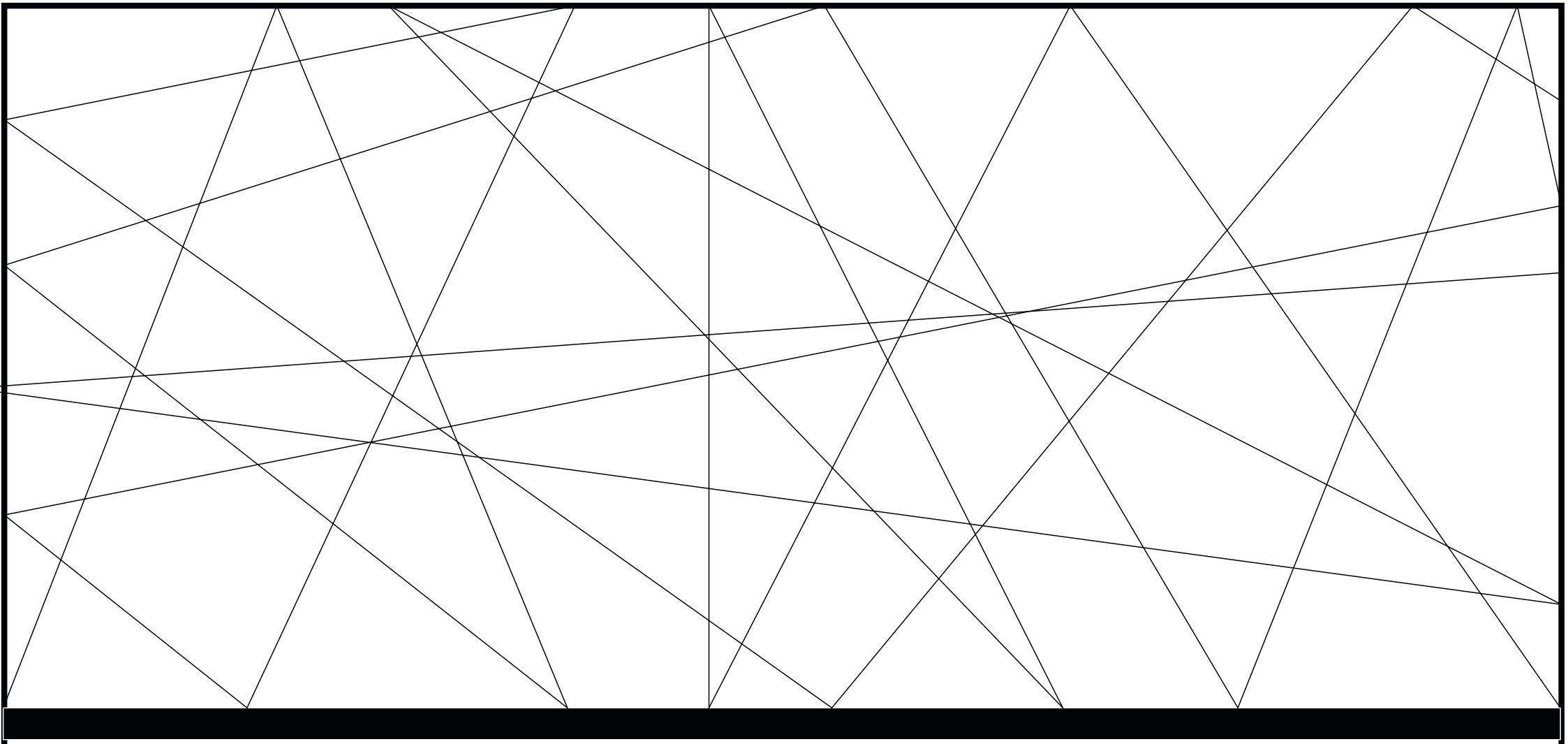
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS EM FORQUILHINHA/SC

CRISTINA FORGIARINI ALBERTON

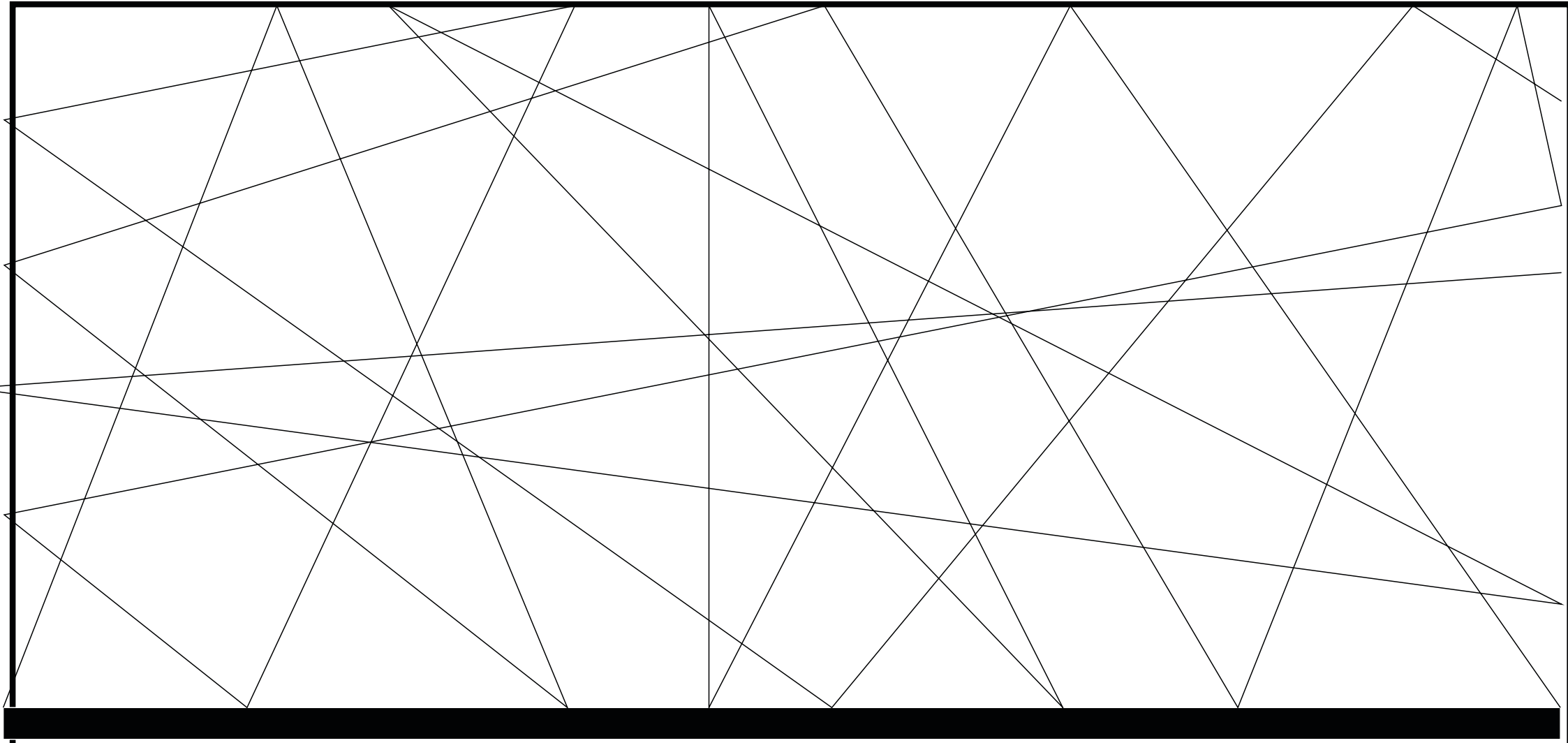
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS EM FORQUILHINHA/SC

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO FINAL DE GADUAÇÃO I
ORIENTADOR: EDUARDO NOGUEIRA GIOVANI
CRISTINA FORGIARINI ALBERTON



“Das coisas, a mais nobre é a mais justa, e a melhor é a saúde; porém a mais doce é ter a quem amarmos.”

Aristóteles



Agradeço aos meus pais, pelo carinho, incentivo e apoio nesses anos de faculdade.

Ao professor e orientador Eduardo, pelo auxílio fornecido em todos os momentos do projeto.

A todos os meus familiares e amigos mais próximos, pela companhia e por me darem força para continuar nos momentos de cansaço.

SUMÁRIO

1. Introdução.....05
2. Problematização.....07
3. Justificativa.....09
4. Objetivos.....10
   - 4.1. Objetivo Geral.....10
   - 4.2. Objetivos Específicos.....10
5. Tratamento à doença mental ao longo das épocas.....11
6. Reforma Psiquiátrica no mundo.....13
   - 6.1. Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional.....13
   - 6.2. Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva.....14
   - 6.3. Antipsiquiátria.....14
7. Reforma Psiquiátrica Brasileira.....15
   - 7.1. Primeiro Período.....16
   - 7.2. Segundo Periodo.....17
   - 7.3. Terceiro Período.....18
8. A luta Antimanicomial e os Avanços Conseguidos.....20
   - 8.1. PHANS e a redução de leitos psiquiátricos.....21
   - 8.2. Hospital Dia.....24
   - 8.3. Hospital de Custódia.....24
9. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.....25
   - 9.1. Diagnóstico.....25
   - 9.2. Atendimento.....27
     - 9.2.1. Atendimento Intensivo.....27
     - 9.2.2. Atendimento Semi Intensivo.....27
     - 9.2.3. Atendimento Não Intensivo.....27
     - 9.2.4. Grupo Operativo Ocupacional.....28
   - 9.3. Tipos de CAPS.....29
   - 9.4. CAPS I – Equipe mínima.....29
   - 9.5. CAPS em SC.....30
   - 9.6. CAPS na região.....31
10. Saúde Mental em Forquilhinha.....32
    - 10.1. Demanda.....32
    - 10.2. Medicamentos.....32
    - 10.3. Leitos Psiquiátricos que atuam na região.....34
11. Área de Estudo: Centro de Forquilhinha.....35
    - 11.1. Principais Equipamentos na região central.....35
    - 11.2. Sistema Viário.....36
    - 11.3. Esquema Eixos.....37
    - 11.4. Terreno Escolhido.....38
    - 11.5. Transporte Público Municipal.....39
    - 11.6. Transporte Público Intermunicipal.....40
12. Análises Urbanas.....41
    - 12.1. Equipamento do entorno.....42
    - 12.2. Imagens.....44
    - 12.3. Densidade.....46
    - 12.4. Usos.....47
    - 12.5. Topografia.....48
    - 12.6. Elementos Relevantes Existentes no terreno.....49
    - 12.7. Plano Diretor.....50
    - 12.8. Parâmetros Urbanísticos.....51
13. Referênciais.....52
    - 13.1. Função.....52
    - 13.2. Espaço.....53
    - 13.3. Materialidade.....54
    - 13.4. Implantação.....55
    - 13.5. Contexto.....56
    - 13.6. Forma.....57
14. Programa de Necessidades.....58
    - 14.1. Programa de Atividades Praça.....58
    - 14.2. Programa de Atividades CAPS.....58
15. Pré-Dimensionamento.....59

16.Organograma..... 61
17.Partido Geral..... 62
17.1. Maquetes Conceituais.....62
17.2. Intenções de Projeto.....63
18.Área de Intervenção: Praça Cívica..... 64
18.1. Zoneamento.....64
18.2. Fluxos/ Ligações..... 65
18.3. Implantação..... 66
19.Terreno Escolhido: CAPS..... 67
19.1. Condicionantes..... 67
19.2. Zoneamento.....68
19.3. Relação Público x Privado..... 69
19.4. Cortes.....70
19.5. Volumetria..... 71
19.6. Perspectiva.....72
20.Bibliografia..... 73

1. INTRODUÇÃO

Forquilhinha é uma cidade do Sul de Santa Catarina, localizada à sudoeste de Criciúma, faz parte da Associação dos Municípios da Região Carbonífera – AMREC, e possui 22.548 habitantes (IBGE de 2008). Sua colonização se deu predominantemente por alemães e italianos. O município foi emancipado em 26 de abril de 1989. E tem como economia a extração de carvão, indústria metal mecânica, comércio, agricultura onde se destaca o plantio de arroz, e a agroindústria com o abatedouro de frangos. A origem de seu nome deu-se pela junção do Rio Mãe Luzia e Rio São Bento.

Figura 01.
Junção do Rio Mãe Luzia com o Rio São Bento

Fonte: site de da Prefeitura de Forquilhinha

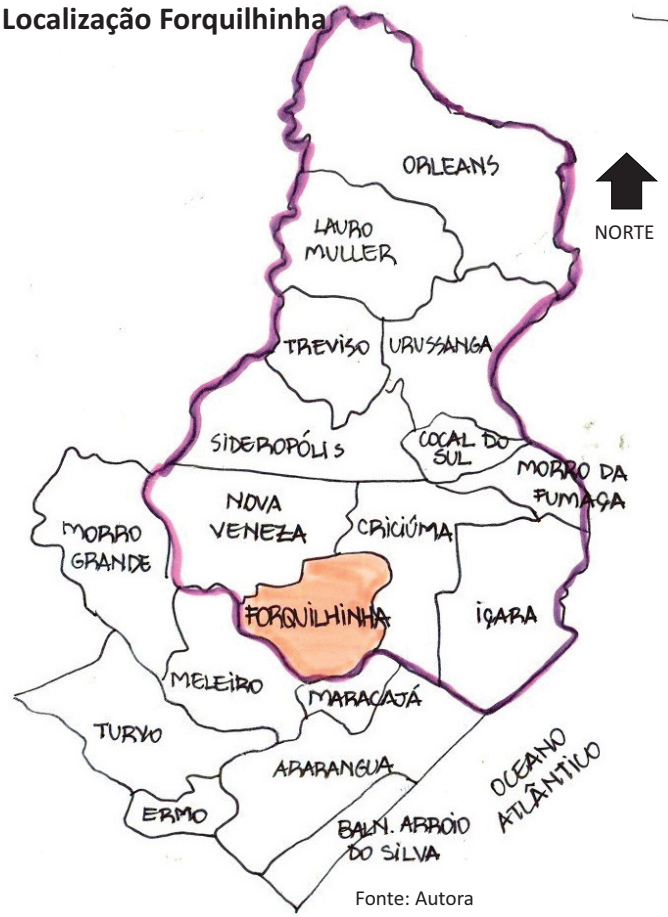
Figura 02.
Portal do Município (sc-448)

Fonte: site de da Prefeitura de Forquilhinha

Mapa 01.
Localização AMREC no Estado

Fonte: Autora

Mapa 02.
Localização Forquilhinha



Fonte: Autora

De acordo com a secretária de saúde de Forquilhinha na área da saúde o município trabalha com a Estratégia Saúde da Família, que tem como função reorganizar a atenção básica e possibilitar o acesso universal e continuo aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Na atenção básica o atendimento se da através das unidades de saúde, que servem como porta de entrada aos usuários do SUS. No município hoje, há 12 unidades de saúde, entre elas um pronto atendimento, que funciona nos fins de semana.

Figura 03.
Atendimento na Atenção Básica

Fonte: Autora

Tabela 01.
Unidades de Saúde em Forquilhinha/SC

Estratégia Saúde da Família (ESF)	Santa Ana
	Santa Cruz
	Cidade Alta + Santa Libera
	Ouro Negro
	Vila Franca
	Vila Lurdes
	Santa Terezinha + Sanga do Café + Sanga do Engenho (interior)
	Central
Pronto Atendimento: aberto fins de semana	
SAMU (anexo ao Pronto Atendimento)	
CAPS I (centro)	
Ambulatório de Especialidades (anexo ao ESF Santa Ana)	

Fonte: Dados Secretária de Saúde de Forquilhinha, tabela organizada pela autora

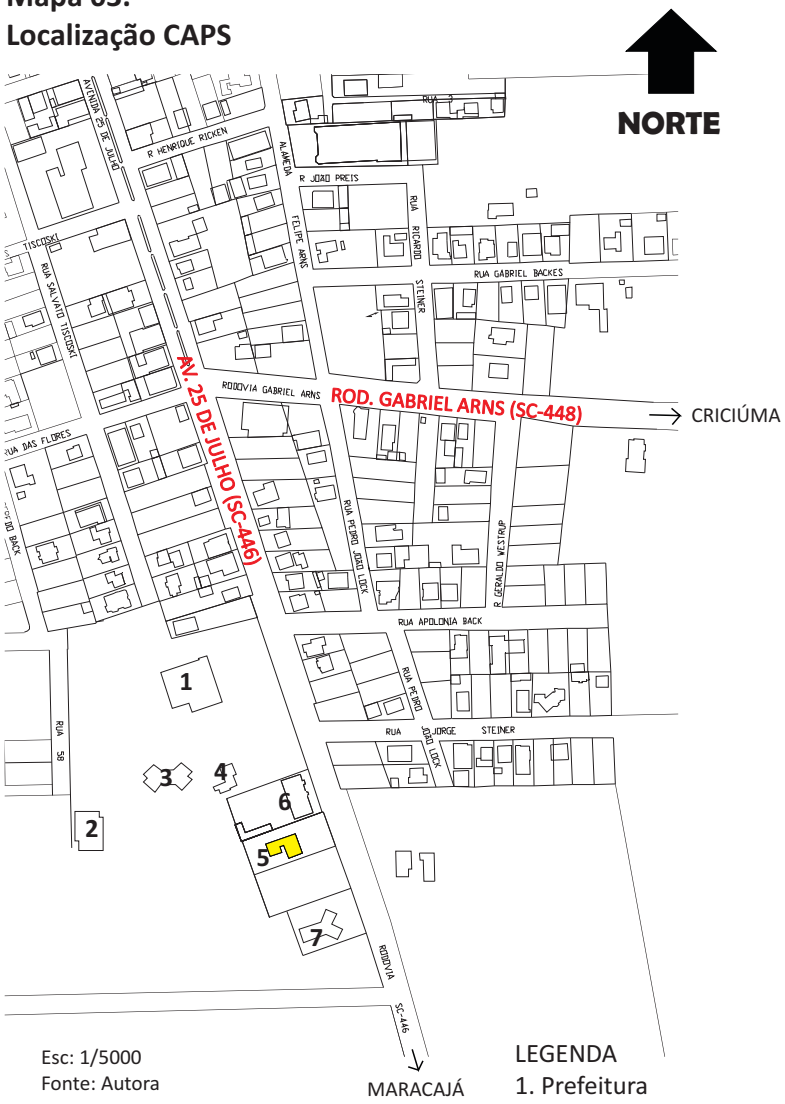
Entre as estratégias da atenção básica no município, está a saúde mental. Em relação a isto o município conta com os serviços do Centro de Atenção Psicossocial I – CAPS I, que é um serviço aberto e comunitário do SUS e tem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados. Ele faz o direcionamento local das políticas e programas de saúde mental, desenvolvendo projetos terapêuticos e assessorando o trabalho dos agentes comunitários de saúde. O CAPS de Forquilhinha atende pacientes com depressão severa, esquizofrenia, transtorno bipolar grave e outras enfermidades. No município há também um ambulatório, onde o paciente vai apenas para uma consulta psiquiátrica. Segundo a secretaria de saúde de Forquilhinha, através de uma pesquisa solicitada via e-mail em março de 2011, concluiu-se que o município deve querer implantar esta política de saúde mental, pois ela não é obrigatória. Varia de acordo com as políticas de planejamento da saúde pública do município. Mas, a secretaria de saúde acredita que ela se faz necessária pelo fato de o CAPS atender casos de depressão grave, esquizofrenia, tentativa de suicídio e problemas com drogas.

2. PROBLEMATIZAÇÃO

Com a reforma psiquiátrica no Brasil, procurou-se criar novos serviços destinados à saúde mental, que substituíssem o hospital psiquiátrico e manicômios. O CAPS surge após a reforma psiquiátrica brasileira e tem como objetivo acolher os pacientes com transtorno mental, e através de um tratamento terapêutico, estimular sua integração social e familiar evitando as internações.

O CAPS I de Forquilhinha foi inaugurado no dia 13 de março de 2009, e em 1º de junho de 2009 foi aprovado pelo ministério da saúde. Ele está localizado no centro da cidade, próximo à prefeitura e ao lado dos serviços do corpo de bombeiros e da polícia militar. O CAPS I é destinado a pacientes adultos, para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, o CAPS I pode atender também transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas.

Mapa 03.
Localização CAPS



Esc: 1/5000
Fonte: Autora

LEGENDA
1. Prefeitura
2. Câmara Vereadores
3. Espaço Educacional
4. Casa da Cultura
5. Atual CAPS
6. Polícia Militar e Corpo de Bombeiros
7. Posto de Saúde

O CAPS funciona em uma residência alugada, de segunda a sexta feira. Além do atendimento médico e terapêutico, há oficinas de artesanato, terapia ocupacional, atendimento individual e em grupo. A residência alugada acaba sendo uma alternativa mais fácil e mais rápida para implantação do sistema, devido aos recursos financeiros que vêm do governo para investimentos no município com um prazo determinado.

Por estar funcionando em uma residência, o espaço foi adaptado para este tipo de serviço, não havendo uma área adequada aos usuários, que necessitam de uma arquitetura que atenda suas necessidades de uma forma bastante específica, que se preocupe com o interior e exterior da edificação e o funcionamento das atividades que vão se desenvolver no local, já que estes ambientes podem não estar contribuindo com o desenvolvimento e progresso dos tratamentos.

Figuras 04.
Atual CAPS de Forquilhinha

Fonte: Autora

Figuras 05.
Fachada Atual CAPS

Fonte: Autora

Figuras 06.
Área de Recreação

Fonte: Autora

3. JUSTIFICATIVA

Como havia a intenção de criar algo relacionado à saúde no município de Forquilhinha e visto a necessidade de um local próprio e adequado ao CAPS, já que este se encontra em um local adaptado. Surge o tema de um Centro de Atenção Psicossocial em Forquilhinha. Com o objetivo de projetar um espaço adequado para esse serviço, a fim de atender a demanda do município, as necessidades dos usuários e as atividades que vão se desenvolver no local. E através da arquitetura criar ambientes de bem estar aos pacientes, como também passar para a sociedade um novo olhar em relação ao centro, contribuindo com a inserção do paciente na sociedade, que é um objetivo do CAPS.

O CAPS como equipamento comunitário de saúde faz parte da infraestrutura pública, a arquitetura pode contribuir para a educação da sociedade no sentido de aprender a conviver com a diferença das pessoas. As áreas comunitárias podem proporcionar qualidade de vida tanto para os usuários do CAPS, como também para a população do local e moradores de bairros vizinhos.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

O objetivo do trabalho é desenvolver uma pesquisa sobre a função de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o que levou ao surgimento destes. Conhecer o processo da reforma psiquiátrica brasileira, e compreender o que a luta antimanicomial significou na vida das pessoas com transtorno mental.

Esta pesquisa subsidiará um partido arquitetônico para um CAPS no município de Forquilhinha, um espaço adequado às pessoas com transtorno mental, de forma humanizada que possibilite uma integração com a sociedade, por meio do lazer e do trabalho.

Promover um espaço de integração, que articulará nos vazios existentes do paço municipal, os equipamentos comunitários e institucionais.

4.2. Objetivos Específicos

- Identificar como funciona a saúde mental em Forquilhinha;
- Conhecer o que foi a luta antimanicomial;
- Compreender o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Compreender o CAPS como um equipamento comunitário;
- Propor um novo CAPS em Forquilhinha;
- Propor a integração do CAPS com a Praça Cívica.

5. TRATAMENTO À DOENÇA MENTAL AO LONGO DAS ÉPOCAS

De acordo com Roeder (2003) na pré-história acreditava-se que o tratamento a pessoas com transtorno mental consistia de ritos tribais, com o objetivo de alterar o comportamento, caso não surtisse efeito, o abandono, e depois a morte era a medida tomada. Já na era Grega e Romana, os gregos utilizavam seus templos como hospitais, e como terapia os recursos naturais: ar livre, água pura e luz solar. Caminhadas e contato com a natureza eram recomendados para a melhora de humor. Procedimentos rígidos como correntes e flagelos também faziam parte do tratamento.

Na Idade Média Hipócrates, conhecido como o pai da medicina Moderna, ensinou que o cérebro é o órgão responsável pelos transtornos mentais. Porém, nesta época o tratamento dos doentes era feito por religiosos, que acreditavam que esse comportamento anormal era causado por forças sobrenaturais, maus espíritos e para essas forças irem embora, eram feitas preces e encantamento.

Ainda segundo Roeder (2003) no início do século XVI, as igrejas e mosteiros que tinham caráter asilar, deixaram de atender os doentes mentais, os mais violentos eram deixados em masmorras, ou colocados em celas. Nos séculos XVII e XVIII, nas masmorras de Paris eram utilizadas como processo terapêutico: sangrias, camisas-de-força e chicotes.

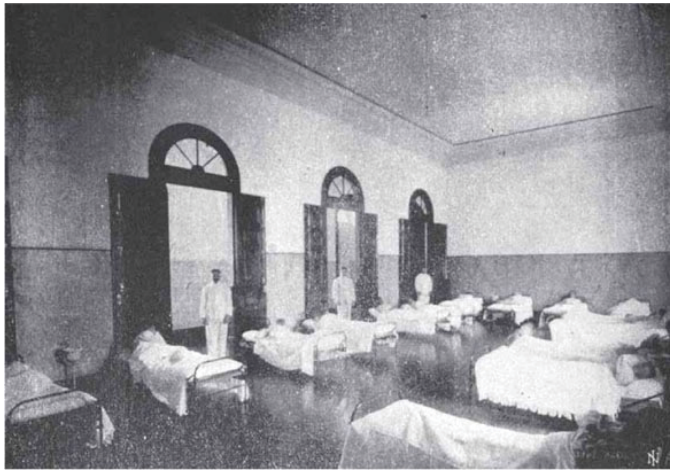
Mesmo com as reformas políticas e sociais na França no fim do século XVIII – iluminismo, princípios da reforma Francesa as pessoas com transtorno mental continuaram isoladas. Pinel, na França e Tuke, na Inglaterra participam da reforma asilar, dando a essas pessoas um tratamento de caráter médico.

Philippe Pinel (1745-1826) contribuiu para um tratamento mais humanitário aos doentes. No hospital de Paris, ele ordenou que seus pacientes fossem desacorrentados e que os ambientes do hospital fossem renovados. William Tuke (1732-1822) trabalhou o processo terapêutico em uma propriedade rural, faziam parte do tratamento: repouso, ar fresco e exposição à natureza.

Conforme Roeder (2003) por volta de 1830 começou algumas construções de hospitais públicos apropriados para a saúde mental. Estas instituições eram em áreas rurais, acreditavam que o campo acalmava as pessoas, e a distância do local protegia a sociedade dos indivíduos ali internados. Por esta distância as comunidades eram autossuficientes, e as atividades ali desenvolvidas, como serviços na horta, cozinha, lavanderia, acreditavam ser terapêuticas, pois aumentava o senso de autoestima e coesão em grupo. Ainda por conta da distância, os internados perdiam o contato com a família, e se desligavam do convívio social, alguns vivendo nestas instituições até o fim da vida. Outros processos terapêuticos aplicados nesses hospitais eram a clinoterapia (repouso no leito) e a balneoterapia (tratamento pelos banhos). As pessoas com transtorno mental foram libertadas fisicamente das condições precárias que até então viviam, porém ainda são reprimidas moralmente e socialmente.

A partir destes modelos da atenção psiquiátrica, surgem procedimentos do acompanhamento terapêutico. Pitiá e Santos (2005) afirmam que a organização de um espaço asilar ajuda a ter uma relação terapêutica, observando o paciente e anotando características, necessárias ao processo de medicalização.

Figura 07.
Sala de Clinoterapia:
Hospício Nacional dos Alienados
Rio de Janeiro



Fonte: Facchinetti apud Brasil, MJNI, 1904-1905, Anexo.

6. REFORMAS PSIQUIÁTRICAS NO MUNDO

Com a segunda guerra mundial houve mudanças significativas no mundo. Os hospitais psiquiátricos da época não estavam cumprindo sua função. Havia superlotação nos hospitais, falta de funcionários preparados, propostas de tratamento aos pacientes precárias ou mesmo ausência de proposta terapêutica. Também tinha a necessidade de recuperar homens jovens que estavam abalados psicologicamente por conta da guerra.

De acordo com Pitiá e Santos (2005) com a tentativa de mudar a situação dos hospitais psiquiátricos na época, surgiram experiências como a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas; psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva; e antipsiquiatria e as experiências surgidas com Franco Basaglia, liderando a chamada psiquiatria democrática na Itália. Estes modelos são propostas para o acompanhamento na saúde mental que acabaram influenciando a reforma psiquiátrica brasileira.

6.1. Comunidade terapêutica e psicoterapia institucional

No pós-guerra o asilo psiquiátrico está precário, e acaba agravando a saúde mental dos pacientes. Em 1959, na Inglaterra, Maxwell Jones consagra o termo de hospital psiquiátrico, inspirado nos trabalhos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman. O hospital psiquiátrico, como comunidade terapêutica adota medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, em um ambiente com concepção de comunidade, desarticulando a estrutura hospitalar. Uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, demonstrando que alguns doentes mentais podem ser tratados fora dos manicômios. A comunidade terapêutica teve um importante papel na transformação do hospital, mas não tratou o problema da exclusão. Ao modo que a comunidade terapêutica se reduz ao espaço asilar, se afastando da realidade que vive a sociedade.

Na psicoterapia institucional, trabalha a coletividade entre o paciente e as categorias profissionais envolvidas, em oposição ao modelo tradicional. Há novos espaços e possibilidades terapêuticas como oficinas, atividades de animação, festas. Gondim (2001) destaca que não se pretendia acabar com o espaço asilar, e sim questionar e organizar o funcionamento do hospital, como tentativa de salvar o manicômio.

6.2. Psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva

Na psiquiatria de setor (França, década de 60) pretende dar ao paciente um tratamento mais terapêutico, que não se consegue no interior dos hospitais, levando a psiquiatria até a população, evitando o isolamento do doente. O paciente passa a ser tratado dentro do seu meio social, com uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes, e a internação no hospital passa a ser uma etapa no tratamento. Para Rotelli (1994) a psiquiatria de setor não conseguiu ir além do hospital, já que o tratamento conciliava hospital e a parte externa. E isso acabou deixando as práticas psicanalíticas cada vez mais direcionadas aos indivíduos normais, e mais distantes da loucura.

A psiquiatria preventiva, ou comunitária (Estados Unidos, 1963) surge com a intenção de reduzir a incidência de doenças mentais. Segundo Pitiá e Santos (2005) acreditava-se que a doença mental significava marginalidade, e então se podia prevenir. Nesse período é crescente conturbações na sociedade e na cultura, política e economia, por motivos como: o pós guerra do Vietnã, movimento hippie, contracultura, gangues de jovens. Para Goldim (2001) procurou-se uma redução de gastos com internações, por meio de incentivos ao tratamento extra- hospitalar e a criação de modelos alternativos de reabilitação. Que com uma melhor distribuição das despesas estatais poderiam humanizar o tratamento psiquiátrico e também racionalizar as condutas terapêuticas.

6.3. Antipsiquiatria

A antipsiquiatria acontece na Inglaterra, década de 60, com base no trabalho de um grupo de psiquiatras, entre eles David Cooper. Questiona os métodos de estudo e de ação da psiquiatria e da psicologia tradicionais, com a tentativa de compreender o comportamento humano de um ponto de vista diferente. Trabalha com todos os sentidos possíveis, ao invés da forma fragmentação. Busca investigar a realidade humana através da interação afetiva entra o observador e observado. O método terapêutico analisa o delírio do doente, sem um tratamento químico ou físico.

As experiências da reforma psiquiátrica na Itália acontecem com a psiquiatria democrática de Franco Basaglia que se preocupa com a eliminação dos manicômios, e estuda a complexidade da pessoa em sofrimento psíquico, considerando o sofrimento com o contexto social em que vive.

7. REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Conforme Gondim (2001), a reforma psiquiátrica no Brasil começou especialmente nas décadas de 70 e 80 de forma mais objetiva nas alteraçõe do tratamento dado em relação á saúde mental. De acordo com Tenório (1999) antes disso já tinha algumas iniciativas de reforma, no século XX, com a crítica a insuficiência dos asilos, que gerou o modelo das colônias agrícolas. E nos anos 60 e 70 o movimento da psiquiatria comunitária.

Em 1970 começa haver uma maior preocupação com a cidadania das pessoas com transtorno mental. Surgem as críticas às situações vividas nas instituições psiquiátricas. Amarante (1995 apud TENÓRIO, 1999, p. 27) conclui que a reforma psiquiátrica consiste em um processo histórico, onde se busca elaborar novas estratégias e propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

As reformas psiquiátricas vividas em outros países contribuíram para a reforma brasileira, a forma de atenção à saúde mental nos Estados Unidos, por exemplo, tornou se referência para a América Latina, através da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), nas décadas de 70 e 80. Com o pós-guerra o Brasil começou a se inspirar nas experiências vividas na Inglaterra, França e Itália, e com isso passou ao modelo da prática higienista. Para Ribeiro (2004) a reforma psiquiátrica brasileira não criticava apenas o subsistema nacional de saúde mental, mas principalmente as instituições psiquiátricas clássicas.

7.1. Primeiro Período

O autor Vasconcelos (2008) divide a reforma psiquiátrica brasileira em três grandes momentos. O **primeiro momento** (1978-1982), se da nos últimos anos do regime militar e fim do milagre econômico, época que tem uma abertura da democracia e aumenta a participação política dos cidadãos, com a criação de movimentos sociais para melhoria das condições de vida da população. Em 1978 com o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) começam a aparecer às primeiras denúncias do sistema de saúde mental.

Com a entrada de lideranças do MTSM nas secretarias estaduais de saúde, novas políticas começam surgir a fim de reduzir o número de leitos nos hospitais psiquiátricos, e se ter um maior controle nas internações. Como apoio as pessoas com transtorno mental se tem uma expansão na rede ambulatorial de saúde, com humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais com equipes multiprofissionais de saúde mental.

Nesse primeiro período começam os princípios da luta antimanicomial, com inspiração na psiquiatria democrática italiana, e tem como tema: "Por uma sociedade sem manicômios". Em 1989, sai o projeto de lei Paulo Delgado, que tratava da extinção e substituição gradativa dos serviços do tipo manicomiais. E começam as primeiras experiências municipais em saúde mental.

Mapa 04.
Primeiras Experiências Municipais em Saúde Mental

- **Santos (SP)**
  Fechamento do hospital psiquiátrico municipal e no lugar um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), com experiência de Trieste, na Itália.
- **São Paulo (SP)**
  Experiências iniciais como Centros de Convivência e Caps.
- **São Lourenço do Sul (RS)**
  Segundo Caps e primeiro da região sul.

Fonte: Mapa organizado pela autora segundo Vasconcelos (2008)

7.2. Segundo Período

Na segunda fase da reforma psiquiátrica (1992-2001), houve uma redução significativa do número de leitos em hospitais privados e principalmente públicos, mas sem as mínimas condições de hotelaria e assistência. Como ressalta Furtado e Santos “Não basta fechar o manicômio, é preciso haver pessoas e equipamentos sociais e de saúde para acolher e acompanhar os egressos de longas internações bem como os novos pacientes na comunidade” (Furtado; Santos, 2005, pág.111). Nesse período há uma luta pela desinstitucionalização, e se busca uma superação dos internos cronificados em hospitais psiquiátricos.

Mesmo com a lei Paulo Delgado não sendo aprovada, estados e cidades como Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Pernambuco e Ceará introduziram leis inspiradas nos princípios da reforma. Houve também, avanço na luta antimanicomial, que contou com maior participação de usuários e familiares.

Segundo Vasconcelos (2008) com as políticas neoliberais do governo de Fernando Henrique Cardoso, o quadro econômico e social teve um aumento significativo de desemprego, miséria e violência social, gerando mais estresse, pânico e quadros de dependência química. Por conta disso trouxe maior demanda e desafios para os programas de saúde mental.

Figura 08.
Cartaz com tema da Luta Antimanicomial de 2010

Fonte: http://osm.org.br/osm

Figura 09.
Cartaz Luta Antimanicomial

Fonte: http://rafadutra.com.br/?p=804

7.3. Terceiro Período

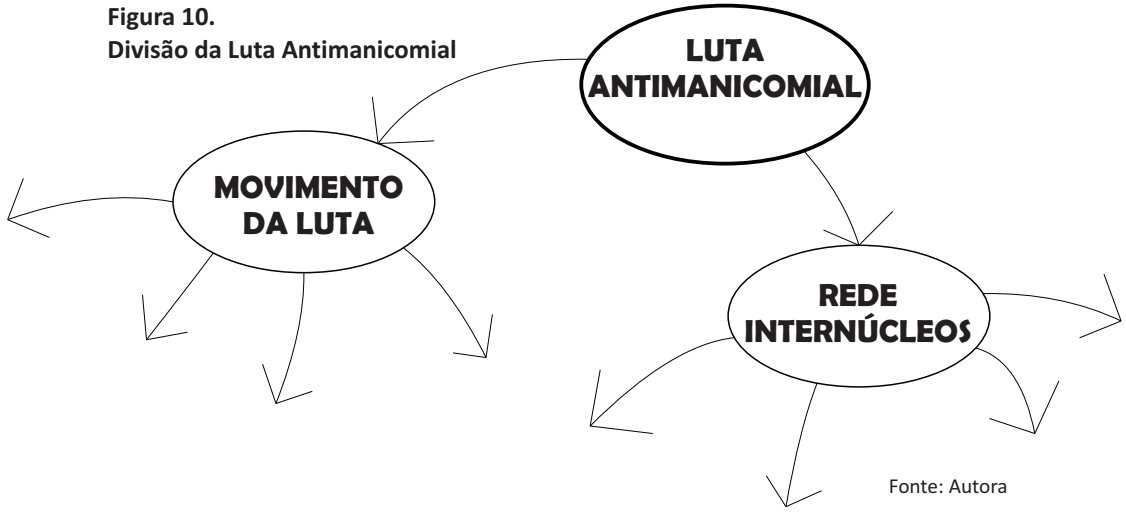
A terceira fase começa a partir de 2001, no mesmo ano em que é aprovada a Lei Psiquiátrica 10.216, depois de doze anos em debate no parlamento brasileiro. A Lei Psiquiátrica 10.216, de 6/4/2001, aborda sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e regulamenta as internações quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

A realização da III Conferencia Nacional de Saúde Mental, consolidou a hegemonia do campo da reforma nos planos federal, estadual e municipal. A criação do "Programa de Volta para Casa" pela lei 10.708/2003, estabeleceu bolsas de suporte para moradores de mais de dois anos internados que deixaram as instituições psiquiátricas no país. A ajuda financeira é oferecida com a garantia de uma atenção psicossocial continua na rede de serviços de saúde mental.

No governo de Luiz Inácio Lula da Silva o quadro econômico e social tem poucos avanços. Com o novo mandado há muitas expectativas políticas de melhoria em todas as áreas sociais, mas a economia continua estabilizada e entra uma política assistencialista, com elevação da renda dos setores mais pobres. O desemprego permanece como também a violência e a miséria social, o que continua refletindo nos campos da saúde e saúde mental. Aparecem os problemas de acessibilidade aos serviços do SUS, com longas filas, desassistência a até morte por negligência.(Vasconcelos, 2008).

Nesse momento a luta antimanicomial é dividida em duas correntes, a Rede Internúcleos e o Movimento da Luta. Com subgrupos e tendências internas em cada corrente, gerando enormes dificuldades para articular propostas e iniciativas comuns. Hoje, eventos têm criado condições para a criação de uma agenda comum de lutas e reivindicações.

Figura 10.
Divisão da Luta Antimanicomial



Fonte: Autora

Vasconcelos (2008) ainda descreve que mesmo que o Pacto pela Saúde aposte em uma descentralização do planejamento e do financiamento em saúde pública, com fortalecimento da pactuação entra as três esferas de governo, a proposta vem implicando riscos por depender do posicionamento e mobilização das coordenações estaduais e municipais, como consequência: os desinvestimentos ligados a grupos sociais mais vulneráveis e com menor capacidade de pressão política (indígenas, usuários de saúde mental, deficientes...); desaceleração da redução de leitos psiquiátricos e de serviços substitutivos em saúde mental; e maior abertura para criação de serviços privados.

Como observa Toledo isto acontece não só na área da saúde mental, mas também na saúde pública geral:

> As deficiências da rede pública de saúde têm aberto espaços cada vez maiores para a iniciativa privada, estimulando a investir no setor, o que tem ocorrido, principalmente, através dos investimentos feitos pelos planos de seguro-saúde, com o objetivo de oferecer ao mercado uma alternativa de atendimento. (TOLEDO, 2006, p.11)

Isto mostra que o problema do Brasil é uma questão social, onde quem consegue um tratamento adequado para seu problema é geralmente quem pode pagar pelo serviço, sendo que é um direito de todos. De acordo com Vasconcelos (2008), as precariedades nas condições de trabalho, nas instalações, e imóveis tem causado profundas implicações na qualidade dos serviços em muitos Caps e serviços substituíveis no país.

8. A LUTA ANTIMANICOMIAL E OS AVANÇOS CONSEGUIDOS

O tratamento dado às pessoas que viviam dentro de manicômios é possível observar no filme Bicho de Sete Cabeças (2001), onde retrata a vida de Neto, que por ser considerado um viciado em drogas, acaba sendo internado em um manicômio. O filme mostra a atitude da sociedade em relação às pessoas que são identificadas por elas como anormais, como é o caso de Neto. Seu pai encontra um cigarro de maconha em suas coisas e já pensa em interna-lo por achar que é viciado. O manicômio que supostamente deveria curar o paciente acaba enlouquecendo mais a vida de Neto. O filme é baseado em um contexto anterior ao da reforma psiquiátrica, onde o hospital psiquiátrico era visto apenas como uma instituição e os pacientes eram excluídos da sociedade. O uso de medicamentos fortes deixava-os em estado vegetativo, o tratamento nestes lugares era desumano e cruel. Isto acabava piorando a situação do paciente, uma vez que acabava tendo um desgaste físico e psicológico, até os que não tinham problemas de transtorno mental, acabavam enlouquecendo.

Outra deficiência dessa instituição antes da reforma era o incentivo de verba pelo número de pacientes, então quanto mais gente internada, mais recurso à instituição conseguia. A fiscalização antes da reforma era feita por algum supervisor do SUS quando havia alguma denúncia de familiares. Mas como também mostra no filme, a realidade não é vista pelos familiares, já que as visitas eram feitas em uma praça agradável e as famílias eram orientadas a não estranhar o comportamento do paciente.

A luta antimanicomial não se tratava mais em melhorar as instituições psiquiátricas, como os hospitais e ambulatórios, mas encontrar soluções que substituíssem esses lugares, uma rediscussão da clínica psiquiátrica em suas bases. Por conta da luta muitos avanços na qualidade do tratamento das pessoas com transtorno mental foram conseguidos.

Figura 11. e 12.
Imagens do Filme: Um Bicho de Sete Cabeças

Fonte: http://umadosedecinema.wordpress.com

Fonte: http://praverpralereouvir.blogspot.com

8.1. PNAHS e a Redução de Leitos Psiquiátricos

Em 2002 foi lançado o Plano Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (PNAHS), uma estratégia para avaliar a situação dos hospitais psiquiátricos e reduzir os números de leitos, com critérios rígidos de qualidade e processos de intervenção local.

A redução de leitos e o número de hospitais fechados só em 2002, como mostra o quadro ao lado deixa, deixa claro a situação que se encontravam os hospitais psiquiátricos.

Quadro 01.
PNASH Psiquiátria 2002 - Hospitais indicados para descredenciamento.

UF	Município	Hospital	Leitos Julho 2002	Leitos outubro 2006
SP	Ribeirão Preto	Sanatório Espírita Vicente de Paulo	54	Fechado
GO	Goiânia	Clínica Espírita de Repouso	51	Fechado
MG	Barbacena	Sanatório Barbacena Ltda	121	Fechado
PB	Campina Grande	Inst. de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional	145	Fechado
RJ	Carmo	Hospital Estadual Teixeira Brandão	262	Fechado
MG	Montes Claros	Hospital Prontomente	124	60
RJ	Paracambi	Casa de Saúde Dr. Eiras/Filial Paracambi	1130	533**
RN	Caicó	Casa de Saúde Milton Marinho/Hospital do Seridó	107	15***
Total			**1994**	**608**

**Sob intervenção municipal
***Sob intervenção estadual
Fonte: Ministério da Saúde, 2007.

As reduções de leitos precisam ser de forma planejada, para não provocar desassistência, e acompanhar o processo de expansão dos equipamentos e das ações de desinstitucionalização, tais como: Caps, serviços residenciais terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura, ambulatórios e leitos em hospitais gerais no município.

Acredita-se que os hospitais de menor porte tem mais eficiência nos tratamentos as pessoas com transtornos mentais, e uma maior integração com os serviços extra hospitalares.

A Política Nacional de Saúde Mental vem trabalhando nos últimos anos com o conceito de **leitos de atenção integral em saúde mental** (hospitais gerais, Caps III, emergências gerais, leitos dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas) (...). A tendência é de que esta rede de leitos de atenção integral, à medida de sua expansão, apresente-se como substitutiva à internação em hospitais psiquiátricos convencionais. (Ministério da Saúde, 2007, pág 26).

O processo de mudança dos hospitais psiquiátricos para serviços extra hospitalares é lento, mas é bastante significativo para o tratamento e acolhimento destas pessoas na sociedade.

Através da tabela ao lado é possivel perceber que o CAPS I (o qual será feita a proposta arquitetônica) foi o que apresentou maior expansão durante o período, já o CAPS do tipo III apresentou menor crescimento. O CAPS III é um dispositivo com maior complexidade, funciona com o conceito de atenção integral em saúde mental, possuindo leitos de observação, onde o paciente recebe medicamentos e acompanhamento terapêutico.

Tabela 02.
Expansão dos CAPS por tipo

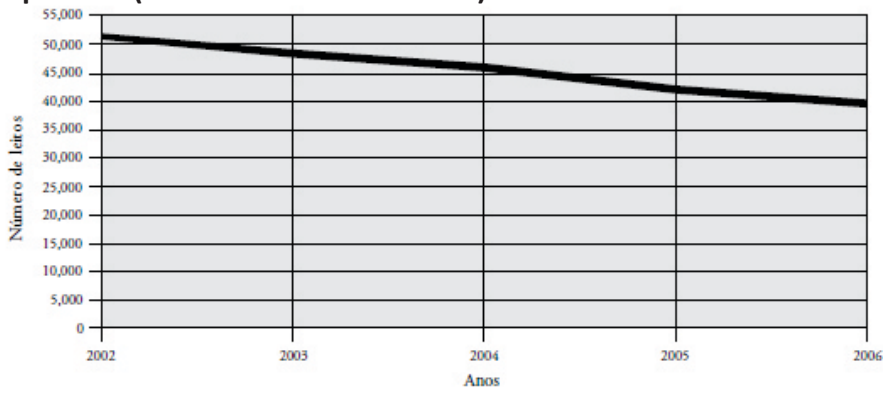
Tipo de Serviço CAPS	Ano 2002	2003	2004	2005	2006
CAPS I	145	173	218	283	439
CAPS II	186	208	236	271	320
CAPS III	19	24	29	26	37
CAPSi	32	37	44	56	77
CAPSad	42	58	78	102	138
Total	424	500	605	738	1.011

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental apud Ministério da Saúde, 2007.

Os gráficos a seguir mostram o processo de desativação de leitos de 2002 a 2006 acompanhados pelo crescimento de serviços extra hospitalares, como o aumento de serviço residenciais terapêuticos no mesmo período e a expansão anual dos Centros de Atenção Psicossocial desde 1980 à 2006.

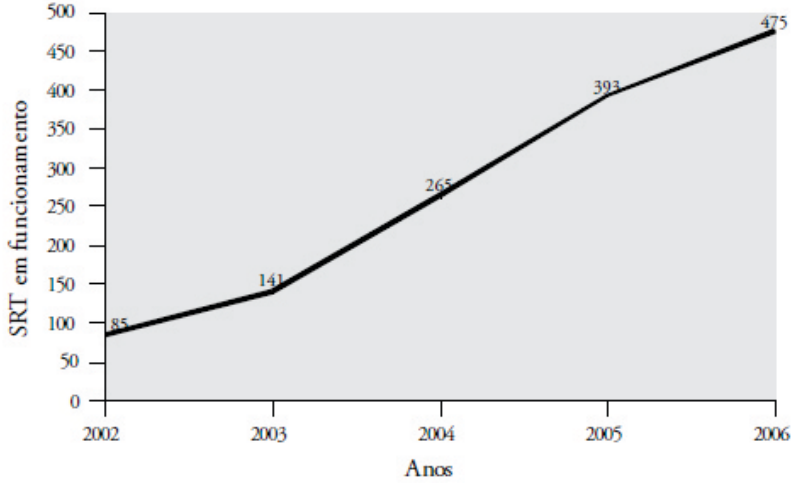
Gráfico 01.
Leitos Psiquiátricos SUS por ano (dezembro de 2002 - 2006)

Ano	Leitos HP
2002	51.393
2003	48.303
2004	45.814
2005	42.076
2006	39.567



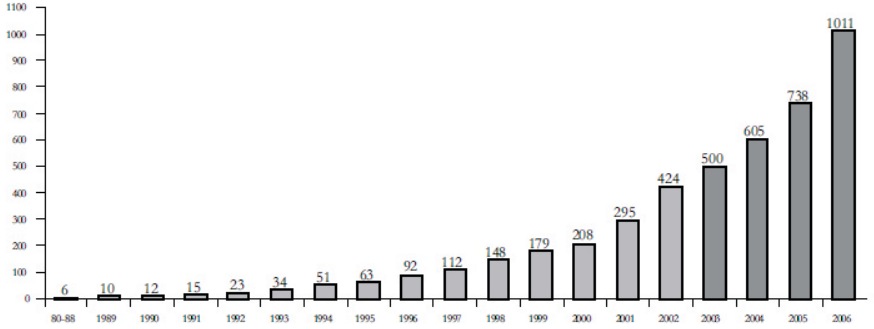
Fonte: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação-Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. Em 2004-2005, PRH/CNES. apud Ministério da Saúde, 2007.

Gráfico 02.
Serviços Residênciais Terapêuticos em funcionamento.



Fonte: Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Mental apud Ministério da Saúde, 2007.

Gráfico 03.
Expansão anual dos CAPS (1980 - dezembro de 2006)



Fonte: Ministério da Saúde. A partir de 2001, Coordenação de Saúde Mental. Antes de 2001 - Levantamento CAPS Disque Saúde 2001. apud Ministério da Saúde, 2007).

8.2. Hospital Dia

Um dos primeiros equipamentos do SUS a dar um tratamento às pessoas com transtorno mental em meio aberto foi o hospital dia, que foi um importante dispositivo na mudança do modelo em atenção à saúde mental e está em processo de superação por conta dos novos serviços comunitários e a expansão da atenção psiquiátrica em hospitais gerais.

8.3. Hospital de Custódia

Também a uma preocupação de desinstitucionalização do hospital de custódia, onde ficam as pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes. Com experiências bem sucedidas em relação as medidas de segurança, o fim do perigo foi critério para a desinstitucionalização destes pacientes. A rede extra hospitalar de saúde mental passa a oferecer tratamento a estes cidadãos, que antes não pertenciam a rede do SUS.

9. CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

O CAPS faz parte da principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica brasileira, ele foi criado para substituir as internações nos hospitais psiquiátricos, acolhendo os pacientes com transtornos mentais e estimulando sua integração social e familiar. Os CAPS mostram-se eficientes na diminuição de internações e na mudança do modelo hospitalar, já que o tratamento aos pacientes é feito de forma mais humanizada, favorecendo o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários. Porém não substitui totalmente as internações, porque há casos mais graves que são só controlados nos hospitais, por exemplo, quando o paciente entra em surto, há uma recaída ou uma crise de abstinência como no caso dos dependentes químicos.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, é um dispositivo de cuidado intenso, e atende pessoas com intenso sofrimento psíquico, com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo transtornos relacionados às substâncias psicóticas (álcool e outras drogas). Casos menos graves são atendidos em ambulatórios.

9.1. Diagnóstico

De acordo com Roeder (2003) os dados de avaliação diagnósticas dos transtornos mentais podem ser obtidos de forma subjetiva como também de forma objetiva.

Os **subjetivos** são os sintomas que o paciente apresenta: que são diagnosticados através do que é relatado pelo paciente e familiares, e o que o profissional observa.

Os **objetivos** são chamados de sinais, onde o profissional pode medir, como por exemplo, a pressão sanguínea e os testes psicométricos.

Em relação à entrevista realizada pelo profissional de saúde mental ao paciente, se tem: exame psíquico, exame físico geral e os neurológicos, exames subsidiários, entrevista com a família ou acompanhante.

E o fator mais significativo é o cliente, com o qual é feito uma entrevista estruturada, observação do comportamento, conteúdo expressivo, comportamento psicomotor e teste psicométrico.

Para Roeder (2003), esse sistema de sinais e sintomas é um indicador de qualidade de vida, que além de avaliar seu estado de saúde mental: detectando as oscilações (relativas a doenças mentais) e psicológicas (relativas ao comportamento normal), mostra o grau de adaptação no ambiente. Embora esse sistema ajude muito a conhecer as queixas do paciente não se deve trabalhar ele como o único indicador.

Os transtornos mentais e de comportamento são uma serie de distúrbios definidos pela "Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos" (CID-10)

Tabela 03.
Divisão Transtornos Mentais e de Comportamento CID-10

TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO	EXEMPLOS
Transtornos mentais orgânicos, incluindo os sintomáticos;	Demência na doença de Alzheimer, Delírio;
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas;	Uso prejudicial de álcool, Síndrome de dependência de opiáceos;
Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e Transtornos delirantes;	Esquizofrenia paranoide, Transtornos delirantes, Transtornos Psicóticos Agudos e transitórios;
Transtornos do humor (afetivos);	Transtorno afetivo bipolar, Episódios depressivos, Mania;
Transtornos neuróticos, Transtornos relacionais com o stress, Transtornos somatoformes;	Ansiedade generalizada, Transtornos obsessivo-compulsivos;
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos;	Transtornos da alimentação, Transtornos não orgânicos do sono;
Transtorno da personalidade e do comportamento adulto;	Transtornos paranoicos da personalidade, Transexualismo;
Retardo mental;	Retardo mental leve;
Transtornos do desenvolvimento psicológico;	Transtornos específicos da leitura, Autismo infantil;
Transtornos do comportamento e Transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e a adolescência;	Transtornos hipercinéticos, Distúrbios de conduta, Tiques;
Transtorno mental não especificado.	

Fonte: ROEDER (2003)

9.2. Atendimento

Conforme o diagnostico, o paciente é encaminhado para o cuidado intensivo, sendo realizado com finalidade terapêutica, tanto nas sessões individuais ou grupais como na convivência do serviço. Segundo o coordenador do CAPS I de Forquilhinha o diagnóstico do paciente é feito pelo profissional através de entrevistas e do CID-10, e também é levado em conta a questão social. Cada usuário do CAPS possui seu projeto individual.

9.2.1. Atendimento Intensivo (atendimento diário): Quando a pessoa tem grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio familiar e social.

9.2.2. Atendimento Semi-Intensivo (atendimento até 12 dias no mês): É oferecido quando o sofrimento e a desestruturação da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas ainda precisa da atenção direta da equipe.

9.2.3. Atendimento Não-Intensivo (até três dias no mês): A pessoa não precisa mais do suporte continuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e no trabalho.

Os três grupos de atendimento podem ser realizados em domicilio, se necessário.

9.2.4. Grupo Operativo Terapêutico:

O grupo operativo terapêutico é onde acontecem as oficinas terapêuticas, que são atividades realizadas em grupo e podem ser definidas conforme o interesse dos usuários, “tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo de cidadania” (Ministério da Saúde, 2004, pág 20).Este grupo não é obrigatório.

Exemplos de Oficinas:

Figura 13.
Artesanato

CAPS II de Porto Seguro/BA
Fonte: http://www.osollo.com.br/

Figura 14.
Horta

CAPS de Paranavai/PR
Fonte: http://www.paranavaionline.com.br/

Figura 15.
Artesanato

CAPS de Guaxupé/MG
Fonte: http://www.gxp.com.br/noticias/

A duração de permanências dos usuários no CAPS depende desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico estabelecido. O CAPS não é um lugar de dependência do usuário ao tratamento pela vida inteira, mas o processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários que vão possibilitar a autonomia do paciente.

9.3. Tipos de CAPS

Como mostra a tabela ao lado os CAPS podem ser diferentes quanto ao tamanho do equipamento, sua estrutura física, número de profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas, como também na especificidade de demanda.

Como dito anteriormente Forquilhinha possui 22.548 habitantes (IBGE/2008) e será feita a proposta de um CAPS I.

Tabela 04.
Tipos de CAPS

	Município com população (habitantes)	Atendimento	Atende
CAPS I	Entre 20.000 e 70.000	Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes
CAPS II	Entre 70.000 e 200.000	Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes
CAPS III	Acima de 200.000	24horas Todos os dias	Adultos com transtornos mentais severos e persistentes
CAPS i	Acima de 200.000	Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira*	Crianças e adolescentes com transtornos mentais
CAPS ad	Acima de 100.000	Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira*	Transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas**.

*Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
**Possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Fonte: Dados do Ministério da Saúde, tabela organizada pela autora.

Os profissionais que trabalham no CAPS integram uma equipe multiprofissional de nível superior e de nível médio. Segundo o Ministério da saúde (2004) cada CAPS tem suas próprias características, quanto aos tipos e quantidade de profissionais que trabalham no CAPS e devem obedecer a está exigência.

9.4. CAPS I (equipe mínima)

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

9.5. CAPS em SANTA CATARINA

Segundo o Ministério da Saúde (2007) o estado está com boa cobertura de CAPS por habitantes, ficando em sexto lugar no *ranking* dos estados brasileiros.

Mapa 05.
Cobertura de CAPS por 100.000 habitantes

Fonte: Ministério da Saúde, 2007.

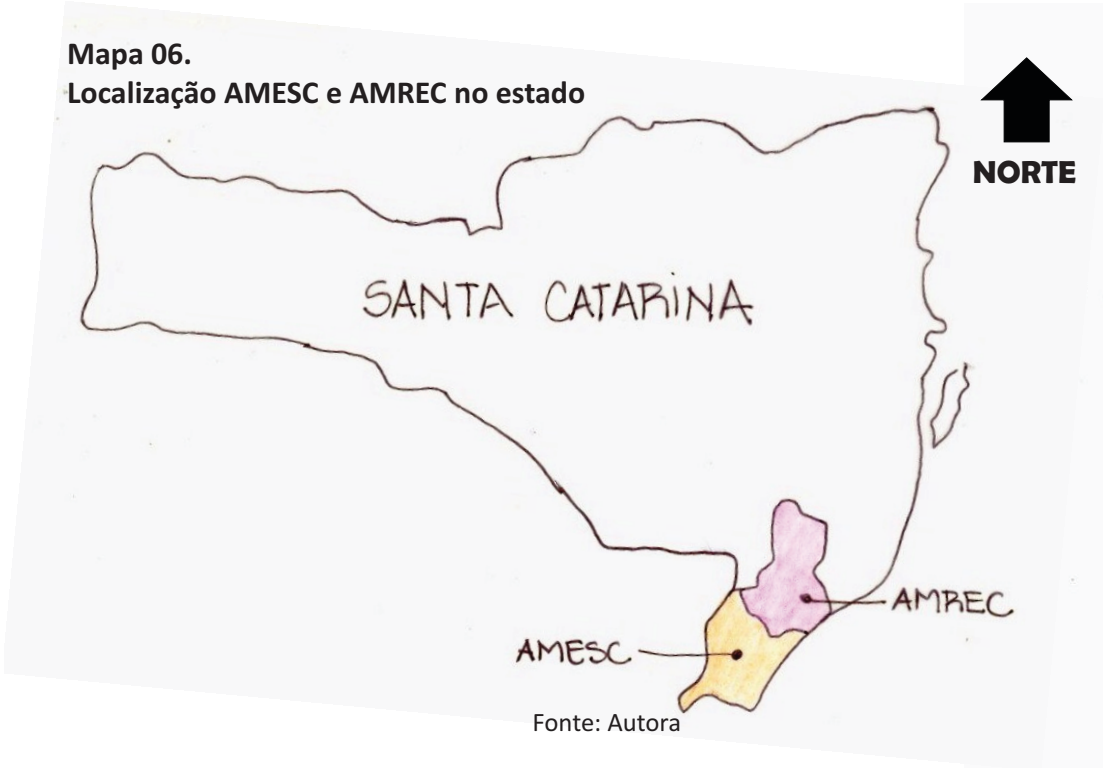
Tabela 05.
***Ranking* de CAPS por 100.000 habitantes**

Ranking	UF	CAPS/100.000 hab. Dezembro de 2006
1.º	SE	0,75
2.º	PB	0,72
3.º	RS	0,70
4.º	AL	0,67
5.º	MT	0,66
6.º	SC	0,61
7.º	CE	0,57
8.º	RN	0,56
9.º	PI	0,48
10.º	PR	0,45
11.º	BA	0,44
12.º	MG	0,44
13.º	MA	0,43
14.º	RO	0,42
15º	MS	0,40
16.º	RJ	0,39
17.º	SP	0,38
18.º	ES	0,37
19.º	AP	0,32
20.º	PE	0,32
21.º	AC	0,29
22.º	GO	0,28
23.º	PA	0,27
24.º	TO	0,26
25.º	RR	0,25
26.º	DF	0,11
27.º	AM	0,09

Fonte: Coordenação de Saúde Mental/MS apud Ministério da Saúde, 2007.

9.6. CAPS NA REGIÃO

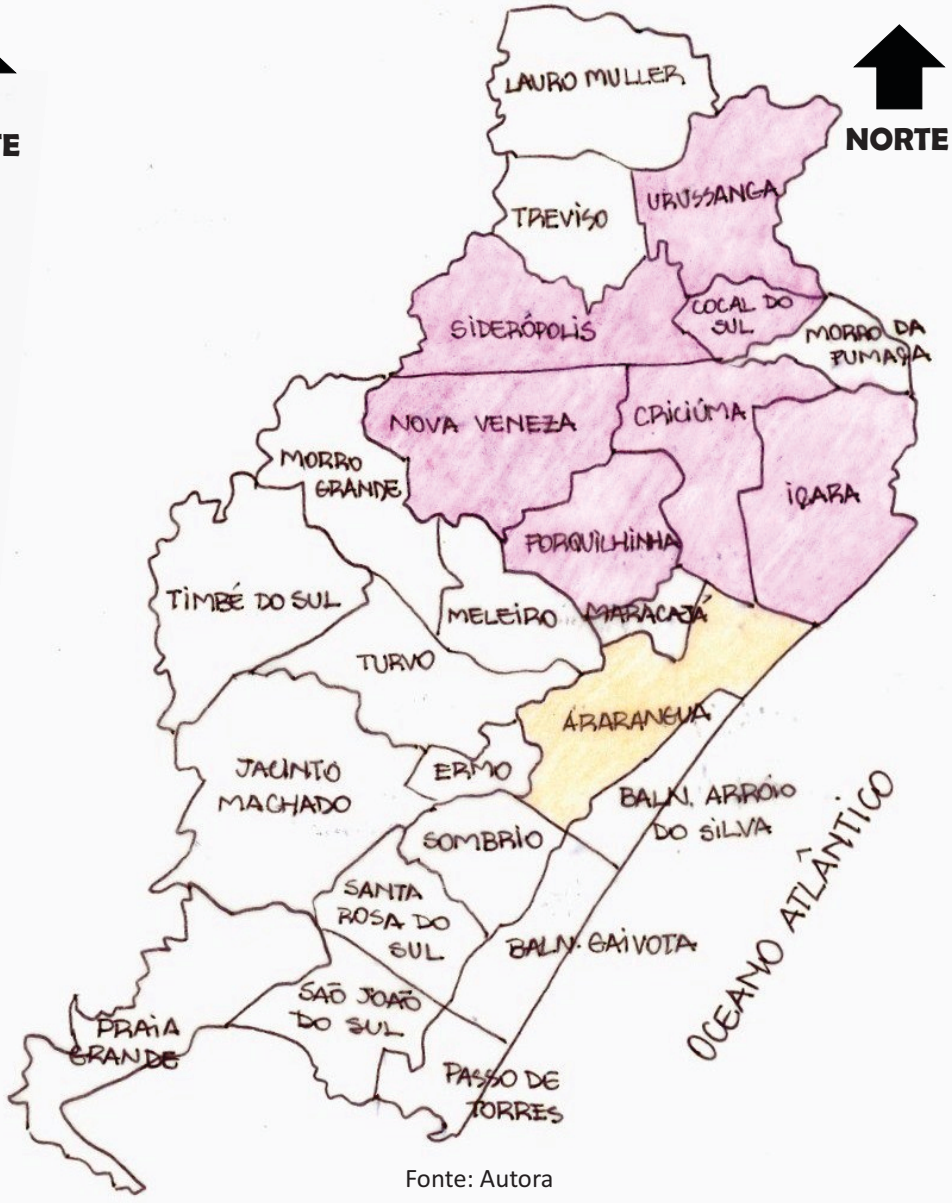
Mapa 06.
Localização AMESC e AMREC no estado



Fonte: Autora

A região da AMREC (Associação dos Municípios da Região Carbonífera) tem uma boa cobertura de Centros de Atenção Psicossocial, já na região da AMESC (Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense) apenas Araranguá possui o serviço extra hospitalar. Isto acontece devido os municípios dessa região serem pequenos, com menos de 20.000 habitantes.

Mapa 07.
Municípios com CAPS na região



Fonte: Autora

10. SAÚDE MENTAL EM FORQUILHINHA/SC

A saúde mental no município está entre as prioridades da atenção básica. Os profissionais do CAPS trabalham vinculados ao Programa Saúde da Família e ao Serviço de Saúde Mental Municipal. Casos menos graves são atendidos no Ambulatório de Especialidades, localizado no bairro Santa Ana.

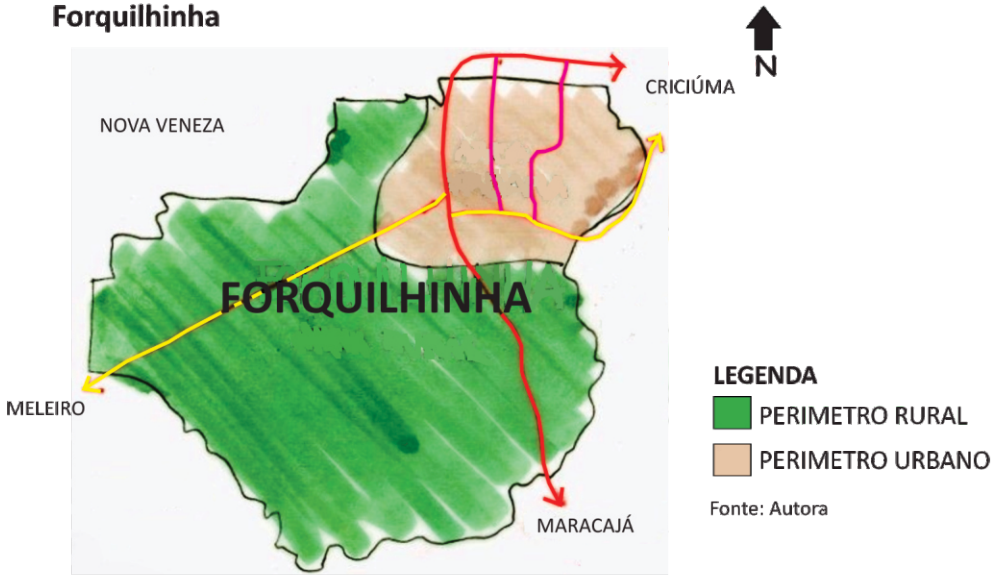
10.1. Demanda

Segundo o coordenador do CAPS I de Forquilhinha há 300 pessoas cadastradas no serviço, mas somente 147 são acompanhadas, os grupos mudam com frequência devido à desistência dos usuários. O CAPS I atende pacientes com transtorno mental e transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e drogas), apenas do município. O atendimento domiciliar é realizado quando necessário para as pessoas cadastradas, ou então quando solicitado pela promotoria ou conselho tutelar.

10.2. Medicamentos

Os CAPS podem fazer a distribuição dos medicamentos em saúde mental na sua região. Mas o credenciamento não é automático, é necessário estar de acordo com as normas de vigilância sanitária, da saúde mental e da assistência farmacêutica. Em Forquilhinha a distribuição é feita na farmácia central, que fica em anexo ao Pronto Atendimento, por o município contar com apenas uma farmacêutica na saúde pública.

Mapa 08.
Forquilhinha



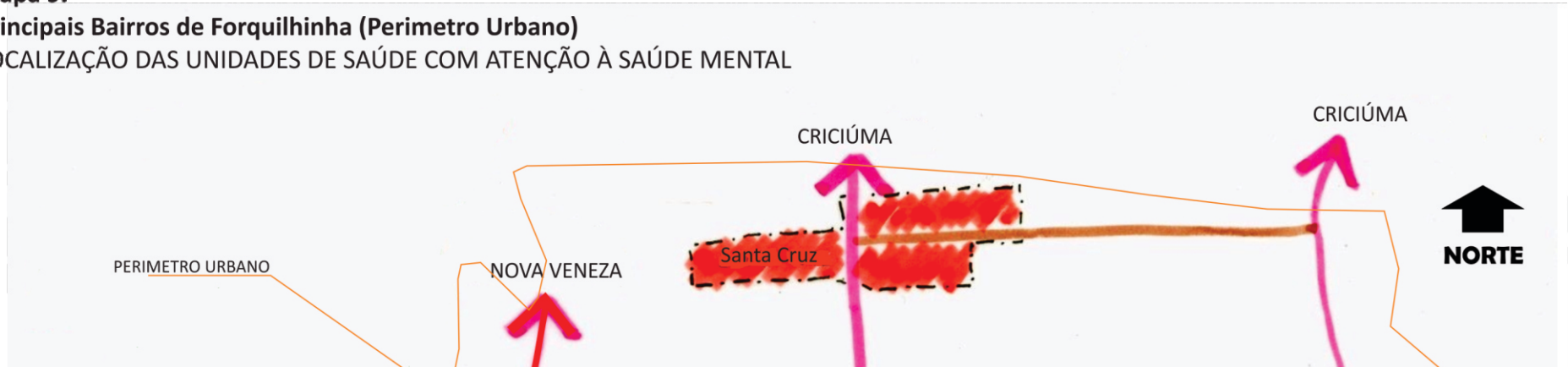
Fonte: Autora

Através do mapa abaixo é possível perceber os vazios existentes no município de Forquilhinha, isto se trata de áreas agrícolas, como campo para o gado, granjas de arroz, e áreas ainda não loteadas, os bairros de desenvolveram entre estas áreas, próximos às rodovias.

É uma sobreposição de área urbana e área rural.

O mapa mostra também a localização das unidades de saúde em Forquilhinha com atenção à saúde mental.

Mapa 9.
Principais Bairros de Forquilhinha (Perimetro Urbano)
LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE COM ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



10.3. LEITOS PSIQUIÁTRICOS QUE ATUAM NA REGIÃO

Lauro Muller
- Hospital Municipal Henrique Lage – 24 leitos

Urussanga
- Hospital Nossa Senhora da Conceição – 30 leitos

Nova Veneza
- Clínica São Marcos – 22 leitos

Criciúma
- Casa de Saúde Rio Maina – 160 leitos

Turvo
- Hospital São Sebastião

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Içara
- Comunidade Terapêutica Desafio Jovem Ultima Hora

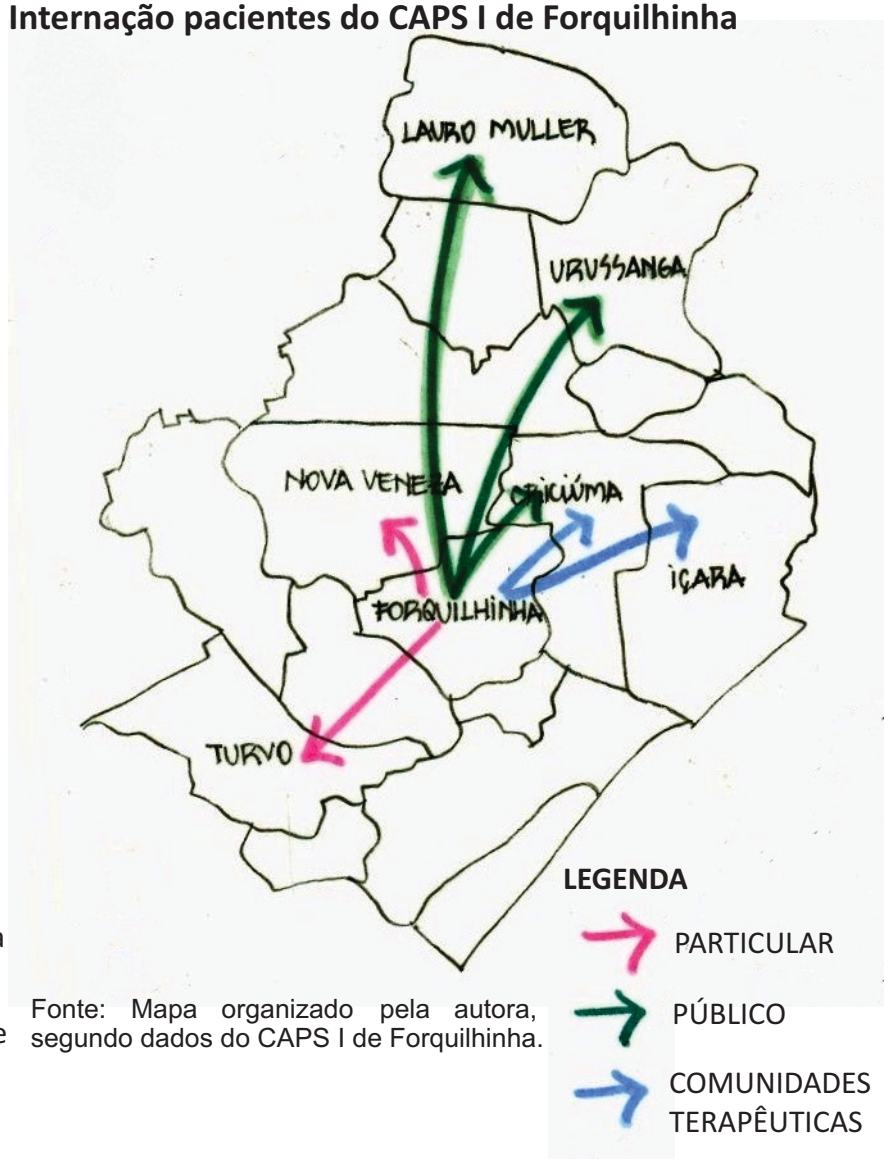
Criciúma
- Comunidade Terapêutica Desafio Jovem de Criciúma

Segundo o coordenador do CAPS I de Forquilhinha as comunidades terapêuticas geralmente são de ordem religiosa e tem com base a fé para o tratamento de dependentes químicos. Os pacientes frequentam as comunidades terapêuticas após passarem por uma desintoxicação no hospital.

CAPS I x INTERNAÇÕES

As internações depois que foi implantado o CAPS na cidade diminuíram. De acordo com o enfermeiro do CAPS I do munícipio, antes do CAPS, Forquilhinha tinha o direito a 13 leitos na Casa de Saúde Rio Maina pelo SUS, e mesmo assim tinha pacientes em espera para a internação. Hoje, com o CAPS atuando na saúde mental, o número de leitos baixou para oito, e é suficiente.

Mapa 10.
Internação pacientes do CAPS I de Forquilhinha



Fonte: Mapa organizado pela autora, segundo dados do CAPS I de Forquilhinha.

11. ÁREA DE ESTUDO

Bairro: Centro

11.1. Principais Equipamentos da Região Central de Forquilhinha

A partir do levantamento de equipamentos da área central é possível observar as duas centralidades. Uma próxima a igreja e a outra no paço municipal

Mapa 11.
Principais Equipamentos da Região Central de Forquilhinha

LEGENDA

ÁREAS DE LAZER APROPRIADAS PELA POPULAÇÃO
1. Praça
2. Ponte para Pedestres
3. Calçadão
4. Praça
5. Rua Coberta
6. Quadra de Vôlei de Areia

CLUBE
GINÁSIO DE ESPORTES
COLÉGIO SAGRADA FAMÍLIA
EQUIPAMENTOS IGREJA
7. Igreja Sagrado Coração de Jesus
8. Casa Paroquial
9. Salão Paroquial
10. Capela Mortuária
11. Cemitério

EQUIPAMENTOS PREFEITURA
12. Centro de Convivência dos Idosos

11.2. Sistema Viário

Boa parte das ruas locais do centro de Forquilhinha acaba em áreas ainda não loteadas. A Avenida 25 de Julho (Rodovia SC-446) tem grande importância na cidade, mas quando se liga com a Rodovia Gabriel Arns (SC-448) o fluxo de veículos diminui, passando pela frente do terreno escolhido com pouco fluxo. Essa diferença de fluxo acontece devido à Rodovia SC-446 que liga Forquilhinha a cidade de Maracajá ainda não ser asfaltada. Hoje o asfalto vai apenas até o fim do paço municipal. Quando for asfalta o fluxo será mais intenso porque haverá escoamento para BR-101, através de Maracajá.

Figura 16.
Avenida 25 de Julho

Fonte: site da prefeitura

Mapa 12.
Sistema Viário Central

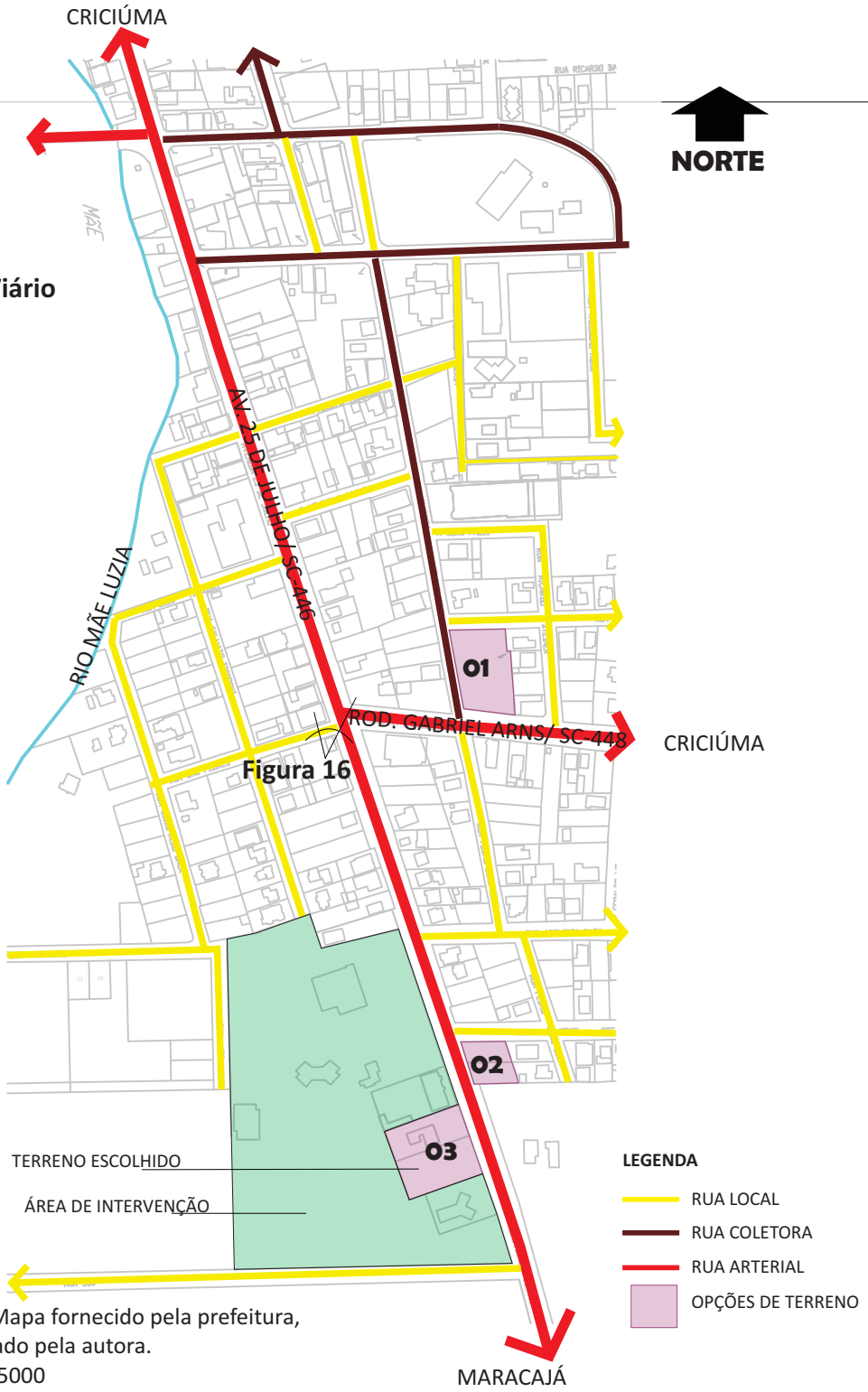


Figura 16

Fonte: Mapa fornecido pela prefeitura, organizado pela autora.
ESC.: 1/5000

11.3. Esquema Eixos

A partir do esquema de equipamentos comunitários e institucionais da área central da cidade, é possível identificar os principais eixos, mostrando as três opções de terreno e sua acessibilidade.

Figura 17.
OPÇÃO 1
É um terreno bastante visível e amplo, mas foi descartado por ficar entre duas ruas de grande movimento no município.

Fonte: Autora

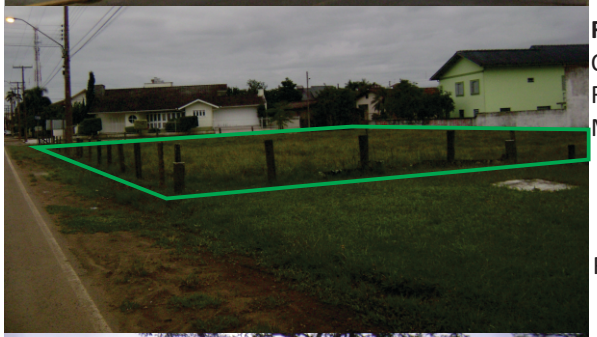


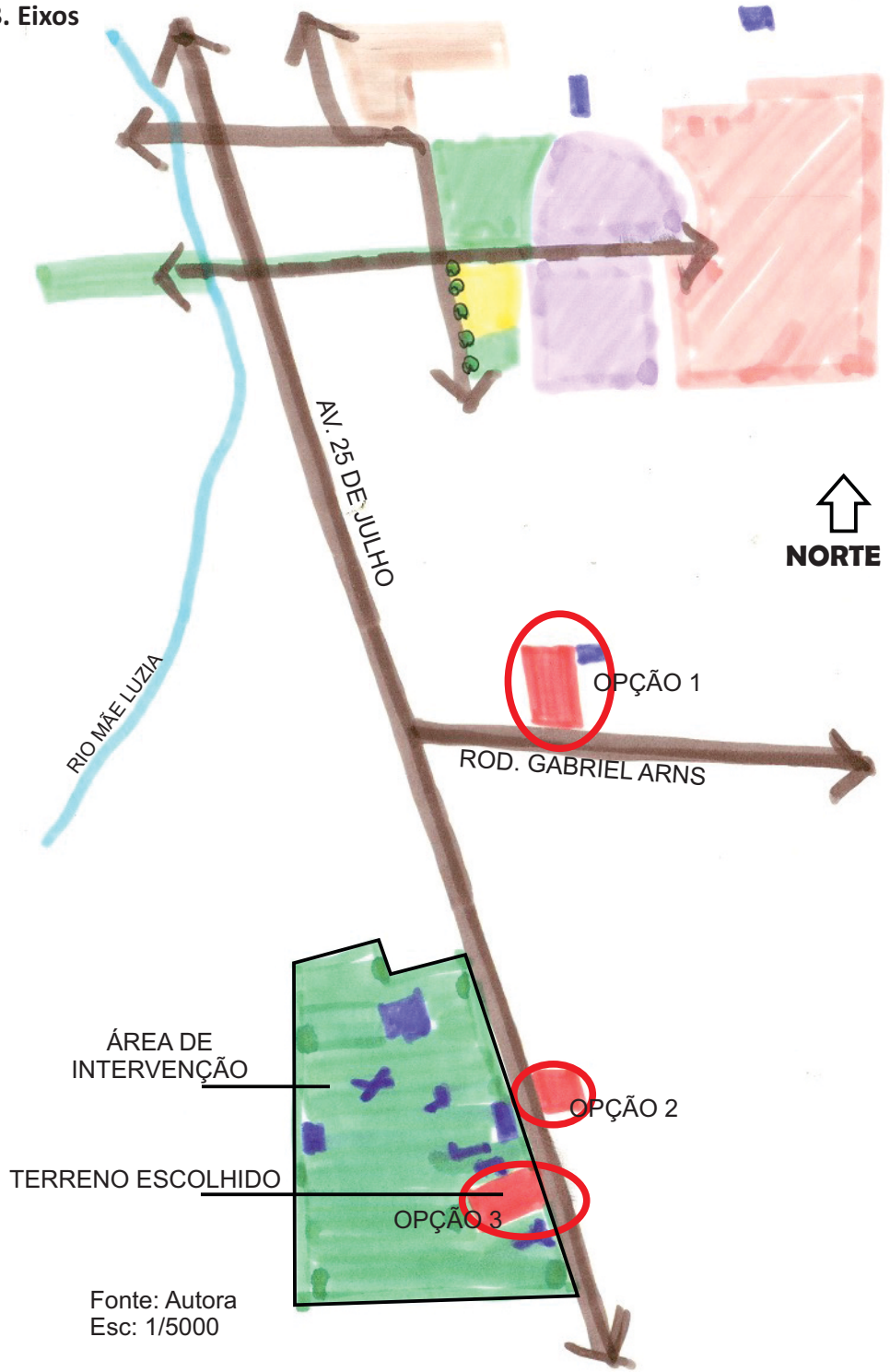
Figura 18.
OPÇÃO 2
Fica próximo ao Paço Municipal.

Fonte: Autora

Figura 19.
OPÇÃO 3
Fica inserido no Paço Municipal.
Hoje, o terreno serve como horta do CAPS.

Fonte: Autora

Mapa 13. Eixos

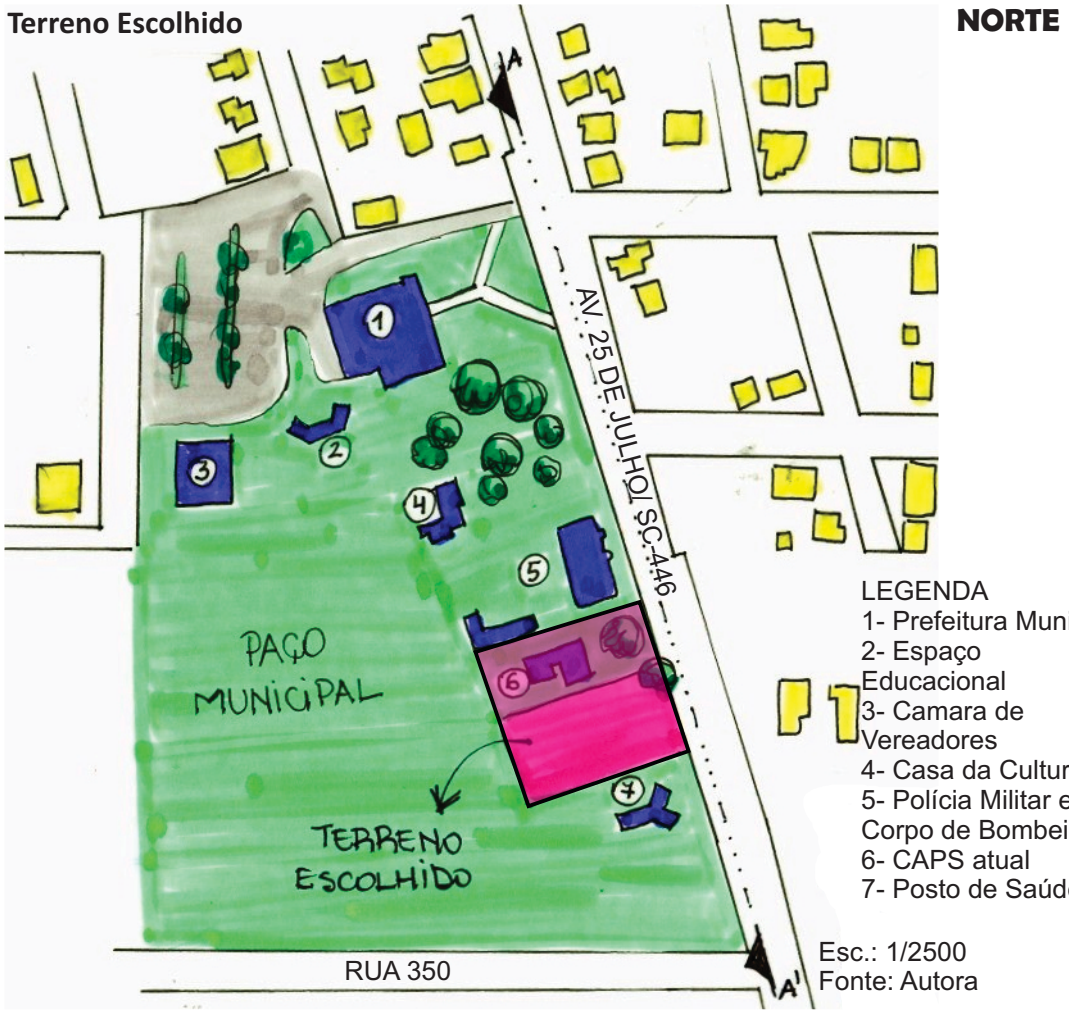


Fonte: Autora
Esc: 1/5000

11.4. Terreno Escolhido (Opção 03)

As três opções de terreno escolhidas foram no centro da cidade, já que é a parte da cidade mais acessível, por meio do transporte coletivo. Todas as linhas municipais passam pelo centro (Avenida 25 de julho – Rodovia Gabriel Arns) ficando aproximadamente a 350 metros de distância do terreno escolhido, uma linha passa em frente ao terreno, esta passa por nove bairros em dois horários - o primeiro trajeto passa por oito bairros e o segundo passa por sete. A opção 03 foi escolhida por estar inserido no paço municipal, próximo aos equipamentos do município. O terreno é o mais adequado para o CAPS, que por ser uma unidade de saúde ficará próximo do equipamento semelhante, o posto de saúde. O terreno é um local aberto, com uma grande área de gramado, podendo ser utilizado como áreas de lazer para os usuários do CAPS, e por meio da integração com os outros equipamentos fortalecer a integração com a comunidade.

Mapa 14.
Terreno Escolhido



Esc.: 1/2500
Fonte: Autora

Corte A-A'

Esc.: 1/1000
Fonte: Autora

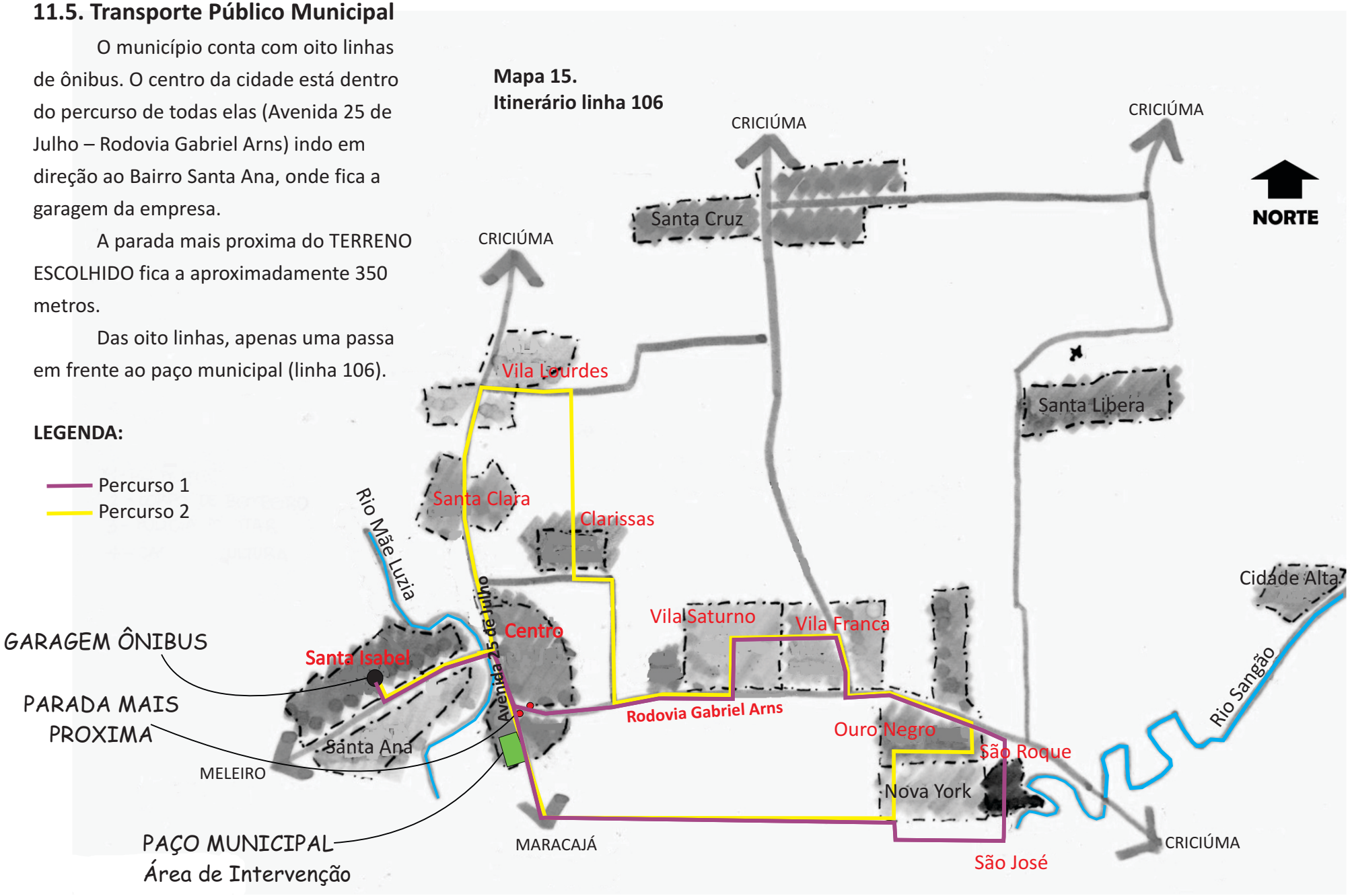
11.5. Transporte Público Municipal

O município conta com oito linhas de ônibus. O centro da cidade está dentro do percurso de todas elas (Avenida 25 de Julho – Rodovia Gabriel Arns) indo em direção ao Bairro Santa Ana, onde fica a garagem da empresa.

A parada mais proxima do TERRENO ESCOLHIDO fica a aproximadamente 350 metros.

Das oito linhas, apenas uma passa em frente ao paço municipal (linha 106).

Mapa 15.
Itinerário linha 106



Fonte: Mapa organizado pela autora segundo informação da secretaria do transporte de Forquilhinha.

11.6. Transporte Público Intermunicipal

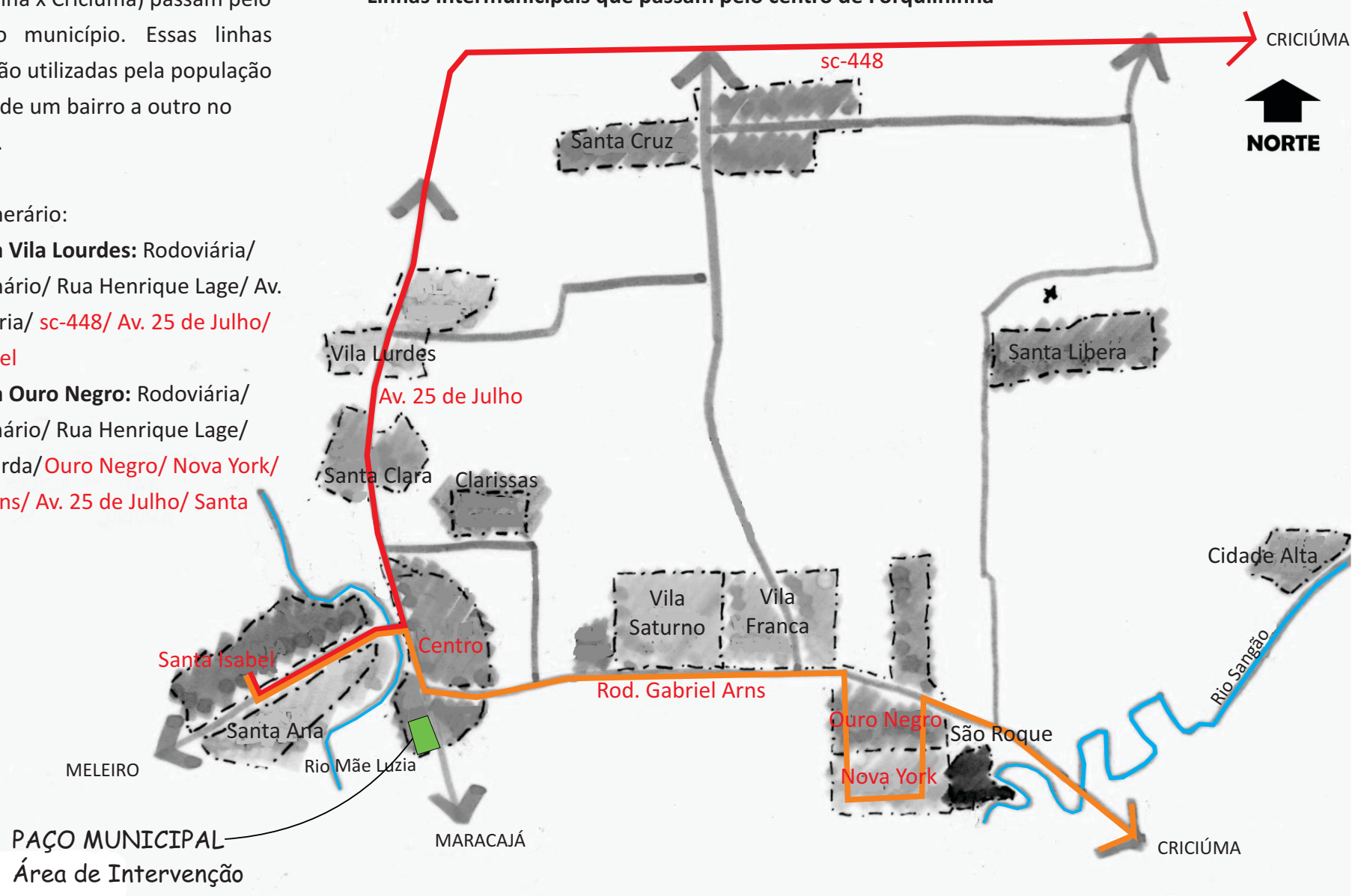
Duas linhas intermunicipais (Forquilhinha x Criciúma) passam pelo centro do município. Essas linhas também são utilizadas pela população para irem de um bairro a outro no município.

Itinerário:

Via Vila Lourdes: Rodoviária/ Av. Centenário/ Rua Henrique Lage/ Av. Universitária/ sc-448/ Av. 25 de Julho/ Santa Isabel

Via Ouro Negro: Rodoviária/ Av. Centanário/ Rua Henrique Lage/ Jorge Lacerda/ Ouro Negro/ Nova York/ Gabriel Arns/ Av. 25 de Julho/ Santa Isabel

Mapa 16.
Linhas Intermunicipais que passam pelo centro de Forquilhinha

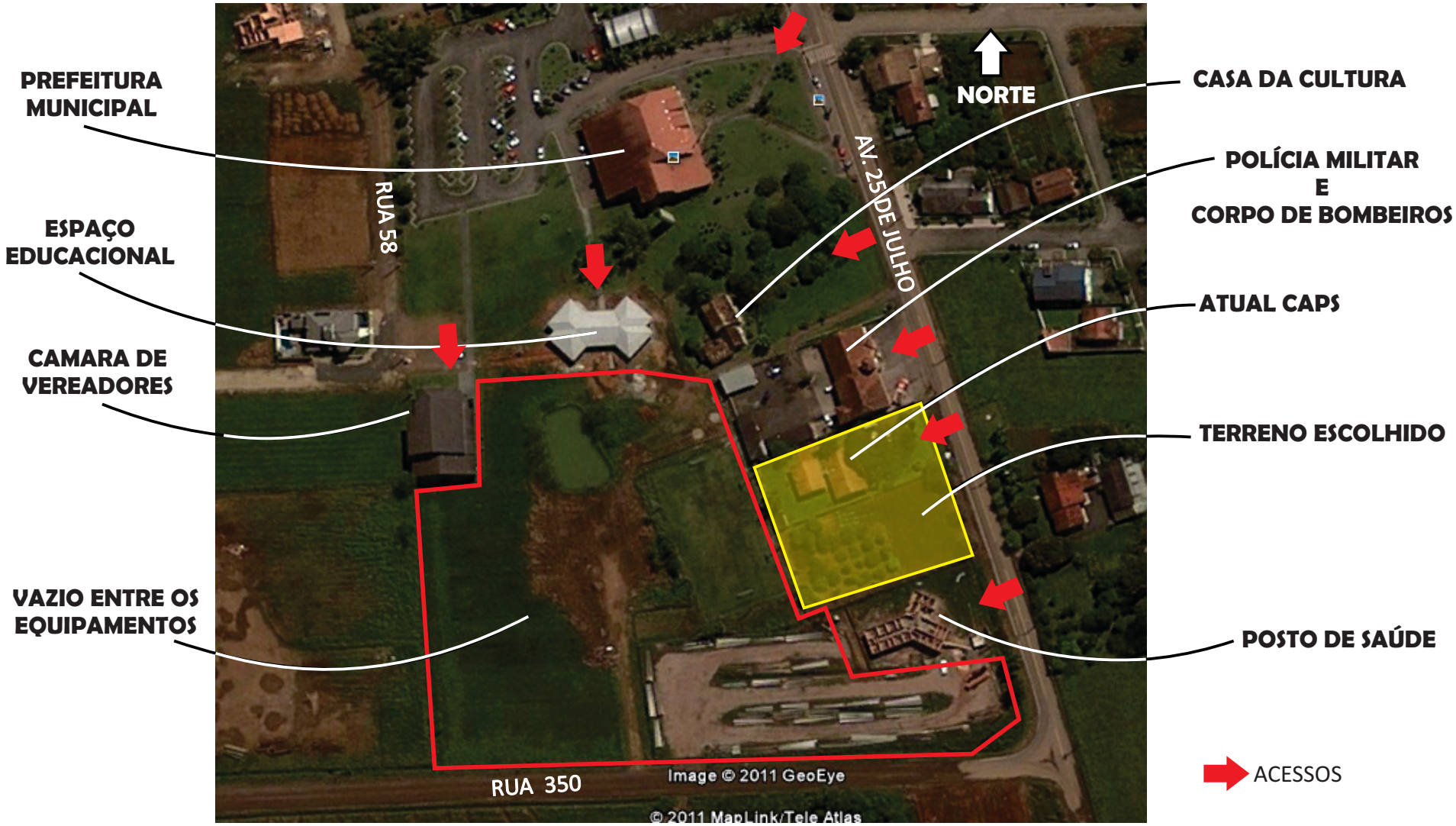


Fonte: Mapa organizado pela autora segundo informação do site: www.expressoforquilhinha.com.br

12. ANÁLISES URBANAS

Os equipamentos estão de costas para o vazio existente, havendo ligação apenas pela a Avenida 25 de Julho. O acesso à câmara de Vereadores a ao Espaço Educacional é através do estacionamento da prefeitura, ou então pela Rua 58 (sem pavimento).

Figura 20.
Vista Aérea do Paço Municipal (2010)



Fonte: Google Earth modificado pela autora

12.1. Equipamentos do Entorno

Com a inauguração do Paço Municipal “26 de abril”, os novos equipamentos públicos começaram a se instalar neste espaço. Como é possível observar na vista aérea (Figura 19, pág: 41) não houve uma preocupação em se apropriar do espaço atrás, os equipamentos foram sendo construídos aleatoriamente, sem formar um sistema. A ligação entre eles acontece apenas pela Av. 25 de Julho, ou então através do estacionamento da Prefeitura.

Neste espaço será proposto uma praça com caráter cívico e por meio de caminhos haverá uma ligação entre os equipamentos. Através dos espaços de lazer, esporte e convívio da praça será reforçada a integração dos usuários do CAPS com a sociedade.

Figura 21.
Casa da Cultura (1926)

Fonte: site da Prefeitura de Forquilhinha

Figura 22.
Prefeitura Municipal (2002)

Fonte: site da Prefeitura de Forquilhinha

Figura 23.
Corpo de Bombeiros e Polícia Militar (2008)

Fonte: site da Prefeitura de Forquilhinha

Casa da Cultura – Antiga casa de Anton Eyng e Aloysio Eyng, construída em 1926 e restaurada em 1995 onde hoje funciona como Casa de Cultura e Museu. Dispõe de acervo fotográfico dos primeiros anos de colonização de Forquilhinha.

Prefeitura Municipal – Inaugurada em maio de 2002, junto com o paço municipal “26 de abril”.

Polícia Militar e Corpo de Bombeiros – a sede própria do Corpo de Bombeiros e Polícia Militar de Forquilhinha foi inaugurado em abril de 2008.

Figura 24.
Câmara de Vereadores (2009)

Fonte: site da Prefeitura de Forquilhinha

Figura 25.
Espaço Educacional (2011)

Fonte: Autora

Figura 26.
Posto de Saúde ESF Centro (2011)

Fonte: Autora

Câmara de Vereadores– Ganhou sua sede no paço municipal e em 2009 foi inaugurada.

Espaço Educacional – inaugurado em fevereiro de 2011 o Espaço Educacional oferece serviços de fonoaudióloga, psicóloga, nutricionista e psicopedagoga para a população.

Posto de Saúde ESF – O posto Estratégia Saúde da Família começou a ser construido a pouco tempo (2011) e a obra ainda não foi finalizada.

12.2. Imagens

Figura 27.
Av. 25 de Julho, vista para frente do terreno escolhido - que hoje funciona como horta para o CAPS.

Fonte: Autora

Figura 28.
Vista terreno escolhido

Fonte: Autora

Figura 29.
Vista da Esquina (Av. 25 de Julho com Rua 350) para o novo Posto de saúde, ao lado do CAPS proposto.

Fonte: Autora

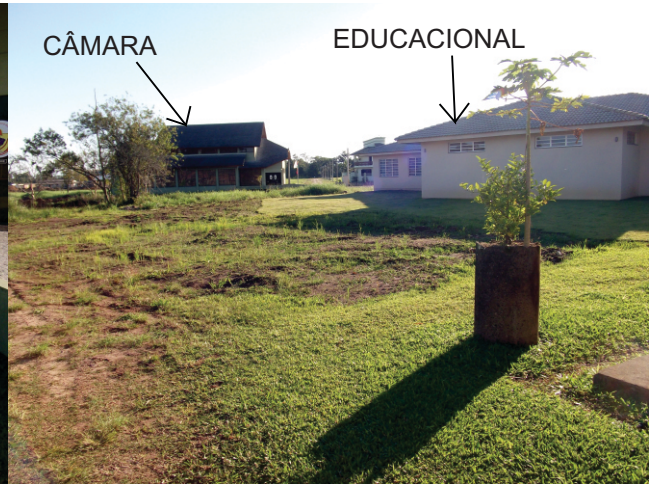
Figura 30.
Gramado atrás da prefeitura, entre a câmara de vereadores e o Espaço Educacional.

Fonte: Autora

Figura 31.
Lateral da câmara de vereadores e vazio.

Fonte: Autora

Figura 32.
Vazio atrás do Espaço Educacional e ao lado da câmara.



Fonte: Autora

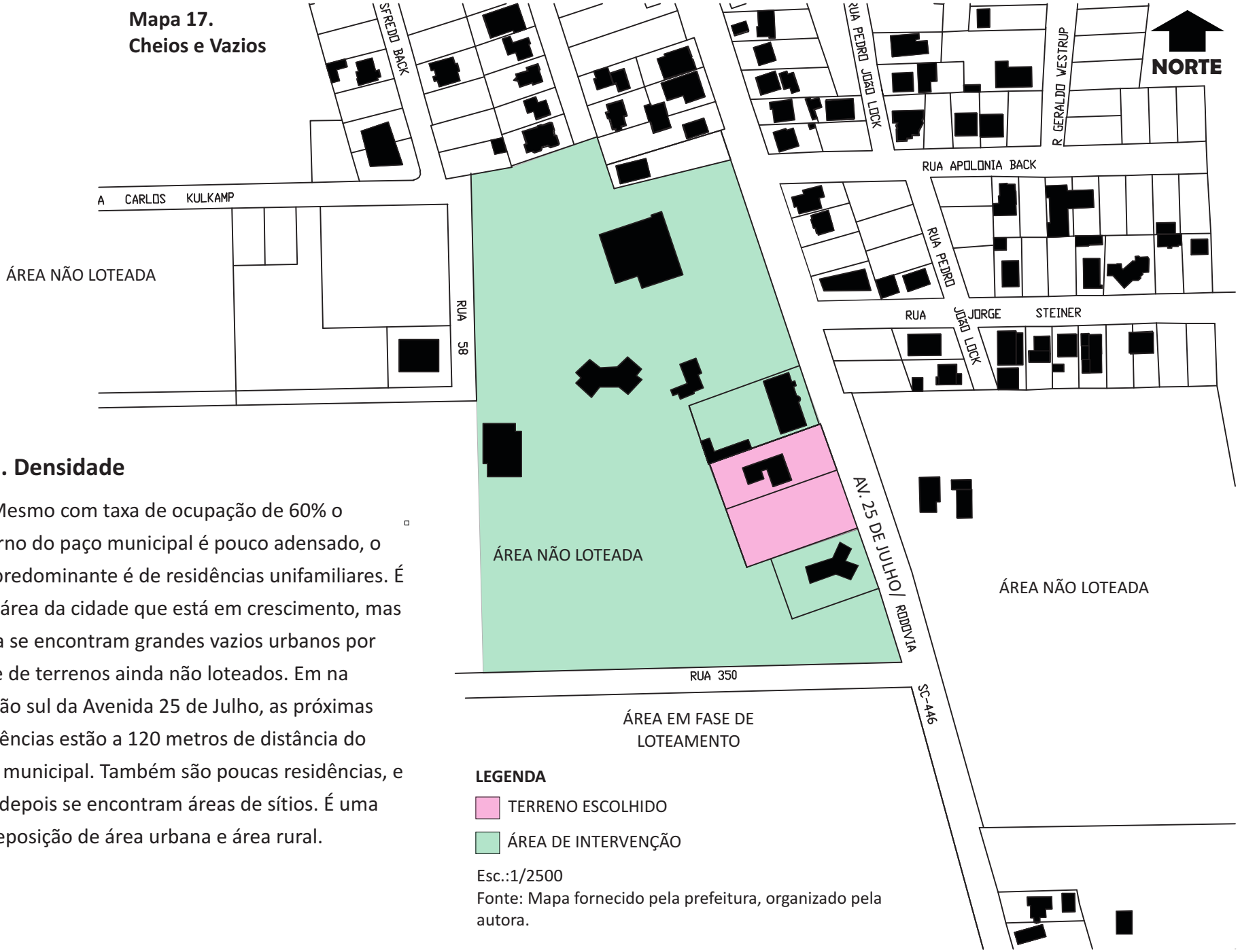
Figura 33.
Vista panorâmica dos equipamentos ligados pelo estacionamento.

Fonte: Autora

Figura 34.
Vista panorâmica do vazio existente.

Fonte: Autora

Mapa 17.
Cheios e Vazios

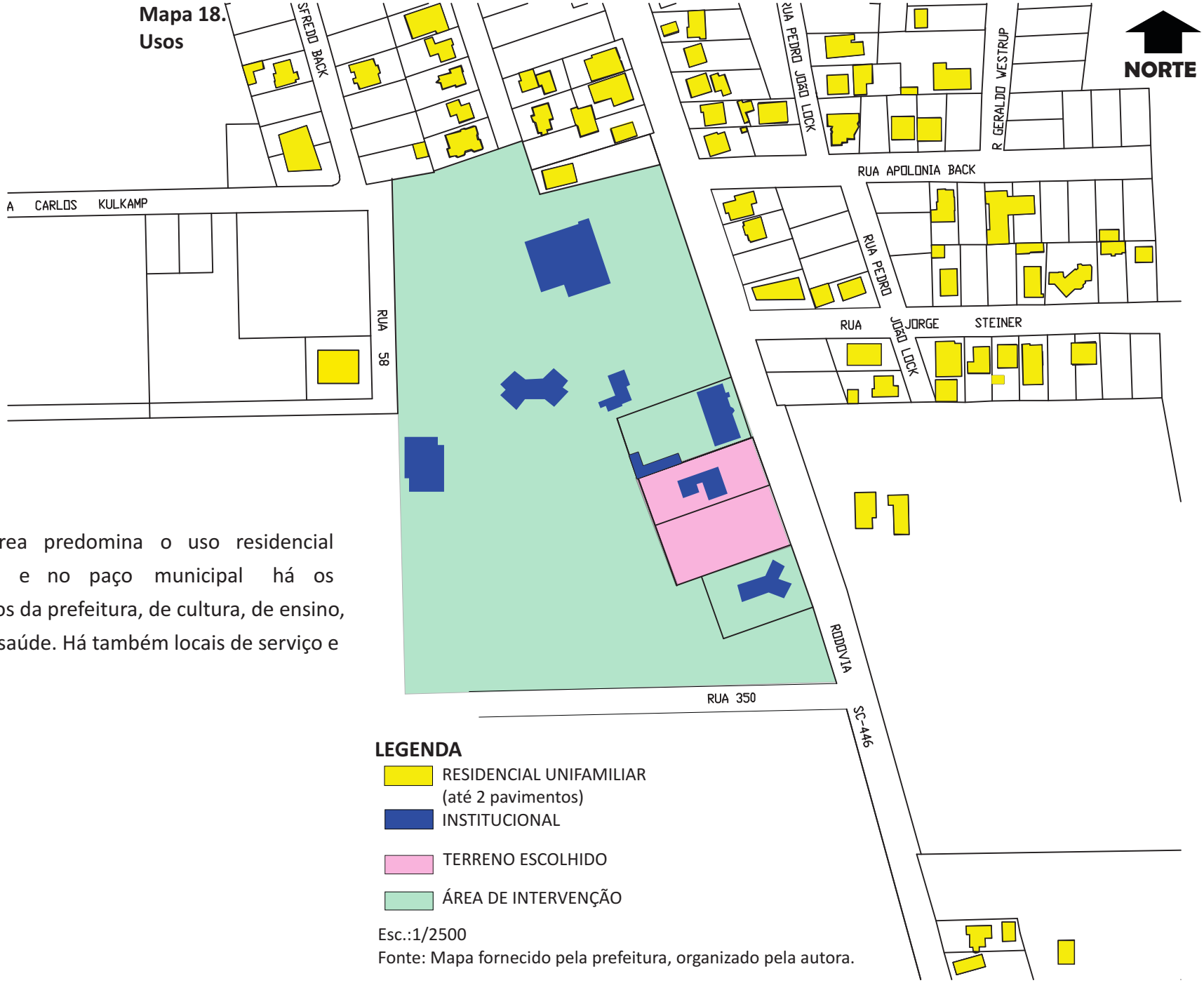


Esc.:1/2500
Fonte: Mapa fornecido pela prefeitura, organizado pela autora.

12.3. Densidade

Mesmo com taxa de ocupação de 60% o entorno do paço municipal é pouco adensado, o uso predominante é de residências unifamiliares. É uma área da cidade que está em crescimento, mas ainda se encontram grandes vazios urbanos por parte de terrenos ainda não loteados. Em na direção sul da Avenida 25 de Julho, as próximas residências estão a 120 metros de distância do paço municipal. Também são poucas residências, e logo depois se encontram áreas de sítios. É uma sobreposição de área urbana e área rural.

Mapa 18.
Usos



Esc.:1/2500
Fonte: Mapa fornecido pela prefeitura, organizado pela autora.

12.4. Usos

Nessa área predomina o uso residencial unifamiliar, e no paço municipal há os equipamentos da prefeitura, de cultura, de ensino, segurança e saúde. Há também locais de serviço e comércio.

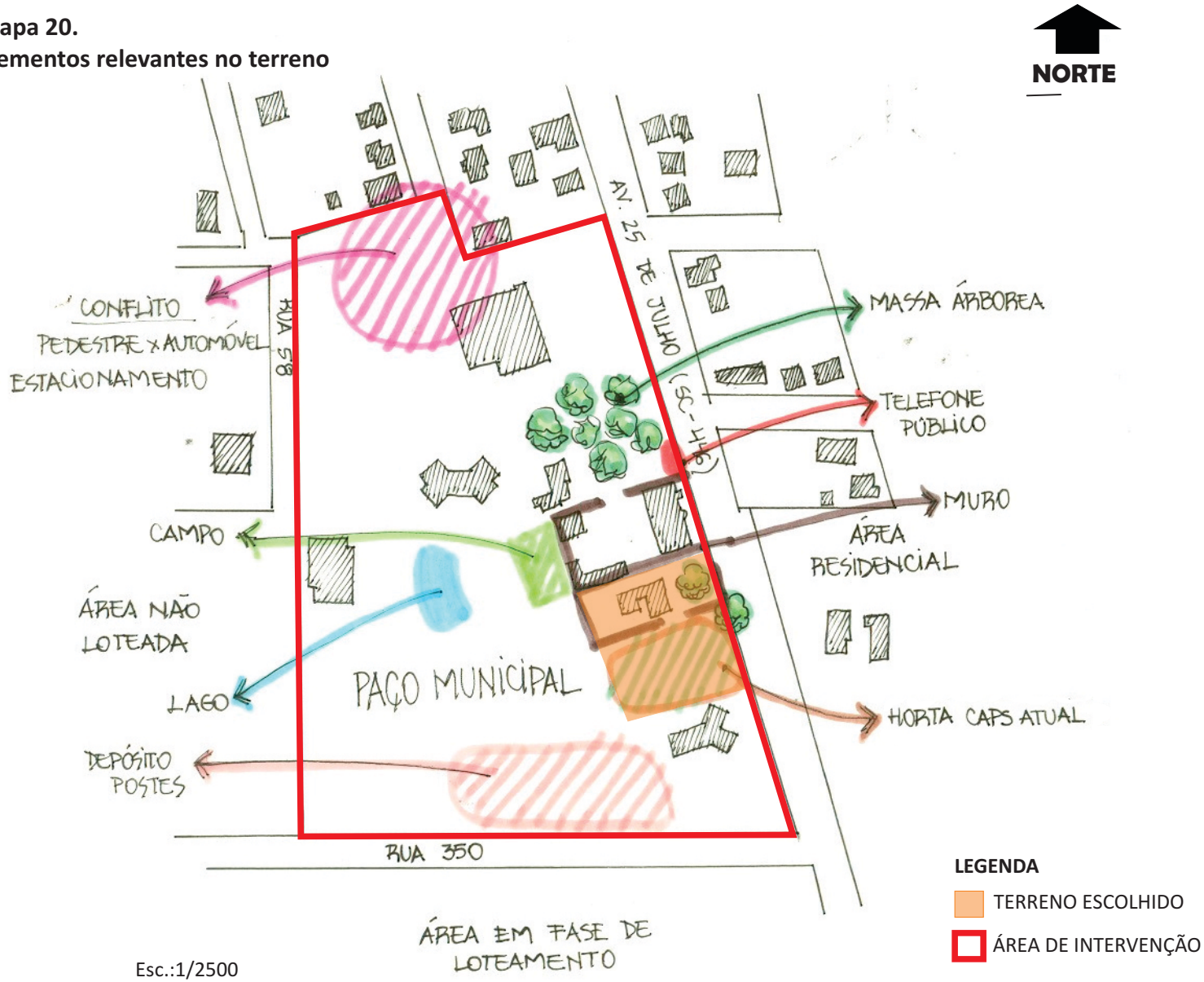
12.5. Topografia

Mapa 19.
Topografia

Esc.:1/2500
Fonte: Mapa fornecido pela prefeitura, organizado pela autora.

12.6. Elementos Existentes no Terreno

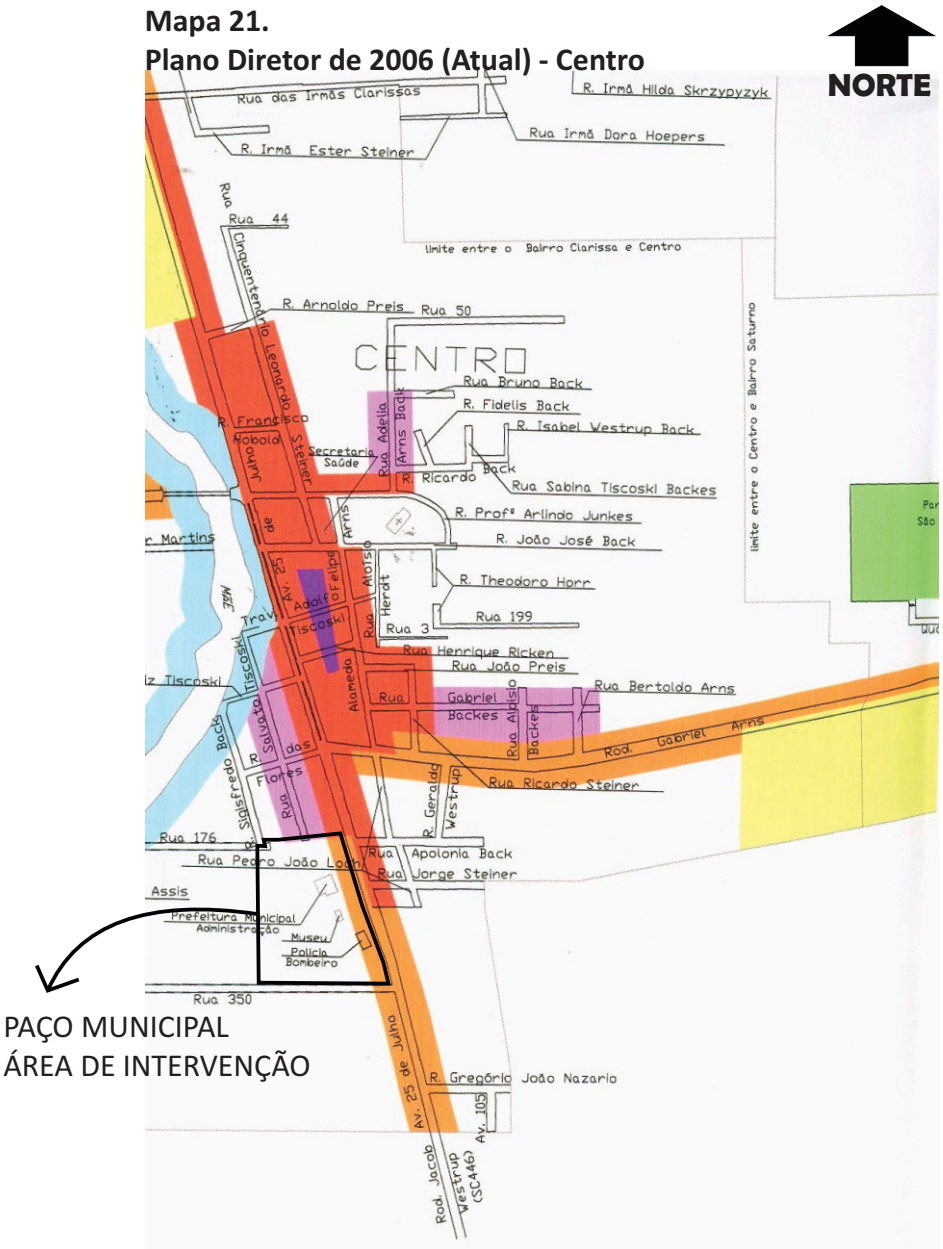
Mapa 20.
Elementos relevantes no terreno



Esc.:1/2500
Fonte: Autora

12.7. Plano Diretor

Mapa 21.
Plano Diretor de 2006 (Atual) - Centro



Fonte: Prefeitura Municipal

Área de Intervenção: Paço Municipal

RP I – Residencial Predominante
As Zonas Residenciais Predominantes destinam-se em primeiro plano as funções de habitação permanentes;

São permissíveis:

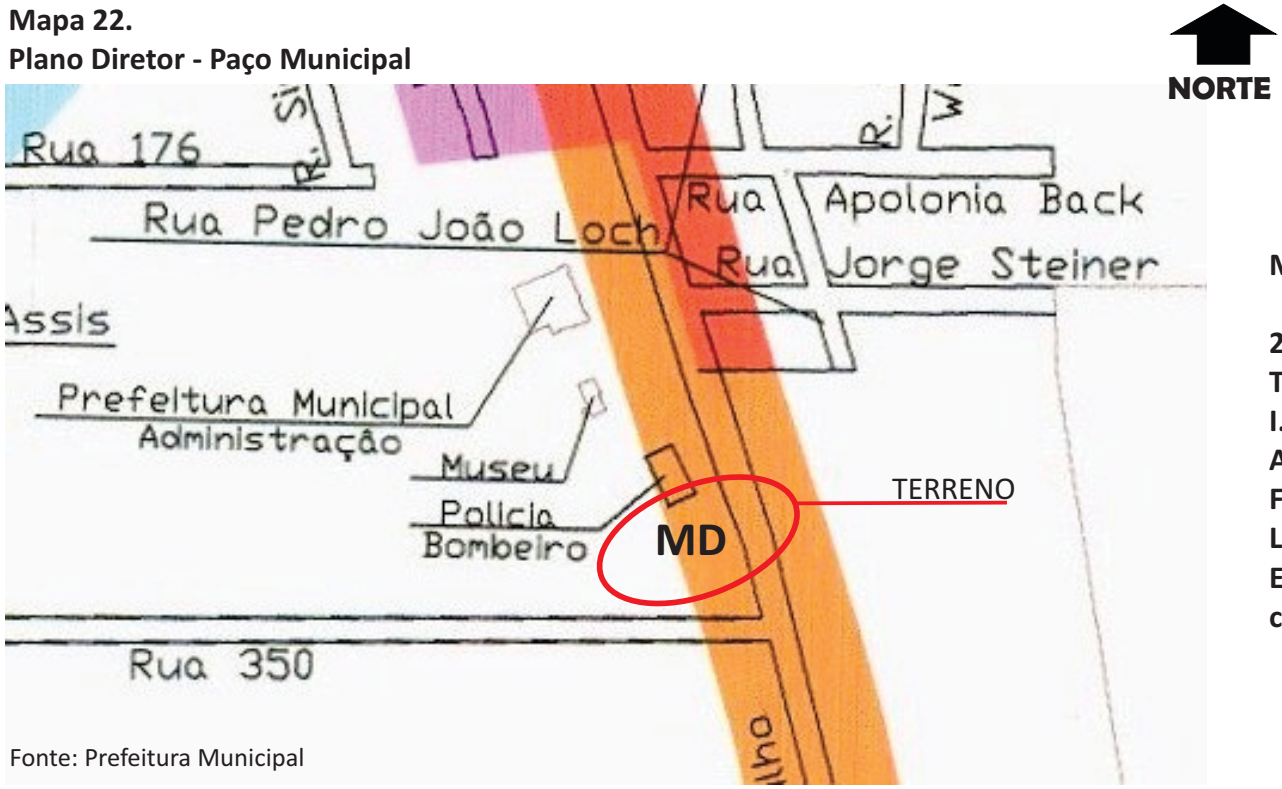
Habitação;
Serviço;
Indústria;
Equipamentos;
Lazer: equipamentos de esporte ao ar livre.

LEGENDA

- RP I - Residencial Predominante I
- RP II - Residencial Predominante II
- MC I - Misto Central I
- MC II - Misto Central II
- MD - Misto Diversificado
- IP - Industrial Predominante
- PP - Zona de Preservação Predominante
- Áreas Verdes Florestais

12.8. Parâmetros Urbanísticos

Mapa 22.
Plano Diretor - Paço Municipal



Fonte: Prefeitura Municipal

MISTO DIVERSIFICADO - MD

2 PAVIMENTOS
T.O.: 60%
I.A.: 0,75
AFAST.:
Frente: 4m
Lado e Fundo: H/5 com mínimo de 1,5m
ESTACIONAMENTO (USO SAÚDE): 01 vaga para cada 40m² de área construída.

MD – Misto Diversificado
As Zonas de uso Misto Diversificado destinam-se à localização de estabelecimentos de serviço, comércio atacadista, artesanato e pequena indústria que pelo porte e funcionamento não podem ser localizadas nas áreas centrais;

São permissíveis:

Habitação
Equipamentos: estabelecimento para cultos, culturais, saúde e ensino;
Serviço;

13. REFERÊNCIAIS

13.1. Função

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA

Local: São Paulo/SP

Arquiteto: Geraldo Serra

Data da reforma: 2001/2004

Construído em 1940 o Projeto de Recuperação do Instituto de Psiquiatria buscou adequar o edifício aos novos métodos de tratamento, humanizando o ambiente e tornando menos agressivos. Foram feitas condições onde os pacientes pudessem circular com relativa liberdade, e os corredores longos foram substituídos por áreas de espera bem iluminadas.

Figura 35.
FACHADA

Fonte: www.ipqhc.org.br

Figura 36.
BIBLIOTECA

Fonte: www.ipqhc.org.br

Figura 37.
QUADRA

Fonte: www.ipqhc.org.br

13.2. Espaço

SESC SANTANA
Local: São Paulo/SP
Arquiteto: Miguel Juliano
Ano: 2005

O Sesc oferece programação esportiva e cultural em ambientes integrados, a integração é feita através da transparência e das rampas entre os pavimentos. Mesmo na sala de ginástica a uma abertura em vidro, fazendo com quem esta do lado de fora poder acompanhar a atividade. As transparências permitem a passagem do sol, deixando o ambiente mais aconchegante e acolhedor.

Figura 38.
SALA DE GINÁSTICA

Fonte: Revista AU - edição 140 (novembro/2005)

Figura 39.
PISCINA

Fonte: www.por-arq.com.br

Figura 40.
QUADRA

Fonte: www.sescsp.org.br

13.3. Materialidade: Vidro, Textura, Madeira.

O **vidro** permite a integração do interior com o exterior, dando a sensação de liberdade, e a passagem dos raios solares trazem para o ambiente conforto e aconchego, humanizando o ambiente. Já o brise protege o ambiente sem que este perca a visibilidade com o exterior.

Figura 41.
Instituto de Pesquisa - São Paulo/SP
Arquiteto: Geraldo Serra

Fonte: www.ipqhc.org.br

As fachadas receberam venezianas de PVC orientáveis, com abertura de até 90 graus, e palhetas preenchidas por poliuretano injetável.

Figura 42.
Sesc Santana - São Paulo/SP
Arquiteto: Miguel Juliano

Fonte: www.arcoweb.com.br

O vidro laminado com PVB incolor tratado com película protege o ambiente dos raios ultravioletas do sol e permite variados níveis de absorção.

Figura 43.
Interior residência
Arquitetas: Alessandra Pires e Carla Barranco.

Fonte: Denílson Machado/ MCA Estúdio

Figura 44.
Fachada residência

Fonte: Denílson Machado/ MCA Estúdio

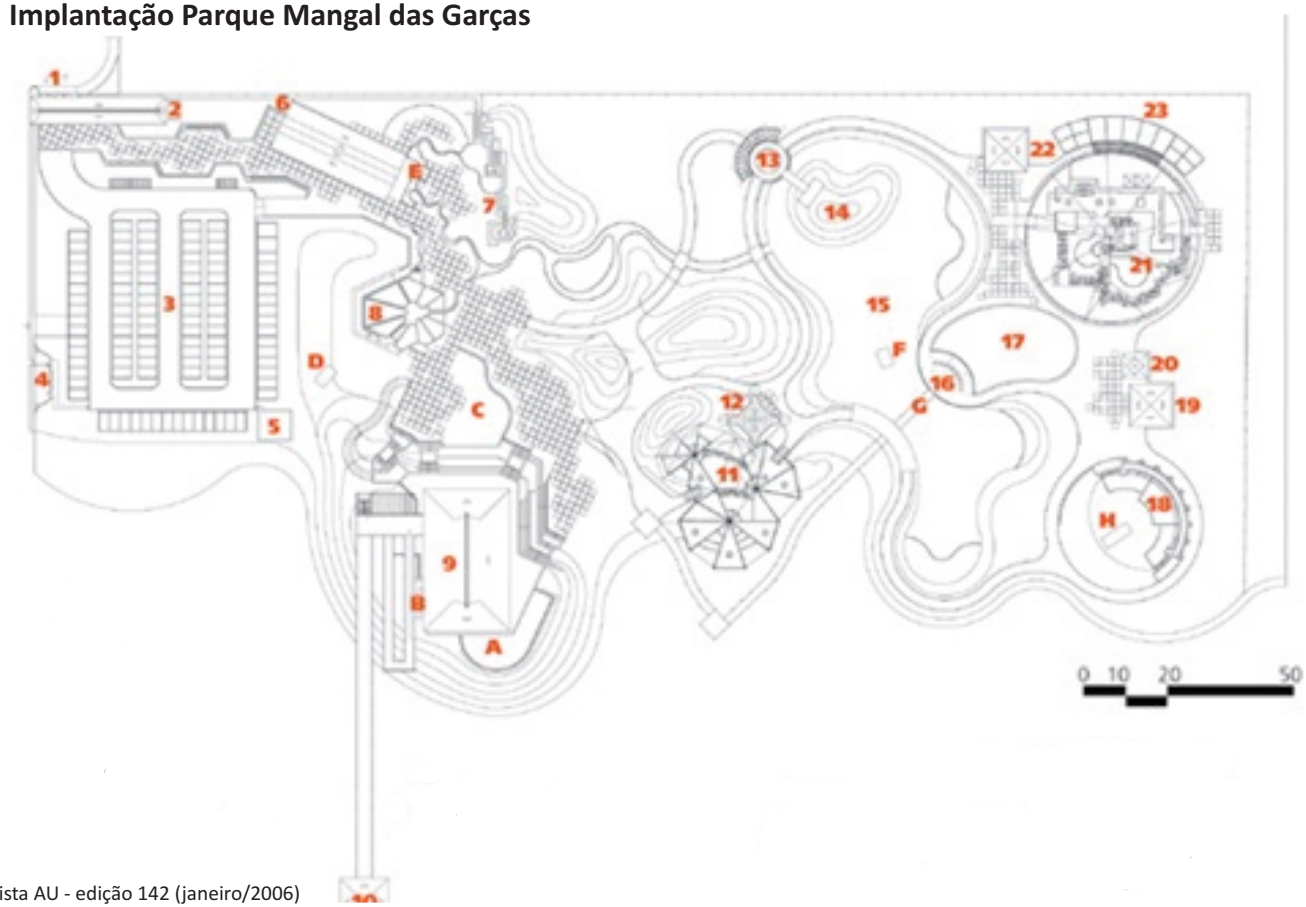
Tanto no interior da residência como na fachada a **madeira** da à sensação de conforto e acolhimento, a textura nas paredes, moveis e chão humaniza o espaço através da **mistura de texturas**.

13.4. Implantação

PARQUE MANGAL DAS GARÇAS
Local: Belém/ PA
Arquiteto: Paulo Chaves

Em torno do lago artificial foram traçados caminhos e passeios pavimentados, que interligam estacionamentos, áreas de estar e equipamentos de lazer e serviço. O referencial foi escolhido por tratar de um parque que faz a ligação dos equipamentos através de caminhos sinuosos que passam uma ideia dinâmica, lembrando as formas da natureza, e trazendo a sensação de liberdade.

Figura 45.
Implantação Parque Mangal das Garças



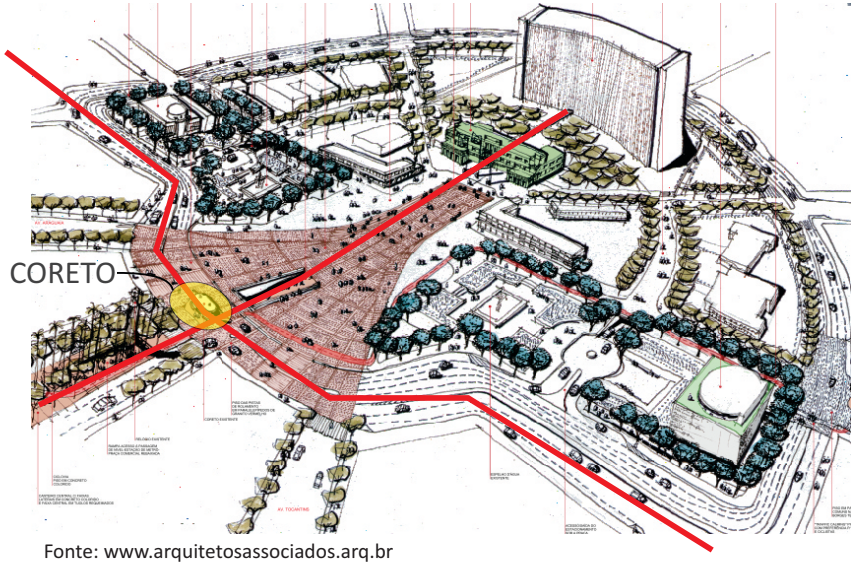
Fonte: Revista AU - edição 142 (janeiro/2006)

13.5. Contexto

Praça Cívica
Local: Goiânia/ GO
Projeto de Revitalização da Praça Cívica de Goiás
1 lugar no Concurso Attílio Corrêa Lima
Arquitetos: Alexandre Brasil, André Luiz Prado, Carlos Alberto Maciel, Danilo Matoso.

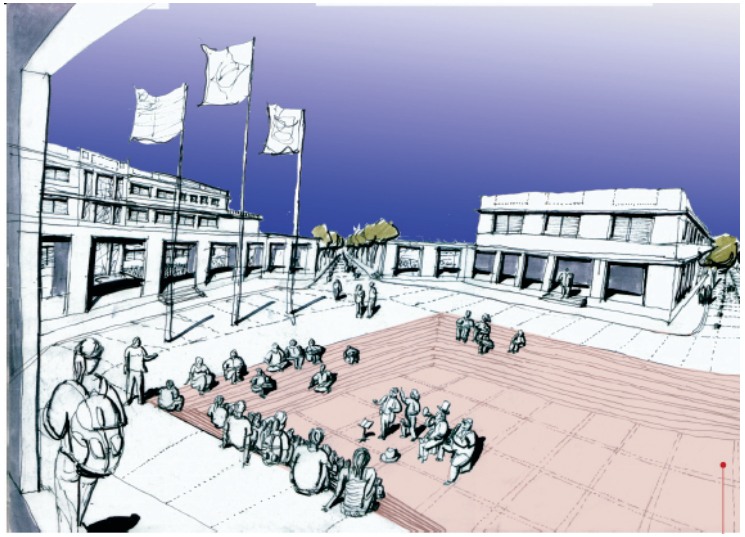
Projeto de revitalização da Praça Cívica de Goiás. A praça foi estruturadora da cidade e nela estão situados os equipamentos municipais e de caráter cívico. Foi escolhido como referencial por se tratar de uma espaço cívico possuindo coreto, anfiteatro e eixos marcantes com a utilização de vegetação. O coreto localiza-se no encontro de dois eixos.

Figura 46.
PRAÇA CÍVICA



Fonte: www.arquitetosassociados.arq.br

Figura 47.
ESPLANADA CÍVICA



Fonte: www.arquitetosassociados.arq.br

13.6. Forma

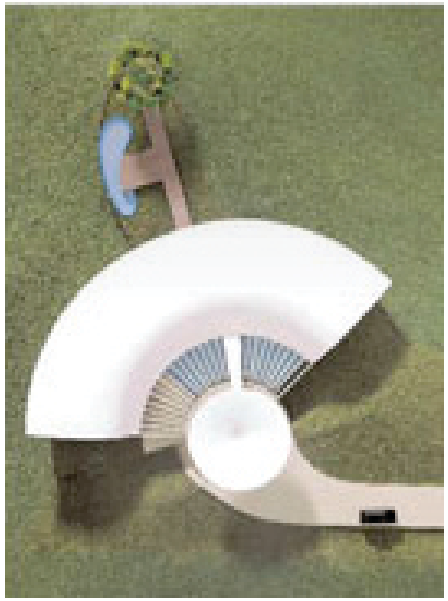
Figura 48.
Memorial Darcy Ribeiro
Local: Brasília/DF
Arquiteto: João Filgueiras Lima, Lelé

Fonte: www.revistaau.com.br

Figura 49.
Hospital Sarah
Local: Brasília/DF
João Filgueiras Lima, Lelé

Fonte: www.vitruvius.com.br

As coberturas das edificações lembram proteção, dando a sensação de acolhimento.

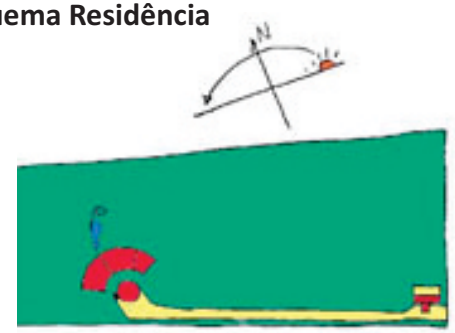


Fonte: www.revistaau.com.br

Figura 50.
Residência
Local: Brasília/DF
Arquiteto: João Filgueiras Lima, Lelé

A forma da residência se abre como um leque, lembrando um dos objetivos do CAPS que é a inserção na sociedade, através das aberturas que o CAPS proporciona. No projeto de Lelé, ela se abre para o norte, aproveitando a boa insolação.

Figura 51.
Esquema Residência



Fonte: www.revistaau.com.br

14. PROGRAMA DE NECESSIDADE

Como dito anteriormente a demanda é de 147 pacientes, sendo que os grupos são divididos em quatro: Intensivo, Semi Intensivo, Não Intensivo e Grupo Operativo Ocupacional.

A sala onde acontece a Terapia em Grupo e a Terapia Ocupacional foi pré dimensionada para 30 pacientes, devido a divisão dos grupos e a utilização da sala em mais de um horário.

As oficinas recebem um menor número de pessoas, já que há mais salas que oferecem outras atividades e que podem estar acontecendo simultaneamente. E poderá também, haver vários horários em cada oficina, podendo ser utilizado por grupos diferentes e os espaços estarem sempre em funcionamento.

As oficinas ao ar livre irão acontecer na Praça Cívica.

14.1. Programa de Atividades Praça Cívica

Coreto para atividades cívicas
Play Ground
Áreas de Estar
Campo de Futebol não oficial
Quadra Poliesportiva
Quadra de Vôlei de Areia
Caminhos de Ligação Equipamentos
Eixos Principais

14.2. Programa de Atividades CAPS

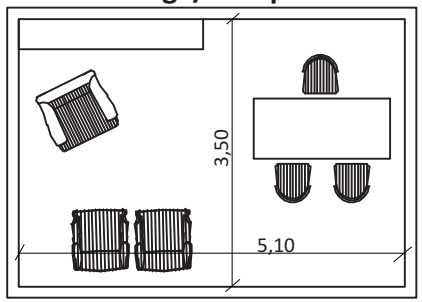
Salas para oficinas e espaços de **Convivência**
Salas para **Atendimento**
Administração
Serviço

15. PRÉ DIMENSIONAMENTO

Através de croquis com o lay out desejado, foi estabelecido o pré dimensionamento.

Exemplos:

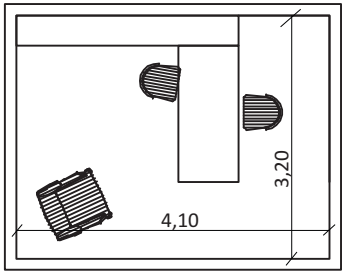
Figura 52.
Sala Psicóloga/ Terapeuta



Esc: 1/100
Fonte: Autora

- Poltrona confortável para a terapia;
- Mesa para testes psicológicos, agendamento e conversa com familiares.

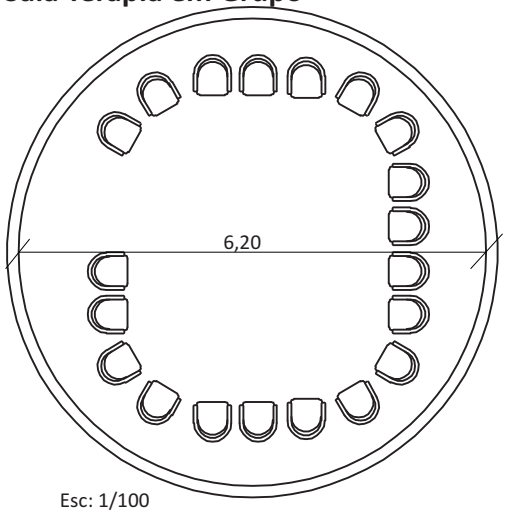
Figura 53.
Sala Psiquiatra



Esc: 1/100
Fonte: Autora

- Poltrona confortável para a sessão;
- Mesa para agendamento, receitas e conversa com familiares.

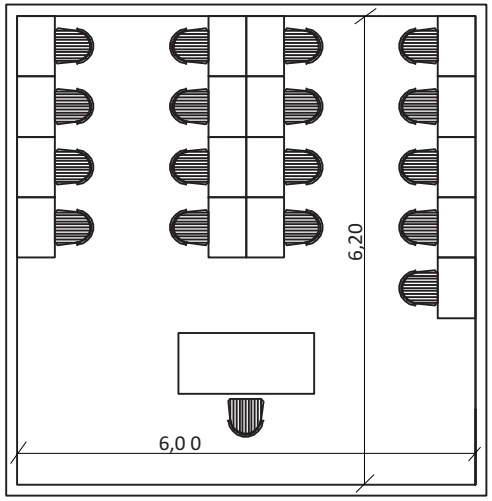
Figura 54.
Sala Terapia em Grupo



Esc: 1/100
Fonte: Autora

- Foi desenhada em circulo, já que as cadeiras irão ficar desta forma para facilitar a didática.
- Assim não há perca de espaço.

Figura 55.
Sala de Informática



Esc: 1/100
Fonte: Autora

PRÉ DIMENSIONAMENTO

Administração (105m²)

Hall + Recepção: **32m²**
Lavabo: **3m²**
Lojinha: **15m²**
Administração: **19m²**
Sala de Reunião/ Convivência de Funcionários: **30m²**
Almoxarifado: **6m²**

Convivência (459m²)

Convivência/ terapia ocupacional: **315m²**
Sala TV (10 lugares): **23m²**
Oficina de música: **32m²**
Informática (16 lugares): **33m²**
Depósito: **8m²**
Sala para Terapia de Grupo: **48m²**

Atendimento (129m²)

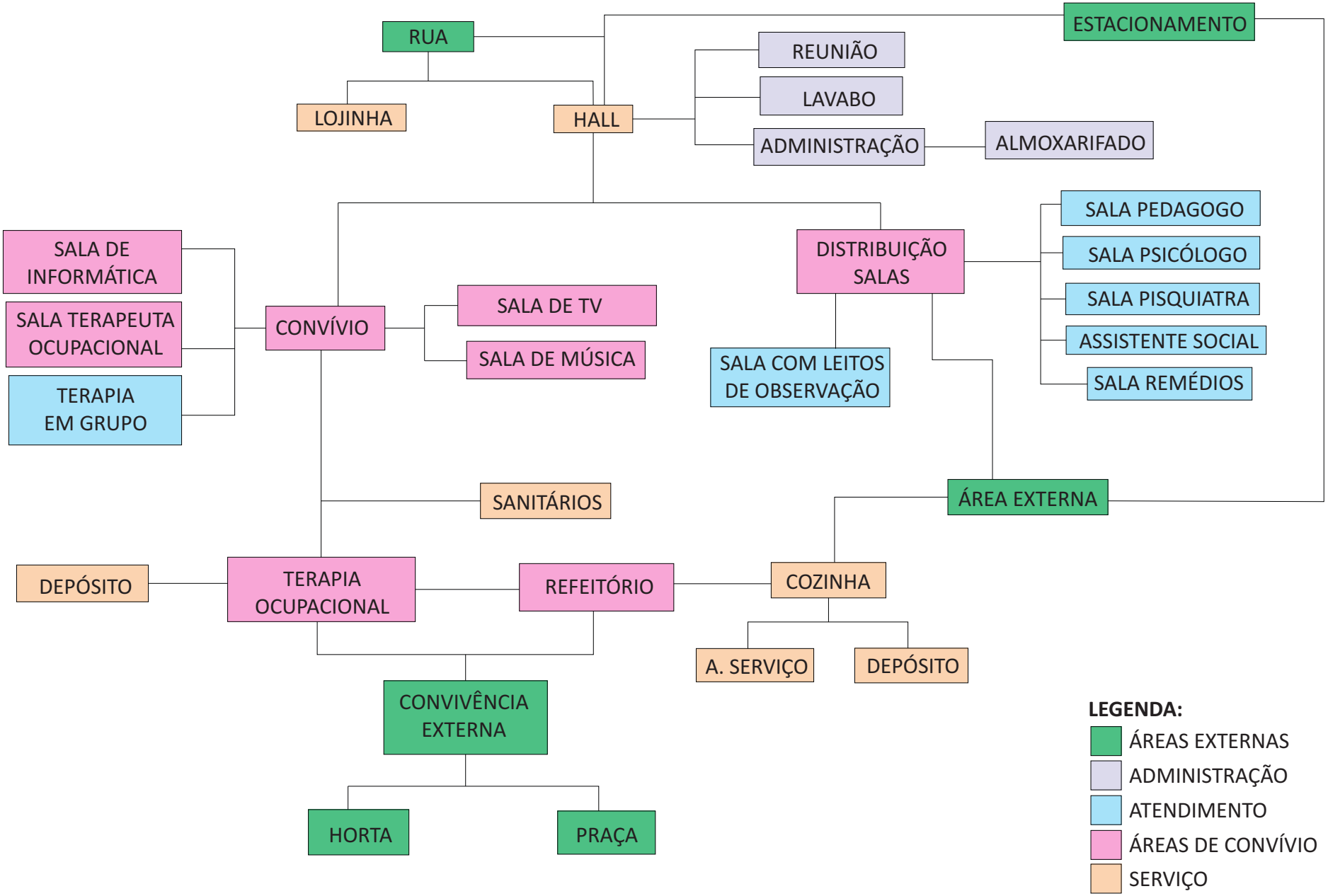
Sala Psicólogo: **20m²**
Sala Psiquiatra: **23m²**
Sala Assistente Social: **12m²**
Sala Enfermeiro com 3 leitos para observação: **30m²**
Sala Remédios: **12m²**
Sala Pedagogo: **12m²**
Sala Terapeuta: **20m²**

Serviço (96m²)

Refeitório: **40m²**
Cozinha: **20m²**
Depósito: **6m²**
Área de Serviço: **8m²**
Sanitários: **22m²**

ÁREA: 775m²
Circulação (15%): 116,25m²
Parede (10%): 77,5m²
ÁREA TOTAL: 968,75 - T.O. de 60% (1884,72m²)
ESTACIONAMENTO (1 vaga a cada 40m² construído): **20 vagas**

16. ORGANOGRAMA



17. PARTIDO GERAL

17.1. Maquetes Conceituais

INTEGRAÇÃO (troca/ convívio) – permitindo a integração entre as pessoas com transtorno mental e a sociedade, deixando para trás o isolamento vivido por elas antes da reforma psiquiátrica brasileira.

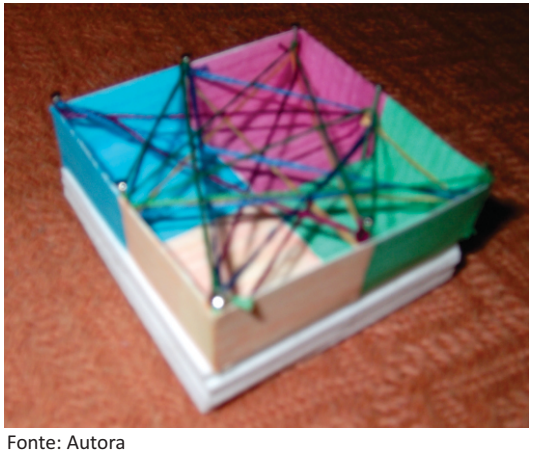


Figura 56.
Maquete Conceitual I

Fonte: Autora

A parte **laranja** da maquete representa o CAPS; o **verde** o trabalho; o **cor de rosa** a sociedade; e o **verde** o lazer.

As linhas que dão origem a trama em cima do quadrado representam o laços sociais entre os usuários do CAPS com a comunidade através do trabalho, lazer e convívio.

HUMANIZAÇÃO – humanizar o ambiente, passando liberdade para estas pessoas que antes eram submetidas a lugares desumanos e ao confinamento.

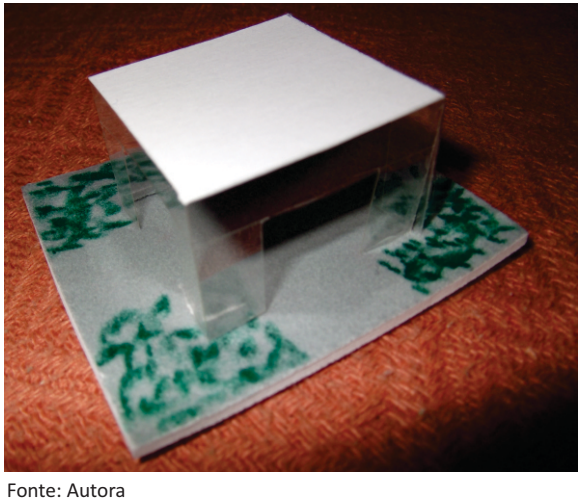


Figura 57.
Maquete Conceitual II

Fonte: Autora

O branco da **cobertura** da à sensação de proteção, dando o acolhimento necessário para o paciente que chega ao CAPS com grande sofrimento.

Os **acessos amplos** da maquete mostram a acessibilidade, já que é um serviço do SUS e que oferece o direito à saúde para todos. E assim como a **transparência**, estes acessos dão a sensação de liberdade, o inverso do que o manicômio representava

A **transparência** para a integração do interior com o exterior, e que permite a passagem da luz natural, trazendo conforto para o ambiente.

A **textura** com cor suave da à sensação de conforto, humanizando o espaço.

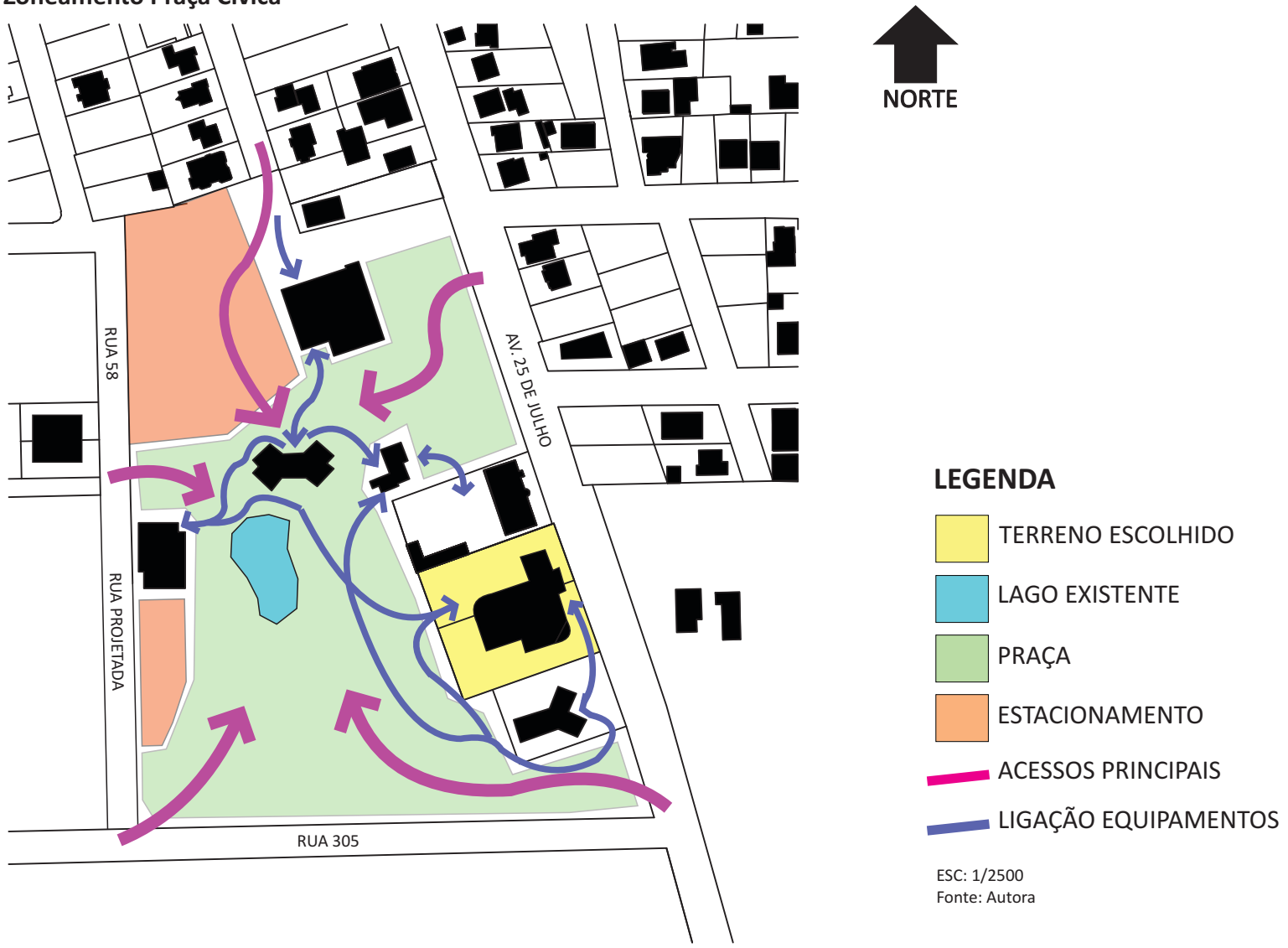
17.2. Intenções de Projeto

- Integração da comunidade com os usuários do CAPS através da Praça Cívica proposta. (TRABALHO – LAZER – SOCIEDADE – CAPS).
- Arquitetura contemporânea com elementos étnicos
- Boas áreas de lazer, onde os usuários do CAPS possam passar o dia com atividades ocupacionais.
- Ambientes com iluminação natural
- Ambientes humanizados para um melhor atendimento e tratamento.
- Utilizar as normas técnicas que se aplicam aos CAPS.
- Projetos sociais sobre cultura, educação, desenvolvimento social e trabalho, que gere renda para os usuários.

18. ÁREA DE INTERVENÇÃO: PRAÇA CÍVICA

18.1. Zoneamento

Mapa 23.
Zoneamento Praça Cívica



ESC: 1/2500
Fonte: Autora

18.2. Fluxos/ Ligações

Mapa 24.
Fluxos

Esc: 1/2500
Fonte: Autora

NORTE

LAZER
Esporte: campo de futebol não oficial, quadra poliesportiva e de vôlei de areia.
Cultura: atividades culturais – coreto.

TRABALHO
Oficinas de artesanato e horta

SOCIEDADE
Equipamentos Comunitários
Áreas de Estar
Acessos

CAPS
Equipamento comunitário - Centro de Atenção Psicossocial

A **integração** acontece na praça através dos caminhos que ligam os equipamentos e dos espaços de convivência.

Caminhos Principais
Caminhos Secundários
Ligação entre os Equipamentos
Caminho restrito

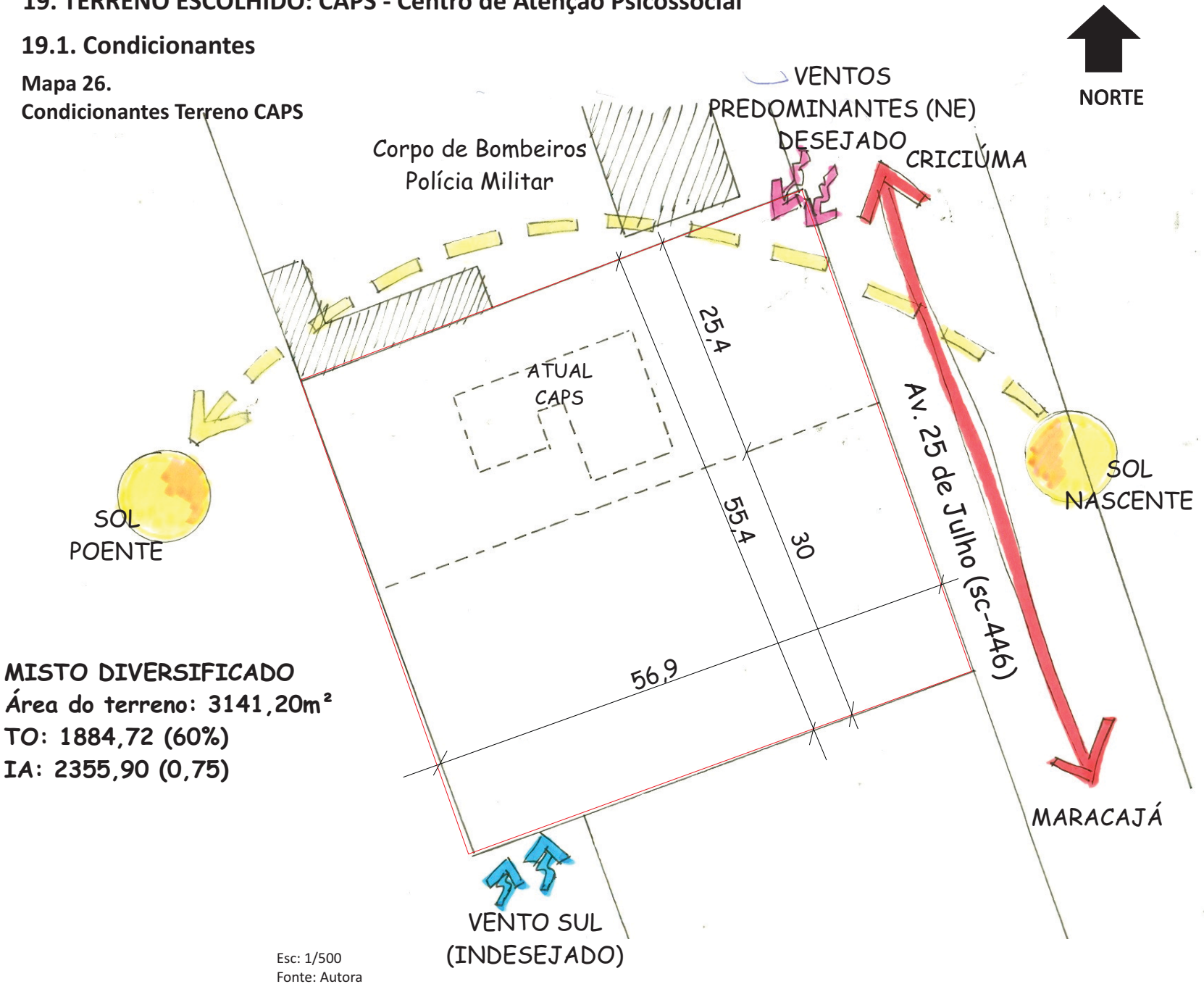
18.3. Implantação

Mapa 25.
Implantação

19. TERRENO ESCOLHIDO: CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

19.1. Condicionantes

Mapa 26.
Condicionantes Terreno CAPS

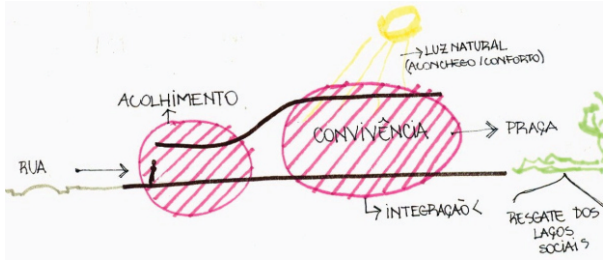


MISTO DIVERSIFICADO
Área do terreno: 3141,20m²
TO: 1884,72 (60%)
IA: 2355,90 (0,75)

Esc: 1/500
Fonte: Autora

19.2. Zoneamento

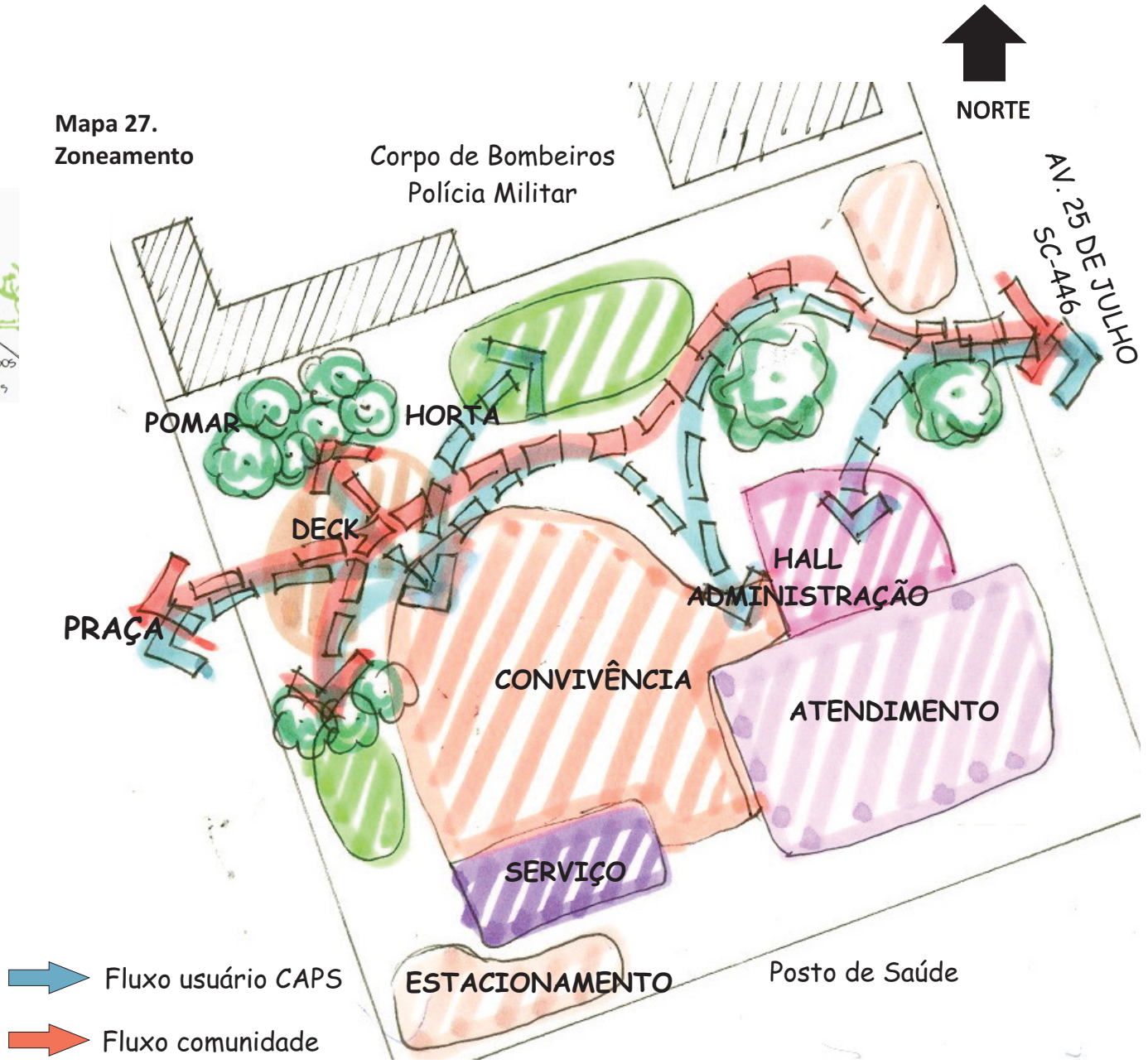
Figura 58.
Esquema Edificação CAPS



Fonte: Autora

O esquema a cima mostra a chegada do paciente no Caps, e após o tratamento recebido a abertura que o CAPS proporciona para a sociedade, resgatando os laços sociais.

Mapa 27.
Zoneamento

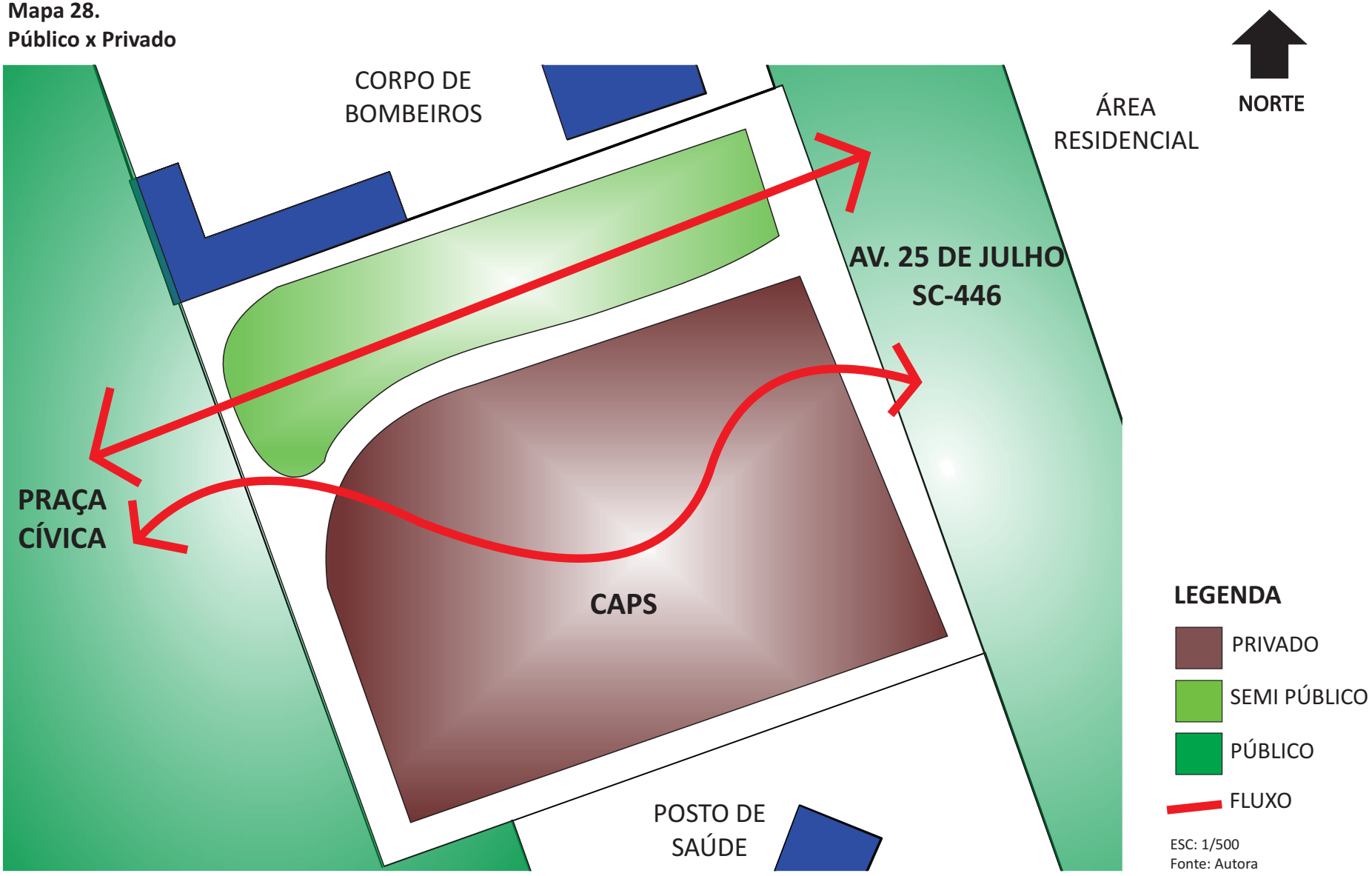


ESC: 1/500
Fonte: Autora

19.3. Relação Público x Privado

O espaço semi privado é uma área de transição que liga a Avenida 25 de Julho à Praça Cívica, passando pelo pomar e horta do CAPS.

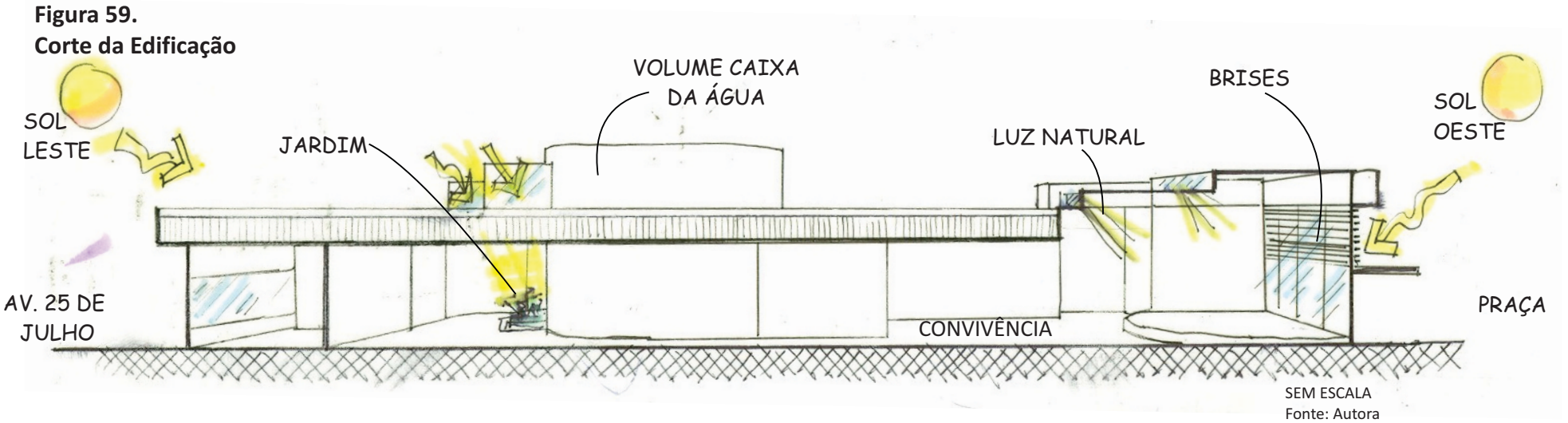
Mapa 28.
Público x Privado



ESC: 1/500
Fonte: Autora

19.4. Cortes

Figura 59.
Corte da Edificação



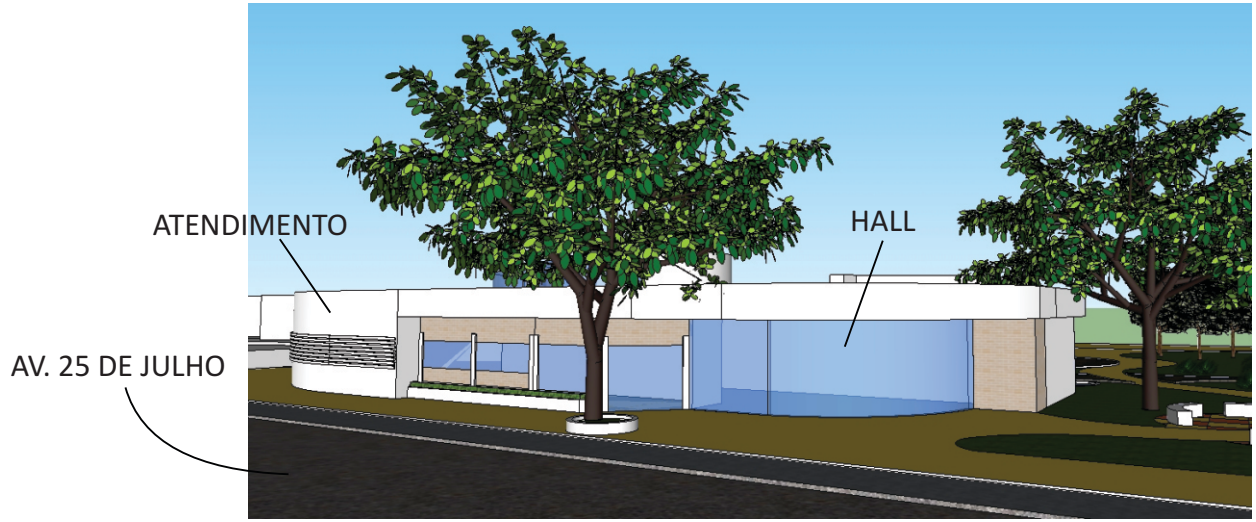
SEM ESCALA
Fonte: Autora

Figura 60.
Vista - Av. 25 de Julho

Fonte: Autora

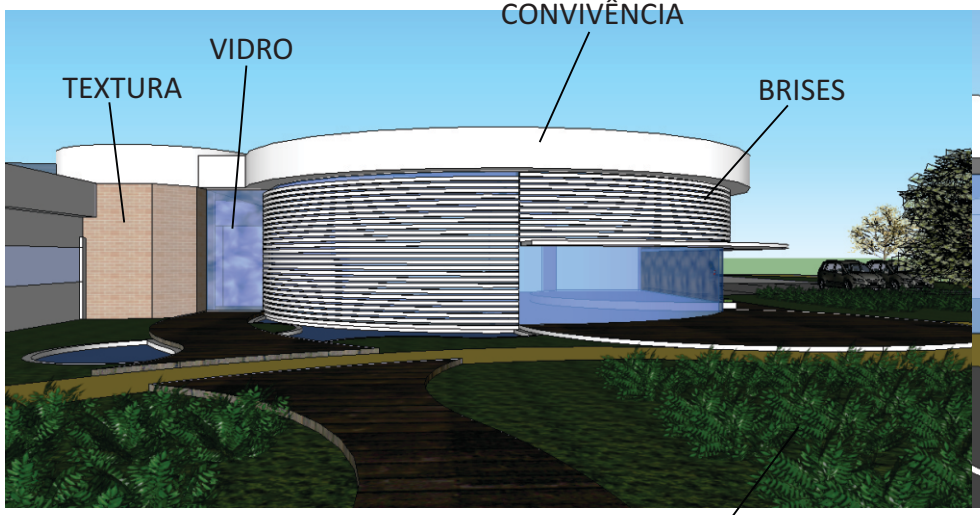
19.5. Volumetria

Figura 61.
Acesso Av. 25 de Julho



Fonte: Autora

Figura 62.
Área de Convivência



Fonte: Autora

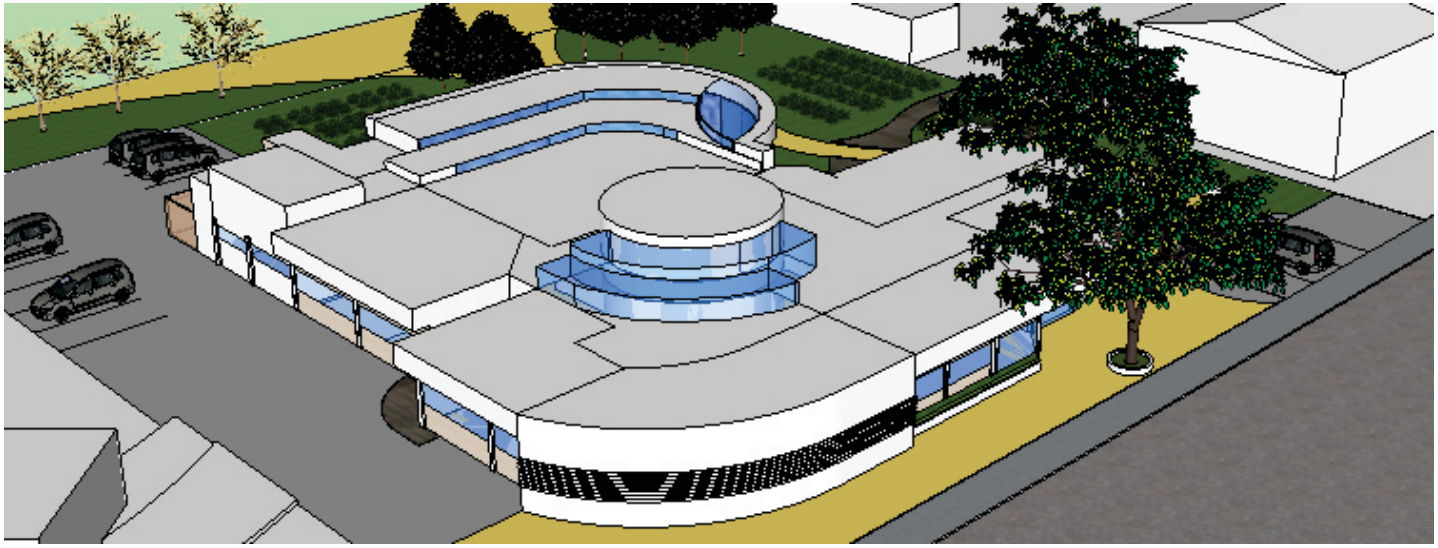
Figura 63.
Área de Estar no espaço semi publico

Fonte: Autora

19.6. Perspectivas

Figura 64.

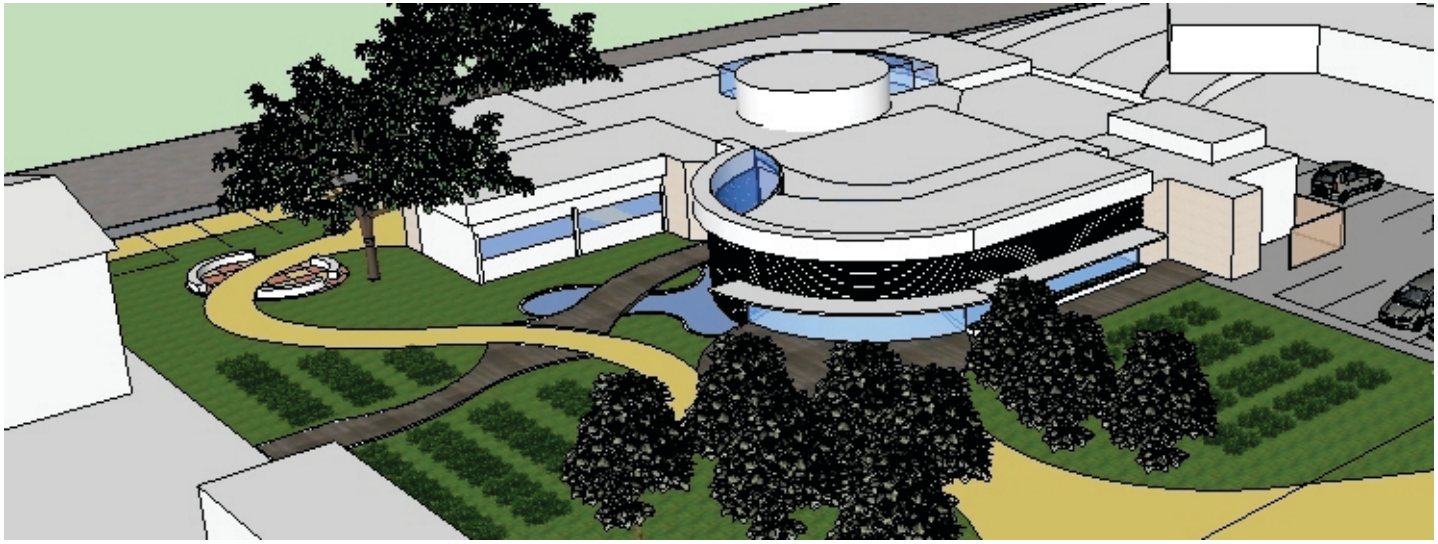
Perspectiva - vista da Av. 25 de Julho



Fonte: Autora

Figura 65.

Perspectiva - vista Praça



Fonte: Autora

20. BIBLIOGRAFIA

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Distrito Federal: 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Distrito Federal: 2004. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>

DEMARTINI, Juliana. **Um olhar arquitetônico sobre os Centros de Atenção Psicossocial Infantil: O caso do CAPSi de Cuiabá**. Florianópolis: 2007. Disponível em <http://posarq.ufsc.br/> Acessado em 10 de abril de 2011.

Disponível em <http://www.forquilhinha.sc.gov.br/portal/index.htm> Acessado em 07/06/2011

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. **A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços**: Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., VIII, 1, 109-122. Disponível em <http://www.fag.edu.br/professores/jhonny/sa%FAde%20mental/FURTADO%20E%20CAMPOS.pdf>

GONDIM, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 125 p. Disponível em <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00001002&lng=pt&nrm=iso>

MASCARÓ, Juan Luis. **Infra-estrutura da paisagem.** Porto Alegre: 2008.

MASCARÓ, Juan Luis; YOSHINAGA, Mário. . **Infra-estrutura urbana.** Porto Alegre: 2005.

MIRANDA, Lilian; CAMPOS, Rosana Tereza Onocko. . Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial= Analysis of reference work in Psychosocial Care Centers. **Revista de Saúde Pública = Journal Of Public Health,** São Paulo , v.42, n.5 , p.907-913, out. 2008.

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo; SANTOS, Manuel Antônio dos. **Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica**. São Paulo: Vetor, 2005.

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

ROMANINI, Anicoli; GELPI, Adriana. In: http://www.usp.br/nutau/CD/91.pdfAcessado em 12 de abril de 2011.

SILVA, Leonora Cristina da. **Diretrizes para a arquitetura hospitalar Pós-reforma Psiquiátrica sob o olhar da Psicologia Ambiental**. Florianópolis: 2008. Disponível em <http://posarq.ufsc.br/> Acessado em 10 de abril de 2011.

TOLEDO, Luiz Carlos. **Feitos para curar: a arquitetura hospitalar e o processo projetual no Brasil.** Rio de Janeiro: ABGE, 2006.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro**, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>

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

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. **Humanização de Ambientes Hospitalares: Características Responsáveis pela Integração Interior/ Exterior**. Florianópolis: 2004. Disponível em <http://posarq.ufsc.br/> Acessado em 10 de abril de 2011.