



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO**

Aline Cristinni de Lima Cardozo

**TIPOLOGIA PROJETO CAPS IV (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
IV): Uma Nova Proposta**

Fortaleza-CE

2017

Aline Cristinni de Lima Cardozo

**TIPOLOGIA PROJETO CAPS IV (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
IV): Uma Nova Proposta**

Trabalho de conclusão de curso,
apresentado à Universidade Federal
do Ceará (UFC), como parte das
exigências para a obtenção do título
de Bacharel em Arquitetura e
Urbanismo.

Orientador Prof. Arq. Dr. Paulo
Costa Neto

Fortaleza-CE

2017

Aline Cristinni de Lima Cardozo

**TIPOLOGIA PROJETO CAPS IV (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
IV): Uma Nova Proposta**

Trabalho de conclusão de curso,
apresentado à Universidade Federal
do Ceará (UFC), como parte das
exigências para a obtenção do título
de Bacharel em Arquitetura e
Urbanismo.

Fortaleza, ____ de _____ de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Arq. Paulo Costa Neto, Dr. - UFC
Orientador

Prof. Arq. Diego de Castro Sales, Me. - UFC
Convidado da Universidade

Arq. Jenner Cabral Borges, Esp.
Convidado

Fortaleza - CE

2017

A MINHA TRAJETÓRIA ACADÊMICA E AGRADECIMENTOS

Ingressei no Curso de Arquitetura e Urbanismo guiada por um sonho de infância, ser arquiteta. Desde os meus primeiros anos de estudos, tive a oportunidade de já colocar em prática profissional os meus conhecimentos adquiridos ao longo da minha trajetória acadêmica, entre estágios e trabalhos efetivos que realizei durante quase todos os meus semestres letivos. Trajetória essa, acadêmica, que estou concluindo na Universidade Federal do Ceará (UFC), no ano 2017 e, pretendo segui-la profissionalmente.

O programa das disciplinas do curso é bem dinâmico, o que me agradou bastante. Ao longo do curso existem disciplinas de cálculo, teóricas, como história da arte e da arquitetura, laboratórios práticos de tecnologia da construção, laboratórios de informática, computação gráfica, laboratórios de desenho em prancheta, desenho a mão livre, artes plásticas, comunicação visual, noções administrativas de empreendedorismo e marketing, entre outras.

Portanto, considero o programa das disciplinas satisfatório e distribuído de forma agradável, não deixando o semestre cansativo, com o desempenho de diversas atividades diferentes.

As avaliações são feitas através de provas escritas, atividades práticas em campo para coleta de informações para elaboração de projetos, dos mais diversos temas que englobam arquitetura e urbanismo. Feitos através de croquis, projetos gráficos em 2D, em escala ou não e 3D, na forma de perspectivas internas e externas. Além de experimentos laboratoriais e maquetes físicas.

A minha experiência prática me agregou conhecimentos em diversas áreas, mais direcionada e me aproximando cada vez mais para o setor e ramo da Arquitetura de Interiores, em suas mais diversas atribuições. Entre elas o Design de Interiores. Adquiri também conhecimentos em mercado imobiliário e crescimento das cidades, empreendedorismo e construção civil. Além do conhecimento prático da legislação vigente, teórica e na prática.

Me sinto feliz com os resultados que obtive e pretendo aperfeiçoá-los me capacitando e profissionalizando cada vez mais, com cursos de pós-graduação.

Arquitetura como a arte de construir aliada a uma técnica com o desejo de um belo, me fez e faz ter a necessidade de inspiração além do conhecimento. Acredito que a universidade e o professor são instrumentos para a busca do saber, do conhecimento, mas que a busca individual pela literatura e por experiências práticas são demasiadamente relevantes para

esse aprendizado. O seu caminho, a sua trajetória acadêmica depende mesmo de cada um de nós.

Concluo o meu curso, avaliando positivamente a minha jornada acadêmica e realizada com o meu direcionamento e evolução na busca pelo saber, tenho a certeza que me sinto capacitada para fazer pesquisas e desempenhar bons trabalhos daqui pra frente.

Esse longo caminho me ensinou o método e a minha experiência prática me direcionou para um caminho, no qual só tenho a crescer e expandi-lo de acordo com cada vez mais experiências práticas, aprendizados e segurança adquirida.

Finalizo com um profundo sentimento de gratidão primeiramente a Deus e, a todos aqueles que contribuíram de coração e com carinho para o meu conhecimento, alunos, professores, coordenadores, familiares, amigos, parceiros profissionais. A todos os profissionais que me atenderam e me receberam cordialmente durante as minhas pesquisas em todas as células dos órgãos públicos que visitei e solicitei informações, arquivos e entrevistas, SEINFRA, Secretaria das Cidades, IPECE, SEMA, SMS, SEINF, SEUMA, COURB, Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde Alcool e Outras Drogas, Hospital Psiquiátrico Nosso Lar, CAPS Geral Dr. Nilson de Moura Fé, entre outros . A esses, muito obrigada por tudo.

Me sinto hoje, de fato, feliz e segura na busca da minha formação profissional prática. E com o sentimento que valeu a pena.

"Arquitetura é a arte de construir aliada a uma técnica, com o desejo de um belo".

Aline Cristinni.

"A gente tem é que sonhar, senão as coisas não acontecem".

Arq. Oscar Niemeyer.

"Não existe trabalho de arquitetura sem considerar as questões ambientais".

Arq. João Filgueiras Lima, Lelé.

"O projeto ideal não existe, a cada projeto existe a oportunidade de realizar uma aproximação".

Arq. Paulo Mendes da Rocha.

"Para que não se esqueça, para que nunca mais aconteça, por uma sociedade sem manicômios".

Psiqu. Franco Basaglia.

"Ele não sabia que era impossível. Foi lá e fez".

Jean Cocteau.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo fazer um estudo do panorama geral das condições de tratamento a pessoas acometidas com doenças mentais, desde os tipos de tratamentos, métodos medicinais, mudanças na legislação e análise de estruturas físicas de equipamentos hospitalares utilizados desde a antiguidade aos dias atuais. Observando modelos de programas de saúde internacionais, com foco no modelo utilizado no Brasil e no município de Fortaleza. Concentrando a pesquisa na população da regional VI do município de Fortaleza. A fim de elaborar uma proposta de projeto arquitetônico que proporcione condições físicas adequadas a esses tipos de tratamentos atuais, otimizando ambientes para que proporcionem condições psicológicas adequadas, objetivando o melhor desempenho dos mesmos, ocasionando assim, uma consequente melhoria nas respostas a esses tratamentos, pelos seus usuários, pacientes com doenças mentais e para um melhor desempenho da equipe de profissionais, das mais diversas especialidades envolvidas nesse processo. Assegurando a essa parcela da população, as condições reais na prática, dos seus direitos previstos na legislação vigente. Contribuindo ainda, para a divulgação das mudanças ocorridas nessa problemática, devido à reforma psiquiátrica. Objetivando a reinserção dessas pessoas ao convívio social e no mercado de trabalho, melhoria na sua qualidade de vida e ganho de autonomia. Com o apoio de uma estrutura física de qualidade e de toda uma equipe de profissionais no próprio CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), no próprio equipamento e em visitas domiciliares, com a participação dos seus familiares, agentes sociais e comunidade.

Palavras - Chave: Projeto. Arquitetônico. Centro. Atenção. Psicossocial.

ABSTRACT

This research aimed to make a study of the general situation of the people treating conditions affected with mental illness, from the types of treatments, medicinal methods, changes in legislation and analysis of physical structures of hospital equipment used from ancient times to the present day. Noting models of international health programs, focusing on the model used in Brazil and in the city of Fortaleza. Concentrating research in population Regional VI in Fortaleza. In order to prepare a proposal for architectural design that provides physical conditions suitable for these types of current treatments, optimizing environments to provide adequate psychological conditions, aiming at the best performance thereof, thus causing a consequent improvement in the responses to these treatments by their users, patients with mental illness and for better performance of the professional team, from various specialties involved in this process. Assuring to this population, the actual conditions in practice of their rights under the law. Contributing also to the disclosure of changes in this issue because of the psychiatric reform. Aiming at the reintegration of these people to social life and the labor market, improvement in their quality of life and gain autonomy. With the support of a physical structure and quality of an entire team of professionals at CAPS own (Psychosocial Care Center), in the equipment itself and in home visits, with the participation of their families.

KeyWords: Project. Architectural. Center. Attention. Psychosocial.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	PÁG.17
2- O AVANÇO DA ARQUITETURA HOSPITALAR.....	PÁG.18
2.1- A ATENÇÃO À ARQUITETURA HOSPITALAR DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO MUNDO.....	PÁG.20
3- A LEGISLAÇÃO EM ARQ. HOSPITALAR E ARQ. DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL LEVANTADA PARA A PESQUISA.....	PÁG.21
4- A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL LEVANTADA PARA À PESQUISA.....	PÁG.22
5- O PANORAMA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E NO MUNDO.....	PÁG.26
6- AS COMPETÊNCIAS DAS ADMINISTRAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA RELACIONADAS À REDE CAPS	
6.1- O MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	PÁG.29
6.2- O SUS.....	PÁG.30
6.3- A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA.....	PÁG.33
6.4- A COORDENADORIA DE POLÍTICAS E ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (COPAS).....	PÁG.34
6.5- AS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE DE FORTALEZA.....	PÁG.36
7- A CONCEITUAÇÃO DO TEMA: CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL).....	PÁG.37

8- OS CAPS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.....	PÁG.40
9- OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.....	PÁG.42
10- ESTUDOS DE CASO:	
10.1- O PROJETO MODELO PARA A REDE CAPS DESENVOLVIDO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E O PROGRAMA DE NECESSIDADES PROPOSTO.....	PÁG.45
10.2- HOSPITAL SARAH KUBITSCHKE; RIO DE JANEIRO.....	PÁG.55
11- OS TRANSTORNOS MENTAIS MAIS FREQUENTES ATENDIDOS NOS CAPS III.....	PÁG.57
12- OS ATUAIS MÉTODOS DE TRATAMENTOS E ACOMPANHAMENTOS.....	PÁG.58
12.1- AS TERAPIAS OCUPACIONAIS	PÁG.58
13- ANÁLISE CRÍTICA DA SITUAÇÃO ATUAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.....	PÁG.66
14- A LOCALIZAÇÃO:	
14.1- O MUNICÍPIO DE FORTALEZA.....	PÁG.71
14.2- AS REGIONAIS DE FORTALEZA.....	PÁG.71
14.3- A REGIONAL VI DE FORTALEZA.....	PÁG.72
14.4- O BAIRRO: EDSON QUEIROZ.....	PÁG.73
14.5- O ESTUDO DO SÍTIO	
14.5.1- O entorno e o contato com O Parque do Cocó:.....	PÁG.74
14.5.1.1- A Proposta da Nova Poligonal do Parque do Cocó.....	PÁG.75

14.5.1.2-O Projeto da Ponte Estaiada do Parque do Cocó.....	PÁG.76
14.5.1.3-O Projeto de Reassentamento Habitacional do Dende.....	PÁG.77
14.5.1.4- A Via Paisagística Proposta.....	PÁG.78
14.5.2- Os acessos.....	PÁG.79
14.5.3- Os índices do terreno segundo à legislação: O PDPFOR.....	PÁG.88
15- O PÚBLICO ALVO DO PROJETO.....	PÁG.94
16- O FLUXOGRAMA DA ENTRADA DE PACIENTES NOS CAPS.....	PÁG.94
17- TIPOLOGIA: O CONCEITO NA ARQUITETURA.....	PÁG.95
18- O PROJETO: TIPOLOGIA PROJETO CAPS IV (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL IV): Uma Nova Proposta.....	PÁG.96
19- O FLUXOGRAMA DO PROJETO.....	PÁG.110
20- O PARTIDO.....	PÁG.111
21- O ESTILO ARQUITETÔNICO.....	PÁG.113
22- O PROGRAMA DE NECESSIDADES.....	PÁG.115
23- O SISTEMA ESTRUTURAL	PÁG.119
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	PÁG.120
BIBLIOGRAFIA.....	PÁG.123

1- INTRODUÇÃO

Este estudo visa enaltecer as mudanças ocorridas advindas da reforma psiquiátrica, que aconteceram em meados da década de sessenta. E, traduzi-las em uma proposta de projeto arquitetônico que proporcione condições adequadas para a realização de suas diretrizes, mais que um processo de desospitalização, um processo de desconstrução das práticas manicomiais.

Uma proposta de projeto, de um equipamento na área da saúde mental. Um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Baseado em estudos de projetos teóricos utilizados na França e Itália. Aplicados a nossa realidade, e aos nossos índices socioeconômicos, culturais e da nossa legislação.

O projeto foi elaborado após o levantamento de dados e estudos feitos através de projetos existentes na Europa, aplicados as nossas necessidades; Estudos de equipamentos da saúde mental existentes no Brasil, estudo socioeconômico da população a qual o equipamento deverá atender, análise da demanda da população com necessidades desse tipo de atendimento. Além de estudos das atuais práticas medicinais para esses pacientes. Estudos das normas brasileiras que regulamentam a construção de hospitais e clínicas. Estudo do projeto arquitetônico modelo para a rede CAPS e das portarias, estudos da legislação para construção de equipamentos da área da saúde e, sobre políticas da saúde mental, elaborados pelo Ministério da Saúde. Também foram verificados e seguidos os índices do PDPFOR, LUOS e código de obras.

O projeto foi elaborado com a premissa de atender e dar suporte e condições eficientes para o desenvolvimento e desempenho de equipes multiprofissionais, como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores físicos, etc. Para que possam trabalhar em conjunto, para devolver aos pacientes condições de reinserção ao convívio social e, até mesmo ao trabalho. Um projeto de equipamento da saúde mental, aonde objetiva-se devolver a autonomia para os seus pacientes e suporte e apoio para as suas famílias. Um projeto que viabilize e promova interação entre paciente, família, profissionais capacitados e a sua comunidade. Uma ferramenta que ajude a promover e a se fazer na prática o direito à cidadania para essa parcela da população carente. Com recursos repassados por políticas públicas.

Um projeto que desconstrua a ideia asilar, manicomial. Que tenha uma aparência mais acolhedora. E que possua estrutura física para bons atendimentos, área satisfatória, boas condições climáticas. Uma estrutura física confortável para o desempenho de todas as tarefas necessárias. Salas de

terapias ocupacionais internas, áreas externas para atividades em contato com a natureza, quadras esportivas, espaço para apresentações de atividades, área para oficinas de trabalho, oficinas de música, oficinas de artesanato, oficinas de pintura, horta, enfim, boas condições de áreas recreativas, além de dormitórios para repouso, semi-internação, salas de aplicação de medicação, refeitórios, setor administrativo, etc.

2- O AVANÇO DA ARQUITETURA HOSPITALAR

O avanço na área da arquitetura hospitalar acompanhou o avanço da arquitetura de uma forma geral também, assim como os avanços científicos, tecnológicos e medicinais. Como, por exemplo, o avanço das pesquisas em laboratório sobre a proliferação de bactérias e micro-organismos, no que se refere a área da saúde e a tendência a verticalização dos edifícios destinados a arquitetura hospitalar, devido as novas tecnologias estruturais que foram aparecendo ao longo do tempo. Acompanhou também o aparecimento das novas profissões interdisciplinares, assim como o surgimento de diversas tipologias e partidos arquitetônicos. E, mais recentemente a tendência a humanização dos espaços hospitalares em suas mais diversas áreas de tratamento da saúde também, não apenas a tratamentos relacionados a atenção psicossocial.

Antigamente acreditava-se que a cura provinha de caráter espiritual, havia uma predominância do cunho religioso relacionado ao modo de tratar as doenças, o que resultou para que os templos sagrados fossem modelos de locais de tratamento, segundo Antonio Pedro Alves de Carvalho em *Introdução à Arquitetura Hospitalar*. Ainda segundo o mesmo autor " *O sistema pavilhonar representou um claro avanço formal e funcional na história da arquitetura hospitalar. Nessa fase os hospitais deixam de ser locais para exclusão e aguardo da morte para se transformarem em instrumentos efetivos de recuperação e cura. Outro fator de não menor importância foi a afirmação das profissões de médico e enfermeira laica, concedendo ao processo curativo um status científico, influenciando na exigência de condições ambientais que ajudassem na recuperação dos pacientes. As obras de Tenon e Nightingale demonstram o novo papel desses profissionais, inclusive relativamente à assessoria no projeto arquitetônico de unidades de saúde*". Segundo a Arquiteta M. Sc e doutoranda, Elza Maria Alves Costeira da PROARQ/FAU/UFRJ e pesquisadora do Departamento de Patrimônio Histórico da FIOCRUZ no artigo "*A arquitetura: História, Evolução e Novas Visões*" Começou a ser formatado o aspecto do hospital contemporâneo e foi determinante para que houvesse uma mudança da velha estrutura hospitalar o incêndio no hotel Dieu, em Paris no ano 1772, que tinha instalações

insalubres, abrigando centenas de enfermos agrupados. Foi necessária a sua reconstrução e substituição, foi então estabelecida uma comissão para avaliar os projetos arquitetônicos e fazer pesquisas para adotar uma solução definitiva para o hospital. A comissão tinha nove membros e foi nomeada pela Academia Real de Ciências, a partir dos esforços e empenho do Barão de Breteuil, da Casa Real de Luis XVI, houve destaque para os trabalhos do médico, que analisou diversos hospitais, para descrever a sua arquitetura e emitir um olhar crítico, funcionalista. Ele publicou em 1788 uma obra com 5 relatórios chamada "*Memoires sur les hôpitaux de Paris*".

Ainda segundo o mesmo texto " Com o "projeto" Tenon, triunfa a organização pavilhonar, horizontal, do espaço hospitalar. Com a adoção desta forma, que permitia a ventilação cruzada e uma excelente iluminação natural, Tenon acreditava ter resolvido o que era considerado o maior produtor da insalubridade nos hospitais: a estagnação do ar e a umidade. Ele efetuou também toda uma série de estudos volumétricos para estabelecer a relação entre as dimensões de cada pavilhão de enfermos e o número de leitos das enfermarias, como meio de assegurar o volume mínimo ideal de ar renovado para cada paciente. Tenon estudou também o número ideal de pavimentos para cada pavilhão, estabelecendo em três o número ideal de pavimentos. Os elementos de importância tecnológica na consolidação deste perfil, no século XIX, foram o desenvolvimento da anestesia, as práticas de assepsia e a disseminação da profissão de enfermeira laica, neste caso. Durante todo o século XIX surgiu, também, a preocupação com a ventilação e a iluminação naturais nos projetos dos edifícios de saúde, a partir da chamada "teoria dos miasmas", onde a propagação de doenças era atribuída à emanação de eflúvios originários de matéria em decomposição.

A descoberta da transmissão de germes, em 1860, revoluciona a concepção dos projetos hospitalares, isolando as patologias e os doentes em pavilhões específicos. Os trabalhos de Louis Pasteur demonstram a necessidade de combater o contágio e a transmissão de doenças, com a separação de pacientes e a esterilização de utensílios médicos. Estes princípios de isolamento das patologias acarretam uma verdadeira revolução nos projetos de unidades de saúde. A disposição e a composição da arquitetura em pavilhões múltiplos facilitam o desenvolvimento das construções e a integração com o seu espaço de instalação, possibilitando a criação de hospitais do tamanho de quarteirões, e de implantações assemelhadas a pequenas cidades-jardim.

Nesta época a cirurgia se incorporou definitivamente às instituições hospitalares e, ao lado do surgimento da medicina científica, do modelo pavilhonar e da divisão de funções específicas para os ambientes da assistência à saúde, podemos dizer que o perfil do hospital contemporâneo se estabeleceu".

Hoje em dia há uma forte tendência em remeter a característica hospitalar a uma imagem mais humanizada e conectá-la com o espaço exterior, pretendendo auxiliar a cura.

2.1- A ATENÇÃO À ARQUITETURA HOSPITALAR DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NO MUNDO

Os primeiros equipamentos da história relacionados a atender pacientes com necessidades mentais especiais que temos conhecimento, são abrigos com regime de internação que recebiam não apenas doentes mentais, mas também, pessoas com condições desfavorecidas economicamente, mendigos, pessoas excluídas, que sofriam preconceito diante da sociedade, por razão social, preconceito racial e, até mesmo criminosos, além das que tinham algum tipo de distúrbios mentais. Da mesma forma como acontecia com os primeiros abrigos destinados a cura, os primeiros "hospitais" que temos conhecimento.

Esses abrigos existiam em todo o mundo, na Europa, nas Américas, etc. Com o passar dos anos e desenvolvimento das civilizações, das cidades, da sociedade como um todo, estudos foram evoluindo e, foram percebendo a necessidade de uma mudança no método. Até então, não existiam políticas que assegurassem os direitos desses indivíduos como cidadãos. Houve a necessidade da criação de políticas que preservassem o direito dessas pessoas, desses cidadãos que sofriam com esse tipo de violência, abandono e exclusão social. E, com a evolução desses estudos, foram feitas análises que levaram a constatação que esse método era falho, que não levava a cura desses pacientes e que feria a sua moral diante da sociedade.

Essa necessidade de mudança ocorreu primeiro na Europa, com alguns movimentos, que tiveram abrangência e repercussão mundialmente. Dava-se início ao processo denominado de Antipsiquiatria.

De maneira geral, essas instituições eram mantidas por doações feitas pela sociedade e por fundos arrecadados pela igreja católica.

No Brasil, no império de Dom Pedro II, houve a criação do primeiro manicômio em terras brasileiras, em 1852, século XIX, em uma chácara pertencente à Santa Casa. As Santas Casas datam desde o século XVI no país.

De acordo com dados retirados do site do Centro Cultural do Ministério da Saúde, em 1987 foi criado, em São Paulo, o Núcleo de Atenção

Psicossocial (NAPS) Luiz Cerqueira, em 1991 a portaria nº 189 do Ministério da Saúde viabiliza a remuneração dos atendimentos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, em 1992 a portaria nº 224 do Ministério da Saúde regulamenta e normaliza os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são o atual modelo hoje seguido no Brasil.

A psiquiatria italiana tinha como premissa combater os antigos manicômios, diferente da francesa, que se assemelhava a brasileira que visavam uma melhoria desses hospitais.

De acordo com Passos, em Reforma psiquiátrica: As experiências francesa e italiana *"A Psiquiatria de Setor Francesa foi experiência de planificação nacional e racionalização administrativa. Por conseguinte, não teve um caráter de ruptura ou contestação do manicômio. Ao contrário, era uma proposta de modernização dos hospitais psiquiátricos, chegando a estimular a abertura de novos hospitais (ainda que conseguisse certa diminuição das internações). Não havia uma politização da ação profissional, e nos dizeres de Castel (p.66), "os profissionais franceses eram alérgicos à contestação político-social".*

Outra característica da psiquiatria francesa era a supervalorização da clínica em detrimento da dimensão política dessa prática. A influência da psicanálise lacaniana apenas fortaleceu esse viés, sem nunca assumir um embate contra as dimensões institucionais do poder psiquiátrico. Na medida em que a discussão técnica privilegiava o debate teórico-clínico, nada foi feito para conter o avanço da lógica de mercado e a privatização da prática psiquiátrica. Cabe ressaltar que, na época, a psiquiatria francesa era essencialmente pública, com pouco espaço para o exercício profissional privado. Somente com a implantação do Setor é que haverá um súbito crescimento da psiquiatria privada. Enfim, na medida em que o núcleo da Psiquiatria de Setor era a racionalidade administrativa, sua ação foi pouco criadora de alternativas à psiquiatria fármaco clínica tradicional".

3- A LEGISLAÇÃO EM ARQ. HOSPITALAR E ARQ. DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL LEVANTADA PARA A PESQUISA

-Resolução - RDC Nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002.

-Portaria Nº 1884 /GM de 11 de novembro de 1994 - Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de 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 UA como lugares de atenção psicossocial nos territórios, Brasília – DF , 2013

4- A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL LEVANTADA PARA A PESQUISA

Portarias do Ministério da Saúde:

- Portaria nº 305/2014/SAS/MS - Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP).
- Portaria nº 142/2014/SAS/MS - Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes que realizarão serviços de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAP).
- Portaria nº 95/2014/GM/MS - Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria nº 94/2014/GM/MS - Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria nº 615/2013/GM/MS - Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria nº 349/2012/GM/MS - Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
- Portaria nº 148/2012/GM/MS - Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente

Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

- Portaria nº 132/2012/GM/MS - Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria nº 131/2012/GM/MS - Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
- Portaria nº 130/2012/GM/MS - Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
- Portaria nº 123/2012/GM/MS - Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.
- Portaria nº 121/2012/GM/MS - Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
- Portaria nº 3.099/2011/GM/MS - Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Portaria nº 3.090/2011/GM/MS - Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
- Portaria nº 3.089/2011/GM/MS - Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Portaria nº 3.088/2011/GM/MS - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria nº 1.473/2011/GM/MS - Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.
- Portaria nº 122/2011/GM/MS - Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
- Portaria nº 3.237/2007/GM/MS - Aprova as Normas de Execução e de Financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em Saúde
- Portaria nº 1.876/2006/GM/MS - Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

- Portaria nº 246/2005/GM/MS - Destina Incentivo Financeiro para Implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos
- Portaria nº 52/2004/GM/MS - Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Sistema Único de Saúde
- Portaria nº 2.391/2002/GM/MS - Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei nº 10.216/2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.
- Portaria nº 501/2007/SAS/MS - Referente ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria)
- Portaria Interministerial nº 1/2014/MS e MJ - institui a nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria Interministerial nº 1.679/2013 - Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional
- Portaria Interministerial nº 3.347/2006/GM/MS - Institui o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental
- Portaria Interministerial nº 1.777/2003/MS e MJ - Aprova o Sistema Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

Fonte Internet: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/menu>

Lei Paulo Delgado Nº 10.216 de 2001 - Assegura sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra, os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental.

<http://www.paulodelgado.com.br/lei-n%C2%BA-10-216-de-6-de-abril-de-2001/>

Legislação CAPS

Portarias do Ministério da Saúde:

- Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 – Centros de Atenção Psicossocial.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (republicada em 21 de maio de 2013).
- Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011 – Centros de Atenção Psicossocial.
- Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 – Serviço Residencial Terapêutico.
- Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 (republicada em 21 de maio de 2013) – Unidade de Acolhimento.

- Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012 – Consultório na Rua.
- Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012 – Consultório na Rua.
- Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 (republicada em 21 de maio de 2013) – CAPS AD III.
- Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 – Serviços de Atenção em Regime Residencial.
- Portaria nº 132, de 27 de janeiro de 2012 – Reabilitação Psicossocial.
- Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 – Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral.
- Portaria nº 1.615, de 26 de julho de 2012 – Altera a Portaria nº 148/2012, de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral.
- Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013 -

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/394-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/somasus/l2-somasus/16484-legislacao-caps>

Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral:

- Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 – Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.
- Nota Técnica sobre a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012 – Apresenta informações sobre a implantação de leitos de saúde mental em Hospital Geral
- Portaria nº 1615, de 26 de julho de 2012 – Altera a portaria nº 148 de 31/01/2012 em relação ao número de leitos e incentivo financeiro.
- Portaria nº 349, de 29 de fevereiro de 2012 – Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148 de 31/01/2012.
- Portaria nº 953, de 12 de setembro de 2012 – Inclui os Serviços Hospitalares de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Estratégias de desinstitucionalização:

- Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 – Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.
- Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 - republicada em 26 de dezembro de 2011 Altera a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou

implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

- Portaria nº 857, de 22 de agosto de 2012 – Habilitada tabela de incentivos e procedimentos dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).
- Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002 – Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria).
- Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 – Institui o auxílio - reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações “De Volta para Casa”
- Portaria nº 2644, de 28 de outubro de 2009 – Estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte e reajusta incrementos.

· Portaria 2840, de 29 de dezembro de 2014 – ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.dez.14/leis247/U_PT-MS-GM-2840_291214.pdf - Cria o Programa de Desinstitucionalização, integrante do componente: Estratégias de desinstitucionalização da RAPS

http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-mental-alcool-e-drogas/legislacao-em-saude-mental/legislacao_em_sm.pdf

5- O PANORAMA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E NO MUNDO

A reforma psiquiátrica aconteceu primeiro na Europa e posteriormente no Brasil. De acordo com Passos, em Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana *"Na Itália também temos um contexto de supremacia da psiquiatria pública, ao contrário do Brasil, onde sempre tivemos um forte segmento psiquiátrico privado, e fortemente financiado pelo Estado. A Psiquiatria Democrática Italiana - PDI - sempre teve como foco o embate político. Seu foco era o combate ao manicômio e pela revisão do estatuto jurídico do doente mental, por entender que esses dois aspectos estão intimamente relacionados.*

Ao contrário da França e do Brasil, a reforma italiana surge de bases municipais, para depois produzir impactos no nível nacional. Após uma experiência abortada em Gorizia, Basaglia e sua equipe conduzem o

experimento mais importante e conhecido de reforma psiquiátrica na cidade de Trieste".

No Brasil, o processo de reforma psiquiátrica visava, sobretudo, promover políticas, ações e um ambiente que assegurasse os direitos do portador de deficiência mental. Preservando a sua integridade física e psicológica, promovendo o fim da ideia de clausura, confinamento, que se utilizava há anos, como em equipamentos como os chamados asilos e manicômios. Era uma luta contra a quebra de paradigmas.

Objetivava-se acabar com ambientes hostis, promover as relações pessoais, reinserindo o paciente ao convívio social. A reforma visava desmistificar a ideia asilar e a exclusão de sua interação com a sociedade, diminuindo os leitos nessas dependências hospitalares psiquiátricas, o seu período de internação e o uso de psicofármacos.

Os países de primeiro mundo passavam por um processo de avanços, de mudanças em vários setores, avanços nas ciências, nas políticas, em uma constante evolução e modo de se pensar e organizar a sociedade. O que refletiu em vários países, inclusive no Brasil.

O processo da Antipsiquiatria chega ao Brasil. Com mais força na década de 70.

O Brasil passava por mudanças no planejamento da área da saúde, buscava implementar políticas mais abrangentes para atender uma maior parcela da sociedade, mas, para isso, precisava de um órgão para fazer o financiamento e administração desse projeto.

Até este momento na problemática da saúde, a sociedade era organizada em três conjuntos. A população que era atendida pela rede pública de saúde, os colaboradores do FGTS, população que contribuía com o pagamento de impostos, mediante descontos autorizados, pela parcela da população que trabalhava com carteira de trabalho assinada pelo empregador; A população que podia pagar e era atendida por uma rede de saúde privada; E, pela parcela da população que não era assistida por nenhuma rede de saúde, a mais desfavorecida e, que mais sofria com essa carência de serviço e tinha maior urgência para uma solução da situação.

Devido a esses e a outros processos de mudanças e demanda por assistências de serviços públicos e infraestrutura, nessa consolidação de novas metodologias e formas de se pensar os direitos e deveres dos cidadãos, para uma conseqüente evolução e melhoria nas condições e qualidade de vida para a população. Acabou por ocasionar mudanças na legislação, o que gerou a criação de uma nova constituição, a constituição de 1988. Que visava assegurar os direitos e deveres de todos os cidadãos perante a constituição. Uma nova forma de se fazer política, uma política com visão democrática.

A reforma psiquiátrica, processo oriundo de países mais desenvolvidos, nos trouxe grandes benefícios e mudanças no que diz respeito a realidade da atenção as questões relacionadas à saúde mental dos brasileiros. Em vários aspectos, desde mudanças nas políticas públicas, na forma de legislar, chegando a interferir nos equipamentos urbanos, destinados a abrigar e a cuidar, tratar dessas pessoas.

Houve, a partir de então, uma premissa fundamental, a adoção do método antimanicomial, ou seja, a ideia de abolição total da exclusão dessas pessoas da sociedade. Exclusão do método de clausura e de confinar essas pessoas. O início de promover a extinção dessas instituições, dos manicômios e asilos.

A intenção de humanização era característica fundamental do modelo.

O Brasil, acompanhou a tendência mundial, desde os manicômios, asilos, aos hospitais psiquiátricos, as unidades psiquiátricas dentro dos hospitais gerais, a criação dos hospitais-dia e, aos demais núcleos de atendimento de urgências e emergências, até a criação dos NAPS e CAPS. O que o levou a uma formatação do seu próprio modelo atual, com a criação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossociais), que visam a descentralização do modelo hospitalocêntrico. Buscam a criação de um ambiente cada vez mais intimista, acolhedor, e a criação de um elo, entre o paciente, sua família e a instituição de saúde. Dando continuidade ao tratamento no ambiente domiciliar, integrando-os até mesmo em trabalhos junto a sociedade. Uma reforma visível do método anterior, que tem como objetivo o tratamento junto a inclusão social.

Fazendo uso de atividades em salas de terapia ocupacional, salas de ginástica, dança, música, oficinas de artesanato, trabalhos voluntários em hortas e, até de capacitação profissionalizante, como marcenarias, salas de costura, etc. Utiliza de métodos como terapias individuais e em grupo, dinâmicas individuais e em grupo para estimular os pacientes, tornando-os produtivos, fazendo assim com que sintam-se parte integrante da sociedade.

A criação dos CAPS vem sendo discutida desde a década de 80, com principal objetivo de promover a autonomia e o exercício da cidadania. A criação de unidades especializadas, com o auxílio de profissionais de diversas áreas, multidisciplinar, com o intuito de diminuir ou até substituir o processo medicamentoso. Aonde também percebemos a interferência da reforma psiquiátrica, que aboliu os eletrochoques, tem diminuído drasticamente a sedação, assim como também procura cada vez mais diminuir o uso de substâncias químicas, com essa crescente evolução no processo de tratamento, com o auxílio de profissionais qualificados de diversas áreas e, de maneira relevante, os profissionais qualificados em terapias ocupacionais.

Quanto as políticas atuais de saúde mental brasileiras, visam um processo de desinstitucionalização das práticas manicomiais , que se estende não apenas ao processo de desospitalização, ou seja, da abolição dos hospitais psiquiátricos, mas sim, de toda uma reforma no modo de se pensar, na quebra de paradigmas da mentalidade das pessoas, visa o fim das ações manicomiais, significa desconstruir as práticas manicomiais das pessoas, as atitudes, vai muito além do processo de desconstrução apenas dos espaços físicos. É todo um processo, que necessita do apoio de toda uma rede de atenção básica, primária, no que se refere a atenção à saúde mental, e de serviços residenciais terapêuticos.

06 - AS COMPETÊNCIAS DAS ADMINISTRAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

6.1 - O MINISTÉRIO DA SAÚDE:

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

"É função do ministério dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro".

Missão:

"Promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania".

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio#63>

6.2- O SUS (Sistema Único de Saúde):

Criação e história do SUS:

"O Brasil tem um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. O Sistema Único de Saúde (SUS) abrange desde um simples atendimento ambulatorial até um complexo transplante de órgãos, procurando garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população brasileira. O SUS está amparado por um conceito ampliado de saúde, em que a universalidade do atendimento rompeu com a lógica adotada em outros países.

No Brasil, não só os contribuintes da previdência, mas todos os cidadãos têm direito ao atendimento de saúde público e gratuito, incluindo consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades públicas, privadas ou filantrópicas contratadas pelo gestor público. A oferta desses serviços aliada às ações de prevenção e promoção da saúde, como campanhas de vacinação, controle de doenças e vigilância em saúde, atinge a vida de cada um dos cidadãos.

Criado em 1988, pela Constituição Federal, para ser o sistema de saúde de todos os brasileiros, o SUS surgiu com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Mais do que oferecer a medicina curativa, ele se propõe a promover a saúde, com prioridade para as ações preventivas e democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos a sua saúde. O SUS constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população.

Antes da criação do SUS, a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum.

Outra contribuição significativa do SUS foi a descentralização das decisões, responsabilidades, atribuições e recursos. Não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS. As esferas de governo são parceiras na condução da política de saúde no País. As atribuições de cada um estão definidas nas normas operacionais básicas do Ministério da Saúde e na Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

O modelo do SUS inclui o cidadão não apenas como usuário, mas também como participante da gestão do sistema. A Lei Orgânica da Saúde estabelece dois importantes mecanismos de participação da população: as conferências e os conselhos de saúde. A comunidade, por meio de seus

representantes, pode opinar, definir, acompanhar e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas de governo.

Os conselhos de saúde são os órgãos de controle do SUS pela sociedade nos níveis municipal, estadual e federal. De caráter permanente e deliberativo, cada conselho tem como missão deliberar, fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde, propondo correções e aperfeiçoamentos e permitindo à população interferir na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais.

Entre as competências dos conselhos estão aprovar o Plano Nacional de Saúde, a cada quatro anos, e o orçamento anual da saúde, além de acompanhar a execução orçamentária. Os conselhos de saúde funcionam como colegiados formados por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários.

Nas conferências, reúnem-se também os representantes da sociedade (que são os usuários do SUS), do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, mas também outras pessoas. As conferências são destinadas a analisar os avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. Elas se dão em âmbito municipal, estadual e federal, a cada quatro anos.

Os conselhos e conferências de saúde estão inseridos em uma visão da saúde como um direito essencial. Para que o cidadão conheça os direitos na hora de procurar atendimento de saúde, foi redigida a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado. A Carta é um importante documento para que a população conheça seus direitos e, assim, ajude o Brasil a ter um sistema de saúde mais efetivo. Os princípios da Carta são:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos".

<http://fortaleza.ce.gov.br/sms/sistema-unico-de-saude-sus>

" O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento

ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros.

Direitos dos usuários do SUS:

A “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” traz informações para que você conheça seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado”.

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>

Legislação básica do SUS:

- Constituição Federal (artigos 196 a 200)

- Emenda Constitucional n. 29, de 13/9/2000

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

- Lei 8.080, de 19/9/1990

Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

- Lei 9.836, de 23/9/1999(Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080)

- Lei 11.108, de 07/4/2005 (Altera a Lei no 8.080)

- Lei 10. 424, de 15/4/2002 (Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080)

- Lei 8.142, de 28/12/1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

- Portaria 2.203, de 05/11/1996

Aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde.

- Portaria 373, de 27/2/2002

Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.

- Resolução 399, de 22/2/2006

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/legislacao>

6.3- A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA:

"Oferecer um serviço de saúde ágil, com profissionais comprometidos, garantia de medicamentos, exames e procedimentos, além de infraestrutura física apta a receber a demanda da população. É essa a meta da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), principal órgão da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) responsável pelos serviços e ações de saúde na Capital cearense.

Para isso, a SMS trabalha com a missão de formular e gerir políticas públicas para atender as necessidades de saúde da população, no Município de Fortaleza, assegurando os princípios do SUS. Com uma visão de ser reconhecida pelo compromisso na busca da excelência na atenção à saúde e com valores como: competência, responsabilização, cooperação, transparência e humanização. Tudo isso com base nos seguintes valores: competência, responsabilização, cooperação, transparência e humanização.

A rede municipal de saúde oferece atendimento na Atenção Primária e Secundária (principalmente) garantido, por meio dos postos de saúde, das unidades de pronto atendimento (UPAs), dos hospitais, dos centros de atenção psicossocial (CAPS) e centros de especialidades odontológicas (CEOS).

Além desses serviços a SMS oferece também o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), as farmácias populares e uma rede conveniada composta por clínicas e hospitais públicos, privados e filantrópicos que prestam serviços de consultas, exames e internações.

Também estão sob a responsabilidade da SMS os serviços de Vigilância Epidemiológica (inclusive imunização de animais contra calazar e raiva), Sanitária, Ambiental e Riscos Biológicos.

Para garantir esses serviços a PMF iniciou a gestão em 2013 com uma série de investimentos para reforma e ampliação de postos de saúde, e dos hospitais da rede municipal, além da construção de UPAs, Caps, Ceos e policlínicas para a cidade. Ainda nesse sentido, a SMS vem investindo na recomposição dos quadros profissionais da saúde, nos sistemas gerenciais das

unidades, na capacitação e na implementação das Redes de Atenção à Saúde em Fortaleza".

<http://fortaleza.ce.gov.br/sms/secretaria-municipal-de-saude>

6.4- COORDENADORIA DE POLÍTICAS E ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (COPAS):

"A Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde - COPAS tem como competência estabelecer políticas, planejar, coordenar, articular, acompanhar e avaliar as ações e serviços nas áreas da atenção à saúde (Primária, Especializada, Urgência e Emergência, Saúde Mental) , na Assistência Farmacêutica , nos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, para a organização das redes de atenção à saúde e de um modelo de atenção que responda as necessidades de saúde da população de forma integral, tanto de promoção da saúde como das condições agudas e crônicas, proporcionando assim a satisfação dos usuários da Rede Municipal de Saúde.

Atua também no monitoramento das ações desenvolvidas pelas suas células nos eixos de organização estrutural dessas Políticas Públicas de Saúde que serão operacionalizadas em todos os níveis de atenção à saúde.

A estrutura organizacional da COPAS é composta pelas seguintes células:

- 1 - Célula de Atenção Primária à Saúde (CEAPS)
- 2 - Célula de Atenção Especializada à Saúde (CEAES)
- 3 - Célula de Atenção às Urgências e Emergências (CEAUE)
- 4 - **Célula de Atenção à Saúde Mental (CEASM)**
- 5 - Célula de atenção às Condições Crônicas (CEACC)
- 6 - Célula de Assistência Farmacêutica (CELAF)
- 7- Célula de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (CEADT)".

<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/coordenadoria-de-politicas-e-organizacao-das-redes-de-atencao-saude-copas>

CÉLULA DE SAÚDE MENTAL (CEASM)

Competências:

- Formular e coordenar a implantação/ implementação da Política Municipal de Atenção em Saúde Mental estabelecendo diretrizes políticas, organizacionais e operacionais ,tendo como base as diretrizes políticas nacionais.
 - Formular, Implantar/implementar e acompanhar o Plano Municipal Atenção em Saúde mental contemplando: Atenção em Saúde Mental Ambulatorial Secundária,Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, Residências Terapêuticas, Unidades de Acolhimento, Atenção em Saúde Mental Hospitalar.
 - Definir a oferta de ações e serviços de saúde mental e a distribuição geográfica para rede municipal de saúde, considerando às necessidades de saúde da população, às diretrizes clínicas, o Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a conformação territorial e populacional de cada região de saúde.
 - Planejar e implantar a Rede de Atenção Psicossocial considerando as diretrizes políticas nacionais.
 - Monitorar e avaliar as ações e serviços de atenção em saúde mental desenvolvidas no município quanto à sua qualidade, acessibilidade e resolubilidade.
- Manter atualizados os dados nos sistemas de informação de atenção em Saúde Mental junto à Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde e elaborar relatórios sistemáticos com análise dos dados, para informar profissionais e gestores da área e demais setores da SMS.
- Definir a política de transporte sanitário para realização das ações e serviços de atenção em Saúde mental que requeiram suporte logístico.
 - Manter atualizados os protocolos, as diretrizes clínicas e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) voltados para atenção em Saúde Mental.
 - Estabelecer diretrizes e protocolos de regulação que visem a garantia do acesso, a qualidade e integralidade da atenção em Saúde Mental.
 - Implantar/implementar um Programa de Educação Permanente para profissionais e gestores de Saúde Mental junto a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.
 - Acompanhar, fiscalizar e avaliar os convênios firmados pela SMS na área de Saúde Mental.
 - Participar de comissões e comitês para representar a Saúde Mental nas diversas instâncias de discussão e atuação em saúde mental.
 - Apresentar quadrimestralmente indicadores de desempenho dos serviços de saúde mental para COPAS e Assessoria de Planejamento.
 - Executar outras atribuições correlatas, conforme determinação superior.

<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/celula-de-saude-mental-ceasm>

6.5- AS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE DE FORTALEZA:

" As regionais de saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza, seis ao todo, tem como principais papéis exercer autoridade sanitária no seu território, planejar, executar, acompanhar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde no âmbito regional em consonância com as normas e diretrizes municipais; principalmente, no que diz respeito aos postos de saúde; gerir as redes de atenção no âmbito regional; além de implementar ações de educação permanente em saúde e regular as referências de exames e consultas especializadas e os leitos hospitalares, entre outros".

Coordenadoria Regional de Saúde I

Aradi Ciarlini
Rua Dom Jerônimo, nº 20 - Otávio Bonfim
(85) 3131.7672 - 3433.6822 - 3131.7671

Coordenadoria Regional de Saúde II

Sheyla Lima Silveira
Rua Professor Juraci M. de Oliveira, nº 1 - Edson Queiroz
(85) 3216.1888 - 3261.1882 - 3452.6786

Coordenadoria Regional de Saúde III

Walter Wesley de Andrade
Av. Jovita Feitosa, nº 1264 - Parquelândia
(85) 3433.6887 - 3105.3414

Coordenadoria Regional de Saúde IV

Clarice Tavares
Av. Dedé Brasil, nº 3770 - Serrinha
(85) 3433.2828 - 3295.9961

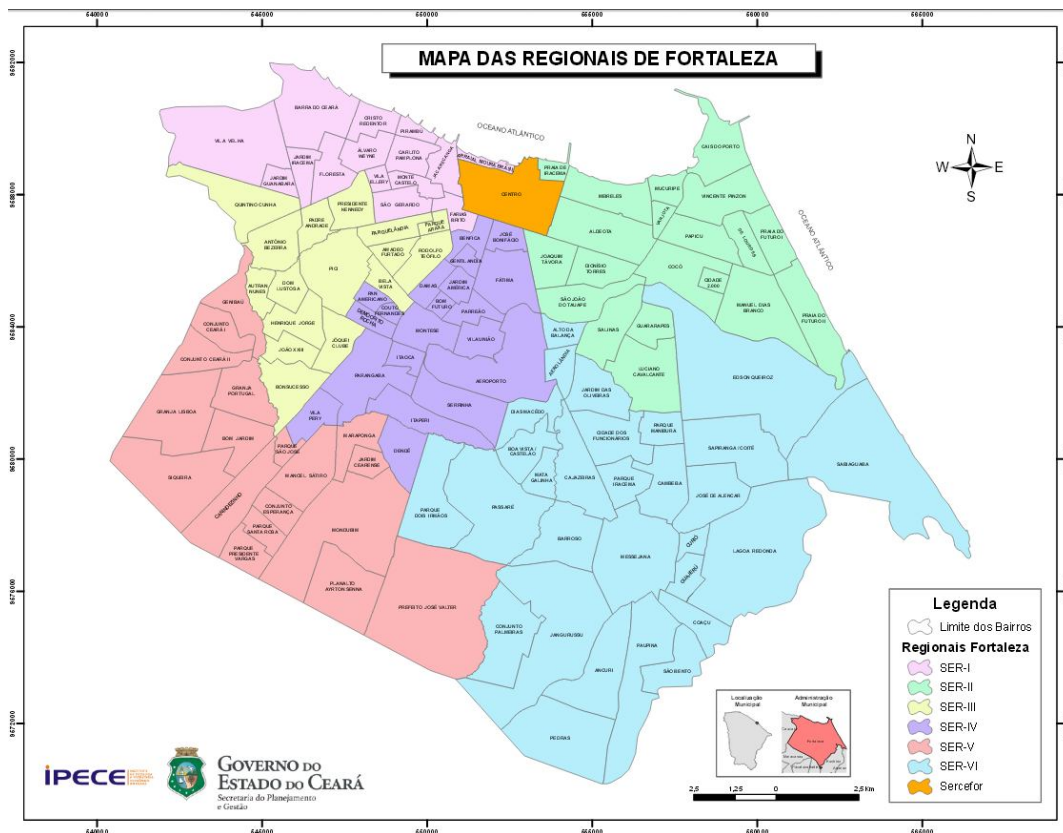
Coordenadoria Regional de Saúde V

Rosélia Soares
Rua Augusto dos Anjos, nº 2466 - Bom Sucesso
(85) 3433.2855 - 3433.2906

Coordenadoria Regional de Saúde VI

Maria do Carmo Moreira
Rua Padre Pedro de Alencar, nº 789 - Messejana
(85) 3488.3161 - 3488.3162

<http://fortaleza.ce.gov.br/sms/coordenadorias-regionais-de-saude>



Mapa das Secretarias Regionais de Fortaleza- IPECE

07- A CONCEITUAÇÃO DO TEMA: CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)

Os CAPS são o principal atual modelo utilizado no Brasil, proposto pelo governo, desenvolvido pelo Ministério da Saúde para a atenção à saúde psicossocial do país.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde " *A rede psicossocial do município de Fortaleza compõe-se de diversos serviços que, integrados entre si, com as demais redes assistenciais e com os diversos setores da sociedade, promovem ações que garantem atender a complexidade das necessidades das pessoas com transtornos mentais e que fazem uso abusivo/dependente de álcool, crack e outras drogas*".

<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/caps>

"O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, afirma:
O CAPS, inspirado na Psicoterapia Institucional Francesa, e os

Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos, inspirados na Psiquiatria Democrática Italiana, ambos pretendiam tornar-se referência de como deve ser o cuidado em saúde mental e representantes daquilo que se concebe por práticas psicossociais reabilitadoras.

A prática de institucionalização da loucura ainda é hegemônica em vários países, dentre os quais, o Brasil. Contudo, ao longo do século XX, no cenário mundial, tem sido alvo de muitas discussões e críticas com a emergência do movimento de reforma psiquiátrica.

No Brasil, sob o lema *Por uma sociedade sem manicômios*, esse Movimento alcançou maior visibilidade no chamado período de redemocratização ao final da década de 70 e durante os anos 80. Em meio à efervescência de vários movimentos sociais e, talvez por esse contexto, sofreu maior influência do Movimento de Reforma Psiquiátrica da Itália, denominado *Psiquiatria Democrática*.

Esse modelo emergiu na Itália na década de 70, tendo Franco Basaglia como seu principal idealizador e a psiquiatria tradicional como importante alvo de suas críticas. BARROS (1994) pondera que a experiência italiana contrapôs-se ao asilamento, bem como, aos modelos de comunidade terapêutica e psiquiatria de setor, preservando destas o princípio de democratização".

*Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do estado de São Paulo, Uma contribuição do CREMESP para a saúde mental na comunidade
C R E M E S P Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010*

Os Centros de Atenção Psicossocial, segundo o Ministério da Saúde:

"Os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades:

CAPS I:

Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes.

Equipe mínima: 01 médico com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível universitário*, 04 profissionais de nível médio**.

CAPS II:

Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

Equipe mínima: 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 04 profissionais de nível superior*, 06 profissionais de nível médio**.

CAPS III:

Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. Equipe mínima: 02 médicos psiquiatras; 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 05 profissionais de nível universitário*, 08 profissionais de nível médio**.

Para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por: 03 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 01 profissional de nível médio da área de apoio.

Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 01 profissional de nível universitário*, 03 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 01 profissional de nível médio da área de apoio.

CAPS AD:

Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Equipe mínima: 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 01 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 04 profissionais de nível universitário *, 06 profissionais de nível médio**.

CAPS ADIII:

Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

Equipe mínima: 01 médico clínico; 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 05 profissionais de nível universitário*, 04 técnicos de enfermagem; 04 profissionais de nível médio; 01 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais: 01 profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro; 02 Equipe mínima: 02 médicos psiquiatras; 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 05 profissionais de nível universitário*, 08 profissionais de nível médio**.

Para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por: 03 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 01 profissional de nível médio da área de apoio.

Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 01 profissional de nível universitário*, 03 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 01 profissional de nível médio da área de apoio.

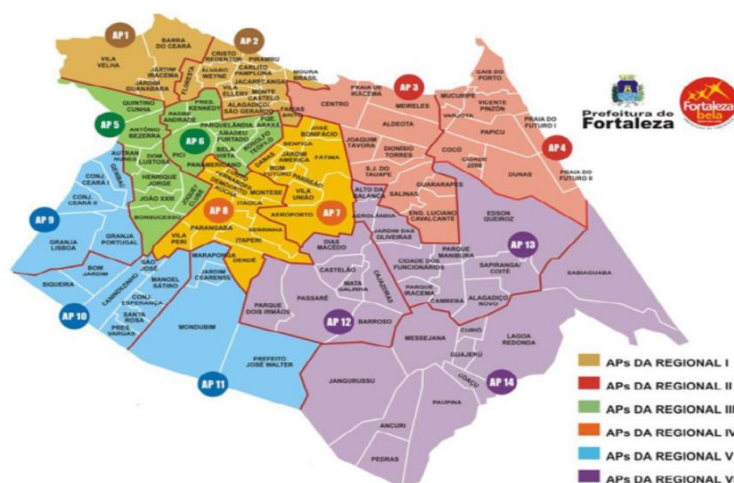
CAPSi:

Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

Equipe mínima: 01 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 01 enfermeiro, 04 profissionais de nível superior ***, 05 (cinco) profissionais de nível médio***.

*Ministério da Saúde 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, Brasília – DF, 2013*

08- OS CAPS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA



Fonte: http://www.webbusca.com.br/pagam/fortaleza/mapa_fortaleza.jpg

Mapa de localização dos CAPS em Fortaleza

Regional I

CAPS Geral Nise da Silveira
Rua Frei Teobaldo, 320 - Carlito Pamplona
(85) 3105.1119 / 3452.1960

CAPS Álcool e Drogas Dr. Airton Monte (24HS)
Rua Hildebrando de Melo, 1110 - Barra do Ceará.
(85) 3101.2593

Regional II

CAPS Geral Dr. Nilson de Moura Fé (24HS)
Rua Coronel Alves Teixeira, 1500 - Joaquim Távora
(85) 3105.2632 / 3105.2638

CAPS Álcool e Drogas (24HS)
Av. Duque de Caxias 1880-A – Centro
(85) 3105.1625 / 3452.2451

Regional III

CAPS Geral Prof. Frota Pinto
Rua Francisco Pedro, 1269 - Rodolfo Teófilo
(85) 3433.2568 / 3105.3451

CAPS Álcool e Drogas
Rua Frei Marcelino, 1191 – Rodolfo Teófilo
(85) 3105.3420 / 3105.3722

CAPS Infantil Estudante Nogueira Jucá
Rua Delmiro de Farias, 1346 - Rodolfo Teófilo
(85) 3105.3721

Regional IV

CAPS Geral
Av. Borges de Melo, 201 – Jardim América
(85) 3131.1690 / 3494.2765

CAPS Álcool e Drogas Alto da Coruja
Rua Betel, 1826 - Itaperi
(85) 3105.2006

CAPS Infantil Maria Ileda verçosa
Rua Jaime Benévolo, 1644- Bairro de Fátima
(85) 31051510 / 3105.1326

Regional V

CAPS Geral Bom Jardim
Rua Bom Jesus, 940 – Bom Jardim
(85) 3245.7956 / 3105.2030

CAPS Álcool e Drogas
Rua Vigésimo Sexto Batalhão, 292 - Maraponga
(85) 3105.1023 / 3488.5717

Regional VI

CAPS Geral
Rua Castelo Branco – 700 – Messejana
(85) 3488.3312 / 3276.2051

CAPS Álcool e Drogas Casa da Liberdade
Rua Ministro Abner de Vasconcelos, 1500 - Seis Bocas
(85) 3273.5226 / 3278.7008

<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/caps>

09- OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Hospital de Saúde Mental de Messejana (PÚBLICO)

Hospital publico

Rua Vicente Nobre Macedo, s/nº - Messejana
CEP: 60841-110 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3101-4348 / 3101-4328

O Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

Políticas:

- Atendimento Ambulatorial: nos ambulatórios são atendidos os pacientes com transtornos mentais, com diferentes diagnósticos e graus de gravidade. Atualmente, a assistência ambulatorial é prestada pelos Médicos Residentes do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto - HSM, sob a supervisão de preceptores da Residência Médica, e dispõe de 9 (nove) ambulatórios, sendo 1 ambulatório Geral e 8 especializados (Núcleo de Transtornos Ansiosos - NUTA, Transtornos do Humor, Psiquiatria Geriátrica, Paciente de Primeira Crise, Epilepsia, Neuropsiquiatria, Esquizofrenia (Atípicos) e Transtornos da Sexualidade Humana - ATASH).

- Atendimento em Psicoterapia: o HSM dispõe de atendimento psicoterápico a pacientes ambulatoriais, cujo perfil se adéqua ao procedimento, sendo realizado pelos Médicos Residentes do HSM, sob a supervisão de preceptores. As abordagens psicoterapêuticas utilizadas são: Psicanálise, Terapia Cognitivo-comportamental, Psicodrama e Gestalt-terapia.

- Hospital-dia: O Hospital-Dia (HD), um recurso intermediário entre o ambulatório e a internação plena, é mais uma alternativa importante no tratamento dos nossos pacientes. Na assistência é desenvolvida uma programação terapêutica intensiva, por meio de atividades individualizadas ou, predominantemente, grupais, com o objetivo de reabilitar psicossocialmente o paciente e reinseri-lo no contexto sócio-familiar. Dispomos de dois serviços de hospital-dia: HD Lugar de Vida (para psicóticos) e HD Elo de Vida (para dependentes químicos).

<http://www.hsmm.ce.gov.br/>

Casa de Saúde São Gerardo

Hospital credenciado

Rua Conselheiro Álvaro de Oliveira, 39 - São Gerardo
CEP: 50450-290 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3281-3033 / 3283-1739 (fax)
rssg@uol.com.br

Instituto de Psiquiatria do Ceará (PARTICULAR)

Hospital credenciado

Av. Bezerra de Menezes, 1351 - São Gerardo
CEP: 60325-004 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3281-5355 / 3281-8235 (fax)
ipcepicanco@ig.com.br

Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo

Hospital credenciado

Av. João Pessoa, 6600 - Parangaba
CEP: 60425-682 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3292-0728 / 3292-2926 (fax)
hospital.saovicente@bol.com.br

Instituição Espírita Nosso Lar (PÚBLICO E PRIVADO)

Hospital credenciado

Av. Carapinima, 2440 - Benfica
CEP: 60015-290 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3214-0093 / 3223-4577 / 3281-2599 (fax)
inst.nossolar@uol.com.br

Clínica Saúde Mental Dr. Suliano

Hospital credenciado

Av. Senador Fernandes Távora, 137 - Jôquei Clube
CEP: 60510-290 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3290-2323 / 3496-0072 (fax)
csuliano@veloxmail.com.br

Santa Casa de Misericórdia Centro

Rua Barão do Rio Branco, s/n - Centro,

Fortaleza - CE, 60025-001

85 3455-9100

<http://www.santacasace.org.br/sao-vicente>

http://www.consultoriadamente.com/index.php?option=com_content&view=article&id=106:hospitais-psiquiatricos-ceara&catid=35:hospitais-psiquiatricos&Itemid=40

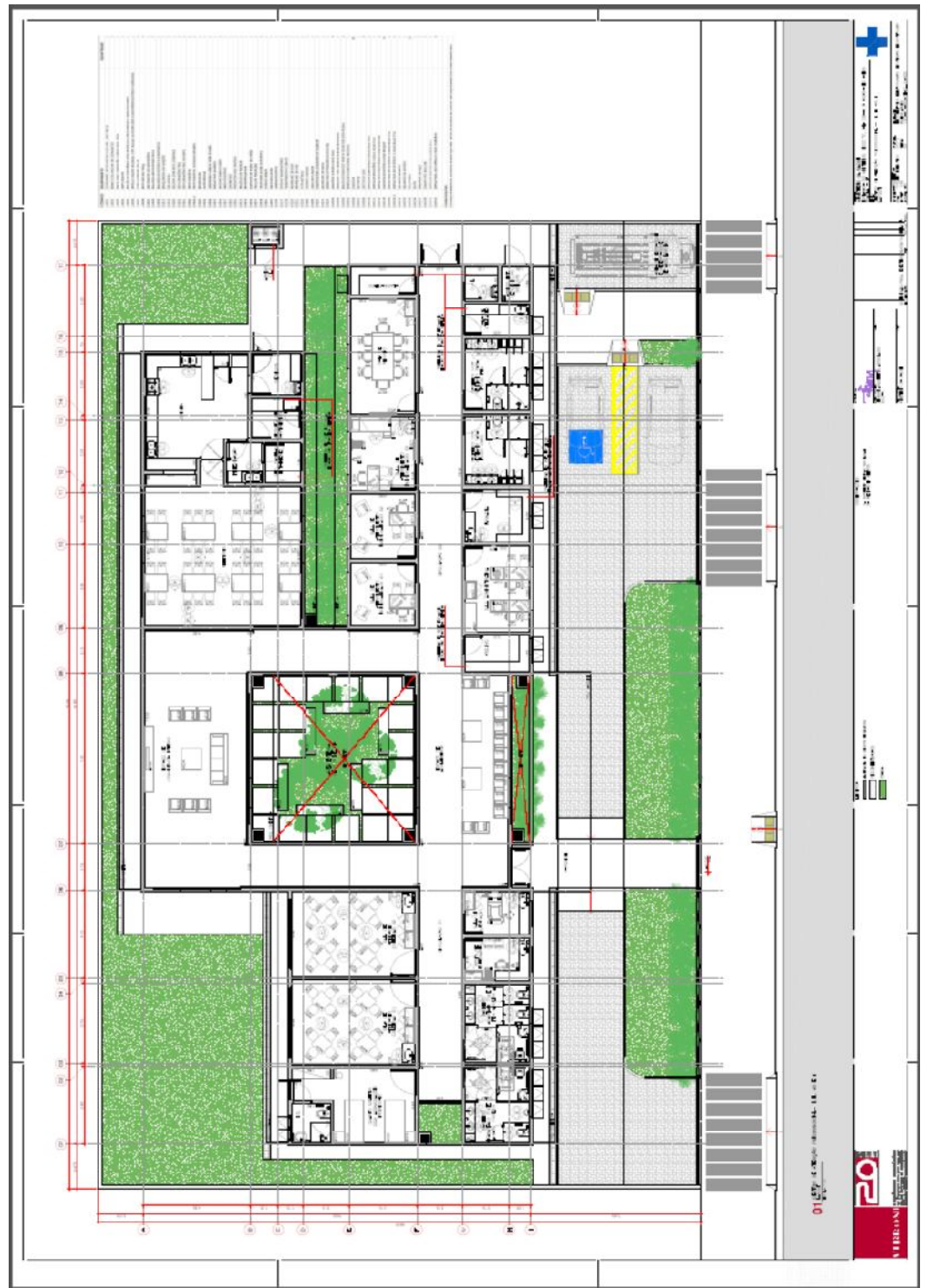
<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/hospitaisceara.php>

10-ESTUDOS DE CASO:

10.1- O PROJETO MODELO PARA A REDE CAPS DESENVOLVIDO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E O PROGRAMA DE NECESSIDADES PROPOSTO



Planta Baixa Projeto Modelo CAPS AD - Ministério da Saúde



Planta Baixa Projeto Modelo CAPS I - Ministério da Saúde



Perspectiva CAPS modelo, Ministério da Saúde.

Art. 1º Fica instituído incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º O incentivo financeiro de investimento de que trata esta Portaria se destina à construção de CAPS e Unidades de Acolhimento no âmbito dos Estados, Distrito Federal e Municípios, como pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

§ 1º O CAPS é o ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada.

§ 2º A Unidade de Acolhimento é um dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório.

Art. 3º Os estabelecimentos de saúde construídos com recursos financeiros oriundos do incentivo de que trata esta Portaria serão identificados de acordo com os padrões visuais da Portaria nº 2.838/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do SUS.

Art. 4º O incentivo financeiro de investimento para construção se destina à construção dos seguintes tipos de estabelecimentos:

I - Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I);

II - Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II);

- III - Centro de Atenção Psicossocial i (CAPS i);
- IV - Centro de Atenção Psicossocial AD (CAPS AD);
- V - Centro de Atenção Psicossocial AD III (CAPS AD III);
- VI - Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III);
- VII - Unidade de Acolhimento Adulto;
- VIII - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.

Parágrafo único. Os estabelecimentos de saúde contarão, no mínimo, com área física e distribuição de ambientes estabelecidos para o respectivo tipo, conforme regras e diretrizes técnicas fixadas pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no sítio eletrônico <http://www.saude.gov.br/mental>.

Art. 5º O valor dos incentivos financeiros a ser destinado pelo Ministério da Saúde para o financiamento da construção dos CAPS e das Unidades de Acolhimento varia de acordo com cada tipo de estabelecimento descrito no art. 4º, nos seguintes termos:

- I - CAPS I, II, i e AD: R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais);
- II - CAPS AD III: R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);
- III - CAPS III: R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);
- IV - Unidade de Acolhimento Adulto: R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais); e
- V - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil: R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais).

Art. 18. A construção dos novos CAPS e Unidades de Acolhimento <http://www.saude.gov.br/mental> deverá atender as regras e diretrizes técnicas fixadas pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no sítio eletrônico <http://www.saude.gov.br/mental>, sem prejuízo de outras regras previstas na legislação vigente.

Portaria Nº 615, de 15 de abril de 2013, Ministério da Saúde

Programa de Necessidades Proposto:

7) ANEXOS:

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Nome resumido ambiente	Quant. Mínima obrigatória						Área unit. mínima (aproximada) obrigatória (m²)						Área total (m²)					
	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i
Recepção (Espaço de Acolhimento)	1	1	1	1	1	1	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Sala de atendimento individualizado	3	3	3	3	3	3	9	9	9	9	9	9	27	27	27	27	27	27
Sala de atividades coletivas	2	2	2	2	2	2	24	24	24	24	24	24	48	48	48	48	48	48
Espaço de convivência (Área de estar para paciente interno, acompanhante de paciente e	1	1	1	1	1	1	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65

Nome resumido ambiente	Quant. Mínima obrigatória						Área unit. mínima (aproximada) obrigatória (m²)						Área total (m²)					
	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i
visitante)																		
Banheiro adaptado	2	2	2	2	2	2	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	9,6	9,6	9,6	9,6	9,6	9,6
Sala de aplicação de medicamentos (Sala de Medicação)	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Posto de enfermagem	1	1	1	1	1	1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com 02 camas)	4	4	1	1	1	1	9	9	9	9	9	9	36	36	9	9	9	9

Nome resumido ambiente	Quant. Mínima obrigatória						Área unit. mínima (aproximada) obrigatória (m²)						Área total (m²)					
	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i
Quarto Coletivo (para Acolhimento Noturno com 02 leitos)	1	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0
Banheiro anexo aos quartos de acolhimento	5	4	1	1	1	1	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	18	14,4	3,6	3,6	3,6	3,6
Quarto de Plantão (Sala de Repouso Profissional)	1	1	0	0	0	0	9	9	0	0	0	0	9	9	0	0	0	0
Sala Administrativa	1	1	1	1	1	1	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Sala de Reunião	1	1	1	1	1	1	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Almoxarifado	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Nome resumido ambiente	Quant. Mínima obrigatória						Área unit. mínima (aproximada) obrigatória (m²)						Área total (m²)					
	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i
Arquivo (Sala para Arquivos)	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Refeitório	1	1	1	1	1	1	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Copa (cozinha)	1	1	1	1	1	1	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Banheiro com vestiário para funcionários	2	2	2	2	2	2	12	12	12	12	12	12	24	24	24	24	24	24
Depósito de material de limpeza (DML)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Rouparia	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Abrigo de recipientes de resíduos (lixo)	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
ÁREA TOTAL (INTERNA DOS													429,6	412	365,2	365,2	365,2	365,2

Nome resumido ambiente	Quant. Mínima obrigatória						Área unit. mínima (aproximada) obrigatória (m²)						Área total (m²)					
	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i
AMBIENTES)																		
ÁREA TOTAL + ÁREA DE CIRCULAÇÃO (20% ÁREA TOTAL)													516	494,4	438,24	438,2	438,24	438,24
Área externa de convivência	1	1	1	1	1	1	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
Área externa para embarque e desembarque de ambulância	1	1	1	1	1	1	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Abrigo externo de resíduos sólidos	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
ÁREA TOTAL (INTERNA +													611,5	590,4	534,24	534,24	534,24	534,24

Nome resumido ambiente	Quant. Mínima obrigatória						Área unit. mínima (aproximada) obrigatória (m²)						Área total (m²)					
	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i
EXTERNA)																		

Portaria Nº 615, de 15 de abril de 2013, Ministério da Saúde

Segundo o M.S, os CAPS devem contar, no mínimo, com os seguintes ambientes:

- **Recepção compreendida como Espaço de acolhimento:** local onde acontece o primeiro contato do usuário e/ou seus familiares/acompanhantes e a unidade. Diferente de uma sala, trata-se de espaço acessível, acolhedor, com sofás, poltronas, cadeiras para comportar as pessoas que chegam à unidade, mesas para a recepção. A sala de arquivo deverá ficar de fácil acesso à equipe.
- **Salas de atendimento individualizado:** acolhimento, consultas, entrevistas, terapias, orientações. Um espaço acolhedor que garanta privacidade para

usuários e familiares nos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. É necessário que contenha uma pia para higienização das mãos, mesa com gavetas, cadeiras, sofá e armário, se for necessário algum recurso terapêutico. Nesta sala estarão o(s) profissional(is) da equipe do CAPS, o usuário e/ou familiar(es) ou acompanhante. É importante que pelo menos uma das salas de atendimento individual contenha uma maca disponível, se necessário, para as avaliações clínicas e psiquiátricas.

- **Salas de atividades coletivas:** espaço para atendimentos em grupos, e para o desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas; um dos espaços para a realização de ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares; ações de suporte social e comunitárias; reuniões com familiares, etc. Espaço que contemple atividades para várias pessoas de forma coletiva. É importante que a disposição dos móveis seja flexível permitindo a formação de rodas, mini grupos, fileiras, espaço livre, etc. Poderá contar com equipamentos de projeção, tv, dvd, armário para recursos terapêuticos, pia para higienização das mãos e manipulação de materiais diversos.

- **Espaço de convivência:** espaço de encontros de usuários, familiares e profissionais do CAPS, assim como de visitantes, profissionais ou pessoas das instituições do território, que promova a circulação de pessoas, a troca de experiência, “bate-papos”, realização de saraus e outros momentos culturais. Este deve ser um ambiente atrativo e agradável que permita encontros informais. É importante lembrar que o espaço de convivência não é equivalente a corredores.

- **Banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência:** deverão ser, no mínimo 02 banheiros, um feminino e um masculino, todos com chuveiro e adaptação para pessoas com deficiência. Poderá conter um vestiário para troca de roupas. O número de sanitários e chuveiros deverá ser adequado ao fluxo de pessoas.

- **Sala de aplicação de medicamentos (Sala de medicação) e Posto de enfermagem:** espaços de trabalho da equipe técnica, com, bancada para preparo de medicação, pia, armários para armazenamento de medicamentos e mesa com computador. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando assim maior interação entre os profissionais que estão na sala e os usuários e familiares. É desejável que seja próximo aos quartos.

- **Quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com 02 camas) e banheiro (suítes):** todos os CAPS poderão ter ao menos 01 quarto com duas camas e banheiro para atender usuários que necessitem de atenção durante 24 horas. O número de quartos é superior para os CAPS III e para os CAPS ad III, já que devem possuir capacidade para acolhimento em tempo integral. No caso dos CAPSad III, um dos quartos deverá conter duas camas do tipo hospitalar e neste ambiente deverá haver banheiro adaptado para pessoas com deficiência. Cada quarto, projetado para duas pessoas, deve ser um espaço acolhedor e expressar a perspectiva de

hospitalidade; deve ter armários individuais para que os usuários possam guardar seus objetos de uso pessoal.

- **Quarto de plantão (Sala de repouso profissional):** ambiente com beliche, cadeiras confortáveis e armários individuais para que os profissionais possam guardar seus objetos de uso pessoal. Este ambiente deve ser previsto apenas para CAPS que oferecem atenção contínua 24 horas.

- **Sala administrativa:** um escritório; espaço com mesa, cadeiras e armários.

- **Sala de reunião:** sala que comporte mesa redonda ou mesa retangular grande para reuniões de equipe, reuniões de projetos com usuários e familiares, reuniões intersetoriais, pessoas externas à unidade, supervisão clínico-institucional, ações de educação permanente, etc. Deverá contemplar espaço para retroprojeção.

- **Almoxarifado:** espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários.

- **Sala para arquivo:** sala com armário e/ou arquivos para circulação de 02 pessoas. É a sala onde ficam armazenados os prontuários. Poderão ser prontuários eletrônicos.

- **Refeitório:** o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o projeto terapêutico singular de cada usuário. O refeitório deverá permanecer aberto durante todo o dia não sendo para uso exclusivo no horário das refeições. Poderá ter uma mesa grande ou mesas pequenas ordenadas e organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.

- **Copa (Cozinha):** para a manipulação de alguns alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários.

- **Banheiro com vestiário para funcionários:** banheiro pequeno com espaço para vestiário. É recomendável que o banheiro comum seja compartilhado por usuários, familiares e profissionais da equipe. Entretanto, caso o gestor opte por inserir um banheiro apenas para funcionários, as dimensões estão previstas neste documento. É oportuno que esteja próximo ao ambiente para repouso profissional.

- **Depósito de material de limpeza (DML):** é uma área de serviço, com espaço para colocar roupa para secar e para a máquina de lavar.

- **Rouparia:** espaço pequeno, com armário ou recipientes que separem as roupas limpas das sujas. Não é para descarte de material contaminado. Este ambiente pode estar conjugado com o depósito de material de limpeza (DML). Pode ser substituído por armários exclusivos ou carros roupeiros.

- **Abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e Abrigo externo de resíduos sólidos:** áreas para descarte de lixo doméstico. Vide Plano de Gerenciamento

de Resíduos Sólidos e Regulamento técnico da ANVISA/MS sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

- **Área externa para embarque e desembarque de ambulância:** espaço externo suficiente para entrada e saída de ambulâncias.

- **Área externa de convivência:** área aberta, de circulação de pessoas, com espaços para ações coletivas (reuniões, oficinas, ações culturais e comunitárias, etc.) e individuais (descanso, leitura), ou simplesmente um espaço arejado no qual os usuários e/ou familiares possam compartilhar momentos em grupo ou sozinhos, projetado como espaço de conviver. Pode ser um gramado, uma varanda, semelhante a uma praça pública, com bancos, jardins, redes, de acordo com os contextos socioculturais, etc. Deve contemplar área para embarque e desembarque de ambulância, área de serviço, área externa de convivência.

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 , Brasília - DF, 2013

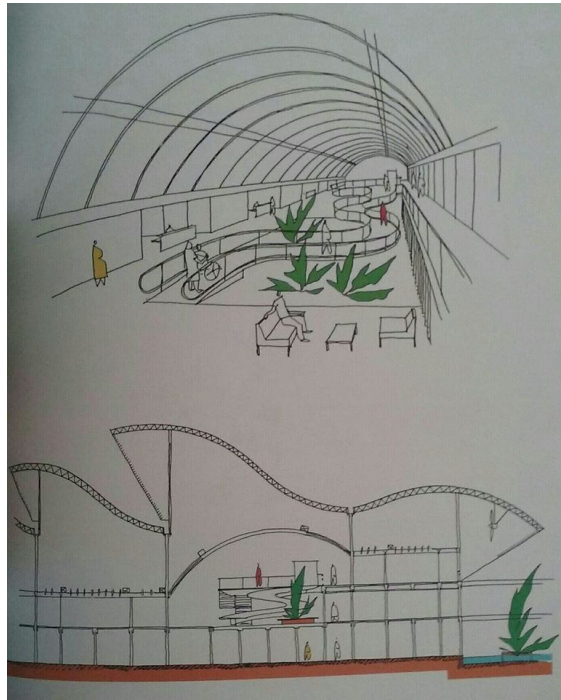
10.2- HOSPITAL SARAH KUBITSCHK; RIO DE JANEIRO

A coberta do CAPS IV, teve como referência o Hospital Sarah Kubitshek do Rio de Janeiro do Arquiteto João Filgueiras Lima, Lelé. Cuja especialidade trata do aparelho locomotor e tratamento neurológico.

No projeto do CAPS IV, houve o uso dos sheds, para captação de ventilação e iluminação naturais. A técnica foi escolhida também para conceber um pé-direito mais alto ao projeto, duplo e em determinadas áreas triplo, a fim de causar a sensação do espaço de convivência mais agradável e de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica, que almeja desmistificar a ideia de clausura e confinamento nos locais de saúde destinados a atender a população que necessita de cuidados referentes à saúde mental. Além da diminuição dos custos com energia devido ao aproveitamento da iluminação natural e a não climatização artificial do espaço devido a captação de ar natural e a possibilidade do artifício da ventilação cruzada.



Hospital Sarah Kubitshek, Rio de Janeiro



Corte Esquemático Hospital Sarah Kubitshek, Rio de Janeiro



Perspectivas Internas Hospital Sarah Kubitshek, Rio de Janeiro

11- OS TRANSTORNOS MENTAIS MAIS FREQUENTES ATENDIDOS NOS CAPS III

"3.1.3 Quadros dos transtornos mentais mais freqüentes no atendimento no CAPS II

ESQUIZOFRENIA

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem eco do pensamento, a imposição ou roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. Deve-se excluir mania ou depressão, assim como doença cerebral orgânica e uso de álcool ou outras drogas.

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que esse distúrbio consiste, em algumas ocasiões, na elevação do humor e no aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e, em outras, no rebaixamento do humor e na redução da energia e da atividade (depressão).

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Transtorno no qual o paciente apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral a fadiga acentuada, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e frequentemente idéias de culpabilidade e/ou indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode acompanhar-se de sintomas ditos "somáticos" - p. Ex: perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce ou hipersonia, lentidão psicomotora acentuada, agitação, perda ou aumento de apetite, perda ou ganho de peso e perda de libido.

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Grupo de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva

ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam nenhum perigo real. Estas situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas com temor. As preocupações do sujeito podem estar centradas em sintomas individuais tais como palpitações ou uma impressão de desmaio e frequentemente se associam ao medo de morrer, perda do autocontrole ou medo de “ficar louco”. A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia em geral ansiedade antecipatória. A ansiedade fóbica frequentemente se associa a uma depressão”.

<http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/9-PROTOCOLO-DE-SAUDE-MENTAL-DE-COLOMBO.PDF>

12- OS ATUAIS MÉTODOS DE TRATAMENTOS E ACOMPANHAMENTOS:

Os atuais, principais métodos de tratamentos que se utilizam hoje, são o atendimento familiar, realizado por equipe multiprofissional em reuniões periódicas no próprio espaço do CAPS; As visitas domiciliares, realizado por assistentes sociais em visitas nas comunidades, na própria residência dos acolhidos; A psicoterapia, que consiste em um tipo de tratamento para distúrbios psicológicos e diversos tipos de sofrimento mental, utilizando técnicas psicológicas através da fala; O tratamento medicamentoso, que utiliza psicofármacos, estabilizadores do humor e tranquilizantes para auxiliar o tratamento; Os cursos profissionalizantes, a fim de capacitá-los, gerando emprego, renda, o ganho de autonomia e as terapias ocupacionais.

12.1- AS TERAPIAS OCUPACIONAIS

"A Terapia Ocupacional, profissão da área de saúde, regulamentada em nível superior, trabalha com atividades humanas, planeja e organiza o cotidiano (dia a dia), possibilitando melhor qualidade de vida. Seu interesse está relacionado ao desenvolvimento, educação, emoções, desejos, habilidades, organização de tempo, conhecimento do corpo em atividade, utilização de recursos tecnológicos e equipamentos urbanos, ambiência, facilitação e economia de energia nas atividades cotidianas e laborais (trabalho), objetivando o maior grau de autonomia e independência possível.

O terapeuta se ocupa da realização de atividades, desde as mais simples, como escovar os dentes ou levar alimentos à boca, às mais complexas, como dirigir um automóvel ou dirigir uma empresa, promovendo, prevenindo, desenvolvendo, tratando, recuperando pessoas ou grupos de pessoas que apresentam qualquer alteração na realização de atividades de autocuidado ou interação social, melhorando o desempenho funcional e reduzindo desvantagens.

Da Antiguidade à Idade Moderna

Já desde a antiguidade oriental e antiguidade clássica se entendeu que 'ocupar' e 'divertir' o doente lhe dá bem-estar e facilita a sua integração social. Os egípcios entretinham os doentes mentais com tarefas simples, música, dança e passeios pelos jardins.

Na Grécia e em Roma existiam templos (dedicados a Esculápio) cujos sacerdotes se dedicavam à cura de doentes mentais mediante o entretenimento e a diversão. Galeno, médico grego, e Séneca, filósofo e preceptor romano, aconselharam os poderes públicos para que mantivessem ocupados os doentes com agitação mental.

Na Idade Média uma doença era considerada uma provação ou um castigo de Deus, pelo que os doentes deviam aceitá-la como tal, com resignação, e as doenças mentais mais profundas eram tidas como estados de possessão demoníaca, sendo os doentes do foro mental mantidos presos em masmorras, acorrentados ou até queimados nas fogueiras.

Nos finais da Idade Média e século XVI e XVII, valeram-lhes as ordens religiosas e a piedade cristã. São destes tempos as ações de Frei Juan Gilaberto Jofré, que fundou em Valência, Espanha, por volta de 1409, o *Hospital de los Santos Inocentes* para doentes mentais e crianças abandonadas, mantendo os doentes ocupados nomeadamente com trabalhos agrícolas, e de São João de Deus que fundou em Granada, Espanha, a Ordem dos Irmãos do Hospital, que também assistia os doentes mentais usando idênticos métodos.

Do séc. XVIII ao séc. XX

Philippe Pinel.

A Terapia Ocupacional como ciência interdisciplinar e método de tratamento sistematizado nasceu na 2ª metade do século XVIII. Philippe Pinel (1745-1826), médico psiquiatra francês, teve conhecimento das experiências asilares em Espanha levadas a efeito pelas ordens religiosas e ficou impressionado com os resultados obtidos com os doentes mentais. Dedicou-se ao estudo destas doenças e pacientes e à formulação de uma teoria e método de tratamento que são o fundamento da atual Terapia Ocupacional.

A Revolução Francesa proporcionou a Pinel a Direção do Hospício psiquiátrico de Bicêtre, onde se deparou com a situação infra-humana dos doentes do foro mental rodeados de grades, presos em celas, acorrentados, com camisas-de-forças, sujos e rotos. Pinel levou a Revolução para o Hospício. Libertou os doentes e ocupou-os com variadas tarefas dentro do Hospital,

nomeadamente com trabalhos de jardinagem, de cozinha e na recuperação dos espaços.

Os estudos psiquiátricos e resultados no terreno obtidos por Philippe Pinel são reconhecidos fora de França. Na Inglaterra, em 1815, Samuel Tuke(1784 - 1857) propôs a introdução do trabalho com método terapêutico nos hospitais ingleses.

Amariah Brigham (1798 - 1849) e Eli Todd (1769 – 1833) entendiam que não era o trabalho, como fator produtivo, que devia estar em causa, mas sim a possibilidade de manter o doente longe de suas ideias doentias, chamar sua atenção para o mundo em redor, estimular os seus interesses, levá-lo a retomar métodos de pensar e de ocupar-se, naturais e sadios.

Jean-Étienne Esquirol (1772 - 1840), no livro *"Des maladies mentales"*, escreveu: "O trabalho é um estimulante geral, com ele distraímos a atenção do doente da sua doença, fixamos a sua atenção em coisas razoáveis, tornamos a dar-lhe hábitos de ordem, estimulamos sua inteligência e, com isso, recuperamos muitos desses desafortunados."

No Séc. XX, na década de 1920, Hermann Simon (1867 - 1947) valorizou a utilização do trabalho no tratamento da doença, acabando com a ideia do doente mental improdutivo e, ao mesmo tempo, organizou o espaço asilar como local de valorização do trabalho. A praxiterapia trouxe novamente para a prática psiquiátrica a ideia de que o trabalho faz com que o paciente se torne um indivíduo responsável, ativo e útil. No começo deste século, Hermann Simon procurava dar alguma forma de ocupação para cada paciente do hospital psiquiátrico que estivesse capacitado para tal. A teoria de Simon praticada apenas no campo dos trabalhos manuais não incluía distinção entre os vários tipos de doentes.

Foi Kurt Schneider (1887 – 1967) quem, em finais dos anos 1930, sistematizou os tipos de tratamentos adequados conforme os tipos de pacientes e graus da patologia, nomeadamente no campo da esquizofrenia.

A terapia ocupacional em Portugal

A terapia ocupacional em Portugal era praticamente nula ou mesmo inexistente até finais do século XIX. Deve-se à Ordem de São João do Hospital (Instituto São João de Deus¹) a criação em Portugal da Casa de Saúde do Telhal² e da Casa de Saúde da Idanha, respectivamente para homens e mulheres, nos finais do século XIX, que veio a odotar como modelo de reabilitação, o modelo proposto por Pinel e Simom: visava-se a reabilitação e inserção social do doente através do trabalho (do trabalho produtivo propriamente dito, não de uma mera ocupação dos tempos livres), dotar o doente dos conhecimentos, técnicas e disciplina de uma profissão, tornar o

doente útil a si mesmo e à sociedade, produtivo, autossuficiente, aumentar-lhe a auto estima através do trabalho.

Para este modelo muito contribuiu o trabalho e a dedicação do médico Luís Cebola, que foi Diretor Clínico da Casa de Saúde do Telhal de 1911 até 1948. Este clínico refere no seu livro *Psiquiatria Social*, publicado em 1931, que *em Portugal, todos o sabem, porque todos podem constatar-lo, não há nada, absolutamente nada que possa classificar-se de realização séria, de prática proveitosa em benefício dos pobres doidos que por aí abundam* (in Leucotomia pré-frontal).

O primeiro curso de Terapia Ocupacional em Portugal teve início em 1957, por iniciativa da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Em 1966 foi criada oficialmente a Escola de Reabilitação do Alcoitão, pela portaria n.º 22034, de 4 de Junho, do Ministério da Saúde e Assistência Social. Esta escola encontrava-se na altura integrada no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão, passando então a formar terapeutas ocupacionais em Portugal.

Em 1982 a então Escola Técnica da Saúde do Porto, tutelada pelo Ministério da Saúde inicia a realização de cursos de Terapia Ocupacional. É nesta escola, então denominada Escola Superior de Tecnologia e Saúde do Porto (ESTSP), que em 1993, através do D.L. n.º 414/93, de 28 de Dezembro, o curso de Terapia Ocupacional é reconhecido como superior, conferindo aos profissionais aí formados o grau de Bacharelado.

Um ano mais tarde, em 1994, é feita a reconversão da Escola de Reabilitação do Alcoitão em estabelecimento de ensino superior particular, mudando o seu nome para Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA), passando também esta escola a formar terapeutas ocupacionais com o grau de bacharel.

A 27 de Outubro de 2000 na ESTSP o curso de Terapia Ocupacional passa a licenciatura bietápica, através do D.L. n.º 1044/2000. Na ESSA a licenciatura bietápica em Terapia Ocupacional teria início um pouco mais tarde, em Janeiro de 2001.

Em Setembro de 2009 abre pela primeira vez o curso de Licenciatura em Terapia Ocupacional na ESSLEI (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria). (Os interessados neste curso deverão consultar <http://www.terapia-ocupacional.forumeiros.net>)

Atualmente existem sete escolas em Portugal a ministrar o curso de Terapia Ocupacional com a duração de quatro anos.

Enquanto profissional da área de saúde, o terapeuta ocupacional em Portugal, encontra-se integrado na carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, regulada pelo Dec.-Lei n.º 384-B/85, de 30 de Setembro, e cujo conteúdo funcional e competências Técnicas são definidos pela Portaria n.º 256-A/86, de 28 de Maio.

A 24 de Julho de 1993, através do Dec.-Lei n.º 261/93, são regulamentadas as atividades dos profissionais de saúde, designadas por atividades paramédicas, onde se inclui a Terapia Ocupacional.

A terapia ocupacional no Brasil

As ideias sobre assistência psiquiátrica imperantes após a Revolução Francesa tiveram uma influência maior e mais imediata no Brasil do que em Portugal, tendo sido um dos fatores determinantes para isso a vinda da família real portuguesa para o Brasil.

Já em 1854, no Hospício Pedro II havia oficinas de sapataria, alfaiataria, marcenaria, florista e fiação de estopa. Em 1903, Juliano Moreira (1873 — 1932) foi nomeado diretor do Serviço de Assistência Psiquiátrica pelo estímulo do trabalho como meio de beneficiar os doentes. Em 1911, Juliano Moreira criou uma colônia para mulheres em Engenho de Dentro (Rio de Janeiro) onde a terapêutica pelo trabalho passou a ser executada com maior extensão. No entanto, foi com a criação da Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá, que o tratamento pelo trabalho tomou grande impulso, principalmente os trabalhos do campo (plantio de frutas, cultivo de hortas, criação de gado etc.).

Em São Paulo, sob a designação de praxiterapia, foi o tratamento pelo trabalho introduzido por Francisco Franco da Rocha (1864 — 1933) e desenvolvido por Antônio Carlos Pacheco e Silva (1898 — 1988). A finalidade desse serviço era a de "beneficiar o doente com uma ocupação livremente escolhida, metodicamente dirigida e só eventualmente útil ao hospital".

"Em meados da década de 1940, quando Nise da Silveira iniciou seu trabalho no Centro Psiquiátrico Nacional - hoje Hospício Pedro II, do Rio de Janeiro -, a polarização que existia nas primeiras décadas do século, e que dividia a psiquiatria entre as práticas ergoterápicas e o desenvolvimento de bases científicas e orgânicas, se havia desfeito. A ergoterapia fora condenada ao limbo e as práticas correntes baseavam-se em eletrochoques, lobotomias e, posteriormente, em terapia química e medicamentosa. Nise opôs-se frontalmente a tais procedimentos, colocou-se desde o início num embate contra a psiquiatria de seu tempo. Para ela, a vida psíquica deveria ser pensada como processo constante de interação com aquilo que cerca cada ser humano. A psicopatologia, numa dimensão fenomenológica, consistiria em planos de experiência, em modos de existência e de estar no mundo. Seu interesse era penetrar no mundo interno dos esquizofrênicos, aproximar-se deles, conhecer-lhes a dor e, ao mesmo tempo, melhorar suas condições de vida. Para isso, passou a gerenciar um setor sem recursos no Centro Psiquiátrico Nacional, o Setor de Terapêutica Ocupacional, considerado, na época, um método destinado a apenas 'distrair' ou contribuir com a economia hospitalar." (in artigo sobre 'Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira' de Eliane Dias de Castro e Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima)

No Brasil, a profissão foi regulamentada em 13 de Outubro de 1969 pelo decreto-lei n. 938, publicado no diário oficial n. 197, de 14 de outubro de 1969.

O cenário atual de atuação profissional começa a se modificar com a abertura de novas faculdades, maior número de trabalhos publicados por terapeutas ocupacionais, especializações específicas e participações em eventos científicos.

Modelos de Terapia Ocupacional

Cientistas e profissionais vêm sistematizando modelos de Terapia Ocupacional atendendo ao tipo de doente, grau da doença ou incapacidade, maior ou menor disfunção e integração social do doente no seu meio (familiar, laboral, de relações). Entre outros modelos, anotamos os seguintes:

- Modelo de Desempenho Ocupacional: - pretende habilitar o doente para o desempenho de tarefas de forma satisfatória, que sejam apropriados ao estado de desenvolvimento, cultura e ambiente do indivíduo. Como tarefas consideram-se todas aquelas que o indivíduo leva a cabo na sua vida do dia-a-dia (ser estudante, ser pai, ser mãe, por ex.)
- Modelo de Reabilitação: - pretende reabilitar o doente de forma a permitir a sua independência nas atividades da vida diária, atividades produtivas e atividades de lazer.
- Modelo Biomecânico: - modelo que se baseia em atividades adaptadas às capacidades do doente, que podem ser utilizadas para tratar a diminuição da amplitude e dificuldades do movimento.
- Modelo Comportamental: - o modelo baseia-se nas teorias e trabalhos experimentais de Pavlov (1849 – 1936), de Edward Thorndike (1874–1949) e de B. F. Skinner(1904 – 1990). A ideia central das teorias comportamentais consiste na afirmação de que a aprendizagem é a base de todos os comportamentos, que influencia o indivíduo conduzindo-o para um comportamento adaptativo ou para um comportamento inadaptado. Quando a aprendizagem se aplica à Terapia Ocupacional, o utente é visto como tendo desenvolvido um repertório de comportamentos adaptativos e inadaptados, que determinam a sua habilidade para funcionar em atividades da vida diária, tais como trabalho, atividades recreativas e lazer.
- Modelo de Incapacidade Cognitiva: - modelo desenvolvido em Terapia Ocupacional por Claudia Kay Allen através de duas décadas de observação intensa e investigação empírica no campo da psiquiatria. Segundo Allen a incapacidade cognitiva representa uma restrição fisiológica ou biomecânica das capacidades de processamento de informação do cérebro, que produz limitações observáveis e mensuráveis no comportamento de rotina. Este modelo foi desenvolvido para conceituar estratégias de intervenção para pessoas que, como resultado de patologia cerebral, não são capazes de realizar as suas atividades diárias normais. O modelo deriva de pesquisa realizada nos

campos das neurociências, processamento de informação, psicologia cognitiva e psiquiatria biológica.

- **Modelo de Neurodesenvolvimento:** - Berta e Karel Bobath criaram o modelo de Neurodesenvolvimento como parte do seu trabalho nos anos 1940-50, com pacientes com paralisia cerebral e acidente vascular cerebral. A base para a elaboração deste modelo provém da observação do desenvolvimento normal e dos conhecimentos já conseguidos em neurofisiologia. As posturas do corpo, o tônus muscular, os movimentos dos membros, etc., podem definir o tratamento adequado que permitirá a reabilitação do doente, que passará por uma recuperação do cérebro ou das zonas lesadas deste.
- **Modelo de Ocupação Humana ou 'modelo moral':** - este modelo baseia-se em teorias que tiveram o seu começo nas proposições filosóficas articuladas pelos fundadores da profissão no princípio do século XX. Toda a ocupação humana procede duma tendência espontânea, inata do sistema humano, a necessidade de explorar e dominar o ambiente. Este modelo considera o indivíduo como um sistema aberto que evolui e sofre diferentes formas de crescimento, desenvolvimento e mudança através da interação progressiva com o ambiente externo.
- **Modelo de Integração Sensorial:** - baseando a sua estrutura teórica na neurobiologia, Anna Jean Ayres (1920 - 1989) utilizou dados de neurociência, neuropsicologia e neurofisiologia, e desenvolveu uma abordagem ao tratamento que teve um impacto muito grande na profissão do terapeuta ocupacional. As suas investigações iniciais com crianças com incapacidade para a aprendizagem originaram postulados acerca da função cerebral que permitiram a elaboração da sua teoria. Segundo este modelo, a aprendizagem baseia-se nas experiências sensorio-motoras e depende da capacidade da criança em receber informações sensoriais provenientes da interação do corpo com o meio ambiente, processando e integrando essas informações no sistema nervoso central, para posteriormente poder utilizá-las de uma forma organizada e adaptada".

http://pt.wikipedia.org/wiki/Terapia_ocupacional#A_terapia_ocupacional_no_Brasil

Modelos de Terapia Ocupacional

Modelo de Desempenho Ocupacional



Tem o objetivo de habilitar o paciente a desempenhar papéis ocupacionais de forma satisfatória de acordo com o desenvolvimento de cada um. Papéis ocupacionais são todos aqueles que levamos à durante a vida, como o de ser estudante, filho, pai, mãe etc.

Modelo de Reabilitação

Proporciona a recuperação através do ensinamento que o paciente recebe, para compensar os déficits subjacentes que não podem ser remediados. Esse modelo estabelece que a compensação pode ser uma forma de **recuperar a independência**, e que a motivação para o aumento da autonomia não deve ser separada dos subsistemas evolutivos e de
habituação.

Modelo Biomecânico

Diferente da reabilitação, esse modelo é destinado à adaptação as capacidades do doente através de atividades utilizadas para a diminuição da dificuldade, limitações e amplitude do movimento.

Modelo de Incapacidade Cognitiva

A incapacidade cognitiva é uma **restrição fisiológica** obtida por uma capacidade menor ou nula do processamento de determinada informação no cérebro, produzindo limitações no comportamento e nos movimentos. Esse modelo tem o objetivo de ensinar o paciente a desempenhar certas tarefas que se tornaram restritas.

Modelo Comportamental

A ideia desse modelo consiste na aprendizagem como base de todos os comportamentos de uma pessoa, portanto, o objetivo é o desenvolvimento de estratégias que intervenham em mudanças comportamentais específicas observadas no paciente, de tal maneira que comprometam suas capacidades funcionais, ou de integração com a sociedade e o meio em que vive.

Modelo de Neurodesenvolvimento

Esse tipo de modelo é mais utilizado por pacientes com Paralisia Cerebral e AVC, mas o objetivo não é ensinar padrões normais de desenvolvimento, mas sim a recuperação do cérebro e das zonas que foram lesadas.

Modelo de Ocupação Humana

O indivíduo é um sistema aberto que evolui, e passa por desenvolvimento e mudanças através da interação com o ambiente externo, e possui uma urgência de exploração. O Modelo de Ocupação Humana proporciona formas de ocupação ao paciente que o levam a ter novas experiências e mudanças de comportamento, e se preocupa também com a forma que o indivíduo está motivado para suas ocupações.



Modelo de Integração Sensorial

Nesse modelo acredita-se que a aprendizagem é baseada nas experiências **sensorio-motoras**, que dependem da capacidade de cada um de receber informações sensoriais originadas da interação do corpo com o meio ambiente. Para pessoas que possuem uma certa limitação, desenvolve-se um processo que integra essas informações no sistema nervoso central, para posteriormente conseguir utilizá-las de forma organizada e adaptada.

Esse tipo de modelo visa tanto a quantidade como a qualidade dos movimentos proporcionados ao indivíduo, para que haja a busca de um equilíbrio modulado, dando assim, a resposta de acordo com suas capacidades e com o meio, melhorando o desempenho no processo de aprendizagem".

<http://terapia-ocupacional.info/modelos-de-terapia-ocupacional.html>

13- ANÁLISE CRÍTICA DA SITUAÇÃO ATUAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE PSQUIÁTRICA NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Hoje, a política brasileira, referente ao tratamento de pessoas acometidas por distúrbios mentais, pretende desmistificar a ideia asilar, de clausura e confinamento, que era característica dos antigos equipamentos destinados a esta função. Esse processo não se restringe apenas ao porte e características físicas do equipamento de arquitetura destinado a essa função, é oriundo de uma política que vai além do processo de desconstrução da ideia

de desospitalização, ele é reflexo de um movimento denominado Reforma psiquiátrica, que chegou ao Brasil em meados da década de sessenta, se fortalecendo na década de setenta. Esse movimento já acontecia em alguns países da Europa, como França e Itália e, até hoje, já passou por vários modelos e sub-movimentos, sendo a Antipsiquiatria o modelo que mais serviu de referência no Brasil.

Pretende-se a formatação de um modelo adequado para cada região, o Brasil também busca esse modelo e, hoje, o atual modelo no Brasil, do principal equipamento de arquitetura destinado ao tratamento das pessoas portadoras de deficiências relacionadas à saúde mental, por parte do governo, denomina-se CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em conjunto com as Unidades de Acolhimento e as Residências Terapêuticas.

A nova política pretende diminuir o período de internação dos pacientes, visa diminuir drasticamente o uso de psicofármacos, a sedação dos pacientes, pretende reinserir o paciente ao convívio social, promover a sua autonomia e fazer esse processo acontecer em conjunto com as suas famílias, com a comunidade e com a ajuda de uma equipe multidisciplinar e, capacitá-los com cursos profissionalizantes.

O processo acarretou até em mudanças na constituição, na constituição de 1988 e, tem o seu foco em uma constituição democrática e em assegurar os direitos civis aos pacientes, assim como a sua autonomia.

O processo engloba diversas mudanças, visa quebrar barreiras, e, vai além de barreiras físicas, como a desconstrução das muralhas dos antigos manicômios e asilos, visa a desmistificação do método de tratar os pacientes. A luta antimanicomial vai além da crítica à estrutura física dos manicômios, envolve práticas e modo de tratar os pacientes. Os pacientes passam a ser chamados de acolhidos e não mais de pacientes, por exemplo, os profissionais da área da saúde não usam jalecos, desmistificando o máximo a ideia hospitalar. Houve a diminuição dos leitos nos equipamentos, objetivando a diminuição das internações, o período de internação e promovendo e estimulando a reinserção dos usuários ao convívio social e objetivando o ganho de autonomia e garantia dos seus direitos civis, de ir e vir, por exemplo. Houve a retirada também dos símbolos dos manicômios, as grades grosseiras, que segregavam e confinavam os pacientes, assim como as grandes muralhas, que também tinham essa função. Os métodos de tratamentos também foram e estão sendo modificados, foram abolidos os eletrochoques, a lobotomia, a sedação diminuiu significativamente, dando lugar às terapias ocupacionais e outras formas de tratamento.

Existem várias correntes, movimentos e formas representativas dessa luta a favor da reforma psiquiátrica, no Brasil, a mais evidente é baseada

em referências relacionadas à psicossocial. Ou seja, a análise e foco no desenvolvimento do indivíduo portador de deficiência mental, sua interação com a sociedade e as suas práticas. Ainda, não existe um modelo padrão unânime a todos os profissionais envolvidos nesta luta. Existe, inclusive, uma grande polêmica em relação a vários pontos fortes envolvidos nesta luta, como o período das internações. Há muitos profissionais contra e muitos a favor das internações, principalmente quando questionados os casos de pacientes que já estão internados há muitos anos, alguns até mesmo décadas e, muitos, inclusive, até em estado de abandono, que já perderam até o contato familiar.

Existem muitos relatos de maus tratos aos pacientes, nos hospitais psiquiátricos, há uma crítica muito grande aos hospitais psiquiátricos e aos métodos de tratamentos dentro deles. Ao descaso com os pacientes e a situação de abandono. Índices consideráveis de mortes dentro deles, inclusive. Além de toda a problemática constitucional e, da forma de tratamento, restrita, praticamente, ao uso de psicotrópicos, sedativos, dentro dos hospitais. A ausência de uma forma de tratamento eficaz e definitiva, menos dependente dos psicofármacos, que permita o usuário ter mais autonomia e retorno a sua vida e atividades cotidianas junto a sociedade.

No Brasil, em relação aos equipamentos arquitetônicos destinados a essa função, já tivemos grandes mudanças, dos manicômios e asilos aos hospitais psiquiátricos com internações prolongadas, com atendimentos de mais de 24 horas, sem duração mínima. Dos hospitais psiquiátricos com internações prolongadas, com atendimentos de mais de 24 horas, sem duração mínima estipulada aos hospitais-dia, com períodos de internações restritas a um, ou dois turnos. Dos hospitais-dia, dos leitos reservados aos portadores de deficiências mentais dentro dos hospitais gerais. A criação dos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) até o modelo que utilizamos como padrão hoje, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), divididos em três classificações e três portes, os CAPSi, destinados a crianças e adolescentes, os CAPSad, destinado aos usuários de álcool e outras drogas e os CAPS gerais, destinados a adultos portadores de várias síndromes e transtornos psicológicos de formas gerais, além das suas classificações quanto ao porte, período de internação e demanda populacional da área a ser implantado, que tem as classificações dos tipos I, II e III. Os CAPS fazem parte, no Brasil, da nossa rede de atenção básica de saúde, primária, em conjunto com as Unidades de Acolhimento, que são mais direcionadas aos pacientes que já estão internados a longos períodos, muitos até sem contato familiar, em situação de abandono e as Residências Terapêuticas.

Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em seu projeto modelo, hoje, desenvolvido pelo governo federal, por parte do Ministério da Saúde e com a sua manutenção custeada e ligada à rede de atendimento do SUS (Sistema Único de Saúde). Além das contribuições das administrações,

respeitando as hierarquias das esferas de governo estaduais e municipais, dos órgãos e células relacionados à saúde, até chegarem à atenção básica, tem um porte de estrutura física bem menor que os hospitais psiquiátricos, e o seu atual modelo tem como partido arquitetônico remeter uma ideia de residência, com o uso de alguns elementos arquitetônicos, aonde pretende-se a descaracterização da ideia manicomial e hospitalar.

O cenário que temos hoje na prática, ainda não é totalmente formatado por este modelo. Ainda hoje, existem os hospitais psiquiátricos, os atendimentos emergenciais nos leitos dentro dos hospitais gerais e nas UPAS (Unidades de Pronto Atendimento) e, a maioria dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que temos hoje funcionando no Brasil, são sedes em equipamentos de propriedade pública, aproveitados para este uso, mas, que, não foram desenvolvidos, projetados para este uso, daí um exemplo, da sua falta de estrutura, proporcionando e contribuindo para a ineficiência do novo método de tratamento, pois as estruturas, em sua maioria, antigas e carentes de manutenção, são inadequadas para o seu uso. Embora já temos alguns CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e algumas Unidades de Acolhimento, funcionando nesse novo modelo de estrutura física, assinado pelo Ministério da Saúde e, alguns ainda em construção.

Pensando nessas premissas e analisando um diagnóstico da situação geral da forma, hoje, de assistência à saúde mental, no Brasil, com foco no município de Fortaleza, percebemos uma falta de modelo adequado existente na prática, hoje, uma carência de estrutura física básica, para que se coloque em prática as suas novas premissas e atividades. Além da falta de equipamentos construídos de acordo com o projeto modelo proposto pelo Ministério da Saúde, que já é melhor que a inexistência de um modelo.

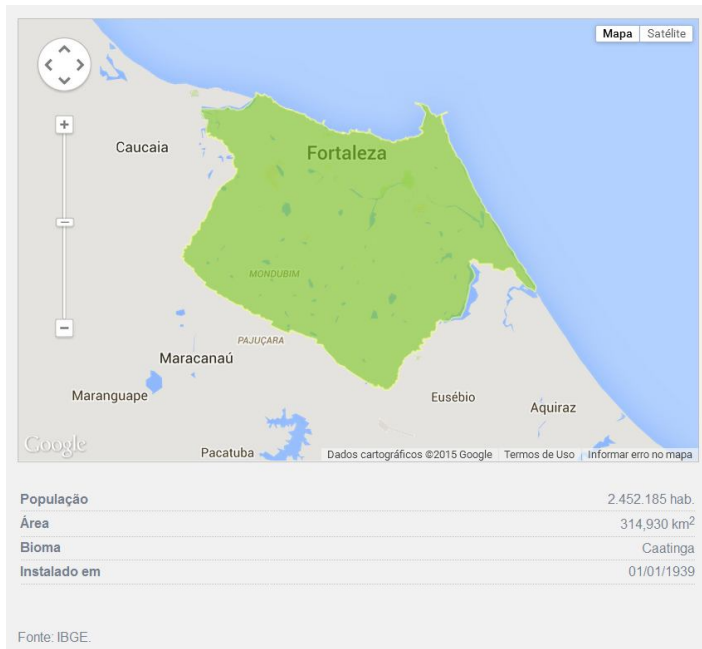
Ao meu ver, o modelo arquitetônico da estrutura física desenvolvido para a Rede CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), desenvolvido pelo Ministério da Saúde, ainda não é eficiente para atender e dar condições de estrutura física para o atendimento a todas as suas atividades previstas de forma adequada, confortável e eficiente. Além do atual modelo ainda não está presente na realidade dos seus usuários, pois ainda existem poucos equipamentos seguidos pelo modelo construídos e sendo construídos em todo o país. A diminuição dos leitos, que se pretende, na rede de atendimento à saúde mental não implica dizer que seja necessária a diminuição do porte do equipamento. Se, se pretende desmistificar a ideia de clausura e confinamento, acho contraditório a ideia da necessidade da diminuição do espaço do equipamento. Os espaços podem e devem ser amplos, mas, com um layout destinado e direcionado a uma área de tratamento alternativo, que é o que propõe a reforma, com o seu novo método, como salas de terapias ocupacionais, salas de massoterapia, salas de ginástica, áreas recreativas para dar suporte a uma educação física, área para capacitação

profissionalizante, área de convivência para que se possa haver uma integração entre o usuário, a equipe multiprofissional de profissionais da área da saúde, as famílias dos usuários e a sociedade. O que deve ser reduzida são os leitos na área de internação, para este propósito. Pois, como temos no atual projeto modelo, uma pequena área destinada a salas de atividades coletivas, salas de terapia, apenas duas salas, não vejo como colocar todas as atividades propostas pela reforma em prática para dar suporte ao tratamento. Com essa estrutura física do modelo atual, percebo uma caracterização com condições para abrigar função de ambulatório. O partido arquitetônico adotado, que pretende-se remeter a uma ideia residencial, desmistificando a ideia hospitalar, também não me agrada. Uma ideia residencial me remete a ideia de permanência, de longas temporadas, muita gente passa a vida inteira morando apenas em uma única residência, e é no ambiente residencial que também passamos a maior parte de nossas vidas. Se, se pretende transmitir a ideia de um ambiente, um equipamento da saúde que pretende tratar e devolver o usuário para as suas residências, diariamente, creio que a caracterização desse ambiente com caráter residencial não é adequada. Não proporcionando a ideia que se pretende, de liberdade, de não confinamento, apenas de tratamento, de um equipamento que se possa ir e vir, proporcionando e caracterizando a ideia de autonomia e liberdade para os usuários. Deveria ter o aspecto de um equipamento destinado as funções que ele abrigará, de centro recreativo, de centro profissionalizante, de centro de integração social, até mesmo de centro de tratamento. Ou, deveria ter um aspecto de um misto dessas funções.

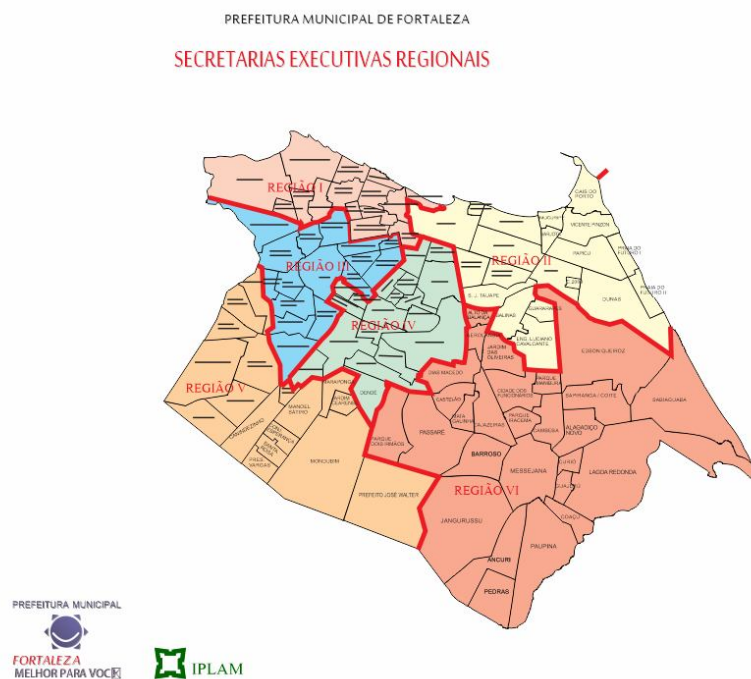
Além de outras observações arquitetônicas referentes ao projeto físico proposto para a estrutura do equipamento CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que observei. Como a pequena área e estrutura para convívio social, pouca área destinada para tratamentos, apenas duas salas para atividades coletivas, a inexistência de uma área recreativa, a falta de alguns ambientes básicos e o dimensionamento mínimo de alguns ambientes existentes no projeto, entre outros.

14- A LOCALIZAÇÃO:

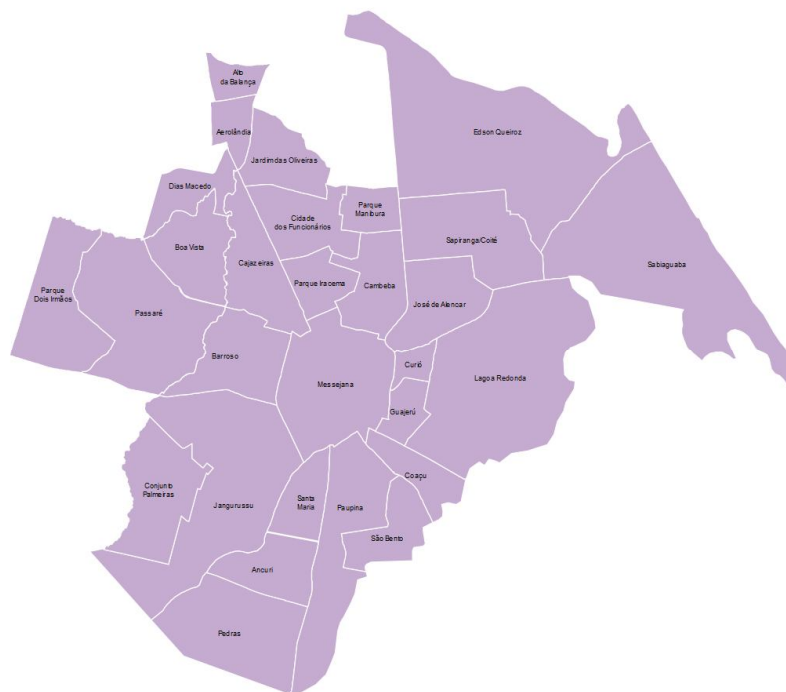
14.1- O MUNICÍPIO DE FORTALEZA



14.2- AS REGIONAIS DE FORTALEZA



14.3- A REGIONAL VI DE FORTALEZA

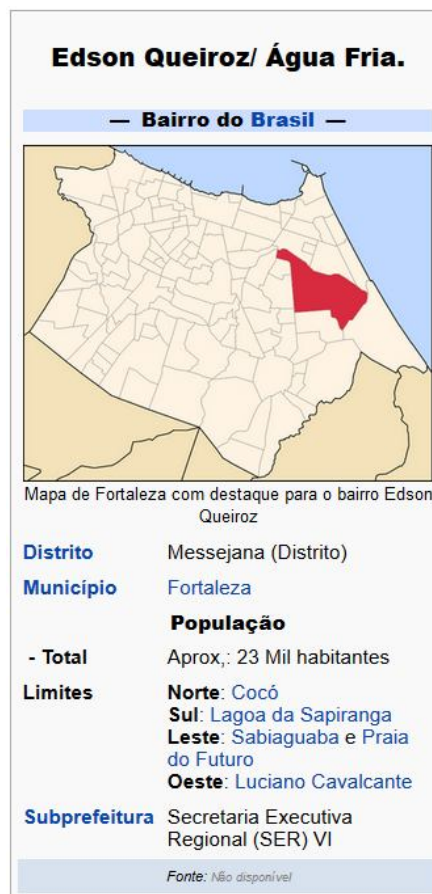


"Com população estimada em 600 mil habitantes, a Secretaria Regional VI atende diariamente aos moradores de 29 bairros, correspondentes a 42% do território de Fortaleza: Aerolândia, Ancuri, Alto da Balança, Barroso, Boa Vista (unificação do castelão com Mata Galinha), Cambé, Cajazeiras, Cidade dos Funcionários, Coaçu, Conjunto Palmeiras (parte do Jangurussu), Curió, Dias Macedo, Edson Queiroz, Guajerú, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, José de Alencar (antigo Alagadiço Novo), Messejana, Parque Dois irmãos, Passaré, Paupina, Parque Manibura, Parque Iracema, Parque Santa Maria (parte do Ancuri), Pedras, Lagoa Redonda, Sabaguaba, São Bento (parte do Paupina) e Sapianga. Tem como objetivos garantir a melhoria de vida aos habitantes e a preservação das potencialidades naturais da região.

Desde 2005, a Regional VI conta com duas áreas de preservação: O Parque Natural Municipal das Dunas de Sabaguaba e a Área de Proteção Ambiental (APA) da Sabaguababa, antiga aspiração dos fortalezenses".

www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-VI

14.4- O BAIRRO: EDSON QUEIROZ



" Hoje conhecido como Edson Queiroz, em uma homenagem ao empresário que construiu nas proximidades a Universidade de Fortaleza, na década de 1970, o local tinha o nome de Água Fria e abrigava ali diversas salinas e manguezais, como toda a região às margens do Rio Cocó.

No entanto, com o deslocamento de várias famílias, o que antes era uma região de sítios e chácaras, cujas boas partes das terras predominantemente pertenciam ao empresário Patriolino Ribeiro, rapidamente ganhou outra conformação urbana e passou a ser identificada como Favela do Dendê. Hoje muitos dos habitantes preferem o nome Edson Queiroz e como se trata de um extenso local, há várias localidades, como Favela da Rossinha, Baixada e Comunidade Chico Mendes. A comunidade mais conhecida do bairro, a Favela do Dendê. Pode-se dizer que no bairro Edson Queiroz convivem lado a lado, a pobreza extrema e a riqueza, uma verdadeira desigualdade social, visto que além de abrigar diversos equipamentos importantes como o Centro de Eventos do Ceará, Fórum Clóvis Beviláqua, o Centro de Convenções e a Universidade de Fortaleza, a região abriga também condomínios e residências de luxo".

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Edson_Queiroz_\(Fortaleza\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Edson_Queiroz_(Fortaleza))

14.5 - O ESTUDO DO SÍTIO

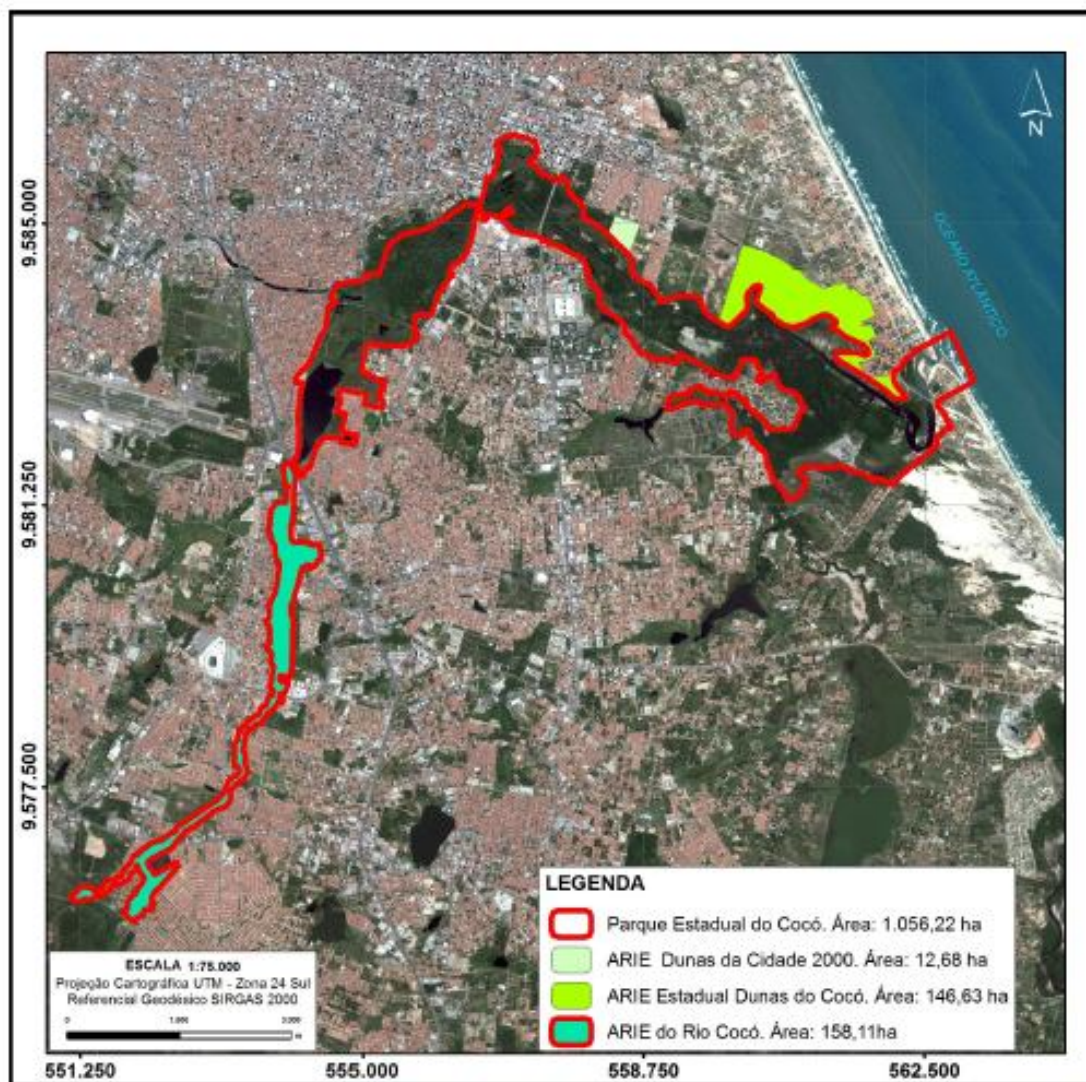
14.5.1- O entorno e o contato com O Parque do Cocó:

O terreno escolhido para a implantação do projeto em questão, CAPS IV, localiza-se em uma região na qual existem três estudos de projetos urbanísticos por parte dos órgãos públicos. A Proposta da Nova Poligonal do Parque do Cocó, que tem o objetivo de assegurar legalmente a preservação da área ambiental do parque; O Projeto da Ponte Estaiada do Parque do Cocó, que propõe a abertura e alargamento de vias, a criação de uma ponte sobre O Rio Cocó e a construção de um mirante, esse projeto está suspenso pela SEINFRA; O Projeto de Reassentamento Habitacional do Dendê, está aprovado e vai ser implementado, propõe a abertura de vias e projeto habitacional para o remanejamento da comunidade da área do Dendê, a fim de requalificar a área, proporcionando mais conforto e acesso à infraestrutura para essas famílias e população do entorno imediato da área.

Os três projetos citados acima estão em contato direto com o terreno proposto para o projeto em questão, CAPS IV.

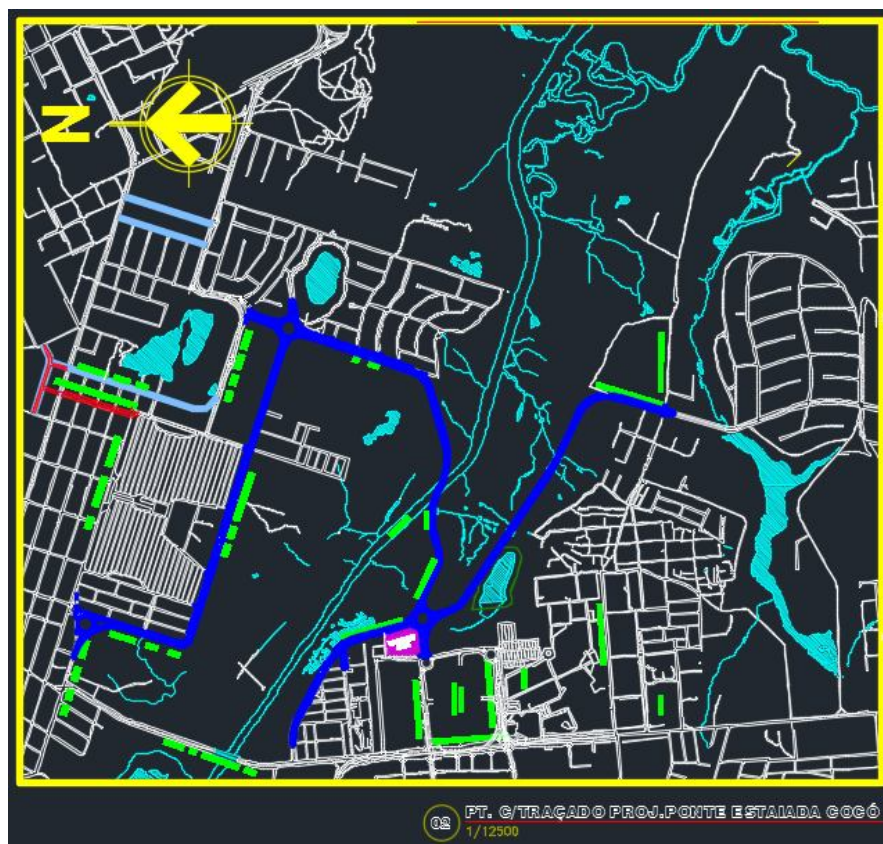
A criação de unidades de conservação do Rio Cocó, também está relacionada com a inclusão social, que deve se dar pela criação dos chamados "negócios verdes", gerando trabalho e renda à população, relacionados ao turismo sustentável, visitação das áreas verdes com acompanhamento, atividades recreativas em contato com a natureza do parque e atividades envolvendo educação ambiental.

14.5.1.1- A Proposta da Nova Poligonal do Parque do Cocó



Traçado Proposta da Nova Poligonal do Parque do Cocó - SEMA

14.5.1.2 - O Projeto da Ponte Estaiada do Parque do Cocó

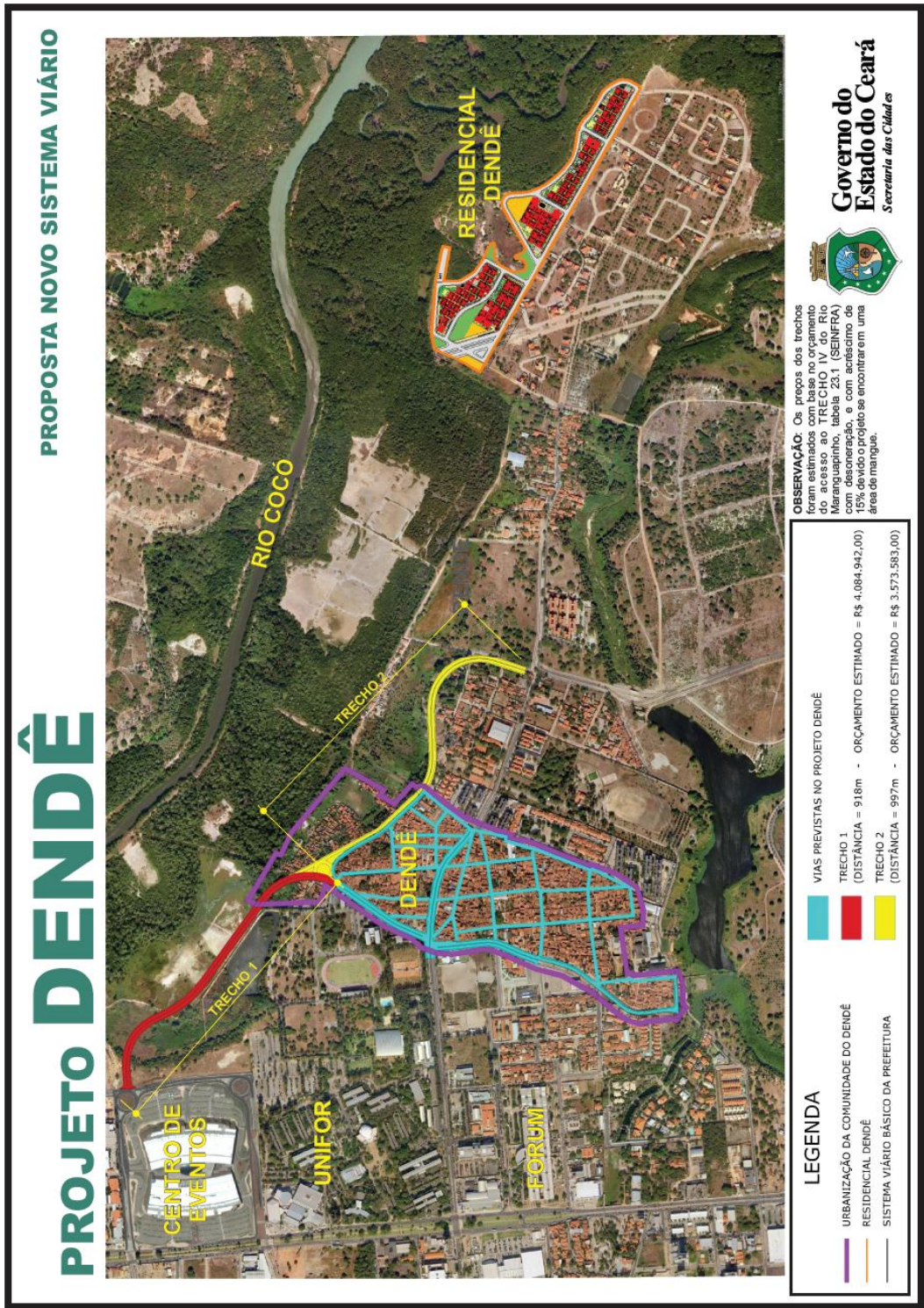


Traçado Projeto Ponte Estaiada do Cocó - SEINFRA



Perspectiva Projeto Mirante Ponte Estaiada do Cocó - SEINFRA

14.5.1.3 - O Projeto de Reassentamento Habitacional do Dendê



Proposta Projeto de Reassentamento Habitacional do Dendê - SEINFRA

14.5.1.4- A Via Paisagística Proposta



Traçado Via Paisagística Proposta

O Projeto da Via Paisagística proposta, foi elaborado levando-se em conta o estudo de dois projetos existentes, aproveitando alguns de seus trechos, adaptando os seus traçados e o traçado de uma via existente, já pavimentada, a Av. Juarez Barroso. Os projetos estudados são: O Projeto da Ponte Estaiada do Parque do Cocó, que propõe a abertura e alargamento de vias, a criação de uma ponte sobre O Rio Cocó e a construção de um mirante, esse projeto está suspenso pela SEINFRA e, só foi aproveitado para o estudo do projeto da via paisagística parte dele, um trecho das vias, sendo desconsiderado o restante; O Projeto de Reassentamento Habitacional do Dendê, que está aprovado e vai ser implementado, propõe a abertura de vias e projeto habitacional para o remanejamento da comunidade da área do Dendê, a fim de requalificar a área, foram estudados os dois trechos deste projeto, para o estudo do projeto da via paisagística proposta, adaptando o seu traçado.

A Via Paisagística foi proposta devido a análise do terreno e o seu contato direto com uma ZPA (Zona de Preservação Ambiental), e, observada a necessidade de uma via que separe o espaço público (Trecho da ZPA, Zona de Preservação Ambiental, do Rio Cocó) do privado, o terreno do CAPS.

14.5.2- Os acessos



Localização do Terreno ZOM2



Foto Terreno - Rua Governador Manoel de Castro Filho



ZOM1
 ZOM2
 Localização do Terreno ZOM2 - Ponto de Referência Centro de Eventos



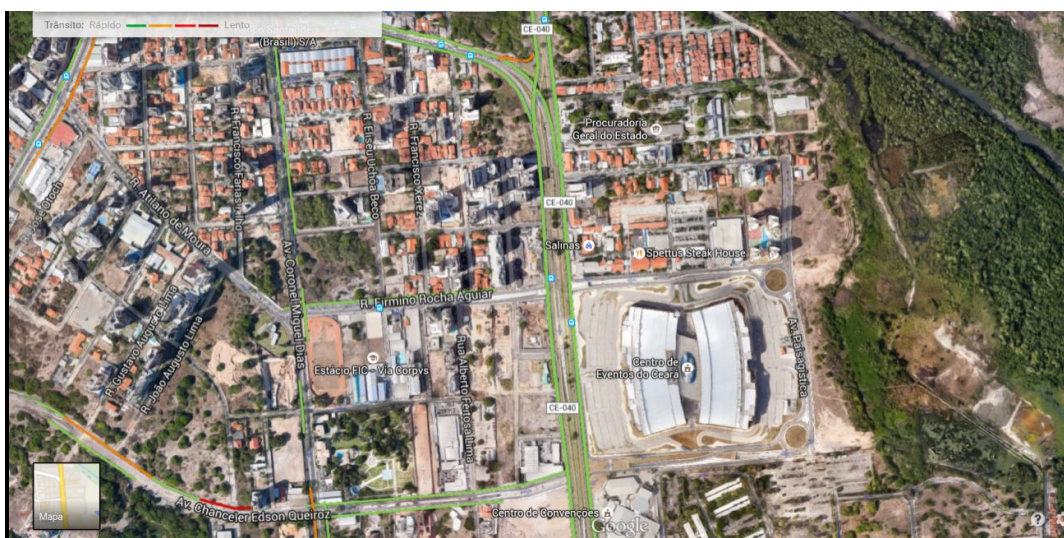
ZOM1
 ZOM2
 Localização do Terreno ZOM2 - Ponto de Referência Centro de Eventos



ZOM1 **ZOM2** *Localização do Terreno ZOM2 - Ponto de Referência Centro de Eventos*



ZOM1 **ZOM2** *Localização do Terreno ZOM2 - Ponto de Referência Centro de Eventos*



Localização do Terreno ZOM2 - Ponto de Referência Centro de Eventos



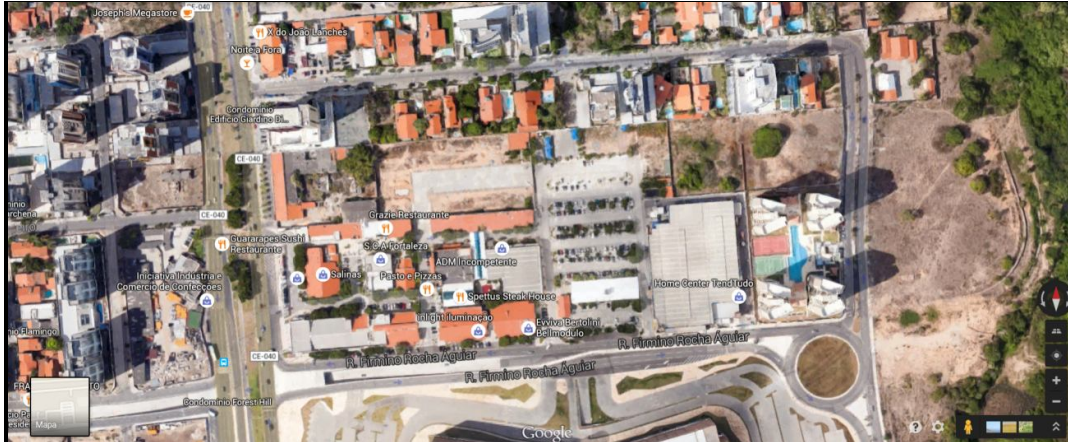
ZOM1 **ZOM2** *Localização do Terreno ZOM2 - Ponto de Referência Centro de Eventos*



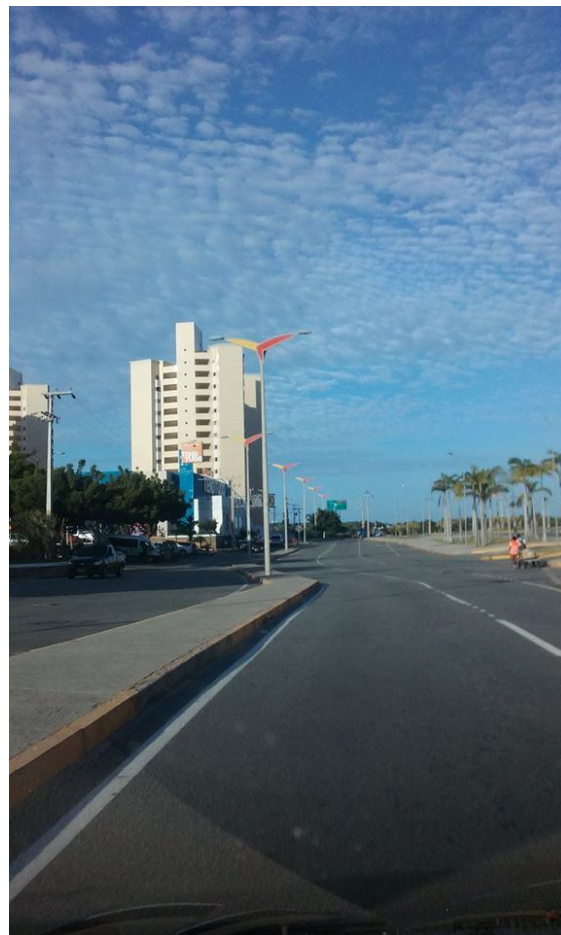
ZOM1
 ZOM2
 Localização do Terreno ZOM2 - Ponto de Referência Centro de Eventos



Localização do Terreno ZOM2 - Ponto de Referência Centro de Eventos



Localização do Terreno ZOM2 - Ponto de Referência Centro de Eventos



Fotos acesso ao terreno - Rua Firmino Rocha Aguiar



Fotos acesso ao terreno - Rua Governador Manoel de Castro Filho

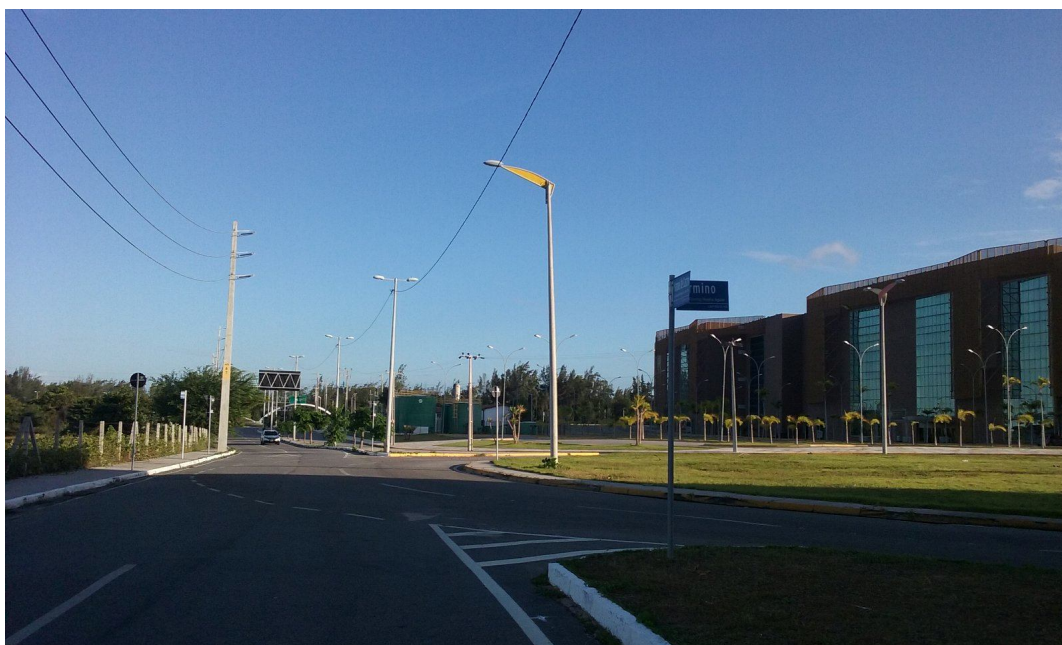


Foto Terreno - Rua Governador Manoel de Castro Filho



Foto Terreno - Rua Governador Manoel de Castro Filho



Foto Continuação Via Paisagística proposta - Trecho já Executado Pavimentado - Av. Juarez Barroso

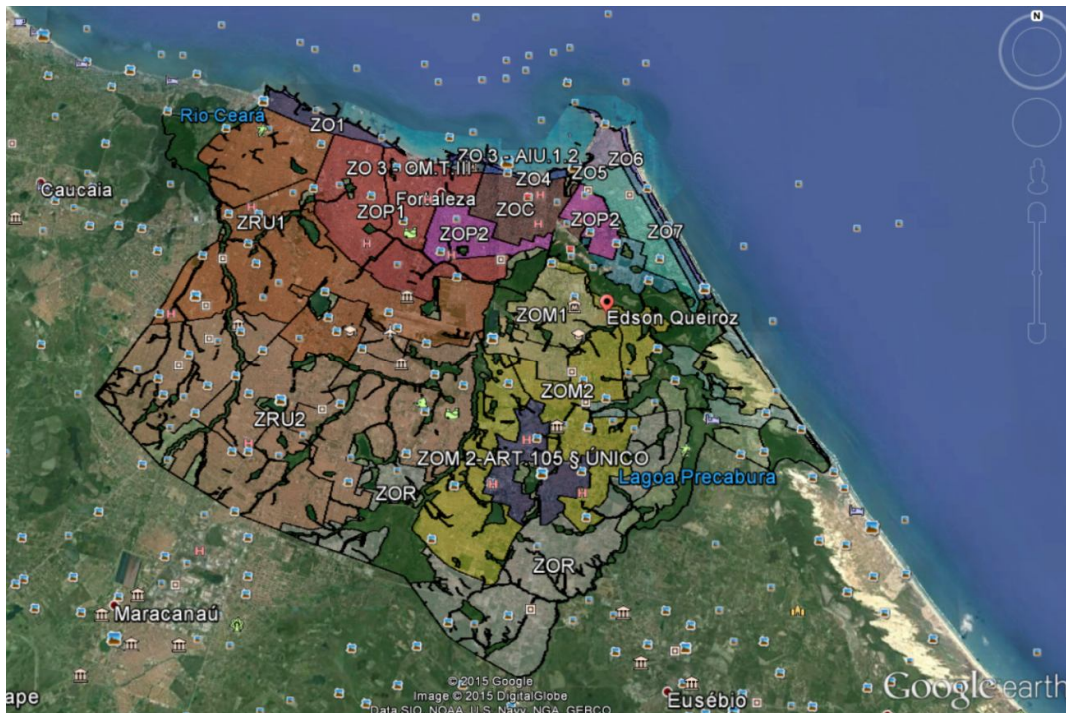


Foto Continuação Via Paisagística proposta - Trecho já Executado Pavimentado - Av. Juarez Barroso

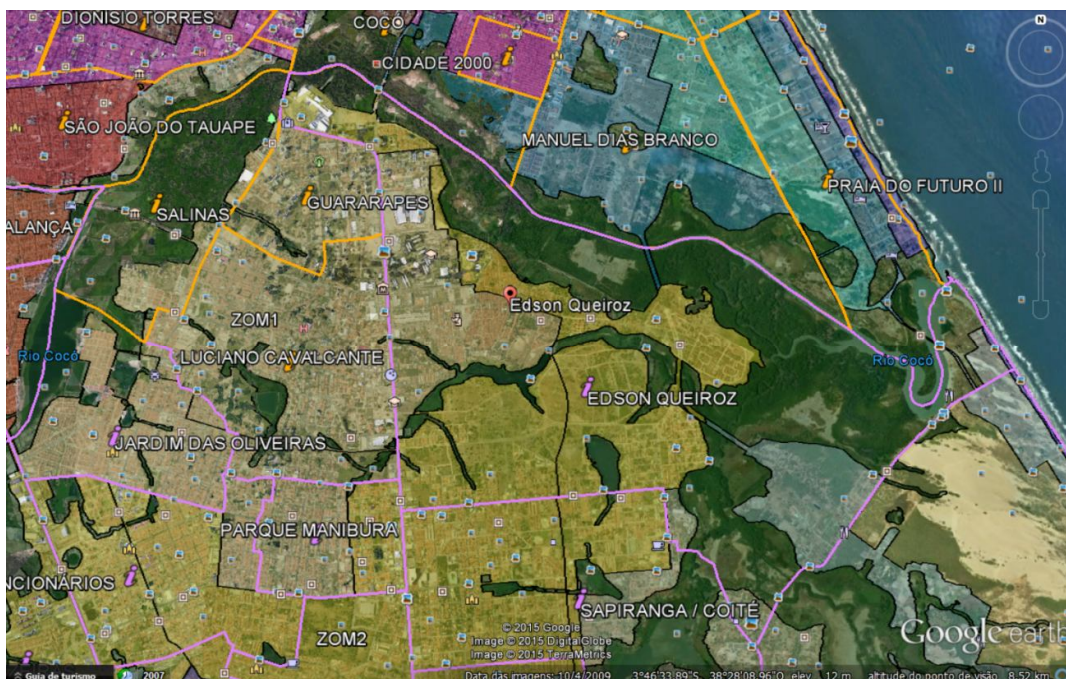


Foto Continuação Via Paisagística proposta - Trecho já Executado Pavimentado - Av. Juarez Barroso

14.5.3- Os índices do terreno segunda à legislação: O PDPFOR



Mapa Zonas Plano Diretor



ZOM1 **ZOM2** Mapa Localização do Bairro: Edson Queiroz na ZOM2 - Plano Diretor

Os Índices do Terreno Segundo o PDPFOR (2009) :

CAPÍTULO III

Da Macrozona de Ocupação Urbana

Seção I

Das Zonas da Macrozona de Ocupação Urbana

Art. 78. A macrozona de ocupação urbana corresponde às porções do território caracterizadas pela significativa presença do ambiente construído, a partir da diversidade das formas de uso e ocupação do solo e se subdivide nas seguintes zonas:

- I — Zona de Ocupação Preferencial 1 (ZOP 1);
- II — Zona de Ocupação Preferencial 2 (ZOP 2);
- III — Zona de Ocupação Consolidada (ZOC);
- IV — Zona de Requalificação Urbana 1 (ZRU 1);
- V — Zona de Requalificação Urbana 2 (ZRU 2);
- VI — Zona de Ocupação Moderada 1 (ZOM 1);
- VII — Zona de Ocupação Moderada 2 (ZOM 2);
- VIII — Zona de Ocupação Restrita (ZOR);
- IX — Zona da Orla (ZO).

Parágrafo único. A localização e os limites das macrozonas de ocupação urbana e de proteção ambiental são os constantes das delimitações georreferenciadas do Anexo 3 (Mapa 3) e Anexo 3-A, desta Lei.

SEÇÃO VII

DA ZONA DE OCUPAÇÃO MODERADA (ZOM 2)

Art. 103 - A Zona de Ocupação Moderada (ZOM 2) caracteriza-se pela insuficiência ou ausência de infraestrutura, carência de equipamentos públicos, tendência de intensificação da implantação de equipamentos privados comerciais e de serviços de grande porte e áreas com fragilidade ambiental,

45

destinando-se ao ordenamento e controle do uso e ocupação do solo condicionados à ampliação dos sistemas de mobilidade e de implantação do sistema de coleta e tratamento de esgotamento sanitário.

Art. 104 - São objetivos da Zona de Ocupação Moderada 2 (ZOM 2):

I - controlar e ordenar os processos de transformações e ocupações urbanas e a densidade populacional, de modo a evitar inadequações urbanísticas e ambientais;

PDPFOR (2009)

- II - promover a requalificação urbanística e ambiental, com investimentos para complementar a infraestrutura básica, principalmente de saneamento ambiental;
- III - ampliar a disponibilidade e conservar espaços de uso coletivo, equipamentos públicos, áreas verdes, espaços livres voltados à inclusão para o trabalho, esportes, cultura e lazer;
- IV - promover a integração e a regularização fundiária dos núcleos habitacionais de interesse social existentes;
- V - tornar adequadas as condições de mobilidade urbana, em especial nos pontos de congestionamento, insuficiência de consolidação da malha viária e concentração de equipamentos geradores de inadequações relativas ao tráfego e de saturação do sistema viário;
- VI - conter a ocupação urbana em áreas ambientalmente sensíveis e de interesse ambiental;
- VII - incentivar a valorização, a preservação, a recuperação e a conservação dos imóveis e dos elementos característicos da paisagem e do patrimônio.

Art. 105 - São parâmetros da ZOM 2:

- I. Índice de aproveitamento básico: 2,0;
- II. Índice de aproveitamento máximo: 2,0;
- III. Índice de aproveitamento mínimo: 0,1;
- IV. Taxa de permeabilidade: 40%;
- V. Taxa de ocupação: 50%;
- VI. Taxa de ocupação de subsolo: 50%;
- VII. Altura máxima da edificação: 72m;
- VIII. Área mínima de lote: 150m²;
- IX. Testada mínima de lote: 6m;
- X. Profundidade mínima do lote: 25m;
- XI. Fração do Lote: 100.

Art.106 - Serão aplicados na Zona de Ocupação Moderada 2 (ZOM 2), especialmente, os seguintes instrumentos:

- I - parcelamento, edificação e utilização compulsórios;
- II - IPTU progressivo no tempo;
- III - desapropriação mediante pagamento por títulos da dívida pública;
- IV - direito de preempção; V direito de superfície;
- VI - outorga onerosa do direito de construir;
- VII - transferência do direito de construir;
- VIII - operação urbana consorciada;
- IX - consórcio imobiliário;
- X - estudo de impacto de vizinhança (EIV);
- XI - estudo ambiental (EA);
- XII - Zona Especial de Interesse Social (ZEIS).

Parágrafo Único - A aplicação dos instrumentos indicados nos incisos I, II e III deste artigo está condicionada à disponibilidade de infraestrutura da presente zona.

PDPFOR (2009)

O parecer da Prefeitura de Fortaleza:



OFÍCIO Nº 252/2016 – COL/SEUMA

Fortaleza, 16 de junho de 2016

À
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CURSO DE ARQUITETURA
ALINE CRISTINNI DE LIMA CARDOZO
Av. da Universidade, 2890 - Benfica,
Fortaleza - CE, 60020-181

Prezado Senhor,

Cumprimentando-o cordialmente, e em resposta ao ofício Nº 64/16/CAU (Coordenação do curso de Arquitetura e Urbanismo), que requer diretrizes sobre o imóvel no entorno do Centro de Eventos, (conforme informado no anexo 1 deste ofício) temos a informar que:

1. ZONEAMENTO:

De acordo com a Lei Complementar Nº 062/2009, Lei do Plano Diretor Participativo do Município de Fortaleza, e alterações das LCs Nº 0101/2011 e 0202/2015, a partir do mapeamento do imóvel na aerofotogrametria, observa-se que o terreno encontra-se inserido em Zona de Ocupação Moderada -2 [ZOM_2] (ver anexo 01/01).

Art. 105 - São parâmetros da ZOM 2:

- I. Índice de aproveitamento básico: 2,0;
- II. Índice de aproveitamento máximo: 2,0;
- III. Índice de aproveitamento mínimo: 0,1;
- IV. Taxa de permeabilidade: 40%;
- V. Taxa de ocupação: 50%;
- VI. Taxa de ocupação de subsolo: 50%;
- VII. Altura máxima da edificação: 72m;
- VIII. Área mínima de lote: 150m²;
- IX. Testada mínima de lote: 6m;
- X. Profundidade mínima do lote: 25m;
- XI. Fração do Lote: 100.

2 – SISTEMA VIÁRIO

De acordo com a Lei Complementar Nº 062/2009, Lei do Plano Diretor Participativo do Município de Fortaleza, e alterações das LCs Nº 0101/2011 e 0202/2015 e que a Rua Firmino Rocha Aguiar, classificada como via coletora, sofrerá alargamento para 24m cortando o terreno em questão e projetando uma curva para o norte, com a mesma metragem e continuando na mesma avenida até o final do terreno no seu limite leste. A Rua governador Manoel de Castro Filho, classificada como via local, sofrerá também alargamento para 24m, porém o terreno não será atingido, e a Avenida Paisagística, classificada como via coletora, sofrerá alargamento para 24m onde atinge todo o terreno em seu limite sul.



COORDENADORIA DE LICENCIAMENTO

Av. Dep. Paulino Rocha, 1343 | Cajazeiras | CEP 60864-311 | Fortaleza-CE
Fone: (85) 3452-6901 | (85) 3452-6903 | Fax: (85) 3253-3911



3. ADEQUABILIDADE

O uso solicitado (CAPS) do grupo Serviços, Subgrupo Saúde, Código 85.15.43, é adequado em via coletora e no terreno em apreço. Os recuos mínimos obrigatórios são 10,00m de frente, 5,00m nas laterais e 5,00m nos fundos.

Outros usos permitidos são os constantes da Lei Nº 7987/ 1996 – Lei de Uso e Ocupação do Solo. Para a adequação das atividades classifica-se o Uso pelo Anexo 6, Tabelas 6.1 a 6.29, observa-se também a adequação dos subgrupos à Zona pelo anexo 7, Tabelas 7.1 a 7.17, e os respectivos recuos pelo Anexo 8, Tabelas 8.1 a 8.27, e suas Observações.


4. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

4.1- Deverá ser observada a Portaria nº 957/2015 – que dispõe sobre as regulamentações do Plano Específico da Zona de Proteção do Aeroporto de Fortaleza. A altura total da edificação inclui todos os elementos acima do topo da edificação: como caixa d'água, para-raios, antenas e elementos decorativos.

4.2 - A área em questão não está inserida em loteamento aprovado.

4.3 – O projeto da Ponte Estaiada do Cocó bem como os impactos ambientais devidos a sua implantação poderão ser fornecidos pela Secretaria da Infraestrutura (SEINFRA). Existe ainda Lei Complementar Nº 0147, de 30 de abril de 2013, que dispõe sobre a alteração do sistema viário na região (anexa).

Atenciosamente,

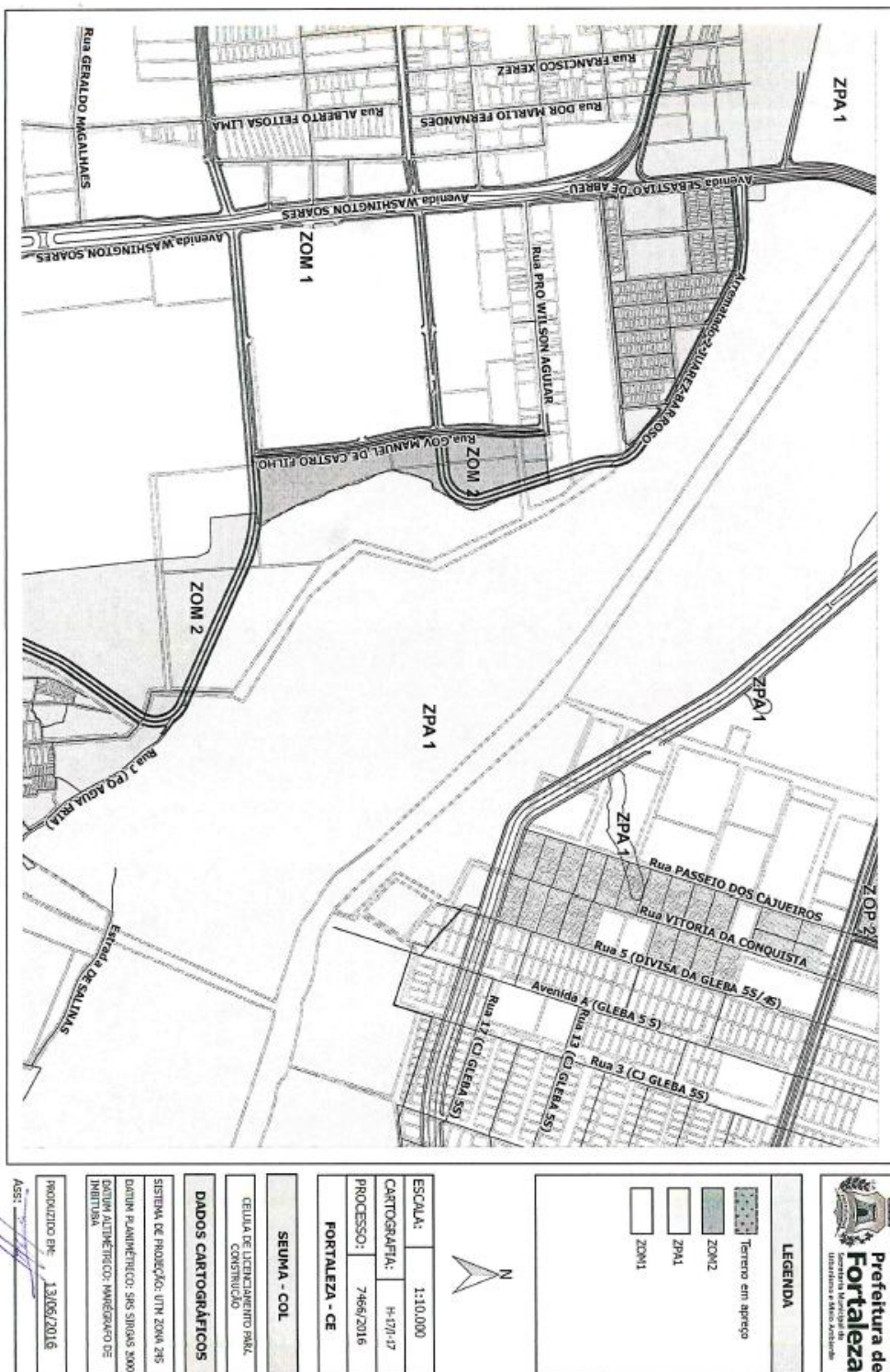


Maria Stella de Albuquerque Xerez Monteiro Mota
Gerente da Célula de Análise de Projetos – SEUMA



Prisco Bezerra Junior
Coordenador de Licenciamento em Exercício - SEUMA





15- O PÚBLICO ALVO DO PROJETO

O projeto tem como principal público toda a população da regional VI de Fortaleza, porém visa atender moradores de todos os bairros, devido ao seu porte e a grande estrutura física permitindo até uma média de 1.000 atendimentos/dia.

"Com população estimada em 600 mil habitantes, a Secretaria Regional VI atende diariamente aos moradores de 29 bairros, correspondentes a 42% do território de Fortaleza: Aerolândia, Ancuri, Alto da Balança, Barroso, Boa Vista (unificação do castelão com Mata Galinha), Cambeba, Cajazeiras, Cidade dos Funcionários, Coaçu, Conjunto Palmeiras (parte do Jangurussu), Curió, Dias Macedo, Edson Queiroz, Guajerú, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, José de Alencar (antigo Alagadiço Novo), Messejana, Parque Dois irmãos, Passaré, Paupina, Parque Manibura, Parque Iracema, Parque Santa Maria (parte do Ancuri), Pedras, Lagoa Redonda, Sabiaguaba, São Bento (parte do Paupina) e Sapiranga. Tem como objetivos garantir a melhoria de vida aos habitantes e a preservação das potencialidades naturais da região".

www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-VI

16- O FLUXOGRAMA DA ENTRADA DE PACIENTES NOS CAPS



17- TIPOLOGIA: O CONCEITO NA ARQUITETURA

“(…) A palavra tipo não representa tanto a imagem de uma coisa que sirva para copiar ou imitar perfeitamente, mas como uma ideia de um elemento que deve ele mesmo servir de regra ao modelo. O modelo entendido segundo a execução prática da arte é um objeto que se deve repetir tal qual ele é. Pelo contrário o tipo é um objeto segundo o qual cada um pode conceber obras que não se assemelham entre si. Tudo é preciso e está dado no modelo, enquanto tudo é mais ou menos vago no tipo (…)”

Quatreme de Quincy in “Diccionario histórico de architectura” cit. In Quaroni, “Projectar um edifício – oito lições de architectura”

“(…) ao falar-se de architectura, é comum usar-se o termo “tipologia” da construção para indicar o “tipo” de construção. Esta noção é um claro erro já que “tipologia” é precisamente o estudo dos diferentes tipos (…)”

Ludovico Quaroni in “Projectar um edifício, oito lições de architectura”

“(…) Tipologia significa o estudo dos tipos. A tipologia como na acepção específica da história e da crítica de arte considera os objetos produzidos nos seus aspectos formais de série, ligados por uma função comum ou a uma recíproca imitação, em contraste com os aspectos individuais. (…) O conceito de tipologia vale como principio de classificação das realizações artísticas segundo certas analogias. Efetivamente quando nos colocamos perante um vasto conjunto de fenômenos sabemos da necessidade de agrupa-los e ordena-los por categorias ou classes. O agrupamento ou reagrupamento tipológico não tem a finalidade de valorização artística nem uma definição histórica: obras e realizações comuns de qualquer época podem englobar-se na mesma classe tipológica(…)”

Antonino Terranova e Francesco Cellini in “Projectar um edifício, oito lições de architectura”

18- O PROJETO:

TIPOLOGIA PROJETO CAPS IV (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL IV): Uma Nova Proposta

O projeto teve o intuito de estabelecer uma nova tipologia, traduzindo as premissas da reforma psiquiátrica em uma proposta de projeto, que desmistifique a ideia de clausura e confinamento, com o uso de técnicas como o uso dos sheds que ajuda a dar essa característica, transmitindo essa atmosfera no ambiente mais aberto, que transmite uma integração com o meio externo, o uso do pé-direito duplo e triplo em algumas áreas que também reforçam essa ideia.

Foi adotado o partido horizontal. A implantação do prédio principal foi feita em um só nível, a fim de dar mais autonomia para o acolhido dentro do equipamento, já que este fica muitas vezes, sob efeito de psicofármacos que causam desequilíbrio e sonolência.

As áreas internas, sempre que possível, foram feitas de forma a não deixarem corredores, devido aos estudos e relatos que os internos cometem suicídio com o uso de medicamentos e materiais de limpeza, os ambientes de depósito de materiais de limpeza e farmácia estão em local seguro, sempre monitorados por profissional de segurança, além do monitoramento e controle em todo o espaço interno e externo com o uso de câmeras. Os acessos, as portas, entre as diversas áreas, primeiro atendimento, administrativa, serviço, convivência, recepção e internação, são feitos através de chave eletrônica, aonde só os profissionais habilitados possuem suas senhas.

O projeto possui aberturas para o espaço externo, por quase todos os seus setores, permeável, permitindo uma circulação e contato mais rápido ao espaço externo, não sendo necessário percorrer longos caminhos para sair do espaço interno do CAPS, conta ainda com uma saída de emergência, que é voltada para as ruas externas do equipamento, além das demais saídas. A praça também conta com uma saída para a rua externa do CAPS.

Alguns ambientes como a sala de massoterapia, sala de jogos, foram locados propositadamente na área de internação, para forçar o fluxo e contato entre acolhidos internos, usuários não internos e visitantes. As salas de T.O., apartamentos, refeitórios, foram locados com aberturas para a área externa.

Houve um cuidado com a acessibilidade em todas as áreas do CAPS, rampas para cadeirantes nas calçadas e nos desníveis dos acessos à praça. Para o acesso à praça foram projetadas escadas, rampas e dois elevadores panorâmicos, sendo um social e outro para transportar a colheita da horta para a área de tratamento e loja da horta, que fica no mesmo nível do equipamento principal do CAPS.

A fachada teve a intenção de desconstruir a ideia hospitalocêntrica tradicional, assim como os materiais de revestimentos escolhidos, com a intenção de remeter uma característica mais humanizada, com o uso das texturas amadeiradas e da vegetação interna.

A principal proposta do projeto foi a de ampliar a área destinada ao tratamento coletivo dos seus usuários em relação aos projetos atuais em uso

pela política do país, que em geral possuem apenas duas salas para atividades coletivas e uma pequena sala de convivência. Aumentando consideravelmente a área de terapias ocupacionais, área de convivência e a proposta do ambiente de praça integrado ao prédio principal do CAPS, comportando anexos destinados também à atividades coletivas, em contato com a natureza, em um ambiente bem arborizado, humanizado, com espelhos d'água, jardins, com ferramentas que possam serem realizadas atividades recreativas como quadras, pista de cooper, um anfiteatro, bancos, acessibilidade e segurança para os seus usuários. O ambiente de praça objetiva também fazer uma integração entre acolhidos, equipe multiprofissional, família e a sociedade, pois a praça deverá ser aberta ao uso comunitário, com controle de entrada e saída. Além da generosa horta e loja que deverá gerar emprego e renda para os usuários, que deverão desempenhar as suas atividades. E, as salas destinadas aos cursos profissionalizantes, como oficinas de gastronomia, marcenaria, costura e artesanato, cujos materiais desenvolvidos poderão ser vendidos em eventuais feiras propostas dentro do espaço do CAPS, abertas para a comunidade, servindo também de complemento de renda. Haverão diversos tipos de terapias ocupacionais, como salas de oficinas de música, de pintura, de literatura, informática, coaching, além das individuais, etc.

O projeto apresenta-se envolto por um grande cinturão verde, que faz o contorno de todo o terreno do CAPS, propositadamente, para remeter uma atmosfera de bosque e contato com a natureza, com o intuito de levar ao relaxamento todas as pessoas que circulam pelo seu interior. Nas áreas dos passeios aonde os taludes jardins tem uma altura relativamente relevante ao nível da rua interna do CAPS, haverá uma proteção na forma de cercas-vivas, vegetação fazendo uma proteção para o pedestre.

Sugere-se, ainda, a criação de uma linha de ônibus que passe nas principais comunidades, com destino final no CAPS IV.

As perspectivas externas do projeto proposto, CAPS tipo IV, uma nova proposta.

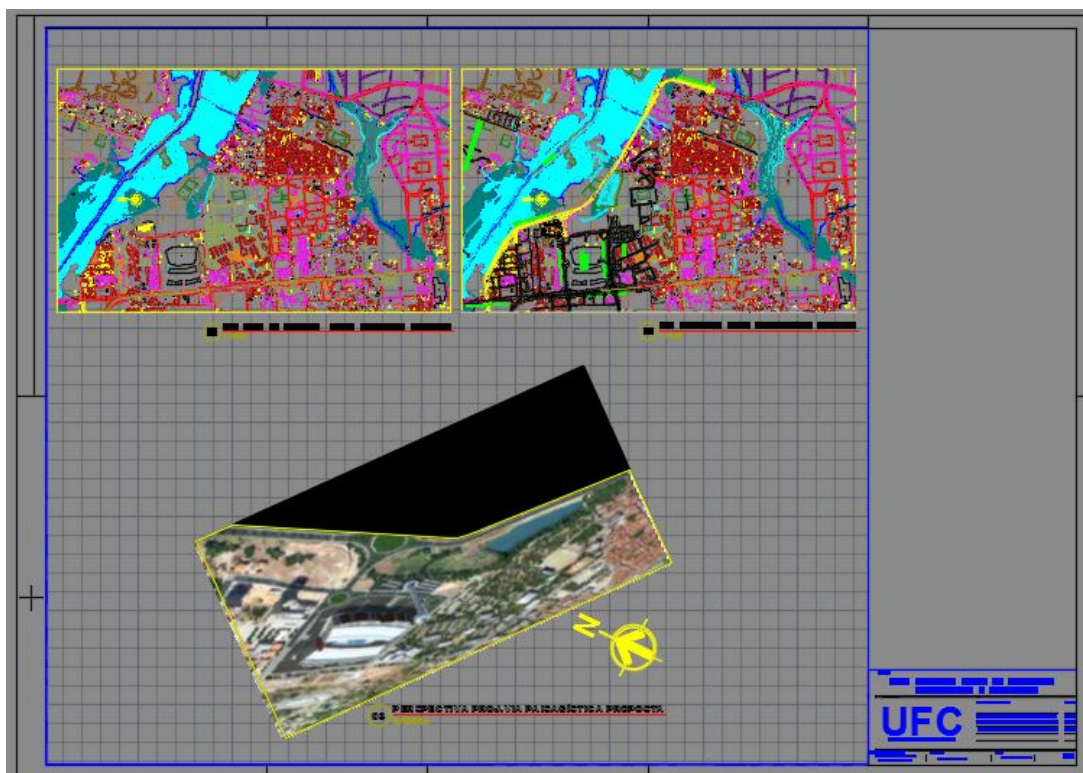
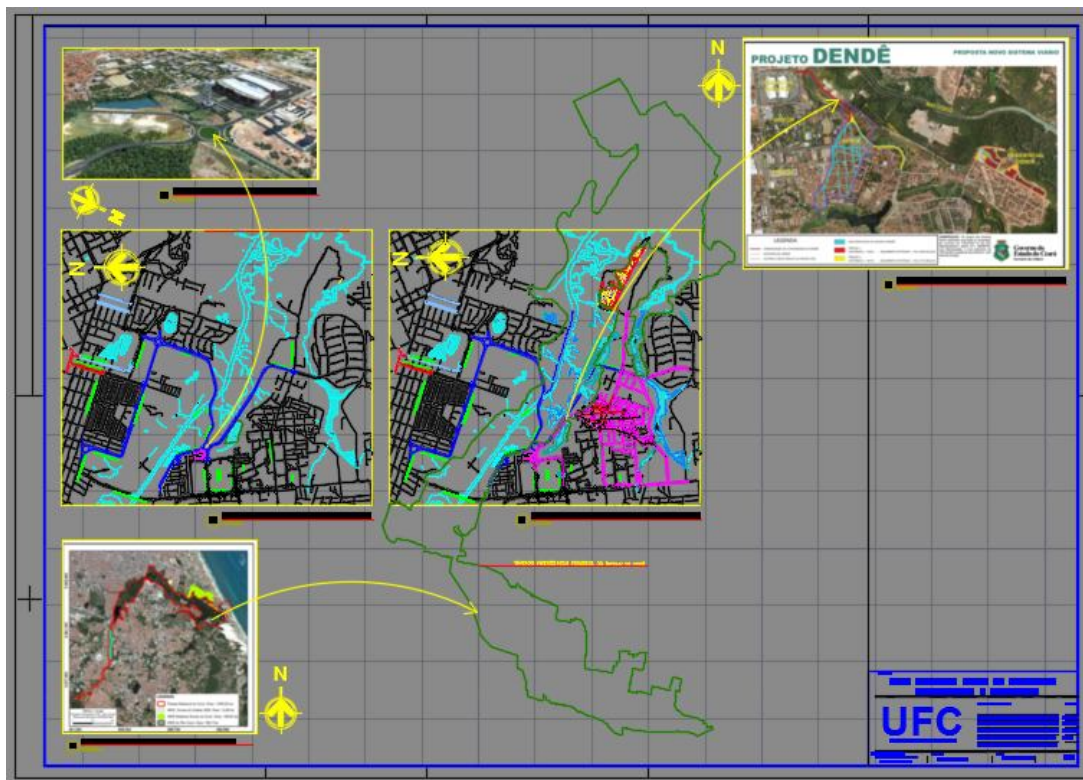


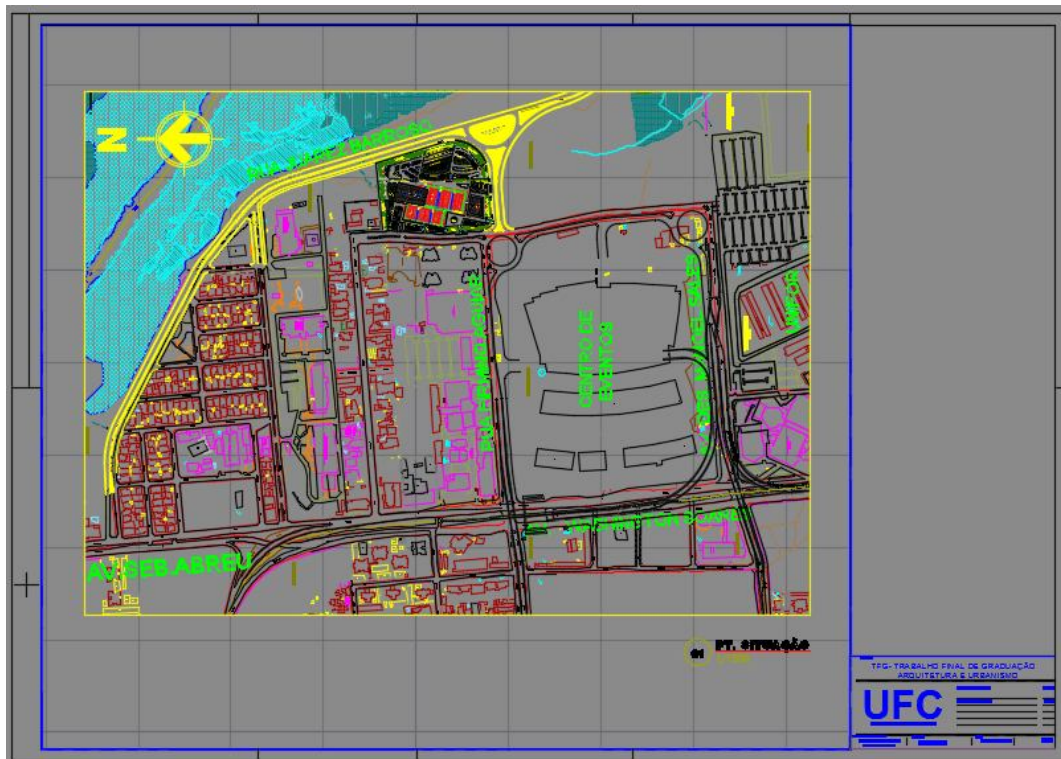


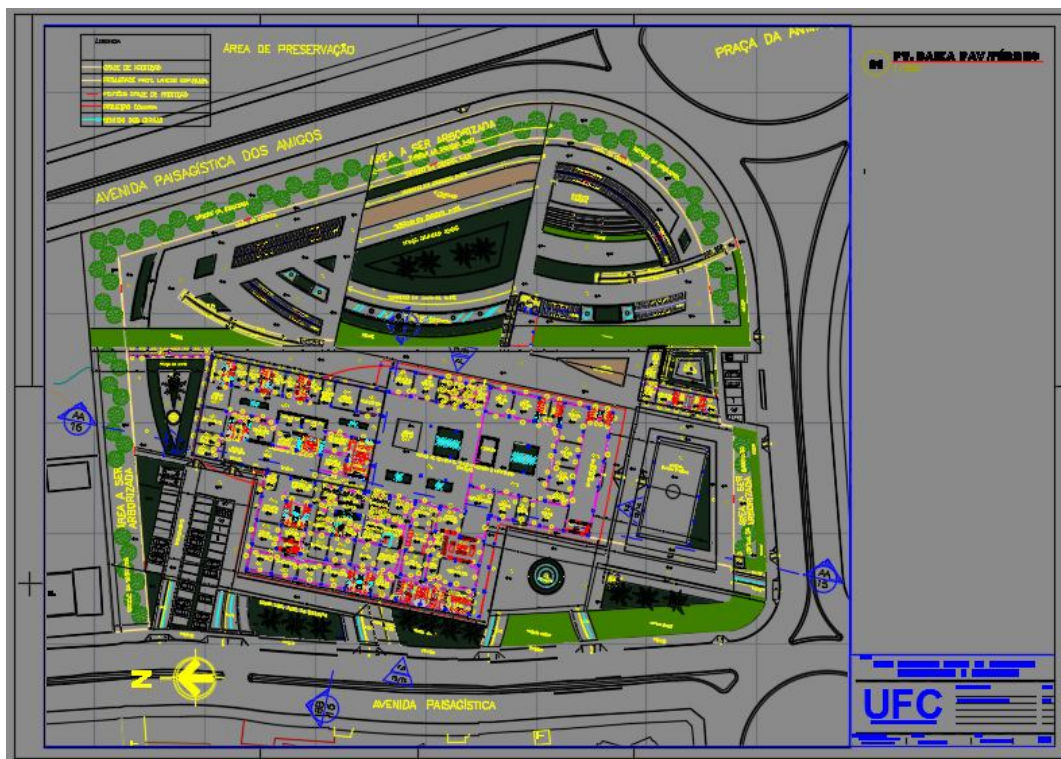
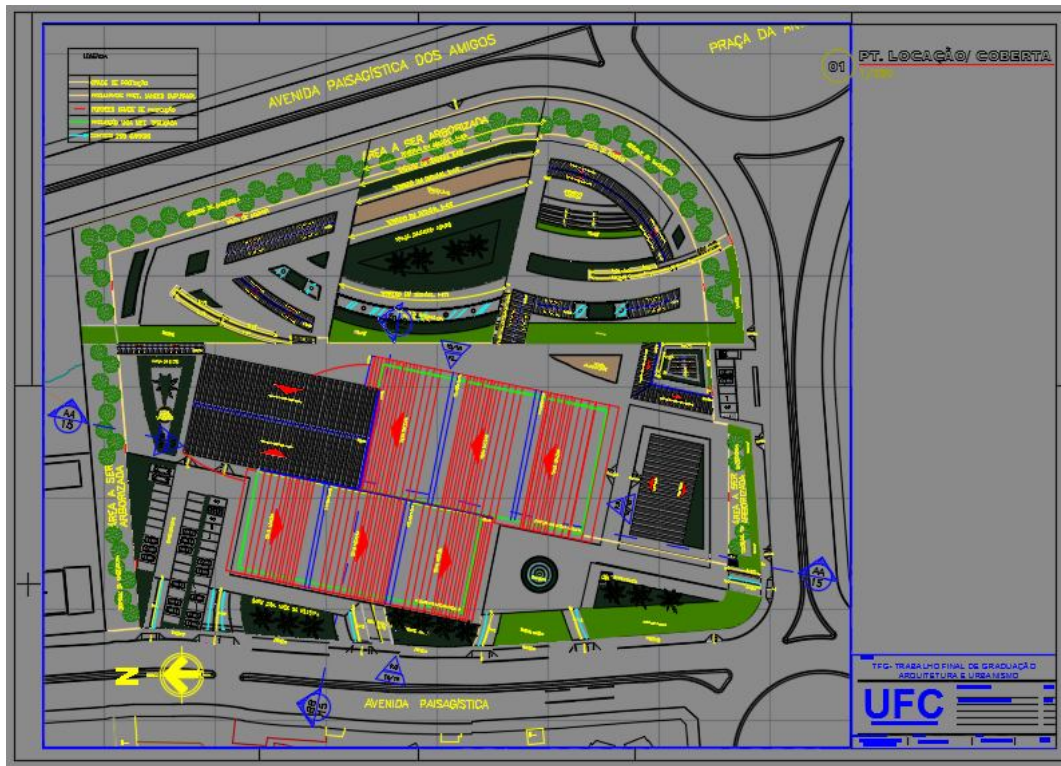




Pranchas do Projeto, Detalhamento:



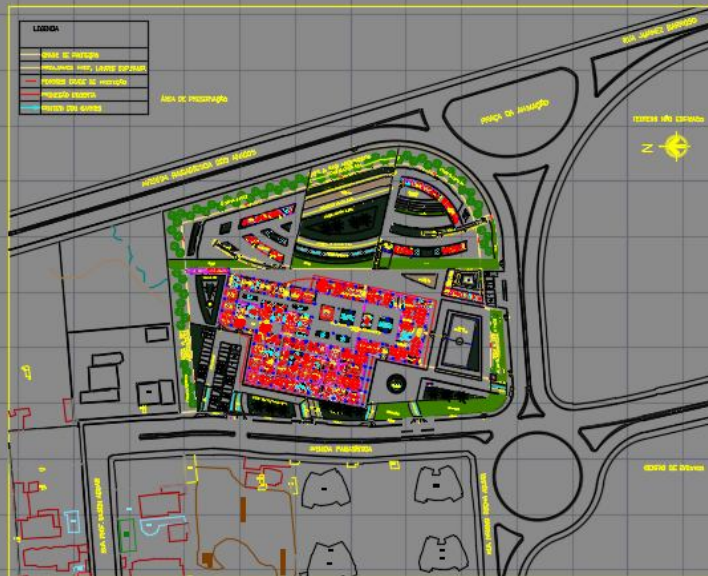




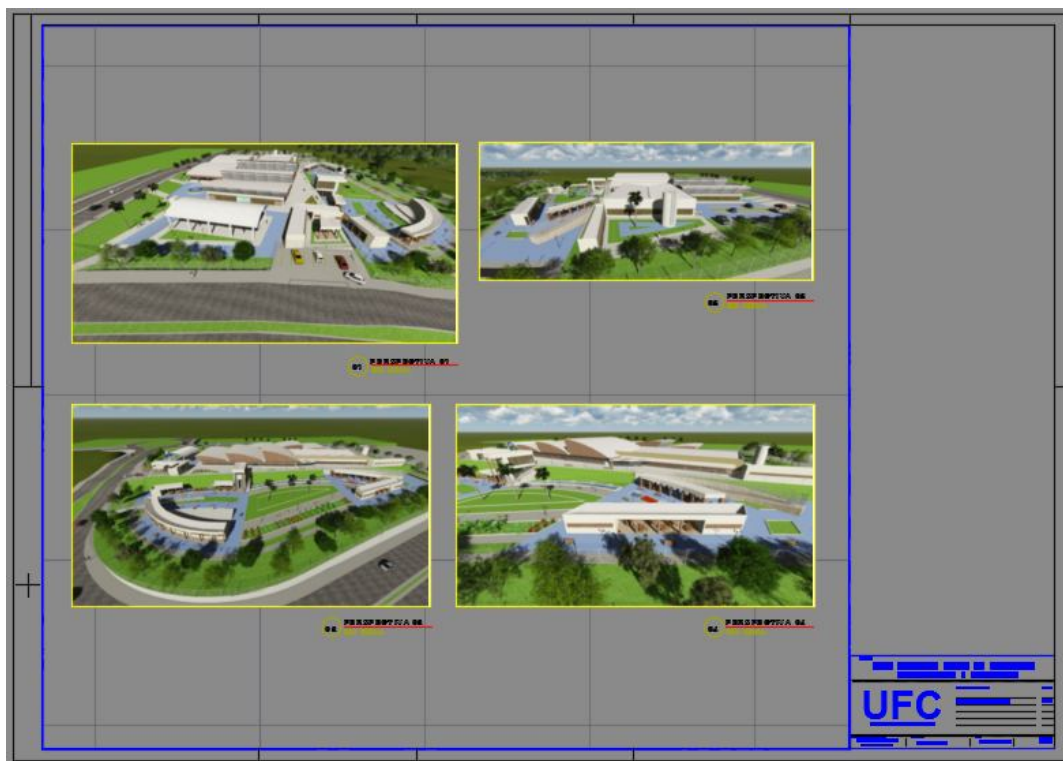
[illegible][illegible]

PORTING		QUANTOS DE CONDIÇÕES	
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9
10	10	10	10
11	11	11	11
12	12	12	12
13	13	13	13
14	14	14	14
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29
30	30	30	30
31	31	31	31
32	32	32	32
33	33	33	33
34	34	34	34
35	35	35	35
36	36	36	36
37	37	37	37
38	38	38	38
39	39	39	39
40	40	40	40
41	41	41	41
42	42	42	42
43	43	43	43
44	44	44	44
45	45	45	45
46	46	46	46
47	47	47	47
48	48	48	48
49	49	49	49
50	50	50	50
51	51	51	51
52	52	52	52
53	53	53	53
54	54	54	54
55	55	55	55
56	56	56	56
57	57	57	57
58	58	58	58
59	59	59	59
60	60	60	60
61	61	61	61
62	62	62	62
63	63	63	63
64	64	64	64
65	65	65	65
66	66	66	66
67	67	67	67
68	68	68	68
69	69	69	69
70	70	70	70
71	71	71	71
72	72	72	72
73	73	73	73
74	74	74	74
75	75	75	75
76	76	76	76
77	77	77	77
78	78	78	78
79	79	79	79
80	80	80	80
81	81	81	81
82	82	82	82
83	83	83	83
84	84	84	84
85	85	85	85
86	86	86	86
87	87	87	87
88	88	88	88
89	89	89	89
90	90	90	90
91	91	91	91
92	92	92	92
93	93	93	93
94	94	94	94
95	95	95	95
96	96	96	96
97	97	97	97
98	98	98	98
99	99	99	99
100	100	100	100

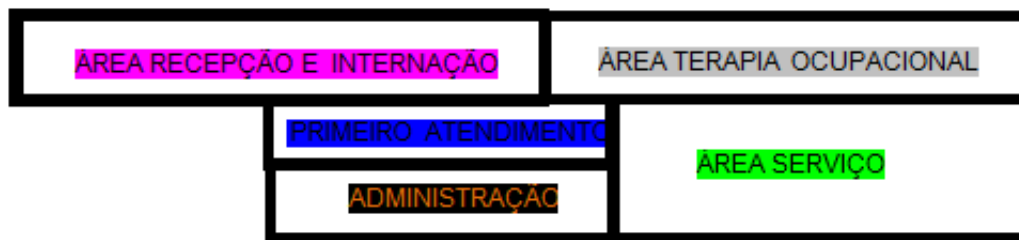
UFC



UFC



19- O FLUXOGRAMA DO PROJETO



PRIMEIRO ATENDIMENTO

ÁREA RECEPÇÃO E INTERNAÇÃO

ADMINISTRAÇÃO

ÁREA SERVIÇO

ÁREA TERAPIA OCUPACIONAL

20- O PARTIDO

Com a reforma psiquiátrica, que ocorreu e ocorre em caráter mundial, houve uma crescente tendência a diminuição dos espaços hospitalares para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, o que ao meu ver, não deveria ser uma premissa, pois se a reforma visa acabar com o conceito de clausura e confinamento, diminuir o espaço total do centro de tratamento não faz sentido, concordo com a diminuição até dos espaços de internação, dos leitos, dentro do espaço do centro de tratamento, mas não que isso signifique a necessidade de diminuir todo o espaço, pelo contrário, percebo que devemos seguir o conceito da reforma também na própria arquitetura do centro de tratamento, projetando espaços que desmistifiquem esse conceito também. Traduzindo os conceitos da reforma em um projeto arquitetônico que siga também as suas premissas, espaços confortáveis, amplos, humanizados, abertos, sem símbolos manicomial, que não remetam a característica manicomial hospitalar.

Outra questão, que me fez refletir bastante estudando os conceitos da reforma, o modelo de assistência proposto no Brasil, os CAPS, e a sua adequação hoje no equipamento de arquitetura para essa área da saúde é a questão do indicado conceito de aparência residencial ao centro de tratamento, no Brasil na RAPS(Rede de atenção psicossocial), pois ao meu ver, essa característica residencial me remete a ideia de longa permanência, longa temporada no centro de tratamento. Tem pessoas que moram a vida inteira em uma única residência, então, não acho que essa característica seja positiva para o centro de tratamento, e a reforma visa e propõe totalmente o contrário. Acho que uma característica de algo que já temos ideia de pouca permanência se aplicaria melhor a ser adotado como característica da aparência do centro de tratamento destinado a essa área da saúde. Algo relacionado as premissas da reforma, como por exemplo, um centro de capacitação profissional, um espaço destinado ao relaxamento como um SPA, algo com um aspecto, uma estrutura mais aberta, mais humanizada, um espaço de praça, de entretenimento, algo que tenha porte, estrutura, que possa ser aberto a comunidade, que possa acomodar toda essa integração prevista e almejada pela reforma psiquiátrica e pelas diretrizes que regem o modelo adotado hoje no Brasil, o CAPS(Centro de atenção psicossocial), o acolhido, a equipe multiprofissional da saúde, a comunidade, os familiares dos acolhidos, os assistentes sociais, etc. Para acomodar tantas pessoas e fazer a sua integração de forma confortável é necessário um espaço adequado, amplo, que acomode a todos confortavelmente, sem aglomerações. Podemos diminuir a área de internação e aumentar a área de capacitação. Capacitar e não internar! E centros de capacitação profissionalizante, áreas recreativas como praças exigem espaços amplos para o desempenho esperado de suas atividades,

espaço para educar no sentido de estímulo a prática de esportes, quadras, pista de Cooper, para combater o sedentarismo e ajudar no controle do peso, já que a medicação, muitas vezes, faz com que ocorra esse ganho de peso. Anfiteatro para estimular a comunicação corporal, oral, o diálogo, apresentação, expressão, o convívio social, a postura, a vaidade, a autonomia, diminuir os medos, as inibições, etc.

Essa é a minha contribuição ao tema reforma psiquiátrica e, a elaboração de um modelo de estrutura física para o equipamento da saúde relacionado a ela.

Premissas da legislação dos CASP (Modelo de atenção psicossocial no Brasil) traduzidas no projeto:

01- Ter condições de estrutura física, para prestar serviços de entrosamento da família com a equipe multiprofissional, com o acolhido e com a sua comunidade, vizinhança, salas para reuniões com a família e serviço de assistência social que vá até a comunidade;

02- Proporcionar uma estrutura física que possibilite e estimule diversas atividades coletivas, promovendo a interação em grupo e a reinserção social dos acolhidos;

03- Promover um ambiente mais humanizado;

04- Promover um ambiente que proporcione autonomia no seu interior, possibilitando condições para o livre circular, sem barreiras e com segurança para o acolhido, que muitas vezes fica sob efeito de psicofármacos, o que gera sonolência, desequilíbrio, etc.

05- Capacitar com cursos profissionalizantes os acolhidos;

06- Proporcionar uma estrutura física que possibilite e estimule a socialização entre os acolhidos, equipe interdisciplinar, familiares, clientes (sociedade) das atividades profissionalizantes, que serão abertas ao público externo, assim como a praça, possibilitando a interação com os acolhidos;

07- Diminuir os leitos na clínicas/hospitais e o período de internação;

08- Diminuir drasticamente a sedação e o uso de psicofármacos, utilizando de outras formas de tratamento, como as atividades nas salas de terapias ocupacionais;

09-Desconstruir a ideia manicomial, de clausura e confinamento, o que vai além do processo de desospitalização, englobando o modo de tratar os acolhidos;

10- Utilizar de atividades realizadas por equipe multiprofissional, com terapeutas ocupacionais, psiquiatras, educadores físicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos em enfermagem, assistentes sociais, neurologistas, fonoaudiólogos, etc.

21- O ESTILO ARQUITETÔNICO

Apesar de essa não ser considerada ainda hoje, pelos críticos de arquitetura, uma tarefa fácil, mesmo que ainda não possamos afirmar e utilizar essa expressão para caracterizar unanimemente, devido a falta ainda de uma caracterização aceita de fato para o estilo Pós-Moderno, ele está caracterizado na leitura geral do projeto. A comunicação entre as linhas retas e curvas e a forma ou as formas que formam, além dos outros elementos utilizados como ornamentos como as marquises, os brises, que mesmo sendo elementos que tenham a sua função, devido as suas formas e dimensões, essa função foi aliada ao pensamento estético na sua criação da composição formal, os brises, por exemplo, seguem apenas para compor um visual plástico em algumas áreas que não tem esquadrias por trás, apenas para compor um painel uniforme, sem recortes em sua forma, retangulares. Com as marquises acontece a mesma coisa, além da função de fazer sombra, proteger eventualmente da chuva e demarcar uma entrada, a sua forma foi também pensada aliando função e estética, a forma curva e estendida até o final da parede não cumpre a sua função em toda a sua volumetria. Há diversas formas geométricas presentes também, retangulares, arcadas, triangulares com dimensões diferentes, polígonos irregulares, as diferenças das texturas dos materiais da fachada, o conjunto de toda essa composição não remete a uma linguagem óbvia caracterizada na arquitetura modernista que requer uma simplicidade em sua leitura e composição formal, um purismo formal. Além da contextualização da maior parte dos projetos da rede do projeto de referência da coberta estarem dentro do período que se convém ser caracterizado como pós-moderno, entre os seus vários momentos, anos 60 à 80. Também remete a ideia dos traços de outros projetos do estilo internacional, como a Ópera de Sydney, na Austrália, do arquiteto Jorn Utzon, que sua construção data do ano de 59 e a sua inauguração em 73. Alguns outros arquitetos defensores do estilo pós-moderno são: Philip Johnson, Michael Graves, Aldo Rossi, Charles Moore e Robert Venturi.

Aprecio todos os estilos arquitetônicos desde o Gótico, ao que ao meu ver, já pode se dizer Pós-moderno. Não compactuo com a crítica ao Pós-Modernismo, pois me recuso a acreditar que a história mundial da arquitetura está fadada ao Modernismo, me recuso a acreditar que a história da arquitetura mundial acabou no Modernismo, teve um ponto final, isso não existe. As

técnicas vão avançando e as possibilidades de se fazer arquitetura junto a elas, o que resultou em uma arquitetura com novas possibilidades, com novas formas, com novas tecnologias, com novas características. A história da arquitetura segue, é uma linha contínua no tempo, deve seguir, deve acompanhar a tecnologia do seu tempo, deve acompanhar o desenvolvimento do seu tempo e desfrutar das possibilidades que essa tecnologia pode oferecer. Cada estilo arquitetônico tem os traços da tecnologia do seu tempo, isso é história da arquitetura. Negar uma nova tecnologia, negar um novo avanço de possibilidades de se fazer uma nova arquitetura é negar a continuidade da história da arquitetura. Devemos acompanhar a tecnologia do nosso tempo. Devemos seguir em frente e, não estagnarmos no tempo, negar uma nova arquitetura representa um retrocesso. Todo estilo novo teve o seu início, o seu momento de transição, até chegar a um traço característico, talvez ainda estejamos nesse período de transição, de formatação de um estilo, na busca por esse traço, na busca por essa característica peculiar do estilo Pós-Moderno. A cada dia que segue, a cada tecnologia que aparece, dia após dia estamos vivendo a evolução da história da arquitetura. Não acredito também que deva existir rótulos aos arquitetos, que um arquiteto tal seja considerado modernista ou pós-modernista, acho que não deveria haver essa divisão, todos os arquitetos se formam arquitetos e não arquitetos modernistas ou arquitetos pós-modernistas, por exemplo. É claro que os arquitetos podem ser mais adeptos a um ou a outro estilo, mas, todos podem apreciar obras de vários estilos arquitetônicos, mesmo sendo mais apreciadores a um estilo em particular, sem que necessariamente sejam rotulados arquitetos de um ou outro estilo.

Ao meu ver o Pós-modernismo não representa necessariamente uma crítica ao Modernismo. Acho até que essa expressão "crítica ao Modernismo" ocasiona uma resistência ao movimento, uma vez que muitos arquitetos contemporâneos formaram-se na época modernista ou por mestres modernistas, acredito e compreendo que o momento da formação é muito forte e determinante para a formação do profissional, você se formou estudando uma linguagem que você comprou como correta, como padrão, você passou anos da sua vida estudando e ouvindo defesas de professores que tomavam aquela caracterização como verdadeira, legítima, original, acaba sendo uma lavagem cerebral, acredito. Encontrei a expressão que eu queria e defendo o meu ponto de vista, hoje, acreditando que o Pós-Modernismo faz um questionamento ao Modernismo. Porque não fazer? Porque não usar isso ou aquilo? Porque não ousar mais? Porque limitar-se? Permita. Ouse, use, faça. Quebre os dogmas. Construa um novo conceito, mas coloque-o na prática também. Ele rompe com algumas de suas premissas, mas o inclui também. Acredito que o Pós-Modernismo respeita todos os estilos, acrescentando, renovando e inovando.

Independente do nome que se vá dar futuramente ao movimento que estamos vivendo hoje, uso o conceito pós-modernismo por ser algo pós, depois do modernismo e, também, por ser o conceito mais usual que temos hoje para o período. Levando-se em conta a necessidade do distanciamento do movimento, apontada pelos críticos, para se chegar a uma caracterização e diferença entre um ou outro movimento e, sabendo que não chegamos ainda nesse período distante, acredito que já é possível perceber novos rumos, características e modo de se conceber e se fazer arquitetura hoje, uma arquitetura mais livre ao modernismo, uma maior liberdade arquitetônica, que acaba descaracterizando, ao meu ver, uma linguagem arquitetônica modernista, pura, exata e fiel à época. Acho que se existe um elemento que rompa com o modernismo já o descaracteriza e, se, já admitimos que estamos vivendo a pós-modernidade, é porque já se percebeu uma arquitetura diferente.

22- O PROGRAMA DE NECESSIDADES

AMBIENTE	ÁREA
ÁREA PRINCIPAL ESTACIONAMENTO	
SALA DE MACAS/CADEIRA DE RODAS	16.19M ²
ENTREGA DE MEDICAÇÃO	48.70M ²
DEPÓSITO FARMÁCIA	64.21M ²
SALA APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO	11.40M ²
POSTO DE ENFERMAGEM	13.30M ²
FARMÁCIA	8.05M ²
W.C. FEMININO	23.88M ²
W.C. MASCULINO	23.79M ²
REPOUSO FEMININO	13.13M ²
REPOUSO MASCULINO	16.61M ²
W.C. REPOUSO FEMININO	4.91M ²
W.C. REPOUSO MASCULINO	4.85M ²
ESTAR MÉDICO/GUARDA VOLUMES	23.97M ²
CONSULTÓRIO 01	5.52M ²
CONSULTÓRIO 02	5.52M ²
CONSULTÓRIO 03	7.93M ²
CONSULTÓRIO 04	7.93M ²
CONSULTÓRIO 05	5.53M ²
CONSULTÓRIO 06	5.47M ²
CONSULTÓRIO 07	5.53M ²
CONSULTÓRIO 08	5.53M ²
CONSULTÓRIO 09	8.05M ²
CONSULTÓRIO 10	7.99M ²
CIRCULAÇÃO	144.95M ²
ÁREA TOTAL	482.94M²

ÁREA ADMINISTRAÇÃO	
ESTAR FUNCIONÁRIOS	49.70M ²
COPA	23.79M ²
SALA DE CONTROLE (CÂMERAS)	23.88M ²
ALMOXARIFADO	57.02M ²
SALA ADMINISTRAÇÃO GERAL	39.37M ²
SALA ADMINISTRAÇÃO	39.55M ²
SALA FINANCEIRO	39.30M ²
SALA DE REUNIÕES	48.63M ²
SALA DE ARQUIVOS	48.91M ²
ESTAR ATENDIMENTO	35.75M ²
W.C. FEMININO	19.35M ²
W.C. MASCULINO	19.29M ²
CIRCULAÇÃO	57.00M ²
ÁREA TOTAL	501.54M ²

ÁREA DE SERVIÇO INTERNA	
D.M.L	27.34M ²
DEPÓSITO DE EQUIPAMENTOS	39.46M ²
HIGIENIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	31.86M ²
SALA DE REPAROS	39.46M ²
LAVANDERIA	39.37M ²
ROUPARIA	39.43M ²
SALA GUARDA OBJETOS	39.37M ²
VESTIÁRIO MASCULINO	39.43M ²
VESTIÁRIO FEMININO	39.43M ²
GÁS	15.54M ²
LIXO	15.42M ²
COZINHA	76.57M ²
REFEITÓRIO DE FUNCIONÁRIOS	76.55M ²
REFEITÓRIO DE PACIENTES	97.98M ²
SALA DA NUTRICIONISTA	9.00M ²
DEPÓSITO DE ALIMENTOS	27.60M ²
CIRCULAÇÃO	115.72M ²
ÁREA TOTAL	769.53M ²

ÁREA RECEPÇÃO/INTERMEDIÁRIO	
SALA DE GINÁSTICA	48.51M²
MASSOTERAPIA	23.85M²
W.C. MASSOTERAPIA	11.61M²
ESTAR COM TV	50.05M²
ESTAR DE JOGOS	50.99M²
POSTO DE ENFERMAGEM 01	33.60M²
POSTO DE ENFERMAGEM 02	33.28M²
REPOUSO 01	23.97M²
W.C. REPOUSO 01	11.61M²
REPOUSO 02	23.85M²
W.C. REPOUSO 02	11.67M²
REPOUSO 03	23.98M²
W.C. REPOUSO 03	11.67M²
REPOUSO 04	23.73M²
W.C. REPOUSO 04	11.67M²
REPOUSO 05	23.85M²
W.C. REPOUSO 05	11.67M²
ESTAR FUNCIONÁRIOS	49.45M²
REPOUSO FUNCIONÁRIOS FEMININO	23.73M²
REPOUSO FUNCIONÁRIOS MASCULINO	23.97M²
W.C. FUNCIONÁRIOS FEMININO	15.90M²
W.C. FUNCIONÁRIOS MASCULINO	15.11M²
RECEPÇÃO GERAL	36.05M²
SALA GUARDA OBJETOS	29.92M²
HALL DE ESPERA DE ATENDIMENTO	189.35M²
W.C. FEMININO	14.60M²
W.C. MASCULINO	14.67M²
FARMÁCIA POSTO DE ENFERMAGEM	37.97M²
SEPARAÇÃO DA MEDICAÇÃO DA FARMÁCIA DO POSTO DE ENF.	37.98M²
W.C. VISITANTES MASCULINO	37.73M²
W.C. VISITANTES FEMININO	37.62M²
CIRCULAÇÃO	281.59M²
ÁREA TOTAL	1.275.20M²

ÁREA DE OBRAS/CONDIÇÃO DE TRABALHO	
OFICINA GOURMET	48.88M²
OFICINA	48.58M²
OFICINA	73.43M²
OFICINA	48.65M²
OFICINA	48.65M²
OFICINA	73.43M²
OFICINA	48.75M²
OFICINA	48.51M²
OFICINA	48.68M²
ESTAR ATENDIMENTO	56.00M²
OFICINA	9.30M²
OFICINA	9.42M²
OFICINA	9.30M²
OFICINA	9.30M²
OFICINA	9.30M²
OFICINA	9.42M²
OFICINA	9.30M²
SALA DE REUNIÕES COM FAMILIARES	48.46M²
SALÃO DE FESTAS	198.45M²
CQZINHA/COPA SALÃO DE FESTAS	23.85M²
W.C. FEMININO SALÃO DE FESTAS	11.73M²
W.C. MASCULINO SALÃO DE FESTAS	11.61M²
ESTAR COM TV	54.30M²
POSTO DE ENFERMAGEM	40.03M²
CIRCULAÇÃO	1.362.90M²
ÁREA TOTAL	2.341.13M²

ÁREA DE SERVIÇO EXTERNA	
CASA DE MÁQUINAS	30.93M ²
D.M.L. JARDIM	30.58M ²
GUARITA	7.26M ²
LIXO	7.25M ²
ÁREA TOTAL	76.00M ²
ÁREA DA QUADRA	
QUADRA	448.20M ²
W.C. FEMININO	21.15M ²
W.C. MASCULINO	21.15M ²
D.M.L.	17.89M ²
DEPÓSITO MATERIAL ESPORTIVO	21.15M ²
ÁREA TOTAL	529.34M ²
ÁREA DA HORTA	
LAVATÓRIO E ÁREA DE PREPARO	45.45M ²
HORTA PAVIMENTO TERREO	56.78M ²
PRAÇA	36.85M ²
ESTACIONAMENTO	180M ²
ÁREA TOTAL	329.08M ²
OUTRAS ÁREAS PAVIMENTO TERREO	
ESTACIONAMENTO	1.490M ²
ÁREA A SER ARBORIZADA	800M ²
ÁREAS VERDE/JARDIM	2.020M ²
ÁREA CIRCULAÇÃO/PASSEIOS	2.250M ²
ÁREA TOTAL	6.560M ²

ÁREAS PAVIMENTO RECREATIVO (PRAÇA)	
PÁTIO COBERTO 01	33.83M ²
PÁTIO COBERTO 02	30.58M ²
PÁTIO COBERTO (ÁREA LIVRE) 03	89.76M ²
W.C. FEMININO PÁTIO COBERTO 03	15.64M ²
W.C. MASCULINO PÁTIO COBERTO 03	18.63M ²
COPA PÁTIO COBERTO 03	12.44M ²
DEPÓSITO MATERIAL DE AULAS PÁTIO COBERTO 03	13.09M ²
PÁTIO COBERTO 04	57.21M ²
HALL ELEVADORES	20.15M ²
PÁTIO COBERTO (ÁREA LIVRE) 05	56.04M ²
DEPÓSITO MATERIAL DE AULAS PÁTIO COBERTO 05	14.53M ²
PÁTIO COBERTO 06	139.59M ²
ANFITEATRO	260M ²
DEPÓSITO ANFITEATRO	15.64M ²
W.C./VESTIÁRIO FEMININO ANFITEATRO	11.81M ²
W.C./VESTIÁRIO MASCULINO ANFITEATRO	11.13M ²
COPA	15.29M ²
DEPÓSITO SERVIÇO PRAÇA	16.36M ²
ESPELHOS D'ÁGUA	203M ²
PISTA DE COOPER	602M ²
ÁREA TOTAL	1.636.72M ²
OUTRAS ÁREAS PAVIMENTO RECREATIVO (PRAÇA)	
ÁREA A SER ARBORIZADA	1885M ²
ÁREAS VERDE/JARDIM	3440M ²
ÁREA CIRCULAÇÃO/PASSEIOS	3070M ²
HORTA	259M ²
ÁREA TOTAL	8.654M ²

ÁREA PERMEÁVEL	16.063.00M ²
ÁREA TOTAL	23.155.48M ²

23- O SISTEMA ESTRUTURAL

O Sistema estrutural escolhido foi o Concreto armado, e o uso de estrutura metálica para a cobertura, que foi composta por sheds e platibanda.

Para as fundações o sistema escolhido foi o de estacas pré-moldadas de concreto armado devido ao terreno estar em uma área de mangue, e, laje de piso.

"Concreto armado é um tipo de estrutura que utiliza armações feitas com barras de aço. Essas ferragens são utilizadas devido à baixa resistência aos esforços de tração do concreto, que tem alta resistência à compressão.

Em uma estrutura de concreto armado, o uso de aço em vigas e pilares torna-se indispensável e o dimensionamento precisa ser bem calculado seguindo as normas vigentes dos órgãos reguladores".

<https://www.escolaengenharia.com.br/concreto-armado/>

"As treliças são constituídas de segmentos de hastes, unidos em pontos denominados nós, formando uma configuração geométrica estável, de base triangular, que pode ser isostática (estaticamente determinada) ou hiperestática (estaticamente indeterminada).

São adequadas para estruturas metálicas, onde os perfis são produzidos em segmentos de comprimento limitado".

http://ftp.demec.ufpr.br/disciplinas/EngMec_NOTURNO/TM370/EstruturasMet%C3%A1licas_VigasEMtRELI%C3%87AS.pdf

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora A Reforma Psiquiátrica seja um conceito criado e seu projeto tenha sido iniciado na década de 60 na Europa e, ganhado mais força no Brasil na década de 70, ainda hoje, no ano de 2017, A Reforma Psiquiátrica, ainda é um conceito, um projeto em construção e criação, aonde pretende-se dia a dia aperfeiçoá-lo e dar cada vez mais visibilidade ao movimento. Que ainda nos dias atuais não é conhecido por boa parte da população, e ainda não tem todos os seus usuários inseridos integralmente na sua proposta de modelo, seja ele físico, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) ou no regime das suas políticas.

O estudo da arquitetura destinado à área hospitalar evolui, evidentemente, paralelo ao estudo da arquitetura de uma forma geral. Assim como as suas exigências evoluem paralelamente com a evolução da sociedade em diversas áreas, como a medicina, tecnologia da construção, enfim, com o crescimento e organização da sociedade com o passar dos anos.

Antigamente, por exemplo, os equipamentos arquitetônicos destinados à área da saúde visavam, sobretudo, confinar os doentes, segregá-los, afim, praticamente, apenas de não contaminar outros indivíduos com as suas enfermidades, devido a falta de conhecimento medicinal, para tratamento das mais diversas patologias, das mais diversas formas, físicas e mentais. Não se tinha conhecimento para tratamento medicinal, muito menos para a cura das principais patologias da época, como por exemplo, tuberculose, leptospirose, lepra, enfermidades mentais, etc. Pois não se tinha o conhecimento nem mesmo da origem dessas doenças, se de origem viral, bacteriológica, congênita, das formas de transmissões das mesmas. Os primeiros equipamentos eram grandes templos, pavilhões, sem estrutura física alguma específica para acomodar, cuidar e tratar essas pessoas dessas doenças. Inclusive, esses locais recebiam não só doentes, mas toda a parcela da população que apresentasse qualquer ameaça para o restante da população, seja por marginalização, agressividade, doenças, enfim, mendigos, as pessoas que viviam em situação de abandono nas ruas, seja por carência financeira, preconceito racial, principalmente a população negra da época, pessoas com enfermidades físicas ou mentais. Esses abrigos eram mantidos por doações feitas pela igreja católica e população com maior poder aquisitivo da época.

De acordo com Antonio Pedro Alves de Carvalho em Introdução à Arquitetura Hospitalar, página 11, "(...) Os espaços para tratamento de saúde priorizaram durante muito tempo o aspecto sagrado ou religioso, até porque aqueles que forneciam os cuidados tinham tais procedimentos como ocupação". E, devido a falta de conhecimento medicinal.

Com as primeiras descobertas científicas medicinais, como as relacionadas à microbiologia por Louis Pasteur, por exemplo, que aconteceram em meados do século XIX, os avanços na ciência foram acontecendo progressivamente e as descobertas das origens das doenças, tipos de tratamentos, assim como o conhecimento das condições de higiene e estrutura física adequadas, necessárias para abrigar essas pessoas foram acontecendo e se desenvolvendo com cada vez mais descobertas e conhecimentos adquiridos ao longo dos anos.

Percebemos uma evolução no modo de tratar e lidar com a doença e com o doente, primeiro isolando, depois tratando e atualmente pensando até na prevenção dessas doenças, com a contribuição do avanço não apenas da ciência da saúde em si, mas de diversas áreas, como o avanço da tecnologia da infraestrutura das edificações, automação dos equipamentos hospitalares e, da psicologia hospitalar.

A questão do tratamento passou a ter uma visão mais ampla e passou a contar com outras áreas de estudos, não limitando-se mais unicamente a avanços na área da saúde, mas, pensando-se também no modo de tratar o paciente e no local de tratamento dentro e fora do ambiente hospitalar, devido também aos avanços e novos tipos de tratamentos, intensivos, semi-intensivos e não intensivos, em suas mais diversas áreas da saúde.

Todos esses avanços e contribuições de estudos nas mais diversas áreas, contribuíram, é claro, para o crescente desenvolvimento e melhoria das estruturas destinadas à arquitetura hospitalar. Em seus mais diversos aspectos, conforto ambiental, térmico e acústico, especificações de materiais de revestimentos adequados, zoneamento dos ambientes, layout, dimensionamento, elaboração do programa de necessidades para cada área da saúde, aparência formal da edificação, externa e interna, entre outros.

Acredito na importância da contribuição de todos os tipos de estudos sobre o tema, assim como acredito que todos os projetos propostos são importantes e acrescentam em algo, até chegarmos em uma proposta de modelo definitiva, englobando uma tipologia arquitetônica, para um projeto de utilidade pública, que beneficiará a toda uma comunidade carente deste serviço. Toda contribuição intelectual e projetual é válida para a solução e adequação de um problema que interfere na qualidade de vida de um grupo. Tendo ciência da complexidade da problemática do tema e da larga jornada de estudos que temos feito durante décadas para chegarmos até onde chegamos e, até alcançarmos, em breve, a solução e uma boa adequação para a elaboração desse tão almejado projeto modelo para a atenção a saúde mental, que não se limita a um projeto modelo arquitetônico. Mas sim, a construção de

todas as suas orientações, premissas, me refiro ao modelo como um todo, englobando as suas políticas.

Não acredito que só uma crítica aos projetos existentes levarão a uma solução, mas, o estudo dos mesmos, com o objetivo de dar uma contribuição em cada um deles.

Todo esse estudo me mostrou o quanto ainda hoje, no Brasil, no mundo e mais especificamente na cidade de Fortaleza, nós ainda não temos um equipamento de referência ao tema saúde mental e o quanto ele é urgente e importante para auxiliar e equilibrar boa parte da sociedade acometida por distúrbios psiquiátricos de níveis leves a graves, para atenuar o sofrimento dessas pessoas, seus familiares e da sociedade como um todo.

BIBLIOGRAFIA

CARVALHO, ANTONIO PEDRO ALVES. Arquitetura de unidades hospitalares; análise e revisão de texto Jose Carlos Santana, Salvador, 2004.

CARVALHO, ANTONIO PEDRO ALVES. Introdução a arquitetura hospitalar, Salvador, 2014.

GOES, RONALD. Manual pratico de arquitetura para clinicas e laboratórios, São Paulo, 2006.

LIMA, JOÃO FILGUEIRAS (LELÉ). Arquitetura: *uma* experiência na área da saúde.

NEUFERT, PETER. Arte de Projetar Em Arquitetura , 18ª Ed. 2013.

Programação arquitetônica de unidades funcionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, 2013, Brasília.

SANTOS, MAURO e Ivani Bursztyn. Saúde e arquitetura : caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares.

REBELLO, YOPANAN C.P. Bases para projeto estrutural na arquitetura.

Quatreme de Quincy in “Diccionario histórico de architectura” cit. In Quaroni, “Projectar um edifício – oito lições de architectura”

Ludovico Quaroni in “Projectar um edifício, oito lições de architectura”

Antonino Terranova e Francesco Cellini in “Projectar um edifício, oito lições de architectura”

Ministério da Saúde 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 Ppsicossocial Nos Tteritórios, Brasília – DF , 2013

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do estado de São Paulo, Uma contribuição do CREMESP para a saúde mental na comunidade
C R E M E S P Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010

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 , Brasília - DF, 2013

Portaria Nº 615, de 15 de abril de 2013, Ministério da Saúde

PASSOS, I.C.F. Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PELCZAR JUNIOR, J. M. Microbiologia: conceitos e aplicações. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CAMON, VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI . E a psicologia entrou no hospital.

BASAGLIA, FRANCO. A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.

ANGERAMI CAMON, VALDEMAR AUGUSTO. *Tendências Em Psicologia Hospitalar.*

GOFFMAN, ERVING. Manicômios, Prisões e Conventos.

NOGUEIRA, LUIS CARLOS, Gerenciando Pela Qualidade Total na Saúde.

CAMON, VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI. O doente, a psicologia e o hospital.

CAMON, VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI. Psicologia Hospitalar - Teoria e Prática.

SIDRIM, MARIA IFIGENIA COSTA. As Representacoes Sociais da Reabilitacao Psicossocial: Um estudo sobre os CAPS.

CAMON, VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI. A psicologia no hospital.

A Instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil. Front Cover. Conselho Federal de Psicologia, 2001.

Internet:

<http://www.ccs.saude.gov.br>

<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/hospitaisceara.php>

<http://www.hsmm.ce.gov.br/>

<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/caps>

<http://fortaleza.ce.gov.br/sms/coordenadorias-regionais-de-saude>

<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/celula-de-saude-mental-ceasm>

<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/coordenadoria-de-politicas-e-organizacao-das-redes-de-atencao-saude-copas>

<http://fortaleza.ce.gov.br/sms/secretaria-municipal-de-saude>

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/legislacao>

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>

<http://fortaleza.ce.gov.br/sms/sistema-unico-de-saude-sus>

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio#63>

<http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/9-PROTOCOLO-DE-SAUDE-MENTAL-DE-COLOMBO.PDF>

<https://www.arcoweb.com.br/finestra/tecnologia/ecoeficiencia---arquitetura-bioclimatica>

<https://arcoweb.com.br/projetodesign/arquitetura/arquiteto-joao-filgueiras-lima-lele-hospital-rede-sarah-27-10-2009>

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400020

<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=CNkXAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=inicio+reforma+psiqui%C3%A1trica&ots=q10Se8IGi8&sig=Gm6673TmI5JLaG4WvGRXLaPaE4g#v=onepage&q=inicio%20reforma%20psiqui%C3%A1trica&f=false>

<https://www.escolaengenharia.com.br/concreto-armado/>

http://ftp.demec.ufpr.br/disciplinas/EngMec_NOTURNO/TM370/EstruturasMet%C3%A1licas_VigasEMtREL%C3%87AS.pdf

www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-VI

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Edson_Queiroz_\(Fortaleza\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Edson_Queiroz_(Fortaleza))

www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-VI

<http://terapia-ocupacional.info/modelos-de-terapia-ocupacional.html>

<http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/9-PROTOCOLO-DE-SAUDE-MENTAL-DE-COLOMBO.PDF>

http://www.consultoriadamente.com/index.php?option=com_content&view=article&id=106:hospitais-psiquiatricos-ceara&catid=35:hospitais-psiquiatricos&Itemid=40

http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-mental-alcool-e-drogas/legislacao-em-saude-mental/legislacao_em_sm.pdf

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/394-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/somasus/l2-somasus/16484-legislacao-caps>

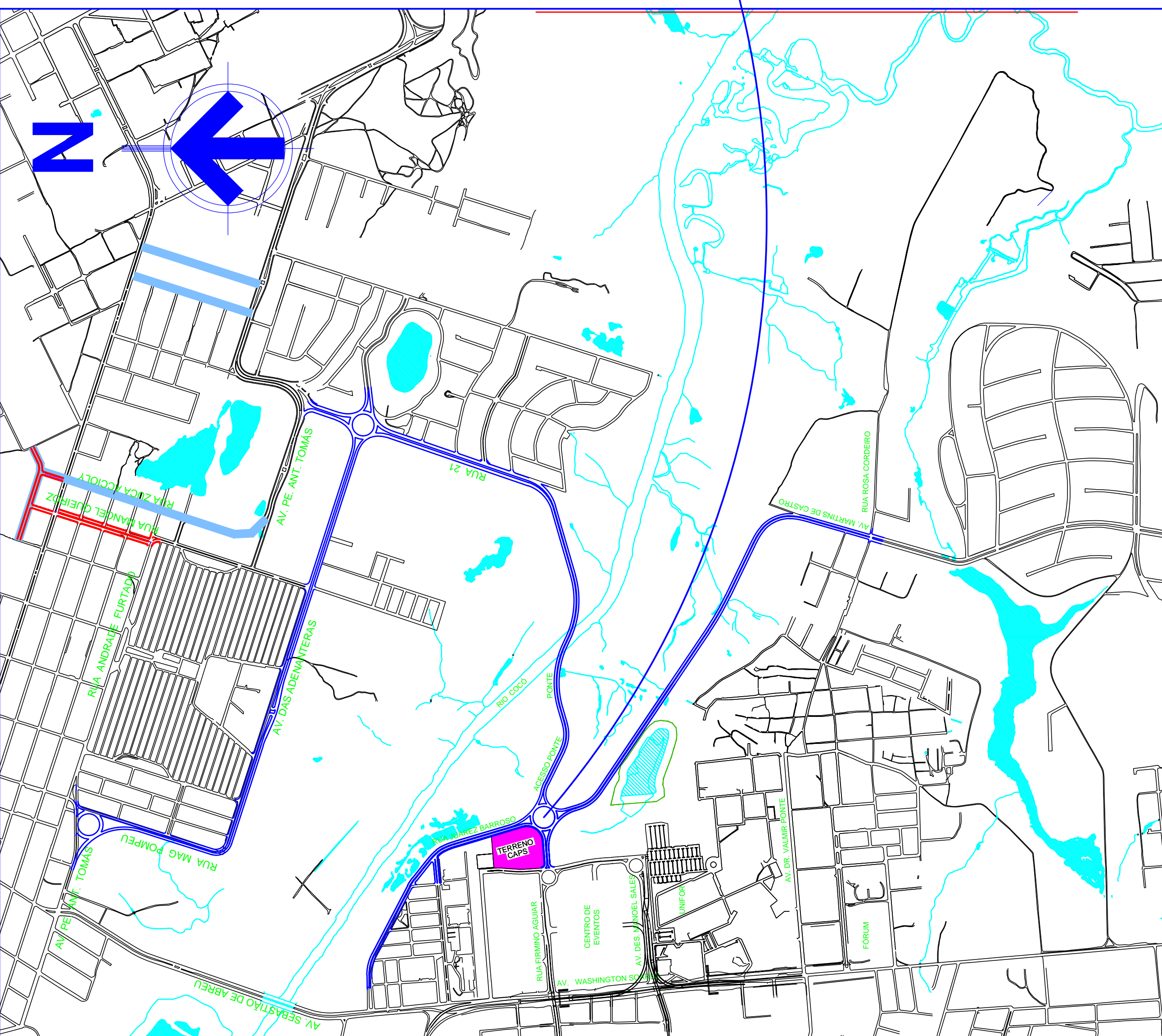
<http://www.paulodelgado.com.br/lei-n%C2%BA-10-216-de-6-de-abril-de-2001/>

<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/menu>

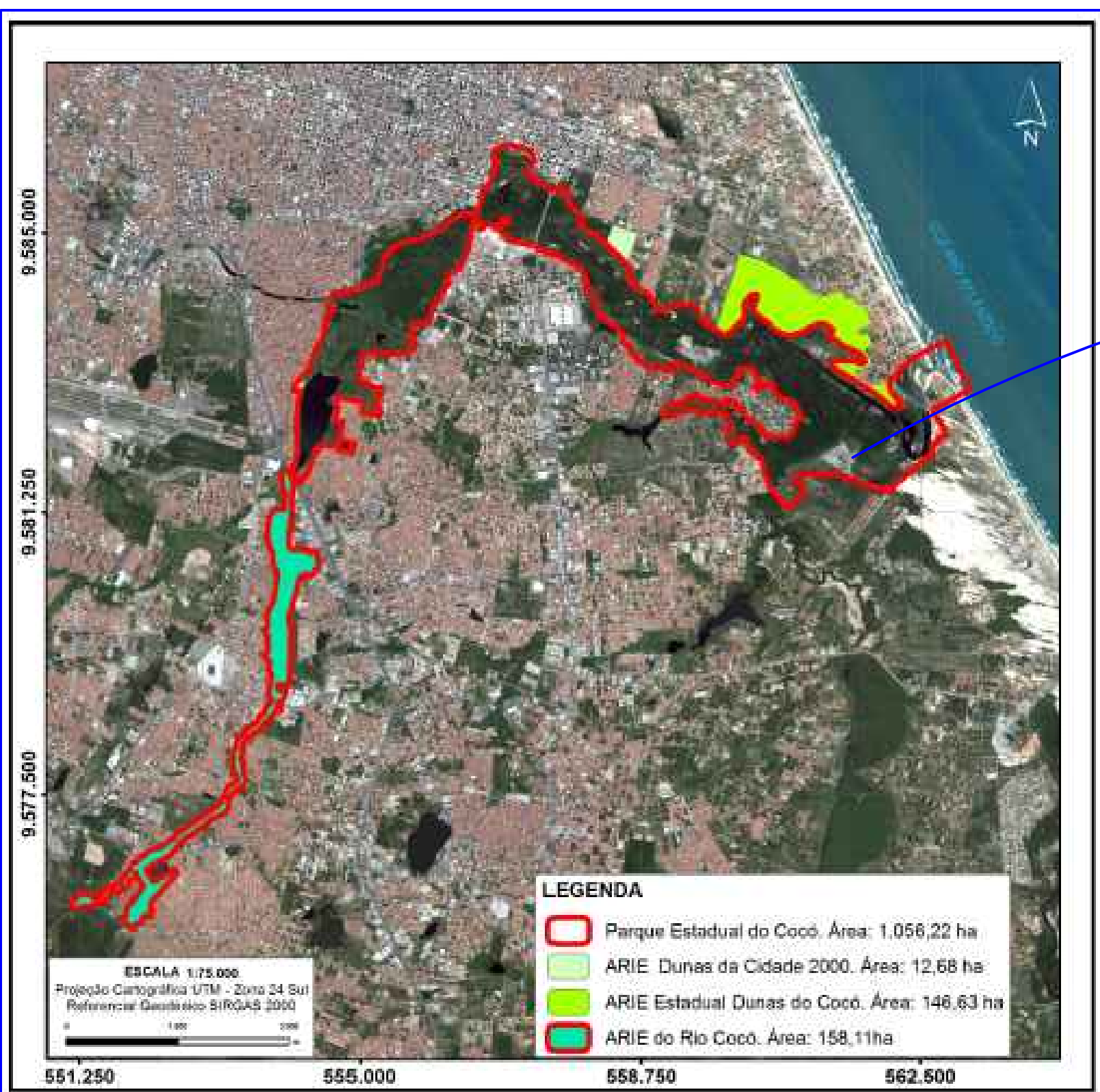
http://pt.wikipedia.org/wiki/Terapia_ocupacional#A_terapia_ocupacional_no_Brasil



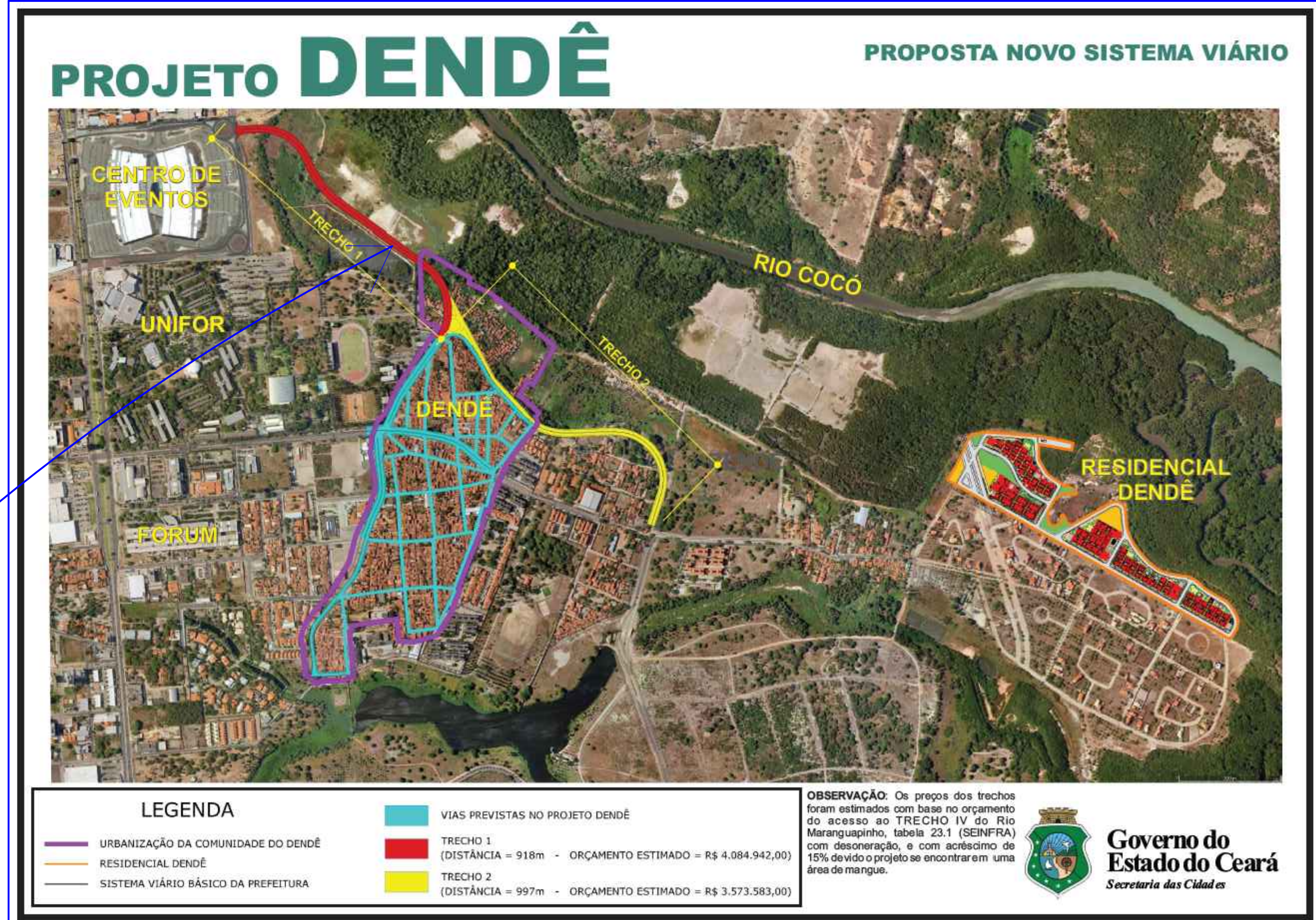
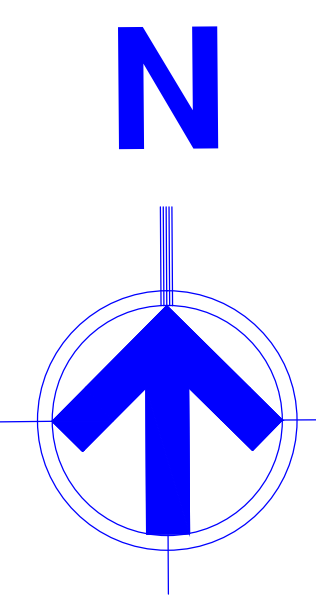
01 PERSPECTIVA PROJ.PONTE ESTAIADA COCÓ
S/ESCALA



02 PT. C/TRAÇADO PROJ.PONTE ESTAIADA COCÓ
1/12500



03 TRAÇADO NOVA POLIGONAL DO PARQUE DO COCÓ
S/ESCALA



PROJETO DENDÊ

PROPOSTA NOVO SISTEMA VIÁRIO



LEGENDA

URBANIZAÇÃO DA COMUNIDADE DO DENDÊ	VIAS PREVISTAS NO PROJETO DENDÊ
RESIDENCIAL DENDÊ	TRECHO 1 - DISTÂNCIA = 918m - ORÇAMENTO ESTIMADO = R\$ 4.084.942,00
SISTEMA VIÁRIO BÁSICO DA PREFEITURA	TRECHO 2 - DISTÂNCIA = 997m - ORÇAMENTO ESTIMADO = R\$ 3.573.583,00

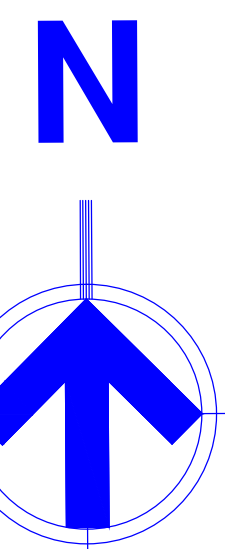
OBSERVAÇÃO: Os trechos foram estimados com base no orçamento do acesso ao TRECHO IV do Rio Mangueira, tabela 22.1 (SEINFRA) com desoneração, e com acréscimo de 15% devido ao projeto se encontrarem em uma área de mangue.



04 PROJETO REASSENTAMENTO HABITACIONAL DO DENDÊ
S/ESCALA

03 PT.PROJ.PTE COCÓ C/PROJ.VIA PROJ.HABIT.DENDÊ
1/12500

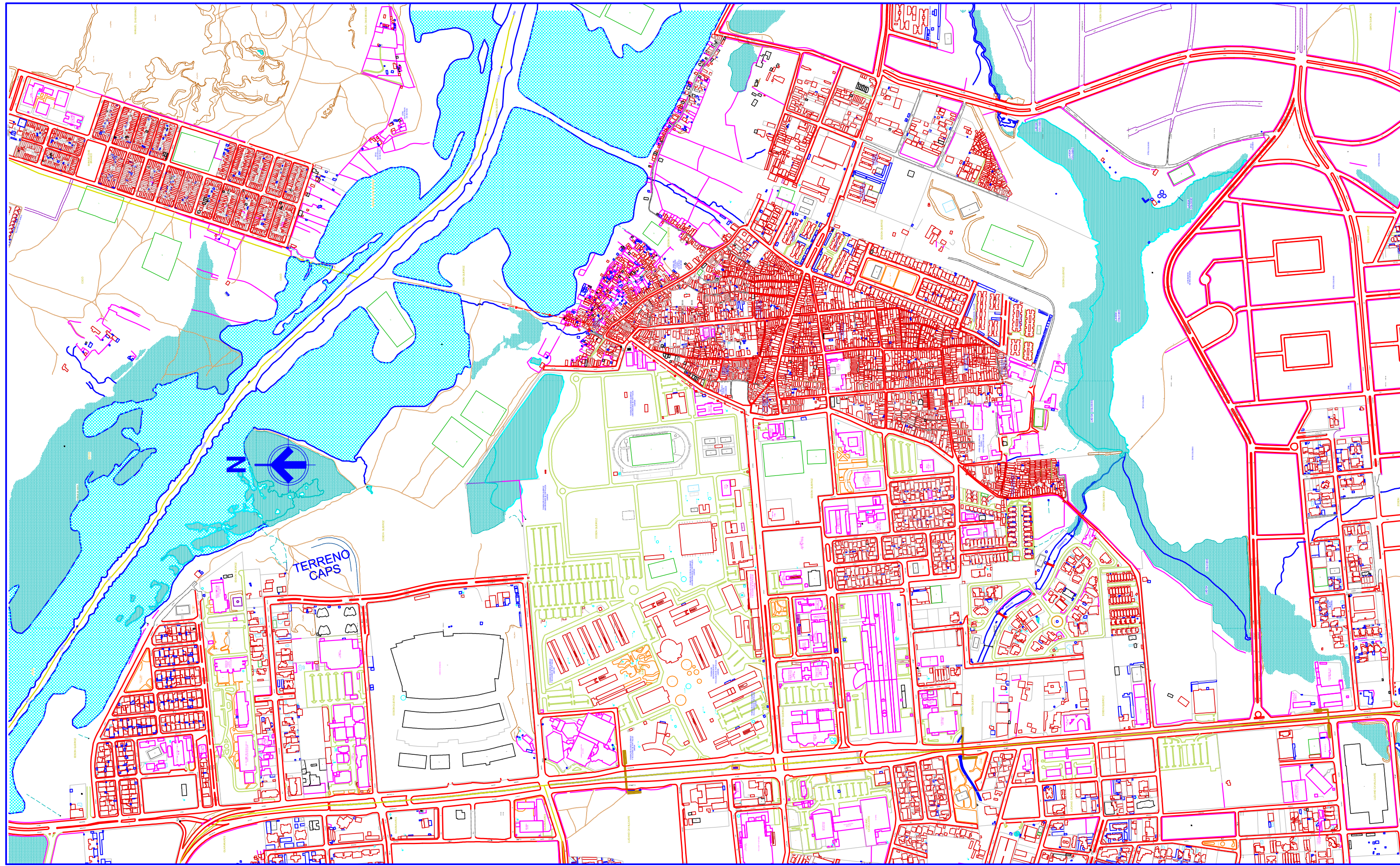
TRAÇADO PROJETO NOVA POLIGONAL DO PARQUE DO COCÓ.



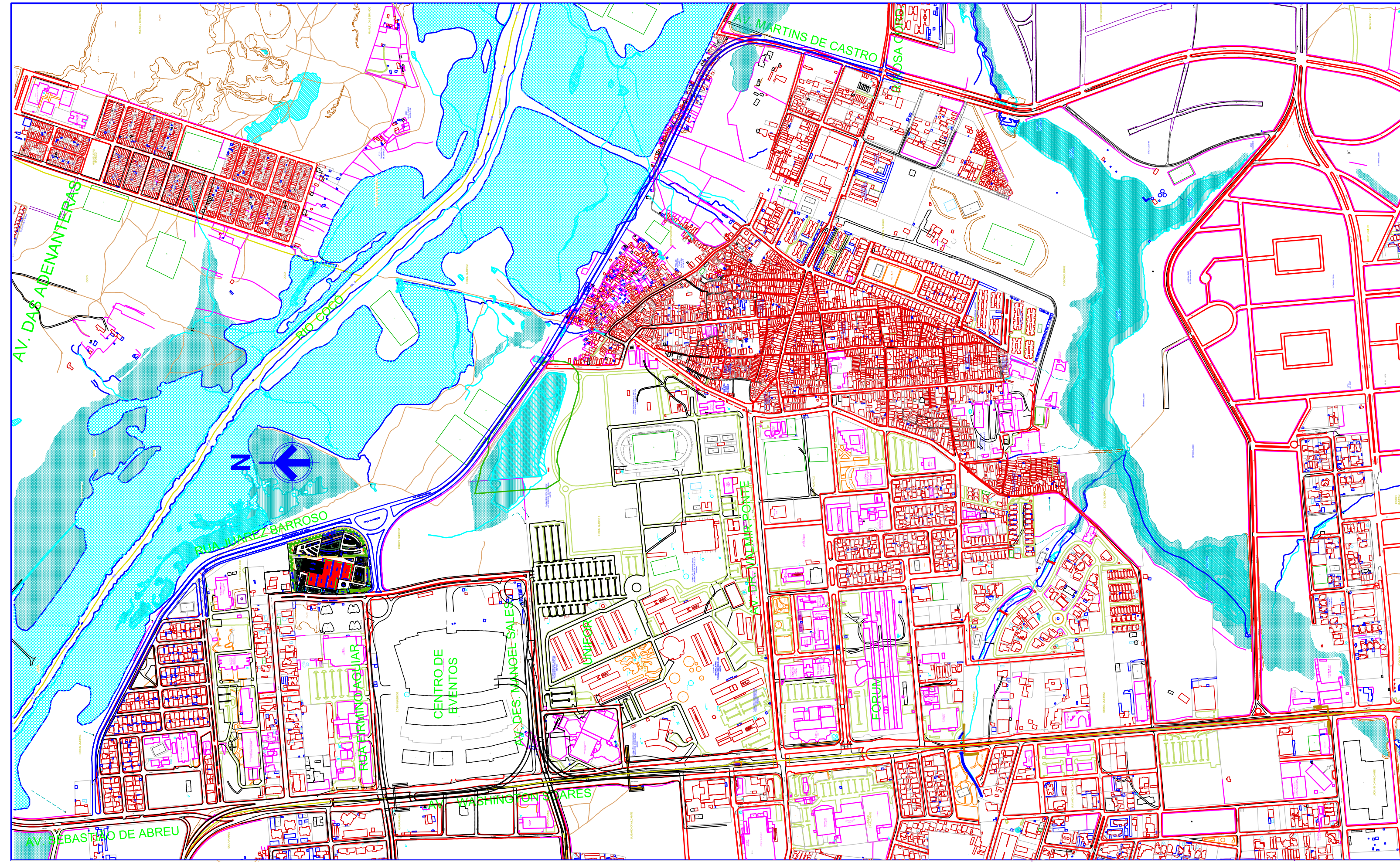
PROJETO
TFG- TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO
ARQUITETURA E URBANISMO

UFC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

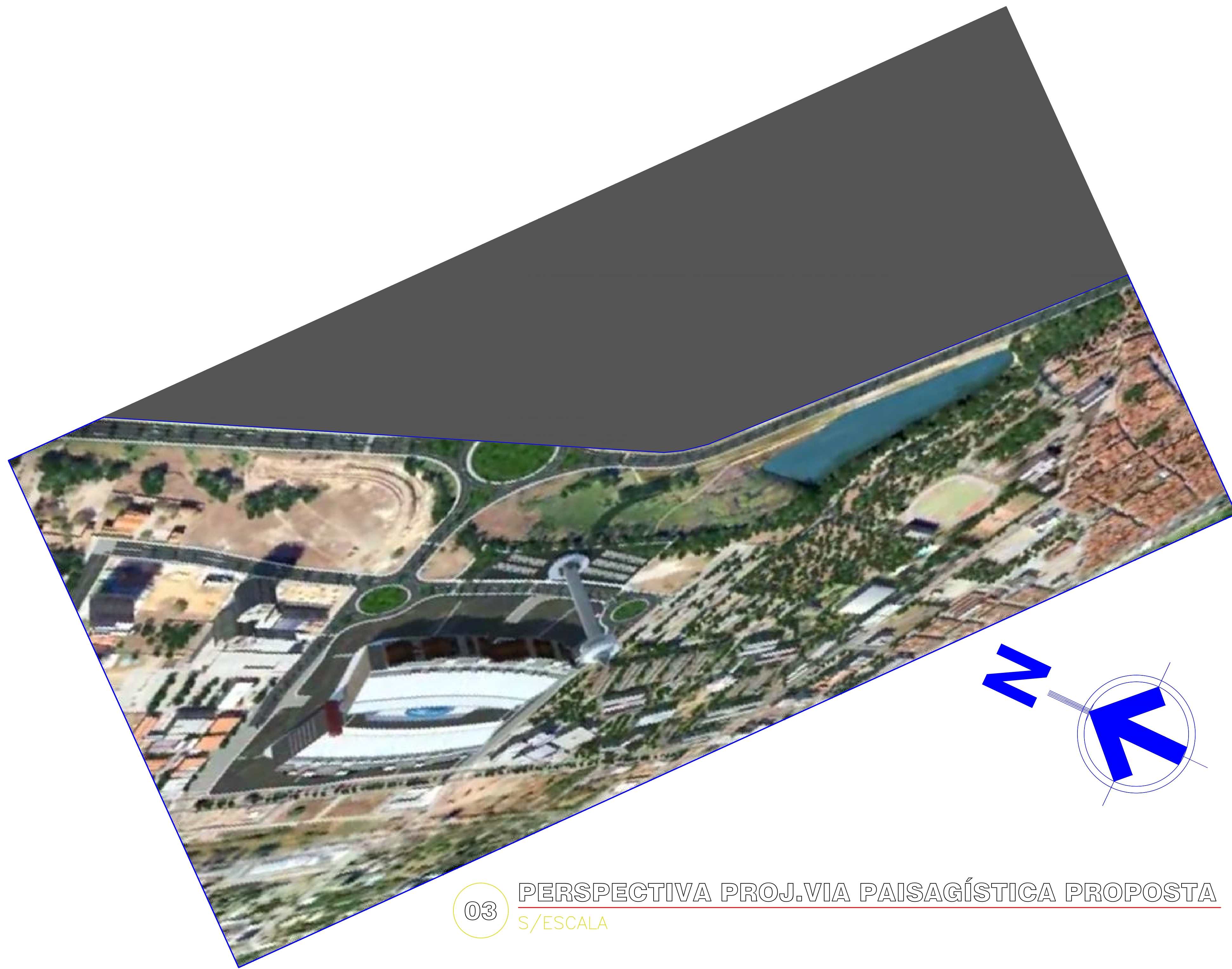
DESENHOS DA PRANCHA	ESCALA
PROJ.PONTE EST. COCÓ (SEINFRA)	1:12500
PROJ.VIA PROJ.HAB.DENDÊ (SEINFRA)	1:12500
TRAÇADO N. POLIG. PARQUE COCÓ (SEMA)	1:12500
IM.NOVA POLIGONAL PARQUE COCÓ(SEMA)	S/ESC.
IMAGEM PERSP.PROJ.PONTE EST. COCÓ (SEINFRA)	S/ESC.



01 PT. SIT. DO TERRENO ATUAL S/PROJETO PROPOSTO
1/7500



02 PT. SIT./LOC. C/VIA PAISAGÍSTICA PROPOSTA
1/7500



03 PERSPECTIVA PROJ.VIA PAISAGÍSTICA PROPOSTA
S/ESCALA



01 PERSPECTIVA 01
SEM ESCALA

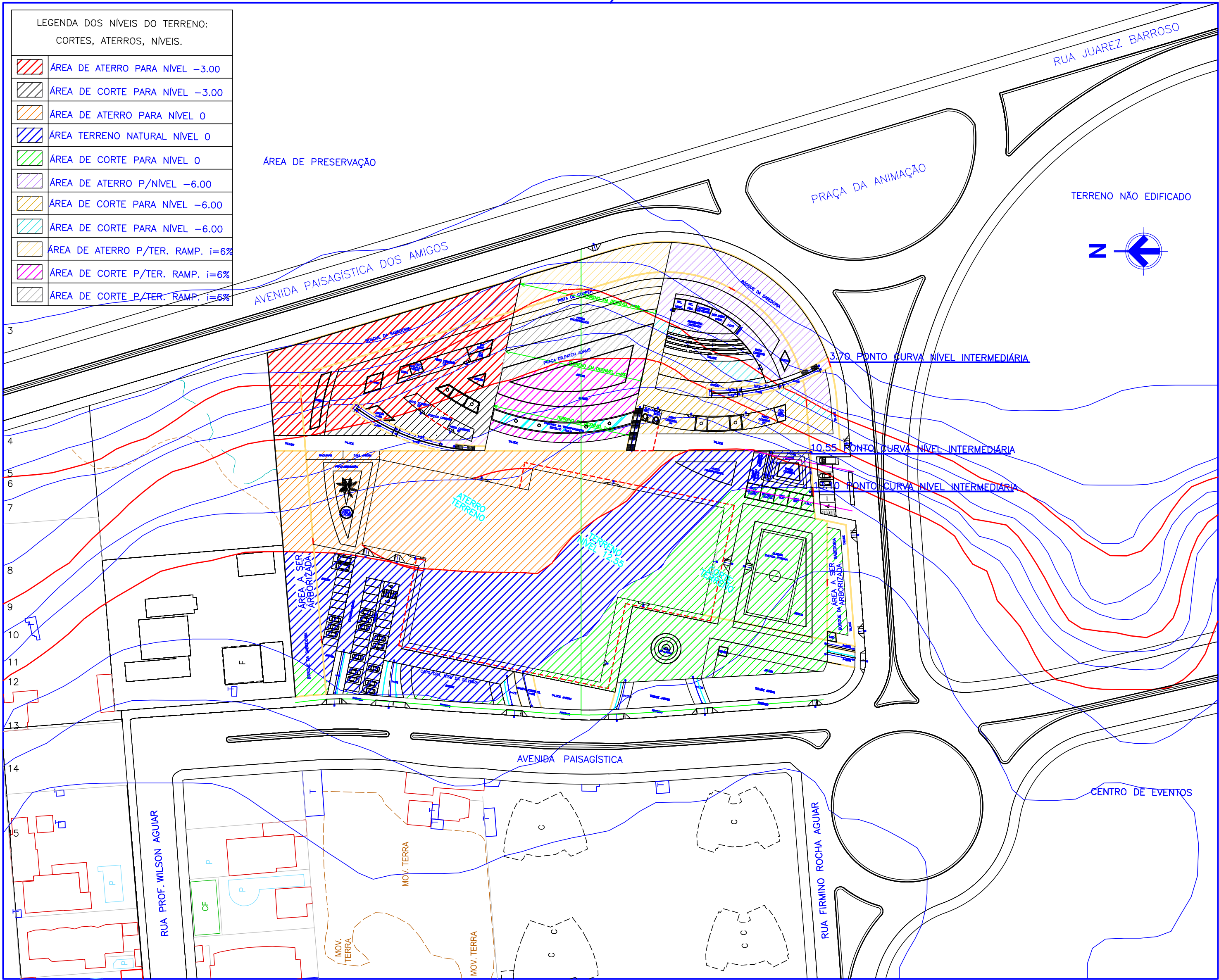


02 PERSPECTIVA 02
SEM ESCALA

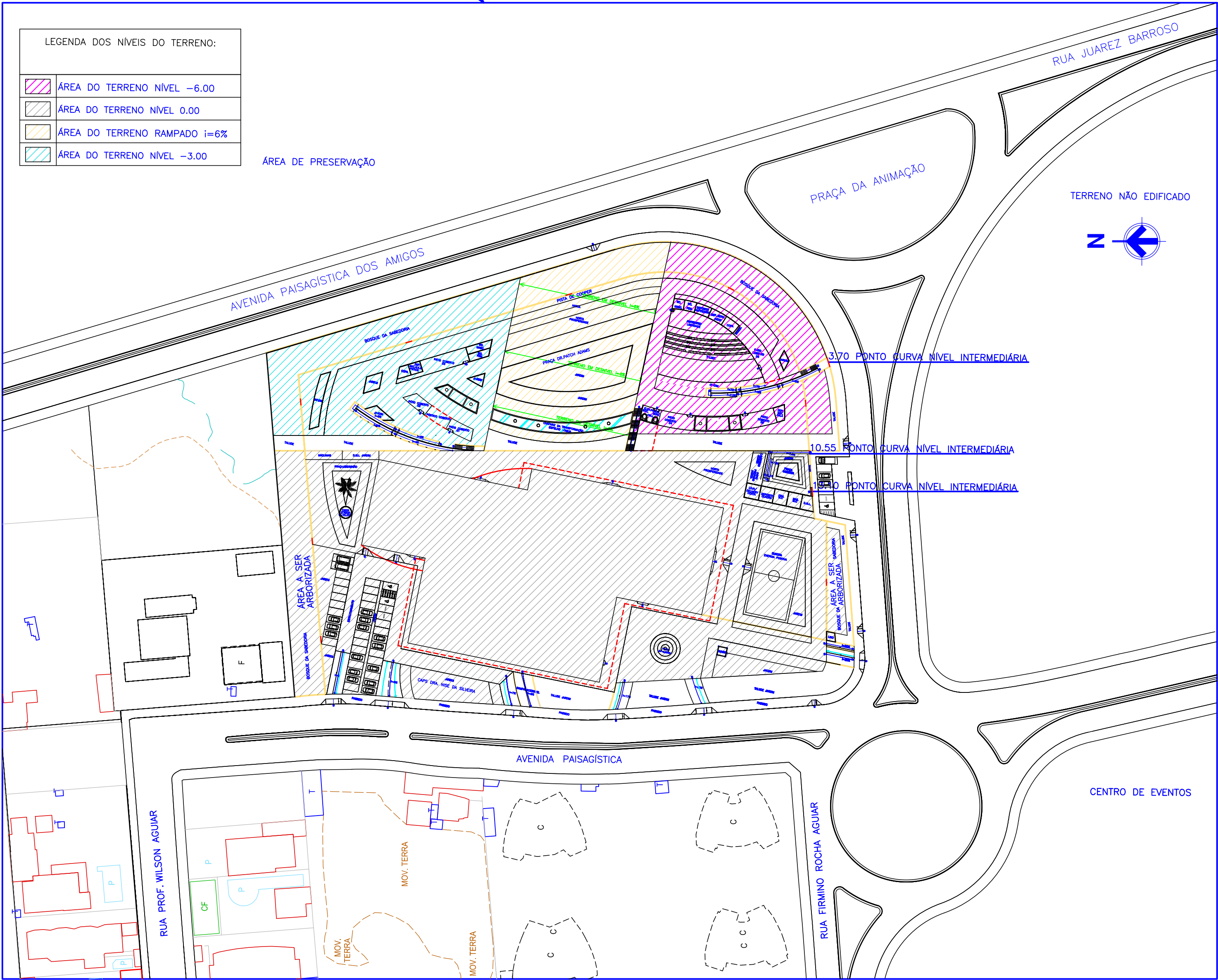
PREMISSAS DA LEGISLAÇÃO DOS CAPS(MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL)TRADUZIDAS NO PROJETO:	
01	TER CONDIÇÕES DE ESTRUTURA FÍSICA, PARA PRESTAR SERVIÇOS DE ENTROSAMENTO DA FAMÍLIA COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, COM O ACOLHIDO E COM A SUA COMUNIDADE, VIZINHANÇA, SALAS PARA REUNIÕES COM A FAMÍLIA E SERVIÇO DE ASSISTENCIA SOCIAL QUE VÁ ATÉ A COMUNIDADE;
02	PROPORCIONAR UMA ESTRUTURA FÍSICA QUE POSSIBILITE E ESTIMULE DIVERSAS ATIVIDADES COLETIVAS, PROMOVENDO A INTERAÇÃO EM GRUPO E A REINSERÇÃO SOCIAL DOS ACOLHIDOS;
03	PROMOVER UM AMBIENTE MAIS HUMANIZADO;
04	PROMOVER UM AMBIENTE QUE PROPORCIONE AUTONOMIA NO SEU INTERIOR, POSSIBILITANDO CONDIÇÕES PARA O LIVRE CIRCULAR, SEM BARREIRAS E COM SEGURANÇA PARA O ACOLHIDO, QUE MUITAS VEZES FICA SOB EFEITO DE PSICOFÁRMACOS, O QUE GERA SONOLÊNCIA, DESEQUILÍBRIO, ETC;
05	CAPACITAR COM CURSOS PROFISSIONALIZANTES OS ACOLHIDOS;
06	PROPORCIONAR UMA ESTRUTURA FÍSICA QUE POSSIBILITE E ESTIMULE A SOCIALIZAÇÃO ENTRE OS ACOLHIDOS, EQUIPE INTERDISCIPLINAR, FAMILIARES, CLIENTES(SOCIEDADE) DAS ATIVIDADES PROFISSIONALIZANTES, QUE SERÃO ABERTAS AO PÚBLICO EXTERNO, ASSIM COMO A PRAÇA, POSSIBILITANDO A INTERAÇÃO COM OS ACOLHIDOS;
07	DIMINUIR OS LEITOS NAS CLÍNICAS/HOSPITAIS E O PERÍODO DE INTERNAÇÃO;
08	DIMINUIR DRASTICAMENTE A SEDAÇÃO E O USO DE PSICOFÁRMACOS, UTILIZANDO DE OUTRAS FORMAS DE TRATAMENTO, COMO AS ATIVIDADES NAS SALAS DE TERAPIAS OCUPACIONAIS;
09	DESCONSTRUIR A IDEIA MANICOMIAL, DE CLAUSURA E CONFINAMENTO, O QUE VAI ALÉM DO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO, ENGLOBANDO O MODO DE TRATAR OS ACOLHIDOS;
10	UTILIZAR DE ATIVIDADES REALIZADAS POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR, COM TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, PSIQUIATRAS, EDUCADORES FÍSICOS, ENFERMEIROS, PSICÓLOGOS, TÉCNICOS EM ENFERMAGEM, ASSISTENTES SOCIAIS, NEUROLOGISTAS, FONOAUDIÓLOGOS, ETC;



03 PERSPECTIVA 03
SEM ESCALA



01 MAPA ESTUDO CURVAS DE NÍVEIS (CORTES E ATERROS)
1/1000



02 MAPA ESTUDO NÍVEIS ADOTADOS
1/1000



01 PERSPECTIVA 01
SEM ESCALA



02 PERSPECTIVA 02
SEM ESCALA

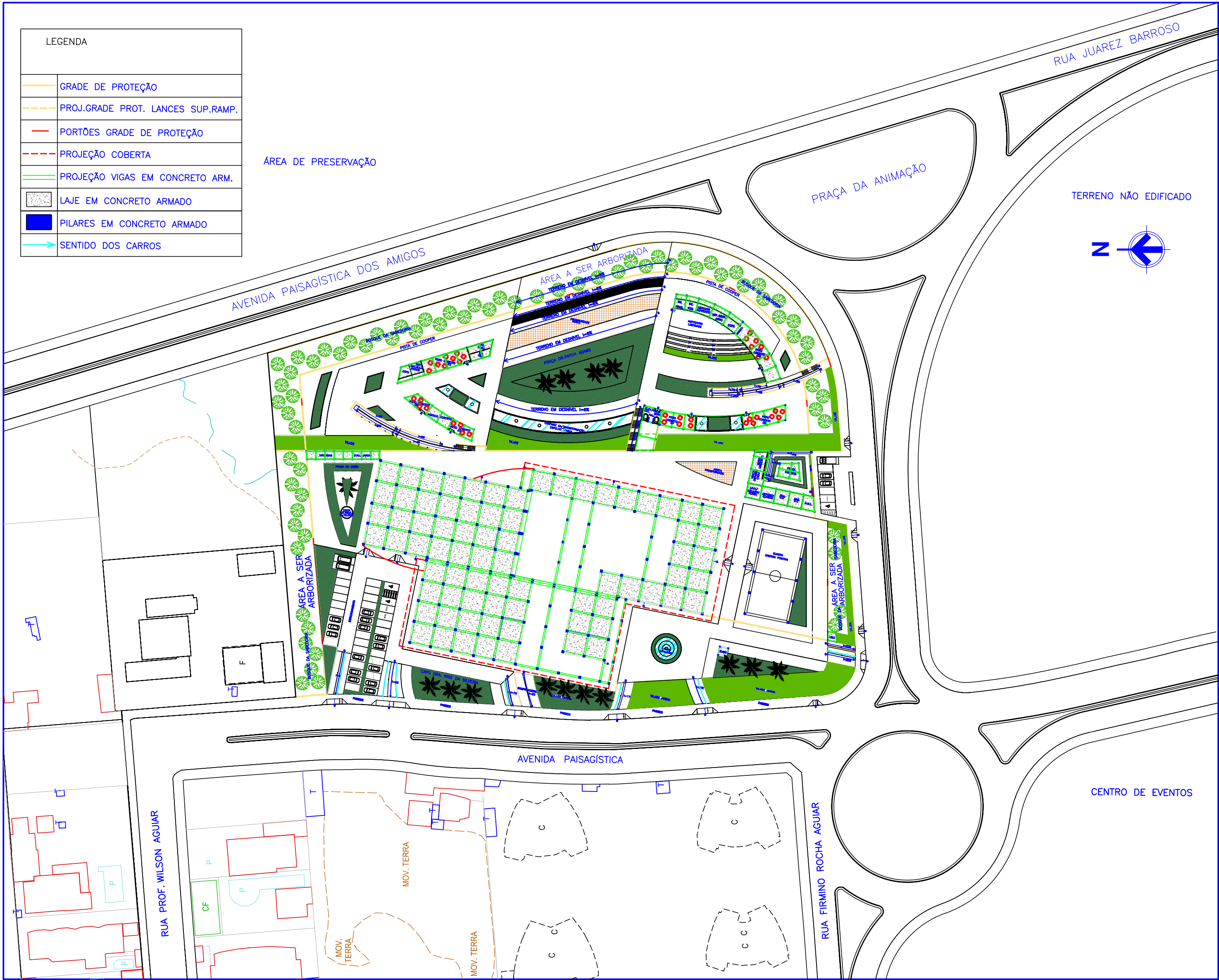
PROJETO DE REFERÊNCIA COBERTA
SARAH KUBITSCHKEK RIO DE JANEIRO



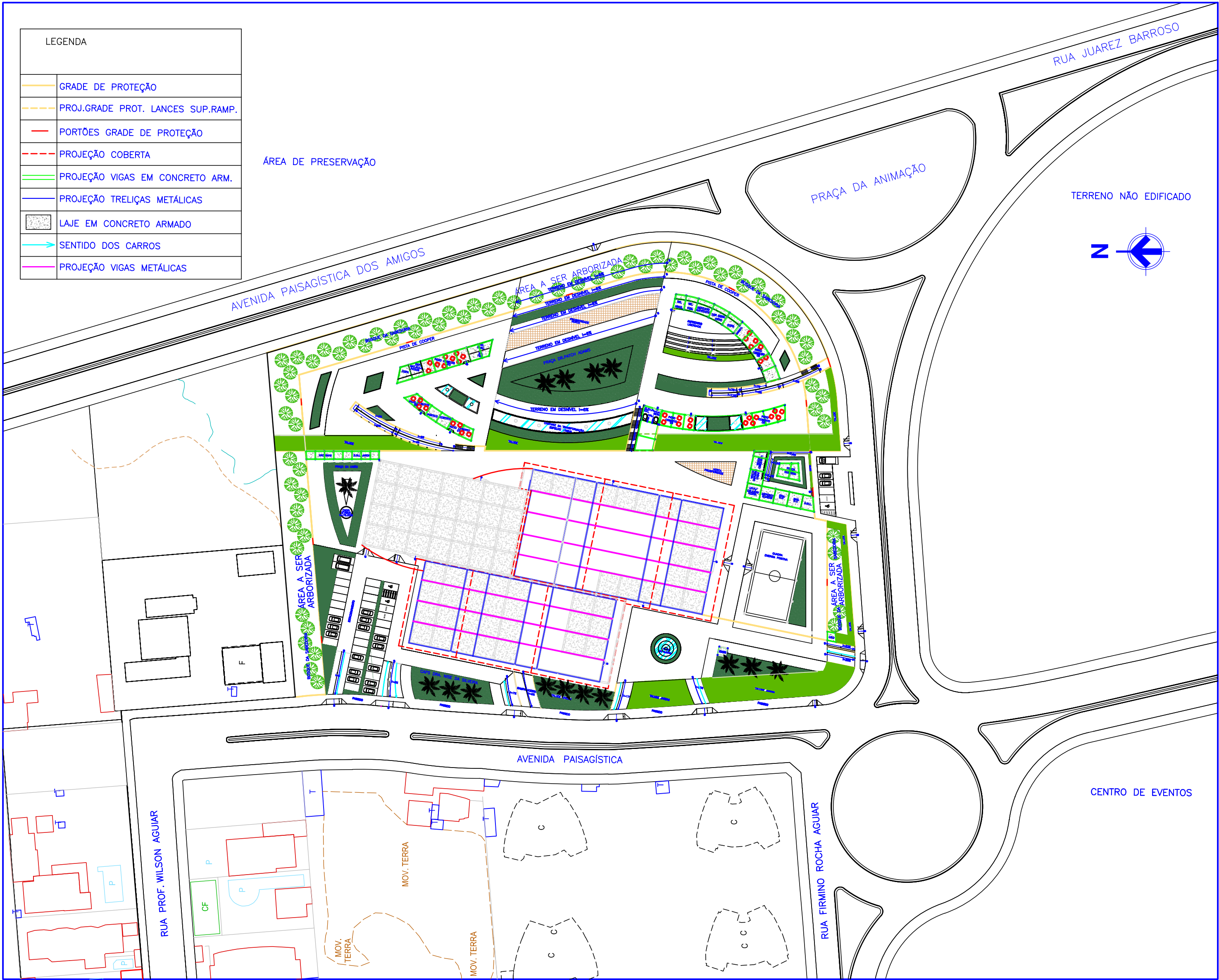
03 SARAH KUBITSCHKEK RIO DE JANEIRO
SEM ESCALA



04 PERSPECTIVA 03
SEM ESCALA



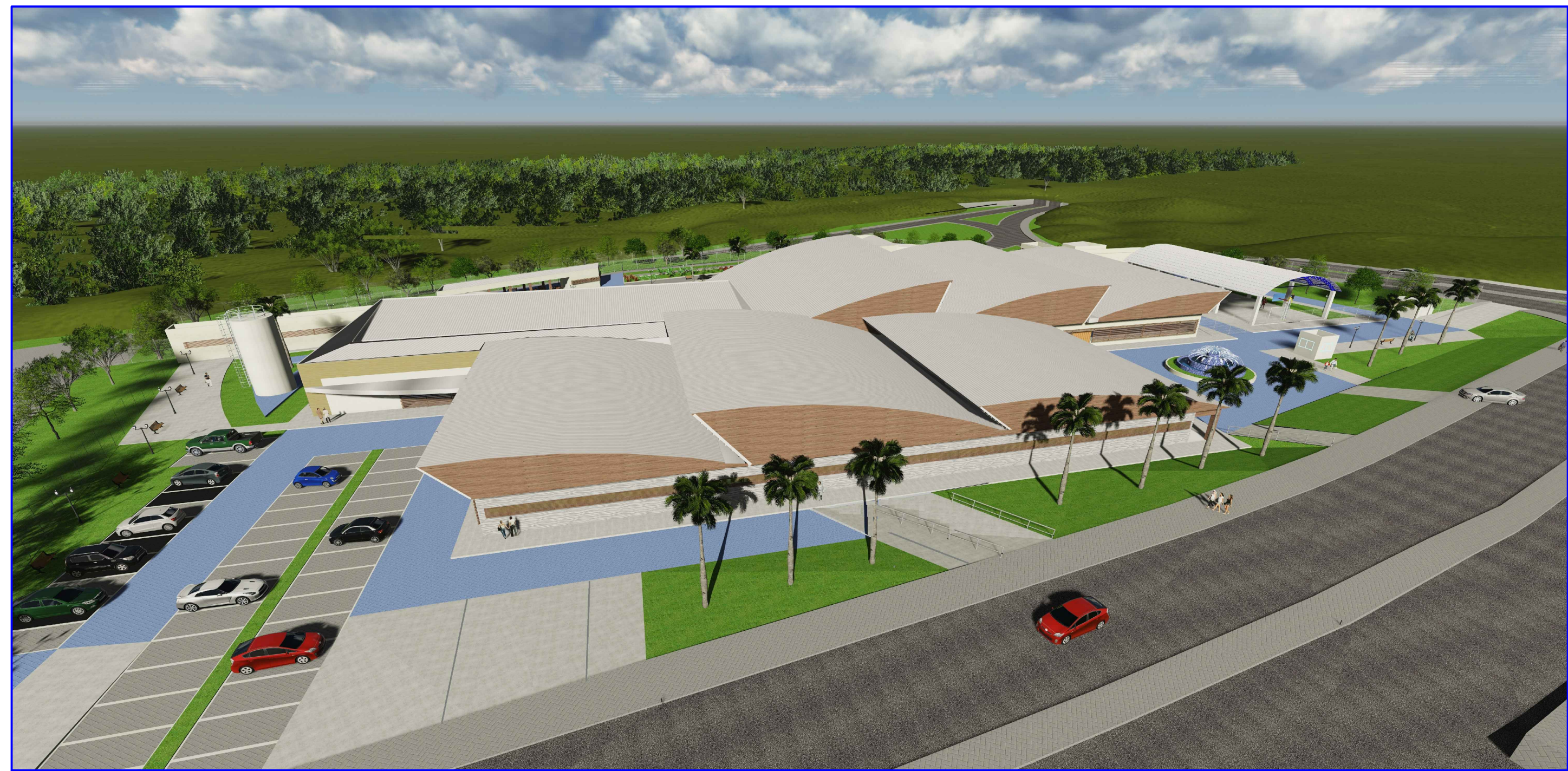
01 MAPA ESQUEMÁTICO PRÉ-LANÇAMENTO EST. CONCRETO
SEM ESCALA



02 MAPA ESQUEMÁTICO PRÉ-LANÇAMENTO VIGAS METÁLICAS
SEM ESCALA



01 PERSPECTIVA 01
SEM ESCALA



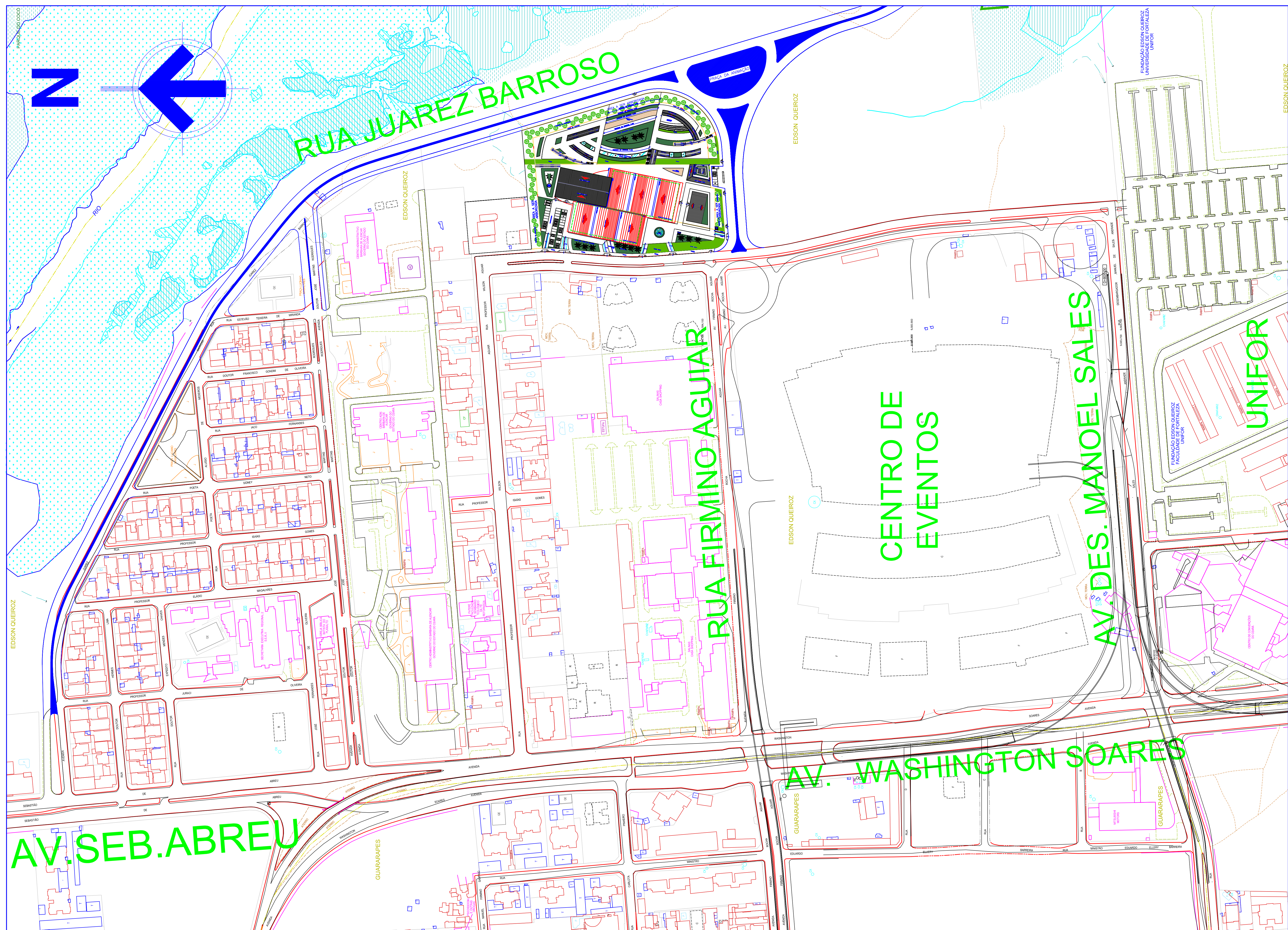
02 PERSPECTIVA 02
SEM ESCALA

PROJETO
TFG- TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO
ARQUITETURA E URBANISMO

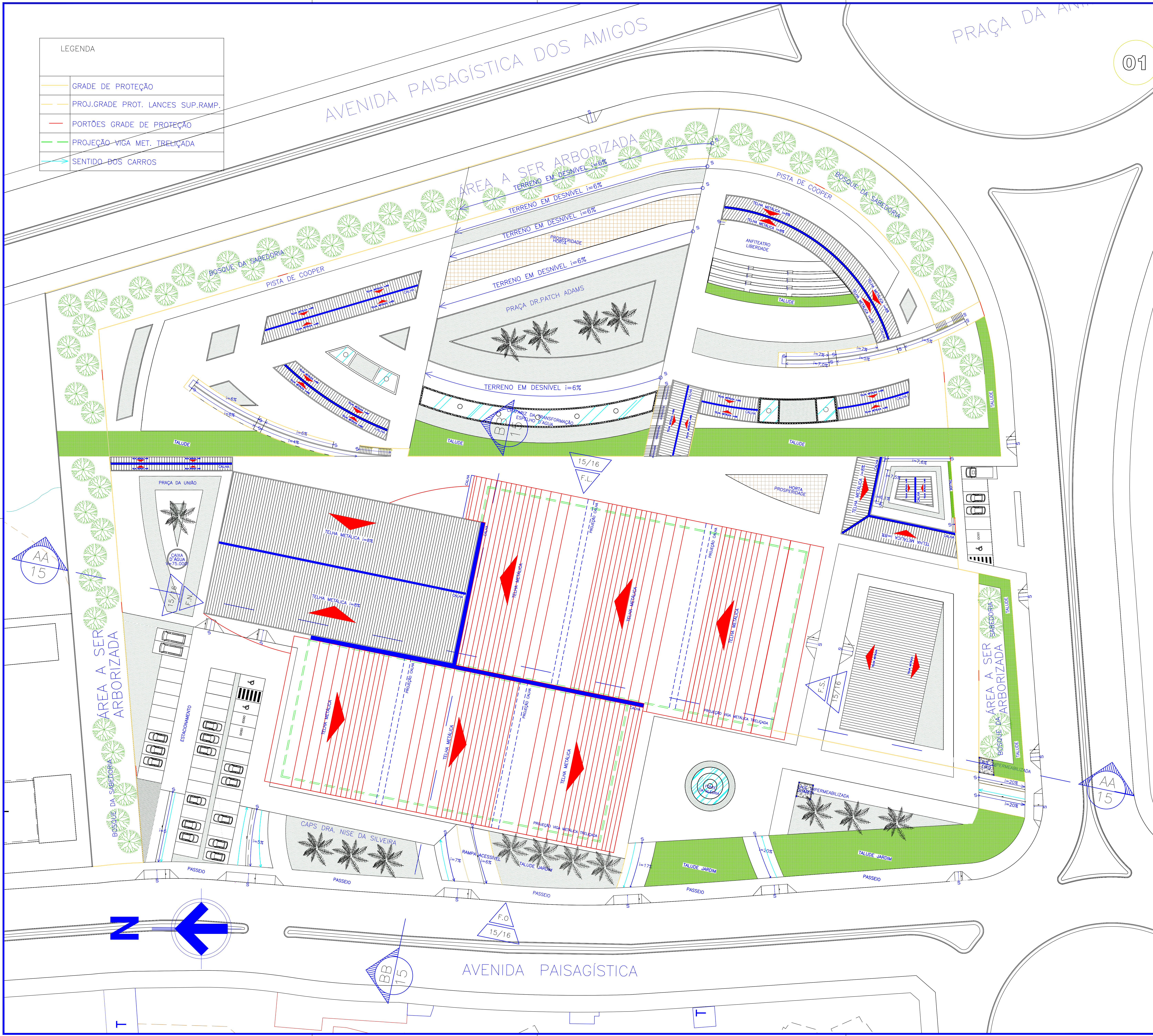
UFC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

DESENHOS DA PRANCHA
MAPA ESQ.PRÉ-LANÇAM. EST. CONCRETO
MAPA ESQ.PRÉ-LANÇAM. VIGAS METÁLICAS
PERSPECTIVAS PROJETO PROPOSTO

ESCALA
S/ESQ.
S/ESQ.
S/ESQ.



01 PT. SITUAÇÃO
1/1500



LEGENDA	
	GRADE DE PROTEÇÃO
	PROJ.GRADE PROT. LANCES SUP.RAMP.
	PORTÕES GRADE DE PROTEÇÃO
	PROJEÇÃO-VIGA MET. TRELIÇADA
	SENTIDO DOS CARROS

01

PT. LOCAÇÃO/ COBERTA

1/250

PROJETO
TFG- TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO
ARQUITETURA E URBANISMO

UFC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

DESENHOS DA PRANCHA	ESCALA
PLANTA LOCAÇÃO/ COBERTA	1:250

LEGENDA	
	GRADE DE PROTEÇÃO
	PROJ.GRADE PROT. LANCES SUP.RAMP.
	PORTÕES GRADE DE PROTEÇÃO
	PROJEÇÃO COBERTA
	SENTIDO DOS CARROS

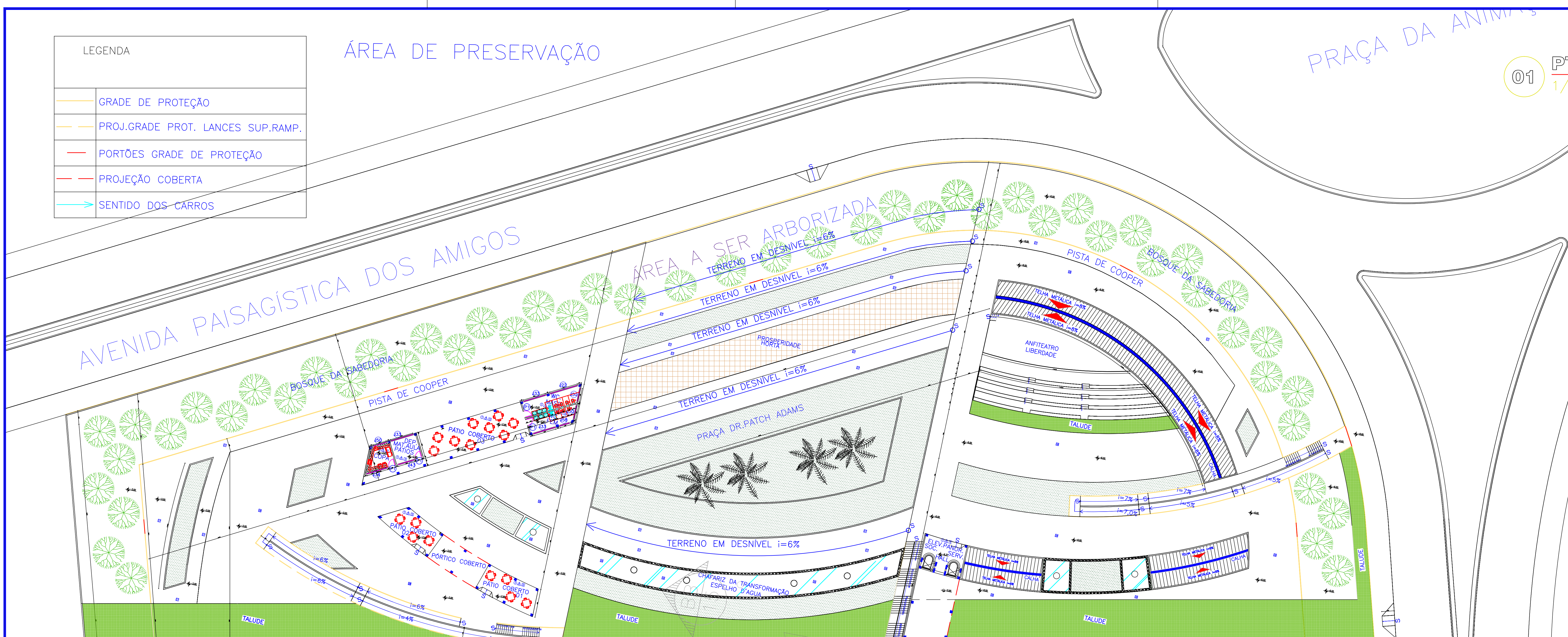
ÁREA DE PRESERVAÇÃO

PRAÇA DA ANIMAS

01

PT. BAIXA PAV. RECREATIVO NÍVEL -3.00

1/250



QUADRO DE ÁREAS(ÍNDICES DE APROVEITAM. DO TERRENO)	
ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA	7.450,00M ²
ÁREA COBERTA	6.147,00M ²
ÁREA PAVIMENTADA	14.650,00M ²
ÁREA DO TERRENO	23.155,00M ²
ÍNDICE DE APROVEITAMENTO	0,32%
TAXA DE OCUPAÇÃO	26,5%
TAXA DE PERMEABILIDADE	69,4%

QUADRO DE REVESTIMENTOS		
MATERIAIS		AMBIENTES
PISOS	01 PORCELANATO BIANCOGRES CARVALHO SENSE 26cmx106cm – ACAB. ESMALTADO	ÁREA DE CONVIVENCIA
	02 PORCELANATO BIANCOGRES LEGNO MASO 26cm X 106cm – ACAB. ESMALTADO	ÁREAS INTERNAS, SALAS TO, REPOUSOS, CAPS
	03 PORCELANATO ELIZABETH BIANCO NATURAL 84cmx84cm – ACABAMENTO POLIDO	ÁREA DE SERVIÇO
	04 PORCELANATO BIANCOGRESS MINERALE AVORIO 83cm X 83cm – ACAB. ESMALTADO	BANHEIROS
	05 PORCELANATO PORTOBELLO DECK PEROBA ENVELHECIDA CASTANHO EXT BOLD 60cmx60cm – ACABAMENTO POLIDO	PÁTIOS EXTERNOS
	06 PASTILHA PORTOBELLO INDIGO TEL 1,5CM X 1,5 CM LINHA ARTESANAL	ESPELHO D'ÁGUA
	07 BLOCO DE CONCRETO INTERTRAVADO COR TRADICIONAL 20cm X 10cm X 6cm	PISTA DE COOPER E RAMPAS TERRENO
	08 BLOCO DE CONCRETO INTERTRAVADO COR AZUL 20cm X 10cm X 6cm	RUAS INTERNAS E TERRENO PRAÇA
	09 PLACA DE CONCRETO PRÉ–MOLDADO LISA LIXADO E POLIDO 60cm X 60cm X 7cm	PASSEIOS CAPS
	10 CIMENTO QUEIMADO 100cm X 100cm	QUADRA
PAREDES	01 PORCELANATO BIANCOGRESS MINERALE AVORIO 83cm X 83cm – ACAB. ESMALTADO	BANHEIROS
	02 PINTURA ACRÍLICA NA COR BRANCA	DEMAIS ÁREAS
	03 PORCELANATO ELIZABETH BIANCO NATURAL 84cmx84cm – ACABAMENTO POLIDO	ÁREA DE SERVIÇO
TETOS	01 FORRO DE GESSO ACARTONADO C/ PINTURA BRANCA	SALAS TO, REPOUSOS E DEMAIS ÁREAS
	02 TELHA METÁLICA	ÁREA DE CONVIVENCIA E ÁREA DE SERVIÇO
	03 LAJE IMPERMEABILIZADA	GUARITA, CASA LIXO EXTERNA
OBSERV.	01 BANCADAS EM MÁRMORE TRAVERTINO POLIDO	
	02 SOLEIRAS E PEITORIS EM MÁRMORE TRAVERTINO POLIDO	

QUADRO DE ÁREAS ÚTEIS					
AMBIENTE	ÁREA	AMBIENTE	ÁREA	AMBIENTE	ÁREA
ÁREA PRIMEIRO ATENDIMENTO		ÁREA RECEPÇÃO/INTERNAÇÃO		ÁREA DE SERVIÇO EXTERNA	
SALA DE MACA/CADENA DE RODAS	16.19M²	SALA DE GINÁSTICA	48.51M²	CASA DE MÁQUINAS	30.93M²
ENTREGA DE MEDICAÇÃO	48.70M²	MASSOTERAPIA	23.85M²	D.M.L JARDIM	30.56M²
DEPÓSITO FARMÁCIA	64.21M²	W.C. MASSOTERAPIA	11.61M²	GUARITA	7.26M²
SALA APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO	11.40M²	ESTAR COM TV	50.05M²	LIXO	7.25M²
POSTO DE ENFERMAGEM	13.30M²	ESTAR DE JOGOS	50.99M²	ÁREA TOTAL	76.00M²
FARMÁCIA	8.05M²	POSTO DE ENFERMAGEM 01	33.60M²		
W.C. FEMININO	23.88M²	POSTO DE ENFERMAGEM 02	33.28M²	ÁREA DA QUADRA	
W.C. MASCULINO	23.79M²	REPOUSO 01	23.97M²	QUADRA	448.20M²
REPOUSO FEMININO	13.13M²	W.C. REPOUSO 01	11.81M²	W.C. FEMININO	21.15M²
REPOUSO MASCULINO	16.61M²	REPOUSO 02	23.85M²	W.C. MASCULINO	21.15M²
W.C. REPOUSO FEMININO	4.91M²	W.C. REPOUSO 02	11.87M²	D.M.L	17.69M²
W.C. REPOUSO MASCULINO	4.85M²	REPOUSO 03	23.98M²	DEPÓSITO MATERIAL ESPORTIVO	21.15M²
ESTAR MÉDICO/GUARDA VOLUMES	23.97M²	W.C. REPOUSO 03	11.87M²	ÁREA TOTAL	529.34M²
CONSULTÓRIO 01	5.52M²	REPOUSO 04	23.73M²		
CONSULTÓRIO 02	5.52M²	W.C. REPOUSO 04	11.87M²	ÁREA DA HORTA	
CONSULTÓRIO 03	7.93M²	REPOUSO 05	23.85M²	LAVATÓRIO E ÁREA DE PREPARO	45.45M²
CONSULTÓRIO 04	7.93M²	W.C. REPOUSO 05	11.87M²	HORTA PAVIMENTO TERREO	86.76M²
CONSULTÓRIO 05	5.53M²	ESTAR FUNCIONÁRIOS	49.45M²	PRAÇA	36.85M²
CONSULTÓRIO 06	5.47M²	REPOUSO FUNCIONÁRIOS FEMININO	23.73M²	ESTACIONAMENTO	1.80M²
CONSULTÓRIO 07	5.53M²	REPOUSO FUNCIONÁRIOS MASCULINO	23.97M²	ÁREA TOTAL	329.08M²
CONSULTÓRIO 08	5.53M²	W.C. FUNCIONÁRIOS FEMININO	15.90M²		
CONSULTÓRIO 09	8.05M²	W.C. FUNCIONÁRIOS MASCULINO	15.11M²	OUTRAS ÁREAS PAVIMENTO TERREO	
CONSULTÓRIO 10	7.99M²	RECEPÇÃO GERAL	36.05M²	ESTACIONAMENTO	1.490M²
CIRCULAÇÃO	144.95M²	SALA GUARDA OBJETOS	29.92M²	ÁREA A SER ARBORIZADA	800M²
ÁREA TOTAL	482.94M²	HALL DE ESPERA DE ATENDIMENTO	189.35M²	ÁREAS VERDE/JARDIM	2.020M²
		W.C. FEMININO	14.60M²	ÁREA CIRCULAÇÃO/PASSEIOS	2.250M²
		W.C. MASCULINO	14.67M²	ÁREA TOTAL	6.560M²
ÁREA ADMINISTRAÇÃO		FARMÁCIA POSTO DE ENFERMAGEM		ÁREAS PAVIMENTO RECREATIVO (PRAÇA)	
ESTAR FUNCIONÁRIOS	49.70M²	SEPARAÇÃO DA MEDICAÇÃO DA FARMÁCIA DO POSTO DE ENF	37.98M²	ÁREAS PAVIMENTO RECREATIVO (PRAÇA)	
COPA	23.79M²	RECEPÇÃO DA MEDICAÇÃO DA FARMÁCIA DO POSTO DE ENF	37.73M²	PÁTIO COBERTO 01	33.83M²
SALA DE CONTROLE (CÁMERAS)	23.88M²	W.C. VISITANTES MASCULINO	37.73M²	PÁTIO COBERTO 02	30.58M²
ALMOXARIFADO	57.02M²	W.C. VISITANTES FEMININO	37.82M²	PÁTIO COBERTO (ÁREA LIVRE) 03	89.76M²
SALA ADMINISTRAÇÃO GERAL	39.37M²	CIRCULAÇÃO	281.59M²	W.C. FEMININO PÁTIO COBERTO 03	15.64M²
SALA ADMINISTRAÇÃO	39.55M²	ÁREA TOTAL	1.275.20M²	W.C. MASCULINO PÁTIO COBERTO 03	18.63M²
SALA FINANCEIRO	39.39M²			COPA PÁTIO COBERTO 03	12.44M²
SALA DE REUNIÕES	48.63M²	ÁREA DE CONVIVÊNCIA/TERAPIAS		DEPÓSITO MATERIAL DE AULAS PÁTIO COBERTO 03	13.09M²
SALA DE ARQUIVOS	48.91M²	OFICINA GOURMET	48.88M²	PÁTIO COBERTO 04	57.21M²
ESTAR ATENDIMENTO	35.75M²	OFICINA	48.58M²	HALL ELEVADORES	20.15M²
W.C. FEMININO	19.35M²	OFICINA	73.43M²	PÁTIO COBERTO (ÁREA LIVRE) 05	56.04M²
W.C. MASCULINO	19.29M²	OFICINA	48.65M²	DEPÓSITO MATERIAL DE AULAS PÁTIO COBERTO 05	14.53M²
CIRCULAÇÃO	57.02M²	OFICINA	48.65M²	PÁTIO COBERTO 06	139.59M²
ÁREA TOTAL	501.54M²	OFICINA	48.75M²	ANFITEATRO	260M²
ÁREA DE SERVIÇO INTERNA		OFICINA	48.51M²	DEPÓSITO ANFITEATRO	15.64M²
D.M.L	27.54M²	OFICINA	48.88M²	W.C./VESTIÁRIO FEMININO ANFITEATRO	11.81M²
DEPÓSITO DE EQUIPAMENTOS	39.46M²	ESTAR ATENDIMENTO	56.00M²	W.C./VESTIÁRIO MASCULINO ANFITEATRO	11.39M²
HIGIENIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	31.86M²	OFICINA	9.30M²	COPA	15.29M²
SALA DE PREPAROS	39.46M²	OFICINA	9.42M²	DEPÓSITO SERVIÇO PRAÇA	16.36M²
LAVANDERIA	39.37M²	OFICINA	9.30M²	ESPELHOS D'ÁGUA	203M²
QUÍPUBRIA	39.43M²	OFICINA	9.30M²	PISTA DE COOPER	602M²
SALA GUARDA OBJETOS	39.37M²	OFICINA	9.42M²	ÁREA TOTAL	1.636.72M²
VESTIÁRIO MASCULINO	39.43M²	OFICINA	9.30M²		
VESTIÁRIO FEMININO	39.43M²	SALA DE REUNIÕES COM FAMILIARES	48.46M²	OUTRAS ÁREAS PAVIMENTO RECREATIVO (PRAÇA)	
GÁS	15.04M²	SALA DE FESTAS	198.45M²	ÁREA A SER ARBORIZADA	1885M²
LIXO	15.42M²	COZINHA/COPA SALÃO DE FESTAS	23.85M²	ÁREAS VERDE/JARDIM	3440M²
CALDEIRA	76.57M²	W.C. FEMININO SALÃO DE FESTAS	11.73M²	ÁREA CIRCULAÇÃO/PASSEIOS	3070M²
REFEITÓRIO DE FUNCIONÁRIOS	76.55M²	W.C. MASCULINO SALÃO DE FESTAS	11.81M²	HORTA	259M²
REFEITÓRIO DE PACIENTES	97.08M²	ESTAR COM TV	54.30M²	ÁREA TOTAL	8.654M²
SALA DA NUTRICIONISTA	9.00M²	POSTO DE ENFERMAGEM	40.03M²		
DEPÓSITO DE ALIMENTOS	27.60M²	CIRCULAÇÃO	1.352.90M²	ÁREA PERMANÉVEL	16.063.00M²
CIRCULAÇÃO	115.72M²	ÁREA TOTAL	2.341.13M²	ÁREA TOTAL	23.155.48M²
ÁREA TOTAL	769.53M²				

LEGENDA	
	GRADE DE PROTEÇÃO
	PROJ.GRADE PROT. LANCES SUP.RAMP.
	PORTÕES GRADE DE PROTEÇÃO
	PROJEÇÃO COBERTA
	SENTIDO DOS CARROS



01 PLANTA BAIXA LAYOUT
1/500

PROJETO

TFG- TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO
ARQUITETURA E URBANISMO

DESENHOS DA PRANCHA

PLANTA BAIXA LAYOUT

ESCALA

1:500

UNFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

CONTÉUDO DO PROJETO

TIPOLOGIA PROJ. CAPS IV:

UMA NOVA PROPOSTA

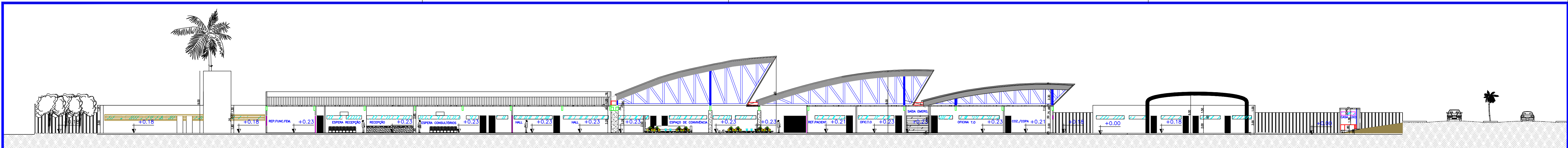
ALUNO(A)

ALINE CRISTINI

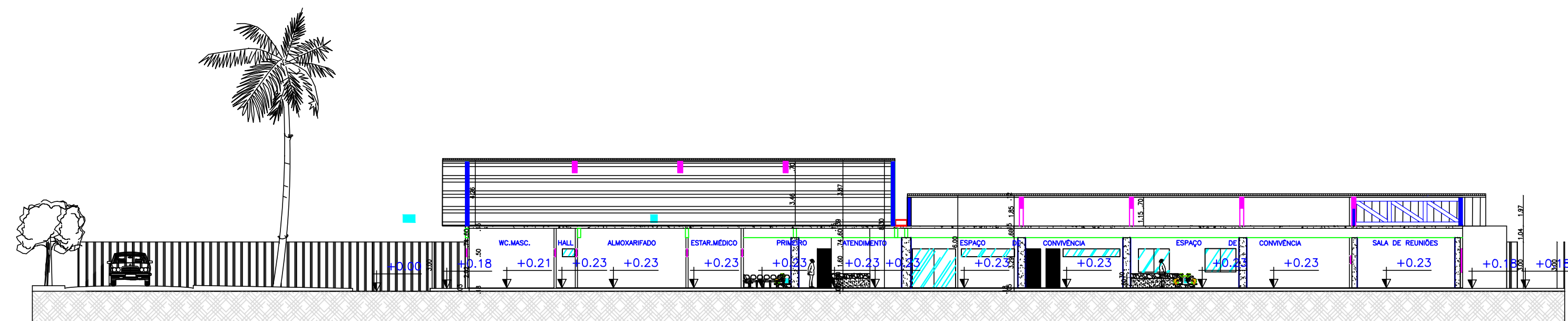
DATA

SETEMBRO / 2017

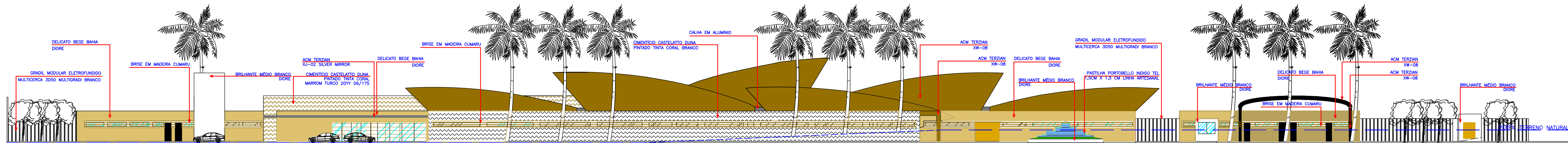
14/16



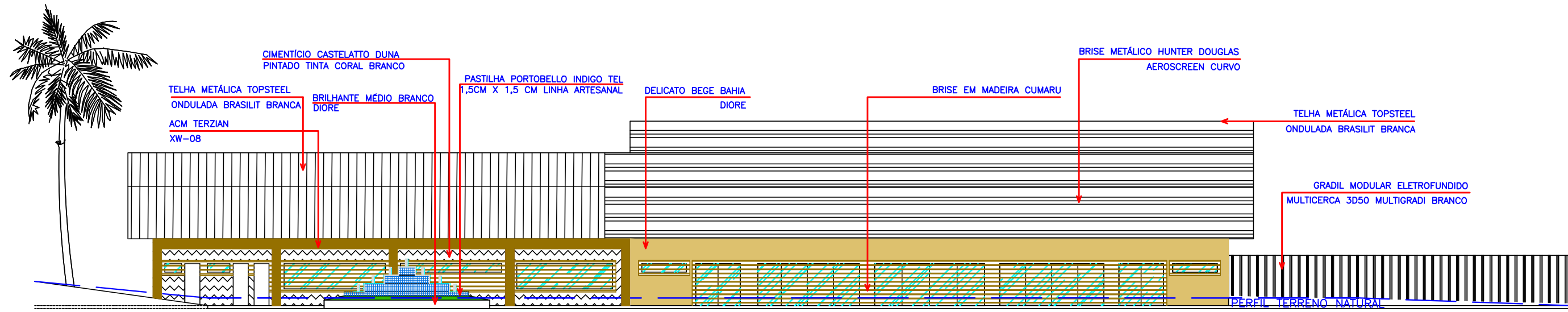
01 CORTE AA
1/250



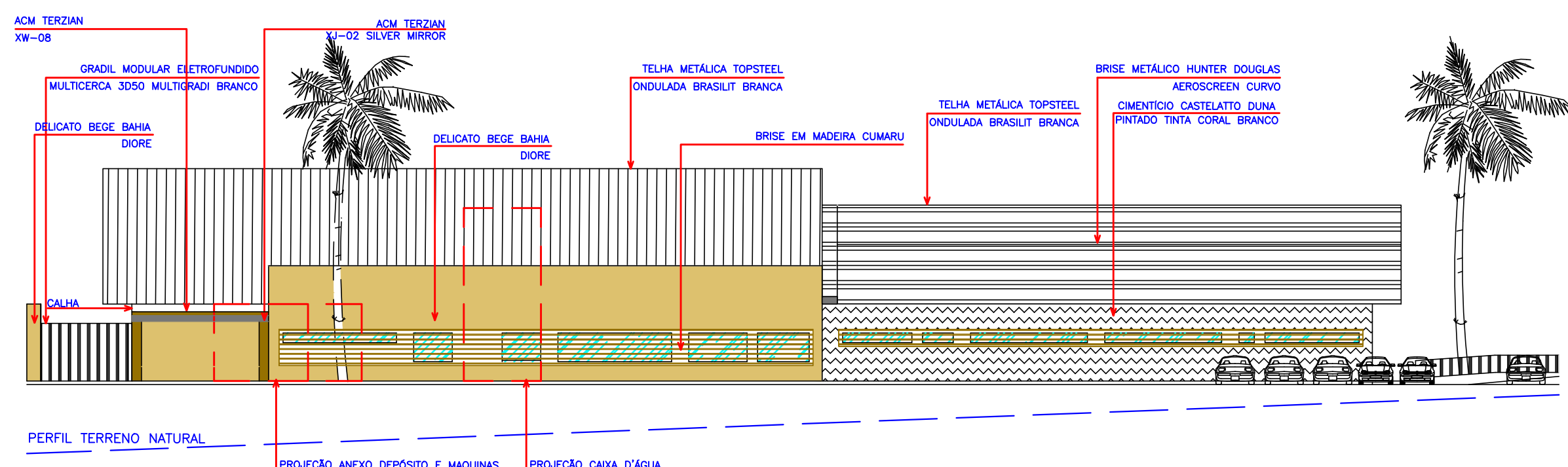
02 CORTE BB
1/250



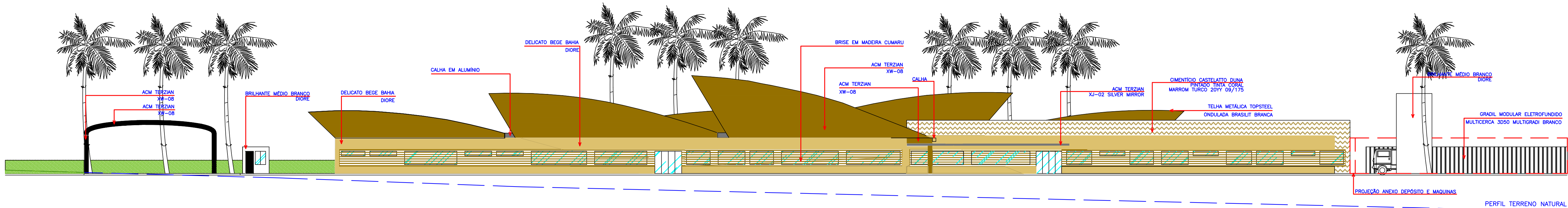
03 FACHADA OESTE
1/250



04 FACHADA SUL
1/250



05 FACHADA NORTE
1/250



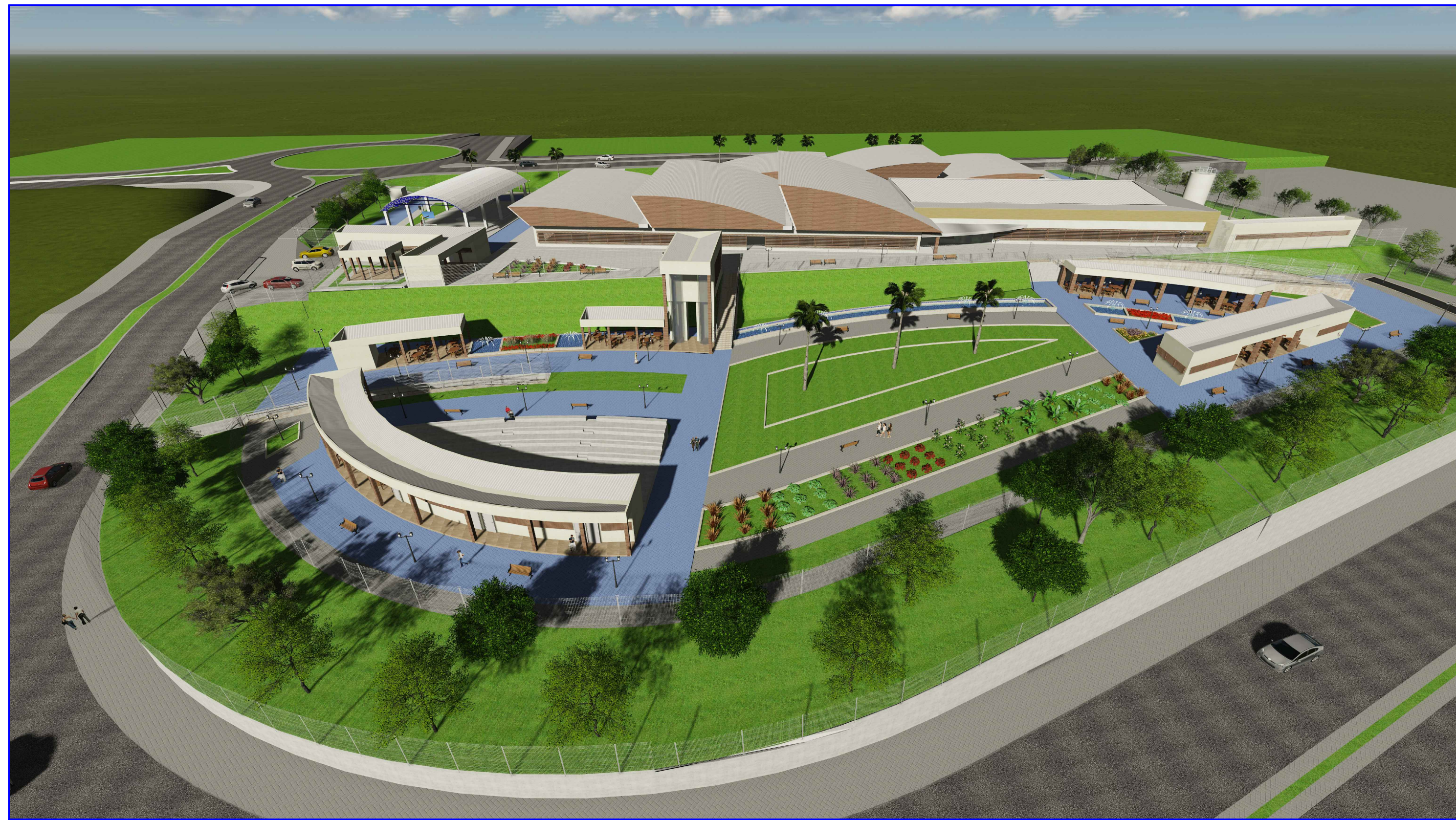
06 FACHADA LESTE
1/250



01 PERSPECTIVA 01
SEM ESCALA



02 PERSPECTIVA 02
SEM ESCALA



03 PERSPECTIVA 03
SEM ESCALA



04 PERSPECTIVA 04
SEM ESCALA

PROJETO
TFG- TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO
ARQUITETURA E URBANISMO

UFC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

DESENHOS DA PRANCHA
PERSPECTIVAS DO PROJETO
ESCALA
S/ESC.