

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO
MESTRADO

JULIANA DEMARTINI

**UM OLHAR ARQUITETÔNICO SOBRE CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTIL: O CASO DO CAPSi DE CUIABÁ**

Florianópolis
2007

JULIANA DEMARTINI

**UM OLHAR ARQUITETÔNICO SOBRE CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTIL: O CASO DO CAPSi DE CUIABÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

Prof^a. Dr^a. MARTA DISCHINGER
ORIENTADORA

Florianópolis
2007

JULIANA DEMARTINI

**UM OLHAR ARQUITETÔNICO SOBRE CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTIL: O CASO DO CAPSi DE CUIABÁ**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do grau de **Mestre em
Arquitetura e Urbanismo** no Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo
da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2007.

Prof.^a Alina Gonçalves Santiago, Dr.^a.
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora

Prof.^a Marta Dischinger, Dr.^a.
Orientadora

Prof.^a. Carmen L. O. O. Moré, Dr.^a.

Prof.^a. Carolina Palermo Szücs, Dr.^a.

Prof.^a. Sônia Afonso, Dr.^a.

Dedico este trabalho a todos os portadores de transtornos mentais.

Agradecimentos

Agradeço a minha família e ao meu marido pelo apoio emocional e financeiro e também pelo companheirismo e incentivo.

A minha orientadora por absolutamente tudo.

A Banca Examinadora pelas contribuições.

Aos CAPSi de Cuiabá e de Florianópolis pela recepção calorosa e pela disponibilidade.

Enfim, e a todos que colaboraram direta ou indiretamente para a realização desta pesquisa.

Muito obrigada!

D372o Demartini, Juliana

Um olhar arquitetônico sobre centros de atenção psicossocial infantil : o caso do CAPSi de Cuiabá / Juliana Demartini ; orientadora Marta Dischinger. – Florianópolis, 2007.
129 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, 2007.

Inclui bibliografia

1. Centro de Atenção Psicossocial Infantil – Reinserção social.
2. Política de saúde mental – Cuiabá (MT) – Qualidade de vida.
3. Arquitetura e portadores de transtornos mentais. 4. Arquitetura e Urbanismo. I. Dischinger, Marta. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. III. Título.

CDU: 72

Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	i
LISTA DE QUADROS	ii
LISTA DE GRÁFICOS	ii
LISTA DE FIGURAS	iii
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
1. INTRODUÇÃO	01
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA	02
1.2 QUESTÕES DA PESQUISA	03
2. OBJETIVOS	04
2.1 OBJETIVO GERAL	04
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	04
3. REVISÃO DE LITERATURA	04
3.1 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA	04
3.1.1 História da Loucura no Mundo	05
3.1.2 História da Loucura no Brasil	07
3.1.3 A História da Loucura em Mato Grosso	11
3.2 OS ESPAÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	12
3.3 AMBIENTE CONSTRUÍDO: FATORES PROMOTORES DE BEM-ESTAR.....	15
4. CAPS: CONCEITO E CONTEXTUALIZAÇÃO	26
4.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL	29
4.2 PSICOPATOLOGIAS	29
5. O ESTUDO DE CASO	36
5.1 HISTÓRICO	37
5.2 A LOCALIZAÇÃO	38
5.2 O ESPAÇO FÍSICO	42
5.3 O CORPO TÉCNICO	43
5.4 AS ATIVIDADES TERAPÊUTICAS	43
5.5 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA	45
6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	49
6.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PRIMEIRA ETAPA	50
6.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA SEGUNDA ETAPA	69
7. RESULTADOS E RECOMENDAÇÕES	75

7.1 RESULTADOS	75
7.2 RECOMENDAÇÕES	86
8. CONCLUSÃO	88
9. REFERÊNCIAS	91
9.1 REFERÊNCIAS DAS FIGURAS	95
10. ANEXO	97
10.1 LEI 10.216	97
10.2 MANUAL PNHAH (PARTE FINAL)	99
10.3 IMAGENS UTILIZADAS PARA O JOGO DE IMAGENS E PALAVRAS	100
11. APÊNDICE	111
11.1 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	111
11.1.1 Consentimento Livre e Esclarecido (Funcionários, pais/responsáveis)	111
11.1.2 Consentimento Livre e Esclarecido (Pacientes)	112
11.1.3 Dados Pessoais	113
11.2 GUIA DE ENTREVISTA ESTRUTURADA	114
11.3 JOGO DE IMAGENS E PALAVRAS: TRANSCRIÇÕES	116
11.3.1 CAPSi Cuiabá: Corpo Técnico	116
11.3.1.1 Discussão sobre as imagens selecionadas para o Painel Positivo	116
11.3.1.2 Discussão sobre as imagens selecionadas para o Painel Negativo	122

LISTA DE SIGLAS

ABENEPI: Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil

APO: Avaliação Pós-Ocupação

APO-ANTAC: Avaliação Pós-ocupação - Associação Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad: Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial infantil

CIAPS: Centro Integrado de Atenção Psicossocial

CID.10: Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão

COIJ: Centro de Orientação Infanto-Juvenil

DSM – IV: Manual de Diagnóstico e Estatístico - IV

E: Exaustão

EAS: Estabelecimento de Assistência à Saúde

EE: Elétrica de Emergência

EUA: Estados Unidos da América

FV: Vapor

HF: Água fria

HQ: Água quente

IMASNS: Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira

NAPS: Núcleo de Atenção Psicossocial

NC: Nada consta

OMS: Organização Mundial da Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNHAH: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PSF: de Saúde da Família

REPALA: Rede de Psicologia Ambiental da América Latina

SAD: Seasonal Affective Disorder

SES/MT: Secretaria de Estado da Saúde/Mato Grosso

SUS: Sistema Único de Saúde

TAB: Transtorno Afetivo Bipolar

TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção por Hiperatividade

TOC: Transtorno Obsessivo-Compulsivo

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01: distribuição mensal dos 180 prontuários selecionados para análise	45
GRÁFICO 02: distribuição por sexo dos 180 prontuários selecionados para análise	45
GRÁFICO 03: distribuição por faixa etária dos 30% da clientela feminina, identificada no gráfico anterior	45
GRÁFICO 04: distribuição por faixa etária dos 70% da clientela masculina, identificada no GRÁFICO 02	46
GRÁFICO 05: distribuição de prontuários de acordo com os municípios de onde vêm os pacientes à procura de assistência	46
GRÁFICO 06: distribuição por regional dos 140 prontuários, correspondentes aos 77% do gráfico anterior	47
GRÁFICO 07: distribuição dos responsáveis pela procura dos serviços assistenciais do CAPSi e também pelas informações sobre os pacientes	47
GRÁFICO 08: distribuição pela queixa principal, sob a qual os pacientes foram encaminhados ao CAPSi	47
GRÁFICO 09: distribuição pela hipótese de diagnóstico inicial	48
GRÁFICO 10: distribuição pelo tipo de encaminhamento dos pacientes após a hipótese de diagnóstico inicial	48
GRÁFICO 11: distribuição pelos encaminhamentos internos do CAPSi	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Análise Espacial da Recepção/Espera	52
Quadro 02: Análise Espacial dos Lavabos	53
Quadro 03: Análise Espacial do Acolhimento	54
Quadro 04: Análise Espacial do Almojarifado	55
Quadro 05: Análise Espacial do Arquivo	56
Quadro 06: Análise Espacial do Repouso	57
Quadro 07: Análise Espacial da Sala de Atividades 01	58
Quadro 08: Análise Espacial do Consultório	59
Quadro 09: Análise Espacial da Sala de Atividades 02	60
Quadro 10: Análise Espacial da Varanda	61
Quadro 11: Análise Espacial do Pátio Interno	62
Quadro 12: Análise Espacial da Lavanderia	63
Quadro 13: Análise Espacial dos Banheiros	64
Quadro 14: Análise Espacial da Copa/Cozinha	65
Quadro 15: Análise Espacial da Administração	66
Quadro 16: Jogos de Imagens e Palavras (CAPSi Cuiabá)	74
Quadro 17: Imagens Utilizadas para os Jogos de Imagens e Palavras	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Camisa de força	08
Figura 02: Museu Imagens do Inconsciente	08
Figura 03: Mandala – Fernando Diniz	09
Figura 04: Pintura em tela – Emygdio de Barros	09
Figura 05: Implantação do CAPSi na cidade de Cuiabá	39
Figura 06: Delimitação do Parque da Saúde Zé Boloflô e implantações de edifícios importantes.....	40
Figura 07: Principais vias de acesso e implantação do CAPSi	41
Figura 08: Via de acesso e implantação do CAPSi	41
Figura 09: Planta Baixa do CAPSi	42
Figura 10: Fachada Principal (V1)	42
Figura 11: Fachada Lateral Direita (V2)	42
Figura 12: Fundos (V3)	42
Figura 13: Fachada Lateral Esquerda (V4)	42
Figura 14: Brinquedos desenvolvidos pelos pais	44
Figura 15: Pesos para porta desenvolvidos pelos pais	44
Figura 16: Desenho com giz de cera desenvolvido por um paciente	44
Figura 17: Pintura em tela desenvolvida por uma paciente	44
Figura 18: Oficina de bricolagem – cadeiras	44
Figura 19: Planta Baixa com destaque para a Recepção/Espera	54
Figura 20: Recepção/Espera	55
Figura 21: Longarinas e Poltronas da Recepção/Espera	55
Figura 22: Planta Baixa com destaque para os Lavabos	56
Figura 23: Lavabo	56
Figura 24: Planta Baixa com destaque para o Acolhimento	57
Figura 25: Acolhimento	58
Figura 26: Janela com papel alumínio para proteção contra o sol – vista externa	58
Figura 27: Planta Baixa com destaque para o Almojarifado	59
Figura 28: Almojarifado	59
Figura 29: Planta Baixa com destaque para o Arquivo	60
Figura 30: Arquivo	61
Figura 31: Planta Baixa com destaque para o Repouso	62
Figura 32: Repouso	62
Figura 33: Sofá antes da reforma	62
Figura 34: Sofá com capa (desenvolvida no próprio CAPSi), e ventilador em péssimas condições de uso	63
Figura 35: Planta Baixa com destaque para a Sala de Atividades 01	64

Figura 36: Sala de Atividade 01	64
Figura 37: Planta Baixa com destaque para a Varanda	65
Figura 38: Varanda com Casa de Boneca	66
Figura 39: Varanda	66
Figura 40: Planta Baixa com destaque para o Consultório	67
Figura 41: Consultório	67
Figura 42: Planta Baixa com destaque para a Sala de Atividades 02	69
Figura 43: Sala de Atividades 02	69
Figura 44: Planta Baixa com destaque para o Pátio Interno	70
Figura 45: Falta de manutenção (corte da grama) no Pátio Interno	70
Figura 46: Planta Baixa com destaque para a Lavanderia	71
Figura 47: Lavanderia – tanque	72
Figura 48: Planta Baixa com destaque para o Acolhimento	73
Figura 49: Banheiro	73
Figura 50: Box do vaso sanitário	73
Figura 51: Banheiro utilizado para armazenamento de materiais	74
Figura 52: Box do chuveiro utilizado para armazenamento de materiais	74
Figura 53: Planta Baixa com destaque para a Copa/Cozinha	75
Figura 54: Copa/Cozinha	75
Figura 55: Porta da Copa/Cozinha	75
Figura 56: Planta Baixa com destaque para a Administração	76
Figura 57: Administração	76
Figura 58: Janela com papel alumínio e cortina de TNT – alternativa contra a incidência direta do sol	77
Figura 59: Mesa e cadeiras da Sala de Atividades do CAPSi de Cuiabá	75
Figura 60: Cadeiras confortáveis para reuniões e atividades terapêuticas (Imagem 27 do Anexo 10.3)	76
Figura 61: Ambiente colorido (Imagem 16 do Anexo 10.3)	77
Figura 62: Ambiente colorido (Imagem 32 do Anexo 10.3)	77
Figura 63: Móvel colorida (Imagem 69 do Anexo 10.3)	77
Figura 64: Assentos confortáveis em ambiente colorido (Imagem 31 do Anexo 10.3)	78
Figura 65: Parede com tema infantil (Imagem 21 do Anexo 10.3)	78
Figura 66: Espaço aberto para recreações (Imagem 19 do Anexo 10.3)	79
Figura 67: Espaço aberto para recreações (Imagem 52 do Anexo 10.3)	79
Figura 68: Cultivo de hortaliças (Imagem 53 do Anexo 10.3)	79
Figura 69: Parquinho ao ar livre (Imagem 79 do Anexo 10.3)	79
Figura 70: Quadra poliesportiva (Imagem 36 do Anexo 10.3)	80
Figura 71: Espaço aberto para recreações (Imagem 45 do Anexo 10.3)	80

Figura 72: Espaço aberto para recreações (Imagem 46 do Anexo 10.3)	80
Figura 73: Cultivo de hortaliças (Imagem 49 do Anexo 10.3)	80
Figura 74: Cozinha comum (Imagem 41 do Anexo 10.3)	81
Figura 75: Cozinha industrial (Imagem 42 do Anexo 10.3)	81
Figura 76: Recepção (Imagem 85 do Anexo 10.3)	82
Figura 77: Espaço aberto para recreações (Imagem 91 do Anexo 10.3)	82
Figura 78: Espaço aberto para recreações (Imagem 92 do Anexo 10.3)	82
Figura 79: Sala com almofadas (Imagem 64 do Anexo 10.3)	82
Figura 80: Entorno ideal (Imagem 09 do Anexo 10.3)	84
Figura 81: Letreiro de identificação	85
Figura 82: Poças de lama no portão de acesso para veículos	85
Figura 83: Televisão (Imagem 81 do Anexo 10.3)	86
Figura 84: Computador (Imagem 82 do Anexo 10.3)	86
Figura 85: Aparelho de som (Imagem 83 do Anexo 10.3)	86
Figura 86: Painel Positivo Pronto – Funcionários	116
Figura 87: Painel Negativo – Funcionários	122

RESUMO

Os hospitais psiquiátricos brasileiros estão passando por uma reestruturação em seu modelo assistencial. Através desta reestruturação, que abrange tanto os métodos de tratamento/reabilitação dos pacientes, quanto a estrutura física, o governo pretende extinguir o modelo de reclusão. Com isso, os serviços oferecidos pelos hospitais psiquiátricos têm sido gradualmente substituídos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS, assim como outros modelos recentemente desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para assistir os portadores de distúrbios mentais (como os Hospitais-dia e as Residências Terapêuticas, por exemplo), têm como objetivo o resgate da cidadania e a reinserção social dos pacientes.

Por serem relativamente novas, estas instituições de assistência à saúde mental ainda não possuem normas, leis e portarias que estabeleçam de forma mais detalhada as características físicas dos ambientes utilizados. Em função disso, muitos destes centros não atendem às necessidades espaciais mínimas dos usuários, prejudicando a reabilitação dos pacientes e o trabalho dos funcionários.

Dessa forma, esta pesquisa consistiu em um Estudo de Caso realizado no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) de Cuiabá – MT. O objetivo da investigação foi identificar os aspectos positivos e negativos da edificação. A metodologia utilizada para a identificação destes aspectos foi baseada em uma combinação de métodos e técnicas de registro. Os métodos utilizados foram: Análise Documental, Análise Espacial, Entrevista (Aberta e Estruturada), Observação Participativa e Jogo de Imagens e Palavras. A combinação destes métodos foi necessária em função complexidade do público envolvido na pesquisa (crianças e adolescentes com distúrbios mentais, pais/responsáveis e funcionários). A falta de trabalhos/publicações específicas sobre o tema tornou-se também um empecilho para o desenvolvimento desta pesquisa. Para superar esta carência, foi preciso buscar informações não só em trabalhos de Arquitetura e Urbanismo, mas também em outras áreas de conhecimento, como Psicologia e Psiquiatria.

Por fim, esta pesquisa pretendeu, através da identificação de aspectos positivos e negativos do espaço físico de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, contribuir para a melhora do atendimento oferecido por estas instituições.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi); Estudo de Caso; Arquitetura e Urbanismo.

ABSTRACT

The Brazilian psychiatric hospitals are passing through a reorganization of their model. Through this reorganization, that includes the patient's rehabilitation methods and the physical structure, the Government intends to eliminate the exclusion model. According to the assistance offer by the psychiatric hospitals has been gradually replaced by the Psychosocial Attention Centers (CAPS). The CAPS, like other services recently developed by the Health Ministry to give assistance to the people with mental disturbance (like Day Hospitals and Therapeutic Houses), have as central objective to rescue their citizenship and promote their insertion into society.

Due to their novelty there is a lack of norms and regulation concerning the physical spaces of CAPS. As a consequence, many of these establishments do not attend the spatial needs of their users, damaging the patients' rehabilitation and the staff work.

Given the above, this research consisted in a Study of Case realized in a Children's Psychosocial Attention Centers (CAPSi) in Cuiabá - MT. The objective of the investigation was to identify the positives and the negatives aspects of the edification. The methodology used to identify these aspects was based in a combination of methods and register techniques. The methods used were: Documental Analysis, Spatial Analysis, Free and Structured Interviews, Participative Observation and Words and Images Games. This combination of methods were necessary due to the complexity of the public involved in the research (children and teenagers with mental disturbances, parents and employees). The absence of specific publications about the theme represented another difficulty for the development of the research. To overcome this lack it was necessary to search information from Architecture and Urbanism and other knowledge areas, like Psychology and Psychiatry.

Finally, this study intended, through the identification of positives and negatives aspects of the physical space of a Children's Psychosocial Attention Center, to contribute for the improvement of the assistance they offer.

Key-words: Children's Psychosocial Attention Center (CAPSi); Study of Case; Architecture and Urbanism.

1. INTRODUÇÃO

Os Centros e de Atenção Psicossocial (CAPS), que constituem o modelo mais recente de serviço assistencial à saúde mental financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), têm como meta oferecer tratamento à população de sua área de abrangência. Estes serviços estão substituindo gradualmente os leitos dos hospitais psiquiátricos brasileiros, oferecendo tratamento àquelas pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, sejam adultos, adolescentes ou crianças. Através dos CAPS o Ministério da Saúde visa também a inclusão social e reinserção familiar dos portadores de transtornos mentais.

Os serviços assistenciais oferecidos pelos CAPS são relativamente recentes, quando comparados a toda a trajetória institucional dos hospitais psiquiátricos. Em função disso, pouco conhecimento se tem sobre esse novo modelo de assistência à saúde mental, especialmente no que se refere ao espaço físico. Mesmo sendo considerados como Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS), estes Centros não possuem normas, leis ou portarias específicas que definam o espaço físico mínimo e adequado, ou diretrizes que possam dar suporte a implantação de novos estabelecimentos. Observa-se que grande parte destas instituições tem suas instalações em residências alugadas pelos Governos Municipais ou Estaduais e que a adaptação dos espaços destinados ao desenvolvimento das atividades terapêuticas não segue parâmetros específicos. A partir deste fato foi considerada a hipótese de que estas instituições podem não estar atendendo às necessidades dos usuários em relação às condições de seu espaço físico. Ou seja, os ambientes podem não estar favorecendo o bom desempenho das atividades terapêuticas e do atendimento psiquiátrico, ou mesmo a integração e o convívio social entre os usuários.

Para saber se a hipótese levantada tinha fundamento ou não, foi necessário então compreender as relações comportamentais dos usuários em relação ao ambiente físico utilizado e identificar os aspectos positivos e negativos, sob o ponto de vista dos funcionários, pacientes e pais/responsáveis. Para isso, foi realizado um Estudo de Caso no CAPSi de Cuiabá.

Para o desenvolvimento desta investigação foi necessário desenvolver uma combinação de instrumentos metodológicos com o propósito de:

- I. Obter embasamento teórico sobre o tema. Para isso, foi realizada uma Análise Documental baseada nas seguintes áreas de conhecimento: Arquitetura e Urbanismo, Psicologia, Psiquiatria e História da saúde mental;
- II. Conhecer o objeto de estudo e analisar as relações existentes entre usuários e os ambientes utilizados por eles. Foram desenvolvidas então Análises Espaciais e

Observações Participativas, complementadas por Registros Fotográficos e Levantamento do Espaço Físico;

- III. Identificar as necessidades e as aspirações dos usuários sobre o espaço físico. Logo, para a obtenção de informações de fonte direta, utilizou-se Entrevistas Abertas e Estruturadas e Jogos de Imagens e Palavras.

A utilização de todos estes instrumentos foi necessária para superar as dificuldades e a complexidade do público envolvido, assim como a escassez de documentos bibliográficos referentes ao tema abordado. A obtenção das informações de fonte direta, em especial, foi consideravelmente complexa; para obtê-las foi necessário utilizar mais de um instrumento metodológico.

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

O objeto de estudo desta pesquisa, a princípio, era o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, que foi a primeira instituição do estado de Mato Grosso a tratar de portadores de transtornos mentais. O objetivo era investigar se a estrutura física do estabelecimento estava favorecendo ou não a recuperação dos pacientes. Porém, ao iniciar a busca por informações pertinentes sobre o tema definido, observou-se que os hospitais psiquiátricos, em geral, estão passando por um processo de eliminação gradual dos leitos para internação. Esta mudança levou a um necessário redirecionamento do foco de estudo.

A trajetória da assistência à saúde mental, no Brasil e no mundo, foi marcada por regimes de isolamento e métodos coercitivos e desumanos de tratamento aplicados aos pacientes. No entanto a evolução do conhecimento e das práticas terapêuticas, principalmente nas últimas décadas do século XX, levou não só ao questionamento destes métodos de tratamento, como também a movimentos direcionados ao fim dos manicômios. No Brasil estas mudanças de concepção e de atuação resultaram no redirecionamento do modelo assistencial da saúde mental, regularizado pela Lei 10.216, sancionada em abril de 2001. Além do redirecionamento do modelo assistencial, esta Lei dispõe também sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais.

Para substituir os hospitais psiquiátricos foram criados então os Centros de Atenção Psicossocial. Para melhor atender a clientela, os CAPS foram classificados em várias modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad¹ e CAPSi² (todas estas modalidades serão descritas no Capítulo 4).

¹ CAPS ad: Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas.

² CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infantil. Em algumas regiões do Brasil a sigla CAPSi significa Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil, pois estas instituições atendem também adolescentes.

A modalidade selecionada para o desenvolvimento desta pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), implantado na cidade de Cuiabá, em 2002. Foi realizado um Estudo de Caso sobre a edificação, com o intuito de se investigar a relação dos usuários com o ambiente construído, bem como identificar os aspectos físicos que poderiam estar prejudicando ou beneficiando o desempenho das atividades terapêuticas.

A opção por um CAPS destinado à assistência de crianças e adolescentes partiu de uma hipótese de que a complexidade das relações entre os usuários e o ambiente construído seria maior, talvez por envolver uma diversidade maior de usuários (crianças, adolescentes, pais/responsáveis e funcionários), cada um com suas preferências e necessidades espaciais próprias. Foi considerada também a relevância de um bom atendimento, amparado por boas condições ambientais, para a recuperação e inserção social dos pacientes.

1.2 QUESTÕES DA PESQUISA

Para se atingir o objetivo principal foi necessário, em primeiro lugar, procurar respostas para a seguinte questão:

Quais contribuições a Arquitetura poderia oferecer a um Centro de Atenção Psicossocial Infantil?

A partir desta questão, originaram-se as demais:

- a) Como seria, sob o ponto de vista dos usuários, um CAPSi ideal?
- b) Quais concepções arquitetônicas o CAPSi deveria apresentar para proporcionar maior comodidade e segurança aos usuários?
- c) Quais ambientes deveriam fazer parte do programa de necessidades do CAPSi para torná-lo completo?
- d) De que forma se poderia aumentar/melhorar a eficiência dos ambientes existentes?
- e) Quais elementos e equipamentos poderiam tornar a assistência do CAPSi mais eficiente?

Estas questões foram fundamentais para o desenvolvimento desta investigação, bem como para a definição dos instrumentos metodológicos utilizados; pois, enquanto umas exploram aspectos subjetivos relacionados ao espaço físico, como as condições ideais para o desempenho das atividades, outras abordam aspectos mais objetivos/concretos, como a necessidade de certos equipamentos e ambientes, por exemplo.

As respostas destas questões, e de outras que apareceram durante o desenvolvimento da pesquisa, surgiram durante a aplicação dos procedimentos metodológicos. A metodologia aplicada foi responsável pela obtenção das informações fornecidas pelos funcionários, pais/responsáveis, adolescentes e crianças, sobre suas expectativas e experiências vividas

nos ambientes do CAPSi avaliado. Estas informações, por sua vez, subsidiaram o desenvolvimento das recomendações de projeto – objetivo principal desta investigação.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como a Arquitetura pode interferir no tratamento de crianças e adolescentes com distúrbios mentais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar edificações que atendam crianças e adolescentes com distúrbios mentais, no Brasil e no exterior;
- Verificar a adequação do programa de necessidades e os espaços criados no CAPSi de Cuiabá, em relação às necessidades das atividades terapêuticas praticadas;
- Identificar diretrizes de projeto que propiciem o estabelecimento de estratégias mais adequadas ao projeto de instituições de assistência psicossocial infanto-juvenil;

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA

Faz-se necessário fazer um breve histórico da psiquiatria geral e infantil para melhor contextualização do leitor e também para ressaltar a importância dos novos espaços de atendimento terapêutico em questão neste estudo.

3.1.1 História da Loucura no Mundo

Segundo Foucault (1997), até o final da Idade Média a loucura fazia parte do cotidiano da sociedade. Não havia nenhum tipo de tratamento médico ou isolamento para os loucos. Naquela época, somente os leprosos eram condenados à exclusão, pois sua doença era símbolo da cólera e da bondade de Deus. Os leprosos eram, ao mesmo tempo, temidos e sacralizados. Eram obrigados, pela Igreja e pela sociedade, a viverem isolados nos leprosários para pagar por seus pecados e alcançar o caminho da salvação e a purificação. Assim, os leprosários multiplicaram-se por toda a Europa. A lepra começa a desaparecer, não pelas obscuras práticas médicas, mas pelo fim das Cruzadas que mantinham contato direto com os focos ocidentais. Erradicada a lepra, permanecem as estruturas de exclusão que,

primeiramente, são ocupadas por pessoas com doenças venéreas. Dois ou três séculos mais tarde os leprosários passam a abrigar os pobres, vagabundos, presidiários e loucos. Já no Renascimento a forma de ver a loucura muda em função das transformações culturais e religiosas. Neste momento, os loucos, considerados incuráveis, eram escorraçados das cidades: eram jogados em embarcações errantes que asseguravam sua partida para bem longe. As cidades, por sua vez, aceitavam cuidar apenas dos seus cidadãos. Algumas cidades apenas, aceitavam um elevado número de loucos, como Nuremberg na Alemanha³.

Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. (FOUCAULT, 1997)

No século XVII, a loucura passa a ser considerada o avesso da razão, levando os loucos a uma nova forma de exclusão. São criadas então, casas de internação por toda Europa. Surgem também neste século, em Paris, instituições que, apesar do nome, não se aproximam em nada dos estabelecimentos médicos: os Hospitais Gerais, que são na verdade um tipo de estrutura jurídica que, como os tribunais, tem o poder de julgar e executar. Os diretores dos Hospitais Gerais dispunham de golilhas de ferro e celas na estrutura destes estabelecimentos. Pessoas de todas as idades, sexo, crenças e condições financeiras eram internadas ali, caso fossem consideradas como ameaça à sociedade. Segundo Foucault (1997), o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabeleceu entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: foi considerado como a terceira ordem da repressão.

Foucault (1997), coloca ainda que tanto as casas de internamento quanto os Hospitais Gerais, tinham como objetivo principal impedir a mendicância e a ociosidade, assim como destruir todas as fontes de desordem. Logo, foi instituído o trabalho (forçado) como forma de libertação e purificação. Os que se negavam a trabalhar ou os que não produziam o estimado, eram castigados e isolados. O tipo de tratamento oferecido era diversificado. Deixavam-se morrer os que se encontravam em estado crítico. A outra terapêutica aplicada era chamada de “Grandes Remédios”. Eram aplicados no máximo seis semanas e seguiam-se alguns procedimentos: iniciava-se por uma sangria, depois por uma purgação seguida de uma semana de banhos (duas horas por dia); purgava-se novamente e para encerrar a primeira fase era imposta uma confissão. Em seguida, começavam as fricções com mercúrio, e para finalização mais duas purgações e uma sangria. Depois de todos estes procedimentos eram concedidos quinze dias de convalescença. Só então, depois de ter acertado as contas com Deus, o interno era declarado curado e mandado embora.

³ Os loucos eram abrigados, mas não recebiam tratamento. Eram jogados na prisão. (FOUCAULT, 1997)

De acordo com Reis (2005), somente com o advento da Revolução Francesa (final do século XVIII) é que a loucura passa a ser território da medicina. Inicia-se então o paradoxo da psiquiatria.

A medicina, ao iniciar sua preocupação com a loucura, traz evidentemente consigo seu imperativo metodológico: sua objetividade e cientificidade. [...] (Mas) Como tratar de maneira externa e objetiva aspectos diretamente relacionados à própria constituição do paciente como sujeito? (REIS, 2005)

Na virada do século XVIII para o XIX, Philippe Pinel deu o primeiro passo para mudar a forma de tratamento dos loucos, inspirado nas reformas políticas e sociais ocorridas na França. Álvares (2003), descreve que a loucura passou a ser considerada então uma doença que poderia e deveria ser tratada pelos médicos. Assim, surgiram as clínicas e os estudos sobre a psiquiatria. Philippe Pinel é considerado, por alguns autores, um revolucionário no método de tratamento dos hospitais psiquiátricos, pois passou a tratar os pacientes, antes considerados criminosos ou possuídos pelo demônio, como pessoas doentes. Essa doença, de acordo com seu ponto de vista, era resultado tanto do estresse social e psicológico, como de alterações patológicas no cérebro. Seu método substituiu sangrias, vômitos e purgações por terapias de aproximação, atividades ocupacionais e contato amigável com os pacientes. Foi também ele, o primeiro a criar uma classificação para as doenças mentais. Além de Pinel, o precursor da psiquiatria, outros nomes se destacaram no campo da psiquiatria: Esquirol, Morel e Edouard Séguin.

Outro psiquiatra que merece destaque mundial, por suas iniciativas no quadro da assistência à saúde mental, é o italiano Franco Basaglia. Em 1961, iniciou seu trabalho como diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Influenciado pelas experiências de uma Colônia Terapêutica, dirigida por Maxwell Jones na Escócia, aboliu as medidas institucionais de repressão e desenvolveu reuniões onde o corpo médico e os pacientes se manifestavam abertamente. As experiências vividas por Basaglia nos hospitais de Gorizia e de Trieste (para onde foi transferido em 1971), levaram-no a repudiar não só os antigos métodos de repressão e reclusão, mas também o próprio hospital psiquiátrico, enquanto estrutura física. De acordo com Amarante (2003), o ideal de uma Reforma Psiquiátrica, partindo dos princípios de Franco Basaglia, seria uma sociedade sem manicômios, uma sociedade de inclusão, onde os portadores de transtornos mentais teriam seus direitos garantidos e sua condição respeitada.

A Psicanálise, elaborada na teoria e na prática por Sigmund Freud no século XX, segundo Brasil (2003), é outro marco da saúde mental. Freud desenvolveu a psicanálise como método de tratamento das neuroses, com o objetivo de trazer para o consciente do indivíduo o conteúdo rejeitado por ele, e assim eliminar/curar o sofrimento que distorce a sua conduta.

No que diz respeito à saúde mental infantil, os primeiros manifestos aconteceram, segundo Nicolau (2005), no século XVIII. A iniciativa partiu dos educadores, que preocupados com a

reeducação de crianças excluídas (portadoras de algum tipo de deficiência), criaram instituições de ensino especial. Nos séculos anteriores não existia nenhum comprometimento em relação à infância; menor ainda era a preocupação com as crianças portadoras de deficiência. Os cuidados com a saúde mental da criança só se intensificaram mesmo no final do século XIX, com a iniciativa dos Estados Unidos num movimento de orientação infantil, onde foram criados vários Centros de Estudo da Criança. Ao longo do século XX, alguns nomes, como Sigmund Freud, Leo Kanner e D. W. Winnicott, destacaram-se por terem proporcionado grandes contribuições para o progresso do tratamento da saúde mental infantil. Em 1937, ocorreu nos Estados Unidos o 1º Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil.

3.1.2 História da Loucura no Brasil

No Brasil a história da psiquiatria apresentou-se também em forma de asilamento. Em 1830, os loucos começaram a ser considerados doentes mentais e passaram a ter um espaço social próprio para sua reclusão. Antes disso eram encontrados nas ruas, prisões e nos porões das Santas Casas de Misericórdia. De acordo com Alencar (2003), a saúde mental no país começou a ser pensada somente na segunda metade do século XIX, com a criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro. O Hospital Psiquiátrico Pedro II⁴, implantado no Rio de Janeiro em 1852, foi inaugurado com 140 leitos. O edifício em estilo neoclássico foi construído com dinheiro público, em uma chácara afastada do centro da cidade. Seus espaços eram amplos e sua decoração luxuosa, em função disso, era conhecido popularmente como o “Palácio dos Loucos”. Prontuários encontrados no Hospital Psiquiátrico Pedro II comprovaram que a classificação dos pacientes era feita de acordo com a sua classe social.

Entre os de primeira classe, chama a atenção serem pacientes moradores da corte, brancos, cidadãos, fazendeiros ou funcionários públicos, e em número muito pequeno em relação às outras classes. Na segunda classe encontramos lavradores e pessoas que têm o ofício de prendas domésticas, ainda brancos e livres. Na terceira, são todos escravos, pretos, pertencentes a um senhor importante, já que na sua identificação possuíam apenas o primeiro nome, seguido da nomeação senhorial [...].(OLIVEIRA, 2003)

Oliveira (2003), descreve ainda o tipo de tratamento para as diferentes classes: os pacientes de primeira e segunda classes possuíam os melhores quartos (individuais ou duplos), e se ocupavam de pequenos trabalhos manuais ou jogos; os de terceira classe, tinham como responsabilidade a manutenção do edifício e do jardim, a limpeza e a preparação das refeições. Os pacientes de terceira classe, paradoxalmente, recuperavam-se em maior número que os de primeira e segunda.

⁴ Atualmente, o Hospital Psiquiátrico Pedro II é chamado de Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMASNS), em homenagem à mulher que foi considerada uma das personagens mais importantes na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No final do século XIX, os hospícios passaram definitivamente a ser subordinados à administração pública, que implantou o modelo de colônias para a assistência aos doentes mentais. As colônias permaneceram com o regime asilar, porém nelas a comunidade passou a conviver com os loucos, que tinham o trabalho como tratamento terapêutico. Na primeira metade do século XX, o tratamento psiquiátrico passou a utilizar técnicas, como camisa de força (Figura 01), a insulinoterapia (coma diabético provocado por meio de injeção de insulina), o cardiazol (droga utilizada para provocar convulsões), o eletroconvulsoterapia (passagem de corrente elétrica pelo cérebro para provocar convulsões generalizadas) e as lobotomias (técnica cirúrgica que ao eliminar a substância branca dos lobos temporais do cérebro, provoca alterações na personalidade). Posteriormente, surgiram novas propostas terapêuticas, como a psiquiatria comunitária, a psicoterapia institucional, a comunidade terapêutica e enfim, a antipsiquiatria.



Figura 01: Camisa de força

Em 1952, a médica psiquiatra Nise da Silveira fundou o Museu Imagens do Inconsciente (Figura 02), que expõe até hoje obras produzidas por pacientes do Hospital Psiquiátrico Pedro II (Figuras 03 e 04), em especial pessoas com esquizofrenia.



Figura 02: Edifício Pedro II, atual Museu Imagens do Inconsciente



Figura 03: Mandala – Fernando Diniz



Figura 04: Pintura em tela – Emygdio de Barros

O movimento da antipsiquiatria⁵ toma força no mundo todo nos anos 60, tendo como proposta a reabilitação do doente mental. Para isso, foi necessário modificar as estruturas, tanto físicas quanto de tratamento dos manicômios, que até então eram sinônimos de dor e opressão.

De acordo com Brasil (2001), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em 1987 e teve como contribuição a reorganização das forças atuantes no setor, enfocando a necessidade de mudanças profundas e imediatas do modelo assistencial da saúde mental no Brasil. A grande reforma psiquiátrica brasileira, que teve início apenas na década de 90, baseou-se principalmente nas experiências internacionais, em especial as ocorridas na Itália⁶.

A Conferência Regional de Caracas (que ocorreu em 1990), também influenciou fortemente o Brasil e todo o continente Americano, na reestruturação da atenção em saúde mental, tema da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, em Brasília. A 2ª Conferência contou não só com a participação dos segmentos municipais, estaduais e federais, mas também dos usuários e seus familiares. Como resultado, foram criadas normas objetivas de qualificação dos serviços de internação psiquiátrica e métodos mais eficazes de fiscalização, que retiraram do sistema de atendimento vários leitos e instituições psiquiátricas que se encontravam fora das exigências assistenciais. Com a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), foram implantados, gradativamente, os centros de atenção psicossocial em substituição ao modelo de internação. Em 1990 havia somente três centros de atenção psicossocial implantados no país. Em 2000 este número aumentou para duzentos e quarenta e em 2001 para duzentos e oitenta e cinco.

⁵ O psiquiatra inglês David Cooper foi o primeiro a implantar o modelo da antipsiquiatria no meio psiquiátrico tradicional. Seu objetivo era ajudar o paciente a desenvolver sua identidade e assim, inseri-lo novamente na sociedade. (GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO, 2004)

⁶ O psiquiatra italiano Franco Basaglia, principal defensor da reforma psiquiátrica na Itália, iniciou suas atividades em Gorizia no final dos anos 60 e passou a denunciar a situação desastrosa dos hospitais psiquiátricos, caracterizados pela desumanização e desintegração dos pacientes. Influenciado pelo movimento da antipsiquiatria iniciou o processo de desinstitucionalização manicomial, através da eliminação das celas fortes, camisas de força, e dos próprios métodos de tratamento. (BASAGLIA, 1985)

Apesar de relativamente novo, o modelo de atendimento aplicado nos Centros de Atenção Psicossocial tem provado, através da recuperação dos usuários, a possibilidade de fazer psiquiatria sem necessidade de violência, exclusão e preconceito.

O Governo estabeleceu como objetivo a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, com o intuito de devolver aos usuários sua cidadania e sua reinserção social, essência da Reforma Psiquiátrica. A intenção é implantar centros de reabilitação psicossocial em todo o território brasileiro, principalmente nos grandes centros urbanos. Com o fim gradativo do modelo hospitalocêntrico, o Governo pretende ampliar a adesão dos portadores de transtornos mentais ao tratamento de reabilitação. Acredita-se que o isolamento e a segregação, além do oneroso e reduzido número de leitos (insuficiente à estimativa de pacientes), são os principais fatores de ineficácia do tratamento oferecido pelos hospitais psiquiátricos. Segundo Brasil (2001), se forem considerados somente os transtornos mentais severos (como psicose e neurose grave, por exemplo), chegar-se-á a uma estimativa de que 3% da população geral carece de atendimento especial, tal como é oferecido pelos CAPS. Esta estimativa representa mais de 5 milhões de pessoas. Sem contar os dependentes de substâncias entorpecentes (só em relação ao álcool, estima-se que 4% da população necessita de cuidado regular e contínuo). Confirma-se então um elevado número de portadores de transtornos mentais para uma pequena oferta de serviços assistenciais.

A Lei 10.216⁷ de Paulo Delgado foi a primeira lei oficial brasileira a preconizar o fim das instituições de caráter manicomial. Esta Lei estabeleceu os novos modelos assistenciais e foi promulgada em abril de 2001.

As mudanças do antigo modelo assistencial, centrado na internação prolongada e conseqüente exclusão social do paciente, para o modelo de reintegração familiar e social vem ocorrendo por meio da incorporação progressiva de ações de desospitalização, acompanhamento do uso de medicamentos em regime ambulatorial (ações curativas) e terapêuticas de atenção psíquicas e/ou ocupacionais (ações de recuperação). Esta atual forma de atenção integral aos pacientes pressupõe alguns cuidados no projeto [arquitetônico], desde a unidade mais simples até a mais complexa. (CASTRO, 2004)

Iniciou-se então, o processo de desospitalização dos doentes mentais. O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em São Paulo, em março de 1986, e era chamado de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS da Rua Itapeva). A criação deste e de outros CAPS deu-se a partir de um intenso movimento social dos trabalhadores de saúde mental, cujo objetivo era melhorar a assistência no Brasil e revelar a situação precária dos hospitais psiquiátricos (único recurso destinado aos portadores de transtornos mentais). Outras instituições com a mesma filosofia, mas com algumas diferenças no sistema assistencial, foram

⁷ Também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (ver Anexo 10.1).

criadas: NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), Hospital Dia, Oficinas e Residências Terapêuticas.

Em relação à saúde mental infantil brasileira, os primeiros fatos significativos aconteceram no 4º Congresso de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1900. As crianças com deficiências mentais passaram então, a ser internadas no mesmo espaço que os adultos. Em 1920, inicia-se a intervenção do saber psiquiátrico no tratamento da saúde mental infantil, baseado na reclusão terapêutica dos alienados; em 1921 foi criado o primeiro pavilhão infantil no Hospital Juqueri (São Paulo), por Franco da Rocha. No final da década de 60 foi fundada no Rio de Janeiro, a Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil (ABENEPI), um referencial no tratamento das doenças mentais no Brasil, cuja abordagem baseou-se na relação interdisciplinar. Atualmente, encontram-se nos grandes centros brasileiros os serviços de assistência à saúde mental da criança e do adolescente, como por exemplo, COIJ (Centro de Orientação Infanto-Juvenil) e CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil). Estes centros mantêm o enfoque multidisciplinar e estão sendo implantados por todo país. (NICOLAU, 2005)

De acordo com Marchi (2005), a doença mental na infância e na adolescência pode ser relacionada a doenças crônicas que afetam o desenvolvimento físico/mental, convivência com situações de violência, pais com transtornos mentais severos ou usuários de drogas, ruptura dos vínculos familiares, uso de drogas, trabalho precoce, e até mesmo gravidez precoce e não planejada. A autora prevê ainda, que o elevado número de crianças e adolescentes com patologias mentais, poderá gerar um pesado ônus à sociedade em geral, caso não se amplie a rede de serviços de atenção psicossocial em todo território brasileiro.

Dessa forma, acredita-se que o método preventivo, juntamente com o tratamento dos transtornos mentais oferecidos nos centros de atenção psicossocial, pode transformar o quadro da saúde mental na infância e na adolescência, reduzindo a criminalidade, a violência, o uso de drogas e o abandono escolar.

3.1.3 A História da Loucura em Mato Grosso

No estado de Mato Grosso, repetiu-se a triste história do modelo asilar predominante no Brasil, caracterizado pela política hospitalocêntrica de exclusão. Um casarão construído às margens do Rio Coxipó em Cuiabá no ano de 1909, foi considerado o primeiro abrigo dos loucos do Estado. A situação da “Chácara dos Loucos” era insalubre e desumana. O ano de 1944 foi marcado pela vinda do primeiro médico psiquiatra para a cidade. Logo, considerou-se a necessidade de se construir um hospital para doentes mentais, que foi iniciado apenas em 1950. O Hospital Adauto Botelho, por muitos anos, foi o único estabelecimento assistencial à saúde mental do Mato Grosso. As condições de atendimento eram precárias, pois, por atender todo o Estado, o número de pacientes internados era sempre maior do que sua capacidade. Na

Década de 70, a Coordenadoria de Saúde Mental iniciou o processo de interiorização dos serviços, uma vez que grande parcela dos pacientes vinham de outras cidades. Como resultado obteve-se a redução de 600 para 350 pacientes internados, chegando até a 150. No final da década de 80 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico privado, o Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá. Neste momento, a política nacional de saúde mental já recomendava a implantação de serviços ambulatoriais e não hospitalares. No ano de 1990, o Hospital Adauto Botelho foi fechado para reforma. Três anos depois, no mesmo local, foi inaugurado o Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) Adauto Botelho, adaptado de acordo com a Reforma da Assistência Psiquiátrica adotada pelo Ministério da Saúde, funcionando como Pronto Socorro Psiquiátrico, Ambulatório, Internação de curta duração e Hospital-Dia. Mato Grosso conta hoje com seis CAPS I (Pontes e Lacerda, Alta Floresta, Rondonópolis, Cáceres, Juara e Sinop), dois CAPS II (Cuiabá e Várzea Grande), dois CAPSi (Cuiabá e Rondonópolis) e dois CAPS ad (Cuiabá e Barra do Garças)⁸. Ao todo são doze Centros distribuídos pelo Estado. Os dados quantitativos, por outro lado, mostram a necessidade de se ampliar a rede de atendimento.

3.2 OS ESPAÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Segundo Costeira (2004), a concepção de muitos projetos destinados aos estabelecimentos de assistência à saúde no Brasil ainda segue parâmetros rígidos e conceitos ultrapassados, distanciando-se dos modelos mais adequados às atividades a serem desenvolvidas nesses ambientes.

Fatores como a pressa na concepção do projeto, a não valorização da visão dos usuários, a falta de legislação específica e até mesmo a corrupção, tornam os estabelecimentos de assistência à saúde despidos de identidade e escala humana.

É necessário que se estabeleçam parâmetros para a concepção e implantação de EAS (Estabelecimentos de Assistência à Saúde), projetados para oferecerem cuidados de assistência à saúde, utilizando tecnologias adequadas à realidade brasileira, otimizando custos e tempo de construção, flexibilizando seus programas e possibilitando, por meio de sua disseminação, aumentar a oferta de serviços e alcançar maiores parcelas de usuários, sempre carentes desse tipo de atenção, na promoção da saúde. (COSTEIRA, 2004)

Os estabelecimentos de assistência à saúde mental têm sofrido ainda mais em relação a estes aspectos, em função da reforma psiquiátrica, que até o presente momento reflete mudanças no seu modelo assistencial e de estrutura física. Isto significa que não só os métodos de tratamento utilizados para a reabilitação dos portadores de transtornos mentais estão em processo de mudança, mas também a estrutura físico-espacial dos estabelecimentos

⁸ GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO (2004).

destinados a este público. O resultado destas transformações é a substituição gradual dos hospitais psiquiátricos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros modelos de assistência à saúde mental.

Por serem relativamente novos os CAPS, na maioria dos casos, oferecem seus serviços assistenciais em residências alugadas pelos governos municipais ou estaduais. Segundo pesquisas realizadas por Carvalho⁹ (2000), no Rio de Janeiro, há uma maior aceitação por parte dos pacientes em relação à casa como local de tratamento. De acordo com a autora, esta preferência pode ser explicada pelo fato da casa se distanciar da imagem do manicômio, da instituição psiquiátrica. Apesar disso, os resultados da pesquisa mostraram também que, nas quatro instituições avaliadas, foram observadas as chamadas síndromes espaço-comportamentais (comportamento espacial inadequado relacionado aos espaços inadequados). Isto significa que muitas das edificações utilizadas para o tratamento de reabilitação psicossocial, da mesma forma que a instituição avaliada pela presente pesquisa, podem não apresentar as características físico-espaciais necessárias para o desenvolvimento das atividades terapêuticas.

O Governo Federal desenvolveu algumas Cartilhas, cujo conteúdo auxilia as diretorias na administração destes estabelecimentos, e os servidores a planejar as oficinas e atividades terapêuticas. A Portaria 336/GM de 2002¹⁰, por sua vez, descreve as modalidades de serviço (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS ad), o quadro mínimo de funcionários, turnos, número de refeições, número máximo de pacientes atendidos por dia e as atividades assistenciais mínimas, de acordo com cada modalidade. Em relação ao espaço físico, a única informação fornecida pela 336/GM é que os Centros devem funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

A RDC nº 50¹¹, também de 2002, dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Porém, nela não estão definidas as condições e instalações específicas para estabelecimentos de assistência à saúde mental. De certa forma, a RDC nº 50 pode ser utilizada pelos projetistas, pois oferece informações como área mínima e instalações¹² sobre algumas partes que compõem o programa de necessidades de um CAPS; como por exemplo, consultório, circulações e aberturas. Porém, é importante ressaltar que este regulamento não

⁹ Estudo da relação entre ambiente construído e comportamento espacial de usuários (servidores e pacientes), em quatro instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro – iniciado em 1997.

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM**: Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº95, de 26 de janeiro de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde, Brasília, fevereiro de 2002a.

¹¹ BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – **RDC nº 50**, 21 de fevereiro de 2002b.

¹² As instalações na RDC nº 50 são indicadas através de siglas. Por exemplo: HF (água fria), HQ (água quente), EE (elétrica de emergência), FV (vapor), E (exaustão), etc.

possui uma tabela de ambientes específica para Centros de Atenção Psicossocial. Logo, as informações oferecidas tornam-se limitadas. Pode-se tomar como base, por exemplo, as indicações para Consultório Indiferenciado¹³, cuja área mínima é de 7,50 m², com dimensão mínima de 2,20 m e instalação de água fria (HF).

O fato é que a inexistência de uma legislação específica para os ambientes dos novos modelos de atendimento à saúde mental (CAPS, NAPS, Residências Terapêuticas, entre outros), pode dificultar a escolha e adaptação ou mesmo a construção de edifícios destinados à reabilitação dos portadores de transtornos mentais.

Uma das soluções para se chegar mais perto do que seria um CAPS ideal, seria ouvir a opinião dos usuários (pacientes, pais/responsáveis e funcionários). Como bom exemplo, tem-se a fundação do Planetree. Segundo Costeira (2004), uma paciente, depois de uma traumatizante experiência de internação em um hospital da Califórnia (EUA), procurou o diretor-médico da instituição e lhe falou dos seus anseios sobre um novo modelo de hospital. Como consequência, um conselho consultivo foi criado, e assim foi fundado o Planetree (organização sem fins lucrativos). Com o Planetree, surgiu o Patient-Centered Care e o Patient-Centered Design: conceitos baseados na opinião dos pacientes sobre o atendimento e a estrutura física dos estabelecimentos assistenciais à saúde. Esta nova forma de projetar tem trazido para os espaços destinados à saúde signos e valores encontrados no cotidiano dos pacientes. A primeira aplicação dos conceitos do Planetree foi realizada em um serviço médico-cirúrgico com treze leitos em um hospital de São Francisco.

Observa-se que a discussão sobre os fatores arquitetônicos que podem promover uma reabilitação mais eficaz, através do bem-estar físico e psicológico dos usuários de instituições de assistência à saúde mental, aos poucos ganha espaço entre os projetistas e pesquisadores.

Del Rio, Duarte e Rheingantz (2002), afirmam que a colaboração interdisciplinar entre Psicologia e Arquitetura e Urbanismo, através do Estudo das Relações entre Ambiente-Comportamento (environment-behavior), tem subsidiado pesquisas, cujo enfoque são as relações entre a saúde mental e o ambiente construído. Como exemplo, os autores citam a arquitetura hospitalar dos EUA, que utiliza informações presentes em pesquisas que comprovam a forte influência psicológica do ambiente construído na recuperação do paciente. Del Rio, Duarte e Rheingantz (2002), afirmam ainda que no Brasil são diversos os pesquisadores e grupos de pesquisa que desenvolvem investigações sobre temas como percepção, apreensão e cognição do ambiente construído; inter-relações pessoa-ambiente; hábitos e tendências comportamentais; identidades e representações. Por outro lado, destacam as dificuldades enfrentadas por estes pesquisadores e grupos de pesquisa, como

¹³ Contido na tabela de ambiente: UNIDADE FUNCIONAL: 1 - Atendimento Ambulatorial.

por exemplo a pouca tradição de colaboração interdisciplinar, as dificuldades metodológicas e a carência de recursos e de infra-estrutura. Mesmo com todos estes obstáculos, observa-se a iniciativa dos grupos de pesquisa relacionados à temática das relações *usuário x ambiente construído*. Como destaque tem-se a Universidade Federal do Rio de Janeiro, com o PROARQ e o Instituto de Psicologia, e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que realizou em 2000 o Seminário Internacional de Psicologia e Projeto do Ambiente Construído. Os trabalhos publicados por esses e outros grupos de pesquisa e de discussão via Internet (como o Grupo de Estudos de Avaliação Pós-ocupação da Associação Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído – APO-ANTAC, e a Rede de Psicologia Ambiental da América Latina – REPALA), têm fornecido muitos subsídios que podem promover o bem estar de pacientes de instituições hospitalares de todos os gêneros, favorecendo o desenvolvimento das atividades terapêuticas e a recuperação da saúde.

Da mesma forma, este estudo pretende apontar fatores do espaço físico que podem propiciar bem-estar em um Centro de Atenção Psicossocial infantil, levando em consideração os anseios e expectativas de todas as categorias de usuários (crianças, adolescentes, pais/responsáveis e funcionários).

3.3 AMBIENTE CONSTRUÍDO: FATORES PROMOTORES DE BEM-ESTAR

Estudos desenvolvidos nas áreas da Psicologia Ambiental e da Percepção, da Arquitetura e Urbanismos e da Antropologia indicam que o ambiente construído é capaz de exercer fortes influências, positivas ou negativas, sobre o comportamento de seus usuários. Bins Ely (2004), defende que todo tipo de atividade humana demanda um determinado espaço físico para sua realização, e que levando em consideração a diversidade das atividades e as diferenças das habilidades de cada indivíduo, conclui-se que as características do ambiente podem dificultar ou facilitar a realização das suas atividades. Por exemplo, o planejamento inadequado de um espaço físico certamente oferecerá condições negativas aos usuários, pois, fará com eles gastem mais energia ao desenvolverem suas atividades. O prejuízo pode ser mental ou físico. Por outro lado, quando o ambiente atende às exigências funcionais e formais, seguramente os usuários terão resultados positivos. Além de um ambiente bem planejado, outros aspectos, como disposição do layout, equipamentos adequados e conforto ambiental, podem melhorar a qualidade de um ambiente.

A arquitetura deve corresponder também aos anseios dos usuários, compreendendo suas verdadeiras necessidades formais e estéticas. No entanto, tem-se como exemplo a assistência à saúde que, até o final do século XX, fundamentava-se basicamente nos avanços da tecnologia de diagnóstico. O alívio do sofrimento e a promoção do bem-estar dos pacientes,

aspectos que deveriam fazer parte das principais metas da assistência à saúde, eram preocupações secundárias. (SANTOS e BURSZTYN, 2004)

De acordo com Fontes (2004b), apenas nos últimos anos os espaços arquitetônicos destinados à saúde pública têm recebido maior atenção em seu processo de planejamento. Uma nova abordagem tem utilizado a humanização como fator propiciador do bem-estar físico e emocional dos usuários. Essa nova abordagem, que considera o usuário como parte de um contexto e não mais como um conjunto de sintomas e patologias, tem sido largamente aplicada nos mais recentes projetos destinados à saúde, a fim de promover uma transformação na assistência à saúde.

Yuriar (2002), também defende a humanização como um fator importante para a recuperação de pacientes. Para ele a habitabilidade¹⁴ do lugar está diretamente ligada à humanização, à apropriação do ambiente pelo usuário. Yuriar defende ainda a constituição de uma avaliação interdisciplinar de ambientes já existentes e ocupados pelos usuários, para a construção de parâmetros que permitam o melhoramento permanente e sistemático da habitabilidade destes ambientes. O objetivo dessa avaliação seria o de promover maior rendimento, conforto e segurança possível no desempenho das atividades, assim como a recuperação mais rápida e eficiente dos pacientes. Também adepto à avaliação inter, multi e transdisciplinar Martinez e Andeane e Rodriguez (2002), descrevem que para que as características ambientais funcionem como um auxiliar do trabalho terapêutico é necessário atender não só os princípios do desenho arquitetônico, mas também os conceitos psicológicos que podem revelar as diferenças entre um ambiente positivo e um negativo.

Na década de 90, segundo Bitencourt, Barroso-Krause e Costa (2004), a política da assistência humanizada começou a ser considerada um componente essencial nos estabelecimentos da saúde do mundo todo, sob orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Na França, por exemplo, foi publicada em 1991 a Lei nº 91-748 que instituiu a *Reforma Hospitalar pelo Bem Estar da Saúde*, onde foram valorizados os direitos dos pacientes no acolhimento em estabelecimentos de saúde. Em 1995, foi publicada a *Carta do Paciente Hospitalizado*, que serviu de base para o desenvolvimento de estratégias de humanização para diversos países, inclusive o Brasil. As primeiras iniciativas brasileiras em relação à humanização foram tomadas no campo da saúde mental, através da Reforma Psiquiátrica (já comentada anteriormente), e em seguida na assistência ao parto. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), aprovado em Brasília no ano de 2000, é uma das ações mais recentes do governo brasileiro em relação a esta questão e atualmente tem procurado atingir todas as áreas da saúde.

¹⁴ Habitabilidade é um adjetivo que significa qualidade de habitar, que por sua vez nos leva à palavra habitável: adjetivo que significa que se pode habitar [...]. (YURIAR, 2002)

O PNHAH foi criado em função do elevado número de queixas de usuários em relação aos maus tratos e das péssimas condições de infra-estrutura nos estabelecimentos de assistência à saúde (EAS). De acordo com Serra (2000), o Ministério da Saúde, em resposta a estas queixas, convidou profissionais da área da saúde mental para desenvolver uma proposta de trabalho voltada à humanização¹⁵ dos espaços hospitalares. O PNHAH foi criado então, para melhorar as inter-relações entre os usuários e requalificar os hospitais públicos, a fim de torná-los mais modernos, dinâmicos e eficientes no atendimento das necessidades e expectativas do público a que se destina.

Nos serviços de saúde, essa intenção humanizadora se traduz em diferentes proposições: melhorar a relação médico-paciente; organizar atividades de convívio, amenizadas e lúdicas como as brinquedotecas e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro; garantir acompanhante na internação da criança; implementar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na realização do parto - o parto humanizado e na atenção ao recém-nascido de baixo peso - programa da mãe-canguru; amenizar as condições do atendimento aos pacientes em regime de terapia intensiva; denunciar a "mercantilização" da medicina; criticar a "instituição total" e tantas outras proposições. (PUCCINI; CECÍLIO, 2004)

O Ministério da Saúde prevê a multiplicação progressiva do PNHAH nos hospitais públicos por meio da colaboração das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. O estabelecimento de assistência à saúde que passa a fazer parte do Programa recebe um Grupo Trabalho de Humanização, que é constituído por uma variedade de profissionais responsáveis por difundir os benefícios da assistência humanizada, identificar os pontos críticos do estabelecimento, propor benefícios para os usuários (pacientes e funcionários) e melhorar a comunicação e a integração destes com o ambiente construído. Para garantir uma implantação bem sucedida do PNHAH, o Ministério da Saúde desenvolveu um conjunto de ações integradas, com o objetivo de melhorar o atendimento oferecido nos estabelecimentos do SUS; dentre elas estão grandes investimentos para a recuperação e melhoria da infra-estrutura dos EAS, a renovação dos equipamentos e aparelhagem tecnológica, barateamento dos medicamentos e a capacitação dos profissionais da saúde. Neste conjunto de ações estão contidas também a criação do prêmio Hospital Humanizado¹⁶ e a implantação de meios de comunicação que promovam a livre expressão, o diálogo e o respeito à diversidade de opiniões. A Rede Nacional de Humanização foi criada com a intenção de consolidar a política do PNHAH, pois, através dela os Grupos de Trabalho de Humanização podem trocar informações e experiências. Para

¹⁵ A adoção da humanização na assistência à saúde visa uma melhor qualidade de atendimento ao usuário e melhores condições de trabalho para os profissionais da saúde. Humanizar é reconhecer a necessidade de resgatar e articular os aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos; é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. (SERRA, 2000)

¹⁶ Este título é concedido ao EAS que atende plenamente aos critérios da política de humanização e que possui um Grupo de Trabalho Humanizado consolidado e atuante. Este título concede incentivos ao estabelecimento e o torna um colaborador na atribuição do serviço humanizado. (SERRA, 2000)

garantir o funcionamento pleno destas e outras ações foi fundado então o Comitê de Humanização. Este órgão é responsável pela coordenação e apoio técnico de todas as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, dos Grupos de Trabalho de Humanização, da Rede Nacional de Humanização e do Congresso Nacional de Humanização. O Comitê de Humanização é responsável também pela aplicação de uma avaliação sobre o Programa. Os critérios gerais adotados para a avaliação do Projeto-Piloto, aplicado em dez hospitais da rede pública de todas as regiões do Brasil, foram:

- Grau de comprometimento da diretoria com o desenvolvimento e a implantação do PNHAH;
- Participação do Grupo de Trabalho da unidade na liderança das iniciativas propostas;
- Participação do profissional na implementação ampla do PNHAH;
- Participação do profissional nos cursos de capacitação;
- Participação dos usuários nos canais de comunicação e reivindicação, e no acompanhamento de resultados;
- Grau de satisfação dos profissionais e dos usuários nas avaliações;
- Utilização adequada do manual de indicadores de qualidade;
- Implantação racionalizada das melhorias estruturais físicas e humanas;
- Participação sistematizada do trabalho voluntário;
- Efetivação de parcerias com instituições públicas e privadas;
- Efetivação da comunicação com movimentos comunitários.

Os resultados desta primeira avaliação apontaram questões relevantes sobre possíveis melhorias relacionadas ao atendimento; às inter-relações entre os usuários, profissionais e estabelecimento; às condições físicas das instituições; e ainda às formas de gestão/adiministração.

O Manual PNHAH¹⁷, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, para auxiliar gestores e agentes do Programa, disponibilizou parâmetros um pouco mais específicos para o diagnóstico da situação dos estabelecimentos hospitalares. Estes parâmetros foram divididos em duas classificações:

- I. Parâmetros para a humanização do atendimento dos usuários (pacientes e familiares, no caso);
- II. Parâmetros para a humanização do trabalho dos profissionais.

¹⁷ Negri (2006, ver Anexo 10.2 – pág. 112).

Estas duas classificações contêm vários sub-itens, que podem ser visualizados no Sub-capítulo 10.2 deste estudo. Aqui, serão destacados apenas os sub-itens que se relacionam ao espaço físico.

Os parâmetros classificados para os usuários apontam os seguintes indicadores de humanização:

- Adequação/criação de áreas de espera;
- Sinalização das áreas e serviços do hospital;
- Instalações físicas e aparência do hospital;
- Espaços de recreação e convivência para os pacientes;

Para os profissionais, a humanização dos ambientes de trabalho deve contar com os indicadores a seguir:

- Áreas de conforto;
- Segurança e higiene;
- Disponibilidade de equipamentos e materiais;
- Estacionamento e condições de acesso ao hospital;
- Refeitório;
- Áreas de descanso e convivência.

A política da humanização, que tem sido gradualmente implantada nos estabelecimentos de assistência à saúde pública, engloba, como se pôde observar nos parágrafos acima, muito mais do que as relações entre pacientes e profissionais. Para se obter resultados satisfatórios, é preciso aprimorar as relações humanas presentes nos EAS e oferecer condições ambientais adequadas para o desempenho das atividades terapêuticas. Em função dessa abrangência de fatores (físicos e psicológicos), a humanização pode ser considerada então o principal promotor de bem-estar, para todos os tipos de usuários de instituições hospitalares.

Para reforçar a importância dos fatores relacionados ao ambiente construído serão introduzidos a seguir vários exemplos de aspectos arquitetônicos implantados em instituições hospitalares, que geraram bons resultados no processo de cura dos pacientes, e que podem estar relacionados aos conceitos da assistência humanizada.

No que se refere à arquitetura e às influências do espaço construído sobre usuários de ambientes assistenciais à saúde, estudos mostram que existem aspectos que podem favorecer o bem-estar e aliviar o sofrimento dos pacientes, bem como melhorar as condições de trabalho dos ambientes utilizados pelos profissionais. A seguir, serão descritos alguns destes aspectos.

A descrição, porém, será breve, pois cada um destes aspectos é digno de pesquisa exclusiva e aprofundada.

Santos e Bursztyn (2004), desenvolveram uma pesquisa sobre a assistência ao parto com tendências para a humanização. Os resultados revelaram a preferência das parturientes por espaços semelhantes ao estar de uma moradia, para os ambientes destinados ao convívio social, amamentação e recepção de visitas. Foram valorizados também os ambientes com grandes janelas que favorecem contato com o ambiente externo e a iluminação natural, e jardins onde os recém-nascidos podem tomar o banho de sol, e as famílias e os profissionais da saúde podem manter e fortalecer o convívio social.

Os jardins e pátios de instituições hospitalares foram estudados também por Fontes *et al.* (2004c). A investigação foi desenvolvida no Hospital Lourenço Jorge, no Rio de Janeiro, que foi o primeiro hospital da rede pública a ser projetado seguindo propostas de humanização. Da mesma forma, o estudo realizado por estes autores revelou a apreciação dos pacientes pelo contato com a natureza através dos pátios e jardins, assim como a percepção do tempo e suas condições climáticas; e comprovou que estes elementos são capazes de promover o bem-estar físico e psíquico dos pacientes, aumentar a eficácia do tratamento e reduzir o uso de medicamentos antidepressivos. Por outro lado, os autores destacam a importância de se planejar estes espaços verdes, uma vez que, existem características fundamentais para que se atinja o objetivo de amenizar o sofrimento do paciente em tratamento. É importante que o projetista se atente para as condições climáticas da região e que os fatores relacionados às sensações (umidade, temperatura, iluminação, sons, odores e texturas), sejam planejados com cautela. Quando este conjunto de fatores não é considerado pelos projetistas desde a fase preliminar de projeto, há grandes possibilidades de acontecer o processo inverso: o resultado pode ser espaços vazios e sem vida, desprezados pelos pacientes, fugindo totalmente aos conceitos da arquitetura na assistência humanizada.

Ainda sob esta temática tem-se o trabalho realizado pela psicóloga Cláudia Azevedo¹⁸, que tem demonstrado a eficiência do uso de jardins para o desenvolvimento de atividades terapêuticas com pessoas portadoras de distúrbios mentais. Segundo a psicóloga o objetivo da atividade, cujo nome é *Projeto Plantando Sonhos* (nome criado pelos próprios participantes), é articular a fertilização do solo com o cultivo das emoções (do ponto de vista simbólico), revitalizar as áreas externas da instituição (Instituto de Psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro, onde o Projeto é desenvolvido atualmente), e explorar os espaços ajardinados da comunidade, ou seja, promover também o convívio com a sociedade. As atividades extra-muros devolveram o sentido de cidadania aos pacientes e reduziram o sentimento de exclusão. O Projeto teve início em 1993, em uma área situada na Colônia Juliano Moreira e teve o apoio técnico da Fundação

¹⁸ Azevedo (2002).

de Parques e Jardins da Prefeitura Municipal e do Jardim Botânico do Rio de Janeiro. Através do Projeto um terreno árido transformou-se em um belo jardim, nomeado pelo grupo de pacientes de Jardim-Mãe. O número de pacientes foi aumentando e conseqüentemente foram criados novos canteiros e jardins em novas áreas.

O ato de plantar é articulado pelo analista [Carl Gustav Jung] a fecundidade, feminilidade e sexualidade, e nesse trabalhoso processo de construir um jardim, aprende-se a ter paciência para que as espécies nasçam e cresçam. O cultivo é uma atividade que pode estar associada ao processo de linguagem “não racional” e “não verbal”, permitindo a elaboração de uma imagem correspondente ao jardim. Esse processo favorece a externalização dos conteúdos subjetivos, que se tornam eventualmente difíceis de serem desvelados pelas palavras. A atividade, portanto, pode oferecer aos pacientes com dificuldade de relação uma oportunidade de saída de seu isolamento interno por meio da interação com o outro e pela elaboração do canteiro de plantas. O trato do paciente com o canteiro pode estar articulado a seu autocuidado, que pode se estender para o espaço institucional e ao corpo de funcionários, visto que estes também cuidam dos próprios pacientes. (AZEVEDO, 2002)

O convívio com a comunidade também tem se mostrado um fator de referência na recuperação de pacientes, em especial na área da saúde mental. A arquiteta Maria Paula Zambrano Fontes reforça a importância da integração dos pacientes com a comunidade, em um trabalho (In: FONTES, 2004b), realizado em uma instituição psiquiátrica (Casa do Sol, no Rio de Janeiro). Esta integração, segundo ela, poderia ser feita, por exemplo, através da criação de praças, quadras de esportes e feiras para a venda de produtos feitos pelos pacientes. Neste mesmo estudo, a pesquisadora menciona outros fatores que se revelaram importantes para a promoção do bem-estar, sob a visão dos próprios usuários da instituição; tais como a associação com referências da casa, a participação do usuário no processo projetual e a resistência dos materiais.

Cada um destes fatores será esclarecido a seguir, segundo o ponto de vista de Fontes (2004), e outros autores.

[...] a casa é o nosso canto do mundo. Ela é, como se diz amiúde, o nosso primeiro universo. É um verdadeiro cosmos. Um cosmos em toda a acepção do termo. Vista intimamente, a mais humilde moradia não é bela? (BACHELARD, 1993)

O filósofo Gaston Bachelard define a casa como um lugar de apego, de intimidade protegida, um lugar carregado de significados e lembranças, capaz de confortar o homem e protegê-lo “das tempestades do céu e das tempestades da vida”. Yi-fu Tuan possui uma definição muito semelhante. Para ele a casa pode ser vista como um lugar¹⁹, onde a hierarquia dos espaços corresponde às necessidades sociais; é uma área onde uns se preocupam com os outros, um

¹⁹ De acordo com Tuan (1983), o lugar pode ser definido como um espaço dotado de valor por um ou mais indivíduos. A identidade do lugar é concebida através da dramatização das aspirações, necessidades e ritmos funcionais da vida pessoal e dos grupos.

espaço fechado e humanizado, dotado de valores e sentimentos²⁰. Pesquisas realizadas em instituições assistenciais à saúde têm revelado a preferência dos usuários por ambientes que tenham referências com a casa. Essa preferência pode ser explicada pelo sentimento de acolhimento que os ambientes caseiros podem proporcionar. As parturientes preferem ambientes semelhantes ao de uma moradia, em especial para os momentos em que recebem visitas ou participam de grupos vivenciais e de amamentação²¹. Fontes (2004), observou que na maioria dos desenhos feitos pelos pacientes e funcionários da Casa do Sol (instituição psiquiátrica), bem como as respostas dos questionários, havia fortes referências da casa como espaço ideal. Dessa forma, ambientes associados à casa têm se mostrado benéficos no processo de cura em várias áreas da saúde. Mesmo que a realidade de alguns estabelecimentos exija instalações mais complexas, recomenda-se que os ambientes aproximem-se o quanto for possível da ambiência de uma casa.

A participação dos usuários durante a concepção de um novo projeto ou de intervenções no ambiente construído tem produzido resultados satisfatórios em relação aos sentimentos de apropriação e bem-estar. A experiência vivida e verbalizada pelo usuário é um aspecto fundamental para se compreender as suas necessidades individuais e coletivas. Azevedo e Bastos (2002), concluíram que quando o projeto de arquitetura fundamenta-se nas relações usuário x ambiente construído, o produto final é mais bem compreendido e apropriado pelos indivíduos que o utilizam. Através de uma pesquisa realizada sobre a qualidade de vida nas escolas, os autores destacaram a importância da prática projetual participativa, onde são considerados os conhecimentos e as expectativas de todos os usuários. A participação dos usuários no processo de decisão garante que suas necessidades e valores sejam considerados na concepção do projeto. Na prática projetual participativa o arquiteto não é mais o único responsável pela tomada de decisões, mas o mediador que conduz o processo, estimula as discussões e a exposição de opiniões e fornece as informações técnicas.

Outro fator importante a considerar é a resistência, a segurança e a manutenção dos materiais. Os espaços de assistência à saúde mental, em especial devem estar devidamente preparados para atender ao público a que se destinam. Pois, são comuns as incidências de agressões mútuas e tentativas de suicídio. Devem ser evitados arestas vivas e materiais de acabamento frágeis e cortantes; pequenos cacos de cerâmica ou vidro, por exemplo, podem tornar-se armas nas mãos de uma pessoa com transtornos mentais. Nas instituições públicas, a resistência dos materiais torna-se ainda mais importante, em função das dificuldades de reposição e manutenção enfrentadas por elas. Os materiais de acabamento, portanto, devem

²⁰ Tuan (1983).

²¹ Santos e Bursztyn (2004).

ser de fácil manutenção e limpeza, devem resistir ao impacto, evitar a propagação de fogo e os pisos devem ser antiderrapantes²².

A cor é outro fator que pode ser considerado como promotor de bem-estar, quando aplicada da forma certa. Segundo César (2000), a cor é uma forma de energia que afeta o funcionamento do corpo e influencia a mente e o comportamento humanos. No processo de percepção das cores, deve ser considerada a inter-relação dos seguintes aspectos: relações pessoais; influência de modas, estilos e tendências; influências culturais; simbolismos e associações; e inconsciente coletivo. Em sua pesquisa, *A Cor e a Percepção Ambiental*, o autor concluiu que certas composições cromáticas, quando associadas aos aspectos de pré-disposição do indivíduo, promovem mais facilmente os estados emotivos, que por sua vez, fazem com que as cores adquiram uma condição simbólica (consciente ou inconscientemente). O autor cita como exemplo a cor verde, muito utilizada em instituições de assistência à saúde, por representar em diversas culturas a esperança, a força e a longevidade.

O uso do verde em situações em que a necessidade de se acreditar numa recuperação da saúde, na possibilidade de uma nova vida, pode facilitar por parte dos usuários, a captação de arquétipos ligados à esperança, ao crescimento e à recuperação dos aspectos vitais, [...]. (CESAR, 2000)

Tuan (1980), fala sobre a psicologia das cores e o simbolismo em seu livro *Topofilia*²³, destacando a sensibilidade do homem para as cores. Esta sensibilidade, segundo o autor, manifesta-se precocemente (com três meses de idade os bebês parecem fazer discriminações), e desempenha um papel importante nas emoções e na constituição dos primeiros símbolos do homem.

A iluminação é também um aspecto que exerce fortes influências no comportamento humano. Para sua descrição utilizou-se como base o trabalho de Fonseca, Porto e Clarke (2002). Em seu estudo sobre a qualidade da luz e sua influência sobre os usuários, as pesquisadoras defendem que a iluminação de um ambiente pode alterar o ânimo, assim como influenciar a cognição e o comportamento das pessoas. A luz, segundo elas, quando passa pelos olhos produz estímulos não só nas áreas visuais, mas também nas áreas do cérebro relacionadas às emoções e à regulação hormonal. A melatonina, principal hormônio responsável pelo ciclo dia e noite, age também na regulação de outros hormônios, como o cortisol, que por sua vez, está diretamente relacionado como o estado de ânimo da pessoa. Quando a produção deste hormônio cai, a pessoa tende a ficar desanimada. A exposição à luz tem sido utilizada como tratamento terapêutico de pessoas com transtornos psicológicos.

²² Fontes (2004b).

²³ O termo topofilia significa, segundo o geógrafo Yi-fu Tuan, *o elo afetivo entre a pessoa e o lugar ou ambiente físico*.

A SAD²⁴ é um tipo de depressão que atinge até 5% da população de adultos em países das extremas latitudes do norte. Este tipo de depressão geralmente se manifesta no outono e no inverno, quando o clima é ainda mais rigoroso e o céu é cinzento e chuvoso e desaparece na primavera e no verão. Tem como sintomas a reincidência dos episódios depressivos, elevado consumo de carboidratos, aumento de peso e da necessidade de dormir, queda de energia, falta de sociabilidade, sonolência durante o dia, dificuldade de concentração e estado de ânimo negativo. As autoras declaram ainda que os benefícios da luz auxiliam também a recuperação de pacientes em hospitais. Uma experiência feita com pacientes cirúrgicos tratados por 72 horas (no mínimo), demonstrou que as ocorrências de delírio pós-operatório aconteceram duas vezes mais em UTIs²⁵ sem janelas.

Outro estudo, também exemplificado por Fonseca, Porto e Clarke (2002), mostrou que um grupo de pacientes que permaneceu em uma UTI sem janelas, quando comparado a outro grupo com o tempo de permanência semelhante em uma UTI com janelas, apresentava memória menos exata do tempo de internação e os casos de alucinações e ilusões foram duas vezes mais altos. As janelas, além de promover o contato do ambiente interno com o externo, viabilizam a penetração da luz do sol, que, na quantidade certa, podem proporcionar sensações de relaxamento e facilitar o desenvolvimento de atividades que exigem concentração. A luz do sol pode ainda causar sentimentos de excitação que levam às interações sociais. Por outro lado, quando em quantidades inadequadas, pode provocar estresse e sensações desagradáveis, levando o indivíduo a evitar tal ambiente.

Assim como a humanização, os princípios do Desenho Universal deveriam, obrigatoriamente, fazer parte do planejamento de qualquer tipo de estabelecimento de assistência à saúde. Segundo Bins Ely e Dischinger (2001), o Desenho Universal visa a utilização de produtos e ambientes “pelo mais amplo espectro de usuários, incluindo crianças, idosos e pessoas portadoras de deficiências temporárias ou permanentes.” As autoras apontam ainda que o principal objetivo do Desenho Universal é o desenvolvimento de desenhos de qualidade, que considerem não só os requisitos estéticos, mas fundamentalmente o fácil entendimento sobre seu uso, a segurança e o conforto no desempenho das atividades a que se destinam. O trabalho realizado por Bins Ely e Dischinger (2001), descreve também os princípios²⁶ do Desenho Universal, desenvolvidos pelo Centro de Desenho Universal do Estado da Carolina do Norte, Estados Unidos. De acordo com as autoras: o Primeiro Princípio é o do Uso Equitativo, e visa proporcionar os mesmos significados de uso, eliminar a segregação, garantir privacidade, segurança e proteção e tornar o desenho atraente para todos os usuários.

²⁴ SAD: Seasonal Affective Disorder, ou Distúrbio Afetivo Sazonal. (PITLIUK, 2006)

²⁵ UTI: 1. Unidade de terapia intensiva – unidade que abriga pacientes que requeiram assistência médica, de enfermagem, laboratorial e radiológica ininterrupta. (BRASIL, 2002b)

²⁶ Estes princípios foram elaborados por Molly Story, James Mueller e Ronald Mace, e estão publicados no livro “The Universal Design Files – Designing for People of All Ages and Abilities”. (BINS ELY e DISCHINGER, 2001)

O Segundo Princípio é o do Uso Flexível, e tem por objetivo fornecer opções na forma de utilização, promover acesso e utilização para destros e canhotos, facilitar a precisão e acuidade e fornecer adaptabilidade para a velocidade do usuário.

O Terceiro Princípio é o do Uso Simples e Intuitivo, e defende o desenvolvimento do desenho de fácil compreensão, que esteja de acordo com as expectativas do usuário, que atinja os mais variados tipos de habilidades de linguagem, que disponibilize as informações de acordo com o grau de importância.

O Quarto Princípio é o da Informação de Fácil Percepção, e propõe a utilização de diferentes materiais para a representação de informações importantes, bem como a maximização da legibilidade destas informações e a compatibilização de técnicas e procedimentos utilizados por indivíduos com limitações sensoriais.

O Quinto Princípio é o da Tolerância ao Erro, e visa reduzir os riscos e conseqüências de ações acidentais, dispondo os elementos mais utilizados de forma mais acessível e os que proporcionam riscos, protegidos ou isolados.

O Sexto Princípio é o do Baixo Esforço Físico, e defende o desenho que proporciona o uso eficiente, confortável e que exija o menor esforço físico possível ao usuário no desempenho da atividade.

E por fim o Sétimo Princípio, o da Dimensão e Espaço para Aproximação e Uso. Este último princípio defende as dimensões adequadas ao acesso, a acessibilidade e ao uso, independentemente do tamanho e da habilidade do usuário. Estas breves definições dos sete princípios do Desenho Universal, baseadas na obra de Bins Ely e Dischiger (2001), *Desenho Universal: por uma arquitetura inclusiva*, procuram apontar os benefícios que um ambiente bem planejado pode oferecer ao usuário.

[...] para criar condições de acessibilidade espacial, faz-se necessário identificar os diferentes elementos que podem dificultar ou impedir a percepção, a circulação, a compreensão ou apropriação dos espaços e das atividades por parte dos usuários, bem como os obstáculos de ordem social e psicológica que impedem seu uso efetivo. (DISCHINGER; et al., 2004)

Os aspectos e conceitos descritos acima, estão diretamente ligados à acessibilidade e à percepção do usuário sobre o ambiente construído. Os sentidos de um indivíduo reagem quando recebem estímulos, e o ambiente é fonte de todo tipo de estímulos, porque pode promover oportunidades de percepção, de captação de informações²⁷. Todo e qualquer tipo de estímulo transforma-se em impulso de energia eletroquímica que se dirige pelo sistema nervoso até o cérebro, e assim se obtém a consciência da percepção²⁸. Ou seja, a percepção é

²⁷ Gibson (1996).

²⁸ Okamoto (2002).

a resposta dos sentidos aos estímulos externos, onde certos fenômenos são claramente registrados e outros não²⁹.

Apesar de o PNHAH e seu o Manual não mencionarem a Arquitetura como fator relevante no processo de humanização, observa-se que muitos dos recursos oferecidos por ela têm produzido bons resultados no processo de recuperação dos pacientes, assim como nas atividades realizadas pelos funcionários. Todos os autores relacionados neste Capítulo ressaltam a importância de um bom planejamento dos ambientes, voltado para as necessidades materiais, físicas e emocionais dos usuários.

4. CAPS: CONCEITO E CONTEXTUALIZAÇÃO

O território não é constituído apenas por aspectos geográficos, mas também pelas pessoas que habitam nele e todas as suas relações (conflitos, crenças, interesses sociais, culturais e econômicos). É a partir deste conceito de território que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) organizam uma rede de assistência às pessoas que sofrem com transtornos mentais.

A fim de potencializar o processo de reabilitação psicossocial são utilizados todos os recursos (afetivos, sociais, econômicos, religiosos) envolvidos no território do indivíduo com distúrbios mentais. Além disso, os CAPS devem estar articulados em redes de serviços de saúde e instituições de inclusão (como por exemplo os centros comunitários e escolas).

Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental; desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da política de Saúde Mental para os CAPS [...]. (BRASIL, 2004a)

De acordo com Brasil (2002a), os CAPS foram criados a partir da Portaria GM 224/92 e inicialmente eram caracterizados como unidades de saúde locais/regionalizadas com assistência multiprofissional e intermediária, ou seja, entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Atualmente os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/GM (19/02/2002) e fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa portaria [336/GM] reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004a)

²⁹ Tuan (1980).

Os CAPS conseqüentemente são locais destinados ao tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros. O objetivo é oferecer assistência à saúde mental a população de determinada área de abrangência, substituindo as internações em hospitais psiquiátricos e ao mesmo tempo realizando o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Além disso, os CAPS devem:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários, através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para saúde mental.

Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. (BRASIL, 2004a)

De acordo com Brasil (2004a), no programa de necessidades básico de um CAPS devem constar:

- Consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- Salas para atividades em grupo;
- Espaço de convivência;
- Oficinas;
- Refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- Sanitários;
- Área externa para oficinas, recreação e esportes.

As práticas realizadas nos CAPS devem (ou deveriam) ocorrer em ambientes acolhedores e inseridos na cidade (de fácil acesso ao transporte coletivo). Não devem oferecer nenhum tipo

de perigo ou barreiras aos usuários, levando sempre em consideração a categoria a que se destinam as suas instalações.

Faz-se necessário apontar as diferentes categorias de CAPS definidas de acordo com Brasil (2002a), cuja classificação é feita de acordo com as seguintes modalidades:

- CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes;
- CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes;
- CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes;
- CAPSi II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local;
- CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000.

De acordo com a Portaria n.º 336/GM (19 de fevereiro de 2002), as três primeiras modalidades de serviços (descritas à cima) cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelo número de clientes assistidos e de funcionários.

Todas as unidades deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de clientes com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. A 336/GM descreve também a qualificação e a quantidade de funcionários para cada categoria. Porém, nela não são definidos ambientes, dimensões ou qualquer característica físico-espacial para as edificações destinadas aos CAPS.

O processo de tratamento terapêutico começa logo após a identificação do problema do paciente pelo técnico, que em seguida traça um projeto terapêutico para ele, individual ou em grupo. As atividades terapêuticas, então propostas para o paciente, devem ser realizadas em ambiente facilitador, estruturado e acolhedor. Ao serem elaboradas as atividades terapêuticas são levados em conta fatores do cotidiano, do território, do contexto em que vivem os pacientes. Pois, maior que a doença é a complexidade do meio em que vivem. Para que as atividades sejam eficientes é preciso então que todos os usuários estejam envolvidos, questionando, criando, opinando, avaliando o atendimento oferecido pelos CAPS.

As atividades terapêuticas geralmente oferecidas pelos CAPS são:

- Psicoterapia individual ou em grupo;

- Oficinas terapêuticas;
- Atividades comunitárias;
- Atividades artísticas;

Além disso, são oferecidos orientação, acompanhamento do uso de medicação e atendimento domiciliar. Cada CAPS deve desenvolver seu próprio projeto terapêutico, de acordo com sua categoria, levando em consideração as características da região onde está implantado; como por exemplo: o clima, os aspectos culturais, sociais e econômicos. (BRASIL, 2004a)

4.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde revelaram que aproximadamente 20% da população de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais, e que 3% dessa população necessita de assistência intensiva e especializada em saúde mental. (LOPES, 2005)

O CAPSi é destinado ao atendimento diário de crianças e adolescentes portadores de distúrbios psíquicos (autistas, esquizofrênicos, aspergers e neuróticos em potencial). Mesmo que os fatores que causam estes problemas ainda sejam desconhecidos, já foram descobertas algumas situações e condições que favorecem o processo de reabilitação, tais como:

- adoção de estratégias que envolvam tanto a parte clínica como as relações familiares, afetivas e de educação do cliente;
- atuação interdisciplinar da equipe técnica (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais), para viabilizar o enfoque global dos problemas;
- desenvolvimento de atividades de inclusão social.

Através das atividades terapêuticas as crianças e adolescentes em tratamento começam a expressar seus verdadeiros sentimentos, o que, muitas vezes, não conseguem fazer por meio de palavras ou gestos. Também os pais ou responsáveis pelos pacientes recebem orientação nos CAPSi. Geralmente são oferecidas oficinas de apoio, oficinas artesanais para aumento da renda familiar e orientação para o relacionamento com os filhos.

É por meio destas iniciativas que os CAPSi procuram reintroduzir seus pacientes as suas famílias, a escola e a sociedade.

4.2 PSICOPATOLOGIAS

Para uma melhor compreensão das situações enfrentadas tanto pelos pacientes dos CAPSi, como por seus familiares e funcionários são descritas neste capítulo as psicopatologias mais frequentes encontradas nos pacientes do CAPSi Cuiabá. As descrições e classificações a

seguir são baseadas nas informações fornecidas pelo médico psiquiatra Geraldo José Ballone, através do site PSIQUEWEB: psiquiatria geral – G. J. BALLONE³⁰.

- **Autismo Infantil:** o Manual de Diagnóstico e Estatístico (DSM – IV) da Associação Americana, assim como a Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão (CID.10), denominam esta psicopatologia como Transtorno Autista. É caracterizado como um transtorno do desenvolvimento³¹, que geralmente se manifesta antes dos três anos de idade. A criança com Transtorno Autista apresenta grandes prejuízos nas relações interpessoais, na comunicação verbal e no comportamento global. Atinge até quatro vezes mais o sexo masculino, porém, as crianças do sexo feminino que tem esta síndrome tendem a apresentar retardo mental mais severo que as do sexo masculino. As causas do Transtorno Autista ainda carecem de maiores explicações médicas, mas atualmente acredita-se que sua origem é resultante do quadro orgânico do indivíduo. Este transtorno apresenta como principal sintoma o déficit cognitivo. São características marcantes do autista também a dificuldade de expressão das emoções, assim como a incapacidade de reconhecer as emoções expressadas nos rostos e gestos de outras pessoas; déficit afetivo (crianças com este transtorno costumam ignorar outras crianças, mesmo que sejam seus irmãos); desordens graves no desenvolvimento da linguagem (a fala é caracterizada por ecolalia³², inversão de pronomes e estrutura gramatical prejudicada). A CID.10 apresenta ainda como sintomas básicos do autismo o comportamento ritualizado, resistência a mudanças, apego a objetos singulares e brincadeiras estereotipadas. Para diagnosticar esta síndrome de forma mais precisa são necessários exames físicos e psiconeurológicos. Além disso, a avaliação deve ser complementada com entrevistas com os pais e observação. Às vezes são necessários também exames complementares para doenças genéticas ou hereditárias.
- **Ansiedade:** é acarretada comumente por grandes perdas e aborrecimentos. Caracteriza-se por uma preocupação fixa sobre um determinado assunto. Em função disso, surgem os sintomas: dificuldade de concentração, insônia, impaciência, falta de memória, tensão e dores musculares, tremores, palpitações, sudorese, vertigens e tonturas, inquietação, irritabilidade, boca seca, falta de ar e aumento do número de urinadas. Os principais fatores que originam a Ansiedade relacionam-se à dificuldade

³⁰ Endereço virtual: <http://virtualpsy.locaweb.com.br>.

³¹ O ambiente é uma fonte de estímulos para o indivíduo; estes estímulos, sejam físicos, psicológicos ou alimentares, são de fundamental importância para que ocorram as mudanças na vida do indivíduo, ou seja, o seu desenvolvimento. Sendo assim, considera-se que o desenvolvimento de um indivíduo são as mudanças sofridas por ele ao longo de sua vida, resultantes de sua interação com o meio ambiente. (BALLONE, 2006)

³² Ecolalia: tendência a repetir automaticamente sons ou palavras ouvidas. (FERREIRA, Aurélio B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Editora Nova Fronteira - 1ª edição, Rio de Janeiro.)

que o indivíduo pode ter em se adaptar a uma determinada situação, na qual há estímulos externos e internos contínuos/persistentes, que exigem intensa participação emocional; e também quando o indivíduo não apresenta estabilidade emocional suficiente para se adaptar a situações e estímulos não tão traumáticos.

- **Depressão na Infância e na Adolescência:** é um transtorno que pode ter muitos e variáveis sintomas, tais como insônia, mudanças de humor significativas, baixa concentração, agressividade, choro, fadiga, irritabilidade, perda ou aumento consideráveis do apetite, problemas de memória, desesperança, ideação e tentativa de suicídio. Porém, três sintomas são essenciais para que o diagnóstico da Depressão seja mais preciso: inibição psíquica (o indivíduo torna-se apático, desmotivado, lento e com muita dificuldade em desenvolver as atividades cotidianas); estreitamento do campo vivencial (redução da capacidade de sentir prazer); e sofrimento moral (sentimento de auto-depreciação, inferioridade, culpa, rejeição, feiúra, entre outros sentimentos negativos que a criança ou o adolescente sente em relação si próprio). A Depressão é um transtorno psíquico capaz de comprometer o desenvolvimento da criança e do adolescente, afetando a sua qualidade de vida, o seu desempenho escolar e a sua relação social com outras pessoas, podendo levá-los até ao ato do suicídio. Estudos recentes mostram que a taxa de suicídio na adolescência aumentou muito nas últimas décadas (mais de 200%), e que um terço dos adolescentes que procuram clínicas psiquiátricas encaixam-se no quadro depressivo. A Depressão pode estar ligada também a outros transtornos psíquicos, como a hiperatividade, a ansiedade e a anorexia, por exemplo. Mesmo assim, essa doença não tem recebido a devida atenção por parte dos pais e parentes de crianças e adolescentes depressivos. É claro que muitos dos sintomas citados anteriormente fazem parte do repertório emocional de desenvolvimento infanto-juvenil. Mas quando estes sintomas permanecem por tempo prolongado pode ser um sinal de que a criança ou o adolescente pode estar precisando de ajuda especializada. Apesar de apresentar diferenças em relação ao quadro clínico depressivo em adultos, o diagnóstico da Depressão na Infância e na Adolescência tem sido realizado utilizando-se dos mesmos critérios. Além dos exames clínicos, são realizadas entrevistas com os pacientes e com as pessoas de maior convívio. O tratamento é definido de acordo com o estado de sofrimento mental que o paciente apresenta. Em muitos casos basta o aconselhamento ao paciente e aos familiares. Em outros, é necessário também o uso de medicamentos.
- **Esquizofrenia:** é uma psicose que se manifesta por volta dos 15 aos 25 anos de idade, cujas causas ainda são desconhecidas. É caracterizada por distorções do

pensamento e da percepção e por afetos inapropriados. O esquizofrênico começa a se afastar da realidade e parte para um mundo particular, absurdo e fantasioso. Geralmente são mantidas a consciência e a capacidade intelectual do esquizofrênico, mas alguns déficits cognitivos podem evoluir com o tempo. O desenvolvimento dos transtornos esquizofrênicos pode se dar de forma contínua ou pode apresentar um ou vários episódios. O diagnóstico é baseado na história psiquiátrica do paciente e no seu exame de estado mental. Alguns sintomas não são exclusivos da Esquizofrenia, mas geralmente aparecem no desenvolvimento do diagnóstico, tais como: audição dos próprios pensamentos (através de vozes), alucinações de qualquer modalidade sensorial (em especial a auditiva, onde o esquizofrênico ouve duas ou mais vozes comentando o seu comportamento), isolamento, sensação de ter o pensamento controlado e influenciado por algum fator externo e a percepção delirante. Não se deve fazer um diagnóstico de Esquizofrenia quando há comprovadamente a existência de uma doença mental, intoxicação ou abstinência de drogas. O tratamento é baseado no uso constante e a longo prazo de psicotrópicos e de psicoterapia.

- **Hiperatividade:** seu nome correto é Transtorno de Déficit de Atenção por Hiperatividade (TDAH) e é um dos transtornos mentais mais comuns em crianças, podendo atingir até 5% delas. Em geral, os meninos são mais afetados do que as meninas; porém, existe a suspeita de que as meninas podem estar sendo sub-diagnosticadas. Os principais fatores que levam ao diagnóstico do TDAH são: dificuldade de atenção e concentração; fala em demasia; freqüente esquecimento de informações, compromissos, tarefas; fácil distração; perda constante de objetos pessoais; dificuldade de organização; aversão a atividades que exigem muita concentração; o hiperativo apresenta também incompatibilidade com regras, normas e instruções que lhe são dadas e dificuldade em permanecer sentado ou realizar tarefas que maneira quieta e reservada. O diagnóstico do TDAH é de difícil identificação, pois os sintomas citados podem relacionar-se a outras psicopatologias, como a Ansiedade por exemplo. Por isso o diagnóstico é feito pela eliminação de outras doenças ou fatores sócio-ambientais, que podem causar os sintomas. O que deve ser obrigatoriamente considerado como sintoma é a dificuldade na realização de tarefas. Além disso, para ser diagnosticado o TDAH, os sintomas devem se apresentar em todo e qualquer ambiente. Caso os sintomas aconteçam apenas em um lugar, como a escola, por exemplo, significa que estes podem estar ligados a outra psicopatologia. Estudos mostram que crianças portadoras de TDAH, provavelmente apresentarão, na idade adulta, altos níveis de uso de drogas e álcool, e poderão evoluir também para outras doenças, como o Transtorno de Conduta e o Transtorno Anti-social da Personalidade.

- **Síndrome de Asperger:** também conhecida como Transtorno de Asperger, é uma psicopatologia com características semelhantes as do Autismo. As características essenciais deste transtorno são: prejuízo severo e persistente na interação social, atrasos e falta de destreza motores e desenvolvimento de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. O que o diferencia do Autismo é que este transtorno não é acompanhado de retardo ou deficiência de linguagem e cognição. Assim como o Autismo, a predominância dos casos encontra-se em indivíduos do sexo masculino. As anomalias características geralmente permanecem até a idade adulta. Para que seja diagnosticada a Síndrome de Asperger é necessário que o paciente apresente as características citadas acima e que seja descartada a possibilidade de ser outro tipo de transtorno mental. .
- **Transtorno Bipolar:** também conhecido como TAB (Transtorno Afetivo Bipolar), este transtorno é caracterizado por alterações do estado de humor. Embora seja considerado como uma doença grave e complexa, seu diagnóstico geralmente é bem reconhecível e confiável, devido a sua forma típica de apresentação do humor euforia-depressão. Quando no estado eufórico, o portador deste transtorno tem sua auto-estima, vigor e energia física aumentados e sua necessidade de sono reduzida, passando a agir de forma acelerada/agitada. O DSM-IV classifica o TAB em dois tipos: o Tipo I, é caracterizado pela maioria das alterações de humor do tipo euforia; e o Tipo II, onde a maioria dos episódios é do tipo depressão. As causas são desconhecidas. As mais prováveis são do tipo hereditárias, mas não se sabe ainda quais genes são responsáveis por esta doença.
- **Transtornos Alimentares:** os principais transtornos encontrados nesta classificação são:
 - a) **Anorexia:** trata-se de uma distorção na auto-percepção do corpo. O portador de anorexia tende a recusar a manter o peso corporal mínimo (relativo à idade e à altura), devido ao medo de engordar e à obsessão pela magreza. Logo, a Anorexia é um transtorno caracterizado pela limitação de ingestão de alimentos. Pois, a pessoa anoréxica não deixa de sentir fome de fato, mas sim, de se alimentar. A perda de peso é realizada principalmente através da redução considerável do consumo de alimentos (em especial os que o anoréxico considera mais calóricos), auto-indução de vômito, uso inadequado de laxantes e diuréticos e prática intensa e excessiva de exercícios. A pessoa portadora de Anorexia utiliza várias técnicas para estimar seu peso, como por exemplo pesagem excessiva, medições obsessivas das partes do corpo percebidas como “gordas”. A pessoa

apresenta também, sintomas de Depressão, como por exemplo humor depressivo, baixa auto-estima, irritabilidade e retraimento social. São ainda desconhecidas as causas deste distúrbio, mas há fortes evidências relacionadas a fatores sócio-culturais e vulnerabilidade de personalidade. Existem estudos que apontam também para a predisposição genética. O risco de parentes de primeiro grau de portadores de Anorexia apresentarem a doença é até 8 vezes maior do que a população em geral. A Anorexia pode levar a pessoa ao óbito, em função das alterações orgânicas e metabólicas. Na maioria dos casos, os pacientes manifestam alterações psicológicas, em especial a depressão. As formas de tratamento mais comuns são a psicoterapia, uso de remédios (geralmente antidepressivos que estimulam a fome) e nos casos mais graves a internação hospitalar, para restabelecimento da saúde. Ressalta-se novamente a importância do apoio familiar ao paciente, pois é sabido que o tratamento da Anorexia não é fácil (principalmente pela não aceitação da doença por parte do paciente).

- b) Bulimia:** a característica principal deste distúrbio é a utilização de métodos inadequados para o impedimento do ganho de peso, após a ingestão compulsiva e periódica de alimentos. Assim como na Anorexia, o portador de Bulimia também é fortemente influenciado pela aparência de peso corporal. Há uma preferência por alimentos com alto teor calórico, como doces, por exemplo. Pessoas com esse transtorno, por vergonha, escondem seus sintomas; tanto as compulsões quanto os vômitos induzidos³³ são feitos em segredo. A compulsão periódica geralmente é causada por instabilidade de humor, intensa fome (causada por dietas), sentimentos relacionados ao peso e à forma do corpo. A Bulimia pode ser causada por problemas nas relações familiares, influências culturais e acontecimentos estressantes em relação à sexualidade. Este transtorno comumente se manifesta na adolescência e persiste até a fase adulta, tendo maior incidência em indivíduos do sexo feminino (a proporção é de nove mulheres para cada homem com Bulimia). Em geral, o tratamento é ambulatorial. A psicoterapia também é indicada. A internação é recomendada somente quando há indícios de depressão com risco de suicídio, comprometimento do estado de saúde pela perda excessiva de peso e nos casos de comportamento multiimpulsivo (uso de drogas, álcool, auto-mutilação, entre outros).

³³ Este método compensatório da compulsão periódica é o mais freqüente, utilizado por até 90% dos casos de Bulimia. Em menor proporção, são utilizados laxantes e diuréticos. (BALLONE, 2006)

- **Transtorno de Conduta:** é um dos quadros mais problemáticos da psiquiatria infantil, e é também um dos transtornos mais comuns diagnosticados em estabelecimentos de assistência à saúde mental. Este transtorno comporta mais do que travessuras infantis ou rebeldia de adolescentes, próprias da idade. O Transtorno de Conduta causa prejuízos consideráveis no quadro social, escolar e ocupacional da criança ou adolescente. O diagnóstico é baseado nas seguintes manifestações: excessiva agressividade, crueldade em relação a outras pessoas ou animais, roubos, mentiras, fuga (de casa ou da escola), destruição de propriedades e objetos alheios, provocação de incêndios, crises de birra e desobediência freqüentes e graves; os portadores deste transtorno apresentam ainda comportamento provocativo, de ameaça ou intimidação; usam de lutas corporais e de objetos que podem ser utilizados como armas contra outras pessoas, como tijolo, garrafa quebrada, faca e até arma de fogo. Nos casos mais graves, o indivíduo com Transtorno de Conduta pode agredir outra pessoa de forma física e sexual, havendo também casos de homicídio. Não é preciso que a criança ou adolescente apresente todas as manifestações citadas para validar o diagnóstico. Basta apresentar três deles em um período de 12 meses, e excluir a possibilidade de ser outro tipo de transtorno. Especialmente entre as crianças, a maior incidência é em indivíduos do sexo masculino. Pode se manifestar logo ao cinco ou seis anos de idade, mas é mais comum no final da infância; dificilmente aparece depois dos dezesseis anos. O Transtorno de Conduta com freqüência está associado ao consumo de álcool e drogas (que acabam reduzindo as chances de cura da doença), e pode estar associado também com inteligência inferior à média e a outros tipos de transtorno (Ansiedade, Hiperatividade, Transtorno do Humor, entre outros). Filhos de pais biológicos com dependência de álcool e drogas, Transtorno de Humor ou de Conduta, Esquizofrenia e Hiperatividade, possuem predisposição a este transtorno.
- **Transtorno Obsessivo-compulsivo:** também conhecido como TOC, este transtorno é caracterizado essencialmente por obsessões ou compulsões graves o suficiente para causar prejuízos e sofrimentos consideráveis ao indivíduo, assim como interferir significativamente no seu cotidiano. Os pensamentos obsessivos são idéias impostas à pessoa independentemente de sua vontade. O tema destes pensamentos obsessivos é variado; em crianças, por exemplo, pode ser a idéia de possa existir um bicho/monstro embaixo da cama, ou o impedimento de pisar nas linhas de divisão das calçadas, contar as árvores das ruas, entre outros. Porém, a temática mais comum está ligada à higiene (contaminação, transmissão de doenças, vírus, bactérias). Um pouco menos freqüentes são as idéias obsessivas de cometer suicídio ou agredir alguém. As compulsões são comportamentos repetitivos, ritualizados e intencionais,

realizados em resposta aos pensamentos obsessivos. Se o portador deste transtorno percebe que os atos repetitivos e ritualísticos não foram bem realizados, a ansiedade, juntamente com a idéia obsessiva de um acontecimento desagradável, passa a perturbar sua mente. Estes atos geralmente estão ligados à higiene, como lavar as mãos várias vezes, banhos prolongados, assepsia com álcool e evitar contatos com outras pessoas e objetos considerados contaminados. Uma sensação de urgência precede o ato compulsivo, que, após a sua realização, é seguido de um sentimento de alívio temporário. O portador deste transtorno tem consciência da irracionalidade destes atos não sente prazer no seu desempenho, mas os realiza para diminuir a ansiedade e o sofrimento mental. As causas do Transtorno Obsessivo-compulsivo podem estar relacionadas a anormalidades biológicas (genéticas e neurológicas). O tratamento pode ser feito através de terapia ocupacional e uso de remédios. Embora este transtorno geralmente tenha início na adolescência, pode se manifestar da mesma forma em crianças. Os pais e pessoas mais próximas podem levantar suspeitas da existência deste transtorno caso a criança ou o adolescente apresente lesões na pele (devido à lavagem excessiva), gasto exagerado de sabão/sabonete, gasto de tempo excessivo para a realização de atividades cotidianas e tarefas escolares, preocupação exagerada com a saúde própria e dos familiares, medo persistente de que algo ruim aconteça a alguém, solicitações para que pessoas respondam várias vezes a mesma pergunta e verificações repetitivas.

5. O ESTUDO DE CASO

Durante a realização desta investigação, tinha-se como intenção, o desenvolvimento de dois Estudos de Caso: o CAPSi de Cuiabá e o CAPSi de Florianópolis.

O primeiro Estudo de Caso realizado foi o CAPSi de Cuiabá e teve início em agosto de 2005, após a aprovação do Projeto de Pesquisa pela Escola Estadual de Saúde de Mato Grosso. Para a obtenção desta aprovação foram feitas três avaliações. A primeira, realizada em maio de 2005, não aprovou o Projeto devido a incompatibilidade de termos e conceitos utilizados (por exemplo, a palavra “paciente” teve que ser substituída por “cliente”; e na área da saúde, o Estudo de Caso só pode ser aplicado em pessoas, e não em edificações). Para a segunda avaliação, realizada em junho de 2005, foram feitas as correções exigidas. Mesmo assim, não se obteve a aprovação do Projeto em função da não especificação exata do número de usuários envolvidos na metodologia. Somente na terceira tentativa, em julho de 2005, é que se conseguiu a aprovação, divulgada apenas no mês seguinte. Assim que foi anunciada a

aprovação do Projeto de Pesquisa, foi elaborado um cronograma de aplicação dos instrumentos metodológicos para o Projeto-Piloto.

O Estudo de Caso sobre o CAPSi de Florianópolis teve início somente em julho de 2006, após a aprovação do Projeto de Pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O Projeto de Pesquisa desenvolvido para este segundo caso seguiu os mesmos parâmetros, mas com alterações na metodologia (alguns instrumentos metodológicos utilizados, foram substituídos após o Exame de Qualificação). Os primeiros contatos com o CAPSi de Florianópolis, no entanto, aconteceram antes mesmo da aprovação do Projeto. Em maio de 2006, foi feita uma visita informal, onde foram apresentados os funcionários e as instalações do estabelecimento. Depois desta, a visita seguinte aconteceu apenas em outubro de 2006, quando foram aplicados os primeiros instrumentos e técnicas de metodologia. Nesta segunda visita obteve-se dados importantes como a Planta Baixa da edificação, e também foram realizados os primeiros registros fotográficos e a aplicação de um dos instrumentos de investigação, o Jogo de Imagens e Palavras, com um grupo de funcionários e o outro de crianças (a descrição deste e dos demais instrumentos metodológicos está no Capítulo 6). Durante o período da aprovação até a aplicação da metodologia, manteve-se o contato com a diretoria do CAPSi de Florianópolis, que orientou a busca de informações e dados necessários para o desenvolvimento deste segundo Estudo de Caso. Esta busca seguiu os mesmos critérios utilizados para o CAPSi de Cuiabá. Porém, houve maiores dificuldades para a obtenção de documentos, devido, principalmente, à distância em que se encontravam as fontes de referência. Em função desta distância, do tempo reduzido para a aplicação dos instrumentos metodológicos necessários e da falta de recursos, a conclusão do Estudo de Caso sobre o CAPSi de Florianópolis tornou-se inviável.

Dessa forma, as informações contidas nesta pesquisa estão relacionadas apenas aos resultados obtidos através do estudo realizado no CAPSi de Cuiabá.

5.1 HISTÓRICO

O primeiro CAPSi do Estado de Mato Grosso foi implantado em Cuiabá³⁴ em novembro de 2002. De início, o atendimento aos pacientes era feito em uma residência alugada, localizada

³⁴ Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, é uma cidade de clima tropical quente e semi-úmido, com duas estações bem definidas: uma seca (outono/inverno) e uma chuvosa (primavera/verão). É conhecida como uma das cidades mais quentes do Brasil; a temperatura máxima, nos meses mais quentes, chega 43°C, e a mínima fica em torno de 12° e 14°C. Nos meses de maior seca (agosto/setembro) a umidade relativa do ar atinge índices baixíssimos de umidade, às vezes, abaixo de 15%. O núcleo urbano teve em 1722 e sua origem está ligada ao ciclo de mineração de ouro. O grande marco do seu desenvolvimento ocorreu, no entanto, apenas na década de 70, quando o Governo Federal iniciou um programa de povoamento do interior do país. Em cinco anos a população passou de 83 mil para 127 mil pessoas. O número estimado para a população da grande Cuiabá (Cuiabá/Várzea Grande, cidades conurbadas), atualmente é de 700 mil habitantes. Sua economia hoje, gira em torno do comércio e da agroindústria. A cultura cuiabana recebeu influências de diversos povos (como portugueses, índios e negros) e é uma população muito religiosa. A cidade é conhecida também como "baixada

na Rua Lurdes Braga, nº 248, no Bairro Lucianópolis (bairro estritamente residencial). Segundo Lopes (2005), a iniciativa de criar um Centro de Atenção Psicossocial para a infância e a adolescência partiu da Secretaria de Estado da Saúde (SES/MT), que percebeu a demanda por um atendimento especializado para este público em Mato Grosso.

No dia 1º de julho (2005) foi inaugurada a nova sede do CAPSi de Cuiabá, na Rua Antônio Dorilêo, S/N – Parque da Saúde Zé Boloflô, Bairro Coophema. O CAPSi é uma das unidades do CIAPS (Centro Integrado de Atenção Psicossocial) Aduino Botelho, e é o primeiro do Mato Grosso a ser construído para ser um CAPS. Todos os outros oferecem seus serviços assistenciais em residências adaptadas.

5.2 A LOCALIZAÇÃO

Em relação à localização, o CAPSi está implantado há aproximadamente seis quilômetros do centro³⁵ da cidade, seguindo em direção à região Sul (ver Figura 05).

O novo sistema de transporte coletivo implantado em Cuiabá, há seis meses aproximadamente, onde todos os pontos de ônibus funcionam como integração, facilitou o acesso dos pacientes ao CAPSi. O antigo sistema possuía um único terminal inserido na região central da cidade. Muitos pacientes e pais perdiam muito tempo dentro dos ônibus para chegar à instituição, o que acarretava muitos atrasos e faltas. O CIAPS Aduino Botelho, que administra os Centros de Atenção Psicossocial (também implantado no Parque da Saúde Zé Boloflô), possui um automóvel para a busca de pacientes; mas este recurso só é utilizado nos casos em que o paciente oferece perigo a si mesmo ou à sociedade, ou quando a família apresenta dificuldades financeiras.

A Figura 05 mostra a implantação do CAPSi na cidade de Cuiabá e as principais vias de acesso e as Figuras 06, 07 e 08 mostram as principais vias de acesso ao CAPSi, a sua implantação e de outras edificações de referência, também localizadas no perímetro do Parque da Saúde Zé Boloflô; tais como a Distribuidora de Vacinas, o CIAPS Aduino Botelho e a Escola de Saúde Pública (onde são realizados cursos de capacitação profissional e aprovação dos projetos de pesquisa na área da saúde).

Através das Figuras apresentadas a seguir, é possível observar a localização do CAPSi na cidade e no parque onde está implantado, assim como seu entorno e condições de acesso, tanto para pedestres, quanto para veículos.

Cuiabana”, devido a sua baixa altitude – 165 m – é cercada por serras, que são barreiras naturais que dificultam a passagem das correntes de ventos. (SAMPAIO, 2006)

³⁵ A Igreja do Rosário e São Benedito foi o ponto de início da quilometragem por ser considerada o marco inicial da cidade de Cuiabá. Foi a primeira igreja a ser construída e tem São Benedito como Santo Padroeiro da cidade.

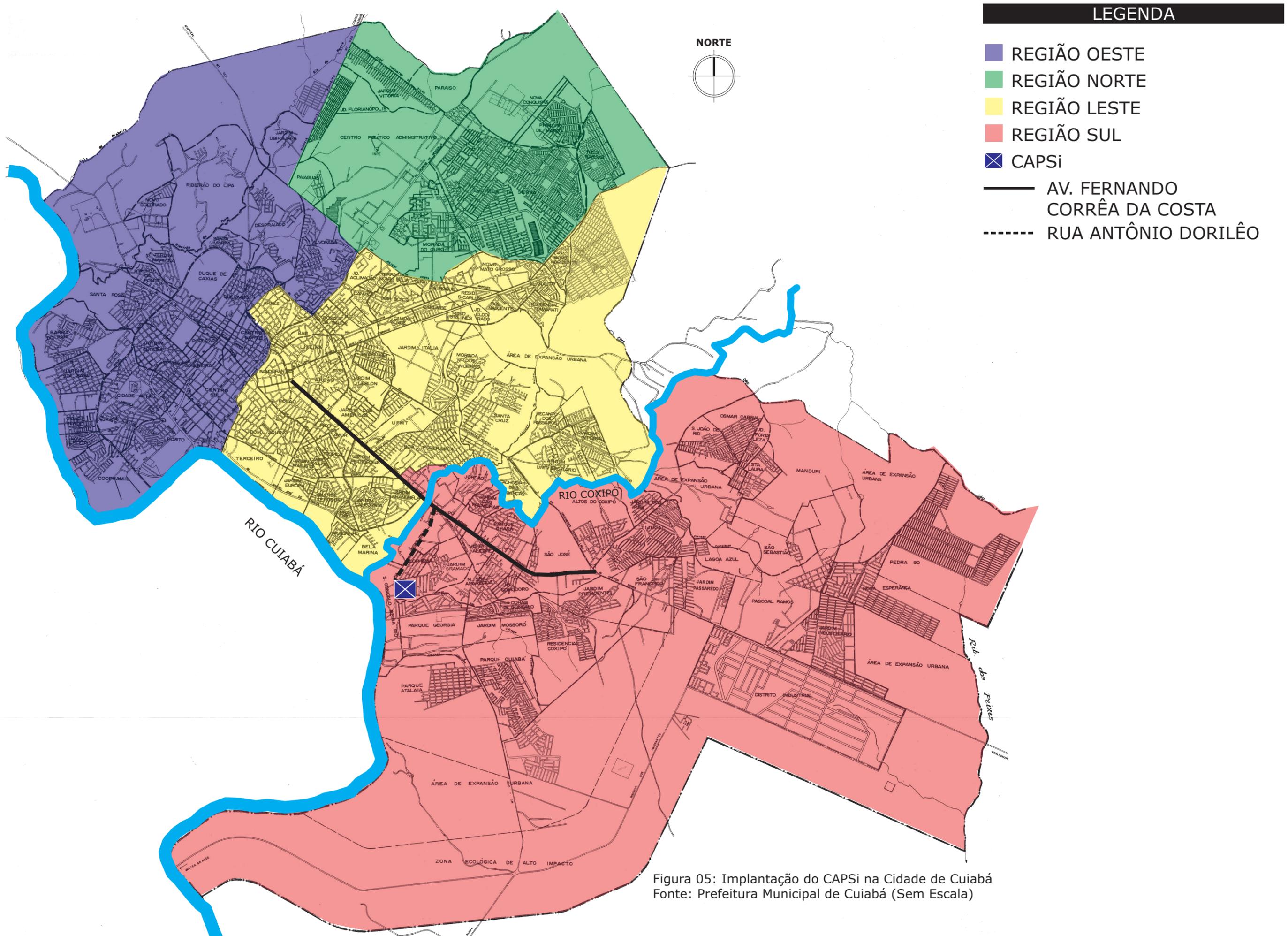


Figura 05: Implantação do CAPSi na Cidade de Cuiabá
 Fonte: Prefeitura Municipal de Cuiabá (Sem Escala)



Figura 06: Delimitação do Parque da Saúde Zé Boloflô e implantações de edifícios importantes
Fonte da Imagem Base: Google Earth

LEGENDA

- ⊠ CAPSi
- RUA ANTÔNIO DORILÊO
- ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE
- CIAPS ADAUTO BOTELHO
- CAMPO DE FUTEBOL
- DISTRIBUIDORA DE VACINAS
- PERÍMETRO DO PARQUE DA SAÚDE ZÉ BOLOFLÔ

O Parque da Saúde Zé Boloflô foi inaugurado em abril de 2002. Com 47 hectares de área verde, o Parque foi implantado no local onde já estavam construídos o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho (atual CIAPS), a Escola Estadual de Saúde Pública e a Distribuidora de Vacinas. Desde a sua inauguração o Parque já previa a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil, o CAPSi. No início, a gestão do Parque da Saúde Zé Boloflô era feita pela Secretaria de Saúde do Estado. Em novembro de 2005 a gestão passou a ser responsabilidade da Secretaria Estadual do Meio Ambiente (SEMA), que, a pedido da comunidade, vai investir na estrutura física do Parque, bem como na manutenção da vegetação. (ARIMATÉIA, 2002)

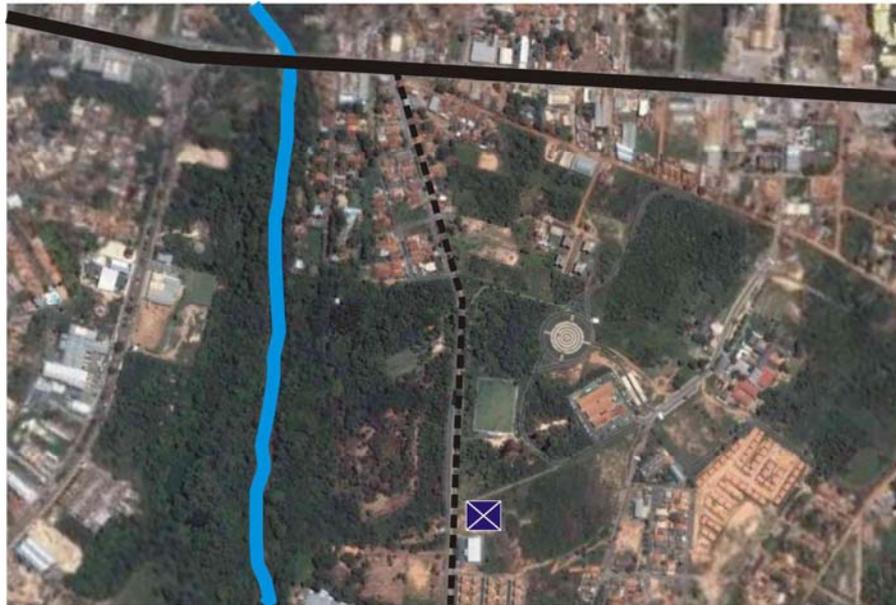


Figura 07: Principais vias de acesso e implantação do CAPSi
Fonte da Imagem Base: Google Earth

LEGENDA

- ☒ CAPSi
- AV. FERNANDO CORRÊA DA COSTA
- - - - RUA ANTÔNIO DORILÊO
- RIO COXIPÓ

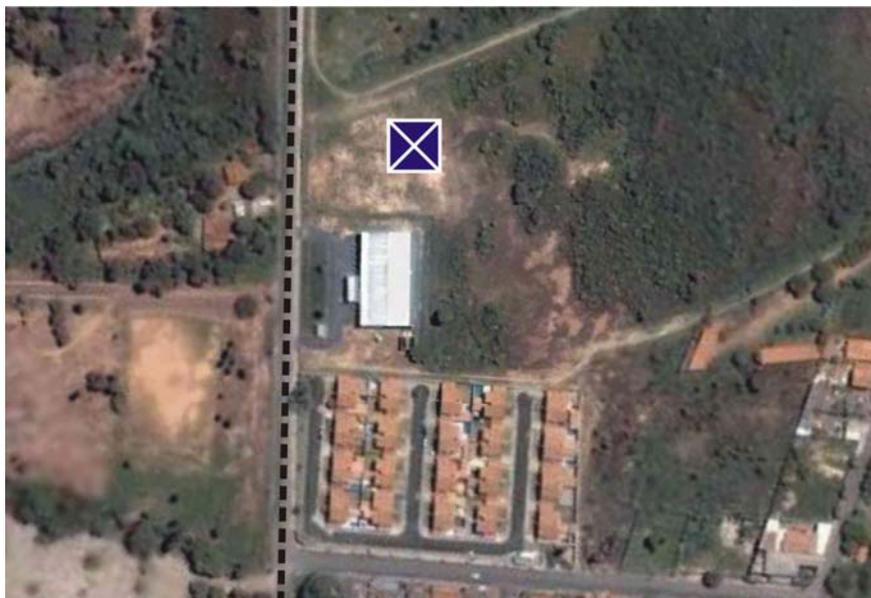


Figura 08: Via de acesso e implantação do CAPSi
Fonte da Imagem Base: Google Earth

LEGENDA

- ☒ CAPSi
- - - - RUA ANTÔNIO DORILÊO

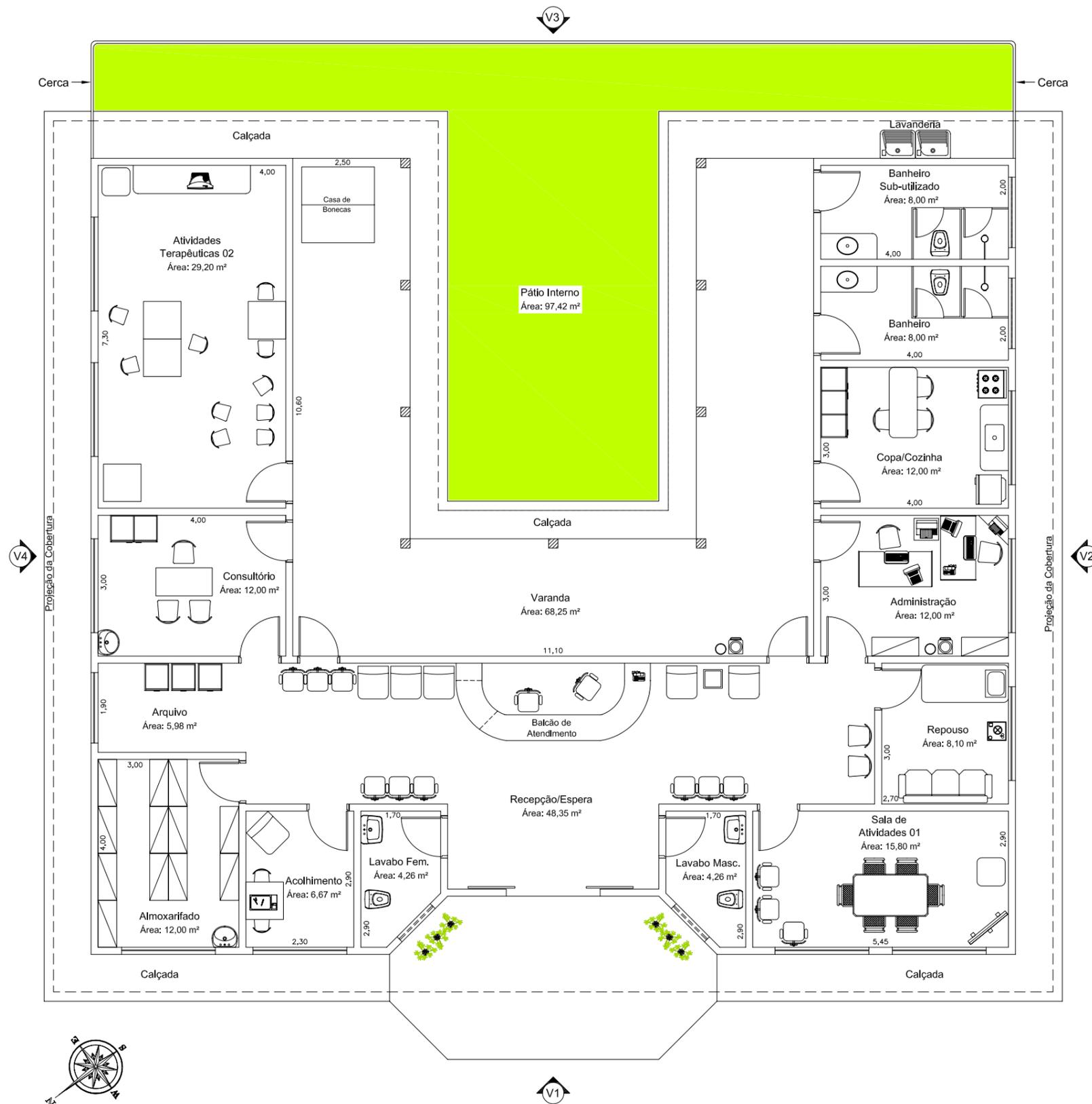


Figura 09: Planta Baixa CAPSi
ESC.: 1/100

5.2 O ESPAÇO FÍSICO

Assim como a antiga sede, a edificação analisada tem como partido a planta térrea. Possui área construída de aproximadamente 300,00 m² e um pátio interno com área livre de 60,00 m². É uma edificação com planta em formato de “U”, onde os ambientes foram distribuídos de forma a facilitar o controle e visualização dos pacientes pelos funcionários. O partido arquitetônico adotado é caracterizado pela simplicidade e simetria. Tanto a planta quanto as fachadas não apresentam características marcantes. Toda a edificação possui a mesma cor, tanto as paredes internas quanto as externas são azuis, o que reforça sensação de monotonia. A Figura 09 apresenta a Planta Baixa do CAPSi e as Figuras 10, 11, 12 e 13 representam as Fachadas Principal (V1), Lateral Direita (V2), Fundos (V3) e Lateral Esquerda (V4), respectivamente.



Figura 10: Vista Principal (V1)



Figura 11: Vista Lat. Direita (V2)



Figura 12: Vista Fundos (V3)



Figura 13: Vista Lat. Esquerda (V4)

Apesar de ser uma edificação relativamente nova, verificou-se que o CAPSi já apresenta problemas de falta de espaço e manutenção. Além disso, mesmo passados um ano e sete meses (aproximadamente) de sua inauguração, a instituição ainda não recebeu o devido tratamento paisagístico do entorno. Também a implantação das calçadas e a definição do estacionamento ainda encontram-se por fazer. A análise detalhada dos ambientes está descrita no próximo capítulo (pág. 54).

5.3 O CORPO TÉCNICO

O corpo técnico efetivo é composto por: três psicólogos, uma médica psiquiatra, dois técnicos em enfermagem, uma enfermeira, uma pedagoga, uma terapeuta ocupacional, uma administradora, uma assistente social, duas cozinheiras (responsáveis também pela limpeza), dois seguranças/vigias.

Observa-se uma atuação multi e interdisciplinar no atendimento ao portador de distúrbios mentais. Todos os prontuários são analisados e discutidos em grupo durante as reuniões semanais, realizadas todas as quartas-feiras no período vespertino. Isto significa que depois de identificado o diagnóstico de cada paciente, os funcionários reúnem-se e discutem sobre o caso. Em seguida, o grupo desenvolve um projeto terapêutico específico para o paciente, ou encaminha-o para as oficinas terapêuticas existentes.

5.4 AS ATIVIDADES TERAPÊUTICAS

As atividades terapêuticas são um dos principais métodos de tratamento fornecido pelos CAPS. No CAPSi de Cuiabá, assim como em todos os CAPS, elas são desenvolvidas em grupo ou individualmente, e sempre há a presença e orientação de um ou mais profissionais. Todas as atividades são preparadas de acordo com a necessidade e interesse dos pacientes, pois estes precisam estar envolvidos para que haja bons resultados. As atividades terapêuticas mais desenvolvidas são: psicoterapia individual e em grupo, brincadeiras, bricolagem e oficinas de pintura, desenho e artesanato. O lanche, que acontece sempre no término de cada atividade, é considerado mais uma forma de atividade terapêutica, uma vez que são os próprios pacientes que preparam a mesa. Este recurso tem mostrado bons resultados em pacientes com distúrbios alimentares. Também são realizados passeios aos parques e ao zoológico, por exemplo, mas não com muita frequência.

As Figuras 14, 15, 16, 17 e 18 apresentam alguns dos produtos desenvolvidos por pacientes e pais/responsáveis, durante as oficinas terapêuticas.



Figura 14: Brinquedos desenvolvidos pelos pais



Figura 15: Pesos para porta desenvolvidos pelos pais

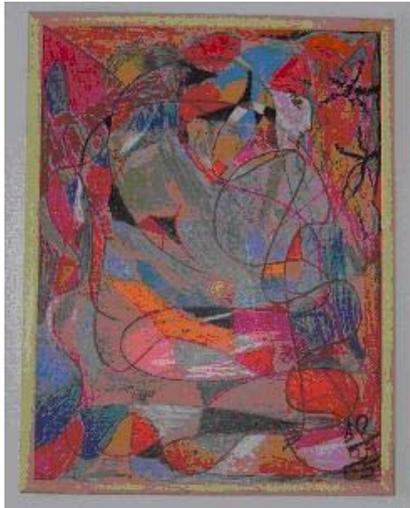


Figura 16: Desenho com giz de cera desenvolvido por um paciente



Figura 17: Pintura em tela desenvolvida por uma paciente

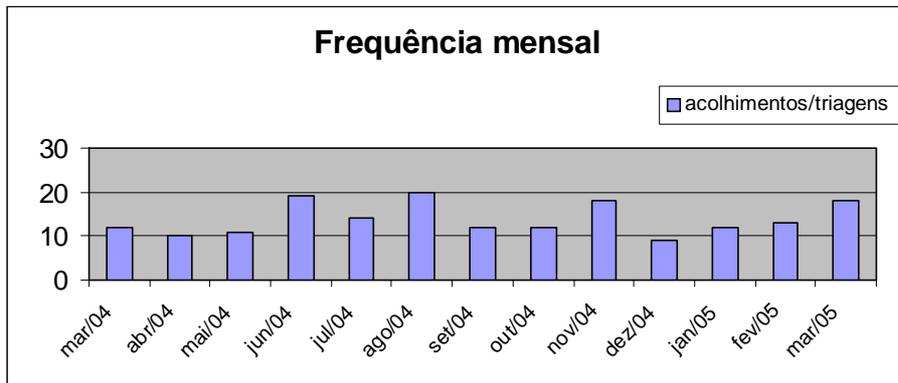


Figura 18: Oficina de bricolagem - cadeiras

5.5 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

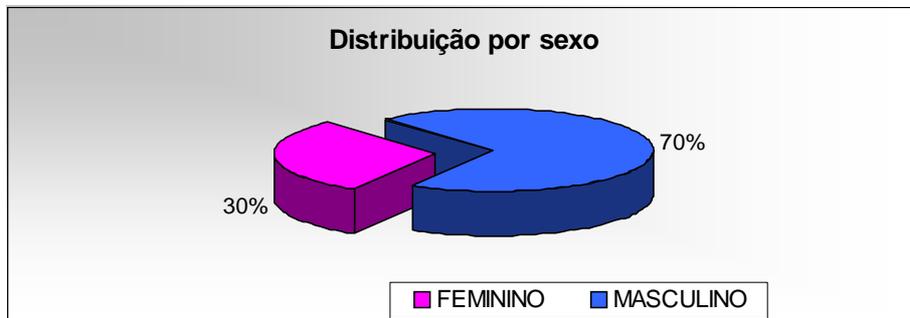
Os gráficos apresentados a seguir foram desenvolvidos por Lopes (2005), e são o resultado de sua pesquisa sobre a caracterização da clientela do CAPSi Cuiabá, realizada no período de março de 2004 a março de 2005. Em sua pesquisa Lopes (2005) analisou 30% do número de prontuários de cada mês, sendo a escolha feita de forma aleatória. Estes gráficos foram implantados neste estudo para melhor esclarecimento sobre o perfil dos pacientes assistidos pelo CAPSi Cuiabá.

GRÁFICO 01: distribuição mensal dos 180 prontuários selecionados para análise.



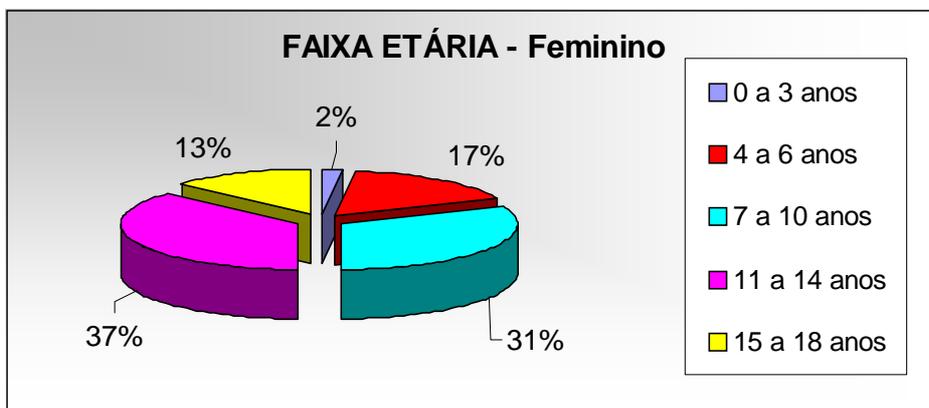
FONTE: Lopes (2005)

GRÁFICO 02: distribuição por sexo dos 180 prontuários selecionados para análise.



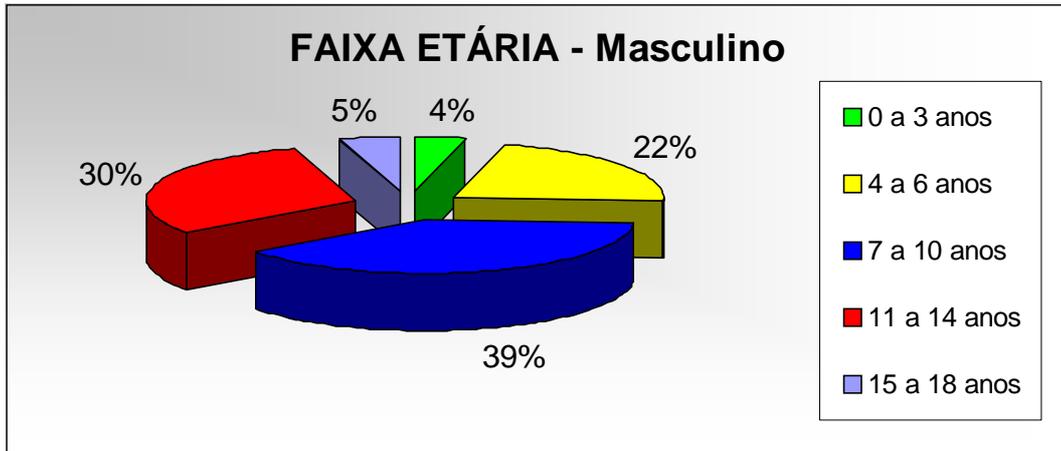
FONTE: Lopes (2005)

GRÁFICO 03: distribuição por faixa etária dos 30% da clientela feminina, identificada no gráfico anterior.



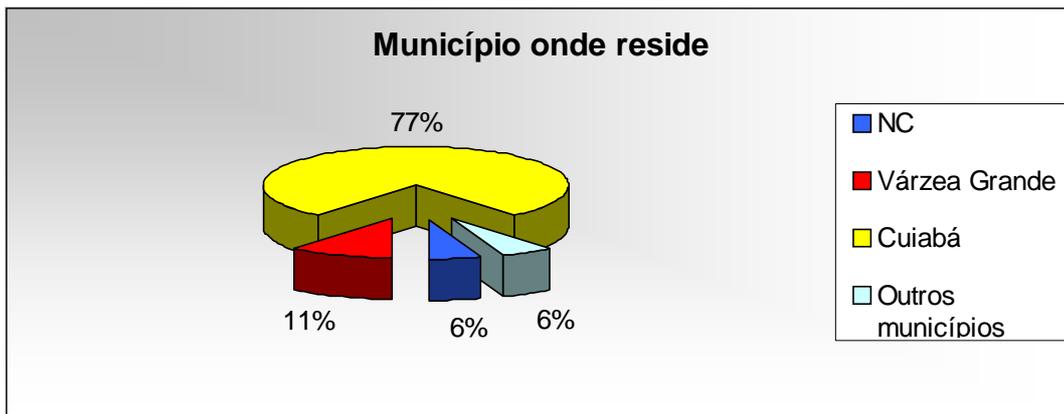
FONTE: Lopes (2005)

GRÁFICO 04: distribuição por faixa etária dos 70% da clientela masculina, identificada no GRÁFICO 02.



FONTE: Lopes (2005)

GRÁFICO 05: distribuição de prontuários de acordo com os municípios de onde vêm os pacientes à procura de assistência.

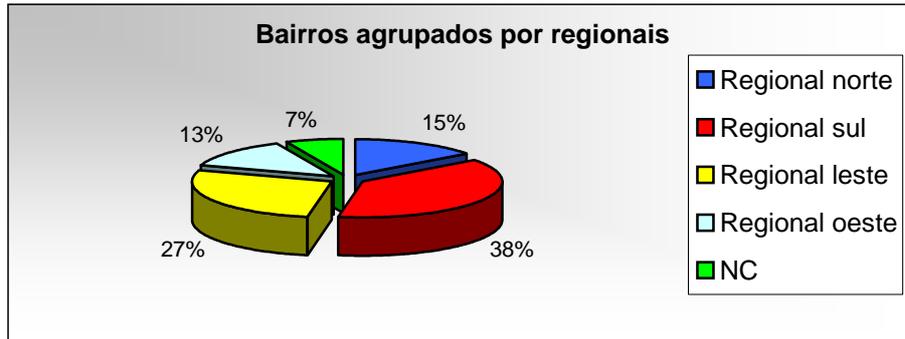


FONTE: Lopes (2005)

Obs.: a sigla NC, significa "não consta".

Não existe nenhum estudo concreto sobre a demanda de CAPSi para o Mato Grosso, mas acredita-se que pode sim existir a necessidade de se implantar mais Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes no estado. Somente Cuiabá e Rondonópolis apresentam serviços assistenciais oferecidos pelo CAPSi. Segundo Acendino (2005), o CAPSi de Cuiabá atende em média 118 pacientes por mês; porém em agosto de 2005 este número chegou a 170. A elevada demanda compromete o desempenho das atividades e oficinas terapêuticas, uma vez que o espaço físico e o quadro de funcionários não suportam estes números.

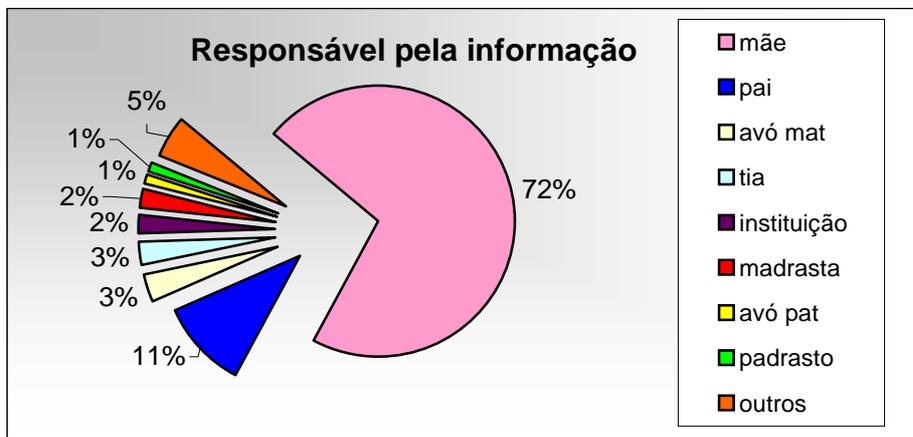
GRÁFICO 06: distribuição por regional¹ dos 140 prontuários, correspondentes aos 77% do gráfico anterior.



FONTE: Lopes (2005)

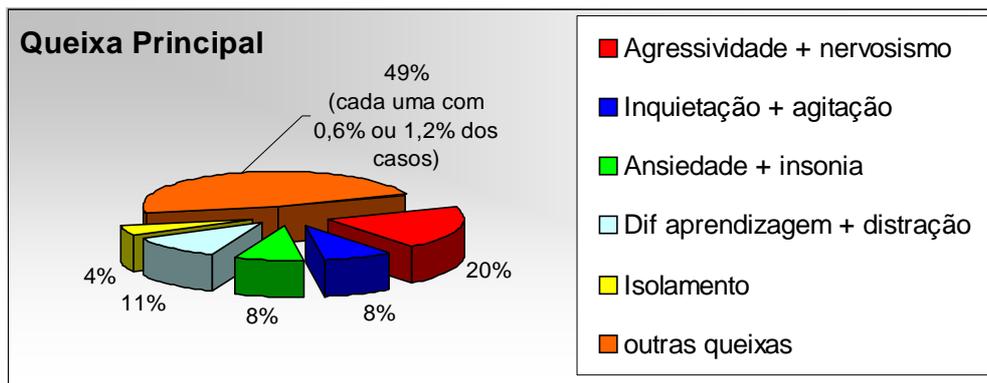
Obs.: a sigla NC, significa "não consta".

GRÁFICO 07: distribuição dos responsáveis pela procura dos serviços assistenciais do CAPSi e também pelas informações sobre os pacientes.



FONTE: Lopes (2005)

GRÁFICO 08: distribuição pela queixa principal, sob a qual os pacientes foram encaminhados ao CAPSi.



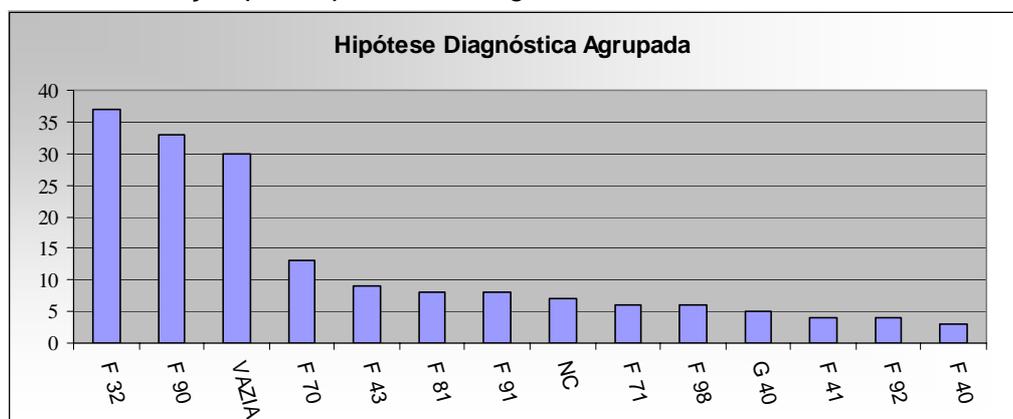
FONTE: Lopes (2005)

Lopes (2005), identificou uma grande diversidade de queixas sobre o comportamento dos pacientes dos 180 prontuários selecionados para análise. Muitas queixas foram classificadas

¹ O IPDU (Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Urbano), propôs em novembro de 2003 a divisão do município de Cuiabá quatro regionais: Norte, Sul, Leste e Oeste. (LOPES, 2003)

com 0,6 a 1,2% apenas. Logo, a pesquisadora optou por caracterizá-las em uma única classificação chamada 'outras queixas'.

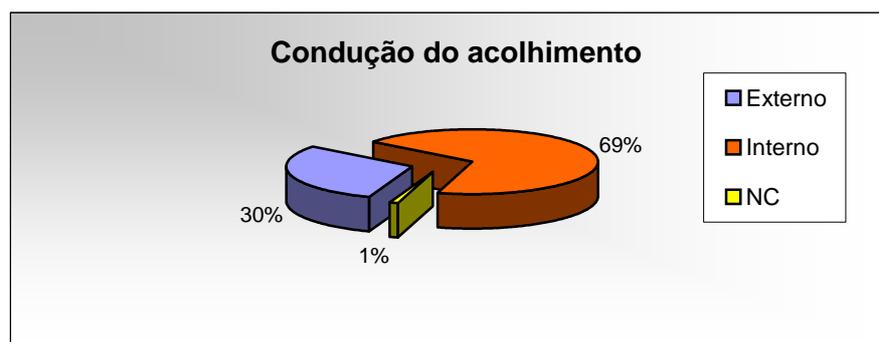
GRÁFICO 09: distribuição pela hipótese de diagnóstico inicial.



FONTE: Lopes (2005)

Segundo Lopes (2005), o episódio depressivo (Cid-10 F32) e a hiperatividade (Cid-10 F90) foram os mais freqüentes no diagnóstico inicial de crianças e adolescentes. Em terceiro lugar ficou a hipótese diagnóstica (HD) considerada "vazia", que significa que não havia a necessidade de permanecer sobre a assistência do CAPSi, sendo então o paciente encaminhado para outras redes de assistência à saúde. A HD de retardo mental leve (Cid-10 F70), representou o quarto lugar da classificação entre os clientes que chegaram para a triagem.

GRÁFICO 10: distribuição pelo tipo de encaminhamento dos pacientes após a hipótese de diagnóstico inicial.

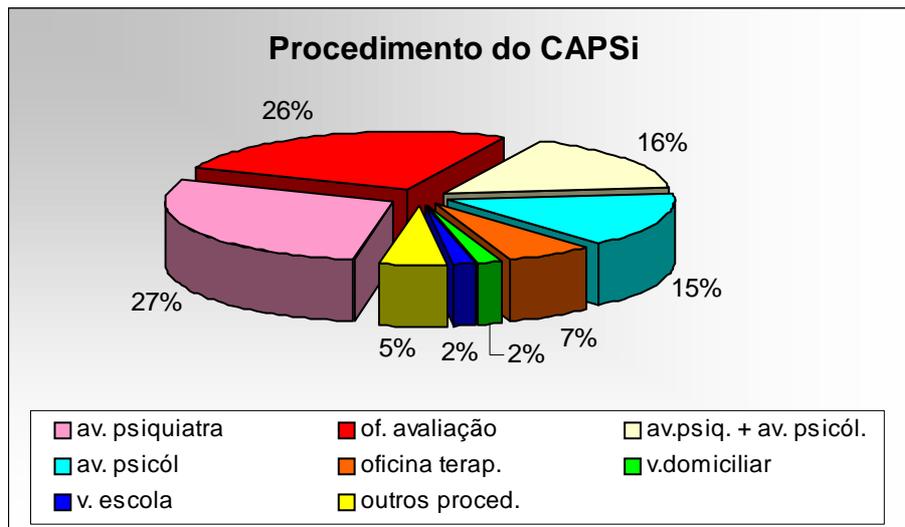


FONTE: Lopes (2005)

Obs.: a sigla NC, significa "não consta".

O Gráfico 10 mostra que 69% dos pacientes triados e analisados por Lopes (2005) em sua pesquisa sobre a caracterização da clientela, foram encaminhados para o atendimento do CAPSi. Outros 30% foram encaminhados para outras redes de assistência à saúde. E 1% não apresentava informações sobre encaminhamento.

GRÁFICO 11: distribuição pelos encaminhamentos internos do CAPSi.



FONTE: Lopes (2005)

Após a realização deste primeiro estudo, baseado nos registros fotográficos, nos levantamentos do espaço físico e dos dados quantitativos e qualitativos sobre o público assistido pelo CAPSi em questão, começaram a ser aplicados então os procedimentos metodológicos, descritos no capítulo a seguir.

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Pode-se considerar que esta pesquisa desenvolveu-se em duas etapas metodológicas: 1ª) antes do Exame de Qualificação; 2ª) após o Exame de Qualificação.

Em ambas as etapas, foi realizada uma Análise Qualitativa do Estudo de Caso: o CAPSi de Cuiabá. Esta Análise Qualitativa foi baseada em uma combinação de procedimentos e técnicas metodológicas e teve início antes mesmo da aprovação da pesquisa pela Escola Estadual de Saúde do Mato Grosso (órgão responsável pela avaliação de todas as pesquisas realizadas em estabelecimentos de assistência à saúde do Estado e também pelo treinamento dos profissionais da saúde). A aprovação, divulgada em agosto de 2005, foi necessária devido a necessidade do envolvimento dos pacientes no processo de coleta de informações diretas.

A primeira etapa metodológica teve início quatro meses antes da aprovação. Isto só foi possível por meio de uma autorização da Diretoria do CAPSi para a aplicação apenas dos procedimentos metodológicos (escolhidos para o desenvolvimento da APO), que não envolviam diretamente os pacientes; tais como: Análise Documental, Análise Espacial, Entrevista Aberta (apenas com pessoas-chave, como a Diretora, por exemplo). Somente após a aprovação, as Entrevistas passaram a ser aplicadas a todas as categorias de usuários

(pacientes, pais/responsáveis e funcionários). Neste momento, deu-se início também às Observações Participativas.

A segunda etapa foi marcada pela aplicação de um novo procedimentos metodológico: o Jogo de Imagens e Palavras. Este método foi de fundamental importância para a coleta de informações diretas dos usuários, tendo em vista as dificuldades encontradas por eles nos momentos em que tentavam expressar seus sentimentos/sensações e expectativas sobre o ambiente construído. As crianças e adolescentes, em especial, sentiram muitas dificuldades em se expressar durante a realização das Entrevistas. Dessa forma, as informações fornecidas pelos entrevistados na primeira etapa não se apresentaram totalmente satisfatórias para a elaboração das recomendações de projeto. Por isso, foi necessária a introdução de um novo instrumento, mais adequado à complexidade do público envolvido.

Para complementar a coleta de informações nas duas etapas citadas acima, foram utilizadas as seguintes técnicas de registro complementares:

- a. Levantamento fotográfico da edificação;
- b. Levantamento fotográfico de atividades/oficinas e produtos desenvolvidos pelos usuários;
- c. Levantamento do espaço físico;
- d. Levantamento fotográfico do processo de montagem e escolha das imagens para os painéis dos Jogos de Imagens e Palavras;
- e. Gravação da discussão (por meio de gravador de voz portátil), dos Jogos de Imagens e Palavras.

A seguir, estão descritos detalhadamente os procedimentos metodológicos utilizados pela presente pesquisa, de acordo com cada uma das etapas. Será dada maior ênfase ao Jogo de Imagens e Palavras, devido a sua especificidade e relativa novidade.

6.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PRIMEIRA ETAPA

A primeira etapa metodológica teve início após a delimitação absoluta do tema, em fevereiro de 2005, aproximadamente, e se encerrou com o Exame de Qualificação (24 de março de 2006). Os instrumentos metodológicos utilizados nesta fase foram:

I. Análise Documental

Trata-se do desenvolvimento de estudos para a aquisição de fundamentação teórica sobre o tema, baseada em uma revisão de referências sobre os seguintes temas: História da Saúde Mental, Ambientes de Assistência à Saúde, Percepção Ambiental, Psicopatologias e relação interdisciplinar entre Psicologia e Arquitetura e Urbanismo. Esta revisão buscou também se aprofundar sobre o tema específico Centro de Atenção Psicossocial Infantil, mas poucas foram as publicações encontradas e nenhuma se direcionava especificamente ao espaço construído e sua relação com os usuários. A

História da Saúde Mental foi abordada nesta pesquisa com o intuito de mostrar a evolução das instituições psiquiátricas, enfocando tanto os métodos de tratamento, quanto a descrição da estrutura física. O estudo sobre Ambientes de Assistência à Saúde envolveu não só os espaços relacionados à saúde mental, mas também outros tipos de assistência, para que assim, pudessem ser feitas analogias entre fatores positivos e negativos destes ambientes. Os estudos sobre Percepção Ambiental, por sua vez, foram de fundamental importância para o entendimento das relações entre o ambiente construído e os usuários. À medida que a pesquisa foi se desenvolvendo, observou-se também a necessidade de se esclarecer, mesmo que de forma simples e sucinta, as doenças mais comuns apresentadas pelos pacientes do CAPSi em questão. Por fim, o estudo sobre a relação interdisciplinar entre a Psicologia e a Arquitetura e o Urbanismo, trouxe grandes benefícios para o embasamento teórico, necessário para o desenvolvimento das recomendações de projeto e também para o entendimento de fenômenos relacionados ao comportamento dos usuários no ambiente construído. As informações utilizadas neste estudo foram retiradas de vários tipos de referências, tais como livros, revistas, artigos, cd-rom, normas, leis, portarias, dissertações e teses. Não se pode deixar de mencionar a dificuldade de se realizar a busca sobre o tema específico abordado. Em função da escassez de publicações sobre o assunto, a Internet foi uma das principais fontes de informação utilizada; porém, devido à grande quantidade de sites que contém informações não confiáveis, foram visitados apenas os que tiveram boas indicações, como por exemplo o Vitruvius², Scielo Brasil³ e a Biblioteca Virtual da Saúde⁴. A Análise Documental deu suporte também para o desenvolvimento dos outros dois instrumentos metodológicos, descritos a seguir.

II. Análise Espacial⁵

A Análise Espacial teve como função identificar e registrar aspectos arquitetônicos da edificação, bem como, suas características positivas e negativas. Este procedimento iniciou-se com algumas questões iniciais: que tipo de atividade é desenvolvido em cada ambiente? Qual é o período de permanência dos usuários em cada ambiente? Existe alguma lógica/estratégia na distribuição dos ambientes? Quais são as referências positivas e negativas dos ambientes? A Análise Espacial desenvolveu-se então, através da análise da Planta Baixa⁶ e de técnicas exploratórias, como observação do uso,

² <<http://www.vitruvius.com.br>>

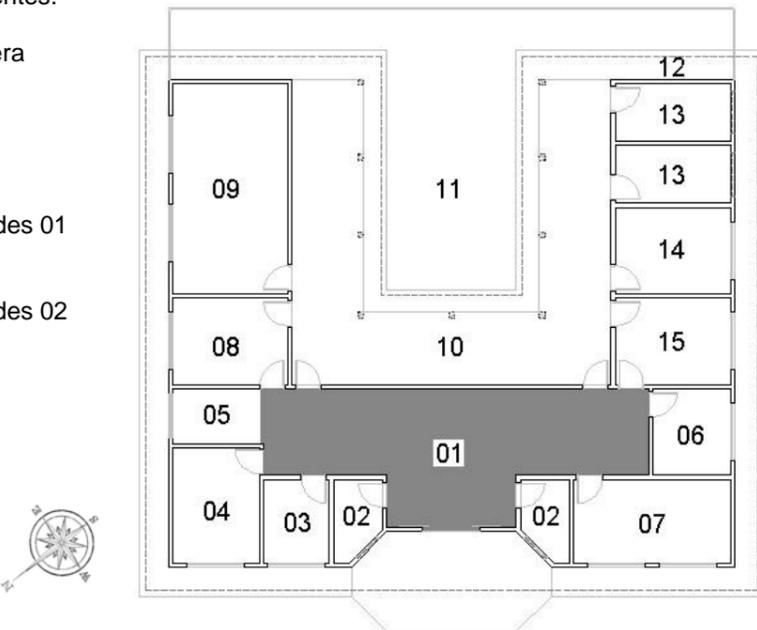
³ <<http://www.scielo.br>>

⁴ <<http://www.ministerio.saude.bvs.br>>

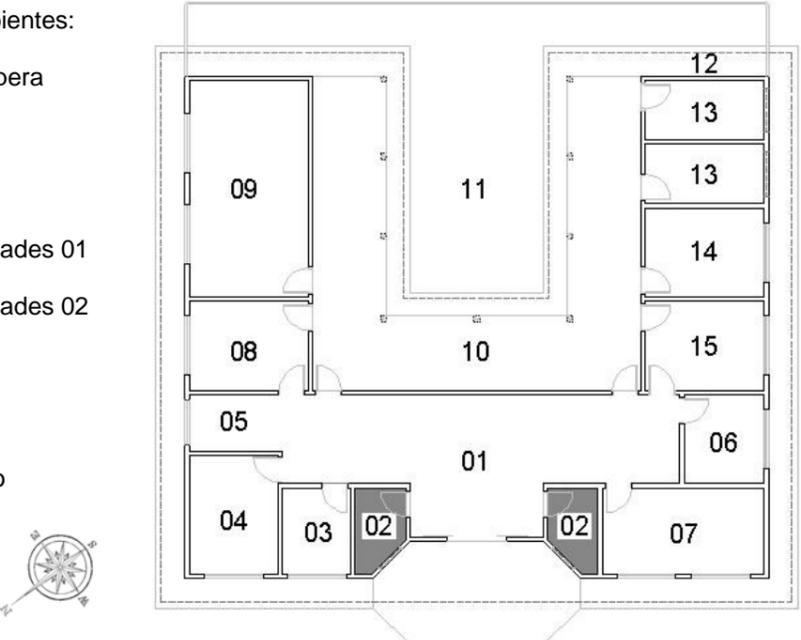
⁵ Este instrumento teve como base os estudos de Dischinger (2000) e Dischinger e Bins Ely (2004).

⁶ A Planta Baixa só foi fornecida pelo CAPSi após a aprovação da pesquisa pela Escola Estadual de Saúde de Mato Grosso.

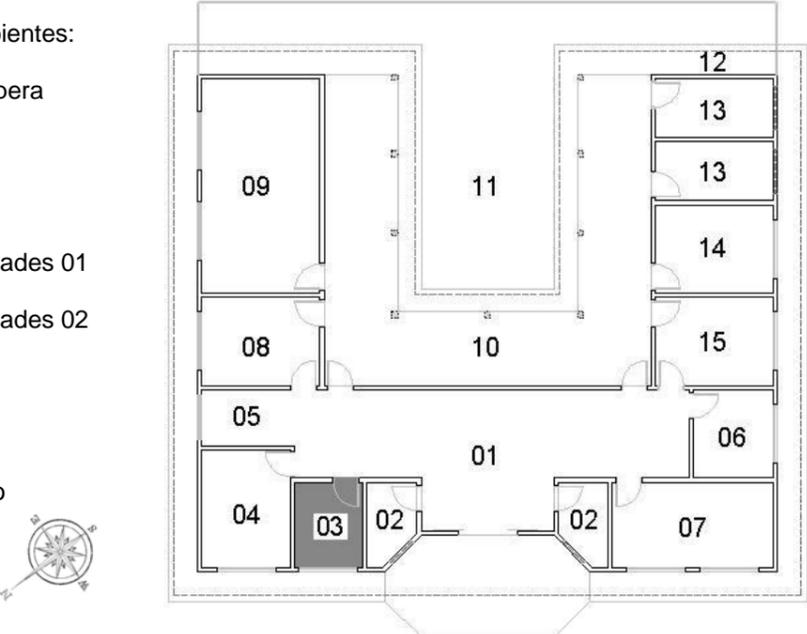
registro fotográfico e levantamento dos aspectos físicos da edificação. Nas primeiras visitas exploratórias, foram observados e identificados aspectos gerais da edificação; tais como, forma e estética de caráter institucional, monotonia (causada pela simetria e pela utilização de uma só cor, tanto interna, quanto externamente), e aridez do entorno. Para a análise mais detalhada dos espaços, internos e externos, foi desenvolvido um quadro de classificação para cada ambiente, onde foram adotados os seguintes critérios: função, conforto ambiental, segurança, acessibilidade, dimensão e equipamento/mobiliário dos ambientes. A seguir, estão os quadros de cada ambiente do CAPSi de Cuiabá e os resultados da Análise Espacial.

Ambiente	Recepção/Espera
Função/ Características	É o primeiro ambiente de contato entre pacientes e funcionários (Figura 19), e destina-se a receber e abrigar pacientes e pais/responsáveis enquanto estes não são encaminhados para as atividades terapêuticas, triagem ou consulta médica. O único elemento marcante neste ambiente é o balcão de atendimento que possui um tom de azul (diferente ao das paredes) e a sigla CAPSi em letras grandes pintadas em cores vibrantes (Figura 20).
Conforto Ambiental	Este ambiente pode ser considerado bem iluminado. A porta de entrada (3,00x2,10 m) e uma janela (1,80x1,00 m) na lateral esquerda, são responsáveis pela iluminação natural, que é complementada por lâmpadas fluorescentes do tipo tubular. O conforto acústico com frequência fica comprometido em função dos próprios pacientes – tarefas simples, como atender o telefone, muitas vezes são difíceis de se realizar. A Recepção/Espera possui apenas um ventilador portátil pequeno, que não satisfaz/atende todo o ambiente. Em uma cidade cujo clima possui como característica principal as altas temperaturas, a escassez de equipamentos condicionadores de ar compromete o conforto térmico dos usuários.
Segurança	A Recepção/Espera é um dos ambientes que oferece maior insegurança aos pacientes, devido à inexistência de barreiras físicas que os impeçam fugir para o parque onde está implantado o CAPSi, ou para a via de acesso. O controle de entrada e saída dos pacientes é feito pelos funcionários e reforçado por um vigia que permanece em frente à porta de entrada. Mas foram observadas tentativas de fuga, por parte de pacientes em surto.
Acessibilidade	A acessibilidade é favorável a todo e qualquer tipo de usuário, independente de sua habilidade física, devido a dimensão generosa da porta de entrada. A Recepção/Espera é o ambiente que viabiliza o acesso a todos os outros ambientes do CAPSi.
Dimensão/Área	Este ambiente possui área de 48,35 m ² . Se suas dimensões e organização espacial fossem mais favoráveis a disposição dos assentos, esta área talvez atendesse a todos os pacientes e pais/responsáveis em espera.
Equipamento/ Mobiliário	Equipamentos: um telefone, um ventilador portátil e uma televisão. Mobiliário existente: um balcão em alvenaria com tampo de pedra, um armário, três longarinas e cinco poltronas em estado de conservação precário. A disposição dos assentos, uns ao lado dos outros, também não favorece o convívio social entre os usuários (Figura 21).
Localização na Planta e Fotos	<p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almojarifado 05- Arquivo 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Varanda 10- Sala de Atividades 02 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração    <p style="text-align: center;">Figura 19: Planta Baixa com destaque para a Recepção/Espera</p> <p style="text-align: center;">Figura 20: Recepção/Espera</p> <p style="text-align: center;">Figura 21: Longarinas e Poltronas da Recepção/Espera</p>

Quadro 01: Análise Espacial da Recepção/Espera

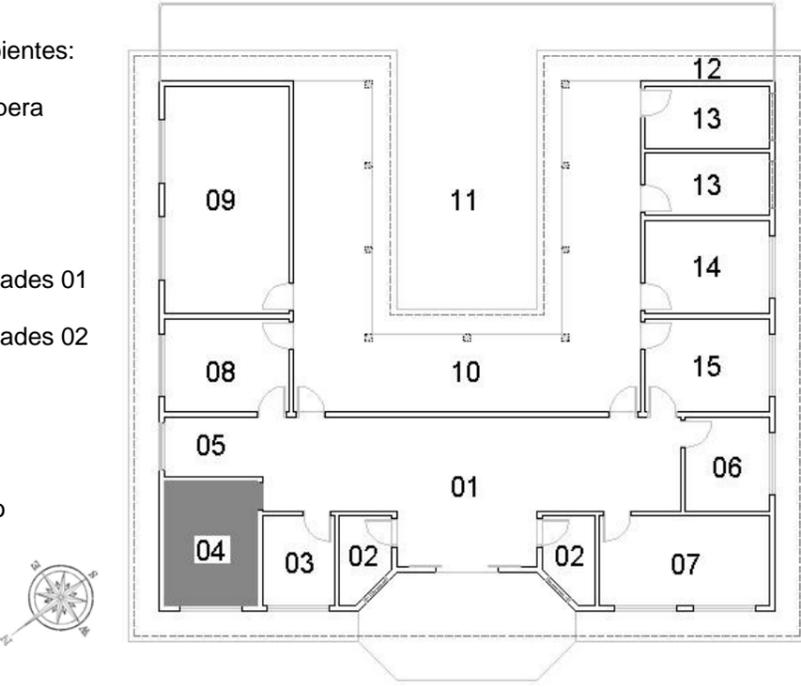
Ambiente	Lavabos
Função/ Características	Atender usuários que estão na Recepção/Espera ou nos ambientes próximos. Há um Lavabo feminino e outro masculino, ambos completamente idênticos (Figura 22). Não há diferença de organização espacial, louças ou materiais de acabamento.
Conforto Ambiental	Por ser um ambiente de curta permanência, não foram considerados os aspectos relativos ao conforto ambiental.
Segurança	Para evitar que pacientes fiquem presos nestes ambientes, propositalmente ou não, foram retiradas as trancas das portas. Por outro lado, a privacidade dos usuários ficou prejudicada.
Acessibilidade	Estes ambientes são de fácil acesso a todos que se encontram na Recepção/Espera ou nos ambientes próximos. Porém, pessoas com limitações físico-motoras podem ter dificuldades em utilizá-los, uma vez que não há instalações de barras de apoio (Figura 23). As portas, devido as suas dimensões (0,80x2,10 m) também dificultam a entrada de cadeirantes.
Dimensão/Área	Cada um dos Lavabos possui área de 4,26 m ² . As dimensões não favorecem a utilização destes ambientes por cadeirantes.
Equipamento/ Mobiliário	Apresentam apenas lavatório, vaso sanitário e acessórios básicos (espelho, porta-toalha, saboneteira, papelreira e lixeira).
Localização na Planta e Fotos	<p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almoxarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração   <p style="text-align: center;">Figura 22: Planta Baixa com destaque para os Lavabos</p> <p style="text-align: center;">Figura 23: Lavabo</p>

Quadro 02: Análise Espacial dos Lavabos

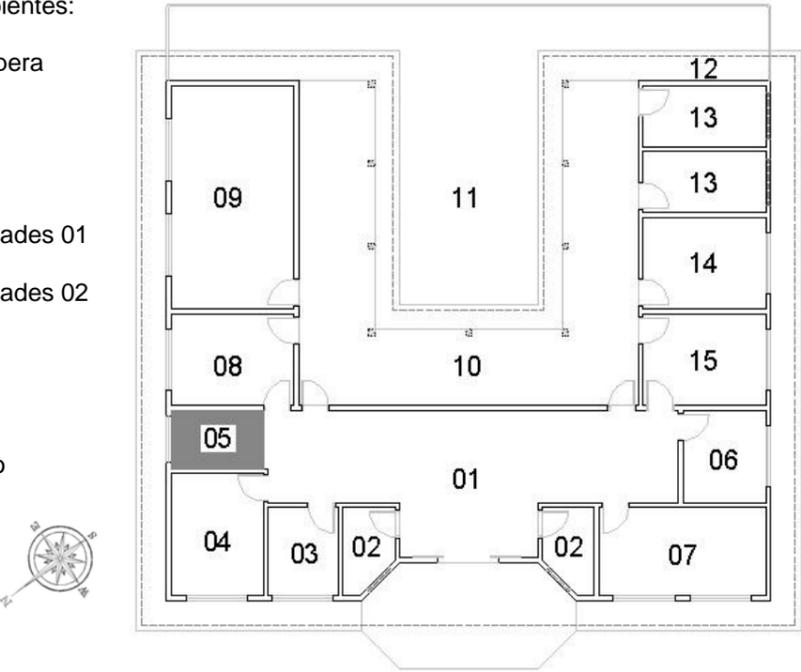
Ambiente	Acolhimento
Função/ Características	Este ambiente é destinado à triagem dos pacientes, ou seja, é o lugar onde é feito o diagnóstico dos pacientes e o seu encaminhamento (Figura 24). Nesta sala é atendido apenas um paciente de cada vez, que, dependendo da necessidade ou situação, pode estar acompanhado ou não dos pais/responsáveis. É uma sala simples e “fria”; as paredes possuem um tom de azul claro, assim como todos os outros ambientes (Figura 25).
Conforto Ambiental	O desenvolvimento das triagens é prejudicado pelo excesso de iluminação natural (que ofusca a visão dos usuários), pelos ruídos provenientes da Recepção/Espera, e pelo desconforto térmico (o Acolhimento não possui aparelho condicionador de ar e o sol da tarde incide diretamente na parede de divisa com exterior, aumentando consideravelmente a temperatura no interior da sala). Na tentativa de se amenizar a incidência de luz e calor, foram colocadas folhas de papel alumínio nos vidros da janela (Figura 26).
Segurança	Não apresenta elementos de risco aos usuários.
Acessibilidade	A porta possui dimensões de 0,80x2,10 m, o que pode dificultar o acesso de cadeirantes.
Dimensão/Área	A área deste ambiente é de 6,67 m ² (2,30x2,90 m). Se fosse regida pela RDC/50, estaria de acordo com as exigências em relação ao dimensionamento, que define para uma sala com esta função (atendimento individualizado), o mínimo 6,00 m ² . Porém, segundo a RDC/50 este ambiente deveria contemplar também a instalação de um lavatório. Neste caso, o lavatório não existe.
Equipamento/ Mobiliário	Uma mesa e duas cadeiras de pequeno porte e uma poltrona. Crianças, adolescentes e adultos utilizam esta sala, porém, apenas as crianças são favorecidas pelo mobiliário disponível.
Localização na Planta e Fotos	<p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almoxarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração    <p style="text-align: center;">Figura 24: Planta Baixa com destaque para o Acolhimento</p> <p style="text-align: center;">Figura 25: Acolhimento</p> <p style="text-align: center;">Figura 26: Janela com papel alumínio para proteção contra o sol – vista externa</p>

Quadro 03: Análise Espacial do Acolhimento

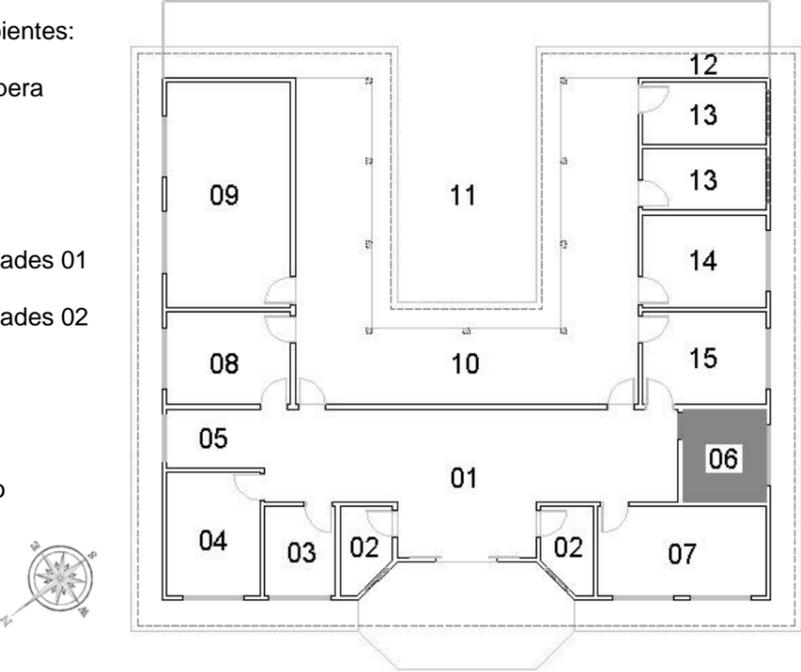
Ambiente	Almoxarifado
Função/ Características	É o local onde são armazenados os materiais utilizados nas atividades terapêuticas, tais como papel (de vários tipos e tamanhos), revistas, tintas, telas, caixas, latas e plásticos descartáveis, linhas, etc (Figura 27). Também são armazenados neste ambiente os materiais utilizados na Recepção/Espera e Administração (canetas, lápis, borracha, papel ofício, fichas de prontuários, etc).
Conforto Ambiental	É um local de curta permanência, por isso o único aspecto de conforto ambiental considerado foi a iluminação. A janela existente no ambiente fornece luz suficiente. No final da tarde, ou em dias de chuva, é utilizada a iluminação artificial (um par de lâmpadas fluorescentes tubulares).
Segurança	É um dos locais cuja entrada de pacientes é restrita. A porta permanece trancada para evitar que os pacientes se escondam atrás das estantes metálicas e causem danos materiais ou encontrem objetos que possam oferecer risco a si próprio ou aos outros usuários. Sendo assim, os pacientes só têm acesso a esse local com o consentimento e acompanhamento dos funcionários.
Acessibilidade	Em função da diversidade de atividades terapêuticas, o Almoxarifado encontra-se com mais estantes e materiais do que o espaço suporta. A sala possui 3,00x4,00 m de dimensão, totalizando em 12,00 m ² de área; contém três fileiras de estantes completamente cheias de materiais e os corredores entre elas possuem menos de sessenta centímetros de largura, o que dificulta o acesso e a retirada dos materiais. A falta de espaço físico prejudica também a organização dos materiais (Figura 28).
Dimensão/Área	
Equipamento/ Mobiliário	Possui cinco estantes metálicas e um armário fechado. Todos se encontram em bom estado de conservação, porém são insuficientes para o armazenamento pleno dos materiais.

Localização na Planta e Fotos	<p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almoxarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração 	
	<p>Figura 27: Planta Baixa com destaque para o Almoxarifado</p>	

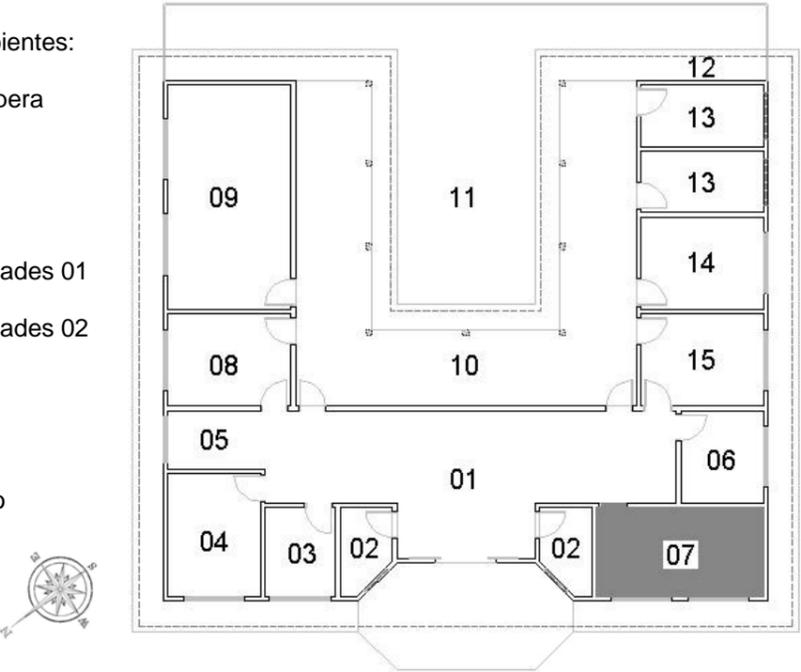
Quadro 04: Análise Espacial do Almoxarifado

Ambiente	Arquivo	
Função/ Características	É o local onde são guardados os prontuários de todos os pacientes (Figura 29). Não possui características marcantes.	
Conforto Ambiental	A integração com a Recepção/Espera torna o ambiente mais ventilado. A iluminação natural é garantida por uma janela na parede lateral esquerda e quando necessário utiliza-se a iluminação artificial (um par de lâmpadas fluorescentes tubulares). Por ser um local destinado a atividades simples e rápidas, o barulho que ocorre na Recepção/Espera não interfere.	
Segurança	Não oferece riscos aos usuários. Porém, o armazenamento de prontuários é comprometido em função da situação precária dos arquivos. Além de não possuírem trancas, as gavetas dos arquivos não fecham completamente, deixando os prontuários praticamente expostos. O controle de entrada e retirada dos prontuários é de responsabilidade dos funcionários que ficam no balcão da Recepção/Espera.	
Acessibilidade	É um ambiente integrado de fácil acesso a todos os usuários.	
Dimensão/Área	Possui dimensões de 3,15x1,90 m e área de 5,98 m ² e está atendendo as necessidades do CAPSi.	
Equipamento/ Mobiliário	Os únicos equipamentos utilizados são três arquivos metálicos, em condições precárias de conservação (Figura 30). Os funcionários, às vezes, utilizam uma cadeirinha para sentar ou apoiar o pé enquanto guardam os prontuários no final do expediente.	
Localização na Planta e Fotos	<p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almoxarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração   <p>Figura 29: Planta Baixa com destaque para o Arquivo</p> <p>Figura 30: Arquivo</p>	

Quadro 05: Análise Espacial do Arquivo

Ambiente	Repouso
Função/ Características	É o espaço reservado ao abrigo dos pacientes medicados (a medicação utilizada para tratar as psicopatologias, geralmente deixa o paciente sonolento). Quando necessário, esta sala é utilizada também para a realização de atividades terapêuticas individuais (Figura 31). Observou-se a tentativa de tornar este ambiente mais agradável, através de objetos decorativos, de uma cortina de TNT e de um lençol colorido (bem diferente dos comumente utilizados em instituições hospitalares – Figura 32). O CAPSi de Cuiabá não apresentava este ambiente. Mas a necessidade de um local específico para o abrigo dos pacientes medicados, fez com o Repouso fosse implantado na nova sede.
Conforto Ambiental	O conforto térmico, também neste ambiente, é comprometido pela incidência do sol da tarde diretamente na parede de divisa com o exterior, onde está a janela. Como o Repouso permanece sempre com a porta fechada, para não comprometer o desempenho da atividade ou descanso dos pacientes, a ventilação cruzada não acontece. O barulho proveniente da Recepção/Espera pareceu não interferir nas atividades ou descanso dos pacientes.
Segurança	A condição de risco está relacionada ao péssimo estado de conservação do ventilador disponibilizado neste ambiente.
Acessibilidade	Todos os usuários podem utilizar este ambiente. Porém, a prioridade é dos pacientes medicados. Quando a sala está ocupada é colocado um aviso na porta, para que outros usuários não interfiram no desempenho da atividade ou no descanso dos pacientes.
Dimensão/Área	A área do Repouso é de 8,10 m ² e as dimensões são: 3,00x2,70 m. O espaço, aparentemente, atende às necessidades.
Equipamento/ Mobiliário	Uma cama de solteiro, um criado mudo e um sofá de três lugares. O sofá estava em mau estado de conservação, para poder utilizá-lo, os funcionários do CAPSi reformaram-no utilizando técnicas e materiais alternativos (Figuras 33 e 34). Há também um ventilador portátil em péssimas condições de uso.
Localização na Planta e Fotos	<p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almojarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração    <p>Figura 31: Planta Baixa com destaque para o Repouso</p> <p>Figura 32: Repouso</p> <p>Figura 34: Sofá com capa (desenvolvida no próprio CAPSi), e ventilador em péssimas condições de uso</p>

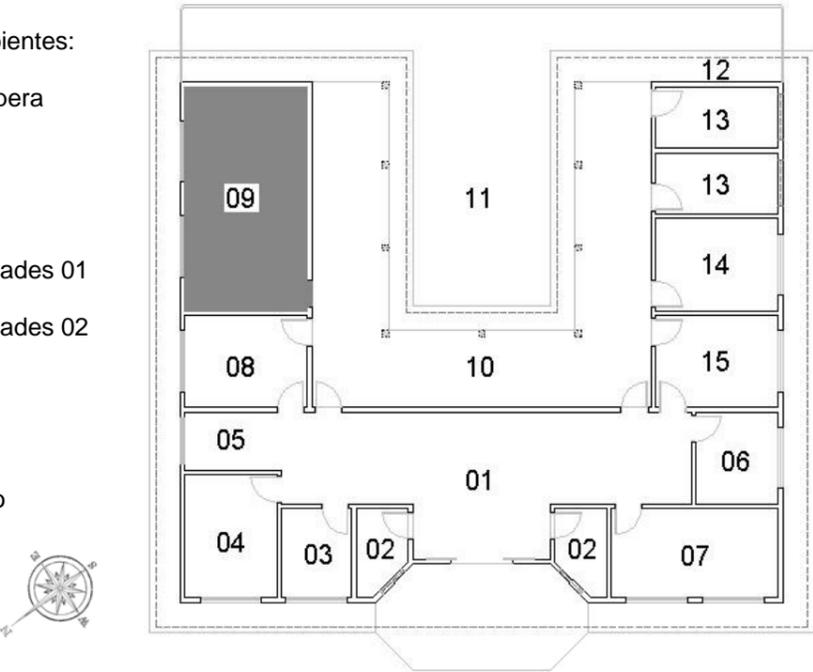
Quadro 06: Análise Espacial do Repouso

Ambiente	Sala de Atividades 01	
Função/ Características	É um dos ambientes destinados ao desenvolvimento de atividades terapêuticas, coletivas ou individuais (Figura 35). É utilizado também para as atividades de apoio aos pais e para as reuniões semanais dos funcionários. Assim como a maioria dos outros ambientes, esta sala não possui elementos ou características marcantes, o que a torna fria e impessoal.	
Conforto Ambiental	O desempenho das atividades tornou-se consideravelmente melhor, após a instalação de um aparelho de ar condicionado split no ambiente. O barulho proveniente da Recepção/Espera não interfere nas atividades. No entanto, a janela, que está implantada em uma das paredes de divisa com o espaço exterior, proporciona excesso de luz natural ao ambiente, ofuscando a visão dos usuários. Na tentativa de se resolver este problema, os funcionários improvisaram uma cortina de material alternativo (TNT).	
Segurança	Não foram observadas condições que colocassem em risco a segurança dos usuários, neste local.	
Acessibilidade	É também um ambiente de livre acesso a todos os usuários.	
Dimensão/Área	Possui área de 15,80 m ² e dimensões são: 5,45x2,90 m. A largura de 2,90 m não possibilita a disposição conveniente das cadeiras em círculo. Foi observada a tentativa dos funcionários em colocar as cadeiras em meia-lua, para melhor contato pessoal entre os participantes. Mas, à medida que os pais/responsáveis chegavam, a meia-lua se desfazia em função da largura insuficiente.	
Equipamento/ Mobiliário	Uma mesa de madeira (1,60x0,80 m), cadeiras (o número varia de acordo com a quantidade de participantes), um aparelho de ar condicionado tipo split e um tripé de madeira para apoio de papel para anotações (Figura 36). Esporadicamente uma televisão é utilizada neste ambiente.	
Localização na Planta	<p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almojarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração 	
	Figura 35: Planta Baixa com destaque para a Sala de Atividades 01	Figura 36: Sala de Atividade 01

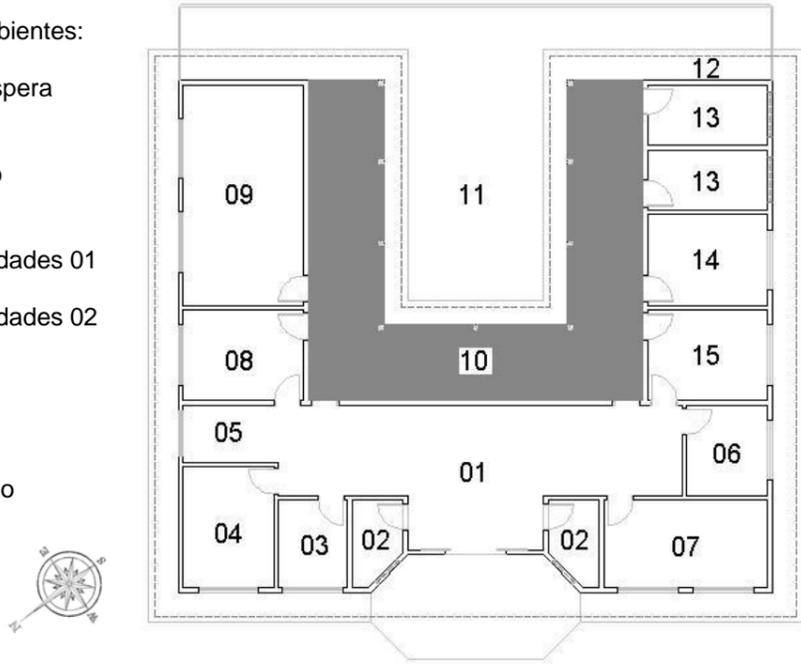
Quadro 07: Análise Espacial da Sala de Atividades 01

Ambiente	Consultório	
Função/ Características	É a sala destinada às consultas médicas e eventuais primeiros socorros (Figura 40). Não possui características marcantes e a frieza do ambiente é agravada pela cor das paredes e simplicidade do mobiliário (Figura 41).	
Conforto Ambiental	Assim como a maioria dos ambientes, o Consultório também não possui ar condicionado ou ventilador. Enquanto ocorrem as consultas, as portas permanecem fechadas o que prejudica a circulação de vento. Além disso, é um dos ambientes que recebe a incidência direta dos raios solares durante o todo o dia, o que aumenta o calor no interior da sala. Geralmente a iluminação natural é suficiente, não sendo necessária a utilização das lâmpadas fluorescentes tubulares. O barulho vindo tanto da Recepção/Espera quanto do Pátio Interno, parece não causar grandes prejuízos a realização das consultas.	
Segurança	No consultório existe um armário onde são guardados alguns remédios para situações de emergência e materiais necessários para fazer os primeiros socorros. Porém, como este permanece trancado, as chances de um paciente utilizar os medicamentos de forma errada são menores.	
Acessibilidade	O consultório possui dois acessos: um pela Recepção/Espera e outro pela Varanda. Estes dois acessos são estratégicos para o controle e cuidado dos pacientes pelos funcionários.	
Dimensão/Área	Apresenta uma área de 12,00 m ² (3,00x4,00 m), e está nos padrões da norma RDC/ 50 (área mínima de 7,50 m ² , com dimensão mínima de 2,20 m e um lavatório). No entanto, como possui dois acessos, o espaço torna-se pequeno para a colocação de uma cama/maca.	
Equipamento/ Mobiliário	Os equipamentos existentes neste ambiente são: um armário para armazenagem de medicamentos e materiais de primeiros socorros, uma mesa para atendimento e três cadeiras de plástico. O mobiliário está em bom estado de conservação; porém, sua simplicidade aumenta a sensação de improviso e descaso com o ambiente.	
Localização na Planta e Fotos	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="498 850 795 1339" style="width: 30%;"> <p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almojarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração </div> <div data-bbox="834 808 1507 1486" style="width: 40%; text-align: center;"> </div> <div data-bbox="1941 856 2377 1434" style="width: 25%; text-align: center;"> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Figura 40: Planta Baixa com destaque para o Consultório</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Figura 41: Consultório</p>	

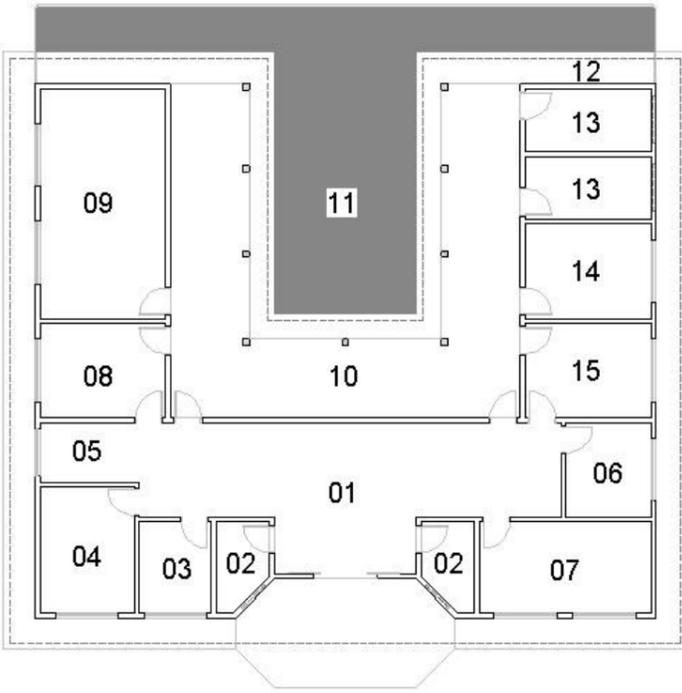
Quadro 08: Análise Espacial do Consultório

Ambiente	Sala de Atividades 02
Função/ Características	Esta sala é utilizada para a realização de todos os tipos de atividades terapêuticas coletivas oferecidos aos pacientes do CAPSi, inclusive lanches (Figuras 42 e 43). As atividades mais comuns desenvolvidas neste ambiente são: artesanato, oficinas de texto, leitura, música, dança, jogos, vídeos, lanches, entre outras. Embora seja uma sala monótona e sem atrativos, é um local de busca à descontração, onde os funcionários procuram deixar os pacientes a vontade para se expressar de todas as formas que quiserem. Está diretamente ligada a Varanda e ao Pátio Interno e as janelas, quando abertas, permitem a visão para o Parque da Saúde Zé Boloflô.
Conforto Ambiental	Esta sala é utilizada todos os dias nos dois períodos, matutino e vespertino. É uma das salas de maior permanência dos usuários. Da mesma forma que o Consultório, a parede onde estão situadas as janelas recebe incidência direta do sol, durante boa parte do dia. Sendo assim, foi instalado um aparelho de ar condicionado do tipo split neste ambiente, com o intuito de aumentar o conforto térmico dos usuários e conseqüentemente um melhor desempenho nas atividades terapêuticas. Por outro lado, a incidência do sol favorece a iluminação natural na sala; dificilmente é necessário acender as lâmpadas. Quanto ao conforto acústico, este ambiente não é prejudicado por nenhum tipo de ruído.
Segurança	Esta sala é bastante segura aos pacientes, principalmente pelo fato de que qualquer tentativa de fuga é inútil em função do controle feito através de barreiras físicas (portas, cercas), e por funcionários distribuídos em pontos estratégicos, como por exemplo cozinha e administração.
Acessibilidade	Existem quatro maneiras de se chegar a Sala de Atividades 02: duas portas dão acesso direto da Recepção/Espera para a Varanda; as outras duas formas de acesso são feitas pelo Consultório ou pela Administração. Mesmo assim, pessoas com cadeira de rodas, por exemplo, teriam problemas ao tentar passar por estas portas, cuja largura é de 80 cm.
Dimensão/Área	É uma sala ampla e flexível às variadas atividades realizadas nela. Com dimensões de 4,00x7,30 m (29,20 m ²), permite a disposição das cadeiras em círculo, bem como o desenvolvimento de brincadeiras e exercícios de expressão corporal, por exemplo.
Equipamento/ Mobiliário	Possui mesas e cadeiras de pequeno porte, um armário/bancada para guarda de trabalhos desenvolvidos pelos pacientes, cinco colchonetes azuis, um aparelho de som, uma televisão, um vídeo cassete, um aparelho de ar condicionado split e uma mesa de plástico. O armário/bancada encontra-se em estado precário de conservação, muitas de suas portas e gavetas não fecham completamente.
Localização na Planta e Fotos	<p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almojarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração   <p style="text-align: center;">Figura 42: Planta Baixa com destaque para a Sala de Atividades 02</p> <p style="text-align: center;">Figura 43: Sala de Atividades 02</p>

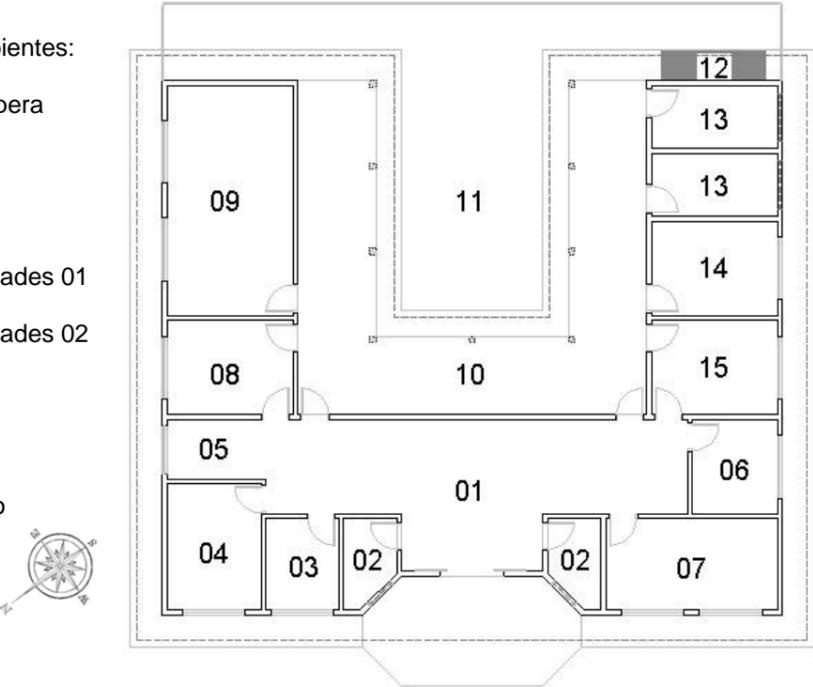
Quadro 09: Análise Espacial da Sala de Atividades 02

Ambiente	Varanda
Função/ Características	Este ambiente não tem nenhuma função específica, mesmo assim é muito utilizado, para realização de atividades terapêuticas e até reuniões de funcionários. Acompanha toda a extensão interna da edificação, por isso tem formato de "U", e está integrada ao Pátio Interno (Figura 37). Juntos, estes dois ambientes compõem uma área favorável à realização das festas comemorativas.
Conforto Ambiental	É um local bem ventilado e iluminado naturalmente. Durante a manhã, o lado direito e uma pequena parcela do lado esquerdo recebem incidência do sol (Figura 38 e 39). À tarde, toda a Varanda fica protegida, proporcionando um ambiente agradável ao desenvolvimento de atividades (exceto nos meses mais quentes do ano: de setembro a outubro, fica difícil permanecer por muito tempo em locais sem ventilador ou ar condicionado). O barulho causado pelos pacientes às vezes prejudica as atividades realizadas na Sala de Atividades 02 e na Administração.
Segurança	No período de desenvolvimento da pesquisa não ocorreu nenhum tipo de acidente com os pacientes, pais/responsáveis ou funcionários neste local. Mas, acredita-se que as quinas dos pilares, que são em formato quadrado, poderiam ser arredondadas para aumentar a segurança dos pacientes em especial.
Acessibilidade	Através da Varanda tem-se acesso a Recepção/Espera, ao Consultório, a Sala de Atividades 02, a Lavanderia, aos Banheiros, a Cozinha e a Administração. Com exceção das portas (que possuem largura de 80 cm), não existem barreiras físicas na Varanda.
Dimensão/Área	Possui formato de "U" e dimensões principais são 2,50 m e 10,60 m. A área total é de 68,25 m².
Equipamento/ Mobiliário	Os únicos mobiliários fixos desta área são o bebedouro e a Casa de Bonecas.
Localização na Planta e Fotos	<p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almojarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração    <p>Figura 37: Planta Baixa com destaque para a Varanda</p> <p>Figura 38: Varanda com Casa de Boneca</p> <p>Figura 39: Varanda</p>

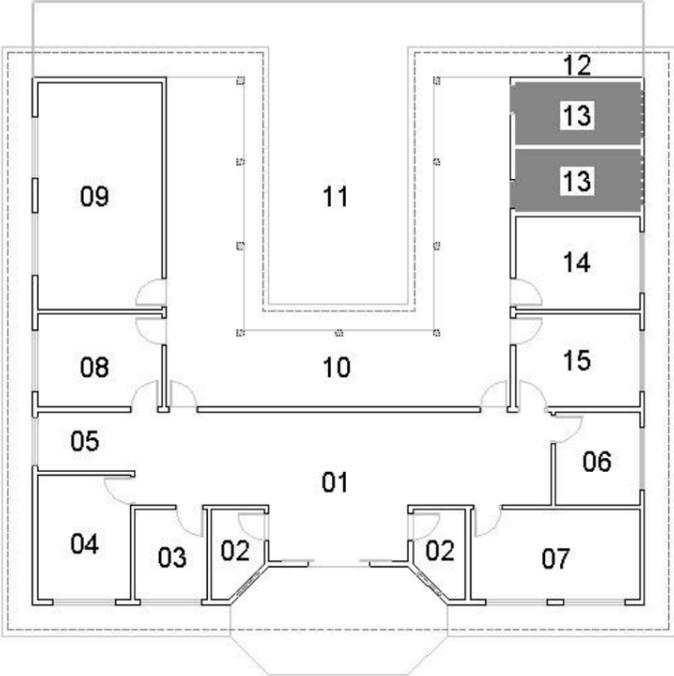
Quadro 10: Análise Espacial da Varanda

Ambiente	Pátio Interno
Função/ Características	Assim como a Varanda, o Pátio Interno é um espaço multiuso amplamente utilizado para o desenvolvimento de atividades terapêuticas (Figura 44). É um ambiente aberto e com grama, cercado pela Varanda e com divisa para o Parque da Saúde Zé Bolofló. Esta divisa é feita através de uma grade metálica que permite a visão para o parque.
Conforto Ambiental	Por ser descoberto, o Pátio geralmente é mais utilizado no período vespertino, em função da sombra projetada pela edificação. Neste ambiente, os funcionários liberam os pacientes para brincar e se expressar como quiserem, com as devidas restrições. Portanto, o barulho originado no Pátio não foi considerado ruim pelos entrevistados.
Segurança	Quando a grama cresce demais é o risco de aparecerem insetos, aracnídeos e pequenas cobras vindos do parque é maior (Figura 45). Durante o desenvolvimento da pesquisa foram encontrados alguns destes bichos, mas não foi registrada nenhuma situação de risco maior aos usuários.
Acessibilidade	Não foram observadas situações desfavoráveis a acessibilidade neste ambiente.
Dimensão/Área	Possui formato de "T", com largura de 19,60 m e profundidade de 9,75 m. Sua área é de 97,42 m ² .
Equipamento/ Mobiliário	Apresenta apenas um tanque considerado como Lavanderia.
Localização na Planta e Fotos	<p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almojarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração   <p>Figura 44: Planta Baixa com destaque para o Pátio Interno</p> <p>Figura 45: Falta de manutenção (corte da grama) no Pátio Interno</p>

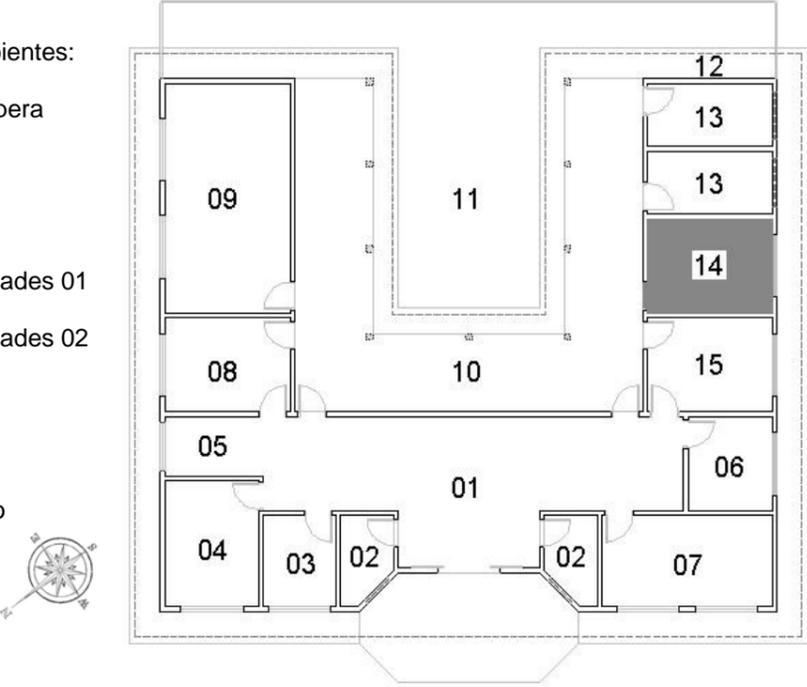
Quadro 11: Análise Espacial do Pátio Interno

Ambiente	Lavanderia
Função/ Características	Na verdade a Lavanderia é representada por um tanque implantado no Pátio Interno (Figura 46). Não existe nenhuma área específica para este ambiente.
Conforto Ambiental	Nos dias de chuva e no período em que o sol incide diretamente o trabalho realizado na Lavanderia (ou melhor, no tanque), fica comprometido.
Segurança	Os funcionários têm cuidado redobrado nesta área para não esquecer nenhum tipo de material tóxico ou inflamável. Além disso, as vassouras e rodos não devem ficar expostos, pois podem se transformar em armas nas mãos de pacientes (Figura 47).
Acessibilidade	O acesso a este local, em função da segurança, deveria ser restrito aos funcionários. No entanto, encontra-se a disposição de todos.
Dimensão/Área	Não há.
Equipamento/ Mobiliário	Um tanque duplo.
Localização na Planta e Fotos	<p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almojarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração  <p>Figura 46: Planta Baixa com destaque para a Lavanderia</p>  <p>Figura 47: Lavanderia - tanque</p>

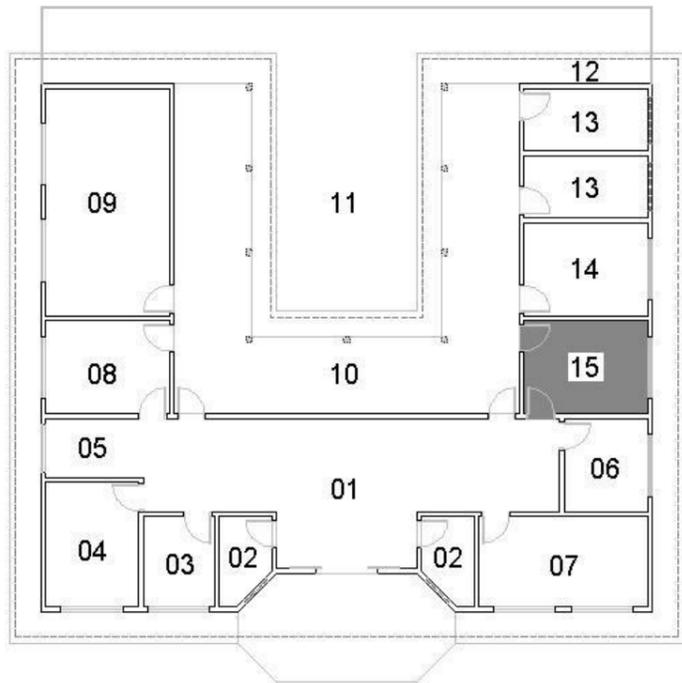
Quadro 12: Análise Espacial da Lavanderia

Ambiente	Banheiros	
Função/ Características	Há dois Banheiros idênticos, com um lavatório, um box com chuveiro e outro com um vaso sanitário cada, para atender os usuários durante o desenvolvimento das atividades nos ambientes integrados à Varanda e ao Pátio Interno (Figuras 48, 49 e 50). Porém, devido a falta de espaço definido para o armazenamento dos materiais de limpeza e higiene, um destes Banheiros tem sido sub-utilizado, em função do excesso de produtos e objetos utilizados na limpeza (Figuras 51 e 52).	
Conforto Ambiental	Por ser um local de curta permanência foi observada apenas a eficiência da iluminação, que se apresentou satisfatória quando utilizadas as lâmpadas (tubulares fluorescentes).	
Segurança	A porta do Banheiro onde estão guardados os materiais de limpeza permanece trancada, para evitar a entrada de pacientes e garantir sua segurança. Pois, produtos tóxicos e inflamáveis estão armazenados ali.	
Acessibilidade	Nenhum dos Banheiros foi planejado para atender portadores de necessidades especiais. As crianças também têm sua autonomia e privacidade prejudicadas, pelo fato de haver apenas um vaso sanitário do tamanho convencional e a bancada ter apenas um lavatório com altura desfavorável a sua estatura.	
Dimensão/Área	Cada um dos Banheiros possui 4,00 m de profundidade e 2,00 m de largura, totalizando 8,00 m ² de área.	
Equipamento/ Mobiliário	Em cada Banheiro há uma bancada de pedra (altura: 80 cm), com um lavatório, um espelho (colado na parede), um box com um vaso sanitário e um com chuveiro.	
Localização na Planta e Fotos	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02-Lavabos 03- Acolhimento 04- Almojarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração </div> <div style="flex: 2; text-align: center;">  <p>Figura 48: Planta Baixa com destaque para os Banheiros</p> </div> <div style="flex: 1;">  <p>Figura 49: Banheiro</p> </div> <div style="flex: 1;">  <p>Figura 51: Banheiro utilizado para armazenamento de materiais</p> </div> </div>	

Quadro 13: Análise Espacial dos Banheiros

Ambiente	Copa/Cozinha	
Função/ Características	Destina-se à preparação das refeições e é também o local onde os funcionários fazem pequenos intervalos para lanche (Figuras 53 e 54). É restrito aos funcionários, porém a entrada de pacientes não é proibida, mas sim controlada. Para permitir a visualização dos pacientes no Pátio Interno a porta de entrada foi dividida em duas partes: a parte inferior permanece fechada e a parte superior aberta (Figura 55). Dessa forma, os pacientes podem experimentar também os cheiros da comida preparada. Os funcionários procuram explorar todos os sentidos (olfato, paladar, visão, tato e audição).	
Conforto Ambiental	A Copa/Cozinha possui iluminação satisfatória e boa ventilação. O conforto térmico é prejudicado pela incidência direta do sol no período vespertino. A disposição da bancada da pia, em frente à janela, dificulta ainda mais o preparo das refeições, em função da incidência do sol.	
Segurança	Facas e objetos de ponta ou cortantes, bem como o fogão, são elementos que comprometem a segurança dos usuários. Por isso, a entrada de pacientes na Copa/Cozinha é extremamente controlada. Quando não há presença de funcionários neste ambiente, a porta permanece trancada.	
Acessibilidade	Para garantir a segurança de todos, o acesso é restrito aos funcionários. A entrada de pacientes só é permitida com o acompanhamento de funcionários.	
Dimensão/Área	Possui 12,00 m ² de área e dimensões de 3,00x4,00 m. O espaço, aparentemente, é satisfatório para a realização das atividades.	
Equipamento/ Mobiliário	Uma geladeira, um fogão a gás (quatro bocas), uma bancada com pia, uma mesa de madeira (1,50x0,60 m), três cadeiras de madeira e um armário. O armário encontra-se em estado precário de conservação, suas portas e gavetas não fecham completamente.	
Localização na Planta e Fotos	<p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almojarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração    <p>Figura 53: Planta Baixa com destaque para a Copa/Cozinha</p> <p>Figura 54: Copa/Cozinha</p> <p>Figura 55: Porta da Copa/Cozinha</p>	

Quadro 14: Análise Espacial da Copa/Cozinha

Ambiente	Administração
Função/ Características	É o ambiente onde são realizadas as atividades de direção e gerência do CAPSi (Figuras 56 e 57). Não apresenta características marcantes.
Conforto Ambiental	Da mesma forma que a Copa/Cozinha, a Administração também recebe incidência direta do sol no período da tarde, comprometendo o conforto térmico no ambiente. Com o intuito de amenizar o calor, foi colocada uma cortina de TNT e papel alumínio nos vidros da janela (Figura 58). Apesar de ser um local onde são realizadas atividades que exigem concentração, a Diretoria prefere, sempre que possível, deixar as portas abertas para poder visualizar melhor tudo o que acontece na Recepção/Espera, Varanda e Pátio Interno.
Segurança	Não foram registradas situações de perigo neste ambiente. Objetos cortantes e pontiagudos são guardados em gavetas com trancas, para evitar acidentes.
Acessibilidade	O acesso neste local é livre para todos os usuários; porém, o computador é de uso exclusivo dos funcionários. A circulação entre as mesas de trabalho e armários é pequena e desconfortável. Observa-se que o espaço é inadequado às necessidades.
Dimensão	A Administração possui dimensões de 3,00x4,00 m, totalizando uma área de 12,00 m ² . O espaço útil, no entanto, é reduzido pela existência de duas portas.
Equipamento/ Mobiliário	Duas mesas com um computador cada, duas impressoras, um telefone, duas cadeiras, um armário, uma estante metálica, um bebedouro e um mural. Todos os móveis e equipamentos estão em bom estado de conservação.
Localização na Planta	<p>Legenda dos Ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Recepção/Espera 02- Lavabos 03- Acolhimento 04- Almojarifado 05- Arquivos 06- Repouso 07- Sala de Atividades 01 08- Consultório 09- Sala de Atividades 02 10- Varanda 11- Pátio Interno 12- Lavanderia 13- Banheiros 14- Cozinha 15- Administração    <p>Figura 56: Planta Baixa com destaque para a Administração</p> <p>Figura 57: Administração</p> <p>Figura 58: Janela com papel alumínio e cortina de TNT – alternativa contra a incidência direta do sol</p>

Quadro 15: Análise Espacial da Administração

A análise dos aspectos relacionados ao conforto ambiental pode ser considerada superficial, pois, neste estudo, não foram utilizados equipamentos de medição específicos. No entanto, a permanência e a observação do ambiente permitiram uma análise crítica real (mas sem dados quantitativos concretos), afirmada posteriormente pelos usuários, através da aplicação dos instrumentos de coleta de informações de fonte direta.

I. Observação Participativa

Este método foi aplicado com a finalidade de se obter informações de diversos conhecimentos, bem como esclarecer a relação entre os problemas individuais ou coletivos, funcionais e estruturais do Estudo de Caso, o CAPSi de Cuiabá. Segundo Santos et al. (2004), ao adotar este tipo de instrumento investigativo, o pesquisador, deve assumir a posição de “observador ouvinte”, consciente de que em hipótese alguma poderem ser impostas concepções e opiniões próprias. O ato de observar possibilitou o entendimento de fenômenos relacionados ao comportamento dos usuários entre si, e destes como o espaço construído. Assim que foi concedida a autorização da Escola Estadual de Saúde do Mato Grosso para a aplicação dos procedimentos metodológicos com os usuários do CAPSi, iniciaram-se as Observações Participativas. Para o registro das informações obtidas através deste instrumento foram desenvolvidos vários relatórios (um para cada visita). Nestes relatórios foram descritos reações de comportamento dos usuários nos ambientes, as atividades realizadas e a acessibilidade (restrita ou não) em cada ambiente, as condições físicas de uso ambiental (conforto ambiental, dimensões adequadas ou não, formas de apropriação).

Os primeiros contatos com as crianças, adolescentes e pais/responsáveis foram difíceis. A presença de uma pessoa estranha, no caso a pesquisadora, durante o desenvolvimento das atividades causou reações variadas em diversos grupos. Logo que começou ser aplicada a Observação Participativa aconteceram incidentes marcantes, tais como a mudança de comportamento de alguns pacientes (timidez, fala excessiva, agressões verbais contra os colegas), reações violentas contra a pesquisadora (uma única incidência), não participação da atividade e pedidos de não participação da pesquisadora no grupo. Mesmo com essas reações comportamentais foi dado prosseguimento à aplicação deste instrumento, porém, somente com os grupos onde a participação da pesquisadora foi aceita por todos os participantes. Com um mês e meio, aproximadamente, de frequência no CAPSi as reações de comportamento negativas em relação à pesquisadora foram desaparecendo, e assim, as relações dos usuários entre si e entre eles e a edificação ficaram mais fáceis de serem observadas. Foi possível freqüentar também as reuniões semanais dos funcionários. Nestas

reuniões, realizadas às quartas-feiras, no período vespertino, os funcionários discutem assuntos gerais da instituição, definem novas atividades, organizam a programação da próxima semana e por fim discutem o comportamento, evolução (ou não) e diagnósticos dos pacientes. Para não comprometer a privacidade e a eficácia do tratamento dos pacientes, não foi possível participar das atividades individuais, restritas aos funcionários e pacientes ou funcionários, pais/responsáveis e pacientes; como por exemplo, a triagem ou acolhimento, a consulta médica e as atividades terapêuticas individuais. Também não foi possível, por razões éticas, participar da última etapa das reuniões semanais dos funcionários.

A aplicação deste instrumento aconteceu de maneira mais intensa nos dois primeiros meses após a aprovação da pesquisa pela Escola Estadual de Saúde, para viabilizar a adaptação da pesquisadora na instituição e melhorar a sua aceitação por parte dos pacientes e pais/responsáveis. Durante este período, a frequência das visitas era de, no mínimo, três vezes por semana, em períodos alternados (matutino ou vespertino), e a permanência era de aproximadamente duas horas e meia. As Observações Participativas, até então, restringiam-se aos ambientes de convívio social, tais como recepção e cozinha. No terceiro mês de visitação, o limite da Observação Participativa foi estendido a todos os ambientes, desde que fossem não prejudicasse o desenvolvimento das atividades terapêuticas dos grupos de pacientes ou pais/responsáveis. No quarto mês, a aceitação da pesquisadora nos grupos das atividades e oficinas terapêuticas era total e todos pareciam não mais se incomodar com sua presença. A partir deste momento as informações fornecidas pelo instrumento em questão começaram a ser consideradas verdadeiras e relevantes.

É importante destacar o apoio oferecido por todo o corpo de funcionários, que se mostrou absolutamente disponível, antes mesmo de ser divulgada a aprovação pela Escola Estadual de Saúde. Este apoio facilitou bastante a aplicação deste e dos outros métodos e técnicas metodológicos utilizados nesta pesquisa.

II. Entrevista

A Entrevista foi selecionada para essa pesquisa por ser uma ferramenta amplamente utilizada em pesquisas para a obtenção de informações de fonte direta. A Entrevista Aberta foi inicialmente aplicada a pessoas-chave para a obtenção de informações e dados qualitativamente essenciais para o desenvolvimento deste estudo. Depois da aprovação pela Escola de Saúde, este procedimento passou a ser aplicado a todas as categorias de usuários. Porém, a questão da indisponibilidade de tempo tornou-se uma barreira para sua aplicação. Já nas primeiras tentativas, os entrevistados mostraram-se desconfortáveis em relação ao tempo de duração. A segunda alternativa passou a ser o

modelo estruturado, com questões fixas e direcionadas (sem evitar, é claro, possíveis interferências espontâneas do entrevistado, com o intuito de se ampliar o conteúdo da avaliação, aprofundar as informações específicas e reduzir o tempo de realização da entrevista). O modelo de Entrevista Estruturada (Apêndice 11.2), baseou-se na abordagem dos seguintes aspectos:

- Condições de conforto: sensação térmica, interferência de ruídos externos e internos, ventilação e iluminação natural e artificial;
- Aspectos construtivos: segurança, estética e tipologia adotada;
- Funcionalidade: setorização, distribuição dos ambientes, acessibilidade dentro e fora do CAPSi;
- Localização: implantação no terreno, situação em relação à cidade, disponibilidade de transporte coletivo público e caracterização do entorno;
- Programa de necessidades: ambientes mínimos necessários para um atendimento de qualidade;
- Dimensões mínimas dos ambientes;
- Mobiliário e equipamentos: aborda a quantidade e a qualidade destes;
- Percepção dos usuários em relação ao ambiente construído (identificação com o local, sensações, emoções, afetividade).

O objetivo era entrevistar os usuários (corpo de funcionários, clientes e pais/responsáveis), até que as respostas começassem a se repetir. Porém, em função das dificuldades encontradas pelos entrevistados, principalmente pacientes e pais/responsáveis, em expressar seus sentimentos, emoções e expectativas sobre o espaço construído, as informações obtidas não se apresentaram claras e satisfatórias o bastante. Ao todo foram realizadas quinze Entrevistas com o modelo Estruturado: cinco com funcionários, cinco com pais/responsáveis, três com crianças e duas com adolescentes. Sendo assim, as Entrevistas voltaram ao modelo Aberto e passaram a ser realizadas apenas com pessoas-chave. Para a obtenção de informações de fonte direta mais precisas foi introduzido então, na segunda etapa metodológica, o Jogo de Imagens e Palavras.

6.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA SEGUNDA ETAPA

Nesta segunda fase, iniciada após o Exame de Qualificação, deu-se continuidade a aplicação dos procedimentos utilizados (e descritos) na etapa anterior, com exceção das Entrevistas, que passaram a ser realizadas apenas com pessoas-chave quando surgiam dúvidas específicas. O

método de coleta de informações de fonte direta utilizado na segunda etapa passou a ser o Jogo de Imagens e Palavras.

I. Jogo de Imagens e Palavras

O Jogo de Imagens e Palavras, desenvolvido pelo arquiteto argelino Saddek Rehal (2002), pode ser definido como uma reflexão conceitual resultante de 'insights' entre os participantes, sobre suas experiências vividas e sobre o que é possível mudar/melhorar nos ambientes utilizados por eles. Sua aplicação utiliza imagens que cumprem o papel de auxiliar os participantes no momento em que devem expressar seus sentimentos e emoções, assim como discutir mais abertamente sobre o assunto em questão. Através deste método a comunicação verbal acontece mais fácil e contém mais significado, o que reduz as chances de haver equívocos e distorções na interpretação das falas dos participantes pelo pesquisador.

Uma pessoa pode conhecer um lugar tanto de modo íntimo como conceitual. Pode articular idéias, mas tem dificuldade de expressar o que conhece através dos sentidos do tato, paladar, olfato, audição, e até pela visão. As pessoas tendem a eliminar o que não podem expressar. (TUAN, 1983)

Em função dos obstáculos encontrados durante a aplicação das Entrevistas com pacientes e pais/responsáveis, optou-se pela substituição desta pelo Jogo de Imagens e Palavras, que foi desenvolvido especialmente para eliminar as barreiras que a linguagem pode oferecer, em função de diferenças, como as sócio-culturais, por exemplo. Este método permite que as pessoas expressem mais claramente seus sentimentos e emoções sobre aspectos subjetivos, presentes nos ambientes em que realizam suas atividades. Aspectos subjetivos, como felicidade ou violência, não existem de forma concreta, mas podem ser representados por imagens com pessoas sorrindo ou com cenas de brigas.

Segundo Rehal (2006), quando se relata alguma coisa a alguém e depois lhe é mostrada uma imagem representativa, tem-se um efeito. Quando se faz o inverso, primeiro se mostra a imagem representativa e depois se relata alguma coisa, o efeito é outro. No primeiro caso, a pessoa forma imagens baseadas apenas nas próprias experiências, e pode ter dificuldades em expressar seu pensamento. No segundo, a experiência visual prevalece e o observador pode então expressar suas idéias de forma mais objetiva e clara. De acordo com Tuan (1983), sentimentos e idéias confusas podem ser esclarecidas diante de imagens objetivas, mesmo, que estas representem aspectos subjetivos. Tuan diz ainda que "talvez as pessoas não apreendam completamente o significado de 'calma' a não ser que tenham visto a projeção de um templo grego contra o céu azul, ou de 'maciça energia vital' sem as fachadas barrocas, ou até de 'vastidão' sem um enorme edifício".

O Jogo de Imagens e Palavras funciona como uma espécie de Focus Group Interview¹ (Entrevista de Grupo Focal). Pois, em ambos os casos são reunidos pequenos grupos de pessoas com a finalidade de se avaliar conceitos e identificar percepções, sentimentos, expectativas e problemas sobre determinado assunto. A interatividade presente nos grupos gera respostas mais profundas e mais ricas em detalhes. Assim como na Entrevista de Grupo Focal, o Jogo de Imagens e Palavras tem uma duração aproximada de duas horas e é conduzida por um moderador, cuja função é administrar o grupo, caso haja desvios do assunto em discussão, sem, no entanto, interromper bruscamente a participação dos jogadores. O local escolhido para a aplicação deste instrumento também segue princípios semelhantes: as discussões devem ocorrer em ambientes tranquilos, sem elementos que possam causar interrupção na discussão (como telefone, por exemplo), e que possam abrigar confortavelmente todos os participantes, dispostos preferencialmente em círculo, para que haja contato visual entre todos.

No caso deste estudo, o Jogo de Imagens e Palavras apresenta uma vantagem sobre o Focus Group Interview, que é a utilização das imagens, cuja função é facilitar o diálogo e reduzir ao máximo os equívocos e as interpretações distorcidas entre os participantes e a pesquisadora. Sendo assim, este instrumento foi escolhido por gerar resultados mais eficientes e em menor período de tempo e ainda por fornecer informações mais claras e detalhadas. Além disso, foi considerado o mais adequado para se atingir o objetivo principal da pesquisa, que é a elaboração de recomendações de projeto para Centros de Atenção Psicossocial Infantil. Neste estudo, o Jogo de Imagens e Palavras foi aplicado não só para as crianças e adolescentes, mas também para os pais/responsáveis e funcionários, usuários dos CAPSi de Cuiabá, a fim de se encontrar respostas difíceis de serem obtidas através de perguntas diretas ou questionários, por exemplo.

O método baseou-se na montagem de painéis com figuras que auxiliaram os participantes a expressarem seus sentimentos e expectativas sobre os ambientes dos CAPSi. A forma de aplicação deste instrumento, neste estudo, dependeu do número e da disponibilidade dos participantes. Tanto para as crianças, quanto para os adolescentes, pais/responsáveis e funcionários, os painéis foram distribuídos em grupos ou foram desenvolvidos por um único grupo. Esta questão foi definida de acordo com a disponibilidade de tempo e o número de participantes. Foram desenvolvidos dois painéis por grupo: um representou os aspectos positivos do CAPSi, e o outro os aspectos negativos. Depois da montagem de cada painel foi promovida uma discussão

¹ Levy, Matos e Tomita (2004).

sobre o porquê de cada imagem escolhida. As cem imagens (ver Anexo 10.3) utilizadas nos jogos foram selecionadas com base nas informações e experiências obtidas na primeira etapa metodológica. As imagens disponibilizadas para os Jogos realizados no CAPSi representaram:

- Ambientes coloridos;
- Ambientes monocromáticos;
- Ambientes com mobília;
- Ambientes com pouca mobília;
- Ambientes hospitalares;
- Ambientes escolares;
- Ambientes relacionados à casa;
- Ambientes fechados;
- Ambientes abertos, com inter-relação interior e exterior;
- Ambientes com pouca iluminação;
- Ambientes bem iluminados;
- Parques e praças;
- Equipamentos lúdicos;
- Equipamentos para oficinas artesanais;
- Equipamentos eletrônicos;
- Objetos e equipamentos musicais;
- Horta, pomar e jardim;
- Quadra poliesportiva;
- Sala de dança;

Foram incluídas também imagens com cenas do cotidiano, sensações e sentimentos (como felicidade, tristeza, calor, frio, por exemplo).

As imagens foram disponibilizadas pela pesquisadora, assim como todo o material necessário para o desenvolvimento dos Painéis Positivos/Negativos. Cabe aos participantes associar as imagens aos espaços que utilizam, de forma positiva ou negativa, e justificar a escolha. Para facilitar o entendimento dos participantes foram feitas perguntas durante o desenvolvimento dos painéis, tais como:

- Quais imagens vocês associam de forma positiva aos ambientes do CAPSi (para o painel de aspectos positivos)?
- Quais imagens vocês associam de forma negativa aos ambientes do CAPSi (para o painel de aspectos negativos)?
- Vocês sentem falta de algum ambiente, espaço físico ou equipamento? Quais?
- Vocês gostariam que o CAPSi fosse parecido com uma casa, com uma escola, com uma clínica, (...)?
- O que vocês consideram perigoso na estrutura física, edifício, do CAPSi?

Na primeira e na segunda questão, foram citados os ambientes utilizados pela categoria de jogadores. Por exemplo, se os jogadores eram crianças, as perguntas eram diretamente ligadas aos ambientes utilizados por elas. A discussão sobre o resultado dos painéis serviu para justificar a escolha das imagens. O número de participantes para confecção dos painéis dependeu de seu grupo etário e da disponibilidade de sua participação. No entanto, este número abrangeu um mínimo de cinco e um máximo de nove participantes para permitir variação de opinião, interesse na discussão e ao mesmo tempo oportunidade para que todos pudessem participar. O processamento dos dados e informações adquiridas foi feito da seguinte forma: após a aplicação dos Jogos foram realizadas as transcrições das gravações (por meio de gravador de voz portátil) de cada grupo associando as diversas falas às diferentes imagens utilizadas na montagem dos painéis, assim como aos espaços da edificação em questão.

Através do cruzamento e análise dos dados obtidos por meio do levantamento do espaço físico, fotos em diferentes momentos da montagem dos painéis e explicações referentes, foi possível encontrar justificativas, anseios, expectativas e sensações de bem-estar ou mal-estar em relação aos espaços avaliados. É importante mencionar que a identidade dos participantes não foi, e em momento algum será revelada. Somente a pesquisadora tem acesso aos dados pessoais dos participantes, para controle de dados e futuros contatos. Para a sua identificação foram utilizados números (exemplo: “jogador 1”, “jogadora 2”, e assim por diante). Sendo assim, nas transcrições dos jogos foram mencionados apenas os números de identificação, a categoria (paciente, pais/responsáveis ou funcionário), o sexo, a idade e o tempo de tratamento ou prestação de serviço dos participantes.

Antes de começar o jogo, cada participante preencheu e assinou uma ficha de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 11.1.1 e 11.1.2). Esta ficha contém dados de esclarecimento da pesquisa e é uma das exigências da Escola Estadual de Saúde de Mato Grosso (órgão responsável pela aprovação de pesquisas realizadas em

instituições de assistência à saúde). Os participantes preencheram também uma segunda ficha (Apêndice 11.1.3), com seus dados pessoais e informações extras (como tempo de prestação de serviço ou período de tratamento, grau de escolaridade, entre outros). Estes documentos são de posse exclusiva da pesquisadora e servem como garantia de que os participantes estavam conscientes dos objetivos e procedimentos que se seguiram, e que sua participação foi de livre e espontânea vontade.

O quadro a seguir apresenta os dados quantitativos de cada Jogo e algumas informações sobre sua aplicação e sobre seus participantes. Ao todo, foram realizados sete Jogos, apresentados em ordem cronológica.

Jogo	Participantes				Data	Hora		Local
	Quant.	Sexo		Categoria		Início	Fim	
		Fem.	Masc.					
1º	06	06	00	Funcionários	02/08/06	16:25	18:05	Sala de Atividades 01
2º	07	05	02	Adolescentes Grupo 01	14/08/06	08:20	10:30	Sala de Atividades 02
3º	05	01	04	Crianças Grupo 01	17/08/06	09:15	10:30	Sala de Atividades 02
4º	06	02	04	Crianças Grupo 02	27/09/06	9:20	10:05	Sala de Atividades 02
5º	05	03	02	Adolescentes Grupo 02	29/09/06	14:25	15:15	Varanda
6º	07	06	01	Pais/ Responsável Grupo 01	09/11/06	15:05	16:40	Sala de Atividades 01
7º	09	08	01	Pais/ Responsável Grupo 02	29/11	08:30	10:00	Sala de Atividades 01

Quadro 16: Jogos de Imagens e Palavras (CAPSi Cuiabá)

Ao todo foram realizados onze Jogos de Imagens e Palavras. Porém, mesmo com a eficiência apresentada por este instrumento na obtenção de informações subjetivas sobre a relação dos usuários com o espaço físico, três Jogos realizados com crianças não puderam ser aproveitados. Em um destes quatro Jogos, os pequenos participantes falavam todos ao mesmo tempo e em função disso, a transcrição das falas ficou comprometida; e nos outros três casos, os Jogos não chegaram a ser concluídos. Em um destes Jogos, por exemplo, uma das participantes rasgou grande parte das imagens disponibilizadas, inviabilizando o desenvolvimento do Jogo. O Jogo de Imagens e Palavras chegou a ser realizado também no CAPSi de Florianópolis, mas apenas com dois grupos (um grupo de cinco funcionários e um

grupo de cinco crianças). Em função da falta de recursos, tornou-se inviável a conclusão deste segundo Estudo de Caso, e conseqüentemente a sua inclusão nesta pesquisa. Assim mesmo, foram observados resultados e justificativas semelhantes aos Painéis desenvolvidos pelos usuários do CAPSi de Cuiabá.

Através desta combinação de instrumentos metodológicos foi possível obter informações mais claras e objetivas dos usuários, para a elaboração das recomendações de projeto. Dessa forma, no capítulo a seguir, estão apresentados os resultados da investigação realizada no CAPSi de Cuiabá, e as recomendações de projeto para novos Centros de Atenção Psicossocial Infantil.

7. RESULTADOS E RECOMENDAÇÕES

A primeira parte deste capítulo, os Resultados, foi desenvolvida com base no cruzamento das informações obtidas através da aplicação dos métodos e técnicas de registro. A segunda, as Recomendações, indica algumas sugestões de projeto para futuros Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi).

7.1 RESULTADOS

Apresenta-se a seguir a análise resultante da aplicação dos métodos, complementada pela transcrição de comentários relevantes e demonstração das imagens (utilizadas no Jogo de Imagens e Palavras), mais selecionadas pelos usuários. A ordem de apresentação dos temas vai do mais detalhado (mobiliário, cores), até o mais geral e abrangente (espaços externos, segurança).

Segundo os participantes, a escala inapropriada dos móveis é um fator que tem prejudicado alguns usuários durante o desempenho das atividades terapêuticas. Para esclarecer melhor esta questão, apresentam-se dois exemplos: a sala onde geralmente são realizadas as atividades terapêuticas coletivas dispõe apenas de mesas e cadeiras de pequeno porte, ou seja, apenas as crianças são favorecidas na utilização destes móveis; por outro lado, nos banheiros a autonomia das crianças é que é prejudicada pela falta de equipamentos sanitários adequados à sua estatura. Os comentários abaixo reforçam os exemplos citados.

[...], um lavatório externo seria bom pra incentivar o auto-cuidado, a higiene pessoal, lavar a mão, escovar os dentes. E seria bom também que tivesse um mais baixo para as crianças. (Jogadora 01)

[...] essas mesas são muito desconfortáveis pra gente... meu joelho fica doendo, não dá pra esticá a perna... ai! (Jogadora 09 – referindo-se às mesas e cadeiras utilizadas na Sala de Atividades, como se pode verificar na Figura 59)



Figura 59: Mesa e cadeiras da Sala de Atividades do CAPSi de Cuiabá

O conforto do mobiliário foi também mencionado durante os Jogos de Imagens e Palavras de todas as categorias de usuários do CAPSi. As atividades terapêuticas desenvolvidas com os pacientes e as reuniões de apoio aos pais/responsáveis duram em média duas horas e meia. As reuniões semanais dos funcionários são ainda mais longas, duram de quatro a cinco horas. Em função destes longos períodos de tempo em que os usuários geralmente permanecem sentados, foram apontadas várias reclamações em relação às cadeiras e mesas disponibilizadas pela instituição.

[...] tem que ter cadeiras confortáveis, como essas aqui da figura (Figura 60 - Imagem 27 do Anexo 10.3), porque ficar duas horas sentada numa cadeira dura, desconfortável... ninguém merece! (Jogadora 05)



Figura 60: Cadeiras confortáveis para reuniões e atividades terapêuticas
(Imagem 27 do Anexo 10.3)

Outra associação feita ao mobiliário foi quanto à disposição do Layout. Os participantes colocaram-se a favor da disposição das cadeiras, durante o desenvolvimento das atividades e oficinas terapêuticas, em círculo (também observado na Figura 60). A justificativa para esta disposição foi a promoção do contato visual e facilitação da comunicação verbal entre os usuários.

Essa sala aqui (Figura 60 - Imagem 27 do Anexo 10.3) seria boa pra trabalhá com os pais, né! A disposição das cadeiras em círculo, o quadro pra desenvolvê as dinâmicas... (Jogadora 01)

É, em círculo todo mundo se vê! (Jogadora 12 – relacionando-se também à Figura 60 - Imagem 27 do Anexo 10.3)

Todas as categorias de participantes colocaram-se a favor de ambientes mais descontraídos e atrativos no CAPSi. Como foi observado no Capítulo 5, todas as paredes, tanto as internas quanto as externas, possuem a mesma cor (azul claro). De acordo com os usuários, os ambientes são monótonos e frios. Por isso, todos sugeriram, como melhoria do espaço físico, a pintura de algumas paredes coloridas e pinturas de paisagens ou temas infantis nos ambientes destinados às crianças. Foi sugerido também que os móveis destinados às crianças fossem coloridos. Os próprios pais se ofereceram para pintá-las durante as oficinas. As Figuras 61, 62 e 63 foram as mais selecionadas pelos participantes para representar este aspecto durante os Jogos de Imagens e Palavras realizados.



Figura 61: Ambiente colorido
(Imagem 16 do Anexo 10.3)



Figura 62: Ambiente colorido
(Imagem 32 do Anexo 10.3)



Figura 63: Móvel colorido
(Imagem 69 do Anexo 10.3)

Os participantes acreditam que através das cores os ambientes tornar-se-iam mais alegres e atrativos para o desempenho das atividades terapêuticas. Alguns disseram que ficam desmotivados ao participar das atividades porque é difícil e cansativo permanecer muito tempo em um ambiente monótono, como aqueles por eles utilizados. Por outro lado, os funcionários levantaram a questão da escolha das cores para determinados ambientes. Segundo eles as cores podem favorecer o desempenho das atividades sim, mas deve-se ter cuidado com as cores muito vibrantes e com os temas abordados, pois o CAPSi acolhe pacientes com vários tipos de psicopatologias. Enquanto alguns pacientes precisam ser estimulados, outros precisam relaxar. Os comentários abaixo ajudam a esclarecer esta questão.

[...] eu acho que devia tê umas salas coloridas. Porque acordá cedo, numa segunda-feira ainda... vê uma sala coloridinha... até anima, né! (Jogadora 09)

É colorido! Eu gosto porque é muito animado! (Jogador 17 – referindo-se à Figura 61 - Imagem 16 do Anexo 10.3)

[...] Olha aqui na figura... é bem agradável, amplo, a cadeira tem encosto gostoso... eu tenho problema de coluna, sabe? (risos) E acima de tudo o ambiente é bem colorido, esses painéis atrás... deixa o ambiente mais vivo, mais agradável pra nossa convivência aqui. (Jogadora 32 – referindo-se à Figura 64 – Imagem 31 do Anexo 10.3, abaixo)



Figura 64: Assentos confortáveis em ambiente colorido
(Imagem 31 do Anexo 10.3)

A Figura 65 foi, a princípio, selecionada para compor o Painel de Aspectos Positivos do grupo de funcionários, durante o Jogo de Imagens e Palavras. Porém, ao longo da discussão o grupo revelou-se contra os desenhos ilustrados na parede do ambiente representado na figura. Também foram vetados, pelos funcionários, os temas religiosos e as cores vibrantes.

[...] tem cores, a gente sabe, que excitam... e nessa figura por exemplo, um psicótico pode de repente pensar que essas carinhas estão olhando pra ele, e pode piorar o estado do surto! (Jogadora 01 – relacionando-se à Figura 65 - Imagem 21 do Anexo 10.3)



Figura 65: Parede com tema infantil
(Imagem 21 do Anexo 10.3)

Ficou clara a necessidade de ambientes externos para o desenvolvimento de atividades terapêuticas como cultivo de hortaliças, prática de esportes e brincadeiras. Durante a aplicação dos instrumentos metodológicos notou-se vontade que os usuários têm de realizar atividades em espaços abertos. No Jogo de Imagens e Palavras esta necessidade foi comprovada pelas justificativas dadas às Figuras 66, 67, 68 e 69, que foram escolhidas para compor os Painéis Positivos de todas as categorias de participantes.



Figura 66: Espaço aberto para recreações
(Imagem 19 do Anexo 10.3)



Figura 67: Espaço aberto para recreações
(Imagem 52 do Anexo 10.3)



Figura 68: Cultivo de hortaliças
(Imagem 53 do Anexo 10.3)



Figura 69: Parquinho ao ar livre
(Imagem 79 do Anexo 10.3)

Dá de desenvolvê muita dinâmica num playground. (Jogadora 02)

Até pra gente saí um pouco com eles (os pacientes) também... a gente fica muito dentro das salas. (Jogadora 04)

Eu gosto de brincar no parquinho! É muito divertido! [...] (Jogador 14)

[...] seria interessante que as próprias crianças aqui do CAPSi pudessem ter um espaço pra plantar. E depois elas pudessem colher e comer o que produziram. Acho que ia ajudar no desenvolvimento psicológico delas. (Jogadora 34)

Há também a demanda por um ambiente externo e adequado, destinado ao desenvolvimento de atividades esportivas. Tanto os pacientes, quanto os pais/responsáveis e funcionários declararam que seria interessante que o CAPSi contasse com um espaço coberto e cercado, onde pudessem ser realizadas as oficinas de futebol e outros esportes, e atividades de expressão corporal, que atualmente existem apenas no Projeto Terapêutico da instituição, devido à falta de espaço apropriado. A Figura 70 foi selecionada pela maioria dos grupos para demonstrar esta demanda.



Figura 70: Quadra poliesportiva
(Imagem 36 do Anexo 10.3)

As opiniões sobre a imagem do CAPSi se dividiram. Alguns grupos associaram-no a uma casa, outros a uma clínica, e houve ainda os que o associaram a uma escola. Entretanto, nos Jogos de Imagens e Palavras de todas as categorias foram selecionadas imagens com ambientes existentes em residências. As justificativas para a escolha destas imagens, comprovaram a preferência dos participantes por ambientes aconchegantes e acolhedores, semelhantes aos encontrados nas casas. As fachadas mais utilizadas para representar a imagem do CAPSi foram as representadas nas Figuras 71, 72 e 73.



Figura 71: Fachada Institucional
(Imagem 45 do Anexo 10.3)



Figura 72: Fachada Residencial
(Imagem 46 do Anexo 10.3)



Figura 73: Fachada com elementos marcantes
(Imagem 49 do Anexo 10.3)

[...] o paciente não pode se sentir intimidado. A casa transmite uma sensação de acolhimento. (Jogadora 01 – referindo-se à Figura 72 – Imagem 46 do Anexo 10.3)

Uma instituição hospitalar já inibe o paciente só dele entrar. Reforça a idéia da condição de doente, sabe? (Jogadora 03)

É a fachada do CAPSi! (Jogadora 08 – referindo-se a Figura 71 – Imagem 45 do Anexo 10.3)

[...] acho que o ambiente físico fora... o ambiente externo deveria ser mais agradável. Porque aqui vai ser tratada a mente, a mente doente... você vê de longe uma casinha toda assim... você já fica meio intimidada. Então eu acho que o CAPSi deveria ser bem chamativo, alegre, com mais informações. (Jogadora 32 – relacionando-se à fachada do CAPSi; como bom exemplo, selecionou a Figura 73 – Imagem 49 do Anexo 10.3)

Eu também acho. A primeira vez que eu vim, eu tava procurando uma coisa assim que chamasse a atenção... eu não tava achando o lugar, porque na minha mente o CAPSi era um lugar que chamasse a atenção. (Jogadora 33)

Entre as cem imagens disponibilizadas havia dois tipos de cozinha: uma comum (Figura 74) e outra industrial (Figura 75). A cozinha industrial foi escolhida apenas uma vez. Em todos os outros painéis a cozinha comum foi selecionada para representar a cozinha do CAPSi.



Figura 74: Cozinha comum
(Imagem 41 do Anexo 10.3)



Figura 75: Cozinha industrial
(Imagem 42 do Anexo 10.3)

Ah! É bem de casa, né! (Jogadora 01 – referindo-se à Figura 74 - Imagem 41 do Anexo 10.3)

Tem armários pra organizar melhor as coisas. E até pra tê mais segurança também. (Jogadora 05)

[...] parece a cozinha de uma casa, assim... de família!

A recepção também foi muito relacionada a sala de estar de uma residência. Havia, entre as imagens disponibilizadas para os Jogos, a imagem de uma recepção com móveis e disposição de layout característicos de salas de espera de instituições hospitalares (Figura 76). Porém, quando mencionada a recepção, as imagens mais frequentes foram as Figuras 77 e 78.



Figura 76: Recepção
(Imagem 85 do Anexo 10.3)



Figura 77: Sala de Estar Residencial
(Imagem 91 do Anexo 10.3)



Figura 78: Sala de Tv/Estar Residencial
(Imagem 92 do Anexo 10.3)

Parece o CAPSi... tem sofá lá na frente (Recepção), pra gente sentá quando chega aqui. Só que esse sofá aqui é melhor... mais macio! Dá vontade até de sentá nele. (Jogadora 16 – referindo-se à Figura 78 – Imagem 92 do Anexo 10.3)

A falta de flexibilidade espacial foi um problema levantado principalmente pela categoria de funcionários. Durante os Jogos de Imagens e Palavras, as participantes revelaram a

necessidade de se ter ambientes mais flexíveis, onde possam ser realizados vários tipos de atividades. Uma das participantes colocou como exemplo a Figura 79, justificando que:

Essa sala aqui é um sonho nosso... precisamos de um espaço assim! Descontraído, com almofadas... e que tenha essa flexibilidade, né! Uma sala assim dá pra fazê muita coisa diferente... é só tirá as almofadas e colocá cadeiras, por exemplo! Dá pra fazê muita coisa aí! (Jogadora 01)



Figura 79: Sala com almofadas
(Imagem 64 do Anexo 10.3)

O Programa de Necessidades pode ser associado à falta de flexibilidade ambiental, pois, nos momentos em que foi caracterizado o espaço físico do CAPSi, foram também descritos os ambientes que proporcionariam melhores condições ao tratamento terapêutico. Um atelier, uma quadra poliesportiva coberta, um playground e uma lavanderia fechada foram os mais requisitados pelos participantes. O atelier seria destinado principalmente às oficinas artesanais e atenderia não só os pacientes, mas também os pais/responsáveis. Segundo os funcionários, não são realizadas atividades com barro, por exemplo, por que não há local apropriado. Além de uma pia ou tanque, o atelier deveria ter equipamentos de carpintaria, máquinas de costura, teares, entre outros, para ampliar a variedade de atividades terapêuticas. Com a implantação de um atelier, o CAPSi poderia implantar efetivamente as atividades de apoio aos pais/responsáveis desempregados, onde os produtos feitos por eles poderiam se transformar em fonte de renda. A quadra poliesportiva e o playground estiveram presentes na maioria dos Painéis Positivos, as justificativas já foram mencionadas. O CAPSi Cuiabá apresenta, segundo os funcionários, uma lavanderia inadequada. O ideal, segundo a categoria, seria que a lavanderia fosse um ambiente fechado e com acesso restrito aos funcionários. Para aumentar a segurança, este ambiente deveria ter armários com travas. Seria necessário também a instalação de uma máquina de lavar.

Além dos produtos de limpeza, o varal mesmo pode se transformá numa arma. (Jogadora 02)
Deveria tê armário com chave e uma máquina de lavar também. Nós aqui acabamos dividindo as roupas sujas pra lavá em casa. (Jogadora 05)

Um dos primeiros aspectos negativos observados durante o desenvolvimento do Estudo de Caso foi a aridez do entorno onde está localizado o CAPSi. A edificação não possui delimitação de calçadas de acesso, estacionamento ou paisagismo. A única marcação existente é a da

fossa séptica, que foi delimitada com pequenas e aparentes estacas de concreto, para que não fossem estacionados automóveis muito próximos a ela. Os participantes dos Jogos de Imagens e Palavras de todas as categorias também apontaram para este problema. A escolha de determinadas imagens demonstrou o desejo dos usuários por um entorno mais adequado, que além de facilitar o acesso de pedestres e automóveis, fosse mais agradável e que pudesse ser utilizado também para o desenvolvimento de atividades terapêuticas, como por exemplo o cultivo de jardins, brincadeiras ao ar livre, oficinas de leitura. Já a Figura 80 foi selecionada pelos participantes para representar o que seria um entorno ideal.



Figura 80: Entorno delimitado e arborizado
(Imagem 09 do Anexo 10.3)

Em uma cidade cujo clima apresenta, na maior parte do ano, temperaturas altas, a arborização torna-se um fator de fundamental importância para o conforto ambiental. A escolha da Figura acima, foi amplamente relacionada a este fator pelos participantes.

E essa figura aqui... também é legal. Nosso espaço aqui fora tá muito árido. (Jogadora 05, referindo-se à Figura 80 – Imagem 09 do Anexo 10.3)

[...] umas árvores iam bem por aqui. (Jogadora 04)

Especialmente aqui na frente... acho que ia proteger mais as paredes do sol! (Jogadora 03)

[...] é legal ficá numa praça assim, na sombra... gostoso, descansando. (Jogador 14)

Eu escolhi aquela imagem ali (aponta para a Figura 80 - Imagem 09 do Anexo 10.3) porque eu acho que tem que tê aqui um espaço de lazer assim, arborizado, com bastante verde mesmo, pras crianças poderem brincá, ou até ficá esperando a consulta ou atividade começá. (Jogadora 29)

Durante o desenvolvimento da pesquisa de campo, observou-se a dificuldade que muitos dos pacientes e pais/responsáveis têm em encontrar o CAPSi na primeira vez em procuram o serviço, em função da falta de comunicação visual. Na inauguração da nova sede (objeto de estudo), havia uma grande placa que identificava o tipo de serviço oferecido pela instituição, assim como o valor da obra e outras informações pertinentes. Porém, passados dois meses, a placa foi retirada. Até o presente momento, não existe nenhuma placa de informação sobre a localização do CAPSi na cidade. A única forma de identificá-lo é através de um letreiro metálico

situado sobre a porta principal (Figura 81). No entanto, este letreiro não tem se mostrado muito eficiente, pois muitos pacientes e pais/responsáveis não conseguem identificar o que está escrito ou passam despercebidos e acabam voltando para casa sem atendimento. A distância do passeio público até a edificação (aproximadamente 50 metros) e a cor azul clara da parede tornam-se agravantes para a visualização do letreiro. A Figura 82 mostra as condições precárias de acesso do passeio público até a edificação. Especialmente nas estações de chuva, o acesso até o CAPSi torna-se desconfortável, devido às poças de lama.



Figura 81: Letreiro de identificação



Figura 82: Poças de lama no portão de acesso para veículos

No desenvolvimento da pesquisa de campo foram observadas também algumas situações de fuga de pacientes em surto do CAPSi para o Parque da Saúde Zé Boloflô, onde está implantada a instituição. A presença de um vigia na porta de entrada diminui, mas não elimina as tentativas de fuga. Este fato coloca em questão a segurança dos pacientes. Até o presente momento, todas as crianças e adolescentes que tentaram fugir foram resgatados. No entanto, os funcionários convivem com a tensão de cada tentativa de fuga.

Outro dia mesmo eu vi uma menina fugindo daqui do CAPSi! Só dava os funcionários correndo atrás dela pelo parque. Seria bom se tivesse um portão na frente também. (Jogador 35)

Os materiais de acabamento estão também ligados à segurança dos usuários, pois, qualquer pedaço de cerâmica ou vidro pode se transformar em arma para pacientes em surto. Pedras soltas e escadas também foram apontadas como fonte de perigo para os usuários do CAPSi. Segundo as participantes do Jogo de Imagens e Palavras, no quintal da antiga sede (uma residência alugada) não havia plantas, mas pedras soltas. Elas afirmaram que nunca ocorreu nenhum incidente grave, mas o ideal seria evitar a presença de qualquer material que fique solto ou que possa quebrar facilmente.

A criança pega uma pedra e... pode jogá em alguém ou mesmo tentá engoli a pedra! (Jogadora 01)

[...] aqui quanto menos vidro, melhor! (Jogadora 03)

Foram disponibilizadas para os Jogos de Imagens e Palavras, imagens de eletrodomésticos, como televisor, aparelho de som, computador e máquina de costura, com a finalidade de se identificar as necessidades dos usuários em relação aos equipamentos que poderiam melhorar a qualidade do atendimento no CAPSi. A categoria de crianças e adolescentes selecionou, na maioria dos casos, para compor os Painéis Positivos as imagens de uma televisão (Figura 83), de um computador (Figura 84) e de um aparelho de som (Figura 85). Segundo a categoria, o televisor e o aparelho de som são freqüentemente utilizados nas atividades terapêuticas, mas o computador não.



Figura 83: Televisão
(Imagem 81 do Anexo 10.3)



Figura 84: Computador
(Imagem 82 do Anexo 10.3)



Figura 85: Aparelho de som
(Imagem 83 do Anexo 10.3)

Os pais/responsáveis e os funcionários dispensam o uso do computador para as atividades, alegando que o objetivo do CAPSi é integrar os pacientes e fazer com que eles desenvolvam atividades diferentes do que as realizadas em casa ou na escola.

Todas as três categorias, mesmo sem haver uma imagem que o representasse, apontaram o ar condicionado como equipamento necessário para o bom desempenho de qualquer tipo de atividade.

Dessa forma, a análise do objeto de estudo, estruturada em uma combinação adequada de métodos, confirmou a observação de Costeira (2004), mencionada na página 12, de que a concepção de muitos dos projetos de edifícios destinados à saúde no Brasil ainda seguem parâmetros ultrapassados e não atendem às necessidades ambientais dos usuários. Pois, foram notados os seguintes pontos: espaços e mobiliários inadequados à realização plena das

atividades terapêuticas, ambientes frios – sem atrativos, e mau aproveitamento do espaço externo (que, além de oferecer maior comodidade e segurança aos usuários, poderia também ser utilizado para o desenvolvimento de atividades). Observou-se ainda que os problemas enfrentados pelo CAPSi de Cuiabá são encontrados comumente em grande parte das instituições públicas brasileiras. Talvez os problemas descritos neste capítulo sejam agravados pelo fato deste modelo assistencial ainda não estar totalmente definido. São poucos e restritos os documentos que regulamentam este tipo de assistência, o que dificulta o planejamento adequado dos ambientes.

7.2 RECOMENDAÇÕES

Na busca por uma assistência mais humanizada, procurou-se elaborar recomendações de projeto que pudessem proporcionar melhorias nos ambientes destinados à reabilitação de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. A opinião dos usuários da instituição estudada tornou-se uma ferramenta importante para a identificação dos aspectos positivos e negativos presentes no espaço físico do CAPSi. Além disso, a elaboração das recomendações de projeto foi baseada nas indicações do que seria um espaço ideal para a prática de cada uma das atividades realizadas pelos usuários na instituição. É importante ressaltar que a identificação de todos estes aspectos só foi possível através da aplicação da metodologia adequada.

As recomendações descritas a seguir são uma síntese dos aspectos arquitetônicos que possivelmente podem proporcionar o bem-estar físico e psicológico dos usuários do CAPSi, e conseqüentemente melhorar desempenho das atividades terapêuticas e um período mais curto de tratamento. Esta síntese foi desenvolvida a partir da reflexão e interligação entre os resultados obtidos no Estudo de Caso, principalmente através da utilização dos métodos Análise Espacial e Jogo de Imagens e Palavras e dos estudos teóricos inicialmente desenvolvidos.

Espera-se que através da formulação destas recomendações se possa então contribuir para a construção de estratégias de projeto mais adequadas a instituições de assistência psicossocial infanto-juvenil.

a) MOBILIÁRIO: ESCALA APROPRIADA, CONFORTO E DISTRIBUIÇÃO NO LAYOUT

Ao longo da pesquisa, o mobiliário foi colocado como fator de alto potencial nas perspectivas dos usuários. O CAPSi assiste não só crianças e adolescentes, mas também seus pais ou responsáveis. Logo, pessoas com diferentes tipos de habilidades freqüentam o Centro, e em determinadas situações, os mesmos ambientes. Por isso, é de fundamental importância que o mobiliário atenda às necessidades físicas de cada um dos grupos mencionados. A escala apropriada e o conforto dos móveis proporcionam aos usuários

maior autonomia e melhor desempenho das atividades terapêuticas; já a sua distribuição no Layout pode promover um dos maiores objetivos do CAPSi, que é o convívio social entre os usuários.

b) AS CORES NOS AMBIENTES

Muitos pacientes apresentam, especialmente no início, resistência ao tratamento oferecido pelo CAPSi. Os motivos dessa resistência são os mais variados, medo do envolvimento com outras pessoas, não reconhecimento da doença, falta de estímulo, entre outros. A falta de estímulo foi relacionada também à monotonia cromática da edificação. A pesquisa de campo apontou uma interessante proposta, vinda dos próprios usuários, de tornar alguns ambientes mais atrativos através da utilização das cores em paredes ou no mobiliário. Porém, em função dos diversos tipos de psicopatologias apresentados pelos pacientes, é importante que, no processo de escolha das cores, atente-se para a função específica de cada ambiente. Pois, há ambientes destinados ao relaxamento e outros ao estímulo dos pacientes.

c) AMBIENTES PARA ATIVIDADES EXTERNAS

Os Jogos de Imagens e Palavras mostraram o entusiasmo dos participantes de todas as categorias em relação à implantação da prática efetiva de atividades externas. São raras as atividades, destinadas aos pacientes, que são realizadas fora do CAPSi, devido à falta de espaços adequados; a maioria é desenvolvida na Sala de Atividades ou no Pátio Interno. O Pátio Interno porém, não apresenta condições apropriadas para a prática de esportes ou dança, que foram as atividades mais requisitadas pelos pacientes. O ideal seria que o CAPSi apresentasse em seu programa de necessidades ao menos uma quadra poliesportiva e um playground para favorecer a expressão corporal e a integração dos pacientes.

d) A CASA COMO REFERÊNCIA

Observou-se a forte associação dos ambientes com as referências da casa. Entre as imagens escolhidas para representar as expectativas dos usuários sobre os ambientes do CAPSi, as relacionadas à casa prevaleceram sobre as relacionadas às instituições hospitalares. Isto significa que a ambiência do CAPSi idealizada pelos usuários, distancia-se ao máximo da ambiência de clínicas e hospitais. A principal justificativa é que a casa está associada a um lugar de acolhimento, de abrigo e proteção; ou seja, um dos objetivos do CAPSi é que o paciente, em especial, não se sinta intimidado. Sendo assim, os ambientes, principalmente os de primeiro contato dos pacientes (Recepção, Triagem/Acolhimento), devem proporcionar a eles uma sensação de acolhimento e de alívio do sofrimento mental.

e) A PREFERÊNCIA POR EDIFICAÇÕES TÉRREAS

A edificação térrea mostrou-se mais segura para o atendimento de portadores de transtornos mentais, por não apresentar escadas. Além disso, é também mais econômica. Na maioria dos casos, as imagens de escadas foram selecionadas para compor os Painéis Negativos nos Jogos de Imagens e Palavras. Considerando-se que os CAPSi são instituições públicas e que geralmente têm seus serviços implantados em residências alugadas, reforça-se a importância de se ter uma preocupação com a segurança e a acessibilidade dos usuários.

f) FLEXIBILIDADE ESPACIAL

O planejamento dos ambientes deve prever a flexibilidade espacial, pois nestes ambientes são desenvolvidos diversos tipos de atividades terapêuticas, coletivas ou individuais. Portanto, é necessário que o espaço físico esteja preparado para atender cada uma das atividades propostas pelo CAPSi. É interessante também prever dimensões que facilitem a disposição dos grupos em círculo, pois esta disposição é muito utilizada nas atividades que visam a integração dos participantes entre si. Ou seja, salas muito estreitas não são recomendadas, pois dificultam esta disposição.

g) VALORIZAÇÃO DO ENTORNO

A valorização do entorno abrange não só o tratamento paisagístico, mas também a organização e delimitação do espaço externo. A definição dos acessos para pedestres e veículos, a demarcação das vagas de estacionamento e o tratamento paisagístico, foram apontados como as principais melhorias para o espaço externo. Estas melhorias, além de facilitar a acessibilidade dos pedestres, em especial, ampliariam também a variedade de atividades terapêuticas ao ar livre, como por exemplo o cultivo de jardins e hortaliças. O contato com o espaço externo, desde que bem planejado, é indicado como um fator importante na promoção do sentimento de bem-estar dos usuários do CAPSi.

h) RESISTÊNCIA DOS MATERIAIS

Esta recomendação está diretamente ligada à segurança dos usuários. É de fundamental importância que os materiais especificados para todos os ambientes sejam resistentes a impactos, pois pedaços de materiais cortantes, por exemplo, podem se transformar em armas de grande potencial nas mãos de pacientes em surto. Devem ser evitados pisos muito lisos/escorregadios e materiais de fácil combustão, como piso de madeira, por exemplo. Além da resistência, a escolha dos materiais de construção e acabamento, deve também considerar a manutenção, a reposição e a limpeza como importantes fatores de definição; uma vez que os CAPS, por serem instituições públicas, geralmente enfrentam problemas financeiros.

8. CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como primeiro objetivo identificar as alterações no espaço físico dos Hospitais Psiquiátricos oriundos da reformulação do seu modelo assistencial. Neste momento o tema ainda não estava delimitado. Durante os primeiros estudos descobriu-se que estes estabelecimentos de assistência à saúde estão gradualmente sendo substituídos pelos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS. A partir disso, deu-se início à delimitação do tema. O foco passou então a ser o Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cuiabá.

Depois de delimitar o tema, o objetivo passou a ser a identificação de aspectos bons e ruins da edificação utilizada para o desenvolvimento das atividades terapêuticas propostas para a reabilitação de crianças e adolescentes com distúrbios mentais. Para se alcançar este objetivo, foram utilizados vários métodos e técnicas de registro.

Na primeira etapa de desenvolvimento, principalmente, foram encontradas dificuldades no decorrer da pesquisa, relacionadas à obtenção de informações específicas sobre o tema (relativamente novo e pouco explorado no campo da Arquitetura). Além disso, revelou-se especialmente difícil a obtenção de informações de fonte direta. Identificar aspectos abstratos sobre sensações positivas e negativas no uso de uma edificação não é tarefa fácil nem para profissionais da área, quanto menos para portadores de transtornos mentais severos.

As Entrevistas Estruturadas realizadas com funcionários, pais/responsáveis e pacientes não forneceram as informações necessárias e apontaram o desconforto de grande parcela dos entrevistados ao tentar expor suas opiniões. Acredita-se que estas dificuldades foram agravadas pelo desconhecimento dos entrevistados do que seria um espaço ideal para a realização das atividades terapêuticas, por exemplo. Os usuários tinham apenas duas referências: a antiga sede (uma residência antiga, adaptada para o uso), e a nova sede (uma edificação nova, projetada para ser CAPSi). Assim sendo, tudo o que era bom era relacionado à nova sede, e o que era ruim era associado à antiga sede. Também o tempo de duração das Entrevistas tornou-se uma barreira difícil de ser ultrapassada, pois na tentativa de se obter o melhor desempenho do entrevistado, este instrumento foi aplicado individualmente. Para isso foi necessário que os entrevistados deixassem de participar das atividades terapêuticas ou permanecessem após o término delas. As duas situações mostraram-se desfavoráveis. A complexidade do problema projetava-se então para além da escassez de fontes teóricas.

A partir do momento em que as informações obtidas através das Entrevistas Estruturadas mostraram-se confusas e insatisfatórias, o foco da pesquisa passou a ser a procura por um método que superasse as dificuldades dos usuários em expressar seus sentimentos e expectativas sobre os ambientes utilizados por eles. O instrumento desenvolvido a partir do método das imagens do arquiteto argelino Saddek Rehal (2002), foi o Jogo de Imagens e

Palavras, o qual apresentou-se como uma alternativa apropriada para a obtenção de informações de fonte direta mais seguras e claras.

Durante a realização dos Jogos, quando disponibilizadas as imagens para a sua realização, os participantes imediatamente iniciavam a seleção para a composição dos painéis, mostrando um interesse considerável em participar e expor suas opiniões. Houve troca de idéias e uma integração surpreendente entre os participantes de todas as três categorias (pacientes, pais/responsáveis e funcionários). É claro que, em função das condições psicológicas de alguns pacientes, houve Jogos que não puderam ser concluídos ou não forneceram informações satisfatórias. Mesmo assim, foram realizados Jogos suficientes para poder identificar idéias comuns e/ou a existência de um consenso entre os grupos, sobre os aspectos ideais ou inadequados dos ambientes do CAPSi.

Dessa forma, a combinação das informações de fonte direta da segunda etapa aliada aos estudos teóricos, levantamentos (fotográfico e do espaço físico), informações obtidas através de entrevistas com pessoas-chave, análise espacial e observação participativa, realizados na primeira etapa da pesquisa (e quando necessário na segunda etapa também), permitiu não só a compreensão do problema, mas também a elaboração de parâmetros espaciais para a melhoria das condições de realização das atividades do CAPSi.

Ao realizar uma reflexão final sobre a pesquisa como um todo, cabe destacar três aspectos centrais em relação aos principais resultados obtidos:

- A combinação de métodos e técnicas de registro foi muito importante para se superar as dificuldades encontradas. Esta combinação foi estruturada na complementação de informações de fontes teóricas e diretas e viabilizou a identificação dos aspectos bons e ruins da edificação estudada, bem como as relações dos usuários com o ambiente construído.
- A participação dos usuários de estabelecimentos assistenciais à saúde no processo de concepção de projeto de novas edificações, ou reforma de edificações existentes, tem se mostrado uma ferramenta importante para se obter bons resultados de bem-estar. Este bem-estar físico e psicológico dos pacientes tem como principal efeito a recuperação mais rápida e eficaz no tratamento das patologias. Por isso, cada vez mais se tem valorizado a visão/opinião dos usuários sobre os espaços físicos utilizados por eles, a fim de se encontrar os aspectos arquitetônicos que podem promover este bem-estar físico e psicológico, e conseqüentemente, uma reabilitação eficiente. Também nesta pesquisa foi valorizada a visão/opinião dos usuários para a identificação de aspectos bons e ruins da edificação estudada. Aspectos, como a preferência por ambiência relacionada à casa por exemplo, só poderiam ter sido identificados através da manifestação direta dos anseios e expectativas dos usuários sobre os ambientes disponibilizados para a realização das atividades terapêuticas.

- A maioria das recomendações de projeto sugeridas nesta investigação está diretamente ligada à Política de Humanização e aos princípios do Desenho Universal (Bins Ely; Dischinger, 2001). Acredita-se que se combinados os princípios do Desenho Universal à Humanização, e como complemento forem utilizadas as recomendações sugeridas nesta pesquisa, o processo de planejamento de novos CAPSi ou mesmo a adaptação de edificações existentes, será menos complexa e mais adequada ao uso e às necessidades espaciais de todos os usuários (crianças, adolescentes, adultos e idosos).

Apesar de cumprido o objetivo central desta pesquisa, que foi a compreensão de como a Arquitetura (ou melhor, a falta dela), pode interferir no tratamento de crianças e adolescentes com distúrbios mentais, é importante destacar a necessidade de se aprofundar os estudos nesta área tão complexa. Pois, segundo Fontes (2004b), no que se refere à saúde mental, “os caminhos ainda estão sendo revelados e, até mesmo, construídos, empiricamente, no dia-a-dia.”

Finalmente, espera-se que este estudo, além de contribuir para o planejamento concreto de novos CAPSi, seja também um estímulo ao desenvolvimento de novas investigações arquitetônicas relacionadas à saúde mental, e que a combinação de métodos nele desenvolvido possa colaborar para a compreensão do problema sob diferentes óticas e para a obtenção de novas informações.

9. REFERÊNCIAS

ACENDINO, Anderson. **Primeiro Centro de Atenção Psicossocial Infantil de MT inaugura sede própria**. Informe SES, 30/06/2005. Acesso em: 21/07/2005. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/site/informe/arq_texto-informe.php?pk_noticia=767

ALENCAR, Paulo Sérgio da Silva. Aos loucos, o hospício. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação Geral de Documentação e Informação, Centro Cultural da Saúde – Editora MS, Série J. Brasília, 2003.

ÁLVARES, Julia Pagliosa. Philippe Pinel (1745-1826). In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação Geral de Documentação e Informação, Centro Cultural da Saúde – Editora MS, Série J. Brasília, 2003.

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação Geral de Documentação e Informação, Centro Cultural da Saúde – Editora MS, Série J. Brasília, 2003.

ARIMATÉIA, Vera Licia. **Inaugurada a Segunda Etapa do Parque Zé Boloflô**. SECOM – Secretaria de Comunicação Social. Dezembro de 2002. Acesso em: 10/01/2007. Disponível em: http://www.secom.mt.gov.br/conteudo.php?pageNum_Otras=1&sid=13&cid=1858&parent=13&totalRows_Otras=21289

AZEVEDO, Cláudia. Plantando Sonhos: o jardim como campo terapêutico. In: DEL RIO, Vicente; DUARTE, Cristiane R.; RHEINGANTZ, Paulo A. (org.). **Projeto do Lugar: colaboração entre Psicologia, Arquitetura e Urbanismo**. Coleção PRÓARQ, Fundação Universitária José Bonifácio. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

AZEVEDO, Giselle A. N.; BASTOS, Leopoldo Eurico. Qualidade de Vida nas Escolas: produção de uma arquitetura fundamentada na interação usuário-ambiente. In: DEL RIO, Vicente; DUARTE, Cristiane R.; RHEINGANTZ, Paulo A. (org.). **Projeto do Lugar: colaboração entre Psicologia, Arquitetura e Urbanismo**. Coleção PRÓARQ, Fundação Universitária José Bonifácio. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

BACHELARD, Gaston. **A Poética do Espaço**. São Paulo, Martins Fontes, 1993.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. Tradução de Heloisa Jahn. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASTIANINI, Anna Maria; CHICCO, Ester; MELA, Alfredo. O Espaço e a Criança: em busca de segurança e aventura. In: DEL RIO, Vicente; DUARTE, Cristiane R.; RHEINGANTZ, Paulo A. (org.). **Projeto do Lugar: colaboração entre Psicologia, Arquitetura e Urbanismo**. Coleção PRÓARQ, Fundação Universitária José Bonifácio. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

BECHTEL, Robert B.; CHURCHMAN, Arza (org.). **Handbook of Environmental Psychology**. John Wiley, INC. Canadá, 2001.

BINS ELY, Vera H. Moro; DISCHINGER, Marta (org.). **Desenho Universal: por uma arquitetura inclusiva**. Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Arquitetura e Urbanismo, Grupo PET/ARQ/SESu. Florianópolis, dezembro de 2001.

BINS ELY, Vera H. Moro. **Ergonomia + Arquitetura: buscando um melhor desempenho do ambiente físico**. In: MORAES, Anamaria; AMADO, Giuseppe. Coletânea de Palestras de convidados internacionais e nacionais: ergodesign e USICH. Rio de Janeiro, FAPER: 2004.

BITENCOURT, Fábio; BARROSO-KRAUSE, Cláudia; COSTA, Maria Tereza. A Arquitetura do Ambiente do Nascer: marcos teóricos dos Programas de Humanização na assistência à saúde. In: Revista PROPEC. **Arquitetura Hospitalar**. IAB-MG nº 01. Belo Horizonte, Setembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Caderno Informativo/ Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1ª Edição, Ministério da Saúde, Brasília, 2001a.

_____. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001b. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM**: Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº95, de 26 de janeiro de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde, Brasília, fevereiro de 2002a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – **RDC nº 50**, 21 de fevereiro de 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação Geral de Documentação e Informação, Centro Cultural da Saúde – Editora MS, Série J. Brasília, 2003.

_____. 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, Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. **Portaria nº 53/GM**. Ministério da Saúde, Brasília, janeiro de 2004b.

CARVALHO, Mirian T. F. de. A casa e o corpo como espaço pessoal entre moradores de hospitais psiquiátricos: um estudo qualitativo na perspectiva de Sommer e Bachelard. In: DEL RIO, Vicente; DUARTE, Cristiane R.; IWATA, Nara. **Seminário Internacional Psicologia e Projeto do Ambiente Construído**. Rio de Janeiro: PROARQ / Eicos, 2000. CD-ROM.

CASTRO, Virgínia Caetano de Melo. Desempenho de Edifícios para Atendimento a Saúde Mental – Análise da Funcionalidade do Ambiente Adaptado nos Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAM Noroeste e CERSAM Leste de Belo Horizonte. In: ROCHA, Ana Cecília (coord.). **Revista PROPEC: Arquitetura Hospitalar**. IAB/MG, nº 1, novembro de 2004. CD-Rom.

CESAR, João Carlos de Oliveira. Cor e Percepção Ambiental. In: DEL RIO, Vicente; DUARTE, Cristiane R.; IWATA, Nara. **Seminário Internacional Psicologia e Projeto do Ambiente Construído**. Rio de Janeiro: PROARQ / Eicos, 2000. CD-ROM. P: 25-28.

COSTEIRA, Elza Maria Alves. O Hospital do Futuro: uma nova abordagem para projetos de ambientes de saúde. In: SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani (orgs.). **Saúde e Arquitetura – caminhos para a humanização dos ambientes**. Rio de Janeiro, Editora SENAC Rio, 2004.

DEL RIO, Vicente; DUARTE, Cristiane R.; IWATA, Nara. **Seminário Internacional Psicologia e Projeto do Ambiente Construído**. Rio de Janeiro: PROARQ / Eicos, 2000. CD-ROM.

DEL RIO, Vicente; OLIVEIRA, Livia (org.). **Percepção Ambiental: a experiência brasileira**. São Paulo: Studio Nobel, Ed. UFSCAR, 1996.

DEL RIO, Vicente; DUARTE, Cristiane R.; RHEINGANTZ, Paulo A. (org.). **Projeto do Lugar: colaboração entre Psicologia, Arquitetura e Urbanismo**. Coleção PRÓARQ, Fundação Universitária José Bonifácio. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

DISCHINGER, Marta. **Design For All Senses: accessible spaces for visually impaired citizens**. THESIS FOR THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY. Chalmers University of Technology, Department of Space and Process, School of Architecture. Göteborg, Sweden, 2000.

DISCHINGER, Marta; BINS ELY, Vera H. M.; MACHADO, Rosângela; SILVA, Rosali Maria de Souza; PADARATZ, Rejane; ANTONINI, Camile; DAUFENBACH, Karine; SOUZA, Thiago R. M. de. **Desenho Universal nas Escolas: acessibilidade na rede municipal de ensino de Florianópolis**. Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Arquitetura e Urbanismo, Grupo PET/ARQ/SESu. Florianópolis, agosto de 2004.

FONSECA, Ingrid Chagas de; PORTO, Maria Maia; CLARKE, Cynthia. Qualidade da Luz e sua Influência sobre o Estado de Ânimo do Usuário. In: DEL RIO, Vicente; DUARTE, Cristiane R.; RHEINGANTZ, Paulo A. (org.). **Projeto do Lugar: colaboração entre Psicologia, Arquitetura e Urbanismo**. Coleção PRÓARQ, Fundação Universitária José Bonifácio. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

FONTES, Maria P. Zambrano; SANTOS, Mauro C. de Oliveira; BURSZTYN, Ivani. Tecnologia X Humanização: Um Estudo Sobre a sua Compatibilização na Arquitetura da Saúde. I **CONFERÊNCIA LATINO-AMERICANA DE CONSTRUÇÃO SUSTENTÁVEL X ENCONTRO NACIONAL DE TECNOLOGIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO**. ENTAC 2004. São Paulo: 18 a 21 de julho 2004a.

FONTES, Maria Paula Zambrano. Imagens da Arquitetura da Saúde Mental: um estudo de representações sociais. In: SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani (orgs.). **Saúde e Arquitetura – caminhos para a humanização dos ambientes**. Rio de Janeiro, Editora SENAC Rio, 2004b.

FONTES, Maria Paula Zambrano, et al. Humanização na Arquitetura da Saúde: a contribuição do conforto ambiental dos pátios e jardins em clima tropical quente-úmido. **ENTAC 2004 / CLACS 2004c**, São Paulo.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 5ª Ed. São Paulo, Perspectiva, 1997.

FRANCO, Simone de Oliveira. **Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de caso**. 2005. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Centro de Ciências da Saúde/Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

GIBSON, James J. **The senses considered as perceptual systems**. Cornell University, USA, 1996.

GOFFMAN, Erving. **Manicômio, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva S.A. 1974.

GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – Coordenadoria de Apoio ao Desenvolvimento de Rede de Serviços e Sistemas. Curso de Capacitação em Saúde Mental. **Módulo I: História da Psiquiatria e a Trajetória da Reforma**. Elaboração: Equipe de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde. Cuiabá, fevereiro de 2004.

KORPELA, Kalevi. CHILDREN'S ENVIRONMENT. In: BECHTEL, Robert B.; CHURCHMAN, Arza (org). **Handbook of Environmental Psychology**. John Wiley, INC. Canadá, 2001.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004.

LOPES, Solange Fernandes Moreira. **Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cuiabá – MT: caracterização da clientela (março de 2004 a março de 2005)**. Universidade Federal de Mato Grosso – Faculdade de Enfermagem, Especialização em Saúde Mental. Cuiabá, 2005.

MARCHI, Verônica de. **A Busca da Integralidade nas Ações dos Profissionais de Saúde Mental: um desafio cotidiano**. 143 f..2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

MARTÍNEZ, Javier Guevara; DOMÉNECH, Serafin Mercado (org). **Temas Selectos de Psicología Ambiental**. UNAM-GRECO, FUNDACION UNILIBRE. México, 2002.

MARTINEZ, Lucy Maria R.; ANDEANE, Patrícia Ortega; RODRIGUEZ, Cesário Estrada. III. COMPONENTES PSICOLÓGICOS, AMBIENTALES Y FISIOLÓGICOS GENERADORES DE ESTRÉS EN UNA SALA DE ESPERA. Faculdade de Psicologia, Universidade Nacional Autônoma de México. In: MARTÍNEZ, Javier Guevara; DOMÉNECH, Serafin Mercado (org). **Temas Selectos de Psicología Ambiental**. UNAM-GRECO, FUNDACION UNILIBRE. México, 2002.

MATTAR, Maria Eduarda. **Nise da Silveira: rebelde com causa**. Ciencia y Tecnología, La Insignia. Março de 2005. Acesso em: 12/05/2006. Disponível em: http://www.lainsignia.org/2005/marzo/cyt_008.htm

NICOLAU, Adriana Bisi. **A construção da Cidadania Começa na Escola: um histórico sucinto sobre o início da Psiquiatria Infantil no Brasil e os recursos atuais**. Acesso em: 23/09/2005. Disponível em: <http://www.rubedo.psc.br/Artigos/cidainfa.html>

NEGRI, Barjas. **Manual PNHAIH**. Acesso em: 14/10/2006. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/Humaniza_SUS/Manual_%20Politica_Humanizacao.doc

OKAMOTO, Jun. **Percepção Ambiental e Comportamento: visão holística da percepção ambiental na arquitetura e na comunicação**. São Paulo: Ed. Makenzie, 2002.

OLIVEIRA, Edmar de. As classes sociais da corte e o Hospício de Pedro II. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação Geral de Documentação e Informação, Centro Cultural da Saúde – Editora MS, Série J. Brasília, 2003.

- PITLIUK, Rubens. **Depressão Sazonal e Fototerapia**. Acesso em: 20/12/2006. Disponível em: http://www.mentalhelp.com/depressao_sazonal.htm
- PENNA, Ana Cláudia Meirelles; RHEINGANTZ. Ambiente Construído e Promoção da Saúde. In: Revista PROPEC. **Arquitetura Hospitalar**. IAB-MG nº 01. Belo Horizonte, Setembro de 2004.
- PUCCINI, Paulo de Tarso; CECILIO; Luiz Carlos de Oliveira. Humanization of healthcare services and the right to healthcare. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.
- REHAL, Saddek. **Word and Image for exploration and communication of concepts in the early stages of the design task**. Proceedings of the Participatory Design Conference, 2002. Wagner. Palo Alto.
- REHAL, S. and BIRGERSSON, L. **Associative Images as a Communication Tool to Improve the Dialog Between Designers and End-users**. Ninth International Symposium of the Iissa Research Section. Nice, 1-3. March 2006.
- REIS, Cláudia do Amaral de Meireles. **Uma Reflexão Acerca do Diagnóstico de Psicose Infantil: uma abordagem Psicanalítica**. Instituto de Psicologia, 2005 – Pontifícia Universidade Católica (SP).
- ROCHA, Ana Cecília (coord.). **Revista PROPEC: Arquitetura Hospitalar**. IAB/MG, nº 1, novembro de 2004. CD-Rom.
- SAMPAIO, Mariza de Mello Arruda. **Análise do Desempenho Térmico e Lumínico de Habitações Populares em Cuiabá – MT**. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO/ INSTITUTO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FÍSICA E MEIO AMBIENTE. Cuiabá, março de 2006.
- SANTOS, Diego dos. **Os excluídos da vida na Colônia Santana**: Local abriga pessoas que já não sabem quem são. AN AGORA, Joinville (SC), 09/03/03. Acesso em: 25/05/2006. Disponível em: <http://portal.an.com.br:8000/2003/mar/09/0ger.htm>
- SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani. Tendências na Humanização da Assistência ao Parto. In: SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani (Orgs.). **Saúde e Arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. SENAC Rio – 1ª edição, 2004.
- SANTOS, Mauro. **Arquitetura e Saúde: o espaço interdisciplinar**. Acesso em: 11/07/2005. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/somasus/Dinamicos/arqsau.pdf>
- SERRA, José. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.
- SOMMER, Robert. **Espaço pessoal**. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: E.P.U.;1973.
- TUAN, Yi-fu. **Topofilia**: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. Difel, São Paulo, 1980.
- _____. **Espaço e Lugar**: a perspectiva da experiência. Difel, São Paulo, 1983.
- VUOLO, Valeira da C. M. **Reflexões sobre a identidade e as atribuições sociais de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), em Cuiabá – MT**. Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Escola Pública de Saúde. Dr. Agrícola Paes de Barros. Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Abril de 2005.
- YURIAR, Salvador Duarte. II. La Habitabilidad, punto nodal para el trabajo inter y transdisciplinario entre la Psicología Ambiental, la Arquitectura y los Diseños: Los Edificios para la Salud. UAM XOCHIMILCO, México, DF. In: MARTÍNEZ, Javier Guevara; DOMÉNECH, Serafin Mercado (org). **Temas Selectos de Psicología Ambiental**. UNAM-GRECO, FUNDACION UNILIBRE. México, 2002.

9.1 REFERÊNCIAS DAS FIGURAS

- Figura 01 – Fonte: <http://magno.uab.es/enric-serra/Unasetmana/336/camisade.GIF>
- Figura 02 – Fonte: http://www.ccs.saude.gov.br/nise_da_silveira/emocao_lidar/emygdio_de_barros1.htm
- Figura 03 – Fonte: http://www.ccs.saude.gov.br/nise_da_silveira/mandalas/mandalas1a.html#mandala1a2
- Figura 04 – Fonte: http://www.ccs.saude.gov.br/nise_da_silveira/emocao_lidar/emygdio_de_barros2.htm
- Figura 05 – Fonte: Imagem de base: Programa Google Earth
- Figura 06 – Fonte: Imagem de base: Programa Google Earth
- Figura 07 – Fonte: Imagem de base: Programa Google Earth
- Figura 08 – Fonte: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/google.jsp>
- Figura 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59 – Fonte: A autora.
- Figura 60 – Fonte: http://www.isn.org.br/imagens/sala_safra_reunioes.jpg
- Figura 61 – Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/officeprojetos/officeprojetos25.asp>
- Figura 62 – Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/officeprojetos/officeprojetos25.asp>
- Figura 63 – Fonte: <http://www.verdevaso.com.br/IMG%20gg%20grupo%20colorido%20amb.jpg>
- Figura 64 – Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura246.asp>
- Figura 65 – Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/officeprojetos/officeprojetos25.asp>
- Figura 66 – Fonte: http://i111.photobucket.com/albums/a189/ANERA/CAPOEIRA/capoeira1_dpa.jpg
- Figura 67 – Fonte: http://stonek.com/_FOTOGRAFOS/cicadri/cicadri_mechib.jpg
- Figura 68 – Fonte: <http://www.escolasabatino.com.br/MVC-063F.JPG>
- Figura 69 – Fonte: <http://www.pousadacorrea.com.br/fotos%20da%20pousada/lazer.jpg>
- Figura 70 – Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura600.asp>
- Figura 71 – Fonte: http://www.eb1-n1-alcoitao.rcts.pt/fotograf_ficheiros/image003.jpg
- Figura 72 – Fonte: <http://www.riomar.be/Fachada.jpg>
- Figura 73 – Fonte: <http://www.natacion.com.mx/puebla2001/img/max-fachada.jpg>
- Figura 74 – Fonte: <http://www.pousadacorrea.com.br/Cozinha.jpg>
- Figura 75 – Fonte: <http://www.kinderland.com.br/images%5Cimgres176.jpg>
- Figura 76 – Fonte: http://www.prismamoveis.com.br/imagens/telemark/fort_recepcao_robust.jpg
- Figura 77 – Fonte: <http://www.casadocruzeiro.net/fotos/foto31.jpg>
- Figura 78 – Fonte: <http://www.casaxelha.com/CASAXELHA1/imageshomedetails/xeliv3c250f9.jpg>
- Figura 79 – Fonte: <http://www.gd.com.br/clinicacardiopulmonar/terapia.gif>
- Figura 80 – Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura199.asp>
- Figura 81, 82 – Fonte: A autora.
- Figura 83 – Fonte: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/pt/thumb/4/43/Televisao.jpg/180px-Televisao.jpg>
- Figura 84 – Fonte: <http://www.monografias.com/trabajos12/comptcn/Image2968.gif>
- Figura 85 – Fonte: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/pt/thumb/4/43/Televisao.jpg/180px-Televisao.jpg>
- Figura 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98 – Fonte: A autora.

10. ANEXO

10.1 LEI 10.216

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001

10.2 MANUAL PNHAH⁴² (PARTE FINAL)

Parâmetros de humanização

A avaliação das ações de humanização a partir dos parâmetros propostos pelo PNHAH é fundamental. Mas o GTH pode, nesse trabalho, se deparar com uma série de questões que ultrapassam sua responsabilidade e possibilidade de ação. É preciso, portanto, determinar o grau de governabilidade ou ingovernabilidade que o GTH tem sobre as ações de humanização.

O GTH pode, sim, criar alternativas e soluções que ajudem a melhorar o atendimento e o trabalho em termos da humanização dos serviços. Mas para avaliar se as ações desenvolvidas promovem ou não a humanização, é preciso construir uma nova filosofia organizacional, uma cultura de humanização. E isso leva tempo. A construção dessa nova cultura envolve a participação de todos os atores do sistema de saúde e se dá aos poucos, durante o processo de discussão, elaboração, implementação e análise das ações, campanhas e programas. É bom lembrar: humanizar é verbo pessoal e intransferível, posto que ninguém pode ser humano em nosso lugar. E é multiplicável, pois é contagiante.

Parâmetros para a humanização do atendimento dos usuários

Condições de acesso e prestação dos serviços:

- Sistema de marcação de consultas
- Tempo de espera para atendimento
- Acesso de acompanhantes e visitas
- Sistema de internação
- Sistema de marcação, realização e resultados de exames

Qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital:

- Adequação/criação de áreas de espera
- Sinalização das áreas e serviços do hospital
- Instalações físicas e aparência do hospital
- Equipamentos
- Refeições
- Meios para efetivação de queixas e sugestões
- Espaço de recreação e convivência dos pacientes
- Clareza das informações oferecidas aos usuários:
- Identificação dos profissionais
- Informações aos familiares sobre o atendimento do usuário
- Informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde
- Informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade

Qualidade da relação entre usuários e profissionais:

- Eficiência, gentileza, interesse e atenção
- Compreensão das necessidades dos usuários
- Informações, aos usuários, sobre o diagnóstico, tratamento e encaminhamento
- Privacidade no atendimento

Parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais

Gestão hospitalar e participação dos profissionais:

⁴² Negri (2006).

- Oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestados
- Oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários
- Manutenção de mecanismos de coleta de sugestões para a melhoria do trabalho
- Oportunidades de reconhecimento e resolução de conflitos e divergências
- Aplicação sistemática de normas de trabalho

Condições de trabalho na instituição:

- Áreas de conforto
- Segurança
- Equipamentos e materiais
- Higiene

Condições de apoio aos profissionais:

- Transporte, estacionamento e condições de acesso ao hospital
- Refeitório
- Área de descanso e convivência
- Atividades recreativas e/ou sociais
- Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais
- Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional
- Cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários

Qualidade da comunicação entre os profissionais:

- Canais de informação e resolução de problemas e necessidades
- Canais de informações oficiais da administração do hospital
- Canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades

Relacionamento interpessoal no trabalho:

- Confiança
- Integração grupal
- Cooperação

Valorização do trabalho e motivação profissional:

- Respeito
- Reconhecimento
- Motivação
- Realização
- Satisfação

10.3 IMAGENS UTILIZADAS PARA O JOGO DE IMAGENS E PALAVRAS

As imagens apresentadas no Quadro 17 a seguir foram escolhidas para montagem dos painéis. Ao todo são 100 imagens que representam aspectos objetivos ou subjetivos, que podem influenciar as relações existentes entre o ambiente construído e os usuários. Todas elas foram retiradas da Internet, e os critérios adotados para a escolha foram: representação de ambientes diversos, de cenas do cotidiano e de aspectos que de alguma forma favoreçam a comunicação verbal e a expressão dos sentimentos e expectativas dos usuários sobre os CAPSi.

	
<p>Imagem 01 Fonte: http://www.unifev.com.br/canais/docentes/dione/7_Laboratorio.jpg</p>	<p>Imagem 02 Fonte: http://www.netmoveis.com.br/produtos/imagens/265_389_gra.jpg</p>
	
<p>Imagem 03 Fonte: http://www.consumidor.pt/imagensic/revista/Revista%2097/44.jpg</p>	<p>Imagem 04 Fonte: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/b/ba/Nalle_-_a_small_brown_teddy_bear.jpg/250px-Nalle_-_a_small_brown_teddy_bear.jpg</p>
	
<p>Imagem 05 Fonte: http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.erikvonbartholomaus.com/puerta.jpg</p>	<p>Imagem 06 Fonte: http://www.fotosearch.com.br/FSP255/157011/</p>
	
<p>Imagem 07 Fonte: http://www.fotosearch.com.br/DGV640/1531029/</p>	<p>Imagem 08 Fonte: http://www.fotosearch.com.br/IGS433/is622-030/</p>
	
<p>Imagem 09 Fonte: http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura199.asp</p>	<p>Imagem 10 Fonte: http://www.fotosearch.com.br/PHT062/paa062000056/</p>



Imagem 11

Fonte: <http://luartriste.blogs.sapo.pt/arquivo/10137155.jpg>



Imagem 12

Fonte: <http://indeterminado.blogs.sapo.pt/arquivo/Aviagem10.jpg>



Imagem 13

Fonte: <http://www.colmagno.com.br/magicodeoz/imagens/Ballet.jpg>



Imagem 14

Fonte: <http://dancasdomundo.no.sapo.pt/dmoderna2.gif>



Imagem 15

Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/officeprojetos/officeprojetos25.asp>



Imagem 16

Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/interiores/interiores91.asp>



Imagem 17

Fonte: <http://www.vilaverdehotel.com.br/imagens/brinquedos3.jpg>



Imagem 18

Fonte: <http://www.colasilicone.com.br/brinquedo%20caminhao%20para%20menino.JPG>



Imagem 19

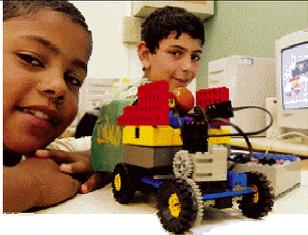
Fonte: http://i11.photobucket.com/albums/a189/ANERA/CAPOEIRA/capoeira1_dpa.jpg



Imagem 20

Fonte: <http://www.escola.net/cursos/musica/criancas.jpg>

	
<p>Imagem 21 Fonte: http://www.arcoweb.com.br/officeprojetos/officeprojetos25.asp</p>	<p>Imagem 22 Fonte: http://www.torgut.com/ponte/Fotos/bbterapia2.jpg</p>
	
<p>Imagem 23 Fonte: http://www.cm-idanhanova.pt/gass/img/cpcj.jpg</p>	<p>Imagem 24 Fonte: http://betanices.blogs.sapo.pt/arquivo/ajuda.jpg</p>
	
<p>Imagem 25 Fonte: http://www.correioamanha.pt/getimage.asp?tb=IMAGENS&id=80704</p>	<p>Imagem 26 Fonte: http://www.inteligencia_virtual.blogger.com.br/separar.jpg</p>
	
<p>Imagem 27 Fonte: http://www.isn.org.br/imagens/sala_safra_reunioes.jpg</p>	<p>Imagem 28 Fonte: http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura599.asp</p>
	
<p>Imagem 29 Fonte: http://www.casadavovoanita.com.br/images/acomodacoes/fotos/enfermaria.gif</p>	<p>Imagem 30 Fonte: http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.uroclinica.com/images/clinica/fachada2.jpg</p>

	
<p>Imagem 31 Fonte: http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura246.asp</p>	<p>Imagem 32 Fonte: http://www.arcoweb.com.br/officeprojetos/officeprojetos25.asp</p>
	
<p>Imagem 33 Fonte: http://www.casadavovoanita.com.br/images/acomodacoes/fotos/refeitorio.gif</p>	<p>Imagem 34 Fonte: http://www.alineville.com.br/fotos/sala_de_jogos.gif</p>
	
<p>Imagem 35 Fonte: http://novaescola.abril.uol.com.br/index.htm?ed/171_abr04/html/tecnologia</p>	<p>Imagem 36 Fonte: http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura600.asp</p>
	
<p>Imagem 37 Fonte: http://www.arara.fr/Jogo%20de%20Xadrez.jpg</p>	<p>Imagem 38 Fonte: http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.if.uff.br/images/Antigo%2520Pr%25E9dio/Escada%2520para%2520o%2520primeiro%2520andar.jpg</p>
	
<p>Imagem 39 Fonte: http://www.adhonep.org.br/images/pt/prisoas/foto_01.jpg</p>	<p>Imagem 40 Fonte: http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.erikvonbartholomaus.com/puerta.jpg</p>

	
<p>Imagem 41 Fonte: http://www.pousadacorrea.com.br/fotos%20da%20pousada/Sala%20e%20Cozinha.jpg</p>	<p>Imagem 42 Fonte: http://www.kinderland.com.br/images%5Cimgres176.jpg</p>
	
<p>Imagem 43 Fonte: http://www.bahia-online.net/arembep-fazenda/varanda-mesa.jpg</p>	<p>Imagem 44 Fonte: http://www.recantodocampeche.com.br/detalhes/interna_banheiro.jpg</p>
	
<p>Imagem 45 Fonte: http://www.eb1-n1-alcoitao.rcts.pt/fotograf_ficheiros/image003.jpg</p>	<p>Imagem 46 Fonte: http://www.riomar.be/Fachada.jpg</p>
	
<p>Imagem 47 Fonte: http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.uroclinica.com/images/clinica/fachada2.jpg</p>	<p>Imagem 48 Fonte: http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.lamerced.net/images/fachada.jpg</p>
	
<p>Imagem 49 Fonte: http://www.natacion.com.mx/puebla2001/img/max-fachada.jpg</p>	<p>Imagem 50 Fonte: http://www.immaginaria.net/fotografie/viaggi/Berlino/muro/muro-bernauerstr.jpg</p>

	
<p>Imagem 51 Fonte: http://dpandassociates.net/patio%20htm/patio-10.jpg</p>	<p>Imagem 52 Fonte: http://stonek.com/_FOTOGRAFOS/cicadri/cicadri_mechib.jpg</p>
	
<p>Imagem 53 Fonte: http://www.escolasabatino.com.br/MVC-063F.JPG</p>	<p>Imagem 54 Fonte: http://www.casaecia.arq.br/images/repolho.jpg</p>
	
<p>Imagem 55 Fonte: http://www1.folha.uol.com.br/folha/turismo/americanosul/images/20030909-punta-04.jpg</p>	<p>Imagem 56 Fonte: http://www.cartaz.com.br/hissao/images/ARROZ%20COLORIDO.jpg</p>
	
<p>Imagem 57 Fonte: http://queroserfeliz.blogs.sapo.pt/arquivo/solidao.jpg</p>	<p>Imagem 58 Fonte: http://jpn.icicom.up.pt/imagens/pais/mulher_silhueta2.jpg</p>
	
<p>Imagem 59 Fonte: http://www.atlantatino.com/photos/2005/11/w-violencia-D2.jpg</p>	<p>Imagem 60 Fonte: http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://i1.trekearth.com/photos/39509/tristeza.jpg</p>

	
<p>Imagem 61 Fonte: http://www.botulinux.net/gallery2/main.php/d/1082-2/morena%20na%20janela.JPG</p>	<p>Imagem 62 Fonte: http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://amoergosum.blogs.sapo.pt/arquivo/janela%2520-%2520campo%2520-.jpg</p>
	
<p>Imagem 63 Fonte: http://www.megeras.com/megarquivos/media/1/20051215-gatinhocachorro2.jpg</p>	<p>Imagem 64 Fonte: http://www.gd.com.br/clinicacardiopulmonar/terapia.gif</p>
	
<p>Imagem 65 Fonte: http://www.csi-elsalvador.com/fotos/ELECTIVE/Imagem1-020.jpg</p>	<p>Imagem 66 Fonte: http://www.aprendebrasil.com.br/imagens/livro_de_visitas/coral.jpg</p>
	
<p>Imagem 67 Fonte: http://www.meublog.net/adelaideamorim/arquivos/dor.jpg</p>	<p>Imagem 68 Fonte: http://www.timelei.com/timelei/imagens/plantao/briga.JPG</p>
	
<p>Imagem 69 Fonte: http://www.verdevaso.com.br/IMG%20gg%20grupo%20colorido%20amb.jpg</p>	<p>Imagem 70 Fonte: http://investor.keops.dk/medialib/billeder/2006-02-17.2648248235-dor.jpg</p>

	
<p>Imagem 71 Fonte: http://amnesia.weblog.com.pt/arquivo/2005-12-22-@15-14-05.jpg</p>	<p>Imagem 72 Fonte: http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/araq000/imagens/018_7.jpg</p>
	
<p>Imagem 73 Fonte: http://www.rondoniagora.com/web/ra/noticia%5Ccobrasuarios.jpeg</p>	<p>Imagem 74 Fonte: http://www.cnotinfor.pt/inclusiva/report_acessibilidade_educacao_inclusiva_pt_ficheiros/image015.jpg</p>
	
<p>Imagem 75 Fonte: http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.if.uff.br/images/Antigo%2520Pr%25E9dio/Escada%2520para%2520o%2520primeiro%2520andar.jpg</p>	<p>Imagem 76 Fonte: http://rampadeacesso.com/interativos/imagens/escadas.jpg</p>
	
<p>Imagem 77 Fonte: http://www.bbc.co.uk/portuguese/images/030529_ansiedade300.jpg</p>	<p>Imagem 78 Fonte: http://ante-et-post.weblog.com.pt/chuva%20-%20hassan%20farahani.jpg</p>
	
<p>Imagem 79 Fonte: http://www.pousadacorrea.com.br/fotos%20da%20pousada/lazer.jpg</p>	<p>Imagem 80 Fonte: http://www.uva.br/veigaemfoco/n18/imagens/verao01.jpg</p>

	
<p>Imagem 81 Fonte: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/pt/thumb/4/43/Televisao.jpg/180px-Televisao.jpg</p>	<p>Imagem 82 Fonte: http://www.monografias.com/trabajos12/comptcn/Image2968.gif</p>
	
<p>Imagem 83 Fonte: http://images.americanas.com.br/produtos/item/50/4/50408g.gif</p>	<p>Imagem 84 Fonte: http://images.americanas.com.br/produtos/item/160/9/160907g.gif</p>
	
<p>Imagem 85 Fonte: http://www.prismamoveis.com.br/imagens/telemark/fort_recepcao_robust.jpg</p>	<p>Imagem 86 Fonte: http://www.institutoalgar.org.br/img/conteudo/210491Lançamento%20do%20Cuidar%20site.JPG</p>
	
<p>Imagem 87 Fonte: http://www.lukor.com/hogarysalud/05042504.jpg</p>	<p>Imagem 88 Fonte: http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.treklens.com/images/photos/4968/olho.jpg</p>
	
<p>Imagem 89 Fonte: http://www.sagarana.it/rivista/numero12/images/menino_de_ua.jpg</p>	<p>Imagem 90 Fonte: http://www.revista.criterio.nom.br/menino_ua.jpg</p>

	
<p>Imagem 91 Fonte: http://www.casadocruzeiro.net/fotos/foto31.jpg</p>	<p>Imagem 92 Fonte: http://www.casaxelha.com/CASAXELHA1/imageshomedetails/xeliv3c250f9.jpg</p>
	
<p>Imagem 93 Fonte: http://www.marfinite.com.br/Produtos/moveis/interiores/armario/lavanderia-com-arm-frau.jpg</p>	<p>Imagem 94 Fonte: http://www.gapsa.es/gifs/SerieVertical.jpg</p>
	
<p>Imagem 95 Fonte: http://www.unifesp.br/comunicacao/jpi/ed50/imagens/educacao.jpg</p>	<p>Imagem 96 Fonte: http://www.hib.no/aktuelt/nyheter/2005/bilder/sol.jpg</p>
	
<p>Imagem 97 Fonte: http://www.astrazeneca.com.br/imagens/farmaco/remedios.gif</p>	<p>Imagem 98 Fonte: http://www.udla.mx/2003/imagenes/MEDICO.jpg</p>
	
<p>Imagem 99 Fonte: http://www.photos.menanteau.org/Pasadena/South-Chester-Escritorio.jpg</p>	<p>Imagem 100 Fonte: http://www.mauricionobrega.arq.br/images/designa_m.jpg</p>

Quadro 17: Imagens Utilizadas para os Jogos de Imagens e Palavras

11. APÊNDICE

11.1 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

11.1.1 Consentimento Livre e Esclarecido (Funcionários, pais/responsáveis)

Título do Projeto: Contribuições Arquitetônicas para os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi)

Nome do Investigador Principal: Juliana Demartini

Unidade: Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina (Pós-ARQ/CTC/UFSC).

Instituição Envolvida:

Nome do Responsável pela Instituição:

Endereço:

O objetivo principal desta pesquisa é a criação de diretrizes de projeto para Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). Para isso, é de fundamental importância a participação dos usuários (clientes e funcionários), para a coleta das informações necessárias, através do Jogo de Imagens e Palavras. Este método consiste na montagem de painéis com figuras pelos usuários, com o objetivo de revelar as suas expectativas sobre o espaço físico do CAPSi em estudo.

É importante ressaltar que o procedimento adotado não oferece risco nenhum ao participante, tornando-o livre para interromper sua participação a qualquer momento.

Os benefícios que esta pesquisa pode oferecer estão diretamente relacionados ao desempenho das atividades desenvolvidas no espaço físico (ambientes) do CAPSi.

Eu,....., fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de que minha identidade não será divulgada e que ninguém além da pesquisadora terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com a pesquisadora. Fui informado(a) ainda, que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento e concordo em participar do mesmo.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

Em caso de necessidade, entre em contato com a pesquisadora Juliana Demartini (Rua Carrara, nº 08, Jardim Itália, tel.: (65) 3664-2933, judemartini@arg.ufsc.br).

Cidade,..... de de 20.....

11.1.2 Consentimento Livre e Esclarecido (Pacientes)

Título do Projeto: Contribuições Arquitetônicas para os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi)

Nome do Investigador Principal: Juliana Demartini

Unidade: Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina (Pós-ARQ/CTC/UFSC).

Instituição Envolvida:

Nome do Responsável pela Instituição:

Endereço:

O objetivo principal desta pesquisa é a criação de diretrizes de projeto para Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). Para isso, é de fundamental importância a participação dos usuários (clientes e funcionários), para a coleta das informações necessárias, através do Jogo de Imagens e Palavras. Este método consiste na montagem de painéis com figuras pelos usuários, com o objetivo de revelar as suas expectativas sobre o espaço físico do CAPSi em estudo.

É importante ressaltar que o procedimento adotado não oferece risco nenhum ao participante, tornando-o livre para interromper sua participação a qualquer momento.

Os benefícios que esta pesquisa pode oferecer estão diretamente relacionados ao desempenho das atividades desenvolvidas no espaço físico (ambientes) do CAPSi.

Eu,, responsável legal pelo(a) menor, fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que o menor pelo qual sou responsável terá garantia de que sua identidade não será divulgada e que ninguém além da pesquisadora terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também que terei direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com a pesquisadora. Fui informado(a) ainda, que a participação do(a) menor será voluntária e que se ele(a) preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO lhe acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, permito a participação do(a) menor pelo(a) qual sou responsável.

Assinatura do(a) responsável legal

Assinatura da pesquisadora

Em caso de necessidade, entre em contato com a pesquisadora Juliana Demartini (Rua Carrara, nº 08, Jardim Itália, tel.: (65) 3664-2933, judemartini@arq.ufsc.br).

Cidade, de de 20.....

11.1.3 Dados Pessoais

DADOS DO(A) JOGADOR(A):

Jogador(a) Nº: _____

Observações: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

Idade: _____ anos

Nome: _____

Sexo: Fem. () Masc. ()

Categoria: () Cliente - tempo de matrícula no serviço: _____

do Turno de Atendimento: Mat. () Vesp. ()

Usuário () Funcionário (Servidor) – tempo de prestação de serviço: _____

Turno de Trabalho: Mat. () Vesp. () Integral ()

Função: _____

Grau de Escolaridade:

1º Incompleto ()

1º Completo ()

2º Incompleto ()

2º Completo ()

3º Incompleto ()

3º Completo ()

Pós-graduação ()

11.2 GUIA DE ENTREVISTA ESTRUTURADA

1. Condições de Conforto:

Durante as atividades, você se sente confortável em relação à temperatura? Por que? Na sua opinião, o CAPSi é ventilado? E a iluminação dos ambientes que você utiliza, você considera boa? Por que? Barulhos e ruídos externos ou internos, se houver, atrapalham o desempenho das suas atividades?

2. Aspectos construtivos:

Qual a sua opinião sobre os materiais utilizados nesta edificação? Você acha que o CAPSi está adequado às características da região? Por que? E sobre a estética da edificação, o que você pensa? Tem algum fator que te agrada ou desagrada mais? Qual e por que?

3. Funcionalidade:

Você acha que os ambientes estão bem distribuídos? Tem algum que você acha que deveria mudar de lugar? Qual? Por que? E quanto à circulação, o acesso aos ambientes internos é bom ou ruim? Por que? Há algum tipo de barreira física, dentro ou fora do CAPSi, que prejudique ou impeça a sua locomoção? Qual?

4. Localização:

Qual a sua opinião sobre a localização do CAPSi? Qual o meio de transporte que você utiliza para chegar ao CAPSi? O que você acha do CAPSi ter sido construído dentro do Parque da Saúde?

5. Programa de Necessidades:

Você sente a falta/necessidade de algum ambiente? Qual? Como seria este ambiente (características físicas)? Qual a sua função?

6. Dimensões mínimas dos ambientes:

Tem algum ambiente que, na sua opinião, é pequeno ou grande? Qual (ou quais)? Qual ambiente você considera bom em relação ao tamanho (área interna)? Mais algum?

7. Mobiliário e equipamentos:

Você sente falta de algum móvel? Qual? Onde ele seria colocado? Por que? E equipamentos, como ar condicionado, ventilador, computador, televisão, entre outros, há necessidade de tê-los? Quais? Onde seriam úteis? Para que?

8. Percepção ambiental:

Como foi sua adaptação à nova sede do CAPSi? Que tipo de sensação você sente quanto está aqui? Se sente confortável, seguro, acolhido, por exemplo? Você sente uma identificação entre você e a edificação? Consegue explicar os motivos?

11.3 JOGO DE IMAGENS E PALAVRAS: TRANSCRIÇÕES

11.3.1 CAPSi Cuiabá: Corpo Técnico

Data: 02/08/2006

Hora: 16:25

Número de jogadores: 06

Local: Sala de Atividades 01

Dados pessoais dos Jogadores:

Jogador	Sexo	Idade	Turno	Grau de Escol.	Tempo de Serviço Prestado no CAPSi
01	Fem.	34 anos	Vespertino	Superior Completo + Pós-graduação	Dois anos e seis meses.
02	Fem.	36 anos	Vespertino	Superior Completo	Três meses.
03	Fem.	47 anos	Matutino	Superior Completo	Três anos e quatro meses.
04	Fem.	25 anos	Matutino	Superior Completo	Dois anos.
05	Fem.	27 anos	Matutino	Superior Completo	Um ano e sete meses.
06	Fem.	40 anos	Integral	Superior Completo	Um ano e três meses.

O Jogo foi aplicado para o corpo técnico do CAPSi de Cuiabá após a reunião semanal. Ao todo foram seis participantes, todas mulheres. Cada jogadora recebeu um número de identificação, para preservar sua identidade. Havia outros funcionários no momento da aplicação do Jogo, mas eles não puderam participar por indisponibilidade de tempo.

11.3.1.1 Discussão sobre as imagens selecionadas para o Painel Positivo

A Figura 86 apresenta o resultado final do painel que representa os aspectos positivos de um CAPSi para o corpo de funcionários.



Figura 86: Painel Positivo Pronto - Funcionários

Depois de preenchidas e assinadas as fichas de Consentimento Livre e Esclarecido e de Dados Pessoais pelas Jogadoras, fez-se uma explanação sobre os objetivos do Jogo e de como ele deveria ser desenvolvido. Em seguida foram disponibilizados os materiais necessários: uma cartolina branca (para aspectos positivos relacionados ao CAPSi) e 100 imagens (Anexo 10.3), para representação dos aspectos positivos. As jogadoras levaram aproximadamente 15 minutos para reconhecimento e escolha das imagens, que foram dispostas aleatoriamente sobre a cartolina branca.

Pesquisadora: podemos começar a discussão? (todas concordaram) Vamos começar então de cima pra baixo, da esquerda pra direita. Porque vocês escolheram esta figura aqui (Imagem 55 do Anexo 10.3)?

Jogadora 04: nós temos aqui no CAPSi alguns pacientes com problemas alimentares. Tem uma adolescente que tem muita dificuldade pra comê. Então a gente oferece um lanche no final das oficinas, pra incentivar, né!

Jogadora 06: é, mas é um lanche mesmo, não comida pesada como naquela figura lá! (Imagem 56 do Anexo 10.3) A gente oferece bastante fruta também... por isso a gente escolheu também aquela figura do menino com a banana (Imagem 08 do Anexo 10.3).

Jogadora 03: eles mesmos preparam a mesa do lanche!

Todas as jogadoras concordam com os comentários feitos e seguem para a próxima imagem.

Jogadora 01: essa sala aqui é um sonho nosso (Imagem 64 do Anexo 10.3)... precisamos de um espaço assim!

Pesquisadora: assim como?

Jogadora 01: descontraído, com almofadas... e que tenha essa flexibilidade, né? Uma sala assim dá pra fazê muita coisa diferente... é só tirar as almofadas e colocar cadeiras por exemplo! Dá pra fazê muita coisa aí!

Jogadora 05: é, mas não com essas cores de almofada aí, né gente!

Todas concordam.

Jogadora 02: esse vasinho aí no meio também não ta legal. Mas a idéia, assim de disposição em círculo, de descontração... isso sim é legal pro CAPSi.

Pausa. As jogadoras passam para a próxima imagem.

Jogadora 02: esse salão (Imagem 38 do Anexo 10.3)... me parece ser uma sala pra exposição... a gente escolheu porque a gente tem essa idéia de fazer exposições dos trabalhos feitos nas oficinas.

Jogadora 01: é, esse quadro ali, ó (aponta para uma tela pintada por um paciente)... tá aí no chão já faz tempo, e têm vários outros por aí. Se a gente tivesse um lugar certo pra colocar...

Jogadora 03: não só quadro, né?

Todas concordam e seguem para a próxima imagem.

Jogadora 04: essa aqui, ó (Imagem 65 do Anexo 10.3), é... a gente ainda não tem, mas tem um projeto aqui pra oficina de música... assim pra aprender a tocar instrumentos, cantá... tá no projeto.

Jogadora 05: cantá a gente já faz... mas o instrumento é o rádio mesmo (risos).

Jogadora 06: serve pra aquelas figuras ali também, ó (Imagens 20 e 66 do Anexo 10.3)!

Jogadoras 01 e 03: é!

Pausa.

Pesquisadora: e o playground?

Jogadora 02: dá pra desenvolvê muita dinâmica num playground (Imagem 79 do Anexo 10.3).

Jogadora 04: até pra gente saí com eles também... a gente fica muito dentro das salas.

Jogadora 01: é, mas teria que ser escondido... é... assim, pros pacientes não terem visão direta pra ele, entende? Porque às vezes tem um grupinho no parquinho e tem um paciente lá numa sala fazendo atendimento ou desenvolvendo alguma atividade terapêutica, e não faz direito porque ta vendo os outros lá no parquinho.

Jogadora 03: é, e nesse caso também teria que ter um acesso exclusivo e um portão pra gente poder controlar melhor... se não... já viu, né? A gente já teve que sair procurando criança aí no mato. Ah! Podia ser uma cerca dessas de galinha, sabe? E cerca viva pra escondê!

Todas as jogadoras concordam com os comentários sobre a imagem do playground e seguem para a próxima imagem.

Jogadora 01: essa sala aqui (Imagem 27 do Anexo 10.3) seria boa pra trabalhar com os pais, né! A disposição das cadeiras em círculo, o quadro pra desenvolvê as dinâmicas...

Jogadora 05: toda vez que eu vou trabalhá com os pais eu tenho que sair catando cadeiras por aí.

Pesquisadora: descrevam como deve ser esta sala e tudo o que deve ter nela.

Jogadora 02: uma sala, assim ventilada, iluminada, pra gente desenvolvê os trabalhos de apoio com os pais, porque aqui no CAPSi os pais também participam de atividade e têm apoio, né!

Jogadora 05: então... tem que ter cadeiras confortáveis, como essas aqui da figura, porque ficar duas horas sentada numa cadeira dura, desconfortável... ninguém merece!

Jogadora 01: climatizada! (risos)

Jogadora 03: climatizada! (risos)

Jogadora 02: e um quadro... um quadro branco pra ajudar no desenvolvimento das atividades... e um mural também. Acho que é isso. Não precisa de muita coisa, na verdade. Se tiver isso que a gente acabou de falar, já tá ótimo.

Pausa.

Pesquisadora: e essa imagem aqui (Imagem 36 do Anexo 10.3)? O que vocês querem dizer com ela?

Jogadora 01: esporte... tê um ginásio, né!

Jogadora 02: seria muito útil... mas teria que ser fechado pra gente podê cuidá melhor deles (pacientes).

Jogadora 01: e teria que ser bem próximo, pra gente podê ir a pé mesmo... se tiver que dependê de carro, já viu, né!

Jogadora 05: já até tem aqui uma oficina de futebol planejada, mas não temos lugar adequado pra ela. Teria que ser uma quadra coberta, porque no horário das nossas atividades aqui, o sol é muito forte.

Jogadora 01: e como já foi falado, teria que ter um acesso estratégico, pra não acontecer de dispersá o grupo.

Jogadoras 04,05 e 06: é mesmo! (risos)

Jogadora 01: assim, tipo uma passarela coberta!

Jogadora 02: é, acho que daria sim!

Pesquisadora: esse ginásio seria só do CAPSi, ou seria da comunidade?

Jogadora 01: nosso mesmo!

Jogadora 05: até poderíamos emprestar para a comunidade...

Jogadora 03: poderia ser um espaço coberto com essa passagem exclusiva que a Jogadora 01 comentou, não só pra atividades esportivas, mas pra todo tipo de atividade externa.

Jogadora 05: é mesmo, porque muitas vezes eles (os pacientes) se cansam de ficar só aqui dentro do CAPSi.

Jogadora 04: é, um anexo a essa construção... esse lote aqui do lado é do CAPSi, não é?

Jogadora 06: é sim!

Jogadora 04: então...

Jogadora 01: é, serviria também pras oficinas terapêuticas mais sujas e pro TOOGER também.

Jogadora 02: é, um espaço multiuso!

Pesquisadora: que tipo de oficina seria suja?

Jogadora 03: oficina de argila, por exemplo... e até mesmo de pintura. As crianças costumam fazer a maior sujeira.

Pesquisadora: e esse espaço multiuso que vocês estão propondo, teria algum equipamento especial?

Jogadora 05: sim. Gostaríamos de ter aqui alguns teares...

Jogadora 01: é, máquina de costura, aquele equipamento de fazer vaso de barro, sabe? E também umas ferramentas de carpintaria.

Jogadora 04: seria interessante mesmo... teríamos mais possibilidades para criar as atividades. Acho que seria mais atrativo pra eles.

Todas concordam e passam para a próxima imagem.

Jogadora 04: ah! Essa aqui (Imagem 28 do Anexo 10.3) é nossa sala de atividades em grupo! Parece com a nossa!

Jogadora 05: é! Vamos para a próxima!

Jogadora 06: o médico aqui é o caso nosso mesmo (Imagem 98 do Anexo 10.3)... temos esse tipo de atendimento aqui, não só médico...

Jogadora 02: é, essa figura representa pra nós o cuidado que temos com o paciente, essa coisa de saber se o psíquico tá afetando o físico também... é a assistência em si que acontece aqui. Não representa só o cuidado médico, mas de toda uma equipe de... de... de enfermeiros, psicólogos, enfim, de todos os técnicos daqui.

Pesquisadora: (após segundos de silêncio) e esta imagem aqui (Imagem 21 do Anexo 10.3)? Por que vocês a escolheram?

Jogadora 02: acho que ela seria um atrativo, assim...

Jogadora 01: o que tem que tem cuidado é o tipo de desenho...

Jogadora 05: é das cores também!

Jogadora 01: é, tem cores, a gente sabe, que excitam... e nessa figura por exemplo, um psicótico pode de repente pensar que essas carinhas estão olhando pra ele, e pode piorar o estado do surto!

Jogadora 06: tem que tomar cuidado com o tipo de clientela nossa, e de como eles chegam aqui.

Jogadora 05: é, e tema religioso também não é bom.

Jogadora 01: é bem complicado também. Uma pintura na parede não é que nem um quadro que você vai lá e tira, tem que ter muita cautela com isso mesmo, cores, temas...

Todas concordaram.

Pesquisadora: mais algum comentário sobre essa imagem?

Todas dizem que não.

Pesquisadora: e a capoeira (Imagem 19 do Anexo 10.3)? Por que vocês escolheram?

Jogadora 01: seria mais um tipo de atividade pra expressão corporal e coordenação motora...

Jogadora 03: como a dança também.

Jogadora 05: nós até já entramos em contato com o pessoal do São Gonçalo pra vir aqui ensinar o Siriri.

Jogadora 03: entra aqui a questão do... do resgate da cultura também, né!

Todas fazem gestos positivos e passam para a próxima imagem.

Jogadora 03: essas imagens aqui (Imagens 23 e 95 do Anexo 10.3), a nossa proposta... de acolher, de cuidar!

Jogadora 02: é, bem colo de mãe mesmo.

Jogadora 05: é, atenção, acolhimento.

Silêncio.

Pesquisadora: e esses brinquedos aqui (Imagens 04, 18 e 35 do Anexo 10.3) , falem sobre eles.

Jogadora 05: são bons tanto pras atividades em grupo, quanto pras individuais. Brincar também é terapia aqui... pode até parecer que não, mas é!

Jogadora 01: e é legal que eles sejam bem simples mesmo... e coloridos.

Jogadora 02: é, não precisa ser nada muito elaborado.

Jogadora 01: ah! Peças pequenas nem pensar, é um perigo! E não é só pras crianças não! Os adolescentes também. Se tiverem em surto...

Jogadora 05: as crianças podem vir aqui só pra brincá, já uma terapia. É um instrumento de trabalho.

Jogadora 01: é, e uma coisa que a gente sente falta aqui, é um lugar pra armazená isso, sabe? Não misturá com os materiais no almoxarifado.

Pesquisadora: o que vocês querem dizer com essa imagem aqui (Imagem 52 do Anexo 10.3)?

Jogadora 03: achamos interessante ter um lugar tipo um jardim, onde o paciente possa ficar só, se quiser... um espaço aberto, arborizado com bancos, para relaxar mesmo.

Jogadora 01: é, um lugar diferente da sala de repouso.

Jogadora 05: é, um lugar aberto.

Sem mais comentários, as jogadoras seguiram para a próxima imagem (Imagem 80 do Anexo 10.3).

Jogadora 01: ah! Água pra beber, né! Pra purificar!

Jogadora 04: poderia talvez ter um lavatório no pátio... fora dos banheiros pra lavá as mãos... incentivá, né!

Jogadora 06: é, outro dia chegou um adolescente em surto, e o que fez melhorá foi a água... ele tava tão nervoso que empelotou toda a pele. A gente só conseguiu acalmá ele passando gaze molhada nele.

Jogadora 01: é, um lavatório externo seria bom pra incentivar o auto-cuidado, a higiene pessoal, lavar a mão, escovar os dentes. E seria bom também que tivesse um mais baixo para as crianças.

Pesquisadora: a questão da escala faz falta aqui?

Jogadora 01: faz sim!

Jogadora 06: é, deveria ter mais adequações de tamanho aqui.

Jogadora 02: é, o espaço deveria favorecer a independência dos pacientes.

Pesquisadora: qual é a próxima imagem?

Jogadora 03: pode ser essa aqui (Imagem 97 do Anexo 10.3).

Jogadora 04: é, escolhemos ela pela questão da assistência mesmo.

Jogadora 01: sem eles, em alguns casos, não conseguimos controlar a situação. Faz parte do nosso atendimento.

Todas concordam e seguem para a próxima (Imagem 69 do Anexo 10.3).

Jogadora 05: achei ótimo, bem arejado, colorido...

Jogadora 02: é essas folhagens trazem vida!

Jogadora 01: e é bom que elas sejam assim mesmo, em vasos. Se precisar de mais espaço é tirar. E também já apareceu cobra aqui. Então tem que cuidá com os tipos de jardim.

Jogadora 05: e essa figura aqui (Imagem 09 do Anexo 10.3)... também é legal. Nosso espaço aqui fora tá muito árido!

Jogadora 04: é mesmo, umas árvores iam bem por aqui.

Jogadora 03: especialmente aqui na frente... acho que ía proteger mais as paredes do sol!

Jogadora 05: e os carros também! Meu carro é preto e fica lá fora no sol... quando entro nele quase morro de calor! E todo dia é isso!

Pesquisadora: e essa outra imagem aqui (Imagem 24 do Anexo 10.3), o que significa pra vocês?

Jogadora 02: equipe, né!

Jogadora 05: acho que é também a união de conhecimentos.

Jogadora 01: é, temos de tudo aqui, psicólogos, médico, enfermeiro...

Jogadora 04: assistente social...

Pesquisadora: e essa orelha aqui (Imagem 10 do Anexo 10.3)?

Jogadora 05: representa nosso instrumento de trabalho!

Jogadora 01: é, a escuta, o ato de escutar...

Jogadora 02: assim como observar é importante aqui, ouvir também pode dar muitas informações importantes.

Pesquisadora: por que essa cozinha (Imagem 41 do Anexo 10.3)?

Jogadora 01: ah! É bem de casa, né!

Jogadora 05: tem armários pra organizar melhor as coisas. E até pra tê mais segurança também.

Jogadora 06: mas não podemos tê uma cortina uma cortina como essa aí... aqui é uma instituição de saúde e querendo ou não a norma não permite.

Jogadora 03: é bem iluminada...

Jogadora 01: é, e esses são armários adequados, tem azulejo, a geladeira é grande!

Jogadora 05: é, não é igual ao nosso (armário), com as portas presas com barbante!

Jogadora 04: credo!

Pesquisadora: e esse quarto aqui (Imagem 02 do Anexo 10.3)? O que seria?

Jogadora 01: nosso repouso.

Jogadora 06: muito importante pros pacientes medicados.

Pesquisadora: e como deveria ser esse repouso? O que deveria ter nele?

Jogadora 01: um ar condicionado! (risos)

Jogadora 02: uma cama e um sofá...

Jogadora 01: e tem que sê de fácil acesso... tem que tê gente perto pra ouvi qualquer barulho diferente ou dá uma espiadinha de vez em quando.

Jogadora 03: é, um quarto mesmo, que a gente possa olhar como eles (os pacientes) estão!

Jogadora 05: é, não pode ficá isolado. Tem que tê fácil acesso, não pode tê tranca na porta.

Pesquisadora: poderia ter um visor na porta?

Jogadora 01: não! Fica muito com cara de hospital!

Jogadora 05: é, melhor não!

Pesquisadora: além do espaço multiuso, que outro ambiente vocês sentem falta aqui?

Jogadora 03: lavanderia!

Jogadora 01: é, porque o que a gente tem aí é só o tanque! (risos)

Jogadora 03: a nossa lavanderia teria que ser fechada.

Jogadora 05: é, o acesso seria só pros funcionários mesmo.

Jogadora 02: além dos produtos de limpeza, o varal mesmo pode se transformá numa arma.

Jogadora 05: deveria tê armário com chave e uma máquina de lavar também. Nós aqui, acabamos dividindo as roupas sujas pra lavá em casa.

Pesquisadora: e essas imagens de hortas aqui (Imagens 53 e 54 do Anexo 10.3)? Por que?

Jogadora 01: é uma proposta que a gente gostaria de implantá aqui no CAPSi.

Jogadora 05: acho que tá no projeto do TOOGER também.

Jogadora 03: tá sim.

Pesquisadora: entre todas as imagens de fachadas que eu disponibilizei pra vocês, esta aqui (Imagem 46 do Anexo 10.3) foi a escolhida. Por que?

Jogadora 02: é como já foi dito no início, o CAPSi não deve se parecer com uma instituição...

Jogadora 01: o paciente não pode se sentir intimidado. A casa transmite uma sensação de acolhimento.

Jogadora 02: tem que dá a idéia de acolhimento!

Jogadora 03: uma instituição hospitalar já inibe o paciente só dele entrar. Reforça a idéia da condição de doente, sabe?

Todas concordam.

Pesquisadora: o que mais vocês gostariam de falar sobre o CAPSi?

As jogadoras disseram estar satisfeitas com tudo o que falaram e não quiseram comentar mais nada.

11.3.1.2 Discussão sobre as imagens selecionadas para o Painel Negativo

A Figura 87 apresenta o resultado final do painel que representa os aspectos negativos de um CAPSi para o corpo de funcionários.



Figura 87: Painel Negativo - Funcionários

Após a conclusão da discussão sobre o painel de aspectos positivos, foram distribuídas as mesmas 100 imagens e uma cartolina preta para a montagem do painel de aspectos negativos. Como as imagens já eram conhecidas, a seleção foi mais rápida, aproximadamente 10 minutos.

Pesquisadora: podemos recomeçar a discussão? (todas concordaram) Vamos utilizar o mesmo sistema. Primeira imagem (Imagem 48 do Anexo 10.3), o que vocês têm a dizer?

Jogadora 01: essa aqui foi escolhida por conta da escada e da própria fachada. Muito fria, né!

Jogadora 05: é, toda branca... sem atrativo nenhum!

Jogadora 01: é, toda branca e com essa porta fechada... não dá!

Jogadora 02: é, a porta do CAPSi tem tá sempre aberta!

Pesquisadora: e essa outra aqui (Imagem 40 do Anexo 10.3)?

Jogadora 02: assim, um ambiente escuro, muito escuro, muito assim... impessoal, frio! Não tem nada a ver com o CAPSi.

Jogadora 01: representa também um pouco de insegurança... não se sabe o que tem de um ambiente pro outro!

Jogadora 04: é... é bem sombrio mesmo!

Jogadora 05: o CAPSi tem que passá bem longe disso!

Jogadora 01: a foto de baixo também entra nessa questão... é um corredor e depois? O que é que tem depois daquele "dente" ali? Pode ter um paciente em surto... pronto pra te atacá, e aí? A nossa segurança também é muito importante.

Jogadora 02: e até segurança pra eles também. Porque você tem que tê muita visibilidade dentro de um CAPSi. Você trabalha com transtorno mental, né? Então, você tem que tê também essa perspectiva do cuidado com eles... assim... dessa visibilidade. Então são assim, condições que não favorecem.

Jogadora 01: o banheiro por exemplo... outro dia eu fui usar e tive que pedir pra alguém segurá a porta pra mim, porque não podemos colocá tranca. Poderia tê então, aquele trinco de porta que informa quando tá ocupado, igual de shopping, que diz assim "ocupado", sabe? (risos) Aí, se acontecê de tê que abri a porta por fora, como já aconteceu aqui antes, é só rodá a trinquinha! A gente tem que tê privacidade também.

Todas concordaram com gestos positivos.

Jogadora 05: essa foto aqui (Imagem 49 do Anexo 10.3), nós escolhemos por causa do vidro na fachada. Tem muito vidro!

Jogadora 02: e essa aqui (Imagem 47 do Anexo 10.3), é uma fachada toda fechada... aparece uma grade também, né!

Jogadora 05: é uma coisa muito prisão... a grade em si não é boa! Remete à subordinação, imposição...

Jogadora 01: e tem vidro atrás (da grade), muito, muito vidro! É complicado no caso do serviço de saúde mental, como o nosso!

Sem mais comentários a pesquisadora aponta para a próxima imagem (Imagem 29 do Anexo 10.3).

Jogadora 02: o leito, né? Aí o leito que é na verdade... é completamente diferente... não é a idéia do CAPSi. A idéia do CAPSi é justamente o contrário, né!

Todas concordam.

Jogadora 01: a gente quer aqui um espaço humanizado, não necessariamente um leito, onde a pessoa vai ficar ali... deitada... enfim...

Pesquisadora: humanizado assim como aquele quarto que vocês escolheram para o outro painel?

Jogadora 03: é...

Pesquisadora: e essa aqui do jardim (Imagem 51 do Anexo 10.3)?

Jogadora 01: essa... não pelas pedras que estão coladinhas, mas por essas outras aqui, olha! (pedras soltas)

Jogadora 03: é, não dá mesmo!

Jogadora 01: a criança pega uma pedra e... pode jogá em alguém ou mesmo tentá engoli a pedra!

Jogadora 05: oferece perigo!

Jogadora 01: lembra do pedrisco que a gente tinha na outra casa?

Jogadora 05: lembro!

Jogadora 01: a brita, né? Até foi pensado nisso aqui na frente... a gente tem sofrido com esse poierão! Era uma solução... antes da grama chagá ou crescê. Então, a gente continua na terra por conta desse risco!

Pesquisadora: é, a poeira incomoda mesmo, mas é melhor assim então?

Todas concordam.

Pesquisadora: e aquela janela ali (Imagem 62 do Anexo 10.3)?

Jogadora 01: escura... fechada!

Jogadora 02: difícil de movimentá!

Jogadora 05: essa coisa de abri... (balançou a cabeça negativamente)

Pesquisadora: (após segundos de silêncio) e aquela imagem ali (Imagem 50 do Anexo 10.3)?

Jogadora 01: o muro?

Pesquisadora: pode ser!

Jogadora 05: esse muro ta bem manicômio, né? (risos)

Jogadora 01: é, bem seco, sem nada!

Pesquisadora: e essa aqui do menininho (Imagem 60 do Anexo 10.3)?

Jogadora 01: ah! A grade de novo, né!

Jogadora 02: o aprisionamento... a gente procura trabalhá bem essa questão da liberdade mesmo! Da inserção, né!

Jogadora 05: é, sem aprisioná!

Alguém bate na porta e chama pela Jogadora 04, que sai da sala para atender um telefonema.

Pesquisadora: e esse playground (Imagem 79 do Anexo 10.3), não tava aqui no início, né? Vocês colocaram depois. Por que?

Jogadora 01: é bom, mas com restrições... o negócio é que a criança não pode tê uma visão direta...

Jogadora 02: é, se não fica difícil de controlá a molecada. (risos)

Jogadora 01: a quadra também... é o mesmo caso. Não pode oferecê estímulo visual toda hora!

Jogadora 05: o desejo de estar lá vai sê constante... aí acontece isso aqui do menino... olha a tristeza!

A Jogadora 04 volta à sala.

Pesquisadora: e essa outra imagem aqui (Imagem 59 do Anexo 10.3)?

Jogadora 01: representa o controle, no sentido da repressão!

Jogadora 02: é! Pode representá em termos de conduta mesmo, né! A conduta nossa não é nesse viés, não é assim de força, de... é... essa aí é uma mão impositiva e o trabalho do CAPSi não é assim! Aqui a gente trabalha muito com a questão da aceitação, do respeito, né!

Jogadora 01: é, do envolvimento no tratamento.

Jogadora 02: não de forma impositiva!

Pesquisadora: mais alguma coisa a falar sobre essa imagem?

Jogadora 03: não, a gente pode passá pra próxima!

Pesquisadora: e essa aqui (Imagem 57 do Anexo 10.3)

Jogadora 02: aqui, assim, uma sensação de...

Jogadora 04: solidão...

Jogadora 02: é... de uma coisa muito sozinha... muito sombria, extremamente sombria. E a perspectiva do CAPSi é muito de grupo, né!

Jogadora 06: muito de inserção!

Jogadora 01: este espaço tá muito aquém do que deveria sê, né! Acho que aqui deve sê sempre bem iluminado...

Jogadora 05: a gente trabalha aqui muito a questão da inserção... a gente sempre bate nisso porque as crianças vão ficando cada vez mais isoladas... se deixá, né!

Jogadora 01: a gente procura cada vez mais promovê o contato social delas.

Jogadora 04: e o papel do CAPSi é isso mesmo! É trabalhá nisso!

Jogadora 01: até por isso que a questão da parede acústica não é boa...

Jogadora 02: eu acho que não é mesmo! Não se pode isolá de nenhum jeito!

Jogadora 01: então, se alguém grita “socorro”, como já aconteceu antes, ninguém ouve pra podê ajudá!

Pesquisadora: e agora? Sobre qual vocês querem falar?

Jogadora 06: pode sê essa aqui (Imagem 30 do Anexo 10.3)...

Jogadora 04: é bem clinicão mesmo... bem de hospital!

Jogadora 03: não tem muito o que comentá... lembra muito hospital, e não é isso que queremos pro nosso CAPSi!

Jogadora 06: essas aqui então, das escadas (Imagens 75 e 76 do Anexo 10.3), representam barreira física, né! É importante tê todas as adaptações aqui...

Pesquisadora: todas quais?

Jogadora 05: nos banheiros...

Jogadora 02: tem que tê, com certeza!

Todas concordam fazendo gestos positivos.

Jogadora 05: esse vidro aqui (Imagem 71 do Anexo 10.3)! Um perigo!

Jogadora 03: tem que tomá cuidado com isso... aqui quanto menos vidro, melhor!

Jogadora 02: aqui também, olha (Imagem 70 do Anexo 10.3)! Mais vidro!

Jogadora 01: além disso, é muito... branco! Parece um frigorífico! (risos)

Jogadora 04: muito frio!

Jogadora 05: frio também é essa aqui (Imagem 31 do Anexo 10.3), olha!

Jogadora 01: esse corredor de espera, né?

Jogadora 02: é... é muito impessoal, uma cadeira do lado da outra!

Jogadora 06: ninguém olha pra ninguém!

Pesquisadora: e essa última imagem aqui (Imagem 45 do Anexo 10.3)? Por que ela pode sê um aspecto negativo para o CAPSi?

Jogadora 03: essa aqui... ah! É muito instituição!

Jogadora 01: é, muito quadradão!

Jogadora 04: além disso, é árido de mais! Não tem nenhuma vegetação!

Jogadora 06: é, aqui (em Cuiabá) uma árvore faz toda a diferença!

Jogadora 05: nossa! E como faz!

Pesquisadora: bom, todas as imagens já foram comentadas, mas se alguém quiser fazer mais algum comentário... se alguém deixou de dizer algum aspecto positivo ou negativo pode falar!

Jogadora 01: bom, eu acho que falei tudo! (risos)

Ninguém mais se manifestou.

Pesquisadora: e se houver alguma imagem que vocês não queiram que eu coloque para as crianças, pode falar também... não quero criar nenhum tipo de problema ou constrangimento a ninguém...

Jogadora 03: eu não vi nada de mais!

Jogadora 02: nem eu!

Jogadora 04: acho que não tem problema nenhum com as imagens!

Pesquisadora: então, muito obrigada pela participação... sem a contribuição de vocês não seria possível fazer este estudo!