

FACULDADE REDENTOR

GISELLE MEDEIROS MAZORCHE

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II DE MURIAÉ:
CAPS II MURIAÉ**

Itaperuna
2016

GISELLE MEDEIROS MAZORCHE

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
CAPS II MURIAÉ**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao curso de Arquitetura e Urbanismo da
Faculdade Redentor como requisito parcial
para obtenção do título de bacharel.

Orientadora: Daniele Ruas

Itaperuna
2016

RESUMO

A saúde mental e o tratamento adequado para os portadores de transtornos psicológicos são assuntos que vêm sendo discutidos desde o início do século XIX no Brasil. Muitas mudanças foram propostas ao longo dos anos e a partir delas novos hospitais psiquiátricos surgiram no país, voltados para um tipo de tratamento humanitário, com abertura para a comunidade e propondo a inserção social. Mesmo após a Reforma Psiquiátrica e o movimento antimanicomial de meados da década de 1970 os resultados não foram positivos, foram desativados aproximadamente 90 mil leitos criando um déficit em alternativas de tratamento e atendimento a todos os doentes mentais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), apenas uma pequena porção da população portadora dos transtornos mentais possui acesso ao devido tratamento. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma instituição de referência e também de tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e outros quadros que por sua gravidade justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidados intensivos, comunitários, individualizado e promotor de vida. O presente trabalho propõe a criação de uma unidade para o CAPS II na cidade de Muriaé, Minas Gerais. Objetivando atender e suprir a necessidade identificada no local, onde os portadores de transtornos mentais têm carência de espaço para o tratamento adequado. Esse trabalho sintetiza a história de Muriaé e dos manicômios, demonstra a evolução dos espaços psiquiátricos e através de análises gráficas do terreno escolhido e de referências pertinentes ao tema viabiliza a proposta projetual.

Palavras-chave: Saúde mental. Reforma Psiquiátrica. Centro de Atenção Psicossocial.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização de Muriaé em Minas Gerais.	11
Figura 2: Interno vestindo trapos.....	15
Figura 3: Templo de Epidauro dedicado ao Deus Asclépio.....	18
Figura 4: Portal do Templo de Epidauro.....	18
Figura 5: Domus Dei, Royal Garrison Church	19
Figura 6: Antigo Hospital fundado pelos Reis católicos.....	20
Figura 7: Ospedale Maggiore de Milão.....	20
Figura 8: Hospital dos inválidos, 1670.....	21
Figura 9: Middlesex Hospital	22
Figura 10: Manicômio Bethlem Royal.....	23
Figura 11: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais	26
Figura 12: Mapa de localização do terreno	27
Figura 13: Vista frontal do terreno	27
Figura 14: Identifica raio de 300m	28
Figura 15: Mapa livre e construído	31
Figura 16: Mapa usos e funções	32
Figura 17: Mapa condicionantes naturais.....	34
Figura 18: Mapa gabarito	36
Figura 19: Mapa hierarquia viária.....	38
Figura 20: Mapa topografia	39
Figura 21: CAPS II Centro.....	40
Figura 22: Planta esquemática.....	42
Figura 23: Enfermaria e arquivo	43
Figura 24: Enfermaria e arquivo	43
Figura 25: Oficina e refeitório	44
Figura 26: Oficina e refeitório	44
Figura 27: Recepção e sala de espera.....	45
Figura 28: Consultório psicológico e terapeuta	45
Figura 29: Banheiro funcionário	46
Figura 30: CAPS AD Bico Doce	46
Figura 31: Mapa de localização da Clínica da Gávea	49
Figura 32: Fachada recepção.....	50
Figura 33: Área externa.....	50
Figura 34: Área externa.....	50
Figura 35: Quiosque para apresentações	51
Figura 36: Quadra esportiva.....	51
Figura 37: Consultório	52
Figura 38: Consultório	52
Figura 39: Área que possui restrição.....	53
Figura 40: Área que possui restrição.....	53
Figura 41: Área destinada aos idosos	53
Figura 42: Acessibilidade	54
Figura 43: Entrada de serviço	54
Figura 44: Área destinada a serviços/entrada de serviços.....	54
Figura 45: Composteira.....	55

Figura 46: Macrozonemaneto urbano	56
Figura 47: Hospital Psiquiátrico Kronstad.....	59
Figura 48: Localização	59
Figura 49: Planta baixa pavimento térreo.....	60
Figura 50: Planta baixa segundo pavimento	60
Figura 51: Corte	61
Figura 52: Corte	61
Figura 53: Entrada principal - Estação de trem	62
Figura 54: Praça externa.....	62
Figura 55: Espaço externo	63
Figura 56: Fechamento em vidro.....	63
Figura 57: Fechamento em vidro.....	64
Figura 58: Predominância de linhas retas e formas retangulares	64
Figura 59: Centro Psiquiátrico Friedrichshafen	64
Figura 60: Localização	65
Figura 61: Planta baixa térreo	65
Figura 62: Planta baixa.....	65
Figura 63: Planta segundo pavimento	66
Figura 64: Corredor com fechamento em vidro	67
Figura 65: Predominância de linhas retas e formas retangulares	67
Figura 66: Predominância de linhas retas	68
Figura 67: Aarhus Arkitekterne	69
Figura 68: Aarhus Arkitekterne.....	69
Figura 69: Casa San Juan.....	71
Figura 70: Maison Du Batiment D´Aquitaine	72

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. JUSTIFICATIVA.....	09
3. HISTÓRICO.....	10
3.1. Sobre o município de Muriaé.....	10
3.2. História geral da loucura.....	12
3.3. A arquitetura dos espaços psiquiátricos.....	17
3.4. O manicômio de Bethlem Royal.....	22
3.5. O Hospital Colônia de Barbacena e a Reforma Psiquiátrica.....	24
4. ASPECTOS FISIAGRÁFICOS.....	27
5. MAPAS ANALÍTICOS.....	28
5.1. Pontos nodais/marcos.....	29
5.2. Livre e construído.....	31
5.3. Usos e funções.....	32
5.4. Condicionantes naturais.....	34
5.5. Gabarito.....	36
5.6. Hierarquia viária.....	38
5.7. Topografia.....	39
6. VISITAS TÉCNICAS.....	40
6.1. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II).....	40
6.2. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD).....	46
6.3. Clínica da Gávea.....	49
7. LEGISLAÇÃO.....	56
8. REFERÊNCIAS PROJETUAIS ESPECÍFICAS.....	59
8.1. Hospital Psiquiátrico Kronstad/Origo Arkitektgruppe.....	59
8.2. Centro Psiquiátrico Friedrichshafen/ Huber Staudt Architekten.....	64
8.3. Comparativo entre as referências.....	68
9. REFERÊNCIAS PROJETUAIS GERAIS.....	70
10. PROGRAMA MÍNIMO DE NECESSIDADES.....	73
11. REFERÊNCIAS.....	77

1. INTRODUÇÃO

A história do tratamento psiquiátrico teve sua trajetória iniciada no século XVII com o esvaziamento dos leprosários que eram lugares construídos fora das cidades para o isolamento dos leprosos. Com o início da extinção desta doença, essas construções começaram a ser abandonadas sem nenhuma utilidade, quando então, se tornaram abrigo de diversos excluídos da sociedade, dentre eles, os doentes mentais.

No século XVIII a preocupação com o ser humano e a maneira como esses eram tratados passou a ser um ponto relevante na história, quando estudiosos de grande renome e importância se dedicavam a criar uma nova teoria para o tratamento, se sensibilizando com os doentes. O pai da psiquiatria, Philippe Pinel, foi defensor do movimento que retirou as algemas e as grades dos manicômios. Também houveram outras consideráveis mudanças, quando Jean-Étienne Esquirol elevou pela primeira vez os alienados à condição de homens e defendeu um tratamento moral da loucura amparado por uma maior participação do médico, quando Sigmundo Freud propôs que o ato de ouvir o doente mental não se afastasse da constante prática cotidiana do tratamento, quando Franco Basaglia acabou com as medidas institucionais de repressão e criou condições para reuniões entre médicos e pacientes, e também quando Willian Tuke passou a acreditar que o repouso, o ar fresco e a exposição à natureza tinham valor terapêutico, estabelecendo com o paciente uma relação tranquila, semelhante com o meio familiar.

No século XIX o tratamento dos pacientes deixou de ser um tratamento moral e passou a ser basicamente um tratamento físico, semelhante à tortura, que buscava retirar os doentes mentais do estado de alienação. A corrente organicista acreditava que a doença mental era originária de uma lesão no cérebro, e que tanto o tratamento moral como o físico eram convenientes, e faziam parte do estudo das doenças promovido pelos médicos da época. O poder conferido a esses médicos foi o desencadeador do que mais tarde seria conhecido como o movimento antimanicomial.

Já o último século foi marcado por uma contribuição das ciências humanas e sociais no tratamento e entendimento da loucura. Nesse período foram fundadas as primeiras comunidades terapêuticas, quando a exclusão do convívio social deixou de ser como uma prática adequada aos portadores de deficiência mental. Ainda assim,

existiam hospitais que utilizavam tratamentos cruéis, por isso, na Itália foram promulgadas leis que previam a extinção de todos os hospitais psiquiátricos do país.

As correntes humanistas bem como o movimento antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, deram força para a extinção de inúmeros hospitais psiquiátricos no Brasil, justificadas pela utilização de meios não adequados e mascarando outros diversos problemas que eles possuíam. A falta de acompanhamento e de assistência para os pacientes portadores de transtornos psicológicos vem se apresentando como um déficit no nosso país.

Esse projeto surge da real necessidade do Brasil e também do município de Muriaé, haja vista que o Brasil tem oferecido um número insuficiente de locais que detenham tratamentos adequados. Com base na portaria nº 1101/GM de 12 de junho de 2002, para cada 1000 (mil) habitantes deveria ser ofertado um total de 0,45 leitos, e o Brasil possui aproximadamente 30 (trinta) mil leitos para toda sua população estimada em 204.450.649 habitantes (estimativa IBGE 28 de agosto de 2015).

A unidade Centro de Atenção Psicossocial II de Muriaé, Minas Gerais, visa a reinserção dos pacientes na sociedade, ofertando convívio social, trabalho e momentos de lazer entre os internos, monitorando os casos mais graves e promovendo tratamento adequado, bem como evoluindo os casos mais simples para tratamento com pequenos grupos de pacientes.

2. JUSTIFICATIVA

Segundo o Ministério da Saúde, é função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos e promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais.

Em Muriaé-MG existe uma unidade do CAPS II que além de atender aos pacientes do município, faz também o atendimento aos pacientes dos distritos vizinhos abrangendo Belisário, Boa-Família, Bom Jesus da Cachoeira, Itamuri, Macuco, Pirapanema e Vermelho (Secretaria de Saúde, 2016).

Esse tem seu funcionamento em um lugar adaptado, não projetado para essa finalidade, não satisfaz as necessidades do programa, tendo em vista que possui 940 pacientes cadastrados e não atende a todos (CAPS II Muriaé, 2016).

Os atendimentos com médico e psicólogo são de no máximo 8 (oito) pessoas por dia pois não há salas nem profissionais disponíveis para aumentar essa demanda (CAPS II Muriaé, 2016). Aproximadamente 20 (vinte) pacientes frequentam a oficina por dia, pois o espaço não comporta mais do que esse quantitativo (CAPS II Muriaé, 2016).

A implantação desse Centro de Atenção Psicossocial II em Muriaé é uma alternativa para priorizar o atendimento com a devida qualidade a todos, visando à integração e a inserção deles na sociedade, e o auxílio aos seus familiares. Entendendo que a eficácia no tratamento, bem como nas condições do local onde os pacientes estão sendo tratados, são elementos de suma importância na melhora dos portadores de deficiência mentais.

3. HISTÓRICO

3.1. Sobre o município de Muriaé

A cidade de Muriaé teve o início de sua povoação quando Gonçalo Gomes Barreto, a pedido de Guido Thomas Marlière, enviou a expedição Constantino José Pinto até a região dos ribeirões “Sargento João do Monte” e “Robinson Crusoé”, que fazem parte da formação do Rio Muriaé.

Dessa expedição nasceu a povoação de São Paulo do Manoel Burgo, que mais tarde deu origem ao que hoje conhecemos como município de Muriaé.

Os primeiros habitantes dessa região foram os índios Purís. Oriundos do sul do estado do Espírito Santo e do norte do estado do Rio de Janeiro, esses índios estavam fugidos dos portugueses, sem uma delimitação de aldeia e dispersos pelas matas da região.

Apesar de povoada por índios, essa área era uma zona pouco explorada e conhecida, chamada de “área proibida”, pois não era permitida sua exploração, e foi Luiz da Cunha Meneses, o então governador da época, que ordenou a exploração da área.

Foi o sargento Pedro Galvão de São Martinho o incumbido de estudar a região e propor uma maneira eficiente de povoá-la, desbravando matas e enfrentando o perigo até que conseguisse domesticar o local.

A cidade teve outros nomes até que se chegasse ao termo Muriaé, como é conhecida atualmente. Em 3 de setembro de 1819 o povoado era solenemente conhecido como “São Paulo do Manoel Burgo”, já em 1841 por Lei provincial foi estabelecido que o município seria “São Paulo do Muriahé” e mais tarde, em 1855 pela Lei nº 724 ficou determinado que seria “Vila de São Paulo do Muriahé”. No ano de 1865, por determinação do Deputado Provincial, Francisco de Assis Martins da Costa, a Vila foi elevada à categoria de Cidade, mantendo o mesmo nome, que no ano de 1923 foi substituído somente por “Muriaé”, como é conhecida nos dias de hoje (Fundarte Site, 2016).

O marco inicial ligado ao município tem suas primeiras referências na segunda metade do século XIX, com a chegada de Constantino José Pinto, juntamente com uma expedição de 40 homens, que incluía, portugueses, brasileiros e os índios mansos, que desceram pelo Rio Pomba e atingiram o Rio Muriaé, abarcando junto a uma cachoeira que hoje é conhecida como “Largo do Rosário” (Fundarte Site, 2016).

O ano de 1819 foi marcado pela construção da Capela do Rosário e pelo início da atividade econômica na cidade, que estava de início ligada a extração da madeira, e principalmente às plantas medicinais, além da constante busca pelas raízes de “ipecacuanha, denominada vulgarmente “poira” (Fundarte Site, 2016).

Já no final do século XIX, o município de Muriaé já era um grande produtor de café e seu progresso na monocultura cafeeira deu um importante passo com a construção da Estação Estrada de Ferro Leopoldina, que ligava Muriaé diretamente à capital da República, que na época era o Rio de Janeiro (Fundarte Site, 2016).

Atualmente, o município de Muriaé está situado na região da Zona da Mata Mineira, inserido na bacia do rio Paraíba do Sul, com uma população de 107.263 habitantes (IBGE, 2015), sendo considerado o 29º mais populoso do estado de Minas Gerais e o 3º da Zona da Mata (Fundarte Site, 2016).



Figura 1: Localização de Muriaé em Minas Gerais. Fonte: Fundarte Site, 2016.

Com uma área geográfica de 841,693 km², distribuídos entre o município de Muriaé e seus sete distritos, sendo eles: Belisário, Boa Família, Bom Jesus da Cachoeira, Itamuri, Macuco, Pirapanema e Vermelho.

A região é bastante influenciada economicamente pela indústria e o crescimento comercial a ela adjacente. A maior parte do produto interno bruto de Muriaé é relativo ao setor terciário, setor esse que dá à cidade uma boa infraestrutura de serviços.

As indústrias também são de grande importância para a cidade, principalmente a indústria da moda. O município é o 4º maior polo têxtil do estado de Minas Gerais, e também na confecção de artigos do vestuário e acessórios.

Muriaé também se destaca no polo educacional, sendo dotada de uma extensa rede de ensino. O ensino superior se destaca pela qualidade dos seus cursos e pela variedade ofertada, que atrai alunos de outras cidades da região.

3.2. História geral da loucura

A relação da sociedade com a loucura não é algo atual, ela vem desde o período do Renascimento quando se tornou conhecida por sua ligação com o Sagrado.

Nesse período surgiu o mito dos Argonautas, que conta a história dos tripulantes da 'Nau Argo'. Esses navegantes viajavam a procura de riqueza, ou de suas próprias verdades e destinos, por isso não sabiam onde iam e não se preocupavam com isso. Dentre as famosas navegações a "Nau dos Príncipes e das Batalhas da Nobreza" (1502) e a "Nau das Damas Virtuosas" (1503) foram as duas principais.

A *Narrenschiff*, que era considerada a Nau dos Loucos, viajava sem destino, carregando os doentes alienados, levando sua carga para alto-mar ou aportando com eles em cidades diferentes daquelas de origem. Não se sabe bem, se essa navegação partia com os loucos em busca de uma cura milagrosa, pois naquela época não se acreditava na cura para a loucura, ou se era com intenção de livrar as cidades deles.

Como os navios aportavam com tripulantes loucos em outras cidades e deixavam lá seus passageiros, as pessoas começaram a relacionar o mar com a loucura, surgindo a crença de que as pessoas ficavam loucas em alto-mar, pela falta de estabilidade causada pelas ondas.

Depois de certo tempo, cada cidade se tornou responsável pelos cuidados com seus loucos, trancafiando os mesmos junto a criminosos nas prisões, sem nenhum tipo de tratamento adequado.

No período Clássico, a loucura se equiparava a desrazão e somente na era da Modernidade ficou conhecida como a “doença mental”, após percorrer diversas formas de tratamento (Centro Cultural Ministério da Saúde Site, 2016).

O mesmo ocorreu com a denominação das instituições, cujo o fim era abrigar e dar assistência aos “loucos”, passando de “asilo”, para “*madhouse*” (hospício), “hospício”, “manicômio” e atualmente “clínica psiquiátrica”.

A retirada do convívio social data do século XV, quando foram criados os hospícios europeus, após a ocupação árabe da região da Espanha. Segundo Foucault (2012), essa prática também tem origem na cultura árabe.

Os hospícios eram alas dos hospitais gerais onde cuidavam dos doentes que não possuíam condição de tratar em outros hospitais. Dessa forma, as pessoas que cuidavam dos loucos nesses locais não tinham qualquer formação ou treinamento em se tratando da psiquiatria e por esse motivo, o tratamento recebido não era o adequado.

Segundo Nogueira (2005, p. 36)

Era comum encontrar nas edificações quartos estreitos com pouca circulação de ar, ausência de luz e excessiva umidade. O leito era um tablado preso à parede ou feito de palha espalhada no próprio piso. Este se tornava um depósito de urina e fezes, produzindo um odor insuportável. Normalmente se utilizava uma pedra, como parte do mobiliário, à qual o louco poderia ficar acorrentado. Em uma espécie de concha cavada na própria pedra era depositada a água. Na cela havia uma pequena abertura de comunicação por onde se passavam os alimentos. Também era comum a utilização de grades visando trancafiar os loucos nesses hospitais de exclusão. (2005, p. 36)

O termo manicômio, bastante conhecido, surgiu a partir do século XIX (Com Ciência Site, 2016) e foi a designação utilizada para denominar o que seria um hospital para tratamento psiquiátrico sistemático e especializado, interligado com a prática de retirar os doentes mentais do convívio social e familiar, internando-os. Esse foi um marco na história da loucura, pois os pacientes são tratados como doentes e a loucura é vista como uma doença.

Neste mesmo século, foram construídos diversos hospitais e o primeiro hospício brasileiro, o Hospital Pedro II, foi instituído no ano de 1841. O maior hospício da época se localizava em Paris e era abrigo de aproximadamente 400 mulheres, se tornando o maior hospital psiquiátrico da França, conhecido como “pequeno arsenal”. No local eram depositadas mulheres incuráveis, os mendigos, as pessoas velhas e caducas, epiléticas, os vagabundos e até mesmo filhas incorrigíveis (NOGUEIRA, 2005).

Em paralelo com a história da loucura caminha a história dos hospitais. Na Revolução Francesa as ideias marcadas pela liberdade igualdade e fraternidade influenciaram a atitude de Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria e um dos responsáveis pela clínica médica moderna, ao decidir desacorrentar os loucos, propiciando-lhes uma liberdade de movimentação considerada terapêutica (Centro Cultural Ministério da Saúde Site, 2016).

Aos poucos a hospitalização dos pacientes em tratamento ganhou um novo rumo, surgindo duas vertentes com relação ao trato dos pacientes e à origem de seus males (Com Ciência Site, 2016). A primeira acredita no tratamento moral, com terapias afetivas como a principal base, regras de condutas, princípios e medidas para reeducar a mente. A segunda, baseada no tratamento físico, acredita que a loucura é um mal orgânico, uma lesão ou um mal funcionamento encefálico.

Ainda com toda mudança proposta por Pinel, o tratamento dado aos internos dos hospitais mantinha-se desumano, assemelhava-se mais às práticas de tortura do que às médico-científicas (Centro Cultural Ministério da Saúde Site, 2016).

Pinel decidira modificar o tratamento dado aos loucos, e, de acordo com Nogueira (2005, p. 44)

“(...) decidiu retirar as cordas, as correntes, as algemas, as correias que prendiam os loucos, e também intervir no espaço físico do manicômio, com preocupações rigorosamente médicas de diagnóstico e tratamento” (2005, p. 44)

O princípio de isolamento era fundamental na busca de proteção do paciente. Acreditava-se que as causas de alienação mental eram oriundas do meio social, e a hospitalização dos mesmos permitia a observação constante, além da descrição e da comparação dos casos, que possibilitava alguma classificação.

Mesmo existindo o tratamento moral, na maioria das vezes não dispensavam o tratamento físico, o que significava isolamento em quartos escuros, banhos de água fria, além do uso de aparelhos que faziam com que o paciente rodopiasse em macas ou cadeiras durante horas para que perdesse a consciência, práticas de sangria e uso de choque para que o paciente voltasse de seu estado de alienação (loucura).



Figura 2: Interno vestindo trapos. Fonte: Gaia Brasil Site, 2016

Segundo Foucault (p. 70)

Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o "mestre da loucura"; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de a ter sabiamente desencadeado. (p. 70)

Até meados do século XX as instituições destinadas ao tratamento dos portadores de deficiência mental permaneceram hegemônicas, utilizando-se basicamente da internação como meio de tratar os transtornos mentais. Com pacientes submetidos às regras rígidas e condições desumanas, se assemelhando aos campos de concentração, essas instituições começaram a receber muitas críticas e chamar a atenção da sociedade, viabilizando a possibilidade de reforma e de mudança (Centro Cultural Ministério da Saúde Site, 2016).

No final desse mesmo século, houveram diversas mudanças de pensamento no âmbito psiquiátrico, quando foram descobertos remédios psicoativos, quando foi inventada a eletroconvulsoterapia e a lobotomia. A eletroconvulsoterapia tinha por finalidade induzir um ataque epilético e assim diminuir os sintomas das outras doenças, e a lobotomia consistia em uma técnica de ruptura do ligamento dos lobos frontais com o resto do cérebro, sendo considerada um tratamento contra ansiedade e depressão. A última apesar de muito utilizada no tratamento psiquiátrico, apresentava um número exorbitante de insucesso, com a morte do paciente.

Nesse período, foram fundadas as primeiras comunidades terapêuticas. Elas surgiram quando Maxwell e Jones propuseram um novo modelo de internação, baseadas em um tratamento no âmbito familiar, quando as relações entre funcionários e pacientes foram modificadas, para que tudo lembrasse um ambiente familiar.

Dessa forma, também a família do paciente passou a ser incluída no tratamento do mesmo. O ambiente familiar era um possível gerador de conflitos e a comunidade terapêutica iria trabalhar o fortalecimento psíquico do paciente portador dos transtornos, para que ele resistisse ao confronto com a família, considerada o desequilíbrio racional e emocional do paciente (NOGUEIRA, 2005).

Esse novo modelo proposto não significou a implantação de um novo modelo arquitetônico e apesar de todo o caráter humanizado, alguns hospitais psiquiátricos ainda era palco de tratamentos desumanos.

Esses hospitais seguiam o modelo francês, normalmente de arquitetura monumental. Alguns historiadores explicavam como sendo fruto de uma caridade cristão visando minorar o sofrimento dos doentes, já outros acreditavam que a forma monumental era para esconder a loucura e a miséria, aumentando o sofrimento do sofredor (MIRANDA SÁ JR, 2007).

A percepção da exclusão do convívio social como uma prática no tratamento dos transtornos mentais não significava que o meio utilizado era o mais adequado e nem tampouco representava uma contribuição para as Ciências Humanas, no entanto, ela continuava a ser utilizada e direcionada a todos aqueles que não se encaixavam nos parâmetros sócias.

Compreender os efeitos de um modelo do passado é entender que ele não está totalmente, formalizado e é baseado no tratamento, em avanços farmacológicos, com diversas práticas clínicas e ainda fomenta muitos desafios para as políticas públicas, para as famílias e para as instituições responsáveis pelo tratamento do paciente.

3.3. A arquitetura dos espaços psiquiátricos

Ao longo dos anos, os espaços destinados ao tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais foram sofrendo alterações, influenciados pela religião, pela política, pelos filósofos e principalmente pela medicina.

Na Idade Antiga, período que se deu no ano 4.000 a.C. até a queda do Império Romano em 476 a.C., a loucura se relacionava através de duas correntes (Centro Cultural Ministério da Saúde Site, 2016), a primeira a considerava uma causa diretamente ligada às causas naturais e dessa forma, qualquer alteração ou desequilíbrio podia causar sequelas físicas ou psicológicas, que poderia desencadear na loucura; a segunda, ligava a insanidade à fatores sobrenaturais, de intervenção divina ou espiritual (Centro Cultural Ministério da Saúde Site, 2016).

Nessa época, não havia espaços apropriados destinados a esse tipo de tratamento, e os pacientes eram atendidos pelos médicos em casa, em lojas ou templos dedicados ao Deus Asclépio. Em qualquer desses lugares esperava-se encontrar a cura por magia ou com a ajuda da religião.

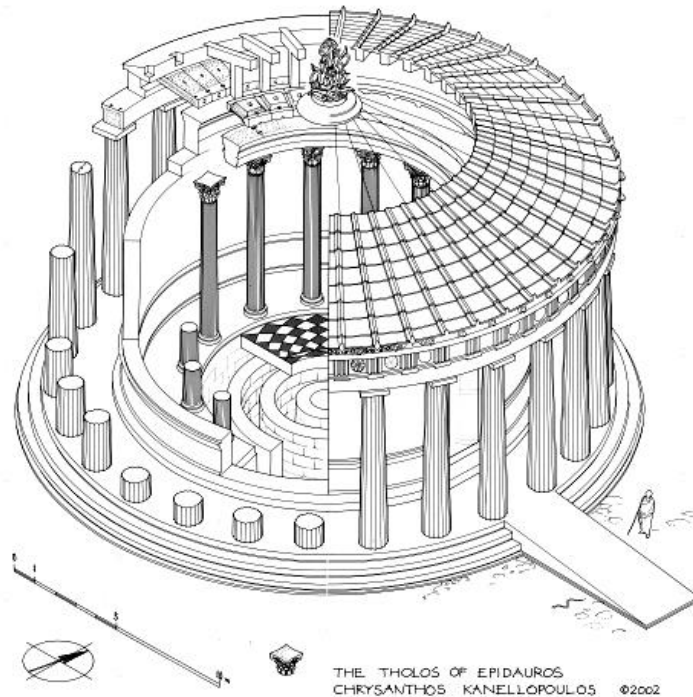


Figura 3: Templo de Epidauro dedicado ao Deus Asclépio. Fonte: Mundo Além das Palavras Site, 2016



Figura 4: Portal do Templo de Epidauro, Grécia, século V a.C. Fonte: Miller e Swensson, 2002

Já na Idade Média, período datado de 500 a 1.500 d.C., a filosofia da época era a da ligação entre a razão e a fé, e o principal papel no tratamento dos enfermos era dos sacerdotes e monges. Segundo Rosen (1994, p. 52, apud. FONTES, 2003, p.

13), a enfermidade era vista como algum tipo de castigo por pecado cometido ou mesmo como uma possessão demoníaca.

Os tratamentos hospitalares também eram precários nesse período e se davam na maioria das vezes em enfermarias ou farmácias, localizadas nos anexos existentes em abadias ou mosteiros, e eram exclusivamente auxiliados por membros das igrejas.

Quando esse atendimento passou a ser oferecido à peregrinos e viajantes, as catedrais foram obrigadas a manter um hospital junto a cada uma delas, que receberam o nome de Casa de Deus, “*Domus Dei*” (Welcome To Ports Mouth Site, 2016).



Figura 5: Domus Dei, Royal Garrison Church. Fonte: Welcome To Ports Mouth Site, 2016

Esses espaços possuíam arquitetura com características de igrejas, elementos triangulares nas fachadas, entrada demarcada por um pórtico central com vitrais de vidro que conduziam a luminosidade externa para a parte interna.

Esses hospitais passaram a ser regidos pelo município, a partir do século XIII, sua quantidade aumentou consideravelmente. A arquitetura já não era mais parecida com a das igrejas, com fachada alongada horizontalmente, portal central dividido em dois planos simétricos.



Figura 6: Antigo Hospital fundado pelos Reis católicos. Fonte: Gallaecia Site, 2016

No período compreendido entre o século XV e o século XVI, denominado a era renascentista, houveram grandes transformações tanto na área da saúde, como no ideal e no pensamento, sendo denominado por Rosen (1994) como o período da transição.

Nessa época, a arquitetura dos espaços hospitalares também foi alterada, seus ambientes passaram a ser melhor divididos com pátios internos e galerias em torno de todo seu perímetro. Muitas vezes também composto com pórticos e um portal central.

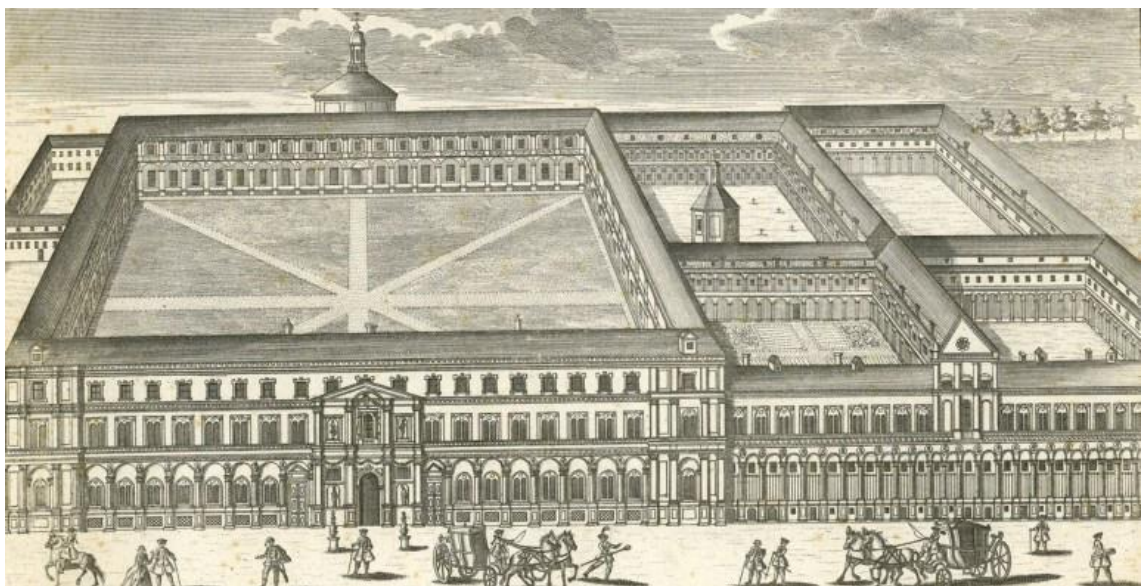


Figura 7: Ospedale Maggiore de Milão, 1456. Fonte: La Statale Site, 2016

A partir do Absolutismo, período compreendido entre os séculos XVI e XVII, surgiram os primeiros hospitais psiquiátricos da França, com características de isolamento e asilos, que segundo Foucault (2000), recolhiam além dos loucos, também os marginais, os delinquentes e os miseráveis.

A arquitetura desse modelo de hospital era marcada pela simetria da fachada, contendo um pórtico que demarcava a entrada principal, pátios internos e externos pouco utilizados (figura 8).

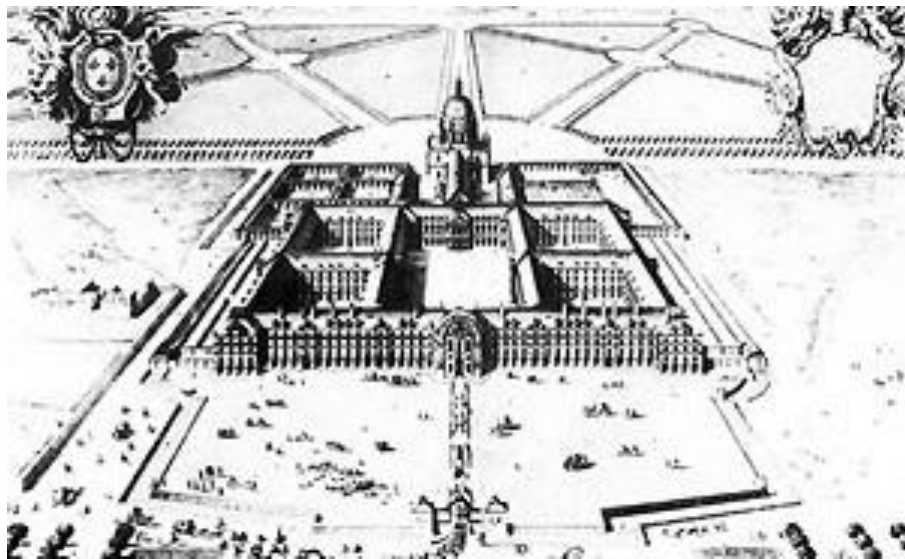


Figura 8: Hospital dos inválidos, 1670. Fonte: Vitruvius Site, 2016

Com o advento da Revolução Industrial, nos séculos XVIII e XIX (Sua Pesquisa Site, 2016), e a medicalização dos espaços hospitalares, foram criados os hospitais para a prática exclusiva da medicina. Os dispensários e os presídios passaram a não ser mais utilizados para enclausurar os loucos que apresentavam perigo para a sociedade.

A arquitetura dos hospitais nesse período estava intimamente ligada com as características das épocas anteriores, contendo um portal que dá acesso ao pátio, uma entrada principal, além da simetria existente na fachada (figura 9).



Middlesex Hospital, London, early 19th century.

Figura 9: Fonte: Seguindo os passos da História Site, 2016

3.4. O manicômio de Bethlem Royal

O Bethlem Royal é considerado o primeiro hospital psiquiátrico do mundo, fundado em 1247, na cidade de Londres, ficou famoso pelas histórias sobre o tratamento desumano dado aos pacientes, permitindo que se criasse um verdadeiro “circo de horrores” quando visitantes pagantes podiam assistir aos “espetáculos” protagonizados pelos internos (Brasil Discovery Site).

Na Idade Média o manicômio foi considerado o mais assustador da história e se manteve por mais de 750 anos em atividade.



Figura 10: Manicômio Bethlem Royal. Fonte: Brasil Discovery Site, 2016

O ato de trancar os pacientes em jaulas e cobrar ingressos do público que podia cutucar com varas longas os doentes como se fossem animais presos. Espancar o paciente, dar banho frio, deixá-los com fome, e a cadeira giratória que consistia na “terapia da rotação”, onde o paciente ficava sentado em uma cadeira suspensa no teto e a cadeira girava como uma centrífuga, eram alternativas comuns no Bethlem Royal.

O Bethlem também abrigava pessoas que não eram doentes mentais, como epiléticos e pacientes com deficiência de aprendizado. Muitos não sobreviveram à estadia no hospital, algumas famílias internavam o parente, em caso de morte sequer se interessavam em proporcionar um enterro digno, e os corpos eram eliminados em qualquer lugar.

Se aproveitando do descaso de algumas famílias e considerando que os estudos da anatomia estavam em alta na Europa, Bryan Crowther, um dos funcionários do manicômio se apoderava de muitos corpos e os dissecava em busca dos mecanismos que desencadeavam as doenças mentais (Brasil Discovery Site).

Um dos casos que ficou mais conhecido do Bethlem Royal foi o de James Norris, que ficou 10 anos confinado, acorrentado e preso à parede do hospital e somente após seu caso vir à público ele foi libertado da corrente, e infelizmente veio a falecer pelas condições de saúde tão precárias que ele apresentava.

O Hospital chegou a ficar 40 anos sem inspeção e por muitas vezes só eram fiscalizados os uniformes e os utensílios domésticos. Somente em 1568 o local foi declarado inabitável para qualquer tipo de pessoa, ainda que em tratamento.

A história do Bethlem Royal nos permite compreender a evolução da psiquiatria e das políticas de saúde mental que surgem nesse período da história, e todo o estigma de associação às instituições psiquiátricas.

3.5. O Hospital Colônia de Barbacena e a Reforma Psiquiátrica

O hospital psiquiátrico mais famoso no Brasil foi o Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais, fundado em 1903, com capacidade para 200 internos, contendo 16 pavilhões independentes, cada um com uma função específica. A instituição foi criada inicialmente como um centro para o tratamento de tuberculose e depois passou a ter finalidade psiquiátrica, situado em uma região com clima de montanha, inicialmente considerado ideal para os pacientes.



Figura 11: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Fonte: Governo de Minas, FHEMIG, 2016

A instituição foi edificada em terras da Fazenda da Caveira, de propriedade de Joaquim Silvério dos Reis e seu primeiro diretor foi o Doutor Joaquim Antônio Dutra. Chegou a abrigar 5.000 pacientes em condições desumanas, para que pudessem caber todos, aboliram as camas e espalhavam palha no chão para que os doentes dormissem ocupando menos espaço.

Esse Hospital chegou a ser referência para a psiquiatria e procurado por todos os estados brasileiros, estimando que 70% dos pacientes não possuíam diagnóstico de doenças mentais, sendo somente indesejáveis na sociedade e por seus familiares. Sendo as décadas de 1960 e 1970 o período em que houve o maior número de mortes no hospital quando pelo menos 60 mil pacientes morreram internados nessa instituição, nomeada “Holocausto Brasileiro”. Nessa fase de maior lotação, 16 pessoas morriam a cada dia, vítimas de inanição e eletrochoque, e cada corpo dava lucro para a instituição, considerando que eram vendidos à faculdade de medicina. Até o início dos anos 80, mais de 1800 corpos foram vendidos, foi quando houve um excesso de cadáveres e o mercado entrou em queda (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais Site, 2016).

A Reforma Psiquiátrica foi desencadeada pela visita dos repórteres Luiz Alfredo e José Franco, no ano de 1961, ao hospital no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, e também pela visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia. Eles ficaram perplexos com o que viram, a imprensa foi convocada e denunciaram o que presenciaram. Esse fato, deu força ao movimento antimanicomial e antipsiquiátrico.

Esse movimento previa a extinção do maior número possível de leitos psiquiátricos e que esses fossem substituídos por outras formas de tratamento. A ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) preparou um Projeto de Lei que estabelecia um Estatuto do Enfermo Psiquiátrico, prevendo a desospitalização progressiva, à medida que fossem seguidos os cuidados primários (nas unidades sanitárias), os secundários (nas policlínicas e hospitais gerais) e terciários (hospitais especializados e centro de habilitação e reabilitação) (MIRANDA SÁ JR, 2007, p. 158).

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) surgiu como um tratamento alternativo para os doentes mentais, haja vista que muitos hospitais psiquiátricos vinham sendo fechados. Segundo Miranda Sá Jr (2007), aproximadamente 1500 CAPS espalhados pelo Brasil foram considerados insuficientes, nada mais do que um meio que os burocratas encontraram para que o poder federal repassasse o encargo para os municípios, que deveriam assumir total responsabilidade sobre os Centros.

Com o advento da Lei nº 10.216 em abril de 2001 foi proposto o redirecionamento para o modelo assistencial de saúde mental. Considera-se de suma importância a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais,

incentivando novas formas de tratamento. Desse modo, o Brasil passou a integrar a lista de países que possuem uma legislação moderna baseada nas diretrizes da OMS (2010).

Essas diretrizes apontam para uma política assistencial psiquiátrica que regulamenta as internações involuntárias, protege os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e define um modelo de assistência, colocando o Ministério Público como supervisor das fiscalizações e o Estado o órgão guardião dos direitos dos brasileiros no que tange essas questões.

A transformação da lei foi denominada pela história como Reforma Psiquiátrica, sendo considerada um processo social complexo, pois incorpora valores culturais e morais e convalida-os como uma nova ordem jurídica, estabelecendo serviços de residências terapêuticas para reabilitação psiquiátrica de pacientes que passaram longo período internados.

A principal sustentação dessa reforma se deu com a Declaração de Caracas, documento datado de 1990 que norteava a política da Saúde Mental, buscando soluções efetivas para a sustentação desse vigoroso movimento social (Centro Cultural Ministério da Saúde, 2016).

A inversão das prioridades e a mudança do modelo assistencial foram as maiores discussões dessa época, e o desafio real se deu sobre a necessidade de a sociedade conviver de forma mais harmoniosa com as pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos, considerando suas capacidades, potencialidades e valorizando seus méritos.

Mesmo após todos os desafios da Reforma Psiquiátrica, a sociedade ainda está distante de um modelo hegemônico. Existem políticas voltadas para a inserção social e, consenso sobre a necessidade de convivência harmônica entre todos e de reconhecimento das potencialidades das pessoas portadores de transtornos mentais, considerando que elas possuem capacidade para trabalhar e produzir.

4. ASPECTOS FISIAGRÁFICOS

A localização do terreno é um aspecto relevante para a implementação do projeto, de modo que se tratando de um espaço voltado para pessoas com transtorno mentais, deverá ser um local de fácil acesso, de modo que o paciente esteja inserido na sociedade.

O terreno escolhido está situado na Av. Doutor Passos, no local do antigo campo do Nacional Atlético Clube.



Figura 11: Mapa de localização do terreno. Fonte: Google Maps, editado pela autora, 2016



Figura 12: Vista frontal do terreno. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

5. MAPAS ANALÍTICOS

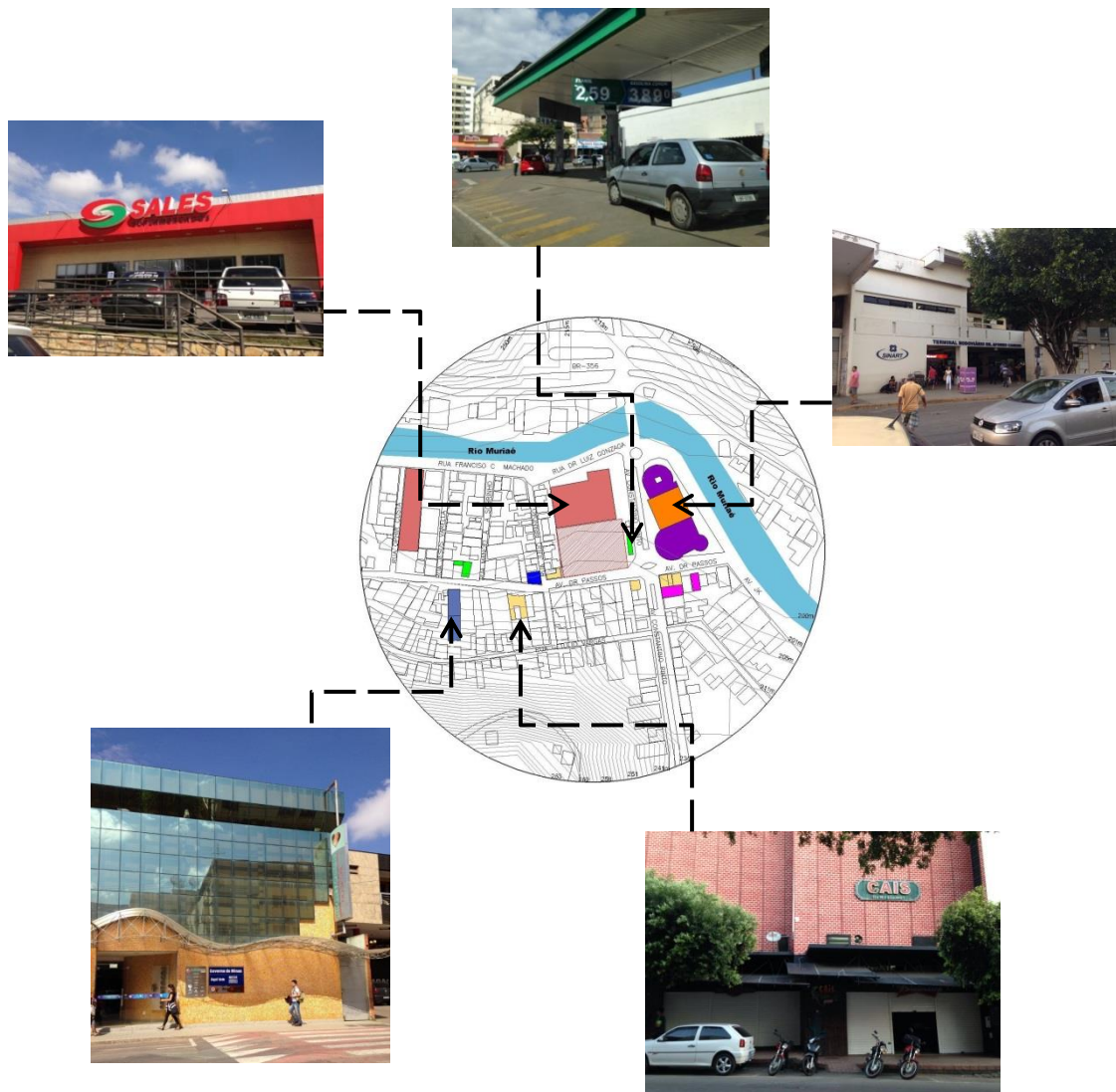
Os mapas analíticos consideram o raio de 300 m do centro do terreno para fins de análise de seu entorno. O mesmo foi escolhido, pois abrange os pontos mais relevantes para o projeto em questão.



Figura 13: Identifica raio de 300m. Fonte: Prefeitura de Muriaé, editado pela autora, 2016

5.1. Pontos nodais/marcos

No entorno existem alguns pontos importantes que tanto auxiliam a identificação do local quanto o suporte do terreno caso seja necessário, como por exemplo, a Rodoviária, Hospital, Supermercados. Estes, por terem um grande fluxo de pessoas trazem uma maior visibilidade para o projeto.



LEGENDA:

	Terreno		Farmácia		Hospital Prontocor
	Hotel		Prefeitura		Supermercado
	Posto de Gasolina		Rodoviária		Restaurante/ Lanchonete


LEGENDA:

	Terreno		Farmácia		Hospital Prontocor
	Hotel		Prefeitura		Supermercado
	Posto de Gasolina		Rodoviária		Restaurante/Lanchonete

5.2. Livre e construído



Figura 14: Mapa livre e construído. Fonte: Prefeitura de Muriaé, editado pela autora, 2016

LEGENDA:



A partir do mapa livre/construído é possível compreender a relação do terreno com o entorno edificado. Neste caso nota-se um grande adensamento de edificações.

5.3. Usos e funções



Figura 15: Mapa usos e funções. Fonte: Prefeitura de Muriaé, editado pela autora, 2016

LEGENDA:

	Terreno		Residencial		Institucional
	Comercial		Uso Misto (Comercial/Residencial)		Rodoviária

A partir do estudo de livre/construído faz se necessário o entendimento do uso dessas edificações para determinar em que contexto o projeto será inserido e quais empreendimentos poderão dar apoio à edificação proposta.

É possível perceber a predominância de usos mistos na fachada sul do terreno ao longo da avenida principal (Av. Dr. Passos) devido à movimentação e visibilidade intensa desta área, comercial e institucional (rodoviária e Prefeitura de Muriaé) na fachada norte, comercial na fachada leste e residencial na fachada oeste por ser um local de baixa movimentação.

5.4. Condicionantes naturais

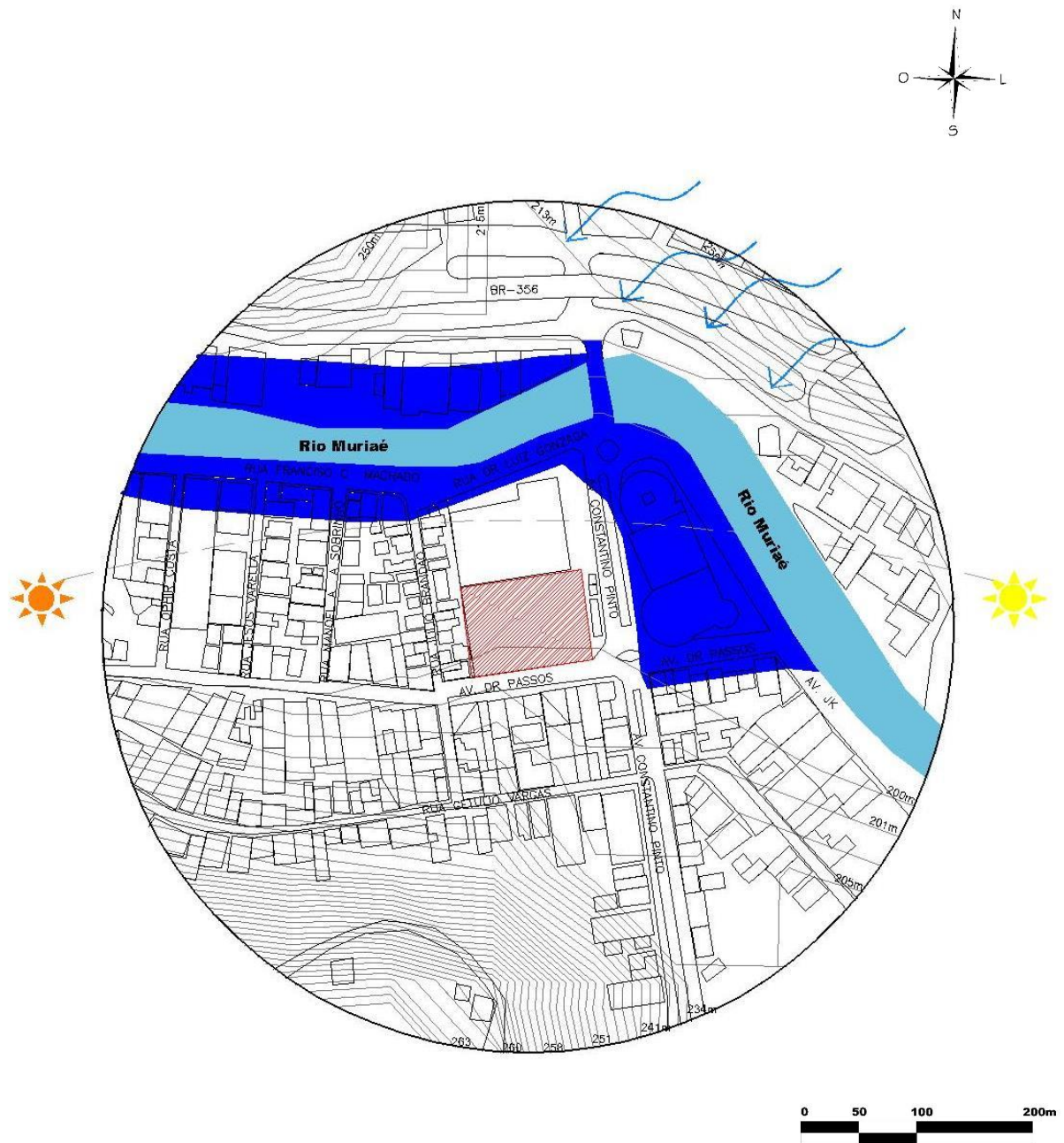


Figura 16: Mapa condicionantes naturais. Fonte: Prefeitura de Muriaé, editado pela autora, 2016

LEGENDA:



Com relação aos condicionantes ambientais deve-se considerar as fachadas Leste e Sul favoráveis aos ambientes de maior permanência, podendo estas possuir mais aberturas, devido a incidência apenas do sol da manhã (Leste) e a sul contendo a menor incidência de raios solares durante todo o dia, fatores que contribuem para o conforto térmico.

5.5. Gabarito

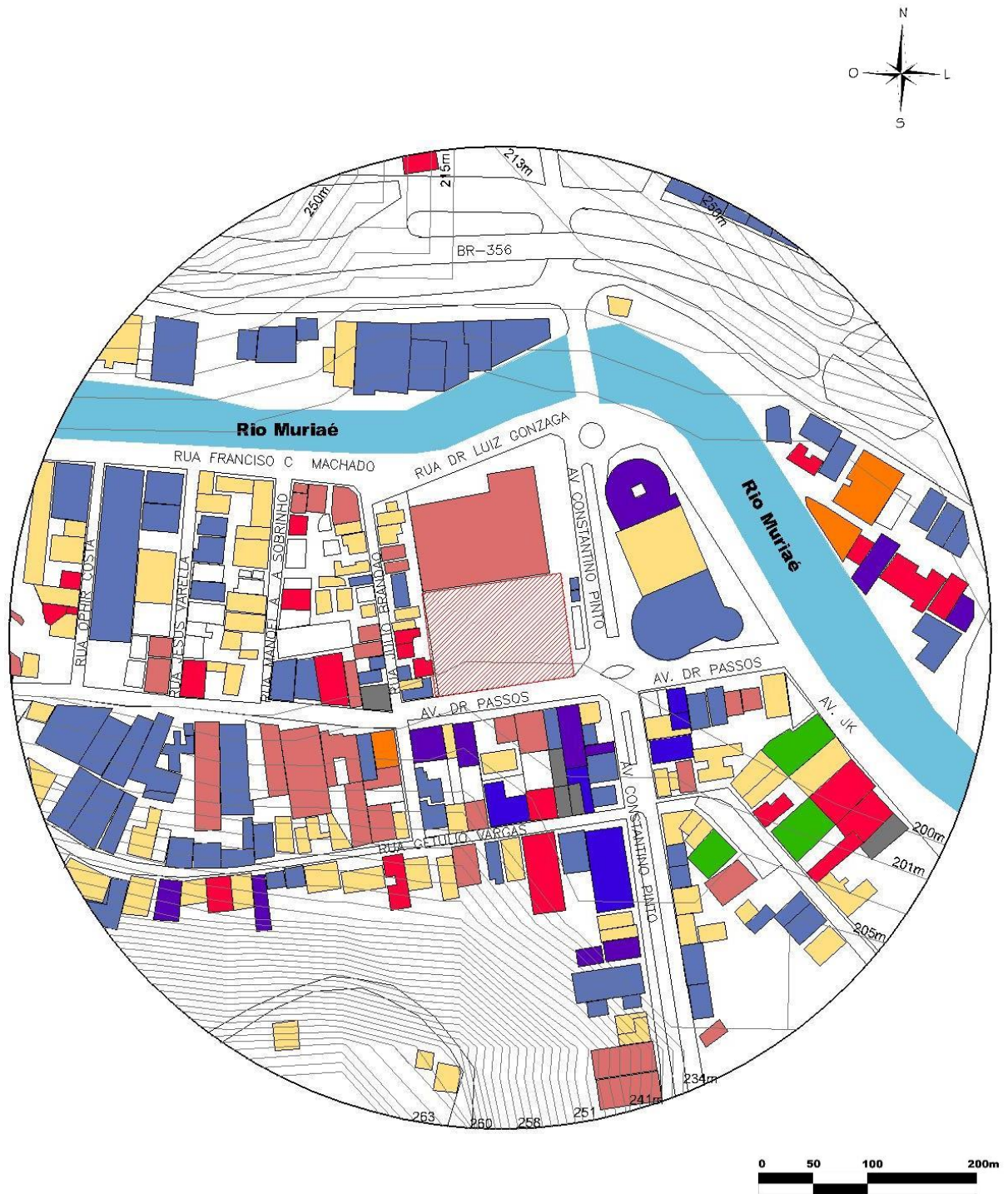


Figura 17: Mapa gabarito. Fonte: Prefeitura de Muriaé, editado pela autora, 2016

LEGENDA:

Terreno	2 pavimentos	4 pavimentos	6 pavimentos	8 pavimentos
1 pavimento	3 pavimentos	5 pavimentos	7 pavimentos	11 pavimentos

O mapa de Gabarito permite o entendimento das edificações e o impacto que suas alturas têm ao projeto proposto. É possível identificar o predomínio de até 3 (três) pavimentos nas laterais Norte e Oeste do terreno e de 5 (cinco) pavimentos na fachada sul, havendo um número reduzido de edifícios com mais de 6 pavimentos.

5.6. Hierarquia viária

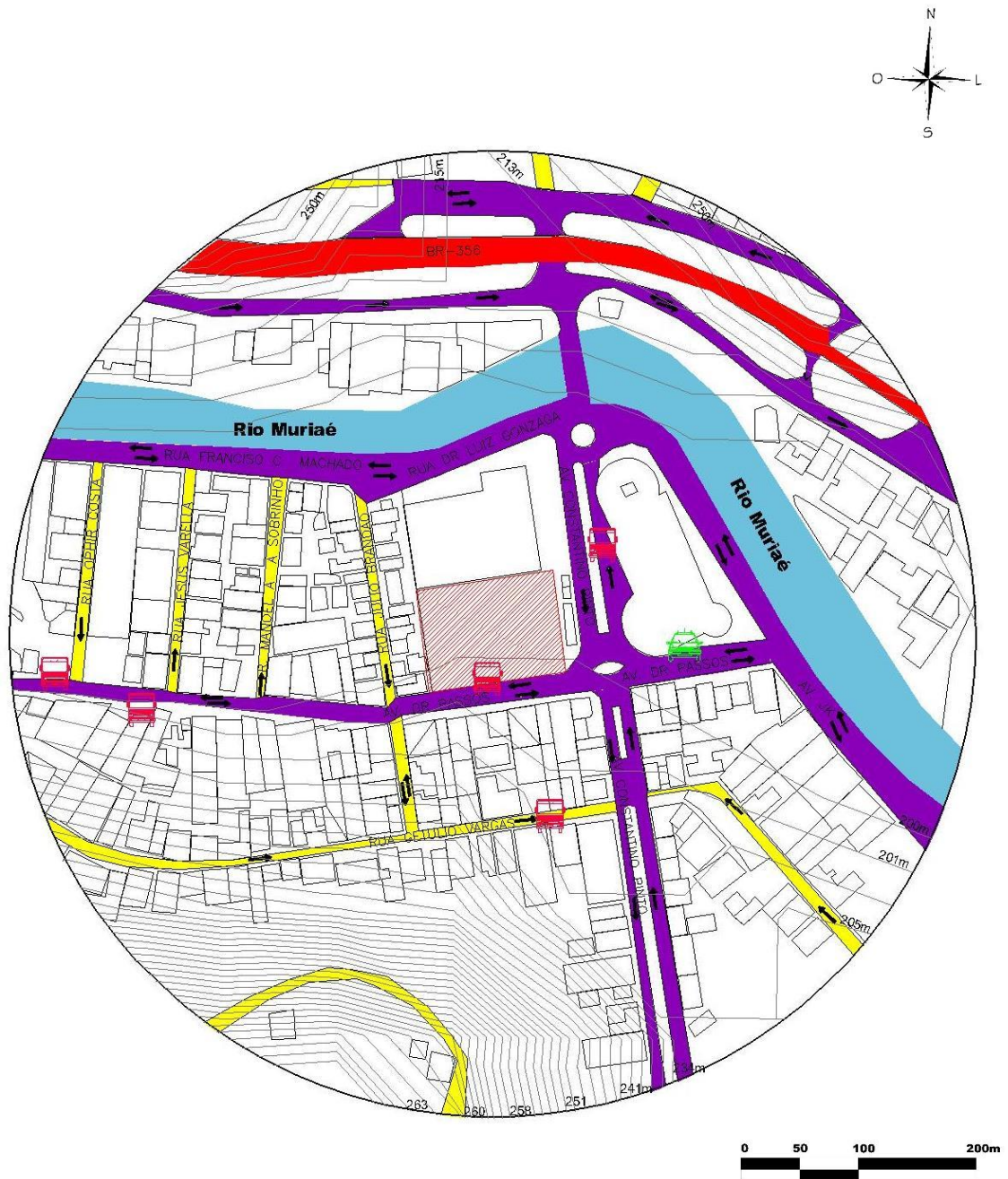


Figura 18: Mapa hierarquia viária. Fonte: Prefeitura de Muriaé, editado pela autora, 2016

LEGENDA:

	Terreno		Via Coletora		Ponto de Taxi		Sentido da via
	BR-356		Via Arterial		Ponto de Ônibus		

O terreno está em uma via coletora e em sua proximidade existem vários pontos de ônibus e táxis, além do terminal rodoviário que torna o acesso facilitado.

5.7. Topografia



Figura 19: Mapa topografia. Fonte: Google Earth, editado pela autora, 2016

LEGENDA:

	Terreno		Topografia Intermediária
	Topografia Íngreme		Topografia Plana

6. VISITAS TÉCNICAS

6.1. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)



Figura 20: CAPS II Centro. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

O CAPS é um Centro de Atenção Psicossocial destinado ao uso público para atendimento de pacientes com transtornos mentais, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 70.000 habitantes (Secretaria de Saúde, 2016).

O CAPS II está localizado na Rua Coronel Izalino, 106, na cidade de Muriaé próximo ao Hospital São Paulo e seu funcionamento é de 07:00 às 17:00 horas.



Figura 21: Localização CAPS II. Fonte: Google Maps/ editado pela autora, 2016

Legenda:



Por não ter sido projetado para essa finalidade fazendo uso de um antigo edifício residencial, o local não satisfaz totalmente as necessidades do programa. Tendo seu atendimento apenas com horário marcado mesmo que individualmente ou coletivamente, pois o local não comporta todos os pacientes.

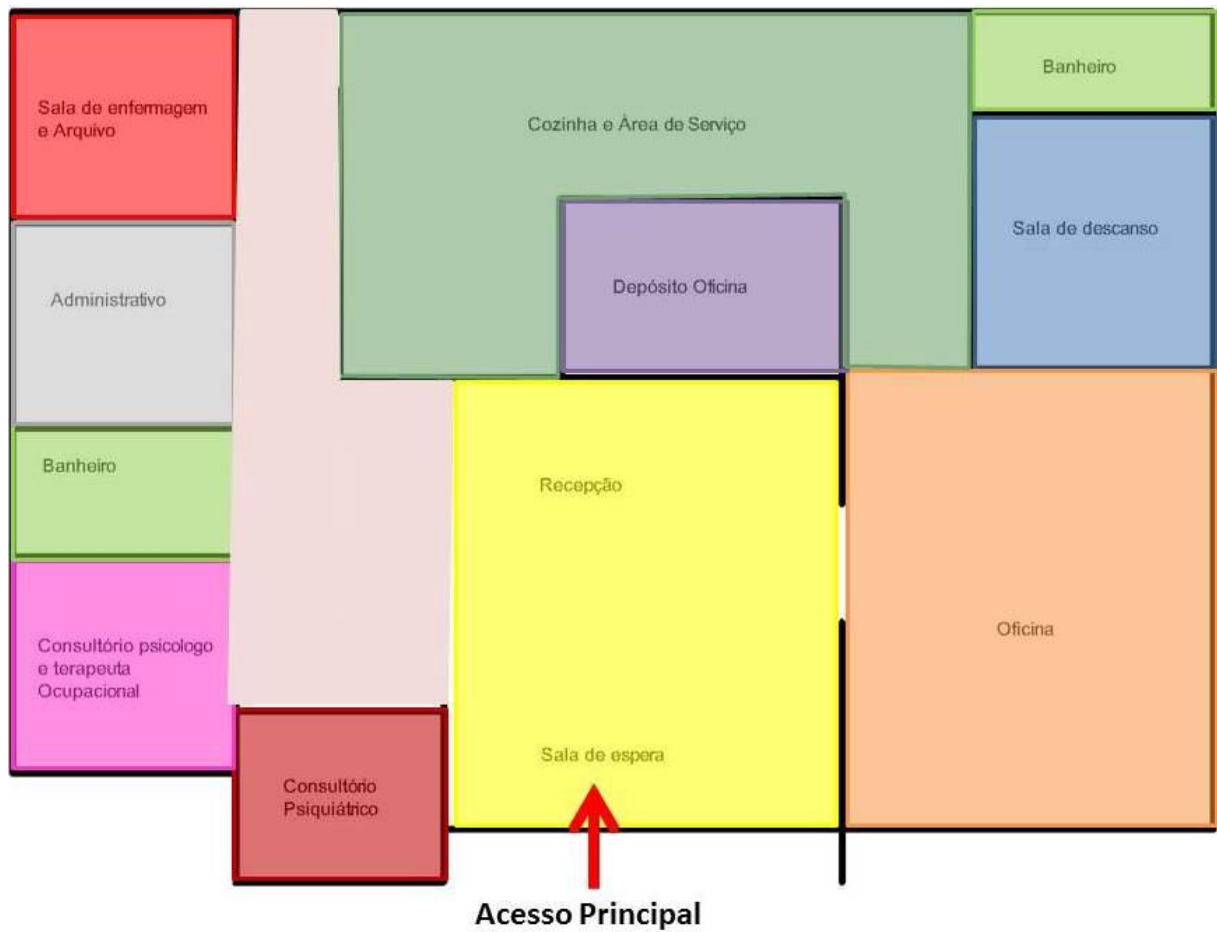


Figura 22: Planta esquemática. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

Legenda:

	Sala administrativa/ enfermagem		Banheiro		Recepção/ Sala de espera
	Administrativo		Cozinha/Área de Serviço		Circulação
	Consultório psicólogo/ Terapeuta ocupacional		Oficina/Refeitório		Sala de descanso
	Consultório psiquiátrico		Depósito oficina		

Levantamento Fotográfico



Figura 23: Enfermaria e arquivo. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016



Figura 24: Enfermaria e arquivo. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016



Figura 25: Oficina e refeitório. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016



Figura 26: Oficina e refeitório. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016



Figura 27: Recepção e sala de espera. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

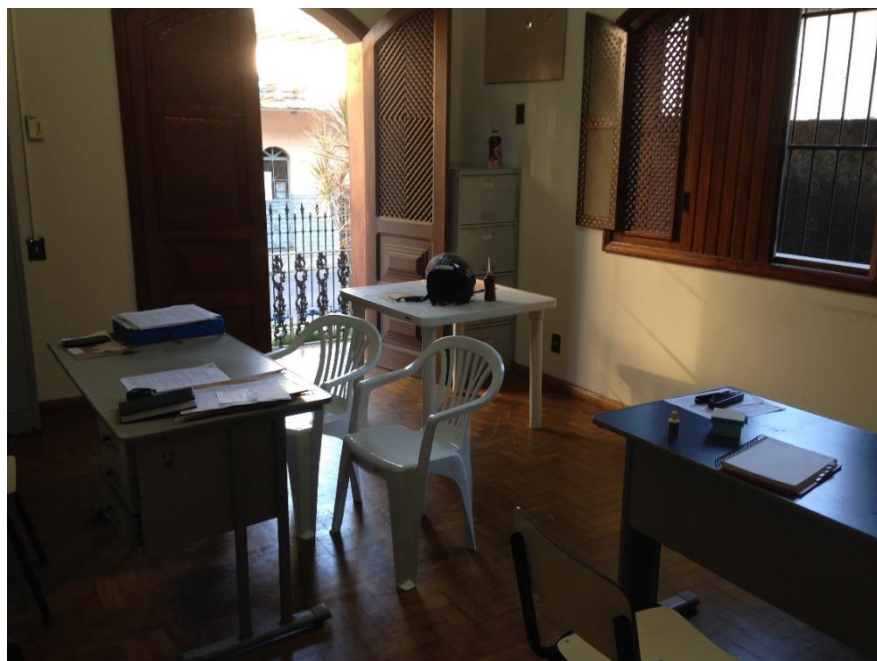


Figura 28: Consultório psicológico e terapeuta. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016



Figura 29: Banheiro funcionário. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

6.2. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD)



Figura 30: CAPS AD Bico Doce. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

Em visita ao CAPS AD, localizado à Rua Vicente Alves, nº 200, no bairro do Bico Doce, na cidade de Muriaé-MG, entende-se o programa e o funcionamento diário.



Figura 31: Localização CAPS AD. Fonte: Google Maps, editado pela autora, 2016

Legenda:



O CAPS AD atende à dez municípios da região, e seu horário de funcionamento é de segunda à sexta-feira de 07:00 às 17:00 horas. Também, como o CAPS II, funciona em local não projetado para sua finalidade e não satisfaz totalmente às necessidades do programa. De acordo com o coordenador do CAPS AD, o local não possui espaço suficiente para abrigar esses pacientes, até pouco tempo, o CAPS AD e o CAPS II, eram um só e todos os pacientes estavam misturados no mesmo lugar e por conta de vários problemas, eles tiveram que ser separados, considerando que os próprios pacientes incomodavam uns aos outros pois constantemente entravam em conflito, causando transtornos ainda maiores, o que influenciava no abandono do tratamento por parte de alguns pacientes, que iam para as ruas, ficavam sem medicação, sem tratamento, piorando a situação, entrando em surto, causando confusões, ocorrendo episódios com violência e constrangimento.

A edificação residencial foi adaptada ao uso, possui uma recepção que dá acesso ao consultório, ao banheiro, à cozinha, ao quintal e ao terraço. Na maior parte do tempo, observa-se que os pacientes ficam na varanda da casa, não foi possível fazer imagens do local para preservar os pacientes.

A equipe de funcionários é composta por enfermeiro (coordenador), psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, educador físico, totalizando 7 (sete) funcionários. Isto difere do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) onde constam 12 (doze) funcionários.

Para o primeiro atendimento no CAPS AD, o paciente deve procurar primeiramente o posto de saúde do seu bairro, nesses locais ele deverá ser atendido pelo pessoal do NASF (Núcleo de Apoio à Família), contendo psicólogos, assistentes sociais e terapeuta ocupacional, que juntos irão elaborar um relatório psicossocial.

O relatório é a primeira triagem para que o paciente seja encaminhado ao CAPS munido de toda informação necessária para o seu tratamento. Ao dar entrada no CAPS inicia-se o trabalho de atendimento com horário marcado. Este pode ser coletivo, com oficinas, caso o paciente não se adapte passa a receber atendimentos individuais. No caso de não adaptação à nenhuma das duas modalidades será necessário um pedido por parte da família para a internação compulsória, obrigatória.

A família exerce um papel de grande importância no tratamento dos pacientes, considerando que eles precisam se sentir seguros e protegidos, e tê-los sempre presente é a melhor maneira para que ocorra o sucesso no tratamento. O CAPS também oferece explicações direcionadas aos mesmos.

O CAPS AD funciona com o regime aberto, o paciente tem livre acesso para entrar e sair quando desejar, não sendo obrigatória sua permanência, nem mesmo através de mandado judicial. A falta de segurança no local acaba permitindo que o paciente tenha livre acesso munido de qualquer tipo de objeto, segundo relato do coordenador, inclusive com objetos perigosos e ocasionando ferimentos em terceiros, o que já foi constatado no local algumas vezes.

O trabalho realizado pelo centro é para redução de danos, dessa forma visa manter o paciente ocupado o máximo de tempo possível. Para que seja retirado das

A clínica possui uma edificação preservada que abriga recepção principal, que dá acesso aos demais prédios.



Figura 33: Fachada recepção. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

Na área de convivência comum existem caminhos ao ar livre, áreas verdes, edificações espalhadas por todo o local, sem um espaço específico para cada função, criando-se a sensação de labirinto e ao mesmo tempo liberdade.



Figura 34: Área externa. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

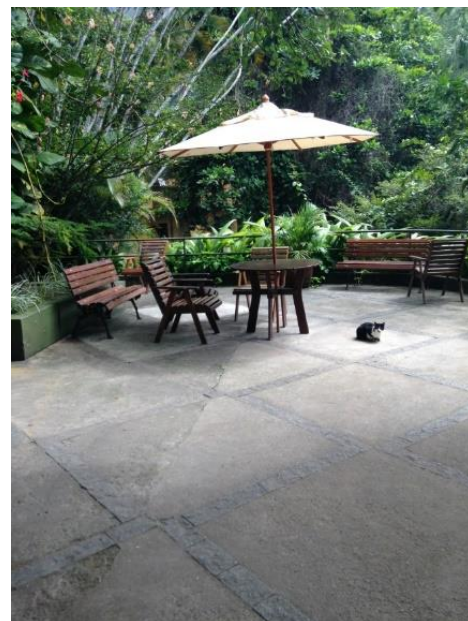


Figura 35: Área externa. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

A área externa é sem dúvida o espaço preferido pelos pacientes, por isso, ela possui muitos bancos, árvores frutíferas, uma quadra, um mirante com vista para o Corcovado e quiosques onde acontecem alguns eventos como apresentações de danças e de música.



Figura 36: Quiosque para apresentações. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

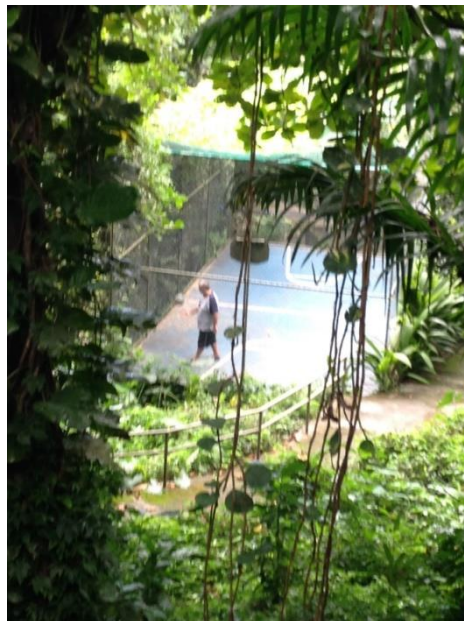


Figura 37: Quadra esportiva. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

A clínica é acessível, com escadas e rampas que conectam as edificações, e apenas os pacientes que não precisam ser contidos têm acesso a essa área.

Os consultórios estão dispersos pelo terreno, desconectados dos demais blocos edificados, uns com fechamentos em vidro, outros com alvenaria, e ainda contém sala de fisioterapia, salão de beleza, capela, lanchonete, ateliês para trabalhos manuais, estacionamento para visitantes e um local de cuidado para gatos e outros possíveis animais que auxiliem no tratamento dos pacientes.



Figura 37: Consultório.
Fonte: acervo pessoal da autora, 2016



Figura 38: Consultório.
Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

A visita foi conduzida pelo funcionário Antônio, responsável administrativo da clínica. Algumas áreas restritas, não recebem visitas, pois concentram os pacientes sem boa convivência social, com alterações comportamentais no modo de agir e de lidar com os outros, por esse motivo, são áreas gradeadas e possuem quartos individuais.



Figura 39: Área que possui restrição. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016



Figura 40: Área que possui restrição. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

A edificação destinada exclusivamente aos idosos, contém 4 (quatro) pavimentos, elevador, rampa uma pequena cozinha de apoio, um salão de festas e solário com grama sintética, onde a maioria deles passa parte do tempo.



Figura 41: Acessibilidade. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016



Figura 42: Área destinada aos idosos. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

O casarão, utilizado como sede da antiga fazenda, ainda é preservado e foi destinado também para os idosos, com quartos, salas de convivência, refeitório com piano, garantindo acessibilidade a todos.

A parte de serviço possui entrada exclusiva para carga e descarga, lixo que no momento encontrava-se em obra e uma edificação com refeitório e cozinha do modelo industrial que segundo um dos sócios, é considerada a maior da cidade do Rio de Janeiro.



Figura 43: Área destinada a serviços/entrada de serviços. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016



Figura 44: Entrada de serviço. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

A clínica também possui uma composteira onde são colocadas as folhas secas e restos dos alimentos, produzindo adubo que a própria clínica utiliza.



Figura 45: Composteira. Fonte: acervo pessoal da autora, 2016

7. LEGISLAÇÃO

O projeto de estudo será embasado nas normas e leis adequadas ao seu uso e local de implantação. Primeiramente buscou-se as diretrizes municipais para o desenvolvimento da edificação.

De acordo com o plano diretor do Município de Muriaé, Lei nº 1231 de 1987, o terreno está localizado na Zona de Restrição de Adensamento (ZRA) e na Zona de Preservação Histórica (ZPH), conforme o mapa de Macrozoneamento Urbano.



Figura 46: Macrozonemaneto urbano. Fonte: Lei nº 1231 de 1987

Com base no Plano de Ordenação Físico – Territorial de Muriaé, Lei 1231 de 1987, Capítulo III, Zoneamento, o terreno escolhido para implantação do projeto se enquadra no seguinte artigo:

“Art. 8º - Os Setores Especiais subdividem-se em: § 3º - O Setor Especial “3” (SE-3) refere-se a espaços, edificações e instalações destinados a usos institucionais de iniciativa pública, existente ou previstos.

Com base na Tabela de Lei de Uso e Ocupação do Solo – Decreto Lei 530 de 1988, Anexo III- Exigências Legais em função do uso da edificação e o tipo da edificação (TE) o terreno deve seguir os requisitos do Uso Institucional do tipo 15 e deve obedecer aos seguintes requisitos:

- **Tipo de edificação (TE):** 15;
- **Modalidades de uso e tipo:** Institucional;
- **Situação:** Novos;
- **Do lote:** área mínima (m²): >800 – frente mínima (m): 2,0m;
- **Do lote e edificação:** taxa máxima de ocupação: 65% - coeficiente de aproveitamento = 6,0;
- **Afastamentos da edificação:** frontal mínimo = 3,0 m. – posterior mínimo = 2,0 m. – lateral mínimo = 3,0 m;
- **Número de vagas para estacionamento:** 1 vaga a cada 100 m² ou fração.

Diante da Lei de Uso e Ocupação do Solo, o terreno utilizado tem como área total 5531,74m² podendo ter 3595,63m² de área construída respeitando os devidos afastamentos mínimos.

Devido à função do presente projeto, é de grande importância às normas de regulamentação da saúde e acessibilidade.

ABNT NBR 9050:2015 - Determina os parâmetros para construção ou adequação de equipamentos, mobiliários, espaços e edificações para a acessibilidade.

RDC Nº. 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002 - Dá o suporte técnico para o desenvolvimento, funcionamento e aprovação de estabelecimentos assistenciais de saúde, além do programa básico obrigatório para dar base à adequação do espaço físico.

RDC Nº 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;

NBR9077/2001 juntamente com a **LEI N° 14.130 DE 19/12/2001** e **IT-08** - Dispõe sobre a prevenção contra incêndio, visa à saída do indivíduo em segurança das edificações e o fácil acesso de profissionais externos (bombeiro) para o auxílio da população presente e combate ao fogo de todo o estado de Minas Gerais.

8. REFERÊNCIAS PROJETUAIS ESPECÍFICAS

8.1. Hospital Psiquiátrico Kronstad / Origo Arkitektgruppe



Figura 47: Hospital Psiquiátrico Kronstad. Fonte: Archdaily Site, 2016

Ficha Técnica

Arquitetos: Origo Arkitektgruppe
 Localização: Bergen, Noruega
 Paisagismo: Smedsvig Landskapsarkitekter
 Área: 12.500 m²
 Ano do projeto: 2013
 Fonte: Archdaily Site



Figura 48: Localização. Fonte: Archdaily Site, 2016

Localizado em uma área com tráfego constante, em Bergen, na Noruega, o hospital foi inaugurado em agosto do ano de 2013, fazendo parte de um projeto que

dá ênfase à sua abertura e transparência em relação ao público, visando garantir proteção aos pacientes.

A edificação de 12.500 m² é dividida em subsolo, pavimento térreo, 2º pavimento, onde, no térreo estão localizadas as entradas de pedestre, a de veículos que dá acesso ao estacionamento no subsolo, os equipamentos móveis e as enfermarias para curtas estadias, no andar acima estão concentrados os departamentos para os pacientes internados.

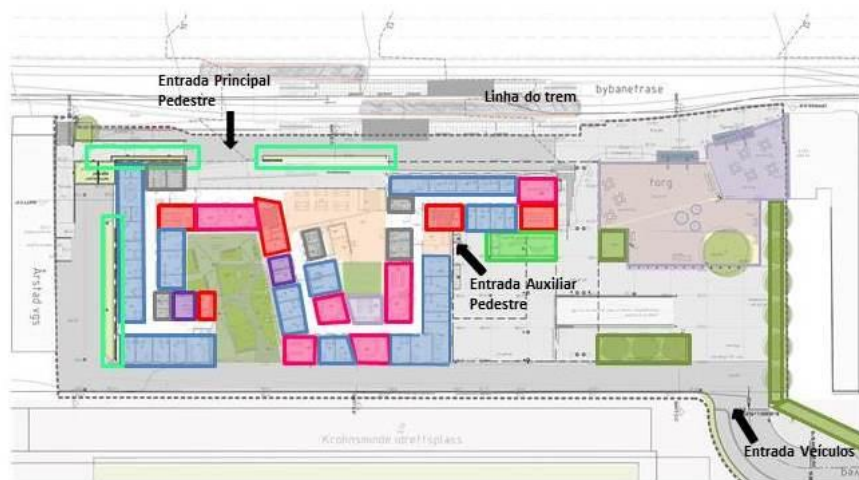


Figura 49: Planta baixa pavimento térreo. Fonte: Archdaily Site, editado pela autora, 2016



Figura 50: Planta baixa segundo pavimento. Fonte: Archdaily Site, editado pela autora, 2016

Legenda:

Leitos	Apoios /Arquivos	Área de Convívio	Banheiros
Consultórios	Circulação Horizontal	Pátio Interno	
Salas Terapia Coletiva	Circulação Vertical	Sala Oficinas	

Através do corte, percebe-se que a criação dos átrios no interior da edificação faz um melhor aproveitamento da iluminação natural e proporcionam um contato visual entre os diferentes ambientes, e os jardins incentivam a interação social.



Figura 51: Corte. Fonte: Archdaily Site, editado pela autora, 2016

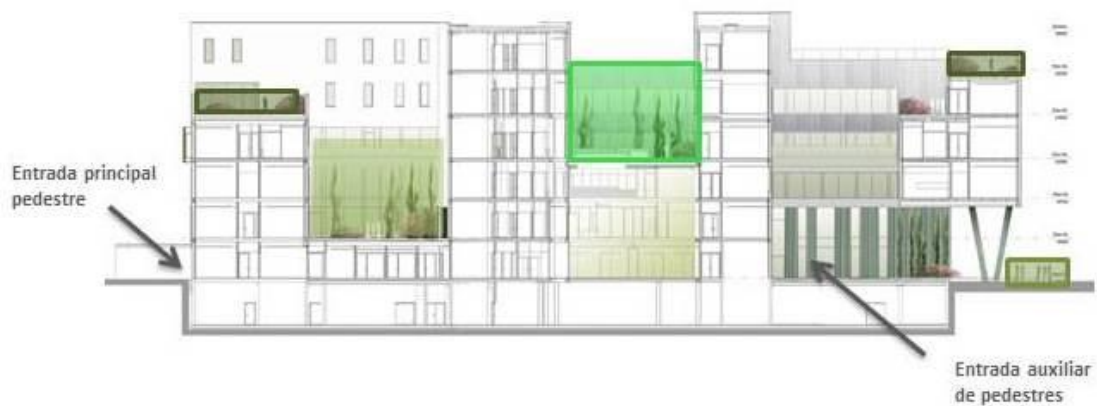


Figura 52: Corte. Fonte: Archdaily Site, editado pela autora, 2016

Legenda:

Recepção	Pátio Interno	Praça
Praça externa	Átrio	Estacionamento

A entrada principal do hospital é ao lado da estação de trem e está conectada com acesso direto aos vários ambulatorios e todos os departamentos internos.



Figura 53: Entrada principal - Estação de trem. Fonte: Archdaily Site, 2016

O hospital possui áreas abertas e uma praça pública ao norte da edificação que oferece um amplo e arejado espaço. A praça se estende sob os pisos inferiores do edifício e exibe as fachadas verdes com grandes janelas fazendo com a que haja integração entre os meios.



Figura 54: Praça externa. Fonte: Archdaily Site, 2016

As fachadas verdes são cercadas por painéis brancos que expressam a estabilidade e a segurança, além de uma série de jardins para recreação e atividades

ao ar livre, reduzindo a paisagem urbana o máximo possível e criando espaços internos mais protegidos.



Figura 55: Espaço externo. Fonte: Archdaily Site, 2016

Os fechamentos em vidro fazem um aproveitamento maior da iluminação natural e estão voltados para os jardins internos e para a parte externa da edificação.



Figura 56: Fechamento em vidro. Fonte: Archdaily Site, 2016



Figura 57: Fechamento em vidro. Fonte: Archdaily Site, 2016

Após analisar a edificação percebe-se a predominância de linhas retas e formas retangulares tanto no volume quanto nas aberturas, as esquadrias pensadas de forma a garantir a segurança e a integração com o entorno, as plantas são simples e de fácil compreensão dos espaços e trajetos.



Figura 58: Predominância de linhas retas e formas retangulares. Fonte: Archdaily Site, editado pela autora, 2016

8.2. Centro Psiquiátrico Friedrichshafen/ Huber Staudt Architekten



Figura 59: Centro Psiquiátrico Friedrichshafen. Fonte: Archdaily Site, 2016

FICHA TÉCNICA

Arquitetos: Huber Staudt Architekten

Localização: Röntgenstraße 8, 88048 Friedrichshafen, Alemanha

Área: 3274.0 m²

Ano do projeto: 2011

Fonte: Archdaily Site

O Centro Psiquiátrico está integrado ao campus do Hospital de Friedrichshafen e segue uma inclinação cênica e bastante natural em direção ao Lago de Constança

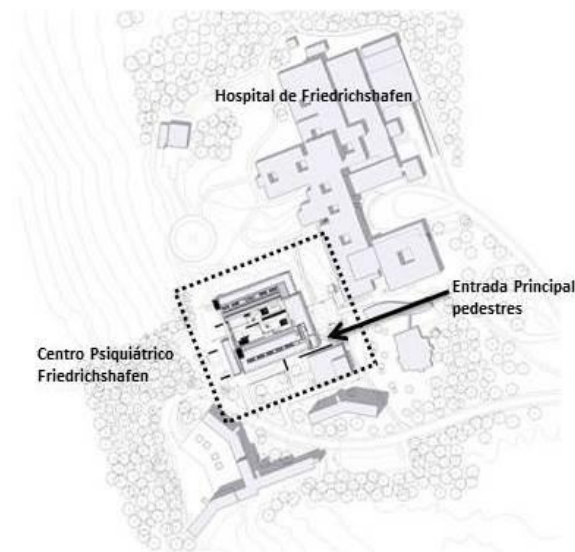


Figura 60: Localização. Fonte: Archdaily Site, editado pela autora, 2016

O edifício se fecha para o um pátio central com área verde (figura 60). No térreo temos os leitos próximos as copas/cozinha, e as salas de terapia, que tem acesso direto ao pátio, os cômodos estão dispostos de modo que tenham a possibilidade de um melhor aproveitamento da iluminação natural.



Figura 61: Planta baixa térreo. Fonte: criado pela autora, 2016



Figura 62: Planta baixa. Fonte: Archdaily Site, 2016

No segundo pavimento, funcionam as salas de oficinas que tem visão para o pátio, alguns leitos e uma sala de apoio a elas

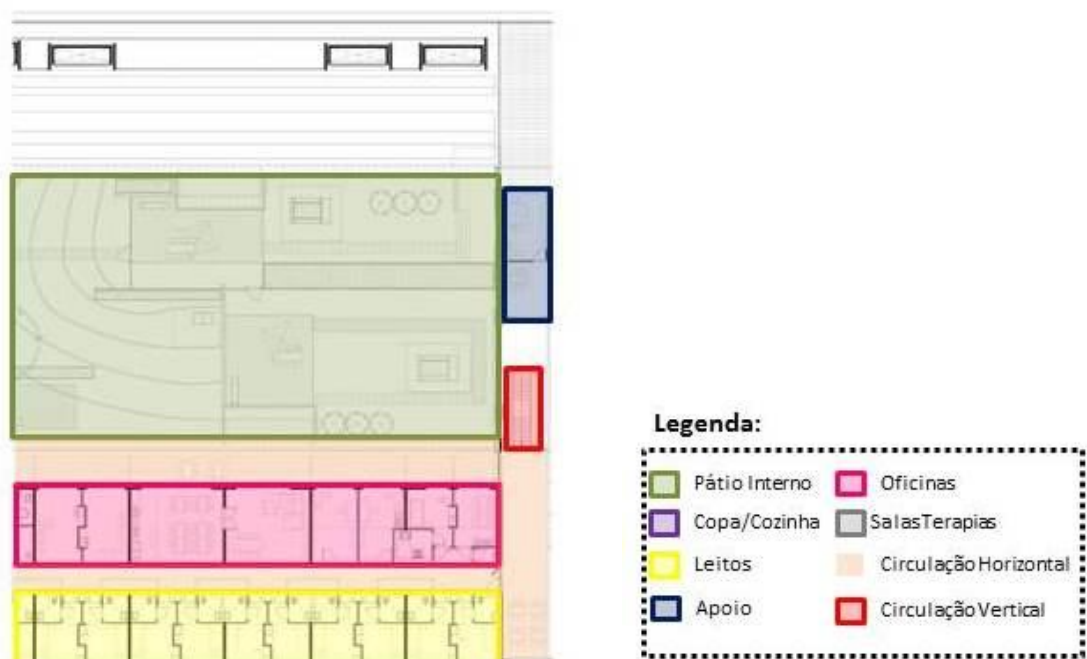


Figura 63: Planta segundo pavimento. Fonte: Archdaily Site, 2016

Um amplo corredor envidraçado permite aos funcionários e pacientes uma visão da excêntrica paisagem ondulada e enfatiza a inclinação natural de dentro do pátio.



Figura 64: Corredor com fechamento em vidro. Fonte: Archdaily Site, 2016

A volumetria possui linhas retas, formas retangulares e aberturas amplas que possibilitam a integração dos espaços internos e externos.



Figura 65: Predominância de linhas retas e formas retangulares. Fonte: Archdaily Site, editado pela autora, 2016



Figura 66: Predominância de linhas retas e formas retangulares. Fonte: Archdaily Site, editado pela autora, 2016

8.3. Comparativo entre as referências

Comparando as duas edificações analisadas, é possível perceber alguns pontos semelhantes e distintos, traçou-se um comparativo desses aspectos:

Semelhanças:

- Fechamentos em vidro, visando um maior aproveitamento da iluminação natural e a integração entre os meios.
- Volumetria e aberturas com formas retangulares.
- Linhas retas criando a sensação de estabilidade para os pacientes.
- Os materiais de uso comum são o concreto e o vidro.

Diferenças:

- O Hospital Psiquiátrico Kronstad está localizado em uma área urbana, movimentada, enquanto o Centro Psiquiátrico Friedrichshafen está integrado ao campus do Hospital de Friedrichshafen, próximo ao Lago de Constança, um local tranquilo e pouco movimentado.

- A área de convivência de Friedrichshafen é central e dá ao projeto um aspecto mais aconchegante, enquanto em Kronstad estão localizadas por toda a edificação.

9. REFERÊNCIAS PROJETUAIS GERAIS

Foram utilizados alguns pontos relevantes dos projetos descritos abaixo, como meio de aprimoramento do projeto da autora.

➤ Aarhus Arkitekterne

O aspecto principal desta edificação tido como referência é a sua volumetria, que tem como predominância linhas retas, forma retangular. A utilização de vidro na fachada principal faz uma conexão com o seu entorno. No interior a circulação ampla e uma abertura zenital para que haja um melhor aproveitamento da iluminação e ventilação natural.



Figura 67: Aarhus Arkitekterne. Fonte: Archdaily Site, 2016



Figura 68: Aarhus Arkitekterne. Fonte: Archdaily Site, 2016

➤ **Casa San Juan**

O ponto principal deste projeto é a fachada com aberturas e fechamento em vidro que ficam voltados para o pátio interno da edificação, permitindo uma maior integração entre eles.



Figura 69: Casa San Juan. Fonte: Pinterst Site, 2016

➤ **Maison Du Batiment D'Aquitaine**

O aspecto relevante deste projeto é o pé direito duplo do hall de entrada que além de atrair, dá a sensação de liberdade. A volumetria é predominantemente de linhas retas.

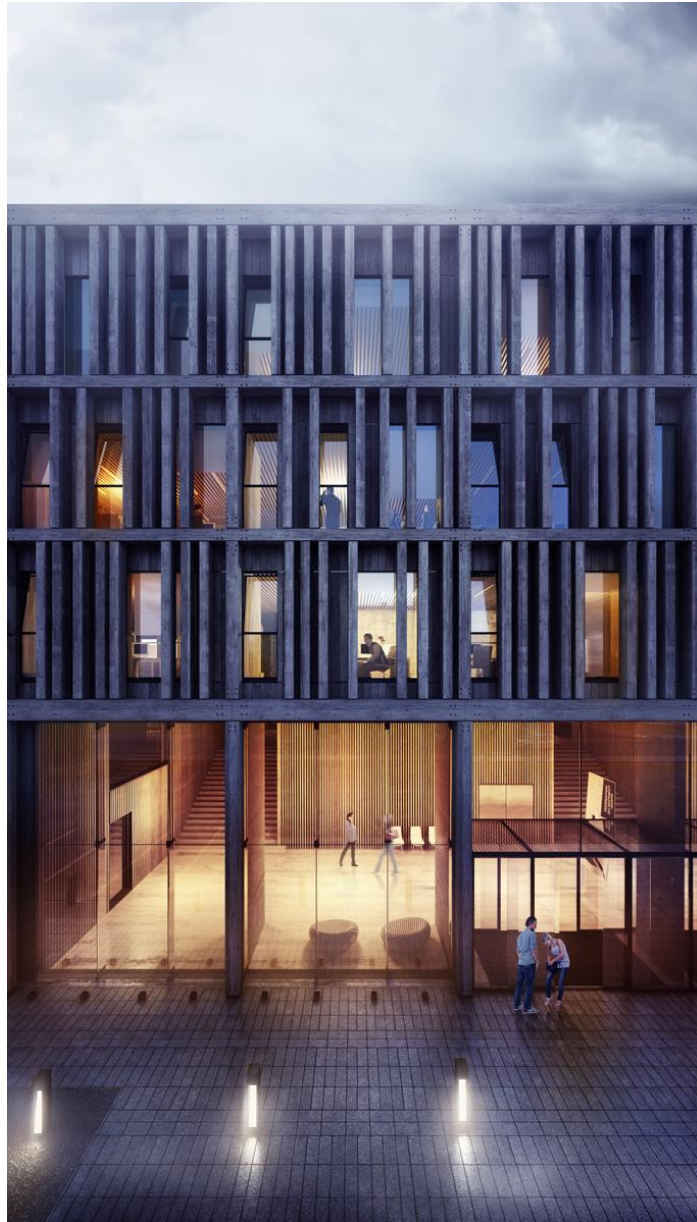


Figura 70: Maison Du Batiment D'Aquitaine. Fonte: Behance Site, 2016

10. PROGRAMA MÍNIMO DE NECESSIDADES

O programa mínimo de necessidades foi criado com base na Portaria/GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002, RDC 50/02 - anexo 08 e 01.

O funcionamento do CAPS II ocorre de 08:00 às 18:00 horas, em dois turnos durante cinco dias úteis, e seu atendimento pode variar de 25 a 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia (Portaria/GM nº336).

O projeto atenderá 30 pacientes por turno com o propósito de que a instituição possa atender de forma eficiente a necessidade dos mesmos.

A equipe técnica mínima para atuação será composta por: 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 04 profissionais de nível superior (profissionais de nível universitário entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), 06 profissionais de nível médio (profissionais de nível médio entre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (Portaria/GM nº336).

	AMBIENTE	DESCRIÇÃO	DIMENSIONAMENTO	INSTALAÇÕES
PÚBLICO	Sala de espera	Ambiente destinado à espera de pacientes e acompanhantes aguardando atendimento	1,3 m ² por pessoa – 60 pessoas por turno Área: 78m ²	Bebedouro
	Sanitários de pacientes e público, diferenciadas por sexo	–	Menor dimensão: 1,2m Área :1,6m ²	Lavatório e bacia sanitária. Largura mínima de porta: 0,8m e abertura no sentido de fuga
	Sanitário para deficiente físico. Obrigatório pelo menos 1	–	Largura:1,70m Área: 3,2m ²	Lavatório e bacia sanitária dispendo de barras de apoio conforme NBR9050 da ABNT. Largura mínima de porta: 0,8m e abertura no sentido de fuga
	Sala de registro e recepção de pacientes	Ambiente destinado à recepção e registro de paciente	Área: 5,5 m ² por pessoa – 20 pessoas Área mínima: 110 m ²	–
	Estacionamento		1 vaga a cada 100m ²	
	Área total: 192,8m ²			
ADMINISTRAÇÃO	Sala administrativa / secretaria	Ambiente destinado à realização de atividades administrativas do estabelecimento	Área: 5,5 m ² por pessoa- 5 pessoas Área mínima: 27,5m ²	–
	Área total: 27,5m ²			
ATENDIMENTO	Consultórios médicos, de enfermagem, de psicologia e serviço social.	Ambientes destinados a consultas médicas, de enfermagem e de serviço social.	Menor dimensão: 2,2m Área mínima: 7,5m ²	Lavatório nos consultórios médicos e de enfermagem.
	Mínimo de 2 salas de atendimento individual	Ambientes destinados a acolhimento, consulta, terapias, individualizado	Menor dimensão: 2,2m Área mínima: 7,5m ²	–
	Sala multiuso	–	Menor dimensão: 2,2m Área mínima: 7,5m ²	–

ATENDIMENTO	Salas destinadas a oficinas terapêuticas em número compatível com as atividades desenvolvidas	Espaços destinados ao desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas, realização de ações de reabilitação psicossocial	Área mínima de 2,5 m ² / paciente 15 pessoas por sala	–
	Sala de observação	Ambiente destinado a manter o paciente em observação por período não superior a 24 horas	Menor dimensão: 3,2m Área mínima: 8,5m ² por leito Distâncias dos leitos: entre paredes laterais: 0,5m entre leitos: 1,0m entre leitos e cabeceira: inexistente entre pés dos leitos: 1,2m número máximo de leitos por sala: 6 Dimensões mínimas de leitos: 0,90m x 1,90 m	Lavatório
	Banheiro anexo às salas de observação de adultos e de crianças	–	Menor dimensão: 1,70m Área mínima: 3,6 m ² Para deficiente físico: 4,8m ² 1 banheiro para cada 6 leitos.	Lavatório, bacia sanitária, chuveiro e ducha higiênica, dispondo de barras de apoio conforme NBR9050 da ABNT. Largura mínima de porta: 0,8m e abertura no sentido de fuga
	Ambientes externos para lazer esportes e deambulação	–	Área aprazível e suficiente	–
	Refeitório	–	Área de 1,0 m ² por comensal – 60 pessoas Área mínima: 60 m ²	
	Área total: 72,10m ²			
RESTRITO A FUNCIONÁRIOS	Posto de enfermagem contíguo ou no interior da sala de observação	–	Área mínima: 4,5 m ² Dimensão mínima: 1,5m	–
	Sala de dispensação de medicamentos	–	–	–
	Sala de estar	–	–	–
	Copa anexa ao refeitório	–	–	–
	Copa	Ambiente destinado ao fornecimento de água e ao preparo de sucos e lanches para	Menor dimensão: 1,15m Área mínima: 2,6m ²	Bancada com pia, fogão e geladeira

			pacientes e funcionários		
		Vestiários para funcionários	Ambiente destinado à troca de roupas, guarda de pertences e realização de necessidades fisiológicas	1 peça sanitária para cada 10 funcionários de acordo com a norma regulamentadora 24	Lavatório, bacia sanitária e chuveiro em boxes separados, ducha higiênica e área para escaninho
		Área total: 7,1m²			
	SERVIÇO	Depósito de material de limpeza – DML	Local destinado a guarda de aparelhos, utensílios e material de limpeza	Menor dimensão: 1,0m Área mínima 2,0m²	Tanque e armário
		Depósito de material de consumo/ almoxarifado	–	–	–
		Rouparia/armário	–	–	–
		Abrigo de recipientes de resíduos sólidos (Lixo)	Ambiente destinado a guarda temporária de recipientes de resíduos sólidos aguardando a coleta pública	Dimensionado para comportar 2 coletores de resíduos sólidos. Menor dimensão: 1,0m. Para EAS de maior porte, consultar a RDC 50/02	Torneira baixa, ralo sifonado, tela milimétrica a janela e porta com abertura no sentido de fuga
		Área total: 3m²			

11. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARCHDAILY. **Centro Psiquiátrico Friedrichshafen / Huber Staudt Architekten**. Disponível em: <<http://www.archdaily.com.br/br/601552/centro-psiquiatrico-friedrichshafen-slash-huber-staudt-architekten>>. Acesso em: 26 de abril de 2016.

ARCHDAILY. **Hospital Psiquiátrico Kronstad / Origo Arkitektgruppe**. Disponível em: <<http://www.archdaily.com.br/br/01-173463/hospital-psiquiatrico-kronstad-slash-origo-arkitektgruppe>>. Acesso em: 26 de abril de 2016.

BRASIL DISCOVERY. **Os manicômios mais famosos do mundo**. Disponível em: <<http://www.brasil.discovery.uol.com.br/enigma/imagens/os-manicomios-mais-famosos-do-mundo/>>. Acesso em: 07 de março de 2016.

BRASIL DISCOVERY. **Bethlem Hospital: o manicômio mais assustador da história**. Disponível em: <<http://www.brasil.discovery.uol.com.br/enigma/manicomios-assombrados/bethlem-hospital-o-manicomio-mais-assustador-da-historia/>>. Acesso em: 07 de março de 2016.

BEHANCE. **Maison Du Batiment D'Aquitaine – FFB**. Disponível em: <<https://www.behance.net/gallery/3067591/MAISON-DU-BATIMENT-DAQUITAINE-FFB>>. Acesso em: 12 de março de 2016.

COM CIÊNCIA. **Reforma Manicomial**. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/manicom/manicom8.htm>>. Acesso em: 07 de março de 2016.

CONEXÕES CLÍNICAS. **Breve história dos hospitais psiquiátricos**. Disponível em: <<http://conexoesclinicas.com.br/breve-historia-dos-hospitais-psiquiatricos/>>. Acesso em: 07 de março de 2016.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2012.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. In: DAHER, Andrea (Trad.). *Resumo dos Cursos do Collège de France*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997. Cap. 5, p. 47-57.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento-hospitalar/complexo-de-saude-mental/centro-hospitalar-psiquiatrico-de-barbacena>>. Acesso em: 12 de março de 2016.

FUNDARTE MURIAÉ. **História de Muriaé**. Disponível em: <<http://www.fundartemuriae.com.br/conteudo/conteudo.php?id=102>>. Acesso em: 07 de março de 2016.

GAIA BRASIL. **O Holocausto brasileiro aconteceu em Minas Gerais**. Disponível em: < <http://gaiabrasil.com.br/2013/10/o-holocausto-brasileiro-aconteceu-em-minas-gerais-livros/>>. Acesso em: 07 de março de 2016.

GALLAECIA. **Caminho do norte de Santiago na Galiza**. Disponível em: < <http://andanhos.blogs.sapo.pt/gallaecia-pelos-caminhos-de-santiago-26282>>. Acesso em: 12 de março de 2016.

IBGE. **Cidades**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=314390>>. Acesso em: 07 de março de 2016.

LA STATALE. **The Foundation**. Disponível em: < <http://www.lastatale90.it/visita-ca-granda/visit-title-02/>>. Acesso em: 12 de março de 2016.

MEMÓRIA DA LOUCURA. **Reforma Psiquiátrica**. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/reforma.html>>. Acesso em: 12 de março de 2016.

MILLER, R. L.; SWENSSON, E. S. **Hospital and Healthcare Facility Design**. New York: WW Norton & Company Inc., 2002.

MURIAÉ. Decreto Lei nº 530 de 1988.

MURIAÉ. Lei nº 1.232, de 30 de dezembro de 1987. Dispõe sobre o código de obras do Município de Muriaé e estabelece medidas correlatas.

MURIAÉ. Lei nº 2.334, de 24 de agosto de 1999. Dispõe sobre parcelamento do solo urbano do município de Muriaé, e dá outras providências.

MURIAÉ. Lei nº 3.377, de 17 de outubro de 2006. Institui o Plano Diretor Participativo e o Sistema Municipal de Planejamento e Desenvolvimento de Muriaé.

MURIAÉ. Lei nº 1.231, de 1987. Dispõe sobre o uso e a ocupação do solo urbano do Município de Muriaé.

NOGUEIRA, M. A. M. **Saúde mental e Arquitetura: Espaço e ambiente no processo terapêutico**. Editora Livro Pleno. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Relatório sobre a saúde no mundo. 2001. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança.

PORTSMOUTH ATTRACTIONS. **Royal Garrison Church**. Disponível em: <http://www.welcometoportsmouth.co.uk/royal_garrison_church_old_portsmouth.html> . Acesso em: 12 de março de 2016.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Unesp, 1994.

SECRETARIA DA SAÚDE. **Tipos de CAPS**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8862catid=24&Itemid=16>. Acesso em: 26 de abril de 2016.

SEGUINDOS OS PASSOS DA HISTÓRIA. **A política da saúde no século XVIII.** Disponível em: < <http://seguindopassoshistoria.blogspot.com.br/2012/12/a-politica-da-saude-no-seculo-xviii.html>>. Acesso em: 07 de março de 2016.

SUA PESQUISA. **Revolução Industrial.** Disponível em: < <http://www.suapesquisa.com/industrial>>. Acesso em: 12 de março de 2016.

UPA INFORMA. **Saúde mental para todos.** Disponível em: <<http://upainforma.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2329>>. Acesso em: 07 de março de 2016.

VITRUVIUS. **Arquitextos.** Disponível em: < <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/01.010/911>>. Acesso em: 12 de março de 2016.

WIKIPEDIA. **Hospital Psiquiátrico.** Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital_Col%C3%B4nia_de_Barbacena>. Acesso em: 07 de março de 2016.