



CAPS

reinserção
julho 2018

aluna: ana flávia cesero

orientador: glauco cocozza



Universidade
Federal de
Uberlândia

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	
1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1. JUSTIFICATIVA.....	02
1.2. OBJETIVOS.....	04
1.3. METODOLOGIA.....	04
2. HISTÓRICO.....	05
2.1. TRATAMENTO DA LOUCURA.....	06
2.2. INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS.....	10
3. A LOUCURA NA CONTEMPORANEIDADE.....	16
3.1. REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	16
3.2. TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS: HOJE.....	19
4. CAPS.....	28
4.1. O QUE É?.....	28
4.2. PACIENTE, FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	29
4.3. ASSISTÊNCIA E ACOLHIMENTO.....	30
4.4. PROFISSIONAIS NECESSÁRIOS.....	31
4.5. PROGRAMA ARQUITETÔNICO MÍNIMO.....	32
4.6. OFICINAS TERAPÊUTICAS.....	32
5. REFERÊNCIAS PROJETUAIS.....	33
5.1. REDE SARAH – UNIDADE RIO DE JANEIRO.....	34
5.2. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO KRONSTAD.....	38
5.3. CENTRO DE SAN JUAN DE ALICANTE.....	40
5.4. RÉSIDENCE 3 PINS.....	43
6. CAPS EM UBERLÂNDIA.....	46
6.1. LEI DE USO E OCUPAÇÃO.....	49
6.2. CÓDIGO DE OBRAS.....	50
7. ANÁLISE AMBIENTAL E ESPACIAL.....	51
7.1. TEMPERATURA E PLUVIOMETRIA.....	53
7.2. HIDROGRAFIA.....	53
7.3. SISTEMA VIÁRIO E ÔNIBUS.....	54
7.4. ÁREA, INCLINAÇÃO E DIMENSÕES.....	54
7.5. INSOLAÇÃO E VENTILAÇÃO.....	55
7.6. USO E OCUPAÇÃO.....	56
8. PROJETO.....	58
8.1. CONCEITO.....	58
8.2. OFICINAS.....	59
8.3. PROGRAMA.....	60
8.4. DIAGRAMA DE FLUXOS.....	62
8.5. SETORIZAÇÃO.....	64
8.6. IMPLANTAÇÃO.....	64
8.7. ESTRUTURA E MATERIAIS.....	66
8.8. FORMA E VOLUMETRIA.....	71
8.9. PAISAGISMO.....	72
8.10. LOGO.....	75
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
10. REFERÊNCIAS.....	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Postagem de Essena O'neill.....	03	Figuras 33 e 34 - Pátio Sul da Casa do Sol.....	15
Figura 2 - Templo de Asclepius.....	06	Figuras 35 e 36 - Desenhos da Autora.....	18
Figura 3 - Narrenschiff, de Gustave Doré.....	07	Figuras 37 e 38 - Desenhos da Autora.....	20
Figura 4 - Hôtel-Dieu, Paris, 1876.....	07	Figuras 39 e 40 - Desenhos da Autora.....	21
Figura 5 - Proposta de Poyet para o Hôtel-Dieu.....	07	Figuras 41 e 42 - Desenhos da Autora.....	23
Figura 6 - Panóptico de Bentham.....	09	Figuras 43 e 44 - Desenhos da Autora.....	24
Figura 7 - Hospital Geral no Rio de Janeiro.....	10	Figuras 45 e 46 - Fotos de performance teatral.....	25
Figura 8 - Hospício Pedro II.....	10	Figuras 47 e 48 - Desenhos da Autora.....	27
Figura 9 - Refeitório do Hospício de Pedro II.....	11	Figura 49 - Unidades da Rede Sarah.....	34
Figura 10 - Ateliê de costura do Hospício de Pedro II.....	11	Figura 50 - Sistema de ventilação do Hospital da Rede Sarah.....	34
Figura 11 - Fachada original do Hospital Juqueri.....	11	Figura 51 - Corte do Hospital da Rede Sarah, no Rio de Janeiro.....	35
Figura 12 - Localização do Complexo Hospitalar do Juqueri.....	12	Figura 52 - Jardim interno do Hospital da Rede Sarah.....	35
Figuras 13 e 14 - Juqueri: corredores de acesso às moradias e praça de convívio.....	12	Figura 53 - Espelho d'água no exterior do Hospital.....	36
Figura 15 e 16 - Juqueri: acesso às moradias, refeitório e cozinha industrial.....	12	Figura 54 - Vista do Hospital da Rede Sarah, no Rio de Janeiro.....	36
Figuras 17 e 18 - sala de convivência e área verde no Juqueri.....	12	Figura 55 - Setorização dos espaços do Hospital da Rede Sarah.....	37
Figuras 19 e 20 - Juqueri: Diretoria Administrativa e Seção de Compras.....	12	Figura 56 - Eixos de circulação em formato de grelha, no hospital do Rio de Janeiro.....	37
Figuras 21 e 22 - Vistas da moradia terapêutica do Juqueri.....	12	Figura 57 - Croqui de Lelé sobre o sistema construtivo.....	37
Figuras 23 e 24 - Alpendre da casa do diretor geral e Área de jardinagem no Juqueri.....	13	Figura 58 - Acesso ao solário do Hospital da Rede Sarah, no Rio de Janeiro.....	37
Figura 25 - Planta de localização do IMAS – Nise da Silveira.....	13	Figura 59 - Praça pública do Hospital Psiquiátrico de Kronstad.....	38
Figura 26 - Planta de situação do IMAS Nise da Silveira.....	13	Figuras 60 e 61 - Fachadas do Hospital Psiquiátrico de Kronstad.....	38
Figura 27 - Fachada principal da Casa do Sol.....	14	Figura 62 - Corredor interno do Hospital Psiquiátrico de Kronstad.....	38
Figura 28 - Pavimento térreo da Casa do Sol.....	14	Figura 63 - Corte do Hospital Psiquiátrico de Kronstad.....	39
Figura 29 - Pavimento tipo da Casa do Sol.....	14	Figura 64 - Jardim de inverno do Hospital Psiquiátrico de Kronstad.....	39
Figuras 30, 31 e 32 - Hall do Pavimento-Tipo.....	15	Figura 65 - Foto de átrio externo do Hospital de Kronstad.....	39
		Figura 66 e 67 - Refeitório e quadra de tênis em Kronstad.....	39
		Figura 68 - Átrio do Hospital Psiquiátrico de Kronstad.....	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 69 - Corte e duas plantas do Hospital de Kronstad.....	40
Figura 70 - Vista exterior do Centro em San Juan de Alicante.....	40
Figuras 71 e 72 - Acessos e corredores do Centro em Alicante.....	41
Figuras 73 e 74 - Fachada e interior do Centro em Alicante.....	41
Figura 75 - Fachadas e cortes longitudinais do Centro em Alicante....	41
Figura 76 - Estudo de circulação no Centro em Alicante.....	42
Figura 77 - Setorização dos ambientes no Centro em Alicante.....	42
Figura 78 - Planta de implantação e situação do Centro em San Juan de Alicante.....	42
Figura 79 - Espaço interno do Centro em San Juan de Alicante.....	43
Figuras 80 e 81 - Vistas do exterior do Centro em Alicante.....	43
Figura 82 - Topografia e fachada da Residence 3 Pins	43
Figuras 83 e 84 - Pátio da Residence 3 Pins.....	44
Figura 85 - Vista exterior da Residence 3 Pins.....	44
Figura 86 - Vista externa da da Residence 3 Pins.....	44
Figuras 87, 88 e 89 - Estudo de circulação da Residence 3 Pins.....	45
Figuras 90 e 91 - Interior da Residence 3 Pins.....	46
Figura 92 - Mapa de Setores Urbanos.....	48
Figura 93 - Localização do terreno escolhido.....	48
Figura 94 - Recorte do Anexo I - Mapa de Zoneamento Urbano.....	49
Figura 95 - Recorte do Anexo VI.....	49
Figura 96 - Recorte do Anexo VII – Volumetria.....	49
Figura 97 - Vista do terreno.....	51
Figura 98 - Vista para o terreno pela Avenida Jacarandá.....	52
Figura 99 - Vista do terreno para a Praça Rita Ferreira Huguene...52	
Figura 100 - Vista para o terreno pela Avenida Jacarandá.....	52
Figura 101 - Vista para o terreno da Avenida Aspirante Mega.....	52
Figura 102 - Sistema viário e ônibus no entorno do terreno.....	53
Figura 103 - Planta do terreno e corte apresentando a declividade.....	53
Figura 104 - Dimensões principais do terreno irregular.....	55
Figura 105 - Estudo de insolação das fachadas do terreno.....	56
Figura 106 - Mapa de Uso do Solo no entorno do terreno.....	57
Figura 107 - Fluxograma dos espaços.....	63
Figura 108 - Setorização dos espaços.....	65
Figura 109 - Planta de implantação humanizada.....	67
Figura 110 - Planta pavimento superior: distribuição espacial.....	68
Figura 111 - Planta pavimento inferior: distribuição espacial.....	69
Figuras 112 e 113 - Esquema estrutural sólido	70
Figura 114 - Esquema estrutural com faces em transparência.....	70
Figura 115 - Vista posterior da edificação.....	71
Figura 116 - Vista aérea da edificação.....	71
Figura 117 - Equipamentos para academia ao ar livre.....	75
Figura 118 - Logo do CAPS Uberabinha.....	76

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à Alissa de Cesero. Durante um ano estive ansiosa para comemorarmos juntas esta entrega. Infelizmente, hoje ela não pode estar presente comigo, mas sei que cada conquista que eu obtive (e obtiver) devo a minha irmã, por sempre me acompanhar e me dar motivos para continuar lutando. Queria vê-la caminhando comigo por toda a minha trajetória e, por isso, penso que os 20 anos que estive ao meu lado foram muito pouco, mas suficientes para eu conhecer a pessoa maravilhosa que foi e para me inspirar em ser alguém cada vez melhor. Gostaria de conseguir reproduzir nesta edificação todo calor, afeto, luz e força que ela me passava.



AGRADECIMENTOS

Victor, por me apoiar, ajudar e acompanhar durante toda essa jornada de conclusão de curso, me incentivando a não desistir e me amando da forma mais leve que conheci. Nádia, Sabrina, Vanessa e Geraldo, por me acolherem com tanto carinho e se tornarem minha segunda família. Meu pai, pelo esforço e atenção. Christopher, Cah, Tatiana, Leticia, Nayara, Marianna, Bruna, Laís, Hugo, Gabriel, Armstrong e Taka, meus amigos mais próximos, por me fazer rir e mostrar que não estou sozinha. Daniela Basso, pela parceria. Glauco, meu orientador, pela oportunidade de trabalhar consigo. Larissa, minha chefe de estágio, por me ouvir, orientar e ensinar com doçura. Paula e Santhiago, pela compreensão. Pandora, Eevee, Klarion, Kaleda, Meridiano, meus gatos, pela companhia e carinhos.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho desenvolve um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma instituição que apresenta caráter comunitário e realiza atendimento e apoio a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo os decorrentes do uso de álcool e drogas, como definido pela Portaria 336, de 2002. Conta com uma equipe de profissionais transdisciplinares, os quais abordam o tratamento psicológico com um viés humanizado a fim de promover a reinserção social do paciente, o que contrapõe o antigo modelo de manicômio, de caráter mais excludente e discriminatório.

O desenvolvimento dessa monografia até o projeto final contará com um breve histórico das instituições de tratamento psicológico, bem como da forma como a loucura tem sido vista ao longo do tempo. A história se finalizará com a Reforma Psiquiátrica ocorrida em 2011, a qual estabelece os pontos a serem adotados para a implantação do CAPS.

Após a apresentação do histórico, aborda-se a dinâmica do espaço a ser trabalhado: pessoas atendidas, funcionamento, serviços prestados, equipe necessária e outras informações importantes para definir a que o projeto deve atender.

A seguir, tem-se estudos de casos: projetos que servem de base referencial para a criação do espaço, bem como coleta e apresentação de dados para definir as necessidades uberlandenses em relação ao apoio psicológico, tanto quantitativa quanto geograficamente, a partir do estabelecimento do espaço a ser implantado o projeto.

Por fim, estuda-se a legislação vigente relacionada ao local de

inserção, descreve-se diretrizes projetuais e finaliza-se com a descrição do estudo preliminar do CAPS.

Ressalta-se a preocupação em trabalhar um espaço de reinserção do indivíduo na sociedade, buscando-se, com a arquitetura, transmitir o acolhimento e a ressocialização necessários para a readaptação e tratamento. A fim de romper com a marginalização comumente sofrida por aqueles que carecem de atenção e apoio psicológico, são aproximados paciente e comunidade, uma vez que a aceitação e a empatia de terceiros, presentes no dia-a-dia da pessoa atendida, são fundamentais para a sua recuperação.

1.1. JUSTIFICATIVA

A era digital trouxe consigo a facilidade e a rapidez em obter informações. Se, por um lado, isso facilita o debate acerca dos transtornos psicológicos e a disseminação de métodos mais humanos de tratar as doenças, por outro, tem tornado os indivíduos cada vez mais ansiosos e susceptíveis a distúrbios mentais, uma vez que a cobrança para estar sempre se atualizando e adquirindo conhecimento, bem como a pressão para um sucesso profissional, familiar e social, sempre expostos nas redes sociais, contribuem para o desenvolvimento de doenças como depressão, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno de Déficit de Atenção, ansiedade social e/ou generalizada, entre outros.

É cada vez mais comum viver ou ouvir sobre conhecidos que passam por dificuldades emocionais ou psicológicas derivadas do contexto social e da pressão a qual estão submetidos. É com essa consideração que o debate e a atenção acerca do tratamento psicológico se tornam tão importantes na atualidade. Assim, optou-se por trabalhar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por abordar a questão psicológica em um centro de atendimento a diversas faixas etárias, além de dar oportunidade de um tratamento humanizado a uma parcela mais carente da população.

A cidade de Uberlândia abriga mais de 675 mil habitantes (segundo estimativa populacional do IBGE para 2017) e conta com 5 unidades de CAPS, sendo duas voltadas para o tratamento de álcool e drogas (CAPS AD), uma para crianças e adolescentes (CAPS I) e as demais para o tratamento geral de indivíduos com transtornos mentais, estas se voltam para atender diferentes setores do município: CAPS

Oeste (localizada no bairro Saraiva, CAPS Norte (no bairro Martins) e CAPS Leste (bairro Nossa Senhora Aparecida).

Apesar de ter uma quantidade razoável de centros de atendimento à população, pode-se, ainda, observar a demanda de assistência no município, uma vez que, de acordo com o BANCO DE DADOS INTEGRADOS do ANO 2017 para o município de Uberlândia, notou-se que houve um aumento significativo de óbitos em residentes causados por transtornos mentais e comportamentais, sendo que em 2012 e 2013 foram registrados 9 e 8 óbitos, respectivamente e, já em 2015 e 2016 foram registrados um total de 85 óbitos. Isso denota a necessidade de mais equipamentos que ofereçam o suporte psicológico e psiquiátrico aos indivíduos.

O estudo aqui estabelecido é necessário para entender a necessidade de espaços assistenciais de psicologia no município, bem como criar um espaço que aproxime o paciente, sua família e a comunidade. Visa atividades em conjuntos que sejam prazerosas tanto para a pessoa em tratamento, quanto aos moradores do bairro e incentiva as trocas sociais e a integração entre o serviço, o usuário, sua família e a comunidade, com o intuito de promover a desmarginalização do indivíduo, sua (re)inserção na sociedade e a desconstrução do preconceito no que diz respeito ao espaço e às pessoas ali tratadas, herança de anos de psiquiatria e instituições de tratamento psicológico excludentes.

“Celebridade do Instagram abandona rede social e revela sua fraude

Com mais de 712.000 seguidores, modelo Essena O'Neill afirma que essa “não é a vida real”

Em uma paisagem idílica, deitada sobre uma toalha e exibindo um abdômen perfeito. Assim aparece a modelo Essena O'Neill, de 18 anos, em uma de suas fotografias no Instagram, mas a realidade não é tão óbvia. Essa imagem é o resultado final de mais de cem tentativas com a mesma pose para conseguir que sua barriga aparecesse bem na foto. “Eu gostaria de ter comido bem nesse dia. Provavelmente gritei com minha irmã mais nova até conseguir uma foto da qual gostasse”. A jovem australiana confessa esta e outras verdades escondidas em suas fotos e já tomou uma decisão: abandonar a plataforma —onde tem 712.000 seguidores— porque, diz, “as redes sociais não são a vida real”.

Em 27 de outubro, O'Neill eliminou mais de 2.000 fotografias que tinha compartilhado com outros usuários do Instagram “que não serviram para outro propósito além da autopromoção” e criou um site para ajudar outros adolescentes e jovens a se livrar dos follows e likes, afirma a modelo. Em sua página Let's be game changers (Vamos virar o jogo), a australiana compartilha vídeos e textos nos quais relata e confessa seus sentimentos e até escreveu sua declaração de princípios —veganismo, saúde mental, física e espiritual e preservação do planeta Terra, entre outros.

“Para ser realista, passei a maior parte da minha vida viciada nas redes sociais, na aprovação social, no status social e em minha aparência física. Era consumida por isso. Como podemos nos dar conta de nossos próprios talentos se não paramos de prestar atenção nos outros?”, escreveu O'Neill na última fotografia que postou no Instagram, há uma semana, e que diz: “Somos a geração da lavagem cerebral”. A modelo explica que não eliminou todas as fotografias que tinha, mas que renomeou algumas para confessar qual era o autêntico processo

de preparação por trás de cada uma. Também pediu perdão por enganar, mas, disse, “não o fazia conscientemente, estava obcecada em agradar os outros”.

[...]

“Estava cheia de espinhas, tem muita maquiagem nesta fotografia. Estava sorrindo porque assim acreditava que ficaria bem na foto. A felicidade baseada na estética pode sufocar seu potencial na Terra”.

“Não há nada zen em tentar parecer zen, tirar uma foto de si mesma tentando ser zen e mostrando-se zen no Instagram”.

“A única coisa que me fez sentir bem nesse dia foi minha foto. Que deprimente. Ter um corpo tonificado não é tudo o que o ser humano é capaz de fazer.”

[...]

Fonte: https://brasil.elpais.com/brasil/2015/11/03/estilo/1446547570_629565.html



essenaoneill

20.5k gostos

essenaoneill NOT REAL LIFE - took over 100 in similar poses trying to make my stomach look good. Would have hardly eaten that day. Would have yelled at my little sister to keep taking them until I was somewhat proud of this. Yep so totally #goals

ver todos os 2.357 comentários



Figura 1: Postagem editada da modelo Essena O'Neill no Instagram, onde conta a verdade por trás de sua foto

1.2. OBJETIVOS

Sob o título “CAPS – reinserção”, este trabalho tem como objetivo geral desenvolver para Uberlândia o projeto arquitetônico de um CAPS III, indicado para municípios com mais de 200 mil habitantes.

Os objetivos específicos aqui pretendidos são:

a) Pesquisa e levantamento de dados que auxiliem no desenvolvimento de um espaço responsável por promover a desmistificação com a relação psíquica e seus usuários, a partir da aproximação com a família e comunidade

b) Estabelecer um projeto que abrigue um jardim de acesso público, constituindo um espaço livre de qualidade para o ambiente urbano

c) Prever espaços de oficinas abertas à comunidade, segundo a proposta de “trocas sociais” apresentada no item 2

d) Projetar ambientes clínicos e hospitalares que apresentem um caráter mais acolhedor devido às suas características projetuais

e) Contribuir, com isso, não só para o tratamento, mas para a prevenção do avanço dessas doenças

1.3. METODOLOGIA

Para atingir os objetivos anteriormente apresentados, inicia-se uma pesquisa e conhecimento do histórico do tratamento psicológico no Brasil, a fim de entender seu progresso e realizar reflexões conceituais acerca desses dados, o que permitirá o entendimento da relação entre arquitetura e saúde mental ao longo do tempo. Nessa etapa são utilizados autores como Foucault, com sua obra “História da Loucura na Idade Clássica”, Maria Paula Fontes, com sua monografia a respeito de arquitetura em saúde mental, Pier Pizzolato, o qual apresenta o Hospício do Juquery – importante exemplo de tratamento da saúde mental no Brasil - em sua monografia, um texto de Eduardo Adnet nomeado “O século do conhecimento e das aflições”, utilizado para realizar uma reflexão acerca do contexto sociológico e urbano em que se vive atualmente e as aflições geradas por este. Após isso, será feita conceituação do CAPS III, para conhecer e definir seu público alvo, seu funcionamento, as necessidades do espaço para promover a cura, a equipe necessária e a possibilidade de internação, estabelecendo os princípios para implantação do CAPS. Aqui conta-se com informações encontradas na Portaria 336, de 2002, no Manual de CAPS, de 2004, elaborado pelo Ministério da Saúde e no “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno”, da Associação Americana de Psiquiatria, do qual se cita alguns distúrbios psicológicos.

A próxima etapa consistirá em estudos de casos, conhecimento de projetos implantados em Uberlândia e referências projetuais no

Brasil e no mundo, a partir de análises arquitetônicas e de eficiência projetual possíveis por projetos obtidos em fontes como o ArchDaily Brasil (plataforma online onde são encontrados diversos projetos de arquitetura reconhecidos mundialmente), três monografias com autorias de Jorge Isaac P Montero (o qual faz a apresentação dos projetos do Hospital Sarah Kubitschek no Rio de Janeiro), Francielle A Moura e Ana Clara Fonseca (estas últimas fazem referência ao Hospital Psiquiátrico de Kronstad) e duas matérias de revista, uma da Projeto Design sobre o Hospital da Rede Sarah no Rio de Janeiro e uma da Promateriales, sobre o Centro de Reabilitação Psicossocial em San Juan de Alicante.

Tendo as diretrizes projetuais pré-definidas, serão, então, levantados e apresentados dados que demonstrem a demanda por esse serviço no município de Uberlândia, as áreas de maior carência desse equipamento e a disponibilidade de terrenos que permitam a implantação desse espaço, de forma a aproveitar a mobilidade e o acesso apresentados na região de inserção.

Serão feitos estudos no que diz respeito às características ambientais do terreno escolhido e do seu entorno, além das legislações para a zona em que ele se insere e para o projeto de um Centro de Atenção Psicossocial.

Por fim, terá início a atividade projetual em si. Considerando todas as informações adquiridas anteriormente, será feita a espacialização e realizado um estudo preliminar do projeto do CAPS III, o qual será aqui descrito, bem como apresentado através de pranchas contendo plantas baixas, cortes, elevações e representações necessárias à compreensão do projeto.

A partir de textos descrevendo a forma como o louco é visto pelo restante da sociedade, as lutas para desmistificar a segregação do doente mental ao longo do tempo e a transformação dos espaços para acompanhar essa humanização do tratamento dos transtornos psicológicos, é estabelecido um histórico que aborda desde a Grécia Antiga e a Idade Média até os anos 70 com a psiquiatria biológica e os estudos de neurologia. Em um segundo momento, esse histórico é voltado para o território brasileiro e a forma como o chamado louco tem sido tratado desde a colonização até a reforma psiquiátrica.

2.1. TRATAMENTO DA LOUCURA

As doenças mentais ao longo do tempo apresentam-se de forma controversa, em relação à sua simbologia, inserção cultural e teorias. Os primeiros relatos a respeito de distúrbios psíquicos datam da Antiguidade Clássica, sendo que na Grécia Antiga, estes eram vistos de duas diferentes formas, as quais, poderiam ser, segundo Foucault: a doença mental propriamente dita, causada por males físicos, e a doença como originada de eventos sobrenaturais – neste caso, via-se os indivíduos acometidos como vítimas de possessão por espíritos malignos. Neste último caso, tornava-se mais difícil estabelecer o tratamento, sendo esta responsabilidade de médicos sacerdotes que seguiam processos médico-religiosos. Durante a Grécia Antiga, sabe-se da existência de dois espaços de tratamento: Asklepieia (templos) e Latreias (espaços de atendimento comunitário), onde era ministrada uma terapia do sono, segundo o princípio de que o sonho revelaria a cura.



Figura 2: Templo de Asclepius, em Epidauro, Grécia, século V a.C.
Fonte: FONTES, 2003, p. 11

Na época de Homero, a doença mental era vista como irracionalidade, em que os pensamentos eram incontrolláveis pelo enfermo,

como descreve Foucault. Platão ainda via sob essa perspectiva do irracional, mas define a loucura como um significado de impulsividade humana. Em oposição a isso, Hipócrates apresenta tais doenças como originadas por causas naturais, sendo que o tratamento da loucura dependia da interação de forças internas e externas e devia ser feito através de drogas ou regimes específicos que auxiliassem no reequilíbrio do doente.

Já na Idade Média retoma-se o conceito sobrenatural da loucura, sendo o louco uma encarnação maligna, segregados assim como acometidos de lepra. Estes eram confinados em casas institucionais, distantes das cidades e afastados do restante da população para evitar contágio. Finalizada a epidemia de lepra, os leprosários passam a ser ocupados pelos loucos. Assim, estes enfermos eram vistos sob a mesma perspectiva de exclusão.

No Renascimento mantém-se a relação entre loucura e sobrenatural, sendo que os doentes mentais eram confinados nas chamadas “Nau dos Loucos”, definida por Foucault como 'esse estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos'. O barco transitava, mas não desembarcava, garantindo seu distanciamento das cidades.



Figura 3: Narrenschiff, de Gustave Doré (1832-1883). Fonte: <http://transinformacao.blogspot.com.br/2014/12/nau-dos-insensatos.html>

Apesar desse caráter nômade, tanto na Idade Média quanto no Renascimento, haviam espaços de detenção nas cidades, como a Torre dos Loucos de Caen.

No século XVII, o internamento em espaços físicos hospitalares se torna mais comum, sendo a doença mental vista como uma desadaptação à sociedade. O doente passa a ser vítima de castigos e punições físicas em diversas casas de internação que se implantam em toda a Europa, sendo que várias delas passam a ocupar os antigos leprosários. Nesse período são revelados o caráter carcerário e o julgamento, com base jurídica e repressiva, da internação, a qual apresentava um sistema de controle social, tanto atendendo “desviados sexuais” (pessoas consideradas devassas, homossexuais e doentes venéreos),

quanto pobres (incapacitados de trabalhar) e indivíduos considerados antissociais.

Apesar de a maioria dos doentes habitarem essas casas e sofrerem tratamento correccional, havia ainda, nesse período, espaços para tratar indivíduos quando se acreditava que este poderia ser curado, como é o caso do Hotel Dieu, em Paris.



Figura 4: Hôtel-Dieu, Paris, 1876. Fonte: FONTES, 2003, p. 24

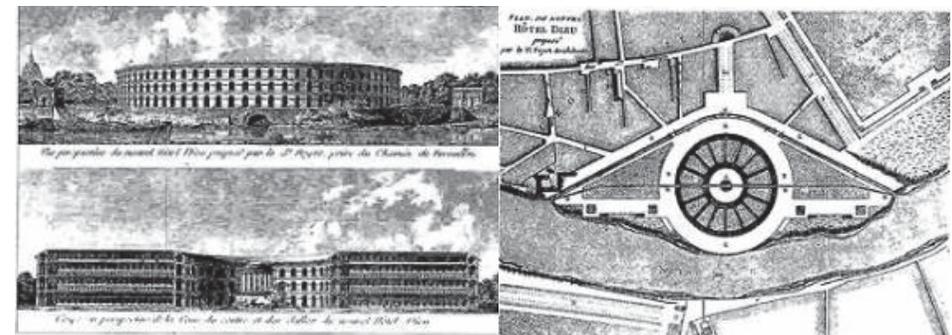


Figura 5: Proposta de Poyet para o Hôtel-Dieu, 1785 Fonte: FONTES, 2003, p. 25

A partir da segunda metade do século XVIII, surge a reforma dos manicômios, a fim de estabelecer higiene pública e reduzir riscos de contaminação. De acordo com OLIVEIRA (2002) o tratamento da loucura, passava a ter uma nova atenção, necessitando de um espaço de acolhimento específico que proporcionasse uma ferramenta de cura para o enfermo, ao invés de somente o confinamento. Surge o Inquérito de Tenon, quando a Academia de Ciências designa o médico Jacques Tenon para reformar os hospitais segundo o princípio de transformá-lo em um “instrumento terapêutico”. Tenon estabelece requisitos funcionais para conceber e organizar espaços arquitetônicos que promovessem uma boa realização das atividades que deviam ser realizadas nesse espaço. Nesse período surge, também, a primeira especialização hospitalar, a psiquiatria.

Um dos primeiros psiquiatras foi William Battie, responsável por fundar o St. Lukes Hospital de Londres, em 1751, e defender a cura pelo isolamento, sendo cuidados por enfermeiros. Na França, outro psiquiatra importante, foi Philippe Pinel. Voltado para uma psicologia iluminista, humanitária e terapêutica, elabora um manual de psiquiatria definindo a casa asilar como um espaço de prática psicológica de cura, promovendo a relação entre médico e doente, bem como atividades diversas para ocupação deste último. Esse lugar apresentava divisões em pavilhões, segundo a problemática a ser tratada. Era mais humano que os antigos espaços de internação, mas ainda apresentava o mesmo sistema de controle do paciente, substituindo, por exemplo, as correntes por camisas-de-força, podendo-se afirmar que a humilhação

existente no primeiro, ainda mantém-se neste último. Além disso, sobre o espaço construído pode-se citar que “Tudo era fechado, trancado, maciço, pesado, oprimente, tudo feito para lembrar a cada hora, a cada minuto ao doente e ao médico, ao enfermeiro e ao raro visitante 'Essa é a casa dos loucos'” [MELO apud NOGUEIRA, 2005, p. 43].

Assim como Pinel, Jean Etienne Esquirol, seu discípulo, contribuiu para a definição de condições para terapia, a fim de estabelecer uma comunidade terapêutica onde médicos e doentes conviveriam num ambiente psiquiátrico, afastado fisicamente do mundo exterior. No entanto, os hospitais, em controvérsia, sofreram degradação, sendo que próximo à Primeira Guerra Mundial os manicômios apresentavam superlotação, pouco recurso financeiro e falta de profissionais especializados. Além disso, de acordo com OLIVEIRA (2002), outros fatores que contribuíram para o fracasso desse modelo seriam: acreditar que somente o tratamento hospitalar conduziria à cura; o distanciamento da família e o aumento da taxa de doentes mentais, relacionado aos problemas sociais do século XIX (como a neurosífilis e a esquizofrenia).

Nessa fase, marcada pela urbanização e industrialização, surge um modelo arquitetônico, pensado por Jeremy Bentham (1748-1832) e intitulado de Panóptico. Seu projeto consistia em vigília e controle, trata-se de uma construção em anel com uma torre ao centro, vazada de janelas abertas para a face interna do anel, o qual apresenta diversas celas que atravessam toda a espessura da construção e apresenta aberturas em ambas as faces, o que permite a iluminação atravessada no espaço. Este modelo foi utilizado para projetos de quartéis, hospitais,

prisões e escolas. Assim, na torre estaria um vigia e nas celas seriam dispostos os doentes mentais ou físicos, os prisioneiros, os operários ou os estudantes.

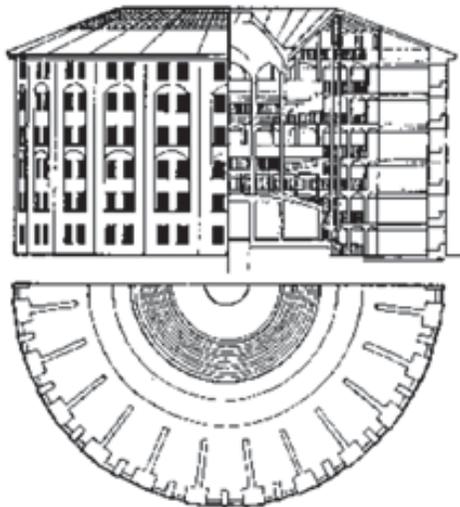


Figura 6: Panóptico de Bentham. Fonte: FONTES, 2003

A psiquiatria adota uma corrente genética-biológica, segundo a qual, tem-se defensores como: Griensinger, médico e professor de psiquiatria, defendia a doença psiquiátrica como doença do cérebro; Meynert, neuropatologista, estudou a estrutura microscópica do cérebro e da medula espinal e descobriu as lesões provocadas pela neurosífilis no cérebro e Emil Kraepelin, psiquiatra sistematizador, o qual demonstrou que o curso da doença era a melhor forma de estudar e estabelecer estratégias para pesquisa e tratamento. Assim, a doença mental e os problemas do enfermo passam a ser vistos como objetos que carecem de compreensão contextual.

No entanto, a teoria de Kraepelin passou a ser considerada simplista, a partir do início do século XX, tendo Adolf Meyer, professor de psiquiatria americano, apresentado uma nova abordagem, que abriria espaço à psicanálise. Assim, tem-se também Sigmund Freud, abordando “o inconsciente, o funcionamento da mente, o continuum entre o normal e o patológico e a convicção de que os problemas psicológicos resultavam de conflitos inconsciente relativos a acontecimentos passados nos primórdios da infância” [OLIVEIRA, 2002]. Segundo essa psicologia, passam a existir diversos espaços fora de instituições, criando-se consultórios. Essa relação médico-paciente, de Freud, transfere a estrutura de internamento, estabelecida por Pinel, em uma responsabilidade do médico.

Com a descoberta da penicilina, foi possível tratar a doença sífilítica e, portanto, a neurosífilis. No entanto, ainda existia demanda por tratamento psiquiátrico e surgiram alternativas como a indução de sono por barbitúricos.

A partir dos anos 70 surge uma nova perspectiva para a psiquiatria biológica, buscando se especializar em estudos: da genética relativa a esquizofrenia e doenças maniaco-depressivas, de terapias medicamentosas e da química do cérebro. Essas pesquisas tiveram resultados que fortaleceram a neuropatologia, a qual prova a esquizofrenia como doença orgânica e apresenta, até hoje, eficiente investigação de causas e tratamentos para a doença mental, estabelecendo a importância e eficácia do tratamento que relaciona neuroquímica e terapia clínica.

2.2. INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS

Durante o período colonial, as doenças mentais no Brasil eram tratadas de duas formas: mantendo os doentes de maior poder aquisitivo isolados em suas casas, enquanto os pobres viviam nas ruas ou eram destinados à Santa Casa da Misericórdia, onde ficavam trancafiados nos porões, como apresentado pelo Centro Cultural da Saúde (CCS) num histórico contido em seu site oficial. O lema que até então era “Aos loucos, o hospício!”, passou a ser questionado pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, a qual tinha influência das teorias de Pinel e Esquirol.



Figura 7: Hospital Geral no Rio de Janeiro, século XIX. Fonte: FONTES, 2003, p.36

Em 1841, pressionado pelas denúncias da Sociedade de Medicina, D. Pedro II assina o decreto de criação do Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852, segundo modelos franceses conceituados por Pinel. O espaço fica conhecido como “Palácio dos Loucos”.

“A ampliação dos espaços, a disciplina, o rigor moral, os passeios supervisionados, a separação por classes sociais e diagnósticos, e a constante vigilância do alienado, materializada arquitetonicamente como um panóptico (torre em forma de anel com um vigia), representam o nascedouro da psiquiatria no Brasil.”¹

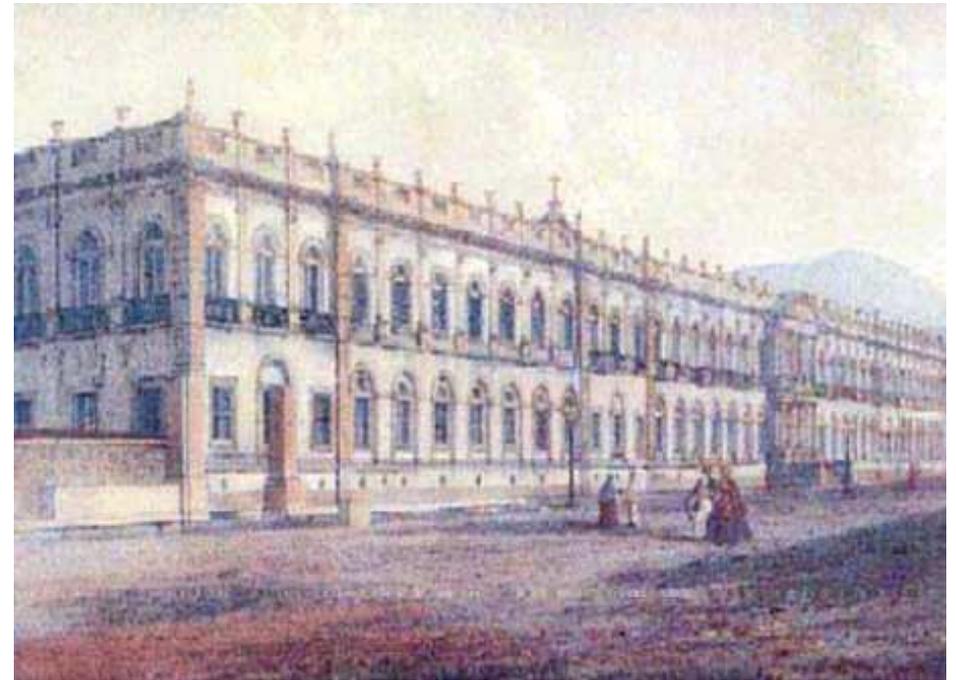


Figura 8: Hospício Pedro II, gravura de Victor Frond, 1852. Fonte: FONTES, 2003, p.38

¹ Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos02.html> Acesso em 23 set 2017



Figura 9: Refeitório do Hospício de Pedro II. Fonte: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos01.html>
 Figura 10: Ateliê de costura do Hospício de Pedro II. Fonte: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos02.html>

Esse Hospício, segundo o CCS, tinha como princípio o isolamento da família e da sociedade, fatores que acreditavam intensificar a alienação mental. Assim, os doentes eram confinados e divididos por gêneros em duas alas simétricas que continham, cada uma, um pátio interno. Havia também, divisão de acordo com a classe social: a primeira classe (enfermos brancos, membros da Corte, fazendeiros e funcionários públicos) e a segunda classe (lavradores e serviçais domésticos), eram destinados a quartos individuais ou duplos e realizavam trabalhos manuais, além de jogos e leituras, enquanto os indivíduos da terceira e quarta classes (pessoas de baixa renda, indigentes, escravos, ex-escravos e marinheiros) eram levados para trabalhar na cozinha, jardinagem e limpeza. Estes últimos apresentavam recuperação mais fácil que os primeiros, entregues ao ócio.

No entanto, de acordo com o CCS, com o Decreto nº 142-A que passa a denominar o espaço como Hospício Nacional de Alienados, passa-se a receber muito mais pacientes, o que leva à superlotação.

Assim, a degradação do atendimento leva às críticas de intelectuais e, em 1890, surgem colônias de alienados que buscam solucionar o problema de superlotação.

Como cita FONTES (2003), em 1893, também buscando suprir a demanda por tratamento nos hospitais de São Paulo, tem-se iniciada a construção do Hospital Psiquiátrico de Juqueri, na cidade de Juqueri (atual Franco da Rocha). Projetado por Ramos de Azevedo, inseria-se em uma área de 185.000m² e tinha capacidade para 800 leitos. Seu projeto, afastado da cidade e onde viviam os doentes, distribuía em um bloco vertical os espaços necessários ao hospital: um grande refeitório, copa, banheiros e lavatórios, quartos, enfermaria, lavanderia e estufas, galeria coberta, pátio de recreação e cozinha (esta no centro do conjunto). Nessa mesma área, havia ainda, a vila médica, onde viviam os médicos e uma casa destinada ao diretor geral.



Figura 11: Fachada original do Hospital Juqueri, desenho de Ramos de Azevedo. Fonte: <http://concid.blogspot.com.br/2008/11/ramos-de-azevedo.html>



Figura 12: Imagem do Google Earth com a localização do Complexo Hospitalar do Juqueri. Fonte: Pizzolato, 2008, p. 313



Figuras 13 e 14: À esquerda, vista interna dos corredores de acesso às moradias. À direita, pracinha de convívio. Fonte: Pizzolato, 2008, p. 301

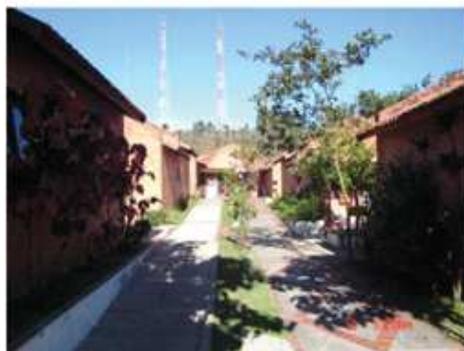


Figura 15 e 16: À esquerda, vista do acesso às moradias. À direita, refeitório da unidade e cozinha industrial. Fonte: Pizzolato, 2008, p. 301



Figuras 17 e 18: À esquerda, sala de tv e convivência. À direita, área verde em torno dos edifícios de moradia. Fonte: Pizzolato, 2008, p. 302



Figuras 19 e 20: Diretoria Administrativa, à esquerda. Seção de Compras, à direita. Fonte: Pizzolato, 2008, p. 257



Figuras 21 e 22: Vistas da moradia terapêutica, antigamente utilizada como residência médica. Fonte: Pizzolato, 2008, p. 251



Figuras 23 e 24: Alpendre da casa do diretor geral, à esquerda. Área de jardinagem da casa, à direita. Fonte: Pizzolato, 2008, p. 207

Nise da Silveira é a primeira pessoa com intenções antimanicômias no Brasil. Psiquiatra alagoana, inconformava-se com os tratamentos desumanos nos manicômios e defendia as atividades artísticas como método terapêutico e de compreensão para a psicose.

O Instituto Municipal de Assistência à Saúde - IMAS - Nise da Silveira, antigo Centro Psiquiátrico Pedro II, encontra-se no município do Rio de Janeiro, em uma área de 74.800m², sendo referência para emergência e internação. O IMAS, buscando humanização e melhoria das condições de assistência, teve iniciativas que serviram de base para os conceitos atuais de tratamento. De acordo com Fontes, o instituto apresenta diversas unidades compostas por edifícios de diferentes propostas de atendimento, entre elas: Programas de Moradias, três centros de convivência (sendo um deles, o referente à Casa do Sol), setores de Emergência, Enfermaria, Ambulatórios Infantis, Museu de Imagens do Inconsciente, Centro Comunitário e CAPS Raul Seixas.

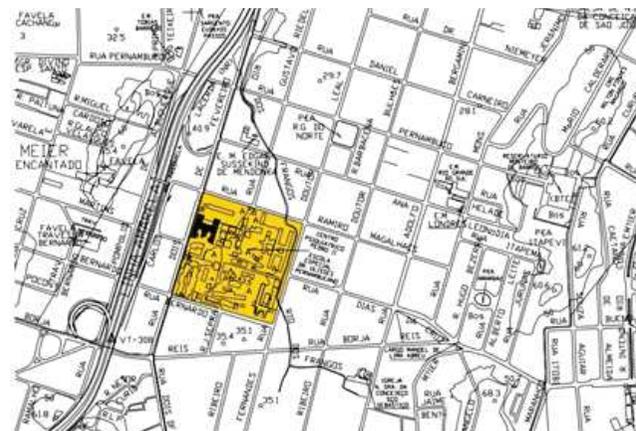


Figura 25: Planta de localização do IMAS – Nise da Silveira, no Rio de Janeiro. Fonte: FONTES, 2003, p.91

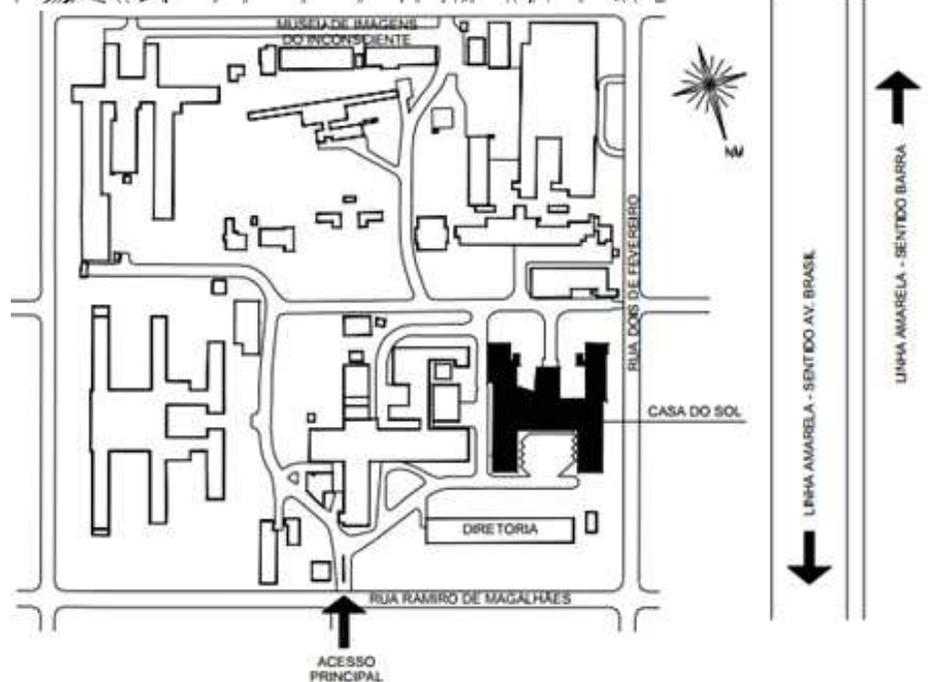


Figura 26: Planta de situação do IMAS Nise da Silveira. Casa do Sol está à noroeste, no inferior, à direita da imagem. Fonte: FONTES, 2003, p. 103



Figura 27: Fachada principal da Casa do Sol. Fonte: FONTES, 2003, p. 103

A Casa do Sol conta com o maior número de internos atendidos no IMAS. Por isso, estavam previstas reformas para unificar a ela os Programas de Moradia, bem como ampliar o atendimento em seu Centro de Convivência. O projeto original consiste em uma edificação de característica Moderna, construída na década de 40. Apresenta seis pavimentos, modulação estrutural, brises-soleis nas fachadas e presença de pilotis no térreo.

A edificação se subdivide em: Pavimento Térreo (onde está o Centro de Convivência, atividades terapêuticas, consultórios e oficinas), Pavimentos Um e Dois (contam com quatro alas de enfermaria, divididas por gêneros), Pavimentos Três e Quatro (enfermaria para casos graves e setor de emergência) e Pavimento Cinco (setor administrativo).



Figura 28: Pavimento térreo da Casa do Sol. Fonte: FONTES, 2003, p. 105

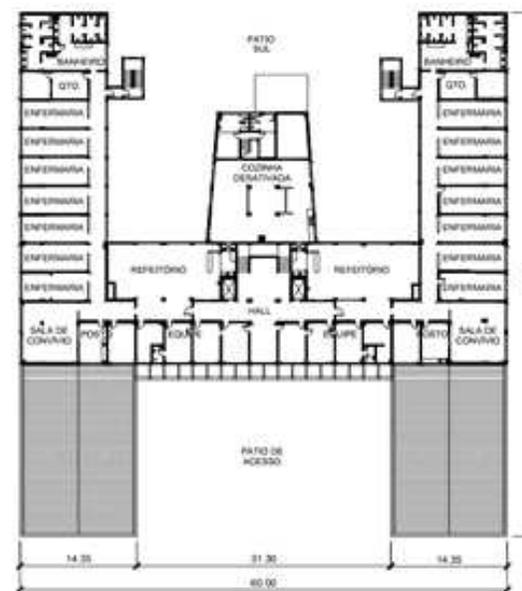


Figura 29: Pavimento tipo da Casa do Sol. Fonte: FONTES, 2003, p. 107

A preocupação com a prevenção de acidentes prejudicou o conforto ambiental, uma vez que a utilização de cobogós na substituição de esquadrias, comprometeram o conforto térmico, bem como a iluminação. Outras falhas no projeto, que contribuem para um aspecto sombrio e opressor, foram a pintura interna em tons escuros, as grades existentes em janelas e entradas de enfermarias e a escassez de mobiliário. Além disso, os pátios, originalmente destinados à utilização dos clientes para recreação, foram ocupados como estacionamentos ou apresentam acesso restrito, sendo utilizados por atividades de serviço.



Figuras 30, 31 e 32: Hall do Pavimento-Tipo; Aspectos externo e interno dos brises e cobogós na fachada principal, demonstram a má iluminação resultante da utilização desses recursos. Fonte: FONTES, 2003, p. 108



Figuras 33 e 34: Pátio Sul da Casa do Sol. Fonte: FONTES, 2003, p. 106

A falta de privacidade e segurança são percebidas nas baias da enfermaria, divididas por muretas, e nos banheiros coletivos. Uma última crítica a esse projeto é a falta de interação entre indivíduos de diferentes alas:

“Como as alas são independentes, possuindo acessos, ambientes de apoio e convívio próprios, não existe um estímulo à convivência com as pessoas das outras alas, o que torna o espaço central de circulação ocioso, quando poderia ser explorado como um ponto de encontro dos clientes” [FONTES, 2003].

3. A LOUCURA NA CONTEMPORANEIDADE

Este capítulo é desenvolvido em duas etapas: primeiramente discorre-se a respeito do processo de lutas e influências teóricas que culminou na Reforma psiquiátrica, bem como os princípios desta, posteriormente é feita uma reflexão sobre como os transtornos psicológicos tem se desenvolvido no mundo contemporâneo.

3. 1. REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apesar de Nise da Silveira, já na década de 40, se opor a tratamentos como eletrochoque e lobotomia (técnicas tradicionais da psiquiatria), a luta pela Reforma Psiquiátrica, segundo FONTES (2002), só passou a ter força ao fim da década de 70, devido à influência de Franco Basaglia² e da atuação do MTSM (Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental) na Luta Antimanicomial.

O MTSM foi o primeiro grupo, no Brasil, a se mobilizar a favor de uma Reforma Psiquiátrica e contra as técnicas de tratamento vigentes (hospitalização, medicalização e cronificação dos quadros), o que garantia o lucro das instituições privadas, mas afastava da cura real dos pacientes. A união de diversos grupos contra a psiquiatria tradicional levou a um processo social que impulsionou a mudança na assistência psiquiátrica a fim de incorporar novos valores e critérios ao atendimento da saúde mental.

Em 1990, na Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, foi estabelecida a Declaração de Caracas, a

² Franco Basaglia foi um psiquiatra italiano, autor de “A Instituição Negada”, onde relata suas experiências, dificuldades e sucessos ao dirigir o Hospital Psiquiátrico de Gorizia seguindo práticas voltadas à humanização e à comunidade terapêutica, através de novas formas de relacionar funcionários e pacientes, de acordo com uma perspectiva de igualdade entre estes, assim, o médico não teria poder sobre o doente (até então, considerado como “não-homem”). Com isso, mostra a importância de curar a partir da vida em comunidade, da responsabilidade dos pacientes com outros e, assim, da participação de todos os presentes em obter resultado. Já em outra experiência, em Trieste, Basaglia estabelece a constituição de novos espaços e formas de tratar a doença mental, a partir da desmontagem da estrutura manicomial, a qual passa a dar lugar a centros de saúde mental, distribuídos na cidade, e residências, que abrigariam os pacientes.

qual definia, de acordo com Fontes, que a internação psiquiátrica, visando a humanização e socialização, deveria ser realizada em hospitais gerais a fim de evitar a segregação dos pacientes, como acontecia até então.

O processo legislativo brasileiro, tomando como base as lutas antimanicomiais e as influências das reformas psiquiátricas em outros países e da Declaração de Caracas, culmina na promulgação da Lei Federal número 10.216, “que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, tendo como principais preceitos” (Brasil, 2001, p. 15).

Essa lei visa assegurar que os pacientes não seriam discriminados, nem sofreriam abuso, tendo tratamento humanizado e suas condições esclarecidas a familiares e responsáveis, a fim de garantir o envolvimento familiar, social e laboral. Além disso, o Estado será responsabilizado pela política de assistência à saúde mental, garantindo o melhor tratamento, de acordo com as necessidades do paciente. Outro ponto da lei é o impedimento de internações involuntárias, deixando, portanto, presença médica para esclarecimento da doença e do tratamento, que deve ocorrer em um ambiente menos invasivo possível.

Após a aprovação dessa lei, surgiram novas portarias para normatizar a assistência hospitalar, garantindo-se o enfoque comunitário, a atenção contínua, a multiprofissionalidade dos serviços e a participação social. Além disso, redefine-se o hospital psiquiátrico, com a retirada de celas e espaços restritivos, definição de atividades terapêuticas, recomendação de normas para engenharia e arquitetura e dimensionamento

do quadro de recursos humanos. Visando a interação do paciente e comunidade, bem como uma boa distribuição espacial acessível para melhor atender a população, tem-se, então, os modelos assistenciais propostos:

- **Hospital-dia e Hospital-noite:** modelo intermediário entre a intervenção hospitalar e comunidade, com regime de semi-hospitalização;

- **Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral (UPHG):** tem como objetivo substituir as internações psiquiátricas prolongadas por internação em hospitais gerais, assim, mantém o paciente próximo à comunidade e é realizada apenas em casos extremos;

- **Lares Abrigados e Moradias Terapêuticas:** soluciona o problema de moradia de pacientes sem vínculos familiares;

- **Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS) e Centros de Assistência Psicossocial (CAPS):** com a finalidade de desenvolver atividades terapêuticas e estimular a convivência em grupo e com a comunidade.

22

NÃO SUPORTO MAIS NENHUM DIA DISSO,
MAS TENHO SOBREVIVIDO.



UM
APÓS
O
OUTRO

Ana Glória
19/03/2016

QUANTOS ANOS AINDA TEREI QUE
AGUENTAR ASSIM?

QUANDO PERCEBI, TINHA ME TORNADO
MAIS AMARGA QUE O CAFÉ



Ana Glória
16/02/2016

QUE EU ME OBRIGAVA A ENGOLIR
TODAS AS MANHÃS PARA CONSEGUIR
ME ARRASTAR PELO RESTO DO DIA

Figuras 35 e 36: Desenhos. Da autora, 2016

3.2. TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS: HOJE

lou·co

adjetivo e substantivo masculino

1. Que ou quem perdeu a razão; que ou quem apresenta distúrbios mentais. = ALIENADO, DEMENTE, DOIDO, MALUCO, ORATE, TOLO
2. Que ou quem tem um comportamento absurdo, exagerado, contrário ao bom senso ou ao que é considerado razoável. = INSENSATO, MALUCO, ORATE, TEMERÁRIO, TOLO

adjetivo

3. Que é considerado fora do habitual. = ABSURDO, ESTRANHO
4. Que revela falta de sensatez. = DOIDO, IMPRUDENTE, MALUCO ≠ PRUDENTE, RAZOÁVEL
5. Que está fora de si, descontrolado. = DESNORTEADO, DOIDO, MALUCO, PERTURBADO, TRANSTORNADO, TRESLOUCADO
6. Que é excessivo. = DESMESURADO
7. Que está dominado por sentimento de grande paixão. = APAIXONADO, ARREBATADO

"**louco**", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <https://www.priberam.pt/dlpo/louco> [consultado em 19-09-2017].

O século XXI tem sido marcado por avanços tecnológicos e científicos, culminando na velocidade de trocas de informações. Obtém-se rápida comunicação e locomoção, bem como acesso a uma quantidade imensurável de informações. Tem-se acesso cada vez mais fácil a bens de consumo e uma grande rede de marketing vende a felicidade em vitrines e anúncios. As redes sociais ajudam a reafirmar a satisfação pessoal em publicações que revelam o sucesso pessoal, familiar, afetivo e emocional.

No entanto, se isso é o que está exposto nos perfis de redes como Facebook, Instagram, Snapchat, entre outras redes, o que se vê na vida real são seres humanos cada vez mais fragilizados pela cobrança social e econômica constante de autorrealização, a qual se torna uma carga refletida em cansaço físico, psicológico e emocional.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos constituem 60% dos medicamentos psiquiátricos mais vendidos no mundo. Além disso, dos dez medicamentos mais vendidos nos Estados Unidos em 2003, dois deles se referiam a psicofármacos. Numa visão mais geral, os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais vendidos no mundo, sendo responsáveis por efeitos calmantes e utilizados em casos como crises de ansiedade, ataque de pânico e agorafobia. Outros medicamentos que tem apresentado aumento no número de vendas são os antipsicóticos, antes utilizados para transtornos como esquizofrenia.

Um outro estudo realizado pela OMS revela as diversas formas que os distúrbios psicológicos se apresentam: alteração do sono, irritabilidades, níveis de estresse, temores inexplicados, fobias diversas, transtornos psicóticos e transtornos depressivos (sendo estes os campeões em estatísticas).

As doenças mentais, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, podem se apresentar, então, sob diversos diagnósticos, sendo algumas classificações apresentadas a seguir:

Psicose: crise em que o indivíduo sofre delírios e alucinações e perde a noção da realidade.

Esquizofrenia: uma psicose em que há alteração do pensamento, alucinações visuais e auditivas, delírios e alterações no contato com a realidade.

Transtorno Afetivo Bipolar: oscilação de extremos emocionais (felicidade e depressão profunda). O indivíduo apresenta instabilidade emo-

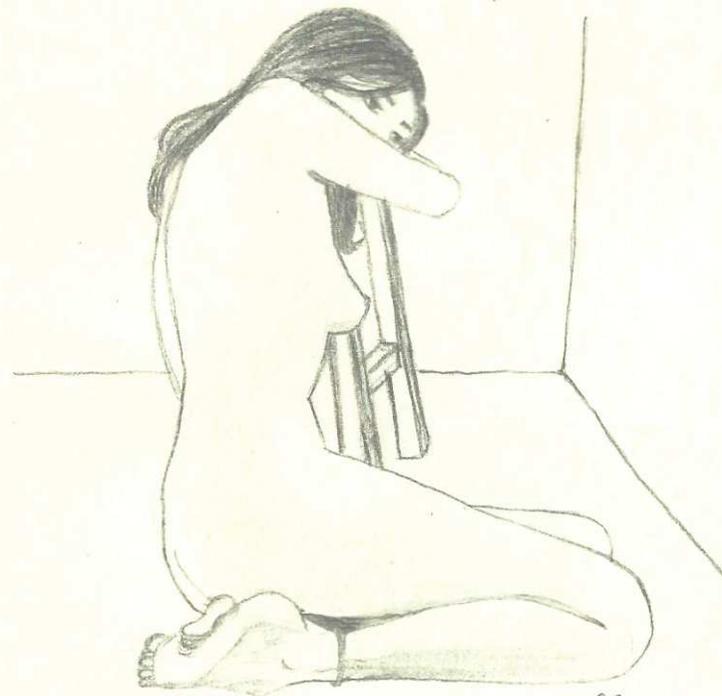
EU COSTUMAVA ENCONTRAR
BUAS IDÉIAS



Ana Slávia
18/02/2016

MAS, ULTIMAMENTE, SÓ TENHO
ENCONTRADO FANTASMAS E
PERMITIDO QUE ELES ME
ASSOMBREM

ENTORTAVA A COLUNA
O PESO NOS OMBROS
A VISTA FALHAVA
DOS PÉS, O TOMBO

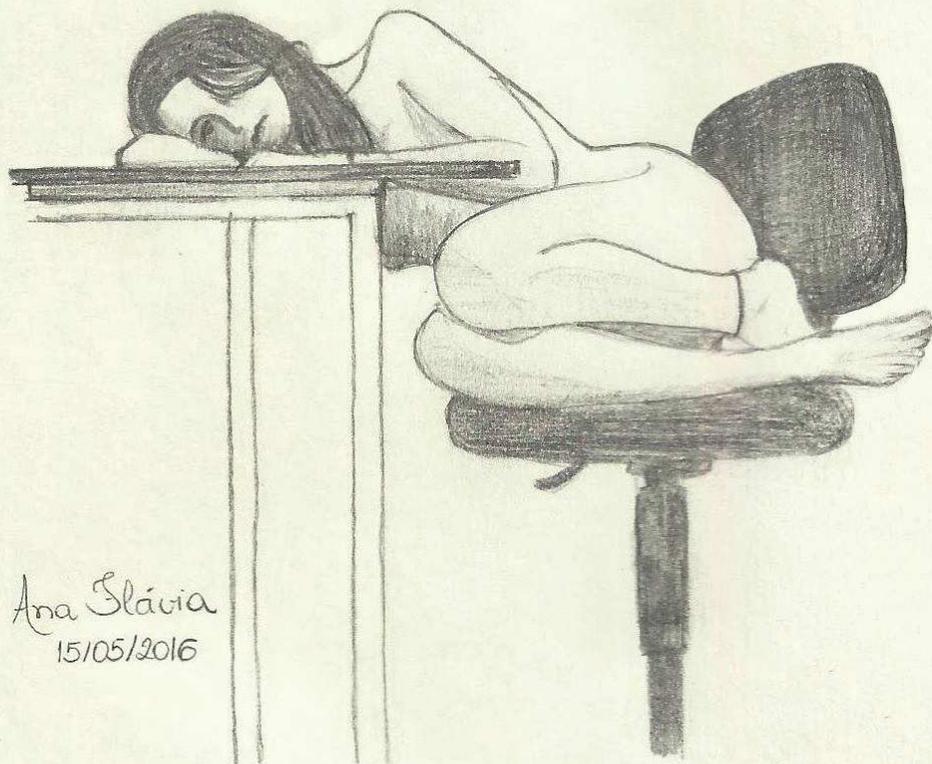


Ana Slávia
21/02/2016

QUANDO PASSEI A SER SÓ MEDO?

Figuras 37 e 38: Desenhos. Da autora, 2016

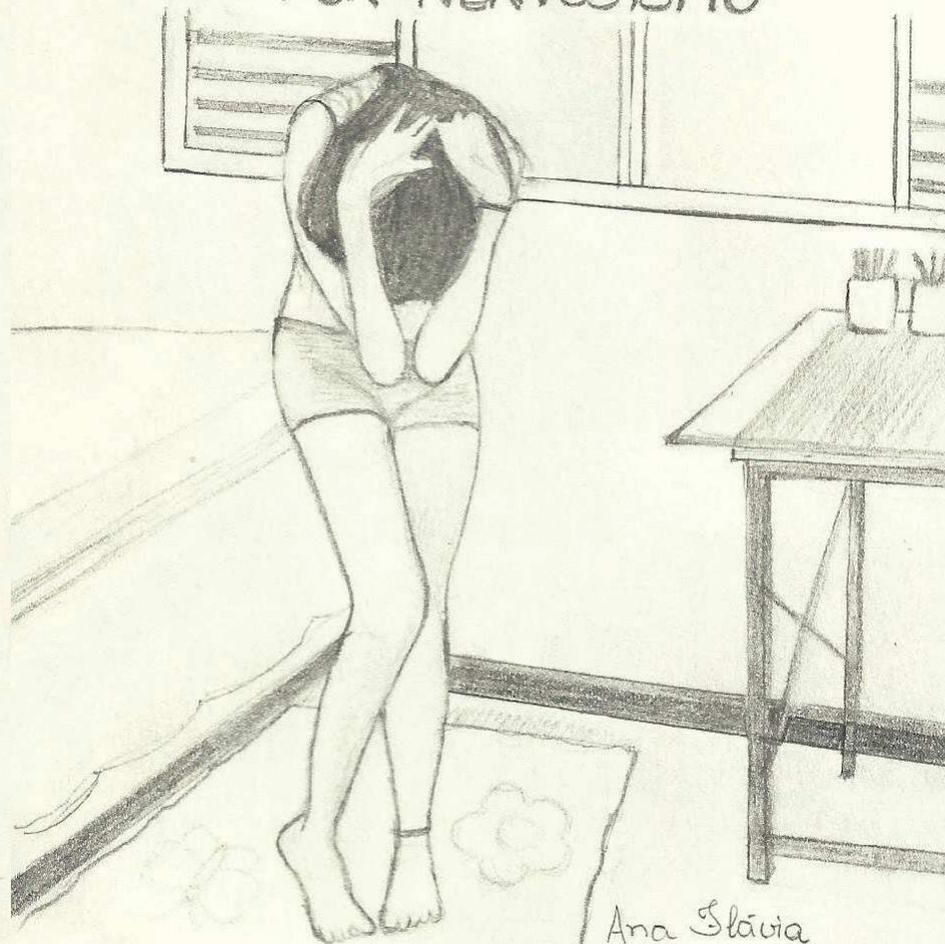
NÃO HAVERÁ POESIA



Ana Slávia
15/05/2016

HOJE RESTA APENAS UM CORPO
CANSADO DE INSISTIR

NÃO SEI SE VOU EXPLODIR
POR NERVOSISMO



Ana Slávia
07/05/2016

OU IMPLODIR EM AGONIA

Figuras 39 e 40: Desenhos. Da autora, 2016

cional, com fases de extrema extroversão e outras de inibição.

Transtorno de Ansiedade: indivíduo se torna apreensivo sobre uma ameaça futura, inclui medo e perturbação excessiva.

Essa busca por medicamentos psiquiátricos revela a crescente manifestação de transtornos psicológicos na população. Se o aumento no consumo desses remédios é um dado alarmante, ainda mais preocupante é o aumento no abuso do álcool e outras substâncias psicoativas, muitas vezes visto por jovens e adultos como um escape da realidade e um alívio momentâneo para o sofrimento emocional. Se antes o “louco” portador de distúrbio mental era considerado fora do habitual (como demonstra a definição do dicionário Priberam), hoje isso se torna cada vez mais comum.

Depressão: o indivíduo perde o prazer em atividades que antes se interessava, é acometido por pessimismo, impaciência, pensamentos suicidas e apresenta dificuldade para concentrar, finalizar tarefas e tomar decisões.

Transtorno de Personalidade: padrão persistente de comportamento que se desvia das expectativas da cultura do indivíduo.

Transtorno Obsessivo Compulsivo: obsessões e compulsões são caracterizadas por comportamentos e/ou idéias incontroláveis, repetitivos e persistentes, os quais devem ser realizados em uma espécie de ritual para que garantam alívio ao portador do transtorno.

Compulsão: ato repetitivo que proporciona alívio ou prazer. Pode ser relacionada a sexo, trabalho, comida, jogos, entre outras.

Pânico: medo responsável por paralisar ou gerar reações corporais que

impedem o indivíduo de prosseguir, geralmente causado por trauma.

De acordo com o psiquiatra ADNET, os fatores de causa desses transtornos são vários e geralmente envolvem todo o contexto em que o indivíduo se insere, desde a pressão sofrida, até a desestruturação familiar, a formação educacional inadequada, o desenvolvimento mental/emocional/social sem referências apropriadas, as cobranças injustas dos empregadores no meio de trabalho, o colapso financeiro, a violência, a desigualdade social, o desemprego, a traição, o contexto político que interfere nos direitos do cidadão e o estado de incerteza em que o mundo se insere.

O impacto dos elementos citados anteriormente, principalmente os primeiros, é mais fortemente notado na formação dos jovens, os quais, muitas vezes sem modelos de referência para utilizar em seu desenvolvimento, baseiam-se naquilo que lhes é mostrado em programas de televisão, telas de cinema e mídia pornográfica, que apresentam modelos distorcidos a serem seguidos e uma imagem de sexualidade humana desajustada. Isto resulta num processo de adoecimento mental e/ou físico, devido tanto a transtornos afetivos, gerados por relações superficiais, quanto à contaminação por DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e ao aborto. Esse último por ser criminalizado no Brasil é ainda mais agravante para o quadro de problemas psicológicos, uma vez que há todo um trauma e angústia presentes na busca por processos abortivos inseguros.

Independentemente do que originou o(s) distúrbio(s), todos eles carecem de compreensão, atenção e tratamento. Estes, facilitados pela



EM COMUM, APENAS

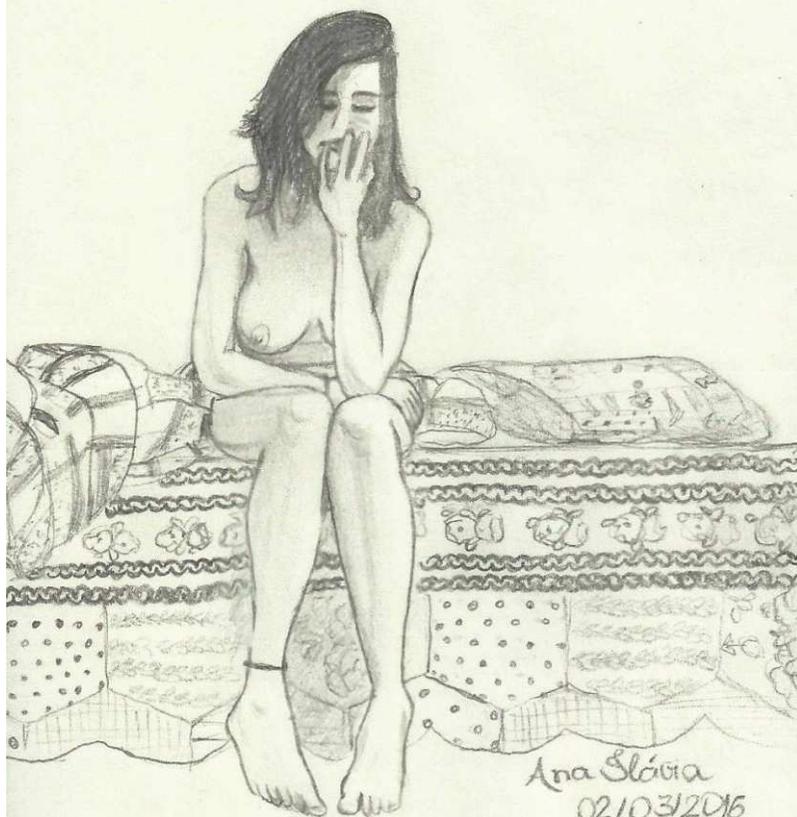


ESSA DOR
SUFOCANTE

O PEITO COMPRIMIDO
É UM CORPO DÉBIL

Figuras 41 e 42: Desenhos. Da autora, 2016

PRECISO DORMIR
PÔR A ANGÚSTIA EM STAND BY



Ana Slavia
02/10/2016

PRECISO FICAR ACORDADA
TRANSFORMAR A ANSIEDADE EM
PRODUÇÃO

PELO TEMPO QUE ESTOU
CAINDO NESSE POÇO
SEM FUNDO



Ana Slavia
10/04/2016

MEU RESGATE SERÁ TÃO
TRABALHOSO QUE JÁ NÃO
COMPENSA SER FEITO

Figuras 43 e 44: Desenhos. Da autora, 2016

Reforma Psiquiátrica ao humanizar o paciente e desmistificar o “louco” como alguém a ser segregado, devem ser realizados através do apoio médico, familiar e social. Se o âmbito familiar apresenta-se como desagradável para o indivíduo e responsável por piorar seu quadro, logo, a tarefa de terapia deve ser feita também incluindo a família, a fim de envolvê-la para que esta entenda e possa ajudar na recuperação do paciente. Este trabalho também deve ser feito com a sociedade, para que o doente a ser tratado não se sinta excluído ou, até mesmo, culpado por apresentar um transtorno psicológico. Somente assim, é possível que o indivíduo retome a segurança em si mesmo e reconstrua seu psicológico para lidar com as adversidades do “mundo externo”.



Figuras 45 e 46: Fotos de performance teatral. À esquerda, foto do cenário, por Ana Flávia Cesero. Acima, foto da apresentação, por Armstrong Vogel. 2014. Texto da performance: p. 26

“Aos 11 anos proibiram-me as lágrimas, porque sentir era errado e homem não chorava. Tranquei todas as gotas dentro de mim e vesti minha máscara de bem-estar na presença dos Homens, mas, ainda assim, quando estava sozinho era incapaz de impedir que o líquido escorresse e formasse pequenos lagos de angústia no lado externo do meu corpo. A água se acumulou, então, e dia após dia, delineava os contornos da ilha que eu começara a construir para mim.

Tentei, por várias vezes, esquecer-me do incômodo que eu costumava ser para mim mesmo e evitar o isolamento, mas nada evitava os pensamentos que me atormentavam. Tentara, por várias vezes, diluir as gotas em em álcool, hábito que me fazia rir o corpo, contudo, sempre levava-me a descobrir, ao final, que a bebida apenas estimulava as lágrimas a fluírem pela face: a “pureza” da bebida destilada não fora capaz de purificar a mim. Após tudo isso, meu objetivo modificara-se: buscava, sem cessar, deteriorar o meu corpo, na esperança de que aquele pesadelo interno se findasse por completo. Mas era frustrante que meu organismo permanecesse saudável, que insistisse em sobreviver aos golpes.

Essa minha obsessão inflamada pela

autodestruição fez com que toda a areia da minha ilha se transformasse em vidro, coberta pelas inúmeras garrafas que eu consumira. Contudo, permanecia a dor. A angústia. A insegurança. A depressão. A garrafa tornou-se minha única companhia. Decidira, então, fazer uma troca com esta: eu bebia tudo o que me dispunha e lhe oferecia tudo aquilo que me compunha: minhas palavras (e as pontadas que eu sentia no espírito). Escrevi milhares de mensagens que se perderam no meu tempo. Nunca tive coragem de lançá-las ao mar, mas ainda espero resposta.”

Texto apresentado como performance de teatro, sobre um homem depressivo que recorria à bebida como válvula de escape de sua realidade. Da autora, 2014.

PORQUE ELA ERA O LAR PARA
ONDE EU SEMPRE PUDE VOLTAR



Ana Slávia
02/04/2016

E ELA JÁ ME ENSINAVA A VOAR
MESMO QUANDO EU NEM SABIA
QUETINHA ASAS

DE MANHÃ
HOJE EU CANTEI SOBRE

O AMOR



Ana Slávia
11/10/2016

E DEDIQUEI A MIM MESMA

Figuras 47 e 48: Desenhos. Da autora, 2016

4. CAPS

Esse capítulo é dedicado a apresentar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em si: seu conceito, seus usuários, a assistência prestada neste, os profissionais necessários para seu funcionamento, o programa arquitetônico mínimo previsto para este e as oficinas terapêuticas que podem ser desenvolvidas nesse espaço.

4.1. O QUE É?

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem a partir da Reforma Psiquiátrica, a fim de substituir o modelo hospitalar segregacionista até então utilizado. Com respaldo na Lei número 10.216, tem suas características definidas pela Portaria 336 do Ministério da Saúde.

De acordo com essa Portaria, o CAPS deve ser um serviço ambulatorial de atenção diária, de natureza jurídica pública que funciona em área física específica, independente de qualquer estrutura hospitalar.

Existem 5 tipos de CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. O CAPS I destina-se a municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e tem funcionamento das 8 às 18 horas, de segunda à sexta-feira; o CAPS II é indicado para municípios com população entre 70.000 e 200.000; o CAPS III é construído em municípios com população acima de 200.000 habitantes e funciona 24 horas todos os dias. O CAPSi atende municípios também com população acima de 200.000 habitantes e prioriza o atendimento a crianças e adolescentes, por fim, tem-se o CAPSad para municípios com população acima de 100.000 habitantes e com foco em recuperação de usuários de álcool e drogas. Estes dois últimos, assim como o CAPS II, apresentam o mesmo horário de funcionamento que o CAPS I, podendo ter um terceiro período e funcionamento até às 21 horas.

Como já mencionado, a população de Uberlândia, estimada em 2017 pelo IBGE para 676.613 habitantes, foi considerada para a escolha de implantação de um CAPS III. O qual, conforme estabelecido na Portaria 336, tem como características constituir um serviço de atenção contínua durante 24 horas, incluindo feriados e finais de semana;

4.2. PACIENTE, FAMÍLIA E COMUNIDADE

responsabilizar-se por organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental; regular a entrada da rede assistencial; coordenar atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas; supervisionar e fornecer capacitação às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; realizar o cadastramento de pacientes usuários de medicamentos psiquiátricos e estar referenciado a um serviço de atendimento emergencial geral da região, o qual será responsável pelo suporte de atenção médica.

De acordo com a Portaria nº 3088/2011, o CAPS III atende, prioritariamente, o paciente que apresenta intenso sofrimento psíquico causado por transtornos mentais graves e persistentes, responsáveis por dificultar a sociabilidade e realização pessoal do indivíduo. Esse CAPS inclui distúrbios relacionados ao uso de substâncias psicoativas e oferta retaguarda clínica e acolhimento noturno aos demais serviços de saúde mental.

Nele, assim como nos demais CAPS, o paciente pode ser acompanhado sob três regimes: intensivo (atendimento diário), semi-intensivo (atendimento frequente, mas não diário, sendo até 12 dias no mês) e não-intensivo (frequência de tratamento menor), como estabelecido na Portaria 336.

Para receber a assistência de um CAPS, o indivíduo em sofrimento, sozinho ou acompanhado, pode procurar diretamente o Centro (que atenda, preferencialmente, a região onde este mora) ou ser encaminhado por outro serviço de saúde. A pessoa atendida será acolhida e escutada, com o objetivo de compreender sua situação, transmitir confiança e, posteriormente, estabelecer um diagnóstico, que possibilitará a criação de um projeto terapêutico. Se a pessoa se encontrar isolada e com dificuldade de acesso ao serviço, esta poderá ser atendida em casa, por um profissional da equipe do CAPS, quando solicitado por um familiar ou vizinho.

4.3. ASSISTÊNCIA E ACOLHIMENTO

Além do paciente, outros usuários do CAPS são a família e a comunidade, uma vez que a primeira necessita de apoio para compreender, conviver e auxiliar no tratamento da condição psicológica que seu familiar se encontra e a última é fundamental para a ressocialização do paciente. Isto ocorre através da convivência entre ambos, visando desconstruir preconceitos e agir de maneira preventiva com o próximo.

A função do CAPS é a assistência e o acolhimento do indivíduo com transtornos mentais. O acolhimento é o contato inicial com o paciente, a partir do qual é possível definir se seu sofrimento é intenso e relacionado ao tratamento em um CAPS ou se ele pode ser encaminhado a um posto de saúde, por apresentar um transtorno mental menos grave. A assistência significa que nestes espaços encontra-se o apoio especializado necessário para lidar com o doente e estabelecer planos para seu tratamento. Este apoio, a nível profissional, pode ser de psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, pedagogos e/ou artesões. Além do âmbito profissional, também encontram-se atividades que estimulam o contato com a comunidade e com a família, a fim de promover a hospitalidade necessária para que o paciente se sinta confortável e amparado para ser devidamente tratado. Essa sensação de acolhimento é importante para estimular a confiança, bem como a própria melhora da pessoa a ser tratada. De acordo com a Portaria 336, no CAPS III, a assistência deve abranger as seguintes atividades:

- **Atendimento individual:** psicoterapia, orientação, prescrição de medicamentos.
- **Atendimento em grupos:** psicoterapia em grupo, suporte social, grupo operativo.
- **Oficinas terapêuticas:** executadas por profissionais de nível médio ou superior.
- **Visitas e atendimentos à domicílio**

4.4. PROFISSIONAIS NECESSÁRIOS

- **Atendimento à família:** atendimento individual a familiares, atendimento familiar nuclear e a grupo de familiares.

- **Atividades comunitárias:** a fim de integrar o doente à sociedade, são estabelecidas atividades em conjunto com associações de bairro para estimular trocas sociais entre comunidade, usuário e família. Podem ser: festas, caminhadas em grupos, participação em eventos e grupos dos centros comunitários.

- **Acolhimento noturno:** até cinco leitos, para repouso e/ou observação. A permanência do paciente limita-se a 07 dias consecutivos ou 10 dias intercalados em um período de 30 dias.

- **Refeição diária:** uma para pacientes de um turno (04 horas); duas para pacientes de dois turnos (08 horas) e quatro para pacientes de permanência contínua (24 horas).

- **Assembleias de Organização do Serviço:** evento, preferencialmente, semanal, constitui instrumento essencial para funcionamento efetivo do CAPS como lugar de convivência. Para isso reúne técnicos, usuários, familiares e integrantes da comunidade a fim de discutir e propor formas de melhorar o atendimento oferecido

Segundo estabelecido na Portaria 336, a equipe mínima de funcionários para um CAPS III para atendimento de 40 pacientes por turno, limitado a 60 pacientes por dia em regime intensivo, deve ser composta por:

- 02 médicos psiquiatras
- 01 enfermeiro com formação em saúde mental
- 05 profissionais de nível superior, podendo ser: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou profissional necessário ao projeto terapêutico
- 08 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Para o acolhimento noturno, em plantões de 12 horas, a equipe mínima indicada é composta por 03 técnicos de enfermagem, supervisionados por enfermeiro do serviço e 01 profissional de nível médio para área de apoio.

Para as 12 horas diurnas de sábados, domingos e feriados, necessita-se de uma equipe que contenha: 01 profissional de nível superior (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional justificado pelo projeto terapêutico), 03 técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço e 01 profissional de nível médio da área de apoio.

4.5. PROGRAMA ARQUITETÔNICO MÍNIMO

O espaço de um CAPS deve ser adequado e capaz de oferecer estrutura para atendimento de sua demanda específica. Tem, se como programa arquitetônico mínimo a seguinte estrutura física:

NOME AMBIENTE	QTDD. MÍN.	ÁREA UNIT. MÍN. (m ²)	NOME AMBIENTE	QTDD. MÍN.	ÁREA UNIT. MÍN. (m ²)
Espaço Acolhimento	1	30	Sala de Utilidades	1	2,5
Sala de Atendimento Individualizado	3	9	Farmácia	1	7
Sala de Atividades Coletivas	3	24	Área de Serviços	1	4
Depósito anexo às salas de Atividades Coletivas	2	3	Área Externa de Convivência	1	50
Espaço Interno para Convivência	1	50	Área de Embarque e Desembarque	1	20
Sanitário PNE público Masculino	1	12	Abrigo Externo de Resíduos Comuns	1	1,5
Sanitário PNE público Feminino	1	12	Abrigo GLP	1	1
Sala de Medicação	1	6	Quarto coletivo com acomodações individuais	3	12
Posto de Enfermagem	1	6	Banheiro para quarto coletivo	3	3
Arquivo	1	4	Quarto de plantão	1	9,5
Refeitório	1	50	Banheiro para quarto de plantão	1	3
Cozinha	1	35	Sala Administrativa	1	12
Vestiário/Banheiro para funcionários	2	9	Sala de Reunião	1	16
DML	1	2	Almoxarifado	1	4
Rouparia	1	4	Área Total (Mínima)	401,5 m²	

Tabela elaborada através do estabelecido no Manual do Ministério da Saúde para orientar a elaboração de projetos de CAPS. Fonte: bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf.

As normas não estabelecem um limite máximo para o programa, podendo este se adaptar para proporcionar a estrutura para o atendimento no CAPS. Assim, tem-se a possibilidade de trabalhar espaços para atividades diversas, como as oficinas terapêuticas.

4.6. OFICINAS TERAPÊUTICAS

Geralmente existe mais de um tipo de oficina terapêutica em um CAPS. Estas são realizadas em grupo, orientadas por profissionais e definidas de acordo com o interesse dos usuários e das possibilidades dos técnicos de serviço. São fundamentais para integrar paciente, família e comunidade, bem como promover a expressão de sentimentos, o desenvolvimento de habilidades corporais e realização de atividades produtivas. Segundo o Manual do CAPS, estas oficinas podem ser:

- Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.
- Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó
- Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam perma-

necer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania.

Cada um desses tipos de oficina tem um resultado diferente e importante para a recuperação do paciente. A **oficina de expressão** auxilia na sensibilidade sensorial e na expressão de pensamento, de forma mais lúdica, o que colabora para a compreensão do transtorno vivido. As **oficinas de esporte** promovem o condicionamento físico e, com isso, a sensação psicológica de satisfação, considerando os benefícios das atividades físicas (como a liberação de endorfina, hormônio responsável pelo bem-estar e pela melhoria do humor, da resistência, da memória e da disposição física e mental). Nas **oficinas que geram renda**, há motivação para que o paciente encontre uma nova forma de obter independência financeira e adentrar no mercado de trabalho. Por fim, as **oficinas de alfabetização** surgem para pacientes que não tiveram acesso aos estudos ou precisaram interrompê-los, assim, eles encontram uma nova oportunidade para se integrar ao meio e retomar ou iniciar o aprendizado.

Nesse capítulo são apresentadas 4 referências projetuais: o Hospital da Rede Sarah Kubitschek no Rio de Janeiro, o Hospital Psiquiátrico Kronstad, na Noruega, o Centro de Reabilitação Psicossocial de San Juan de Alicante, na Espanha e a Résidence 3 Pins, também na Espanha. Estes projetos foram escolhidos pelas características:

- Rede Sarah: circulação integrante, preocupação com o conforto ambiental e setorização
- Kronstad: muitas áreas verdes de convivência, implantação em uma área de fácil acesso (em frente à estação de metrô) e criação de uma praça pública.
- San Juan de Alicante: racionalização do programa: busca encaixar em um único pavimento, utilizando pátios interiores para promover ventilação e iluminação. Implantação aproveita boa parcela do terreno para criar jardins de lazer e convivência.
- Résidence 3 Pins: inserção na paisagem buscando utilizar recursos naturais do terreno como soluções projetuais (inserção na topografia acentuada e conservação da vegetação nativa)

5.1. REDE SARAH - UNIDADE RIO DE JANEIRO

A Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação é utilizada aqui como referência de projeto arquitetônico hospitalar por buscar alta qualidade, tanto no atendimento público quanto nos espaços onde as atividades de tratamento são realizadas. A Rede tem por objetivos a excelência na assistência gratuita para neurologia e ortopedia, a qualificação de profissionais, ações de prevenção através de conscientização da sociedade e desenvolvimento de pesquisa científica. Com unidades implantadas nas capitais Brasília, Salvador, São Luís, Belo Horizonte, Fortaleza, Rio de Janeiro, Macapá e Belém, estabelece uma terapia semelhante à do CAPS, ao humanizar o indivíduo e buscar integrar família, comunidade e profissionais de diversos setores ao tratamento.



Figura 49: Unidades da Rede Sarah. Fonte: <http://www.sarah.br/a-rede-sarah/nossas-unidades/>

Projetada por João Filgueiras Lima (o Lelé) em 2001, a Unidade do Rio de Janeiro foi implantada em um terreno de 80.000m² em Jacarepaguá. Sua área construída ocupa 52.000m² teve conclusão das obras em 2008 e se apresenta por volumes brancos dispostos horizontalmente em um entorno amplo, com pouca ocupação.

A iluminação e a ventilação priorizam, como em todo trabalho do Lelé, o conforto ambiental. Para isso, nesse hospital são utilizadas esquadrias metálicas e aletas móveis nos tetos das unidades, afim de possibilitar iluminação e ventilação naturais. Dessa mesma forma são trabalhadas a cobertura interna e a curva da ala de internações.

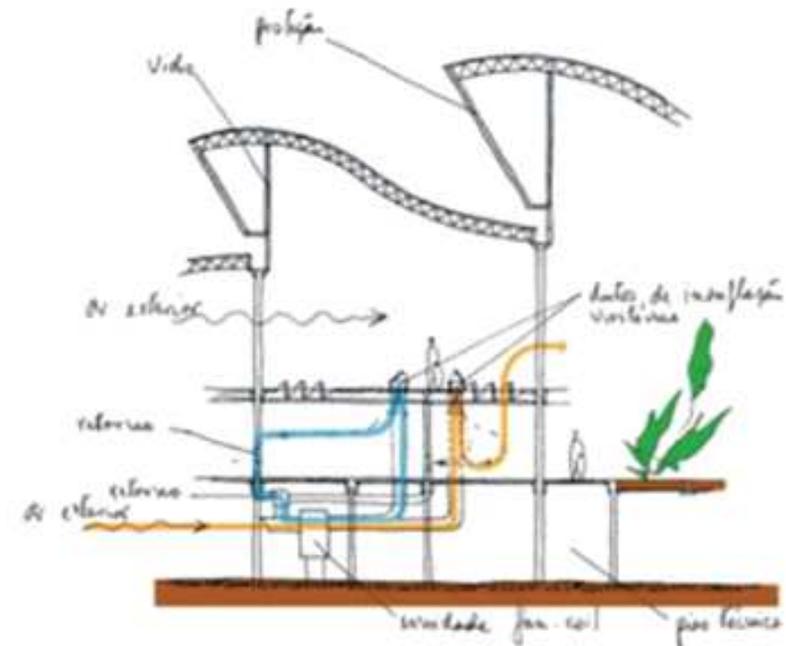


Figura 50: Sistema de ventilação do hospital. Fonte: MONTERO, 2006.

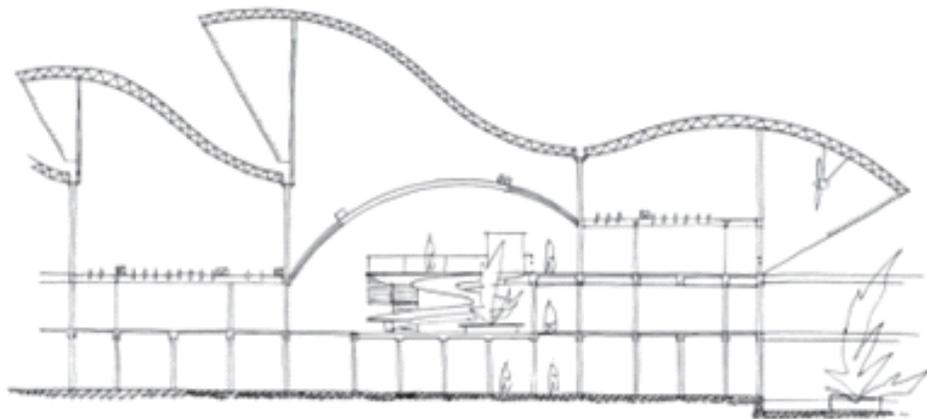


Figura 51: Corte mostra o jardim interno e cobertura em arcos móveis. Estes favorecem a iluminação natural e flexibilizam o sistema de ventilação, ao possibilitar a abertura quando a temperatura está agradável e o fechamento quando esta está elevada, com isso, é possível a utilização de ar condicionado. Fonte: MONTERO, 2006.

Existe uma climatização passiva (fundamental para o clima quente do Rio de Janeiro) realizada por espelho d'água em volta do bloco de internações, o que garante o conforto térmico, assim como os jardins implantados no interior do projeto, e protege o hospital das inundações que acontecem pela variação do nível da lagoa de Jacarepaguá.

A relação entre ambiente externo e ambiente interno se dá com uma passagem gradual através da implantação em um entorno mais isolado, dos recuos ajardinados, do espelho d'água e dos acíves em direção à área central. Esses elementos constituem camadas de coberturas e vazios, o que garante a privacidade e auxilia no conforto ambiental já citado.

Predomina-se a forma linear e a volumetria de galpões e tem-se o auditório esférico e o solário em balanço como elementos voltados para um caráter escultural, apresentando coberturas curvas.



Figura 52: Imagem apresenta jardim interno, que ajuda no conforto térmico, e passarela curva acima deste. É possível, também, perceber como a cobertura curva contribui para a iluminação natural e a criação de um espaço interno agradável. Fonte: <https://arcoweb.com.br/projetodesign/arquitetura/arquiteto-joao-filgueiras-lima-lele-hospital-rede-sarah-27-10-2009>

A organização dos espaços se dá através do agrupamento de ambientes similares em blocos, os quais são articulados e interligados entre si por espaços de circulação envoltos por jardins. Existem, então, 4 blocos: Serviços Técnicos, Internação, Serviços Gerais e Centro de estudo e auditório. Estes são implantados de acordo com sua assepsia,

suas características e seu acesso. Por exemplo, os Serviços Gerais estão no acesso principal para atender pacientes externos, além disso, os ambientes que precisam de ventilação artificial permanente também estão nesse bloco. O bloco de Internação, por sua vez, está afastado do acesso, por exigir maiores cuidados com higiene.



Figura 53: Imagem apresenta espelho d'água no exterior, contribuindo para o microclima do Hospital do Rio de Janeiro. Nota-se a fachada com esquadrias que contribuem, também, para o conforto ambiental. Fonte: <https://arcoweb.com.br/projetodesign/arquitetura/arquiteto-joao-filgueiras-lima-lele-hospital-rede-sarah-27-10-2009>

A estrutura do hospital é composta por piso técnico de viga metálica, apoiado em pilares metálicos e laje pré-fabricada de argamassa



Figura 54: Imagem mostra espaço decampado ao redor da construção, composta por blocos semelhantes a galpões, ao centro, os quais apresentam cobertura em formato de shed e auditório, em formato curvo, à esquerda. Fonte: <https://arcoweb.com.br/projetodesign/arquitetura/arquiteto-joao-filgueiras-lima-lele-hospital-rede-sarah-27-10-2009>

armada, assim como as divisórias duplas. Isso possibilita o isolamento termo-acústico entre os espaços, bem como a flexibilização destes.

A circulação ocorre em grelhas nas extremidades dos blocos e entre estes, conectando-os por passarelas cobertas.

A circulação integrante, a divisão sutil entre o interno e externo, a preocupação com o conforto ambiental, o bem-estar e a setorização geram o espaço humanizado que se deseja obter no projeto do CAPS, sendo esta, portanto, uma importante referência de arquitetura hospitalar.



Figura 55: Organização dos espaços em 4 blocos, definidos por diferentes cores (azul para os serviços técnicos, amarelo para a internação, laranja para os serviços gerais e vermelho/salmão para auditório e centro de estudos e residência médica). Fonte: MONTERO, 2006.

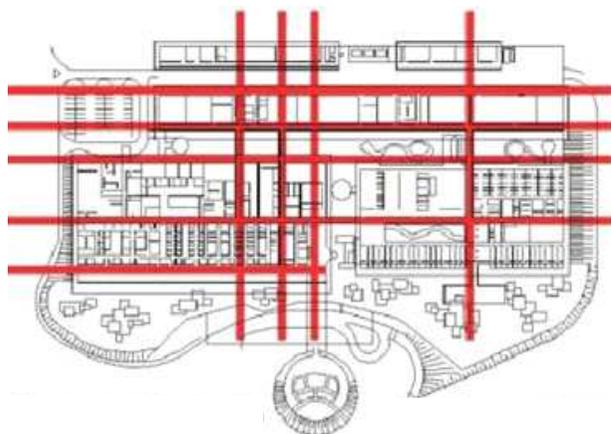


Figura 56: Planta demonstra eixos de circulação em formato de grade, no hospital do Rio de Janeiro. Fonte: pt.slideshare.net/cileneaiette/anlise-detalhada-do-projeto-3532820

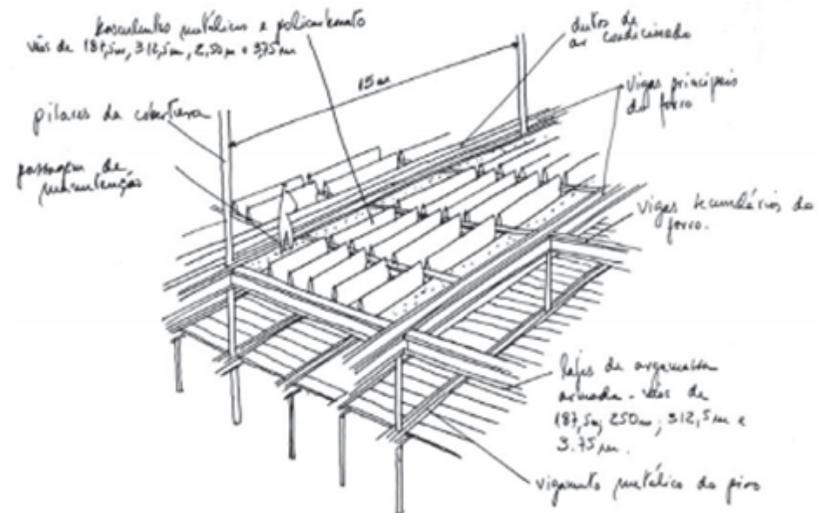


Figura 57: Croqui de Lelé apresenta o sistema construtivo: passagem de manutenção, dutos de ar condicionado, lajes, vigamento metálico, pilares, esquadrias basculantes. Fonte: MONTERO, 2006.



Figura 58: Acesso ao solário, mostra a circulação entre blocos através de passarelas cobertas. Fonte: arcoweb.com.br/projetodesign/arquitura/arquiteto-joao-filgueiras-lima-lele-hospital-rede-sarah-27-10-2009

5.2. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO KRONSTAD

Inaugurado em 2013 na cidade de Bergen, Noruega, o Hospital Psiquiátrico Kronstad foi projetado pela equipe Origo Arkitektgruppe e tem 12.500m², distribuídos em 5 pavimentos.

Apresenta muitas áreas verdes de convivência. Um fator importante para a escolha desse projeto para referência foi sua implantação em uma área adensada e de fácil acesso (em frente à estação de metrô). Essa característica contribui para um aspecto que se deseja trabalhar no projeto do CAPS: a criação de uma praça pública.



Figura 59: Praça pública. Na fachada: painéis brancos e painéis verdes, além da perceptível transparência do vidro. Fonte: Archdaily Brasil

Além de ser uma opção de calma em um espaço urbano movimentado, esta seria, com isso, um estímulo para a aproximação entre sociedade e hospital, a fim de desmistificar o centro de tratamento de transtornos psicológicos e reduzir o preconceito com este, através

do convívio e do convite ao transeunte para descansar e apropriar-se do espaço. No projeto estudado, esta praça se estende sob os pisos inferiores do edifício, sendo visível por grandes janelas, assim como pontos focais do Hospital. Na fachada, mescla-se painéis verdes e brancos, que buscam exprimir segurança e a tranquilidade da integração à natureza, ao assemelhar-se ao bambu. Além disso, o projeto se abre ao público ao utilizar aberturas e transparência, sem, contudo, deixar de garantir a proteção e privacidade necessários aos pacientes.



Figuras 60 e 61: Fachadas: uso de jardim vertical (integração com a natureza), painéis verdes e painéis de vidro. Fonte: Archdaily Brasil



Figura 62: Corredor interno: transparência e contato com vegetação. Fonte: Archdaily Brasil

A edificação consiste em um volume retangular, que apresenta 3 recortes em diferentes níveis para criar espaços de convívio em cada um dos ambientes (como a praça pública citada acima). Estes átrios permitem o contato visual entre pavimentos, além de iluminação natural, ventilação e contato entre pacientes e funcionários.



Figura 63: Corte: átrio em pavimento superior, para convívio e descanso.
Fonte: Archdaily Brasil

Os ambientes são organizados em pavimentos, em torno dos átrios: no subsolo se encontra estacionamento, no primeiro pavimento há uma policlínica e enfermarias para curtas estadias, nos andares superiores está a ala de internações. Os cômodos têm sua disposição feita ao redor dos átrios e a circulação é clara e lógica: utiliza os átrios como referência para localização no espaço e organiza-se em torno destes e entre os ambientes ali dispostos.



Figuras 66 e 67: Refeitório e composição agradável do mobiliário, à esquerda. Quadra de tênis e terraço verde, à direita. Fonte: Archdaily Brasil.



Figura 64: Jardim de inverno com pergolado metálico.
Fonte: Archdaily Brasil



Figura 65: Foto de átrio externo.
Fonte: Archdaily Brasil



Figura 68: abertura do átrio para recebimento de luz e ventilação. Amplitude do espaço de lazer. Fonte: Archdaily Brasil

5.3. CENTRO DE SAN JUAN DE ALICANTE

Localizado no município de San Juan de Alicante, na Espanha, e projetado pela equipe Otxotorena Arquitectos, o “Centro de Rehabilitación Psicosocial” abriga o CRIS (Centro de Reabilitación e Integração Social) e uma residência para indivíduos que apresentam transtornos mentais, mas não demandam hospitalização. Assim, seu funcionamento se apresenta como uma comunidade aberta e flexível, com cerca de 50 pacientes em regime de internato, mas também tem especialização para tratamento de transtornos graves, oferecendo recuperação funcional e atividades ocupacionais para até 25 pessoas.

O programa projetual é disposto num extenso edifício térreo, com semi-subsolo para estacionamento e serviços (lavanderia, cozinhas e vestiários de funcionários). A fachada é composta por vidros e painéis verticais móveis para controlar a insolação e promover o conforto ambiental.

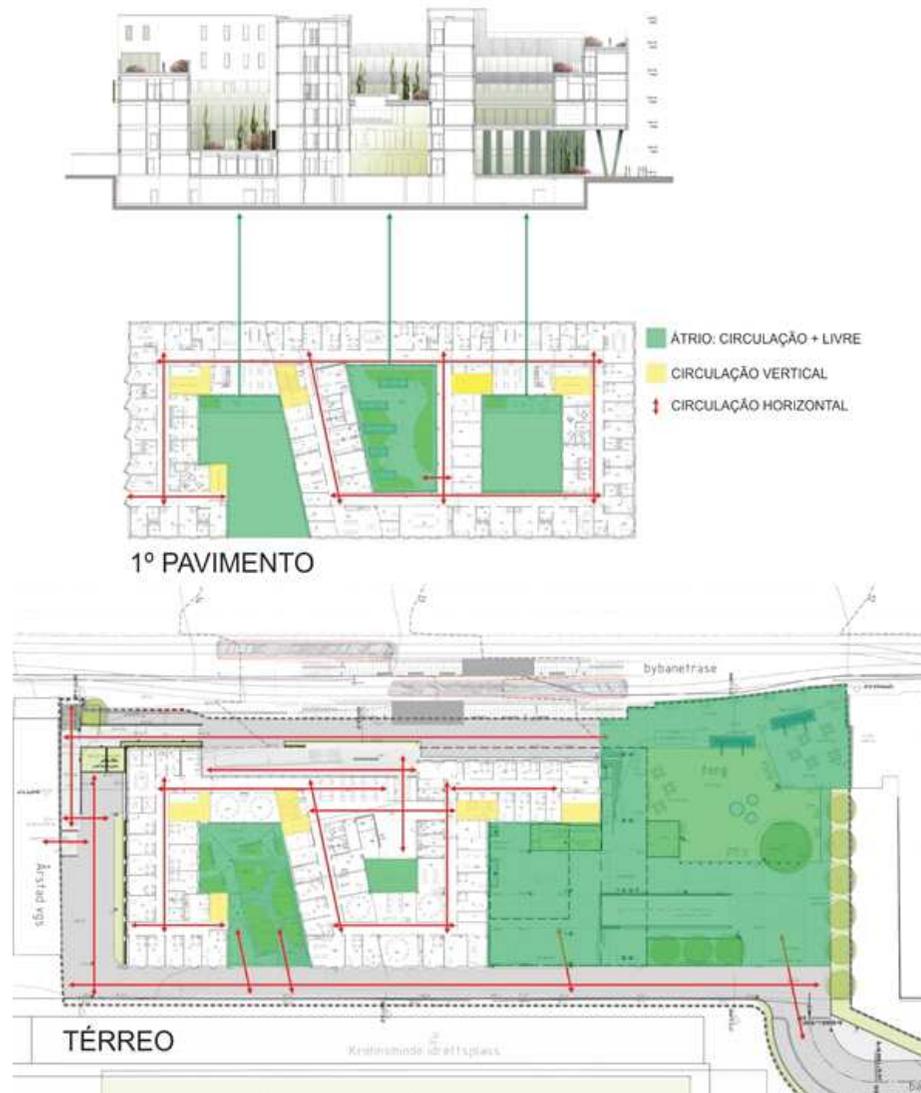


Figura 69: Imagem apresenta corte e duas plantas baixas referentes ao térreo e ao primeiro pavimento. No corte, nota-se a posição dos átrios em relação aos diferentes pavimentos e a abertura que estes geram no projeto. Esquema feito pela autora a partir das plantas apresenta circulação vertical e circulação horizontal em torno dos átrios e em corredores dispostos de acordo com a posição destes. Nos átrios, a circulação se dá de forma mais livre. Fonte: Archdaily



Figura 70: Vista exterior da edificação, nota-se sua extensão.
Fonte: Pedro Pegenaute / ArchDaily Brasil

A estrutura apresenta pilares metálicos e vigas, lajes e piso em concreto aparente. O telhado consiste numa cobertura ecológica que alterna recolhimento de águas pluviais, painéis solares e vegetação.

As áreas são organizadas dentro de um paralelepípedo, com acesso único, pátios internos com iluminação natural e um jardim recreacional na parte posterior do terreno.

A privacidade é estabelecida com o recurso de nivelamento: o edifício está 1,8 metro acima do jardim. No interior é estabelecido um esquema de organização dos ambientes de acordo com seu uso: tem-se três eixos longitudinais, divididos por corredores de circulação, que organizam e separam os ambientes semelhantes. Assim, ao centro há salas para atividades sociais, em uma das extremidades encontram-se salas auxiliares ligadas à área verde e na outra estão suítes e salas de atividades flexíveis. A circulação se dá, principalmente, de forma horizontal, por ser referente a apenas um pavimento, exceto pela área de serviço no semi-subsolo.



Figuras 71 e 72: À esquerda, acesso à edificação por rampa e escada. À direita: aspecto dos corredores. Fonte: Pedro Pegenaute / ArchDaily



Figuras 73 e 74: À esquerda, fachada com marquise sobre varanda, proteção vertical e jardim à direita da edificação. À direita, interior da edificação. Fonte: Pedro Pegenaute / Archdaily Brasil

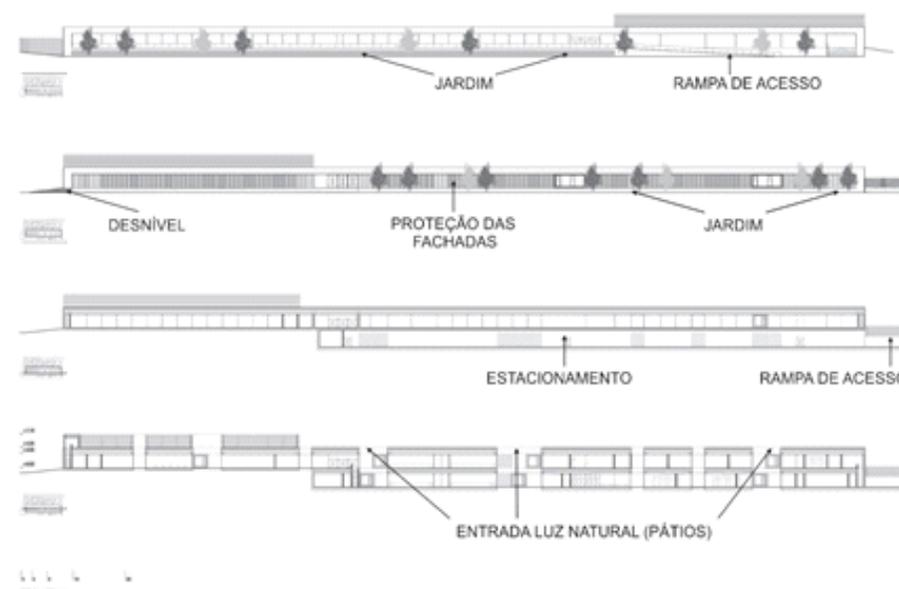


Figura 75: Fachadas e cortes longitudinais. Legendas pela autora, indicando características da edificação. Fonte: ArchDaily Brasil

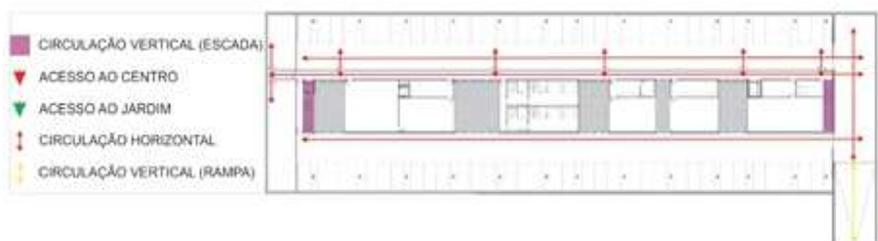
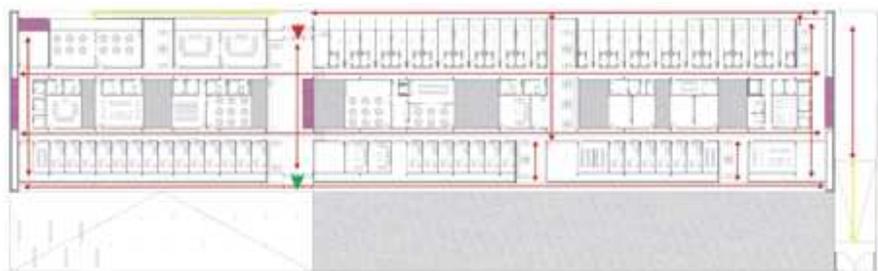


Figura 76: Planta do térreo (acima) e do semi-subsolo (abaixo), com esquema para estudo de circulação, feito pela autora. Fonte: ArchDaily Brasil

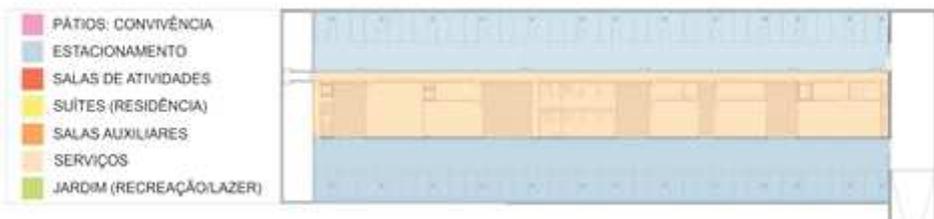
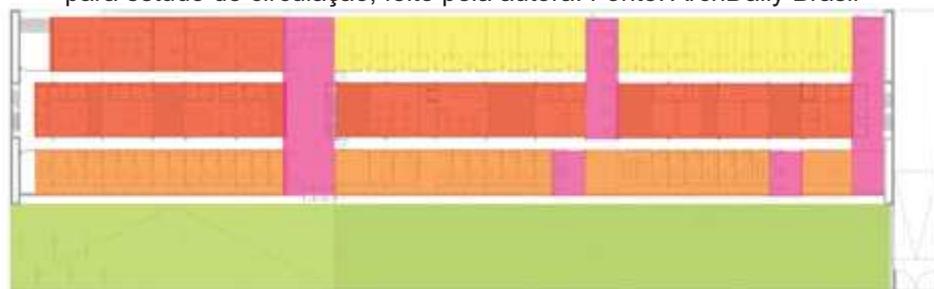


Figura 77: Planta do térreo (acima) e do semi-subsolo (abaixo), com esquema de setorização dos ambientes, feito por Ana Flávia Cesero. Fonte: ArchDaily

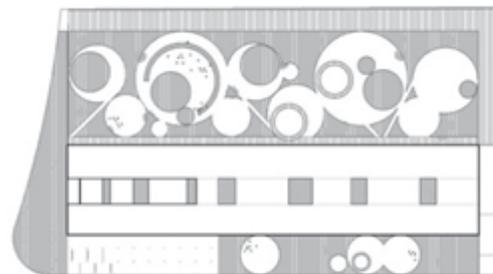


Figura 78: Planta de implantação e situação: mostra como a edificação se desenvolve longitudinalmente e quase ao centro do terreno, deixando amplo espaço para jardim. Fonte: ArchDaily Brasil

A escolha deste como referência projetual se dá pela racionalização na busca de encaixar todo o programa em um único pavimento, sem comprometer a ventilação e a iluminação naturais e promovendo maior facilidade na circulação, bem como espaços flexíveis no programa. Além disso, as soluções projetuais consideram a funcionalidade e a forma do terreno ao inserir o projeto conversando com este: estabelece um arranjo de volume de acordo com o contexto urbano e local, gera um paralelepípedo alinhado com os limites do terreno e permite o aproveitamento do espaço restante do terreno para uso de lazer e criação de bem-estar a partir de jardins de convivência. Cria, ainda,

5.4. RÉSIDENCE 3 PINS

pátios interiores que solucionam a necessidade de um espaço de lazer interior e promovem a passagem de iluminação natural. O projeto tem uma preocupação ambiental ao pensar a economia de energia e reuso de água, além da implantação de vegetação nos jardins, “concebidos como um grande oásis urbano”, como afirma o arquiteto Juan Otxotorena. Por fim, obtém-se um edifício que busca acompanhar a evolução dos cuidados psiquiátricos, oferecendo conforto, funcionalidade, eficiência e serenidade.



Figura 79: Espaço interno amplo com aberturas para iluminação natural no teto.
Fonte: Pedro Pegenaute / ArchDaily Brasil



Figuras 80 e 81: Vista do exterior da edificação. À esquerda, vista a partir da rua: forma como o projeto se insere no meio urbano. À direita, vista da rampa de acesso ao semi-subsolo, mostra também elementos de proteção solar na extremidade da rampa e na fachada. Fonte: Pedro Pegenaute / Archdaily Brasil

Elaborada pela equipe Onze04 Architecture, a Résidence 3 Pins destina-se a pessoas com dificuldade intelectuais e problemas de comportamento. O projeto, que ocupa uma área de 2307 m², foi implantado em Montjuic, uma colina íngreme e de vegetação densa situada em um parque natural na cidade de Barcelona, na Espanha.

Uma característica considerada para a criação foi a necessidade de um espaço que evitasse a fuga e agressões externas, isto é, a segurança e definição de limites sem, contudo, comprometer a integração com a paisagem (o que ocorreria com a utilização de grades de segurança, por exemplo). Para isso, o prédio foi inserido em um nível mais



baixo da topografia acentuada, a fim de estabelecer-se abaixo da rua e preservar a vegetação existente. Dessa forma, trabalha-se uma edificação ao centro do terreno, o que possibilita a criação de barreiras físicas utilizando o desnível e a vegetação nativa.

Figura 82: Imagem apresenta como a topografia da colina barra o acesso à edificação. Foto: José Hevia. Fonte: <https://www.josehevia.es/en/trabajos/architecture/>

São criados três pátios e um jardim público com vistas para a cidade, este no nível superior do edifício. Estes espaços se destinam a usos independentes dos pacientes. O pátio externo, próximo à sala de aula tem grande controle visual; o parque infantil destina-se às famílias e moradores; o pátio ao norte abriga usuário e famílias.



Figuras 83 e 84: Imagens de um dos pátios. Foto: José Hevia.
Fonte: <https://www.josehevia.es/en/trabajos/architecture/>

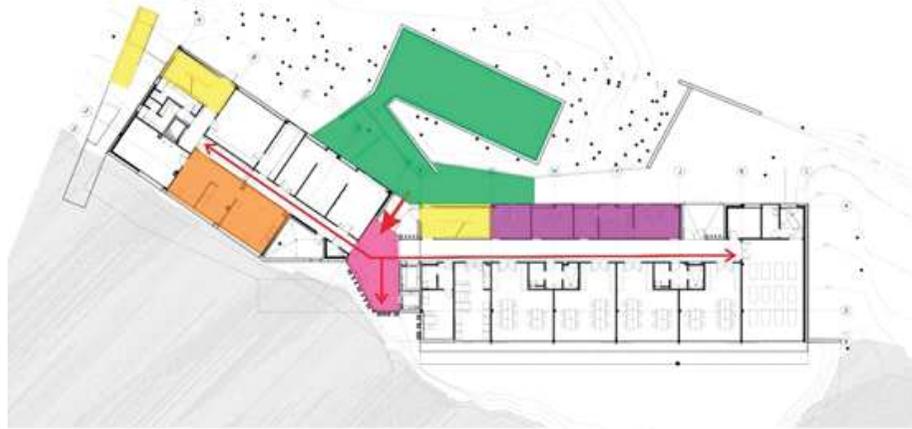


Figura 85: Vista exterior: inserção da edificação no contexto natural, presença de vegetação nativa. Fonte: <https://www.josehevia.es/en/trabajos/architecture/>



Figura 86: Apesar da imagem anterior deixar clara a barreira ao acesso da edificação, os pátios e jardins do interior apresentam acolhimento e convite à apropriação. A quantidade de rampas e escadas deixam claro a solução para a implantação em terreno íngreme. Foto: José Hevia.
Fonte: <https://www.josehevia.es/en/trabajos/architecture/>

A organização dos espaços ocorre em 3 pavimentos e duas alas, contendo: 27 vagas para residência permanente (distribuídas em 3 módulos), 8 leitos para estadia diária, centros de convivência e enfermarias. Para a circulação, buscou-se um padrão que permitisse o controle das conexões e movimentação ao redor do edifício.



Figuras 87, 88 e 89: Plantas: térreo, primeiro piso e segundo piso. Esquema elaborado por Ana Flávia Cesero confirma a circulação controlável por esta ter acesso restrito por apenas uma entrada e se estabelecer em um corredor contínuo e único entre os ambientes. No encontro dos corredores das alas, tem centros de comunicação, de onde pode se observar todo o fluxo dos corredores. Fonte: ArchDaily Brasil

6. CAPS EM UBERLÂNDIA

Este projeto é considerado como referência devido à forma como se insere na paisagem e busca utilizar recursos naturais como soluções projetuais, além de apresentar uma solução para circulação caso seja necessário o controle de fluxos no interior do edifício.



Figuras 90 e 91: mostram como o interior - de um aspecto suave gerado pela iluminação através das proteções solares verticais, utilização de cores e transparências - contrasta com o exterior rígido e imponente, estabelecendo diferentes sensações que se desejam atingir na relação interior x exterior, público x privado. Fonte: <http://www.josehevia.es/en/trabajos/architecture/>

Em Uberlândia são encontradas 5 unidades de CAPS, alinhadas às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os serviços prestados nestes centros estão, portanto, articulados com outros núcleos da rede de saúde do município, como é o caso da ala psiquiátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). Nesta, são atendidos pacientes em situações, geralmente, emergenciais. Ali, são tratados e acompanhados em um período máximo de 30 dias e, então, são encaminhados para o CAPS que atende o setor municipal em que estes residem, podendo ser:

- **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Norte**, localizado na Avenida Alexandre Marques, 399, no bairro Martins, com funcionamento entre as 7hs e 18hs, atende o Setor Norte e o Setor Central da cidade, recebendo em média 180 pacientes.

- **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Leste**, localizado na Rua Ivaldo Alves do Nascimento, 1222, no bairro Aparecida, também funcionando entre 7hs e 18hs. Recebe em média 180 pacientes.

- **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) Oeste**, localizado na Rua Tapuios, nº 700, no bairro Saraiva, recebe em média 240 pacientes, funciona 24 horas e atende tanto o setor Oeste quanto o Setor Sul do município de Uberlândia.

- **Centro de Atenção Psicossocial - Infância e Adolescência (CAPS i)**, na Rua Raphael Lourenço, 159, também no bairro Saraiva, atende todos os setores, porém com foco em crianças e adolescentes, funciona entre as 7hs e 18hs.

- **Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD III)**, na Avenida Teresina, nº 1987, bairro Umuarama, também com funcionamento 24 horas.

Fonte: <http://uipi.com.br/destaques/destaque-2/2014/08/26/uberlandia-recebe-mais-uma-unidade-do-caps-ad-no-umuarama/>

Em diálogo com Maria Aparecida de Araújo, Assistente Social e Coordenadora da Linha de Cuidados Mentais do HC-UFU, foi possível compreender a dinâmica do atendimento inicial realizado neste local e o encaminhamento dos pacientes para seu acompanhamento no CAPS. Com isso, foi constatada a alta demanda atendida no CAPS Oeste, o qual abrange a maior parte dos bairros do município, além de ser o único que apresenta atendimento 24 horas, caracterizando-se como CAPS III. Este, antes localizado no Bairro Dona Zulmira, no Setor Oeste, foi transferido para um espaço alugado no bairro Saraiva (Setor Sul). Por ser, anteriormente, utilizado como residência, o novo espaço não dispõe de um projeto definido e adequado para um CAPS. Portanto, a implantação de um novo CAPS busca manter este espaço voltado para o Setor Sul e propor um projeto adequado no Setor Oeste, para dividir a alta demanda do CAPS III existente no bairro Saraiva.

Em visita a este espaço ainda foi possível perceber queixas relacionadas ao espaço físico, o qual, por não ser projetado exclusivamente para um CAPS, oferecia inadequações, principalmente nas áreas de oficinas e salas de administração, por não oferecer o conforto ambiental necessário para a realização de atividades, nem dimensões

dimensões adequadas. As oficinas e reuniões com a comunidade, realizadas na varanda da residência, apresentavam o desconforto pela radiação intensa do sol durante algumas horas da tarde. Além disso, outra reclamação, em entrevista informal com algumas usuárias do serviço foi a dificuldade de locomoção, uma vez que estas residiam no bairro Planalto, localizado no bairro oeste e o CAPS III encontra-se no setor sul, distantes por cerca de 6 km. Geralda, uma das pacientes que já apresentava histórico de tratamento por Transtorno de Personalidade Borderline e havia sido transferida para iniciar seu tratamento através do CAPS, queixou-se do desânimo em tratar-se neste espaço, uma vez que o deslocamento e a longa espera devido à fila que ela enfrentara no Centro naquele mesmo dia para ser atendida a prejudicava em relação às suas atividades de obtenção de renda, uma vez que esta vive da venda de guloseimas nos horários de entrada e saída dos alunos nas escolas e esteve aguardando no CAPS durante todo o período da tarde.

A escolha do terreno considerou, portanto, essa problemática da mobilidade, bem como da melhor distribuição dos pacientes para tratamento nos CAPS, o que conseqüentemente, reduziria a espera para atendimento. Assim, optou-se por implantar o projeto em um terreno que se situasse no Setor Oeste da cidade, promovendo maior acessibilidade ao dispor de um CAPS para cada Setor.

Para a escolha do terreno, além da sua inserção no Setor Oeste do município, foram observados os espaços disponíveis na cidade, bem como o acesso ao lote através das vias urbanas, a fim de inserir o espaço em local onde haja boa quantidade de equipamentos urbanos, o

que promove a convivência social do indivíduo assistido, como indicado pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, optou-se por um terreno localizado no Bairro Jaraguá, com fachadas voltadas para as Avenidas Getúlio Vargas, Jacarandá e Aspirante Mega.

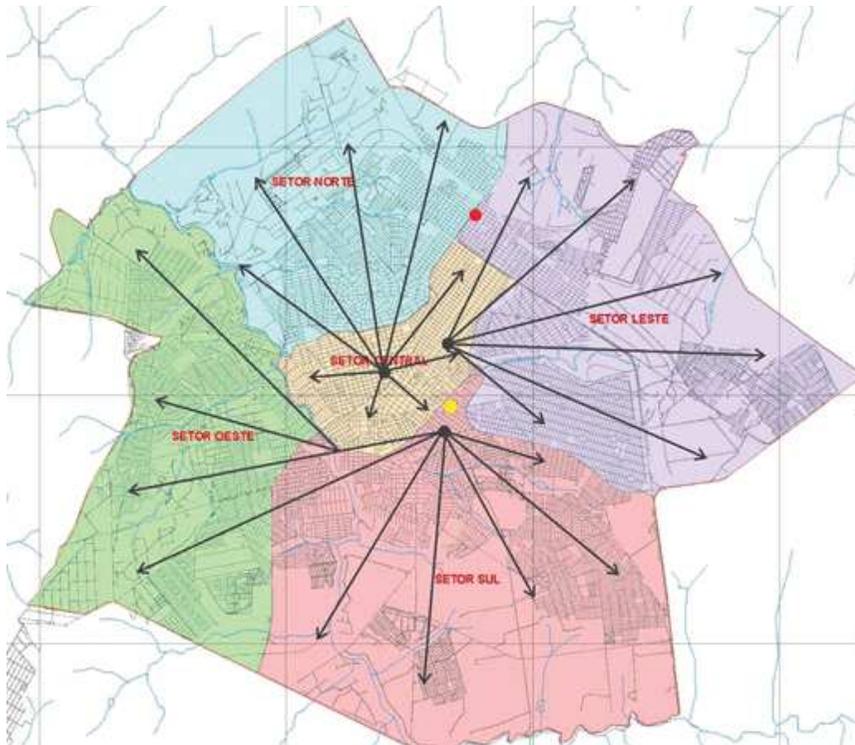


Figura 92: Mapa de Setores Urbanos, obtido pela Prefeitura. Sobreposição da localização dos CAPS existentes em pretos, com setas indicando suas respectivas áreas de abrangência. CAPS i, em amarelo, e CAPS AD, em vermelho, atendem todo o município. Fonte: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/14776.jpg Mapa de Setores Urbanos, obtido pela Prefeitura.



Figura 93: Localização do terreno escolhido, contornado em vermelho. Imagem de satélite, fonte: Google Maps

6.1. LEI DE USO E OCUPAÇÃO

Para analisar a viabilidade da implantação de um CAPS III no lote, foi estudada a Lei Complementar nº 525, a qual dispõe sobre o zoneamento do uso e ocupação do solo do município de Uberlândia. De acordo com o Anexo I dessa lei, que é referente ao mapa de Zoneamento da cidade de Uberlândia, o terreno insere-se no Setor de Vias Coletoras (Avenida Aspirante Mega) e no Setor de Vias Estruturais (Avenida Getúlio Vargas). Pelo disposto no volume II do Banco de Dados Integrados para o Ano 2017, considera-se o CAPS como um ambulatório especializado, o que o classifica como um Equipamento Social e Comunitário de âmbito Local e voltado para a Saúde (E1 S), conforme estabelecido no Anexo III da Lei Complementar nº 525, o qual dispõe sobre a classificação dos Usos para o município de Uberlândia. Assim, analisando o ANEXO VI, onde há um quadro de adequação dos usos às Zonas, confirma-se a adequação do CAPS aos Setores de Vias Estruturais e de Vias Coletoras (SVE e SVC).



Figura 94: Recorte do Anexo I - Mapa de Zoneamento Urbano. Apresenta a localização do terreno (marcado em preto) em SVE e SVC.

Usos / Zona	ZC1	ZC2	SVA	SVC	SVE
E1 - Equipamento Social e Comunitário - Local	A	A	A	A	A

Figura 95: Recorte do Anexo VI. Confirma a adequação do CAPS aos Setores em que se insere o terreno.

Tendo confirmada a adequação do uso, analisa-se os índices urbanísticos referentes à ocupação do solo, conforme disposto no Anexo VII da Lei, referente à Volumetria, assim, tem-se a taxa de ocupação máxima, o coeficiente de aproveitamento máximo, os afastamentos mínimos, a testada mínima do lote e a área mínima do lote, dados que devem ser respeitados para os Setores de inserção de acordo com a Tabela abaixo:

Zona	Taxa de Ocupação Máxima (%)	Coeficiente de Aproveitamento Máximo	Afastamento Frontal Mínimo (m)
SVC	70 (2)	3,5	3,0 (5)
SVE	70 (1)	4,0	3,0 (5)

Afastamento Lateral e Fundo Mínimo (m)	Testada Mínima (m)	Área Mínima do Lote (m ²)
1,5 (5)	- (6)	- (6)
1,5 (5)	- (6)	- (6)

Figura 96: Recorte do Anexo VII – Volumetria. Estabelece os índices urbanísticos para implantação em SVC e SVE.

Além disso, a Lei também estabelece a necessidade de existir um mínimo de 20% da área livre de impermeabilizações e construções, com o intuito de promover a drenagem superficial das águas pluviais. Sobre as vagas de estacionamentos de veículos, a lei dispõe as dimensões mínimas de 2,4m por 5,0 m, sendo que, como disposto no Anexo VIII – Tabela 3, a Área mínima de estacionamento para o Uso E1 é de UMA vaga para cada 100m² de área construída.

O Código de Obras para o Município de Uberlândia estabelece condições mínimas para as edificações em geral. Quanto ao pé-direito das edificações, este não pode ser inferior a 2,4m para compartimentos sem permanência ou de permanência transitória e a 2,6m para os demais compartimentos. Deve-se atender ao isolamento termoacústico e à impermeabilidade, bem como, preocupar-se com a resistência ao fogo na edificação.

As aberturas para iluminação devem corresponder ao menos a 1/6 da área total dos ambientes de permanência prolongada e a 1/8 de ambientes de permanência transitória. Para a ventilação, esta deve ser, no mínimo, 50% da área de iluminação.

Em relação à circulação, deve-se atender à Norma Brasileira de Acessibilidade para o projeto de rampas, além das normas de segurança para os corredores, saídas e halls. Outra solução para circulação são os elevadores, estes, em edificações não-residenciais devem ser instalados sempre que o pavimento superior tenha um uso que não seja exclusivo para depósito ou compartimento sem permanência. No entanto, estes não podem ser o único meio de acesso aos pavimentos.

Deve haver, em edificações não residenciais, compartimentos para:

- 1- Instalação sanitária, tendo uma para cada gênero, contendo bacia e lavatório, na proporção de uma para cada 500m² no caso de uso público e de uma para cada 300m² para uso de funcionários, sendo que o percurso máximo até essa instalação deve ser de 100m e haver uma instalação para cada andar onde haja espaços de perma-

7. ANÁLISE AMBIENTAL E ESPACIAL

nência prolongada

2- Vestiários para funcionários, contendo chuveiros e escaninhos, na proporção de 1/60 da área dos andares servidos

Para edificações que atendam serviços de saúde, o Código de Obras determina que os pisos, paredes e pilares tenham revestimento em material durável, liso, impermeável e resistente, além de instalações sanitárias para uso de pacientes, as quais não podem ter distância dos quartos superior a 30m. Em caso de não existir banheiros privativos para pacientes em quartos e enfermarias, deve-se dispor uma bacia e um lavatório a cada 5 leitos.

Tendo concluído o estudo das leis vigentes no município para edificação, inicia-se um estudo mais local, voltado para os fatores ambientais e geográficos da cidade, bem como a situação do terreno quanto à acessibilidade, situação, dimensionamento, inclinação, iluminação e ventilação. Abaixo são apresentadas imagens feitas em visita ao terreno e as impressões ali identificadas. Não há árvores no interior do terreno, apenas na calçada da Av. Jacarandá (à esquerda, na imagem abaixo). No entanto, na Praça Rita Ferreira Huguene, em frente ao terreno na fachada da Avenida Aspirante Mega, há uma boa quantidade de árvores, característica que pode ser “estendida” para criar uma praça que dialogue com seu caráter contemplativo.



Figura 97: Vista do terreno a partir do cruzamento da Avenida Aspirante Mega com a Avenida Jacarandá



Figura 98: Vista para o terreno pela Avenida Jacarandá, visualiza-se o muro do Clube Liverpool e as árvores dos canteiros centrais da Av Getúlio Vargas



Figura 99: Vista do terreno para a Praça Rita Ferreira Huguene, localizado na Avenida Aspirante Mega. A característica contemplativa desta praça traz a possibilidade deste caráter da paisagem se estender para uma praça externa em frente à entrada do CAPS



Figura 100: Vista para o terreno pela Avenida Jacarandá, visualiza-se o “fundo” do terreno, onde ocorre o nível mais baixo.



Figura 101: Vista para o terreno da Avenida Aspirante Mega. Nota-se a vista agradável da cidade, proporcionada pelo desnível acentuado. Há possibilidade de se trabalhar a skyline de Uberlândia como paisagem potencializadora do projeto.

7.3. SISTEMA VIÁRIO E ÔNIBUS

O sistema viário no entorno constitui-se, majoritariamente, por ruas e avenidas pavimentadas e de sentido duplo, sendo que o sentido único é presente apenas por breves trechos de acessos às vias. No parque linear encontram-se largas calçadas e ciclovia.

O acesso por ônibus se dá nas Avenidas Getúlio Vargas, Aspirante Mega e Francisco Belório, onde estão os pontos de desembarque de três linhas (T141, T144 e I341) que saem do Terminal Planalto e de uma linha que parte do Terminal Central (A170 com desembarque na Avenida Getúlio Vargas).



Figura 102: Esquema elaborado pela autora apresentando o sentido das vias e os pontos de desembarque de ônibus

7.4. ÁREA, INCLINAÇÃO E DIMENSÕES

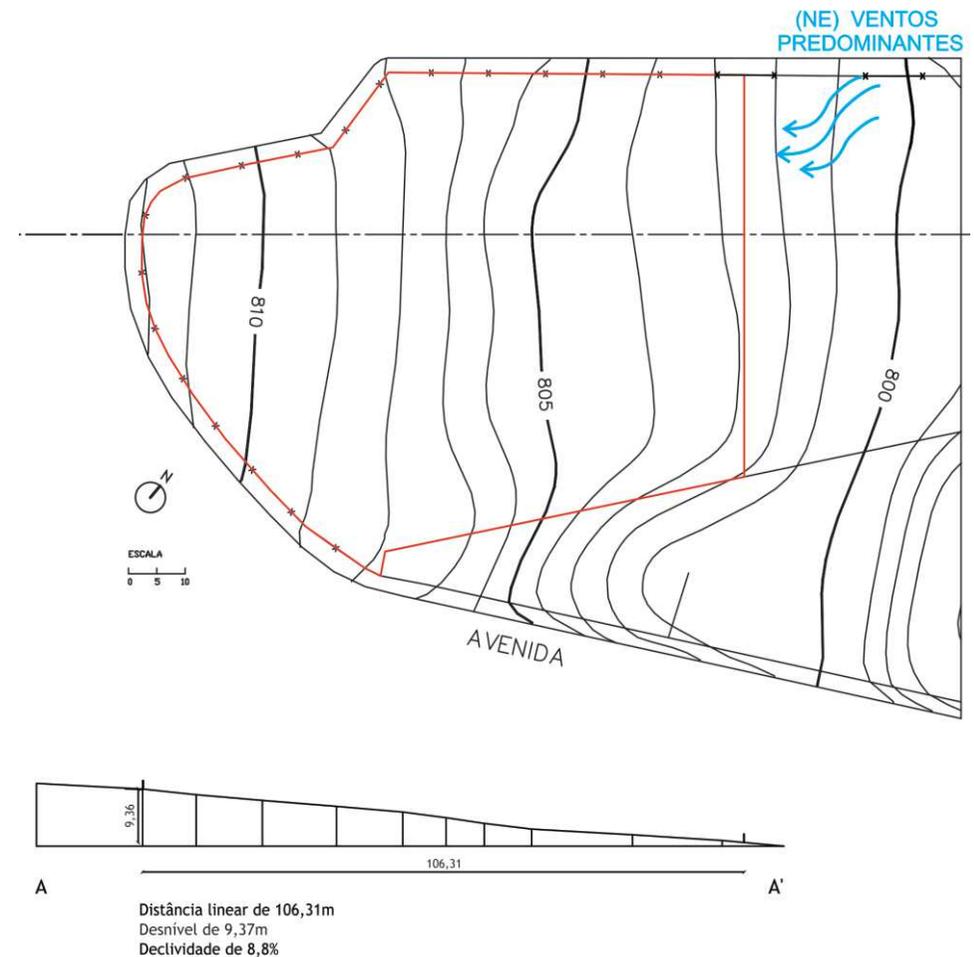


Figura 103: Planta baixa do terreno (delimitado em vermelho) contendo as curvas de nível e corte do terreno apresentando a declividade

7.1. TEMPERATURA E PLUVIOMETRIA

De acordo com o volume I do Banco de Dados Integrados, o município apresenta influência de sistemas atmosféricos tropicais, o que propicia um clima controlado por massas de ar continental e atlântica e gera a alternância entre estações úmidas e secas, apresentando um clima mesotérmico (quente e úmido), contendo chuvas de verão, invernos brandos e verões quentes.

O regime pluviométrico é tropical, com estação úmida (iniciada em outubro ou novembro) e estação seca, coincidente com o inverno e iniciando em março ou abril. Esta característica é responsável por períodos que apresentam índices de Umidade Relativa do Ar muito baixos, geralmente em agosto e setembro e outros em que estes são altos, devido à grande presença de chuvas e enxurradas.

A temperatura apresenta uma média térmica anual de 23°C, no entanto, as temperaturas registradas no inverno podem ser inferiores a 10°C e, no verão, podem ser superiores a 35°C, de acordo com notícias do Portal G1 e do Correio de Uberlândia. Essa variação de temperatura mínima e máxima registrada, bem como a alternância entre períodos muito secos e muito úmidos, justifica os dados apresentados pelo Projeteeee, segundo o qual, em Uberlândia há desconforto por frio durante 22% do período anual e por calor em 20% do ano. Assim, são sugeridas como estratégias bioclimáticas para a cidade o resfriamento evaporativo, a ventilação natural e a inércia térmica para aquecimento.

7.2. HIDROGRAFIA

A rica bacia hidrográfica de Uberlândia, drenada pelos Rios Araguari e Tijuco é percebida pela presença do Rio Uberabinha no bairro onde se pretende a implantação do CAPS. Esse rio, integrante da bacia do rio Araguari, é importante para o abastecimento da cidade e, após um histórico de poluição, passou pelo processo de recuperação, com investimentos em despoluição e construção de Estações de Tratamento de Esgotos (ETE) para redirecionar o esgoto produzido na cidade, que antes era despejado no rio. Com isso, o rio despoluído passou a ser valorizado e permitiu a implantação do Parque Linear do Rio Uberabinha, o qual compreende um grande espaço ao ar livre, permitindo práticas esportivas e contemplativas.

Localizado no Bairro Jaraguá, onde se pretende implantar o CAPS, pode constituir uma alternativa no tratamento psicológico, caso ali sejam promovidas atividades que estimulem o contato com a natureza e beneficiem o paciente com o bem-estar gerado pelo espaço que contém elementos como arborização, grande área gramada, ciclovia, pista de caminhada e equipamentos de ginástica.

7.5. INSOLAÇÃO E VENTILAÇÃO

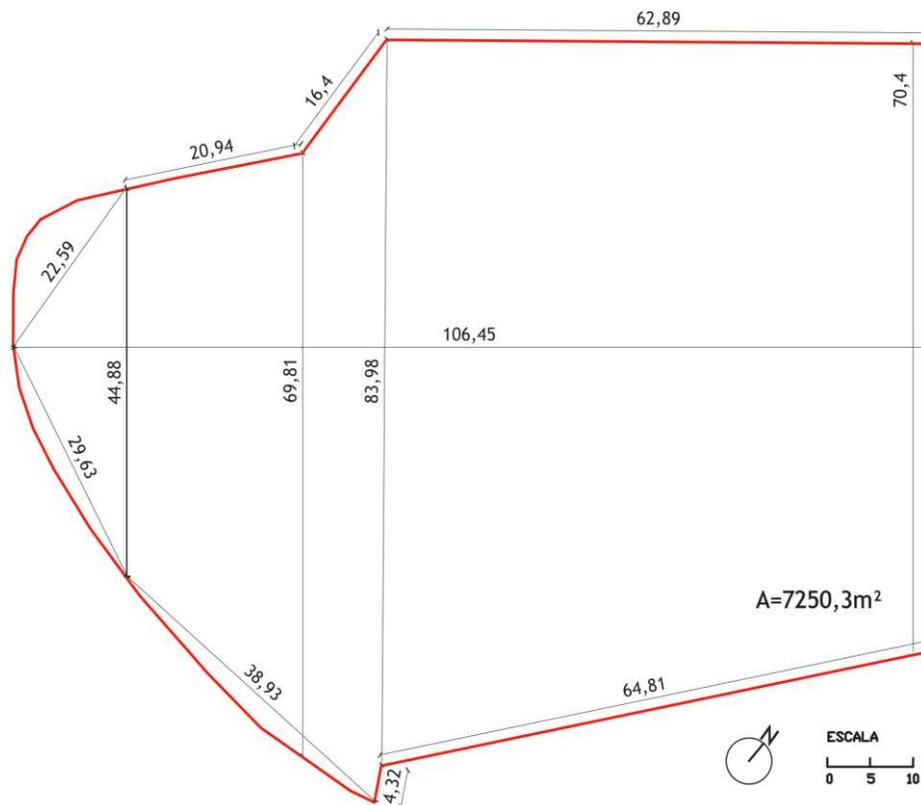


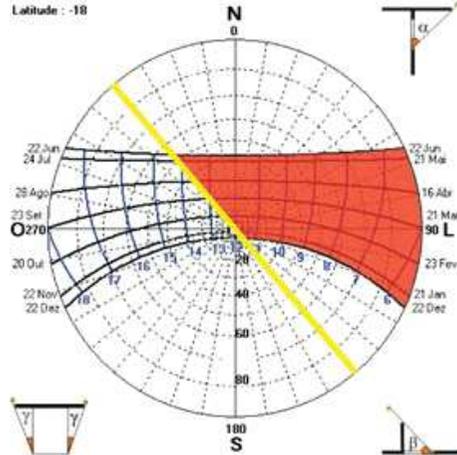
Figura 104: Dimensões principais do terreno irregular

O terreno apresenta uma área total de $7250,3m^2$. Por estar inserido numa área de vale, apresenta desnível, partindo da Avenida Aspirante Mega em direção ao Rio Uberabinha, de 9,37 metros de desnível, tendo, portanto, uma declividade de 8,8%. Apresenta uma geometria irregular, tendo suas dimensões lineares apresentadas na imagem acima.

Caso a implantação da edificação se dê alinhada aos limites nordeste e noroeste, as fachadas mais prejudicadas serão a sudoeste e a sudeste, uma vez que estas recebem insolação nos períodos mais prejudiciais do dia. Sendo a primeira durante boa parte da tarde no solstício de inverno e no equinócio e a Segunda, durante toda a tarde e parte da manhã no solstício de inverno e no equinócio. Com isso, pode ser usado como estratégia para essas fachadas a disposição de ambientes molhados, como áreas de serviço e banheiros, além da previsão de proteções solares.

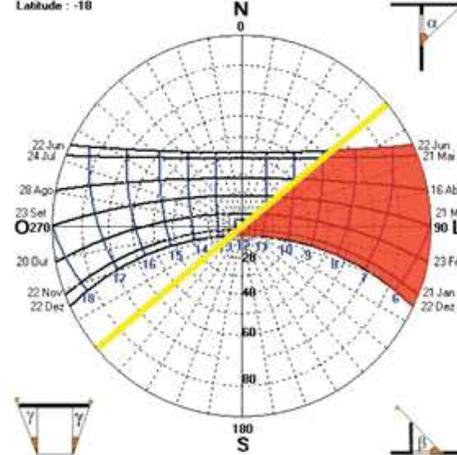
Os ventos na cidade de Uberlândia ocorrem, predominantemente no sentido nordeste, assim, a ventilação atravessará o terreno longitudinalmente, o que pode ser aproveitado para criar ventilação cruzada e para promover o conforto ambiental através das características naturais do terreno.

Fachada Nordeste



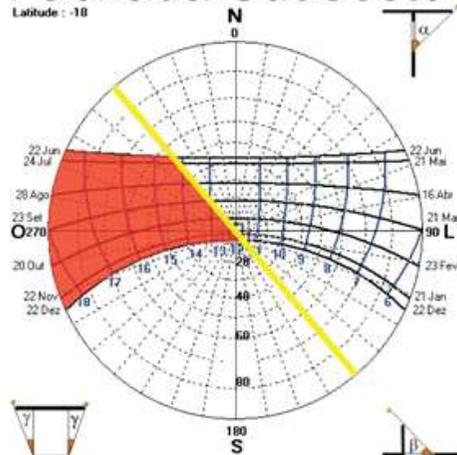
Solstício de inverno: 6:30 às 14:15
 Solstício de verão: 6hs às 11:45
 Equinócio: 5:30 às 12hs

Fachada Noroeste



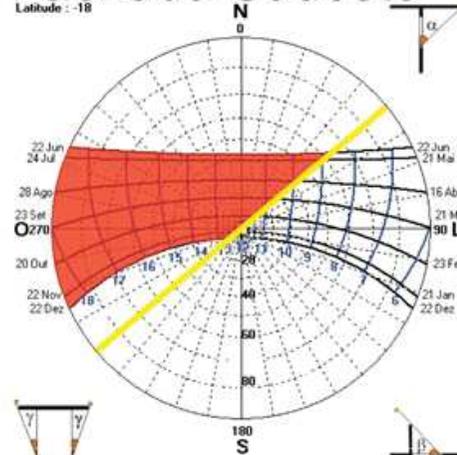
Solstício de inverno: 06:30 às 08:30
 Solstício de verão: 05:30 às 12:15
 Equinócio: 06hs às 12hs

Fachada Sudoeste



Solstício de inverno: 14:15 às 17:30
 Solstício de verão: 11:45 às 18:30
 Equinócio: 12hs às 18hs

Fachada Sudeste



Solstício de inverno: 08:30 às 17:30
 Solstício de verão: 12:15 às 18:30
 Equinócio: 12hs às 18hs

Figura 105: Estudo de insolação das fachadas do terreno, feito pela autora

Através do estudo de uso e ocupação do solo no entorno do terreno, nota-se que, apesar de haver alguns comércios e serviços, o uso predominante é o residencial térreo no bairro Jaraguá, incluindo a Vila Militar, e vertical, nas proximidades do bairro Tubalina, onde foram implantados diversos empreendimentos recentes de conjuntos habitacionais. Foram encontradas duas praças e um Parque Linear. Além disso, identificou-se uma escola estadual, um centro de saúde, um clube, o 36º Batalhão de Infantaria Motorizada e três edificações de cunho religioso (sendo uma delas a Igreja Divino Espírito Santo do Cerrado, obra de Lina Bo Bardi).

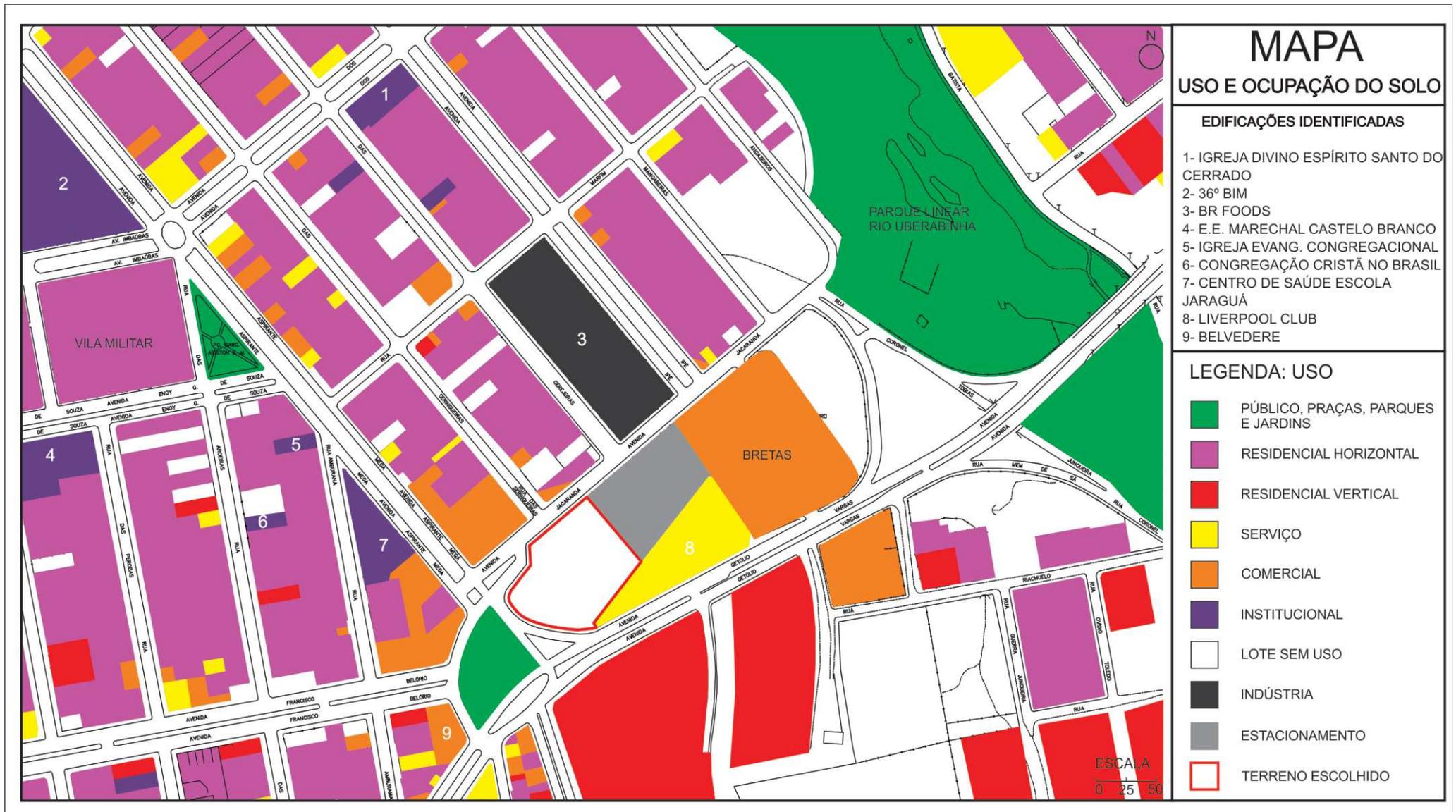


Figura 106: Mapa de Uso do Solo, elaborado pela autora

8. PROJETO

Após a realização da pesquisa e compreensão das características de um CAPS, além do estudo do terreno onde o projeto será implantado, tem-se a carga teórica necessária para o exercício projetual, portanto, aqui serão apresentados diagramas de fluxos, conceitos utilizados, setorização e, por fim, o projeto em si, com plantas, cortes, elevações, perspectivas e detalhamentos resultantes deste processo.

8.1. CONCEITO

A partir dos estudos de caso realizados e da análise do terreno, estabeleceu-se a intenção de projeto. Os pontos principais deste são: circulação integrante (com um ponto principal de circulação e distribuição dos fluxos), acessibilidade (criação de rampas e espaços acessíveis), conforto ambiental (através de estratégias de proteção das fachadas mais prejudicadas, utilização de espelhos d'água para criação de microclima e aproveitamento da iluminação natural), grandes áreas verdes abertas para convivência no interior do CAPS (promovendo espaços de estar, trabalho com a terra em oficinas de artes e contato com as flores das forrações e jardineiras, os frutos do pomar e a fauna que é atraída pela vegetação) e criação de uma praça externa que promova espaços para convívio, esportes, playground, aproximando comunidade e edificação.

Outro ponto ao qual se deu atenção foi a questão privacidade x espaço público. Buscou-se criar um espaço mais aberto para o exterior, excluindo grades e reduzindo a quantidade de muros para o mínimo possível, sem deixar de pensar a privacidade para os espaços em que esta era necessária. Assim, para a distribuição dos espaços foram considerados os acessos que cada usuário teria, sendo:

- Comunidade: oficinas, praça, pomar, refeitório, estacionamento, loja
- Pacientes: acolhimento, atendimento individual e em grupo, oficinas, praças, refeitório, estacionamento, loja

- Usuários dos dormitórios: atendimento individual e em grupo, dormitórios, oficinas, praça, pomar
- Família: atendimento familiar, oficinas, praça, pomar, refeitório, estacionamento, loja
- Funcionários: áreas de serviços, enfermagem, recepção, vestiários, administração, salas de atendimento, oficinas, pomar, praça, estacionamento, loja, acolhimento, quarto do plantonista

O programa mínimo de necessidades, apresentado no item 4.5 e baseado em orientações do Ministério da Saúde, terá, aqui, sua revisão, com a definição das oficinas a serem desenvolvidas no espaço.

Apoio

DML

DDL

Área de Serviços

Abrigo GLP

Rouparia

Vestiários para funcionários

Guarda volumes para funcionários

Refeitório

Cozinha

Medicação

Sala de utilidades

Farmácia

Sala de Medicação

Posto de enfermagem

Depósito

Estadia

Quarto coletivo

Banheiro para quartos

Quarto Plantão

Banheiro para plantonista

Chegada

Estacionamento

Embarque e desembarque

Acolhimento

Praça externa

Loja

Recepção

Sanitários

Espaço acolhimento

Administração

Sala administração

Arquivo

Copa

Sala de reuniões

Almoxarifado

Sanitários

Atendimento (Salas)

Atendimento individual e familiar

Assistente social

Terapia em grupo

Oficinas

Oficina de Arte-terapia: sala com cavaletes para desenho e pintura e outra sala com balcões para trabalho em esculturas de gesso e argila, depósito de materiais em armários nas salas

Oficina de Horta-terapia: espaço para horta e depósito

Oficina de Alfabetização e Língua estrangeira: sala

Oficina de Culinária: realizada na cozinha

Oficina de Esportes: piscina, sala para dança, também pode ser complementada com passeios no Parque Linear Rio Uberabinha

Oficina de Informática: sala

Oficina de Leitura e poesia: sala com pufes e pequena biblioteca

Lazer

Sala de Estar e Jogos (Espaço Interno para Convivência)

Praça Externa

Jardim

As oficinas no ambiente de um Centro de Apoio Psicossocial têm a função de aproximar paciente e comunidade, a fim de reintegrar o paciente no meio social, desmistificar a visão preconceituosa com o portador de transtorno psicológico e conscientizar os componentes da comunidade com o intuito de prevenir a ocorrência de novos casos.

Além disso, algumas oficinas também contribuem para a formação do paciente (alfabetização, informática e língua estrangeira) e podem se tornar, posteriormente, uma fonte de renda (produção e venda de artesanato ou hortaliças). Pensando nisso, os produtos resultantes das oficinas são utilizados também para manutenção do CAPS, podendo ser adquiridos através da loja.

- **Oficina de Arte-terapia:** esta oficina contribui para a expressão do paciente, através de arte (desenho, pintura e escultura) e artesanato. Para isso, trabalha a coordenação motora, o processo de individualização e desenvolvimento expressivo, além da busca pelo equilíbrio mental e espiritual dos pacientes.

- **Oficina de Horta-terapia:** trata-se da construção coletiva de uma horta orgânica, voltada para terapia ocupacional, através da relação com o plantio, colheita e manutenção de canteiros, obtendo o aprendizado de noções básicas de ecologia. Promove, também, uma fonte de alimentação de qualidade, devido às hortaliças produzidas, que deverão ser distribuídas entre os participantes da produção da horta.

- **Oficina de Alfabetização e Língua Estrangeira:** através de métodos de leitura e escrita, busca reduzir o analfabetismo entre adultos que não puderam frequentar o sistema educacional convencional e, assim, potencializar sua autoestima e inclusão, pelo resgate da cidadania. Auxilia, também, na reflexão e argumentação do paciente.

- **Oficina de Culinária:** com o auxílio de estagiários de nutrição, responsáveis pela escolha de receitas saudáveis, tem por objetivo a reeducação alimentar, utilização dos alimentos produzidos na horta e conceitos de preparo de alimentos, sendo uma formação que pode tanto ser utilizada no dia-a-dia com a família, quanto ser levada para a vida profissional. Promove o ensino sobre práticas higiênicas, preparo seguro, redução de custos de preparo, vantagens de alimentos naturais e integrais e terapia através do ato de cozinhar.

- **Oficina de Esportes:** como já mencionado, as atividades físicas contribuem para o bem-estar do ser humano, desenvolvendo tanto a saúde física quanto mental. Proporciona aulas de natação, hidroginástica, ioga e dança .

- **Oficina de Informática:** visa a inclusão digital e capacitação virtual para pessoas que não tiveram oportunidade de contato com softwares básicos. Estimula, também, a convivência com outras pessoas .

- **Oficina de Leitura e Poesia:** estimula a leitura, através de um pequeno acervo ou livros que podem ser sugeridos pelos participantes. Abre espaço para criação de poesias, as quais, assim como na ArteTerapia, funcionam como uma expressão da condição mental. Podem ser discutidas e funcionar como uma terapia em grupo.

8.4. DIAGRAMA DE FLUXOS

Para a organização dos fluxos, considerou-se o processo de tratamento do indivíduo e o acesso da comunidade ao serviço. Assim, o paciente em uma primeira visita precisa de um espaço de chegada, onde possa realizar seu desembarque na entrada principal. Nesta, tem acesso à recepção, da qual é direcionado ao acolhimento, onde este será recebido e ouvido para que seja definido o seu tipo de tratamento. Por fim, este tem acesso ao atendimento, à medicação, ao repouso (caso o indivíduo não tenha local para ficar ou necessite de observação), aos espaços de lazer e às oficinas. No caso de o paciente já ter passado por esse processo de acolhimento, este pode ter um acesso mais rápido para a área de atendimento, através de outro acesso no edifício. Com isso, é então criada uma área principal de circulação que distribui os fluxos. Esta, além de aproximar o paciente do atendimento, também possibilita o acesso direto da comunidade às oficinas e jardim interno.

As áreas de uso dos funcionários, bem como a cozinha tem uma entrada de serviço distinta das usadas pelos outros usuários, através dessa, é possível receber mercadorias, ter a condução de lixo para o exterior facilitada e acessar vestiários e área de serviço. A cozinha é um espaço que, apesar de ser prioritariamente de uso dos funcionários, também recebe os demais usuários do CAPS para a realização de oficinas de culinária. As áreas de administração, medicação e atendimento são mais facilmente acessados pela entrada da área de circulação, mas contam com maior privacidade e apresentam acesso a um jardim externo e privativo que cria maior conforto visual para os usuários. Para afastar esses espaços da entrada e criar um núcleo mais reservado,

tem-se, primeiramente, um espaço de convívio onde podem ser ministradas aulas de ioga e dança, as quais podem acontecer após os atendimentos em grupo, os quais tem previsto um espaço para sua realização próximo a esse local de convívio. Os dormitórios para estadia e observação são os lugares que pedem mais privacidade e restrição, por isso seu acesso não é tão direto, sendo necessário passar pela entrada da área de circulação e utilizar as rampas ou escada. O acesso às áreas de lazer internas é possível através das oficinas e, também, do refeitório.



Figura 107: Fluxograma dos espaços contidos no programa determinado no item 8.2

8.5. SETORIZAÇÃO

Considerando as avenidas de acesso, o desnível do terreno e os fluxos apresentados, fez-se a distribuição setorizada dos espaços no terreno. Com o intuito de reduzir a impermeabilização do terreno (resultante de uma implantação térrea), optou-se por distribuir os espaços em dois pavimentos. Dessa forma, definiu-se o acesso principal (chegada) ao edifício e à área de apoio em um ponto mais alto da Avenida Jacarandá, por esta ser menos movimentada que a Avenida Getúlio Vargas e, também, por apresentar maior proximidade aos pontos de ônibus identificados no item 7.3. O acesso à área de serviço é feito pela Avenida Getúlio Vargas, tendo uma entrada específica para esse uso. Esses espaços se ligam ao refeitório e aos locais de apoio, estando todos no segundo pavimento.

As oficinas, espaços principais do projeto, responsáveis por unir paciente, usuário, família e funcionários, se localizam mais ao centro do terreno e tem conexão direta com o atendimento por estarem no primeiro pavimento. Este, liga-se à administração e à medicação. A espacialização dos espaços de estadia se dá no segundo pavimento, concentrados em uma área que seria restrita a estes, a fim de criar privacidade e distanciá-los dos demais usos do edifício e dos acessos principais pelas avenidas.

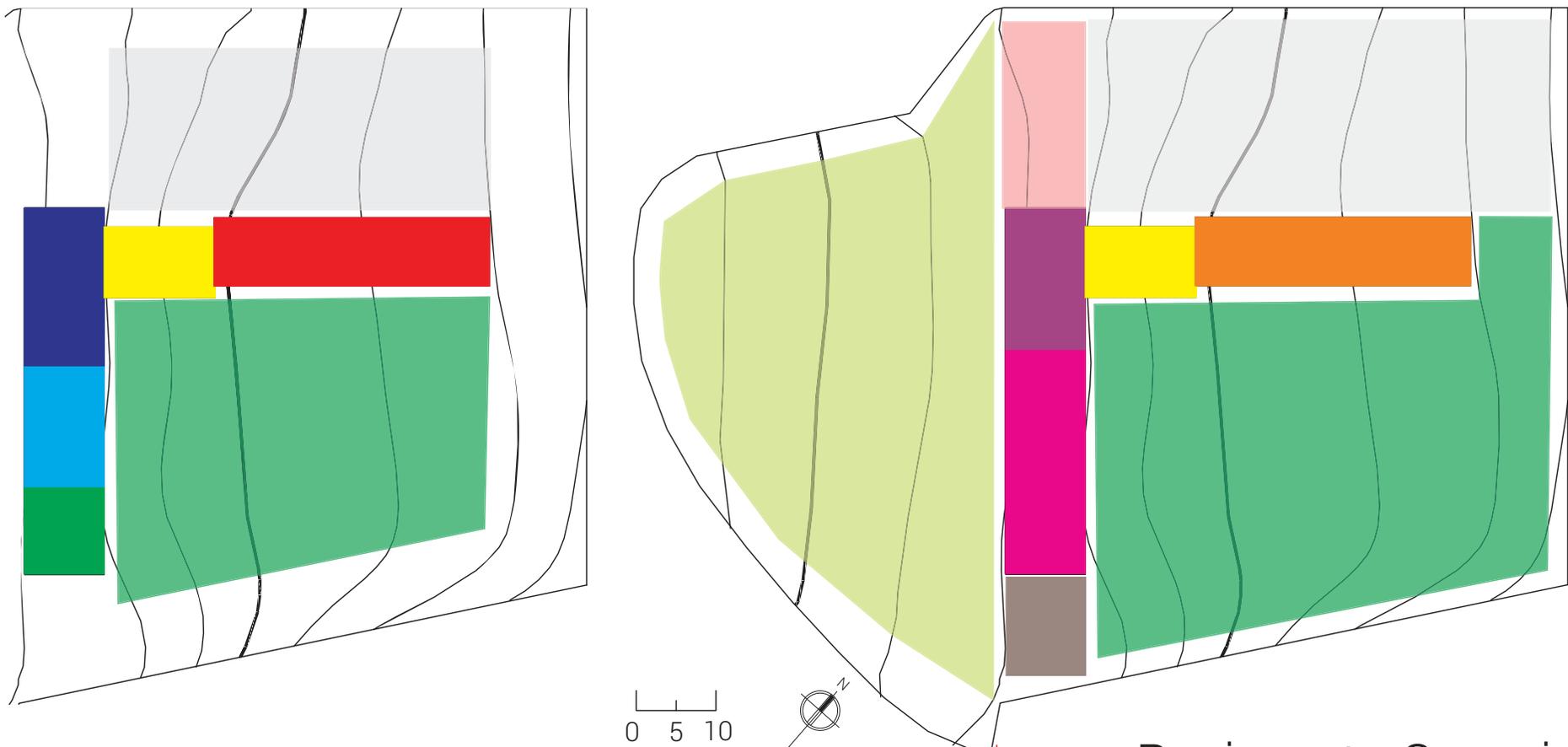
Por fim, os espaços de lazer se conectam às oficinas, ao espaço de apoio e ao refeitório, promovendo conforto visual, convívio e apropriação espacial.

8.6. IMPLANTAÇÃO

A partir da setorização, os espaços foram distribuídos em uma edificação contendo dois pavimentos e três blocos, sendo o primeiro destinado à área de serviço e ao acolhimento, no pavimento superior, e ao atendimento, à administração e à medicação, no pavimento inferior. O segundo bloco consiste na caixa de escada e rampa e o terceiro abriga as oficinas no pavimento superior e os dormitórios no pavimento inferior.

Os blocos foram implantados em L, para permitir criar uma área interna privada sem a necessidade de murar todo o terreno. Com isso, além do muro existente no Club Liverpool, cria-se muro apenas ao fundo do terreno, delimitando a divisão com o lote vizinho.

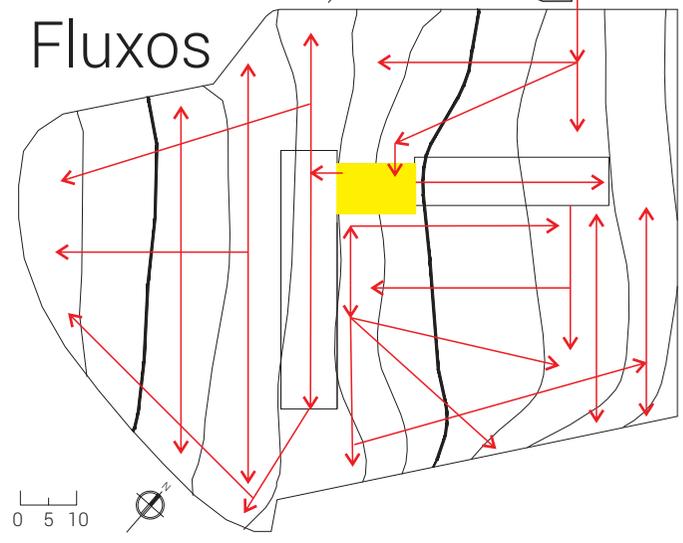
O pavimento inferior é referente à curva de nível 804, chamada de nível 0,0 afim de facilitar representações. O pavimento superior corresponde ao nível 3,0, ou seja, 807. A praça externa ocorre em desnível, sendo 8,0 (ou 812) o nível mais alto e 3,0 (ou 807) o nível mais baixo. Na praça conta-se com quadra poliesportiva, academia ao ar livre e playground com caixa de areia, todos no nível 5,5. O estacionamento é nivelado no nível 0,0 (804) para permitir o acesso à caixa de circulação, assim como a piscina e seu respectivo deck se nivelam a 0,0 para ser diretamente acessada pelas oficinas. O pomar, como a praça externa, acompanha a inclinação do terreno, variando sua altura do nível 2,5 (806,5) ao nível -2 (802), onde estão os pontos mais baixos do terreno. Nessa área interna do projeto encontram-se, ainda, as hortas de verduras e as hortas para leguminosas no nível -0,5 (803,5) e as hortas para tempero e ervas aromáticas, no mesmo nível, mas em jardineiras um



Pavimento Inferior

- Administração
- Medicação/ Enfermagem
- Atendimento/ Convívio
- Circulação Vertical
- Oficinas
- Pomar/ Piscina/ Horta
- Estacionamento

Fluxos



Pavimento Superior

- Pomar/ Piscina/ Horta
- Estacionamento
- Estadia
- Acolhimento
- Apoio/ Serviço
- Acesso de Serviço
- Chegada
- Praça Externa
- Circulação Vertical

Figura 108: Setorização dos espaços no terreno, considerando os fluxos apresentados no item 8.4

pouco mais elevadas, estando, portanto, no nível 0,0 (804).

Os acessos, já comentados, são três: acesso principal através do nível 3,0 na Avenida Jacarandá (leva inicialmente à recepção e à loja), acesso de serviço através do nível 3,0 e acesso secundário no nível 0,0 (através da caixa de circulação, de onde se acessa, no pavimento inferior, as oficinas e o atendimento e, no pavimento superior, os dormitórios).

O paisagismo conta com um pomar no interior, canteiros e espelhos d'água na praça externa e jardim vertical no muro de arrimo no limite do desnível entre o pavimento superior e o pavimento inferior.

Por se situar em um nível mais alto da edificação, o refeitório permite a visualização do pomar, por isso, sua fachada conta com janelas de vidro, voltada para o fundo do terreno, permitindo que o usuário desfrute da vista agradável proporcionada pela vegetação.

É estimada a reserva de água considerando que o CAPS apresentaria sua utilização máxima, assim, para reservar duas vezes o consumo diário estimado, são necessários 24000 litros. Como caixas d'água com esse volume sobrecarregariam a estrutura da edificação, optou-se por uma torre d'água retangular em alvenaria estrutural localizada no interior do terreno e com capacidade para 25620 litros, apresentando 5,5 metros de altura.

Uma vez que o edifício apresenta poucos pavimentos e não há sobrecarga na estrutura, optou-se pela utilização de pilares, vigas, lajes e paredes externas de concreto moldado in loco, por ser um material mais facilmente encontrado na região e, também, por se desejar a utilização do material aparente na fachada. Para a torre d'água e o abrigo GLP é utilizada a alvenaria estrutural de tijolos cerâmicos maciços, também deixando o material aparente. Além da vedação externa em concreto aparente, são utilizadas nas fachadas, a vedação em cobogó cerâmico e panos de vidro.

Internamente, as divisões dos ambientes são feitas através de: paredes de concreto para as áreas molhadas e drywall para as demais áreas, permitindo maior flexibilidade caso seja necessária reforma. Apenas a divisória do atendimento em grupo feita de vidro, a fim de proporcionar permeabilidade visual para a área de convívio interna.

Os revestimentos internos são feitos em placa cimentícia com camada de massa acrílica na cor branco gelo nas áreas de cozinha, copa, depósito de material de limpeza depósito de lixo e área de circulação. Nas paredes internas que correspondem ao invólucro do edifício, também optou-se para o uso do concreto aparente. Nas paredes referentes às áreas molhadas é feito o revestimento em concreto queimado. Nos banheiros são utilizados azulejos na cor branca e detalhe em vidrotel cristal verde mesclado nas áreas de chuveiro (banheiros acessíveis dos dormitórios) e em outras paredes indicadas nas plantas (demais banheiros e vestiários). O vidrotel também é empregado na piscina, na cor azul claro mesclado.



Figura 109: Planta de implantação humanizada



Figura 110: Planta pavimento superior: distribuição espacial



Os pisos escolhidos foram: cimento queimado - para oficinas, quartos, área de circulação e espaços de atendimento; piso cerâmico bege claro – nos banheiros, vestiários, áreas molhadas e refeitório; piso vinílico com aspecto de madeira – na recepção, acolhimento e loja; piso intertravado para áreas externas, gerando semipermeabilidade – na praça, no pomar e no estacionamento; pisograma nas vagas de estacionamento; pedra portuguesa – no convívio da praça externa, no playground e na academia ao ar livre; pedra mineira - no contorno da piscina e piso deck de madeira plástica próximo a esta.

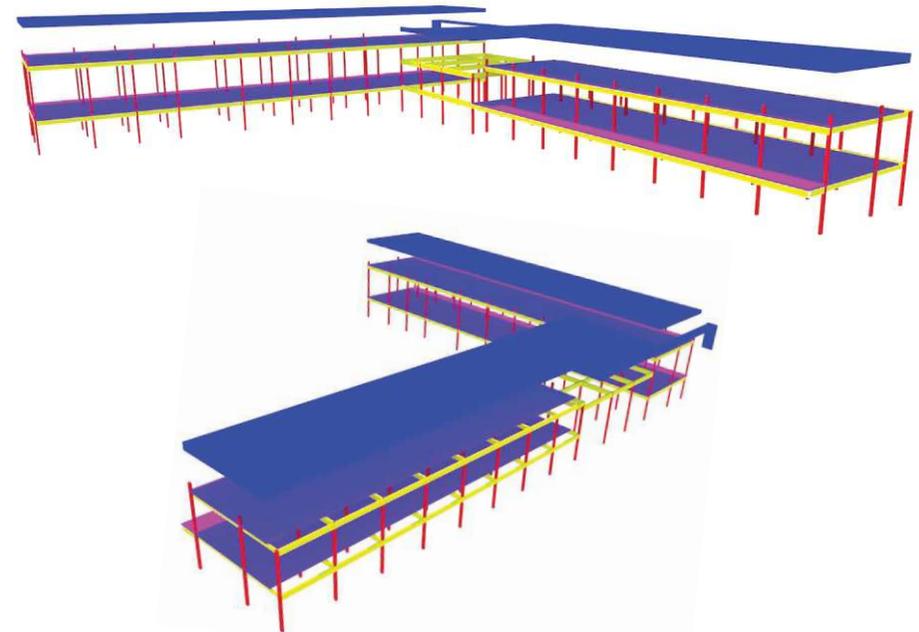
São utilizados três tipos de forro:

- Forro mineral Electra nas oficinas, cozinha e refeitório. Considerando estes espaços como mais ruidosos, esse forro é utilizado para absorver os ruídos presentes nestes.

- Forro de madeira Woodline, na recepção e na área de convívio, com o intuito de estabelecer espaços mais aconchegantes

A cobertura é feita em platibanda e são usadas telhas de fibrocimento com inclinação de 5% (para a torre d'água e blocos de atendimento/acolhimento e de oficinas/dormitórios) e laje impermeabilizada com 2% de inclinação no abrigo GLP e na caixa de circulação. Esta cobertura da circulação estende-se para a fachada da recepção, criando uma marquise que finaliza em um plano vertical e forma um totem com a logo do CAPS vazada.

Os guarda-corpos da sacada dos dormitórios e da área de circulação destes são feitos em aço galvanizado na cor preta e a proteção das fachadas se dá através de cobogós.



Figuras 112 e 113: Esquema estrutural sólido com cobertura explodida

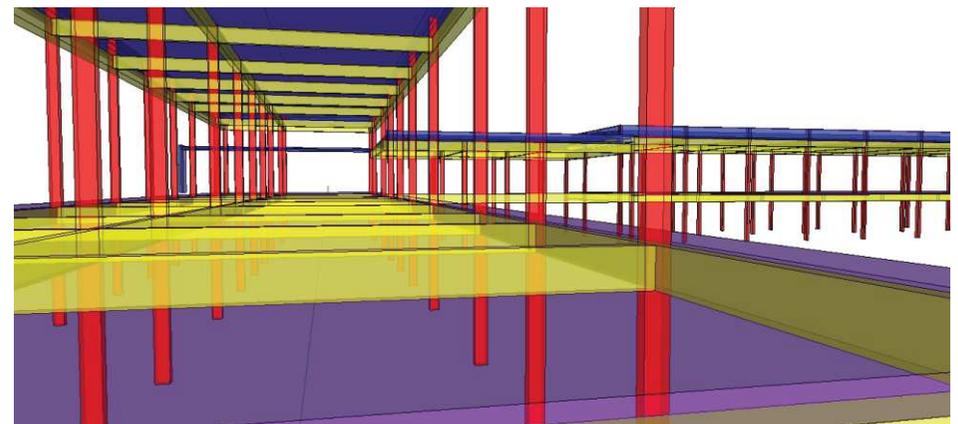


Figura 114: Esquema estrutural com faces em transparência

8.8. FORMA E VOLUMETRIA

Como mencionado, a edificação é formada por 3 blocos, os quais apresentam forma retangular e diferentes alturas e dimensões. O bloco de serviço e atendimento é o maior, com 10 metros de largura, 45,5 metros de comprimento e 8 metros de altura, o que proporciona um pé direito mais alto para o pavimento superior. O bloco de dormitórios e oficinas também apresenta esta característica, tendo 7 metros de altura, 34,55 metros de comprimento e 8,5 metros de largura. O bloco de circulação é o mais baixo: apresenta 6,3 metros de altura, 14,1 metros de comprimento e 8,8 metros de largura.

Essa diferença de dimensões geram a variação dos volumes e quebram a rigorosidade obtida com espaços de mesma altura e distâncias padronizadas.



Figura 116: Vista aérea da edificação: forma retangular dos blocos

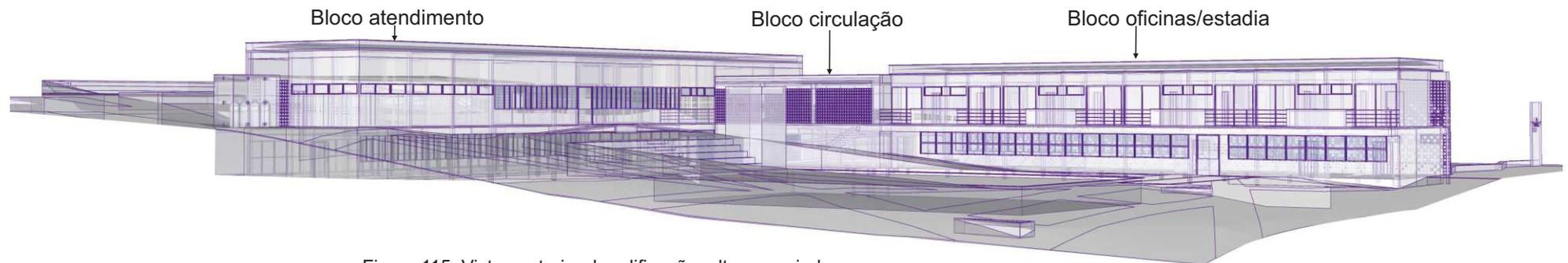


Figura 115: Vista posterior da edificação: alturas variadas

8.9. PAISAGISMO

O paisagismo consiste em uma das principais características do projeto, pois promove áreas de convívio e descanso agradáveis, une os usuários e instiga a apropriação do espaço. Para isso são escolhidas diversas espécies pensando em suas possibilidades no projeto: árvores frutíferas para um pomar, árvores com flores e folhagem interessantes para contemplação, grama batatais no pomar (permitindo pisoteio), grama amendoim e outras espécies para forração, nos canteiros externos e taludes, espécies para compor jardineiras, planta aquática em alguns espelhos d'água, palmeira areca para criar jogo de tons verdes com a incidência dos raios solares e buxinho para criar uma barreira vegetal. As praças também são compostas por quadra poliesportiva, playground e equipamentos para academia ao ar livre (os quais estão especificados na página 75).

As espécies utilizadas são apresentadas a seguir.



Trapoeraba Roxa
Tradescantia pallida purpurea
Altura: 0,3 a 0,4 m
Jardineiras/ Maciço
Floração:
● ○ ○ ○ ● ●
j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Quaresmeira Rasteira
Schizocentron elegans
Altura: 0,25 a 0,3 m
Jardineiras/ Maciço
Floração:
● ● ● ● ● ●
j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Singônio
Syngonium angustatum
Altura: 0,2 a 0,4 m
Jardineiras/ Maciço
Floração:
● ● ○ ○ ● ●
j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Grama Amendoim
Arachis repens
Altura: 0,1 a 0,3 m
Forração
Floração:
● ○ ○ ○ ● ●
j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Grama Batatais
Paspalum notatum
Altura: menos de 0,15 m
Forração
Floração:
● ○ ○ ○ ○ ●
j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Acerola. *Malpigia glabra*
 Altura: 2 a 3 m
 Diâmetro da Copa: 1,5 m
 Frutificação:
 ● ○ ○ ○ ● ●
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Limão Tahiti
Citrus aurantifolia
 Altura: 6 m
 Diâmetro da Copa: 4 m
 Frutificação:
 ● ● ● ○ ○ ○
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Mangueira. *Mangifera indica*
 Altura: 10 a 12 m
 Diâmetro da Copa: até 10 m
 Frutificação:
 ● ○ ○ ○ ● ●
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Pitanga. *Eugenia uniflora*
 Altura: 2 a 4 m
 Diâmetro da Copa: 4 m
 Frutificação:
 ● ○ ○ ○ ● ●
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Goiaba. *Psidium guajava*
 Altura: 3 a 5 m
 Diâmetro da Copa: 5 m
 Frutificação:
 ● ● ○ ○ ○ ●
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Cajueiro
Anacardium occidentale
 Altura: 5 a 12 m
 Diâmetro da Copa: 12 m
 Frutificação:
 ● ○ ○ ○ ● ●
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Jaboticaba
Myrciaria jaboticaba
 Altura: 2 a 3 m
 Diâmetro da Copa: 5 a 6 m
 Frutificação:
 ○ ○ ○ ● ○ ●
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Guapuruvu
Schizolobium parahyba
 Altura: 20 a 30 m
 Diâmetro da Copa: 8 m
 Floração:
 ○ ○ ○ ● ● ○
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Laranja Bahia
Citrus sinensis
 Altura: 6 m
 Diâmetro da Copa: 4 m
 Frutificação:
 ○ ● ● ○ ○ ○
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Pata de vaca
Bauhinia forficata
 Altura: 5 a 9 m
 Diâmetro da Copa: 4 a 5 m
 Floração:
 ● ● ● ○ ● ●
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Canafistula. *Cassia fistula*
 Altura: 7 a 9 m
 Diâmetro da Copa: 4 m
 Floração:
 ● ● ○ ○ ○ ●
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Palmeira areca
Dypsis lutescens
 Altura: até 3 m
 Diâmetro da Copa: 2,5 m
 Floração:
 ○ ○ ○ ○ ● ●
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Pau de rosas.
Physocalymma scaberrimum
 Altura: 5 a 10 m
 Diâmetro da Copa: 5 a 6 m
 Floração:
 ○ ○ ○ ● ● ○
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Murere
Eichornia paniculata
 Altura: 0,1 a 0,3 m
 Planta Aquática
 Floração:
 ● ● ○ ○ ● ●
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Jasmim Manga
Plumeria rubra
 Altura: 6 a 7 m
 Diâmetro da Copa: 3 m
 Floração:
 ● ● ○ ○ ● ●
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Samambaia
Nephrolepis exaltata
 Altura: 0,4 a 0,6 m
 Jardineiras



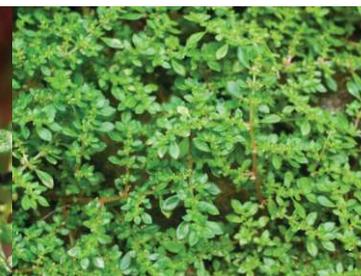
Quaresmeira
Tibouchina granulosa
 Altura: 6 a 8 m
 Diâmetro da Copa: 4 m
 Floração:
 ○ ● ○ ○ ○ ○
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Liriope. *Liriope spicata*
 Altura: 0,1 a 0,3 m
 Jardineiras
 Floração:
 ● ● ○ ○ ○ ○
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Buxinho
Buxus sempervirens
 Altura: até 4 m
 Diâmetro da Copa: 1,5 m
 Floração:
 ● ● ● ○ ○ ○
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d



Brilhantina
Pilea mycophylla
 Altura: 0,1 a 0,4 m
 Jardineiras/ Maciço
 Floração:
 ● ○ ○ ○ ● ●
 j-f m-a m-j j-a s-o n-d

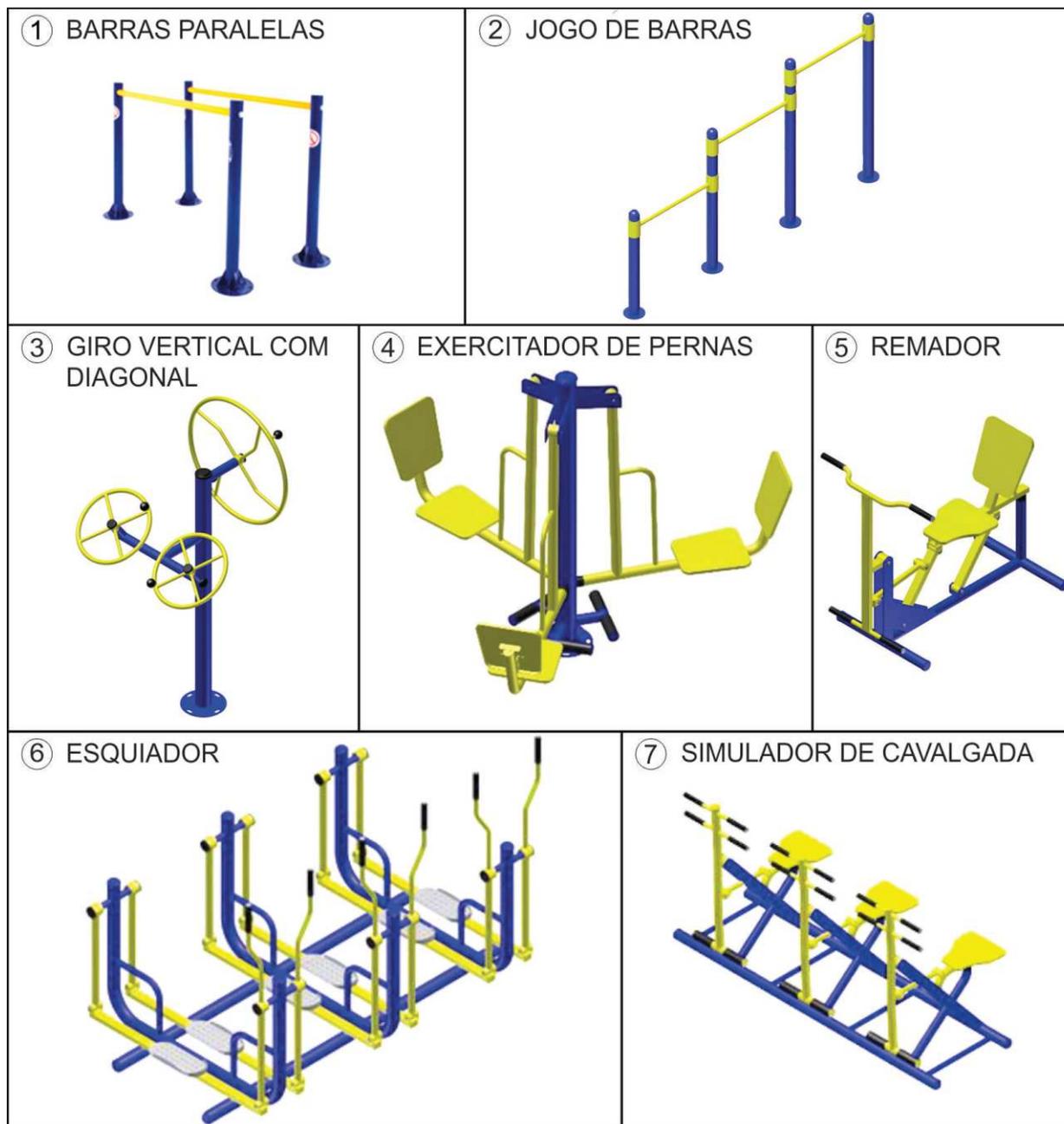


Figura 117: Equipamentos de ginástica sugeridos para a academia ao ar livre

8.10. LOGO E CAPS UBERABINHA

A proximidade da edificação ao Parque Linear do Rio Uberabinha e a idéia de utilizar esse espaço para as práticas esportivas, propiciando a apropriação do espaço pelos usuários do CAPS, levou à adoção do nome do rio para o Centro projetado, sendo assim nomeado “CAPS Uberabinha”. Com isso, pretende-se retomar o conceito do próprio rio que teve um histórico de poluição e depois passou pelo processo de recuperação e revitalização e relacionar o tratamento psicológico com a despoluição. O Rio Uberabinha é um rio importante para o município e sua vitalidade é fundamental, sendo esta mesma proposta para o indivíduo a ser tratado. Este indivíduo, apesar de fragilizado, não deixou de existir, mas carece de um pouco de cuidado de todos para sua recuperação, a qual também deve ter participação da comunidade para gerar a inserção social pretendida pelo CAPS.

A adoção do rio e do barco simboliza a fluidez do pensamento em uma "mente" recuperada. O barco de papel retoma a infância e assume a idéia de suavidade dos pensamentos que ocorrem em um psicológico fluido (simbolizado pelo rio).

A idéia do barco surge, ainda, como símbolo de antítese para a Nau dos Loucos. O espaço presente num meio urbano movimentado e com acesso à comunidade e família, reinserindo o paciente no meio social contrapõe os modelos excludentes de tratamento psicológico, que visavam afastar os chamados “loucos” da sociedade e confina-los em um espaço desumanizado e marginalizado pela população.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de desenvolver um espaço de uso público no âmbito da saúde tem como desafios a humanização do projeto de um estabelecimento que tem recente fase de transição e a valorização das inter-relações dentro do edifício.

Busca-se aproximar sociedade e portador de transtorno mental, a fim de desconstruir a visão preconceituosa acerca deste indivíduo. Para isso, se faz necessário um ambiente que atenda não somente ao usuário primário, mas que seja convidativo a toda a comunidade, visando estabelecer, portanto, a integração social entre família, funcionários, comunidade e pacientes.

Com essa intenção foi desenvolvido, então, o projeto que contém as representações necessárias para seu entendimento nas pranchas anexas a este livro.



Figura 118: Logo CAPS uberabinha

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADNET, Eduardo. **O Século do Conhecimento e das Aflições**. Acesso: 28/09/2017. Disponível em: <http://dradnet.com/section1/seculo-conhecimento-aflicoes.html>

American Psychiatric Association, **DSM-5 M294 Manual diagnóstico e estatístico de transtorno**. Traduç . Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014. Acesso: 25/09/2017. Disponível em: <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeeducador/2015/DSM%20V.pdf>

BELAFONTE, Cindhi. **Com 38,8°C, temperatura bate novo recorde em Uberlândia**. Correio de Uberlândia, 15/10/2014. Acesso: 07/11/2017. Disponível em: <http://www.correiodeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/registro-de-alta-temperatura-revela-novo-recorde-em-uberlandia/>
BRASIL, Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**. Diário Oficial da União, 20 fev. 2002., Seção I. Acesso: 26/09/2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

BRASIL, Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS)**. Diário Oficial da União, 30 dez. 2011, Seção I, p. 59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso: 16/10/2017

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília, 2004. Acesso: 25/09/2017. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/Manual_de_CAPS.pdf

CCMS. **REFORMA PSIQUIÁTRICA**. Acesso: 23/09/2017. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/reforma.html>

Centro de Reabilitação Psicossocial / Otxotorena Arquitectos. Trad. Baratto, Romullo. ArchDaily Brasil, 2014. Acesso: 05/10/2017. Disponível em: <http://www.archdaily.com.br/br/625185/centro-de-reabilitacao-psicossocial-otxotorena-arquitectos>

Centro de Rehabilitación Psicosocial, Alicante. Um oásis ambiental/Otxotorena Arquitectos. Revista PROMATERIALES, Edição 82. Novembro 2014. Acesso: 05/10/2017. Disponível em: <http://www.pro materiales.com/pdf/PM-82-4.pdf>

ESTRATÉGIAS BIOCLIMÁTICAS: UBERLÂNDIA – MG. Projeteeee. Acesso: 10/11/2017. Disponível em: <http://projeteeee.mma.gov.br/estrategias-bioclimaticas/>

FONTES, Maria Paula Zembrano. **IMAGENS DA ARQUITETURA DA SAÚDE MENTAL: Um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira**. UFRJ/FAU/PROARQ, Rio de Janeiro, 2003. Acesso: 27/09/2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/imagens_arquitetura_saude_mental.pdf

FONSECA, Ana Clara Martins. **HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**. Curso de Arquitetura e Urbanismo, Faculdade Redentor, Itaperuna, 2015. Acesso: 29/09/2017. Disponível em: http://www.redentor.edu.br/files/anaclara_fonsecatcchospitalpsiquiatrico_14092016192021.pdf

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva (edição original francesa 1972). Acesso: 22/09/2017. Disponível em: <https://ayrtonbecalle.files.wordpress.com/2015/07/foucault-m-histc3b3ria-da-loucura-na-idade-clc3a1ssica.pdf>

GRUNOW, Evelise. **Lelé: Hospital Rede Sara, Rio de Janeiro. TRANSIÇÃO GRADUAL ENTRE ÁREAS EXTERNAS E INTERNAS**. Projeto Design, Edição 355, 2009. Acesso: 29/09/2017. Disponível em: <https://arcoweb.com.br/projetodesign/arquitetura/arquiteto-joao-filgueiras-lima-lele-hospital-rede-sarah-27-10-2009>

Hospital Psiquiátrico Kronstad / Origo Arkitektgruppe" [Kronstad Psychiatric Hospital / Origo Arkitektgruppe]. ArchDaily Brasil. 04 Fev 2014. (Trad. Baratto, Romullo) Acesso: 25/09/2017. Disponível em: <http://www.archdaily.com.br/173463/hospital-psiquiatrico-kronstad-slash-origo-arkitektgruppe>

MELO, Lana Maria de. **ARQUITETURA E SAÚDE MENTAL. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ARAGUARI**. UFU, Uberlândia, 2011.

MONTERO, Jorge Isaac Perén. **Ventilação e Iluminação Naturais na Obra de João Filgueiras Lima, Lelé: Estudo dos Hospitais da Rede Sara Kubitschek Fortaleza e Rio de Janeiro**. Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

Acesso: 29/09/2017. Disponível em: www.teses.usp.br/

MOURA, Francielle Aparecida. **NEUPS – Clínica Neurológica e Psiquiátrica – implantação de uma clínica na cidade de Arcos – MG**. Curso de Arquitetura e Urbanismo, Centro Universitário de Formiga – UNIFOR, Formiga, 2016. Acesso: 25/09/2017. Disponível em: https://bibliotecadigital.uniformg.edu.br:21015/jspui/bitstream/123456789/404/1/TCC_FrancielleAparecidaMoura.pdf

OLIVEIRA, Sandra Santos. **Trechos da História da Loucura**. Interações número 3. Pp. 106-120, 2002. Acesso: 25/09/2017. Disponível em: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/52/54>

PIZZOLATO, Pier Paolo Bertuzzi. **O Juquery: sua implantação, projeto arquitetônico e diretrizes para uma nova intervenção**. Faculdade de arquitetura e urbanismo, São Paulo, 2008. Acesso: 25/09/2017. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16138/tde-20012010-152813/en.php

Prefeitura de Uberlândia. **LEI COMPLEMENTAR Nº 524, DE 08 DE ABRIL DE 2011. INSTITUI O CÓDIGO MUNICIPAL DE OBRAS DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA E DE SEUS DISTRITOS**. Acesso: 05/11/2017. Disponível em: [_http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/120.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/120.pdf)

Prefeitura de Uberlândia. **LEI COMPLEMENTAR Nº 525, DE 14 DE ABRIL DE 2011. DISPÕE SOBRE O ZONEAMENTO DO USO E OCUPAÇÃO DO SOLO DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA E REVOGA A LEI COMPLEMENTAR Nº 245, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2000 E SUAS ALTERAÇÕES POSTERIORES**. Acesso: 05/11/2017. Disponível

em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/1836.pdf
Prefeitura de Uberlândia. **Anexo I Mapa de Zoneamento da Zona Urbana**. Julho, 2016. Acesso: 07/11/2017. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/17279.pdf

Prefeitura de Uberlândia. **ANEXO III CLASSIFICAÇÃO DOS USOS**. Acesso: 07/11/2017. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/1837.pdf

Prefeitura de Uberlândia. **ANEXO VI TABELA 1 - QUADRO DE ADEQUAÇÃO DOS USOS ÀS ZONAS**. Acesso: 07/11/2017. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/1840.pdf

Prefeitura de Uberlândia. **ANEXO VII TABELA 2 – VOLUMETRIA**. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/1841.pdf Acesso: 07/11/2017.

Prefeitura de Uberlândia. **ANEXO VIII TABELA 3 - ÁREA MÍNIMA DE ESTACIONAMENTO**. Acesso: 07/11/2017. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/1842.pdf

Residência e Centro Dia para pessoas com dificuldades intelectuais e problemas de comportamento / Onze04 Architecture. ArchDaily Brasil, 06 Out 2013. (Trad. Martins, Maria Julia). Acesso: 05/10/2017. Disponível em: <http://www.archdaily.com.br/br/01-144176/residencia-e-centro-dia-para-pessoas-com-dificuldades-intelectuais-e-problemas-de-comportamento-slash-onze04-architecture>

Secretaria Municipal de Planejamento Urbano. Prefeitura de Uberlândia. **BANCO DE DADOS INTEGRADOS do ANO 2017, Volume I**. Acesso: 04/11/2017. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/17809.pdf

Secretaria Municipal de Planejamento Urbano. Prefeitura de Uberlândia. **BANCO DE DADOS INTEGRADOS do ANO 2017, Volume II**. Acesso: 07/11/2017. Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/17810.pdf

VIEIRA, Laís. **Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba têm madrugada mais fria do ano**. Portal G1, 13/06/2016. Acesso: 07/11/2017. Disponível em: <http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/2016/06/triangulo-mineiro-e-alto-paranaiba-tem-madrugada-mais-fria-do-ano.html>