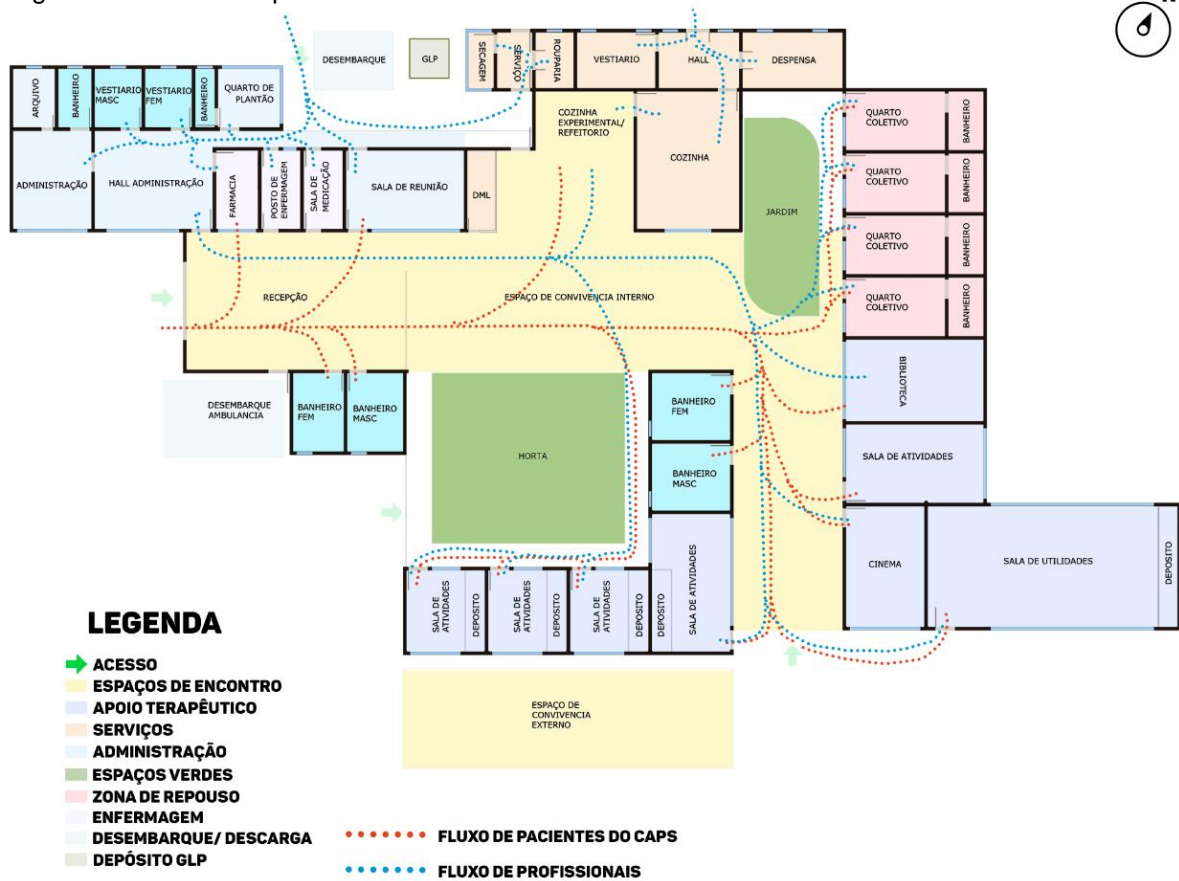
Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

DINÂMICA DE FLUXOS

Quando Castells (1999) aborda o fluxo de uma edificação como uma sequência de nós, vez-se a pertinência de um olhar específico para esse fator pertencente a arquitetura que compõe de modo invisível o projetar.

Tendo-se em vista tal aspecto, pensou-se o fluxo da edificação de modo a não cruzar o percurso preliminar dos profissionais que chegam a edificação para cuidar, médicos, enfermeiros, psicólogos e demais profissionais, com o percurso realizado pelos pacientes do centro de atenção psicossocial. Para que esse encontro se dê no ponto em que possuirá mais efeito, as áreas de convivência e circulação coletiva.

Figura 35 – Planta esquemática de fluxos



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

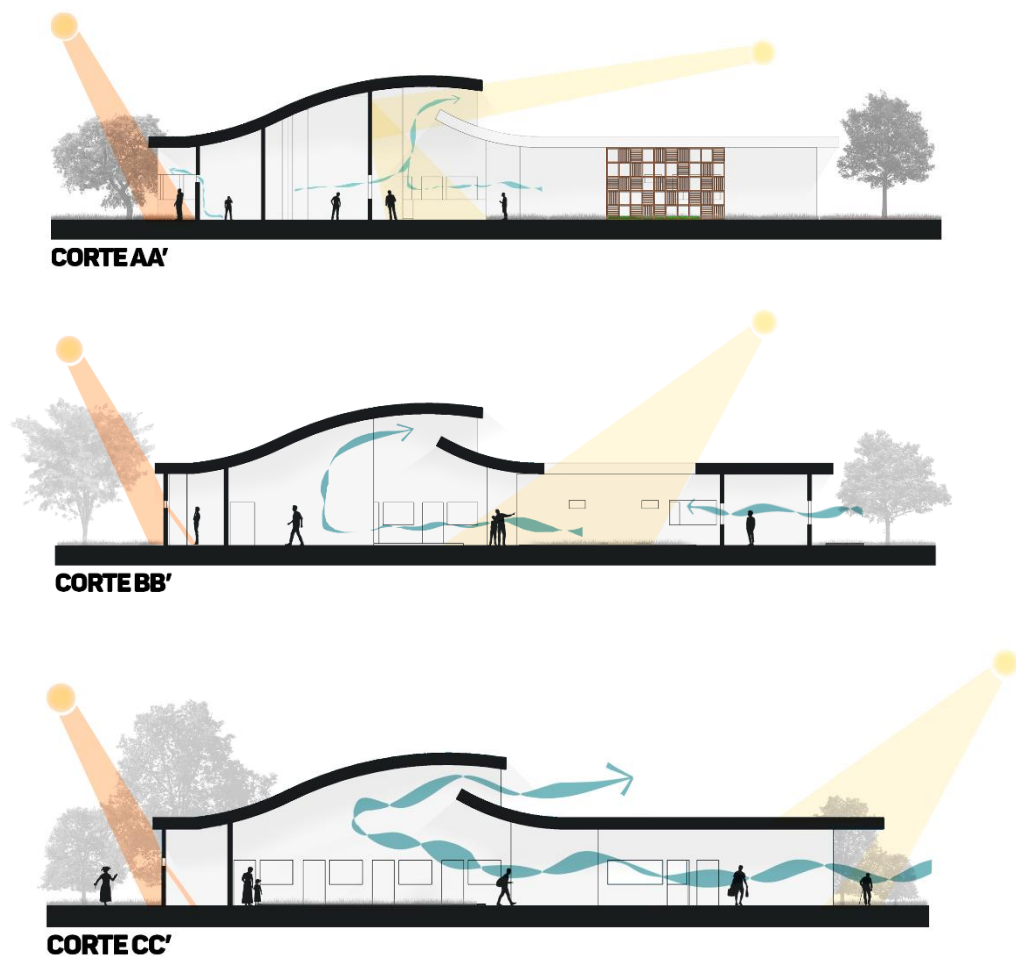
O mesmo se dá para com o fluxo de serviços das áreas com materiais que apresentam risco aos usuários do CAPS, como a região da cozinha e seus comodos afins, e o local destinado a lavanderia, que coexiste com a presença de produtos químicos voltados a limpeza e desinfecção.

Busca-se o planejamento de percursos, que por mais que se apresentem de forma orgânica com o uso da edificação, estejam previamente setorizados, evitando incoerências quando do conflito através do contato entre usos incompatíveis.

RELAÇÕES BIOCLIMÁTICAS

Devido sua posição próxima a linha do equador, São Luís possui alta incidência solar, característica que define parte das decisões projetuais, de modo a oferecer a melhor cobertura e abrigo, sendo necessária a concepção de uma arquitetura voltada a lidar com a presença de fortes ondas de calor. Apesar disso, por se encontrar em região costeira, os ventos proporcionados pelo movimento das marés apresenta-se como forte aliado, viabilizando uma melhor captação passiva de ventilação natural.

Figura 36 – Cortes esquemáticos com projeção de incidência solar



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

De modo a melhor balancear ambos fatores, a proposta de arquitetura surgida no estudo preliminar tem como razão o movimento dos ventos e a eficiência de estruturas exaustoras, empregadas na arquitetura de coberturas, através de estruturas metálicas com treliças espaciais.

Observa-se nos cortes esquemáticos uma exemplificação do processo de funcionamento de tal cobertura, onde a captação passiva da ventilação percorre toda a edificação, para então se dissipar na abertura superior.

A cobertura sugerida vem permitir a construção de uma edificação com pé-direito elevado, o que também contribui positivamente para o conforto bioclimático. Além disso, opta-se pelo prolongamento da área de projeção de sombra, possibilitando a proteção das esquadrias que dão para as laterais externas da edificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao decorrer de todo processo de desenvolvimento do escopo pretendido, a presença de situações atreladas a temática abordada e a questão da pandemia do Sars-Cov-2 (COVID-19), trouxeram situações intrínsecas a este trabalho.

Nota-se que apesar de terem-se passado quase quatro décadas após o início da reforma psiquiátrica, o movimento de desinstitucionalização ainda tem um longo caminho pela frente, visto que ainda é insuficiente a quantidade de centros de atenção psicossocial em pleno funcionamento em São Luís, e é escassa a produção de material teórico que aborde a interseção entre arquitetura, saúde mental e psicologia.

Logo, o referencial desenvolvido é o encontro entre publicações pertencentes a área da psicologia e da arquitetura hospitalar, com resultado satisfatório, no que tange a possibilitar o entendimento a respeito do ato de projetar para pessoas portadoras de transtorno mental.

A evolução da metodologia empregada tanto no tratamento, quanto na tipologia arquitetônica desenvolvida, voltada aos portadores de sofrimento psíquico é evidente, ressalta-se a substituição de termos como clausura e segregação, por liberdade do sujeito e rede de apoio a saúde mental.

As ferramentas utilizadas para desenvolvimento deste trabalho também foram de extrema relevância, a utilização de *softwares* como o Revit e o AutoCAD da Autodesk, além da utilização da plataforma QGIS, contribuíram diretamente para um bom resultado na elaboração de mapas e matrizes, durante a análise projetual.

Devido a presença do COVID-19, tornou-se inviável a realização de visitas de campo aos centros de atenção psicossocial existentes em São Luís, tanto por uma medida de segurança sanitária das instituições de saúde, como também pela segurança dos pacientes. O que levou o pesquisador a desenvolver estratégias análogas as pretendidas inicialmente, como a realização de tele-entrevistas.

A pandemia também resultou em um processo de orientação 100% online, através da plataforma Microsoft Teams, disponibilizada pela própria Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), para segurança dos envolvidos.

Apesar das questões supracitadas, a concepção de um estudo preliminar para proposta humanizada de centro de atenção psicossocial contemplou os objetivos expostos inicialmente, logo, espera-se que o trabalho desenvolvido possa servir de base referencial para estudos futuros que abordem arquitetura e saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (org.) **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANNAES BRASILIENSES DE MEDICINA, n.5, 1856, p. 98 – 104.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração, 2013.

ARCHDAILY. Kronstad Psychiatric Hospital / Origo Arkitektgruppe. Disponível em: <<https://www.archdaily.com/451158/kronstad-origo-arkitektgruppe>> Acesso em 20 set 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050 Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. 2015. Rio de Janeiro, 2015.

BASAGLIA, Franco (org.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BERTOLETTI, Roberta. **Uma contribuição da arquitetura para a reforma psiquiátrica**: Estudo no residencial terapêutico Morada São Pedro em Porto Alegre. 2011. 212 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BICHO de Sete Cabeças. Direção de Laís Bodanzky. Roteiro: Luiz Bolognese. 2000. 1 DVD

BIRMAN, J. & COSTA, J. F. **Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária**. In. AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

BRAGA, J. C. de S. PAULA, S. G. de. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>acesso em: 08 mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidade de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <www.saude.gov.br/mental>. Acesso em: 22 ago 2020.

_____. **COLEÇÃO DE LEIS E DO IMPÉRIO DO BRASIL 31/12/1841 – VOL. 001, 1841, p.36.**

_____. Ministério da Saúde. SOMASUS. **Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/economia-da-saude/alocacao-derecursos/somasus>>. Acesso em: 22 ago 2020.

CAPLAN, G. **Princípios da psiquiatria preventiva.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARRARA, S. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século.** Rio de Janeiro: Ed. USP, 1998.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Graal, 1978

CENTRO CULTURAL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nise da Silveira: Vida e obra.** 2014. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/nisedasilveira/mandalas.php>>. Acesso em: 15 out. 2020.

CORDEIRO, Suzan. **Algumas articulações teóricas sobre o espaço arquitetônico com a teoria ecológica do desenvolvimento.** Disponível em: <<https://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/11.130/3781> > Acesso em: 13 set. 2020.

CUNHA, Luiz Cláudio. **A cor no ambiente hospitalar.** In: CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH, 1., 2004, Salvador. Anais... . Salvador: Iv Seminário de Engenharia Clínica, 2004. p. 58 - 61.

DELGADO, P. **Projeto de Lei nº 3.657/89**. Brasília: Câmara dos deputados, 1989.

DEMARTINI, Juliana. **Um olhar arquitetônico sobre os centros de atenção psicossocial infantil: o caso do caps de cuiabá**. 2007. 140 f. Dissertação (mestrado em arquitetura e urbanismo) - universidade federal de santa catarina, florianópolis, 2007.

FERNANDES, A. **Projeto antimanicomial: um ensaio sobre a saúde mental no cotidiano da vida**. Universidade de são paulo. São paulo. 2007.

FONTES, Maria Paula Zambrano. **Imagens da arquitetura da saúde mental: um estudo sobre requalificação dos espaços da casa do sol, instituto municipal de assistência à saúde nise da silveira**. 2003. 219 f. Dissertação (mestrado em arquitetura). Faculdade de arquitetura e urbanismo, universidade federal do rio de janeiro, rio de janeiro, 2003.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São paulo: perspectiva, 2004.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1978. Tradução de Raquel Ramalhete.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é loucura**. São paulo: brasiliense, 2002.

GAPPEL, Milicent. **Psychoneuroimmunology**. In: symposium on healthcare design, 4, boston, 1991. Innovations in health design: selected presentations from the first five symposia on health design. New york: sara o. Marberry, 1995.

GRESSEL, Steve; HILANDS, Kelly. **New Hospital Designs Focus on Reducing Cost, Improving Health and Flexibility**. 2008. Disponível em: <<http://www.facilitiesnet.com/healthcarefacilities/article/New-Hospital-Designs-Focus-on-Reducing-Cost-Improving-Health-and-Flexibility-Facilities-Management-Health-Care-Facilities-Feature--9680>>. Acesso em: 24 set 2020.

GRESSLER, Sandra Christina. GUNTHER, Isolda de Araújo. **Ambientes restauradores: definição, histórico, abordagens e pesquisas**. Estud. psicol. (Natal) [online]. 2013, vol.18, n.3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2013000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 set 2020.

HAWRYLUCK, Laura et al. **Sars control and psychological effects of quarantine, toronto, canada**. 2004. University of toronto, toronto, ontario, canada, 2004.

HOBBSAWN, eric. **A era das revoluções: europa 1789-1848**. Rio de janeiro: paz e terra, 1977.

KAHN IN RONNER, Louis I. **Louis I. Kahn: Complete Works, 1935-74**. Groningen, NL: Institute for the History and Theory of Architecture, 1977.

LOPES, Cunha Id. **Breve notícia sobre as atividades sociais do Instituto de Psiquiatria**. Cultura Médica 1946

MACHADO, Roberto. **Aos loucos, o hospício**. In: machado, roberto et al. *Danação da norma. A medicina social e constituição da psiquiatria no brasil*. Rio de janeiro: graal, 1978, p. 423-443.

MARQUES-DEAK, Andrea and STERNBERG, Esther. **Psiconeuroimunologia: a relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico**. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2004, vol.26, n.3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462004000300002&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 24 jun. 2020.

MARTINS, Patricia. **Realidade e arquitetura contemporânea**. Campinas: Oculum ensaios, 2011, p. 64-73.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria/gm nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos centros de atenção psicossocial. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>acesso em: 08 mai. 2020.

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: CEDAS, 1992.

MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL (MNLA). **Relatório Final do V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial – Luta Antimanicomial 2001: Como estamos? O que queremos? Para onde Vamos?** Rio de Janeiro: Miguel Pereira; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ambiência**. Brasília: Editora MS, 2010. 34 slides, color.

_____. **Cadernos HumanizaSUS: Saúde Mental.** Brasília: Editora MS, 2015. 5 v.

_____. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento.** Brasília: Editora MS, 2013.

NISE - O coração da loucura. Direção de Roberto Berliner. Roteiro: Flavia Castro. [s.l]: Tv Zero, 2015. Son., color.

NORBERG-SCHULZ, Christian. **Existence, space & architecture.** New York: Praeger, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental health: a state of well-being.** 2014. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/> acesso em: 14 mai. 2020.

PADOVANI, Nathali Martins. **Manual prático de arquitetura e urbanismo para centros de atenção psicossocial.** Brasília: df, 2013.

PALLASMAA, j. **Os olhos da pele: a arquitetura e os sentidos.** Porto alegre: bookman, 2011.

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios.** São Paulo: Ed. 34, 1996.

PIÑON, Hélio. **Teoria del projecto.** Catalunya: Univ. Politèc. de Catalunya, 2006.

REA, Mark Stanley. **The IESNA Lighting handbook: reference and application.** New York: Illuminating Engineering Society of North America, 2000.

REIS-ALVES, Luiz Augusto dos. **O que é o pátio interno?.** 2005. Disponível em: <<https://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/06.064/425> > Acesso em: 14 set 2020.

RESENDE, Heitor. **Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica.** In: TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson (Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SÃO LUÍS. Câmara Municipal. **Código de segurança e prevenção contra incêndio e pânico do Estado do Maranhão.** São Luís, MA, 29 dez. 1995.

_____. Câmara Municipal. **Lei-Delegada nº 033, de 11 de maio de 1976.** Dispõe sobre o Código de Obras de São Luís. São Luís, 1976.

_____. Câmara Municipal. Lei Complementar nº 4.669, de 11 de outubro de 2006. Dispõe sobre o Plano Diretor de São Luís e dá outras providências. São Luís, 2006.

SHEVLIN, mark et al. **Covid-19-related anxiety predicts somatic symptoms in the uk population**. 2020. British psychological society. British journal of health psychology. Uk, 2020.

SILVA, Antônio Carlos Pacheco e. **O Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo: Histórico, Instalação, Organização, Funcionamento**. São Paulo: 1935.

SILVA, Leonora Cristina da. **Diretrizes para a arquitetura hospitalar pós- reforma psiquiátrica sob o olhar da psicologia ambiental**. 2008. Dissertação (mestrado em arquitetura e urbanismo. Programa de pós-graduação em arquitetura e urbanismo, universidade federal de santa catarina, florianópolis, 2008.

TAVOLARO, Douglas. **A casa do delírio: reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha**. 2ª. Ed. São Paulo: SENAC, 2002.

THOMAZONI, Andrea D'Angelo Leitner. **A definição do partido arquitetônico pautado nos estudos dos fluxos frente à modernização de hospitais complexos**. 2016. Tese (Doutorado em Tecnologia da Arquitetura) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. doi:10.11606/T.16.2017.tde-16122016-164558. Disponível em: < www.teses.usp.br> Acesso em: 20 out. 2020.

VASCONCELOS, Renata Thaís Bom. **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior**. Dissertação (mestrado em arquitetura e urbanismo) - universidade federal de santa catarina, florianópolis, 2008.

VIANNA, A. **Os limites da menoridade: responsabilidade, tutela e família em julgamento**. Tese (Doutorado em Antropologia Social) Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTAS REALIZADAS COM PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE COM VIVÊNCIAS EM CAPS DO MARANHÃO

Entrevista Bianca Gomes da Silva

19/08/2020

Início: 9h30

Término: 10h20

CAPS II de Coroatá, MA

A entrevistada trabalhou como psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial II de Coroatá entre 2018 e 2020, atendendo pacientes de Coroatá, Peritoró, Lima Campos, Timbiras, e Vargem Grande.

O serviço oferecido, ao contrário do que consta na norma, possui atendimento ambulatorial como atividade extra, atendendo em média 10 pacientes no turno da Manhã e 27 pacientes no turno da Tarde, por profissional.

Por ausência de veículo próprio, as atividades extra-muro, em parceria com outros órgãos públicos e de caráter comunitário, encontram-se prejudicadas, gerando impacto inclusive na difícil missão de levar a vivência familiar para o CAPS e vice-versa.

Apesar de se encontrar nas dependências de um antigo hospital, com grande parte de sua estrutura deteriorada, o Centro conta com equipe completa e desenvolvimento de oficinas que duram o dia todo para seus usuários, realizadas na sala de oficinas, na cozinha ou na academia pública próxima do edifício.

Os usuários do CAPS II de Coroatá caracterizam-se em sua maioria por serem portadores de Esquizofrenia ou Transtornos de Ansiedade, permanecendo mais tempo do que o costumeiro 01 ano de tratamento, por possuírem lares desestruturados que contribuem para recaídas e agravamento de transtornos mentais.

Mesmo voltado a atender a comunidade, o CAPS ainda sofre com o estigma de ser um local negativo, fora da ordem social, impactando pacientes e profissionais que trabalham no local.

Por utilizar apenas uma parte da edificação na qual está inserido, o Centro é palco para algumas situações fora do ideal, como profissionais trabalhando nos corredores, local inadequado para refeições, mistura indesejada de fluxos de pessoas e recursos e compartilhamento de ambientes para atividades incompatíveis.



AUTOR: RAFAEL BARBOSA

Entrevista Grayce Kelly Ferreira

26/09/2020

Início: 15h30

Término: 17h20

Centro de Atenção Psicossocial II, São Luís, MA

A entrevistada trabalhou no CAPS II do Olho D'água em regime de estágio no segundo semestre de 2017, no turno matutino, contribuindo no cuidado terapêutico no que tange ao acompanhamento psicológico.

A mesma relatou que o centro possuía equipe multidisciplinar, contando com enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas e auxiliares, que desenvolviam atividades diversas, sendo parte delas caracterizadas por idas a praia, por conta da proximidade.

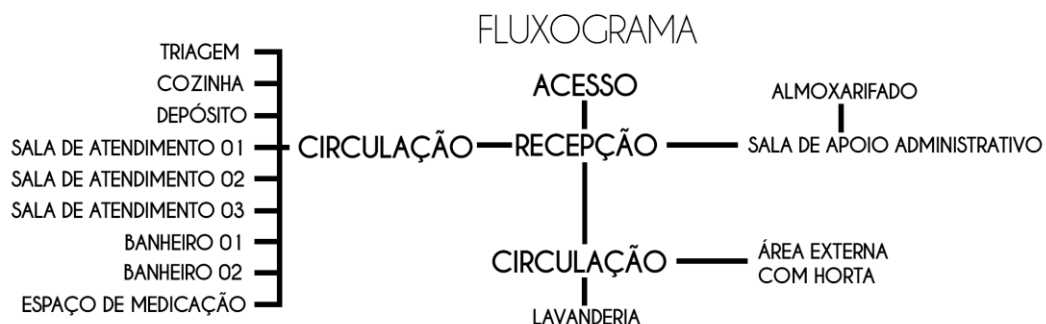
Foi pontuado também a realização regular de eventos, quando de datas comemorativas, como feriados e aniversários de profissionais e pacientes, tais mobilizações se conformavam também como parte do eixo terapêutico.

No que tange a edificação, a entrevistada relata que durante o seu período de estadia, a edificação carecia de manutenção, mas encontrava-se em estado regular, entretanto, sua adaptação de casa para Centro de Atenção Psicossocial não ocorreu adequadamente.

Houve apenas uma readequação de usos nos cômodos pré-existentes na residência, os três quartos viraram consultórios, a sala de estar se converteu em uma recepção, e a quantidade de banheiros se mostrou insuficiente para uma instituição de uso público.

Apesar de possuir ampla área externa, que poderia ser dedicada a recreação e atividades esportivas, a mesma encontra-se consumida por vegetação alta, com uma piscina vazia sem manutenção, em uma área carente de iluminação adequada.

A entrevistada também ressalta a existência de uma horta, de cuidado dos visitantes do CAPS, que exercem atividades alinhadas com terapias integrativas, auxiliando na recuperação de autonomia e de reincerção na comunidade.



AUTOR: RAFAEL BARBOSA

Entrevista Elana Golçalves

16/10/2020

Início: 21h00

Término: 22h00

Residência Terapêutica II José Raimundo Brandão, São Luís, MA

A entrevistada foi enfermeira da Residência Terapêutica no primeiro semestre de 2018, contribuindo com o cuidado de pacientes residentes entre 08h e 12h, direcionados pelo Hospital Nina Rodrigues, ou egressos da instituição que possuam vínculos familiares fragilizados e necessidade de suporte para com autocuidado cotidiano.

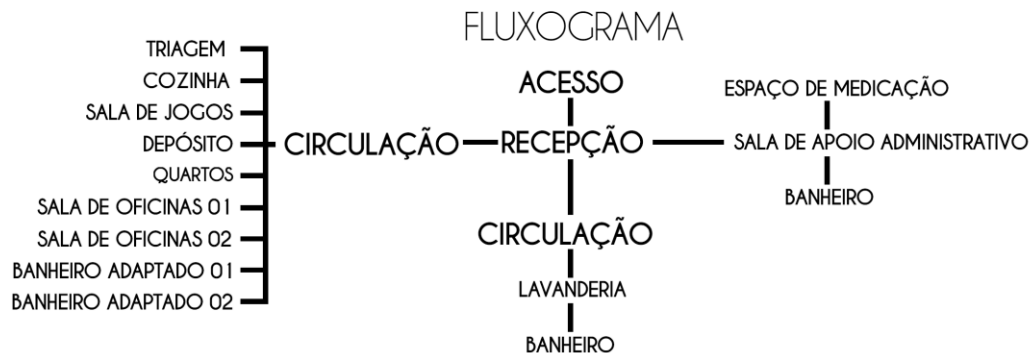
O corpo de trabalho conta em sua maior parte com enfermeiros, psicólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem, com foco principal em atividades de terapia ocupacional, de cunho artístico, recreativo e culinário, que atendem no sistema porta-aberta, voltado a uma demanda espontânea.

Foi relatada a correlação entre o morar e o cuidar, pertinentes ao convívio dentro dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT), onde a vivência da edificação se torna parte da construção de memórias e dos processos terapêuticos em curso, ressignificando o conceito de lar para o portador de transtorno mental.

Aborda-se durante a entrevista a relevância dos espaços de encontro dentro da edificação, onde os processos que levam a autonomia do morador se completam em meio a atividades coletivas que favorecem a tomada de decisão e o encontro com narrativas próprias do portador do transtorno.

Alguns ambientes de serviço, como cozinha e lavanderia, funcionam na maior do tempo como ambientes de apoio, visto que parte da limpeza da edificação e do preparo de refeições para os moradores, são advindos de empresas filiadas ao Hospital Nina Rodrigues.

Além disso, a edificação encontrava-se em estado regular, quando do período em que a entrevistada lá esteve, com manutenções constantes, apesar de se caracterizar por uma edificação com acabamentos básicos.



AUTOR: RAFAEL BARBOSA

Entrevista Jucelene Sodré e Thayssa Carvalho

18/10/2020

Início: 16h30

Término: 18h5

Hospital Nina Rodrigues, São Luís - MA

As entrevistadas trabalharam no Hospital Nina Rodrigues em São Luís, MA, entre março e maio de 2018, no eixo ambulatorial como enfermeiras, atendendo pacientes da região metropolitana de São Luís e municípios vizinhos.

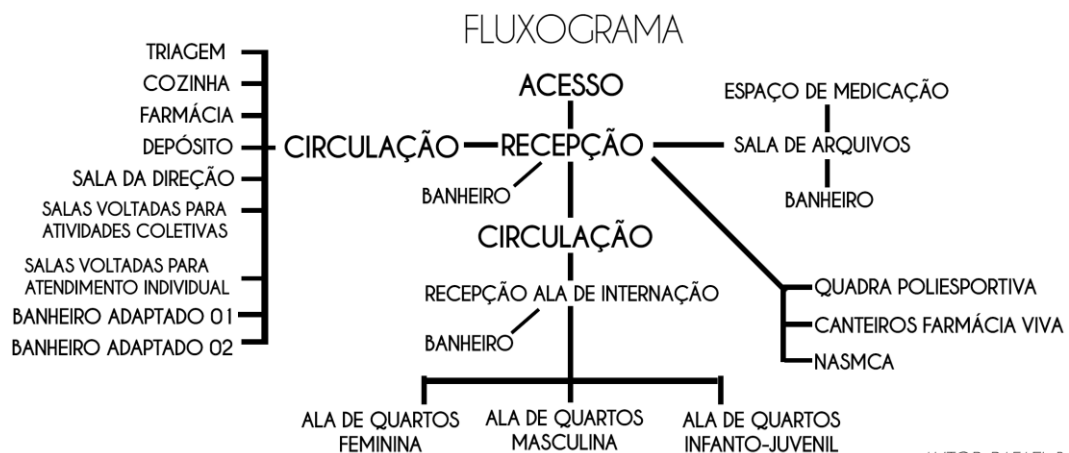
As mesmas relataram que o complexo de edificações estava passando por amplas reformas quando de sua estadia, e mesmo em tais circunstâncias não houve diminuição na demanda de pacientes, estimada em 10.000, em 2018, sendo muitos advindos da área rural e de municípios do interior do Maranhão.

Segundo elas, tais reformas visavam não só a manutenção dos prédios existentes, como também a concepção de novos edifícios de apoio, como o Núcleo de Apoio à Saúde Mental da Criança e do Adolescente (NASMCA), inaugurado em Outubro de 2020.

As entrevistadas relatam o foco da insituição, que apesar de se aproximar gradativamente da estrutura de um hospital geral, é voltada para o trabalho de reinserção dos pacientes na sociedade, através de políticas de geração de renda, vida saudável através do esporte e acompanhamento familiar.

Como exemplo, abordou-se o projeto Farmácia Viva, iniciado no primeiro semestre de 2017, que permite aos pacientes o contato com as atividades voltadas ao cultivo e aprendizado através da inserção de terapias integrativas do Sistema Unico de Saúde (SUS), fomentando o contato dos pacientes com espaços abertos e possibilitando aprendizados voltados a geração de renda.

O hospital, como parte da rede pública de saúde do Estado, oferece serviços como marcação de consultas, ambientes ambulatoriais para avaliação de pacientes, local para internação e amplos espaços de encontro e recreação.



Entrevista Josiel Guedes - Parte 01

13/11/2020

Início: 10h05

Término: 10h35

Centro de Atenção Psicossocial AD - São Luís Luís, MA

O entrevistado trabalhou no CAPS AD em regime de estágio para o curso de medicina, no turno vespertino, durante Fevereiro de 2020, mês antecedente a proliferação do Coronavírus no estado do Maranhão, exercendo atividades de cunho ambulatorial.

Segundo relato, parte do contingente de pacientes encontrava-se em situação de rua, recebia-se em média 40 pacientes todas as tardes, em um ambiente inadequado ao cuidado para com os portadores de transtorno mental.

O entrevistado caracterizou a área como um ambiente insalubre, com ocorrências do uso de álcool e outras drogas na frente do próprio CAPS, onde havia acúmulo de resíduos sólidos, incluindo restos de comida, o que atraía animais diversos.

A edificação não comportava bem as funções as quais se destinava, sendo um edifício pouco adaptado, sem características que o tornassem acolhedor ou convidativo.

O edifício contava com dois banheiros próximos a recepção, sem massaneta, para uso de profissionais e pacientes, resultando na utilização dos fundos do terreno para atividades de banho coletivo.

A arquitetura concebida encontrava-se subdimensionada para a quantidade de profissionais e pacientes, contribuindo para uma convivência desorganizada, impactando diretamente o adequado fluxo de profissionais e informações.

Tal aspecto, de características claustrofóbicas, levava a utilização do espaço externo de recreação, a se tornar também local de repouso dos usuários do CAPS, que dividiam o espaço mesmo durante a realização de atividades coletivas de cunho terapêutico.



AUTOR: RAFAEL BARBOSA

Entrevista Josiel Guedes - Parte 02

13/11/2020

Início: 10h35

Término: 11h10

Centro de Atenção Psicossocial Bacelar Viana - São Luís Luís, MA

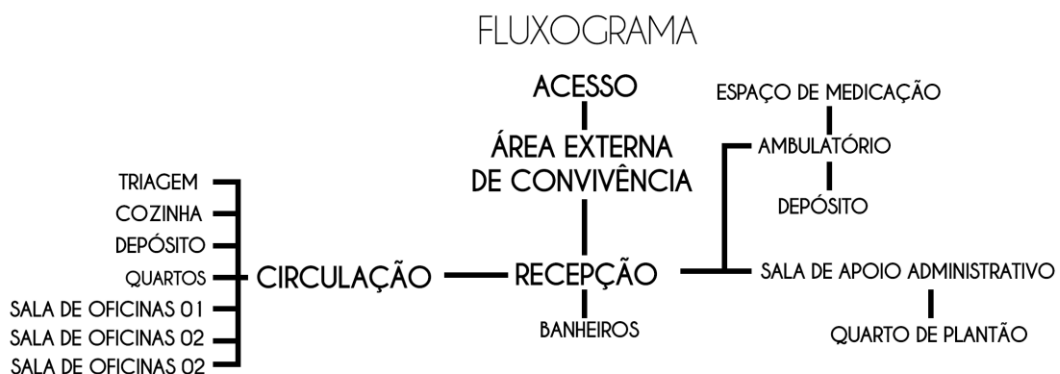
O entrevistado trabalhou no CAPS III em regime de estágio para o curso de medicina, no turno vespertino, durante Fevereiro de 2020, mês antecedente a proliferação do Coronavírus no estado do Maranhão, exercendo atividades de cunho ambulatorial de triagem, onde eram recebidos em média 10 novos pacientes todas as tardes.

Os pacientes eram encaminhados através de outros serviços da rede de saúde ou eram recebidos no sistema porta-aberta. Passando pela triagem ambulatorial onde, através de atendimento individual, era definido se haveria internação e as diretrizes básicas para início de tratamento no Centro de Atenção Psicossocial.

Contando com infraestrutura adequada ao tratamento e acompanhamento de seus pacientes, com foco na autonomia e na reinserção dos mesmos na sociedade, o CAPS Bacelar Viana era caracterizado por muitas atividades externas, em praias e espaços públicos diversos, os quais eram acompanhados por familiares, que contribuíam para reintegração dos mesmos no tecido comunitário.

As dependências do CAPS III foram apontadas pelo entrevistado como em boas condições, com manutenção regular, possibilitando a realização constante de diversas oficinas de cunho terapêutico com foco em cuidados estéticos, marcenaria, artesanato e atividades relacionadas às ações de reciclagem promovidas pela instituição.

Vale ressaltar a importância da área externa da edificação, que apesar de não conter um corpo vegetal relevante, é amplamente utilizada pelos pacientes para atividades coletivas de cunho esportivo e de bem-estar.



AUTOR: RAFAEL BARBOSA



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO
MARANHÃO

REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO
<http://repositorio.uema.br/>

1 DADOS DO AUTOR

Nome: RAFAEL FELIPE ALMEIDA BARBOSA

Curso/departamento ARQUITETURA E URBANISMO CPF: 060.503.883-00

E-mail: CTT.RAFAELBARBOSA@GMAIL.COM telefone: +55 98 992113624

2 IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

Tipo de documento:

(x) Monografia de graduação () Monografia de especialização () Dissertação () Tese
() Livros () Artigo de periódico () Outro, informar qual: _____

Título do documento CAPS III: ESTUDO PRELIMINAR PARA PROPOSTA HUMANIZADA DE CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SÃO LUÍS-MA

Local SÃO LUÍS- MA ano: 2020

Orientador: ANDRÉA CRISTINA SOARES CORDEIRO DUAILIBE

Co-orientador INGRID TÉSSIA DUARTE DE MELO

3 ESPECIFICAÇÕES PARA LIBERAÇÃO ON LINE

- a) Liberação imediata (x)
- b) Liberação a partir de 1 ano ()
- c) Liberação a partir de 2 anos ()
- d) No aguardo do registro de patente ()

4 PERMISSÃO DE ACESSO

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho acima citado, **autorizo** a Biblioteca Digital da Universidade Estadual do Maranhão a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, em formato PDF, para leitura, impressão e/ou download, conforme permissão assinalada.

São Luís, 20, de Dezembro, 2020

Assinatura do autor