

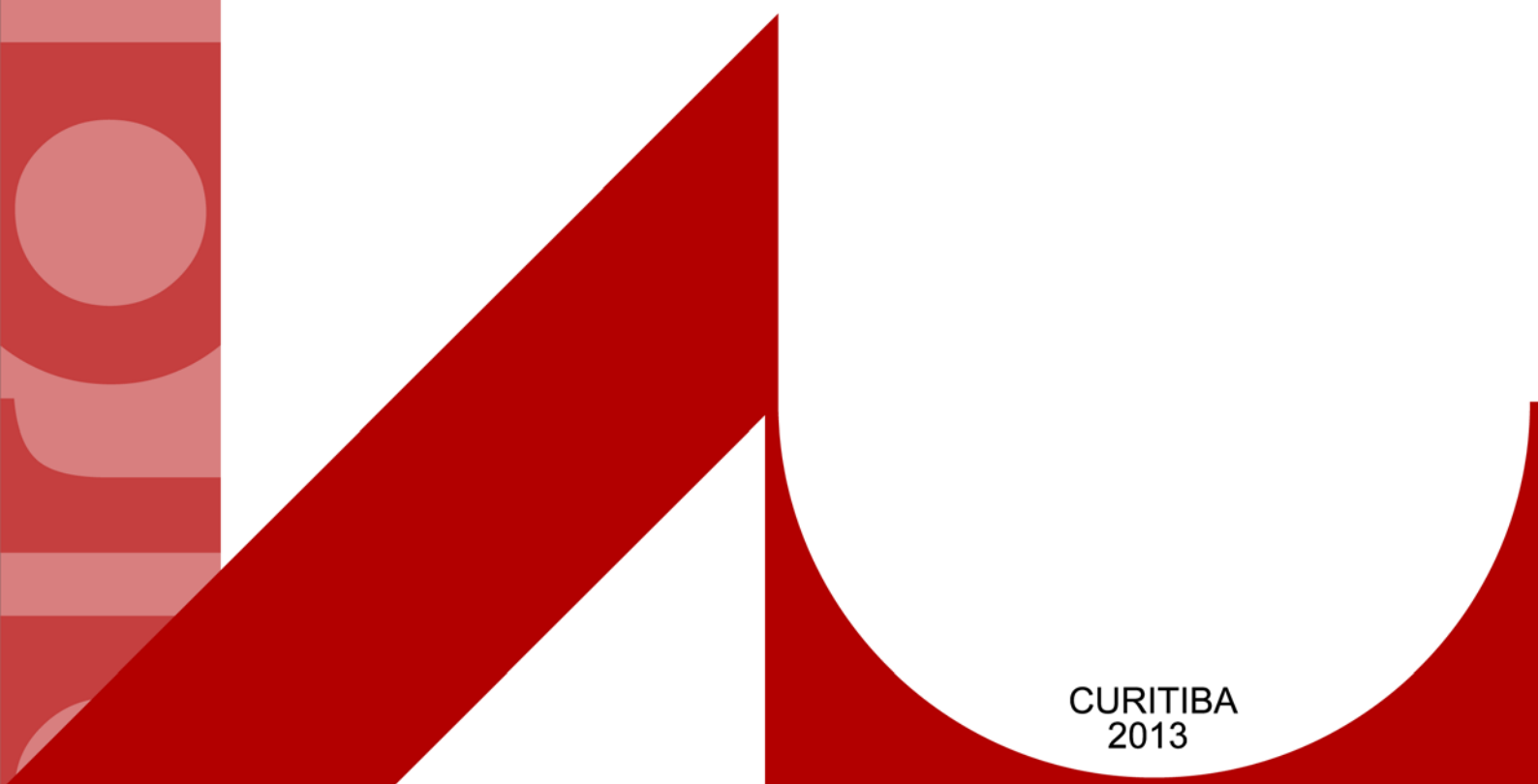


LUÍS RONALDO GABARDO

VILA TERAPÊUTICA
ESPAÇOS PARA TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Tema Final de **Graduação**
Curso de Arquitetura e Urbanismo
Universidade Federal do Paraná

Prof. Orientador: Dr. Marco Cezar Dudeque



CURITIBA
2013



**Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Tecnologia
Curso de Arquitetura e Urbanismo**



LUÍS RONALDO GABARDO

**VILA TERAPÊUTICA:
ESPAÇOS PARA TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO**

Monografia apresentada à disciplina Orientação de Pesquisa (TA059) como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Setor de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná – UFPR.

Orientador: Prof. Dr. Marco Cezar Dudeque

CURITIBA
2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

Orientador (a):

Examinador (a):

Examinador (a):

Monografia defendida e aprovada em:

Curitiba, ____ de _____ de 2013.

Dedico este trabalho à minha grande amiga Joselí Célia Szczypkowski, com quem aprendi a ser forte e nunca desistir frente às adversidades, uma pessoa que me inspira a lutar pelos meus objetivos, sempre seguir em frente e que foi fundamental para a realização deste trabalho.

Agradeço a Deus, por me dar força a cada dia. Ao meu orientador, Marco Cezar Dudeque, que acreditou no meu projeto e, sempre esteve à disposição para me ajudar e aconselhar. Aos meus pais por compreender minha ausência nos últimos anos. Aos meus amigos, que ao longo desses cinco anos se tornaram minha família e estiveram presente em todos os momentos.

A psicologia nunca poderá dizer a verdade sobre a loucura, pois é a loucura que detém a verdade da psicologia.

Michel Foucault

RESUMO

A psiquiatria foi um assunto renegado na maior parte do tempo, sendo que a arquitetura geralmente tinha papel excludente no tratamento dos pacientes. Esse trabalho teve como objetivo principal entender como ocorreu a evolução histórica dos espaços destinados ao tratamento psiquiátrico, que culminou na Lei 10.216 e que mudou a estrutura dos serviços de assistência em saúde mental no Brasil, entender a realidade do tratamento psiquiátrico e fornecer diretrizes para o projeto da Vila Terapêutica, um espaço para moradia temporária, tratamento e terapia para doentes mentais, preconizando a humanização dos espaços e a convivência em uma espécie de pequena comunidade. Para isso, foi realizado primeiramente um levantamento histórico, desde os primórdios até o século XX, sobre os espaços e tratamentos empregados aos doentes mentais, a seguir uma análise da legislação atualmente vigente no Brasil, com uma breve descrição sobre as tipologias de serviços empregados no tratamento mental. Posteriormente foram analisados quatro estudos de caso, três no Japão, projetados pelo arquiteto Soul Fujimoto e, um em Curitiba, a Clínica Heidelberg, fazendo uma comparação entre a arquitetura psiquiátrica internacional e a brasileira, destacando a diferença na legislação. Então foi feita uma análise da realidade, com levantamentos estatísticos sobre a quantidade de doentes mentais presentes no Brasil e no mundo, um aprofundamento da situação presente na cidade de São José dos Pinhais, do déficit de serviços existentes e da precariedade das estruturas em funcionamento. A seguir foi realizado um panorama sobre os principais transtornos que podem exigir internamento, sobre como a arquitetura pode influenciar no tratamento e no comportamento desses pacientes e, sobre as normativas para a construção de hospitais especializados nesse tipo de tratamento. Posteriormente foi feita uma análise do terreno escolhido e de seu entorno, para a implantação da Vila Terapêutica, verificando sua proximidade com outros serviços de saúde e facilidade de acessos. Então foi levantado um programa de necessidades com áreas e dimensões mínimas, caracterizado o organograma e fluxograma desses espaços e finalmente traçadas as diretrizes que embasarão o projeto da Vila.

Palavras-chave: Vila terapêutica. Saúde mental. Hospitais psiquiátricos. Transtornos mentais. Humanização dos ambientes.

ABSTRACT

Psychiatry was a renegade subject in most of the time, and the architecture usually had exclusive role in the treatment of patients. This study aimed to understand how occurred this historical evolution of the spaces intended for psychiatric treatment, culminated in Law 10,216 and changed the structure of the services of mental health care in Brazil, to understand the reality of psychiatric treatment and provide guidelines for the design of the Therapeutic Village, a space for temporary housing, treatment and therapy for mental patients, advocating the humanization of the spaces and living in a sort of small community. For this, we first carried out a historical survey, from the beginnings to the twentieth century, about the spaces and treatments applied to the mentally ill, following a review of the current legislation in Brazil, with a brief description of the types of services used in mental treatment. Subsequently it was analyzed four case studies, three in Japan, designed by architect Soul Fujimoto and one in Curitiba, Clínica Heidelberg, doing a comparison between the Brazilian and international psychiatric architecture, highlighting the difference in legislation. Then an analysis of reality, with statistical surveys on the number of mental patients present in Brazil and in the world, a deepening of the present situation in the city of São José dos Pinhais, the deficit of existing services and precarious structures in operation. Following an overview was conducted on the main disorders may require hospitalization, on how architecture can influence the behavior and treatment of these patients and, on the normative for the construction of specialized hospital in this type of treatment. Later it was made an analysis of the chosen site and its surroundings, for the implementation of the Therapeutic Village, checking its proximity to other health services and ease of access. Then it was raised a program needs with minimum dimensions and areas, characterized the organization chart and flow chart of these spaces and finally traced the guidelines will base the Village project.

Keywords: Therapeutic Village. Mental Health. Psychiatric Hospitals. Mental Disorders. Humanization of environments.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - CRÂNIO COM TREPANAÇÃO	21
FIGURA 2 - TEMPLO DE ASCLÉPIO (DEUS DA CURA)	23
FIGURA 3 - FORTE ROMANO COM O VALETUDINARIUM NO CENTRO	24
FIGURA 4 - NAU DOS INSENSATOS	29
FIGURA 5 - FILIPE PINEL LIBERTANDO OS LOUCOS DAS CORRENTES.....	31
FIGURA 6 - HOSPÍCIO PEDRO II.	34
FIGURA 7 - HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA – UM DOS MAIORES HOSPÍCIOS DO PAÍS	40
FIGURA 8 - HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS CRIADOS NAS DÉCADAS DE 60 E 70	41
FIGURA 9 - INÍCIO DE FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO PARANÁ	42
FIGURA 10 - IMAGEM POSTERIOR DA RESIDENCIA	52
FIGURA 11 - MAPA DO JAPÃO	53
FIGURA 12 - IMPLANTAÇÃO DA CONSTRUÇÃO.....	55
FIGURA 13 - IMAGEM DO TERRENO A PARTIR DA RODOVIA	55
FIGURA 14 - CONSTRUÇÕES PRESENTES NO TERRENO	56
FIGURA 15 - ACESSOS A CONSTRUÇÃO.....	57
FIGURA 16 - ESQUEMA DE DISPOSIÇÃO DOS VOLUMES – EM PLANTA	58
FIGURA 17 - PLANTA BAIXA SUPERIOR/ ENTRADA	59
FIGURA 18 - PLANTA BAIXA INFERIOR	60
FIGURA 19 - CORTES.....	61
FIGURA 20 - IMAGENS EXTERNAS	62
FIGURA 21 - IMAGENS EXTERNAS	63
FIGURA 22 - IMAGENS EXTERNAS	64
FIGURA 23 - IMAGENS INTERNAS	65
FIGURA 24 - CENTRO DE REABILITAÇÃO PARA CRIANÇAS COM DEFICIENCIA MENTAL.....	66
FIGURA 25 - IMPLANTAÇÃO E ACESSO À CONSTRUÇÃO	67
FIGURA 26 - DISPOSIÇÃO DOS VOLUMES	68
FIGURA 27 - RELAÇÃO ENTRE ESPAÇOS	69

FIGURA 28 - VOLUMETRIA DOS ESPAÇOS	70
FIGURA 29 - PLANTA BAIXA DO PAVIMENTO TÉRREO	71
FIGURA 30 - PLANTA BAIXA DO PAVIMENTO SUPERIOR	73
FIGURA 31 - CORTE DO EDIFÍCIO	74
FIGURA 32 - CORTE DETALHADO DO EDIFÍCIO	74
FIGURA 33 - IMAGENS INTERNAS	75
FIGURA 34 - ABERTURAS VERTICAIS AO FUNDO	75
FIGURA 35 - USO DA MADEIRA NO ESPAÇO INTERNO	76
FIGURA 36 - RESIDENCIA 7/2	77
FIGURA 37 - IMPLANTAÇÃO E ACESSO À CONSTRUÇÃO	77
FIGURA 38 - RELAÇÃO ENTRE EDIFICAÇÕES	78
FIGURA 39 - MÓDULOS UTILIZADOS NO PROJETO	79
FIGURA 40 - PERSPECTIVA POSTERIOR	79
FIGURA 41 - ANGULAÇÕES DO TELHADO	80
FIGURA 42 - PLANTA BAIXA E CORTE TRANSVERSAL	81
FIGURA 43 - IMAGENS INTERNAS	82
FIGURA 44 - CLÍNICA HEIDELBERG	83
FIGURA 45 - IMPLANTAÇÃO DA CLÍNICA	84
FIGURA 46 - IMAGEM EXTERNA	85
FIGURA 47 - PLANTA BAIXA	86
FIGURA 48 - AMBULATÓRIO	88
FIGURA 49 - RELAÇÃO ENTRE PACIENTES E SERVIÇOS DE SAÚDE	94
FIGURA 50 - LEGENDA PARA INSTALAÇÕES MÍNIMAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE	105
FIGURA 51 - RELAÇÃO DA LUZ COM AS CORES E TEXTURAS	122
FIGURA 52 - LOCALIZAÇÃO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	123
FIGURA 53 - ZONEAMENTO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	124
FIGURA 54 - ACESSO A OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE	125
FIGURA 55 - FIGURA-FUNDO DO ENTORNO E PRINCIPAIS VIAS DE LIGAÇÃO	126
FIGURA 56 - IMPLANTAÇÃO	127
FIGURA 57 - POSIÇÃO DAS FOTOGRAFIAS	128
FIGURA 58 - FOTOS DO TERRENO	129
FIGURA 59 - FOTOS DO TERRENO	130

FIGURA 60 - FOTOS DO ENTORNO	131
FIGURA 61 - CURVAS DE NÍVEL	132
FIGURA 62 - PERFIS DO TERRENO	132
FIGURA 63 - GUIA AMARELA.....	133
FIGURA 64 – PROPORÇÃO DE OCUPAÇÃO DO TERRENO	143
FIGURA 65 - ORGANOGRAMA.....	144
FIGURA 66 - FLUXO DE PACIENTES.....	145
FIGURA 67 - FLUXO DE VISITANTES.....	146
FIGURA 68 - FLUXO DE FUNCIONÁRIOS	147

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - QUADRO COMPARATIVO - TIPOS DE UNIDADE DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL	49
QUADRO 2 - COMPARAÇÃO ENTRE ESTUDOS DE CASO	91
QUADRO 3 - DIMENSIONAMENTO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL	106
QUADRO 4 - DIMENSIONAMENTO DO ATENDIMENTO IMEDIATO	107
QUADRO 5 - DIMENSIONAMENTO DO ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO	108
QUADRO 6 - DIMENSIONAMENTO DO APOIO TÉCNICO	110
QUADRO 7 - DIMENSIONAMENTO DO APOIO TÉCNICO	109
QUADRO 8 - DIMENSIONAMENTO DO APOIO LOGISTICO	110
QUADRO 9 - DIMENSIONAMENTO DO APOIO ADMINISTRATIVO	111
QUADRO 10 - DIMENSIONAMENTO DO APOIO LOGISTICO	111
QUADRO 11 - EFEITO DAS CORES.....	120
QUADRO 12 - EFEITO DAS CORES.....	120
QUADRO 13 - PARÂMETROS DE OCUPAÇÃO APLICADOS AO LOTE	134
QUADRO 14 - PROGRAMA DE NECESSIDADES E DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES.....	142

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E JUSTIFICATIVA	14
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.1. Objetivo Geral	17
1.2.2. Objetivos Específicos	17
1.3 METODOLOGIA	18
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	19
2. PSQUIATRIA AO LONGO DOS TEMPOS	20
2.1 DA PRÉ-HISTORIA A ROMA ANTIGA	20
2.2 IDADE MÉDIA	25
2.3 RENASCENÇA	28
2.4 SÉCULO XVIII	30
2.5 SÉCULO XIX	32
2.6 SÉCULO XX	35
3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	39
3.1 ANTECEDENTES	39
3.2 INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO PARANÁ	40
3.3 O ÁPICE DA REFORMA	43
3.4 LEGISLAÇÃO ATUAL	44
3.5 ATIVIDADES EXTRA-HOSPITALARES	50
3.6 LEGISLAÇÃO X ARQUITETURA	50
4. ANÁLISE DE CORRELATOS	52
4.1 RESIDÊNCIA PARA DEFICIENTES MENTAIS EM HOKKAIDO JAPÃO – SOU FUJIMOTO -2003	52
4.1.1 Características geográficas da região	53
4.1.2 Implantação	54
4.1.3 Características espaciais	57
4.2 CENTRO DE REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA INFANTIL, JAPÃO – SOU FUJIMOTO – 2006	66

4.3	RESIDENCIA 7/2, JAPÃO – SOU FUJIMOTO – 2006	77
4.4	CLÍNICA PSIQUIÁTRICA HEIDELBERG - MERCÊS, CURITIBA	83
4.5	COMPARAÇÃO ENTRE ESTUDOS DE CASO	89
5.	ANÁLISE DA REALIDADE	92
5.1	PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS	99
5.2	NORMATIVA PARA IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO PRIVADAS	104
5.2.1	Atividades prestadas pelos estabelecimentos privados.....	104
5.2.2	Dimensionamento dos ambientes.....	105
5.2.3	Características espaciais – funcionais.....	112
5.3	ARQUITETURA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO.....	113
5.3.1	Texturas.....	115
5.3.2	Cor.....	116
5.3.3	Luz.....	121
6.	TERRENO E ENTORNO	123
7.	PROGRAMA DE NECESSIDADES E PRÉ-DIMENSIONAMENTO	135
8.	DIRETRIZES DE PROJETO	148
8.1	LOCUS 148	
8.2	FIRMITAS	149
8.3	UTILITAS	149
8.4	VENUSTAS	150
	REFERÊNCIAS	152
	FONTE DE ILUSTRAÇÕES	158
	REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES	160

1. INTRODUÇÃO

Transtornos mentais, também chamados de doenças mentais, transtornos psiquiátricos ou psíquicos, entre outros, são condições de anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica, mental ou cognitiva.

Assim como em outras áreas médicas há diferentes graus de gravidade: leve, intermediário e grave.

TRANSTORNO: Algo que provoca um desarranjo, uma desordem na área psíquica do indivíduo, são distúrbios relacionados a uma resposta de medo ou ansiedade, ativada em uma situação em que não é necessária, ou durante um período mais prolongado do que o necessário. (DICIONARIO INFORMAL, 2013)

Os transtornos mentais alteram o desempenho familiar, social, pessoal, escolar e profissional, na compreensão dos outros e de si, na possibilidade de autocrítica, na obtenção de prazer na vida em vários setores e na tolerância dos problemas do cotidiano.

De acordo com o site Psiqweb (2013) “a evidência científica moderna indica que os Transtornos Mentais e Comportamentais resultam de fatores genéticos e ambientais ou, em outras palavras, da interação da biologia com fatores socioambientais”.

Entre os fatores que desencadeiam essas anormalidades estão: a genética do indivíduo, modificações no funcionamento do cérebro, questões associadas à própria personalidade, aspectos e condições de educação sofridas, grande conjunto de estresse que afetam o indivíduo, agressões de ordem física e psicológica, sofrimentos físicos e psíquicos, perdas, frustrações e decepções que perturbaram o equilíbrio emocional, entre outras coisas (Psiqweb, 2013).

Ao longo da história os doentes mentais foram na maior parte das vezes discriminados e ignorados pela sociedade. Os tratamentos empregados foram, durante muito tempo, invasivos, violentos e desumanos. Somente no século XX surgem discussões em todo mundo para melhorar as condições de tratamento desses pacientes.

A atual legislação brasileira, vigente desde o ano 2001, preconiza a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, que antes viviam confinados em

grandes hospitais psiquiátricos, conhecidos como manicômios, sem o devido tratamento e agravando seu estado psicológico.

Assim como será apresentado no capítulo 3.4 - LEGISLAÇÃO ATUAL, há três níveis diferentes de tratamento aos doentes mentais: em regime ambulatorial (realizados através de consultas em diversos serviços), em regime terapêutico (realizados principalmente em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e em regime de internamento (tanto em hospitais gerais, quanto em hospitais especializados¹).

Além das três modalidades de internamento, há uma quarta categoria, chamada Residência Terapêutica, que visa abrigar pacientes que estiveram muito tempo internados nos antigos hospitais psiquiátricos, e que não possuem condições de reintegração imediata na sociedade.

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E JUSTIFICATIVA

A proposta do tema aqui apresentado visa abrigar três áreas destinadas aos pacientes com transtornos mentais:

- Moradia: Muitos pacientes psiquiátricos estiveram muito tempo internados e com o fechamento dos manicômios (ainda que, buscando a melhoria da saúde psicológica deles) perderam esse espaço. Contudo, devido ao grande período de internamento ou ainda, pela gravidade do problema psicológico (especialmente em períodos de surto psicótico) necessitam de um local específico para permanecer até estarem aptos à reintegração em sociedade;
- Tratamento: Devido a essa dependência institucional e mesmo ao seu grau de crise, eles precisam de tratamento e acompanhamento 24 horas. Há uma necessidade de profissionais especializados vigiarem e

¹ Hospital geral: aquele cuja maioria dos leitos é destinada a outras especialidades médicas que não a psiquiatria.

Hospital especializado: aquele cuja maioria dos leitos é destinada ao tratamento psiquiátrico, podendo ser sua totalidade ou não.

acompanharem as rotinas desses possíveis moradores, estando de prontidão em caso de necessidade;

- Terapia: A grande diferença dos espaços destinados atualmente ao tratamento psiquiátrico para aqueles antigamente existentes, é a presença de atividades voltadas para sua ressocialização e realização de atividades diárias. Com isso, além de propor uma ocupação e distração durante as inúmeras horas de ócio para os internos, a terapia busca prepará-los para que ao voltarem para casa, para suas famílias, possam realizar todas as atividades diárias cabíveis e diminuir o risco de recaídas.

A princípio o tema foi designado como RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA, entretanto, ao longo da pesquisa foi verificado que essas residências são serviços exclusivamente públicos e destinadas apenas para uso residencial. Nesses casos, tanto o tratamento quanto a terapia seriam realizados em outras instituições diferentes, também de caráter público, especializadas em cada um desses serviços.

Entretanto, como será visto no capítulo 5 - ANÁLISE DA REALIDADE, apesar da legislação ser voltada para o tratamento integrado a sociedade, isso não está ocorrendo de maneira eficaz.

A redução dos leitos em hospitais psiquiátricos (manicômios) ocorreu de maneira acelerada, enquanto que a criação de outros serviços substitutivos, não ocorreu de forma equilibrada. Portanto, há um grande déficit de locais especializados no tratamento de transtornos mentais.

Logo, propor uma residência terapêutica sucede que as atividades de apoio (tratamento e terapia) sejam realizadas em outro local que, no entanto, não existem ou são extremamente deficitárias.

Contudo, dentro da classificação proposta pelo Ministério da Saúde (também a ser analisada no capítulo 3.4 - LEGISLAÇÃO ATUAL), há uma tipologia que abrange as três áreas anteriormente citadas em um mesmo espaço: o hospital especializado. Portanto, a proposta tipológica não sofreu mudanças, porém a nomenclatura oficial do tema mudou de residência terapêutica para hospital especializado.

O tema adotado (Vila Terapêutica) é, portanto, a proposta de um hospital especializado privado, destinado exclusivamente ao tratamento de pacientes com transtornos mentais, no qual propõe moradia temporária, tratamento e terapia

durante o período de internamento, resgatando a humanização e o convívio em sociedade dos pacientes, que hoje geralmente não são aplicados nesse tipo de serviço. Esse período não tem tempo fixo, no entanto deve ser o mais breve possível, geralmente variando entre 15 e 30 dias.

Ademais, esse espaço abriga as funções mínimas para suporte ao paciente, não tendo usos complexos, como cirurgias ou exames. Esse modelo corresponde à maioria dos exemplos existentes, tal como será visto na ANÁLISE DE CORRELATOS, Capítulo 4.

Propõe-se que seja um serviço privado, visto que no Brasil os serviços públicos em saúde mental não têm os devidos recursos disponibilizados para a implantação da estrutura necessária.

Segundo Carla P. dos Santos, diretora de departamento, controle, avaliação e auditoria da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais, “uma estrutura desse porte não poderia ser financiada pelo poder público, dada sua complexidade de funcionamento, demanda por profissionais e especialmente gastos para a construção” (informação verbal) ².

Esse projeto é voltado para a implantação em São José dos Pinhais, devido sua grande quantidade populacional e o alto déficit de leitos especializados em psiquiatria, que será mais bem explanado no capítulo 5 - ANÁLISE DA REALIDADE.

Os projetos dentro da área da saúde estão entre os que mais necessitam pensar e discutir arquitetura. Especialmente nesses casos, a arquitetura não pode servir apenas à funcionalidade, ela deve ter qualidades mínimas a ponto de contribuir para a melhora do quadro clínico do paciente.

No entanto, especialmente se tratando de psiquiatria, essa discussão praticamente inexistente, sendo que a maior parte dos espaços, destinados ao tratamento, são implantados em edificações existentes, que são parcialmente reformadas e que além de não darem suporte físico suficiente ao tratamento, muitas vezes contribuem negativamente no estado clínico do paciente.

² SANTOS, C.P. **Implantação de serviços especializados em tratamento mental**. São José dos Pinhais, 2013. Informação verbal.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo Geral

- Entender a evolução da psiquiatria, de seus tratamentos e especialmente das construções destinadas a esse uso, a fim de compreender as necessidades e qualidades espaciais, para que sirvam de fundamento para posterior elaboração do projeto.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Entender o comportamento e necessidades dos doentes mentais;
- Compreender como se dá o tratamento e suas relações com espaços construídos;
- Estabelecer relações entre saúde e bem estar psicológico com a arquitetura, seus elementos e componentes;
- Compreender a legislação atual e suas definições;
- Definir um programa de necessidades básico;
- Estabelecer diretrizes para embasar o projeto da Vila terapêutica.

1.3 METODOLOGIA

Primeiramente foi realizada uma revisão de literatura, com pesquisas bibliográficas e web gráficas, construindo a fundamentação teórica do trabalho.

A seguir foram analisados estudos correlatos em âmbito internacional e nacional, através da interpretação de mapas, plantas baixas, cortes e imagens das obras.

Procedeu-se com a leitura da realidade e da legislação existente, através de entrevistas com profissionais da área, visitas, levantamento de dados estatísticos e revisão da legislação, a fim de entender como estão os serviços de saúde mental existentes hoje no Brasil.

Então foi identificado um terreno propício à instalação da Vila Terapêutica, com localização estratégica de acessos e proximidade com outros serviços de saúde, capazes de dar suporte a este, no qual foi realizada uma interpretação de elementos conformadores do espaço geográfico e das relações com o entorno.

Finalmente, após a análise dos dados levantados foram elaboradas as conclusões definindo o programa e as diretrizes a serem adotadas.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

A conceituação temática se inicia no Capítulo 2 através de uma revisão histórica sobre espaços e tratamentos destinados a pessoas com transtornos mentais e no capítulo seguinte sobre a reforma psiquiátrica brasileira. Eles visam entender como o paciente psiquiátrico foi tratado ao longo dos tempos até os dias atuais, o resultado das ações aplicadas em seu tratamento e a evolução da arquitetura psiquiátrica.

A seguir são realizados estudos de caso, sendo um complexo internacional (dividido em três projetos diferentes) e um local (em Curitiba), trançando um panorama geral entre seus usos e realizando uma comparação entre eles.

O capítulo 5 faz uma análise da realidade, levantando dados sobre pacientes e serviços de saúde mental, existentes hoje no Brasil e mais especificamente na cidade de São José dos Pinhais.

Ele também traz uma visão técnica, sobre normativas para implantação de serviços de saúde, principais transtornos mentais e como a arquitetura influencia no tratamento de um doente mental.

Posteriormente é feita uma análise do terreno escolhido e de seu entorno imediato, levantando as principais características do local, que possibilitarão a implantação da edificação.

No capítulo seguinte é determinado um programa básico de construção e definido os fluxos de pacientes, funcionários e visitantes, que ajudarão na configuração espacial do projeto.

O último capítulo traz a definição de diretrizes que servirão como guias e modelo para a elaboração do projeto da Vila Terapêutica.

2. PSIQUIATRIA AO LONGO DOS TEMPOS

Estados de perturbação mental são reconhecidos ao longo de toda a história da humanidade, desde os períodos primitivos até os atuais. Nomes como os imperadores romanos Nero, Calígula, os reis franceses Clóvis II e Carlos VI, Eduard Einstein, o filho de Albert Einstein e, o próprio Vincent Van Gogh, que se sugere ter sofrido de Transtorno do Humor Bipolar, tendo se suicidado aos 37 anos, provam que independentemente de como essas perturbações eram percebidas e tratadas, estavam presentes no dia-a-dia (SLIDESHARE, 2013).

A própria Bíblia faz referências a pessoas acometidas de transtornos mentais, por exemplo, o Rei Saul ficou invejoso de David matar Golias, tendo um “espírito maligno se apossado do rei”, tentou matar David e, a personagem Ana que vivia depressiva por não poder conceber um filho.

Escritos encontrados no Egito, Índia, China, Grécia e Roma durante o período da História Antiga se tornaram os primórdios das principais correntes de pensamento que estimularam o crescimento da psiquiatria hoje (ALEXANDER; SELESNICK, 1968).

2.1 DA PRÉ-HISTORIA A ROMA ANTIGA

Para os povos primitivos os conceitos de doença eram diferentes daqueles presentes hoje, ainda que possam ser vistos resquícios dessa tradição nos tempos atuais.

Para o homem primitivo, todas as doenças são atribuíveis a forças que atuam fora do corpo humano. Tais forças são consideradas sobrenaturais: são os maus espíritos, as bruxas, os demônios, os deuses, os magos. (KOLB, 1977, p. 2).

Dessa forma, um indivíduo que estivesse em surto psicótico e delirante, que se comportava de maneira insensata e mesmo destrutiva, só poderia ter seu estado explicado por algo sobrenatural, devido suas mudanças peculiares e assustadoras perante os membros de seu grupo ou família.

Segundo Alexander e Selesnick (1968), Kolb (1980) e Stone (1999) esses indivíduos eram tratados através de práticas mágicas e religiosas, com o uso de amuletos e em algumas tribos através da indução de transe pela fixação sobre objetos. Os métodos aplicados nos “possuídos” eram baseados em observações empíricas, embora esses ritos fossem psicoterapêuticos, não havia relação direta com o aspecto biológico ou psicológico do indivíduo.

Há 10 mil anos os curandeiros já aplicavam um método cirúrgico que persistiu até o século XIX, no entanto, tinha um caráter espiritual, consistia na abertura de orifícios no crânio, chamada trepanação (FIGURA 1), para eliminar os maus espíritos e demônios. Por incrível que pareça, em cerca de 70% dos casos o indivíduo sobrevivia ao procedimento. Caso o indivíduo não fosse curado era abandonado à própria sorte (KOLB, 1980).



FIGURA 1 - CRÂNIO APÓS TREPANAÇÃO

FONTE: Fotolog (2013)

Para os babilônicos as doenças também estavam ligadas a seres mágicos, deuses e demônios. Segundo Alexander e Selesnick (1968, p.44) cada doença tinha seu demônio específico. A insanidade mental era causada pelo demônio *Idta*.

Os povos mesopotâmicos foram os primeiros a desenvolver a medicina, sendo que com frequência os babilônicos eram chamados ao Egito para consultas.

Para os egípcios a cura das doenças também estava ligada a práticas mágicas e religiosas. O primeiro curador egípcio foi Imhotep, médico do rei Djoserin

e também famoso como arquiteto, sábio, astrônomo e sacerdote. Mais tarde foi divinizado como deus especial da medicina e seu templo, em Mênfis, tornou-se escola de medicina e hospital (ALEXANDER; SELESNICK, 1968).

Eram os templos os locais apropriados para realizar os tratamentos médicos naquele momento. Para o tratamento eram receitadas atividades de lazer durante as horas de folga, (semelhante às terapias ocupacionais utilizadas hoje).

Os egípcios reconheceram a perturbação emocional que os gregos chamaram posteriormente de “histeria” (*hysteron* = útero). Acreditavam que os sintomas eram causados pela má disposição do útero e por isso fumigavam a vagina, esperando atrair o útero errante para sua posição natural (ALEXANDER; SELESNICK, 1968, p.46).

Segundo Alexander e Selesnick (1968), Kolb (1980) e Stone (1999) por volta do século VI a.C. o médico hindu Sushruta finalmente diferenciou a doença mental de possessão demoníaca, dizendo que o agente causador eram fortes emoções e paixões.

Na Grécia Antiga, por volta de 800 a.C., os sacerdotes além de realizar rituais recomendavam que os pacientes fossem bem tratados e que realizassem atividades físicas e recreativas.

De acordo com Alexander e Selesnick (1968) e Stone (1999) os doentes eram tratados em templos, onde recebiam o rito do sono sagrado (FIGURA 2). Este rito consistia na ideia de que ao adormecer os frequentadores do templo receberiam, através de entidades, curas milagrosas ou indicações de procedimentos para a recuperação da saúde. Para os doentes mentais, era um momento de estar em contato com os deuses.

Na Grécia antiga o doente mental era socialmente considerado uma pessoa com poder divino, consagrado como sábio, seus conhecimentos eram importantes e necessários, capazes de interferir no destino dos homens. Acreditava-se que as frases enigmáticas por eles proferidas aproximavam os homens dos deuses que habitavam o Olimpo. Neste período, a loucura encontra espaço para exprimir-se, não sendo necessário controlá-la ou excluí-la já que, transformada pela cultura, é utilizada de forma a traduzir as mensagens divinas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p.9).



FIGURA 2 - TEMPLO DE ASCLÉPIO (DEUS DA CURA)

FONTE: Ciências da saúde (2013)

De acordo com Alexander e Selesnick (1968), Kolb (1980) e Stone (1999) no século VI a.C. Alcmaeon de Crotona realizou observações e dissecações, das quais pode notar que a sede da razão e da alma estava localizada no cérebro. Segundo ele, o cérebro era como uma glândula que secretava pensamento, por vezes esses canais de secreção ficavam obstruídos e geravam uma percepção inadequada, sugerindo que havia interações humorais³ que podiam causar doenças.

Hipócrates⁴ (460–375 a.C.) aprofundou os estudos e propôs a classificação dos distúrbios mentais em mania, melancolia e frênite, rejeitando a teoria de que os deuses eram responsáveis pela doença. A prática médica da Grécia Antiga era itinerante. Havia poucos médicos, e estes, em geral, ofereciam seus serviços de porta em porta (ALEXANDER; SELESNICK, 1968).

³ As interações aqui referidas são de líquidos produzidos e secretados pelo corpo.

⁴ “Hipócrates aplicou as especulações dos filósofos à medicina e combinou-as com observações feitas à beira da cama do doente. Por isso é chamado o Pai da Medicina e foi o primeiro que tentou explicar coerentemente todas as doenças com base em causas naturais”. (ALEXANDER; SELESNICK, 1968, p.58).

A península italiana foi conquistada, pelo que se tem conhecimento, primeiramente pelos Etruscos, que emigraram da Ásia Menor para a Toscana ($\pm$ 1000 a.C.), levando também sua cultura de magia e divindades. Até o século II a.C. atribuía-se aos deuses tudo que acontecia na vida, só então passaram a ser influenciados pelas ideias racionais dos médicos gregos.

De acordo com o site *History of Medicine* (2013) durante a expansão do Império Romano, as campanhas das Guerras Púnicas (III a.C. a II a.C.) levaram a necessidade de criar uma rede de hospitais ao longo das estradas que levavam até Roma. O sistema de hospitais romano foi o primeiro em sua tipologia, tornando-se eficiente e adiantado.

Ainda segundo *History of Medicine*, o hospital era chamado *valetudinarium*, era construído dentro do forte e apresentavam no seu interior um recinto sagrado com inscrições votivas aos deuses romanos da cura. Era uma construção de planta retangular, coberto por telhas, diferenciando-se dos barracões da tropa, que possuíam telhados de palha (FIGURA 3). Mais tarde, o *valetudinarium*⁵ passou a ser chamado *hospitium*.

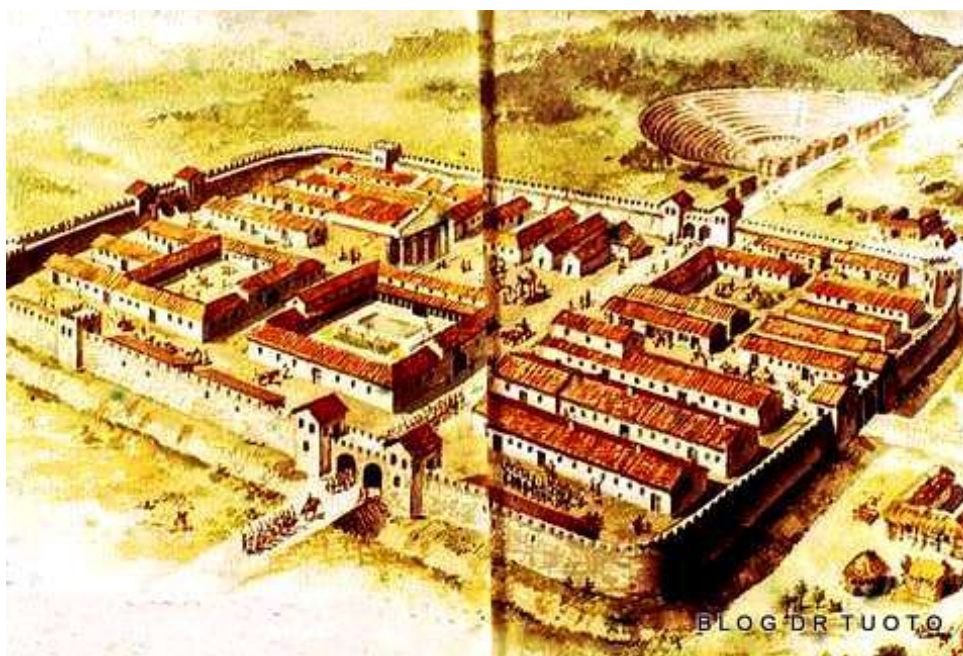


FIGURA 3 - FORTE ROMANO COM O VALETUDINARIUM NO CENTRO

FONTE: History Of Medicine (2013)

⁵ O termo português "valetudinário" originou-se do latim *valetudinarius* (doente, enfermo), o qual derivou do vocábulo latino *valetudo* (um estado de saúde), que por sua vez relaciona-se ao verbo latino *valere* (ser forte).

Os pacientes eram tratados por médicos reféns, em sua maioria gregos. No entanto dentro de Roma esses médicos não eram bem aceitos, sendo inclusive criticados pelos adeptos romanos da medicina. O restante da população, no entanto, continuava sendo tratada em casa.

Segundo Alexander e Selesnick (1968), Kolb (1980) e Stone (1999), Aretaeus (50-130 d.C.) após estudar cuidadosamente doentes mentais, concluiu que estados maníaco e depressivo ocorrem num mesmo paciente, sendo que há uma oscilação entre os períodos de lucidez, maníaco e depressivo e que nem todos que sofrem com distúrbios mentais estão condenados a sofrer deterioração intelectual.

2.2 IDADE MÉDIA

Durante a idade média são abandonadas as explicações racionais e fisiológicas, as doenças voltam a ser tratadas através de fenômenos religiosos, seja pela ação demoníaca, seja pela ira de deus. Não havia espaço para a ciência, nem para a medicina.

A filosofia que a igreja pregava vinha em reação contra a sexualidade anárquica e a corrupção do mundo greco-romano. Os cristãos orgulhavam-se da abstinência e frugalidade da dieta. Segundo Stone (1999) com o passar do tempo a repressão sexual trazia como efeito crises histéricas, prolongados acessos de jejum, surgimento de estigmas, indulgência em atos de auto mortificação e na crença de bruxaria e magia negra.

Segundo Alexander e Selesnick (1968) no começo da Idade Média o auxílio aos doentes mentais era melhor do que o que viria a ocorrer nos séculos XVII e XVIII. Um dos primeiros asilos foi o Bethlehem Hospital, em Londres. Nos primeiros anos de seu surgimento, quando o paciente melhorava, recebia uma braçadeira e era liberado para voltar a sua família, caso os sintomas reaparecessem, poderia voltar ao hospital. Tanto eram bem tratados que vadios geralmente falsificavam as braçadeiras, para poderem entrar no lugar como ex-

pacientes. O primeiro hospital europeu dedicado exclusivamente ao tratamento de doentes mentais foi construído em Valência no ano de 1409, na Espanha.

As pessoas que sofriam de transtornos emocionais ficavam mais perturbadas quando estavam sozinhas, a conclusão natural para a época medieval é que sofriam influência da lua, por isso eram chamados lunáticos⁶.

Ainda segundo Stone (1999) o celibato não foi capaz de inibir impulsos eróticos de monges e freiras. Sabia-se que existiam passagens subterrâneas ligando os conventos deles. Muitas vezes precisavam-se enviar prostitutas aos mosteiros a fim de proteger as donzelas da localidade.

A Igreja, em reação, passou a defender que a origem dos problemas eram as mulheres, “a mulher é um templo construído sobre uma cloaca”, elas despertavam a paixão nos homens, portanto eram transmissoras do demônio. Mulheres psicóticas com pouco controle quanto à manifestação de suas fantasias sexuais e sentimentos sacrílegos eram os exemplos mais claros de possessão demoníaca (ALEXANDER; SELESNICK, 1968, p. 104).

Para Alexander e Selesnick (1968) nos séculos XIII e XIV surgiram movimentos psicóticos coletivos que aterrorizavam a Igreja, por não poderem ser controlados. Multidões seguiam em marcha, cantavam hinos e se autoflagelavam, atraindo seguidores, em busca de remissão dos pecados.

Johann Sprenger e Heinrich Kraemer em seu livro *Malleus Maleficarum* (O martelo das Feiticeiras), de 1418, defendem o movimento coletivo de caça as feiticeiras, “onde expõe pormenorizadamente a destruição de dissidentes, cismáticos e doentes mentais, todos os quais são incluídos no termo ‘feiticeiro’.” (ALEXANDER; SELESNICK, 1968, p. 105).

De acordo com o livro, caso o médico não possa encontrar cura para uma doença e esta piorar, ela é causada por feitiçaria. As mulheres acusadas de bruxaria, muitas vezes, devido seu estado insano, se satisfaziam contando suas fantasias sexuais nos tribunais, em frente ao público. Devido seus graves distúrbios, estavam suscetíveis a sugestão de que abrigavam demônios e diabos e acabavam confessando estarem habitadas por espíritos maus sendo condenadas a fogueira.

⁶ Lunatismo significa literalmente uma perturbação causada pelo corpo lunar. As instituições que cuidavam desses indivíduos eram chamadas de asilos de lunáticos.

Johann Weyer, considerado como o primeiro psiquiatra, lutava contra essas explicações sobrenaturais, condenava aqueles que perseguiram as mulheres acusadas de bruxaria, explicou psicoses coletivas e sugeriu que médicos reconhecidos falassem com as acusadas de feitiçaria antes de serem queimadas, pois poderiam apresentar tal comportamento devido transtornos mentais.

Segundo Alexander e Selesnick (1968), Kolb (1980), Namba (2004) e Stone (1999) entre as doenças que se proliferaram na Europa durante esse período estava a lepra. A doença se espalhava rapidamente e era considerada um castigo divino, condenando seus portadores à reclusão. Porém, com o fim das Cruzadas ocorre um rompimento com os focos orientais de infecção, dessa forma os espaços que antes eram ocupados pelos leprosos, tornam-se ociosos. Algum tempo depois essas estruturas passam a ser ocupadas pelos mentalmente insanos.

Nessa época a reclusão destinava-se a retirar do convívio social aqueles que não se adaptavam a ele, somente mais tarde essa reclusão seria tratada como forma de submeter o paciente a um saber específico que deveria tratá-lo.

Durante esse período de horrores, um exemplo de tratamento humano merece destaque. A cidade de Gheel, norte de Bruxelas, na Bélgica, foi refúgio de uma princesa irlandesa, segundo a lenda, que fugia dos avanços incestuosos do pai.

Na cidade, após se juntar a uma ordem religiosa no século XII, ela teria curado duas pessoas que estavam sob possessão demoníaca. Mais tarde foi construída a Igreja de Santa Nymphna, que se tornou refúgio para os doentes mentais (ALEXANDER; SELESNICK, 1968).

Os habitantes da cidade adotaram práticas de abrigar os doentes mentais em suas casas, deixando-os livres para ir e vir, prática que sete séculos depois ainda persistia, servindo como modelo para o tratamento baseado na comunidade de pessoas com doenças mentais graves.

Enquanto no Ocidente predominavam as invasões bárbaras e o retrocesso do conhecimento, o império Bizantino foi o repositório da herança greco-romana. Esse império foi responsável por guardar e difundir os escritos realizados no período clássico e também adquirir aqueles presentes nos territórios conquistados.

O médico árabe mais ilustre, Rhazes (865-925 D.C.), além de professor era médico-chefe do Hospital de Bagdá, um dos primeiros hospitais antigos a terem

uma enfermaria dedicada aos doentes mentais. Ele descreveu cuidadosamente todas as doenças, inclusive as mentais.

De acordo com Alexander e Selesnick (1968), o médico Avenzoar (1113-1162) e seus discípulos Averróis (1128-1198) e Maimônides (1135-1204) tiveram grande influência sobre a fundação de hospitais no Império Muçulmano. Entre os destinados aos insanos foram construídos asilos em Bagdá (700 D.C.), Cairo (800 D.C.) Damasco e Alepo (1270 D.C.).

Os árabes acreditavam que os doentes mentais eram de alguma forma divinamente inspirados e não vítimas de demônios, por isso o tratamento hospitalar era bondoso e compassivo.

2.3 RENASCENÇA

Durante a Renascença os antigos escritos gregos são trazidos de volta a Europa ocidental, pelos árabes fugidos de Constantinopla, após a sua tomada pelos turcos-otomanos.

A valorização da ciência e da razão leva a dissociação entre doença e o sobrenatural. Novas experiências são feitas através da dissecação de corpos e de órgãos como o cérebro. Johann Weyer registra com pormenores o comportamento de pacientes emocionalmente transtornados (ALEXANDER; SELESNICK, 1968).

O Renascimento trouxe o revivalismo da época Clássica. Com o Antropocentrismo ganhando força, a loucura passa a ser considerada a expressão da natureza, o inumano. Através dos loucos são conhecidas as verdades do mundo, eles fazem uma ponte com o transcendente.

A loucura deixa de ser perseguida e passa a ser exaltada, ainda que houvesse fascínio e terror ao mesmo tempo, tal qual nas obras de Bosch, Shakespeare, Cervantes, entre outros.

[...] Dois pensamentos circundavam esse tema: para alguns a loucura era o vazio da existência, a prisão do indivíduo em si mesmo. Para outros ela trazia a sabedoria que todos desejavam [...]. Ela instigava sensações às pessoas porque não estava ligada ao mundo, e sim aos homens, as suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões. (NAMBA, 2004, p.9).

Entretanto, não se oferecia tratamento aos transtornados. Eles eram expulsos das cidades e das fortificações, condenados a peregrinar errantemente. Barqueiros tinham a missão de levá-los para bem longe das cidades de origem. (FIGURA 4)



FIGURA 4 - NAU DOS INSENSATOS

FONTE: Dasmalazartes (2013)

Segundo Foucault (2010), o louco é deixado à incerteza da sorte, sendo confiado em seu próprio destino. Cada embarque é, potencialmente, o último. É para outro mundo que parte o louco em sua loucura.

A Renascença trouxe dois pontos de vista sobre a loucura, de um lado a experiência cósmica, composta pela Nau dos loucos, de outro, uma experiência crítica, relacionada a toda essa ligação que o homem mantém consigo mesmo.

A loucura passa a ser considerada e entendida somente em relação à razão, pois, num movimento de referência recíproca, se por um lado elas se recusam de outro uma fundamenta a outra. Em segundo lugar, a loucura só passa a ter sentido no próprio campo da razão, tornando-se uma de suas formas. A razão, dessa maneira, designa a loucura como um momento essencial de sua própria natureza. (VIEIRA, 2007).

Durante essa época surge um tratamento que serviria mais tarde como inspiração para a eletroconvulsoterapia, tratava-se de um choque emocional, onde

o louco caía de um alçapão dentro de uma tina com água gelada, mudando dessa forma suas reações. Futuramente esse tratamento seria substituído pelo choque provocado pela insulina e mais tarde pelo choque elétrico (NAMBA, 2008).

No século XVII surgem as internações, os loucos passam a ser confinados em hospitais destinados exclusivamente a eles. No entanto, a administração desses locais era realizada pelo rei ou pela Igreja, mantendo assim o caráter de prisão e depósito de insanos. Exemplos desses locais é o Hospital Geral de Paris, o Hospital Saint-Lazare e o Salpêtrière.

Ainda durante essa época surgem as Casas de Correção (Workhouses). Eram estabelecimentos que além de abrigar os doentes mentais forneciam a eles atividades profissionalizantes em manufatura e ateliers. Este lugar não tinha o caráter hospitalar, fornecia atividades terapêuticas e não aceitava pessoas com doenças contagiosas (ALEXANDER; SELESNICK, 1968).

2.4 SÉCULO XVIII

Durante o século XVIII comumente se encontravam loucos e prisioneiros da lei num mesmo lugar, tanto em hospitais, quanto em prisões. Dai surgiu a proximidade tipológica entre essas duas edificações que perdurou por muito tempo.

Segundo Alexander e Selesnick (1968), Kolb (1980) e Stone (1999) essas novas instituições hospitalares tinham como intuito manter a ordem social e atender as necessidades terapêuticas, que sugeriam confinamento dos pacientes.

Em 1793, Filipe Pinel assume a direção do Hospital Bicêtre, em Paris. Seu primeiro contato com o local foi assustador, havia celas escuras, sem ventilação, os pacientes eram acorrentados, não podiam se levantar, rodeados por sujeira, não recebiam visitas...

Para ele a condição de saúde do paciente não apresentava melhoras, pois estavam confinados em lugares extremamente inóspitos (ALEXANDER; SELESNICK, 1968).

A primeira medida adotada por Pinel foi libertar os pacientes das correntes (FIGURA 5), adotando uma relação de amizade com estes, estabelecendo um tratamento mais humanizado, chamado Tratamento Moral.

O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseia-se principalmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Para Pinel, a função disciplinadora do médico e do manicômio deve ser exercida com firmeza, porém com gentileza. Isso denota o caráter essencialmente moral com o qual a loucura passa a ser revestida. (SAUDE, 2013).

Com isso, muitos pacientes receberam alta. Logo sua iniciativa foi implantada em outros lugares, melhorando radicalmente a qualidade de vida dos transtornados.



FIGURA 5 - FILIPE PINEL LIBERTANDO OS LOUCOS DAS CORRENTES

FONTE: A Magia Da Sétima Arte (2013)

Pinel realizou vários estudos e definiu o cérebro como sede da mente, onde se manifesta a loucura. Ele dividiu os sintomas em categorias: mania, mania sem delírio, melancolia, demência e idiotismo⁷. Considerou a loucura como

⁷ Mania: delírio generalizado, lesão de várias funções, como percepção, memória, julgamento, etc. Viva excitação; Mania sem delírio: sem lesão das funções do entendimento, não há ideia delirante, justifica o furor ou o impulso a atos violentos; Melancolia: delírio parcial, limitado. Comportamento coerente, afeto triste ou alegre; Demência: abolição do pensamento, incoerência nas manifestações das faculdades mentais; Idiotismo: obliteração das faculdades mentais e afetivas.

alteração das faculdades cerebrais, cujas principais causas seriam físicas: como por exemplo, pancadas na cabeça, formação defeituosa do cérebro, hereditariedade e morais, como paixões violentas e excessos de todos os tipos (ALEXANDER; SELESNICK, 1968).

Muitos médicos foram influenciados pelo tratamento de Pinel, em Paris o marquês Armand Puységur, após realizar experimentos com magnetismo, descobre o hipnotismo. Com esse método, ele induzia o paciente a um transe durante o qual ele sugestionava sua cura.

Guillaume Ferrus implantou no Hospital Bicêtre um novo tratamento, a terapêutica do trabalho, que deu origem a terapia ocupacional (ALEXANDER; SELESNICK, 1968).

2.5 SÉCULO XIX

Segundo o Ministério da Saúde (1998), com o passar do tempo, o tratamento moral de Pinel foi se modificando e esvaziou-se das ideias originais do método. Permaneceram as ideias corretivas do comportamento e dos hábitos dos doentes, porém como recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional.

A loucura foi definida como doença e passível de cura. Era o século da Razão, das Luzes, o Iluminismo. Ocorre a valorização do pensamento científico e o hospital passa a ser tratado como espaço terapêutico.

No entanto, deve-se ter cuidado ao imprimir a esse acontecimento uma ótica humanitária e altruísta, pois essa medicalização no manicômio⁸ não se deu visando a melhoria do estado clínico do paciente, mas simplesmente uma anulação dos efeitos negativos aplicados anteriormente no hospital. (FOULCALT, 2005).

Esse modelo hospitalar preconizava o controle total, para tal foram adotadas medidas para delimitar o espaço físico dos pacientes, com vigilância continua e registro constante.

⁸ O termo manicômio surge a partir do século XIX e designa mais especificamente o hospital psiquiátrico, já com a função de dar um atendimento médico sistemático e especializado.

Esse confinamento criou um mundo próprio dos insanos, afastando-os cada vez mais da sociedade exterior, e aplicando o discurso de que o insano é um ser perigoso e inconveniente, que devido sua doença não pode conviver dentro das normas sociais. O paciente passou a saber cada vez menos sobre si próprio e sobre sua doença, tornando-se alienado, e conferindo essa função ao especialista.

O tratamento dado ao paciente ainda era mais uma prática de tortura do que a uma prática médico-científica. Tanto a corrente organicista quanto aquela que acreditava no tratamento moral, não dispensavam os tratamentos físicos. Nestes tratamentos buscava-se dar um choque no paciente, fazer com que passasse por uma sensação intensa, que o tirasse de seu estado de alienação (ALEXANDER; SELESNICK, 1968).

Eram correntes as práticas de sangria, de isolamento em quartos escuros, de banhos de água fria, além dos aparelhos que faziam com que o paciente rodopiasse em macas ou cadeiras durante horas para que perdesse a consciência (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998).

No Brasil, até então, os transtornados estavam pelas ruas, em prisões ou então nos porões da Santa Casa de Misericórdia. Só em 1830 passam a ser considerados doentes mentais e ter um espaço próprio para reclusão (NAMBA, 2008). O objetivo do isolamento era separar o insano da sociedade e da família, que então era julgada parcialmente culpa pelo problema.

O primeiro hospício é criado em 1852 [?]⁹, no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, o Hospício D. Pedro II (FIGURA 6). O hospício possuía ambientes amplos e decoração luxuosa, sendo popularmente conhecido como “Palácio dos Loucos”.

O tratamento era dividido por classes sociais, pertenciam à primeira classe os indivíduos brancos, membros da corte, fazendeiros e funcionários públicos; à segunda, os lavradores e serviçais domésticos; à terceira, pessoas de baixa renda e escravos pertencentes a senhores importantes; e a uma quarta mais numerosa que as anteriores, os marinheiros de navios mercantes, indigentes, principalmente os ex-escravos, e aos escravos de senhores que comprovadamente não tivessem recursos para a despesa do tratamento (SAÚDE, 2013).

⁹ Essa data é incerta, cada referência traz um ano diferente. O ano de 1852 é o mais provável.

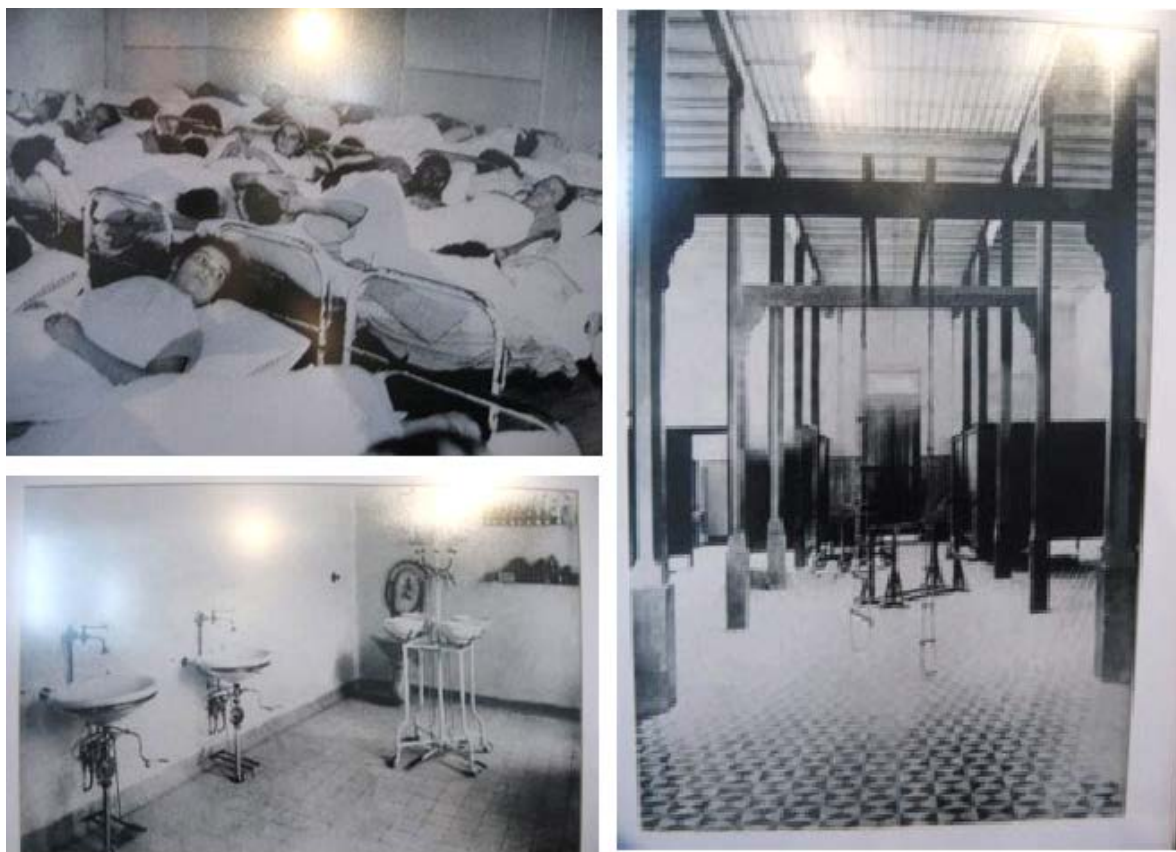


FIGURA 6 - HOSPÍCIO PEDRO II. ACIMA A ESQUERDA: LEITOS; ABAIXO À ESQUERDA: LABORATÓRIO; À DIREITA: SALA DE RECREAÇÃO.

FONTE: Fnt (2013)

Enquanto os pacientes de primeira e segunda classe viviam em quartos individuais ou duplos e passavam o tempo com pequenos trabalhos manuais, jogos e leitura, os de terceira e quarta trabalhavam na cozinha, manutenção, jardinagem e limpeza. Paradoxalmente, os últimos recuperavam-se com mais facilidade que os primeiros, que devido ao ócio continuavam internados (SAÚDE, 2013).

Em 1890 é desanexado da Santa Casa de Misericórdia e passa a ser Chamado de Hospício Nacional de Alienados, recebendo ainda mais pacientes. Inicia-se sua fase de decadência, suas luxuosas instalações tornam-se precárias frente a sua superlotação levando a baixa qualidade no atendimento.

“Quando este hospício foi inaugurado, dos seus 350 leitos, apenas 144 estavam ocupados e após um ano de funcionamento estava com lotação esgotada. A partir de 1904, nota-se um excesso de doentes, levando a uma superpopulação”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p.12).

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

Este recurso amplamente usado nos hospitais brasileiros, não raro, era substituído por celas fortes, verdadeiras solitárias, onde o paciente permanecia até a remissão do seu surto. Esta prática perdeu sua importância com o advento dos neurolépticos e com as práticas de reabilitação psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998)

A partir de então surge a Assistência Médico-legal a Alienados, dirigida por Teixeira Brandão. Além do Hospital Nacional de Alienados era composta por colônias distanciadas dos centros urbanos, baseadas em modelos europeus e que serviam como tratamento terapêutico. Esse novo modelo aliado à estatização dos hospitais deu origem a primeira reforma psiquiátrica brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

2.6 SÉCULO XX

O doente mental agora estava confinado dentro de um espaço limitado e sem controle sobre suas decisões. Muitas vezes abandonado e ignorado pelos familiares passou a ser objeto de estudo e de pesquisas.

Muitas formas de tratamento e inovações foram introduzidas naquela época tais como insulino-terapia de Sakel, eletroconvulsoterapia de Ugo Cerletti, entre outros métodos de tratamento. A fundamentação teórica para estes procedimentos seria que uma desmontagem da estrutura psíquica proporcionaria uma reconstrução sadia. (LOPES, 2001)

No início do século, Sigmund Freud associou-se com Josef Breuer, médico que utilizava a hipnose no tratamento de seus pacientes. Logo Freud descobriu que a hipnose era desnecessária para ter acesso às lembranças dos pacientes. Surge assim a psicanálise.

O paciente acomodava-se no divã e respondia a uma série de perguntas. Esse questionário conhecido como livre associação, permitia ao entrevistador descobrir as causas das neuroses e histerias. Freud também utilizou a interpretação de sonhos como instrumento de trabalho. A partir de então, percebeu-se que as atitudes humanas não dependiam apenas da vontade dos homens, mas que eram condicionadas através do inconsciente humano (SENTIDOINSENSATO, 2013).

Ele acreditava que a loucura era causada por fatores psíquicos e seu tratamento psicoterápico consistia na palavra do paciente como expressão dos conflitos conscientes e inconscientes. Segundo Herrmann (1988), a psicanálise se transformou em método investigativo, técnica terapêutica e conhecimento científico.

Freud dividiu o inconsciente em três partes: *Id*, *Ego* e *Superego*. Cada um possui uma função específica, cabendo ao *id* promover a libido. É a parte instintiva do inconsciente e também a menos acessível. O *superego*, por sua vez, é ligado à moralidade e é o oposto do *id*. O *ego* é a parte do inconsciente que está vinculada com a realidade, e sua função é fazer a regulação das pulsões do *id* e das pulsões do *superego*. O indivíduo que age majoritariamente através dos instintos ou através da racionalidade tende a sofrer problemas psíquicos, pois há um fluxo desigual de pulsões vindas do inconsciente, o que acaba por afetar todo o comportamento pessoal. (SENTIDOINSENSATO, 2013).

Para ele, as disfunções psíquicas tinham origem sexual e ocorriam ainda na infância. O prazer sexual começaria a partir do início da existência de cada pessoa, e com o passar do tempo as zonas erógenas mudam.

Os textos freudianos de 1920 e 1924, sobre as diferenças entre neurose e psicose, são típicos da nova psicopatologia do século XX. Nela o conceito de eu torna-se crucial: toda a patologia mental implicará dificuldades do eu para afirmar-se ante as exigências instintivas do *id* e as da realidade circunstante. Em 1923, Freud definiu cristalinamente sua distinção entre neurose e psicose: 'A neurose seria o efeito de um conflito entre o eu e o seu *id*, enquanto a psicose representaria o resultado análogo de uma perturbação semelhante nas relações entre o eu e o mundo externo'. Em 1924, escreveu: '(...) em outras palavras: a neurose não renega a realidade, mas apenas não quer saber dela; a psicose, porém, renega a realidade e tenta substituí-la'. Num primeiro momento, o eu retira-se de uma realidade incompatível com as exigências instintivas do *id* e, portanto, intolerável; num segundo momento, tenta construir uma realidade substitutiva, mais conforme as pressões do *id*. (PESSOTTI, 2007).

Alfred Adler, também criou relações psicológicas com a doença mental. Para ele, os distúrbios psicológicos eram originários da "vontade do poder", a

existência de um conflito entre o querer e o poder, que culminaria num complexo de inferioridade, que levaria a neurose. Ele criou o método da supercompensação. Com ele, promovia a defesa do ego pra superar as fraquezas humanas que geram a doença mental.

Logo surgem novos tratamentos para conter os surtos psicóticos. Em Berlim (1927), Manfred Sakel induziu pacientes agitados ao choque insulínico, no entanto as melhoras eram temporárias. Na Hungria (1933), Ladislau Von Meduna aplicou convulsões com Cardizol, droga que provoca sensações terríficas, e que só era eficiente em alguns casos. Em Roma (1937), Ugo Cerletti e Luvio Bini empregaram a eletroconvulsoterapia, ao fazer passar uma corrente elétrica pelo cérebro do paciente (HERRMANN, 1988).

Devido à facilidade, o eletrochoque foi aplicado em diversas instituições por muito tempo. No entanto, a utilização indiscriminada, fez com que fosse abolida, pois era aplicada como forma de castigo para pacientes problemáticos.

Surge ainda a lobotomia uma técnica cirúrgica que secciona as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo e outras vias frontais associadas, provocando alterações de personalidade e deterioração cerebral irreversível. A técnica foi abolida em 1955.

A partir da segunda metade do século XX surgem as pesquisas quimioterápicas em pacientes com transtornos mentais. Em 1949 foram realizadas pesquisas com a aplicação de lítio em pacientes excitados. O uso de psicofármacos introduziu uma mudança no tratamento dos indivíduos portadores de transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Os primeiros a serem beneficiados com esse novo tratamento foram os esquizofrênicos, submetidos aos efeitos das drogas antipsicóticas, também chamadas drogas antiesquizofrênicas ou neurolépticos.

Até o fim da Segunda Guerra Mundial ainda vivenciava-se o modelo asilar e segregador. Somente com o fim da guerra, a população passa a comparar a situação presente nos hospitais psiquiátricos com campos de concentração, devido sua situação de miséria. Começam então a serem discutidos novos tratamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Especialmente na Europa e na América do Norte surgem críticas ao modelo hospitalocêntrico, apontando uma possível reformulação. Alguns desses movimentos colocavam em questão o próprio dispositivo médico psiquiátrico e as

instituições a ele relacionadas, como exemplo, a experiência de Franco Basaglia nas cidades italianas de Gorizia e Trieste, as quais tinham como principal referência a defesa da desinstitucionalização (GOULART, 2007).

Basaglia aboliu as medidas de repressão, reclusão e proporcionou reuniões onde os pacientes podiam se manifestar abertamente. O ideal de Franco Basaglia era uma sociedade sem exclusão, que possibilitasse convivência entre os diferentes.

Segundo Goulart (2007) em 1978 foi aprovada uma lei italiana, chamada Lei Basaglia, que proibia a construção de manicômios, impedia novas admissões, regulamentava as internações compulsórias ou o sequestro de doentes mentais e garantia seus direitos de autodefesa e autotutela.

A reforma nas instituições psiquiátricas italianas, além de serem recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, serviu como parâmetro para a reorientação das políticas de saúde mental em todo mundo.

“Os resultados objetivos do movimento antimanicomial italiano foram a conquista de uma nova legislação psiquiátrica (Lei 180) e uma profunda reforma no modelo assistencial.” (Goulart, 2007, p.23).

3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

3.1 ANTECEDENTES

No Brasil, Dra. Nise da Silveira (década de 40) inicia no Hospital Psiquiátrico Pedro II um movimento de resistência aos tratamentos vigentes, propondo a inserção da arte como tratamento terapêutico, assim como abrindo o campo restrito da saúde mental a profissionais de outros campos de saber, com o intuito de inclusão social (GOULART, 2007).

Franco Basaglia veio ao Brasil em 1978 e 1979, primeiro para participar de um seminário de psiquiatria, depois, a convite, ofereceu seminários e participou das denúncias aos maus tratos aos usuários dos serviços psiquiátricos hospitalares. Fortaleceu assim diversas iniciativas de mudança, especialmente o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

Durante os últimos anos da ditadura militar, de um lado, o governo reprimia as formas de associação e participação, de outro, ganhavam força os movimentos sociais e a reorganização da sociedade política.

Nesse contexto, o sistema psiquiátrico privado estava em plena ascensão, no entanto a Previdência não suportava seus altos custos, além desse sistema ser resistente à fiscalização pública e ser descomprometido com o paciente.

A situação era de tal gravidade que as reformas nos hospitais públicos não seriam suficientes (FIGURA 7). “Mesmo as primeiras propostas ambulatoriais, ainda na década de 1980, através da estruturação das equipes de saúde mental, foram ineficientes.” (GOULART, 2007, p.29).

A sociedade civil, através da I Conferência nacional de Saúde e, posteriormente, de Saúde Mental (1987), propôs a Constituição Cidadã (1988), que estabeleceu a saúde como direito do cidadão e obrigação do Estado, e criou o SUS¹⁰, Sistema Único de Saúde, onde as ações em saúde mental estariam organizadas. (Goulart, 2007, p.29).

¹⁰ A este processo e sua continuidade, dentro do campo da saúde, denomina-se “Reforma Sanitária”.



FIGURA 7 - HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA – UM DOS MAIORES HOSPÍCIOS DO PAÍS
 FONTE: Psicologia Nic Saúde (2013)

Entretanto, dentro do campo da saúde mental, o modelo hospitalar permanecia com constância, especialmente porque, a partir da década de 1970, essas instituições foram privatizadas e eram altamente lucrativas.

3.2 INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO PARANÁ

O primeiro hospital psiquiátrico criado no Paraná foi o Hospital Nossa Senhora da Luz, em Curitiba, inaugurado no ano de 1903, nomeado com Hospício nossa Senhora da Luz. Tinha como objetivo atender os alienados que estavam internados na Santa Casa de Misericórdia, a qual estava vinculado ou presos na cadeia do lugar. Em 1999 passou a fazer parte do complexo hospitalar da PUC/PR. (WADI E CASAGRANDE, 2011).

Até o ano de 1945 era tido como referência no atendimento aos doentes mentais. Nesse ano foi inaugurado o segundo hospital psiquiátrico, o Sanatório

Bom Retiro, também em Curitiba, hoje chamado Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro.

Em 1954 foi inaugurado o terceiro hospital psiquiátrico e também primeiro em atendimento público, na cidade de Pinhais, o “Hospital Colônia Adauto Botelho, em homenagem ao então diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), psiquiatra conceituado e professor de psiquiatria no RJ.” (WADI E CASAGRANDE, 2011).

Como até então essas instituições estavam localizadas apenas na capital, tornando-se difícil o deslocamento dos doentes do interior do estado, em 1957 foi inaugurado o Hospital Shangri-lá, hoje chamado Hospital Psiquiátrico de Londrina, nessa cidade.

Um ano depois foi anunciada a criação de Ambulatórios de Higiene Mental nas cidades de Maringá e Guarapuava, mas segundo Wadi e Casagrande (2011), a construção desses ambulatórios cresceu em ritmo lento, especialmente a partir de meados da década de 60.

Após o Golpe Militar de 1964 ocorreu a privatização dos hospitais gerais de todo o Brasil, bem como dos hospitais e clínicas psiquiátricas. Em vinte anos o número desse tipo de instituição aumentou 250 % (FIGURA 8), tendo seu auge na década de 1970 (FIGURA 9).

Nome	Município	Ano
Hospital Psiquiátrico de Maringá	Maringá	1962
Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha	Ponta Grossa	1967
Clínica Dr. Hélio Rotenberg	Curitiba	1968
Hospital e Casa de Saúde São Marcos	Cascavel	1970
Hospital Psiquiátrico Nosso Lar	Loanda	1970
Casa de Saúde de Rolândia	Rolândia	1970
Clínica Santa Cruz	Umuarama	1970
Clínica Heidelberg	Curitiba	1972
Hospital San Julian	Piraquara	1975
Hospital Psiquiátrico Filadélfia	Marechal Cândido Rondon	1979

FIGURA 8 - HOSPITAIS PSIQUIATRICOS CRIADOS NAS DÉCADAS DE 60 E 70

FONTE: Wadi e Casagrande (2011)

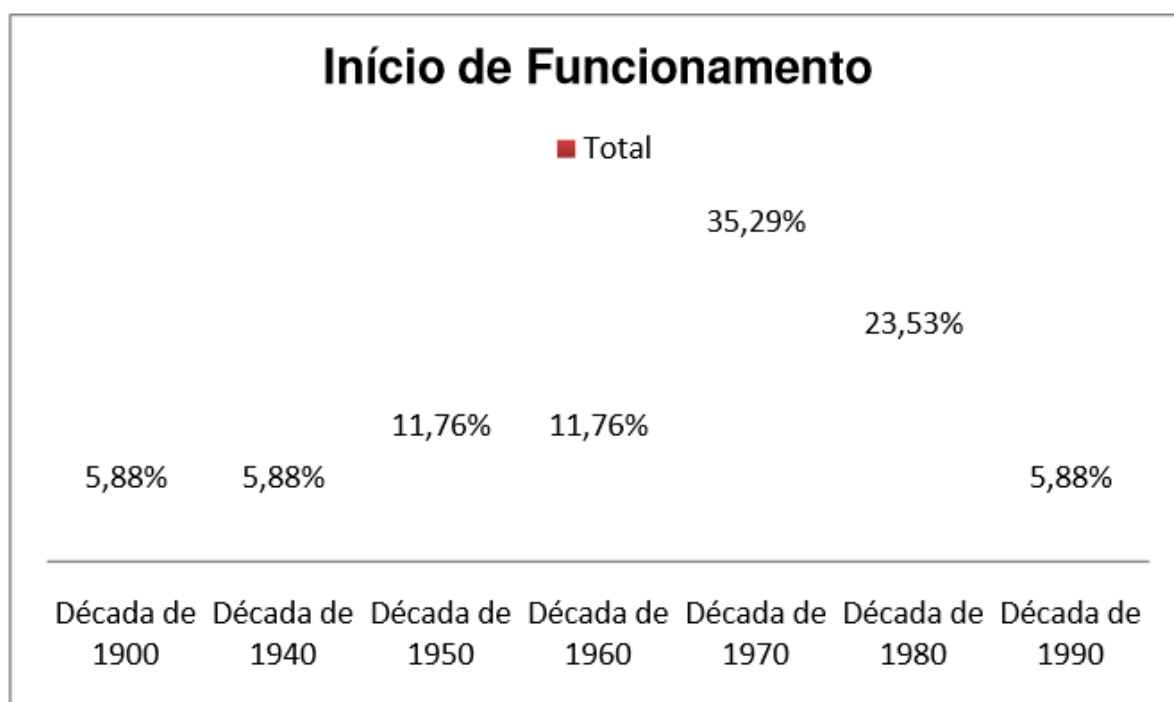


FIGURA 9 - INÍCIO DE FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO PARANÁ
 FONTE: Wadi e Casagrande (2011)

O argumento utilizado para esse elevado crescimento no número de instituições era de que havia uma grande necessidade, pois estava ocorrendo um elevado crescimento populacional que se aliava aos problemas da vida agitada da era moderna, gerando inúmeros transtornos psicológicos.

Outros argumentos eram de que o tratamento psiquiátrico estava concentrado em Curitiba e de que só havia um hospital público para atendimento aos doentes mentais e tinha precariedade no sistema de atendimento.

Hoje, “o Paraná conta com um número irrisório de leitos em hospitais gerais [...] principalmente, porque o estado possui um número ainda pequeno das chamadas estruturas comunitárias – CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios de saúde mental –, bem aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde.” (WADI E CASAGRANDE, 2011)

Entretanto todos esses serviços de assistência mental estão implantados especialmente nas maiores cidades do estado, ficando a grande maioria sem esse tipo de atendimento.

3.3 O ÁPICE DA REFORMA

Em 1987 tem-se o início do movimento de luta antimanicomial brasileiro, que segundo Goulart (2007, p.29-30) “nascido do conjunto de atores sociais que lutavam por democracia e por saúde e, em especial, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, reagiu a esse cenário.”

O principal desencadeador da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental. Assim, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, um lugar de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica (SAUDE, 2013).

Entre suas reivindicações estavam o aumento salarial, a redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, e críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Esse movimento contou com a adesão de usuários, familiares, da sociedade e de técnicos especializados no tratamento da saúde mental.

De acordo com o Ministério da saúde a rede de atenção deveria ser substituída por uma rede de serviços diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidade de atenção intensiva em saúde mental, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionassem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tivessem como princípio a integridade do cidadão.

Os anos 1990 consolidaram os princípios de democratização inerentes ao projeto de mudança em construção. A descentralização promovida pelo Sistema Único De Saúde, associada a variáveis de política local, permitiram o desenvolvimento de ações alternativas e, num segundo momento, substitutivas ao modelo asilar ou centrado no hospital psiquiátrico. Aumentou a fiscalização de clínicas e hospitais psiquiátricos e, paulatinamente, limitou-se o parque manicomial em todo o país. (Goulart, 2007, p.30-31).

3.4 LEGISLAÇÃO ATUAL

Entre o fim dos anos 80 e início dos 90, motivado pela Reforma Sanitária, ocorre uma tentativa de reestruturação no campo da saúde mental no Brasil. Assim, em 1989 é apresentado na Câmara de Deputados um projeto de lei (Lei 3657-D), de autoria do deputado Paulo Delgado, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica. Ou seja, sua proposta principal concentrava-se na substituição do modelo hospitalocêntrico. Após muitas discussões essa lei não foi aprovada.

No ano de 1990 é aprovada a Declaração de Caracas, a qual analisa as péssimas condições existentes nos hospitais psiquiátricos – isola o doente do seu meio, promove incapacidade social, põem em perigo os direitos humanos e civis, entre outros - e afirma a necessidade da reestruturação da assistência psiquiátrica, através de modelos alternativos centrados na comunidade e dentro das suas redes sociais garantindo o bem estar e os direitos humanos e civis do cidadão.

Em 6 de Abril de 2001, entra em vigor a Lei 10.216, uma reformulação do antigo projeto da Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, além de indicar um novo modelo assistencial para o tratamento dessas pessoas.

Ela tem caráter universal, não distinguindo qualquer pessoa, regulamentando em especial o acesso ao tratamento de acordo com as necessidades individuais, a inserção na família, no trabalho e na comunidade, a proteção contra abusos e exploração, a presença médica para esclarecer a necessidade ou não da hospitalização involuntária, o tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasores possíveis e, tratada preferencialmente em serviços comunitários (BRASIL, 2001).

A seguir são listados e descritos todos os serviços de tratamento e apoio à saúde mental, vigentes hoje no Brasil.

UNIDADES DE TRATAMENTO PARA PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS - CONTINUA					
UNIDADE	PÚBLICO	PERÍODO DE PERMANENCIA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	PROGRAMA MÍNIMO	OSERVAÇÃO
Unidade básica/ Centro de Saúde/ Ambulatório	A ser estabelecido pelo Órgão Gestor Local	Atendimento rápido	– atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros); – atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde); – visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior; – atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.	Psiquiatria, psicologia, enfermagem, assistência social, terapia ocupacional, fonoaudiologia, neurologia, apoio.	Atendimento de nível ambulatorial
Hospital dia	População com transtornos controlados ou com crises temporárias	Máximo oito horas durante cinco dias na semana	– atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros); – atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); – visitas domiciliares; – atendimento à família; – atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;	Salas para trabalho em grupo, salas de refeições, área externa para atividades ao ar livre, leitos para repouso eventual, psiquiatria, enfermagem, assistência social, terapia ocupacional.	Atendimento intermediário entre nível ambulatorial e a internação

UNIDADES DE TRATAMENTO PARA PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS - CONTINUAÇÃO					
UNIDADE	PÚBLICO	PERÍODO DE PERMANENCIA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	PROGRAMA MÍNIMO	OSERVAÇÃO
Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral	Casos de urgência, pacientes em crise aguda.	Máximo 72 horas	– avaliação médico-psicológica e social; – atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros); – atendimento grupal (grupo operativo, de orientação); – atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).	Psiquiatria, clínico geral, psicologia, assistência social, enfermagem.	Funcionamento diário 24 horas
Leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral	Casos de internamento necessário	Máximo necessário para estabilização do quadro clínico	– avaliação médico-psicológica e social; – atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros); – atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas); – abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;	Psiquiatria, clínico geral, psicologia, assistência social, enfermagem, terapia ocupacional.	O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, depois de esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência.

UNIDADES DE TRATAMENTO PARA PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS - CONTINUAÇÃO					
UNIDADE	PÚBLICO	PERÍODO DE PERMANENCIA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	PROGRAMA MÍNIMO	OSERVAÇÃO
Hospital especializado em psiquiatria	Casos de internamento necessário	Máximo necessário para estabilização do quadro clínico	– avaliação médico-psicológica e social; – atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros); – atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas); – abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento; – preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.	Enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6 m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada; sala de curativos; área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída; sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40 m², mais 20 m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar; ala médica; assistência social; terapia ocupacional; psicologia; nutricionista.	Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação

UNIDADES DE TRATAMENTO PARA PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS - CONTINUAÇÃO					
UNIDADE	PÚBLICO	PERÍODO DE PERMANENCIA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	PROGRAMA MÍNIMO	OSERVAÇÃO
CAPS	Pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar.	Máximo oito horas por dia, até sete dias por semana.	– atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); – visitas domiciliares; – atendimento à família; – atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;	Psiquiatria, enfermagem, assistência social, terapia ocupacional, leitos para repouso, pedagogia, artesanato, apoio.	CAPS I - Atende municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II - Atende municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III - Atende municípios acima de 200.000 habitantes; CAPS i II - Atende crianças e adolescentes em municípios com cerca de 200.000 habitantes; CAPS ad II - Atende pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas em municípios com mais de 70.000 habitantes.

UNIDADES DE TRATAMENTO PARA PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS - CONCLUSÃO					
UNIDADE	PÚBLICO	PERÍODO DE PERMANENCIA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	PROGRAMA MÍNIMO	OSERVAÇÃO
Residências Terapêuticas	Pacientes com alto grau de dependência institucional, como aqueles que tiveram internação prolongada nos últimos anos e, que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia.	Indeterminado	- Moradia	- Quarto, banheiro, estar, copa, cozinha.	Cada unidade habitacional deve atender até oito moradores

QUADRO 1 - QUADRO COMPARATIVO - TIPOS DE UNIDADE DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL
 FONTE: O autor (2013)

3.5 ATIVIDADES EXTRA-HOSPITALARES

Surge em 19 de Novembro de 1991 a Portaria SNAS nº 189, de que entre outras disposições trata de atividades de terapia ocupacional e ressocialização de pacientes acometidos de transtornos mentais.

Ela regulamenta as Oficinas Terapêuticas em dois níveis:

- Oficinas Terapêuticas I – são executadas por profissionais de nível médio, através de atividades como: carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, sendo realizadas em âmbito extra-hospitalar;
- Oficinas Terapêuticas II – são executadas por profissionais de nível superior, através de atividades como: teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, sendo realizadas em âmbito extra-hospitalar;

Ambas são atividades de caráter grupal, tendo no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes, visando a ressocialização, a expressão e a reinserção social.

3.6 LEGISLAÇÃO X ARQUITETURA

Antes da Lei 10.216 os espaços destinados ao tratamento psiquiátrico, chamados de manicômios ou hospícios, geralmente eram locais grandes, com arquitetura imponente, onde os pacientes viviam e conviviam em grandes quartos, com inúmeros leitos em cada um, sendo marcados por inúmeras alas ou blocos com dormitórios, locais para apoio (cozinha, lavanderia, depósitos) e quase nenhuma área para estar e atividades de lazer. Nesses locais os ambientes eram inóspitos, muitas vezes mal ventilados, mal iluminados, em que o paciente mal tinha liberdade de locomoção.

Após a Reforma Psiquiátrica, com a publicação da Lei Paulo Delgado, esses antigos ambientes deveriam ser substituídos por outras estruturas, nas quais os pacientes tenham maior liberdade, mais espaços de convivência e que possibilitem seu retorno para a convivência em sociedade.

Esses espaços variam de acordo com o tipo de serviço prestado (regime ambulatorial, hospital dia, hospital geral, hospital especializado, residência terapêutica), entretanto podem ser verificados pontos em comum entre eles, como a predominância de espaços menores, quartos com menos leitos (geralmente de 2 a 4), áreas de lazer, de convivência, espaços para realização de oficinas terapêuticas (como pintura, escultura, artesanato...), buscando a minimização do caráter hospitalar e assimilando à residência do paciente.

Entretanto, apesar da legislação ser vigente e preponderar por essas características, há uma grande parcela de doentes mentais que vivem em ambientes precários, junto com idosos em asilos, em prisões e penitenciárias ou mesmo nas ruas.

4. ANÁLISE DE CORRELATOS

A seguir serão analisados alguns locais que desenvolvem atividades de tratamento psiquiátrico em níveis local e internacional, a fim de entender como se dão essas atividades, como o espaço é ocupado, suas relações com o contexto, as influências dos ambientes sobre o usuário, entre outros.

Entretanto, deve-se lembrar de que a legislação brasileira é única, mesmo sendo baseada em leis internacionais, portanto, as unidades de tratamento presentes no Brasil são diferentes dos modelos presentes em outros países.

4.1 RESIDÊNCIA PARA DEFICIENTES MENTAIS EM HOKKAIDO JAPÃO – SOU FUJIMOTO -2003



FIGURA 10 - IMAGEM POSTERIOR DA RESIDENCIA

FONTE: El Croquis (2010)

Projeto de uma residência destinada a abrigar pessoas com deficiência mental, localizado em Date-Shi, na ilha de Hokkaido, Japão. Realizado pelo arquiteto japonês Sou Fujimoto e construído em 2003

O programa compreende dormitórios, cozinha, despensa, sala de refeições, sala de estar, sala de aconselhamento psicológico, administração, área para fumantes, central de aquecimento, sanitários, vestiários e áreas de apoio - para vinte pessoas.

4.1.1 Características geográficas da região

Hokkaido é uma das ilhas que formam o Japão (FIGURA 11), localizada na porção norte do país, é a segunda maior do arquipélago japonês. A província é banhada ao norte e a leste pelo mar de Okhotsk, ao sul pelo Oceano Pacífico e a oeste pelo mar do Japão.



FIGURA 11 - MAPA DO JAPÃO

FONTE: Embaixada do Japão no Brasil (2013)

Com seu clima subártico a ilha possui quatro estações bem definidas, verão ameno e inverno muito frio. No mês de agosto ocorrem as maiores temperaturas com média máxima de 23° C (sendo a de Curitiba 29° C) e, média mínima de – 7° C (em Curitiba próximo de 0° C) entre janeiro e fevereiro, sendo média anual de 8°C, com precipitação¹¹ anual de 1.150 mm (para a capital paranaense 1500 mm). É um local que recebe em média poucas horas de sol por dia, entre 3,5h no inverno e 7h no verão.

Hokkaido é atravessada por uma cadeia de montanhas, sofre com a incidência de tufões e é famosa pelo seu cenário natural, incluindo florestas naturais, vulcões ativos e vários lagos.

Sua latitude é equivalente a de Boston nos Estados Unidos, Porto em Portugal, Barcelona na Espanha e Roma na Itália. Portanto, trata-se de uma província costeira, que sofre influências marítimas, e que possui condições climáticas pouco próximas as de Curitiba e região metropolitana, tendo como principal diferença as baixas temperaturas que chegam a -12° C no inverno ocorrendo precipitação em forma de neve.

4.1.2 Implantação

A edificação esta implantada no alto de um platô, às margens de uma rodovia (FIGURA 12), sendo separada desta por um grande talude que delimita a divisa do terreno, conferindo privacidade e segurança aos moradores (FIGURA 13).

Trata-se de um terreno imerso na área rural, mas que esta imediatamente as margens da área urbana, situando-se a um quilômetro do perímetro de adensamento da cidade, proporcionando facilidade de acesso a diversos serviços (como hospitais – distanciados a 2 km) e comércio.

Está cercado de áreas verdes e agrícolas, praticamente sem construções em seu entorno, valorizando o caráter bucólico e silencioso do lugar.

¹¹ Incluem-se aqui todas as formas de precipitação, como chuvas e neve.

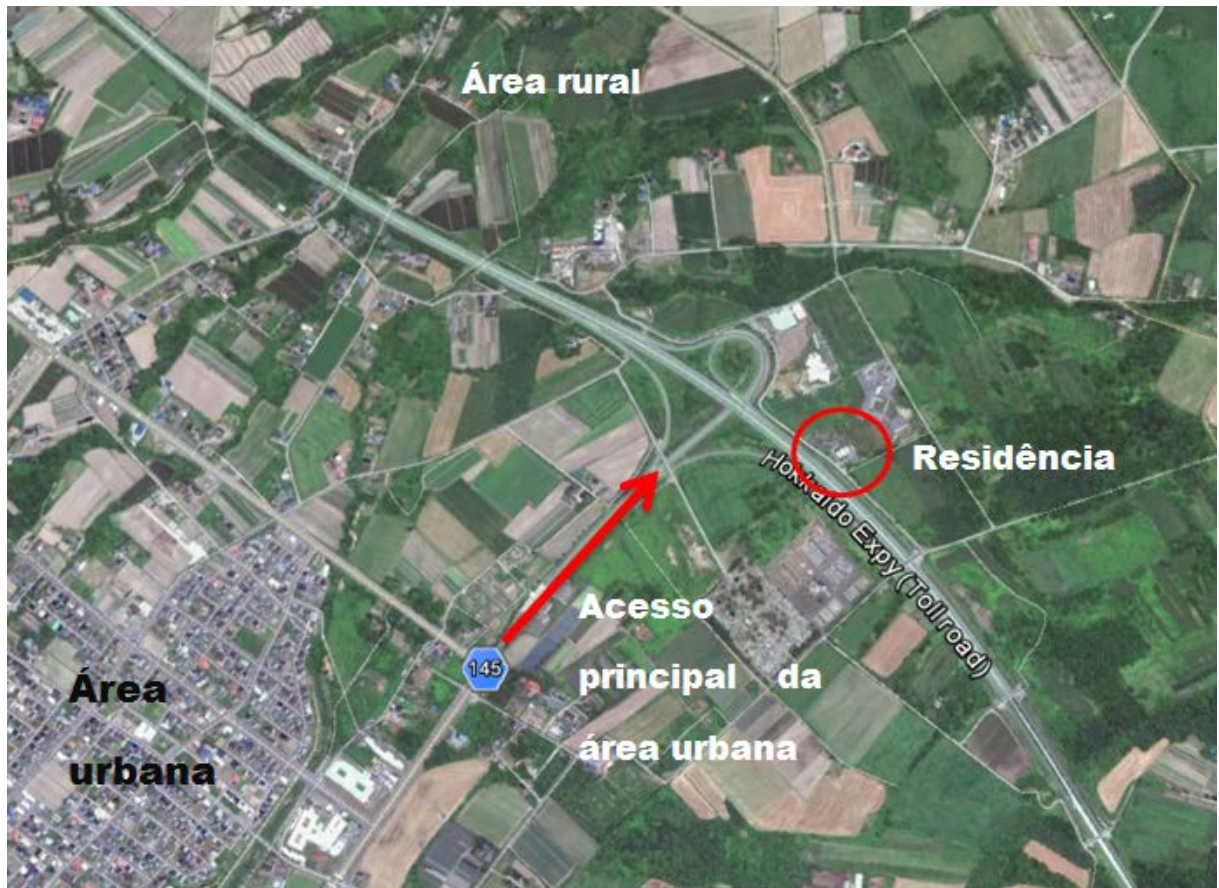


FIGURA 12 - IMPLANTAÇÃO DA CONSTRUÇÃO

FONTE: Google Earth (2013)



FIGURA 13 - IMAGEM DO TERRENO A PARTIR DA RODOVIA

FONTE: Google Street View (2013)

O terreno é cercado com uma tela de proteção com altura elevada, a fim de evitar que haja fuga dos pacientes/ moradores. Devido sua condição geográfica, possui uma visão privilegiada, de um lado a cidade e o mar ao fundo, de outro a cadeia de montanhas que cerca a região. Como a rodovia está em nível inferior ao do platô (FIGURA 13) onde está a construção, ocorre uma amenização da paisagem, predominando a vista superior da cidade.

Esse terreno é ocupado também, por outros serviços públicos (FIGURA 14), tendo do seu lado esquerdo um colégio, um centro de reabilitação psiquiátrica para crianças (a ser analisado posteriormente), um conjunto com outras duas residências (também a ser analisado posteriormente), ao fundo um hospital integrado a uma clínica da mulher e do lado direito um escritório de serviços.

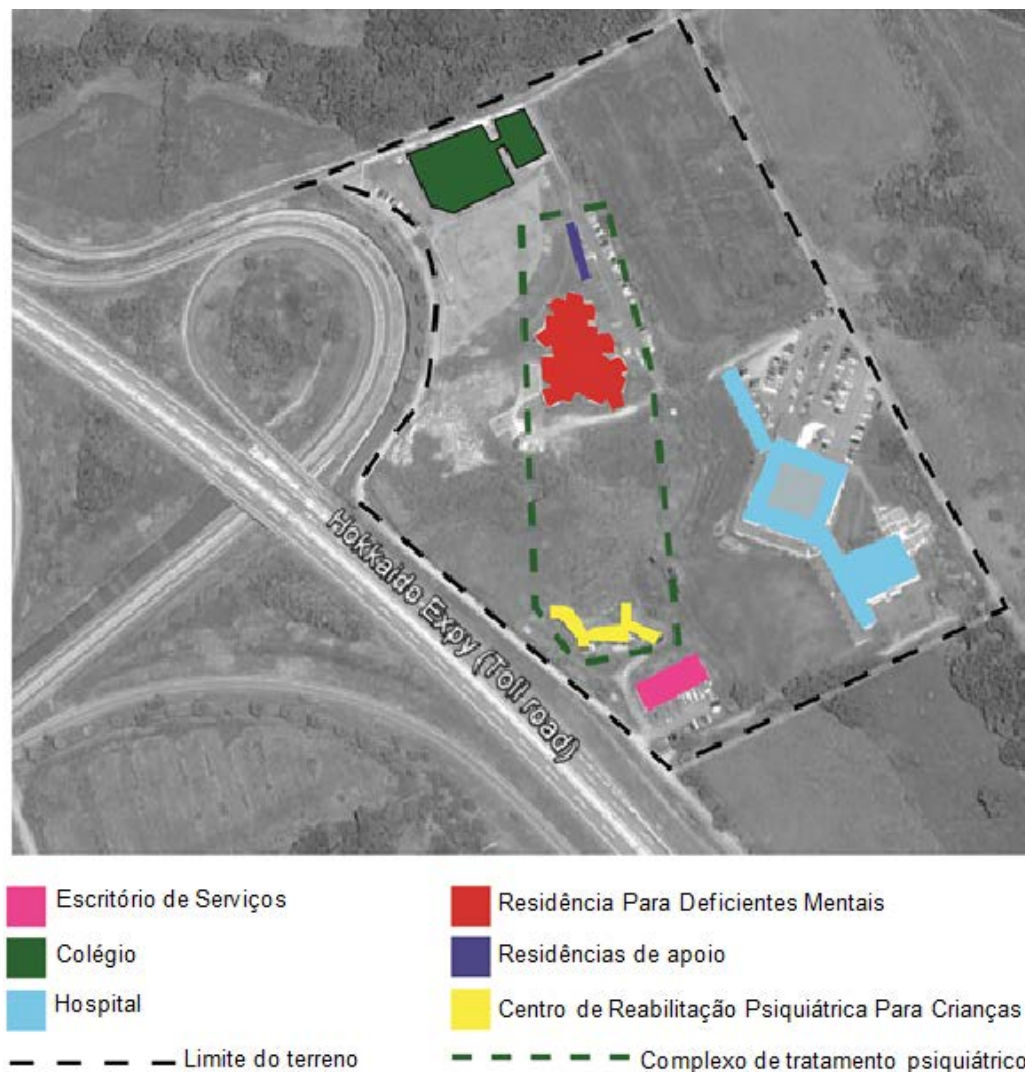


FIGURA 14 - CONSTRUÇÕES PRESENTES NO TERRENO

FONTE: Google Earth (2013)

A proximidade com esses serviços possibilita uma fácil integração entre eles, especialmente entre moradia, reabilitação e tratamento de urgência, formando um complexo de tratamento, mas com usos independentes.

O acesso se dá em espiral, criando diferentes perspectivas de quase todos os lados da edificação (FIGURA 15), proporcionando diversas visuais que se somam a diversidade das formas e da paisagem, destacando a quarta dimensão da arquitetura e criando uma promenade.

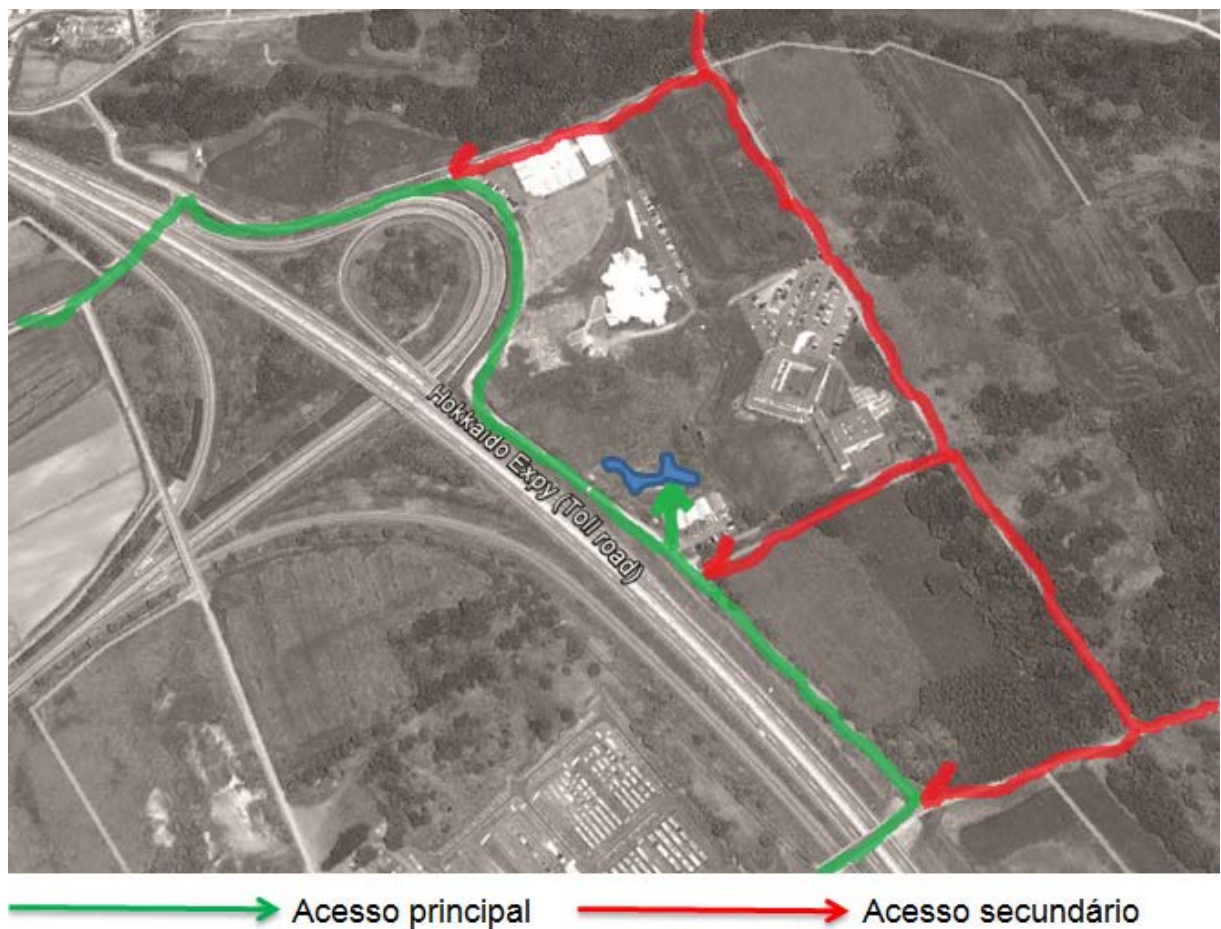


FIGURA 15 - ACESSOS A CONSTRUÇÃO

FONTE: O autor (2013)

4.1.3 Características espaciais

O arquiteto aplicou nesse projeto uma de suas marcas, o uso da ambiguidade, onde buscou conciliar o conceito de lugar confortável e o sentido de diversidade e imprevisibilidade próprias da vida urbana. Com isso, ele cria um

ambiente que abriga pessoas diversas, com características únicas, que buscam seu espaço reservado, mas que convivem juntas e cuja funcionalidade atende a todas.

O programa foi disposto em dois pavimentos, sendo marcado pelo jogo de volumes (FIGURA 16), dispostos de maneira “desorganizada”, criando ângulos entre esses cubos, gerando ocos e rincões que servem como espaço de estar para os moradores. Todos os módulos foram propositalmente dispostos com orientações diferentes, criando espaços diferentes na união entre um e outro.

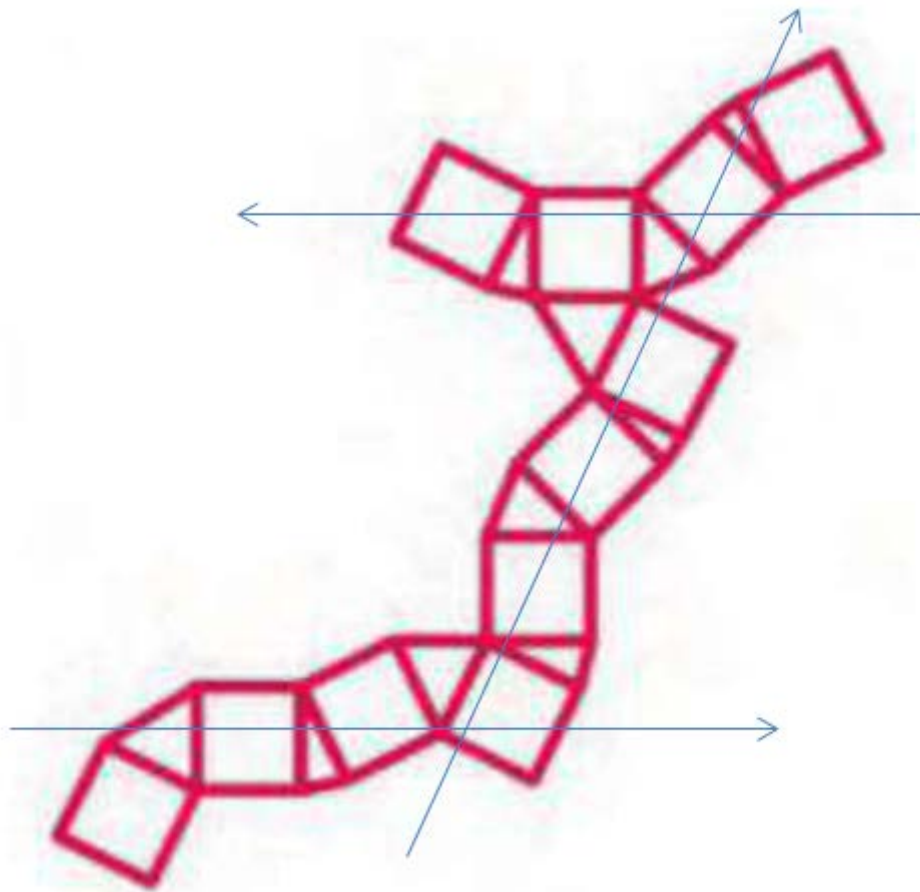


FIGURA 16 - ESQUEMA DE DISPOSIÇÃO DOS VOLUMES – EM PLANTA

FONTE: El Croquis (2010) – Editado pelo autor

O partido adotado se deu através da adição linear de volumes cúbicos em três eixos lineares estruturadores, (FIGURA 16), dois sentido norte - sul e outro transversal, sentido leste - oeste. A espacialidade gerada une os usos de uma habitação com a diversidade presente nas cidades.

Foi utilizada uma modulação de elementos quadrados com 5,4 m de lado, que compreendem as funções básicas da construção. O acesso ocorre pelo

pavimento superior (FIGURA 17), através de uma entrada recuada ao plano da fachada, que conduz a um hall. A partir deste pode-se ter acesso à área administrativa e a dois quartos, do lado direito, e a área social do lado esquerdo.

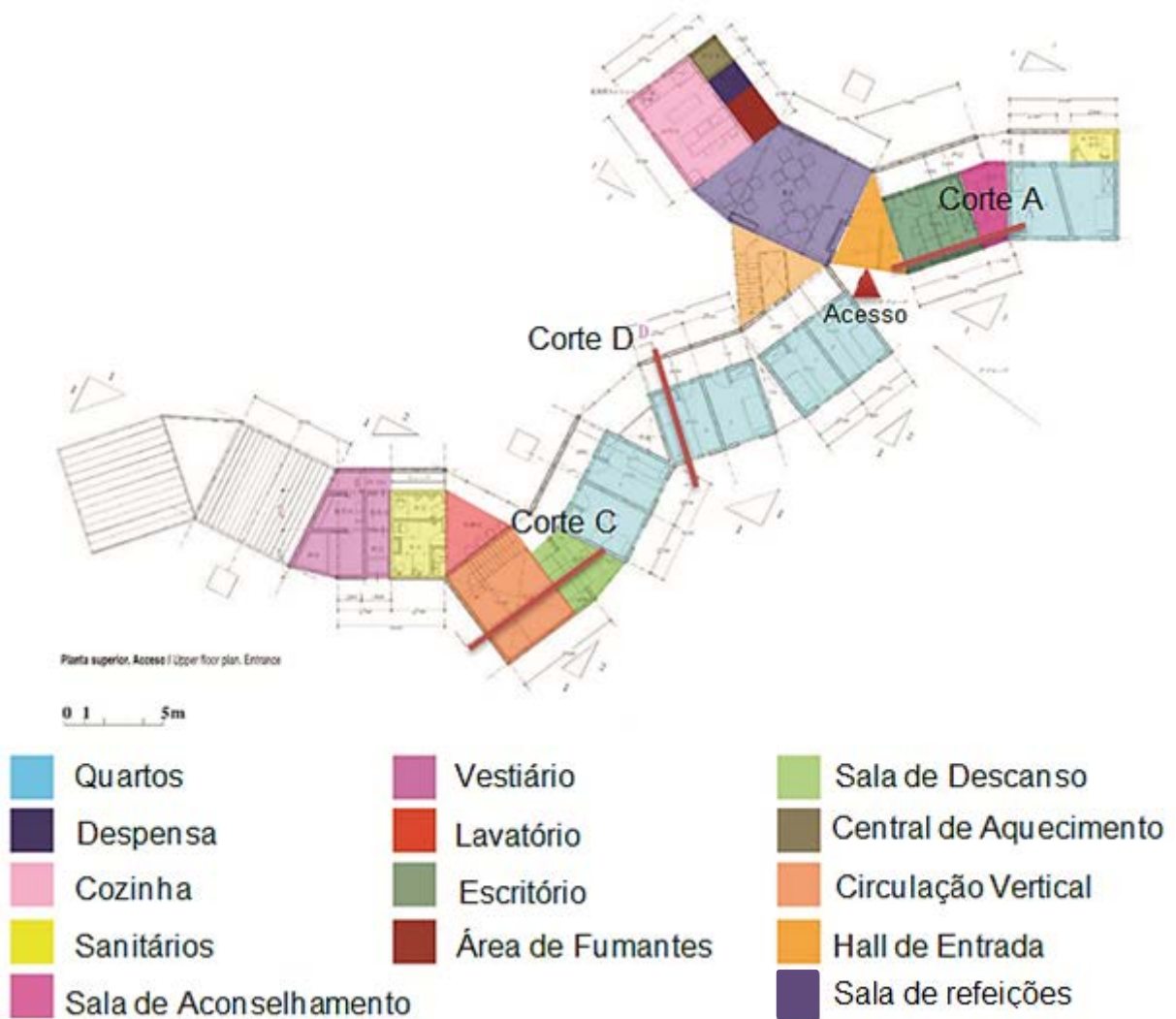


FIGURA 17 - PLANTA BAIXA SUPERIOR/ ENTRADA

FONTE: El Croquis (2010) – Editado pelo autor

A área social serve como área de refeições, a qual se integra a cozinha com continuidade espacial. A partir desse ambiente pode-se ter acesso aos demais quartos presentes no mesmo pavimento ou tomar a escada que conduz também a outros quartos, mas presentes no pavimento inferior.

Os blocos mais posteriores, e mais distantes do acesso, abrigam as funções de apoio, como vestiários, banheiros e outro volume de circulação vertical. Os dormitórios possuem abertura para o leste, propiciando a entrada do sol da manhã, passível de aquecer os ambientes em uma região de frio extremo.

O pavimento inferior (FIGURA 18) abriga os nove quartos restantes, banheiro e circulações. Neste pavimento os espaços intersticiais, entre os volumes que conformam os leitos, servem como áreas de permanência para os usuários da edificação, sempre internos, mas com grandes panos de vidro emoldurando a paisagem externa. Parte dos quartos está voltada para leste e outra parte para sul, lembrando que no hemisfério norte a insolação é oposta ao do hemisfério sul.

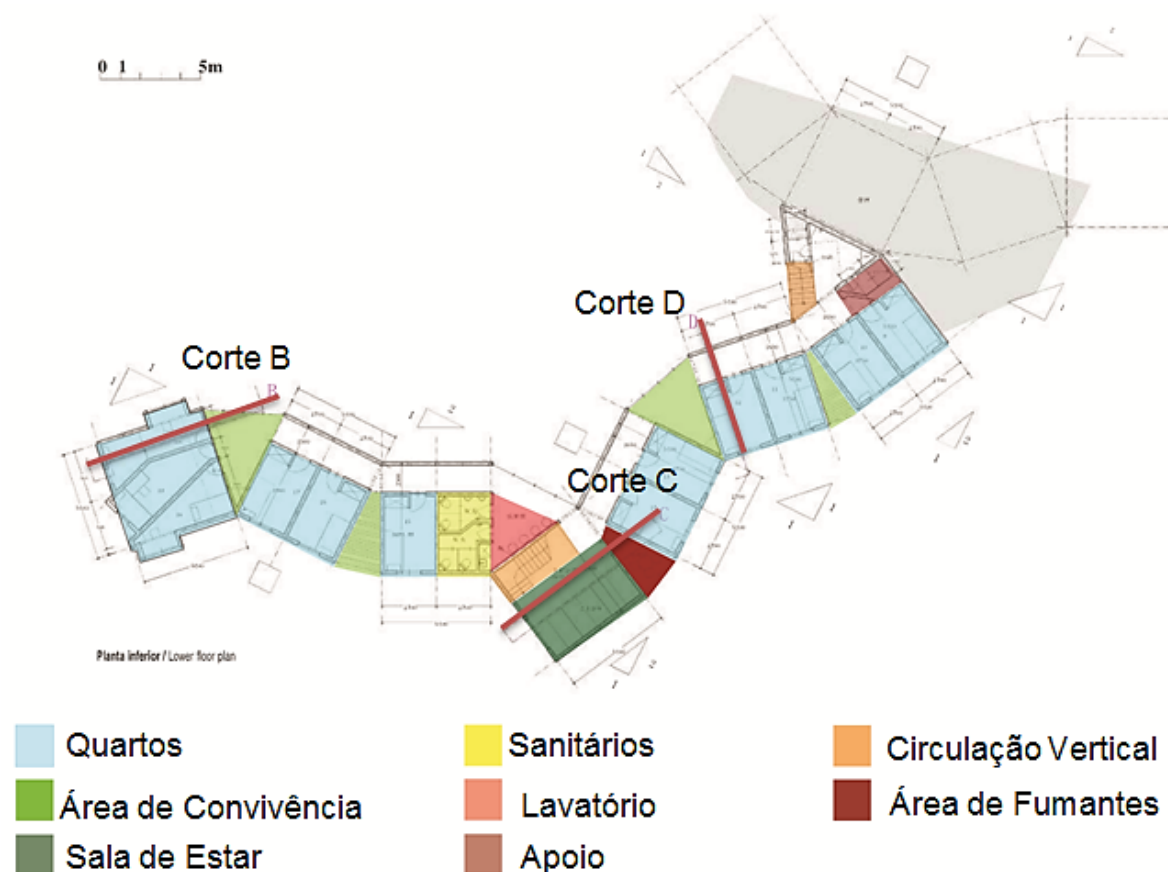


FIGURA 18 - PLANTA BAIXA INFERIOR

FONTE: El Croquis (2010) – Editado pelo autor

O bloco de sanitários e a área de estar são estrategicamente posicionados na porção central da planta, possibilitando facilidade de acesso tanto aos dormitórios localizados do lado direito, quanto do lado esquerdo, sendo ainda, divididos entre masculino e feminino, não apresentando instalação adaptada para deficientes físicos.

A singularidade dos volumes advém da forma do telhado, tendo cada um, inclinações diferentes e por vezes formatos diferentes (FIGURA 19), podendo variar

em três tipologias: telhado de duas águas, telhado de uma água e telhado plano. Em alguns volumes ocorrem aberturas zenitais, possibilitando maior aproveitamento da luz natural e mesmo do calor advindo do sol.

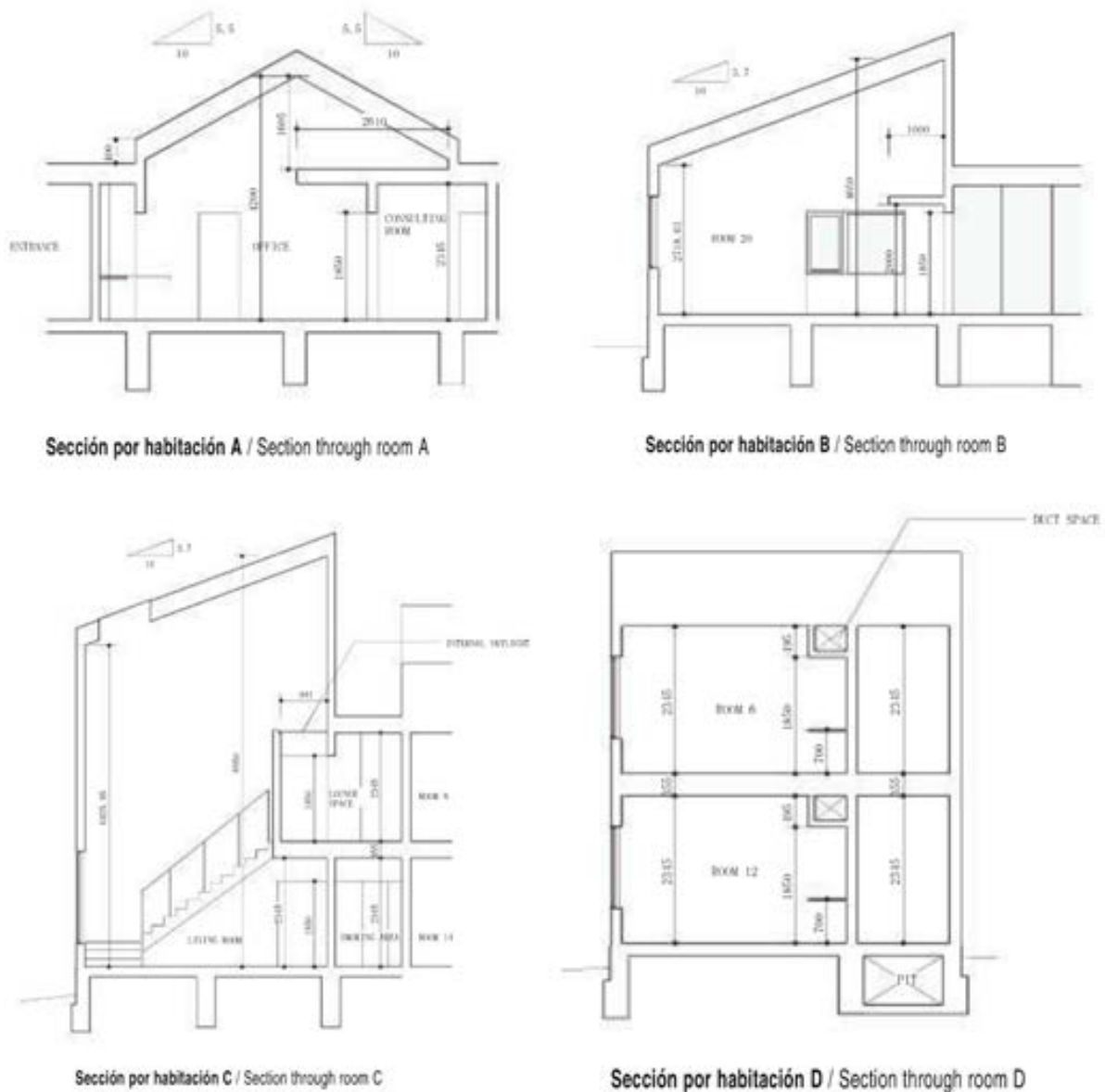


FIGURA 19 - CORTES
FONTE: El Croquis (2010)

A hierarquia se dá pelo tamanho e altura dos ambientes, sendo o maior destaque para a área social, representada pela área de refeições, no pavimento superior e sala de estar, no pavimento inferior, com pé-direito duplo. O pé-direito, na maioria das vezes, é baixo (234,5 cm) valorizando a sensação de intimidade e aconchego, especialmente nos dormitórios.

Os módulos do pavimento superior utilizam-se da forma inclinada do telhado gerando uma não continuidade no pé-direito, levando a uma amplidão espacial, principalmente nas áreas de encontro e sociais.



FIGURA 20 - IMAGENS EXTERNAS

FONTE: El Croquis (2010)

As perspectivas externas configuram uma espécie de vila (FIGURA 20), com crescimento orgânico, imersa na paisagem campestre. Como cada módulo é diferente, tanto em orientação, quanto em forma e tratamento de aberturas, a sensação apresentada é de que são unidades independentes, mas com características muito similares. Dessa forma, é valorizada a individualidade do morador, marcando o espaço de cada um e fazendo uma “ponte” entre todos.

Esse partido adotado é semelhante às vilas da Idade Média, cujas construções eram implantadas de forma orgânica e muito próximas umas das outras, criando uma dinâmica espacial muito rica e valorizando a escala dos usuários.

Os blocos foram estrategicamente posicionados de modo que as aberturas pudessem emoldurar a paisagem, privilegiando as vistas das árvores, das montanhas, da natureza. Ou ainda o olhar sobre a cidade, que ao iluminar-se a noite cria um cenário único. Dessa forma, a paisagem adentra os dormitórios, aproximando o usuário do ambiente externo, funcionando também como tratamento terapêutico (FIGURA 21).



FIGURA 21 - IMAGENS EXTERNAS

FONTE: El Croquis (2010)

As aberturas são dispostas de forma a criar experiências diferentes. Nos quartos são centralizadas e emolduram a paisagem exterior. Nas áreas de circulação e convivência, são grandes panos de vidro que trazem o ambiente externo para dentro da construção (FIGURA 22), passando a sensação de que o usuário está imerso no campo ou na floresta e não em um lugar de reclusão e opressão.

Tal como as aberturas a luz é fundamental no projeto, especialmente se tratando de tratamento psiquiátrico. Os ambientes são muito iluminados e a reflexão da luz nas paredes brancas proporciona valorização e amplidão desta. A presença

de vegetação, mata e outras áreas verdes no entorno cria um filtro verde para a luz, tornando o ambiente agradável e tranquilizante.



FIGURA 22 - IMAGENS EXTERNAS

FONTE: El Croquis (2010)

O conceito de dualidade é trazido também para o uso dos materiais. Externamente a construção é envolta por uma chapa metálica preta, que se contrapõe com o branco das paredes internas e com o branco da neve, nos meses mais frios. Assim o arquiteto procurou demarcar a construção no espaço, de maneira sóbria, mas não deixando de se impor.

Internamente os espaços também são sóbrios evocando o minimalismo da construção (FIGURA 23). Se por um lado os espaços têm dimensões mínimas, possivelmente fruto da tradição japonesa, por outro, o uso do branco gera amplidão espacial.

Outro fator de extrema importância é o uso da madeira clara no piso e no mobiliário, que gera um contraponto à claridade extrema das paredes, minimizando o ofuscamento diante da reflexão da luz e propiciando que os ambientes se tornem aconchegantes e mesmo aparentemente mais quentes.



FIGURA 23 - IMAGENS INTERNAS

FONTE: El Croquis (2010)

Foi utilizada estrutura metálica, que possibilitou o rápido desenvolvimento construtivo, além de permitir a ampliação da edificação segundo os três eixos do projeto. Os painéis de fechamento também possibilitam essa acelerada construção.

O uso de chapa metálica (externamente) e placas de gesso acartonado (internas) admitem facilidade de mudanças, trocas e reparos. Aliadas a uma camada intermediária de isolamento térmico, tornam o ambiente interno quente e seguro.

4.2 CENTRO DE REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA INFANTIL, JAPÃO – SOU FUJIMOTO – 2006



FIGURA 24 - CENTRO DE REABILITAÇÃO PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNOS MENTAIS
FONTE: El Croquis (2010)

Projeto de um centro para crianças com transtornos mentais, também do arquiteto Sou Fujimoto, localizado ao lado da residência anteriormente citada e construído três anos após esta, faz parte do complexo de tratamento da saúde mental.

Este projeto compreende além de quartos para permanência, áreas para tratamento e terapia. A solução adotada foi construir outro complexo próximo à residência, a fim de manter a diferença de usos e comportar a extensa área do programa.

Valem aqui as mesmas características geográficas, de acesso e de implantação no sítio, do projeto anterior. A diferença principal é dada apenas por outra rua de acesso, mas mantendo a característica de acesso em espiral (FIGURA

25). Vale destacar a baixa densidade de ocupação do terreno, que ameniza o impacto das formas complexas do prédio sobre o entorno imediato.



FIGURA 25 - IMPLANTAÇÃO E ACESSO À CONSTRUÇÃO

FONTE: Google Earth (2013)

O partido adotado é muito similar ao da residência, propõe a mutua convivência a fim de recuperar a saúde mental. O arquiteto faz uma alusão a uma grande casa e ao mesmo tempo uma pequena cidade, onde é possível viver na intimidade da habitação ou na diversidade da urbe.

De acordo com a revista El Croquis (2010, p.36, livre tradução), “a proposta se baseia num sistema flexível. Projetar um edifício com um método que se limita a

espalhar os espaços, resultaria num edifício de sonho. Com esse método é possível um desenho surpreendentemente preciso”¹².

O partido adotado foi o deslocamento de vários cubos de 6,5x6,5 m ou de 7x7 m, organizados de forma quase aleatória, utilizando ângulos múltiplos de 15º, conformando a multiplicidade dos espaços necessários (FIGURA 26).

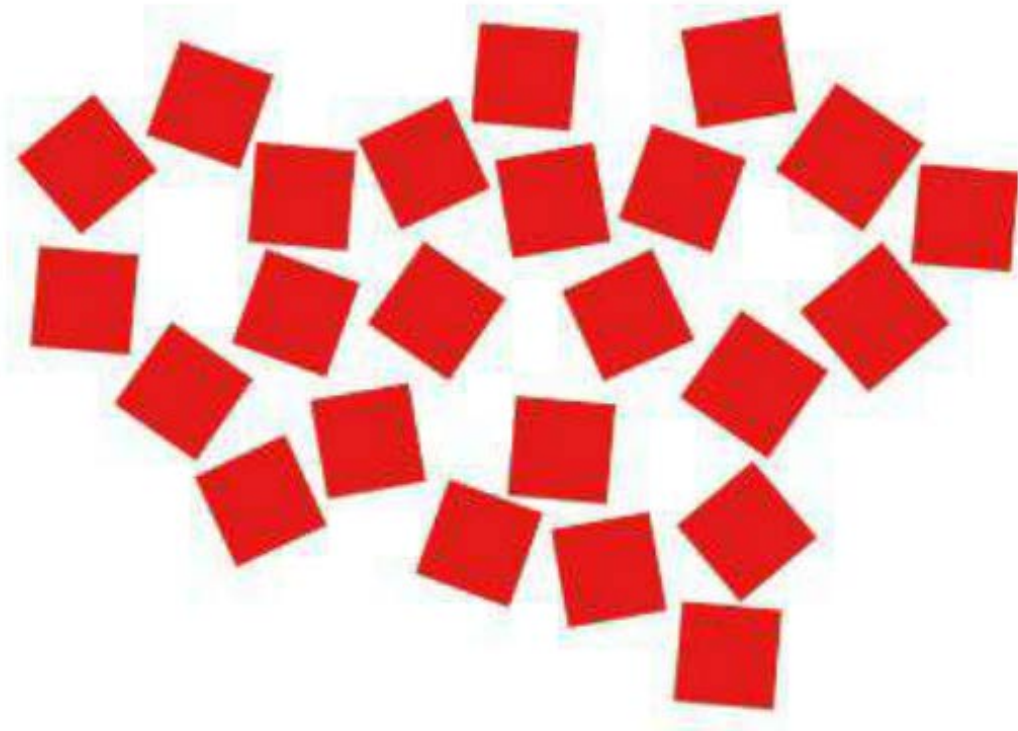


FIGURA 26 - DISPOSIÇÃO DOS VOLUMES

FONTE: El Croquis (2010)

Aparentemente é um espaço gerado de maneira automática e sem intenção concreta, no entanto foi resultado de um árduo trabalho de planejamento, o resultado apresentado é de um lugar impreciso, imprevisível e improvável. Mais uma vez o arquiteto faz uso da ambiguidade, um lugar que parece sem intenção, mas que foi cuidadosamente planejado.

Nesse projeto o arquiteto também se utilizou dos espaços intersticiais entre esses volumes para criar áreas de convivência. Nesses ambientes ocorrem experiências de descoberta, são lugares de pequena escala onde as crianças

¹² La propuesta se basa en un sistema flexible. Si conseguíamos proyectar un edificio con un método que se limitara a esparcir los espacios, el resultado sería como un edificio de ensueño. Com este método es posible um diseño sorprendentemente preciso.

podem brincar, se esconder e ao mesmo tempo compartilhar de uma área comum (FIGURA 27).



FIGURA 27 - RELAÇÃO ENTRE ESPAÇOS

FONTE: El Croquis (2010)

“As crianças podem brincar neles como nossos antepassados, que interpretavam livremente a paisagem e a habitavam ao seu modo”. (El Croquis, 2010, p.38, livre tradução).¹³ Dessa forma, o ambiente de asilo e reclusão passa a ser um espaço de diversão e convivência.

Hierarquicamente também há uso da ambiguidade, por um lado todos os espaços tem a mesma importância. No entanto cada ambiente é único, cada um tem

¹³ Los niños pueden jugar en ellos como nuestros ancestros, que interpretaban libremente el paisaje y lo habitaban a su antojo.

sua orientação, sua luz, seu tratamento de aberturas. Assim sendo, não há um centro para o projeto, é o usuário que faz o seu centro, que é mutável à medida que ele se desloca pelos espaços. A sala de estar, o quarto ou qualquer nicho pode converter-se no lugar de maior importância para o usuário conforme sua vontade.



FIGURA 28 - VOLUMETRIA DOS ESPAÇOS

FONTE: El Croquis (2010)

As aberturas utilizadas são únicas, cada espaço tem sua própria luz e sua própria paisagem, que busca prioritariamente enquadrar a natureza e trazê-la para dentro dos ambientes - uma vez que é necessário o controle sobre a liberdade dos pacientes - interagindo-os com o espaço externo.

Como se fez uso de uma forma extremamente complexa foi adotado o uso do branco, garantindo que o impacto sobre a percepção do edifício fosse minimizado.

Os acessos ao edifício são divididos em quatro categorias principais, acessos de funcionários, ambulatorial e de serviços no lado leste e acesso de pacientes no lado oeste (FIGURA 29). Dessa forma os acessos de serviço e profissionais ficam perto do estacionamento e da rua, facilitando sua entrada, enquanto o de pacientes fica no lado oposto, fazendo com que se tenha que caminhar ao redor do edifício e visualizar a paisagem circundante.



FIGURA 29 - PLANTA BAIXA DO PAVIMENTO TÉRREO

FONTE: Archdaily (2008) – Editado pelo autor

No pavimento térreo (FIGURA 29) podem ser identificados três setores com características distintas. No primeiro à esquerda, estão localizadas áreas de apoio: cozinha e estar para funcionários, biblioteca, sala de aconselhamento psicológico, consultório médico e um ambiente multiuso. Na área central estão as áreas técnicas: estar para funcionários, cozinha geral, lavanderia, sala de nutrição e refeitório. E no

terceiro setor, voltado para o sul, encontram-se os quartos e áreas de permanência para pacientes.

Os quartos apresentam duas tipologias, tendo quatorze quartos individuais e quatro quartos coletivos, para quatro pessoas cada, totalizando 30 leitos nesse pavimento. Eles estão voltados para sul e leste, a fim de obter a melhor insolação.

Os sanitários são independentes dos dormitórios, são de uso coletivo e não apresentam diferenciação por sexo. Entretanto há um bloco de sanitários destinado para funcionários e uma grande área que conforma uma espécie de banheira ou piscina (no bloco de sanitários mais a oeste) para facilitar o banho dos pacientes.

As áreas de permanência estão localizadas nos interstícios dos blocos com uso definidos e, são delimitadas por diferenças de níveis, rebaixos ou elevações da cota de piso.

A área para refeições ocupa uma grande extensão no espaço, porém é conformada por nichos diferentes, assim, em vez de um grande refeitório coletivo e aparentemente frio, conformam-se vários espaços menores, que acolhem menos pessoas, mas que garantem a individualidade dos pacientes.

No pavimento superior (FIGURA 30) também se identificam três setores, esses são bem definidos através de um vazio entre eles. O primeiro tem caráter terapêutico, são áreas para jogos e oficinas que auxiliam no tratamento dos pacientes. O segundo é uma área para quartos, tendo doze quartos individuais e dois quartos coletivos para quatro pessoas, totalizando 20 leitos. E o terceiro tem caráter técnico, com estar para funcionários, sala de descanso e uma sala de aconselhamento psicológico.



FIGURA 30 - PLANTA BAIXA DO PAVIMENTO SUPERIOR

FONTE: Archdaily (2008) – Editado pelo autor

O pé-direito dos ambientes é baixo, valorizando a escala das crianças, tendo 2,30 m no térreo e 2,50 m no pavimento superior (FIGURA 31). O arquiteto tomou partido da iluminação zenital para iluminar as áreas centrais da planta e, em outros casos utilizou pequenos pátios para iluminação dos blocos interiores, que não têm abertura lateral para o exterior.

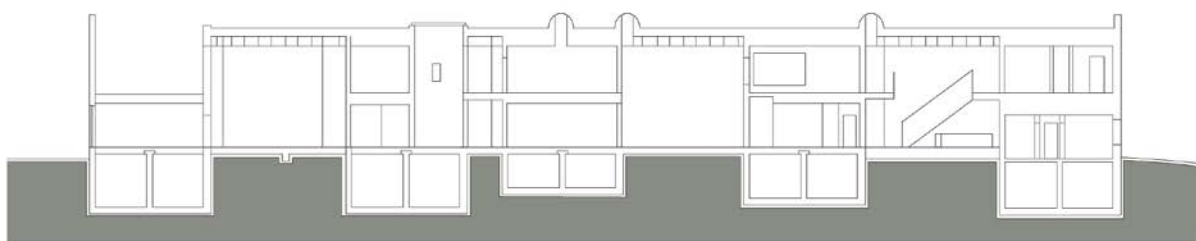
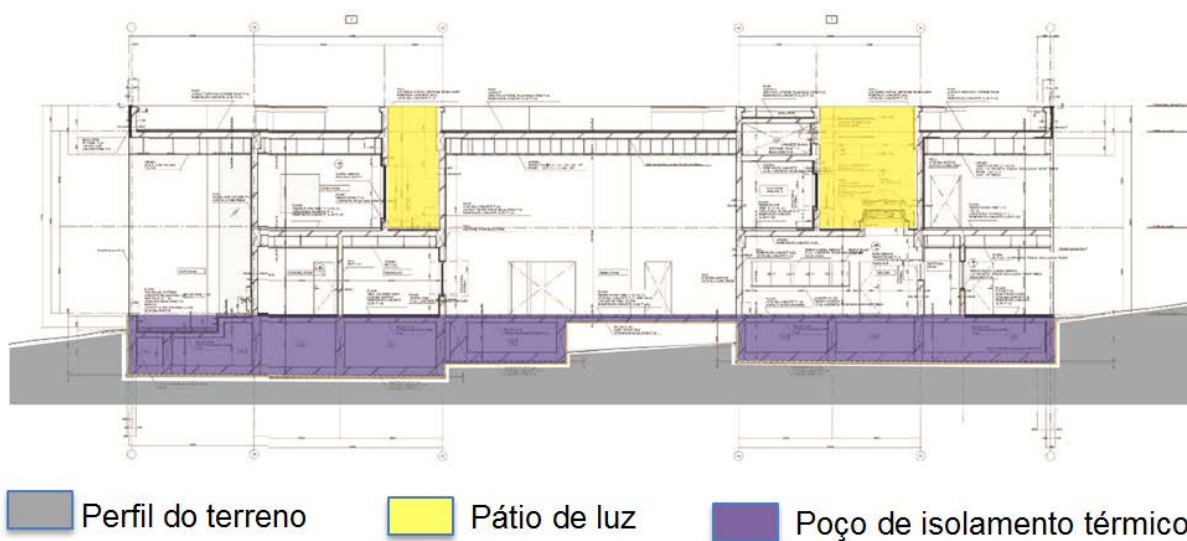


FIGURA 31 - CORTE DO EDIFÍCIO

FONTE: Archdaily (2008) – Editado pelo autor


 Perfil do terreno

 Pátio de luz

 Poço de isolamento térmico

FIGURA 32 - CORTE DETALHADO DO EDIFÍCIO

FONTE: El Croquis (2010) – Editado pelo autor

Através do corte (FIGURA 32) pode-se ver que sob o piso do pavimento térreo há poços que servem tanto para nivelamento do piso, uma vez que o perfil natural do terreno não foi alterado, quanto para isolamento térmico e de umidade, uma vez que o piso não fica em contato direto com o solo.

O forro foi feito com uma grelha de madeira branca, que permite a passagem da luz advinda das zenitais (FIGURA 33). Entretanto esse sistema prejudica a manutenção do forro, pois não há acesso direto sobre ele, impedindo sua limpeza.

O uso da madeira em sua cor natural faz um contraponto nas paredes extremamente claras e, contribuem para a sensação de acolhimento, tornando os ambientes mais aconchegantes. Contudo, não são funcionais quando aplicadas no piso, pois muitas vezes os pacientes tem incontinência urinária e não necessariamente utilizam os sanitários. Dessa forma, o piso necessita ser impermeável e lavável, estando sujeito a inúmeras limpezas diárias.



FIGURA 33 - IMAGENS INTERNAS

FONTE: El Croquis (2010)



As aberturas laterais, vedadas por grandes panos de vidro, que conformam os limites entre um volume e outro, criam grandes rasgos de luz, que se refletem nas paredes e penetram todo o interior do edifício, valorizando a iluminação natural. (FIGURA 34).

FIGURA 34 - ABERTURAS VERTICAIS AO FUNDO

FONTE: Archdaily (2008)

O pavimento superior apresenta angulações que conformam os limites da laje, que se aliam ao guarda-corpo em madeira natural criando perspectivas interessantes e variadas, valorizando o ambiente térreo. Já no pavimento superior deixam de ser funcionais, uma vez que permitem que os pacientes escalem o ripado de madeira possibilitando que se joguem¹⁴ para o pavimento abaixo (FIGURA 35).



FIGURA 35 - USO DA MADEIRA NO ESPAÇO INTERNO

FONTE: El Croquis (2010)

Foi utilizado um sistema de paredes estruturais de concreto reforçado, com acabamento de argamassa de resina ou com placas de vinil. Por um lado o uso de paredes autoportantes inviabiliza novas aberturas caso seja necessário uma ampliação, por outro, o partido adotado permite que sejam estabelecidas novas conexões através dos espaços intersticiais entre os volumes cúbicos.

¹⁴ Alguns distúrbios mentais levam a tentativa de suicídio, como em crises de distúrbio do humor bipolar, depressão e esquizofrenia.

4.3 RESIDENCIA 7/2, JAPÃO – SOU FUJIMOTO – 2006



FIGURA 36 - RESIDENCIA 7/2

FONTE: El Croquis (2010)

Esta é a terceira etapa do complexo projetado por Sou Fujimoto, construído junto com o Centro Infantil de Reabilitação Psiquiátrica, em 2006. O projeto compreende duas casas com dois dormitórios cada, destinado ao uso de funcionários que trabalham no centro de reabilitação.

Assim como o projeto anterior, valem as mesmas características de implantação e acesso (FIGURA 37).



FIGURA 37 - IMPLANTAÇÃO E
ACESSO À CONSTRUÇÃO

FONTE: Google Earth (2013)

FONTE: Archdaily (2008)

Esta construção localiza-se muito proximamente ao centro de reabilitação, dessa forma confere privacidade ao usuário da residência, mas também o aproxima do local de trabalho (FIGURA 38).



FIGURA 38 - RELAÇÃO ENTRE EDIFICAÇÕES

FONTE: El Croquis (2010)

O partido adotado foi a articulação em sequência de sete volumes que correspondem a estereótipos de residências (FIGURA 39). Dessa forma surgem perspectivas internas que variam entre articulação e continuidade. Além disso, o

partido traz a referência para o usuário da sua casa e do seu lar, para um serviço que costumeiramente é frio, desconfortável e muito técnico.

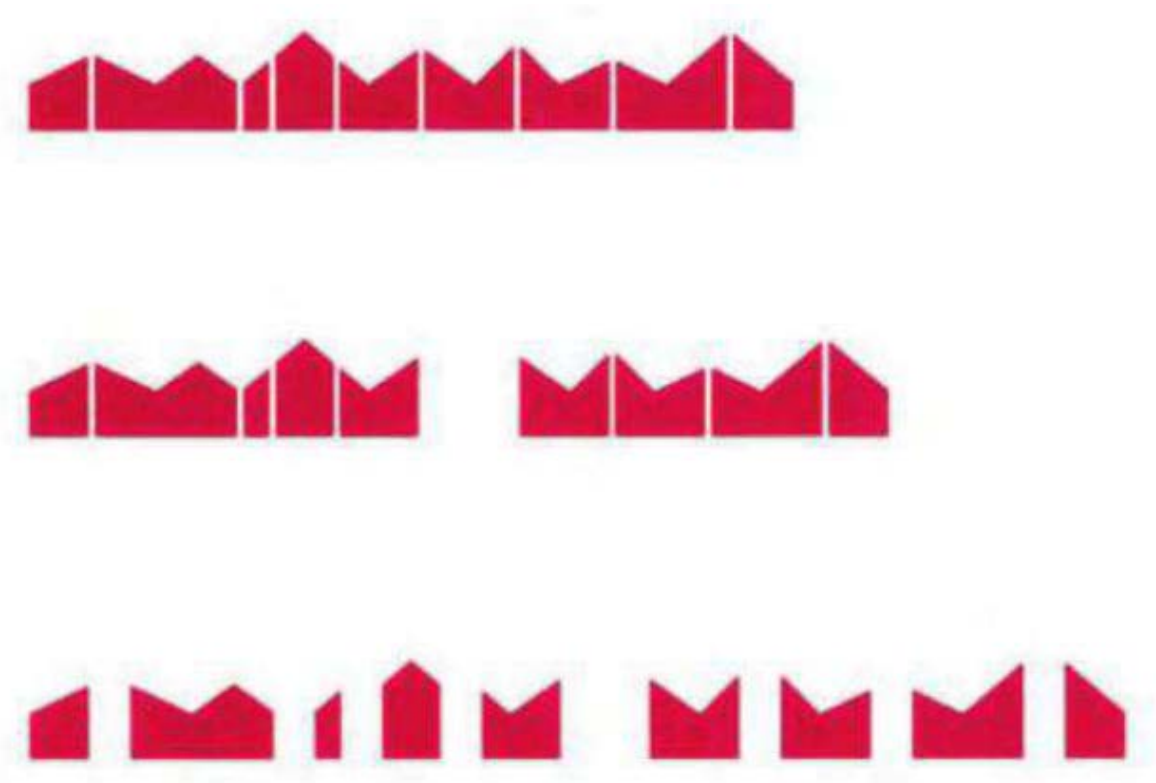


FIGURA 39 - MÓDULOS UTILIZADOS NO PROJETO

FONTE: El Croquis (2010)

Apesar de a volumetria final corresponder aos estereótipos já mencionados, os módulos internos são diferentes desses (FIGURA 40). Ao dividir em ambientes há nove módulos, todos diferentes entre si, que se complementam como um quebra-cabeça para formar o aspecto de residências com telhado em duas águas laterais.



FIGURA 40 - PERSPECTIVA POSTERIOR

FONTE: El Croquis (2010)

O formato das águas do telhado pode ainda, fazer uma alusão às montanhas da paisagem que envolve o projeto ou mesmo ao formato das copas das árvores de clima temperado ali presentes.

Nesse projeto a dualidade também está presente, primeiro pela simplicidade da planta em oposição à complexidade das outras duas anteriores, segundo pela própria angulação do telhado quebrando as linhas retas advindas da justaposição dos volumes (FIGURA 41).



FIGURA 41 -
ANGULAÇÕES DO
TELHADO
FONTE: El Croquis (2010)

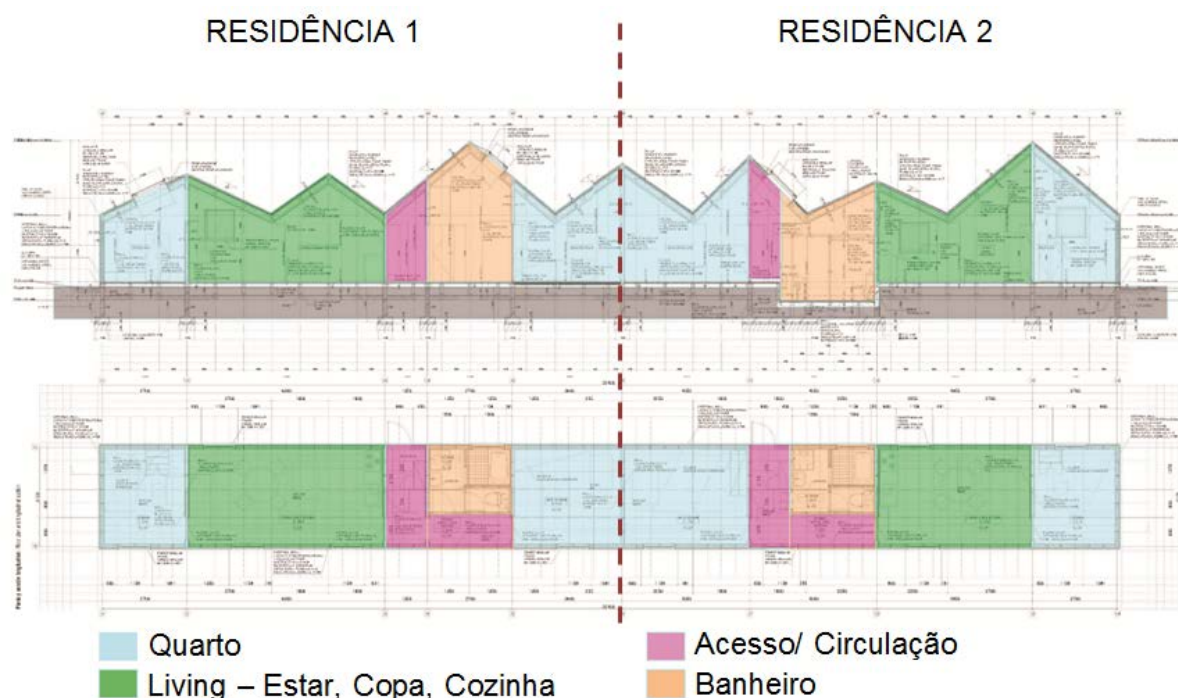


FIGURA 42 - PLANTA BAIXA E CORTE TRANSVERSAL

FONTE: El Croquis (2010) – Editado pelo autor

A circulação é feita através dos ambientes, apresentando apenas um corredor de acesso a um dos quartos que faz ligação com o hall de entrada e o banheiro. A disposição linear da planta proporciona a abertura de janelas tanto no lado leste, quanto do lado oeste, facilitando a ventilação cruzada.

A área das duas residências é igual, no entanto, enquanto uma possui uma área de estar maior a outra possui um dos quartos com maior área, podendo adequar-se dessa forma às necessidades do usuário.

Através da comparação da planta com o corte pode-se verificar a modulação, cujos pares de águas-furtadas não correspondem exatamente ao limite do ambiente interno, podendo variar de meio módulo a um e meio módulo.

A porta de entrada está localizada junto ao plano de fachada, não havendo proteção para precipitações atmosféricas. O pé direito varia entre 1,80 m e 4,00 m, sendo que na residência 2 o piso do banheiro foi rebaixado 0,60 cm a fim de aumentar a altura do ambiente.

Foram adotadas zenitais (FIGURA 43) orientadas para o sul, a fim de maximizar o uso da iluminação natural nos ambientes. As janelas foram desalinhadas em relação à altura, contribuindo para destacar diversas visuais do

entorno, variando desde as mais baixas, que marcam a horizontalidade da paisagem, até as zenitais, que valorizam a escala vertical.



FIGURA 43 - IMAGENS INTERNAS
FONTE: El Croquis (2010)

Assim como na residência para deficientes mentais, duas características são marcantes internamente: o uso de madeira no piso e no mobiliário, que tornam os ambientes mais aconchegantes e rompem o extremo clarão das paredes brancas, que refletem a luz e, a adoção da inclinação das águas do telhado, ampliando o pé direito e reduzindo a monotonia dos ambientes.

Foi adotado o sistema Wood frame, com vedação externa em madeira compensada e internamente placas de gesso. Para o telhado foi empregado um emborrachado sintético, com acabamento das arestas em aço galvanizado. Na base do piso também foi empregada madeira compensada.

4.4 CLÍNICA PSIQUIÁTRICA HEIDELBERG - MERCÊS, CURITIBA



FIGURA 44 - CLÍNICA HEIDELBERG

FONTE: Finestra Arquitetura (2013)

A Clínica Heidelberg é classificada como um hospital especializado, segundo o ministério da saúde, e atende pacientes com transtornos mentais e dependentes químicos que apresentam junto com a dependência transtornos mentais.

Está localizada no bairro Mercês, próxima a Praça 29 de Março (FIGURA 45). É uma região com alta concentração de comércio e serviços e ocupação extensiva dos terrenos.

A construção tem sua fachada principal voltada para o norte, mas desenvolve-se sentido leste - oeste.

Segundo o psiquiatra Osmar Ratzke é um centro de saúde mental, pois desenvolve três tipos de atendimento: Ambulatorial (consultas), hospital-dia e internamento (informação verbal)¹⁵.

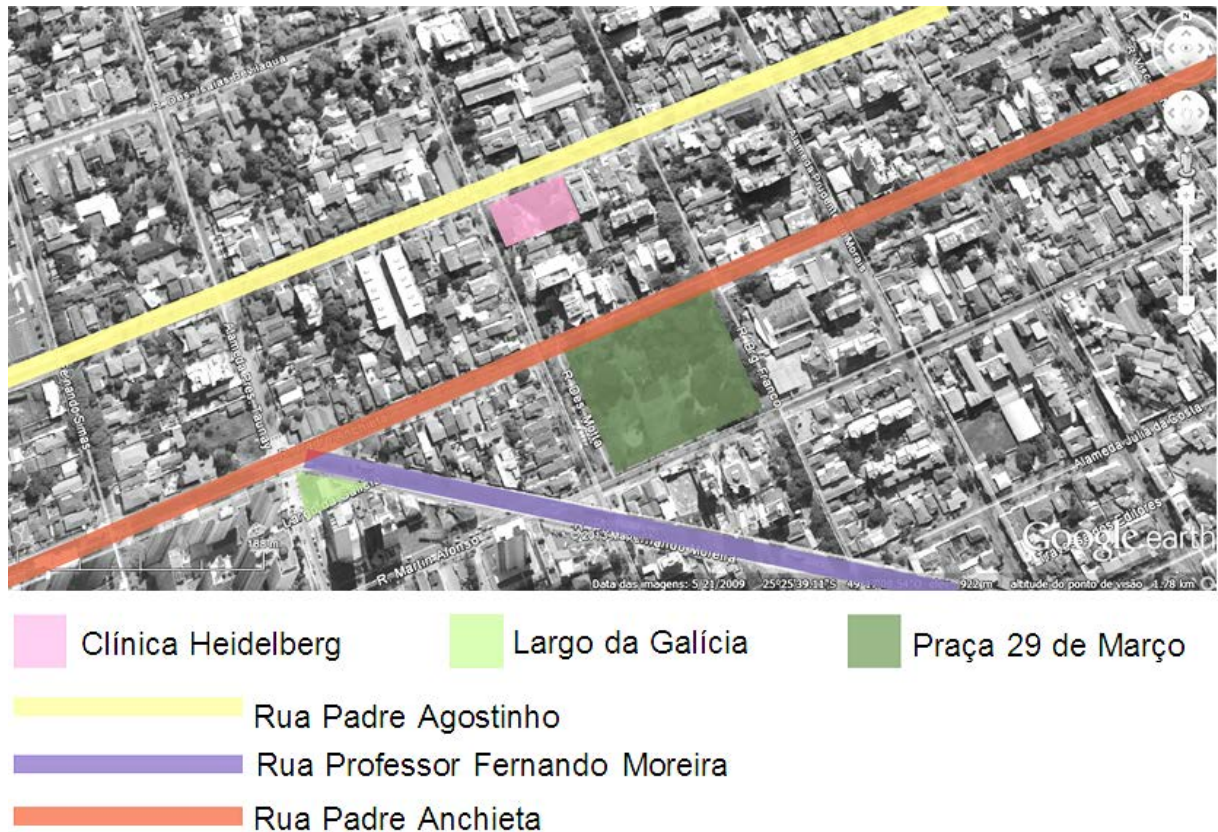


FIGURA 45 - IMPLANTAÇÃO DA CLÍNICA

FONTE: Google Earth (2013)

O atendimento ambulatorial ocorre na parte próxima à rua, chamada externa, onde os pacientes recebem atendimento sem consulta agendada¹⁶. Atende-se em média de 30 a 50 consultas/ dia.

O hospital-dia localiza-se numa ala separada, atende pacientes em fase de recuperação durante metade do dia. Há 40 vagas para esse atendimento.

O internamento possui 50 leitos, divididos em três alas, sendo que não há uma divisão definida entre sexo ou idade.

¹⁵ RATZKE, O. **Funcionamento da Clínica Heidelberg**. Curitiba, 2013. Informação verbal.

¹⁶ Para consultas agendadas há outra construção próxima para esse tipo de atendimento.

O período de internamento varia entre quinze e trinta dias, enquanto o paciente recebe desde atendimento psicológico até participação em oficinas terapêuticas (pintura, trabalhos manuais, educação física, academia) e eventos (festas, apresentações de música, entre outros).

Entre a equipe médica há psicólogos, psiquiatras, clínico geral, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores físicos, assistentes sociais, nutricionista, além da equipe de serviços e administrativa.



FIGURA 46 - IMAGEM EXTERNA

FONTE: Google Street View – editada pelo autor (2013)

O acesso à construção encontra-se recuado do alinhamento predial (FIGURA 46), criando uma praça de chegada e acolhendo o usuário, entretanto, a finalidade maior é servir como estacionamento, tanto à pacientes ambulatoriais, quanto a funcionários.

A entrada se dá pela recepção (FIGURA 47), na qual é feita uma triagem dos pacientes, a partir da qual são conduzidos para seus devidos espaços (ambulatório, internação, hospital-dia).

A recepção junto com a administração, as salas de atendimento individual e reuniões, constituem a parte “externa” da clínica. Nessa área ocorre além da triagem, o serviço ambulatorial, realizado através de consultas médicas com pacientes não internos.

Uma porta, que permanece constantemente trancada, separa a área “externa” da “interna”, a qual corresponde à ala de internamento.

Cada ala possui um ambulatório, uma área de estar e um refeitório próprio, conferindo maior privacidade e conforto aos internos.



FIGURA 47 - PLANTA BAIXA

FONTE: O autor (2013)

As suítes podem variar de um a dois usuários por unidade. Elas desenvolvem-se ao longo de dois eixos, sentido leste - oeste e, estão voltados para um pátio interno, dessa forma, não há necessidade de grades nas janelas ou outro elemento que impeça fuga.

Entretanto, somente duas das suítes, localizadas do lado do refeitório e voltadas para o norte, apresentam boa iluminação e ventilação, devido sua orientação e dimensão do pátio para o qual estão voltadas.

As demais estão voltadas para o sul, sendo que quatro delas usam um pátio muito estreito para atender suas aberturas, dificultando a iluminação e a ventilação. As demais estão voltadas para o norte, porém de frente para um jardim com muitas árvores, tornando esses ambientes sombreados e úmidos, consequentemente são insalubres.

Todos os quartos apresentam ar condicionado, do tipo Split, que resfriam ou aquecem os ambientes, compensando a má insolação. Contudo geram um grande gasto energético.

Em contraponto aos dormitórios, há um eixo norte – sul, com áreas de apoio (ambulatório, DML, estar e sala de ginástica), também voltados para um recuo lateral estreito, dificultando o conforto desses ambientes. Há somente um banheiro para funcionários, compartilhado entre homens e mulheres.

O pátio central, entre os quartos, além de servir como apoio à iluminação e ventilação dos quartos, é usado como praça para estar, área para tomar sol e mesmo para realização de pequenas apresentações e eventos.

Segundo Ratzke, há um centro de monitoramento por câmeras, pelo qual os pacientes são vigiados e em caso de necessidade a equipe médica está de prontidão para atendê-los. Durante surtos eles são controlados através de medicamentos e um profissional fica o vigiando, em um quarto individual (informação verbal) ¹⁷. Dessa forma, os pacientes ficam livres dentro de suas alas, podendo ocupar-se com o que desejarem.

Esta parte da construção é uma ampliação do restante da clínica, que abriga as demais alas¹⁸.

Os alimentos são preparados em uma cozinha separa e trazida aos refeitórios através de carrinhos próprios para transporte dos pratos. O local não apresenta lavanderia própria, sendo que as roupas usadas pela instituição tem a lavagem terceirizada e a roupa dos pacientes é levada e lavada pela família deste.

¹⁷ RATZKE, O. **Funcionamento da Clínica Heidelberg**. Curitiba, 2013. Informação verbal.

¹⁸ Não foi obtido acesso as demais alas, para evitar riscos tanto aos pacientes quanto ao visitante. Bem como não foi permitido fotografar, devido à ética e privacidade dos pacientes.

Não há um local específico para recepção de visitas, ficando à escolha do paciente determinar o espaço em que serão recebidas.

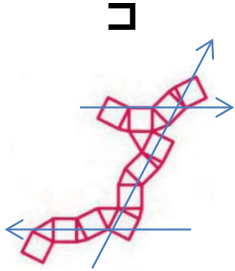
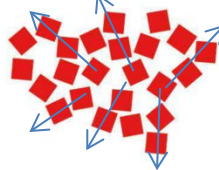
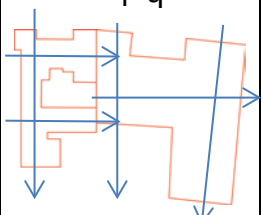
Os ambientes possuem cores claras, piso vinílico (hospitalar) e forro de gesso branco (FIGURA 48), maximizando o uso da iluminação natural. Entretanto, como as aberturas não são bem aproveitadas, muitas vezes orientadas para um lado com má insolação ou espaços que dificultam a ventilação, os ambientes apresentam odores desagradáveis, característicos desse tipo de uso.



FIGURA 48: AMBULATÓRIO

FONTE: Finestra Arquitetura (2013)

4.5 COMPARAÇÃO ENTRE ESTUDOS DE CASO

QUADRO COMPARATIVO (continua)				
ESTUDO DE CASO	Residência para deficientes mentais	Centro de reabilitação psiquiátrica infantil	Residência 7/2	Clínica Heidelberg
LOCAL	Hokkaido, Japão	Hokkaido, Japão	Hokkaido, Japão	Mercês, Curitiba
USO	Residência	Residência, tratamento e terapia	Residência para funcionários	Hospital-dia, hospital especializado e ambulatório
TIPOLOGIA DA EDIFICAÇÃO		Blocos dispostos organicamente 	Linear 	 Conformação em torno de pátios
RELAÇÃO COM O EXTERIOR	Relação de visuais através das aberturas, enquadramento da paisagem natural e urbana			Não há preocupação com o exterior e entorno
ÁREAS DE CONVIVÊNCIA	Convivência interna, desenvolvida nos espaços intersticiais entre os blocos		Não há preocupação com convivência	Convivência em ambiente interno (estar) e pátios externos
QUARTOS	Individuais	Individuais e coletivos	Para casal	Individuais e coletivos
PREOCUPAÇÃO AMBIENTAL	Uso de iluminação natural, aberturas voltas para o sul, aproveitamento do perfil natural do terreno			Não há preocupação ambiental

QUADRO COMPARATIVO (continuação)				
ESTUDO DE CASO	Residência para deficientes mentais	Centro de reabilitação psiquiátrica infantil	Residência 7/2	Clínica Heidelberg
INDIVIDUALIDADE	Cada módulo é único, caracterizando seu espaço	Cada bloco funciona individualmente, para um grupo limitado de pessoas	Unidades individuais/separadas	Limitação do número de pacientes por ala
PRIVACIDADE	Distanciamento da rua			Ambientes voltados para o interior do terreno
MATERIALIDADE	Chapa metálica, gesso acartonado e madeira natural	Concreto, gesso e madeira natural	Madeira	Alvenaria de tijolos e gesso
ESTRUTURA/VEDAÇÃO	Estrutura metálica e chapa metálica	Paredes de concreto autoportante	Wood frame e lâminas de madeira	Estrutura de concreto armado e alvenaria de tijolos
HIERARQUIA ESPACIAL	Prevalência dos espaços de convívio	Hierarquia cambiável, depende do usuário	Prevalência da área de estar	Não há hierarquia
NÚMERO DE PAVIMENTOS	2	2	1	1
NÚMERO DE PACIENTES	20	50	-	50

QUADRO COMPARATIVO (conclusão)				
ESTUDO DE CASO	Residência para deficientes mentais	Centro de reabilitação psiquiátrica infantil	Residência 7/2	Clínica Heidelberg
ACESSIBILIDADE	Somente no pavimento superior (por onde se dá acesso)	Uso de elevador	Piso em nível	
ENTORNO	Área rural, não ocupado, envolto por montanhas e vegetação			Área urbana, grande adensamento de construções
ÁREA LIVRE AO REDOR DA CONSTRUÇÃO	Grande quantidade de espaços verdes livres			Praticamente inexistente

QUADRO 2 - COMPARAÇÃO ENTRE ESTUDOS DE CASO
 FONTE: O autor (2013)

Pode-se perceber facilmente a diferença entre as soluções arquitetônicas para tratamento psiquiátrico realizadas em âmbito internacional e nacional.

Ainda que quase a totalidade dos exemplos internacionais se assemelhe aos antigos hospitais psiquiátricos do Brasil, suas propostas são mais bem estruturadas, pensadas no usuário e realizadas para atender suas necessidades. Enquanto que no Brasil, esse serviço de saúde é na maioria das vezes ignorado e não são apresentadas boas soluções arquitetônicas.

Corriqueiramente, o tratamento de transtornos mentais brasileiro é realizado em construções existentes, que são reformadas para abrigar o serviço, mas que não atendem suas necessidades básicas. Dessa forma, não há preocupação com o usuário e consequentemente com a melhora de seu estado clínico.

Com isso, observa-se a necessidade de discutir e propor bons projetos destinados ao tratamento da saúde mental, campo que além de necessidade imediata exige humanização dos espaços, não apenas respostas diretas à funcionalidade.

5. ANÁLISE DA REALIDADE

De acordo com pesquisas realizadas pela Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (2009), entre os anos de 2006 e 2008, 9% dos entrevistados relataram existência de casos de distúrbios mentais graves em suas famílias nos últimos doze anos. Desses, 72% procuraram pelo atendimento no sistema público de saúde, sendo que 7% não conseguiram atendimento e 47% acharam o acesso difícil.

Além disso, a pesquisa revelou que há uma prevalência dos transtornos mentais graves e que a espera pelo atendimento no SUS, na maioria das vezes, é de pelo menos um mês (somente 33% das pessoas foram atendidas em menos de um mês).

Atualmente cerca de 9% da população sofre com algum tipo de transtorno mental grave, exigindo acompanhamento ou mesmo internamento.

A seguir serão apresentados outros dados levantados pela ABP (2009):

- 450 milhões de pessoas sofrem ou sofrerão de problemas mentais, neurológicos ou comportamentais ao longo da vida;
- 873 mil pessoas suicidam-se todos os anos. Mais de 50% dessas pessoas têm entre 15 e 44 anos;
- O número de suicídios no mundo cresceu 60% nos últimos 45 anos. Cerca de três mil pessoas tiram a própria vida todos os dias; 60 mil tentam, mas não conseguem. O problema está entre as três principais causas de morte entre pessoas de 25 a 44 anos;
- Transtornos mentais são a segunda causa dos atendimentos de urgência;
- Cerca de 50% dos transtornos mentais começam antes dos 14 anos.
- No mundo, por volta de 20% das crianças e adolescentes terão problemas de saúde mental;
- Em situações de emergência ou calamidade, a incidência de transtornos mentais sobe entre 6% e 11%;
- Cerca de 154 milhões de pessoas no mundo desenvolveram depressão; 25 milhões têm esquizofrenia; 91 milhões têm problemas

com álcool e 15 milhões com uso de outras drogas; 50 milhões de pessoas têm epilepsia e 24 milhões têm Alzheimer ou outras demências;

- Um em cada quatro pacientes que utiliza serviços de saúde tem pelo menos um transtorno mental, neurológico ou de comportamento. A maioria desses transtornos não é tratada ou sequer identificada;
- Estima-se que entre 1% e 3% de brasileiros são portadores de Transtorno Bipolar;
- A esquizofrenia afeta cerca de 1% da população mundial. Estima-se que cerca de 25% das pessoas com esquizofrenia se recuperam totalmente;
- Cerca de 10% dos brasileiros têm depressão. Mais de 80% das pessoas com depressão podem melhorar se receberem o tratamento completo.

A lei 10.216 de 2001 previa a substituição dos hospitais por serviços públicos de acompanhamento ao doente mental. Entretanto, a proposta de fechamento dos antigos hospitais de característica asilar não foi acompanhada da criação de serviços substitutivos em número adequado nem da criação de uma rede de atendimento completa.

Infelizmente, não foram criados serviços de nível primário (atenção básica) e secundário (ambulatorios especializados) em saúde mental de acordo com as necessidades. Os serviços de nível terciário (hospitalares) criados são insuficientes em formato e número e os existentes se deterioram progressivamente, com grave comprometimento da qualidade da assistência. (ABP, 2009, p.90)

A prova de que esse sistema não está sendo eficiente é as longas filas para marcação de consultas psiquiátricas, a superlotação das emergências psiquiátricas, a ocupação de leitos acima de 100% e o grande número de enfermos nos cárceres e nas ruas.

De acordo com a ABP (2009, p. 90-91) “a exclusão do hospital psiquiátrico especializado da rede de assistência não se sustenta cientificamente e gera falta de atendimento aos doentes mentais”.

Desde que foi implementada a atual política de saúde mental, a cerca de 15 anos, os recursos destinados à área foram reduzido em 60%, caindo de 5,8% do orçamento anual da Saúde para 2,3%. Os valores atuais são insuficientes e os economizados com a desativação de leitos hospitalares não foram aplicados na saúde mental. (ABP, 2009, p.91)

O esquema a seguir mostra os caminhos de um paciente psiquiátrico ao longo dos serviços de saúde. Dele pode-se notar que aqueles acometidos por episódios psicóticos agudos ou com tentativa de suicídio, após passarem pelos serviços de emergência em hospital geral, e internação em hospital geral, se não tiverem seu quadro resolvido, são conduzidos a um hospital especializado que tem por objetivo tratar e reintegrar o paciente na sociedade.

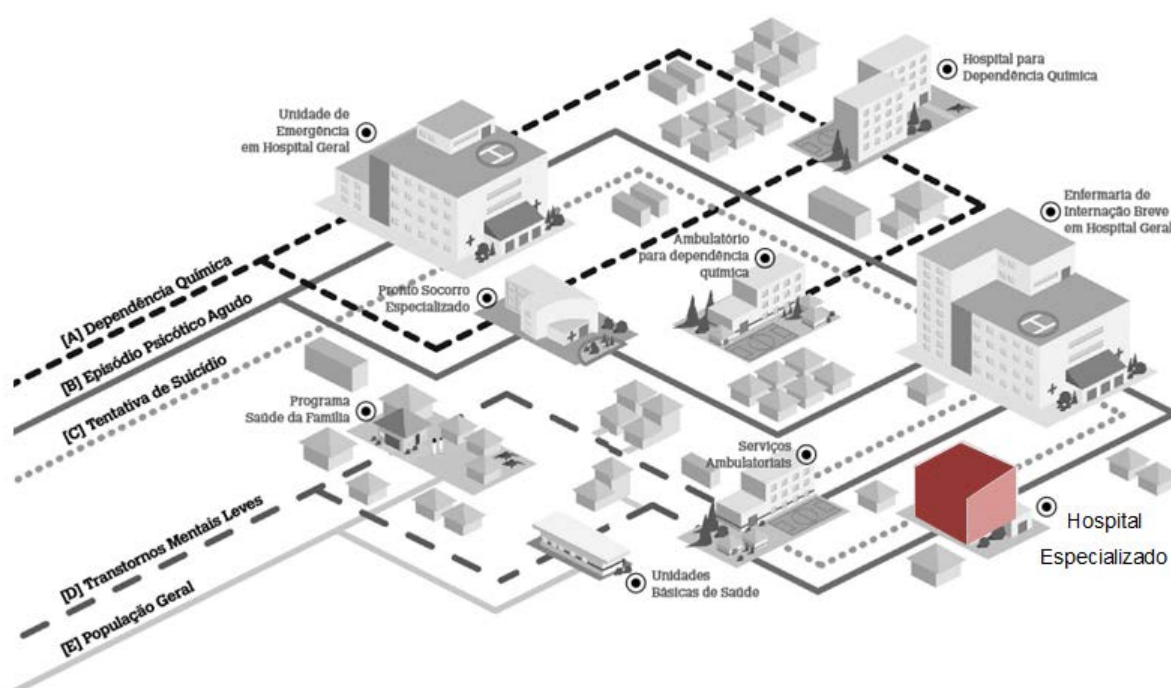


FIGURA 49 - RELAÇÃO ENTRE PACIENTES E SERVIÇOS DE SAÚDE

FONTE: ABP (2009)

O que ocorre atualmente é que os serviços de atenção básica, que deveriam trabalhar na prevenção e diagnóstico precoce não estão capacitados para isso e as emergências em hospital geral implantadas em número insuficiente. Apenas a rede dos chamados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem recebido investimento do poder público para sua estruturação. Os ambulatórios especializados e centros médicos existem principalmente em serviços universitários, o que dificulta o atendimento em locais distantes dos grandes centros.

Com a reforma implantada pelo Ministério da Saúde, os antigos manicômios foram fechados em um ritmo superior à criação de leitos substitutivos. Assim, os familiares de pacientes com doenças graves e persistentes têm dificuldade em encontrar leitos para internação, em suas diversas modalidades.

Ainda, segundo a diretora do Lar Pequeno Aconchego¹⁹, Joselí Célia Szczypkovski, atualmente nem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – está atendendo pacientes em surto psicótico (informação verbal)²⁰.

De acordo com a OMS, para uma assistência psiquiátrica adequada é necessário um leito psiquiátrico para cada mil habitantes. A população de São José dos Pinhais (Senso 2010) é de 264.210 hab. (IBGE, 2013), para este número de pessoas seria necessário 264 leitos psiquiátricos, no entanto, a cidade conta com apenas um hospital geral que atende pacientes em surto psicótico. De acordo com CN10 (2013) ele conta com 62 leitos especializados, mas que são divididos entre ortopedia, psiquiatria, neurologia, pneumologia, cardiologia, urologia, clínica cirúrgica, geriatria e fisioterapia.

Há também um CAPS II, mas que é insuficiente. Para uma população maior que 200.00 hab. é necessário um CAPS III. Além desse, há um CAPS Ad (antidrogas) e um CAPS I (infantil).

Considerando que 9% da população, segundo a ABP, apresenta algum distúrbio mental grave, para a cidade esse número representa quase 24 mil pessoas.

Há poucos dados quanto à quantidade e serviços prestados em clínicas particulares, entretanto, esses lugares estão de prontidão para atender os pacientes frente a qualquer emergência em tempo imediato.

Enquanto o serviço público delega e distribui funções a outros serviços públicos, que na maior parte das vezes não possuem estrutura para suporte ao paciente, nas clínicas privadas toda estrutura é pensada e determinada para acolher o paciente, fornecer todo o tratamento e possibilitar seu retorno ao convívio social.

¹⁹ Lar para crianças com transtornos mentais.

²⁰ Szczypkovski, J. C. **Tratamento Psiquiátrico**. São José dos Pinhais, 2013. Informação verbal.

Entretanto, mesmo com esse suporte, há críticas, especialmente pelo fato de haver interesse lucrativo, quanto mais tempo o paciente permanecer no local, mais rentável é para a instituição.

Outra grande diferença entre o serviço público e privado é a liberdade dada ao paciente. De acordo com a supervisora de uma residência terapêutica, Milene Andreoli, no atendimento público, seguindo a lei 10.216 de 2001, o paciente tem total liberdade sobre suas escolhas²¹, sendo controlado apenas em momentos de risco (Informação verbal)²², algumas vezes isso se torna prejudicial, enquanto que no privado, ainda que haja liberdade, eles são mais bem supervisionados e mesmo controlados, evitando riscos para si próprios ou para os que convivem ao seu lado.

De acordo com a psiquiatra Maria Fernanda Schwab, os custos são determinantes na execução e funcionamento dos espaços destinados a tratamento mental. Hoje, no Brasil, as verbas e incentivos à saúde pública são muito baixos, especialmente se tratando de saúde mental, portanto, serviços públicos destinados à população de baixa renda são mais precários, ao passo que os privados, por sua condição lucrativa, são mais bem estruturados, ainda que não sejam ideais (Informação verbal)²³.

O atendimento a um surto psicótico deve ser imediato, o paciente é levado à unidade ambulatorial e tratado, em pouco tempo ele volta à consciência. No entanto, o tempo de permanência em regime de observação é maior, variando de acordo com o tipo de transtorno e com o paciente, em casos de tratamento antidrogas, por exemplo, esse período é pelo menos um mês.

Quanto a sua vivência, ela deve possibilitar o conforto e humanidade ao interno. A maioria das instituições possuem quartos coletivos, sendo que as melhores possuem dois pacientes por quarto, quando na verdade, o ideal seria terem apenas um paciente/ leito (SCHWAB, 2013).

²¹ Em uma residência terapêutica, por exemplo, há convívio entre homens e mulheres e eles são livres caso haja interesse de um pelo outro, sendo apenas orientados quanto à prevenção, mesmo tendo em muitos casos a sexualidade aflorada.

²² ANDREOLI, M. R. **Tratamento mental no serviço público**. São José dos Pinhais, 2013. Informação verbal;

²³ SCHWAB, M. F. **Comportamento de pacientes psiquiátricos e funcionamento de serviços de saúde em psiquiatria**. Curitiba, 2013. Informação verbal.

Quando alguém entra em surto psicótico, seu comportamento não estimula os demais, porém, aqueles que estão em volta podem sentir-se mal, desconfortáveis com a situação, por isso, garantir a privacidade de cada um é importante.

Os ambientes que atendem a essas pessoas devem ser claros, limpos, com poucos estímulos, com cores suaves, sem luzes fortes... sempre garantindo o repouso e tranquilidade do paciente (SCHWAB, 2013).

As pessoas que são acometidas por transtornos graves devem ter acompanhamento 24 h, portanto, a equipe médica deve estar de prontidão para atender qualquer surto, sendo necessário haver acessibilidade integral dela, em todos os locais.

De acordo com a psicóloga Tânia Melo, antes de o paciente ser internado em um hospital especializado ele passa por uma avaliação médica, para verificar o grau do problema que vem apresentando, a partir daí segue para a unidade de desintoxicação ou caso seja necessário²⁴ é indicado uma internação em hospital geral com leitos em psiquiatria (Informação verbal)²⁵.

Para ela o ambiente ideal deve se assemelhar a sua casa, o caráter hospitalar deve ser minimizado o máximo possível.

Ainda de acordo com Melo (2013) geralmente há cinco regimes de tratamento diferentes. O primeiro é indicado para os casos mais graves, após a passagem pela unidade de desintoxicação ou contenção, o paciente é internado, por um período de tempo mínimo para sua recuperação total.

O segundo, Clínica Dia, é indicado para quadros mais estáveis, onde o paciente fica nas instalações durante o dia. No terceiro, Clínica Turno, ele passa apenas meio período do dia na clínica. O quarto tipo é o de terapia em grupo, podendo servir tanto aos internos quanto a externos. E o quinto tipo, é o tratamento ambulatorial, onde o paciente é atendido individualmente. Os pacientes podem variar nesses cinco regimes de acordo com o avanço ou retrocesso do quadro clínico.

²⁴ Casos em que o paciente apresenta além de transtornos mentais outros problemas de saúde. Por exemplo, situações em que há tentativa de suicídio por ferimentos.

²⁵ MELO, T. **Funcionamento da Clínica Quinta do Sol**. Curitiba, 2013. Informação verbal.

Os internos podem realizar desde atividades domésticas diárias não degradantes, como grampear o jornal, retirar objetos de uso comum, até atividades terapêuticas destinadas a melhora do seu estado (MELO, 2013).

Entre essas atividades terapêuticas estão: terapia de grupo, atividades manuais (tinta, papel, lã), sessões e reflexões sobre filmes, seminários, músicas, livros, entre outros.

Segundo Melo (2013), durante o internamento deve ser realizado um programa destinado à prevenção de recaída, para que quando o paciente saia do local esteja preparado para enfrentar o dia-a-dia minimizando as chances de piora do quadro clínico.

Quando os pacientes internados estão melhores têm a possibilidade de sair da clínica, por exemplo, para passar o fim de semana com a família. Nesses casos, geralmente os familiares buscam o paciente e são responsáveis por ele. Entretanto há casos em que o paciente está bem de tal maneira que pode sair sozinho ou ainda, casos em que o quadro ainda é de risco, devendo ser nomeado um acompanhante terapêutico, com formação técnica, para acompanhá-lo (MELO, 2013).

Contudo, as primeiras semanas geralmente são fundamentais no tratamento, estando o paciente num grau avançado, impedindo sua saída e muitas vezes até receber visitas, mesmo de familiares.

5.1 PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS

Antes de falar de transtornos mentais é preciso diferenciar transtornos mentais de deficiência mental. De acordo com o site Maisab (2013) e o site CAOPIPPD (2013), pode-se entender da seguinte forma:

A deficiência mental, ou deficiência intelectual, é caracterizada por um funcionamento mental inferior à média, seguida por limitações de funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/ interpessoais, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. Trata-se de uma **limitação no desenvolvimento das funções necessárias para compreender e interagir com o meio**. Nesses casos seu início ocorre antes dos 18 anos.

O transtorno mental, ou doença mental, é caracterizado pelo comprometimento em alguma das seguintes áreas: percepção, pensamento, linguagem, humor, comportamento e relacionamento, demandando tratamento psiquiátrico e/ou psicológico. É **causado por fatores externos ou genéticos**, como medo, consumo drogas e álcool, choque psicológico, entre outros, **que levam a uma alteração da percepção da realidade**.

Os transtornos mentais podem ser divididos em dois grupos, neuroses e psicoses. As neuroses são características encontradas em qualquer pessoa, como ansiedade e medo, porém exageradas. As psicoses são fenômenos psíquicos anormais, como delírios, perseguição e confusão mental.

Em alguns casos podem ocorrer deficiência mental e transtorno mental numa mesma pessoa, exigindo os devido cuidados para cada um.

O conceito de normalidade não é algo rígido. Existe uma faixa que divide indivíduos normais de anormais. A anormalidade mental é quando, por uma situação qualquer, o indivíduo apresenta variações psíquicas que dificultam ou tornam impossível o convívio social (INTERTEMAS, 2013).

As psicopatologias envolvem qualquer variação que dificulte o convívio social, entretanto, isso não significa que um indivíduo que apresente uma delas é

insano. Dessa forma, quase todos apresentam alguma variação da normalidade, no entanto não são mentalmente doentes.

A grande maioria dos transtornos mentais são cíclicos e geralmente duradouros. Outro aspecto muito importante é que geralmente as doenças não afetam todas as funções psíquicas, mas somente parte delas, à que estão relacionadas. “A enfermidade mental, por mais grave que seja, dificilmente torna o individuo totalmente alienado.” (INTERTEMAS, 2013)

Ainda segundo Intertemas (2013), geralmente nos transtornos mais graves e que exigem internamento ocorrem três fases muito características:

A primeira é a fase maníaca, caracterizada por hiperatividade motora e psíquica, de forma desorganizada com agitação e exaltação da afetividade e do humor. Nessa fase a sexualidade fica aflorada, ocorre agressividade, disputas e escândalos.

A segunda fase é ainda mais perigosa, chamada de hipomania, os sentimentos de poder, autoconfiança, euforia e otimismo são mais exaltados. Guiado pela autoconfiança o individuo realiza ações inconsequentes e sem cautela, nessa fase o doente não tem conhecimento do seu mal.

A terceira fase é contraria às anteriores, chamada de depressiva ou melancólica, caracteriza-se pela inibição ou diminuição das funções psíquicas ou motoras. Apresenta sintomas de tristeza, associação demorada das ideias, pessimismo, abatimento moral, sentimento de culpa e autoacusação, tendo em alguns casos propensão ao suicídio.

Os principais transtornos mentais, segundo Galeano Alvarenga (2013) serão listados a seguir, sendo detalhados os que apresentam maiores chances de levar a um internamento:

a) DEPENDENCIA QUÍMICA E PSICOLÓGICA;

b) TRANSTORNOS ALIMENTARES;

c) TRANSTORNOS DE ANSIEDADE:

- SÍNDROME DO PÂNICO: é caracterizado por crises intensas, repentinas e graves de ansiedade e medo. Geralmente são acompanhadas de vários sintomas físicos como palpitações, respiração rápida ou sensação de asfixia, visão turva, tonturas e sentimentos de

irrealidade. Existe além desses, um constante sentimento de medo de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco;

- **TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO:** distúrbio da ansiedade causado pela exposição a uma situação traumática avassaladora (situações que ameaçam a vida ou que lesam gravemente um indivíduo). “O medo intenso, o desamparo e o terror são frequentes. A situação traumática é repetidamente revivida em pesadelos ou em imagens que lhe vêm à memória – flashbacks” (GALEANO ALVARENGA, 2013).

d) TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE:

- **TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE:** caracterizado pela tendência nítida em agir de modo imprevisível, sem consideração pelas consequências, com humor imprevisível e caprichoso, apresenta “uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio ou gestos suicidas” (GALEANO ALVARENGA, 2013).

e) TRANSTORNOS DELIRANTES:

- **ESQUIZÔFRENIA:** é um distúrbio mental grave, caracterizado pela perda do contato com a realidade (psicose), alucinações, delírios (crenças falsas), pensamentos anormais e alteração do funcionamento laborativo e social. É o transtorno mais comum e, segundo o site Intertemas (2013), representa 50% das populações manicomiais. Tem origem endógena, pode ocorrer de forma episódica ou progressiva, na qual apresenta manifestações polimorfos e variadas. Começa com algumas manias e evolui para o isolacionismo, onde o indivíduo vive de fabulações e pensamentos. Há um progressivo desinteresse, passando a se descuidar, até começar a falar sozinho (alucinação), sendo as mais comuns a auditiva e visual.

f) TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS:

- **TRANSTORNO DE PERSONALIDADE MÚLTIPLA:** É caracterizado por duas ou mais personalidades distintas num mesmo indivíduo, se alternando uma de cada vez. Cada personalidade é completa, com suas próprias memórias, comportamento e gostos, de forma bastante

elaborada e complexa. “Os indivíduos com esse distúrbio frequentemente tentam o suicídio, sendo esse talvez, o transtorno com maior incidência dessa prática.” (GALEANO ALVARENGA, 2013)

g) TRANSTORNOS DO SONO:

h) TRANSTORNOS DOS HÁBITOS E DOS IMPULSOS;

i) TRANSTORNOS EMOCIONAIS (DE HUMOR):

- **DEPRESSÃO:** o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração associadas em geral à fadiga, mesmo após um esforço mínimo;
- **MANIAS:** distúrbio mental caracterizado pela alteração de pensamento, com alteração comportamental dirigido, em geral, para uma determinada ideia fixa e com síndrome de quadro psicótico grave e agudo;
- **TRANSTORNO BIPOLAR:** marcado pela alternância de longos períodos depressivos com manias. Os indivíduos com esse transtorno apresentam durante algumas ocasiões uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania), e em outras, um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão).

j) TRANSTORNOS SEXUAIS;

k) TRANSTORNOS SOMATOFORMES E RELACIONADOS AO ESTRESSE.

De acordo com a psiquiatra Maria Fernanda Schwab (2013), os transtornos mentais atingem todas as classes e faixas etárias. Os hospitais e clínicas psiquiátricas costumam atender pessoas entre 15 e 70 / 80 anos, sendo ainda que as crianças possuem um atendimento diferenciado destes (informação verbal) ²⁶.

²⁶ SCHWAB, M. F. **Comportamento de pacientes psiquiátricos e funcionamento de serviços de saúde em psiquiatria.** Curitiba, 2013. Informação verbal.

Podem-se dividir os pacientes que exigem internamento em dois grandes grupos. O primeiro é formado por alcoólatras e drogados e, o segundo por acometidos de transtornos de humor.

Entre esses pacientes com transtorno de humor, três problemas são os mais representativos, merecendo maior atenção e possível internação: esquizofrênicos, bipolares e/ou maníacos e os depressivos.

As causas dos transtornos mentais são especialmente definidas pelo meio em que a pessoa vive, fatores estressantes são altamente responsáveis por disfunções psicológicas. No entanto, deve-se ainda levar em conta a pré-disposição genética²⁷ e as interferências pré-natais²⁸.

Ainda de acordo com Schwab (2013) em alguns casos os pacientes devem ficar sob supervisão ou mesmo em unidades de isolamento, para evitar que problemas maiores ocorram. São eles:

- risco de autoagressão: quando podem provocar lesões em si próprios, por exemplo, pessoas que se cortam ou se mutilam;
- risco de heteroagressão: quando podem provocar lesões em outras pessoas;
- o indivíduo não consegue se auto preservar: estados em que o paciente fica nu, por exemplo;
- estado de alucinação: quando ele vê coisas que não existem, e;
- usuários de drogas: devido seu estado de vício não tem autocontrole.

Essas unidades de isolamento devem garantir que o paciente possa se recuperar, mantendo sua integridade e evitando que possam causar lesões, seja em si mesmos ou nos outros. Além disso, devem ser construídas de modo a evitar fugas e que impossibilitem a quebra de seus componentes, como o vidro, para que não sirvam como armas.

²⁷ Uma pessoa com transtorno do humor bipolar, por exemplo, tem 50% de chance de ter um filho com o mesmo transtorno.

²⁸ O uso de álcool, drogas, cigarro, etc. podem provocar reações químicas durante a gestação que afetam o embrião, levando desde possíveis transtornos mentais, ainda que tardios, até deficiências mentais e outros problemas de saúde.

5.2 NORMATIVA PARA IMPLANTAÇÃO DE UNIDADES DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO PRIVADAS

Enquanto a Lei 10.216 e suas leis complementares definem, primordialmente, os parâmetros para tratamento psiquiátrico através do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços privados são regulamentados pela Resolução²⁹ – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Essa resolução aplica-se a todos os serviços de assistência à saúde, entretanto os parâmetros a seguir são os que definem o atendimento psiquiátrico.

5.2.1 Atividades prestadas pelos estabelecimentos privados

Dentre as atividades presentes nessas instituições estão:

- proporcionar condições de internar pacientes;
- executar e registrar a assistência médica diária;
- executar e registrar a assistência de enfermagem, administrando as diferentes intervenções sobre o paciente;
- prestar assistência nutricional e distribuir alimentação a pacientes e a acompanhantes (quando for o caso);
- prestar assistência psicológica e social;
- realizar atividades de recreação infantil e de terapia ocupacional;
- proporcionar assistência farmacêutica;
- realizar os serviços administrativos do estabelecimento;

²⁹ “Leis são de competência do Poder Legislativo, sancionadas pelo respectivo Poder Executivo. Decretos são atos administrativos da competência exclusiva do chefe do Executivo, para atender situações previstas em leis. Portarias são instrumentos pelos quais ministros, secretários de governo ou outras autoridades editam instruções sobre a organização e funcionamento de serviços. Resoluções e deliberações são diretrizes ou regulamentos emanados de órgãos colegiados, tais como o Conselho de Saúde”. (Ministério da Saúde, 2000).

- realizar os serviços de planejamento clínico, de enfermagem e técnico;
- realizar serviços de documentação e informação em saúde;
- executar serviços de armazenagem de materiais e equipamentos.

5.2.2 Dimensionamento dos ambientes

A seguir serão apresentados os ambientes e dimensões mínimas³⁰ (Segundo a RDC 50) sendo que as instalações necessárias em cada ambiente são definidas segundo a seguinte legenda:

HF	= Água fria
HQ	= Água quente
FV	= Vapor
FG	= Gás combustível
FO	= Oxigênio (6)
FN	= Óxido nitroso
FV C	= Vácuo clínico (6)
FV L	= Vácuo de limpeza
FA M	= Ar comprimido medicinal (6)
FA I	= Ar comprimido industrial
AC	= Ar condicionado (1)
CD	= Coleta e afastamento de efluentes diferenciados (2)
EE	= Elétrica de emergência (3)
ED	= Elétrica diferenciada (4)
E	= Exaustão (5)
ADE	= A depender dos equipamentos utilizados. Nesse caso é obrigatória a apresentação do "lay-out" da sala com o equipamento.

(1) Refere-se à climatização destinada à ambientes que requerem controle na qualidade do ar.

(2) Refere-se à coleta e afastamento de efluentes que necessitam de algum tratamento especial.

(3) Refere-se à necessidade de o ambiente ser provido de sistema elétrico de emergência.

(4) Refere-se à necessidade de o ambiente ser provido de sistema elétrico diferenciado dos demais, na dependência do equipamento instalado. Exemplo: sistema com tensão diferenciada, aterramento, etc.

(5) É dispensável quando existir sistema de ar recirculado.

(6) Canalizado ou portátil.

(*) A classificação foi adotada em função de como o profissional de saúde recebe as informações ou realiza as terapias

OBS.: Não foram objetos de estudo as instalações: elétrica comum, hidro-sanitária comum, telefone, som, processamento de dados, cabeamento estruturado, águas pluviais, combate a incêndios e climatização de conforto.

FIGURA 50 - LEGENDA PARA INSTALAÇÕES MÍNIMAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

FONTE: ANVISA (2002)

³⁰ A depender do tipo de serviço prestado

Ambientes:

ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES			
UNIDADE/AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (MIN.)	DIMENSÃO (MIN.)	INSTALAÇÕES
ENFERMAGEM			
Sala de preparo de paciente		6 m²	HF
Sala de serviços		8 m²	HF
CONSULTÓRIO			
Consultório indiferenciado	NC= (AB): (CDEF) *	7,5 m² com dimensão mínima de 2,2m	HF
Consultório de serviço social - consulta de grupo		6 m² + 0,8 m² por paciente	
INTERNAÇÃO DE CURTA DURAÇÃO			
Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 12 leitos de curta duração	6 m²	HF; EE
Área de prescrição médica		2 m²	
Quarto individual de curta duração		10 m² = quarto de 1 leito; 7 m² por leito = quarto de 2 leitos; 6 m² quarto de 3 a 6 leitos; Distancia entre leitos paralelos = 1m; Distância entre leito e paredes: cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2m; lateral = 0,5m	HF; HQ;
Quarto coletivo de curta duração			EE; ED

QUADRO 3 – DIMENSIONAMENTO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL
 FONTE: O autor (2013) – com base na RDC 50

AMBIENTES DE APOIO:

- sala de espera para pacientes e acompanhantes;
- área para registro de pacientes / marcação;
- sala de utilidades;
- depósito de material de limpeza;
- sanitários para pacientes e público (mas. e fem.);
- banheiros para pacientes (um para cada quarto);
- sanitários para funcionários;
- depósito de equipamentos;
- sala administrativa;
- copa.

* NC= Nº de consultórios necessários

A= Pop. da área; B= N° de consultas/ habitante/ ano

C=N° de meses do ano; E=N° de consultas/ turno de atendimento; D=N° de dias úteis do mês; F=N° de turnos de atendimentos.

ATENDIMENTO IMEDIATO			
DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES			
UNIDADE/AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (MIN.)	DIMENSÃO (MIN.)	INSTALAÇÕES
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Área externa para desembarque de ambulâncias	1	21 m² de área coberta	
Sala de triagem médica e/ou enfermagem	1	8 m²	HF
Sala de suturas/ curativos	1	9 m²	HF; EE
Sala de aplicação de medicamentos		5 m²	HF
Sala de observação	1	8,5 m² por leito	HF; EE
Posto de enfermagem e serviços		6 m²	HF; EE

QUADRO 4 – DIMENSIONAMENTO DO ATENDIMENTO IMEDIATO

FONTE: O autor (2013) – com base na RDC 50

AMBIENTES DE APOIO:

- área para notificação médica de pacientes;
- área de recepção de pacientes;
- sanitários para pacientes (geral - mas. e fem.);
- sala de utilidades;
- sala de espera para pacientes e acompanhantes;
- depósito de material de limpeza;
- rouparia;
- sala administrativa;
- copa.

INTERNAÇÃO (continua)			
DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES			
UNIDADE/AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (MIN.)	DIMENSÃO (MIN.)	INSTALAÇÕES
Internação geral			
Posto de enfermagem/ prescrição médica	1/ 30 leitos	6 m²	HF; EE
Área para prescrição médica		2 m²	

INTERNAÇÃO (conclusão)			
DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES			
UNIDADE/AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (MIN.)	DIMENSÃO (MIN.)	INSTALAÇÕES
Quarto		10 m ² = quarto de 1 leito; 7 m ² por leito = quarto de 2 leitos; 6 m ² quarto de 3 a 6 leitos; Distância entre leitos paralelos = 1m; Distância entre leito e paredes: cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2m; lateral = 0,5m	HF; HQ; EE; AC
Enfermaria			
Área de recreação/ lazer/ refeitório	1	1,2 m ² por paciente	HF
Área ou antecâmara de acesso ao quarto de isolamento		1,8 m ²	HF

QUADRO 5 – DIMENSIONAMENTO DO ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO
 FONTE: O autor (2013) – com base na RDC 50

AMBIENTES DE APOIO:

- sanitários para público e funcionário (mas. e fem.);
- sala administrativa;
- rouparia;
- sanitários para funcionários;
- sala de estar para pacientes, acompanhantes e visitantes;
- depósito de material de limpeza;
- depósito de equipamentos e materiais;
- banheiro para pacientes (cada quarto ou enfermaria);
- copa de distribuição.

APOIO TÉCNICO (continua)			
DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES			
UNIDADE/AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (MIN.)	DIMENSÃO (MIN.)	INSTALAÇÕES
FARMÁCIA			
Área para recepção e inspeção	1	10 % da área para armazenagem	
Área para armazenagem e controle	1	0,6 m ² por leito	E; ADE
Área de distribuição	1	10 % da área para armazenagem	

APOIO TÉCNICO (conclusão)			
DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES			
UNIDADE/AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (MIN.)	DIMENSÃO (MIN.)	INSTALAÇÕES
Sala de manipulação, fracionamento de doses e reconstituição de medicamento	1	12 m ²	E; ADE

QUADRO 6 – DIMENSIONAMENTO DO APOIO TÉCNICO
 FONTE: O autor (2013) – com base na RDC 50

AMBIENTES DE APOIO:

- sanitários para funcionários;
- depósito de material de limpeza;
- vestiário;
- copa.

APOIO TÉCNICO (continua)			
DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES			
UNIDADE/AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (MIN.)	DIMENSÃO (MIN.)	INSTALAÇÕES
COZINHA			
Área para recepção e inspeção de alimentos e utensílios	1	ÁREA TOTAL - REFEITÓRIO = até 200 refeições por turno: 0,45 m² por refeição	HF
- área para alimentos em temperatura ambiente			EE
- área para utensílios			
- área e/ou câmara para alimentos resfriados			
- área e/ou câmara para alimentos congelados			
ÁREA PARA DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS E UTENSÍLIOS			
Área para verduras, legumes e cereais	1	ÁREA TOTAL - REFEITÓRIO = até 200 refeições por turno: 0,45 m² por refeição	HF; ADE; E
Área para carnes			
Área para cocção de dietas normais			
Copa de distribuição	Balcão: 1. Copa: 1 a cada 30 leitos (quando o sistema de distribuição for descentralizada)		
Balcão de distribuição			
Refeitório para paciente		1 m² por comensal	HF
Refeitório para funcionários			

APOIO TÉCNICO (conclusão)			
DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES			
UNIDADE/AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (MIN.)	DIMENSÃO (MIN.)	INSTALAÇÕES
Área para recepção, lavagem e guarda de louças, bandejas e talheres	1	A depender da tecnologia utilizada	HF; HQ; ADE; CD
Área para lavagem e guarda de panelas		3 m ²	

QUADRO 7 – DIMENSIONAMENTO DO APOIO TÉCNICO
 FONTE: O autor (2013) – com base na RDC 50

AMBIENTES DE APOIO:

- sanitários para funcionários;
- depósito de material de limpeza;
- sala administrativa;
- sanitários para o refeitório (*in loco* ou não).

APOIO LOGÍSTICO			
DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES			
UNIDADE/AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (MIN.)	DIMENSÃO (MIN.)	INSTALAÇÕES
LAVANDERIA			
Sala para lavagem de roupas	1	8,0 m ² com largura mínima igual a 1,5 m	HF
Rouparia	1	2,2 m ² . Pode ser substituída por armários exclusivos ou carros roupeiro	

QUADRO 6 – DIMENSIONAMENTO DO APOIO LOGISTICO
 FONTE: O autor (2013) – com base na RDC 50

AMBIENTES DE APOIO:

- sanitários;
- DML.

APOIO ADMINISTRATIVO (continua)			
DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES			
UNIDADE/AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (MIN.)	DIMENSÃO (MIN.)	INSTALAÇÕES
Serviços Administrativos/ Serviços Clínicos, de Enfermagem e Técnico			
Sala de direção		12 m ²	ADE
Sala de reuniões		2 m ² por pessoa	

APOIO ADMINISTRATIVO (conclusão)			
DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES			
UNIDADE/AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (MIN.)	DIMENSÃO (MIN.)	INSTALAÇÕES
Administração	1	5,5 m² por pessoa	
Arquivo	1	A depender da tecnologia utilizada	
Tesouraria		2,5 m² por funcionário	
Posto de informações (administrativas e/ou clínicas)		3 m²	
Documentação e Informação			
Área para registro de pacientes / marcação	1	5 m²	ADE
Arquivo médico • Arquivo ativo • Arquivo passivo	1	A depender da tecnologia utilizada	

QUADRO 7 – DIMENSIONAMENTO DO APOIO ADMINISTRATIVO
 FONTE: O autor (2013) – com base na RDC 50

AMBIENTES DE APOIO:

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS:

- sanitários para funcionários e público;
- copa;
- DML.

DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO

- sanitários para funcionários
- sala de espera

APOIO LOGÍSTICO			
LIMPEZA E ZELADORIA			
UNIDADE/AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (MIN.)	DIMENSÃO (MIN.)	INSTALAÇÕES
Depósito de material de limpeza com tanque (DML)	1	2,0 m² com dimensão mínima = 1,0 m	HF
Abrigo de recipientes de resíduos (lixo) -Depósito (com no mín. 2 boxes resíduos biológicos e comuns) -Higienização de recipientes coletores	1		HF
Segurança e Vigilância			
Área para identificação de pessoas e/ou veículos	1 para cada acesso	4 m²	

QUADRO 8 – DIMENSIONAMENTO DO APOIO LOGISTICO
 FONTE: O autor (2013) – com base na RDC 50

5.2.3 Características espaciais – funcionais

Ainda de acordo com essa resolução (RDC 50) deve-se adotar:

a) Corredores

- Corredores destinados à circulação de pacientes devem possuir corrimãos em ao menos uma parede lateral a uma altura de 80 cm a 92 cm do piso, e com finalização curva;
- Os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ter a largura mínima de 2,00 m para os maiores de 11,0m e 1,20m para os demais, não podendo ser utilizados como áreas de espera;

b) Portas

- Todas as portas de acesso a pacientes devem ter dimensões mínimas de 0,80 (vão livre) x 2,10 m, inclusive sanitários;
- Todas as portas utilizadas para a passagem de camas/macacões e de laboratórios devem ter dimensões mínimas de 1,10 (vão livre) x 2,10 m;
- As maçanetas das portas devem ser do tipo alavanca ou similares;

5.3 ARQUITETURA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Por muito tempo, e ainda hoje, a sociedade encarou o edifício hospitalar como sendo um local de doença, morte, angústia, entre outros sentimentos. (VITRUVIUS, 2013)

Os espaços para tratamento psiquiátrico quase sempre foram locais renegados, desprovidos de preocupação com o paciente, voltados para a reclusão do indivíduo frente à sociedade.

Somente no fim do século XX com o ápice das discussões sobre a reforma psiquiátrica, passou-se a pensar no doente mental como pessoa e na humanização de seu tratamento.

Atualmente, várias correntes discutem como humanizar o caráter hospitalar em geral. Um hotel, a relação com a natureza, com a arte, a figura do lar ou mesmo o espaço urbano, cada uma busca trazer diferentes sensações ao paciente, mas sempre com o mesmo objetivo, minimizar o caráter hospitalar e de reclusão, ainda que temporário.

[...] Os arquitetos fazem apelo a diferentes analogias em seus discursos a fim de visualizar o que seria a humanização. As mais recorrentes poderiam ser agrupadas nas seguintes figuras metafóricas: (a) o hotel – analogia muito frequente na arquitetura hospitalar americana contemporânea –; (b) a relação com a natureza e a integração com obras de artes; (c) o lar e possibilidade da intimidade e, por último, (d) a figura do espaço urbano e do convívio social – geralmente associada às experimentações da arquitetura hospitalar francesa contemporânea. (VITRUVIUS, 2013)

O arquiteto brasileiro João Filgueiras Lima, Lelé, defende a beleza como chave para a humanização, ela é que alimenta o espírito e, portanto, para ele, deve-se possibilitar no projeto de arquitetura hospitalar a junção destes dois fatores: humanização, através da beleza, e funcionalidade.

Lelé trabalha em seus projetos além da ventilação e iluminação naturais, que evitam ambientes herméticos, o uso de “painéis coloridos, muros de argamassa armada, pinturas, murais, entre outros, a fim de conceber espaços mais alegres, que despertem o interesse dos pacientes e que sejam, portanto, belos.” (VITRUVIUS, 2013).

A aproximação do ambiente hospitalar com o residencial visa trazer maior conforto, bem estar e liberdade ao paciente. O hospital da forma como conhecemos é impessoal, o indivíduo não pode apropriar-se do espaço, não se identifica com ele e, com isso, o sentimento de estar em um local estranho prejudica o processo da cura.

O arquiteto hospitalar, além de conhecer toda a complexidade do funcionamento de um hospital, deve propor soluções que atendam as suas necessidades técnicas e de humanização, ou seja, o edifício precisa ser flexível e expansível para atender todas as demandas das inovações tecnológicas e, sobretudo, ser mais humano. Nesse contexto, o conforto ambiental tem primazia, devido a sua grande influência nos processos de cura dos pacientes internados. (MARTINS, 2004, p.64)

Ainda de acordo com Martins (2004, p.2) a arquitetura pode ser um instrumento terapêutico se contribuir para o bem-estar físico do paciente com a criação de espaços que, além de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humana.

A seguir serão descritos elementos presentes na arquitetura e sua influência sobre o tratamento psiquiátrico, tendo como base Arte Publicidade (2013), Ching (2005) e Daniel Gasnier (2013):

LINHA:

A reta vertical expressa estado de equilíbrio com a força da gravidade, simboliza a condição humana, marca uma posição no espaço, é símbolo da mente, sugere elevação e atividade.

A reta horizontal representa estabilidade, equilíbrio, calma, o plano do solo, o horizonte ou um corpo em repouso.

Uma reta inclinada constitui um desvio horizontal ou vertical. É dinâmica, simboliza o desequilíbrio e representa tensão e instabilidade.

A linha curva é livre e dinâmica, podendo sugerir desde um movimento perfeitamente definido até um movimento caótico;

QUADRADO:

O quadrado está associado com o aspecto racional, nos transmite um sentimento neutro e impessoal. Agrega significados como firmeza, organização, solidez, sobriedade, repouso, passividade, estrutura, estabilidade, ordem;

TRIÂNGULO:

Com o sentido de sua ponta para cima o triângulo sugere estabilidade; para os lados, direção e movimento e quando aponta para baixo representa instabilidade e desconforto;

CIRCULO:

É uma forma feminina por excelência. Está associado ao movimento, a compreensão, harmonia e paz.

De acordo com Amanda Brasil (2013) é “[...] símbolo da totalidade original do Universo, bem como a perfeição, o infinito, o ilimitado, o atemporal, o inespacial, a completude, a inteireza, etc.”;

OVAL:

As formas arredondadas das elipses, de forma geral, transmitem apelos à sensualidade, suavidade e delicadeza, lembrando ergonomia, aerodinâmica e daí são associadas à agilidade, dinamismo, conectividade, interatividade, relacionamento e globalização;

LOSANGO:

Representa um equilíbrio instável, que pode ser rompido a qualquer momento. O losango é perturbador e gera vulnerabilidade e estranhamento no subconsciente, daí sua aplicação como sinalização de advertência.

5.3.1 Texturas

Textura é todo relevo feito por determinado material, seja ele produzido pelo homem (tecidos, papeis, argamassas) ou resultado de forças da natureza (madeira, vegetação, água).

De acordo com o site Arte Publicidade (2013) “nenhum outro elemento visual é tão capaz de emocionar quanto à textura. Na linguagem cotidiana é usada para descrever objetos, pessoas e situações”.

Ao encostar ou visualizar um objeto ou superfície sente-se se a sua cobertura é lisa, rugosa, macia, áspera ou ondulada, portanto a textura transmite uma sensação visual ou tátil.

Ainda de acordo com Arte e Publicidade (2013) “na arte a textura é utilizada de muitas formas, inclusive a ausência de textura é utilizada para impactar, uma vez que assim é eliminados aspectos da realidade”.

As texturas existentes são as mais variadas possíveis bem como as sensações transmitidas, entretanto quando aplicadas em um ambiente hospitalar deve-se pensar especialmente na limpeza das superfícies. Texturas rugosas, porosas são difíceis de limpar enquanto que as lisas facilitam a limpeza.

A textura também está relacionada com o aspecto psicológico visual, a da madeira, por exemplo, transmite aconchego, acolhimento, calor, enquanto que a do metal é fria, inóspita e desconfortável.

5.3.2 Cor

A cor não tem existência material, é apenas sensação produzida por certas organizações nervosas sob a ação da luz, é a sensação provocada pela ação da luz sobre o órgão da visão.

Para que surja a cor é necessária a presença de dois elementos: a luz (objeto físico, agindo como estímulo) e o olho (aparelho receptor, funcionando como decifrador do fluxo luminoso, decompondo-o ou alterando-o através da função seletora da retina).

De acordo com Borges e Gabardo (2011, p. 14) as cores influenciam no tratamento de doenças, têm aspectos culturais, simbólicos e significados atribuídos por artistas e estudiosos. Porém, ao utilizar na arquitetura é necessário contextualizá-la no espaço, levando em conta a área de aplicação, temperatura do ambiente e principalmente qualidade e quantidade de iluminação fornecida.

A cor é um dos principais fatores determinantes da forma como nos relacionamos com nosso ambiente e o que ele nos transmite. Nossa sensibilidade reage às cores de várias maneiras. São reações subjetivas e nossa subconsciência percebe mínimos detalhes que às vezes passam despercebidos pelo consciente.

Devemos tratar de forma diferente o espaço onde desejamos uma maior permanência, de um local de circulação, por exemplo. A cor utilizada no primeiro ambiente terá muito mais influência sobre o usuário, uma vez que o mesmo ficará por mais tempo no local, do que a utilizada num corredor de uma residência, um local de passagem.

“A cor pode unificar o espaço, como no caso de um ambiente com muitas aberturas e formas irregulares: uma única cor aplicada diminuirá as assimetrias e evitará que o olho seja atraído para esses defeitos”. (MARTINS, 2004, p.65)

Não é recomendado um ambiente monocromático, porque extensas superfícies de cor pura solicitam de modo exagerado e uniforme a retina, o que provoca cansaço visual e tendência à desconcentração. No caso de cores alternadas, ao provocar um ritmo variado, transmitem animação ao espaço.

Algumas evidências científicas sugerem que a luz de diversas cores, que entra pelos olhos, pode afetar diretamente o centro das emoções. Cada um de nós responde à cor de uma forma particular. As pessoas tendem também a ser atraídas por certas cores, em virtude de alguns fatores determinantes. Sua escolha pode estar baseada em seu tipo de personalidade, nas condições circunstanciais de sua vida ou em seus desejos e processos mentais mais íntimos, profundos e até inconscientes.

As cores quentes são estimulantes e produzem as sensações de calor, proximidade, opacidade, secura e densidade. Em contraste, as cores frias parecem nos transmitir as sensações de frias, leves, distantes, transparentes, úmidas, aéreas e calmantes. (FREITAS, 2007, p.4)

Os efeitos psicológicos das cores são os seguintes:

COR	ASSOCIAÇÃO	EFEITOS TERAPÊUTICOS (Continua)
VERMELHO 	Cor quente, saliente, estimulante, dinâmica. Deve ser usada para criar ambientes quentes e acolhedores. Junto com o verde, sua cor complementar, forma um par muito vibrante.	Estimula o sangue e libera adrenalina. Intensifica as funções do corpo ao estimular o sistema nervoso e fortalecer a atividade do fígado. Produz calor, que revitaliza o corpo físico. É responsável por tudo que o corpo absorve, por agir como catalisador de ionização. Retrata a saúde e a ação construtiva, mas também a raiva, o mau-humor, o perigo e a destruição.
LARANJA 	Cor muito quente, viva e acolhedora. Evoca o fogo, o sol, o calor. Seu poder de dispersão amplia a área dos ambientes.	É antidepressivo, aumenta o otimismo, estimula o apetite, promove a boa digestão, beneficia a maior parte do sistema metabólico, rejuvenesce e vitaliza, e pode elevar a pressão sanguínea. Esta cor é a combinação dos raios vermelhos e amarelos, e seu poder de equilíbrio é maior que o das duas cores isoladas. É estimulante e expansivo. Combina a energia física com as qualidades mentais, libera a energia, aviva as emoções e origina bem-estar e satisfação.
AMARELO 	Cor luminosa que representa o calor, energia, claridade.	É estimulante, energizante, purificador e eliminador. Estimula a percepção, o intelecto e o sistema nervoso central. Desperta esperança em doentes que desistiram da cura. Indicado para obter concentração mental e fixar informações. Deve ser usado com outras cores, pois o excesso pode gerar tensão. Isolado, pode causar a perda de estabilidade, proteção, meta ou foco, o que estimula o nervosismo e a incerteza. É uma vibração positiva que sugere alegria e divertimento. Auxilia nas situações de desespero e melancolia. Não é indicado para o tratamento mental
DOURADO 	A cor dourado, assim como o amarelo, está associada ao sol, à abundância (riquezas) e ao poder. Também está relacionada com os grandes ideais, a sabedoria e os conhecimentos.	É uma cor que revitaliza a mente, as energias e a inspiração, afasta os medos e as coisas supérfluas. A cor dourado claro é excelente para a depressão e equilibra a mente.

COR	ASSOCIAÇÃO	EFEITOS TERAPÊUTICOS (Continuação)
MAGENTA 	Transmuda desejo em seus equivalentes físicos. Dedicação, reverência, gratidão e comprometimento são características atribuídas a essa cor, cujo empenho é expressar o idealismo em sua forma mais pura. Magenta é uma cor protetora e nutriente, quente e suave.	Esta cor fortifica a aura e as radio-emanções do corpo químico. Leva à consciência espiritual, auxilia como equilibradora emocional e é estimulante suprarrenal.
VIOLETA 	Essa cor, formada pela combinação do azul com o vermelho, reflete dignidade, nobreza e respeito próprio.	Tem ação calmante e é purificadora do sangue. Reduz medos e angústias. Traz estabilidade, equilíbrio da consciência, dignidade e divindade. Relaciona-se à mentalidade humana e pode remeter a uma integração com o espaço, com a concentração voltada para um fim específico (oração ou meditação). Devolve o ritmo da glândula pineal, purifica o organismo, acalma os músculos e a superexcitação nervosa.
ÍNDIGO 	Tem um profundo efeito sobre a mente e é utilizado pelos psiquiatras para acalmar e tranquilizar os pacientes que sofrem problemas mentais e nervosos.	É uma cor elétrica, fria e adstringente. Funciona como anestésico e chega a causar total insensibilidade. É uma cor muito poderosa para a psique. Está associada com o funcionamento do cérebro e é um estimulante para a imaginação e a intuição.
AZUL 	Cor fria, calmante, repousante, um pouco sonífera. Sugere indiferença, passividade. Sua visão ampla sugere frescor.	É a cor do equilíbrio, da harmonia e da expansão espiritual. Tem efeito relaxante, calmante e analgésico. Atua no sistema nervoso, nos vasos sanguíneos, e em todo o sistema muscular. Por ser a cor mais curativa, é indicada nas infecções com febre. O azul em excesso causa depressão e tristeza por ser fria, sedativa e adstringente.

COR	ASSOCIAÇÃO	EFEITOS TERAPÊUTICOS (Continuação)
VERDE 	Cor passiva, que sugere imobilidade, alivia tensões, equilibra o sistema nervoso. É simbolicamente associado à esperança e felicidade.	É uma cor analgésica. Deve ser utilizada com muito cuidado, pois pode ser fatigante e estimular a depressão quando usada em excesso. Pode ser aplicada para desequilibrar as vibrações causadas por uma doença. Associada afetivamente à paz, à natureza, à saúde, à abundância, à tranquilidade, ao equilíbrio, à esperança e à juventude. Harmoniza flutuações do estado de espírito e casos de insatisfação e impaciência. Ajuda a equilibrar a imunidade, por isso é muito usado em hospitais e clínicas.
BRANCO 	Cor da pureza simboliza a paz, nascimento, morte. Conduz à ausência.	O branco é sempre positivo e afirmativo. É a soma de todas as cores e o símbolo do absoluto. A cor que apresenta maior sensibilidade na presença da luz. Está associada à ordem, estabilidade, paz e harmonia. Permite boa iluminação, uma vez que absorve pouca luz e transmite pouco calor ao ambiente interno, permitindo, desta forma, um maior conforto.
PRETO 	Cor deprimente evoca sombra, frio, caos, angústia, tristeza, o inconsciente, o nada.	Funciona como um isolante e atrai todas as vibrações para si. É a cor da autonegação. É considerada uma cor impotente, quando usada com outra cor, do contrário pode provocar inacessibilidade, prepotência e indiferença.
MARROM 	Com frequência se relaciona o marrom com a carência de auto valoração, uma falta de conhecimento sobre si mesmo. Associa o marrom a outono, doenças, terra, melancolia e orações.	O marrom está relacionado ao pesar, à melancolia e ao desconforto. Ligado à repressão emocional e ao medo ao mundo exterior, também à estreiteza de planos para o futuro. Por outro lado credita-se ser a cor da integração e do oferecimento.

QUADRO 9: EFEITO DAS CORES

FONTE: O autor (2013) – Com base em Gusmão (2013), Borges e Gabardo (2011)

5.3.3 Luz

A luz é primazia em um projeto arquitetônico, ela pode ter um significado psicológico, através do jogo de luz e sombras (revelando formas, texturas, proporções, etc.) valorizando o espaço e provocando emoções, ou mesmo seu aspecto técnico, servindo para realização de atividades e ocupação dos ambientes.

Para Martins (2005, p. 64) “a iluminação natural traz benefícios para a saúde, porque dá a sensação psicológica do tempo, tanto cronológico quanto climático, no qual se vive”. A luz artificial, necessária à noite e nos dias nublados, deve ser vista sempre como uma complementação e nunca como uma substituição da natural. Além disso, a maximização do uso da luz natural diminui gastos energéticos necessários para a iluminação complementar mecânica.

Já a luz artificial responde principalmente a dois critérios: a quantidade necessária, dependendo do uso do espaço, e a sensação causada no usuário. Uma luz muito difusa e a ausência de sombras deixam todos os objetos com aparência plana e sem definição de formas. O contrário acontece com a combinação de luz e sombras, que intensifica a plasticidade dos objetos e da arquitetura. A sombra, como a luz, também deve ser planejada, pois suas qualidades como quantidade, direção e contrastes são características do projeto.

Os contrastes ajudam na memorização dos detalhes de um espaço, sugerindo profundidade, distância e tridimensionalidade. Um bom contraste favorece a nitidez de contornos, diferenciando a figura do fundo, entretanto, as semelhanças de tons sobre tons formam sequências rítmicas lentas e sem definição.

Baixos níveis de iluminação provocam uma redução de ruídos, pois as pessoas tendem a falar mais baixo em locais mais escuros e falar mais alto em ambientes de maior claridade.

De acordo com a arquiteta Ângela Abdalla (2013) a iluminação pode ser usada para destacar algo, separar ou conectar ambientes, definir hierarquias e sugerir direção.

De acordo com Schwab, nos pacientes psiquiátricos a luz fria causa irritação e inquietação enquanto que a luz quente provoca aconchego e relaxamento (informação verbal) ³¹.

As três principais tipologias de luz artificial são:

- **LUZ DIRETA:** Praticamente toda a luz converge diretamente sobre o plano horizontal e as luminárias são colocadas contra o teto, emitindo 90% a 100% de seu fluxo para baixo;
- **LUZ INDIRETA:** Esse tipo de iluminação trabalha por meio de reflexão onde o fecho de luz é direcionado para cima e reflete no ambiente. É uma luz mais suave e agradável, pois a fonte de luz não vai diretamente aos olhos, se vê somente o efeito já produzido;
- **LUZ DIFUSA:** Este tipo de luz resulta da dispersão da luz provocando uma iluminação com sombras pouco perceptíveis (logo pouco delineadas). Pode ser obtida com o uso de superfícies que “filtram” a luz direta ou mesmo com o posicionamento de luz indireta;

A luz trabalha ainda em parceria com as cores. Sem luz não há cor, uma vez que a luz é o elemento revelador da cor. A luz pode também mudar o aspecto de um objeto, deixando a matéria com aspecto mais leve ou pesado, áspero ou suave, em função da cor e do brilho (FIGURA 51).

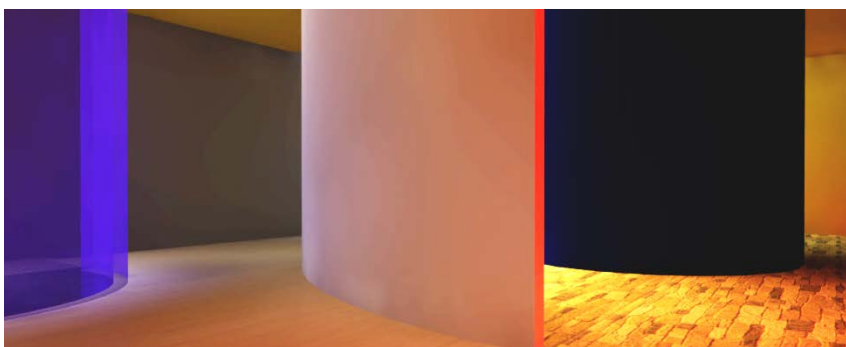


FIGURA 51- RELAÇÃO DA LUZ COM AS CORES E TEXTURAS
FONTE: Gabardo e Náter (2011)

Para concluir, diversos elementos estão presentes na conformação da arquitetura, especialmente a arquitetura hospitalar deve ser pensada desde o início do conceito até o último detalhe, para além de atender a funcionalidade do edifício, transmitir sensação de aconchego, calor e humanização ao usuário, sempre visando sua total reabilitação em menor espaço de tempo possível.

³¹ SCHWAB, M. F. **Comportamento de pacientes psiquiátricos e funcionamento de serviços de saúde em psiquiatria**. Curitiba, 2013. Informação verbal.

6. TERRENO E ENTORNO

A cidade escolhida para a implantação do projeto é São José dos Pinhais, dada sua elevada concentração populacional e a dificuldade de acesso a serviços de saúde mental, como visto no capítulo 5 - ANÁLISE DA REALIDADE.

Essa cidade faz parte da região metropolitana de Curitiba (FIGURA 52), servindo inclusive como apoio a outras cidades de seu entorno.



FIGURA 52 - LOCALIZAÇÃO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

FONTE: Wikipédia (2013)

Após a definição da cidade prosseguiu-se a escolha do local. Para tal, foi analisado o mapa de zoneamento da cidade (FIGURA 53), a fim de saber quais as regiões poderiam permitir esse serviço, sendo então comparada com uma imagem de satélite, na qual foram observados os terrenos mais propícios à sua implantação (locais com área suficiente para comportar o programa, livres, com facilidade de acesso e proximidade com outros serviços de saúde).

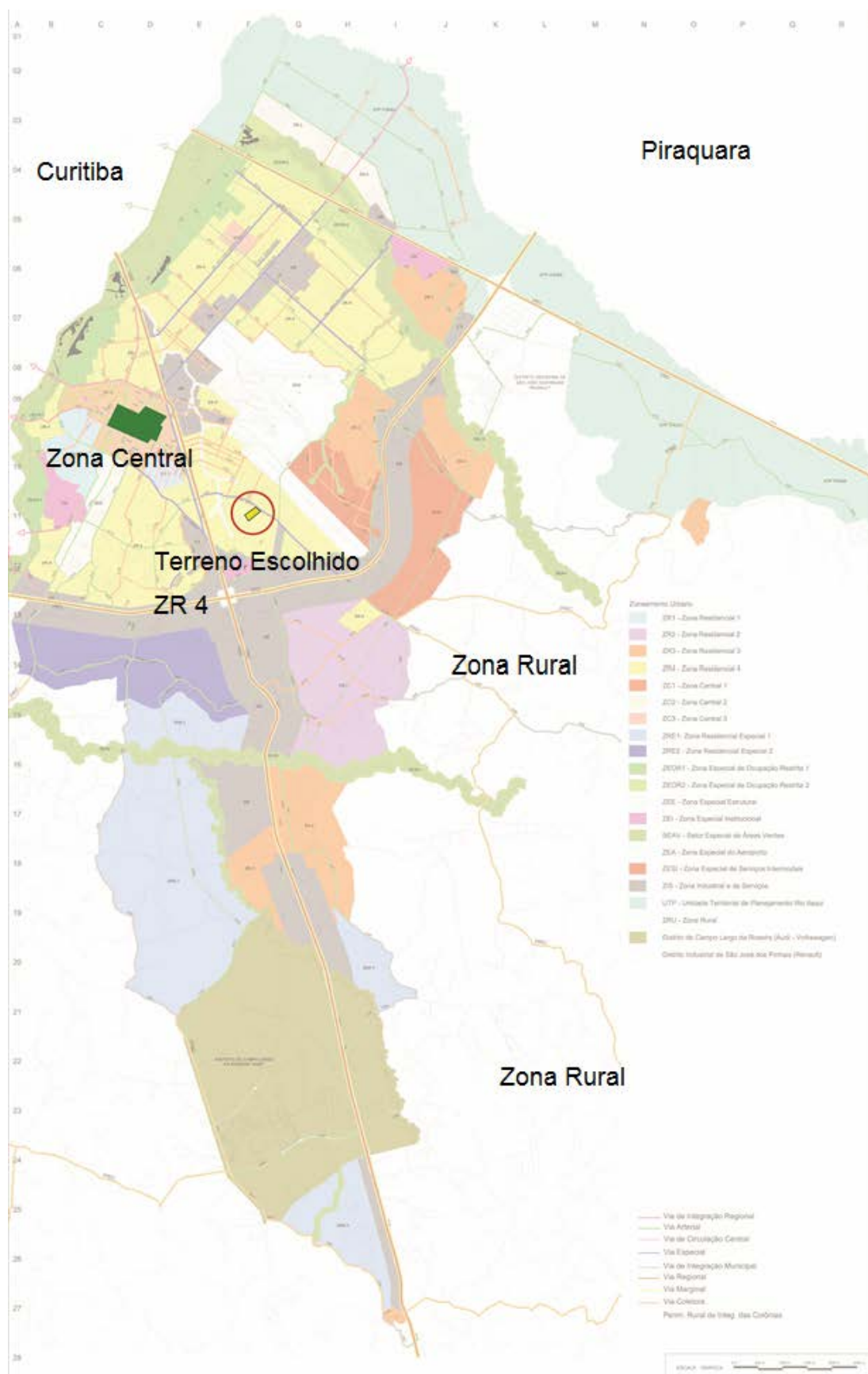


FIGURA 53 - ZONEAMENTO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

FONTE: Secretaria Municipal de Urbanismo (2013) – Editado pelo autor

O terreno definido fica no bairro Ouro Fino e está localizado em uma zona residencial (ZR4), cuja característica é a alta concentração de habitação, comércio e serviços, fazendo frente para uma via local, Rua Curitiba, que liga-se à uma via especial, Alameda Arpo (FIGURA 54), que tem facilidade de ligação com a área central e outros serviços de saúde, como o hospital Attílio Talamini (que tem leitos especializados em psiquiatria – a 5 km) e ao CAPS II (a 4,6 Km), agilizando o acesso a esses equipamentos, caso necessário.

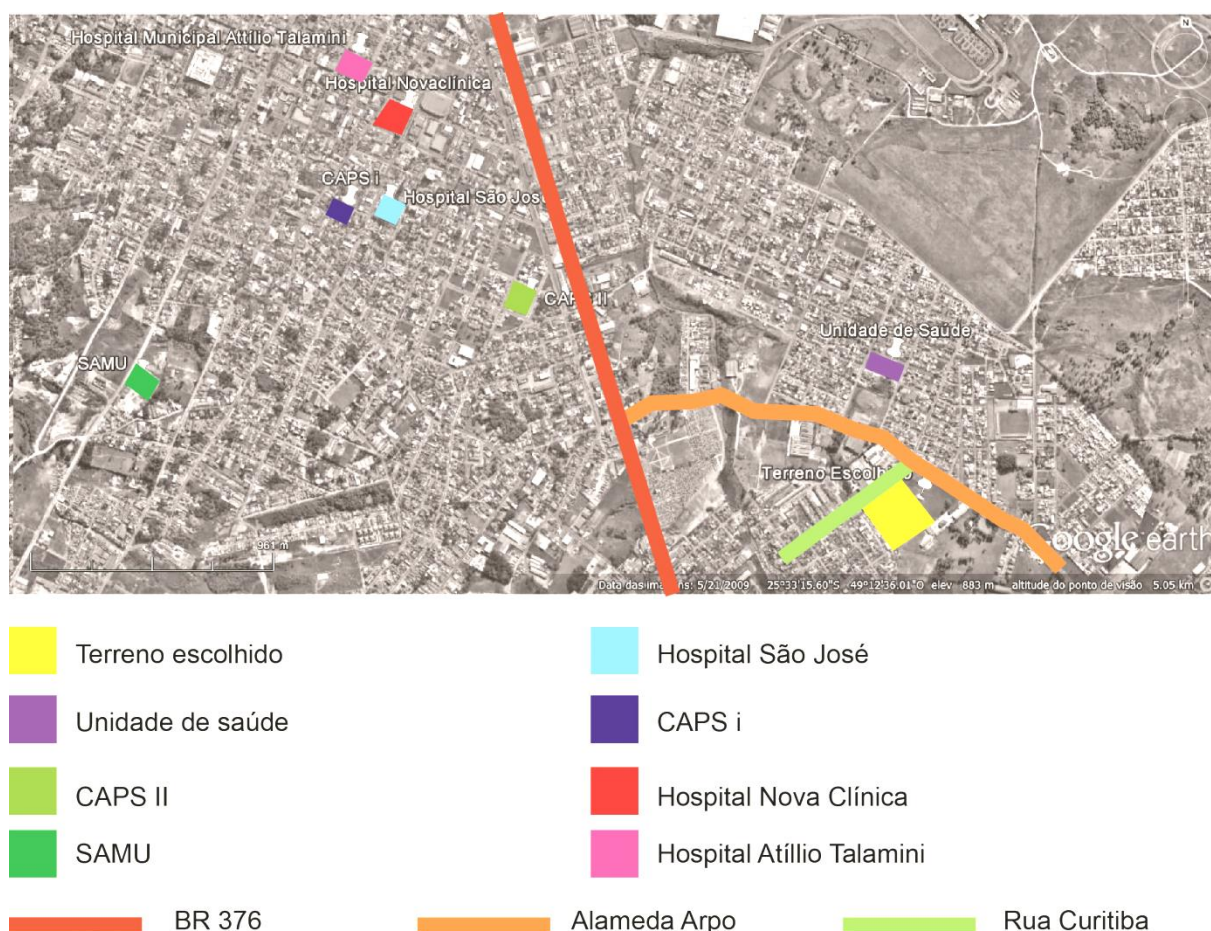


FIGURA 54 - ACESSO A OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE

FONTE: Google Earth (2013) – Editado pelo autor

Além da posição estratégica, devido seus acessos, outro fator de grande importância é a relação do terreno com o entorno. Trata-se de um local com adensamento bastante considerável (FIGURA 55), por ser uma zona de alta ocupação, mas que mantém algumas características de áreas menos ocupadas, como a presença de grandes terrenos e áreas verdes.

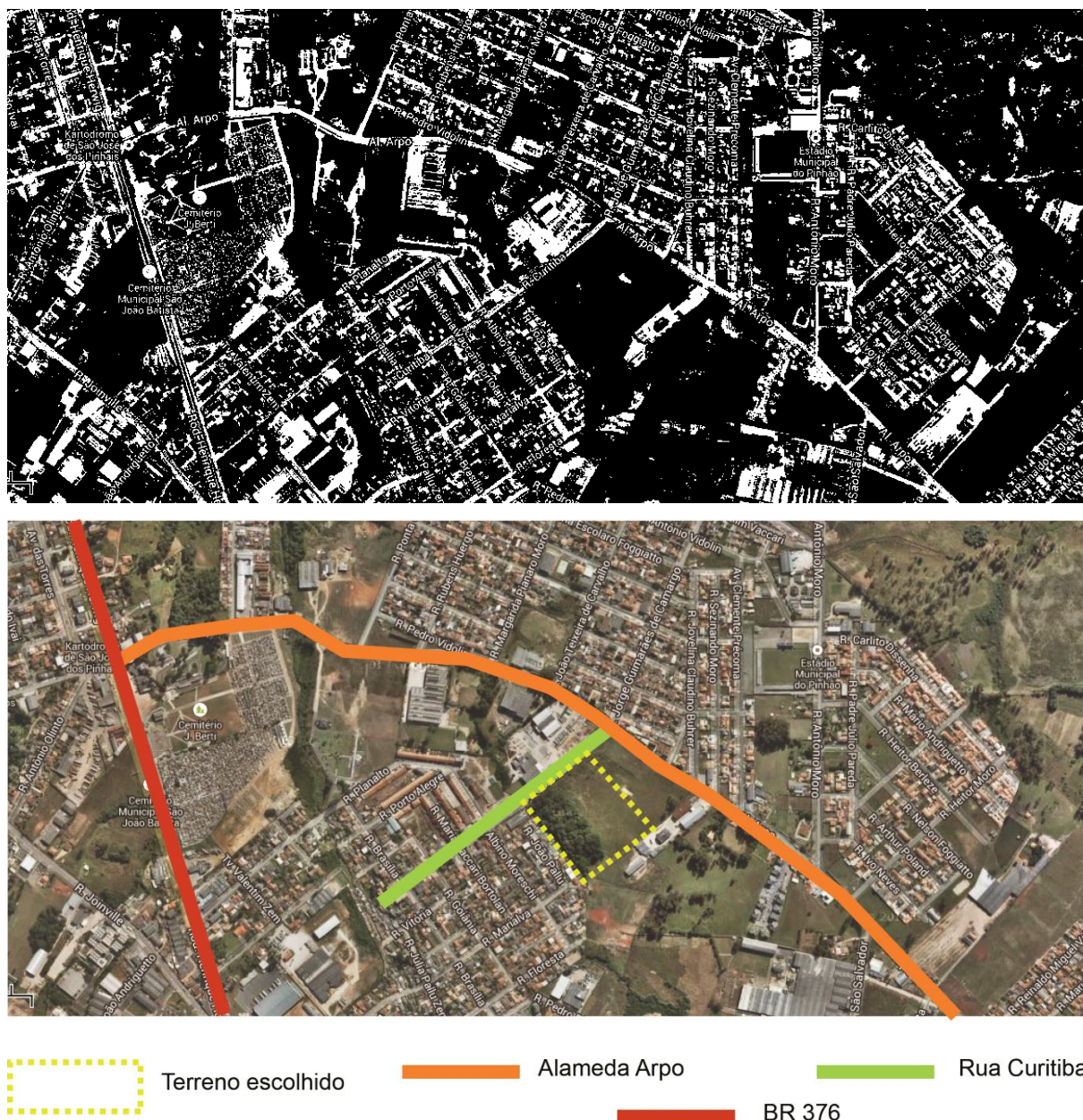


FIGURA 55 - FIGURA-FUNDO DO ENTORNO E PRINCIPAIS VIAS DE LIGAÇÃO

FONTE: Google Earth (2013) – Editado pelo autor

Esta região faz um intermédio entre a área urbana, altamente concentrada, movimentada e com muito barulho e, a área rural, com baixa ocupação, em contato com a natureza, mas muito distante de pontos importantes, como hospitais ou mesmo comércio e serviços.

O lote (

FIGURA 56) tem cem metros de testada, sendo que no lado oposto dessa mesma rua há uma fábrica de artefatos de concreto (manilhas), implantada neste local há muito tempo, antes mesmo de a região ser ocupada pelo uso habitacional.

Entre outros equipamentos presentes na região estão: dois postos de saúde, um estádio de futebol, um ginásio de esportes, escolas (desde maternal até uma universidade – PUC), além da proximidade com o Parque Linear do Rio Ressaca, portanto, muito propícia à instalação de equipamentos ou mesmo serviços públicos, incluindo saúde.



FIGURA 57 - POSIÇÃO DAS FOTOGRAFIAS

FONTE: O autor (2013)

1



2



FIGURA 58 - FOTOS DO TERRENO
FONTE: O autor (2013)





O perfil natural do terreno cai em direção ao córrego, tendo uma variação com cerca de oito metros, havendo alguns pontos de maior inclinação e outros quase planos (FIGURA 61 e FIGURA 62).

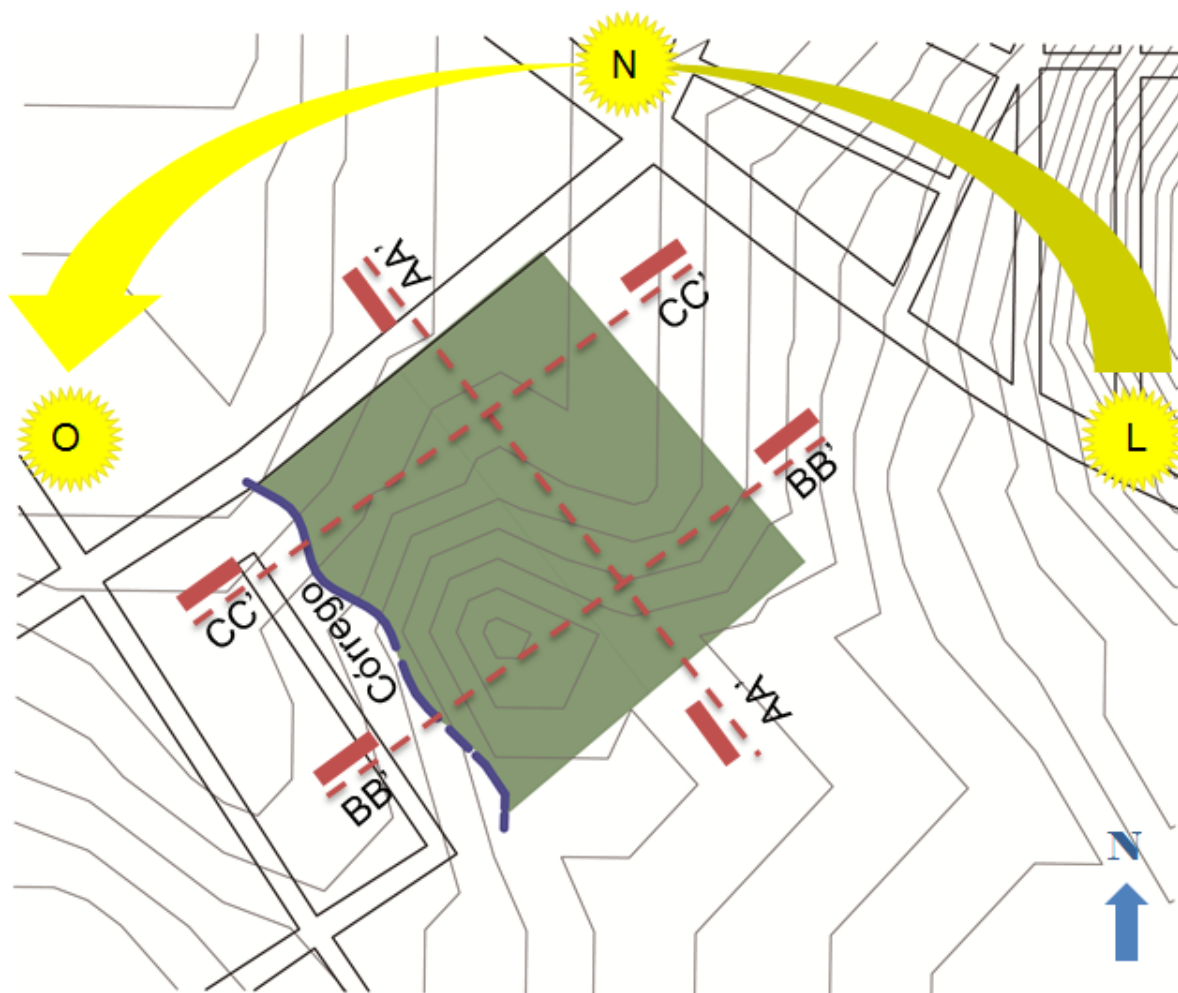


FIGURA 61 - CURVAS DE NÍVEL

FONTE: O autor – Com base em Google Earth (2013)

CORTE AA'

CORTE BB'

CORTE CC'

FIGURA 62 - PERFIS DO TERRENO

FONTE: O autor (2013)

ZR4 – Zona Residencial 4/ SEAV - Via local.

Setor Especial de Áreas Verdes: Área de preservação permanente cuja existência no local deverá ser informada na implantação e respeitadas as restrições previstas em Lei.

Ao longo de rios ou córregos a partir de suas margens e em áreas de várzea conforme lei Federal 4771/65 e alterações, e, Resolução Conjunta IBAMA/SEMMA/IAP nº 05/2008 não é permitida a edificação nem a utilização destas áreas, sendo necessária sua recuperação, caso esteja degradada.

Para a supressão de vegetação, aterro, terraplanagem ou drenagem, é necessária a análise da SEMMA e licenciamento do Instituto Ambiental do Paraná, caso necessário

Verificar possível inexistência de infraestrutura urbana a qual ficará ao encargo do proprietário, inclusive a abertura, alargamento e pavimento da rua atendendo toda a legislação vigente.

Consultar a Divisão de Loteamentos sobre as diretrizes viárias para o local.

DIRETRIZ DE VIA PÚBLICA

Este imóvel pode ser atingido por projeto de abertura, prolongamento ou alargamento de via pública. Solicitar formalmente informações junto à Divisão de Loteamentos, anexando o parecer quando protocolar requerimentos ao C.M.P.D.U. e ao requerer Alvará de construção e aprovação de projetos.

Em ZR4: Testada 12,00m

Área: 360,00m²

Parcelamentos devem ser aprovados junto à Prefeitura, COMEC e IAP.

Nos lotes de esquina a testada mínima deverá ser acrescida do recuo obrigatório previsto para a zona.

Aprovar diretriz de arruamento junto a SEMU /Loteamentos. Obter a anuência da SANEPAR e IAP, quanto à demanda de água tratada e o sistema de esgoto a ser adotado.

Anuência da COPEL, sobre a demanda de energia elétrica.

Prever a colocação de meio fio e revestimento das vias.

O sistema de drenagem deverá ser tubulado.

A área não atingida pelo SEAV, trata-se de uma ZR 4

Em ZR4:

Taxa de ocupação máxima – 60%.

Coefficiente de aproveitamento- 2

Recuo frontal – 3,00m. (18)

5,00m (19), (20), (21), (22),(23),(24).

Atender Artigo 60, §§ 1º e 2º, da lei Complementar 16/2005.

Afastamentos laterais e fundos - 1,50m (27), (29).

Altura máxima - 4 pavimentos. (6)

Taxa de permeabilidade mínima - 20%.

Em ZR4:

Usos permitidos:

- Habitação unifamiliar;
- Agrupamento A, B e C;
- Habitação coletiva;
- Habitação de Uso Institucional;
- Habitação transitória 1
- Comércio e serviço vicinal (grupo 1);
- Comércio e serviço de bairro. (grupo A ,B e D);
- Indústria caseira e micro indústria (tipo 1 e 2);

Usos permissíveis:

- Agrupamento D;
- Habitação de interesse social;
- Comércio e serviço vicinal (grupo 2 e 3);
- Comércio e serviço de bairro (grupo C);
- **Comércio e serviço setorial;**
- Comércio e serviço específico (grupo A, C e E);
- Comércio e serviço geral (grupo 1)
- Indústria de pequeno porte. (1, 2 e 3).

Estes devem ser analisados pelo CMPDU.

Em SEAV, é permissível Serviço de Bairro (grupo D),a critério do CMPDU, o qual definirá os parâmetros a serem utilizados.

Para uso industrial, deve-se apresentar a ficha cadastral do empreendimento, junto ao requerimento ao CMPDU.

Indústrias são condicionadas à licença do IAP.

Verificar Artigo 14 §§ 2º, 3º, 4º da Lei Complementar 16/2005 da possível necessidade de apresentação de Estudo de Impacto de Vizinhança (EIV) e/ou Estudo de Impacto Ambiental (EIA/RIMA).

São proibidos os usos não especificados.

Por ocasião da aprovação do projeto, apresentar anuência dos condôminos, quando tratar-se de reforma ou ampliação em uma ou mais unidades em condomínio.

Atender leis: Lei 77/2012 e Decreto 1.225/2012 (Código de Obras); Lei Complementar 16/2005 (uso do solo) e alterações; 6766/79 – parcelamento (federal); 20/64 - parcelamento (municipal); Lei 29/97 – plano de arborização do passeio público – a ser Indicado no projeto arquitetônico; 53/95 Áreas de preservação permanente. (municipal); 4771/65 e alterações – Código florestal (federal).

Para a obtenção da conclusão de obras, de mais de uma residência, deve-se solicitar o habite-se junto à Secretaria Municipal de Urbanismo, antes do fechamento do sistema de esgoto.

Em caso de comércio, indústria, habitação coletiva ou transitória e similares, prever estacionamento, pátio de manobras e espaço de carga e descarga internos.

Informações básicas para a elaboração do projeto. É obrigatório o cumprimento de toda a legislação vigente, citada ou não.

Data das informações – 16/05/ 2013

Validade - Enquanto perdurar a Legislação pertinente.

MODELO

SEM

VALOR

LEGAL

FIGURA 63 - GUIA AMARELA

FONTE: Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais – Editada pelo autor

O lote possui área de 45.000,00 m², sendo que 20.750,00 m² correspondente ao bosque, área de preservação, não podem ser ocupados, restando 24.250 m² para comportar o programa que será apresentado no capítulo seguinte. De acordo com a guia amarela (FIGURA 63), as áreas máximas e mínimas aplicadas a esse lote, são as seguintes:

	ÁREA MÁXIMA	ÁREA MÍNIMA	ALTURA MÁXIMA
Taxa de ocupação - 60%	14.550 m ²	-	-
Coefficiente de aproveitamento – 2	90.000 m ²	-	-
Taxa de permeabilidade mínima	-	9.000 m ²	-
Altura máxima	-	-	4 pavimentos ~ 12 m

Recuo frontal mínimo – Rua Curitiba	5,00 m
Recuo lateral mínimo	1,50 m

QUADRO 11 - PARÂMETROS DE OCUPAÇÃO APLICADOS AO LOTE

FONTE: O autor (2013)

Através desse quadro pode-se verificar que as áreas são bem extensas, entretanto, como será apresentado no capítulo DIRETRIZES DE PROJETO, esse tema prepondera uma ocupação térrea e uma grande quantidade de pátios pra iluminação e ventilação dos ambientes, tornando-se necessário que o programa seja espalhado em uma grande área. Além disso, de acordo com Góes (2006, p.87) é necessário que haja pelo menos 50% do total de área construída destinada a áreas verdes e livres.

Além disso, o terreno foi demarcado de modo a ocupar longitudinalmente a faixa de bosque e assegurar uma testada com comprimento razoável para que a construção não se torne extremamente linear, aumentando a quantidade de circulações nos espaços internos.

7. PROGRAMA DE NECESSIDADES E PRÉ-DIMENSIONAMENTO

A Vila Terapêutica constitui uma comunidade de internamento para pacientes com graves problemas psicológicos ou em estado de crise. Os espaços devem contemplar áreas para permanência, lazer/ terapia e tratamento, bem como servir de apoio para a realização dessas atividades.

A proposta do projeto baseia-se na implantação dessas quatro áreas, criando subnúcleos que em conjunto oferecem todas as atividades necessárias para melhora do estado clínico do paciente, possibilitando que posteriormente volte para o convívio em sociedade.

As unidades de permanência foram divididas em oito módulos com seis pacientes cada, dessa forma, os usuários têm maior privacidade e mais conforto, criando, além disso, uma espécie de relação familiar e de amizade com seu grupo, permitindo o convívio social e não seu isolamento.

As oficinas terapêuticas oferecem suporte ao dia-a-dia do interno, para que ele ocupe seu tempo e proporcione sua reintegração social. As atividades são variadas e podem ser realizadas alternadamente ao longo da semana.

A dimensão dos espaços, para realização das oficinas, é determinada para permitir o uso pelo grupo de convívio, no entanto, a interação paciente-paciente deve ser realizada pelo próprio interno, dessa forma pode-se variar esse conjunto de usuários.

A presença de um auditório visa o apoio terapêutico, através de palestras (tanto para internos quanto para familiares) ou mesmo a apresentação de peças de teatro ou de música realizadas pelos pacientes.

As áreas de tratamento visam três etapas no internamento do paciente. Primeiro, a avaliação inicial e possivelmente uma observação constante. Segundo, acompanhamento do processo de melhora do estado clínico. Terceiro, a avaliação final e alta do interno.

Propõe-se a terceirização das refeições, a fim de diminuir a estrutura espacial necessária e dessa forma minimizar impressão hospitalar da construção. Assim, a cozinha serve apenas como suporte à recepção dos alimentos e seu aquecimento, para posterior distribuição.

As refeições serão realizadas dentro de cada núcleo de permanência, sendo a distribuição realizada por um profissional responsável pela unidade, através de carrinhos para refeições, bem como a retirada da louça suja e seu encaminhamento à área de lavagem.

Além dessas, outras funções dão suporte a estadia do doente: administração da Vila, apoio e serviços técnicos, áreas de estar e descanso para funcionários e lavanderia.

O número de pacientes (48) foi determinado para que fosse possível o controle e houvesse conforto dentro das unidades de permanência e, ao mesmo tempo, servir a um número expressivo de usuários, uma vez que há uma grande área construída para apoio. Uma quantidade menor levaria a uma estrutura ociosa e se fosse maior, poderia perder-se conforto, individualidade ou mesmo dificultar o controle de crises.

Já a equipe profissional é constituída de um cuidador para cada unidade de permanência, médicos psiquiatras, clínico geral, assistente social, psicólogo, enfermeiros, cozinheiros, auxiliares de limpeza, educador físico, técnicos responsáveis pelas oficinas terapêuticas (possivelmente terapeutas ocupacionais ou outro especializado), porteiro e profissionais responsáveis por manutenção, além da equipe administrativa.

Dessa equipe profissional, nem todos estão presentes constantemente, sendo que a proporção desses é de dois funcionários para cada três internos, totalizando 32 funcionários por turno, tendo em média quatro turnos de seis horas cada.

Outro fator importante, é que os pacientes que estejam apresentando melhoras no estado clínico, ajudem na realização das atividades diárias que não ofereçam riscos, tais quais: organização das oficinas terapêuticas, organização de suas unidades de permanência e até mesmo apoio em algumas atividades da lavanderia, como retirar a roupa suja e distribuir a limpa.

A seguir serão apresentados o programa, pré-dimensionamento, organograma e fluxograma desses espaços:

8 UNIDADES DE PERMANÊNCIA - GRUPO PARA 6 PESSOAS CADA (continua)

AMBIENTE	Nº DE USUÁRIOS	QUANTIDADE	ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	DIMENSÕES (m)		CONDICIONANTES
Quarto	1	48	10,15	487,2	2,9	3,5	Vinculado a um pátio externo
Banheiros	1	48	5,40	259,2	1,8	3	Um banheiro adaptado para cada suíte
Estar	12	8	20,00	160	4	5	Uma área de estar para cada unidade
Lavabo	1	8	2,08	16,64	1,3	1,6	Um para cada unidade
Refeitório	12	8	20,00	160	4	5	Um para cada unidade
Copa	4	8	9,00	72	3	3	Uma para cada unidade
Área de uso							1155,04
Circulação + Paredes (20%)							231,008
Área Parcial							1386,048

LAVANDERIA

AMBIENTE	Nº DE USUÁRIOS	QUANTIDADE	ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	DIMENSÕES (m)		CONDICIONANTES
Hall de Acesso	-	1	1,8	1,8	1,2	1,5	Ligação entre os ambientes, em ordem crescente de uso
Depósito de produtos	-	1	3	3	1,5	2	
A. Separação	1	1	5	5	2	2,5	
A. Lavagem	1	1	12	12	3	4	
A. Secagem	1	1	12	12	3	4	
A. p/ Passar	1	1	9	9	3	3	
Rouparia	-	1	15	15	3	5	
S. de Costura	1	1	9	9	3	3	
Área de uso							66,8
Circulação + Paredes (20%)							13,36
Área Parcial							80,16

ADMINISTRAÇÃO (continuação)							
AMBIENTE	Nº DE USUÁRIOS	QUANTIDADE	ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	DIMENSÕES (m)		CONDICIONANTES
S. Reuniões	10	1	30	30	5	6	Fácil acesso à diretoria e à secretaria
Diretoria	2	1	20	20	4	5	
Administração	2	1	15	15	3,75	4	Acesso externo
Tesouraria	1	1	12	12	3	4	
Arquivo	-	1	3,75	3,75	1,5	2,5	
Secretaria/ Registro de Pacientes/ Sala de Espera	15	1	30	30	5	6	Próximo à entrada/ Controle de acesso
Arquivo Médico	-	1	3,75	3,75	1,5	2,5	
Almoxarifado	-	1	6	6	2	3	
Sanitários p/ administração	-	2	3,6	7,2	1,8	2	Sanitários adaptados
Sanitários p/ visitantes	-	2	3,6	7,2	1,8	2	Sanitários adaptados
Área de uso							134,9
Circulação + Paredes (20%)							26,98
Área Parcial							161,88

TRATAMENTO/ ATENDIMENTO MÉDICO							
AMBIENTE	Nº DE USUÁRIOS	QUANTIDADE	ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	DIMENSÕES (m)		CONDICIONANTES
Ambulatório/ Enfermaria	4	1	24	24	4	6	Acesso externo, próximo à parada de ambulância
S. Observação	3	4	10,15	40,6	2,9	3,5	Ligação com o ambulatório, ambiente de controle de crises
S. Médico Psiquiatra	2	2	12	24	3	4	Ambiente para conversa informal + formal
S. Clínico Geral	2	1	12	12	3	4	
Recepção/ Espera	15	1	30	30	5	6	Atende a toda área médica

TRATAMENTO/ ATENDIMENTO MÉDICO (continuação)							
AMBIENTE	Nº DE USUÁRIOS	QUANTIDADE	ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	DIMENSÕES (m)		CONDICIONANTES
S. Atendimento Psicológico Individual	2	2	12	24	3	4	
Assistência social	2	1	12	12	3	4	
S. Atendimento Psicológico em Grupo	10	1	30	30	5	6	
Farmácia	2	1	48	48	6	8	Acesso restrito
Depósito de lixo hospitalar	-	1	2,25	2,25	1,5	1,5	
I.S. p/ pacientes	-	2	3,6	7,2	1,8	2	Sanitários adaptados
I.S. p/ profissionais	-	2	3,6	7,2	1,8	2	Sanitários adaptados
Desembarque de ambulância	-	1	21	21	3	7	Ligação com o ambulatório
Área de uso							282,25
Circulação + Paredes (20%)							56,45
Área Parcial							338,7

OFICINAS TEREPEÚTICAS							
AMBIENTE	Nº DE USUÁRIOS	QUANTIDADE	ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	DIMENSÕES (m)		CONDICIONANTES
Biblioteca	15	1	60	60	6	10	Espaço para armários com chave
Sala de Aula	8	2	20	40	4	5	
Pintura	8	1	42	42	6	7	
Artesanato	8	1	42	42	6	7	
Teatro	8	1	42	42	6	7	
Jogos	16	1	42	42	6	7	
Sala de Música e TV	8	1	42	42	6	7	Tomadas protegidas
Práticas Físicas/ Academia	8	1	42	42	6	7	

OFICINAS TEREPEÚTICAS (continuação)							
AMBIENTE	Nº DE USUÁRIOS	QUANTIDADE	ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	DIMENSÕES (m)		CONDICIONANTES
Quadra Poliesportiva	-	1	600	600	20	30	Coberta
Auditório	150	1	192	192	12	16	Com acesso direto ao palco/ bastidores
I.S. p/ profissionais	-	2	3,6	7,2	1,8	2	Sanitários adaptados
I.S. p/ pacientes	-	2	3,6	7,2	1,8	2	Sanitários adaptados
Salão de festas + sanitários	150	1	160	160	10	16	Próximo à cozinha
Área de uso							1318,4
Circulação + Paredes (20%)							263,68
Área Parcial							1582,08

COZINHA/REFEITÓRIO							
AMBIENTE	Nº DE USUÁRIOS	QUANTIDADE	ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	DIMENSÕES (m)		CONDICIONANTES
Nutrição e dietética	1	1	12	12	3	4	
Recepção de alimentos	-	1	6	6	2	3	Acesso externo
Área para alimentos quentes	-	1	4	4	2	2	Proximidade com a recepção de alimentos e saída destes
Área para alimentos frios	-	1	4	4	2	2	
Despensa para utensílios	-	1	4	4	2	2	
Cozinha/ Aquecimento/ Apoio	2	1	30	30	5	6	
Área de lavagem de louças e panelas	2	1	12	12	3	4	Acesso independente, saída de resíduos
Depósito de carrinhos para servir	-	1	12	12	3	4	Para sete carrinhos; próximo à área de alimentos prontos
Refeitório para funcionários	20	1	20	20	4	5	
Depósito de lixo orgânico	-	1	2,25	2,25	1,5	1,5	Serve à cozinha
Área de uso							106,25

COZINHA/REFEITÓRIO (continuação)	
Circulação + Paredes (20%)	21,25
Área Parcial	127,5

APOIO/ SERVIÇOS							
AMBIENTE	Nº DE USUÁRIOS	QUANTIDADE	ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	DIMENSÕES (m)		CONDICIONANTES
Guarita + IS	1	1	15	15	3	5	Local estratégico; acesso único
Hall de distribuição	-	1	120	120	10	12	Espaço distribuidor, especialmente para unidades de habitação e administração
Estar para funcionários	10	2	16	32	4	4	Acesso externo e proximidade com as unidades habitacionais
Dormitórios para funcionários	1	3	6,21	18,63	2,3	2,7	Próximos à área de estar p/ funcionários
Central de Vigilância Eletrônica	5	1	12	12	3	4	Próxima à área de estar p/ funcionários
Lavabo p/ estar de funcionários	1	2	2,08	4,16	1,3	1,6	
I.S. p/ funcionários	40	4	3,6	14,4	1,8	2	Sanitários adaptados, geral a administração
Vestiário p/ funcionários	30	2	15	30	3	5	
DML	-	1	12	12	3	4	
Guarda-volumes	-	1	10	10	2,5	4	Uso de funcionários
Almoxarifado Geral	-	2	12	24	3	4	
Depósito p/ Equipamentos de Manutenção	-	1	12	12	3	4	Acesso externo para equipamentos grandes
Depósito de lixo comum	-	1	2,25	2,25	1,5	1,5	
Central de ar condicionado	-	1	9	9	3	3	
Área de uso							315,44
Circulação + Paredes (20%)							63,09
Área Parcial							378,53

ÁREAS EXTERNAS (conclusão)							
AMBIENTE	Nº DE USUÁRIOS	QUANTIDADE	ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	DIMENSÕES (m)		CONDICIONANTES
Estacionamento com 50 vagas + Carga/ Descarga	-	1	1250	1250	25	50	Área reservada, sem contato dos pacientes
Jardins para Passeio	-	-	-	2000	-	-	Área mínima 50% da área construída
Bosque existente	-	1	9900	9900	90	110	
Horta	-	-	-	100	-	-	
Pista de caminhada	-	1	1250	1250	2,5	500	
Pátio externo para os quartos	1	8	12	96	3	4	Um para cada quarto
Área total aproximada				14596			
Área Total Coberta					4054,90 m²		
Área Total Geral					18650,90 m²		

QUADRO 12 - PROGRAMA DE NECESSIDADES E DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES
 FONTE: O autor (2013)



FIGURA 64 – PROPORÇÃO DE OCUPAÇÃO DO TERRENO
FONTE: O autor (2013)

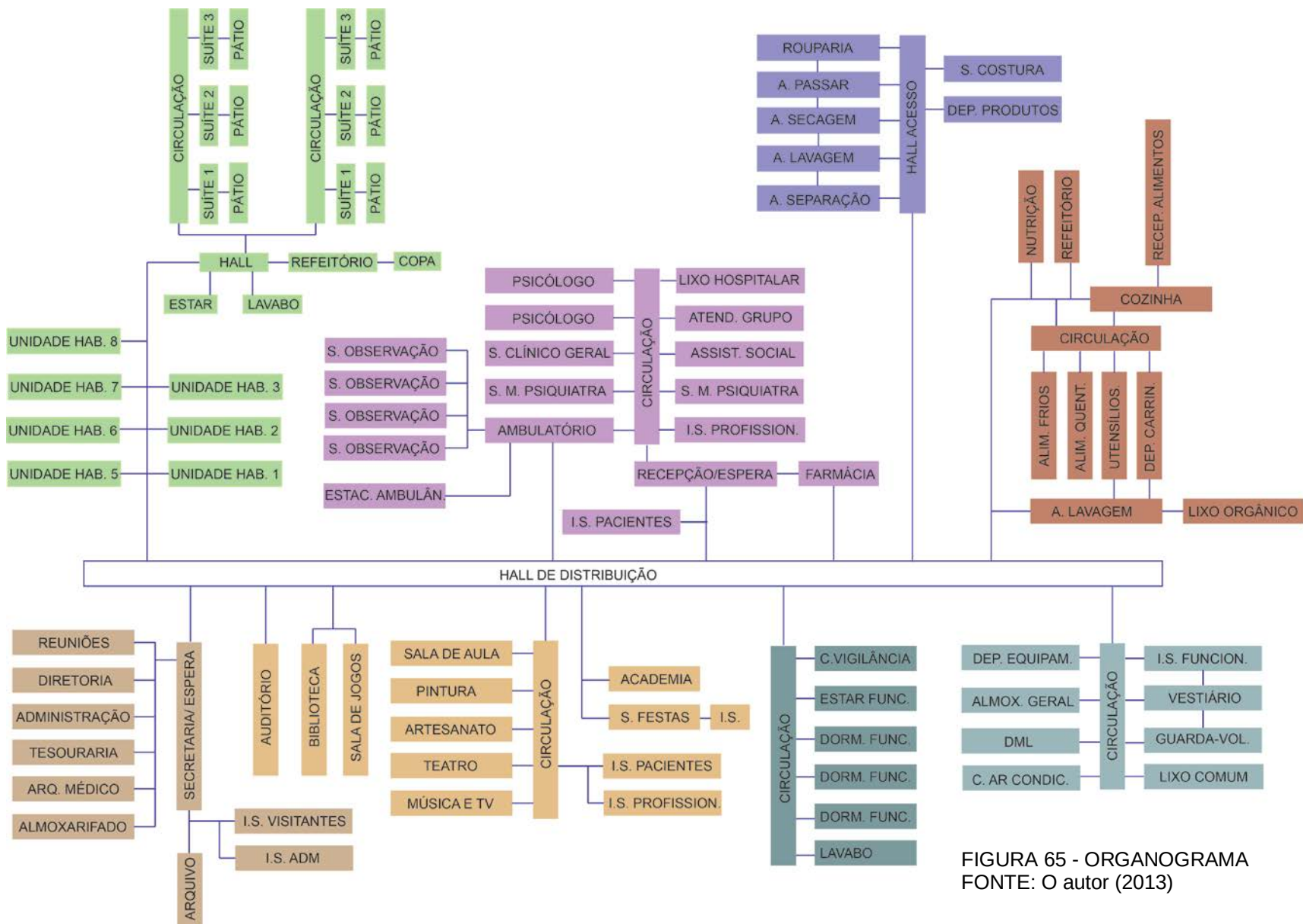


FIGURA 65 - ORGANOGRAMA
FONTE: O autor (2013)

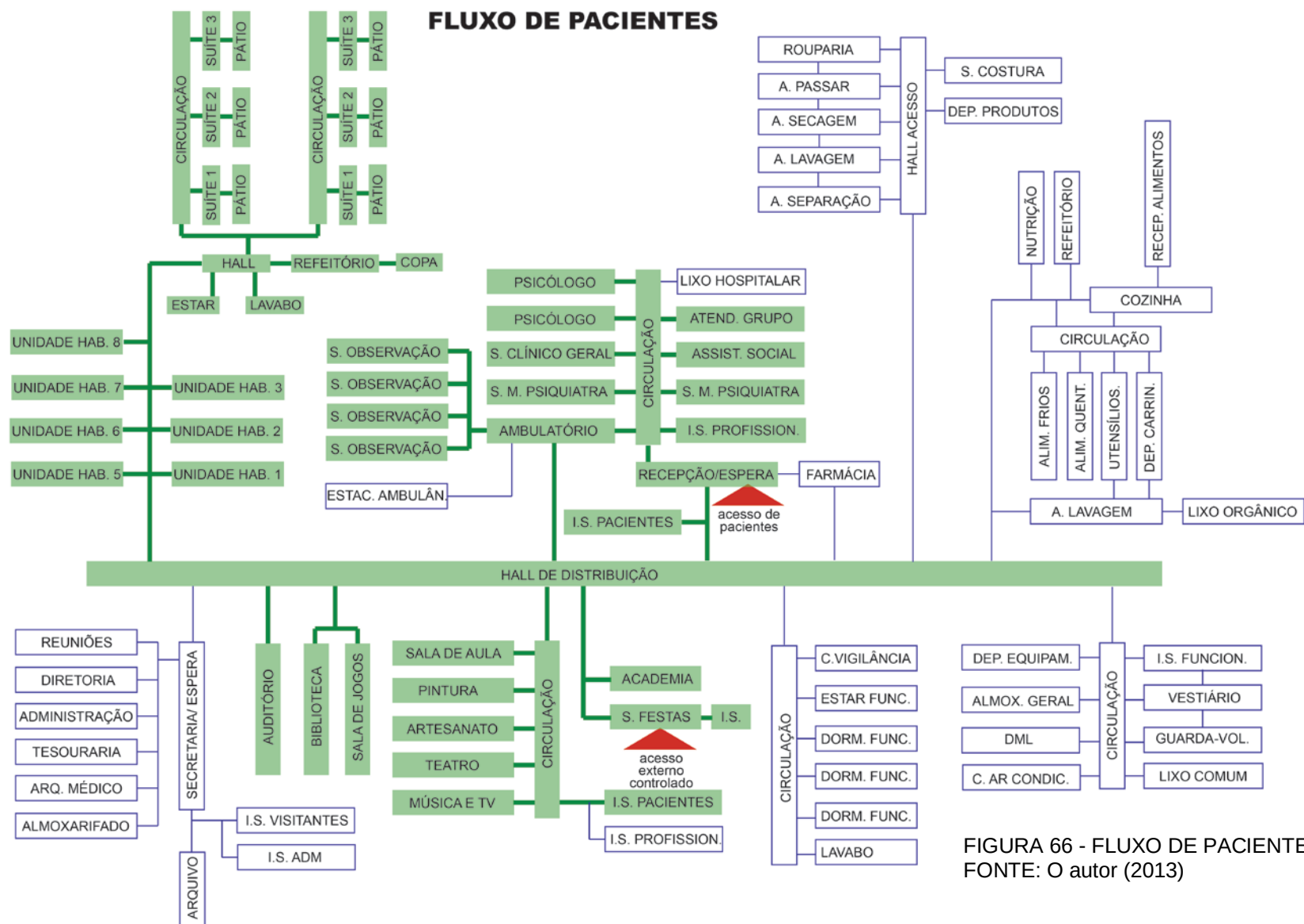


FIGURA 66 - FLUXO DE PACIENTES
FONTE: O autor (2013)

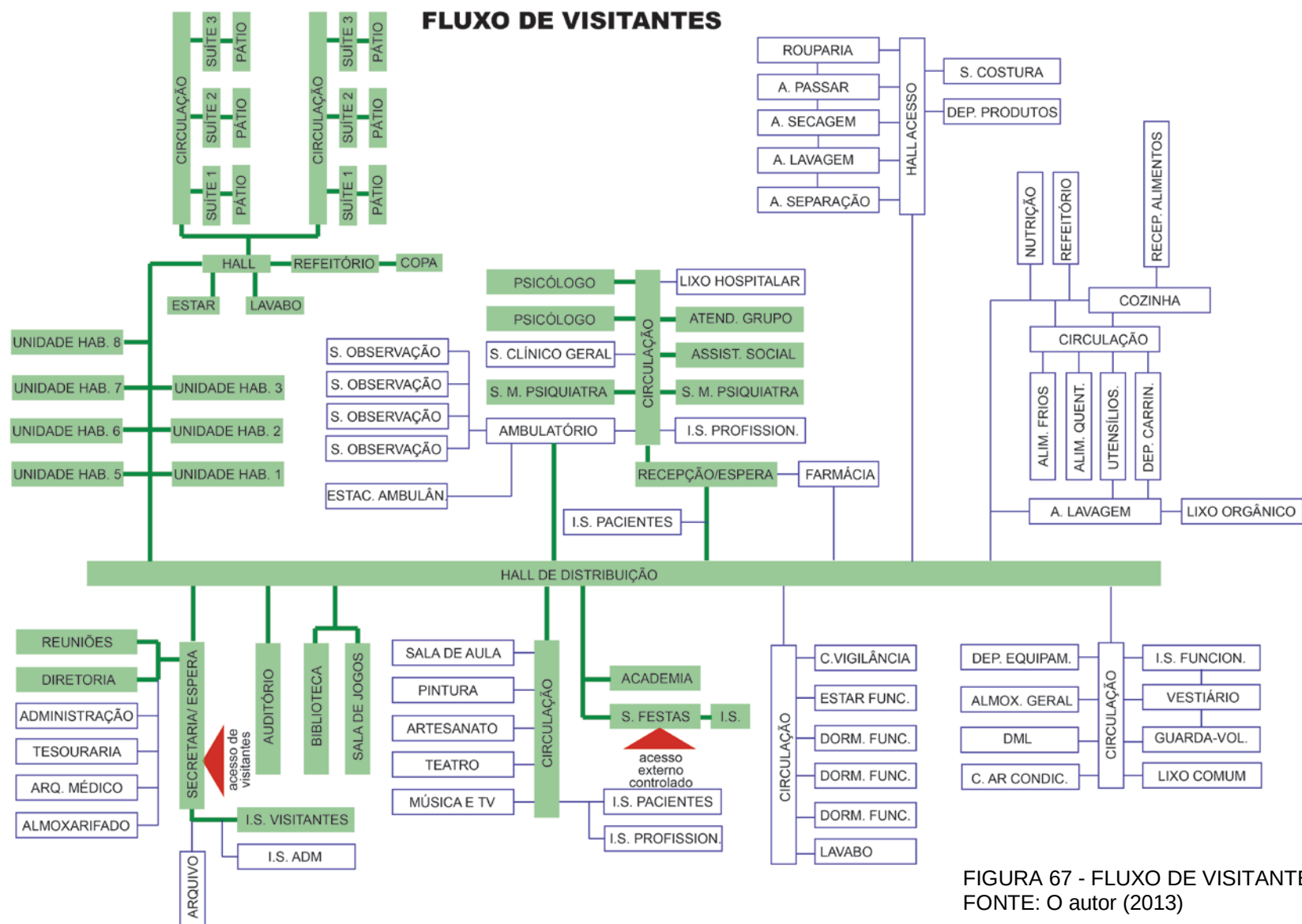


FIGURA 67 - FLUXO DE VISITANTES
FONTE: O autor (2013)

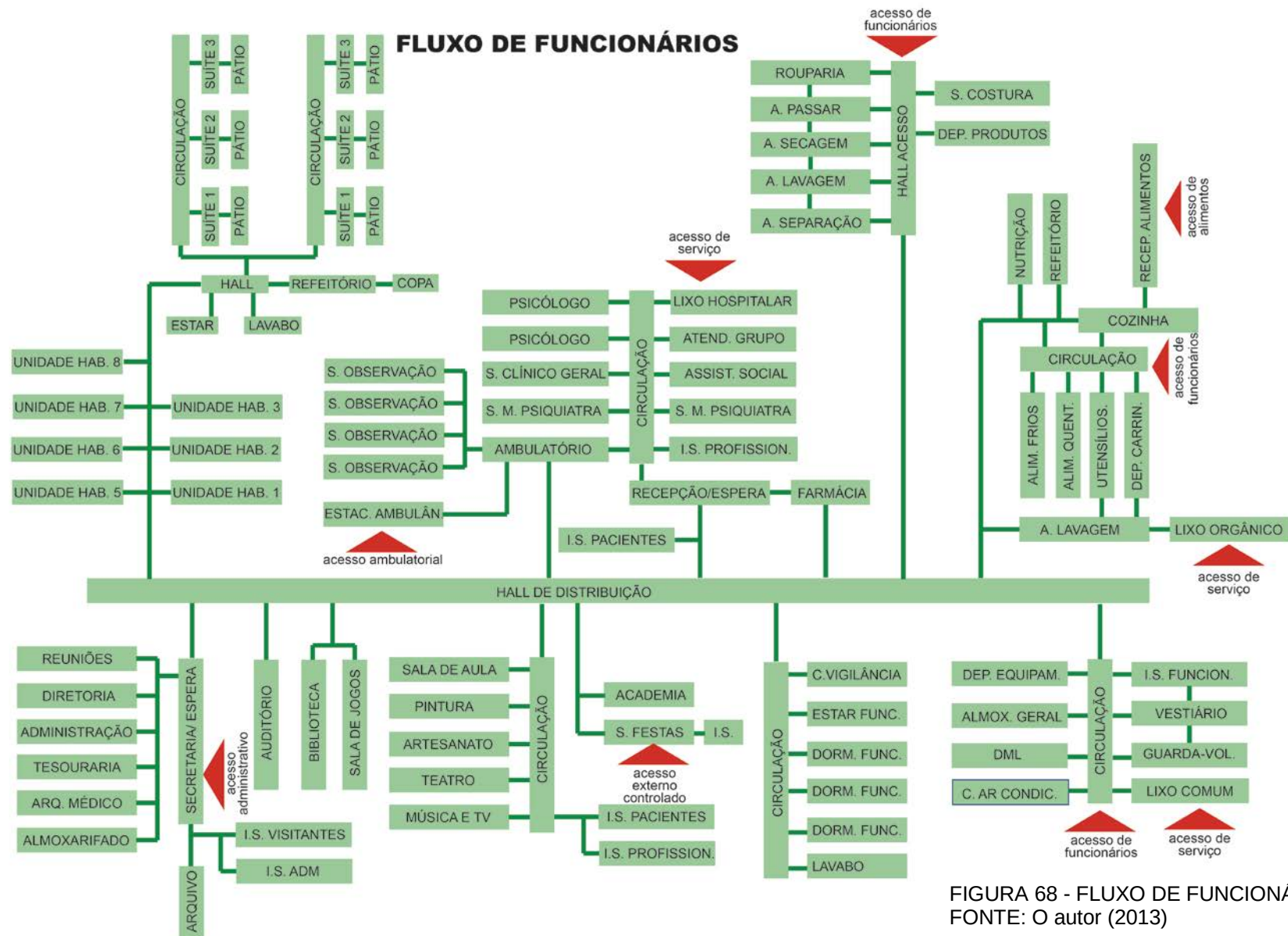


FIGURA 68 - FLUXO DE FUNCIONÁRIOS
FONTE: O autor (2013)

8. DIRETRIZES DE PROJETO

Atualmente é premissa de qualquer projeto a preocupação com o contexto no qual está inserido, além da sustentabilidade. Dessa forma, além da tríade vitruviana (Firmitas, Utilitas e Venustas) é fundamental que o projeto aproveite as melhores condições de implantação, de uso dos materiais e dos elementos naturais (insolação, ventilação, relevo...).

Um projeto na área da saúde além de resolver questões técnicas também deve pensar no bem estar, conforto e na humanização dos espaços, visando à recuperação dos pacientes.

A seguir serão descritos os elementos e conceitos a serem utilizados no projeto:

8.1 LOCUS

- **IMPLANTAÇÃO COERENTE:** A edificação deve ser posicionada de modo que os ambientes de maior permanência fiquem voltados para a melhor insolação;
- **PAISAGEM NATURAL:** Oferece grandes potencialidades de visuais e áreas para permanência e terapia;
- **RELEVO:** Apropriar-se do relevo evitando grandes movimentações de terra;
- **ENTORNO:** Vincular/ referenciar o projeto com o entorno imediato a fim de contextualizá-lo e torná-lo referencial de qualidade para o local;
- **PRESERVAÇÃO DE ÁREAS VERDES/ PERMEÁVEIS:** Visa à preservação das características naturais do terreno, facilmente suprimidas nas grandes cidades, minimizando os riscos de inundações perto do córrego.

8.2 FIRMITAS

- **MATERIAIS IDEAIS:** Por se tratar de um ambiente hospitalar, a adoção de materiais deve ser condizente com o uso dos espaços, possibilitando facilidade de limpeza e manutenção. Também deve ser observada a resistência dos materiais frente a choques e impactos, facilmente suscetíveis em surtos psicóticos;
- **SISTEMA ESTRUTURAL E DE VEDAÇÃO DE RÁPIDA MONTAGEM:** Além de diminuir o tempo de construção e gastos com mão-de-obra, por se tratar de um serviço privado e de necessidade imediata, quanto mais cedo possa ser construído, maior será seu retorno;
- **FLEXIBILIDADE:** A legislação em saúde mental ainda tem muitas discussões, é possível que ela sofra alterações em pouco tempo, assim sendo, o partido e os materiais devem permitir que possam ser feitas modificações internas, adequando os ambientes às necessidades e à legislação vigente;

8.3 UTILITAS

- **ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO:** As aberturas devem possibilitar a maximização tanto da luz quando da ventilação natural, diminuindo os gastos energéticos, minimizando os odores dos ambientes e tomando partido do jogo de luz e sombra nos ambientes;
- **PÁTIOS INTERNOS:** Os pátios visam além de garantir que os ambientes de um programa extenso recebam grande quantidade de luz e ventilação, criar transições entre os diversos ambientes, diminuindo a quantidade de extensos corredores e minimizando o caráter hospitalar;
- **PRIVACIDADE:** Por se tratar de um local para tratamento mental, alguns pacientes podem sentir-se desconfortáveis com uma possível

exposição, portanto, os espaços devem ser concebidos de modo a permitir a escolha entre a reclusão do exterior, ou não;

- **RESGATE DA INDIVIDUALIDADE:** Como haverá uma grande quantidade de pacientes, que primeiramente seriam desconhecidos uns aos outros, torna-se fundamental que os ambientes sejam planejados de modo a criar pequenos espaços que valorizem o caráter individual ou de pequenos grupos, assemelhando-se a pequenas comunidades dentro de um grupo maior, ficando a critério do paciente, escolher entre o grupo ou a individualidade;
- **ACESSIBILIDADE:** Visa atender desde pacientes com deficiência física, até aqueles cuja deficiência advinha do agravamento de algum transtorno ou mesmo em idade avançada, além de facilitar os cuidados profissionais;
- **PROTEÇÃO:** A arquitetura deve ser trabalhada para evitar fugas evitando elementos que caracterizem uma espécie de prisão e confinamento, como as grades, além da adoção de materiais que não ofereçam riscos como certos vidros que se quebram facilmente, permitindo suicídios.

8.4 VENUSTAS

- **FORTALECIMENTO DO CARÁTER DE VILA:** Esse projeto visa à recuperação da saúde mental dos pacientes, entretanto, antes de ser um hospital, é um ambiente de recuperação mental, para isso os pacientes devem sentir-se confortáveis, como se estivessem em sua casa, portanto, o caráter hospitalar deve ser minimizado o máximo possível buscando ambientes “humanizados” e aconchegantes;
- **HORIZONTALIDADE:** A adoção de um partido térreo facilita o uso dos ambientes, inclusive a acessibilidade. O contato e a continuidade visual do terreno favorece a percepção do enfermo sobre seu autocontrole. A

adoção de mais de um pavimento levaria a necessidade de maiores proteções para evitar suicídios, por exemplo;

- **PERCEPÇÃO VISUAL E ESTÉTICA NEUTRA:** Como o programa é extenso e o partido resgata o uso de vários módulos espaciais, os demais elementos arquitetônicos (cor, luz, textura) devem ser sóbrios, buscando equilíbrio visual no conjunto e minimizando seu impacto sobre a paisagem. Além disso, devem ser utilizados para possibilitar uma leitura agradável, tranquila e aconchegante dos ambientes, visando o controle e recuperação da saúde mental dos pacientes.

Os doentes mentais sempre foram e ainda são renegados pela sociedade, bem como os espaços destinados ao seu tratamento, portanto, faz-se extremamente necessário discutir o tema.

A proposta da Vila Terapêutica tem duas grandes temáticas implícitas: a funcionalidade dos ambientes e sua humanização. Portanto, ao ser realizado o projeto, cada elemento planejado deve ser pensado visando o bem estar e a recuperação da saúde mental do usuário.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, F. G; SELESNICK, S. T. **História da psiquiatria**. São Paulo: IBRASA, 1968;

ALLMETSAT: observações e previsões meteorológicas - imagens dos satélites - normais climatológicas. Disponível em: <<http://pt.allmetsat.com/clima/sapporo-japao.php?code=47426>>. Acesso em: 09/06/2013;

AMANDA Brasil. Disponível em: <<http://abril-designgrafico.blogspot.com.br/2010/02/significado-das-formas-geometricas.html>>. Acesso em: 12/07/2013;

AMBRÓSIO, E. **Arquitetura e psiquiatria**. 50 f. Monografia (Graduação em arquitetura e Urbanismo) – Setor de Tecnologia, Universidade federal do Paraná, Curitiba, 2004;

ÂNGELA Abdalla. Disponível em: <<http://angelaabdalla.blogspot.com.br/2010/05/iluminacao-de-bares-e-restaurantes.html>>. Acesso em: 12/07/2013;

ARCHDAILY. Disponível em: <<http://www.archdaily.com/8028/children%E2%80%99s-center-for-psychiatric-rehabilitation-sou-fujimoto/>>. Acesso em: 23/06/2013;

ARTE publicidade. Disponível em: <http://pucartepublicidade.blogspot.com.br/2011/09/etapa-4-estudo-de-textura-e-luz_29.html>. Acesso em: 12/07/2013;

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais**. São Paulo: Manole, 1989. 602 p. Manual técnico;

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA-ABP. **Manual para a imprensa**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/arquivos/Cartilha_ABP_2009_light.pdf>. Acesso em: 30/06/2013;

BAKER, G. H. **Análisis de la forma**. Barcelona: G. Gili, 1991;

BORGES, B. M. GABARDO, L.R.; **Trabalho programado – cor.** 40 f. Trabalho de Graduação (disciplina Elementos e Conceitos Arquitetônicos, Diretrizes na Concepção do Projeto) – Curso de arquitetura e Urbanismo, Setor de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011;

BRASIL. 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 em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 24/03/2013;

BRASIL. Portaria nº 246, de 17 de Fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, fev. 2005. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mentme/portaria246.htm>. Acesso em: 29/03/2013;

BRASIL. Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, fev. 2000. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm>. Acesso em: 28/03/2013;

BRASIL. Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>. Acesso em: 28/03/2013;

BRASIL. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, fev. 2002;

CAOPIPPD – área da pessoa portadora de deficiência. Disponível em: <<http://www.ppd.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=343>>. Acesso em: 30/06/2013;

CHING, F. D.K. **Arquitetura, forma, espaço e ordem.** São Paulo: Martins Fontes, 2005;

CN10. Disponível em: <<http://cn10.com.br/index.php/component/content/article/96-saude/8195-hospital-atilio-talamini-e-reaberto-com-62-leitos-e-atendimento-a-especialidades>>. Acesso em: 30/06/2013;

DANEIEL Gasnier. Disponível em: < <http://www.danielgasnier.com/a-linguagem-das-formas-na-comunicacao-empresarial>>. Acesso em: 12/07/2013;

DICIONÁRIO informal. Disponível em: <<http://www.dicionarioinformal.com.br/transtorno/>>. Acesso em: 10/07/2013;

DURMAN, S; AMARAL, P.C.G. **Reforma psiquiátrica: o que pensa a família?**. Disponível em: < <http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo2/65PollyannaCristini.pdf>>. Acesso em: 18/05/2013;

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Gerais, 1979;

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: M. Fontes, 2006;

FREITAS, A.K.M. **Psicodinâmica das Cores em Comunicação**. Trabalho de graduação – Curso de Publicidade e propaganda, ISCA Faculdades, Limeira, 2007. Disponível em: <http://www.iar.unicamp.br/lab/luz/ld/Cor/psicodinamica_das_cores_em_comunicacao.pdf>. Acesso em: 12/07/2013;

GABARDO, L.R.; NÁTER, M.S **Trabalho programado – edifício em que a cor foi utilizada como diretriz de projeto**. Trabalho de Graduação (disciplina Elementos e Conceitos Arquitetônicos, Diretrizes na Concepção do Projeto) – Curso de arquitetura e Urbanismo, Setor de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011;

GALEANO Alvarenga. Disponível em: <<http://www.galeoalvarenga.com.br/transtornos-mentais>>. Acesso em: 28/05/2013;

GÓES, R. **Manual prático de arquitetura para clínicas e laboratórios**. São Paulo: E. Blücher, 2006;

GOULART, M. S. B. **Histórias da psicologia no Brasil: as raízes italianas do Movimento Antimanicomial**. São Paulo: C. do Psicólogo, 2007;

GUSMÃO, V. **A influência das cores no estado psicológicos dos pacientes em ambientes...** Monografia (Especialização em Projeto de Interiores) – Curso de arquitetura e Urbanismo, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010. Disponível em: < <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAmlQAJ/a-influencia-das-cores-no-estado-psicologicos-dos-pacientes-ambientes-hospitalares>>. Acesso em: 12/07/2013;

HERRMANN, F. **O que é psicanálise**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988;

HERTZBERGER, H. **Lições de arquitetura**. 2. ed. São Paulo: M. Fontes, 1999;

IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=412550>>. Acesso em: 30/06/2013;

INTERTEMAS. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1591/1511>>. Acesso em: 28/06/2013;

JUS Navigandi: evolução histórica da inimizabilidade penal. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/8234/evolucao-historica-da-inimizabilidade-penal>>. Acesso em: 02/05/2013;

KOLB, L.C. **Psiquiatria clínica**. Rio de Janeiro: ISBN, 1980;

LOPES, M.H.I. **Pesquisa em hospitais psiquiátricos**. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/psiqpes.htm>>. Acesso em: 18/05/2013;

MACHADO, C. R. **Centro de Atenção Psicossocial em Curitiba – PR**. 101 f. Monografia (Graduação em arquitetura e Urbanismo) – Setor de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010;

MAISAB. Disponível em: < <http://www.maisab.com.br/acao/pdf.php?codN=15475>>. Acesso em: 30/06/13;

MARTINS, V.P. A humanização e o ambiente físico hospitalar. In: I CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH, 2004, Salvador; IV SEMINÁRIO DE ENGENHARIA

CLÍNICA, 2004, Salvador. **Anais...** Salvador: [s.n.] [200-] p.64-66. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_ambiente_fisico.pdf>. Acesso em: 12/07/2013;

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília: MS, 2004;

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Temas de saúde mental**. Brasília, 1998;

NAMBA, S. F. **Sinapse**. 87 f. Monografia (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Setor de Tecnologia, Universidade federal do Paraná, Curitiba, 2004;

NO PÉ DA POLÍTICA: um blog para a discussão de políticas públicas em saúde mental e educação. Disponível em: <<http://politicanupep.blogspot.com.br/2012/05/onze-anos-da-lei-10216.html>>. Acesso em: 24/03/2013;

NOTA POSITIVA: trabalhos de estudantes do ensino superior. Disponível em: <<http://www.notapositiva.com/pt/trbestsup/psicologia/epistemologia/psicolciencia.htm>>. Acesso em: 02/05/2013;

PESSOTTI, I. Sobre a teoria da loucura no século XX. In: XXXVII REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA, 2007, Florianópolis; TEMAS EM PSICOLOGIA, 2., 2006, Ribeirão Preto. **Anais...** São Paulo: ISSN, 2006. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2006000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 18/05/2013;

PSIQWEB. Disponível em:

<<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=230>>. Acesso em: 10/07/2013;

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Prefeitura Municipal. **Guia de bairros 2011: Prefeitura de São José dos Pinhais – quadro urbano municipal**. São José dos Pinhais: [s.n.], 2011;

SAÚDE mental. Disponível em: < http://saude-mental.info/mos/view/Transtornos_Mentais/>. Acesso em: 10/07/2013;

SAUDE. Disponível em: < <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>>. Acesso em: 16/05/2013;

SECRETARIA municipal de urbanismo. Disponível em:
<<http://www.sjp.pr.gov.br/secretarias/secretaria-urbanismo/lei-162005-zoneamento-e-uso-do-solo/>>. Acesso em 06/07/2013;

SILVEIRA, L.C; BRAGA, V.A.B. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000400019&script=sci_arttext>. Acesso em: 18/05/2013;

SLIDESHARE. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/shirleykellen/histria-da-psiquiatria-aula-1>>. Acesso em: 02/05/2013;

Sou Fujimoto 2003-2010. **El Croquis**, Madri, n. 151, 2010. 213 p. Revista. Computador;

STONE, M. **A cura da mente**. Porto Alegre: A. Médicas Sul, 1999;

VIEIRA, P. P. **Reflexões sobre a história da loucura de Michel Foucault: Reflection about madness and civilization – a history of insanity in the age of the reason by Michel Foucault**. Artigo (Mestrado em História Cultural) - FCH/UNICAMP, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/24.pdf>>. Acesso em: 16/05/2013;

WADI, Y. M.; CASAGRANDE, A.B. Assistência psiquiátrica no estado do Paraná: um mapa dos hospitais especializados. In: XI CONGRESSO LUSO AFRO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS: DIVERSIDADES E (DES) IGUALDADES, 2011, Salvador; XI CONLAB, 2011, Salvador. **Anais...** Salvador: [s.n.] [201-]. Disponível em: <http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1314387019_ARQUIV_A_TextoYonissa-Attiliana_CONLAB_.pdf>. Acesso em: 16/06/2013;

FONTE DE ILUSTRAÇÕES

A MAGIA da sétima arte. Disponível em:
<<http://amagiadasetimaarte.blogspot.com.br/2010/05/felipe-pinel-1745-1826.html>>.
Acesso em: 18/05/2013;

ARCHDAILY. Disponível em:
<<http://www.archdaily.com/8028/children%E2%80%99s-center-for-psychiatric-rehabilitation-sou-fujimoto/>>. Acesso em: 23/06/2013;

CIÊNCIAS da saúde. Disponível em: <
<http://cienciasdasaude.med.br/blog/?p=5912>>. Acesso em: 11/05/2013;

DASMALAZARTES. Disponível em:
<http://dasmalazartes.blogspot.com.br/2011_05_01_archive.html>. Acesso em:
18/05/2013;

EMBAIXADA do Japão no brasil. Disponível em: <<http://www.br.emb-japan.go.jp/cultura/regioesdojapao.html>>, acesso em: 09/06/2013;

FINESTRA arquitetura. Disponível em: < <http://finestraarquitetura.com.br/portfolio-item/clinica-heidelberg/>>. Acesso em: 06/07/2013;

FNT. Disponível em: < <http://www.fnt.org.br/artigos.php?id=334>>. Acesso em:
18/05/2013;

FOTOLOG. Disponível em: <http://www.fotolog.com.br/gala_acida/28635537/>.
Acesso em: 02/05/2013;

GABARDO, L.R.; NÁTER, M.S **Trabalho programado – edifício em que a cor foi utilizada como diretriz de projeto**. Trabalho de Graduação (disciplina Elementos e Conceitos Arquitetônicos, Diretrizes na Concepção do Projeto) – Curso de arquitetura e Urbanismo, Setor de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011;

HISTORY of medicine. Disponível em:
<<http://historyofmedicine.blogspot.com.br/2010/04/valetudinaria-os-primeiros-hospitais.html>>. Acesso em: 11/05/1013;

Sou Fujimoto 2003-2010. **El Croquis**, Madri, n. 151, 2010. 213 p. Revista. Computador;

WIKIPEDIA. Disponível em:

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Parana_Municip_SaoJosedosPinhais.svg>.

Acesso em: 07/07/2013;

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

BRASIL. Lei Nº 10.708, de 31 de Julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jul. 2003. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mentme/lei10708.htm>. Acesso em: 29/03/2013;

BRASIL. Portaria GM/ MS n. 189, de 20 de março de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mar. 2002a. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/POR_TARIA_189.htm>. Acesso em: 28/03/2013;

BRASIL. Portaria nº 52, de 20 de Janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jan. 2004. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mentme/portaria_52.htm>. Acesso em: 29/03/2013;

BRASIL. Portaria/GM nº 1.220 - De 7 de Novembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nov. 2000. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria1220.htm>. Acesso em: 28/03/2013;

BRASIL. Portaria/GM nº 251, de 31 de Janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jan. 2002b. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n251.htm>. Acesso em: 29/03/2013;

BRASIL. Portaria/GM nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, fev. 2002c. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/Portaria_n336.htm>. Acesso em: 28/03/2013;

BRASIL. Portaria/SAS nº 2391 - De 26 de Dezembro de 2002. Regulamentação das Internações Psiquiátricas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, dez. 2002d. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria2391.htm>. Acesso em: 29/03/2013;

CUBAS, J. M. **Serviços de atendimento em psiquiatria: Público x Privado**. São José dos Pinhais, 2013. Informação verbal;

SANTOS, C. P. **Implantação de Residências Terapêuticas em São José dos Pinhais**. São José dos Pinhais, 2013. Informação verbal;