

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO**

Amanda Pereira da Silva

Arquitetura e saúde: a influência do espaço construído no comportamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais

Juiz de Fora
2023

Amanda Pereira da Silva

Arquitetura e saúde: a influência do espaço construído no comportamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Orientador: Prof. Dr. José Gustavo Francis Abdalla

Juiz de Fora
2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Amanda Pereira da.

Arquitetura e saúde : a influência do espaço construído no comportamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais / Amanda Pereira da Silva. -- 2023.

81 f. : il.

Orientador: José Gustavo Francis Abdalla

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, 2023.

1. Saúde mental. 2. Crianças. 3. Adolescentes. 4. Espaço construído. 5. CAPS i. I. Abdalla, José Gustavo Francis, orient. II. Título.

Amanda Pereira da Silva

Arquitetura e saúde: a influência do espaço construído no comportamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Aprovada em: 16 de janeiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Gustavo Francis Abdalla - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho a todos os portadores de transtornos mentais, em especial aqueles que fazem parte da minha história.

AGRADECIMENTOS

Quem vive longe de casa sabe que os sacrifícios são muitos e a saudade não se desfaz nunca. É preciso coragem para mergulhar tão cedo em um lugar completamente novo, sem nenhum rosto familiar, carregando apenas um sonho e muita força de vontade para realizá-lo. Ao longo dessa estrada sinuosa, a gente percebe que são as pessoas que fazem tudo valer a pena e nos dão forças para não desistir, por isso, não poderia deixar de agradecer-las.

A minha mais genuína gratidão aos meus avós, Maria Madalena e Assis, os quais tornaram tudo isso possível e, em meio a tantas dificuldades, não mediram esforços para que esse sonho fosse realizado.

Agradeço à minha mãe, que despertou em mim, mesmo sem se dar conta disso, motivos para escolher esse tema. Aos meus tios e tias, que também foram essenciais ao longo dessa jornada.

Agradeço também ao meu amor, João Victor, por ter feito essa trajetória mais leve e ter se tornado meu companheiro de vida.

Sou grata pelos amigos que fiz durante esse tempo, os quais, com um jeitinho mineiro de ser, me acolheram e me fizeram sentir em casa. Um obrigada especial ao Thales, com quem dividi boas risadas, horas de conversas, ideias, planos e, que fez com que tudo ficasse mais simples.

Agradeço não só aqueles que passaram pela minha vida e acreditaram em mim, mas também aqueles que duvidaram, com certeza isso serviu de impulso para que eu pudesse ir mais longe.

Gostaria de enaltecer e ressaltar a importância do ensino público e de qualidade, pois foi plenamente através deste que cheguei até aqui e tenho total consciência de que sem a educação gratuita que me foi ofertada, a realização dessa etapa seria inviável.

Por fim, muito obrigada à Universidade Federal de Juiz de Fora, por todas as oportunidades. À faculdade de Arquitetura e Urbanismo, ao meu orientador e ao corpo docente da FAU-UFJF como um todo.

Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas. (Nise da Silveira)

RESUMO

Os conceitos relacionados à saúde mental passaram por diversas transformações ao longo do tempo, no entanto, o peso histórico do preconceito ainda aflige a parcela da sociedade que sofre com transtornos mentais, inclusive as crianças e adolescentes que, por muito tempo, foram reféns da desassistência. Ao observar tais mudanças, é possível perceber que a arquitetura sempre foi peça chave para o tratamento dado aos mesmos. Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo fazer um estudo acerca do referido tema, fazendo um levantamento bibliográfico sobre o tratamento dado à loucura desde a antiguidade até os dias atuais, para posteriormente, relacioná-lo com questões que tangenciam a arte e o espaço construído, o qual irá culminar, na próxima etapa, no projeto arquitetônico de um Centro de Atenção Psicossocial voltado para o público infanto-juvenil, que tenha a arquitetura como uma aliada ao bem estar das crianças e adolescentes que usufruem desse espaço, a partir da aplicação de estratégias pautados na psicologia ambiental e no design biofílico.

Palavras-chave: Saúde mental. Crianças. Adolescentes. Espaço construído. CAPS i.

ABSTRACT

The concepts related to mental health have gone through several transformations over time, however, the historical weight of prejudice still afflicts the portion of society that suffers from mental disorders, including children and teenagers who, for a long time, were hostages of lack of assistance. When observing such changes, it is possible to perceive that architecture has always been a key element in the treatment given to them. Therefore, the present work aims to carry out a study on the aforementioned theme, making a bibliographical survey on the treatment given to madness from antiquity to the present day, in order to subsequently relate it to issues that touch art and built space, which will culminate, in the next stage, in the architectural project of a Psychosocial Care Center aimed at children and youth, which has architecture as an ally to the well-being of children and teenagers who enjoy this space, based on the application of strategies based on environmental psychology and biophilic design.

Keywords: Mental health. Children. Teenagers. Built Space. CAPS i.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Hospício de Pedro II, 1861	21
Figura 2	– Diretrizes para o funcionamento da RAPS	31
Quadro 1	– Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	32
Figura 3	– Oficinas terapêuticas	33
Figura 4	– Sheds metálicos Hospital Sarah Kubitschek, Salvador	48
Figura 5	– Permeabilidade visual Hospital Sarah Kubitschek, Salvador	48
Figura 6	– Painéis Hospital Sarah Kubitschek, Salvador.....	49
Figura 7	– Maggie's Centre, Gartnavel	50
Figura 8	– Vista 3D dos ambientes internos Maggie's Centre, Gartnavel	50
Figura 9	– Maquete Maggie's Centre, Gartnavel	51
Figura 10	– Exterior Maggie's Centre, Gartnavel	51
Figura 11	– Östra Psychiatry Hospital	52
Figura 12	– Jardim de inverno Östra Psychiatry Hospital	53
Figura 13	– Interior Östra Psychiatry Hospital	53
Figura 14	– Região de planejamento terreno	55
Figura 15	– Localização terreno	56
Figura 16	– Gabarito do entorno	57
Figura 17	– Pontos de ônibus	58
Figura 18	– Distâncias São Mateus ao Centro	59
Figura 19	– Equipamentos de saúde	60
Figura 20	– Mapa meso, raio de 1 quilômetro	61
Figura 21	– Vegetação do entorno	62
Figura 22	– Mapa micro, raio de 500 metros	62
Figura 23	– Incidência solar no terreno: solstício de inverno	63
Figura 24	– Incidência solar no terreno: solstício de verão	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	–	Relação de ambientes mínimos CAPS i	36
Tabela 2	–	Programa de necessidades	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CCMS	–	Centro Cultural do Ministério da Saúde
CNSM	–	Conferência Nacional de Saúde Mental
DML	–	Depósito de Material de Limpeza
ECA	–	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
PcD	–	Pessoa com deficiência
PNPS	–	Política Nacional de Promoção da Saúde
PTS	–	Projeto Terapêutico Singular
PVC	–	Programa de Volta para Casa
RAPS	–	Rede de Atenção Psicossocial
SAPS	–	Secretaria de Atenção Primária da Saúde
SRT	–	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCC	–	Trabalho de Conclusão de Curso
UNICEF	–	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	HISTÓRICO DA LOUCURA E LUGARES DESTINADOS À ELA	15
2.1	UM OLHAR SOBRE A ERA CLÁSSICA	15
2.2	A VISÃO MEDIEVAL ACERCA DA LOUCURA	16
2.3	DA NAU AOS HOSPITAIS GERAIS	17
2.4	ALIENAÇÃO MENTAL	18
2.5	BRASIL: AOS LOUCOS O HOSPÍCIO	20
2.6	DA LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL ÀS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL	24
2.7	CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA SAÚDE MENTAL	27
3	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	30
4	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	33
4.1	CAPS I	34
4.1.1	Estrutura física do CAPS i	36
5	CONTRIBUIÇÕES DA ARTE E ARQUITETURA PARA A SAÚDE MENTAL	40
5.1	PSICOLOGIA AMBIENTAL	40
5.1.1	Ambientes restauradores	41
5.1.2	Um olhar sobre o público infanto-juvenil	43
5.2	DESIGN BIOFÍLICO	45
6	REFERÊNCIAS PROJETUAIS	47
6.1	HOSPITAL SARAH KUBITSCHK - SALVADOR	47
6.2	MAGGIE'S CENTRE - GARTNAVEL	49
6.3	ÖSTRA PSYCHIATRY HOSPITAL - GOTEMBURGO	52
7	ESTUDO DO SÍTIO	55
7.1	ASPECTOS GERAIS RELACIONADOS A ESCOLHA DO LOCAL	55
7.2	ANÁLISE DO TERRENO E SEU ENTORNO	56
7.3	LEGISLAÇÃO URBANA	64
8	DIRETRIZES PARA O TCC II	66
9	CONCLUSÃO	70
	REFERÊNCIAS	72

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, o entendimento acerca da “loucura” passou por diversas transformações – hora associada à genialidade artística e intelectual, hora relacionada à falta de sanidade, até enfim ser vista como uma patologia. De todo modo, a segregação de pessoas com transtornos mentais se perpetuou no tempo, sendo efetivada pelas estruturas físicas que abrigavam essa população e as retiravam do convívio social. Sob essa ótica, no presente trabalho, procurou-se estabelecer uma base teórica focada nas intersecções existentes entre arquitetura e saúde mental, com ênfase no público infanto-juvenil.

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica foi crucial para a mudança no tratamento de brasileiros que sofrem com transtornos psíquicos, sendo marcada pelo fechamento gradual de instituições manicomiais, abrindo espaço para serviços substitutivos à internação, de caráter aberto e comunitário. Já no caso das crianças e adolescentes, tal movimento significou a superação da desassistência, surgindo a necessidade de que essa rede substitutiva incluía também a atenção aos mesmos, através da implementação e normatização de CAPS i pelo Ministério da Saúde.

Os transtornos mentais na infância e na adolescência têm recebido mais atenção ao longo das últimas décadas, no entanto, a oferta de espaços de tratamento adequados para esse público ainda é bastante deficitária. Portanto, busca-se com esse trabalho, enfatizar as implicações do ambiente construído e da arte no comportamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, tendo como objetivo geral fundamentar o desenvolvimento do projeto arquitetônico de um CAPS i na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, que aplique conceitos relacionados à Psicologia Ambiental e ao Design Biofílico.

Dessa forma, tem-se como objetivos específicos:

- Realizar o embasamento teórico para o trabalho de conclusão de curso, com foco no panorama histórico da loucura, na rede e no centro de atenção psicossocial, bem como nos conceitos de psicologia ambiental e design biofílico;
- Entender as correlações existentes entre a arquitetura e o comportamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- Analisar referências projetuais que possam contribuir para a concepção do CAPS i;

- Eleger um terreno que seja compatível com o projeto a ser desenvolvido no TCC II, que se adeque às características analisadas ao longo da presente monografia, fazendo também uma análise do mesmo e de seu entorno.

De maneira a alcançar os objetivos supracitados, para além desta introdução, o presente trabalho foi estruturado em um capítulo que versa sobre o histórico da loucura, partindo desde a Antiguidade Clássica, até os dias atuais, entendendo que, apesar de várias barreiras já terem sido quebradas, faz-se necessário ainda assim um estudo sobre o histórico da loucura e os lugares destinados à ela.

Com todas as evoluções que serão vistas a partir da **seção 2**, tem-se a criação das Redes de Atenção Psicossocial, a qual será abordada na **seção 3** do presente trabalho, para posteriormente, dar luz ao Centro de Atenção Psicossocial, sendo a **seção 4** responsável por discorrer sobre tal equipamento.

Visto isso, ao longo da **seção 5**, intitulada “contribuições da arte e arquitetura para a saúde mental”, tem-se explicações focadas na Psicologia Ambiental e no Design Biofílico, os quais, conforme dito anteriormente, servirão de norte para a concepção conceitual do projeto a ser desenvolvido no Trabalho de Conclusão de Curso II.

Já na **seção 6**, serão apresentadas referências projetuais (nacionais e internacionais) de edificações da área da saúde que aplicam conceitos que podem ser refletidos na conformação arquitetônica do CAPS i, como humanização dos espaços, arquitetura bioclimática, conexão entre interior e exterior, dentre outros.

Diante disso, a **seção 7** diz respeito ao terreno escolhido para a implantação desse equipamento, levantando informações pertinentes sobre suas características e seu entorno, bem como acerca da Legislação Urbana de Juiz de Fora.

Ademais, a **seção 8** pontua algumas diretrizes e encaminhamentos a serem aplicadas no projeto arquitetônico do CAPS i, além da elaboração do programa de necessidades do mesmo, baseados em todas as questões levantadas na presente monografia. Por fim, tem-se a conclusão e as referências utilizadas.

Para o desenvolvimento deste trabalho, a metodologia empregada compreende a revisão bibliográfica sobre os temas supracitados, através da análise de artigos científicos, teses, monografias, dissertações, livros, trabalhos não acadêmicos, legislações, cartilhas e manuais. Além disso, foram feitas pesquisas

sobre projetos arquitetônicos que pudessem servir de referência para a proposta projetual a ser desenvolvida na próxima etapa, bem como visitas em campo a fim de escolher o terreno para a implantação do mesmo e, posteriormente, para a análise deste e de seus arredores.

2 HISTÓRICO DA LOUCURA E LUGARES DESTINADOS À ELA

O entendimento sobre a loucura passou por inúmeras mudanças ao longo dos séculos, sempre ligado às próprias mudanças pelas quais passou a humanidade e, constantemente refletindo-se na materialidade do espaço construído.

A partir do panorama histórico da loucura é possível compreender tais transformações. A presente seção traz uma breve perspectiva sobre o conceito de loucura atrelada aos lugares destinados a ela, tendo como ponto de partida a Antiguidade Clássica, passando pela Idade Média e Renascimento, permeando pelo processo de confisco da loucura pela razão – que leva até sua transformação em doença e sua consequente condenação ao isolamento asilar –, chegando até o contexto atual, com a luta pelo rompimento desses paradigmas e a criação de serviços que sejam substitutivos aos empregados nos modelos anteriores.

2.1 UM OLHAR SOBRE A ERA CLÁSSICA

Durante a Antiguidade Clássica, a loucura pôde ser vista, no geral, sobre três diferentes abordagens: místico-religiosa, passional e organicista (PESSOTI, 1994).

De Homero até a tragédia grega, a percepção da loucura era de que essa estava exterior ao homem, articulada com a desrazão e à perda de controle consciente sobre si, ainda que ligada à intervenção divina. Esse enfoque místico-religioso, mediante a interferência de deuses ou de outras entidades, justificavam a ocorrência de comportamentos que revelam desequilíbrio, destempero, exacerbação (*Idem, Ibidem*).

A concepção passional, dentro da poesia desenvolvida pelos trágicos, principalmente na obra de Eurípides, ia de contraponto à loucura exterior das epopéias homéricas. Nessa abordagem, a loucura é vista como fruto de conflitos internos do homem, onde o indivíduo deixava de obedecer às vontades dos deuses e passava a seguir seus extintos.

Por último, tem-se a abordagem organicista de Hipócrates, a qual introduziu explicações fisiológicas ao quadro da loucura, pregando que a mesma provinha do desequilíbrio entre os quatro humores líquidos do corpo. Hipócrates sugeria que o excesso de bile negra e amarela estavam associados à depressão e a ansiedade, respectivamente, que níveis elevados de fleuma resultavam em um temperamento

sombrio ou preguiçoso e que um excesso de volume sanguíneo estava relacionado a oscilações de humor rápidas (HOLMES, p. 26, 1997).

2.2 A VISÃO MEDIEVAL ACERCA DA LOUCURA

Em um contexto onde a Igreja Católica detinha enorme influência não só sobre o modo de pensar, como também sobre o comportamento dos indivíduos, a Idade Média (476 - 1453 d.C) acaba por estampar a predominância do pensamento de que a loucura estava diretamente relacionada à possessão por forças sobrenaturais. Nessa conjuntura, pessoas consideradas possuídas eram rotuladas de bruxas, apedrejadas, torturadas e, muitas vezes, queimadas vivas (HOLMES, p. 27, 1997).

Ainda nesse período, a lepra¹ assombra a sociedade medieval. A fim de contê-la, foram criadas espécies de hospitais onde os indivíduos contaminados eram enclausurados e afastados do convívio social – os chamados leprosários. Posteriormente, em meados do século XIV, com o decréscimo da doença, essas construções espalhadas por toda a Europa, perdem a sua serventia e tornam-se grandes vazios. Com isso, parte da sociedade anseia por formas de dar utilidade aos mesmos, buscando um novo mal a ser purificado por meio da exclusão social. Segundo Foucault:

Do século XIV ao XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um outro esgar do medo, mágicas renovadas de purificação e exclusão. [...] A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado. (FOUCAULT, 1978. pp. 07-09).

¹ Atualmente conhecida como hanseníase, é uma doença infecciosa, contagiosa, que afeta os nervos e a pele e é causada por um bacilo chamado *Mycobacterium leprae*. (Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde).

2.3 DA NAU AOS HOSPITAIS GERAIS

Em síntese, durante o Renascimento existiu uma fase em que a loucura circulava livremente pelas ruas, sendo tema de diversas expressões artísticas.

Há na França, no começo do século XVII, loucos célebres com os quais o público, e o público culto, gosta de se divertir; alguns como Bluet d'Arbère escrevem livros que são publicados e lidos como obras de loucura. Até cerca de 1650, a cultura ocidental foi estranhamente hospitaleira a estas formas de experiência. (FOUCAULT, 1975, p. 54).

No entanto, salienta-se que os loucos “conhecidos” eram tolerados, porém os com comportamentos divergentes, eram confinados em navios, simbolizando a busca da razão e da purificação pela água, numa espécie de exílio ritualístico.

Enquanto isso, a Modernidade, além de refletir o cenário renascentista, ainda retoma parte dos pensamentos da Idade Média, onde qualquer comportamento visto como diferente, deveria ser exilado.

Nesse sentido, mesmo com o surgimento das doenças venéreas² ainda na Idade Média – a qual, facilmente, recebeu adesão social para que fosse excluída e mantida o mais distante possível, mas que rapidamente assumiu um caráter ligado a medicina, diferentemente das doenças mentais –, coube a loucura assumir no mundo moderno o papel que era ocupado pela lepra durante o período medieval.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual. (FOUCAULT, 1978. p. 10).

Na Modernidade, tem-se uma confiança irrestrita na razão, ao passo que pouco se sabia cientificamente sobre as doenças relacionadas à mente humana. O homem racional passa a ocupar o centro das investigações filosóficas e, com isso, os considerados “sem razão” eram tidos como perigosos e desajustados, sendo

² Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. (Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde).

assim temidos e menosprezados não só pela sociedade, mas também pelo seu próprio grupo familiar. Nesse contexto, mais precisamente a partir do século XVI, o processo de exclusão passa a se relacionar com o de internação, onde aqueles que o comportamento divergia da razão, eram trancafiados nas dependências dos antigos leprosários, agora chamados de “hospitais-gerais”.

Segundo Batista:

O Hospital Geral tinha como objetivo recolher e “hospedar” os pobres de Paris, suprimindo a mendicância e a ociosidade. Pessoas de qualquer sexo, de qualquer idade, válidas ou inválidas, “doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis”, todos eram forçados a trabalhar como forma de “purificação”. O hospital era uma instituição sem caráter médico, apenas “uma espécie de entidade administrativa” semijurídica, com poder de julgar e executar, sem direito a apelações. (BATISTA, 2014. p. 394).

No final da Idade Moderna, o número de pessoas dentro desses espaços já era bem expressivo, o suficiente para gerar grande inquietação entre os internos saudáveis, os quais começaram a se revoltar devido às condições às quais estavam submetidos – esses locais abrangiam vários pavilhões, isolados ou conectados por corredores mal iluminados, eram fechados, dispoendo de janelas gradeadas e situadas acima do nível dos olhos, além de dormitórios apertados (UGOLOTTI, 1949 *apud* PESSOTTI, 1996).

Concomitante a isso, filósofos e psiquiatras reformistas começaram a problematizar as variáveis em torno desse modelo de internação e, nesse cenário, a loucura passa a integrar o campo da Medicina, deixando de ser vista como um mal social e passando a ser entendida como uma doença, passível de cura, onde havia um “indivíduo normal”, anterior à enfermidade – conforme proposto por Philippe Pinel³.

2.4 ALIENAÇÃO MENTAL

A partir do final do século XVIII e no século XIX, a loucura passa a ser definida como “alienação mental” e, com isso, surgem os asilos com valores terapêuticos. Diante disso, cita-se dois grandes nomes, responsáveis por diferentes

³ Philippe Pinel (1745-1826) foi pioneiro no tratamento de doentes mentais e um dos precursores da psiquiatria moderna. Formado em medicina pela Universidade de Toulouse (França), dirigiu os hospitais de Bicêtre e Salpêtrière. (Governo do Estado de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde).

abordagens: o primeiro, Samuel Tuke, na Inglaterra, defendia que a cura dos alienados ocorreria em casas de campo, livre de grades e correntes; já o segundo, Philippe Pinel, na França, defendia a reeducação através do controle social e moral, devendo-se verificar se os indivíduos exibiam comportamentos inapropriados e, castigando-os quando isso ocorria.

Acredita-se que Tuke e Pinel abriram o asilo ao conhecimento médico. Não introduziram uma ciência, mas uma personagem, cujos poderes atribuíam a esse saber apenas um disfarce ou, no máximo, sua justificativa. Esses poderes, por natureza, são de ordem moral e social; estão enraizados na minoridade do louco, na alienação de sua pessoa, e não de seu espírito. Se a personagem do médico pode delimitar a loucura, não é porque a conhece, é porque a domina; e aquilo que para o positivismo assumirá a figura da objetividade é apenas o outro lado, o nascimento desse domínio. (FOUCAULT, 1972, p. 498).

Dentre os métodos de Philippe Pinel, cita-se os banhos de água fria, as camisas de força⁴ e o trabalho como principal forma de cura. De acordo com Batista (2014, p. 395) “na época de Pinel, a água era o que impunha um controle exterior ao louco, que a partir do banho reconhece a autoridade do médico e se reconhece como doente”.

Além disso, para ele e para seu aluno Jean-Étienne Esquirol⁵, o asilo figura-se como melhor opção para garantir não só a segurança dos alienados – libertando-os de influências externas –, como também a das suas famílias. Tal modelo, baseado no tripé “isolar/conhecer/tratar”, possui como intuito a completa submissão do paciente à autoridade médica. Atualmente, ainda existem diversos defensores desse tipo de tratamento.

⁴ Trata-se de uma camisa de lona resistente, com as mangas muito compridas e fechadas, que eram amarradas firmemente com cordões. Ainda de acordo com o Centro Cultural do Ministério da Saúde, os braços e a parte superior do corpo ficavam amarrados às costas, impedindo movimentos violentos e deixando o paciente imobilizado e inofensivo. Tal recurso foi utilizado durante mais de 50 anos.

⁵ Discípulo de Pinel, conhecido pela dedicação em continuar a obra do mesmo. Para Esquirol a loucura era definida pelo delírio e a lesão incidia sobre a vontade; esta percepção foi considerada, na época, um grande avanço em relação ao trabalho de Pinel, embora utilizasse elementos do tratamento moral. Via na questão do isolamento do paciente uma grande importância para o tratamento eficaz e o justificava atribuindo à presença de parentes e amigos uma das causas da loucura. (Centro Cultural do Ministério da Saúde)

2.5 BRASIL: AOS LOUCOS O HOSPÍCIO

Assim como em outros lugares do mundo, o conceito da loucura no Brasil também passou por diversas mutações, relacionadas ao contexto temporal e social ao qual está inserido.

Durante o Período Colonial, por exemplo, segundo Almeida (2018, p. 38) “os loucos cuja família era abastada eram trancafiados em casarões senhoriais sob o cuidado de criados, enquanto aqueles sem recursos financeiros eram mantidos livres, em convivência com a sociedade”.

Já com a chegada da Família Real em terras brasileiras, no ano de 1808, num cenário em que iniciava-se o processo de ordenação da urbanização e disciplina da sociedade, o louco passa a chamar atenção do poder público, haja vista o mesmo integrar a massa marginal de desajustados, indigentes e desordeiros da época, sendo entendidos como desocupados e vagabundos. Por conseguinte, “seu destino passou a ser os porões das Santas Casas de Misericórdia⁶, onde permaneciam amarrados e vivendo sob péssimas condições de higiene e cuidado” (PASSOS, 2009, p. 104).

Ainda com o estabelecimento da corte em nosso país, houve a modernização da cidade do Rio de Janeiro, incluindo a abertura de cursos superiores, dentre os quais estão as Escolas e Faculdades de Medicina. Com isso, foi criada também a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, a qual, de acordo com Machado *et. al.* (1978), reivindicava para si a capacidade de promover a implantação de um projeto de medicina social, se impondo como instância de controle dos indivíduos e da população.

Em 1830 é lançada, pela recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, uma nova palavra de ordem: aos loucos o hospício. A consideração dos principais documentos que, pela primeira vez no Brasil, investigam a situação dos loucos, explicitam sua periculosidade e propõem a criação de um estabelecimento próprio para eles mostra claramente que um mesmo grupo de

⁶ “A Santa Casa de Misericórdia era uma notável e complexa confraria de caridade regida por compromissos de atribuições entre seus membros construídos pela Coroa Portuguesa no Brasil, como em todas as vilas e cidades de Portugal e das regiões ultramarinas por ela colonizadas. Concentrava todas as obras de assistência, abrangendo o atendimento nos hospitais, a assistência aos presos pobres, a coleta de doações de esmolas, a concessão de dotes às órfãs pobres, a criação de crianças abandonadas, os serviços funerários e além de ser igualmente, executora de testamentos”. (Lima, 2009, p.2).

médicos promoveu o projeto de medicina social e lançou a bandeira da psiquiatria. Mas a relação entre a loucura e a medicina urbana do século XIX não se restringe evidentemente ao fato de as mesmas pessoas assumirem e promoverem as mesmas lutas. O fundamental não é a existência de dois objetivos correlatos e coetâneos, mas a inclusão, como parte integrante e derivada, do louco nas medidas de medicina social, sejam elas simplesmente propostas ou efetivamente realizadas. Durante toda essa época o hospício, principal instrumento terapêutico da psiquiatria, aparece como exigência de uma crítica higiênica e disciplinar às instituições de enclausuramento e ao perigo presente em urna população que se começa a perceber como desviante, a partir dos critérios que a própria medicina social institui. (MACHADO *et. al.* 1978, pp. 376-377).

Seguindo essa lógica, através do Decreto nº 82 de 18 de julho de 1841, é fundado um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de Hospício de Pedro II. Em outras palavras, nasce o primeiro Hospital Psiquiátrico da América Latina, inspirado no modelo asilar francês difundido por Pinel e Esquirol e vinculado à Santa Casa de Misericórdia.

A inauguração do Hospício de Pedro II aconteceu em dezembro de 1852, na Praia Vermelha, cidade do Rio de Janeiro. Segundo José Lemes Lopes, em seu artigo intitulado "A Psiquiatria e o Velho Hospício" (1965), o desenho da construção foi inspirado na *Maison Nationale de Charênton*, um hospital criado pelos padres de São João de Deus, nas proximidades de Paris e que figura-se como um dos hospitais com maior atividade psiquiátrica na França.

Figura 1 – Hospício de Pedro II, 1861



Fonte: Arquivo Nacional. Disponível em:
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hospital_D._Pedro_II.jpg#mw-jump-to-license
Acesso em: 15 out. 2022.

A planta da edificação foi concebida por Domingos Monteiro, segundo Lopes (1965), tem-se:

Um grande retângulo, enquadrando quatro grandes pátios internos, separados por um corpo central da construção, a de certo modo distanciar as alas masculinas e femininas do asilo. No bloco central estava a entrada única. Três grandes portas conduziam ao átrio nobre, de onde se erguia uma escadaria monumental, que levava diretamente à Capela, no andar superior, e, à meia altura se bifurcava em dois lances, que conduziam "às salas de respeito", para usar a terminologia do cronista de "O Mundo Ilustrado", em 1958. Nesse corpo central, havia, como foi dito, no andar superior, a Capela e sob ela, no interior, a farmácia.

Além disso, conta com estátuas em mármore de Carrara, colunas de pedra nobre, janelas terminadas em forma de arco, dentre outros pontos que revelam uma arquitetura luxuosa e que, de acordo com o CCMS, sagraram o equipamento como um dos quatro principais exemplares de arquitetura imperial no Rio de Janeiro.

Nesse sentido, é possível citar três pontos principais: o primeiro deles, relacionado à posição geográfica, pois a sua localização nos limites da cidade corrobora com a ideia de isolamento, com base na segregação; o segundo, a respeito da disposição espacial do hospício, a qual retoma a figura do Panóptico⁷, organizado de forma a manter os indivíduos sob vigilância e disciplina constantes; já o terceiro, tangencia os acabamentos e o esmero no projeto da construção em inúmeros detalhes, os quais revelam por muitas vezes, uma preocupação muito mais estética do que médica e científica – o que é reafirmado pela atuação bastante tímida de médicos nesse espaço e pelo fato da caridade se colocar bem à frente da ciência no mesmo. Sobre isso, Lopes (1965) observa que “o espiritual foi colocado no plano mais elevado, sobre o material, como a indicar que naquela casa se deveria subir direto ao sagrado e que daí deveriam partir as demais atividades, a ele subordinadas”.

Assim sendo, o médico não tinha poder efetivo sobre tal instituição, pois as decisões administrativas cabiam à Santa Casa de Misericórdia, bem como ao discurso religioso praticado na mesma. Ou seja, esses espaços eram administrados pela Igreja.

Nas décadas que se sucederam, a procura por novas vagas para hospitalização não parava de crescer e, para suprir essa demanda, foram construídas várias outras instituições, muitas delas provisórias e em péssimas

⁷ Jeremy Bentham (1785) e Michel Foucault (1999).

condições. Segundo Resende (1987), essa situação, somada aos maus tratos, deram luz a várias denúncias, onde os médicos começaram a exigir que o tratamento fosse feito com base nas teorias e técnicas já adotadas na Europa.

Além disso, do mesmo modo como no período anterior, persistiram as denúncias de maus tratos, imundície, superlotação, baixa qualificação e truculência dos atendentes e falta de assistência médica. No hospital Dom Pedro II os doentes eram vítimas das camisolas de força, os jejuns impostos, as cacetadas, os maus tratos e até o assassinato. Em Olinda, em alguns anos, a mortalidade ultrapassou os 50% da população internada e no Pará o beribéri era uma das mais importantes causas da morte. (RESENDE, 1987, p. 39).

Somente após a Proclamação da República (1889), o Hospício de Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia, tendo seu nome alterado para “Hospício Nacional de Alienados” e passando a ser subordinado ao poder público. Posto isso, médicos especialistas começaram a ficar incumbidos da administração da instituição, além de começarem a exigir um parecer médico para admissão do paciente.

No início do século XX, a psiquiatria brasileira começa a se afastar da psiquiatria francesa e ir de encontro à psiquiatria alemã, não mais se restringindo ao espaço asilar.

No início do século XX, a prática psiquiátrica rompe com a psiquiatria do século XIX, procurando atender às necessidades de um sistema de assistência amplo o suficiente para oferecer tratamento especial a todos os tipos de anormalidade psicológica, de acordo com cada tipo de distúrbio psíquico. O sistema de assistência proposto não é mais centrado num único espaço asilar, onde o isolamento no hospício é absolutamente necessário para a cura do doente mental, mas apresenta formas terapêuticas alternativas que, somadas umas às outras, pretendem oferecer a cada indivíduo anormal, degenerado, uma assistência médica que o recupere para a vida em sociedade. Inicia-se no Brasil um novo sistema de assistência disperso em diferentes formas asilares ou não asilares, que permitem penetrar em outras instâncias da sociedade, como a família, o governo, as Forças Armadas, psiquiatrizando a normalidade, oferecendo um tratamento diferenciado para o louco propriamente dito e para o desviante em geral, psiquiatrizando os espaços sociais de onde possa emergir a alienação mental. (PORTOCARRERO, 2002, p. 117).

2.6 DA LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL ÀS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Passadas aproximadamente três décadas do cenário apresentado no final da subseção anterior, tem-se, no ano de 1923, a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental. Tal fato representa um marco no que diz respeito a esse assunto, no entanto, podem ser levantadas algumas problemáticas, haja vista a mesma possuir princípios questionáveis, como a proibição do casamento entre doentes mentais, descendentes de origem africana ou oriental e usuários de álcool e outras drogas, alegando que esses seriam princípios para hegemonia de uma coletividade sadia (AMARANTE, 2014).

Dando um salto histórico para o ano de 1987, tem-se a realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). A mesma ocorreu como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual foi um marco por estabelecer que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, além de propor um Sistema Único de Saúde. A I CNSM apresenta propostas que corroboram com o processo de reforma psiquiátrica brasileira, tais sejam: a necessidade de participação da sociedade no gerenciamento dos serviços, através do controle social; a defesa dos direitos dos pacientes; a internação em hospital geral e a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos (HEIDRICH; BERNDT; DIAS, 2015).

Um outro evento de grande relevância, a Conferência de Caracas, realizada em 1990, criou um consenso entre os governantes latino-americanos de que a assistência psiquiátrica convencional, bem como o hospital psiquiátrico, não permitiam alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo, pois os mesmos isolam o doente do seu meio, criam condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo, requerem a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços deste âmbito, além de oferecerem ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental (OPAS, 1990). Com isso, a Declaração de Caracas aponta:

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:
 - a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
 - b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
 - c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:
 - a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
 - b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais. (OPAS, 1990).

Já no ano de 1987, ocorreu a Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual realizou-se, conforme supracitado, após a Declaração de Caracas, depois da aprovação da legislação do Sistema Único de Saúde e das primeiras portarias de normatização da política de saúde mental – as quais tinham como intuito realizar mudanças no modelo assistencial vigente. Essa CNSM propõe uma rede de atenção em saúde mental, substitutiva ao modelo hospitalocêntrico. Outro ponto a ser levantado sobre esse evento, foi a presença de representantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, o que por sua vez, imprimiu um caráter antimanicomial à Conferência – que aprovou a criação de comissões de reforma psiquiátrica nos conselhos municipais e instituiu o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial (HEIDRICH; BERNDT; DIAS, 2015).

No ano de 2001, tem-se a aprovação da Lei nº 10.216/01 (Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica), a qual surge de um intenso debate sobre a questão da cidadania dos doentes mentais e a reorientação do modelo assistencial e, a partir da qual origina-se a Política de Saúde Mental⁸. Nesse mesmo ano, ocorreu a Terceira

⁸ “Visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência

Conferência Nacional de Saúde Mental, consolidando assim a reforma psiquiátrica no Brasil. O tema da III CNSM segue o da Organização Mundial da Saúde (OMS), e é definido como “Cuidar sim, excluir não” e teve como algumas das propostas: a extinção de todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil até 2004; a abolição do eletrochoque; a compreensão dos serviços substitutivos como meio, e não como fim, visando a permanente reinserção social das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Com isso, tem-se a adoção de algumas frentes, sendo elas: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de Volta para Casa (PVC), dentre outros.

Em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. A Portaria nº 2.446/2014 foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS (BRASIL, 2017).

A política contribui para que o paciente mental se torne um cidadão e que os diferentes profissionais da saúde trabalhem para produzir esses novos modos de viver. Como valores e princípios da PNPS sobre o olhar para com a saúde mental, destacam-se a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade, ações essas que proporcionam o reconhecimento das subjetividades individuais e coletivas no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida, e não apenas a construção de hospícios que objetivam a exclusão social do doente mental. (BRASIL, 2014 *apud* HEIDRICH; BERNDT; DIAS, 2015).

A Quarta Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) aconteceu em Brasília, no ano de 2010 e teve como tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. De acordo com o relatório final da mesma, tal conferência reafirmou o campo da saúde mental como multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010). Ainda segundo o mesmo documento:

Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos

que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo.” (Centro Cultural do Ministério da Saúde).

humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc.

Após mais de dez anos sem Conferências, a etapa nacional da Quinta Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrerá entre os dias 16 e 19 de maio de 2023 e tem como tema “A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS”. A mesma se insere em um contexto em que a PNSM vem sofrendo constantes ataques, os quais colocam em risco conquistas históricas que foram vistas ao longo da presente seção. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde:

Os impactos atingem a Rede de Atenção Psicossocial, com o incentivo à internação psiquiátrica e à separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ter ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e uma abordagem proibicionista e punitivista, de acordo com as críticas da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (Cism), do CNS.

2.7 CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA SAÚDE MENTAL

Antes de tratar sobre a inserção do público infante juvenil no âmbito da saúde, é importante ressaltar a priori o caminho percorrido para aquisição de seus direitos como cidadão, os quais, no contexto brasileiro, tem início na década de 1920. Nesse cenário, surgem as primeiras legislações que versam sobre assistência e proteção das crianças e adolescentes, reconhecendo a situação de pobreza como geradora de “crianças abandonadas” e “jovens delinquentes”.

O pensamento supracitado propiciou a expansão de inúmeras instituições de caráter filantrópico seguindo o ideal de controle e proteção, conforme aponta o Ministério da Saúde no documento intitulado “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir o cuidado”:

Na lógica do isolamento dos “desviantes”, a privação de liberdade por intermédio da institucionalização foi um dos meios empregados para segregar crianças e adolescentes pobres, autores de atos infracionais, com deficiências e com transtornos mentais, entre outros tipos como “incapazes”. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014, p. 9).

Visto isso, salienta-se que as políticas de defesa dos direitos de crianças e adolescentes tem como algumas de suas marcas o controle do Estado sobre esses

indivíduos e a construção de um modelo de assistência centrado na institucionalização, com o objetivo de garantir a proteção social. Posteriormente, algumas legislações específicas marcaram esse campo, produzindo transformações na compreensão jurídica e social da infância e da adolescência, dentre as quais pode-se citar: o Código Mello Mattos, de 1927; o Código de Menores, de 1979; e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990 – está em vigência atualmente e foi peça chave para que esse público fosse considerado como cidadãos de direitos e com necessidades próprias.

Neste sentido, o alinhamento de conceitos e a parceria entre profissionais de saúde e do campo de defesa dos direitos são de suma importância para a garantia dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes e para a garantia do acesso aos serviços e às ações de saúde e de saúde mental de qualidade na rede SUS. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014, p. 12).

Em se tratando da saúde mental propriamente dita, pesquisas têm confirmado uma grande prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Mais precisamente, Fleitlich e Goodman (2002) já apontavam que no Brasil, em áreas urbanas de classe média e em áreas rurais carentes, esses números chegam a aproximadamente 10%, enquanto que em áreas urbanas carentes, a taxa de crianças e adolescentes que sofrem com algum tipo de transtorno mental fica em torno de 20%. Num cenário mais amplo e atual, de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2021), mais de 13% dos adolescentes no mundo vive com algum transtorno mental diagnosticado e, de acordo com o mesmo documento, esse público poderá sentir o impacto da Covid-19 em sua saúde mental e bem-estar por muitos anos.

Apesar disso, Couto, Duarte e Delgado (2008) mencionam a escassez de serviços na assistência em saúde mental infanto-juvenil, haja vista a maior incidência para atendimento ao público adulto. Tal abordagem pode ser reafirmada pela UNICEF (2021), a qual constata que apenas cerca de 2% dos orçamentos governamentais de saúde são alocados para gastos com saúde mental em todo o mundo.

A pequena quantidade de serviços focados nesse público, em geral, se concentra nas grandes metrópoles, o que significa que o interior dos Estados, muitas vezes, encontra-se às margens dos serviços em saúde mental.

Ademais, de acordo com Guerra (2005, p. 140 *apud* Ronchi e Avellar, 2010), um outro desafio da assistência em saúde mental nesse setor que pode ser destacado, está em traçar o diálogo entre diferentes saberes que perpassam as crianças e os jovens, uma vez que estão diluídos por diferentes áreas. Ainda de acordo com Guerra (2005, p. 141):

[...] pensar em proposta no âmbito das políticas públicas para assistência a crianças e adolescentes com transtornos graves implica, no mínimo, em reescrever a história da assistência a partir de novos princípios éticos e políticos.

Portanto, é de fundamental importância a adoção de uma rede de serviços aos usuários que seja plural e acolhedora, levando em consideração as especificidades de atendimentos e contrapondo-se à desassistência que ocorreu durante grande parte da história. Em vista disso, a próxima seção aborda questões referentes à Rede de Atenção Psicossocial.

3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Conforme visto na seção anterior, tanto no Brasil, quanto no mundo, diversas foram as mudanças pelas quais a Atenção à Saúde Mental passou ao longo do tempo. Nesse sentido, as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) se apresentam como um marco para a superação do modelo hospitalocêntrico.

A RAPS integra o Sistema Único de Saúde e estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com transtornos mentais e com problemas em decorrência do uso de drogas, bem como a seus familiares, nas suas diferentes necessidades.

Segundo o Ministério da Saúde, trata-se de um conjunto de diferentes serviços que articulados formam uma rede plural, com diferentes graus de complexidade e que promovem assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente. Esta Política busca promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 3/2017, são objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2017):

- I. Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II. Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III. Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

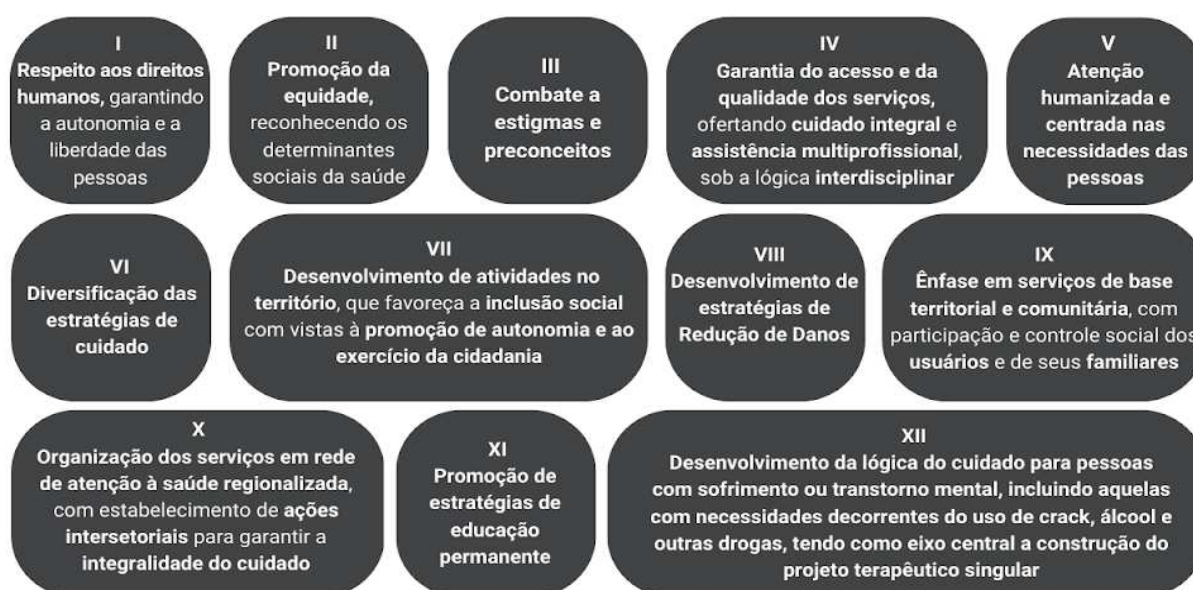
Ainda com base na mesma, tem-se como objetivos específicos da RAPS:

- I. Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II. Prevenir o consumo e a dependência de *crack*, álcool e outras drogas;
- III. Reduzir danos provocados pelo consumo de *crack*, álcool e outras drogas;

- IV. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V. Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI. Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII. Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII. Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais de seus pontos de atenção;
- IX. Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Além dos objetivos gerais e específicos supracitados, destacam-se as seguintes diretrizes para seu funcionamento (BRASIL, 2017):

Figura 2 – Diretrizes para o funcionamento da RAPS



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html Acesso em: 13 nov. 2022.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída dos seguintes componentes:

Quadro 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Componentes	Pontos de Atenção
Atenção Básica em saúde	Unidade Básica de Saúde Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial	Centros de Atenção Psicossocial Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192 Sala de Estabilização UPA 24 horas Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Serviços de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral Hospital Psiquiátrico Especializado Hospital dia
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html
Acesso em: 13 nov. 2022.

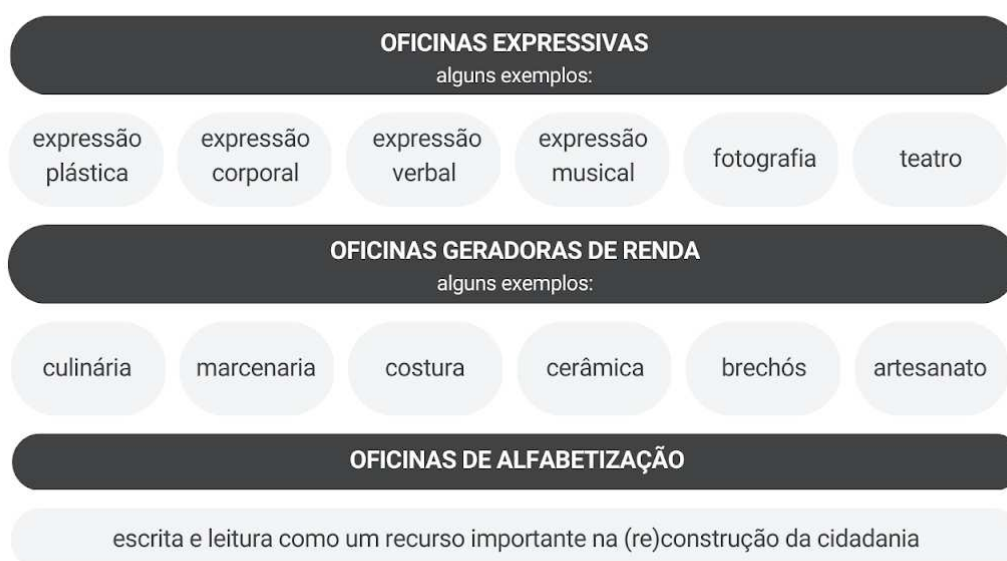
Dentre os componentes e seus respectivos pontos de atenção apresentados no Quadro 1, no que tange ao campo da atenção a crianças e adolescentes, várias dessas frentes possuem um papel estratégico e de extrema importância no atendimento do público infanto-juvenil, no entanto, o presente trabalho fará um recorte focado na atenção psicossocial, com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o qual será abordado detalhadamente na seção a seguir.

4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de atendimento de saúde mental de caráter aberto e comunitário do SUS, que compõem a RAPS. Trata-se de um serviço criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, tendo como objetivo oferecer atendimento ao público supracitado, realizando acompanhamento clínico personalizando e visando a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, educação, esporte, cultura, além do exercício dos direitos civis e do fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Dentre as principais formas de tratamento oferecidas nos CAPS, estão as oficinas terapêuticas⁹ que, em geral, podem ser agrupadas como descrito na Figura 3.

Figura 3 – Oficinas terapêuticas



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) organiza os Centros de Atenção Psicossocial em diferentes modalidades, sendo elas: **CAPS I e II**, voltados para o

⁹ Atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários, as quais podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004, p.20).

atendimento de todas as faixas etárias, os quais atendem cidades e/ou regiões com pelo menos 20 mil e 70 mil habitantes, respectivamente; **CAPS III**, que são para atendimento de todas as faixas etárias e possuem até 5 vagas de acolhimento noturno e observação, atendendo cidades e/ou regiões com população acima de 200 mil habitantes; **CAPS ad** especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, voltado para todas as faixas etárias, atende cidades e/ou regiões com número de habitantes superior a 70 mil; **CAPS ad III**, também especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas em todas as faixas etárias, porém conta com 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação, funcionamento 24 horas, para cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes; **CAPS ad IV**, para todas as faixas etárias, em municípios com mais de 500 mil habitantes e capitais de estado, voltado para o atendimento a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tem como objetivos proporcionar serviço de atenção contínua, com funcionamento 24h, além de ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação; e o **CAPS i**, que é para atendimento diário de crianças e adolescentes em cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes – sendo esse, o equipamento de estudo da presente monografia.

4.1 CAPS I

Os CAPS i prestam atendimento diário destinado a crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, incluindo portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais devido a sua condição psíquica.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) salienta a necessidade de iniciar os atendimentos o mais cedo possível, além de apontar algumas situações que favorecem a obtenção de progressos no nível de desenvolvimento das crianças e adolescentes com transtornos mentais, dentre elas: a permanência em seu ambiente doméstico e familiar; o papel ativo da família no tratamento; ações intersetoriais; atendimento interdisciplinar; além de atividades de inclusão social.

Através da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), o Ministério da Saúde estabelece que a assistência prestada ao paciente no CAPS i deve incluir as seguintes atividades:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros);
- Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, dentre outros);
- Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- Visitas e atendimentos domiciliares;
- Atendimento à família;
- Atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- Desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Ademais, o Centro de Atenção Psicossocial obedece a exigência de diversidade profissional e, no caso do CAPS i, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) regula que a equipe técnica mínima¹⁰, deverá ser composta por: 1 médico (psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental); 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); 5 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

Ainda segundo a referida Portaria, o CAPS i é indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes, devendo funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo ainda comportar um terceiro turno, que funcione até às 21:00 horas. De acordo com a Secretaria de Atenção Primária da Saúde (SAPS, 2022), atualmente existem 285 CAPS i no Brasil, destes, 41 encontram-se no estado de Minas Gerais e, um deles está na cidade de Juiz de Fora.

¹⁰ Para o atendimento de 15 crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 pacientes/dia. (BRASIL, 2017).

4.1.1 Estrutura física do CAPS i

O Ministério da Saúde aponta os ambientes necessários para a conformação de um CAPS, bem como as quantidades e áreas mínimas do mesmo. Dessa forma, a Tabela 1 apresenta tais informações, referentes à estrutura física de um CAPS i.

Tabela 1 - Relação de ambientes mínimos CAPS i

Ambiente	Quantidade mínima obrigatória	Área unitária mínima (m²)	Área total (m²)
Espaço de acolhimento	1	30	30
Sala de atendimento individualizado	3	9	27
Sala de atividades coletivas	2	22	44
Espaço interno de convivência	1	50	50
Sanitário PNE público masculino	1	10	10
Sanitário PNE público feminino	1	10	10
Sala de aplicação de medicamentos	1	6	6
Posto de enfermagem	1	6	6
Quarto coletivo com acomodações individuais	1	12	12
Banheiro contíguo aos quartos coletivos com acomodações individuais	1	3	3
Sala administrativa	1	12	12
Sala de reunião	1	16	16
Almoxarifado	1	4	4
Arquivo	1	4	4
Refeitório	1	50	50

(continua)

(conclusão)

Ambiente	Quantidade mínima obrigatória	Área unitária mínima (m²)	Área total (m²)
Cozinha	1	35	35
Banheiro com vestiário para funcionários	2	9	18
Depósito de material de limpeza (DML)	1	2	2
Sala de utilidades	1	3	3
Farmácia	1	7	7
Área de serviços	1	4	4
Área externa de convivência	1	50	50
Área externa para embarque e desembarque	1	20	20
Abrigo externo de resíduos comuns	1	1,5	1,5
Abrigo GLP	1	1	1
Área útil total: 425,5 m²			

Fonte: Elaborado com base em: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf

Acesso em: 13 nov. 2022.

De acordo com o mesmo documento, tem-se que:

O espaço de acolhimento, é o ambiente em que ocorre o primeiro contato do usuário e seus familiares com a unidade e, por isso, deve ser acessível e acolhedor, com sofás, poltronas, cadeiras e mesas para a recepção, por exemplo. O ideal é que o mesmo fique situado próximo à sala de arquivo, onde ficam armazenados os prontuários.

Nas salas de atendimento individualizado, é necessário que haja uma mesa com gavetas, cadeiras, sofá e armário, pois é nesse ambiente em que acontecem

consultas, entrevistas, acolhimento, terapias e orientações. Salienta-se a necessidade de que em uma dessas salas exista lavatório para higienização das mãos e também uma maca disponível, para possíveis avaliações clínicas e psiquiátricas. Já para as salas de atividades coletivas – espaço para atendimentos em grupos –, é importante que a disposição dos móveis seja flexível, dada a variedade de práticas corporais, expressivas e comunicativas que podem ocorrer.

Os espaços internos de convivência abrigam os encontros de usuários, familiares e profissionais do CAPS, sendo palco de trocas de experiências, realização de saraus, reuniões e oficinas.

A farmácia é encarregada da programação, recepção, estocagem, preparo, controle e distribuição dos medicamentos para os usuários da unidade. Enquanto isso, o posto de enfermagem é destinado à execução de atividades técnicas específicas e administrativas, devendo contar com bancada, pia, armários e mesa com computador. Próximo a esse, indica-se o posicionamento dos quartos e da sala de aplicação de medicamentos – espaço com bancada para preparar e ministrar medicação, pia e armários.

O quarto coletivo com acomodações individuais e banheiro contíguo é projetado para duas pessoas e deve ser convidativo, acessível e acolhedor, além de ter móveis individuais.

Além do banheiro contíguo ao quarto, deve haver ao menos dois sanitários públicos acessíveis – sendo um masculino e um feminino – e dois banheiros com vestiário, compartilhados por usuários, familiares e profissionais da unidade – ou apenas para funcionários, caso o gestor assim prefira.

O CAPS i também deve possuir uma sala administrativa, uma sala de reunião, um almoxarifado, uma sala de utilidades, um depósito de material de limpeza (DML), um abrigo externo de resíduos comuns para o descarte de lixo doméstico, uma área de serviços – destinada à limpeza dos materiais e das roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço – e um espaço destinado ao abrigo de botijão de gás.

É necessário que haja também uma cozinha para preparo e manipulação de alimentos, com área para higienização e depósito de mantimentos e utensílios. O CAPS i também deve ter a capacidade de oferecer refeições, portanto, é indispensável a presença de um refeitório.

Por fim, uma área externa para embarque e desembarque, onde seja possível a entrada e saída de automóveis e ambulâncias. E, uma área externa de convivência, com espaço para circulação de pessoas, ações coletivas e individuais e interação social, com bancos, redes ou outros equipamentos que se adequem ao contexto sociocultural do local em que se insere.

Uma vez expostos os ambientes mínimos necessários ao CAPS i, suas respectivas dimensões e mobiliários, a próxima seção levanta estratégias e elementos relacionados à arte e arquitetura que podem corroborar com o bem estar dos usuários deste equipamento.

5 CONTRIBUIÇÕES DA ARTE E ARQUITETURA PARA A SAÚDE MENTAL

Ao longo da presente seção, serão abordados dois temas principais: psicologia ambiental e design biofílico. Ambos foram elegidos como princípios norteadores para a elaboração do projeto arquitetônico do CAPS i, que será desenvolvido na próxima etapa do Trabalho de Conclusão de Curso, entendendo que tais conceitos, somados à questões artísticas, podem ser elementos potencializadores no ambiente de atendimento à crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e/ou persistentes.

5.1 PSICOLOGIA AMBIENTAL

Enquanto ciência e tema de pesquisa, a Psicologia Ambiental surge anos após o fim da Segunda Guerra Mundial, em um cenário em que era preciso reconstruir as cidades europeias, levando em consideração o estado psicológico dos habitantes.

Apesar de ter se tornado tema de pesquisa apenas a partir do momento supracitado, é possível afirmar que o ser humano esteve, desde a época da sociedade primitiva, relacionado com o meio ambiente a sua volta, seja adaptando-se às mais diversas condições por ele imposto, ou tentando dominá-lo em busca de sobrevivência. Nesse sentido, a psicologia ambiental surge como a área que estuda as particularidades dessa relação, buscando entender de que forma o ambiente, seja ele natural ou construído, pode influenciar o comportamento dos indivíduos. Ressalta-se que esse estudo pode ser feito em diferentes níveis e escalas, mas para fins da presente pesquisa, terá foco na escala micro, de um equipamento institucional, a ser inserido no meio urbano – o CAPS i.

De acordo com Pinheiro e Elali (2011), a relação socioespacial é influenciada pelo contexto sociocultural desse indivíduo, pelas suas aspirações e necessidades, sua história coletiva e individual e sua perspectiva de futuro e, por isso, a análise da relação pessoa/ambiente deve considerar não só aspectos físicos, como também aspectos sociais e culturais.

Sob essa ótica, constata-se que algumas características do espaço construído, ainda que não sejam apreendidas por nossos sentidos, podem induzir determinadas sensações – positivas ou negativas. Dessa forma, a psicologia

ambiental figura-se como uma importante aliada no desenvolvimento de projetos arquitetônicos, os quais podem servir como ferramenta para a criação de espaços que contribuam para o bem-estar físico, fisiológico e psicológico daqueles que utilizarão tais ambientes.

No caso dos espaços destinados ao acolhimento de pessoas com transtornos mentais, conforme visto na seção “HISTÓRICO DA LOUCURA E LUGARES DESTINADOS À ELA” da presente monografia, nota-se que a arquitetura, por muito tempo, exerceu um papel de exclusão, segregação e discriminação para essa parcela da sociedade, até enfim começar a ser questionada. No que tange a essa transição, é importante destacar o conceito de Ambientes Restauradores (*Restorative Environments*), sugerido por Roger Ulrich, Rachel Kaplan e seu marido, Stephen Kaplan (ULRICH, 1983, 1984; R. KAPLAN & KAPLAN, 1989; S. KAPLAN, 1995), o qual se divide em duas linhas de pesquisa: Teoria da Recuperação Psicofisiológica ao Estresse e Teoria da Restauração da Atenção – que serão abordadas abaixo. Além disso, haja vista o público alvo deste trabalho ser crianças e adolescentes, será feita uma explanação relacionando conceitos de ambientes restauradores com esse grupo em específico.

5.1.1 Ambientes restauradores

Em relação aos ambientes restauradores, cita-se primeiramente a Teoria da Recuperação Psicofisiológica ao Estresse (*Psychophysiological Stress Recovery* ou *Psychoevolutionary Theory* - PET) a qual foi proposta por Roger Ulrich, no ano de 1983. A mesma enfatiza a percepção visual e estética de determinados ambientes à resposta afetiva a ela associada.

O autor postulou que, por uma questão de sobrevivência, o ser humano se utiliza de estratégias comportamentais, que requerem decisões afetivas, como aproximação ou repulsão, além de uma mobilização simultânea de recursos fisiológicos para atender a tais estratégias. (GRESSLER E GÜNTHER, 2013, p. 489).

De acordo com a teoria psicoevolucionista, estar cercado por fatores que estimulam a aproximação e desestimulam certos comportamentos é fundamental para o bem estar e sobrevivência dos indivíduos (*Idem, Ibidem*, p. 489). Diante disso, com base na abordagem de Ulrich, Gressler e Günther (2013) apontam que:

As experiências de ambientes físicos, visualmente prazerosos, podem auxiliar na redução do estresse, uma vez que desencadeiam emoções positivas, mantêm o estado de atenção não vigilante, diminuem os pensamentos negativos e possibilitam o retorno à excitação fisiológica (*physiological arousal*) para níveis mais moderados. (*Idem, Ibidem*, p. 489).

O autor – Ulrich – pontua também que alguns aspectos da natureza, sejam eles reais ou simulados, têm a capacidade de promover recuperação psicofisiológica ao estresse, em especial gramados, árvores e água.

Um dos estudos iniciais de Ulrich (1984) foi realizado em um hospital na Pensilvânia, entre 1972 e 1981. Os resultados indicaram que pacientes que haviam sido submetidos a cirurgia e que apresentavam o mesmo quadro clínico, quando colocados em leitos hospitalares que possibilitavam a visão da natureza através da janela do hospital, tiveram em geral menor tempo de internação pós-operatório, receberam menos comentários negativos na avaliação das enfermeiras e necessitaram de menor quantidade de analgésicos. O mesmo não aconteceu com pacientes que se encontravam em quartos com janelas com vista para uma parede de tijolos de um prédio vizinho. Os resultados dessa pesquisa sugerem que apenas um vislumbre da natureza pode possibilitar a recuperação do estresse. (*Idem, Ibidem*, p. 489).

Já a segunda linha de pesquisa a ser elucidada foi desenvolvida por Rachel Kaplan e Stephen Kaplan, e fortemente influenciada por William James e Frederick Law Olmsted. Trata-se da Teoria da Restauração da Atenção (*Attention Restoration Theory - ART*), a qual aponta que, após horas de concentração, ou de exposição ao estresse diário, pode haver fadiga no processo de atenção, gerando assim a necessidade de um momento para descansar, para que enfim seja possível voltar ao foco. De acordo com a ART, para que um local possa propiciar uma experiência restauradora, é necessário que haja quatro componentes no que diz respeito à relação pessoa-ambiente (KAPLAN, 1995), sendo elas, de maneira resumida:

- Fascinação (*fascination*): diz-se do local que proporciona a atenção sem que haja necessidade de esforço;
- Afastamento (*being away*): consiste em estar longe de situações e contextos cotidianos que provocam cansaço ou esgotamento da atenção;
- Extensão (*extent*): trata-se da existência de um envolvimento do sujeito devido ao que olhar ou fazer em determinado ambiente, ou pela ordenação e organização do mesmo;

- Compatibilidade (*compatibility*): nesse caso, o ambiente se adequa ao que o usuário quer fazer.

Nesse sentido, os conceitos e ferramentas apresentados tanto na PET, quanto na ART, são de grande importância para a proposta projetual que se originará a partir desta pesquisa.

5.1.2 Um olhar sobre o público infanto-juvenil

Embora a maioria dos estudos sobre psicologia ambiental com foco em crianças e adolescentes tenham como base o ambiente escolar e o ambiente hospitalar, é possível aplicar alguns dos conceitos e soluções vistos anteriormente também no Centro de Atenção Psicossocial voltado a este público.

Diante disso, o presente tópico irá abordar algumas questões levantadas principalmente por Maíra Longhinotti Felipe (2009), em sua pesquisa direcionada às possibilidades de restauração do estresse em hospitais pediátricos, mas que servirão de embasamento para a proposta projetual do CAPS i.

Felipe aponta um conjunto de atributos físicos que despertam a experiência positiva de crianças e adolescentes, tais sejam: Aparência residencial; Acesso visual e físico ao ambiente exterior natural e ar fresco; Amplitude moderada; Oportunidade de privacidade; Oportunidade de interação social; Acesso a tecnologias; Quadros e ilustrações na parede; Presença de brinquedos e áreas para jogos e atividades; Suporte às exigências do acompanhador e; Conservação e ordem da estrutura hospitalar.

No que diz respeito à aparência residencial, a autora salienta que um espaço com características semelhantes ao lar remetem a imagem de proteção, segurança, confiança, intimidade, tranquilidade e repouso e, portanto, são agradáveis às crianças e adolescentes. Dentre os fatores que podem contribuir com essa semelhança, estão as cores com tons quentes, os materiais e o mobiliário (FELIPPE, 2009).

O acesso visual e físico ao ambiente exterior natural e ar fresco corroboram com o que foi exposto por Ulrich (1983) e é reafirmado por Felipe (2009), ao constatar que essa relação interno-externo suscitam sensações de beleza, calma, acolhimento, liberdade, alegria e tranquilidade. Nesse sentido, grandes aberturas

voltadas para o exterior, janelas com peitoril mais baixo, áreas envidraçadas, iluminação natural e ar fresco são fatores potentes para a contribuição com o bem estar das crianças e adolescentes.

A amplitude moderada citada por Felipe (2009) embasa o fato de que o grupo infanto-juvenil tem preferência por um pé-direito mediano e ambientes amplos, associando-os à beleza, calma, comodidade e alegria.

Em relação a oportunidade de privacidade e a oportunidade de interação social, a autora ressalta a importância dessas duas vias, uma vez que é extremamente necessária a existência de um ambiente que seja relaxante e tranquilizador, mas ao mesmo tempo, é fundamental que haja áreas propícias a interação social, gerando assim distração positiva e suporte social. Nesse sentido, Gressler e Günther (2013) afirmam que, no caso de crianças e adolescentes, é melhor que o ambiente contribua para o entusiasmo do que para o relaxamento.

Em se tratando do acesso às tecnologias, a autora cita a presença da televisão, salientando que a mesma pode contribuir positivamente, causando a sensação de alegria e comodidade, mas ao mesmo tempo, pode-se tratar de um estímulo indesejável ou estressante e, por isso, deve haver a possibilidade de controlar o funcionamento da mesma.

Os quadros e ilustrações nas paredes são aspectos de extrema importância a serem citados, colaborando com a geração de uma atmosfera mais alegre, divertida e interessante. Sobre esse ponto, é necessária atenção quanto à temática dos quadros, haja vista que os com motivos infantis podem causar descontentamento aos adolescentes. Além disso, Felipe (2009) salienta que certas imagens podem causar efeitos negativos, principalmente as abstratas ou impressionistas, mas em contrapartida, os quadros com temas de natureza têm tido alta aceitação tanto pelas crianças, quanto pelos adolescentes. Nesse viés, a utilização de arte nesses ambientes, principalmente aquelas produzidas pelos próprios usuários, contribuem para o sentimento de pertencimento, além de promoverem maior variação estética, criando assim mais distrações, entretenimento e engajamento para as crianças e adolescentes que frequentam tais espaços (TAUFE, 2022).

A presença de brinquedos e áreas para jogos e atividades também funcionam como distrações positivas (FELIPPE, 2009), devendo ser adequados à faixa etária a que se destinam.

Por fim, a autora também cita o suporte às exigências do acompanhador e a conservação e ordem da estrutura hospitalar, no entanto, esses dois pontos não receberam foco aqui, por serem restritos ao ambiente hospitalar, propriamente dito.

5.2 DESIGN BIOFÍLICO

O conceito do Design Biofílico está diretamente relacionado ao fato de que o nosso desenvolvimento é uma resposta adaptativa ao meio natural, haja vista que a maior parte da nossa evolução se deu em ambientes selvagens. Atualmente, em decorrência da urbanização, o homem tem estado cada vez mais desconexo da natureza, no entanto, os elementos naturais ainda apresentam grande importância para a vida humana.

O termo foi usado inicialmente pelo psicólogo e filósofo Erich Fromm em 1964 e, posteriormente, difundido por Edward Osborne Wilson, no ano de 1984, em seu livro intitulado *Biophilia*, onde abordava a ligação emocional inata entre os seres humanos e o mundo natural (ECOTELHADO, 2021).

O design biofílico busca soluções para as deficiências das edificações contemporâneas, estabelecendo novos meios que permitam a satisfação da experiência junto à natureza, no contexto da construção. O objetivo é a criação de “habitats” agradáveis ao ser humano, ambientes que qualifiquem a saúde e o bem-estar. (KELLERT; CALABRESE, 2015).

Esse conceito possui três pilares principais: Experiência direta da natureza – presença de luz, plantas, água, paisagens, dentre outros; Experiência indireta da natureza – lembrança da natureza, por meio de imagens que fazem referência ao meio ambiente, bem como materiais e paletas de cores; Experiência de lugar e espaço – traz aspectos que referenciam às características da natureza, como refúgio, por exemplo (KELLERT; CALABRESE, 2015).

O balançar das folhas, as diferentes nuances de cor do pôr-do-sol, as correntes de vento, o barulho das ondas, o movimento das nuvens e as águas estímulos benéficos ao ser humano, distraíndo-o, relaxando-o e despertando nele sensações e pensamentos positivos. (VASCONCELLOS, 2004, p.72).

De acordo com Inson (2022), dentre os principais benefícios do design biofílico, transcreve-se:

1. Aumenta o bem-estar físico e mental das pessoas que usam o espaço;
2. Ajuda a reduzir os níveis de estresse, a pressão arterial e as frequências cardíacas;
3. Estimula a criatividade e a empatia;
4. Ajuda os alunos a se concentrarem mais em ambientes educacionais;
5. Aumenta a produtividade em ambientes escolares, universitários e corporativos;
6. Na arquitetura hospitalar a aplicação do design biofílico favorece a recuperação dos pacientes.

Nesse sentido, constata-se que os conceitos relacionados à psicologia ambiental e ao design biofílico se atravessam, portanto, uma arquitetura que alie tais parâmetros com questões inerentes ao projetar (como acessibilidade, por exemplo), podem contribuir para a criação de um lugar de qualidade e que se adeque à proposta de um espaço múltiplo como o CAPS i.

6 REFERÊNCIAS PROJETUAIS

Na presente seção serão analisados três projetos que, apesar de não tratarem sobre um CAPS propriamente dito, fornecerão insumos para o desenvolvimento do projeto a ser proposto no TCC II.

Considerando-se que, no contexto brasileiro, é praticamente impossível se pensar em arquitetura hospitalar humanizada e não relacionar aos projetos de João Filgueiras Lima para a Rede Sarah, a primeira referência projetual é o Hospital Sarah Kubitschek da cidade de Salvador, Bahia.

Num segundo momento, será analisada a solução formal e plástica do Maggie's Centre - Gartnavel, idealizado pelo escritório OMA para a Maggie's Cancer Caring Centres Foundation, uma instituição de caridade que fornece suporte e informações sobre o câncer em centros em todo o Reino Unido.

Já a terceira referência projetual versa sobre a aplicação do design biofílico na arquitetura hospitalar, por meio do Östra Psychiatry Hospital, projetado pelo escritório White Arkitekter, na Suécia.

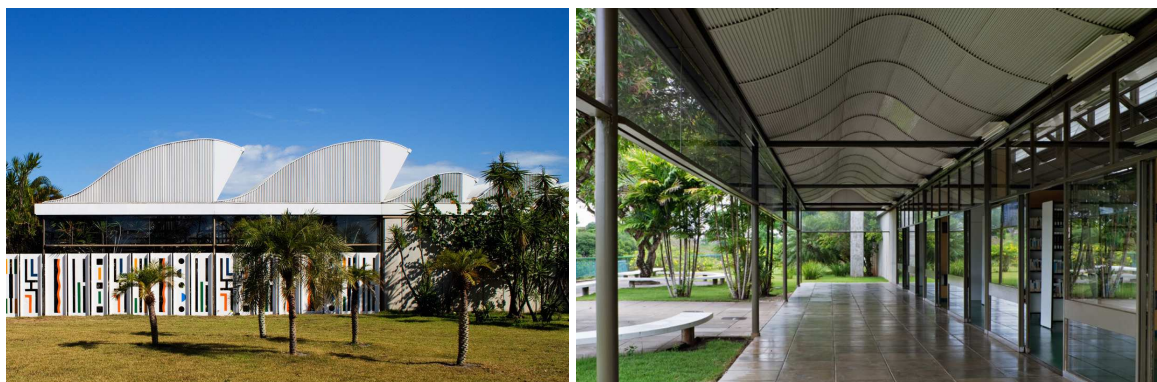
6.1 HOSPITAL SARAH KUBITSCHEK - SALVADOR

Projetado pelo arquiteto João Filgueiras Lima¹¹, o Hospital Sarah Kubitschek está situado na cidade de Salvador, na Bahia e foi construído no ano de 1994. Trata-se de uma das grandes representações da arquitetura bioclimática e da humanização dos espaços.

Um dos pontos mais marcantes desse e de outros projetos da Rede Sarah, são os *sheds* metálicos curvos, os quais definem a forma do edifício por meio de diferentes tamanhos provenientes da variação dos vãos da estrutura metálica. Além disso, os *sheds* ainda contribuem para a ventilação cruzada no interior da edificação, para o conforto térmico – diminuindo a necessidade de climatização artificial – e para a iluminação natural, proporcionando assim maior conforto ambiental.

¹¹ João da Gama Filgueiras Lima, mais conhecido como Lelé, é um dos grandes nomes da arquitetura brasileira. Famoso por seus projetos hospitalares, atuou nos mais diversos ramos, projetando escolas, terminais e abrigos para ônibus, tribunais, secretarias, dentre outros. Trabalhou de maneira majestosa questões relacionadas a luz e ventilação natural, visando economia energética e bem-estar dos usuários.

Figura 4 – Sheds metálicos Hospital Sarah Kubitschek, Salvador



Fonte: Nelson Kon.

Disponível em: <http://www.nelsonkon.com.br/hospital-sarah-kubitschek-salvador/>

Acesso em: 24 dez. 2022.

O terreno no qual a construção está implantada situa-se em uma área de Mata Atlântica, com topografia acidentada e possui cerca de 16.000 m² de área construída. Para além da área construída, ainda conta com jardins que adentram a construção e jardins externos que a rodeiam e podem ser vistos também pelo lado de dentro, devido a relação interior e exterior dada pela permeabilidade visual que os panos de vidro existentes possibilitam, conforme pode ser visto na Figura 5.

Figura 5 – Permeabilidade visual Hospital Sarah Kubitschek, Salvador



Fonte: Nelson Kon.

Disponível em: <http://www.nelsonkon.com.br/hospital-sarah-kubitschek-salvador/>

Acesso em: 24 dez. 2022.

Além de envolvido pela natureza, o edifício apresenta uma bela conexão entre arte e arquitetura. O artista brasileiro Athos Bulcão¹² foi o responsável por criar diversos painéis com as mais variadas cores e geometrias, conforme pode ser visto na Figura 6, os quais aproximam o usuário da edificação, e criam uma atmosfera lúdica que estimula os sentidos. Tais painéis são utilizados nos limites do terreno, executados em argamassa armada; nos corredores, os painéis são metálicos em tons de azul e laranja; no refeitório, os mesmos são de madeira pintados de azul, verde e vermelho, perfurados com desenhos geométricos.

Figura 6 – Painéis Hospital Sarah Kubitschek, Salvador



Fonte: Nelson Kon.

Disponível em: <http://www.nelsonkon.com.br/hospital-sarah-kubitschek-salvador/>

Acesso em: 24 dez. 2022.

Dentre as contribuições desse projeto para a proposta do CAPS i, salienta-se a humanização do espaço, a arte no contexto da saúde, a relação entre interior e exterior, além do uso de iluminação natural e ventilação cruzada.

6.2 MAGGIE'S CENTRE - GARTNAVEL

O Maggie's Cancer Caring Centres Foundation é uma instituição que possui vários centros de apoio pelo mundo, com uma série de edifícios inovadores e que tem como objetivo proporcionar um ambiente de suporte emocional e psicológico para pessoas com câncer, bem como a seus familiares e amigos. Projetada pelo escritório OMA, com 534 m² de área construída, a unidade analisada está situada em Glasgow, na Escócia, e foi finalizada no ano de 2011.

¹² Pintor, escultor e desenhista, nascido no Rio de Janeiro, conhecido por suas obras realizadas em azulejos, nas quais destacam-se a modulação e o grafismo em formas geométricas.

Figura 7 – Maggie's Centre, Gartnavel



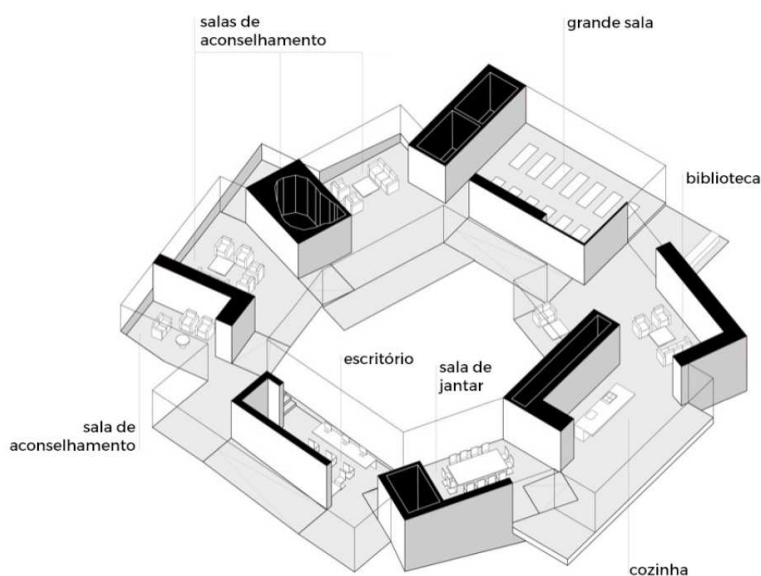
Fonte: OMA Office Work Search.

Disponível em: <https://www.oma.com/projects/maggie-s-centre-gartnavel>

Acesso em: 27 dez. 2022.

A disposição espacial se dá em um único pavimento. Nessa obra, os ambientes são interconectados, encurtando os espaços de circulação e formando um anel com um pátio ajardinado no centro e uma colina arborizada ao redor. Dentre os ambientes, cita-se as salas de aconselhamento em diferentes dimensões, uma grande sala multiuso, cozinha, refeitório, biblioteca e escritórios, conforme pode ser observado na figura abaixo.

Figura 8 – Vista 3D dos ambientes internos Maggie's Centre, Gartnavel



Fonte: Retirado de OMA Office Work Search e adaptado pela autora (2022).

Disponível em: <https://www.oma.com/projects/maggie-s-centre-gartnavel>

Acesso em: 27 dez. 2022.

Ainda de acordo com a Figura 8, é possível observar que a composição formal gera um jogo de volumes, trazendo mais dinamismo à fachada, assim como pode ser visto também na Figura 9.

Figura 9 – Maquete Maggie's Centre, Gartnavel



Fonte: OMA Office Work Search.

Disponível em: <https://www.oma.com/projects/maggie-s-centre-gartnavel>

Acesso em: 22 dez. 2022.

A implantação da edificação responde à topografia natural do terreno, acompanhando o desnível do mesmo através de rampas. Desse modo, com uma cobertura em laje plana de concreto, foi possível a criação de ambientes com pés direitos de alturas variadas. Assim, as salas de aconselhamento ficam na parte mais elevada do terreno, configurando um pé direito mais baixo e, conseqüentemente, tornando o ambiente mais intimista; já os setores voltados para o uso comum, estão situados na porção mais baixa do terreno, o que gera um pé direito maior e, dessa forma, ambientes mais amplos.

Figura 10 – Exterior Maggie's Centre, Gartnavel



Fonte: OMA Office Work Search.

Disponível em: <https://www.oma.com/projects/maggie-s-centre-gartnavel>

Acesso em: 27 dez. 2022.

Visto isso, o presente projeto de referência traz significativas contribuições ao projeto a ser desenvolvido no Trabalho de Conclusão de Curso II, no que diz respeito à criatividade na distribuição dos espaços, às estratégias adotadas para tornar os ambientes mais convidativos e confortáveis, além da forte relação visual entre as áreas internas e externas – que também foi observada na obra anterior –, a utilização de variadas alturas de pé direito em consonância com as atividades praticadas em cada ambiente, assim como as soluções dadas aos desníveis existentes no terreno.

6.3 ÖSTRA PSYCHIATRY HOSPITAL - GOTENBURGO

Situado na cidade de Gotemburgo, na Suécia, o Östra Psychiatry Hospital foi inaugurado no ano de 2009 e conta com uma área de mais de 18.000 m². O projeto do escritório White Arkitekter visa quebrar o estigma histórico associado aos cuidados psiquiátricos – panorama esse que pode ser visto no início da presente monografia. Nesse sentido, os arquitetos afirmam que apesar de se tratar de um hospital psiquiátrico em que as portas precisam estar trancadas, é possível que os ambientes sejam humanizados. Ademais, destacam também, que o bom planejamento do espaço contribui para a melhora mais rápida dos pacientes.

Os cuidados psiquiátricos podem envolver o oposto do que você possa pensar. Em vez de portas trancadas e enfermarias fechadas, a melhor maneira pela qual a arquitetura pode apoiar os pacientes é enfatizar a continuidade na vida cotidiana; sair para um jardim sem escolta ou apenas poder ver uma árvore da janela. (WHITE ARKITEKTER).

Figura 11 – Östra Psychiatry Hospital



Fonte: White Arkitekter.

Disponível em:

<https://whitearkitekter.com/project/ostra-hospital-emergency-psychiatry-ward/> Acesso em: 22 dez. 2022.

A edificação visa proporcionar um ambiente acolhedor para aqueles que fazem uso desse equipamento. Uma das estratégias adotadas foi agrupar as áreas comuns em torno de um jardim de inverno envidraçado (Figura 12), diminuindo assim a necessidade dos tradicionais corredores longos e restritivos nessa área, uma vez que a circulação nesse ponto gira ao redor desse elemento central.

Figura 12 – Jardim de inverno Östra Psychiatry Hospital



Fonte: White Arkitekter.

Disponível em:

<https://whitearkitekter.com/project/ostra-hospital-emergency-psychiatry-ward/> Acesso em: 22 dez. 2022.

Seguindo a mesma linha do jardim envidraçado, o projeto possui também vários outros ambientes com vidro, que possibilitam a vista para a natureza, por meio de grandes janelas.

Figura 13 – Interior Östra Psychiatry Hospital



Fonte: White Arkitekter.

Disponível em:

<https://whitearkitekter.com/project/ostra-hospital-emergency-psychiatry-ward/> Acesso em: 22 dez. 2022.

Isto posto, salienta-se que o presente estudo de caso colabora com as etapas futuras deste trabalho no que diz respeito a conexão visual com a natureza, a criação de pátios internos que permitem a entrada de luz natural nos ambientes, e a utilização de materiais que favorecem a sensação de pertencimento e aconchego.

Pretende-se, portanto, adotar estratégias observadas tanto no Östra Psychiatry Hospital, quanto no Maggie's Centre e no Hospital Sarah Kubitschek na edificação que será proposta, a qual será implantada no terreno em análise na próxima seção.

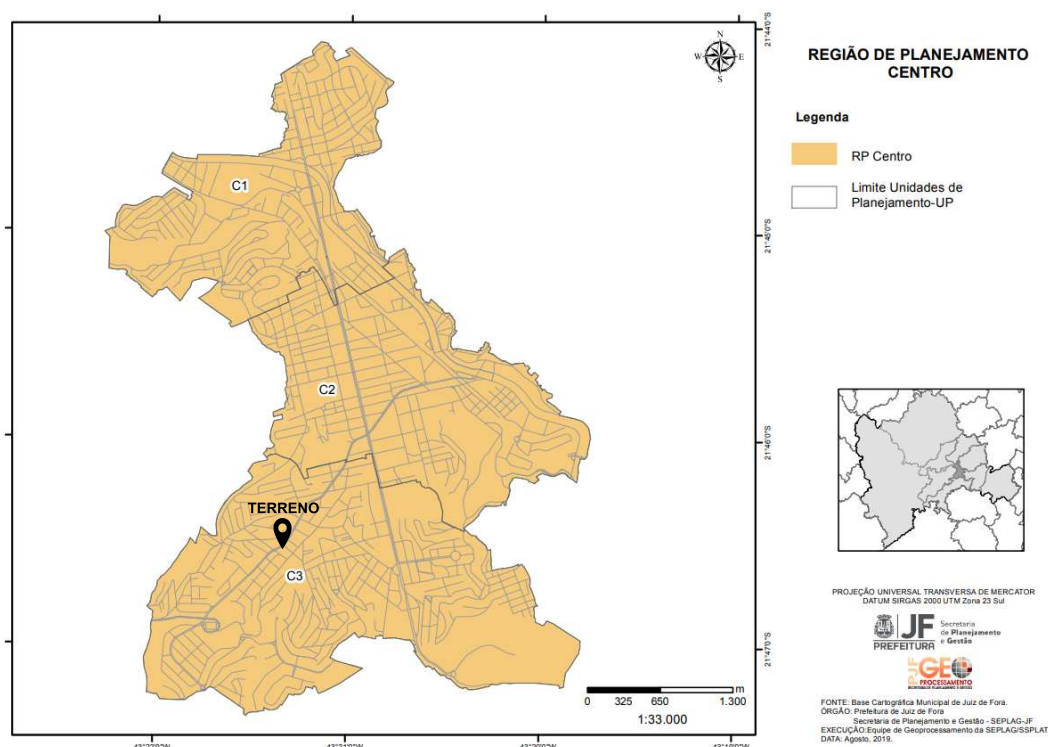
7 ESTUDO DO SÍTIO

A presente seção trará uma análise do terreno adotado para a implantação do CAPS i, abordando questões relacionadas à sua escolha, localização, gabarito, fluxo, acessibilidade, vegetação, equipamentos existentes nas imediações, incidência solar, ventilação, uso e ocupação do solo, dentre outros, conforme pode ser visto a seguir.

7.1 ASPECTOS GERAIS RELACIONADOS A ESCOLHA DO LOCAL

O terreno escolhido para a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento de crianças e adolescentes está situado no bairro São Mateus, cidade de Juiz de Fora, em Minas Gerais – Brasil. De acordo com a Base Cartográfica Municipal de Juiz de Fora, o mesmo está situado na Região de Planejamento Centro, na Unidade de Planejamento C3 - São Mateus, conforme aponta a Figura 14.

Figura 14 – Região de planejamento terreno



Fonte: Retirado da Base Cartográfica Municipal de Juiz de Fora e adaptado pela autora (2022). Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/desenvolvimentodoterritorio/dados/rp_centro.php. Acesso em: 28 dez. 2022.

Inicialmente, pensou-se em fazer o *retrofit*¹³ de uma das edificações ociosas existentes na área central da cidade, no entanto, devido a concepção conceitual apresentada ao longo deste trabalho, as potencialidades e a localização privilegiada do terreno em questão, optou-se por fazer o uso deste. Visto isso, a seguir são apresentados algumas informações e análises do mesmo e do seu entorno.

7.2 ANÁLISE DO TERRENO E SEU ENTORNO

O terreno está situado no bairro São Mateus, mais precisamente no encontro entre a Rua Engenheiro Bicalho com a Avenida Presidente Itamar Franco – uma das principais vias da cidade –, possuindo cerca de 785 m² de extensão.

Figura 15 – Localização terreno



Fonte: Elaborado pela autora (2023).¹⁴

Conforme pode ser visto na Figura 15, o terreno figura-se como um vazio urbano, sem nenhum elemento construído em sua composição, destoando de seu entorno, o qual é dotado de elevada densidade construtiva, variando desde residências com apenas um pavimento, até edificações comerciais e, em alguns casos, prédios expressivos com uso misto, conforme a Figura 16.

¹³ Técnica de revitalização, com objetivo de transformar edificações, adaptando-as às necessidades atuais.

¹⁴ Vista de satélite retirada de *Google Earth* (Disponível em: <https://earth.google.com/web/@-21.7755904,-43.35558267,691.90207162a,261.88712545d,35y,-0h,0t,0r>) e fotos de autoria própria (2023).

Figura 16 – Gabarito do entorno

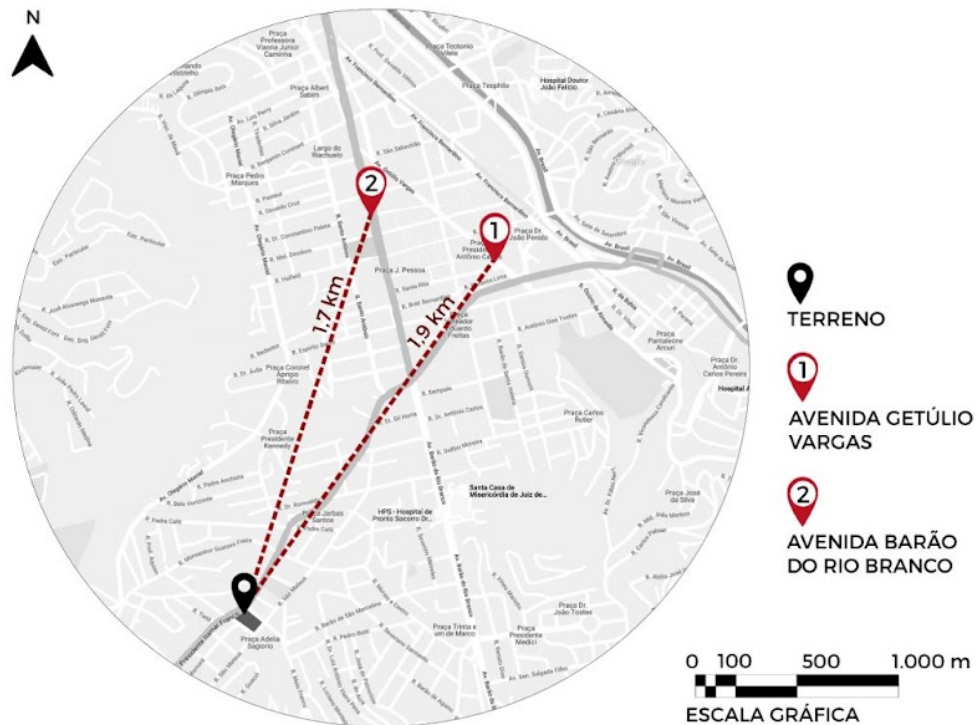


Fonte: Elaborado pela autora (2023).¹⁵

No que diz respeito ao fluxo nas vias que tangenciam o terreno, tem-se um fluxo alto de pedestres e de veículos na Av. Presidente Itamar Franco, enquanto que na R. Engenheiro Bicalho o fluxo é de moderado para baixo. Questões relacionadas à mobilidade foram determinantes para a escolha do presente terreno, haja vista a necessidade do equipamento a ser implantado estar posicionado em uma área estratégica, para que possa ser acessado facilmente por moradores das mais diversas regiões da cidade. Nesse viés, é importante destacar que é possível chegar ao terreno através dos vários modais de transporte cotidianos, dentre os quais, evidencia-se o transporte coletivo, bem como a existência de um ponto de ônibus poucos metros à frente da testada principal do terreno, na Av. Presidente Itamar Franco, conforme pode ser visto na figura abaixo, junto a significativa quantidade de paradas de ônibus existentes no entorno imediato do lote, considerando um raio de análise de 200 metros.

¹⁵ Vista de satélite retirada de *Google Earth* (Disponível em: <https://earth.google.com/web/@-21.7755904,-43.35558267,691.90207162a,261.88712545d,35y,-0h,0t,0r>) e fotos de autoria própria (2023).

Figura 18 – Distâncias São Mateus ao Centro

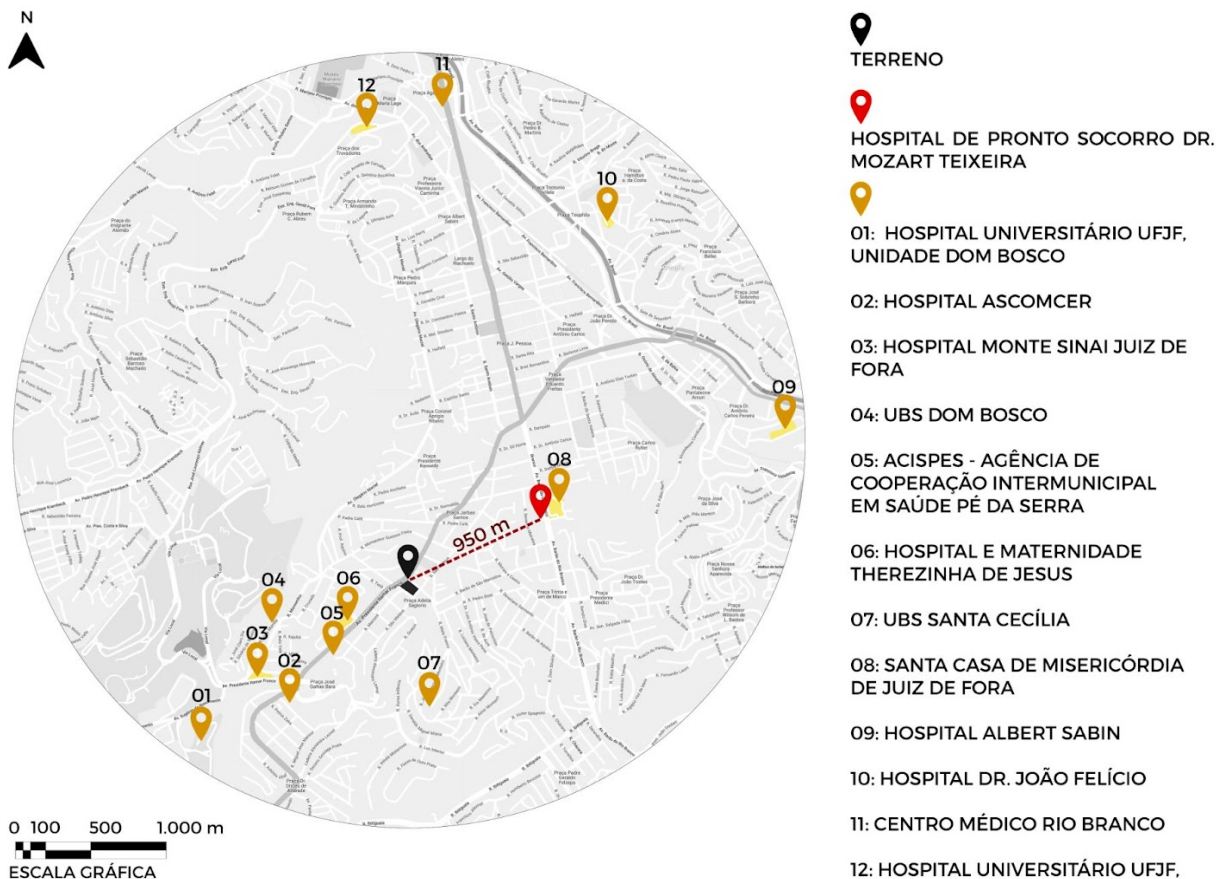


Fonte: Retirado de *Map Style* e adaptado pela autora (2022).
Disponível em: <https://mapstyle.withgoogle.com/>. Acesso em: 29 dez. 2022.

Logo, conforme exposto acima, devido à proximidade do bairro em que o terreno está inserido e o Centro de Juiz de Fora – cerca de 20 minutos, no caso do modal em análise –, é possível também utilizar linhas de ônibus que vão dos bairros mais afastados para o Centro e, posteriormente, pegar um segundo que pare nas proximidades do terreno em que o CAPS i será implantado.

Ainda no que diz respeito ao entorno, adotou-se uma análise macro com foco nos equipamentos de saúde existentes em áreas adjacentes (Figura 19), haja vista a importância dos mesmos no suporte ao Centro de Atenção Psicossocial.

Figura 19 – Equipamentos de saúde



Fonte: Retirado de *Map Style* e adaptado pela autora (2022).
 Disponível em: <https://mapstyle.withgoogle.com/>. Acesso em: 29 dez. 2022.

Conforme pode ser visto na figura anterior, existem vários estabelecimentos voltados para a saúde no entorno e, dentre eles, destaca-se o Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira, estando localizado a cerca de 950 m de distância do terreno. O mesmo é de imensa importância para a localização do CAPS i, pois, de acordo com informações retiradas do material “Urgências e emergências psiquiátricas em pronto-socorro: protocolo de acolhimento” (SANTA CATARINA, 2015), as crises que não envolvem risco de vida ou agressão grave, podem ser resolvida nos CAPS, entretanto, aquelas que evoluem mal, precisam ser encaminhadas a um pronto socorro de hospital geral.

Posteriormente, para uma análise meso, adotou-se um raio de 1 quilômetro, com foco principalmente nos grandes equipamentos comerciais, culturais e institucionais existentes e, nas áreas de respiro presentes no entorno, como praças e parques, por exemplo, conforme pode ser visto na Figura 20.

Figura 20 – Mapa meso, raio de 1 quilômetro



Fonte: Retirado de *Map Style* e adaptado pela autora (2022).
Disponível em: <https://mapstyle.withgoogle.com/>. Acesso em: 29 dez. 2022.

Sobre isso, em meio aos equipamentos supracitados, destaca-se a presença da Escola Estadual Fernando Lobo – a cerca de 140 m de distância do terreno – e também, as outras escolas estaduais e municipais presentes nesse raio, haja vista que:

A escola é parte importante do ambiente de crianças e adolescentes e do processo de inclusão social tanto destes como dos adultos. Não à toa é associada à concepção de cidadania, e por isto recomenda-se a realização de atividades de inclusão social e escolar como parte do PTS nos CAPS i. (VIEIRA; PINTO, 2018).

Além disso, percebe-se que a área é bem dotada de equipamentos comerciais, possui um teatro em suas imediações, assim como algumas instituições públicas de ensino, variando desde a pré escola, até o ensino superior. Cita-se também a presença da Instituição de Longa Permanência Fundação Espírita João de Freitas, haja vista a possibilidade de articulação entre a mesma e o CAPS a ser proposto.

Ainda sobre o mapa anterior, em se tratando especificamente sobre a vegetação no entorno imediato do terreno, tem-se grandes massas verdes apenas

na Praça Jarbas de Lery Santos, enquanto que nos outros espaços, as mesmas não são expressivas e encontram-se, quase que exclusivamente, nos canteiros centrais.

Figura 21 – Vegetação do entorno



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Após a análise meso, foi feita também uma análise micro, considerando os trajetos cotidianos e tendo o terreno como centro da circunferência, traçando um raio de 500 metros e marcando os estabelecimentos que são usualmente frequentados ao longo do dia, como pode ser observado na figura abaixo.

Figura 22 – Mapa micro, raio de 500 metros



Fonte: Retirado de *Map Style* e adaptado pela autora (2022).
Disponível em: <https://mapstyle.withgoogle.com/>. Acesso em: 28 dez. 2022.

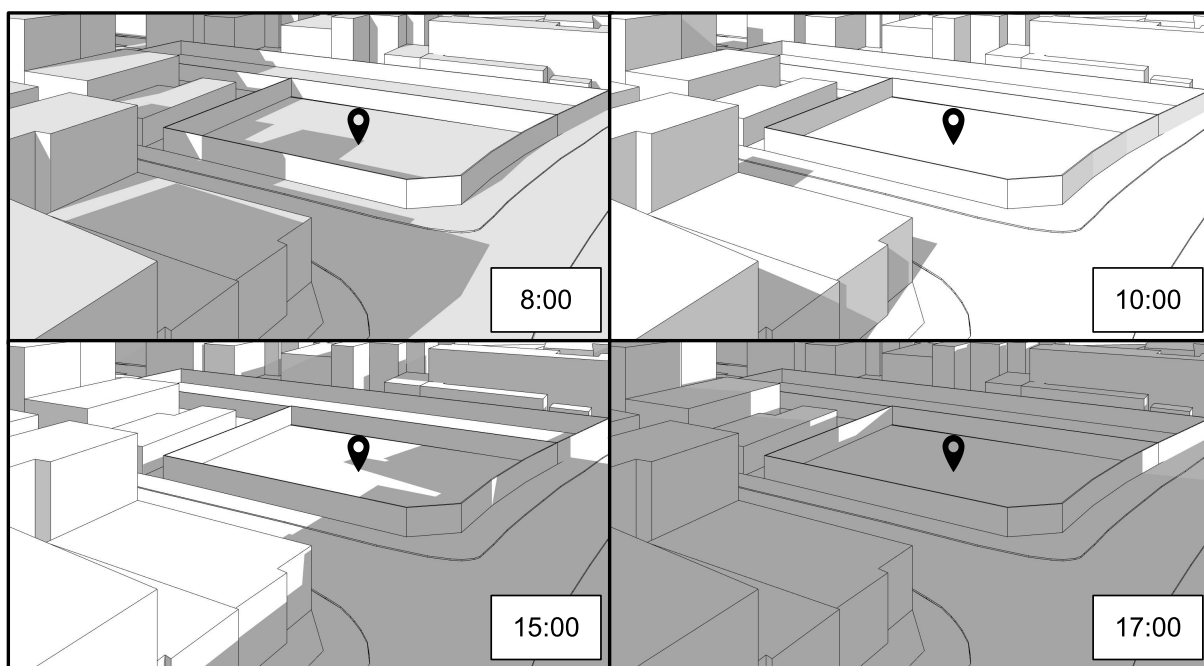
Nesse sentido, constata-se que o raio caminhável ao redor do terreno é bem servido de edificações do ramo alimentício e também de farmácias – dois serviços convenientes aos que utilizarão o CAPS. Além disso, é possível acessar, caminhando, supermercados, bancos, teatro, escolas e lojas em geral.

Ademais, é importante destacar que, por estar localizado em uma área central da cidade, tem-se o pleno atendimento de serviços básicos, como fornecimento de energia elétrica – bem como boas condições de iluminação no entorno –, distribuição de água, saneamento, presença de rede telefônica, dentre outros.

Em relação a ventilação, tem-se na cidade de Juiz de Fora a predominância dos ventos no sentido norte-sul (INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO DE JUIZ DE FORA, 1996), portanto, para fins do projeto a ser desenvolvido posteriormente, serão adotados tais dados.

Outra característica a ser levantada refere-se a incidência solar no terreno, haja vista a grande importância da iluminação natural e do conforto térmico para as edificações em geral e, principalmente, para a concepção projetual do presente estudo. Para isso, foi feita uma breve análise em 3D, simulando a incidência solar sobre o terreno durante o solstício de inverno e o solstício de verão.

Figura 23 – Incidência solar no terreno: solstício de inverno

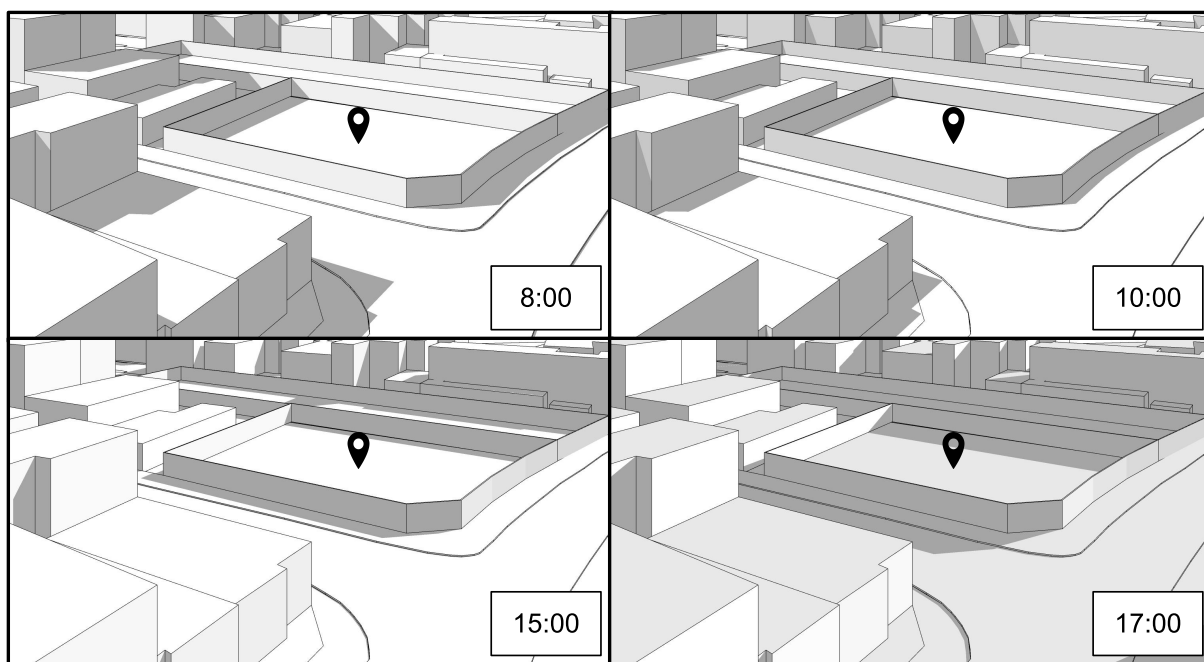


📍 TERRENO

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Através da análise, percebe-se que no solstício de inverno, os prédios existentes no entorno projetam sombra no terreno durante o início da manhã e a partir do meio da tarde até o anoitecer, conforme pode ser observado na Figura 23. Já no solstício de verão, tem-se alta incidência solar ao longo de todo o dia, assim como pode ser visto na Figura 24.

Figura 24 – Incidência solar no terreno: solstício de verão



📍 TERRENO

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

No que tange a topografia do terreno, constata-se que o mesmo é predominantemente plano, apresentando apenas uma declividade ascendente suave no mesmo sentido da Rua Engenheiro Bicalho.

7.3 LEGISLAÇÃO URBANA

No que diz respeito ao uso e ocupação do solo do presente terreno, a Legislação Urbana de Juiz de Fora (2019) estabelece que o mesmo está situado na Zona Comercial 3 (ZC3)¹⁶, o qual permite um modelo de ocupação até M6A¹⁷, onde

¹⁶ Legislação Urbana de Juiz de Fora – Anexo 4: Zoneamento e Corredores da Unidade Territorial I.

¹⁷ Legislação Urbana de Juiz de Fora – Anexo 6: Zonas de uso e ocupação do solo; Tabela B: Classificação das zonas quanto aos modelos de ocupação permitidos.

estão compreendidas as seguintes categorias de uso¹⁸: residencial unifamiliar e multifamiliar; comercial serviço de grande porte – exceto setorial; industrial de pequeno porte – grupo 1; e grandes instituições locais e de bairro, contemplando assim a implantação de um CAPS i.

Nesse sentido, em se tratando de relações construtivas¹⁹ para o terreno, tem-se um coeficiente de aproveitamento máximo de 4,5, uma taxa de ocupação máxima de 100% nos 4 primeiros pavimentos – até 12,0m de altura – e de 50% nos demais pavimentos. Além disso, é preciso que haja um afastamento frontal de no mínimo 2,0m, enquanto que não são necessários afastamentos laterais e de fundos caso a edificação tenha apenas 4 pavimentos ou menos – em situações onde o número de pavimentos seja superior, deve haver um afastamento de 2,0m.

Em relação às vagas de estacionamento²⁰, deve haver pelo menos 1 vaga para cada 40 a 200 m² de área total de uso institucional para efeito do coeficiente de aproveitamento.

¹⁸ Legislação Urbana de Juiz de Fora – Anexo 6: Zonas de uso e ocupação do solo; Tabela A: Classificação das zonas quanto as categorias de uso permitidas.

¹⁹ Legislação Urbana de Juiz de Fora – Anexo 8: Modelos de Ocupação.

²⁰ Legislação Urbana de Juiz de Fora – Anexo 6: Zonas de uso e ocupação do solo; Tabela D: Dimensionamento das áreas para estacionamento de veículos.

8 DIRETRIZES PARA O TCC II

Diante das pesquisas realizadas ao longo desta monografia e do conhecimento adquirido ao longo da graduação, foram elencadas algumas diretrizes para o desenvolvimento da proposta projetual do Centro de Atenção Psicossocial voltado para crianças e adolescentes, a ser desenvolvida no TCC II, nomeadamente:

- Atender os parâmetros expostos pela Legislação Urbana de Juiz de Fora, além de respeitar o gabarito do entorno do terreno, a fim de não destoar dos elementos preexistentes;
- Utilizar ferramentas associadas ao conforto acústico, haja vista a inserção do terreno em uma das principais vias da cidade;
- Garantir a acessibilidade, tanto no sentido do fácil acesso ao equipamento no que diz respeito a sua localização na malha urbana, quanto na edificação em si, no que tange a ABNT: NBR 9050;
- Fazer o uso de ventilação cruzada, iluminação natural e permitir o contato com a natureza, aplicando premissas inerentes ao design biofílico;
- Adotar conceitos da psicologia ambiental, a fim de ter um ambiente restaurador que contribua com o bem estar das crianças e adolescentes;
- Proporcionar um espaço que seja convidativo, acolhedor, aconchegante e agradável não só para os usuários do CAPS i, mas também para aqueles que utilizam o entorno;
- Empregar materiais que contribuam com a sensação de pertencimento e aconchego;
- Promover a relação entre o interior e exterior, respeitando as especificidades do público e da faixa-etária a qual o projeto se destina;
- Ter a arte, em suas várias formas, como elemento presente nos espaços;
- Utilizar linguagens construtivas que remetem a aparência residencial, em contraposição aos ambientes institucionais.

Para isso, utilizando como base o documento “Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA” (BRASIL, 2015), abordado ao longo da seção terciária

4.1.1,e a Resolução de Diretoria Colegiada nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, pretende-se adotar o seguinte programa de necessidades:

Tabela 2 - Programa de necessidades

SETOR ADMINISTRATIVO		
Ambiente	Quantidade mínima estimada	Área unitária estimada
Recepção	1	10,00 m ²
Sala de espera	1	15,00 m ²
Sala assistente social	1	6,00 m ²
Sala de arquivo	1	4,00 m ²
Sala administrativa	1	12,00 m ²
Sala de reunião	1	16,00 m ²
Auditório	1	30,00 m ²
Sanitário PcD público masculino	1	10,00 m ²
Sanitário PcD público feminino	1	10,00 m ²
SETOR TERAPÊUTICO		
Ambiente	Quantidade mínima estimada	Área unitária estimada
Espaço interno de convivência	1	50,00 m ²
Salas de atividades coletivas	3	22,00 m ²
Sala de atividade pedagógica	1	15,00 m ²
Brinquedoteca	1	22,00 m ²
Horta	1	-
Pátio	1	-
SETOR AMBULATORIAL		
Ambiente	Quantidade mínima estimada	Área unitária estimada
Sala multidisciplinar	4	22,00 m ²
Sala de espera	1	15,00 m ²

(continua)

SETOR DE INTERNAÇÃO/OBSERVAÇÃO		
Ambiente	Quantidade mínima estimada	Área unitária estimada
Quarto coletivo com acomodações individuais e banheiro	1	12,00 m ²
Banheiro	1	3,00 m ²
SETOR DE APOIO TÉCNICO		
Ambiente	Quantidade mínima estimada	Área unitária estimada
Sala de aplicação de medicamentos	1	6,00 m ²
Refeitório	1	50,00 m ²
Farmácia	1	7,00 m ²
Sala de curativos	1	9,00 m ²
Posto de enfermagem	1	6,00 m ²
Almoxarifado de roupa suja/roupa limpa	1	4,00 m ²
Abrigo de resíduos comuns	1	1,50 m ²
Abrigo GLP	1	1,00 m ²
SETOR DE APOIO AO SERVIÇO		
Ambiente	Quantidade mínima estimada	Área unitária estimada
Cozinha	1	35,00 m ²
Copa	1	6,00 m ²
Banheiro com vestiário feminino	1	9,00 m ²
Banheiro com vestiário masculino	1	9,00 m ²
Sala de utilidades	1	3,00 m ²
Almoxarifado administrativo	1	4,00 m ²
Depósito de material de limpeza	1	2,00 m ²

(continua)

(conclusão)

ÁREAS EXTERNAS		
Ambiente	Quantidade mínima estimada	Área unitária estimada
Estacionamento	12 vagas	-
Área para embarque e desembarque	1	21,00 m ²
ÁREA TOTAL MÍNIMA DOS AMBIENTES		556,50 m²
ÁREA TOTAL MÍNIMA COM 20% PARA CIRCULAÇÃO (ÁREA MÍNIMA A SER CONSTRUÍDA)		667,80 m²

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Salienta-se que o pré-dimensionamento foi realizado visando o atendimento de até 25 crianças e adolescentes por dia, além dos funcionários da instituição, sendo eles: 1 médico, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior, 5 profissionais de nível médio, equipe de limpeza e de cozinha.

9 CONCLUSÃO

Perante o exposto, infere-se que o ambiente construído pode influenciar o comportamento e as sensações dos indivíduos, sejam eles adultos, adolescentes ou crianças. Nesse sentido, ao longo do presente trabalho foi possível observar que, durante grande parte da história, os espaços direcionados para a assistência de pessoas com transtornos mentais cumpriram o papel de segregação, ao invés de reabilitação. Com a Reforma Psiquiátrica, esse modelo vem sendo superado, através da implementação das Redes de Atenção Psicossocial e a inserção do Centros de Atenção Psicossocial como equipamento público substitutivo aos modelos vigentes anteriormente. Portanto, através das pesquisas realizadas, foi possível compreender os conceitos relacionados à RAPS e ao CAPS – em especial o infanto-juvenil –, bem como seu funcionamento, estrutura física necessária e o contexto em que os mesmos se encontram.

Ademais, é válido ressaltar que atualmente, entende-se, mais do que nunca, a necessidade de espaços que contribuam para a saúde mental, sobretudo no que se refere ao público em análise, haja vista o impacto da Covid-19 sobre esse âmbito da vida dos mesmos. Por isso, por meio da abordagem da Psicologia Ambiental, do Design Biofílico e das referências projetuais apresentadas, foi possível dar luz à concepção conceitual do projeto do CAPS i, como também à definição de diretrizes projetuais que servirão de embasamento para o projeto arquitetônico de tal equipamento, tendo como premissa básica a utilização da arquitetura como aliada na assistência de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Com isso, realizou-se a escolha de um terreno que possibilitasse a aplicação dos conceitos apresentados na presente monografia, que atendesse aos termos da legislação e que estivesse posicionado em um local estratégico da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Para além disso, é importante salientar algumas limitações verificadas ao longo da pesquisa, dentre as quais estão: pouca quantidade de informações sobre tema e a baixa disponibilidade online de projetos de Centros de Atenção Psicossocial propriamente ditos, o que, dentre outros fatores, levou à escolha de outros equipamentos da saúde para o estudo das referências projetuais.

Posto isso, constata-se que a presente etapa do trabalho de conclusão de curso trouxe insumos essenciais para a proposta projetual que será desenvolvida no

TCC II e, espera-se que possam também contribuir para que, os espaços destinados às crianças e adolescentes com transtornos mentais, sejam cada vez menos controladores e cada vez mais restauradores, permitindo o estabelecimento de vínculos entre esses usuários e o ambiente construído em questão, colaborando assim para seu bem-estar psicológico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Letícia Gabriella. **MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSQUIÁTRICA: A DESCONSTRUÇÃO DO MODELO PENAL-PSQUIÁTRICO DO ASILAMENTO COMO ALTERNATIVA À INCLUSÃO SOCIAL DO SUJEITO INIMPUTÁVEL**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciência Jurídica) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Jacarezinho – PR.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ed. 5, 2014, 202p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020.

BATISTA, Micheline Dayse Gomes. BREVE HISTÓRIA DA LOUCURA, MOVIMENTOS DE CONTESTAÇÃO E REFORMA PSQUIÁTRICA NA ITÁLIA, NA FRANÇA E NO BRASIL. **Revista de Ciências Sociais Política & Trabalho**, João Pessoa, n. 40, p. 391-404, abr. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690/11177>. Acesso em: 11 out. 2022.

BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **Hospício de Pedro II: da construção à desconstrução**. 2014. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/bibliografia.php>. Acesso em: 02 nov. 2022.

BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **A reforma psiquiátrica e a política de saúde mental**. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/vpc/reforma.html>. Acesso em: 5 out. 2022.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Ministério da Justiça, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 12 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 13 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de mar. de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária da Saúde (Saps). **DADOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>. Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44 f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 f.

CARDOSO, Jordana Santos. **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. São Luís - EDUFMA. 2018. 66 f.

CARRASCO, Bruno. **Breve História da Loucura**. 2019. Disponível em: <https://www.ex-isto.com/2019/06/historia-da-loucura.html>. Acesso em: 01 nov. 2022.

CERVO, Michele da Rocha; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. UM OLHAR SOBRE A PATOLOGIZAÇÃO DA INFÂNCIA A PARTIR DO CAPSI. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 442-452, dez. 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=527569017013>. Acesso em: 12 nov. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **5ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/5cnsnm>. Acesso em: 18 dez. 2022.

CORRÊA, Marcia Luiza Trindade. **Psicologia Ambiental num Hospital Infantil: uma análise comportamental enfatizando qualidade de vida e bem-estar**. 2006. 173 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/15482/1/MarciaCorrea.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2022

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane s; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 390-398, dez. 2008. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462008000400015>.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 17-40, jul. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>.

CUNHA, Carolini Cássia; BOARINI, Maria Lucia. O Lugar da Criança e do Adolescente na Reforma Psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 3, n. 1, p. 68-76, jun. 2011. Quadrimestral. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/83/150>. Acesso em: 21 nov. 2022.

FELIPPE, Maíra Longhinotti. O HOSPITAL PEDIÁTRICO E AS POSSIBILIDADES DE RESTAURAÇÃO DO ESTRESSE. In: SILVEIRA, Bettieli Barboza da; FELIPPE, Maíra Longhinotti. **Ambientes Restauradores: conceitos e pesquisas em contextos de saúde**. Florianópolis: UFSC, 2019. p. 1-118. Disponível em: <https://lapam.paginas.ufsc.br/files/2019/06/AMBIENTES-RESTAURADORES-conceitos-e-pesquisa-em-contextos-de-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2022.

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. ENTRE LOUCOS E MANICÔMIOS: HISTÓRIA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL. **Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais**, Alagoas, v. 2, n. 2, p. 121-136, dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797>. Acesso em: 12 out. 2022.

FLEITLICH, Bacy W.; GOODMAN, Robert. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 2-2, mar. 2002. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462002000100002>.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Ufpe**, Recife, v. 1, n. 18, p. 1-20, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>. Acesso em: 12 nov. 2022.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 1975.

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

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FRACALOSSO, Igor. Clássicos da Arquitetura: Hospital Sarah Kubitschek Salvador / João Filgueiras Lima (Lelé). **Archdaily Brasil**, [S.L.], 07 mar. 2012. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/01-36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-filgueiras-lima-lele>. Acesso em: 24 dez. 2022.

GRESSLER, Sandra Christina; GUNTHER, Isolda de Araújo. Ambientes restauradores: Definição, histórico, abordagens e pesquisas. **Estudos de**

Psicologia, Brasília, Distrito Federal, v. 18, n. 3. p. 487-495, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/28897>. Acesso em: 28 dez. 2022.

GUERRA, Andréa Máris Campos. A psicanálise no campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil. **Psychê** Revista de Psicanálise. [S.L.], v. 9, n. 15, p. 139-154, 11 jan. 2005. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30715910>. Acesso em: 16 nov. 2022.

HARROUK, Christele. **Psicologia do espaço: as implicações da arquitetura no comportamento humano**. 2021. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/936143/psicologia-do-espaco-as-implicacoes-da-arquitetura-no-comportamento-humano>. Acesso em: 20 dez. 2022.

HEIDRICH, Andrea Valente; BERNDT, Dulce Pinheiro; DIAS, Miriam . **As Conferências Nacionais de Saúde Mental e o paradigma da desinstitucionalização**. I Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, 2015, Florianópolis. Anais do I Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Florianópolis, 2015.

HOLMES, David. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 568 p.

INSON, Nathalia. **O Que é Design Biofílico? Entenda os Benefícios de Usá-lo no Projeto**. 2022. Disponível em: <https://www.vivadecora.com.br/pro/design-biofilico/>. Acesso em: 26 dez. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO DE JUIZ DE FORA. Plano Diretor de Juiz de Fora, 1996 - Diagnóstico, v. 1, p. 33-34. Juiz de Fora, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2009. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/cidade/anuario_2009/basededados/PDF/1%20Hist.%20e%20Geografia/1%203%20Climatologia/1.3.1.pdf. Acesso em 02 jan. 2023.

JUIZ DE FORA. **Legislação Urbana Juiz de Fora**: Compilação atualizada. Juiz de Fora: Secretaria de Atividades Urbanas, 2019. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/leis_urbanas/arquivos/terceira_edicao/compilacao_fevereiro_2019.pdf. Acesso em: 02 jan. 2023.

KAPLAN, Rachel; KAPLAN, Stephen. **The experience of nature**: a psychological perspective. Nova Iorque: Cambridge University, 1989.

KAPLAN, Stephen. The restorative benefits of nature: toward an integrative framework. **Journal Of Environmental Psychology**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 169-182, set. 1995. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0272-4944\(95\)90001-2](http://dx.doi.org/10.1016/0272-4944(95)90001-2).

KELLERT, Stephen R.; CALABRESE, Elizabeth F. **The Practice of Biophilic Design**. 2015. Disponível em: <https://www.biophilic-design.com/>. Acesso em: 26 dez. 2022.

LIMA, Jorgina Tomaceli de Sousa. O início da assistência à loucura no Brasil. **Em Debate**, Rio de Janeiro, n. 8, p. 1-12, out. 2009. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/14411/14411.PDF>. Acesso em: 11 nov. 2022.

LOPES, José Leme. A psiquiatria e o velho hospício. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.14, n.1-2, p.117-130, jan-jun. 1965.

MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da Norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAGGIE'S CENTRE – GARTNAVEL. In: OMA Office Work Search. [S.L.]. Disponível em: <https://www.oma.com/projects/maggie-s-centre-gartnavel>. Acesso em: 19 nov. 2022.

MARIANO, Ederson Fernando; MILANI, Rute Grossi. A HISTÓRIA DA LOUCURA NO BRASIL E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REVISÃO HISTÓRICA. In: X EPCC - ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA, 10., 2017, Maringá. **Anais X EPCC**. [S.L.]: Universidade Cesumar, 2017. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/1876>. Acesso em: 18 nov. 2022.

MATIAS, Kamilla Dantas. **A Loucura na Idade Média**. Ensaio sobre algumas representações. 2015. 81 f. Dissertação (Mestrado em História), na área de especialização de História da Idade Média, Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/36024/1/A%20Loucura%20na%20Idade%20Media.pdf>. Acesso em 15 out. 2022.

MINNER, Kelly. OMA designed Maggie Gartrnaval Opens Today. **Archdaily**, [s.l.], 03 out. 2011. Disponível em: <https://www.archdaily.com/173513/oma-designed-maggie-gartnavel-opens-today>. Acesso em: 27 dez. 2022.

NOBRE NETO, José Ferreira; *et. al.* O olhar dos arquitetos da saúde sobre a obra do Hospital Sarah, em Salvador BA. **Arquiteturismo**, São Paulo, ano 15, n. 178 e 179.02, Vitruvius, fev. 2022. Disponível em: <https://vitruvius.com.br/revistas/read/arquiteturismo/15.178e179/8430>. Acesso em: 17 nov. 2022.

OLIVEIRA, William Vaz de. **A assistência a alienados na capital federal da primeira república**: discursos e práticas entre rupturas e continuidades. 2013. 299 f. Tese (Doutorado em História) – Departamento de História, Universidade Federal Fluminense Niterói, 2013. Disponível em: <http://www.historia.uff.br/stricto/td/1489.pdf>.

O QUE É DESIGN BIOFÍLICO E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE E BEM-ESTAR. In: Ecotelhado. [S.L.]. Disponível em: <https://ecotelhado.com/voce-sabe-o-que-e-design-biofilico-e-como-influencia-na-nos-sa-saude-e-bem-estar/>. Acesso em: 18 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Caracas**. Caracas, 1990.

ÖSTRA HOSPITAL – EMERGENCY PSYCHIATRY WARD. In: White Arkitekter. [S.L.]. Disponível em: <https://whitearkitekter.com/project/ostra-hospital-emergency-psychiatry-ward/>. Acesso em: 22 dez. 2022.

ÖSTRA PSYCHIATRY HOSPITAL. In: Architizer. [S.L.]. Disponível em: <https://architizer.com/projects/oestra-psychiatry-hospital/>. Acesso em: 22 nov. 2022. PASSOS, Izabel Christina Friche. **Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais**. Belo Horizonte, Editora Argvmentvm, 2009.

PINHEIRO, José De Queiroz; ELALI, Gleice Azambuja. **Comportamento socioespacial humano**. In: CAVALCANTE, S.; ELALI, G. (org.). Temas básicos em psicologia ambiental. Petrópolis: Vozes, 2011.

PESSOTTI, Isaías. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro. Ed. 34, 1994.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da Loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Coleção Loucura & Civilização, 2002.

PRAZERES, Paulo Sergio dos; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 198-211, jun. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-9893200500020004. Acesso em: 13 nov. 2022.

RAMMINGER, Tatiana. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, v. 16, n. 1, p. 111-124, 2002. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1178/a-saude-mental-do-trabalhador-em-saude-mental:-um-estudo-com-trabalhadores-de-um-hospital-psiquiatrico>. Acesso em: 2 nov. 2022.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil**: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis, Ed. Vozes, 1987.

RODRIGUES, Clara Martins. **LOUCURA E SOCIEDADE**: a trajetória da psiquiatria no brasil. 2017. 88 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

RONCHI, Juliana Peterle; AVELLAR, Luziane Zacché. Ambiência no atendimento de crianças e adolescentes em um CAPSi. **Psicologia em Revista**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 378, 11 abr. 2016. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. <http://dx.doi.org/10.5752/p.1678-9523.2015v21n2p378>.

RONCHI, Juliana Peterle; AVELLAR, Luziane Zacché. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 71-84, mar. 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193814418007>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SANTA CATARINA. **Urgências e emergências psiquiátricas em pronto-socorro: protocolo de acolhimento**. Estado de Santa Catarina, 2015.

SECRETARIA DE MOBILIDADE URBANA - SMU. In: PORTAL PJF. Juiz de Fora. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/onibus/itinerario/>. Acesso em: 16 dez. 2022.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 591-595, ago. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692005000400019>.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 f.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial**. Brasília, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 f.

TAUFE, Luara Karina. **Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: contribuições da arquitetura para o cuidado com a saúde mental**. 2022. 54 f. TCC (Graduação) - Curso de Arquitetura e Urbanismo, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/240370>. Acesso em: 03 nov. 2022.

TERZIS, Antonios. **A LOUCURA, A HISTÓRIA E NOSSA HISTÓRIA**. 2018. Disponível em: <https://www.cefas.com.br/loucura-historia-e-nossa-historia/#:~:text=O%20del%C3%AADrio%20era%20para%20os,diferentes%20em%20rela%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20loucura..> Acesso em: 02 out. 2022.

THIENGO, Daianna Lima; CAVALCANTE, Maria Tavares; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, p. 360-372. 20 maio 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/L3j6bTTtvSK4W9Npd7KQJNB/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2022.

ULRICH, Roger. S. Aesthetic and affective response to natural environment. In I. Altman & J. F. Wohlwill (Orgs.), **Behavior and the Natural Environment**. v. 06, pp. 85-120. Nova Iorque, 1983.

ULRICH, Roger. S. View through a window may influence recovery from surgery. **Science**, 224(4647), 420-421, 1984.

UNICEF. On My Mind: How adolescents experience and perceive mental health around the world. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health e United Nations Children's Fund, maio 2022.

UNICEF. **Impacto da covid-19 na saúde mental de crianças, adolescentes e jovens é significativo, mas somente a 'ponta do iceberg'**. UNICEF, 2021.

Disponível em:

<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/impacto-da-covid-19-na-saude-mental-de-criancas-adolescentes-e-jovens>. Acesso em: 18 dez. 2022.

VALENTE, Pablo. **Conheça como é composta a RAPS: Rede Atenção Psicossocial**. Disponível em:

<https://blog.cenatcursos.com.br/conheca-raps-rede-atencao-psicossocial/>. Acesso em: 16 set. 2022.

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. **Humanização de Ambientes Hospitalares: Características Arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior**. 2004. 177f. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VIEIRA, Ana Carolina Martins Duvanel; PINTO, Júlia Moreira. **Saúde Mental Infantojuvenil e o Papel do CAPS: Uma Análise a Partir de Oficinas Com Profissionais de Franco da Rocha (SP)**. 2018. 64 f. Monografia (Especialização) - Programa de Aprimoramento Profissional/Ses, Instituto de Saúde, São Paulo, 2018.

Disponível em:

<https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/aprimoramento/tcccapsicorg.pdf.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental disorders**. 2022. Disponível em:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Acesso em: 23 dez. 2022.