



CAPS I ITAOCARA – RJ:

A ARQUITETURA A FAVOR DA SAÚDE MENTAL

ALINE MACHADO DE SOUZA

ITAPERUNA-RJ

2022

ALINE MACHADO DE SOUZA

CAPS I ITAOCARA-RJ:

A ARQUITETURA A FAVOR DA SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de graduação em Arquitetura e Urbanismo
apresentado ao Centro Universitário
Redentor.

ORIENTADOR: CARLOS EDUARDO DA ROCHA SANTOS

ITAPERUNA RJ

2022

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
1-INTRODUÇÃO	8
1.1-PROBLEMÁTICA	10
1.2-JUSTIFICATIVA	10
1.3-OBJETIVO GERAL	11
1.4-OBJETIVO ESPECÍFICO	11
2- A “LOUCURA”: COMPREENSÃO, REPERCUSSÕES E CUIDADOS SOCIALMENTE CONSTRUÍDOS.....	12
2.1- A HISTÓRIA	12
2.2- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: AVANÇANDO NO ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL	36
2.3- A ARQUITETURA NO PROCESSO DA BUSCA PELA SAÚDE MENTAL	43
3- METODOLOGIA	50
3.1- VISITA TÉCNICA NO CAPS DE ITAOCARA RJ	50
3.2- REFERÊNCIAS PROJETUAIS	53
4- TERRENO	59
5- LEGISLAÇÃO	63
6- PROGRAMA DE NECESSIDADES	64
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
8- OBRAS CONSULTADAS	68

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – MAPA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, COM LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E ITAOCARA.....	38
FIGURA 2- ESQUEMA DE ESPAÇO IDEAL DESENVOLVIDO POR PROFISSIONAL DA CASA DO SOL.....	48
FIGURA 3- FACHADA FRONTAL CAPS ITAOCARA.....	50
FIGURA 4 - CROQUI DE IMPLANTAÇÃO DO CAPS I	51
FIGURA 5 – CROQUI DA PLANTA BAIXA.....	51
FIGURA 6 - HALL ENTRADA/RECEPÇÃO	52
FIGURA 7 – SALA DE ATIVIDADES COLETIVAS	52
FIGURA 8 – ÁREA EXTERNA DE CONVIVÊNCIA	53
FIGURA 9- CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN	54
FIGURA 10 – FACHADA INTERNA FAVORECE A INTEGRAÇÃO ENTRE INTERIOR EXTERIOR	54
FIGURA 11 – REFEITÓRIO DO CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRCHSHAFEN	55
FIGURA 12 – ILUMINAÇÃO NATURAL E INTEGRAÇÃO PROPORCIONADA PELOS CORREDORES	55
FIGURA 13 – SALA DE TERAPIA	56
FIGURA 14 – IMPLANTAÇÃO DO HOSPITAL SARAH KUBITSCHK SALVADOR	56
FIGURA 15 – JARDINS INTERNOS DO HOSPITAL SARAH KUBITSCHK SALVADOR	57
FIGURA 16 – FECHAMENTO DOS SHEDS	58
FIGURA 17 – INTEGRAÇÃO DO EDIFÍCIO COM A NATUREZA EXTERNA	58
FIGURA 18 – RELAÇÃO ÍNTIMA CRIADA ENTRE AMBIENTES INTERNOS E OS JARDINS EXTERNOS	58
FIGURA 19 – LOCALIZAÇÃO DO TERRENO	59

FIGURA 20 – USO DO SOLO EM UM RAIO DE 900 METROS	60
FIGURA 21 – PONTOS NODAIS EM UM RAIO DE 900 METROS	61
FIGURA 22 – GABARITO EM UM RAIO DE 500 METROS	61
FIGURA 23 – ASPECTOS CLIMÁTICOS	62
FIGURA 24 – FOTOS DO TERRENO	63
QUADRO 1 – AMBIENTES OBRIGATÓRIOS PARA O CAPS SEGUNDO O MS	64

RESUMO

Os Centros de Tratamento de Atenção Psicossocial (CAPS), veio substituir a internação dos pacientes de sofrimentos mentais, sua estrutura foi pensada a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira de 1980, buscando dar uma nova visão do tratamento aos pacientes de manicômios, hospícios e sanatórios que se mostrou antiético e inefetivo. As pessoas portadoras de transtorno mental ainda sofrem com o peso histórico do preconceito. Os conceitos relativos ao trato da mente foram se transformando ao longo do tempo, seguidos por modificações nas próprias estruturas físicas que abrigavam essa população. Desse modo, a arquitetura sempre esteve ativa no tratamento prestado às pessoas com transtorno mental. Este Trabalho de Conclusão de Curso refere-se a uma nova proposta de projeto arquitetônico planejado para uma nova sede do CAPS I em Itaocara, RJ. Buscando proporcionar condições físicas adequadas a esses tipos de tratamentos atuais, otimizando ambientes visando acolher as necessidades dos pacientes, os anseios da equipe multidisciplinar de um tratamento mais humanizado e ao próprio do propósito do Centro de Atenção Psicossocial de ser um espaço social de tratamento psíquico.

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

ABSTRACT

The Psychosocial Care Treatment Centers (CAPS), came to replace the hospitalization of patients with mental suffering, their structure was designed from the Brazilian Psychiatric Reform of 1980, seeking to give a new vision of treatment to patients in asylums, hospices and sanatoriums that proved unethical and ineffective. People with mental disorders still suffer from the historical weight of prejudice. The concepts related to the treatment of the mind were transformed over time, followed by changes in the physical structures that housed this population. In this way, architecture has always been active in the treatment provided to people with mental disorders. This Course Completion Work refers to a new proposal for an architectural project planned for a new CAPS I headquarters in Itaocara, RJ. Seeking to provide adequate physical conditions for these types of current treatments, optimizing environments to accommodate the needs of patients, the desires of the multidisciplinary team for a more humanized treatment and the very purpose of the Psychosocial Care Center to be a social space for psychic treatment.

Keywords: Mental Health. Psychosocial Care Center. Architecture

1- INTRODUÇÃO

A escolha do tema em análise: CAPS I Itaocara RJ – Arquitetura a Favor da Saúde Mental surgiu através do contato com a área de Saúde Mental, que se deu através da experiência do estágio supervisionado da primeira graduação em serviço social, realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Itaocara/RJ.

Nos CAPS, a equipe profissional, vem efetivando a política de saúde mental atual, buscando o controle dos agravos do adoecimento mental e promovendo a saúde mental, a reinserção social é objetivo no trabalho da equipe com os usuários, reinserção com suas famílias e na interlocução com a comunidade.

O Portador de Transtorno Mental (PTM), ao longo da história recebeu várias interpretações e deparou-se com diferentes posicionamentos da sociedade. “Apenas no século XIX, ele alcança o status de doente, portanto merecedor de tratamento”. Em séculos anteriores, ele não era tratado, mas apenas excluído do contexto social. O tratamento recebido a partir do reconhecimento do Transtorno Mental como doença era condizente com a compreensão científica elaborada pela psiquiatria da época, incluindo duchas, escalda-pés, sangrias, eletrochoques, etc.

Os manicômios era o lócus deste tratamento, com caráter segregador e excludente, sem nenhum tipo de tratamento humanizado.

Desse modo, a Reforma Psiquiátrica proposta no Brasil em fins do século XX, aponta para a ruptura com o modelo assistencial até então realizado. Visou e visa a construção de serviços extra – hospitalares, a busca de aproximação com as famílias dos PTM e a reinserção social.

O CAPS é a principal estratégia adotada neste sentido, sendo considerado um grande avanço no que diz respeito à saúde mental, pois ele substitui o modelo de internação em manicômios, favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social de usuários e seus familiares, ao mesmo tempo em que oferece cuidados clínicos e reabilitação psicossocial, sendo uma nova alternativa de tratamento ao PTM. Além disso, deve se responsabilizar pelo acolhimento de toda a demanda dos portadores de doença mental de seu território, ou seja, deve garantir acesso universal e integral.

Até então o Centro de Atenção Psicossocial I de Itaocara-RJ, foi alocado em edificação adaptada para receber o PTM, que originalmente havia sido projetado para uso distintos e se encontra em estado precário, devido a falta de manutenção e estrutura.

Os espaços edificados têm o poder de impactar e transformar a realidade das pessoas. Através de uma arquitetura planejada e qualificada, é possível incluir, acolher e dar liberdade para os pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial. Além de otimizar o trabalho e gerar segurança para os profissionais que atuam nesses espaços, convidando a sociedade para utilizar e prezar por esses ambientes e pessoas. Sendo assim, a arquitetura pode ser um importante instrumento no auxílio dos tratamentos realizados nos CAPS.

Portanto, este trabalho tem como objetivo geral desenvolver bases teóricas necessárias para o desenvolvimento de um projeto arquitetônico, com ênfase no papel da arquitetura enquanto agente de promoção de saúde mental. Para isso será necessário elaborar diagnóstico da área, pesquisar referenciais históricos, teóricos e projetuais pertinentes ao projeto, como resultado, obtém-se diretrizes arquitetônicas e o partido do projeto arquitetônico do CAPS I.

1.1- PROBLEMÁTICA

Ao longo da história as pessoas portadoras de transtornos mentais viveram anos isolados do contexto social, era considerado um estigma pela sociedade devido a sua condição. Assim, além da conscientização da população é necessário oferecer um tratamento humanizado, que considere o indivíduo com transtorno mental uma pessoa que está em sofrimento e que necessita de auxílio e compreensão para se restabelecer. A arquitetura é inserida nesse contexto por ter a responsabilidade de oferecer espaços que promovam as características sensoriais adequadas à situação, além de disponibilizar os meios físicos para que o profissional de saúde possa ser executado da melhor maneira.

Entretanto em minha experiência enquanto estagiária de serviço social pode-se considerar que a edificação onde o CAPS I em Itaocara encontra-se em funcionamento, não é suficiente para a demanda existente e não apresenta qualidade arquitetônica compatíveis, com a proposta ética e digna deste novo segmento em saúde mental.

Assim, diante desta problemática este trabalho tem como objetivo desenvolver bases teóricas necessárias para desenvolvimento de um projeto arquitetônico de um Centro de Atenção Psicossocial tipo I para a cidade de Itaocara-RJ visando auxiliar na promoção da saúde mental através da arquitetura.

1.2 - JUSTIFICATIVA

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

Atualmente, o tratamento para transtornos mentais no sistema de saúde público brasileiro é baseado em vários serviços distintos. Dentre eles, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são responsáveis por oferecer serviço ambulatorial de atenção contínua.

Em relação ao CAPS I de Itaocara – RJ tema de estudo, foi direcionada a encontrar uma solução arquitetônica que proporcionasse espaços adequados para o tratamento de transtornos mentais. Pela breve análise arquitetônica deste equipamento, pode-se perceber que

não possui qualidades espaciais: espaços inadequados que não levam em consideração o conforto ambiental.

A arquitetura é o espaço do habitar humano, é nela que acontecem todas as atividades e relações. Como estudante de arquitetura e entendendo a importância, sei que o sucesso ou o fracasso desses Centros pode depender do modo como os espaços se relacionam entre si com os usuários.

Assim, justifica-se a escolha do tema do presente trabalho, primeiramente, devido a necessidade de um novo espaço para o CAPS em Itaocara. Além disso, optou-se por trabalhar a temática da saúde mental por conta da influência que a arquitetura pode ter sobre o tratamento das pessoas com transtorno mental.

1.3 - OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho é desenvolver bases teóricas necessárias para o desenvolvimento de um projeto arquitetônico, com ênfase no papel da arquitetura enquanto agente de promoção de saúde mental. O projeto irá prover espaços para integração e interação social, além de áreas de acolhimento que proporcionem cuidados e simbolizem refúgio para pessoas com transtornos mentais.

1.4- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a definição de saúde mental e de transtorno mental;
- Detectar quais aspectos arquitetônicos pode influenciar no tratamento do paciente em transtorno mental;
- Compreender as normas necessárias, a fim de estabelecer parâmetros de qualidade, segurança e acessibilidade ao projeto;
- Criar um plano de necessidades, cujos espaços apresentem qualidade espacial e arquitetônicas que contribuam para o bem estar e a recuperação de usuários;
- Analisar o terreno a fim de propor melhor localização para implantação do CAPS, tendo em vista um terreno maior que proporcione espaços mais adequados para o projeto, além de atender as necessidades da população e a distribuição dos serviços já existentes no município.

2- A “LOUCURA”: COMPREENSÃO, REPERCUSSÕES E CUIDADOS SOCIALMENTE CONSTRUÍDOS.

Esse capítulo será apresentado a Saúde Mental analisando seu histórico nacional e mundial subdividido em 2 itens. No primeiro item (2.1), iremos abordar a evolução histórica, onde iremos expor como a doença mental foi percebida, interpretada e tratada ao longo dos séculos, desde a Antiguidade até o presente momento, o século XXI. No Brasil, esse levantamento é efetuado desde o período do Império até os dias atuais. Falaremos sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica apontando-o como um dos pilares do processo de desinstitucionalização em andamento no país.

No segundo item (2.2), será apresentado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como fator estratégico para o processo da desinstitucionalização em construção, sendo destacado o CAPS do município de Itaocara, o surgimento deste CAPS e suas ações.

O Capítulo 2.3 encerra ao apresentar a relação entre arquitetura e a mente trazendo conceitos, dados e normas vigentes.

2.1 - A HISTÓRIA

A história expressa como os homens ao longo do tempo lidaram com o inevitável, com o diferente e as diferenças. Nesse sentido, a loucura veio sendo interpretada no transcorrer histórico sob diversos ângulos.

Macedo (2006) registra nesse sentido, que a loucura tem sido encontrada nas mais diversas sociedades em variadas épocas, seguindo-se a estas manifestações, demarcam a identificação do “indivíduo louco” como o diferente, o outro, aquele que não se encontra na esfera do aceitável e não se mostra capaz de se manter na coletividade como os indivíduos tidos como normais, embora sua circulação tenha sido relativamente tolerada em sociedades pré-capitalistas.

A doença mental foi compreendida e explicada ao longo da história de vários modos. Na Antiguidade¹, segundo Stone (1999), a loucura se referenciava apenas a comportamentos estranhos, personagens incomuns, desagradáveis ou mesmo possessões demoníacas. As

¹ Período histórico iniciado com as mais antigas civilizações e que se estende até a queda do Império Romano do

possessões foram uma das formas mais expressivas utilizadas para explicar comportamentos tidos como desviantes. A loucura era explicada de tal forma uma vez que os espíritos também eram utilizados para explicar os fenômenos naturais, como o raio e o trovão, por exemplo. Nesta época, o ataque epilético era chamado de “doença divina” e a loucura era considerada, de modo geral, uma manifestação dos deuses.

Ainda na Antiguidade, filósofos como Platão e Aristóteles elaboraram teorias sobre a natureza da alma e de seus transtornos. Hipócrates, contemporâneo de Platão é considerado o pai da medicina, sistematizou a nosologia já existente, adicionando apenas poucos conceitos. Nela, contavam basicamente mania, histeria, paranoia e melancolia. Hipócrates tinha uma explicação natural para os fenômenos da personalidade que seriam influenciados por humores oriundos da terra, fogo, água e ar.

As crendices e superstições, a morte e a peste que marcaram a Idade Média², assim como o medo do apocalipse, fez com que, para o cristão devoto, a saúde e a salvação estivessem alegoricamente ligadas. A medicina cuidava do corpo que perecia e a religião, da alma imortal. Nesta época os loucos eram, novamente “possuídos”, mas agora não mais pelos deuses, mas pelo demônio. Eram “almas infelizes que se desviaram da ‘verdade’ ou da ‘norma’ – eram percebidas como ‘possuídas pelo demônio em vez de sofrerem de doença fora do seu controle” (ANDREASEN, 2005, p.136). Qualquer que apresentasse sintomas de loucura era condenado à fogueira, não havia escapatória, nem apelar para ‘Santa Inquisição’.

Segundo Gasparetto (2008), nesse período, a doença mental era vista como produto de uma relação imperfeita entre o homem e a divindade, e a doença seria um castigo por falhas morais, pecados cometidos, ou provocada pela inserção de um espírito maligno no organismo do indivíduo ou, ainda, pela fuga da alma do corpo da pessoa. Os doentes mentais eram chamados de insanos, lunáticos, pois se acreditava que a mente das pessoas era influenciada pelas fases da lua, ou de pecadores, quando a doença transgredia qualquer norma religiosa ou havia existência de certos defeitos ou vícios nos indivíduos.

A partir do século XIV as instituições e as ideias do feudalismo começaram a apresentar sinais de declínio. A partir disso, no século XV, iniciava-se a fase do Renascimento³, a filosofia religiosa medieval foi sendo substituída por uma retomada do pensamento e da cultura greco-latina nas artes, na literatura e nas ciências. O Renascimento constituiu a retomada de princípios racionalistas na observação e descrição da loucura, em

² Período da história, que vai da desintegração do Império Romano do Ocidente, no século V, até o século XV.

³ Movimento artístico e científico dos séculos XV e XVI, que pretendia ser um retorno à Antiguidade Clássica.

contraponto ao misticismo religioso. Com isso, retornam os valores humanistas e as indagações sobre as origens e causas naturais dos fenômenos mentais. A renascença foi marcada por um tipo de sinistro: o insano, a loucura passa a expressar as forças da natureza, o inumano, por meio da fala dos loucos o homem renascentista ouve a verdade do mundo e entra em contato com o transcendente. Nas artes a loucura era até mesmo exaltada, sendo também fonte de inspiração para muitas literaturas. São dessa época os primeiros asilos psiquiátricos. Entenda-se asilo, na época, como um local de isolamento total, tendo como finalidade precípua isolar, excluir.

Mesmo durante o Renascimento, a “demonologia” ainda impôs os piores excessos nessas instituições. Os ditos “loucos” mais inofensivos saíam às ruas para pedir esmolas e alguns executavam pequenos serviços para os mais ricos. Já os mais agressivos eram “tratados” com procedimentos cruéis, tais como: ingestão excessiva de purgantes, sangrias, flagelos; eram escoraçados, submetidos a jejuns prolongados sob a alegação de estarem “possuídos pelos demônios”.

A assistência aos doentes mentais começou a se agravar a partir do século XVI em meio às mudanças provocadas pela Reforma Protestante⁴, pois mosteiros e igrejas deixaram de acolher os loucos na casa de caridade e asilos seculares.

Com o final do feudalismo e o desenvolvimento do mercantilismo, iniciou-se um acelerado processo de formação de cidades, dando início à concentração de população.

Por volta do século XVII, com o desenvolvimento destas cidades, a burguesia começou a ganhar importância como classe socioeconômica, agrupando-se corporações e agremiações para defender seus interesses em face dos grandes proprietários e latifundiários. Problemas sociais e sanitários começaram a surgir e inquietar as cidades, com isso cresce o número de mendigos.

Ainda neste período, com a importância da burguesia, surge também a sua mentalidade materialista, e novos valores se impõem. Os loucos, juntamente com os pobres, nesse período passaram a ser vistos como desocupados e como uma ameaça a toda a sociedade. Como não trabalhavam e não produziam, eram considerados improdutivos e marginais, portanto, não podiam compartilhar o espaço dessa nova sociedade.

Para erradicar a pobreza, as cidades começaram a expulsar os mendigos. Já os loucos, que até então vagavam em relativa liberdade pelas propriedades e vilas, passaram a ser

⁴ Movimento cismático dentro da Igreja Católica que questionava a supremacia eclesiástica do papa, propiciando a instauração das igrejas protestantes. O movimento surgiu no século XVI, através de Martinho Lutero.

responsabilidade de suas famílias, a quem cabia mantê-los. Para os loucos e os miseráveis sem família, o tratamento designado continuava sendo o isolamento.

Surgiram então os Hospitais Gerais, instalados nos antigos leprosários, já que a lepra praticamente havia desaparecido da Europa. Os leprosários constituíam espaços “malditos” caracterizados pelo isolamento físico e social que anteriormente se direcionava aos leprosos. Conforme afirma Foucault (1961):

[...] a lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-las, mas sim mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso. (FOUCAULT; 1961:6)

Não só os loucos eram internados nesses hospitais, era também um local de isolamento social que reunia todas as “espécies” humanas que incomodavam à sociedade, uma população marginalizada pelos padrões da época: pobres, vagabundos, antigos presidiários, prostitutas, entre outros. O Hospital Geral não se caracterizava apenas como um “depósito” para os “socialmente inválidos”, como eram os asilos, sendo instituições responsáveis por corrigir as “falhas morais” da sociedade, motivada pela ameaça da desrazão ou pela improdutividade ao sistema de produção.

No momento histórico em que se decidiu confinar, apartar do meio “sadio” os considerados anti-sociais, foi atribuída “uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados (...) e aos insanos” (FOUCAULT apud MACEDO, 2006). Em vez de conferir ao internamento dos insanos o cuidado com seu estado patológico, o que se privilegiava era um imperativo de racionalização típico do sistema capitalista, o qual não se dispunha a manter em seu interior indivíduos concebidos como inaptos, inúteis e perigosos. Realizou-se, assim, uma verdadeira “limpeza” nas cidades, com o intuito de preservá-las das que as maculavam, segundo o critério da incapacidade de trabalho e produção para a ordem econômica vigente.

Nesse período, o homem era pensado como mercadoria. Só tinha valor para a nascente sociedade aquilo que se transforma em mercadoria para construir mais valor. Este era o novo ideário, e quem não se encaixasse nele, era levado para os confinamentos, sem haver outra saída. A exclusão que esses indivíduos começaram a experimentar não se traduziu simplesmente no âmbito econômico, porque não produziam, mas, também no âmbito espacial,

social, cultural, política e nas relações familiares (devido ao rompimento de vínculos). Era um retorno quase que impossível à sua liberdade de vida.

Foi na segunda metade do século XVII que começaram as reflexões médicas e filosóficas que colocavam a loucura como perda da natureza do homem, uma alienação, algo que ocorria no interior do próprio homem. Mas ainda não existia cientificidade.

O século XVIII foi marcado pelo Iluminismo⁵, também conhecido como séculos das luzes e ainda como filosofia das luzes, isto é, a marca decisiva na descoberta da razão em detrimento à crença na fé. A loucura passa a ser considerada oposta à razão, um afrontamento às regras, ou seja, um desvio aos costumes da ordem pré-estabelecida. As ideias iluministas apresentavam que a luz que nos traz a razão é a capacidade humana de pensar. A razão era vista como qualidade universal, isto é, valia para toda a humanidade e se todos os povos utilizassem a razão poderiam dialogar com liberdade, e se sentirem iguais. Porém os loucos continuaram a ser tratados de forma diferenciada, desumana, isto em parte devia-se ao desconhecimento que se tinha da natureza humana e da doença mental e, conseqüentemente devido ao temor que a sociedade tinha com relação aos doentes. Nesse contexto de conflitos sociais a razão assume papel preponderante, enquanto que a loucura deixa de ser objeto de poder jurídico, passando este encargo para medicina que começava a despontar entre as ciências. Segundo CASTEL (1978, p.46):

[...]Jessa transferência para a medicina das prerrogativas essenciais do encargo da loucura está, contudo, bem longe de constituir uma evidência por ocasião da queda do Antigo Regime. Pois o estado embrionário de desenvolvimento das práticas médicas em matéria de loucura tornava-as, desde logo, inaptas para assumir, de um dia para o outro, tal mandato. A solução médica, ao contrário, aparecerá como último recurso após terem fracassado as instâncias mais tradicionais na divisão das antigas atribuições do executivo real.

Stone (1999) relata que na metade do século XVIII, uma credibilidade ainda maior foi dada à racionalidade. Com a influência da Igreja em declínio, as explorações científicas no corpo humano puderam prosseguir e desenvolver-se consideravelmente, desdobrando-se em

⁵ O Iluminismo foi um movimento intelectual do século XVIII que ocorreu na Europa. Era um movimento formado por filósofos e cientistas, prevaleciam a razão sobre a fé, defendiam que a ciência poderia explicar coisas que a fé não sabe explicar. Eram contra a alienação: queriam abrir os olhos das pessoas, “iluminá-las”, daí vem o nome Iluminismo.

teorias neurofuncionais e anatômicas mais profundas. Neste período a loucura começa a ter uma explicação com base na cientificidade.

Neste contexto, no auge da medicina clínica, nasceu a psiquiatria. A primeira prática psiquiátrica foi o tratamento moral, com a finalidade de disciplinar o louco.

Segundo Foucault (1975), inicialmente a psiquiatria não surge como uma especialização do saber ou área da ciência médica, mas como um ramo especializado da higiene pública:

[...] antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular de proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que pode assimilar direta ou indiretamente à doença pode acarretar à sociedade. Foi como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou. (FOUCAULT; 1975:148).

Ainda no século XVIII, os modos de tratamento destinados aos doentes mentais começam a diversificar-se. Sabbatini (1997) relata que em 1786 um médico chamado Roess observou que portadores de doenças mentais melhoravam após serem vacinados contra a varíola. Além disso, muitos médicos ao longo dos séculos notaram que havia poucos epiléticos que também eram esquizofrênicos. A partir daí surgiu uma teoria, que gradualmente foi se desenvolvendo, de que as convulsões epiléticas e as doenças mentais eram incomuns.

No final do século XVIII e início do século XIX o médico Philippe Pinel⁶ (1745-1826) trouxe um novo entendimento sobre o adoecimento mental. Avaliou que a loucura era fruto de um distúrbio do sistema nervoso e dessa forma reconheceu que a doença mental precisava ser estudada. Esse processo deu origem à psiquiatria moderna.

Pinel foi designado para chefiar os serviços médicos do manicômio de Bicêtrê -um hospital francês - em 1793. Ao assumir os serviços, revolucionou a assistência aos doentes ao determinar que os pacientes fossem libertados das correntes a que estavam submetidos, em vários casos há mais de 20 ou 30 anos.

Pinel empreendeu uma revolução no conceito de doente mental e nos métodos de tratamento dos doentes. Retirou as doenças mentais do terreno das crendices e superstições e

⁶ Médico francês nascido em 20 de abril de 1745, considerado por muitos o “pai da psiquiatria”. Foi o primeiro a pensar que aqueles que sofriam de perturbações mentais eram doentes, devendo dessa forma serem tratados como doentes e não de forma violenta. É com ele que a medicina se apropria da loucura e o manicômio passa a ser essencial no tratamento, mas agora como um instrumento de cura e não só como um lugar para recolhimento e exclusão do louco.

demonstrou que os comportamentos estranhos dos alienados estavam associados a alterações patológicas do cérebro, constituindo enfermidades que deviam ser tratadas. Procurou explicar cientificamente estas alterações patológicas, colocando-as como originárias de fatores hereditários, lesões fisiológicas ou excesso de pressões sociais e psicológicas. Define o cérebro como sede da mente, onde se manifesta a loucura. Divide os sintomas em categorias: mania, melancolia, demência e idiotismo. Considera a loucura como uma alteração das faculdades cerebrais, cujas principais causas seriam físicas – por exemplo, pancadas na cabeça, formação defeituosa do cérebro e hereditariedade – e morais – consideradas as mais importantes: paixões intensas e excessos de todos os tipos.

A partir dessa reestruturação a loucura passa a ter o estatuto de doença mental, que requer um saber médico e técnicas específicas, embora se mantivesse a reclusão dos incapazes, com conseqüente separação dos loucos dos demais. O espaço destinado para tal, habitado apenas pela loucura, é o asilo, que pela primeira vez se transforma num local de experimentação, onde se trabalha com uma prática médica e pedagógica. A reclusão fica a serviço da disciplina, já que o objetivo é o tratamento moral do louco. Foi deste modo que surgiram os hospitais psiquiátricos, ou manicômios, como instituição de estudo e tratamento da alienação mental.

Nesta época os conceitos de saúde e doença situam-se numa perspectiva social, subordinada às normas do trabalho industrial e da moral burguesa, com vistas à manutenção da ordem pública. Nesse momento fica também constituída a psiquiatria como saber médico específico, já que a loucura - sendo uma doença (mental) - necessita de um saber médico particular.

Costa (2003) relata que no início do século XIX ainda utilizavam-se medidas físicas e higiênicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias para tratar o doente mental. Com o passar do tempo, o que era considerado como uma doença moral passou também a ter uma concepção orgânica, de acordo com o pensamento de vários discípulos de Pinel.

As técnicas de tratamento utilizadas pelos que defendiam as teorias organicistas eram as mesmas empregadas pelos simpatizantes do tratamento moral, todas com explicações e justificativas para sua utilização. A partir daí sobressaem as teorias organicistas da doença mental decorrentes de descobertas experimentais da neurofisiologia e da anatomia patológica.

Segundo Filho (2001, p.91) ainda no final do século XIX, com o início do Positivismo⁷ a psiquiatria passou a “abandonar” as práticas do tratamento moral, dando lugar à nascente psiquiatria científica.

Neste período, a forma de enfrentamento da loucura passa a ser feita através de medicamentos, com o intuito de calar o sofrimento. A doença mental foi transformada em sinônimo de dano cerebral. Nessa perspectiva, o louco passa a ser visto como um organismo que não funciona bem, o que fazia com que este apresentasse atitudes imprevisíveis. Nesse caso, ele não poderia ser reestruturado, resgatado através da pedagogia do tratamento moral.

Nas primeiras décadas do século XX houve outra grande revolução na compreensão e no tratamento das doenças mentais, baseado nas teorias da mente proposta pelo médico e neurologista austríaco, Sigmund Freud (1856-1939), o fundador da psicanálise. Segundo Sabbatini (1997), através de Freud uma nova teoria começou a se revelar e afirmar que existia uma outra extensão na condição humana: o inconsciente. Ele dedicou-se ao tratamento da histeria mediante a hipnose, e também ao estudo científico dos transtornos mentais. Na formulação da psicanálise, estabeleceu uma polaridade em relação às ciências biológicas, que se mantém e se intensificou a partir de alguns dos seus seguidores e praticantes até os dias atuais.

Apesar da importante contribuição de Freud e pelos que o sucederam no trajeto da psicanálise, o hospital psiquiátrico ainda permanecia como lócus social dos doentes mentais e de suas aflições. A exclusão e as regras do ainda presente hospício pineliano eram o único método de tratamento praticado.

A forma de tratar os doentes começou a mudar no início da década de 1930. Os métodos psicoterapêuticos, como sugestão, persuasão⁸, entre outros, passaram a ser acessório ou até substituídos por abordagens físicas, usando drogas, terapias eletroconvulsivas e cirurgias.

Sabbatini (1997) afirma que no século XX, entre 1917 e 1937, foram descobertos métodos para produzir choque fisiológico, testados e usados na prática psiquiátrica, para tratar a doença mental, todos na Europa.

⁷ O Positivismo se torna um método e uma doutrina: método enquanto sugere que as avaliações científicas devem estar rigorosamente embasadas em experiências e doutrinas enquanto preconizava que todos os fatos da sociedade deveriam seguir uma natureza precisa e científica. (SILVEIRA, 2008)

⁸ Ato ou efeito de persuadir (se). Persuadir significa: (1) Levar a crer ou aceitar. (2) Induzir, convencer. (3) Induzir a persuasão; convencer. (4) Adquirir persuasão; convencer-se. Fonte: Dicionário Aurélio - séc.XXI

Por ser fácil de aplicar, a terapia por choque eletroconvulsivo foi imediatamente adotada pelas instituições psiquiátricas, fazendo com que o período seguinte fosse chamado de “A Era dos Eletrochoques”. O uso indiscriminado deste tratamento fez com que ficasse associado ao castigo físico e ao controle disciplinar.

A partir do final da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), principalmente na Inglaterra, França e Estados Unidos, mas também em outras partes do mundo, inclusive em países não ligados diretamente à guerra, surgem experiências socioterápicas no tratamento das doenças mentais e na tentativa de modificar os hospitais psiquiátricos. Criticavam-se os hospitais psiquiátricos da época que não estavam conseguindo cumprir sua função de recuperação dos pacientes. As causas eram as superlotações e as pequenas quantidades de funcionários. Somava-se a tais fatores a necessidade de se recuperar um grande número de homens jovens que tiveram danos psicológicos com a guerra e a falta de mão-de-obra para o trabalho. As experiências surgidas foram, principalmente, a Comunidade Terapêutica inglesa, a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva Comunitária norte-americana. Estas acabaram por levar a Psiquiatria à construção de um novo objeto – a saúde mental, e não mais a doença mental.

Os objetivos da Comunidade Terapêutica (Community Care) eram a transformação do ambiente e do tratamento dos hospitais psiquiátricos pela “terapêutica ativa” ou terapia ocupacional. Surge a crença e objetiva-se a reabilitação dos doentes mentais através do trabalho e da socialização por intermédio de atividades grupais e de maior participação dos pacientes em seu tratamento. O mais importante adepto dessa terapêutica foi Maxwell Jones, na Inglaterra, a partir de 1959. A filosofia da Comunidade Terapêutica baseia-se na democracia das relações, procurando enfatizar a participação de todos na organização das atividades, administração do hospital e aspecto terapêutico. Para tanto, são realizadas reuniões e assembleias gerais. Enfatiza-se, de todas as formas, a liberdade de comunicação. Tudo o que ocorre dentro da comunidade é objeto de análise do ponto de vista individual e, principalmente, do interpessoal.

Sob o ponto de vista desta comunidade todos os participantes da comunidade têm uma função terapêutica, sejam técnicos, internos, familiares ou a própria comunidade. Segundo AMARANTE (1995, p.29)

[...] a oportunidade de analisar o comportamento em situações reais dos hospitais representa uma das maiores vantagens da comunidade terapêutica. O paciente é

colocado em posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com outras pesquisas que o podem auxiliar. Neste sentido uma comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo que proporciona oportunidades para as situações de aprendizagem ao vivo.

A Psiquiatria de Setor iniciou-se, na França, a partir de 1945, através de vários psiquiatras progressistas, entre eles Lucien Bonnafé. Tinha como objetivo estruturar um serviço público de ajuda e tratamento por meio da criação de equipes de atendimento multiprofissional (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) que se responsabilizariam por uma determinada área geográfica, com a proposta de realizarem prevenção e tratamento das doenças mentais à comunidade, criando cuidados específicos segundo as demandas locais. Assim, a internação seria apenas uma etapa transitória no tratamento. A Psiquiatria de Setor procurou romper com a estrutura alienante dos hospitais psiquiátricos, bem como evitar a segregação e o isolamento do doente. A partir de 1960, a França, foi incorporada como política oficial de saúde mental.

Um outro aspecto relevante e que influenciou o desenvolvimento desse modelo foi o alto custo do tratamento tradicional realizado em hospital psiquiátrico. O paciente passa a ser tratado dentro do seu próprio meio social, da sua comunidade, sendo a internação considerada uma etapa do processo de tratamento.

A Psiquiatria Preventiva comunitária surge nos Estados Unidos, nos anos de 1970. Foi rapidamente adotada como política oficial de saúde mental naquele país e levou a um deslocamento da doença para saúde mental no sentido de se combater tudo o que, na sociedade, pudesse interferir no bem-estar dos cidadãos. O preventivismo estava baseado nos estudos de Gerald Caplan, onde havia a idéia de que os problemas de saúde e os problemas sociais seriam diminuídos ou até mesmo superados por intermédio da participação, da auto-ajuda e de oportunidades sociais. Caplan defendia a crença de que as doenças mentais podem ser prevenidas, se detectadas precocemente, e ressaltava que, se estas significam desvio e marginalidade, poder-se-ia, assim, prevenir e erradicar os males da sociedade por essa prevenção. Passa-se, enquanto objetivo maior, à identificação de pessoas potencialmente doentes, indo às ruas, às casa, para identificar aqueles que, por seu estilo de vida e hábitos, pudessem ser “suspeitos” de desenvolver doença mental e deversem ser conduzidos ao tratamento especializado. Essa forma de atenção à saúde mental foi adotada não só nos Estados Unidos, mas tornaram-se referência para a América Latina, através da Organização

dos Estados Americanos (OEA) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), nas décadas de 1970 e 1980.

Para entendermos Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, Caplan (1980) a define como:

[...] corpo de conhecimento profissionais, teóricos e práticos, que podem ser utilizados para planejar e executar planos destinados a reduzir: (1) a incidência de distúrbios mentais de todos os tipos numa comunidade (‘prevenção primária’); (2) a duração de uma número significativo daqueles distúrbios que efetivamente ocorrem (‘prevenção secundária’) e (3) a deteriorização que poderá resultar destes distúrbios (‘prevenção terciária’). (CAPLAN; 1980:31)

Embora a Psiquiatria Preventiva tenha trazido uma contribuição importante, já não se pensa que o conceito de prevenção se aplica ao campo da saúde mental do mesmo modo que nas outras áreas da saúde.

Em se tratando de reformas na psiquiatria, podemos observar que a experiência da Itália foi a mais radical, pois promoveu um corte não somente na assistência, dentro dos manicômios, mais também na forma de pensar a doença mental. Se as reformas anteriores tinham variadas intenções fragmentando os procedimentos, os italianos se preocupavam em modificar exatamente esta lógica: a relação problema/solução a transformar a noção de doença mental em sofrimento.

Protagonizando este momento, um nome contribuiu na alteração do modo de tratar o doente mental na Itália: Franco Basaglia.

Basaglia (1924-1980) era médico e psiquiatra, sendo precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano com a “Psiquiatria Basagliana” ou “Psiquiatria Democrática”. Juntamente com outros psiquiatras, Basaglia “propôs devolver o doente mental à sociedade, desarticulando a instituição, o manicômio”. (DESVIAT, 1999, p. 42).

No ano de 1961, quando assumiu a direção do Hospital de Gorizia, iniciou mudanças com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos. Porém, à medida que se defrontava com a miséria humana criada pelas condições do hospital, percebia que uma simples humanização deste não seria suficiente. Ele notou que eram necessárias transformações profundas tanto no modelo de assistência psiquiátrica quanto nas relações entre a sociedade e a doença mental.

Basaglia criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. No campo das relações entre a

sociedade e a doença mental, ele assumia uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por se centrar no princípio do isolamento do doente mental sendo, portanto excludente e repressora.

Basaglia formula a “negação da psiquiatria” como discurso e prática hegemônicos sobre a doença mental. Ele não pretendia acabar com a psiquiatria, mas considerava que apenas a psiquiatria não era capaz de dar conta do fenômeno complexo que é a loucura. O sujeito acometido de doença mental, para ele, possui outras necessidades que a prática psiquiátrica não daria conta.

A partir de 1970, quando foi nomeado diretor do Hospital Providencial na cidade de Trieste, iniciou o processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico. Em Trieste ele promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitária, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamados por ele de “grupos-apartamentos”) para os doentes mentais.

No ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental.

A partir de 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente, e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia.

Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, em 13 de maio de 1978 foi instituída a Lei 180, de autoria de Basaglia, conhecida popularmente como “Lei Basaglia”, que determinava a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência.

No Brasil, o jeito que a sociedade percebia e tratava a loucura desde a fase colonial até o Império⁹ não eram muito diferentes. A parte hegemônica da sociedade era composta por nobres, proprietários rurais e uma parcela de comerciantes. A outra parte, grande número de pessoas que prestavam trabalho escravo, inúmeros desocupados, bêbados, mendigos,

⁹ O Império foi o Estado brasileiro existente entre 1822 e 1889 que precedeu a atual República Federativa do Brasil.

prostitutas e “loucos”¹⁰, que perturbavam a ordem pública, trazendo desconforto à vida dos burgueses.

De acordo com Costa (2003) o início da assistência psiquiátrica pública no Brasil inicia-se na segunda metade do século XIX, ainda durante o período imperial. Antes disso, a assistência era exercida de forma leiga em instituição de caráter asilar pertencentes à Igreja Católica onde freiras tentavam prestar assistência aos internados desvalidos.

Nesse período, mais uma vez, encontramos a linha divisória econômica e social. De um lado, os loucos procedentes da classe mais rica eram contidos e vigiados por suas próprias famílias em seus lares. De outro, os loucos originários das camadas pobres eram recolhidos aos asilos, onde suportavam todos os tipos de maus tratos. Chegavam a ficar presos por correntes em porões sujos passando frio e fome, conviviam com insetos e roedores, dormiam na pedra, sem nenhuma esperança de liberdade.

Com a progressiva substituição de um Estado Escravista (que prevaleceu, no Brasil de 1822 até 1888) e a imigração de trabalhadores que vieram compor o modelo agrícola baseado nas exportações, as cidades começaram a crescer desordenadamente e juntamente as epidemias, que na época atrapalhavam os interesses políticos e econômicos dos latifundiários do café e do comércio exportador. Assim, configurava-se a determinação social para “saneamento” que interditava o livre trânsito dos doentes, mendigos, vadios e loucos que são mandados para as Santas Casas de Misericórdia, que também recebiam outras camadas excluídas do convívio social como mendigos, leprosos, ladrões e outros. O tratamento dado aos loucos na Santa Casa de Misericórdia é desumano, eles eram trancafiados em porões, não tinham assistência médica e quando ficavam agitados eram castigados e espancados.

“[...] as Santas Casas de Misericórdia, incluem-nos entre seus hóspedes, mas dá-lhes tratamento diferenciado dos demais, amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas” (RESENDE, 2001, p.35)

As Santas Casas de Misericórdia e outras instituições de caridade, já existentes desde os séculos XVI e XVII, não foram construídos com o objetivo de receber os loucos entre seus

¹⁰ Estamos classificando o Portador de Transtorno Mental como louco, pois era a forma como eles eram, vistos e denominados até meados do século XIX

pacientes, porém a quantidade de “desviantes sociais” crescia e ficava cada dia mais difícil ignorá-los. Foi assim que as Santas Casas passaram a recolhê-los em suas instituições.

Sem qualquer tipo de assistência médica, a maioria deles acabou morrendo em virtude de desnutrição, doenças contagiosas entre outras e, também em virtude de maus tratos.

Começam os primeiros protestos contra a situação dos loucos nas Santas Casas de Misericórdia, protestos esses que vinham de intelectuais e médicos, que achavam um absurdo o tratamento usado. Com o tempo passou a ser necessária a criação de um lugar dedicado exclusivamente no atendimento aos loucos, já que além de tudo as Santas Casas de Misericórdia se encontravam lotadas. Foi então criado decreto Imperial nº82 em 18 de julho de 1841, o Hospital D. Pedro II, inaugurado no Rio de Janeiro em 1852, considerando o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira e que tinha o objetivo de abrigar os loucos recolhidos pela Santa Casa de Misericórdia em lugar afastado da cidade, do centro urbano.

Além do Hospício D. Pedro II ter continuado administrativamente subordinado à Santa Casa de Misericórdia, e em 1886, um médico psiquiatra pela primeira vez, ter ocupado a direção do Hospício, a criação de uma assistência psiquiátrica não resultou em mudanças no que diz respeito às formas de tratamento. Os hospícios tinham papel saneador, excludente e segregatório, sempre cumprindo dois mandatos sociais distintos, um de fachada, onde é tido como um lugar de tratamento; e, por trás deste o verdadeiro mandato que objetiva retirar de circulação, limitar a autonomia e excluir do convívio familiar e social os indivíduos vistos como perturbadores da ordem pelo modelo capitalista, que vê a necessidade de recolhimento dos indivíduos tidos como improdutivos e não funcionais para a sociedade.

No Hospício Dom Pedro II, de acordo com Resende (1987, p.39), os doentes mentais eram vítimas das camisas de forças, jejuns impostos, “cacetadas”, maus tratos e até assassinatos.

No entanto, apesar de sua criação, persistem por parte dos médicos, as críticas aos maus tratos e a ausência de tratamento aos loucos. Como resultado, o hospício é desanexado da Santa Casa em 1890, tornando-se responsabilidade administrativa do Governo Federal, e passando a se chamar “Hospital Nacional dos Alienados”. A partir daí, o poder das religiosas é substituído pelo poder dos médicos – os quais consideram-se os únicos capazes de levar adiante a proposta terapêutica do hospício, qual seja, o tratamento moral recomendado por Esquirol, discípulo de Pinel. Os médicos são “possuidores da razão”, podendo legislar sobre os sujeitos despossuídos das mesmas.

[...] tudo isso tinha por função fazer do personagem do médico o mestre da loucura; aquele que faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece silenciosa, e aquele que domina, a acalma e a absorve depois de ter sabiamente desencadeado. (FOUCAULT, 1979, p.122)

Quando da inauguração, o hospício tinha 144 dos seus 350 leitos ocupados. Após um ano de funcionamento, sua lotação estava esgotada. A partir de 1904 começa a haver excesso de doentes no hospício, levando à superlotação. (BRASIL. Ministério da Saúde, 1998, p.12).

(...) a chegada da psiquiatria científica sepultou a fase empírica, leiga, da assistência psiquiátrica brasileira de seus primeiros quarenta anos. Além disso, a situação social e econômica, que tinha determinado o nascimento de Instituição cuja função única era simples segregação dos desviantes, alterava-se rapidamente e pedia novas providências (...). (RESENDE 1987, p.41)

Na tentativa de resolver a questão da superlotação dos hospitais psiquiátricos, são criadas as colônias agrícolas, como um procedimento asilar diferenciado. Estas surgiram na Europa desde o final do século XIX juntamente com os hospitais psiquiátricos, com o mesmo sentido, o de resolver a superlotação.

As colônias localizavam-se longe dos centros urbanos, ficando os pacientes encarregados de trabalhos agrícolas e artesanais. No Brasil, somente no século XX, entre os anos 1910/1920, o trabalho agrícola e em pequenas oficinas é proposta terapêutica, passando a ser base para a criação das “colônias agrícolas”.

Segundo Costa (2003), coube ao Médico Juliano Moreira¹¹ (1873-1933), no Rio de Janeiro, a tarefa de “sanear” a cidade com o recolhimento dos doentes mentais nos hospitais-colônia, onde além de escondê-los, faziam com que os internados se sustentassem por meio do trabalho, dessa forma, descomprometia parte dos gastos do Estado com os doentes mentais. Ao mesmo tempo, atendia a necessidade do embrionário capitalismo brasileiro depois da abolição e da “nova moral social burguesa, que enaltecia a dedicação de todos ao trabalho e pregava que “o trabalho dignifica o homem””.

As populações destas colônias começaram a se avolumar, pois elas abrigavam desde pessoas que precisavam realmente de tratamento, até moças que foram desvirginadas e

¹¹ Nasceu em Salvador, ao contrair uma doença buscou tratamento na Europa. Voltando ao Brasil, instalou-se no Rio de Janeiro, foi nomeado diretor do Hospital Nacional de Alienados (1903-1930). No período em que dirigiu o Hospital ele alinhou-se às correntes que então representavam a modernização teórica da psiquiatria e da prática asilar. A abolição do uso de camisas de força, a retirada de grades de ferro das janelas foram uma das mudanças que Moreira introduziu quando assumiu o Hospital.

desonradas, crianças que se tornavam órfãs, senhoras que pretendiam separar-se dos maridos, mendigos e arruaceiros, levando os hospitais psiquiátricos a uma situação de caos, e o resultado desse processo foi um grande desânimo e pessimismo que tomou conta da psiquiatria na época.

Dessa forma, os doentes mentais ao invés de serem recolocados na sociedade como cidadãos aptos para o trabalho como era a proposta dos hospitais-colônias, permaneceram nos hospícios e nas colônias agrícolas, e os maus tratos, a falta de pessoal, a superlotação e as péssimas condições das instalações que foram motivos de denúncias continuavam do mesmo jeito ou, quem sabe, pior.

Do início até a metade do século XX, o crescimento da psiquiatria incide nas instituições públicas e dirigidas para os pobres. A primeira instituição privada foi fundada em 1860, no Rio de Janeiro. As poucas clínicas privadas que existiam ficavam fora do aparelho de assistência pública.

Apenas no final dos anos 1960 é que setores da psiquiatria começavam a divulgar os conceitos da Medicina Preventiva (anteriormente mencionada), formulada e importada dos Estados Unidos no início da década de 1960, “passando a ser o discurso formal ‘moderno’ da psiquiatria no Brasil. A partir de então, passou-se a conviver com dois modelos: uma prática asilar/carcerária e um discurso preventivista adotada pelo governo”. COSTA (2003:143)

Com as transformações ocorridas na sociedade brasileira a partir do Movimento Militar de 1964, a assistência à saúde caracterizou-se por uma forte política de privatização. Essa prática foi implementada desde a unificação dos IAPs em 1966 criando o INPS.

O período que seguiu ao Movimento Militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência voltada exclusivamente ao doente mental “indigente” e uma nova fase que se estendeu a cobertura psiquiátrica à massa de trabalhadores e seus dependentes.

Posteriormente veio, com o fim de sustentar a grande demanda proveniente dessa ampliação da cobertura previdenciária, a contratação de hospitais privados que floresceram rapidamente para atender às demandas, dando início a uma triste história da nossa psiquiatria. Essas instituições passaram a receber remuneração do Estado para serem as “cuidadoras” desses indivíduos, o que acabou gerando um enorme número de hospitais psiquiátricos privados que disputavam os pacientes como se fossem mercadorias produtoras de lucro; porém a forma desumana de tratamento continuou a mesma. Tais acontecimentos acabaram gerando o que ficou conhecido como “indústria da loucura”. Segundo Resende (2001):

(...) o quinquênio 1965/1970 foi marcado pelo fenômeno do afluxo maciço de doentes para hospitais da rede privada. Neste período, enquanto a população internada do hospital público permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 ao final do período. (ibid, p.61)

Durante os anos 1960-1970, na assistência aos doentes mentais surgiram as “Clínicas de Repouso”, uma expressão suavizada dada aos hospitais psiquiátricos. Legitimados pelo discurso preventivista, essas clínicas utilizavam métodos de busca e internamento de pessoas, que eram realizados por ambulâncias que percorriam as cidades atrás de indivíduos que estivessem embriagados na via pública. Após averiguação, se possuísem a carteira do INPS, eram levados e internados com diagnóstico de “psicose alcoólica”.

Essas clínicas desenvolveram a recém-criada e rentável indústria da loucura, que fez do louco o seu artigo comercial. Desse modo, além de ser representado como incapaz, irresponsável e perigoso, agora se tornou lucrativo.

Durante a década de 1970, no campo da saúde, o atendimento era realizado pelo INPS-INAMPS, na medida em que a assistência à saúde era realizada pelas instituições de saúde a estes conveniadas, destinando-se apenas aos trabalhadores contribuintes da Previdência Social. Nessa perspectiva, muitos brasileiros, em especial a partir de 1970, com a crise econômica intensificada, ficam de fora da atenção à saúde. Isso será motivo de mobilização de alguns segmentos, formulando o movimento social pela Reforma Sanitária, que possuía como lema “Saúde para Todos”.

Esse Movimento desencadeou uma revolução nas relações entre sociedade e Estado, que passou a se realizar a partir de outros referenciais, buscando principalmente na democratização do acesso à saúde. O Movimento da Reforma Sanitária, juntamente com o movimento da redemocratização do Brasil, resultou, entre outras coisas, na formulação e construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Associado a este Movimento, iniciado na mesma década, começou-se um questionamento, iniciado pelos trabalhadores na área da assistência psiquiátrica, mas logo se transformou em uma articulação, envolvendo também usuários do sistema de saúde e seus familiares, vários setores da sociedade civil e a opinião pública, configurando um autêntico movimento social.

Denominado de Reforma Psiquiátrica, esse Movimento veio, e vem até hoje, reivindicando uma profunda mudança no modelo de assistência à Saúde Mental, englobando as ciências, as técnicas de tratamento e a própria cultura em relação ao “louco” e a “loucura”.

Paulo Amarante (1995) localiza o início do movimento da Reforma Psiquiátrica entre os anos de 1978 e 1980. Para ele, “o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a ‘Crise da DINSAM’ (Divisão Nacional de Saúde Mental)”, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de Saúde do subsetor saúde mental (AMARANTE; 1995:51).

A DINSAM, que desde 1956, não realizava concurso público, mantendo um quadro antigo e defasado, passa a contratar “bolsistas” com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental, a partir de 1974.

Estes “bolsistas” são profissionais graduados ou estudantes universitários que trabalham como médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições.

A crise da DINSAM se deflagra a partir de uma denúncia em abril de 1978, feita por três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, o hospício do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro – RJ acerca da violação aos direitos humanos de trabalho e das pessoas lá internadas, teve como consequência apoios políticos e notícias na imprensa.

Essa denúncia culminou numa greve e na demissão de vários profissionais. Isso não enfraqueceu o movimento, pelo contrário, a greve foi um estímulo, pois foi o estopim para que o movimento associativo na área médica renascesse. A partir dessa mobilização surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Concomitante, ocorreu um excepcional estímulo à organização dos profissionais de Saúde Mental no país repercutindo em vários setores.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É, sobretudo, este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

[...] o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental é o ator e sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras. É no seio do MTSM que se funda um exercício regular e sistemático de reflexão e crítica ao *status quo* psiquiátrico, e de onde surgem, ainda, as propostas teóricas e a práxis de uma nova política de saúde mental. (AMARANTE, 2003, p.106-107)

Em 1981, a crise financeira do Estado e da Previdência Social se agrava e é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), ligado ao MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social), que será o “primeiro plano de assistência médico-hospitalar a ser discutido mais amplamente” (AMARANTE; 1995:66). O chamado “Plano do CONASP” tem como papel reverter o modelo médico assistencial privatizante da Previdência e tem uma parte dedicada à assistência psiquiátrica, o “Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no âmbito da Previdência Social” (MPAS/CONASP, 1982).

Segundo Amarante (1995), estrategicamente, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental coloca em primeiro plano a redução do número de leitos psiquiátricos, com a sua substituição por dispositivos extra-hospitalares.

No calor do movimento, além desta e de outras reivindicações, dá-se em março de 1986 o passo decisivo para as mudanças. Acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco fundamental do Movimento da Reforma Sanitária e da história da saúde do Brasil representando a reorientação do modelo da atenção à saúde e, por conseguinte, da própria construção do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988.

Segundo Amarante (1995), esta conferência, além de reafirmar os princípios para um sistema de saúde público, universal, descentralizado, equânime e com controle da sociedade, trouxe para a cena a discussão e decisão sobre a necessidade de participação dos movimentos populares, sindicatos, associações de moradores e de usuários, as igrejas, as associações profissionais, na formulação e avaliação das políticas de saúde.

Neste sentido, parte dos envolvidos na crítica à assistência em Saúde Mental realizou a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em junho de 1987, que contou com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e demais segmentos representativos da sociedade. Tem como temas principais: impactos sobre a saúde e doença mental; a reforma sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental; direitos deveres e legislação do doente mental.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em Brasília, em dezembro de 1992. Esta Conferência teve na sua Comissão Organizadora, representantes das “associações de usuários e familiares, conselhos da área de saúde, prestadores de serviço, governos e entidades da sociedade civil”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 1994:7). Segundo o Relatório Final, a Conferência teve como temas centrais a Rede de Atenção em Saúde Mental, a transformação e cumprimento das leis e o direito à atenção e à cidadania. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994:9).

A II Conferência reafirmou todas as exigências do movimento de transformação da Saúde Mental, passando a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Ao citar os dispositivos da rede de atenção que substituirá o modelo hospitalocêntrico, relaciona:

[...] Unidades de Saúde Mental em Hospitais Geral, emergência psiquiátrica em pronto socorro geral, unidades de atenção intensiva em Saúde Mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integralidade do cidadão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 1994:13)

As primeiras experiências bem sucedidas dessa tese, no Brasil, tiveram lugar na cidade de Santos, São Paulo. São de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no país inaugurado em março de 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, é implantado no município de Santos o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Esses serviços prestavam atendimento assistencial humanizado 24 horas por dia com o paciente e sua família em bases territoriais, sem internação. É importante ressaltar que tanto os CAPS quanto os NAPS foram instituições criadas no Brasil através da portaria 189 de 2001 e regulamentadas através da portaria 224 de 1992, esta normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS.

Um conceito marcante que aparece no Relatório Final da II Conferência é o de “desinstitucionalização”.

Para entendermos “desinstitucionalização” utilizaremos o conceito de Rotelli et all (2001) como:

[...] o processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico. (ROTELLI et all; 2001:18)

Rotelli et all (2001) adverte para a distinção entre desinstitucionalização e desospitalização. Esta, apenas retira as pessoas de dentro dos Hospitais Psiquiátricos, sem proporcionar uma rede de atenção que os substitua e sem criar uma alteração na forma da sociedade lidar com o transtorno mental. A desinstitucionalização, não se limita à desospitalização nem ao “intento de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, liberando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação” (ROTELLI et all; 2001:19). A desinstitucionalização prevê uma rede de Saúde Mental alternativa aos hospitais psiquiátricos.

Nesta mesma direção Amarante (1995) afirma que, no movimento da Reforma Psiquiátrica distinguem-se, ao menos, duas principais orientações políticas em contraste. De um lado, a desospitalização, com características neoliberais e mais voltadas à diminuição das despesas públicas. De outro, a desinstitucionalização, como desconstrução da rede de instituições totais¹² em Saúde Mental que se refere mais às políticas públicas solidárias, em equilíbrio sustentável, e de não abandono ao usuário.

A década de 1990 foi marcada pela atuação institucional nos níveis federal, estadual e municipal, de milhares de profissionais de Saúde Mental que adotaram o ideário da Reforma Psiquiátrica. Os profissionais, usuários e familiares, nos estados e municípios, fizeram com que surgissem e se firmassem os Programas de Saúde Mental.

Em relação à legislação, durante a década de 1990, alguns Estados editaram suas leis da Reforma Psiquiátrica, adiantando-se à legislação nacional, em lenta tramitação. No Ministério da Saúde, as portarias contemplaram a inacabada e difícil tarefa de regulamentar e

¹² Instituição total pode ser definida como um local de residência onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN; 1974:11)

fiscalizar os Hospitais Psiquiátricos, a assistência farmacêutica, o financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), este último já no ano 2000.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são residências geralmente localizadas em espaço urbano, para que os internos possam participar do cotidiano social, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves vindas de hospitais psiquiátricos e tratamento psiquiátrico que perderam os vínculos familiares e sociais. Os SRTs deverão estar vinculados aos CAPS ou outro serviço ambulatorial.

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, é somente no ano de 2001 que a Lei federal nº 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica Brasileira conhecida como “Lei Paulo Delgado” é sancionada no país. Esta foi aprovada 12 anos depois, porque na época os proprietários de hospitais psiquiátricos perceberam o risco que a lei trazia para seus negócios, fazendo os parentes dos internos crerem que os pacientes seriam devolvidos do dia para noite caso projeto fosse aprovado. A aprovação, no entanto é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Paulo Delgado redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação dessa lei impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Logo em seguida veio III Conferência Nacional da Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, em Brasília, e que trouxe a possibilidade de avaliar os desafios e dificuldades do processo de Reforma Psiquiátrica no país além de validar as conquistas já realizadas.

Esta Conferência teve como tema central “A Reorientação do Modelo Assistencial”, e como sub-temas: Recursos Humanos; Financiamento; Controle Social e Direito, Acesso e Cidadania. A conferência foi acompanhada pela área técnica da Saúde Mental do Ministério da Saúde, mediante representantes articulados com as Coordenações de Saúde Mental nos estados e municípios de todas as regiões brasileiras.

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação ganha impulso em 2002 com o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) de acordo com a Portaria Nº. 251/2005. Este instrumento permitiu, e permite até hoje, as reduções e fechamento de leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada.

Como instrumento avaliador, o PNASH/Psiquiatria permite aos gestores um diagnóstico da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes na rede de saúde, ao mesmo tempo em que indicam, aos prestadores, critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada aos usuários. Trata-se do primeiro processo de avaliação dos hospitais psiquiátricos brasileiros. Se a reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil é recente, os processos avaliativos são mais recentes ainda.

De acordo com a Coordenadoria de Saúde Mental/MS, antes do PNASH-Psiquiatria, o controle e avaliação da Saúde Mental baseavam-se em dois mecanismos: as supervisões hospitalares, de alcance limitado, e as fiscalizações ou auditorias que atendiam as denúncias de mau funcionamento das unidades. É a partir da instituição do PNASH/Psiquiatria que o processo de avaliação da rede hospitalar psiquiátrica pertencente ao SUS passa a ser sistemático e anual.

O PNASH/Psiquiatria fundamentado na aplicação de um instrumento de coleta de dados qualitativo avalia todos os anos nos hospitais psiquiátricos da rede, desde a estrutura física do hospital, até os recursos terapêuticos da instituição, bem como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em Saúde Mental em seu território e às normas técnicas do SUS. É parte deste processo avaliativo, a realização de “entrevistas de satisfação” com pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar.

No ano de 2003, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é novamente impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”.

O “De Volta para Casa”, criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708/julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial.

Esta estratégia vem ao encontro de recomendações da OMS para a área de Saúde Mental com vistas a reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais psiquiátricos especializados por um modelo de atenção de base comunitária, tipo CAPS, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.

A população beneficiária do auxílio financeiro de que trata este Programa, é favorecida pela sua reinserção no meio social mais amplo, desde que atendidos os requisitos necessários para recebimento deste auxílio.

Este Programa atende ao disposto na “Lei Paulo Delgado”, mais especificamente em seu artigo 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida”.

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

O período que se inicia em 2004 caracteriza-se por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à Saúde Mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, de um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal.

No modo de ver de Amarante (1995), a Reforma Psiquiátrica Brasileira toma, com as novas decisões, o rumo da desinstitucionalização. Alcança, também um patamar mais amplo com as mudanças operadas nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural. A influência de Basaglia torna-se predominante agora, com a “desinstitucionalização em sua dimensão mais propriamente antimanicomial”. (AMARANTE; 1995: 76;79).

Caminhando neste rumo, vem avançando através de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como por exemplo, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Os CAPSs têm sido um outro grande avanço no processo de Reforma Psiquiátrica, tendo como finalidade prestar um atendimento clínico diário, evitando assim internações em hospitais psiquiátricos. Em todos os municípios do Brasil há uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais que é organizado pelos CAPSs.

Desse modo, no desdobramento da Reforma Psiquiátrica brasileira nos últimos anos fica manifesto que, as resoluções advindas desses eventos são fortes e ainda mantêm as características norteadoras dos rumos a serem empreendidos.

2.2- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: AVANÇANDO NO ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde municipais, abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS), que oferecem atendimento diário às pessoas que sofrem de transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes. É considerado um grande avanço no que diz respeito à saúde mental, pois ele substitui o modelo de internação em manicômios, favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e familiares, ao mesmo tempo em que oferece cuidados clínicos e reabilitação psicossocial, sendo uma nova alternativa de tratamento ao doente sem excluí-lo socialmente. Além disso, devem se responsabilizar pelo acolhimento de toda a demanda dos portadores de doença mental de seu território, ou seja, deve garantir acesso universal e integral.

É importante ressaltar que, embora na atualidade os CAPS façam parte da rede de assistência à saúde mental conjunta com os hospitais, na ocasião de sua criação os CAPS tinham o objetivo de substituir e não apenas complementar os hospitais psiquiátricos vistos como produtores de diversas formas de alienação e cronificação devido a sua principal característica: a exclusão social do doente. Este modelo visa oferecer aos sujeitos que viveram anos isolados do contexto social, um lugar onde ele poderá superar as sequelas deixadas por uma vida marcada pelas internações psiquiátricas e garantir a promoção de sua cidadania.

Os CAPS vão representar uma inovação, uma ruptura com os modelos asilares, à medida que desmistifica a loucura a fim de minimizar o preconceito e as concepções que justifiquem o asilamento. Assim, a doença mental deve ser vista apenas como mais uma característica do indivíduo, por exemplo, ele faz parte de tal família, vive em determinada situação e é portador de transtorno mental. As várias dimensões da vida do indivíduo deverão ser consideradas e não apenas o fato dele ser doente mental.

Além disso, passa a ser levada em conta a subjetividade e a cultura de cada indivíduo, para isso os CAPS vão regionalizar o atendimento, permitindo que a pessoa portadora de transtorno mental fique perto da sua realidade, ao contrário do que acontecia quando eram submetidos a internação nos hospitais psiquiátricos, sempre construída bem isoladamente.

Atualmente os CAPS são regulamentados pela portaria nº336/GM de fevereiro de 2002. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diurno, cuidados clínicos e atividades de reinserção social

dos pacientes, como acesso ao trabalho, ao lazer e aos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Essa portaria estabeleceu e distinguiu os CAPS pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Deste modo, estes serviços diferenciam-se como:

- CAPS I – Está situado em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona de segunda a sexta-feira das 08 às 18hs atendendo os adultos com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPS II – Em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, que funciona de segunda a sexta-feira das 08 às 18hs, podendo ter um terceiro período funcionando até às 21hs, atendendo adultos com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPS III – Em municípios com mais de 200.000 habitantes, que funciona todos os dias por 24hs, atende a adultos com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPSi – Em município com população superior a 200.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira das 08 às 18hs, podendo ter um período atendendo até 21hs, atende a crianças e adolescentes com transtornos mentais.
- CAPSad – Em município com população acima de 100.000 habitantes, atendendo de 08 às 18hs, de segunda a sexta-feira, podendo funcionar até 21hs. O atendimento destina-se a indivíduos com transtornos decorrentes do uso de dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

O Centro de Atenção Psicossocial de Itaocara/RJ, é classificado com CAPS I, por está situado em um município com população de 23.211 habitantes (IBGE¹³; Censo 2021), que sobrevive economicamente da agropecuária, comércio e serviços gerais.

O município de Itaocara encontra-se localizado na região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro. Situado às margens do Rio Paraíba do Sul, com uma área de 433.182 Km².

Além de Itaocara, os municípios que compõe a região Noroeste Fluminense são: Aperibé, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Italva, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula e Santo Antônio de Pádua.

¹³ www.ibge.gov.br

Figura 1: Mapa do Estado do Rio de Janeiro, com a localização do município de Itaocara



Fonte: Cidade Brasil (2021).

Para se obter dados sobre a implantação do CAPS no município, foi realizada uma “entrevista semidirigida”¹⁴ com a técnica de enfermagem Silvia Maria Linhares Duarte que esteve presente durante a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Itaocara.

Até 1997, o município de Itaocara não contava com nenhum dispositivo Assistencial em Saúde Mental¹⁵. Os portadores de transtornos mentais, quando suas famílias os assumiam e apoiavam eram mantidos em casa, e os que não recebiam o apoio de seus familiares ficavam perambulando pelas ruas vivendo de esmolas e caridade das pessoas. Em momentos de surto os doentes mentais eram encaminhados à internação em hospitais psiquiátricos em outros municípios como: Bom Jesus de Itabapoana, Campos dos Goytacazes e Itaperuna. As internações eram sempre encaminhadas por médicos clínicos. Segundo a entrevistada, o número de internações “porta giratórias”¹⁶, antes da existência dos CAPS, variavam de 20 a 25 por mês, gerando um alto custo para a Prefeitura Municipal de Itaocara.

Era muito comum na época de datas comemorativas de fim de ano ou carnaval, as autoridades mandarem para os hospitais psiquiátricos os doentes mentais que viviam vagando

¹⁴ O entrevistador traz a tona o tema a ser discutido, e este é o ponto de partida para a interação, o entrevistador conduz toda a entrevista para um objetivo específico e, por isso faz muita pergunta e também deixa que o entrevistado fale e direciona essas falas para os objetivos da entrevista. Ver MAGALHÃES.2003:49.

¹⁵ ITAOCARA, RJ Secretaria Municipal de Saúde Treinamento para Médicos e Outros Profissionais da Saúde em Saúde Mental. 2004:4.

¹⁶ Alta frequência de reinternações hospitalares

pelas ruas, com o objetivo de “limpar as cidades” já que eram datas em que o município recebia um número considerável de visitantes.

Preocupado com situação em que os portadores de transtornos mentais estavam sendo tratados e do alto custo que as internações psiquiátricas geravam para o município, e seguindo o paradigma dos novos dispositivos em saúde mental houve a iniciativa do médico Secretário da Saúde de Itaocara, em 1997, Drº Antônio de Pádua Gevú Barcelos no sentido de efetivar a criação do Centro de Atenção Psicossocial na cidade.

Em 1998 o Ministério da Saúde aprovou a criação do CAPS, no entanto a verba de implantação não havia sido liberada. Desse modo, o programa inicialmente foi custeado em parte pela Prefeitura, que contribuía com o financiamento dos remédios, e também pela caridade das pessoas e comerciantes da cidade, que colaboravam com comida e materiais de higiene pessoal.

Inicialmente o CAPS de Itaocara contava com uma equipe de profissionais composta de 02 psicólogas, 01 técnica em enfermagem e 01 auxiliar administrativa, que se dedicaram intensamente para manter o funcionamento do CAPS. Esta equipe, apoiada sempre pelo Secretário da Saúde, participava de Congressos sobre Saúde Mental realizado pela Fiocruz em várias cidades do estado do Rio de Janeiro. Segundo a entrevistada, a coragem e a dedicação desta equipe ganharam a simpatia do Coordenador de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro na época, Pedro Gabriel Delgado, que se referia a equipe como sendo “um secretário maluco e uma equipe de mulheres malucas, corajosas e guerreiras”.

Após três anos de funcionamento, em setembro de 2000, o CAPS de Itaocara recebeu credenciamento, passando a receber a verba do custeio do programa, sendo atualmente financiado pelo Governo Federal que repassa à Prefeitura, que transfere ao CAPS.

Como resultado de um processo histórico de organização da assistência em saúde mental, o município de Itaocara conta hoje (2022), com um CAPS; um ambulatório, onde são realizadas consultas individuais; uma residência terapêutica com 01 moradora; e, 05 leitos psiquiátricos no Hospital Municipal de Itaocara.

Com a implantação do programa de saúde mental foi visível a diminuição das internações e o aumento dos procedimentos efetuados no município.

Para que essa proposta se concretize, fazendo com que os usuários apresentem menor necessidade de internações hospitalares - internações psiquiátricas – e que se tornem possíveis sujeitos com maior autonomia, através do resgate da sua cidadania, atualmente atua nessa entidade uma equipe multiprofissional composta de: três médicos psiquiatras, uma assistente

social, cinco psicólogas, dois auxiliares de enfermagem, um farmacêutico, três auxiliares administrativos, três agentes de apoio, um coordenador e três copeiros. Os atendimentos na instituição, como previsto para CAPS I, acontecem de segunda a sexta-feira, das 08 às 17hs.

O objetivo maior dessa equipe é o de promover a reinserção social dos usuários e auxiliar no resgate de sua cidadania. Além disto, visa assegurar assistência psicossocial aos usuários e seus familiares, oferecendo diferentes tipos de atividades terapêuticas, em uma proposta de ir além do uso de consultas e de medicamentos, caracterizando assim, o que vem sendo denominada clínica ampliada¹⁷. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno.

Algumas das atividades oferecidas pelo projeto terapêutico no CAPS são realizadas em grupo, outras individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias, tais como:

- Primeiro acolhimento: Realizado por assistentes sociais, tendo o objetivo de compreender a situação do usuário de maneira mais abrangente possível, pois é a partir das informações obtidas nesse momento que o paciente terá seu projeto terapêutico traçado. É um procedimento muito importante, pois é quando o usuário tem o primeiro contato com a instituição;
- Atendimento individual: Onde são prescritos medicamentos e são dadas orientações (pelo psiquiatra);
- Grupo terapêutico: Realizado semanalmente pelas psicólogas tem a finalidade de discutir as relações dos usuários, seus medicamentos e planejar novas atividades para modificar seus projetos terapêuticos.
- Oficinas terapêuticas: Onde são desenvolvidas atividades que visem a reabilitação psicossocial dos pacientes. Essas oficinas são de artesanato, bijuteria, tapeçaria e horta.
- Visitas domiciliares: Realizadas pela assistente social e psicóloga com o objetivo de ampliar o nível de convivência CAPS-Usuário-Família, além de conhecer o ambiente familiar onde os pacientes se encontram.
- Visitas e acompanhamentos: Aos pacientes que se encontram internados em hospital-geral ou psiquiátrico, caso o usuário solicite de alguma ajuda dos

¹⁷ “A Clínica Ampliada é um trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e a contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.” (BRASIL, Ministério da Saúde, Textos Básicos, 2004)

profissionais do CAPS. O acompanhamento e as visitas pode ser realizadas por qualquer profissional do CAPS, em especial, pela coordenadora, assistente social ou psicólogas.

- Acompanhamento dos pacientes em atividades realizadas fora da unidade: Como participação em festas.
- Atividades sociais na unidade: Como comemorações de datas festivas (Natal, Páscoa).
- Grupo Bom Dia: Realizado todos os dias, com os usuários, para abrir o dia na instituição. Tem o objetivo de ouvir os pacientes, suas necessidades, angústias e medos, podendo ser realizado pela assistente social, psicóloga ou agente de apoio.
- Grupo de Familiares: Realizado uma vez ao mês com a assistente social com as famílias dos usuários. Tem o intuito de promover trocas de experiências entre as famílias e prestar atendimentos as mesmas.

Cada usuário deve ter um projeto terapêutico individual. No 1º acolhimento é traçado este projeto que é a prescrição de um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize para cada pessoa na unidade e fora dela e propõe atividades durante a permanência diária no serviço, segundo as suas necessidades.

“As noções de atendimento “Intensivo”, Semi-Intensivos” e “Não-Intensivos” foram concebidas para caracterizarem os projetos terapêuticos de cada paciente em atendimento pelo CAPS. A intenção é substituir a lógica de turnos de atendimento, da portaria 224/1992¹⁸, por uma nomenclatura operativa que permita o registro das configurações mais regulares de projetos terapêuticos. O quadro clínico atual a ser cobrado e o tipo de acompanhamento necessário, definido em um projeto terapêutico personalizado, definirá o procedimento SIA/SUS a ser cobrado. Todos os procedimentos incluídos na Tabela SIA/SUS pela portaria 189/2002¹⁹, seguem este raciocínio. Assim o atendimento intensivo, por exemplo, consistirá em um conjunto de atendimentos que será oferecido pelo CAPS a um paciente que, por causa de seu quadro clínico, necessita de um cuidado diário, por parte da equipe multiprofissional e especializada (até 25 dias por mês). Isto não quer dizer que este paciente tenha que participar das atividades do CAPS nos dois turnos do dia, ou mesmo todos os dias. Ele poderá, por

¹⁸ Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental

¹⁹ Que indica a Cobrança dos procedimentos em APAC (Autorização para Procedimento de Alto Custo)

exemplo, ser cuidado intensivamente através de atendimento domiciliar, durante um período. As noções de Cuidados Intensivos, Semi – Intensivo e Não-Intensivo não são vinculadas aos turnos, mas aos cuidados clínicos e projetos terapêuticos dos pacientes.

O mesmo raciocínio vale para os chamados cuidados Semi-intensivos e Não intensivos. O cuidado semi-intensivo consiste, então, num conjunto de atendimento oferecido pelo CAPS ao paciente, que por sua condição clínica, necessita de uma atenção freqüente (até 12 dias no mês). Entenda-se, por conjunto freqüente de atendimentos, o cuidado dispensado ao paciente que necessita participar algumas vezes por semana das atividades do CAPS. Já os chamados cuidados não-intensivos referem-se àquele conjunto de atendimentos prestados mensalmente ou quinzenalmente ao paciente, que por seu quadro clínico e projeto terapêutico, necessita de um acompanhamento mais espaçado, ou até mesmo mensal (até três dias no mês).

Além dos pacientes intensivos, semi-intensivos e não-intensivos, atendidos no CAPS, há os chamados “pacientes de ambulatório”.

Em Itaocara, o atendimento aos portadores de transtornos mentais é realizado de modo separado para usuários entendidos pela equipe como “leves” e os “crônicos” ou com sintomas mais agravados. No primeiro caso, são atendidos somente no “ambulatório” e o segundo no CAPS. Os dois tipos de atendimentos são realizados no mesmo espaço físico. No ambulatório são realizadas as consultas individuais nas áreas de psiquiatria e psicologia.

Essa segmentação justifica-se pelo entendimento da equipe de que os pacientes intensivos, semi-intensivos e não-intensivos, acometidos por transtornos mentais mais graves e persistentes, necessitam de um acompanhamento multiprofissional “mais de perto”, ou seja, além de receberem atendimentos dos profissionais citados participam das atividades oferecidas pelo CAPS.

Desse modo, o CAPS I de Itaocara deve contar com espaço próprio e adequadamente preparado para receber seus usuários juntamente com seus familiares, assim como realizar as atividades oferecidas.

2.3 – A ARQUITETURA NO PROCESSO DA BUSCA PELA SAÚDE MENTAL

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

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

A experiência diária indica que ações diferentes dependem de ambientes diferentes para ocorrerem satisfatoriamente. Normalmente essa questão é tratada pela arquitetura de maneira quantidade e funcional, voltada para dimensionamentos e distribuições espaciais. A funcionalidade, entretanto, não é absoluta, pois mesmo as funções básicas do ser humano ocorrem de maneira diversa de acordo com as tradições culturais e condições ambientais, requisitando lugares com propriedades distintas. Como as propriedades qualitativas são complexas, e a ciência naturalmente abstrai os dados para alcançar um conhecimento objetivo, os lugares não podem ser definidos de maneira científica. Como alternativa, surge então a fenomenologia, que se opõe as abstrações e construções mentais e foca no “retorno às coisas” (NORBERG-SHULZ, 2013).

Noberg-Schulz (2013) classifica a estrutura do lugar em duas categorias. Os lugares naturais são designados de paisagem, e tem extensões variáveis e contínuas. Já os elementos do ambiente criado pelo homem são assentamentos, que são lugares cercados entre fronteiras, e os caminhos que os conectam. A estrutura do lugar é caracterizada ainda pelo espaço e pelo

caráter, que são interindependentes. O espaço designa a organização tridimensional dos elementos que constituem um lugar, enquanto o caráter manifesta a “atmosfera” do lugar (Idem 2013).

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

As relações entre o homem e o lugar indicam o habitar. Para Norberg-Schulz (2013, p.458): “[...] ‘habitar’ significa pertencer a um lugar concreto”. O homem habita quando está localizado no espaço e exposto a um caráter ambiental, que depende da orientação e da identificação. Orientar-se no espaço é essencial para a existência humana, visto que sentir-se perdido gera uma insegurança oposta ao conceito de habitar (Idem, 2013). Kevin Lynch (1960 apud NORBERG-SCHULZ, 2013), defende que estruturas básicas presentes nos lugares são objetos de orientação. Para o autor, a percepção da inter-relação entre esses objetos gera uma imagem ambiental que proporciona ao homem segurança emocional, posto que características dos seres vivos a necessidade de orientar-se quanto ao entorno. Já a respeito da identificação, Norberg-Schulz (2013) revela que ela ocorre quando há um bom relacionamento entre o homem e um ambiente, de tal modo que o lugar possua um significado. Destaca que a identidade é a base da sensação de pertencimento, e que depende, em grande parte, dos lugares e das coisas.

Bachelard (1978 apud VIECELI, 2014) defende que qualquer lugar verdadeiramente habitado proporciona a sensação de casa. Quanto a relação entre interior-exterior, opina que o espaço exterior é onde o homem está exposto aos medos e precisa enfrentá-los. Sendo assim, a casa é lugar de recolhimento e proteção, e também elemento que dá força para o enfrentamento do que há no exterior. O autor, porém deixa claro que exterior e interior não

existem harmonicamente um sem o outro. Da mesma maneira que o exterior sem o interior pode ser imenso e aterrorizante, o interior sem exterior pode ser sufocante e amedrontador.

De acordo com Sennett (2003), as reações das pessoas são determinantes pela forma como se relaciona nos espaços, logo o espaço está ligada a maneira que elas se vêem e se ouvem, como se tocam ou distanciam. Harrouk (2020) ressalta que condições e características dos espaços construídos geram impacto significativo no comportamento psíquico dos usuários, além de influenciar na maneira como as pessoas se relacionam com o espaço. Essas características podem induzir sensações como tranquilidade e segurança.

O ambiente construído do CAPS assume fundamental relevância no tratamento dos pacientes e na conquista dos seus objetivos. Projetá-lo trata-se de proporcionar uma “sensação de lugar”, acolhimento e conforto, de promover a articulação entre edifício e o território e de transformar o ambiente para facilitar e estimular o convívio entre as pessoas, proporcionando maior conexão entre os espaços internos e externos e dando margem a apropriações criativas e seguras. Por isso, a criação de uma aparência não institucional, radicalmente distinta de um hospital psiquiátrico e de escala doméstica deve ser prioridade. (PADOVANI, Nathali. Manual Prático de Arquitetura e Urbanismo para Centro de Atenção Psicossocial 2013).

[...] Tendo em vista que as Unidades de Acolhimento funcionam como “residências temporárias” dos usuários, e, assim, projetadas como casas, é fundamental garantir ambientes que permitam a privacidade das pessoas que ali vivem, e, ao mesmo tempo, que favoreçam a criação de redes de pertencimento e de relações entre os que habitam o local. (Ministério da Saúde, Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial – 2013).

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

[...] - entrar na esfera de influência de um prédio, pisar em seu território, estar perto do edifício;

- ter um teto em cima da cabeça, estar abrigado e a sombra;

- entrar na casa, atravessar a porta, cruzar a fronteira entre exterior interior; [...]

- estar em um aposento da casa, sensação de segurança, sensação de intimidade e isolamento;

- estar na esfera de influência dos pontos de convergência da construção, como a mesa, a cama ou a lareira;

Deparar com a luz ou a escuridão que domina o espaço, o espaço de luz;

- olhar pela janela, a ligação com a paisagem.

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

Já para Fontes (2013), a pessoa com transtorno mental tem sua individualidade dissipada não apenas pelo transtorno, mas também pelas características das relações dentro da instituição asilar. Essa individualidade precisa ser reconstruída no processo de reabilitação social, e a arquitetura tem importante papel nesse processo. A individualidade não pode ser recuperada em um espaço padronizado, monótono e desestimulante. Fontes (2003) conduziu uma pesquisa na Casa do Sol, uma unidade do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Oliveira, na cidade do Rio de Janeiro. A Casa do Sol abriga pessoas com transtorno mental em longo período de internação e também pessoas com quadro agudo, além de contar com um Centro de Convivência frequentado por internos e egressos. O Centro contava, na época do estudo, com pátios, consultórios, salas de atividades em grupo e espaços para oficinas, insuficientes para a demanda existente. A partir de questionários e entrevistas com usuários e funcionários, a autora elaborou algumas recomendações a serem levadas em consideração nos projetos arquitetônicos voltados para pessoas com transtorno mental, que serão apresentadas a seguir.

Esteve bastante presente no discurso dos entrevistados a preferência pelo espaço externo, no qual os usuários podem tomar sol e estar em contato com as plantas, além do

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

Locais próximos, inseridos nos territórios; entrada aberta, acessível e facilitada; ambientes agradáveis nos quais se desenvolvem cenas compartilhadas da vida cotidiana, como refeições, momentos de trocas e de convívio; espaços adaptados para as pessoas com deficiência; áreas externas com jardins e, quando necessário, espaços de brincar. É recomendável o aproveitamento da ventilação e da luminosidade naturais, de modo a reduzir a dependência de aparelhos de ar condicionado e lâmpadas, o que torna o ambiente mais agradável, acolhedor, e sustentável. O uso de materiais que facilitem a limpeza e manutenção também é desejável. (Ministério da Saúde, Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial – 2013).

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

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

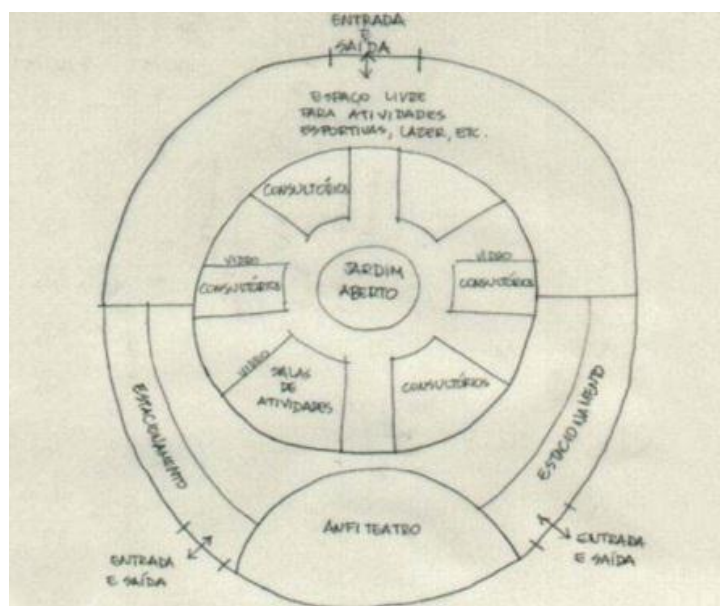
Quanto a segurança, foi recomendado que os locais destinados ao atendimento de crise preferencialmente não possuíssem arestas vivas e objetos cortantes, e fossem localizados no térreo (Idem, 2003). A questão do térreo já havia sido defendida por Esquirol, discípulo de Pinel. Para ele, a construção em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

É frequente o atendimento de pessoas portadoras de necessidades especiais, como cadeirantes e idosos no CAPS, por isso, deve-se dar preferência a edifícios de um único pavimento térreo. Na necessidade de mais de um pavimento, rampas são mais

indicadas que elevadores para o uso público, enquanto escadas, assim como o segundo pavimento, devem ser exclusivamente de uso da equipe técnica e devem estar localizadas em setor de acesso mais reservado da edificação. (PADOVANI, Nathali. Manual Prático de Arquitetura e Urbanismo para Centro de Atenção Psicossocial 2013)

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

Figura 2: Esquema de espaço ideal desenvolvido por profissional da Casa do Sol



Fonte: Espaço saúde (2002) apud FONTES (2003)

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

A implantação do edifício no terreno deve ser feita de maneira que propicie a integração com o exterior, estimule o convívio entre equipes, paciente e familiar e facilite a observação dos técnicos de qualquer ponto que estejam trazendo mais segurança aos usuários. Deve-se local a edificação sempre mais próxima às divisas, de forma o edifício contorne de

alguma forma a área de convivência. (PADOVANI, Nathali. Manual Prático de Arquitetura e Urbanismo para Centro de Atenção Psicossocial 2013).

Padovani (2013) diz que o objetivo é favorecer a mudança no olhar da sociedade em relação ao doente e a permeabilidade entre espaço CAPS e seu território, melhorando as relações de convívio com a vizinhança, afirmando a perspectiva do equipamento como espaço público comunitário de livre acesso para um cuidado em liberdade e de portas abertas, e um local de trocas sociais.

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

3 – METODOLOGIA

A metodologia que conduzirá essa pesquisa será a entrevista semidirigida realizada com a técnica de enfermagem Silvia Maria Linhares Duarte que esteve presente durante a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Itaocara, a fim de se obter dados sobre a inserção do CAPS no município. Assim como a visita técnica no espaço atual do CAPS a fim de auxiliar no entendimento de questões que envolvem a edificação.

Além de análises de referências foram realizados levantamento bibliográficos e de legislações voltados ao tema, que fornecerão informações importantes para o desenvolvimento do projeto a ser proposto.

3.1 – VISITA TÉCNICA CAPS I ITAOCARA RJ

O Caps I, localizado na Rua Aldeia da Pedra, bairro Cidade Nova em Itaocara RJ, funciona em uma antiga creche.

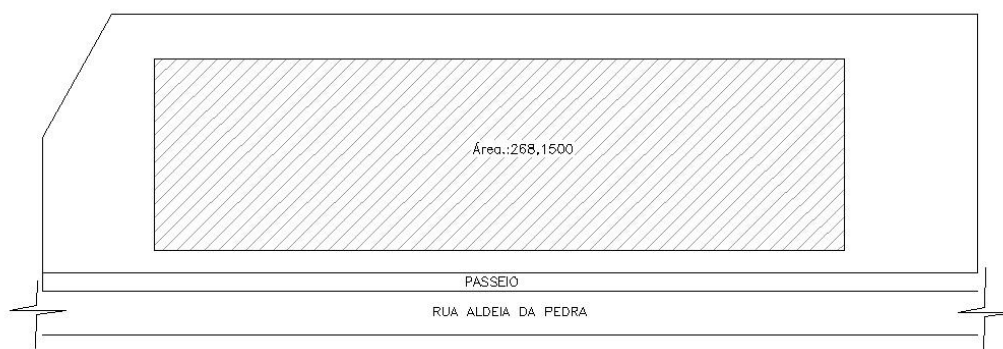
Figura 3: Fachada frontal CAPS Itaocara



Fonte: Acervo próprio, 2022

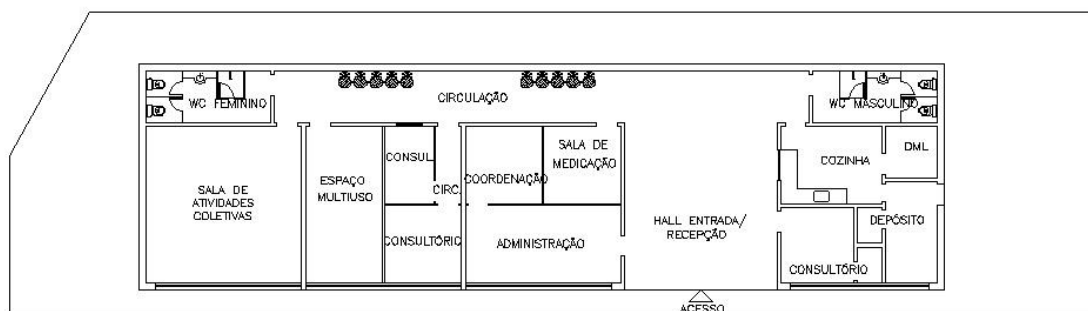
Analisando a imagem por satélite, percebe-se que o terreno do Caps estudado possui um único acesso pela rua Aldeia da Pedra, conforme é apresentado pelo croqui de implantação:

Figura 4 – Croqui da implantação do CAPS I – sem escala



Fonte: elaborado pelo autor, 2022

Figura 5 – Croqui da planta baixa – sem escala

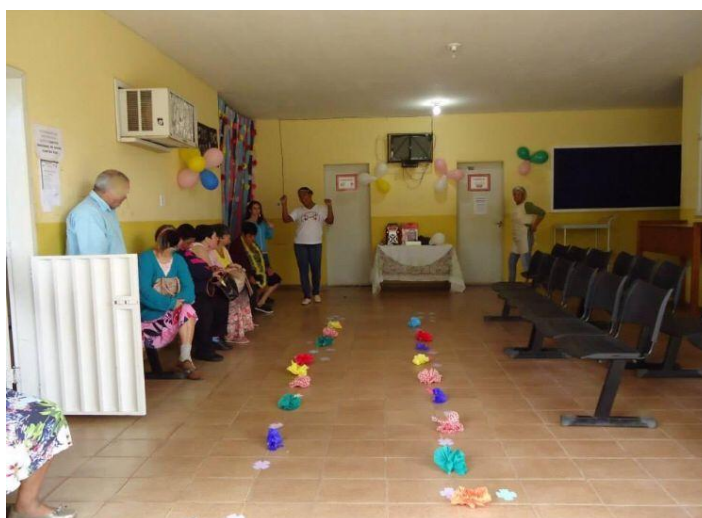


Fonte: elaborado pelo autor, 2022

A construção é de somente um pavimento, incluindo um hall de entrada/recepção, três consultórios, uma sala de atividades coletivas onde são realizados os grupos terapêuticos, reuniões etc, um espaço multiuso para oficinas terapêuticas, uma sala de administração, uma sala de coordenação, uma sala de medicação, uma cozinha, 1 DML, um depósito e dois banheiros (não acessíveis).

Os pacientes chegam pelo hall de entrada/recepção (Figura 6), onde acontecem as distribuições dos mesmos de acordo com o programa de atendimento estabelecido pela equipe médica. Os novos pacientes são encaminhados para realizar o primeiro acolhimento, e os usuários com programa definido, são encaminhados para oficinas ou grupos terapêuticos.

Figura 6: Hall Entrada/recepção



Fonte: Acervo próprio, 2022

A sala de atividades coletivas (Figura 7) é o único espaço dentro da edificação que é destinado aos grupos terapêuticos.

Figura 7: Sala de atividades coletivas



Fonte: Acervo próprio, 2022

Segundo BRASIL, 2015 a, o espaço de acolhimento, destinado a receber pela primeira vez o usuário e seu acompanhante na unidade, devem ser acessível, mobiliado com sofás, poltronas e mesa para recepção, e localizado próximo ao arquivo.

Já os espaços de convivência, tanto internos quanto externos, servem para encontro e troca de experiências entre todos os presentes no CAPS, devendo permitir a prática de ações diversas, como reuniões e oficinas. (BRASIL, 2015a).

Figura 8: Área externa de convivência



Fonte: Acervo próprio, 2022

A figura 8 é uma pequena área externa que tem seu uso destinado a terapias ocupacionais e ao lazer dos usuários do CAPS, que necessita de mais espaço.

No geral, a visita técnica serviu para entender as necessidades, a organização e o funcionamento do CAPS, possibilitando um projeto preciso, que atenda as demandas municipais e principalmente dos usuários.

3.2 – REFERÊNCIA PROJETUAL

Centro Psiquiátrico Friedrichshafen

- Projeto de Arquitetura: Hauber Staudt Architekten
- Localização do projeto: Friedrichshafen, Alemanha
- Ano do projeto: 2011

Dois fatores principais afastam o Hospital Psiquiátrico Friedrichshafen da proposta do CAPS I em Itaocara. O primeiro é o fato de ser um hospital psiquiátrico, que é um tipo de instituição que está sendo, aqui no Brasil, substituída pelos próprios CAPS. O segundo fator é

a existência de mais um pavimento no Hospital Psiquiátrico em questão, porém não atrapalha a análise já que por estar implantado em um terreno em desnível, dois dos pavimentos tem acesso aos pátios externos.

Figura 9: Centro Psiquiátrico Friedrichshafen



Fonte: ARCHDAILY, 2014

Figura 10: Fachada interna favorece a integração entre interior e exterior



Fonte: ARCHDAILY, 2014

O centro psiquiátrico é um anexo ao hospital de Friedrichshafen, construído na década de 1960, mas o projeto foi pensado para dar a sensação de relaxamento aos pacientes, portanto, procura fugir da imagem institucionalizada relacionada aos hospitais. Um exemplo dessa preocupação, foi a utilização de concreto aparente e madeira no refeitório, para que os usuários não remetesse o espaço a um ambiente hospitalar, mas sim, em espaço mais acolhedor e confortável, como na figura 11.

Figura 11: Refeitório do Centro Psiquiátrico Friedrichshafen



Fonte: ARCHDAILY, 2014

Outro motivo para escolha desse projeto como referência é o fato de que o projeto foi pensado em razão do pátio e dos jardins, fazendo com que os corredores envidraçados aproveitassem a iluminação natural e integrassem de forma sutil o interior com o exterior.

Figura 12: Iluminação natural e integração proporcionada pelos corredores



Fonte: ARCHDAILY, 2014

As amplas salas de terapia foram dispostas no primeiro pavimento para que pudessem aproveitar os recursos naturais, como iluminação e ventilação, e para que os espaços tivessem um acesso visual ao jardim interno através de panos de vidro, como aparece na figura 13. Essas salas de terapia também compartilham da mesma preocupação com uso de materiais que proporcionem aconchego.

Figura 13: Salas de terapia



Fonte: ARCHDAILY, 2014

Hospital Sarah Kubitschek Salvador

- Projeto de Arquitetura: João Figueiras Lima
- Localização: Salvador, Brasil
- Ano do projeto: 1991

Projetado por Lelé, arquiteto brasileiro referência em eficiência em conforto ambiental, o Hospital Sarah Salvador está entre os primeiros projetos para rede Sarah, apresentando propostas em relação ao conforto ambiental que foram desenvolvidas para os projetos seguintes.

A principal característica que definiu o Hospital Sarah Kubitschek Salvador é a horizontalidade da construção, como é possível analisar pela figura 14.

Figura 14: Implantação do Hospital Sarah Kubitschek Salvador



Fonte: ARCHDAILY, 2012

Essa característica de horizontalidade é ideal para projeto do CAPS, já que o público alvo, os portadores de transtornos mentais, são beneficiadas pelo desenvolvimento de uma construção com um percurso facilitado, além de oferecer mais segurança, por não ter riscos oferecidos por um segundo pavimento. Analisando os corredores do Hospital estudado, percebe-se um recurso utilizado por Lelé, que é o uso de recortes nas lajes para favorecer a ventilação e iluminação natural, além de possibilitar a implantação de jardins internos, voltando a questão da relação entre o ambiente hospitalar e a natureza, o que torna os percursos pelos corredores do hospital em caminhos menos tensos para os pacientes.

Figura 15: Jardins internos do Hospital Sarah Kubitschek Salvador



Fonte: ARCHDAILY, 2012

Além de favorecer a segurança e os percursos dos usuários do edifício, a horizontalidade aplicada as construções hospitalares também pode favorecer a criação de diferentes volumes na cobertura, de acordo com a necessidade de captar tanto a ventilação natural, como iluminação.

Sendo a ventilação natural um dos principais aspectos dos hospitais da rede Sarah, os sheds desenvolvidos por Lelé permitem o aproveitamento desse recurso de forma eficiente e prática. Lelé separou o fechamento dos sheds em dois módulos verticais de esquadrias, sendo o inferior uma veneziana metálica, e o superior, uma basculante de eixo horizontal de vidro. Para os casos de ambientes que necessitam de uma maior vedação, o arquiteto projetou os dois módulos com basculantes de vidro, para que mesmo sem a ventilação natural, a iluminação natural seja mantida, como é apresentado na figura 16.

Figura 16: Fechamento dos Sheds



Fonte: ARCHDAILY, 2012

Outro recuso marcante usado por Lelé é a relação íntima que criou entre os ambientes internos do hospital com os jardins externos que rodeiam o edifício. A utilização de panos de vidro permite que os jardins adentrem a construção e faz com que a volumetria se integre a natureza.

Figura 17: Integração do edifício com a natureza externa



Fonte: ARCHDAILY, 2012

Figura 18: Relação íntima criada entre ambientes internos e os jardins externos



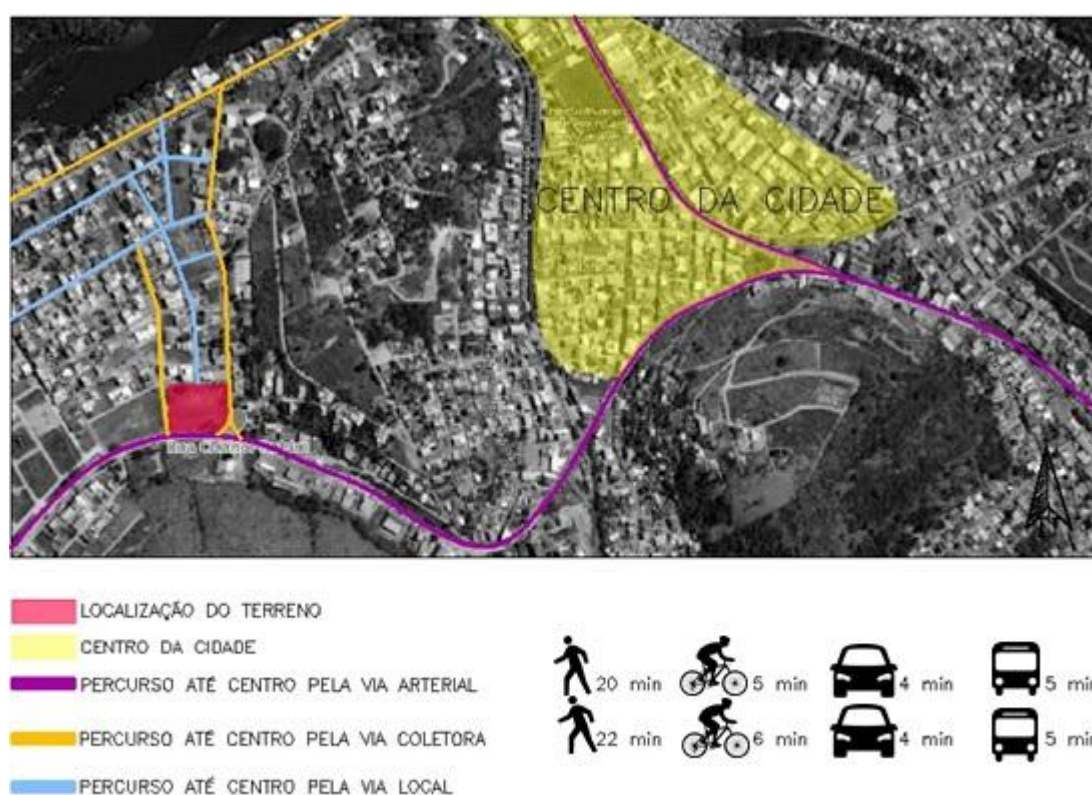
Fonte: ARCHDAILY, 2012

4 - TERRENO

O terreno que foi escolhido para o desenvolvimento do projeto fica localizado no município de Itaocara-RJ, na Rua Circanor Rubin, Bairro Jardim D’Aldeia.

Apesar de ficar localizado em uma esquina, o acesso ao Caps não fica comprometido, já que a Avenida Waldevino Nilo de Faria e a Rua Cicanor Rubim, são os acessos diretos as principais vias de locomoção de Itaocara.

Figura 19: Localização do terreno



Fonte: Google Earth 2022 – imagem modificada pelo autor

A principal questão que ajudou na escolha do terreno é um dos principais preceitos dos Caps é integrar ao tratamento de cada paciente o convívio em sociedade, desenvolvendo a possibilidade de os indivíduos desenvolverem suas vidas sociais, levando a experiência dos Caps para fora de suas paredes.

Desta forma, foram visadas áreas de predominância residencial, para o novo Caps consiga cumprir sua função social, atendendo de forma eficaz o seu entorno, tirando máximo proveito de sua instalação.

FIGURA 20: Uso do solo em um raio de 900m



FONTE: Google Maps, 2022 (imagem modificada pelo autor)

Como mostra a figura acima o CAPS I será implantado em uma área de predominância residencial, já que um dos principais intuitos do projeto é usar desse equipamento público para atender a demanda municipal de forma eficaz, e fazer com que o paciente interaja ao máximo com a sociedade ao redor.

Além do uso residencial e da utilização de alguns pontos para comércio, no entorno também há a presença de um edifício institucional, o colégio Sei, um equipamento de saúde, Policlínica Municipal de Itaocara, o Posto de gasolina Tangará e o Hotel Alteza.

FIGURA 21: Pontos Nodais em um raio de 900m

FONTE: Google Maps, 2022 (imagem modificada pelo autor)

A figura 22 mostra como o entorno imediato do terreno é composto principalmente por residências de 1 ou 2 pavimentos. Algumas dessas casas de dois pavimentos são de uso misto, então é possível encontrar pequenos comércios locais espalhados pelo entorno.

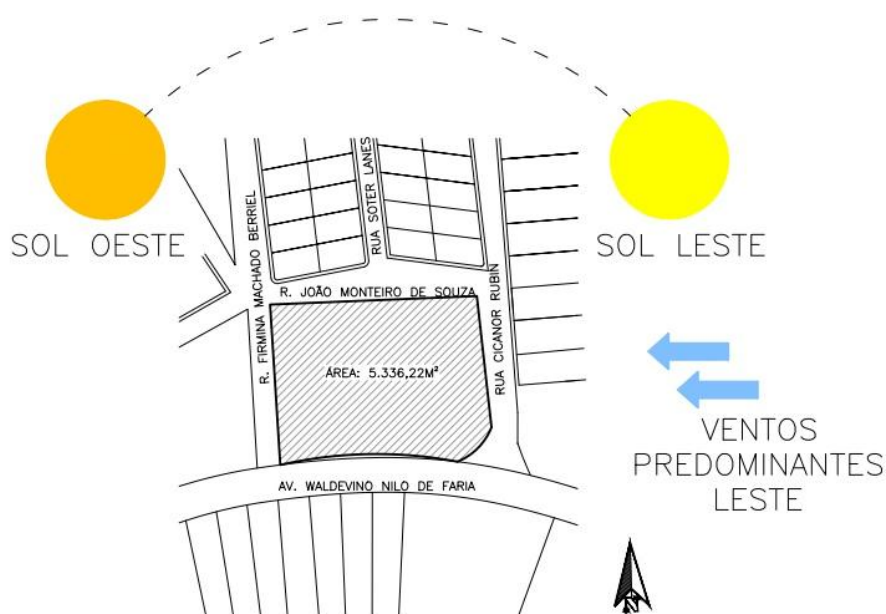
FIGURA 22: Gabarito em um raio de 500m

FONTE: Google Maps, 2022 (imagem modificada pelo autor)

Tendo um dos seus acessos abertos para Av. Waldevino Nilo de Faria, os ruídos vem basicamente da própria avenida, já que conforme análise do entorno, o terreno é cercado por residências e não há algum estabelecimento que possa produzir ruídos significativos. Portanto, a principal fonte de ruído destacada nessa parte do estudo que necessita de atenção projetual, são os ruídos vindo do trânsito da Avenida.

Em relação ao vento, o sentido predominante de Itaocara-RJ é o Leste, conforme ilustrado na figura 23.

FIGURA 23: Aspectos Climáticos



FONTE: Google Maps, 2022 (imagem modificada pelo autor)

Outra característica física do terreno que foi observada foi a quase ausência total de irregularidade em sua topografia, sendo essa uma das principais características dessa área do território da cidade.

Já em relação a vegetação existente, foi possível observar pela visita ao terreno a presença de algumas árvores de médio porte espalhadas pela área, além da presença de vegetação rasteira.

FIGURA 24: Fotos do terreno

Fonte: Google Earth 2022 – imagem modificada pelo autor

5 – LEGISLAÇÃO

Como foi apresentada na Lei nº104, de 11 de junho de 1984 - Código de Obras de Itaocara-RJ:

Dos afastamentos: art 47 – Todos os prédios construídos ou reconstruídos dentro do perímetro urbano deverão obedecer a um afastamento mínimo de 3,00 m em relação a via pública.

Da altura das edificações: art 51 – O gabarito máximo de altura recomendável das edificações não deverá ultrapassar a 5 (cinco) pavimentos, ou seja, um andar térreo e quatro andares a este proposto.

Vale ressaltar que no município não existem normativas legais para enquadramento da edificação proposta, não possui zoneamento e o Plano Direto encontra-se desatualizado transitando por uma revisão.

De acordo com a portaria nº336, de 19 de fevereiro de 2002 o Ministério da Saúde estabelece “que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar”.

Diz ainda, que “os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria”.

6 – PROGRAMA DE NECESSIDADES

Considerando os objetivos dos CAPS e as práticas a serem desenvolvidas, os espaços do CAPS assumem fundamental relevância: trata-se de projetar serviços públicos de saúde, substitutivos ao modelo asilar, de referência nos territórios, comunitários, de livre acesso, e local de trocas sociais. Em síntese: serviços de atenção psicossocial do SUS, espaços de cuidar e apoiar pessoas com experiências do sofrimento e, ao mesmo tempo, espaço social no sentido de produção de projetos de vida e de exercício de direitos, e de ampliação do poder de contratualidade social. (Ministério da Saúde, Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial – 2013).

O Ministério da Saúde exige ambiente e dimensões mínimas para os Caps. Assim o quadro abaixo apresenta esses dados referentes aos projetos de Caps I, que é o foco desse estudo.

QUADRO I – Ambientes obrigatórios para Caps segundo o MS:

PROGRAMA DE NECESSIDADES				
	AMBIENTE	QTDE. MÍN	ÁREA UNIT.MÍNIMA(M²)	ÁREA TOTAL (M²)
CONVIVÊNCIA	Recepção (espaço de acolhimento)	1	30	30
	Espaço de convivência (Área de estar para paciente interno, acompanhante de	1	65	65

	paciente e visitantes.			
	Área externa de convivência	1	75	75
	Refeitório	1	60	60
	Copa (cozinha)	1	16	16
ATENDIMENTO	Sala de atendimento individualizado	3	9	27
	Sala de atividades coletivas	2	24	48
	Sala de aplicação de medicamentos	1	5	5
	Posto de enfermagem	1	6	6
ACOLHIMENTO	Quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com 02 camas)	1	9	9
	Banheiro anexo aos quartos de acolhimento	1	3,6	3,6
ADMINISTRATIVO	Sala Administrativa	1	22	22
	Sala de Reunião	1	20	20
	Almoxarifado	1	5	5
	Arquivo (Sala para Arquivos)	1	5	5
	Banheiro com vestiário para funcionários	2	12	24
	Banheiro com chuveiro e com	2	4,8	9,6

APOIO	sanitário (PCR)			
	Depósito de material de limpeza (DML)	1	2	2
	Rouparia	1	4	4
	Abrigo de recipientes de resíduos (lixo)	1	4	4
	Abrigo externo de resíduos sólidos	1	4	4
	Área externa para embarque e desembarque de ambulância	1	21	21
	ÁREA TOTAL (INTERNA DOS AMBIENTES)			365,2
	ÁREA TOTAL + ÁREA DE CIRCULAÇÃO (20% ÁREA TOTAL)			438,2
	ÁREA TOTAL (INTERNA + EXTERNA)			534,24

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como principal proposta a criação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Itaocara.

O tema proposto mostra-se relevante quando é percebido o processo pelo qual a cidade de Itaocara está passando, onde a política de desinstitucionalização e redução de leitos aos poucos vem sendo cumprida, mas não há estrutura para atender os PTM que utilizam desses espaços. Percebe-se que a luta contra a visão higienista e contra o resgate de elementos manicomiais ainda se faz necessária. Portanto, este trabalho torna-se mais que um item obrigatório para a conclusão de uma graduação, mas uma ferramenta de pesquisa e de auxílio para que a luta antimanicomial permaneça forte.

A metodologia utilizada nesse trabalho, como estudos bibliográficos e a pesquisa de campo, foram extremamente úteis para o entendimento das funções do CAPS e de como o espaço físico quando desenvolvido pensando no bem estar dos usuários, podem trazer benefícios tanto para os pacientes, quanto para os trabalhadores da saúde.

Por fim, o trabalho busca apresentar soluções para o beneficiamento da relação entre o interior e o exterior, além de propor ambientes humanizados e pensados para o bem-estar de todos os usuários do CAPS, mostrando os benefícios que a desassociação da imagem institucionalizada pode proporcionar aos espaços de saúde mental.

8 – OBRAS CONSULTADAS

ANDREASEN, Nancy C. *Admirável cérebro novo: vencendo a doença mental na era do genoma*. Trad. Ronaldo Catalo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2005

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Diretrizes para um modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil. 2006.

AMARANTE, Paulo (Org.). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, 136p.

BRASIL, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde/Coordenação de Saúde Mental, 1994. *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília – DF.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Dados em Saúde Mental*. 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=925. Acessado em 22/11/2021

BRASIL, Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: a clínica ampliada*. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf . Acessado em 15/10/2022

BRASIL, Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 09-37, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Dados em Saúde Mental*. 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=925.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde manual de estrutura física dos Centros de atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios 2013.

CASTEL, Robert; tradução de Maria Thereza Costa Albuquerque. *A Ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo*. G, 2. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

COSTA, Augusto César. F. *Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Coordenador do Programa de Saúde Mental – NESP/CEAM/UnB. Disponível em: <http://www.saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/html/a10.htm.2003>. Acessado em 10/09/2021.

CAPLAN, G. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar; 1980

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999, 168p.

FONTES, M.P.Z *Imagens da Arquitetura da Saúde Mental: Um Estudo sobre a requalificação dos Espaços da Casa do Sol...* 2003. Dissertação Mestrado em Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2003.

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

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Org. e trad. De Roberto Machado. Rio de Janeiro : GRAAL, 1979 (Biblioteca de filosofia e história das ciências, nº7).

FILHO, João Ferreira Silva. *A medicina, a psiquiatria e a doença mental*. In: Tundi, Silvério; Costa, Nilson do Rosário. *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7. ed. Petrópolis; Vozes, 2001

GASPARETTO, Marco. *A História da Loucura*. 2008. Disponível em: <http://med9jf.files.wordpress.com/2008/08/-historia.doc>. Acessado em 09/10/2021.

GOFFMAN, Erning *Manicômios, prisões e conventos/ Asylums Essays on the social situation of mental patients and other inmates*/Trad.por Dante Moreira Leite. São Paulo, Perspectiva, 1974 315p.

ITAOCARA, RJ. Secretaria Municipal de Saúde. *Treinamento para médicos e outros profissionais da saúde em saúde mental*. Itaocara, RJ, 2001.

MACEDO, Camila Freire. *A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil*. 2006. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8246>. Acessado em 11/10/2009.

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

RESENDE, Heitor. *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. In: Tundis, Silvério Almeida e Costa, Nilson do Rosário. *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. 7 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.288p. cap I, p.15-74

ROTELLI, Franco. *O trabalho de Saúde Mental no território*. IN Kalil, E. (org). *Saúde Mental e Cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde*. São Paulo-Salvador. 1992. P.75-80

SABBATINI; Renato M.E. *Revista eletrônica de divulgação científica em eurociência. Número 4. Dezembro 1997 – Fevereiro 1998.* Disponível em <http://www.cerebromente.org.br/home.ttm>. Acessado em 20/09/2021.

PADOVANI, Nathali Matins, Manual Prático de arquitetura e urbanismo para Centro de Atenção Psicossocial, 2013.

VIECELI, A.P Lugares de Loucura: Arquitetura e Cidade no encontro com a diferença, 2014. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Programa de Pós Graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.