



# CAPS

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

“Arquitetura é antes de mais nada construção, mas construção concebida com o propósito primordial de ordenar e organizar o espaço para determinada finalidade e visando a determinada intenção.”

Lúcio Costa

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I  
ARQUITETURA E URBANISMO  
SEMESTRE 2018/A  
ORIENTANDA: JÚLIA CAROLINA RASCHE  
ORIENTADOR: PROF. ARQ. ME. AUGUSTO ALVES

Júlia Carolina Rasche

CAPS  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Trabalho de pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso Etapa I, do curso de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade do Vale do Taquari Univates, como parte da exigência para obtenção do título de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Orientador: Prof. Arq. Me. Augusto Alves

Lajeado, dezembro de 2018.

## Resumo

O tema para o desenvolvimento do projeto trata-se de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do tipo I, para o município de Encantado, no estado do Rio Grande do Sul. Os Centros de Atenção Psicossocial são instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo transtornos relacionados às substâncias psicoativas, como o tratamento para dependentes de álcool e drogas. A presente pesquisa objetiva fazer uma análise da viabilidade do projeto e seu terreno proposto para o desenvolvimento da seguinte etapa, denominada Trabalho de Conclusão de Curso II. A pesquisa inicia com a apresentação do tema, a fim de analisar a história da assistência social psiquiátrica, ao longo dos anos. Em seguida, é elaborado o programa de necessidades, tendo como base os condicionantes legais e a legislação vigente. Posteriormente é apresentado o terreno escolhido, que está localizado em uma área importante da cidade, próximo as principais instituições de saúde do Município. Para finalizar, realiza-se a análise de alguns referenciais arquitetônicos que servem como parâmetro para o projeto a ser desenvolvido na etapa final do Trabalho de Conclusão de Curso.

**Palavras-chave:** Arquitetura. Centro de atenção psicossocial. Saúde mental.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### LISTA DE FIGURAS

Fachada Principal .....	14
Figura 2: Acesso principal .....	17
Figura 3: Refeitório .....	17
Figura 4: Cozinha .....	18
Figura 5: Sala de oficina Fonte: Autora (2018).....	18
Figura 6: Área externa.....	19
Figura 7: Área externa.....	19
Figura 8: Organograma.....	34
Figura 9: Dimensões cadeira de rodas.....	38
Figura 10: Dimensões do módulo de referência (M.R.).....	39
Figura 11: Largura para deslocamento em linha reta .....	39
Figura 12: Transposição de obstáculos isolados .....	39
Figura 13: Dimensionamento de rampas .....	40
Figura 14:Localização Brasil, Rio Grande do Sul e Encantado.....	45
Figura 15: Situação e localização lote (sem escala).....	46
Figura 16: Direção e intensidade do tráfego.....	47
Figura 17: Principais vias de acesso .....	47
Figura 18: Usos e atividades. ....	48
Figura 19: Principais equipamentos.....	48
Figura 20: Diagrama de orientação solar .....	49
Figura 21: Localização das imagens .....	50
Figura 22: Vista 01.....	50
Figura 23: Vista 02 .....	51

Figura 24: Vista 03 .....	51
Figura 25: Vista 04 .....	52
Figura 26: Fachada Principal .....	55
Figura 27: Pátio Central .....	56
Figura 28: Diagramas compositivos pátio central .....	57
Figura 29: Pátio Central .....	57
Figura 30: Relação entre a rua e a edificação .....	58
Figura 31: Controle térmico do edifício .....	58
Figura 32: Planta Baixa.....	59
Figura 33: Fachada Principal .....	60
Figura 34: Diagramas compositivos de projeto .....	61
Figura 35: Diagramas compositivos de projeto .....	61
Figura 36: Planta Baixa e corte .....	62
Figura 37: Setorização .....	62
Figura 38: Pátio interno .....	64
Figura 39: Vista interna.....	64

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Lógica do conceito das Redes de Atenção à saúde .....	26
Gráfico 2: Leitos Psiquiátricos SUS por ano (1996-2005).....	28
Gráfico 3: Serviços Residenciais Terapêuticos (2002 a 2006).....	28
Gráfico 4: Expansão anual dos CAPS (1980 a dezembro de 2006) .....	28

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Componentes da rede de atenção psicossocial .....	26
Tabela 2: Tabela de áreas do programa proposto.....	31
Tabela 3: Relação de ambientes 1 .....	35
Tabela 4: Relação de ambientes 2 .....	36
Tabela 5: Relação de ambientes 3.....	36
Tabela 6: Classificação das edificações quanto à sua ocupação .....	42
Tabela 7: Ocupação .....	52

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NBR	Norma Técnica Brasileira
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde pública do Brasil
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	11
2	ASPECTOS RELATIVOS AO TEMA .....	13
2.1	Apresentação do Tema.....	13
2.2	Justificativa da escolha do tema .....	14
2.2.1	Histórico do atual CAPS no município de Encantado .....	14
2.3	Histórico da assistência social psiquiátrica.....	20
2.3.1	Tratamento da doença mental ao longo das época .....	20
2.3.2	Reforma psiquiátrica .....	22
2.4	Políticas públicas no Brasil.....	23
2.4.1	Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) .....	24
3	PROGRAMA .....	30
3.1	Apresentação do programa proposto.....	30
3.2	Organograma.....	34
3.3	Condicionantes legais do programa .....	34
3.3.1	Tipos de CAPS .....	37
3.3.2	NBR 9050 - Norma Técnica de Acessibilidade Brasileira.....	38
3.3.3	NBR 9077 - Saídas de emergência em edifícios .....	41
3.3.4	Anvisa RDC nº 50 .....	43
4	ÁREA DE INTERVENÇÃO.....	45

4.1	Apresentação do terreno .....	45
4.2	Justificativa da escolha do terreno .....	46
4.3	Hierarquia viária .....	47
4.4	Usos e atividades do entorno .....	48
4.5	Orientação solar.....	49
4.6	Levantamento fotográfico.....	50
4.7	Condicionantes legais do terreno .....	52
5	REFERÊNCIAS.....	55
5.1	Associação Médica em Salta .....	55
5.2	Concurso para a Unidade Básica de Saúde. ....	60
6	BIBLIOGRAFIA.....	66

## 1 INTRODUÇÃO

O Trabalho Final de Conclusão do Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade do Vale do Taquari Univates, visa fundamentar o estudo e contribuir para o desenvolvimento da seguinte etapa, denominada Trabalho de Conclusão de Curso II, na qual será desenvolvido o projeto.

O projeto é um Centro e Atenção Psicossocial – CAPS, do tipo I, no Município de Encantado, que atenderá pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e drogas).

Portanto, essa pesquisa abordará as informações relativas ao tema proposto, bem como a sua justificativa, o terreno escolhido como objeto de estudo, condicionamentos legais e normas pertinentes ao tema. Ainda, no trabalho será feita a análise da atual situação do CAPS já existente na cidade, para então, fundamentar a necessidade da instalação de um novo.

A pesquisa inicia-se com a abordagem do tema, destacando um breve histórico da assistência social psiquiatria e do surgimento do primeiro CAPS. A escolha do lote em questão para implantação do Centro de Atenção Psicossocial deve-se ao fato de estar centralizado às comunidades que serão atendidas, além da sua proximidade com as principais instituições de saúde do Município.

Assim, com base nas informações do tema e terreno escolhido, obedecendo os condicionantes legais e leis pertinentes, elaborou-se o programa de necessidades do projeto, a fim de criar ambientes de bem estar aos pacientes e familiares, como também passar para a sociedade um novo olhar em relação ao centro, contribuindo com a inserção desses pacientes na sociedade.

# 2

## ASPECTOS RELATIVOS AO TEMA

---

## 2 ASPECTOS RELATIVOS AO TEMA

O tema proposto para o Trabalho de Conclusão de Curso é um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS na cidade de Encantado/RS.

### 2.1 Apresentação do Tema

O Centro de Atenção Psicossocial é uma instituição destinada a acolher pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e drogas). Nas diferentes modalidades, o CAPS tem como finalidade prestar serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população na sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social desses usuários no mercado de trabalho, lazer e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Uma vez que o tratamento dos pacientes é feito de maneira humanizada, favorecendo o exercício da cidadania e sua inclusão social.

A Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Portanto, pôde-se perceber que a referida lei atribuiu importantes direitos para estes, conforme art. 02º.

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 a 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.

## 2.2 Justificativa da escolha do tema

A escolha do tema partiu da premissa de propor um equipamento vinculado a área da saúde no Município de Encantando, visto a necessidade de um local adequado para tal fim, uma vez que o CAPS do município encontra-se em um local adaptado, não possuindo infraestrutura necessária.

Atualmente, o Centro de Atenção Psicossocial do município funciona em uma residência alugada, onde foi necessário fazer diversas adaptações. Os profissionais que lá trabalham encontram diversas dificuldades no atendimento aos pacientes, visto que o local não apresenta meios de acessibilidade para todos, além de haver pouco espaço para as atividades e as instalações elétricas e hidráulicas serem antigas.

Foi fundamental para a decisão do tema a carência do município e a necessidade de uma melhor estrutura para a realização dessas atividades, com o objetivo de criar um espaço adequado e com as devidas instalações, a fim de atender a demanda e as necessidades dos seus usuários.

### 2.2.1 Histórico do atual CAPS no município de Encantado

Encantado é um município localizado no Vale do Taquari, e um dos mais carentes quanto à área de saúde mental. Durante muito tempo os portadores de algum sofrimento mental não compreendia nenhum serviço especializado no município, sendo necessária a realização dos atendimentos e tratamentos em

consultórios particulares, até mesmo para aqueles que não possuíam condições financeiras.

Em 2007, através do desejo de três psicólogos e uma médica psiquiátrica, foi construído o Ambulatório de Saúde Mental – A Casa. E, desde 2009, o município conta com 12 leitos psiquiátricos no Hospital Beneficente Santa Terezinha.

A Rede de Saúde do Município de Encantado é formada por diversas instituições, entre elas: Unidade Básica de Saúde (UBS), onde funciona o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), Conselho Tutelar, Grupos de AA e NA, APAE, Conselho de Controle Social (de Educação, da Saúde, de Assistência Social, etc.). Todas essas instituições trabalham em parceria com o CAPS, os usuários chegam ao mesmo através de encaminhamentos dessas instituições ou pela procura espontânea do usuário e familiares.

O município conta com o CAPS, tipo I, que atende pacientes com transtornos mentais graves e moderados, incluindo transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e drogas), prestando assistência para crianças, adolescentes e adultos. Está localizado na Rua Sete Irmãos, nº 798, Bairro Centro, Encantado, e mantém seu funcionamento diariamente, de segundas feiras às sextas feiras, das 8h às 18h sem fechar ao meio dia.

Atualmente o CAPS possui cerca de 700 pacientes, compreendido entre os regimes intensivo e semi-intensivo. Os pacientes do regime intensivo são aqueles que apresentam alto índice de sofrimento psiquiátrico, havendo a necessidade de acompanhamento do CAPS todos os dias. Os pacientes do semi-intensivo, por sua vez, são aqueles que já apresentaram uma melhora significativa durante o tratamento, mas que ainda possuem dificuldades que devem ser observadas de perto, portanto, devendo comparecer ao local para acompanhamento de até 12 dias no mês.

Em visita realizada na atual sede e entrevista com a coordenadora e funcionários do CAPS, foi possível verificar as principais dificuldades que os profissionais e usuários enfrentam. Ainda, foi constatado que não existe acessibilidade, como por exemplo rampas para cadeirantes, tendo o mesmo que ser feito apenas por escadas.

O refeitório que deveria ser um espaço de convivência para os usuários está em um espaço limitado, com poucas acomodações e a cozinha teve que ser adaptada. O sanitário, por sua vez, é de uso coletivo, não possuindo especificidades

quanto aos gêneros, e nem banheiro adaptado para cadeirantes.

Na única sala de oficina, observa-se a falta de espaço para a realização de atividades e para o armazenamento de materiais. Segundo relato da coordenadora, a sala não possui condições adequadas, pois a maioria das atividades realizadas são em grupo e muitas vezes não é possível acomodar todos os usuários e guardar os materiais utilizados para as oficinas.

Outra dificuldade encontrada é a falta de espaço para as atividades coletivas externas, de acordo com os relatos dos profissionais que lá atuam. Existe uma área aberta atrás da residência, mas em vista da existência de um desnível na área, o local é pouco utilizado. Portanto, geralmente as atividades são realizadas em uma área em frente ao refeitório, onde possui apenas um toldo para os dias de chuva.

Essas observações, relatadas por profissionais e verificadas durante a visita, refletem que existem problemas de espaço físico, além de conflitos de usos e problemas de organização da atual sede do CAPS.

O projeto proposto para nova sede do Centro de Atenção Psicossocial do município de Encantado visa melhorar a qualidade de atendimento dos usuários, de acordo com as normas técnicas do Ministério da Saúde. O objetivo é, através da arquitetura, criar ambientes modernos e que proporcionam maior qualidade de vida aos seus pacientes e familiares, passando para a sociedade um novo olhar em relação ao centro e a necessidade do mesmo existir e continuar contribuindo na vida dos mesmos.

Figura 1: Fachada Principal



Fonte: Autora (2018)

Figura 2: Acesso principal



Fonte: Autora (2018)

Figura 3: Refeitório



Fonte: Autora (2018)

Figura 4: Cozinha



Fonte: Autora (2018)

Figura 5: Sala de oficina



Fonte: Autora (2018)

Figura 6: Área externa



Fonte: Autora (2018)

Figura 7: Área externa



Fonte: Autora (2018)

## 2.3 Histórico da assistência social psiquiátrica

### 2.3.1 Tratamento da doença mental ao longo das épocas

De acordo com Pelbart (1989), nem sempre aquilo que convencionou-se chamar de loucura significou doença. Desatino, alienação, doença mental, sofrimento psíquico não foram pensados de maneira uniforme, nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal. É particular da cultura, em cada período da história da humanidade, atribuir à loucura uma função diferente e também inventar um modo específico de ser louco.

Foucault conceitua loucura, antes de tudo, como uma construção social e tem sua definição permeada através de aspetos culturais ao longo das épocas. Nesse sentido, o autor menciona que “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”.

Ainda de acordo com Foucault (2010, p. 47), a ligação entre a loucura e o internamento ocorrerá na metade do século XVII. A prática do internamento determina um novo comportamento à miséria, de um modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência. O miserável, o pobre, o homem que não tem condições de responder por sua própria existência, assumiu durante o século XVI uma figura que a idade média não havia reconhecido. Foi durante o século XVII que a internação assumiu um sentido completamente diferente da prisão da idade média.

Desta forma, durante a idade média o louco era visto como um personagem sagrado, participava dos obscuros poderes da miséria e a partir do século XVII a miséria passou a ser encarada em seu horizonte moral. Antes o louco era acolhido pela sociedade, agora ele passa a ser excluído pois perturba a ordem do espaço social.

Conforme Foucault (2010, p. 56), a renascença despojou a miséria de sua positividade mística. Isso ocorreu através de um duplo movimento do pensamento que retira a pobreza seu sentido absoluto e a caridade o valor que ela obtém dessa pobreza socorrida. No mundo de Lutero, e sobretudo de Calvino, as vontades particulares de Deus – esta “singular bondade de Deus para cada um de nós” – não deixem a felicidade ou à infelicidade, à riqueza ou à pobreza, à glória ou à miséria o dom de falar por si mesmas.

As cidades e os Estados substituem a igreja nas tarefas de assistência, desta

forma, instituem impostos, fazem-se coletas, favorecem-se as doações e originam as doações testamentárias. De acordo Foucault (2010, p. 58).

A fé não apenas não nos torna negligentes com as boas obras como também é a raiz com que estas são produzidas. Donde esta tendência, comum a todos os movimentos da Reforma de Transformar os bens da igreja em profanas. No ano de 1925, ocorre a supressão dos conventos e o confisco de seus bens, que passaram a servir para aliviar a miséria. Com efeito durante muito tempo, é nos antigos conventos que se estabelecerão os grandes asilos.

A relação entre o internamento e o início de uma nova reação a miséria, durante o século XVII, resulta em uma nova visão do pobre, diferente da Idade Média. A miséria passa a ser vista como um obstáculo contra a o desenvolvimento do estado, passando de uma experiência religiosa que a santifica para uma concepção moral que a condena.

Em meados do século XVIII, a diminuição do número de loucos no antigos asilos, deu-se devido a abertura de casas designadas a receber exclusivamente os insensatos. Durante esse período a loucura era vista como ausência de liberdade e ganha um sentido próprio e específico, tornando-se autônoma do desatino, com a qual ela estava confusamente misturada.

Durante o século XIX, as desavenças entre os indivíduos e seus familiares passa a ser um assunto particular e assume o aspecto de um problema psicológico. Segundo (FOUCAULT, 2000, p. 89):

Durante todo o período de internamento, esse assunto esteve no entanto ligado à ordem pública; punha em causa uma espécie de estatuto moral universal: toda a cidade interessava-se pelo rigor da estrutura familiar. Todo aquele que feria essa estrutura passava para o mundo do desatino. E foi assim tornando-se a forma maior da sensibilidade ao desatino, que a família, um dia, poderá constituir-se no topos dos conflitos onde nascem as diversas formas da loucura.

Ainda segundo o autor, quando a época clássica internava todos aqueles que, em virtude de uma doença venérea, da homossexualidade, da devassidão ou da prodigalidade, manifestava uma liberdade sexual que a moral dos antepassados condenava, ela estava realizando uma estranha revolução moral: descobria um

denominador comum, a insanidade, para experiências que durante muito tempo estiveram bastante afetadas umas das outras. Agrupava todo um conjunto de condutas condenadas, formando uma espécie de halo de culpabilidade em torno da loucura.

### 2.3.2 Reforma psiquiátrica

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início em meados dos anos 70, com o propósito da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde e ainda da defesa da saúde coletiva.

Segundo Amarante (1995), a reforma psiquiátrica consistiu em um processo histórico de desenvolvimento com os objetivos e estratégias sobre a elaboração de propostas de transformações do modelo clássico da psiquiatria e do paradigma existente na área.

No ano de 1978 foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores de diversos segmentos, entre eles integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Foi durante esse movimento que colocaram em evidência a necessidade de uma reforma psiquiátrica no Brasil e a elaboração da denúncia da violência dos manicômios.

Em 1987 surge o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, e em 1989 um hospital psiquiátrico privado, a Casa de Saúde Anchieta, que sofreu uma intervenção do poder público municipal, após inúmeras denúncias de maus tratos e mortes de pacientes. Tal intervenção teve repercussão nacional e demonstrou a possibilidade da construção de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. (Brasil, 2005).

No ano de 1990, após um compromisso firmado pelo Brasil na assinatura de Caracas, passa a entrar em vigor no País as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária e as primeiras normas para a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, é criado o SUS –

Sistema Único de Saúde, formado pela vinculação entre as gestões federal, estadual e municipal, exercendo através dos Conselhos Comunitários de Saúde o poder de controle social.

Em 2011 foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001) redirecionada a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento do tratamento em serviços de base comunitária, dispondo ainda sobre a proteção e os direitos das pessoas que apresentam algum transtorno mental. Porém, tal lei não apresentou mecanismos claros quanto a progressiva extinção dos manicômios.

## 2.4 Políticas públicas no Brasil

O direito à saúde foi incluído na Constituição Federal de 1988 no título destinado à ordem social, com o objetivo principal de proporcionar o bem estar e a justiça social. O artigo 6º da referida lei, estabelece como direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados.

A Constituição Federal atribui à saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme Art. 196 e 197:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, como os artigos que seguem:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, parte-se da premissa que o Estado deve ser o garantidor destes direitos para a sua população, sendo o responsável pela criação e implantação de meios para se chegar a tal, como os que serão abordados neste capítulo.

#### 2.4.1 Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação do paciente, até aqueles procedimentos mais complexos, como por exemplo o transplante de órgãos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal, e com a sua criação, proporcionou o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção básica, média e de alta complexidade, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológicas, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica. (Brasil, 2018).

No final do ano de 2010, um acordo envolvendo o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho

Nacional de Secretários de Saúde (Conass), foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destaca-se que a solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. De acordo com Brasil, 2010, a Rede de Atenção à Saúde é compreendida como:

*“Os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”*

No processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde, todos os pontos são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos esperados e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. Desta forma, os pontos de atenção refletem em uma lógica de trabalho em rede, em que todos eles são importantes para uma maior eficácia da gestão do sistema de saúde.

Os pontos das Redes de Atenção à Saúde foram estabelecidos:

1. Rede Cegonha.
2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).
3. Rede de Atenção Psicossocial (Raps).
4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.
5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Gráfico 1: Lógica do conceito das Redes de Atenção à saúde

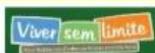


Fonte: Adaptado de: VASCONCELOS, Lêda Lúcia Couto de. Redes de atenção à saúde. Brasília: DARAS, SES Minas Gerais, 2011.

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Tabela 1: Componentes da rede de atenção psicossocial

REDE PSICOSSOCIAL	
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade Básica de Saúde,</li> <li>• Núcleo de Apoio à Saúde da Família,</li> <li>• Consultório na Rua,</li> <li>• Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório</li> <li>• Centros de Convivência e Cultura</li> </ul>
Atenção Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;</li> </ul>
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU 192,</li> <li>• Sala de Estabilização,</li> <li>• UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde</li> </ul>
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Acolhimento</li> <li>• Serviço de Atenção em Regime Residencial</li> </ul>
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermaria especializada em Hospital Geral</li> <li>• Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas</li> </ul>
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Residenciais Terapêuticos</li> <li>• Programa de Volta para Casa</li> </ul>
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,</li> <li>• Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais</li> </ul>



Ministério da Saúde



Fonte: Ministério da Saúde

Nos últimos anos, a expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção à saúde mental, especialmente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram objetivos principais das ações e normatização do Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde pautou-se pela implantação de uma rede pública e articulada de serviços.

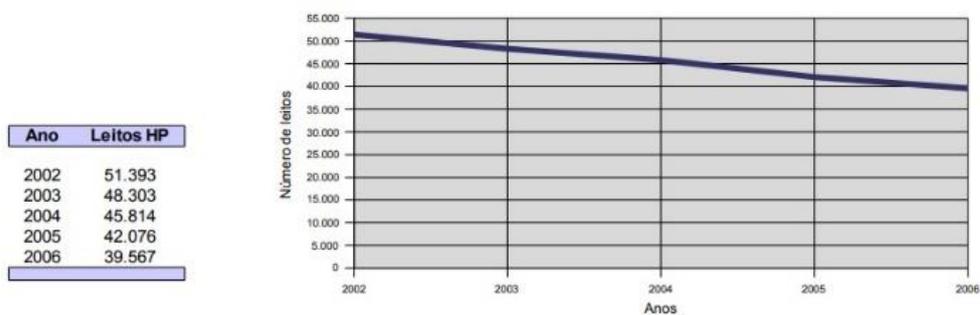
A decisão política pela composição de uma rede pública de CAPS enfrentou resistências, uma vez que o Sistema Único de Saúde possibilita a contratação de serviços privados, em caráter complementar à rede pública. As recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e o caráter estratégico destes serviços, que têm atribuições intransferíveis, fundaram, no entanto, a decisão política por uma rede CAPS de gestão pública. A partir de 2003, apenas CAPS públicos (em sua quase totalidade, municipais) foram cadastrados junto ao Ministério da Saúde. Na mesma direção, os municípios foram incentivados a municipalizar os poucos serviços privados ou filantrópicos, existentes há mais tempo na rede, e que prestassem atendimento relevante. Hoje, 98,6% dos CAPS da rede são públicos. (BRASIL, 2007, p. 11).

Em 2002, foi lançado o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), por normatização do Ministério da Saúde, uma estratégia para avaliar a situação dos hospitais psiquiátricos e reduzir os números de leitos, com critérios rígidos de qualidade e processos de intervenção no local.

O processo de redução de leitos psiquiátricos em hospitais ganha grande impulso após uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros e seguros para a redução de leitos psiquiátricos. Essa redução foi alcançada após a implantação da Reforma Psiquiátrica, nas três esferas do governo, federal, estadual e municipal.

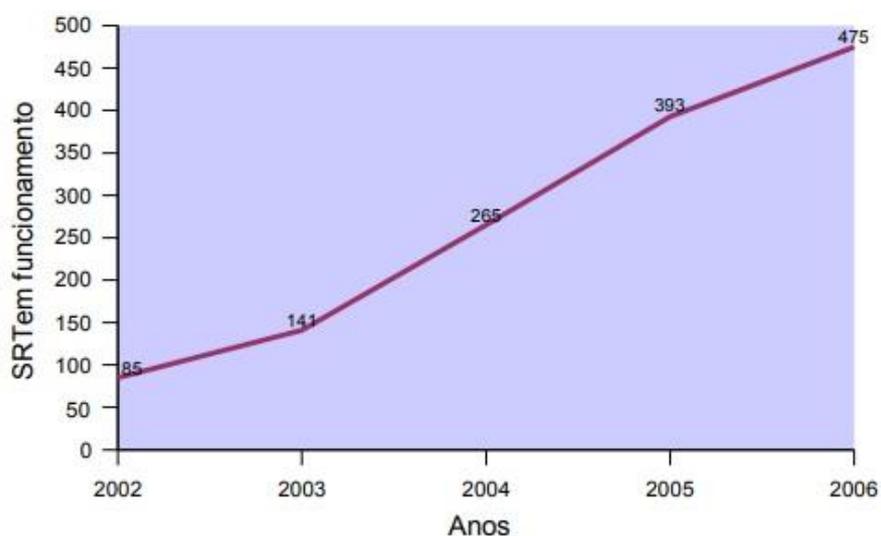
De acordo com os gráficos apresentados abaixo, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, podemos analisar o processo de desativação de leitos de 2002 a 2006, acompanhados pelo crescimento de serviços extra hospitalares, com o aumento de serviços residenciais terapêuticos e a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial no período de 1980 à 2006.

Gráfico 2: Leitos Psiquiátricos SUS por ano (1996-2005)



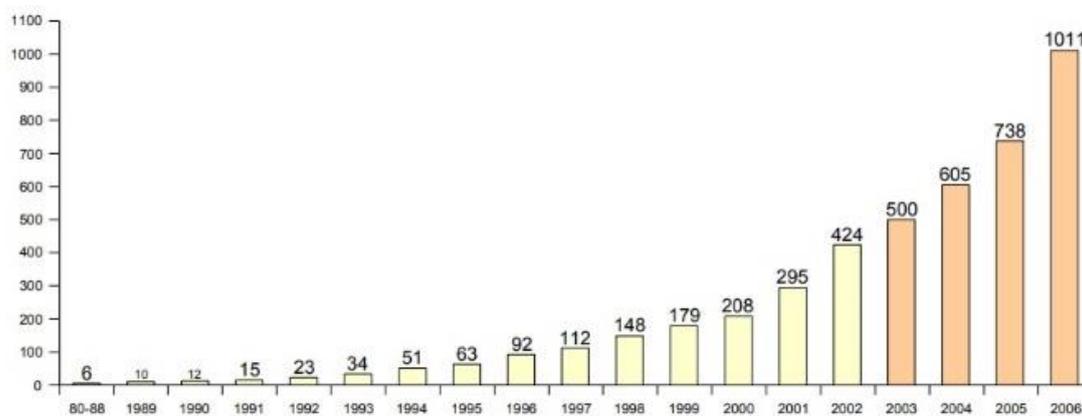
Fonte: Ministério da Saúde

Gráfico 3: Serviços Residenciais Terapêuticos (2002 a 2006)



Fonte: Ministério da Saúde.

Gráfico 4: Expansão anual dos CAPS (1980 a dezembro de 2006)



Fonte: Ministério da Saúde

# 3

## PROGRAMA

---

### 3 PROGRAMA

Neste capítulo, será apresentado a descrição do programa de necessidades, levando em consideração os objetivos dos CAPS e as práticas a serem desenvolvidas.

#### 3.1 Apresentação do programa proposto

Os CAPS nas suas diferentes modalidades, prestam atendimento em transtornos mentais em interação com as famílias, e são implantados em municípios de acordo com seus diferentes portes populacionais. Esses centros variam quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, número de profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas.

O programa de necessidades do Centro de Atenção Psicossocial tem como objetivo prestar serviços de atenção contínua, projetando um espaço adequado para esse serviço no município de Encantado, a fim de atender a demanda, as necessidades dos usuários e as atividades que vão se desenvolver no local.

O desenvolvimento dessas ações garantam a integridade física e mental desses pacientes, evitando as internações hospitalares e fazendo a inclusão social desses pacientes na sociedade.

O acesso ao serviço, que mantém seu funcionamento diariamente, de segundas feiras às sextas feiras, das 8h às 18h sem fechar ao meio dia, corrobora com as diretrizes do SUS. Toda pessoa que procurar atendimento no CAPS é acolhida e para essas pessoas são prestados esclarecimentos e orientações.

O usuário chega ao serviço através de encaminhamentos feitos por médicos e outros profissionais do município, encaminhamentos de algumas instituições ou ainda pela procura espontânea do usuário e familiares.

O primeiro atendimento, o acolhimento, é feito por profissionais que compõe a equipe no momento da chegada do usuário ao serviço. É feito uma avaliação interdisciplinar, onde é traçado um plano terapêutico inicial de acordo com o

momento e situação específica de cada usuário. A partir dessa avaliação é feito um agendamento para o atendimento adequado e específico para o paciente, e nos casos mais graves, o encaminhamento é feito imediatamente.

De acordo com a pesquisa feita até o momento, foi elaborada a tabela abaixo que menciona as áreas do programa proposto tendo como referência os condicionantes legais e a demanda a ser atendida.

Tabela 2: Tabela de áreas do programa proposto

<b>RECEPÇÃO</b>			
Ambiente	Área	Quantidade	Total
Hall	30,00m <sup>2</sup>	1	30,00m <sup>2</sup>
Recepção (espaço de acolhimento)	30,00m <sup>2</sup>	1	30,00m <sup>2</sup>
WC Feminino	10,00m <sup>2</sup>	1	10,00m <sup>2</sup>
WC Masculino	10,00m <sup>2</sup>	1	10,00m <sup>2</sup>
WC Acessível	15,00m <sup>2</sup>	1	15,00m <sup>2</sup>
<b>SUBTOTAL</b>			<b>95,00m<sup>2</sup></b>
<b>ADMINISTRAÇÃO</b>			
Ambiente	Área	Quantidade	Total
Sala administrativa	20,00m <sup>2</sup>	1	20,00m <sup>2</sup>
Sala de reunião	30,00m <sup>2</sup>	1	30,00m <sup>2</sup>
Almoxarifado	10,00m <sup>2</sup>	1	10,00m <sup>2</sup>
Sala para arquivo	10,00m <sup>2</sup>	1	10,00m <sup>2</sup>
WC Feminino	10,00m <sup>2</sup>	1	10,00m <sup>2</sup>
WC Masculino	10,00m <sup>2</sup>	1	10,00m <sup>2</sup>
WC Acessível	15,00m <sup>2</sup>	1	15,00m <sup>2</sup>
<b>SUBTOTAL</b>			<b>105,00m<sup>2</sup></b>
<b>SALAS PARA ATENDIMENTO</b>			
Ambiente	Área	Quantidade	Total
Salas de atendimento individualizado	20,00m <sup>2</sup>	3	60,00m <sup>2</sup>
Sala de atendimento coletivo	30,00m <sup>2</sup>	2	60,00m <sup>2</sup>
Sala psicólogo	20,00m <sup>2</sup>	1	20,00m <sup>2</sup>

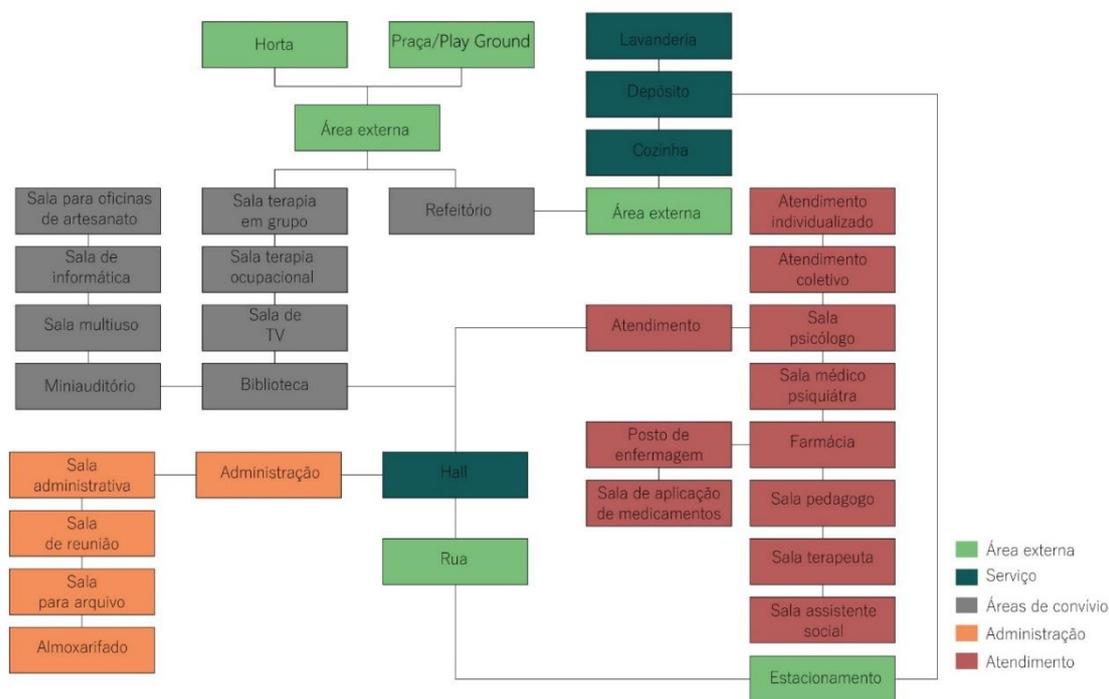
Sala médico psiquiatra	20,00m <sup>2</sup>	1	20,00m <sup>2</sup>
Sala assistente social	20,00m <sup>2</sup>	1	20,00m <sup>2</sup>
Sala pedagogo	20,00m <sup>2</sup>	1	20,00m <sup>2</sup>
Sala terapeuta	20,00m <sup>2</sup>	1	20,00m <sup>2</sup>
Sala de aplicação de medicamentos	10,00m <sup>2</sup>	1	10,00m <sup>2</sup>
Posto de enfermagem	15,00m <sup>2</sup>	1	15,00m <sup>2</sup>
Farmácia	40,00m <sup>2</sup>	1	40,00m <sup>2</sup>
<b>SUBTOTAL</b>			<b>275,00m<sup>2</sup></b>
<b>CONVIVÊNCIA</b>			
Ambiente	Área	Quantidade	Total
Espaço interno de convivência (Área de estar para paciente, acompanhante de paciente e visitante)	50,00m <sup>2</sup>	1	50,00m <sup>2</sup>
Sala para terapia ocupacional	50,00m <sup>2</sup>	1	50,00m <sup>2</sup>
Sala para terapia de grupo	50,00m <sup>2</sup>	1	50,00m <sup>2</sup>
Sala de TV	20,00m <sup>2</sup>	1	20,00m <sup>2</sup>
Sala para descanso	30,00m <sup>2</sup>	2	60,00m <sup>2</sup>
Sala de informática	30,00m <sup>2</sup>	1	30,00m <sup>2</sup>
Sala para oficinas de artesanato	30,00m <sup>2</sup>	1	30,00m <sup>2</sup>
Biblioteca	50,00m <sup>2</sup>	1	50,00m <sup>2</sup>
Sala Multiuso	15,00m <sup>2</sup>	1	15,00m <sup>2</sup>
Mini Auditório	65,00m <sup>2</sup>	1	65,00m <sup>2</sup>
<b>SUBTOTAL</b>			<b>420,00m<sup>2</sup></b>
<b>ZONA DE SERVIÇO</b>			
Ambiente	Área	Quantidade	Total
Cozinha	50,00m <sup>2</sup>	1	50,00m <sup>2</sup>
Refeitório	60,00m <sup>2</sup>	1	60,00m <sup>2</sup>
Vestiário p/ funcionários	15,00m <sup>2</sup>	2	30,00m <sup>2</sup>
Lavanderia	15,00m <sup>2</sup>	1	15,00m <sup>2</sup>
Convivência funcionários	30,00m <sup>2</sup>	1	30,00m <sup>2</sup>
Sala de Utilidades	5,00m <sup>2</sup>	1	5,00m <sup>2</sup>
WC Feminino	10,00m <sup>2</sup>	1	10,00m <sup>2</sup>
WC Masculino	10,00m <sup>2</sup>	1	10,00m <sup>2</sup>

WC Acessível	15,00m <sup>2</sup>	1	15,00m <sup>2</sup>
Depósito geral	5,00m <sup>2</sup>	1	5,00m <sup>2</sup>
Depósito de material de limpeza (DML)	5,00m <sup>2</sup>	1	5,00m <sup>2</sup>
Depósito de lixo	10,00m <sup>2</sup>	1	10,00m <sup>2</sup>
Depósito de lixo hospitalar	10,00m <sup>2</sup>	1	10,00m <sup>2</sup>
Abrigo de recipientes de resíduos de lixo	4,00m <sup>2</sup>	1	4,00m <sup>2</sup>
Abrigo de resíduos sólidos	4,00m <sup>2</sup>	1	4,00m <sup>2</sup>
<b>SUBTOTAL</b>			<b>263,00m<sup>2</sup></b>
<b>ÁREA EXTERIOR</b>			
Ambiente	Área	Quantidade	Total
Horta	Variável	-	Variável
Praça	-	-	-
Área externa de convivência	-	-	-
Play Ground	50,00m <sup>2</sup>	-	50,00m <sup>2</sup>
<b>SUBTOTAL</b>			<b>50,00m<sup>2</sup></b>
<b>ESTACIONAMENTO</b>			
Ambiente	Área	Quantidade	Total
Acesso veículos	-	-	-
Estacionamento	-	-	-
Embarque/desembarque ambulância	20,00m <sup>2</sup>	1	20,00m <sup>2</sup>
<b>SUBTOTAL</b>			<b>20,00m<sup>2</sup></b>
<b>ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA</b>			<b>1228,00m<sup>2</sup></b>
<b>ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA + 20% CIRCULAÇÃO</b>			<b>1473,60m<sup>2</sup></b>

Fonte: Autora (2018)

### 3.2 Organograma

Figura 8: Organograma



Fonte: Autora (2018)

### 3.3 Condicionantes legais do programa

Em 2015, o Ministério da Saúde, órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde da população brasileira criou um manual de orientações para elaboração de construção, reforma e ampliação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Unidades de Acolhimento (UAs), pontos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Esse manual tem como objetivo fornecer subsídios e orientar os gestores locais e equipes desses centros para o planejamento de projeto de construção, reforma e ampliação dos ambientes dos CAPS. A elaboração dos projetos devem ser adequados às realidades do local que será inserido, aos contextos socioculturais, ao número previstos de profissionais das equipes e também ao número de usuários.

É essencial que os projetos arquitetônicos propostos promovam a relação e

processos de trabalho de acordo com as diretrizes e objetivos das RAPS, caracterizada pela atenção humanizada, de base comunitária, substitutiva ao modelo asilar, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e a liberdade das pessoas. Ressalta-se que, de acordo com as necessidades locais, a proposta de ambientes poderá ser ampliada, já que o manual visa contribuir com a definição e a reflexão sobre os projetos de construção, de reforma e/ou ampliação de CAPS e de UA e não se propõe à padronização de estrutura física. (Brasil, 2015).

Os Centros de Atenção Psicossocial fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem como objetivo a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, para pessoas com algum tipo de sofrimento, transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, no campo do Sistema Único de Saúde (SUS).

Levando em consideração os objetivos dos CAPS e as práticas a serem desenvolvidas, o manual de orientações para elaboração de construção, reforma e ampliação de Centros de Atenção Psicossocial, esses mesmos devem contar no mínimo com os seguintes ambientes, especificados nas tabelas abaixo, conforme o tipo:

Tabela 3: Relação de ambientes 1

Nome resumido ambiente	Quant. mínima obrigatória						Área unit. mínima (aproximada) obrigatória (m <sup>2</sup> )					
	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i
Espaço de Acolhimento	1	1	1	1	1	1	30	30	30	30	30	30
Sala de atendimento individualizado	3	3	3	3	3	3	9	9	9	9	9	9
Sala de atividades coletivas	2	3	2	2	2	2	24	24	22	22	22	22
Depósito anexo às salas de atividades coletivas	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Espaço interno de convivência (Área de estar para paciente, acompanhante de paciente e visitante)	1	1	1	1	1	1	50	50	50	50	50	50
Sanitário PNE público masculino	1	1	1	1	1	1	12	12	10	10	10	10
Sanitário PNE público feminino	1	1	1	1	1	1	12	12	10	10	10	10
Sala de aplicação de medicamentos (Sala de Medicação)	1	1	1	1	1	1	6	6	6	6	6	6
Posto de enfermagem	1	1	1	1	1	1	6	6	6	6	6	6

Fonte: Ministério da Saúde.

Tabela 4: Relação de ambientes 2

Nome resumido ambiente	Quant. mínima obrigatória						Área unit. mínima (aproximada) obrigatória (m²)					
	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i
Quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com 02 camas)	4	3	1	1	1	1	12	12	12	12	12	12
Banheiro contíguo aos Quartos coletivos com acomodações individuais	4	3	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3
Quarto Coletivo (para Acolhimento Noturno com 02 leitos)	1	0	0	0	0	0	14,5	0	0	0	0	0
Banheiro PNE contíguo ao Quarto Coletivo (para Acolhimento Noturno com 02 leitos)	1	0	0	0	0	0	4,5	0	0	0	0	0
Quarto de Plantão (Sala de Repouso Profissional)	1	1	0	0	0	0	9,5	9,5	0	0	0	0
Banheiro Contíguo ao Quarto de Plantão	1	1	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0
Sala Administrativa	1	1	1	1	1	1	12	12	12	12	12	12
Sala de Reunião	1	1	1	1	1	1	16	16	16	16	16	16
Almoxarifado	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4

Fonte: Ministério da Saúde.

Tabela 5: Relação de ambientes 3

Nome resumido ambiente	Quant. mínima obrigatória						Área unit. mínima (aproximada) obrigatória (m²)					
	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i	CAPS ADIII	CAPS III	CAPS II	CAPS I	CAPS AD	CAPS i
Arquivo	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
Refeitório	1	1	1	1	1	1	50	50	50	50	50	50
Cozinha	1	1	1	1	1	1	35	35	35	35	35	35
Banheiro com vestiário para funcionários	2	2	2	2	2	2	9	9	9	9	9	9
Depósito de material de limpeza (DML)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Rouparia	1	1	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0
Sala de Utilidades	1	1	1	1	1	1	2,5	2,5	3	3	3	3
Farmácia	1	1	1	1	1	1	7	7	7	7	7	7
Área de Serviços	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4
Área externa de convivência	1	1	1	1	1	1	50	50	50	50	50	50
Área externa para embarque e desembarque	1	1	1	1	1	1	20	20	20	20	20	20
Abrigo externo de resíduos comuns	1	1	1	1	1	1	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Abrigo GLP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

\*A soma dos ambientes não representa a metragem total do edifício. Não estão incluídos corredores de circulação e paredes.

\*\* As metragens mínimas indicadas no anexo desta portaria poderão ter margem de 10% de variação, respeitados os limites mínimos estabelecidos pela RDC 50.

Fonte: Ministério da Saúde.

### 3.3.1 Tipos de CAPS

De acordo com o Manual de Orientações para elaboração de projetos de CAPS, esses centros estão organizados nas seguintes modalidades, (Brasil, 2015):

**CAPS I:** Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.

**CAPS II:** Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

**CAPS III:** Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.

**CAPSad:** Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

**CAPSad III:** Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com

população acima de 150 mil habitantes.

**CAPSi:** Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

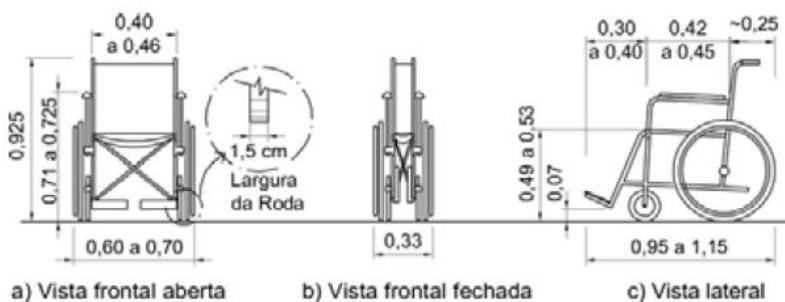
A modalidade a ser desenvolvida na segunda etapa do Trabalho de Conclusão de Curso será o CAPS tipo I, pois é o adequado para o município de Encantado, conforme as diretrizes mencionadas e estudadas neste trabalho.

### 3.3.2 NBR 9050 - Norma Técnica de Acessibilidade Brasileira

Além dos condicionantes legais do terreno e as normativas do programa, também será utilizado como base outras leis e normas brasileiras. De acordo com análises feitas, a proposta da edificação atenderá a NBR 9050, Norma Técnica de Acessibilidade Brasileira conhecida por trazer critérios e parâmetros para instalação de equipamentos e adaptações de espaços urbanos de forma a se tornarem acessíveis para todas as pessoas.

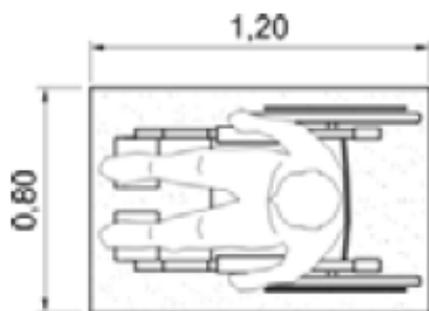
Para as pessoas em cadeira de rodas, a norma apresenta dimensões para cadeiras de rodas manuais ou motorizadas (Figura 9). Na figura 10, podemos analisar a ocupação de uma pessoa utilizando cadeira de rodas, a projeção de 0,80 m por 1,20 m no piso, conhecido como Módulo de referência (M.R.). Estabelece ainda, largura para deslocamento em linha reta de pessoas em cadeira de rodas. A figura 11 mostra dimensões referenciais para deslocamento em linha reta de pessoas em cadeiras de rodas.

Figura 9: Dimensões cadeira de rodas



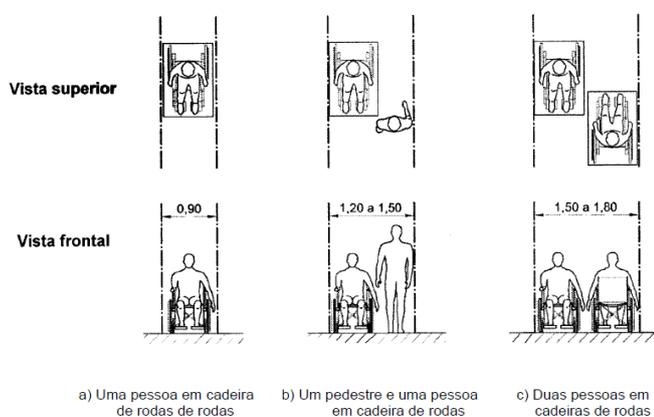
Fonte: NBR 9050

Figura 10: Dimensões do módulo de referência (M.R.)



Fonte: NBR 9050

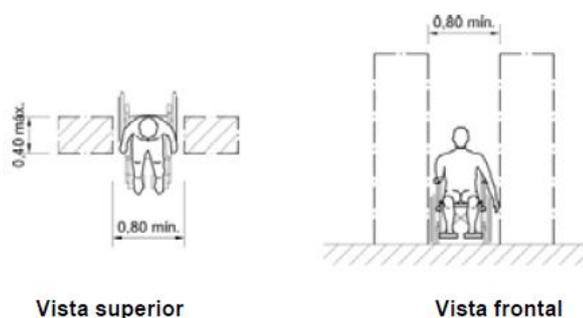
Figura 11: Largura para deslocamento em linha reta



Fonte: NBR 9050

A figura abaixo, mostra dimensões referenciais para a transposição de obstáculos isolados por pessoas em cadeiras de rodas. A largura mínima necessária para a transposição de obstáculos isolados com extensão de no máximo 0,40 m deve ser de 0,80 m, conforme figura 12. Para a transposição de obstáculos isolados com extensão acima de 0,40 m a largura mínima deve ser de 0,90 m.

Figura 12: Transposição de obstáculos isolados



Fonte: NBR 9050

Quando aos acessos às edificações e equipamentos urbanos, a norma estabelece que todas as acessos devem ser acessíveis, bem como as rotas de interligação às principais funções do edifício.

São definidos limites, máximos de inclinação, número máximo de segmentos e os desníveis a serem vencidos, para garantia que uma rampa seja acessível. A inclinação das rampas, deve ser calculada conforme a seguinte equação:

$$i = \frac{h \times 100}{c}$$

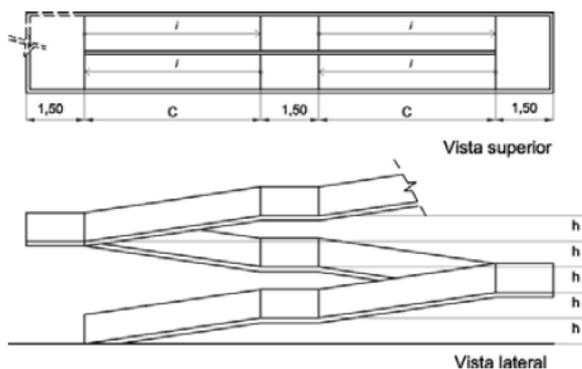
Onde:

$i$  é a inclinação, em porcentagem;

$h$  é a altura do desnível;

$c$  é o comprimento da projeção horizontal.

Figura 13: Dimensionamento de rampas



Fonte: NBR 9050

Figura 04: Tabela para dimensionamento de rampas

Inclinação admissível em cada segmento de rampa $i$ %	Desníveis máximos de cada segmento de rampa $h$ m	Número máximo de segmentos de rampa
5,00 (1:20)	1,50	Sem limite
$5,00 (1:20) < i \leq 6,25 (1:16)$	1,00	Sem limite
$6,25 (1:16) < i \leq 8,33 (1:12)$	0,80	15

Fonte: NBR 9050

Referente à circulação interna, é estabelecido que os corredores devem ser dimensionados de acordo com o fluxo de pessoas, assegurando uma faixa livre de barreiras ou obstáculos. As larguras mínimas para corredores em edificações e equipamentos urbanos são:

- a) 0,90 m para corredores de uso comum com extensão até 4,00 m;
- b) 1,20 m para corredores de uso comum com extensão até 10,00 m; e 1,50 m para corredores com extensão superior a 10,00 m;
- c) 1,50 m para corredores de uso público;
- d) maior que 1,50 m para grandes fluxos de pessoas, conforme aplicação da fórmula apresentada em 6.10.8.

Quanto aos sanitários, banheiros e vestiários acessíveis, estes devem obedecer aos parâmetros desta norma no que diz respeito à instalação de bacia, mictório, lavatório, boxe de chuveiro, acessórios e barras de apoio, além das áreas de circulação, transferência, aproximação e alcance.

Os sanitários e vestiários acessíveis devem localizar-se em rotas acessíveis, próximos à circulação principal, preferencialmente próximo ou integrados às demais instalações sanitárias, e ser devidamente sinalizados.

Conforme a norma, nos locais de serviços de saúde que comportem internações de pacientes, pelo menos 10%, com no mínimo um dos sanitários em apartamentos devem ser acessíveis. Recomenda-se, além disso, que pelo menos outros 10% sejam adaptáveis. Os ambulatórios, postos de saúde, pronto-socorros, laboratórios de análises clínicas, centros de diagnósticos, entre outros, devem ter pelo menos 10% de sanitários acessíveis, sendo no mínimo um por pavimento. Pelo menos uma das salas para cada tipo de serviço prestado deve ser acessível e estar em rota acessível.

### **3.3.3 NBR 9077 - Saídas de emergência em edifícios**

As normas de proteção contra incêndio são fixadas de acordo com regras dispostas na NBR 9077 (Saídas de Emergência em Edifícios). A NBR 9077, se aplica a todas as edificações, classificadas quanto à sua ocupação. Essa norma fixa as condições exigíveis que as edificações devem possuir a fim de que sua população

possa abandoná-las, em caso de incêndio, completamente protegida em sua integridade física; para permitir o fácil acesso de auxílio externo (bombeiros) para o combate ao fogo e a retirada da população.

De acordo com a NBR 9077, a classificação das edificações quanto à sua ocupação enquadra-se nos Serviços de saúde e institucionais, H-2, locais onde pessoas requerem cuidados especiais por limitações físicas ou mentais.

Tabela 6: Classificação das edificações quanto à sua ocupação

H	Serviços de saúde e institucionais	H-1	Hospitais veterinários e assemelhados	Hospitais, clínicas e consultórios veterinários e assemelhados (inclui-se alojamento com ou sem adestramento)
		H-2	Locais onde pessoas requerem cuidados especiais por limitações físicas ou mentais	Asilos, orfanatos, abrigos geriátricos, reformatórios sem celas e outros
		H-3	Hospitais e assemelhados	Hospitais, casas de saúde, prontos-socorros, clínicas com internação, ambulatórios e postos de atendimento de urgência, postos de saúde e puericultura e outros
		H-4	Prédios e instalações vinculados às forças armadas, polícias civil e militar	Quartéis, centrais de polícia, delegacias distritais, postos policiais e outros
		H-5	Locais onde a liberdade das pessoas sofre restrições	Hospitais psiquiátricos, reformatórios, prisões em geral e instituições assemelhadas

Fonte: NBR 9077

A classificação das edificações quanto à altura se enquadra em edificações de média altura, de 6m a 12m.

Em relação as saídas de emergência, deve ser dimensionada em função do número de pessoas que por elas deva transitar. Os acessos são dimensionados a partir dos pavimentos que servirem à população. As escadas, rampas e descargas são dimensionadas em função do pavimento de maior população, as larguras mínimas em qualquer situação deve ser de 1,10m que corresponde a duas unidades de passagem de 55cm. A largura das saídas, isto é, dos acessos, escadas, descargas, e outros, é dada pela seguinte fórmula:

$$N=P/C$$

N = número de unidades de passagem, arredondado para número inteiro.

P = população, 1 pessoaacada3m<sup>2</sup>deárea.

C = capacidade da unidade de passagem.

### 3.3.4 Anvisa RDC nº 50

A Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), estabeleceu em 21 de fevereiro de 2002, o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Neste regulamento são atribuídos a programação físico-funcional dos estabelecimentos assistenciais de saúde, onde estão determinadas as ações a serem desenvolvidas e as metas a serem alcançadas, assim como estão definidas as distintas tecnologias de operação e a conformação das redes físicas de atenção à saúde, delimitando no seu conjunto a listagem de atribuições de cada estabelecimento de saúde do sistema.

4

ÁREA DE INTERVENÇÃO

---

## 4 ÁREA DE INTERVENÇÃO

Nesse capítulo será analisado o terreno escolhido, abordando dados pertinentes como a localização, estrutura viária, orientação solar e condicionantes legais.

### 4.1 Apresentação do terreno

O Município de Encantado situa-se no vale do Taquari, a 150 Km da Capital, Porto Alegre, faz limites com os municípios de Doutor Ricardo, Relvado, Nova Bréscia, Capitão, Arroio do Meio, Roca Sales e Muçum. A cidade tem uma área de 139,158Km<sup>2</sup> e sua população é de 20.510 habitantes conforme IBGE 2010.

Figura 14:Localização Brasil, Rio Grande do Sul e Encantado.



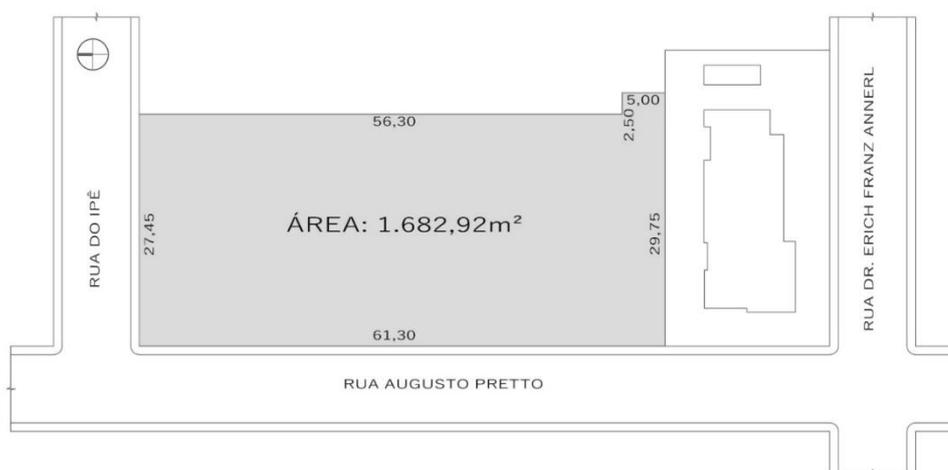
Fonte: Autora.

O município de Encantado/RS é destaque por ser pólo regional de saúde, atendendo as mais diversas especialidades médicas. No município está instalado o Centro Regional de Oftalmologia, Hospital Beneficente Santa Terezinha, Centro Especializado em Reabilitação - CER II e também um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do tipo I, com sede na Rua Sete Irmãos, nº 798, Centro.

O terreno escolhida localiza-se em uma área importante da cidade de Encantado, na Rua Augusto Preto, Quadra 53, Lote, 3-F, Bairro Centro, próximo as principais instituições de saúde do Município. Se tratando de uma área central, o lote apresenta uma considerável circulação de pessoas e infraestrutura necessária.

O terreno possui uma testada de 61,30m no alinhamento da Rua Augusto Preto, com 27,45m na Rua do Ipê e 56,30m de fundos, totalizando 1.682,92m<sup>2</sup>, sendo seu principal acesso feito pela Rua Duque de Caxias ou pela Rua Dr. Érich Franz Aneri.

Figura 15: Situação e localização lote (sem escala)



Fonte: Autora

#### 4.2 Justificativa da escolha do terreno

A escolha do lote em questão para implantação do Centro de Atenção Psicossocial deve-se ao fato de estar centralizado às comunidades que serão atendidas. Tanto o Bairro Navegantes, Nossa Senhora Aparecida e Porto Quinze, se localizam próximos e com fácil acesso aos usuários, além de existir uma parada de ônibus urbano em frente ao lote. Importante salientar também a proximidade do lote com as principais instituições de saúde do Município, Hospital Beneficente Santa Terezinha, Centro Oftalmológico Regional, Unidade Básica de Saúde, laboratórios e clínicas.

Outro fator decisivo para escolha do terreno é de que já existe uma proposta para um Centro de Atenção Psicossocial para o município de Encantado, neste mesmo lote. Em 2013, o município encaminhou o projeto junto ao Ministério da Saúde, para a obtenção de recursos para a construção do CAPS.

### 4.3 Hierarquia viária

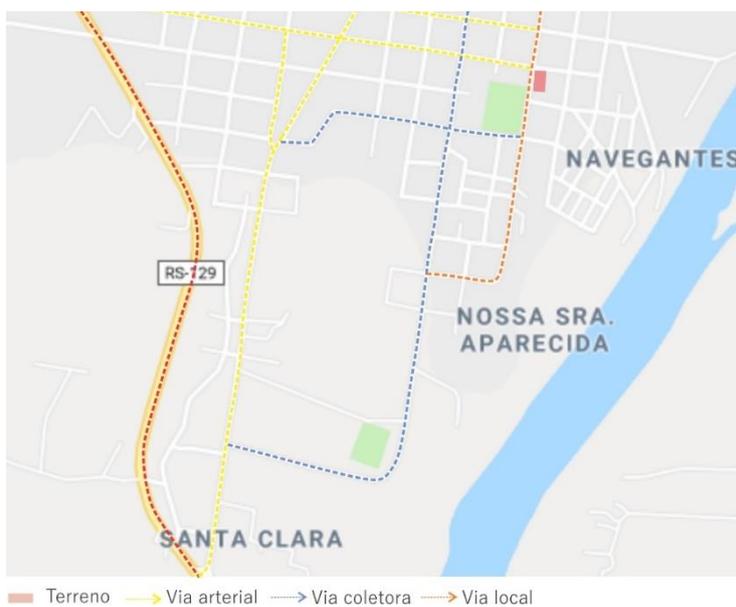
Conforme a figura 16, o fluxo intenso de veículos é na Rua Júlio de Castilhos, via arterial cujo fluxo é diário e constante. Outra via de grande importância é a Rua Duque de Caxias, com sentido duplo que faz ligação com as vias coletoras que dão acesso ao terreno. A maior face do lote localiza-se frente à Rua Augusto Pretto, considerada via local de sentido duplo, com estacionamento dos dois lados e é uma via que circulam o sistema de transporte de ônibus.

Figura 16: Direção e intensidade do tráfego



Fonte: Autora

Figura 17: Principais vias de acesso



Fonte: Autora

#### 4.4 Usos e atividades do entorno

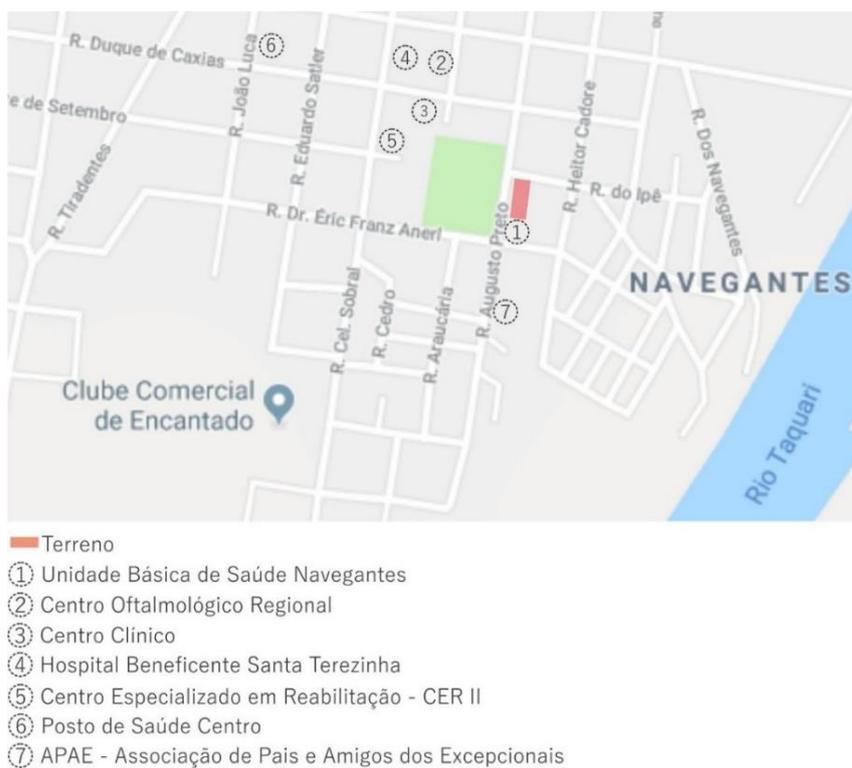
O entorno é constituído por edificações de usos variados, residencial, misto, comércio e serviço como identifica-se na figura 18, porém a predominância é de uso residencial. As principais instituições de saúde, ficam voltadas para a Rua Duque de Caxias. A área que circunda o lote, conta com as principais instituições de saúde do Município, Hospital Beneficente Santa Terezinha, Centro Oftalmológico Regional, Unidade Básica de Saúde, laboratórios e clínicas.

Figura 18: Usos e atividades.



Fonte: Autora

Figura 19: Principais equipamentos

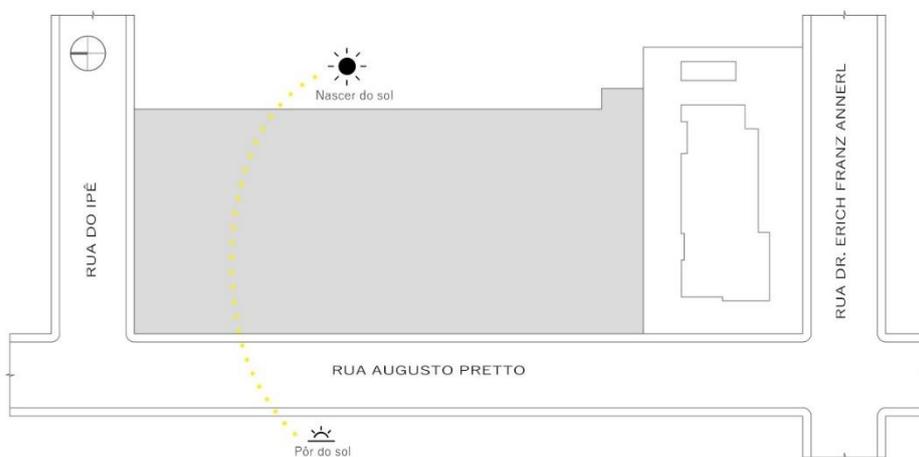


Fonte: Autora

#### 4.5 Orientação solar

Conforme a figura 20, observa-se que o sol nasce nos fundos do terreno e se põe na maior face, voltada para a Rua Augusto Preto e as faces menores são voltadas para a direção norte-sul.

Figura 20: Diagrama de orientação solar



Fonte: Autora

## 4.6 Levantamento fotográfico

Figura 21: Localização das imagens



Fonte: Autora

Figura 22: Vista 01



Fonte: Autora

Figura 23: Vista 02



Fonte: Autora

Figura 24: Vista 03



Fonte: Autora

Figura 25: Vista 04



Fonte: Autora

#### 4.7 Condicionantes legais do terreno

Conforme o plano diretor de desenvolvimento Urbano do Município de Encantado, Capítulo II - DIRETRIZES BÁSICAS DO PLANO SEÇÃO I - ZONEAMENTO DE USOS, o terreno proposto está localizado na zona mista (ZM). Dos usos autorizados na zona mista (ZM), o uso 12 é o que se enquadra no trabalho proposta, segundo o plano diretor: USO 12 – Serviços de Saúde – postos de saúde, ambulatórios, postos assistenciais, postos de atendimento.

As edificações na zona mista deverão obedecer os seguintes critérios de intensidade de ocupação, conforme Art. 12 do Plano Diretor do Município de Encantado:

Tabela 7: Ocupação

USO	IA	TO
Conforme	4	85%
Permissível	3	75%

Fonte: Prefeitura Municipal de Encantado.

Ainda, nesta zona, as edificações devem obedecer os seguintes critérios;

§ 1º - A área mínima do lote deverá ser de 360 m<sup>2</sup>, com testada mínima de 12m;

§ 2º - Nesta zona, as edificações residenciais unifamiliares deverão ser construídas com um recuo mínimo de 4,0 m (quatro metros), observando-se o recuo viário quando for o caso (ANEXO III – Planta do Sistema Viário). As demais edificações, a critério do projetista, sempre respeitando o recuo viário.

O Plano Diretor não estipula limite de altura para as construções, ficando livre este critério para o projeto.

De acordo com o Plano Diretor, o índice de aproveitamento do terreno é de 4, logo a área construída para o projeto poderá ser de 6.731,68m<sup>2</sup>, já que o lote possui 1.682,92m<sup>2</sup>. A taxa de ocupação é de 85%, resultando em uma área de 1.430,48m<sup>2</sup>.

# 5

## REFERÊNCIAS

---

## 5 REFERÊNCIAS

A seguir será apresentado a análise de alguns referenciais arquitetônicos que serão utilizados para fundamentar o projeto do Centro de Atenção Psicossocial a ser desenvolvido na próxima etapa do Trabalho de Conclusão de Curso.

### 5.1 Associação Médica em Salta

**Localização:** Salta, Argentina

**Arquitetos Responsáveis:** Caron Ignacio, Castorina Santiago, Francesconi Andrés. Guel Humberto, Macrelli M

**Ano do projeto:** 2012

Figura 26: Fachada Principal



Fonte: Archdaily (2017)

O primeiro lugar do Concurso Preliminar para a Faculdade de Medicina de Salta, na Argentina, organizado pelo Colégio de Arquitetos de Salta, foi projetado pelo escritório CCFGM.

Conforme ArchDaily (2017), o esquema é organizado a partir de três pátios interligados que estruturam e articulam o edifício e suas funções, e que, ao contrário da ideia de um pátio como um espaço privado, são apresentados como espaços abertos e semipúblicos.

O programa foi organizado em torno do pátio central que funciona como

abertura articuladora dos dois setores: restrito, que conta com administração, escritórios e salas de arquivos e o público com auditórios e salas.

Figura 27: Pátio Central

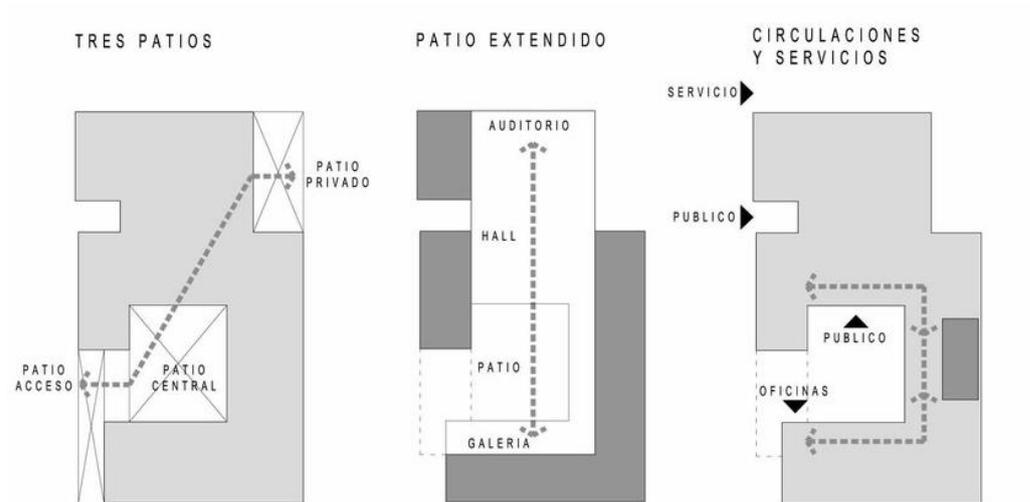


Fonte: Archdaily (2017).

No primeiro diagrama podemos observar, o pátio de entrada através de um espaço semicoberto marca a transição entre a rua e o pátio central, a partir do qual é possível acrescentar ao próprio edifício, tanto à área administrativa como as áreas públicas.

No segundo diagrama é possível observar o pátio central posicionado como uma sala ao livre a partir da qual é possível acessar dois setores, a área administrativa que abriga escritórios e salas de arquivos e o setor público onde o auditório e os corredores estão localizados. Para estes dois pátios, um terceiro pátio privado é adicionado, onde a grade e o acesso aos serviços estão localizados.

Figura 28: Diagramas compositivos pátio central



Fonte: Archdaily (2017).

A galeria tradicional em torno do pátio central, é repensado não só como um espaço de circulação, mas como um espaço flexível, capaz de acomodar várias funções e integrar construção espacial e funcional, visando criar um único espaço contínuo (variações formais e espaciais) a continuidade entre a área de atenção pública, o pátio central, o auditório e o auditório. (ARCHDAILY, 2017).

Figura 29: Pátio Central



Fonte: Archdaily (2017)

O edifício possui um caráter volumétrico sólido, paredes espessas com aberturas estreitas em direção ao exterior e planos voltados para o pátio interno. Como na arquitetura do nordeste da Argentina, o projeto busca obter o maior conforto térmico possível.

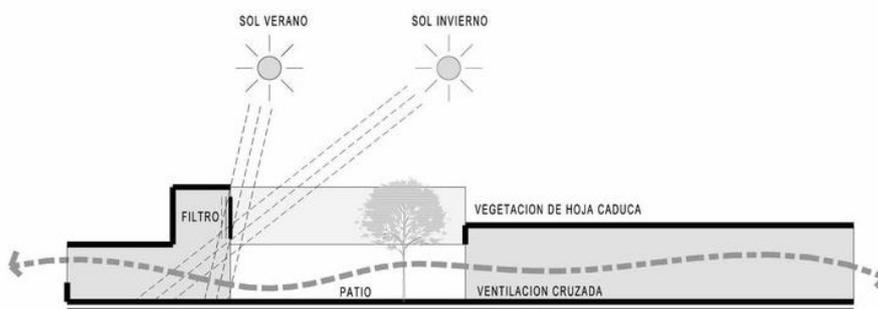
Figura 30: Relação entre a rua e a edificação



Fonte: Archdaily (2017)

A relação entre volumes e pátio favorece o controle térmico edifício.

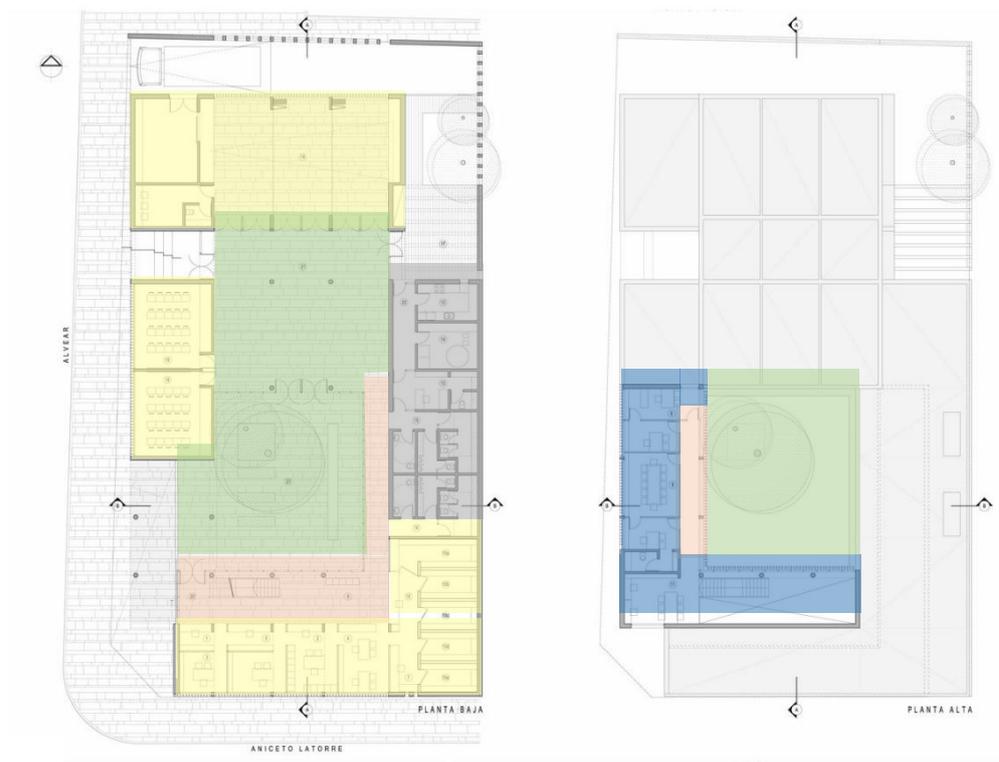
Figura 31: Controle térmico do edifício.



Fonte: Archdaily (2017)

O edifício está organizado em três partes em forma de L (em planta) ligadas ao redor do pátio central, que ajudam a estruturar as funções, limites e etapas do projeto

Figura 32: Planta Baixa



Circulação Pátio Administrativo Público Sanitários/apoio

Fonte: Archdaily (2017) /Autor

## 5.2 Concurso para a Unidade Básica de Saúde.

**Localização:** Parque do Riacho, Distrito Federal

**Arquitetos:** Saboia+Ruiz Arquitetos

**Equipe:** Alexandre Ruiz, Thais Saboia, Rodrigo Vinci, Haraldo Hauer, André Bihuna D'Oliveira, Luca Fischer, Lucas Freitas, Michela Neri

**Ano do projeto:** 2016

Figura 33: Fachada Principal

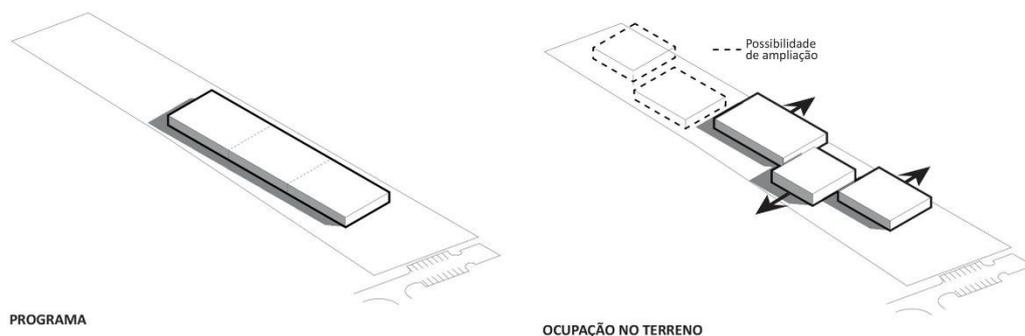


Fonte: Archdaily (2017).

Segundo Archdaily (2017) a criação de uma Unidade Básica de Saúde organizada a partir de blocos quadrados com pátios internos se apoia em uma estratégia projetual com dois focos de qualificação: o externo (espaço urbano) e o interno (humanização funcional), além disso, apresenta a estratégia da adoção de blocos térreos com pátios internos amplia a volumetria do edifício, o que permite ao projeto se apropriar das grandes dimensões do terreno, estabelecendo a legibilidade de sua relevância como equipamento público do bairro.

A realização da edificação em um único nível garante a acessibilidade universal e ainda reserva uma área livre considerável para planejamento futuro, permitindo uma racional extensão modular como possível ampliação da Unidade Básica de Saúde.

Figura 34: Diagramas compositivos de projeto

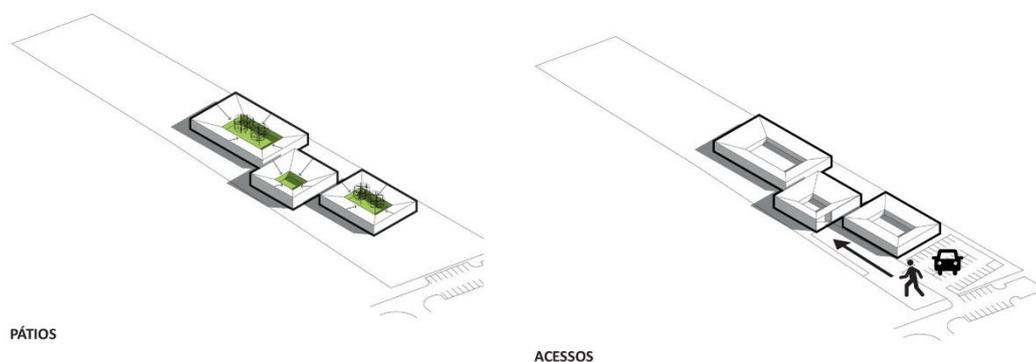


Fonte: Archdaily (2017).

Na relação interna, os pátios tornam o ambiente hospital mais humanizado, com a criação de espaços de proteção e tranquilidade. Com sua escala humana os pátios se tornam espaços exteriores domesticados, com a função de trazer luz natural aos ambientes internos através de um paisagismo.

O acesso a unidade básica acontece pelo norte e é feito o aproveitamento da última extensão da calçada para conecta-lo à praça de acesso. Segundo Archdaily (2017), a proposta de uma praça de acesso é uma aposta por um futuro uso peatonal, qualificando o equipamento de bairro como lugar de encontro (de provável uso intenso em dias de vacinação), conferindo identidade e frontalidade ao edifício público de uso comunitário.

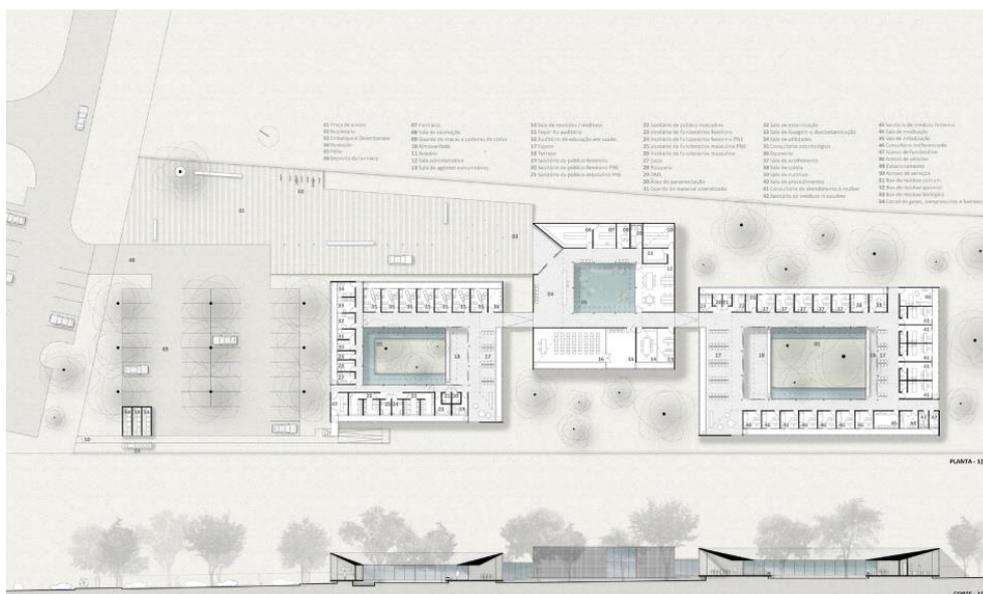
Figura 35: Diagramas compositivos de projeto



Fonte: Archdaily (2017).

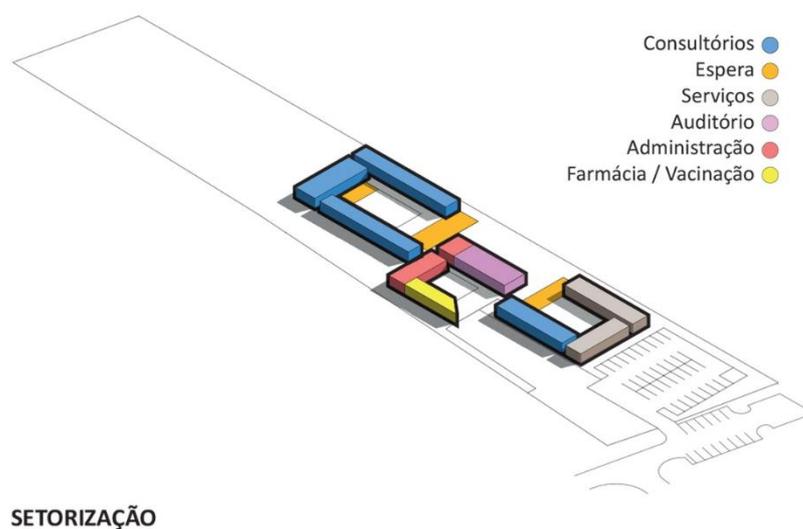
O programa de necessidades é organizado em três blocos, de acordo com a vocação de cada setor. Devido à ausência de uma paisagem exterior urbana consolidada, cria-se uma sequência de paisagem interior na unidade, com os pátios humanizados que possuem função contemplativa, paisagística e de controle térmico.

Figura 36: Planta Baixa e corte



Fonte: Archdaily (2017).

Figura 37: Setorização



Fonte: Archdaily (2017).

Conforme a setorização do diagrama à cima, o bloco central situado no extremo da praça, é o de acesso principal. O mesmo é o distribuidor das funções, pois é a partir dele o público é conduzido para os outros blocos. Nessa ala, o pátio assume uma função contemplativa, um espaço de recepção/informação, setor administrativo e auditório.

O bloco que está mais afastado da rua, contempla a maior parcela do setor de atendimento clínico, triagem, consultórios, salas de atendimento. Sendo o de maior concentração de pessoas, seu acesso é mais direto e suas esperas são divididas em dois setores. A organização funcional ao redor de pátios facilita a setorização, minimiza os conflitos entre os setores e garante espaço acolhedor.

O bloco frontal, mais próximo ao estacionamento e à área de carga e descarga, conta com os setores de apoio técnico e acesso de serviço. Neste bloco também encontra-se parte do setor de atendimento clínico: os consultórios odontológicos e seus espaços diretamente dependentes. Desta forma, a área de espera do público é mais reduzida, e como os outros espaços de permanência do público, é conectada e ampliada por um pátio arborizado margeado por espelhos d'água que auxiliam no conforto térmico do edifício.

Quanto a materialidade, o edifício foi projetado visando a economia, modularidade e racionalidade construtiva. O fechamento externo dá-se por placas pré-moldadas de concreto, elementos vazados pré-fabricados e esquadrias de estrutura metálica. As lajes são suspensas do solo, os pilares são metálicos, e o sistema de cobertura estruturado por treliças metálicas. De acordo com Archdaily (2017), as vedações garantem uma homogeneidade de fachada e privacidade às alas de serviços. Os fechamentos internos são de dry-wall e conferem flexibilidade aos arranjos funcionais. A cobertura é em telha termo-acústica. A materialidade construtiva proposta visa a qualidade espacial e funcional da Unidade Básica de Saúde, harmonizando física e sensorialmente com os usuários e pacientes.

Figura 38: Pátio interno



Fonte: Archdaily (2017).

Figura 39: Vista interna



Fonte: Archdaily (2017).

# 6

## BIBLIOGRAFIA

---

## 6 BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, 2007.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Regulamento técnico para planejamento, programa e elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde**. Disponível em:

[http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf).

Acesso em: 11 Novembro 2018.

"Associação Médica em Salta / CCFGM" [Medical Association in Salta / CCFGM] 27 Jul 2013. ArchDaily Brasil. (Trad. Arruda, Murilo). Disponível em:

<https://www.archdaily.com.br/129973/associacao-medica-em-salta-slash-ccfgm>

Acesso em: 02 Dezembro 2018.

SOUZA, Eduardo. "1º Lugar no Concurso para a Unidade Básica de Saúde em Parque do Riacho - CODHAB-DF " 29 Jun 2017. ArchDaily Brasil. Disponível em:

<https://www.archdaily.com.br/br/874775/1o-lugar-no-concurso-para-a-unidade-basica-de-saude-em-parque-do-riacho-codhab-df>.

Acesso em: 02 Dezembro 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050:2015. **Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificação, espaço mobiliário e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9077: Saídas de Emergência em Edifícios: Procedimento**. Rio de Janeiro: ABNT, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações para elaboração de projeto de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília. 2015. Disponível em:

[<http://editora.saude.gov.br>](http://editora.saude.gov.br) .

Acesso em: 05 Novembro 2018 .

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção**. Brasília. 2007. Disponível em:

[<bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003\\_2006.pdf>](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003_2006.pdf) .

Acesso em: 05 Novembro 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília. 2005. Disponível em:

[<bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf>](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf) .

Acesso em: 06 Novembro 2018.

BRASIL, Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em:

[<http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm>](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm) .

Acesso em: 10 Novembro 2018.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em:

[<http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm>](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm) .

Acesso em: 10 Novembro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em:

[<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html>](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) .

Acesso em: 14 Novembro 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm).

Acesso em: 14 Novembro 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004**. Brasília, 2004. Disponível em:

[bvsms.saude.gov.br/publicacoes/legislacao\\_saude\\_mental\\_1990\\_2004\\_5ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf).

Acesso em: 14 Novembro 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília, 2014. Disponível em:

[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf).

Acesso em: 22 Novembro 2018.

CHEMIN, Beatris F. **Manual da Univates para trabalhos acadêmicos: planejamento, elaboração e apresentação**. 3° ed. Lajeado: Univates, 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo. Editora Perspectiva S.A, 2010.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA – Censo Demográfico, 2010.

IBGE, 2007. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>.

Acesso: 10 Novembro 2018.

MARQUES, Lucimara dos Santos. **A saúde pública e o Direito Constitucional brasileiro**. Porto Alegre, 2016. Disponível em:

[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=4643](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4643).

Acesso em: 03 Dezembro 2018.

MOURA, Elisangela Santos de. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988.** Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/25309>.

Acesso: 03 Dezembro 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **O processo de trabalho no SUS e a importância das ações de planejamento em saúde.** Maranhão. 2016.

Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9044>.

Acesso em: 02 Dezembro 2018.

PELBART, Peter Pál. **Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: Loucura e Desrazão.** São Paulo. Editora Brasiliense, 1989.

VIECELIA, Ana Paula. **Arquitetura da loucura na antiguidade clássica: a loucura ritual, o teatro e os templos da cura.** Caxias do Sul, 2014.

Disponível em: [ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao/article/view/46-64/904](https://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao/article/view/46-64/904).

Acesso em: 05 Novembro 2018.