



caps

Centro de Atenção Psicossocial

Luana Rôla de Sousa

UFC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Curso de Arquitetura e Urbanismo

CAPS
Centro de Atenção Psicossocial

Luana Rôla de Sousa

Orientador
Francisco Ricardo Cavalcanti Fernandes

Professora convidada
Zilsa Maria Pinto Santiago

Arquiteto convidado
Igor Lima Ribeiro



caps

Centro de Atenção Psicossocial

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S697c Sousa, Luana Rôla de.
CAPS : Centro de Atenção Psicossocial / Luana Rôla de Sousa. – 2017.
87 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, ,
Fortaleza, 2017.
Orientação: Prof. Dr. Francisco Ricardo Cavalcanti Fernandes.

1. Arquitetura Humanizada. 2. Arquitetura e Saúde. 3. Ambiência. I. Título.

CDD



caps

SUMÁRIO

1 Primordial

- 1.1 do frenesi
- 1.2 das motivações
- 1.3 das finalidades

2 Intrínseco

- 2.1 do histórico
- 2.2 de hoje
- 2.3 da ambiência
- 2.4 das alternativas

3 Paralelos

- 3.1 Rede Sarah
- 3.2 Concurso para Unidade Básica de Saúde da Riacho Fundo
- 3.3 Case Study Houses

4 Inserido

- 4.1 da aproximação
- 4.2 da localidade
- 4.3 da legislação

5 Corpóreo

- 5.1 das necessidades
- 5.2 do partido
- 5.3 da funcionalidade
- 5.4 da materialidade
- 5.5 do condicionamento ambiental

6 Final



caps

AGRADECIMENTOS

Aos mestres: a todos vocês que com paciência e sabedoria foram capazes de forjar parte de meu caráter e de meu intelecto, instruindo-me a ensinar e aprender com tolerância e incentivo.

Aos amigos que a vida me presenteou: aos que encontrei nas salas de aula, em especial dentro da turma de 2012.1 de Arquitetura e Urbanismo, durante o intercâmbio e nos entremeios destes caminhos. Não poderia citar seus nomes sem acabar sendo injusta, mas a verdade é que ter vocês ao meu lado me ajuda a dar cada passo, e por isso devo agradecer sem medidas. Agradeço também aos que permaneceram durante esses meses atribulados, e sem os quais eu não teria concluído este trabalho: seus corações, mentes e almas foram essenciais a todo momento.

À minha família, em especial aos meus avós: tendo vocês, nunca precisei ir muito longe para buscar os exemplos necessários para me tornar a pessoa que eu gostaria de ser, vocês já estavam bem aqui.

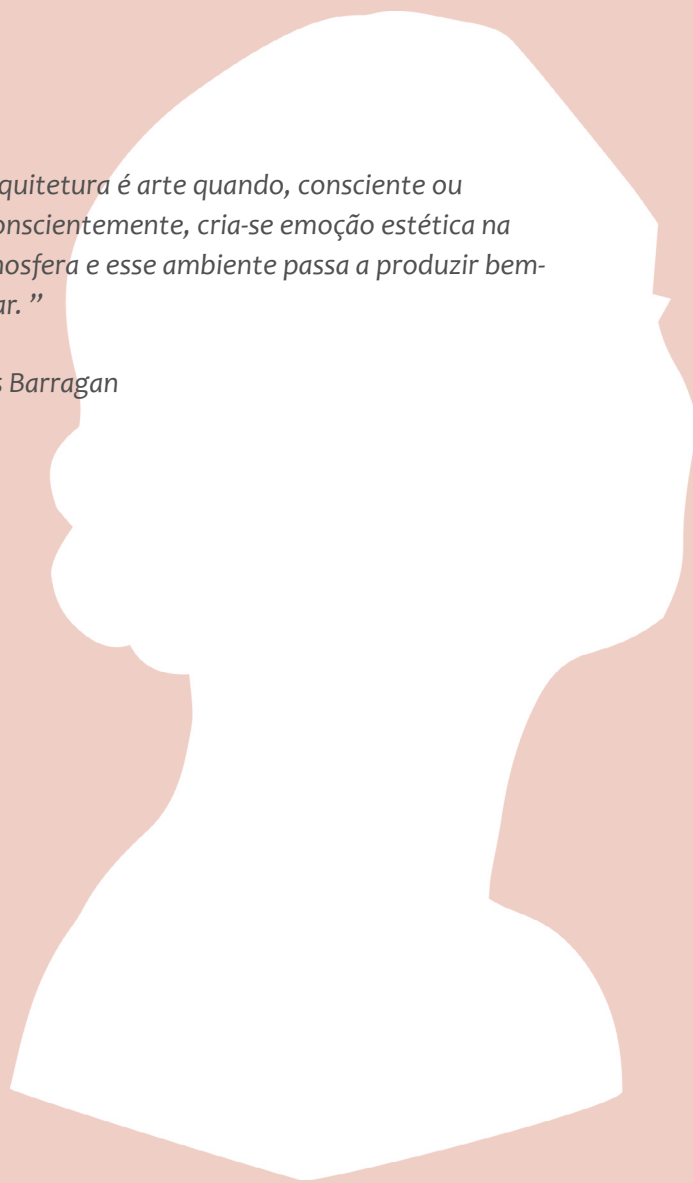
Aos que a genética classificou de primos, mas a alma chamou de irmãos caçula: amar vocês me faz querer ser uma pessoa mais formidável sempre.

Aos meus pais: a vocês agradeço pela vida. Não simplesmente a que me foi dada há vinte e três anos, mas pela completude que tenho vivido desde então.

A Deus: ao Senhor agradeço pelo Seu amor libertador que me dá forças e serenidade todos os dias.

“Arquitetura é arte quando, consciente ou inconscientemente, cria-se emoção estética na atmosfera e esse ambiente passa a produzir bem-estar.”

Luis Barragan



PRIMORDIAL

PARTE 1

1.1 do frenesi

Durante o período de cinco anos e meio de experiência universitária, por diversas vezes fui confrontada a ponderar a respeito do bem-estar. A cada semestre fui instigada a projetar espaços que proporcionem a dita sensação, e por inúmeras vezes me vi tendo de relembrar, depois de muito protelado, o que seria mesmo esse sentimento que o bem-estar suscita de modo pessoal.

Nessas idas e vindas é que entendi, ou pelo menos fui provocada a entender, o que para mim seria a importância de se ter um olhar humano e quase artesanal para a arquitetura: não seria possível gerar a sensação de bem-estar inteiramente a partir do espaço construído, pois ela perpassa variáveis que vão desde questões extremamente subjetivas e pessoais, passeando pelas inúmeras interações entre os indivíduos, até chegar no próprio meio físico. Contudo, se eu estudasse e entendesse os processos, mesmo que subjetivos, que facilitam o bem-estar, isso me levaria mais perto de um entendimento daquilo que deveria se rebater no meio concreto.

A primeira vez que eu conectei os assuntos saúde mental e arquitetura foi durante o intercâmbio, momento em que escolhi o tema de educação artística e ambiental para crianças com autismo para realizar um projeto cuja temática era um local para retiro de imersão. Foi percebendo as sutilezas e tomando diversos cuidados que ainda antes não havia realizado, que desenvolvi afeto pelo tema e passei a ponderar o modo como a salubridade mental foi e tem sido entendida e tratada pelos profissionais no assunto, e isso incitou uma chama de ideias em mim.



1.2 das motivações

Bastou menos que uma pesquisa. Na realidade, bastaram os passeios nas cidades em que estou mais contextualizada, Fortaleza e Trairi, para começar a ter uma noção da atual situação das principais instituições responsáveis pela saúde mental na escala pública: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Passei a notá-los cada dia mais no meu caminho: basicamente todos eram adaptações de prédios existentes. Um, por exemplo, era parte do complexo do matadouro municipal de Fortaleza, possível patrimônio histórico da Cidade. Contudo em sua maioria eles são adaptações de casas, onde quartos viram consultórios e onde os pátios são o meio da rua.

Ficou então o questionamento: existem diretrizes que contemplem os mais atuais conceitos em tratamento psicoterapêutico, que possam amparar um projeto arquitetônico que seja agradável e, ao mesmo tempo, seguro para o uso e convívio de pacientes que se encontram com enfermidades mentais? À medida que a curiosidade e a pesquisa progrediam e eu percebia não me aproximar da descoberta de quais seriam essas instruções, ou se elas sequer existiam, é que fui compreendendo a importância de se buscar essas respostas e transformá-las em um produto.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, que ganhou forças em meados dos anos 1970, deu voz aos questionamentos a respeito do modelo manicomial então dominante, e que se fez operante de modo visível até tão pouco tempo na cidade de Fortaleza como se pode ver com o Hospital Mira Y López, que até o ano de sua demolição (2013) ainda contava com 18 internos. As inquietações sobre a pertinência da psiquiatria que era praticada (principalmente depois do surgimento de tratamentos como o de choque e a lobotomia) assim como a incerteza sobre a real eficácia em se separar os enfermos da sociedade em geral em ambientes com pouca ou nenhuma salubridade, geraram essa reforma que ao longo de 40 anos vem mudando a passos lentos, porém necessários, um sistema enrijecido que comprometia a integridade tanto de pacientes, como de seus familiares e de funcionários da saúde.

Rebater essas mudanças teóricas e operacionais no espaço construído é uma necessidade iminente, mas que enfrenta dificuldades que serão listadas mais à frente neste trabalho.

1.3 das finalidades

É nesse contexto que este trabalho objetiva trazer o projeto arquitetônico de uma unidade da Rede CAPS que consiga se nivelar aos avanços pelos quais a psicoterapia se sujeitou ao longo das últimas décadas, de modo a facilitar e abrigar tratamentos que hoje não encontram condições de serem realizados com integridade e segurança na maioria dos espaços atualmente reservados a estas práticas.

Mais especificamente, podem-se citar como propósitos:

- a| Trazer uma proposta que possa ser modelo, por ter sido pensada desde a sua concepção no intuito de atender à sua especificidade
- b| Promover espaços para tratamentos menos tradicionais, que muitas vezes são descartados dos programas dos CAPS e demais instituições por falta de estrutura apropriada para abrigá-los. Alguns dos tratamentos priorizados neste trabalho serão a Terapia Assistida por Animais, Arteterapia, Musicoterapia, Cozinha Terapêutica, Horta Terapêutica e Terapia em Grupo
- c| Gerar um produto que tenha uma ambiência agradável e que ajude a desmistificar tabus ao redor da imagem da saúde mental e amenizar o peso e a sobriedade que se tem relacionado aos modelos anteriores de prática manicomial.
- d| Pensar em espaços que priorizem a autonomia do usuário, os quais sejam acessíveis e gerem o maior nível possível de independência, de modo a possibilitar o aumento da moral do indivíduo assistido e das suas chances de inclusão na sociedade em geral
- e| Criar uma proposta em que as interações entre usuários, acompanhantes e funcionários sejam amigáveis, naturais e menos hierarquizadas, trazendo um conceito de humanização do espaço em que a identificação de uma escala de lar facilite o conforto e minimize o estranhamento.



INTRÍNSECO

PARTE 2

2.1 do histórico

A história da arquitetura está constantemente passando por modificações de acordo com as necessidades que se encontram em cada período. Quando se fala em arquitetura voltada para fins de saúde, essa adaptabilidade passa por desafios ainda maiores, pois o meio construído passa a ter que se adequar às novas descobertas em segurança no meio hospitalar, às atualizações nas relações paciente/profissional, bem como às reformas dos ideais de acolhimento e convívio dos envolvidos nos processos de tratamento e cura. Na maioria das vezes, essas modificações de regimes são feitas com mais velocidade num campo teórico e processual. Porém têm dificuldade de se rebater no âmbito físico.

A verdade é que reformas nas práticas acabam demandando reformas espaciais. As primeiras, apesar de bastante trabalhosas, têm uma natureza mais maleável, por se tratarem de uma mudança de ideais e práticas. Já a segunda passa por uma complicação maior: a de modificar o meio físico que já está construído. Ainda assim, ambos têm algo de muito comum: o redescobrir e o reestruturar de um inconsciente coletivo já acostumado a um modo de operação comum, automático e prático, e a dificuldade de demonstrar a ineficácia e a obsolescência desses antigos sistemas perante às novas práticas descobertas.

O tratamento hospitalar é resultado de um processo histórico, de início ligado às práticas e saberes filantrópicos e religiosos. O crescimento das guerras e das explorações marítimas trouxeram a necessidade de locais especialmente estruturados para o recebimento de uma grande quantidade de enfermos, trazendo uma evolução ao modelo de tratamento em menor escala com um curandeiro ou prático do vilarejo que ia de casa em casa, ou era visitado em sua residência.

O desenvolvimento das explorações também se liga ao crescimento das cidades, o que trouxe mais abertamente a problemática da loucura. Era comum que uma família não quisesse ficar ligada à figura do “louco”, o que fazia com que essas pessoas fossem excluídas do convívio familiar, ou pelo trancafiamento ou pelo abandono. Também não era interessante para a manutenção da vida na cidade que essas pessoas estivessem a vagar pelas ruas causando alvoroços. Daí as internações dos chamados loucos nos hospitais comuns, assim como a total separação deles em ilhas onde eram deixados para passar o resto de suas vidas. Foucault escreve que durante o Iluminismo, o princípio da vigilância hierarquizada esteve presente não só na disposição dos hospitais e asilos para loucos, como também nas cidades operárias, nas prisões e nas escolas. Esses processos criaram uma cultura de alienação da pessoa com doença mental que só passou a ser questionada de modo relevante em meados do século XX.

“Toda uma problemática se desenvolve então: a de uma arquitetura que não é mais feita simplesmente para ser vista (fausto dos palácios), ou para vigiar o espaço exterior (geometria das fortalezas), mas para permitir um controle interior, articulado e detalhado — para tornar visíveis os que nela se encontram; mais geralmente, a de uma arquitetura que seria um operador para a transformação dos indivíduos: [...] dar domínio sobre seu comportamento, [...] modificá-los. As pedras podem tornar dócil e conheável.”. (Foucault, 1983, p.190)

O longo processo da hospitalização da loucura gerou a psiquiatria, cujas práticas acabaram culminando no modelo manicomial que ainda permeia o imaginário ligado às doenças mentais. A internação compulsória, o uso indiscriminado de medicamentos tranquilizantes e tratamentos controversos como a lobotomia, resultaram numa grande onda de descontentamento com o modelo vigente da psiquiatria, que num contexto pós II Guerra Mundial comparava o padrão aos métodos de tortura nazistas, e questionavam a falta de liberdade do paciente como um agravante para a saúde mental.

A psiquiatria democrática do médico italiano Franco Basaglia, pautada nas ideias da “negação da psiquiatria” de Foucault, traziam à tona ideais de que não era somente o tratamento hospitalar o responsável por gerar o bem-estar dos pacientes. Ele iniciou um processo de fechamento do grande hospital psiquiátrico de que era coordenador, passando a substituí-lo por grupos comunitários de assistência divididos territorialmente, os quais eram assistidos por emergências psiquiátricas em hospitais gerais. Esse foi então o modelo que inspirou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e que está em período de implantação e aperfeiçoamento até o presente.



Figura 1 Hospital Psiquiátrico Colônia, na cidade de Barbacena – MG, responsável pela morte de mais de 60 mil pacientes decorrente da falta de tratamentos adequados
Foto de Luiz Alfredo para a revista Cruzeiro em 1961

2.2 de hoje

Após décadas de discussão sobre uma Reforma que teve seu início na década de 70, e que gerou movimentos como a Luta Antimanicomial¹, bem como medidas de ordens municipal e estadual que ajudavam pouco a pouco a trazer mudanças no proceder psiquiátrico, finalmente em 6 de abril de 2001 é aprovada a Lei 10.216, também conhecida como Lei da Reforma. Alguns de seus principais pontos de ruptura com o então modelo vigente são:

- a | As pessoas em estado de sofrimento mental têm o direito de serem tratadas de maneira humanizada e respeitosa.
- b | Elas têm direito a tratamento e, portanto, à reabilitação². Desse modo, é vital a sua reinserção às suas famílias, ao seu território e à sua comunidade.
- c | Nesse mesmo contexto, e seguindo o ideal do direito de ir e vir, preceito básico da da Constituição Brasileira de 1988, elas têm direito a tratamento em locais de acesso facilitado e dentro de sua comunidade local. E o internamento deve ser evitado até que os recursos extra hospitalares se tornem insuficientes.
- d | Elas também têm direito à transparência com relação aos seus diagnósticos e tratamentos, e ao sigilo com os mesmos.
- e | Elas devem ser protegidas contra abusos e não podem ser vetadas do contato com os meios de comunicação disponíveis.

A partir dessa base de apoio legal, foi criado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a rede substitutiva responsável atualmente pela análise e o encaminhamento das pessoas em estado de sofrimento mental, e pelo acompanhamento intensivo e semi-intensivo daqueles diagnosticados com transtornos de moderado a grave³. As diretrizes amparadas na lei, assim como os novos planos do Sistema Único de Saúde (SUS) para a saúde pública, como o HumanizaSUS de 2003, traziam uma consciência ampla a respeito do novo proceder terapêutico:

- a | Era preconizado o fim da estrutura manicomial/asilar/de hospício; por consequência, o fim do internamento compulsório.
- b | Seriam estabelecidas unidades menores de tratamento, divididas por setores na cidade, em lugares estratégicos e de fácil acesso pelo seu público alvo, que fossem convidativas e pouco remetessem a uma identidade de hospital (nesses caso, CAPS).
- c | Haveriam emergências psiquiátricas nos hospitais gerais para surtos psicóticos que não pudessem ser controlados pela família ou pelos profissionais dos CAPS ou Postos de Saúde⁴.
- d | Os tratamentos oferecidos pela nova rede deveriam ser intersetoriais, visto que a reabilitação não é somente psíquica,

1 - O Movimento da Luta Antimanicomial teve início em 1987 e tem como objetivo refutar o modelo asilar de tratamento psiquiátrico, trazendo importantes questões, como o fato de que este modelo tem como grande objetivo beneficiar hospitais particulares que muito ganhavam com os subsídios do governo a partir da manutenção de hospícios degradantes, extremamente baratos de serem mantidos, e que não promoviam cura, mas que faziam o sofrimento perdurar.

2 - Nesse contexto de reabilitação, troca-se o termo “paciente” – como quem pacientemente aguarda a cura e, no caso em questão, a morte – por “usuários” da nova rede de cuidados.

3 - Transtornos leves são encaminhados aos postos de saúde, onde também devem ser introduzidos tratamentos psicoterapêuticos de acordo com a demanda gerada pela comunidade local.

4 - Tendo em vista que a internação apenas deve se prolongar o bastante para que o estado de desorganização mental da pessoa seja restabelecida, Tatiana Ribeiro, psicóloga entrevistada e ex-coordenadora do CAPS Geral da Regional IV de Fortaleza explica que esse tempo em geral não passa de 3 dias e que qualquer internação de maior período “não se justifica”.

Ainda assim, as diretrizes operacionais que a rede CAPS deve seguir para os espaços de suas sedes são escassos e de caráter geral. A pouca informação quanto à estrutura física ideal ao funcionamento desses instrumentos de vital importância para a manutenção do bem-estar mental de uma parcela considerável da população brasileira perpassa duas questões importantes de serem consideradas:

a | A carência de restrições permite que se criem unidades com maior flexibilidade e facilidade. Provavelmente uma maior quantidade de critérios espaciais dificultaria a viabilização de um processo já extremamente penoso e demorado de mudança de hábitos.

Com o desenvolvimento da Rede CAPS, houve também um aperfeiçoamento na sua operacionalidade. As unidades foram diferenciadas em tipos para abranger públicos de diversas necessidades, e regiões de diferentes dimensões, como pode ser observado na tabela a seguir:

Fonte: Saúde Mental no Sus: Os Centros de Atenção Psicossocial

2.3 da ambiência

1 - *Aí está incluso o conceito de privacidade e individualidade do usuário. “Individualidade, refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade quando se propõe, por exemplo, a criar ambientes que ofereçam ao paciente espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, entre outros cuidados que permitam ao usuário preservar sua identidade” (Ministério da Saúde, 2010, pág. 11)*

2 - *“As cores podem ser um recurso útil uma vez que nossa reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, podemos compensar sua falta ou minimizar seu excesso” (Ministério da Saúde, 2010, pág. 9 e 10)*

3 - *“A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que permitirem, lembrando sempre que toda pessoa tem direito à noção de tempo – dia e noite, chuva ou sol – e que isto pode influenciar no seu estado de saúde” (Ministério da Saúde, 2010, pág. 8)*

4 - *“ [...] é importante considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e controle alguns ruídos” (Ministério da Saúde, 2010, pág. 8)*

Em 2001, com o surgimento do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), e mais tarde em 2003, com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), pôde-se notar de forma pioneira uso do termo humanização nas diretrizes de funcionamento da saúde pública brasileira.

Em suma, a humanização é um conceito que se apresenta em diversas áreas do conhecimento, pautada na ideia da valorização das pessoas em sua integralidade e individualidade. No campo da saúde, é uma “aposta ético-estético-política” (site PenseSUS) que se aplica na estima dos usuários do sistema de saúde e suas necessidades, seu direito à cura e ao bem-estar, nas suas possibilidades de autonomia e protagonismo, bem como a valorização dos trabalhadores e gestores, com entendimento de suas obrigações, precisões e potencialidades.

Nesse contexto, foi criada a Rede HumanizaSUS, porta-voz das experiências em humanização aplicadas no SUS, que desde 2004 traz cartilhas, publicações de artigos e mais recentemente vídeos que ajudam a nortear os processos de mutação no fazer hospitalar brasileiro. Como era de se esperar, a maioria dessas indicações entra no cunho ético-político, deixando de fora o estético. Todavia, uma cartilha em especial trata dos aspectos físicos do espaço humanizado, chamada Ambiência.

“Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutive e humana” (Ministério da Saúde, 2010, pág. 5)

O conceito de ambiência evidencia três principais funções para o espaço: visar a confortabilidade¹, possibilitar a produção de subjetividades e facilitar o processo de trabalho. Desse modo, a cartilha lista algumas atitudes que viabilizam essas aspirações, como:

a | O emprego de morfologias, cores² e peças de arte estimulantes,

b | O uso da iluminação natural³ preferivelmente e de uma iluminação artificial focada em facilitar a operacionalidade

c | A promoção de sinestesia na percepção dos movimentos, das texturas, dos odores e dos sons⁴

d | O tratamento das áreas exteriores e interiores com multifuncionalidade, possibilitando áreas de lazer, relaxamento e especialmente de vivência⁵

e | A acomodação de instalações sanitárias e de bebedouros tratados de modo higiênico e acessível

f | O cuidado com uma comunicação visual que promova a autonomia do usuário e facilite sua locomoção e localização no espaço.

É apontada também a importância de se desligar do mito de que os espaços reservados ao cuidado com a saúde devem ter caráter frio e hostil, visto que quanto mais o sujeito se sente bem-vindo, mais se oportuniza sua volta e seu acompanhamento a longo prazo. Por isso é importante que os usuários reconheçam nesses espaços noções que lhe remetam às suas vivências pessoais, o que é muito ligado à humanização baseada no conceito de lar e de familiaridade, que pode ser conseguida com os elementos físicos empregados e com a noção de escala e de porte quase caseiro do meio construído.

Muito cabível, também, é que esses equipamentos de saúde sejam referenciais para a sua comunidade local, tornando-se equipamentos urbanos dentro de seus bairros. Com arredores que proporcionem a passagem dos mais diversos sujeitos, bem como acessos que oportunizem a curiosidade dos transeuntes e possibilitem os momentos de encontro, buscando com a diminuição das barreiras físicas, tais como muros e grades, diminuir as barreiras subjetivas, como o preconceito.

5 - *“A arquitetura contribui, assim, ao projetar salas multifuncionais ou espaços que sejam contíguos e agrupados, em vez de apenas compartimentos com usos específicos que consolidam verdadeiros feudos nos espaços de saúde – a fragmentação do trabalho refletida na fragmentação do espaço. [...] Temos cada vez mais reafirmado a importância de se criar/adaptar espaços coletivos destinados a reuniões, orientações, palestras, oficinas e outros equivalentes” (Ministério da Saúde, 2010, pág. 8)*

2.4 das alternativas

A inclusão das Práticas Integrativas Complementares como parte dos tratamentos das pessoas com sofrimento mental simboliza um grande passo na direção de uma abordagem humanizada e holística com esses indivíduos. Por outro lado, também evidencia categoricamente a necessidade de mudança nas estruturas físicas dos espaços voltados à saúde mental.

“Com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a homeopatia, as plantas medicinais e fitoterápicas, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a medicina antroposófica¹ [...] foram institucionalizados no Sistema Único de Saúde (SUS)” (Fonte: Portal da Saúde SUS)

Por serem instalados em sua maioria em casas alugadas, muitos CAPS não têm espaços propícios para abrigar confortavelmente procedimentos em grupo, tanto em espaços fechados quanto ao ar livre. A meditação, o reiki, a terapia ocupacional, a arteterapia e a musicoterapia, por exemplo, precisam de espaços de interação e/ou armazenagem de materiais, o que alia a ideia de seu pleno funcionamento a ambientes com uma maior escala.

Além destes tratamentos que já estão em atividade na rede pública de saúde, mesmo que em espaços pouco propícios, a ambiência que se tem hoje muitas vezes também pode restringir a realização e idealização de práticas que tentam ganhar visibilidade. É o caso da pet terapia ou Intervenção Assistida por Animais (IAA). A relação da saúde humana com a interação animal tem sido alvo de interesse desde meados do século XIX, como se pode notar pela fala de Florence Nightingale, pioneira nas práticas da enfermagem moderna:

“Um animal de pequeno porte é geralmente uma ótima companhia para os convalescidos, principalmente aqueles acometidos de casos crônicos. Um pássaro de estimação na gaiola é muitas vezes o único prazer de um inválido que está confinado ao seu quarto há anos. Se ele consegue limpar e alimentar o animal sozinho, ele deve sempre ser encorajado a fazê-lo” (Nightingale, 1859/2003, p. 86)

Mais de um século e meio depois, as pesquisas no campo da interação humana-animal já provam que este convívio gera benefícios de ordem fisiológica – melhorias nas taxas de pressão sanguínea e batimentos cardíacos – e psicológica – diminuição na percepção da dor física e da solidão, nos sintomas da depressão e da ansiedade, menor agitação, melhoria na capacidade de lidar com tarefas diárias e com outras pessoas. Desse modo, a adoção de animais, os programas de visitação e a própria IAA têm ganhado espaço nas práticas terapêuticas com pessoas da terceira idade com Alzheimer ou demência, e com crianças e adultos com esquizofrenia, transtorno de estresse pós-traumático, autismo, entre outros². (Fonte: Teresa Foden)

1 - Antroposofia significa “saber do ser humano” e teve seu significado rebatido na prática medicinal a partir da mesclagem dos tratamentos típicos da medicina moderna com práticas e saberes populares, tendo como exemplo homeopatia, arteterapia, terapia física, musicoterapia, etc.

2 - Alguns exemplos de espaços que realizam essa interação são: Books Buddies, programa de um abrigo de animais nos Estados Unidos, onde crianças em idade de alfabetização leem para os gatos abrigados. Elas ganham confiança no processo de aprendizagem ao mesmo tempo que os animais se tornam cada vez mais dóceis e participativos; 4 Paws for Ability, uma agência nos EUA que treina cães para interagir com crianças autistas de modo a distraí-las e interrompê-las de comportamentos repetitivos e disruptivos; e em Fortaleza, a Polícia Militar do Ceará tem um centro de equoterapia, onde pessoas com Síndrome de Down, autismo e transtornos neurológicos são estimuladas física e cognitivamente a partir da interação com os animais e a montaria. Além disso, algumas universidades têm programas completamente voltados para o estudo e a promoção da relação humano-animal, como a Tufts Institute for Human-Animal Interaction.



Figura 3 Seção de musicoterapia realizada no Hospital de Saúde Mental de Messejana. Fonte: tvdn Diário do Nordeste.

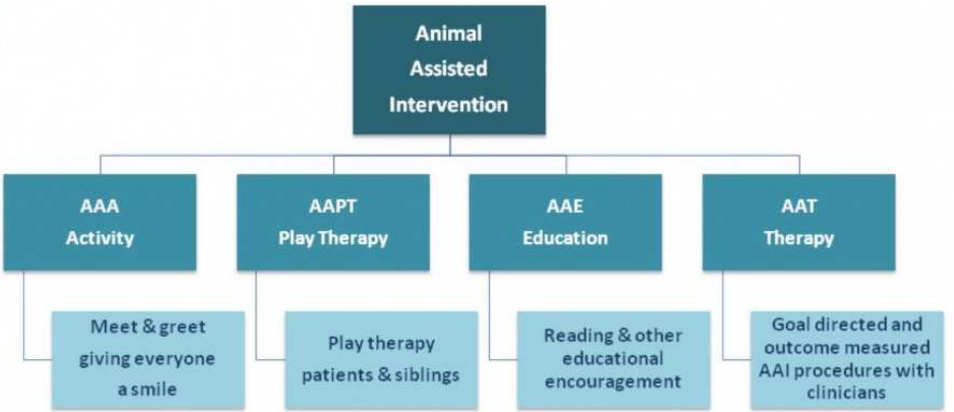


Figura 4 A ONG Inglesa The Humanimal Trust promove pesquisas a respeito dos benefícios da interação humana animal para a saúde de ambas as partes. Alguns dos tratamentos oferecidos são AAA (Atividade Assistida por Animal), AAE (Educação Assistida por Animal), AAPT (Ludoterapia Assistida por Animal e Terapia Assistida Por Animal). Fonte: The Humanimal Trust.



PARALELOS

PARTE 3

3.1 Rede Sarah

No contexto brasileiro, beira ser impraticável se falar em arquitetura hospitalar humanizada e não referenciar o trabalho de João Filgueiras Lima (Lelé) com a Rede Sarah. Estes são hospitais voltados para a reabilitação de pessoas com dificuldades motoras congênitas ou adquiridas. As maiores lições que a arquitetura da Rede trazem a esse trabalho são:

- a | O equilíbrio entre uma arquitetura reconhecível de instituição de grande porte e uma escala interior que prioriza o tratamento humanizado e horizontal dos usuários, familiares e funcionários.
- b | Uso de materiais modulados pré-fabricados que geram uma identidade única à Rede e facilitam – em tempo e custo - a construção e a readequação dos espaços segundo as necessidades em constante mudança, possibilitando a multifuncionalidade.
- c | O emprego de cores, geometrias, jardins e peças de arte para criar uma ambiência mais descontraída e menos institucionalizada, trazendo um aspecto de familiaridade ao local.
- d | Preconização da iluminação e da ventilação natural, trazendo janelas basculantes nos fechamentos com a coberta, bem como corredores que se voltam para os jardins, dentre outras estratégias.
- e | Promoção de espaços de encontro e vivência entre os usuários.

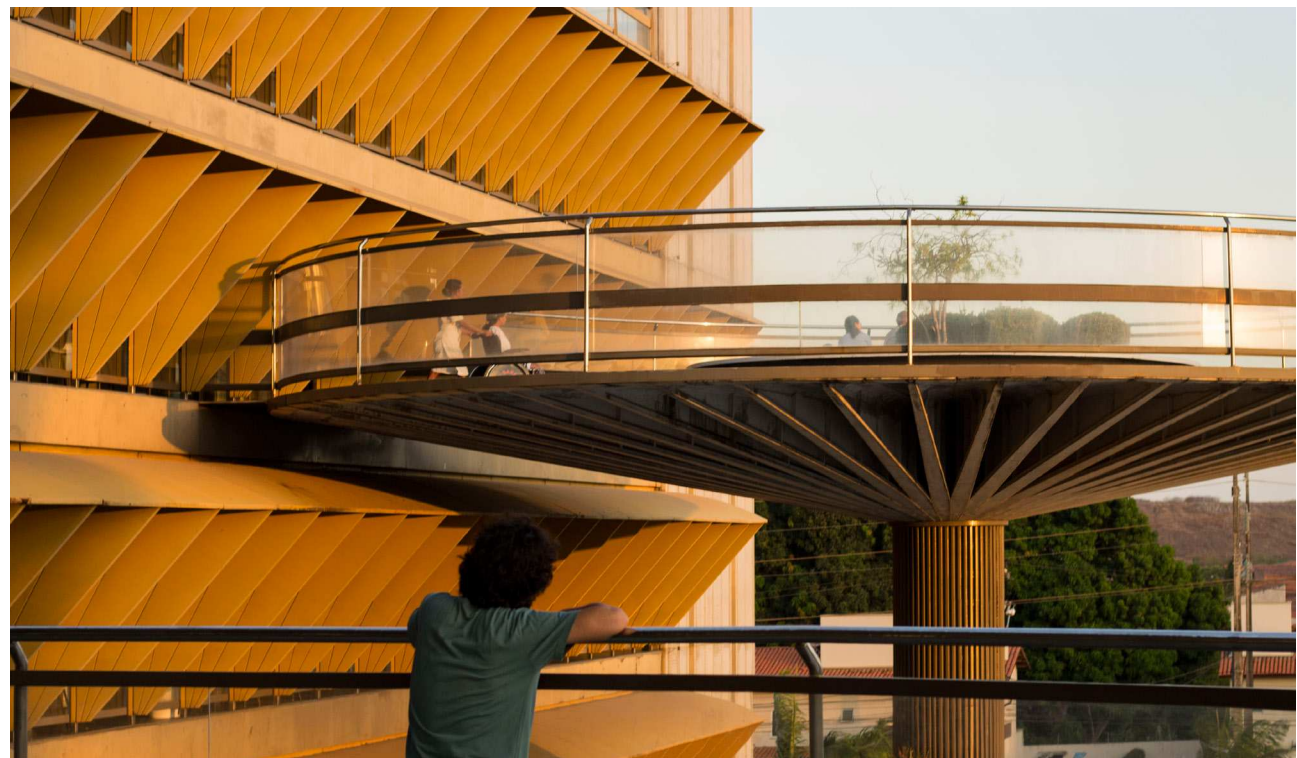


Figura 5 Hospital Sarah Fortaleza Fonte: Autora.

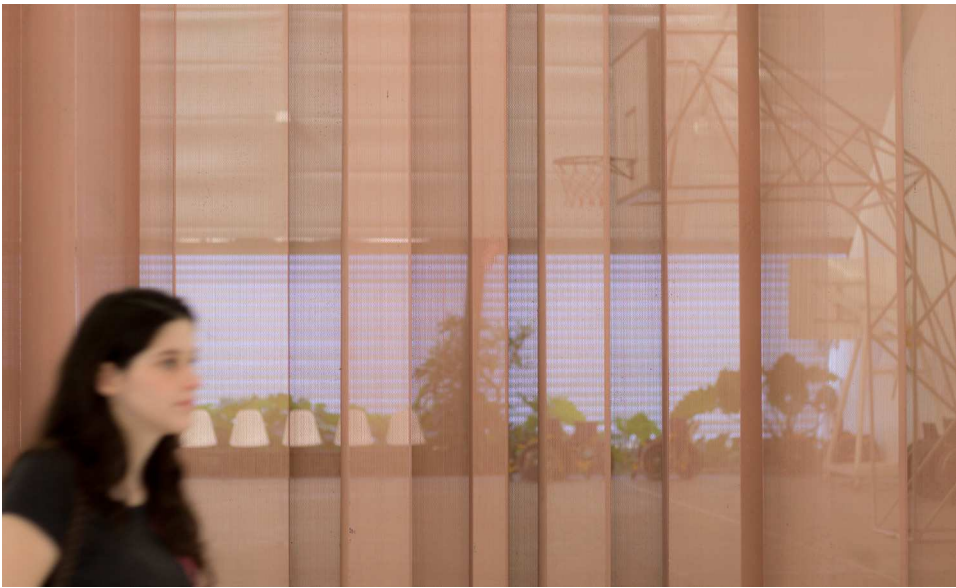


Figura 6 Hospital Sarah Fortaleza. Fonte: Autora.

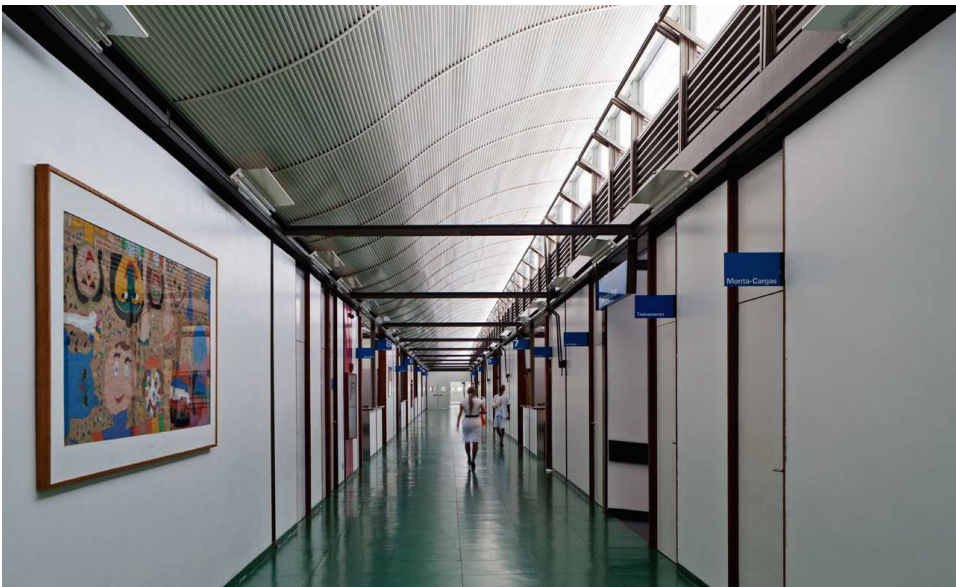


Figura 7 Hospital Sarah Salvador. Fonte: Nelson Kon

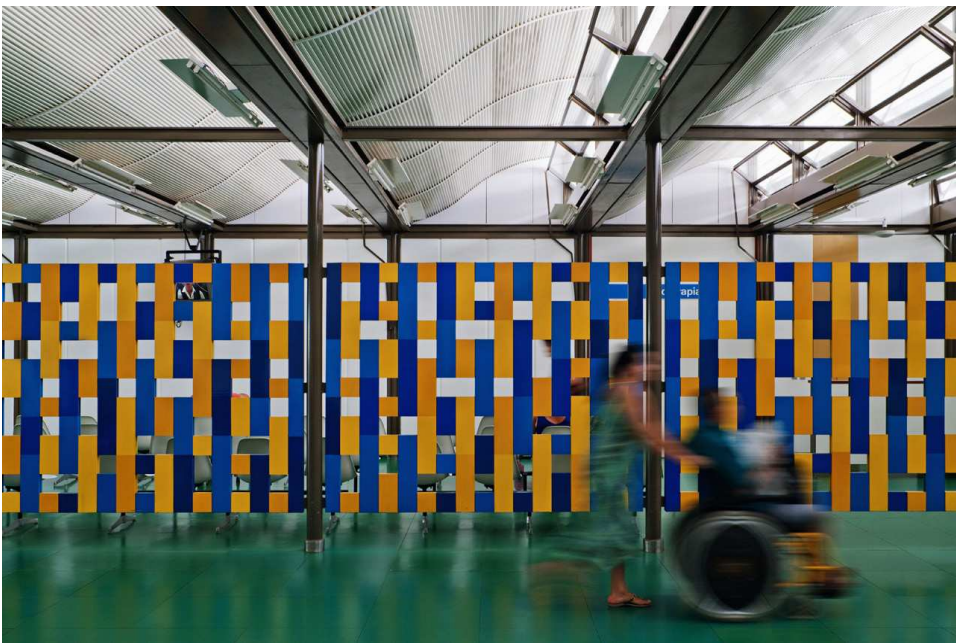


Figura 8 Hospital Sarah Salvador. Fonte: Nelson Kon

3.2 Concurso para a Unidade Básica de Saúde de Riacho Fundo

De dois diferentes modos esse concurso se fez presente como referencial neste projeto. Primeiro pelo Termo de Referência, que apresentava o programa de necessidades mínimo para o hospital da proposta, que apesar de ter um porte e uma finalidade diferentes a que este trabalho se propõe, foi de vital importância para a apreensão das dimensões e de certos preciosismos do programa.

De uma segunda forma, tem-se que os projetos premiados neste concurso trouxeram uma gama de possibilidades inspiradoras e revigorantes para um novo rumo em arquitetura da saúde. Destacando aqui o trabalho premiado com o primeiro lugar, de Alexandre Ruiz da Rosa, André Bihuna D'Oliveira, Haraldo Hauer Freudenberg e Rodrigo Vinci Philippi e terceiro lugar, do Estúdio MRGB + ArqBr. Estas propostas trouxeram uma organização espacial que se utiliza de pátios centrais e de arranjos pavilhonares dentro desse esquema, circulações generosas e descomplicadas, materiais claros e leves, programação visual simples e comunicativa, além de soluções interessantes de esquadrias para a promoção de ventilação e iluminação naturais - nas áreas em que fazem aconselháveis -, além de trazer pés-direitos mais reduzidos, o que remete a noções de humanização baseadas na escala do lar.



Figura 9 Planta baixa do projeto premiado com o primeiro lugar.
Fonte: concursodeprojeto.org



Figura 10 Perspectiva do projeto premiado com o primeiro lugar.
Fonte: concursodeprojeto.org



Figura 11 Planta baixa e perspectiva aérea do projeto premiado com o terceiro lugar.
Fonte: concursodeprojeto.org



Figura 12 Perspectiva da área do projeto premiado com o terceiro lugar.
Fonte: concursodeprojeto.org

3.3 Case Study Houses

No período pós II Guerra Mundial, nos Estados Unidos, o crescimento do mercado imobiliário trouxe contribuições para a arquitetura tais como as Case Study Houses, casas modelo concebidas por alguns dos mais renomados arquitetos da época. Estes projetos tinham o intuito de dar visibilidade a novas técnicas em construção com a produção de uma arquitetura racionalizada baseada em princípios de coordenação modular, uso de materiais tecnológicos como o aço, que gerava possibilidades de uma espacialidade mais livre e limpa, além da economia de materiais.

As noções entendidas a partir do estudo das plantas dessas casas que foram relevantes para a realização deste trabalho foram: foco na conectividade e multifuncionalidade dos espaços e na racionalização dos circuitos; os ideários baseados na diluição das barreiras entre dentro e fora, com materiais de vedação leves ou transparentes, os prolongamentos dos beirais e a criação de pátios internos; as soluções estéticas resultadas a partir dos contrastes entre os materiais de estrutura, de vedação, de coberta e de proteção solar. foram primordiais para a realização deste trabalho. Dentre os exemplos, as principais referências foram as casas 21 e 22 de Pierre Koenig.



Figura 13 Case Study House #21
Fonte: Grant Mudford

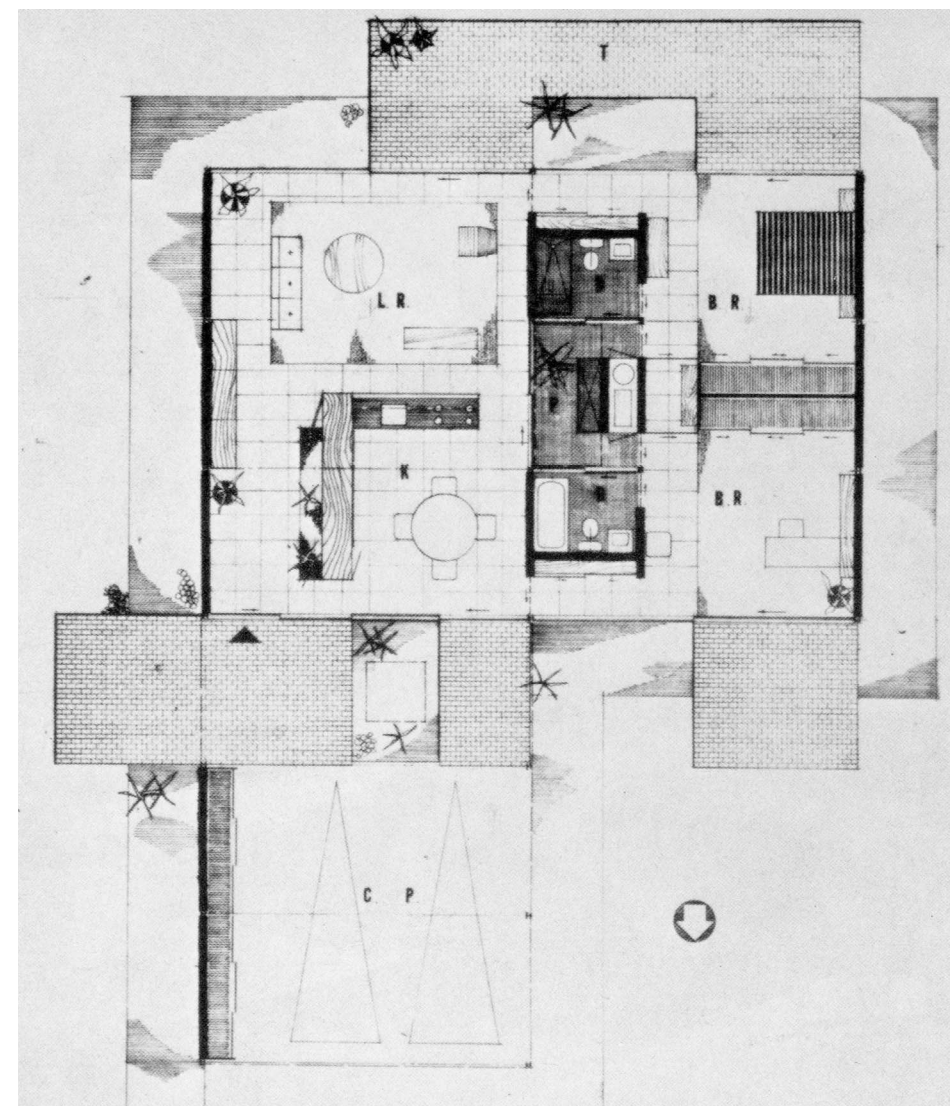


Figura 14 Planta baixa da Case Study House #21
Fonte: acessado no site archidaily



Figura 15 Case Study House #21
Fonte: Grant Mudford



Figura 16 Case Study House #22
Fonte: acessado no site <https://traceblog.com>

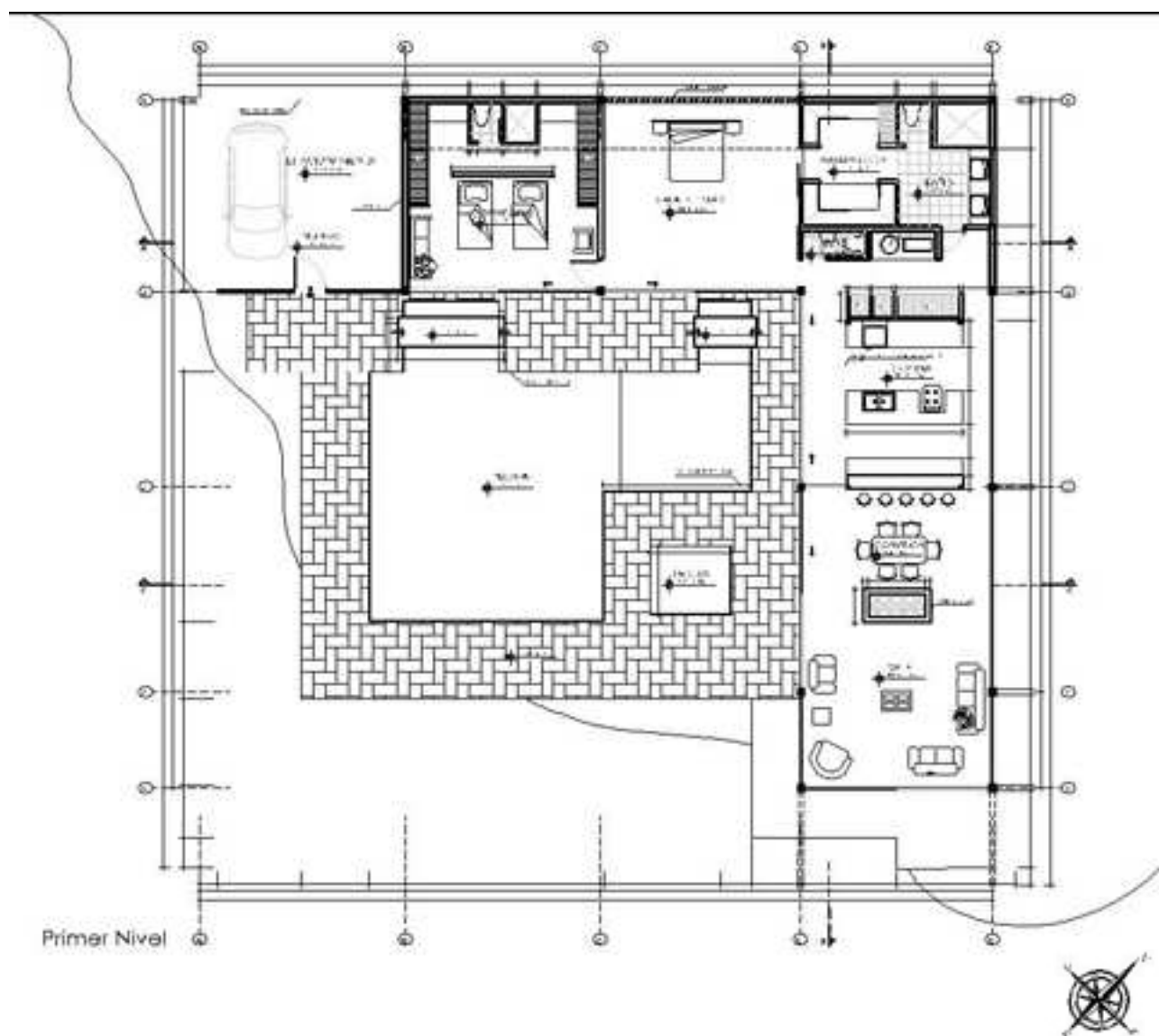


Figura 17 Planta baixa da Case Study House #22
Fonte: acessado no site <https://traceblog.com>



INSERIDO

PARTE 4

4.1 da aproximação

Como já foi citado anteriormente, as novas noções para o cuidado da saúde mental contemplam alguns ideais relacionados à localização dos equipamentos de atendimento. Como se pôde ver na Tabela 1 (pág. 20) a maior abrangência populacional que um CAPS II deve contemplar é de um território de 200 mil habitantes. Nas estimativas populacionais para os municípios publicadas pelo IBGE em 1º de julho de 2016, o Ceará conta com apenas 5 municípios com mais de 200 mil habitantes (Fortaleza, Sobral, Juazeiro do Norte, Maracanaú e Caucaia), de modo que para a grande maioria dos municípios, dependendo de suas dimensões territoriais, uma só unidade de atendimento psicossocial deveria ser suficiente para atender a demanda. Mas para municípios como Fortaleza, que tem uma população de 2 milhões e meio de habitantes, fica o questionamento de como se deve setorizar essas unidades de atendimento.

Nesse sentido, a Rede CAPS de Fortaleza, implantada em sua maioria durante a segunda gestão do então prefeito Juraci Magalhães (2001-2005), usou como base para a locação dos equipamentos as Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza (SER), inserindo um CAPS II em cada regional e um CAPS I para cada três regionais¹, resultando num total de seis e duas unidades de cada modalidade respectivamente. A questão, como se pode perceber na figura 18, é que todas as SER contam com uma população maior do que o contingente máximo de 200 mil habitantes – a excluir-se a Regional Centro – sendo que a SER V chega a ter mais que o dobro desse número.

Com esses dados em vista, abre-se um precedente para a realização de uma reestruturação para essa rede de cuidados, em que haja um crescimento tanto quantitativo como qualitativo dessas unidades. Foi nesse sentido que se solidificou a proposta deste trabalho em criar um protótipo para um CAPS que atendesse mais confortavelmente à contingência.

Se for levado em conta que a SER V além de ser a mais povoada da cidade, é a que apresenta a menor renda média, e que dos dez bairros com menor faixa de renda, seis se localizam nela, pode-se concluir que esta também é uma regional que depende diretamente do serviço de saúde pública para suprir suas necessidades de assistência médica.

¹ - Também há um CAPS AD II para cada regional, mas para o melhor entendimento das dinâmicas do funcionamento da rede de tratamento voltada para as enfermidades mentais, os dados sobre os CAPS AD de Fortaleza serão minimizados neste trabalho.

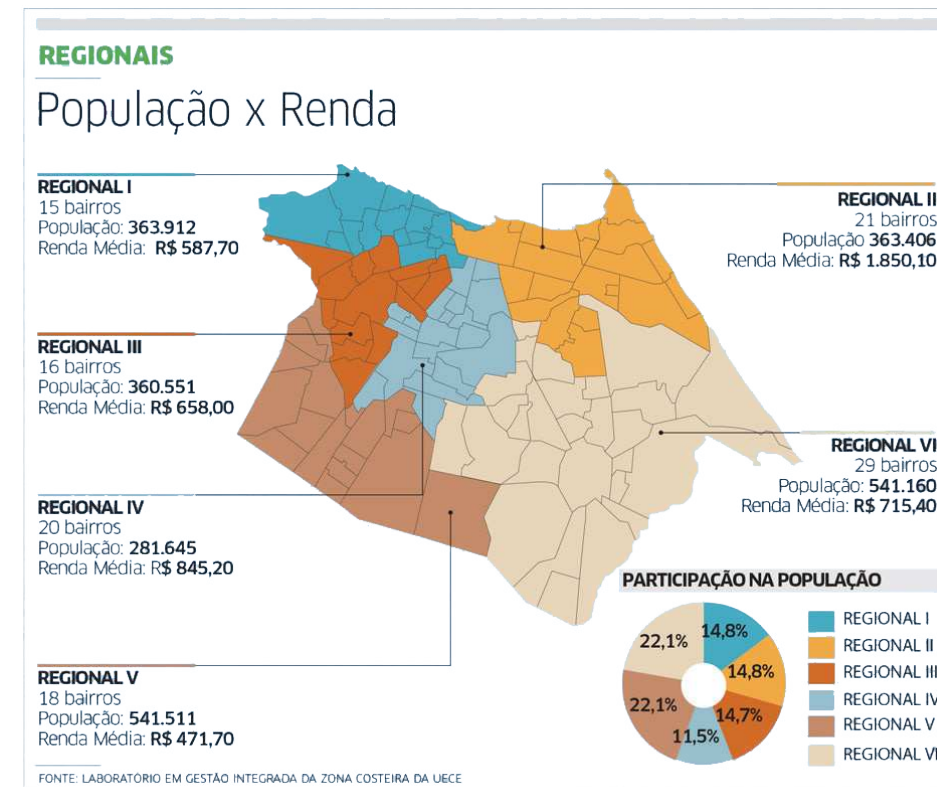


Figura 18 Regionais de Fortaleza: População e Renda
Fonte: Diário do Nordeste

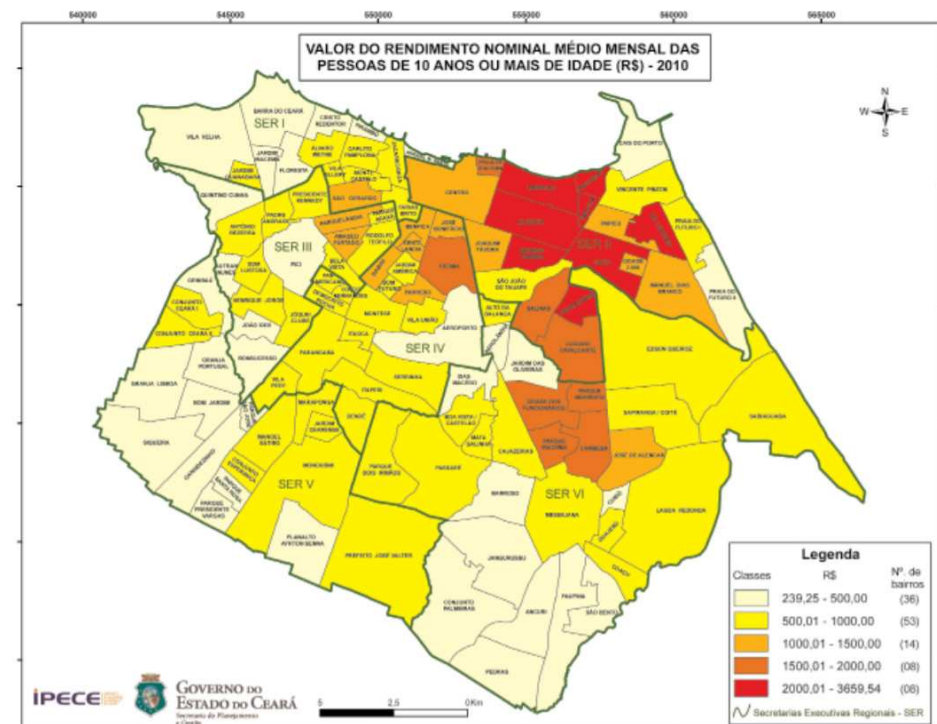


Figura 19 Perfil socioeconômico de Fortaleza
Fonte: IPECE, 2012

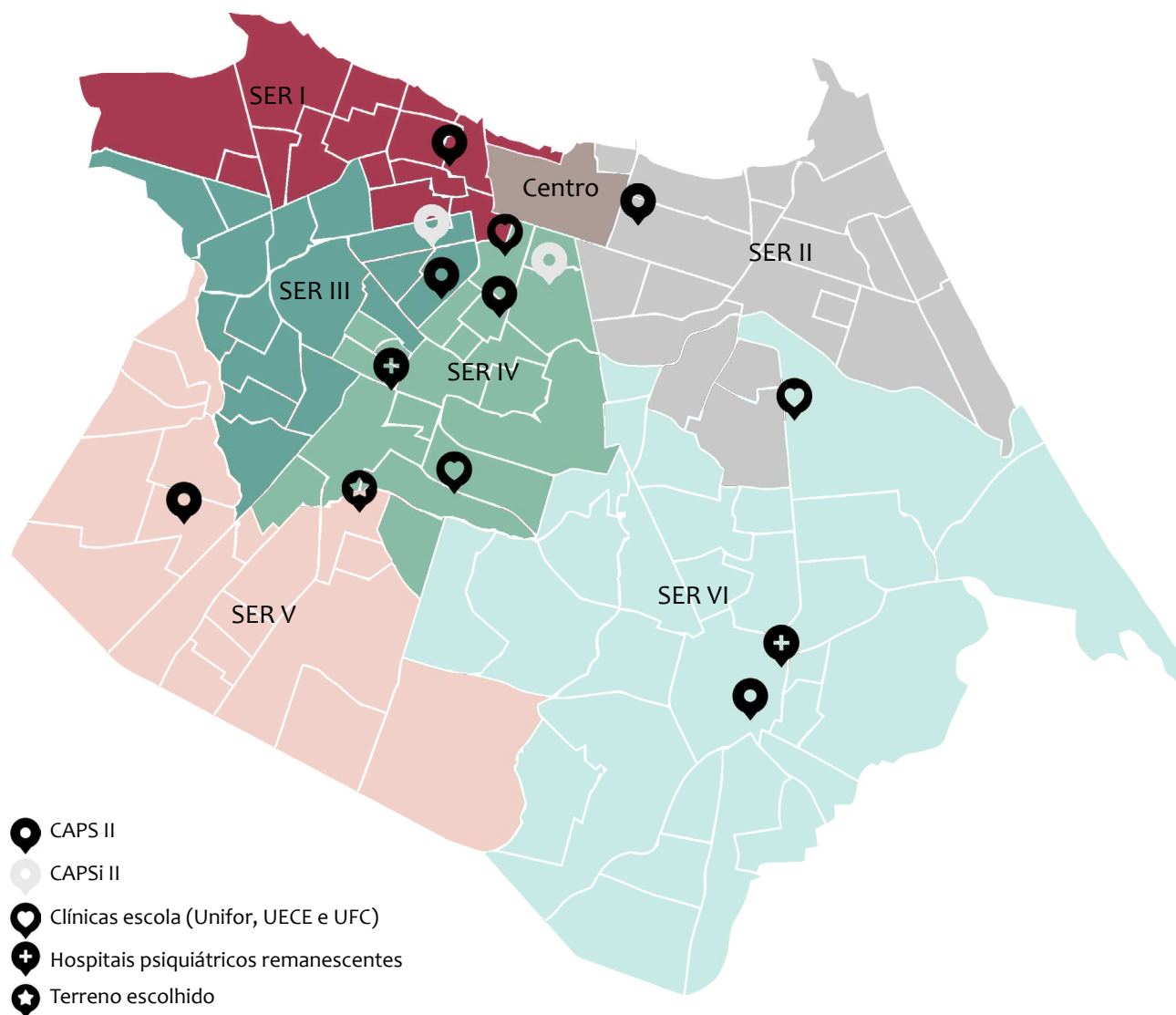


Figura 20 Mapa escala cidade

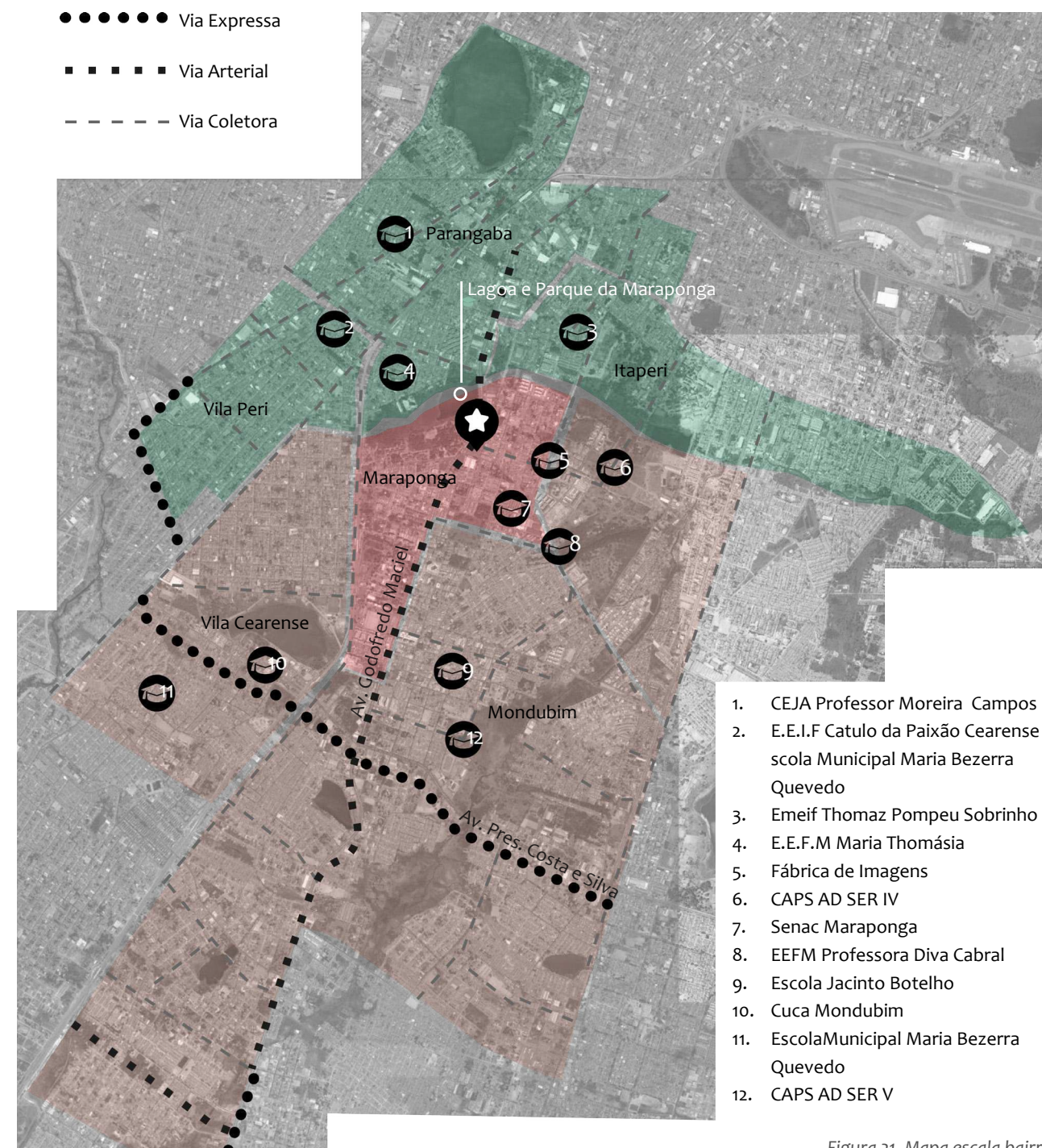


Figura 21 Mapa escala bairro



Figura 22 Mapa terreno

4.2 da localização

Um aspecto importante para a implantação de uma unidade do CAPS é que o terreno seja geograficamente acessível para a população a que se destina - o que em uma cidade de maior porte como Fortaleza, muitas vezes implica na disponibilidade de transporte público nas proximidades. Outro tópico relevante é que o local apresente possibilidade de conexão com outros equipamentos públicos, com pontos de interesse da cidade/região ou com possíveis projetos que possam se tornar parceiros, caracterizando-o como um lugar estratégico.

A escolha por um terreno no bairro da Maraponga veio por algumas possibilidades que a região apresenta. Se trata de uma área bem servida de transporte público¹, com o terreno na avenida Godofredo Maciel, praticamente contígua ao terminal da Parangaba, e próximo à estação Vila Pery, da linha sul do metrô de Fortaleza. O simples fato de estar em uma via arterial de importante fluxo para as populações periféricas, cria uma visibilidade à unidade e gera a curiosidade, atrativo interessante para um serviço que tem considerável parte de seus usuários vindos de demanda espontânea². A proximidade com o Parque Ecológico e a Lagoa da Maraponga traz a possibilidade de atividades de lazer ao ar livre, além de uma importante interação dos usuários da Rede CAPS com a população que frequenta o referido Parque, e uma reafirmação da presença dessas pessoas em espaços públicos como parte de sua reabilitação psicossocial.

A possibilidade de interação com outras instituições das mais diversas áreas de atuação³ é algo muito valorizado pela Rede. Como possíveis parceiros para promover medidas socioeducativas, tem-se: a ONG Fábrica de Imagens, que lida com ações e projetos para a afirmação da cidadania de jovens; o Senac, já reconhecido pelo ensino voltado à capacitação profissional; o CUCA, importante instrumento público catalisador de atividades culturais, artísticas e esportivas sobretudo para os jovens; bem como as escolas municipais e estaduais de ensino médio e fundamental das proximidades e o CEJA da Parangaba (vide Mapa Escala Bairro), especialmente tendo em vista o Plano Nacional de Educação 2014/2024 que pontua a importância da educação em saúde nas escolas, assim como.

Em outros aspectos, tem-se ao longo do bairro, e especialmente nessa área, um gabarito baixo, predominando casas e comércios de um ou dois andares, com a presença de alguns prédios de apartamento, em geral de quatro a dez pavimentos – tendo em vista que o bairro tem restrição a um gabarito de no máximo 48 metros de altura segundo a Lei de Uso e Ocupação do Solo(1996) – o que facilita a presença de ventilação natural. O bairro, que nos anos 70 ainda era composto majoritariamente por casas de veraneio, nos anos 90 sofreu uma grande mudança de dinâmica, com o aumento da população e a chegada da indústria têxtil na área. Atualmente, ele passa pela paulatina

substituição dessa industrialização por equipamentos de comércio, lazer e serviços, que tornam a avenida Godofredo Maciel um polo linear interessante à área.

Além disso, em menor escala, o terreno apresenta uma topografia praticamente plana, com apenas 2 metros de desnível, distribuído em basicamente uma extensão de 80 metros, tendo dimensões suficientes para abrigar o programa necessário sem a criação de mais de um pavimento. Possui também certa arborização preexistente, principalmente nas proximidades de seus limites, que trazem um bom aproveitamento de sombra e de visuais.



Figura 23 Vista aérea do bairro da Maraponga
Fonte: acervo pessoal



Figura 24 Vista aérea do terreno escolhido em seu entorno imediato
Fonte: acervo pessoal

1 - Há, inclusive, um ponto de ônibus no terreno escolhido.

2 - Quando a pessoa sente que apresenta algum problema ou dificuldade, e mesmo muitas vezes não compreendendo bem as implicações da sua enfermidade, entende que deve buscar ajuda. Ou quando um familiar, vizinho, amigo ou conhecido da pessoa com sofrimento mental conhece o serviço do CAPS e se torna a ponte que o leva a ele.

3 - O CAPS II da SER IV faz parceria, por exemplo, com a Escola Estadual de Ensino Profissionalizante, com o posto da Emlurb, com o Centro de Diabetes e Hipertensão. Em geral, o CAPS necessita usar o espaço físico, e sua contrapartida quase sempre é gerar esclarecimento e proximidade às questões da saúde mental de modo a desmistificar concepções e possibilitar mais reconhecimento do serviço prestado.

4.3 da legislação

As principais leis a serem cumpridas durante a idealização do projeto estão relacionadas às diretrizes urbanas e construtivas do município de Fortaleza, sendo as principais: a Lei de Uso e Ocupação do Solo (1996) e o Código de Obras e Posturas (1981) - que dizem respeito a temas como o índice de aproveitamento do terreno, a adequabilidade à via, os recuos e o número de vagas de acordo com o tipo e o porte da edificação, a altura máxima da construção entre outros; o Plano Diretor (2009) - que se encarrega da função social e do caráter de proteção ambiental da propriedade; e as Normas Técnicas do Corpo de Bombeiros - que regula, por exemplo, a proteção contra incêndio e as rotas de fuga.

Alguns modos como estas normas rebateram diretamente no espaço foram:

a | Pelo fato de o terreno estar de face para uma via arterial e uma coletora, e pelo seu tipo e porte, os recuos previstos eram de 10 metros, o que diminui consideravelmente sua área edificável

b | A determinação de uma vaga de estacionamento por cada 30m² de área útil construída trouxe um resultado de 50 vagas, o que ocupa um espaço considerável no terreno, e cuja disposição é determinante para o resultado estético e prático da edificação

c | Apesar de o projeto se tratar de um edifício térreo, o que diminui uma grande carga de legislação para as rotas de fuga, saídas de incêndio tiveram que ser acrescentadas para atender as distâncias máximas a serem percorridas, mesmo que já estejam previstos chuveiros ou detectores automáticos e mais de uma rota de fuga.

Apesar de não ter sido encontrada uma legislação que trate diretamente de estabelecimentos voltados a saúde mental sem a presença de leitos de internação, a Resolução RDC 50 de 2002, que trata do principal regulamento técnico para o planejamento e a avaliação de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), foi norteadora para a determinação das áreas necessárias para os consultórios. Por exemplo, uma sala de atendimento em grupo deve ter 2,2 m² por paciente e no mínimo 20m² no total. Esta Resolução também norteou o programa e as instalações necessárias à sala de enfermagem e à farmácia.



CORPÓREO

PARTE 5

5.1 das necessidades

Segundo a Portaria de Nº 336/2002 do Ministério da Saúde, uma unidade do CAPS destinada a um território de 200 mil habitantes deve ser responsável pelo atendimento de, no máximo, 45 indivíduos por dia, o que resultaria num total de 225 pessoas assistidas por semana e, portanto, esse também seria o máximo total de atendimentos da unidade, visto que a maioria dos acompanhamentos têm caráter semanal. Se forem levados em consideração os dados de 2013 fornecidos pelo Ministério da Saúde de que até 3% da população brasileira sofre por transtornos mentais de caráter grave, temos que, dentro do território a que o CAPS se propõe, ele precisaria atender até 6.000 indivíduos. O que se nota a partir disso é que o dimensionamento do serviço se encontra desatualizado, e um programa de necessidades com uma maior abrangência quantitativa se faz necessário.

O programa de necessidades que atenda a uma unidade do CAPS aqui elaborado passou por diferentes processos de abstração, pesquisas e cruzamentos de informações. Por não ter um caráter fixo, pois diferentes unidades apresentam uma diversidade de atividades e de ofertas de tratamentos, há uma dificuldade em se fixar de modo final quais e quantas seriam as salas que compõem uma estrutura ideal.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a publicação Saúde Mental no Sus: Os Centros de Atenção Psicossocial, onde apresenta a Rede CAPS em todos os aspectos da sua funcionalidade, citando inclusive (em linhas gerais) o que seria considerado a estrutura física mínima para o seu bom funcionamento:

- “Consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias)
- Salas para atividades grupais
- Espaço de convivência
- Oficinas
- Refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade)
- Sanitários
- Área externa para oficinas, recreação e esportes”
- (Ministério da Saúde, 2004).

Em entrevista com a psicóloga e ex-coordenadora do CAPS II SER IV, Tatiana Ribeiro, foram comentadas algumas questões de cunho prático da organização e funcionamento das unidades:

a | No contexto pós reforma, os estabelecimentos de cuidado à saúde mental passam por um esforço de suavizar ao máximo barreiras hierárquicas, tanto entre os membros das equipes de profissionais, como entre estes e os usuários. Deste modo não há mais, por exemplo, um médico chefe na posição de comando, e também não há necessidade para salas pessoais de coordenadores. Assim, seria mais interessante haver uma única sala administrativa, com mesas para um(a) coordenador(a) geral, um(a) coordenador(a) administrativo e um(a) assistente social encarregado de assuntos gerais. Além disso, deve ser uma sala visível aos usuários, a serviço deles e de suas famílias.

b | A equipe mínima em geral é formada por: médico psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, técnico em enfermagem, recepcionista, faxineiro e cozinheiro, no que seria acrescentado, no presente caso, de musico-terapeuta, arteterapeuta e artista, cozinheiro terapeuta, pet terapeuta e veterinário. Toda essa equipe, de modo geral, permanece a maior parte do dia na sala em que trabalha, mas é importante que haja uma sala em que possam tanto guardar seus pertences, como interagir e ter possibilidade de descanso nos eventuais horários livres.

c | De modo análogo, uma pequena porcentagem de usuários podem estar em tratamento semi-intensivo, em que eles permanecem em atividade durante os dois turnos por até 12 dias a cada mês, de modo que locais de lazer e descanso se fazem necessários.

d | Não há necessidade de refeitórios separados para funcionários e usuários, pois os horários de refeições são diferentes. E se o refeitório puder ser bem localizado e aproveitado em outros momentos para atividades diversas, seria ideal.

e | Também no quesito da diversidade de atividades, é interessante que as salas de consultas e terapias tenham metragem suficiente para abrigar diversas possibilidades de tratamento. Por exemplo: os consultórios indiferenciados podem ter espaço suficiente para uma mesa de massagem, possibilitando sessões de massoterapia; pode-se também ter salas maiores para terapia com crianças, construindo-se um espaço lúdico e com brinquedos.

O Termo de Referência do Concurso para a Unidade Básica de Saúde do Parque do Riacho, que conta com o programa detalhado para um hospital público, serviu de norteador para as ideias gerais de setorização e dimensionamento dos espaços análogos. Semelhantemente, a RDC 50, da Anvisa, também teve papel importante na apreensão desses espaços.

Para a área dedicada à Intervenção Assistida Por Animais (IAA), também há uma falta de referências que contemplem com precisão as necessidades para o espaço, de modo que a síntese foi conseguida através de pesquisas com projetos de clínicas veterinárias, hotéis e abrigos para animais.

SETOR	AMBIENTE	ÁREA (m²)	Quantidade	TOTAL (m²)
Recepção	Recepção e espera	92,00	1	92,00
	Midioteca	33,00	1	33,00
	Farmácia (Atendimento)	8,00	1	8,00
	Farmácia (Armazenamento)	25,00	1	25,00
	Sala de Enfermagem	24,00	1	24,00
	Sala de Utilidades/Expurgo	4,00	1	4,00
	Guarda de Material Esterilizado	4,00	1	4,00
	Foyer Auditório	61,00	1	61,00
	Antecâmara	3,00	2	6,00
	Sala de Áudio	10,00	1	10,00
	Auditório de Educação em Saúde	186,00	1	186,00
	Almoxarifado	14,00	1	14,00
	WC Social (Feminino e Masculino)	16,00	2	32,00
	WC Acessível	10,00	2	20,00
Total				519,00
Atendimento Geral	Consulta Individual	11,00	8	88,00
	Consultas Infantil	23,00	2	46,00
	Ateliê Arteterapia	37,00	1	37,00
	Ateliê Musicoterapia	36,00	1	36,00
	Salas de Terapia em Grupo	23,00	4	92,00
	Cozinha Terapeutica	50,00	1	50,00
	Jardim Terapeutico / Horta	Área Inclusa no Pátio		
	Sala de TV e Descanso	37,00	1	37,00
Total				386,00

SETOR	AMBIENTE	ÁREA (m²)	Quantidade	TOTAL (m²)
Apoio Administrativo	Sala Administrativa	33,00	1	33,00
	Estar / Descanso de Funcionários	10,00	1	10,00
	Arquivo	16,00	1	16,00
	Almoxarifado	16,00	1	16,00
	Refeitório	33,00	1	33,00
	Cozinha	25,00	1	25,00
	Depósito de Utensílios	4,00	1	4,00
	Depósito de Não-Perecíveis	4,00	1	4,00
	WC / Vestiário de Funcionários	16,00	2	32,00
	WC Acessível	10,00	1	10,00
Total				183,00
IAA	Clínica Veterinária	25,00	1	25,00
	Sala de Utilidades/Expurgo	4,00	1	4,00
	Guarda de Material Esterilizado	4,00	1	4,00
	Banho dos Animais	8,00	1	8,00
	Área de Visitação Coberta Cães (12 animais)	66,00	1	66,00
	Área de Visitação Descoberta Cães	95,00	1	95,00
	Área de Visitação Coberta Gatos (16 animais)	66,00	1	66,00
	Área de Visitação Descoberta Gatos	106,00	1	106,00
	Almoxarifado TAA	16,00	1	16,00
Total	Lixo	8,00	1	8,00
	398,00			

Área útil 1.486,00

Outros	Pátio	560,00		
	Estacionamento Público			
	Estacionamento Funcionários			

Tabela 2 Programa de necessidades

5.2 do partido

Durante o processo de pesquisa e aproximação ao tema, algumas definições de partido foram se tornando muito claras. A adoção da horizontalidade¹ foi uma das primeiras coisas a serem definidas, em razão deste princípio facilitar a acessibilidade, ter um caráter que democratiza as relações funcionais e, ainda, por o terreno permitir tal disposição, tanto por suas dimensões como por seu desnível. Ademais, para que se evitasse a utilização de grades e muros que de algum modo remetesse às soluções de caráter asilar, foi eleita uma disposição em que os próprios blocos edificadas limitassem as relações de espaços interno/externo, criando um pátio central e já gerando idealizações a respeito de uma circulação una.

Para dispor os blocos, o primeiro movimento foi utilizar a setorização preliminar de modo a gerar entendimento da espacialidade em geral e da quantidade de área necessária à cada setor, e então posicioná-los seguindo os seguintes preceitos:

a | Apesar de a localização do terreno em uma via arterial ser uma vantagem ao acesso numa escala mais urbana, dispor a recepção e a entrada principal dos usuários na rua adjacente, de menor fluxo, é uma decisão importante para resguardar a escala do CAPS a uma noção mais intimista, além de valorizar a maior árvore que há no local, uma mangueira com uma grande copa que além de gerar sombreamento nesse momento de acesso, contribui com uma ideia de aconchego

b | Paralelo ao setor de recepção, e próximo ao único lado do terreno que é limitado por vizinho (e não via), coloca-se o apoio administrativo, já prevendo um estacionamento de funcionários e espaço para carga e descarga na área limítrofe ao terreno. Desse modo também, Apoio Administrativo, Pátio e Recepção tomam posição central ao programa, estando equidistantes aos setores de tratamento (Atendimento Geral e IAA) a cada lado

c | O lado que faz limite com a av. Godofredo Maciel é o mais extenso do terreno e foi escolhido para receber o setor de Atendimento Geral por ter uma programa maior que o do IAA – nesse caso não se computa as áreas de convivência externa com os animais – de modo a se adequar de melhor forma à geometria, além de trazer possibilidades interessantes para o tratamento da fachada que se torna a mais visível do projeto

d | Assim, o setor de IAA ficou voltado à via de menor porte, no lado de menor dimensão, mas com grande potencial para o cumprimento de sua função. As árvores preexistentes ajudam a criar um ambiente mais intimista e mais caseiro, além de criar sombreamento na área que posteriormente virá a abrigar a área de convivência ao ar livre com os animais.

O terreno é basicamente um pentágono com lados de dimensões muito diferentes e com apenas dois vértices que possuem ângulo reto. Ao escolher o alinhamento da av. Godofredo Maciel para orientar a implantação do projeto, os ângulos gerados com os outros lados do terreno criaram sugestões de uma movimentação na disposição dos setores, criando blocos em que a funcionalidade é facilitada pelo modo como se dá a circulação de forma se evitar uma setorização limitante e dura.

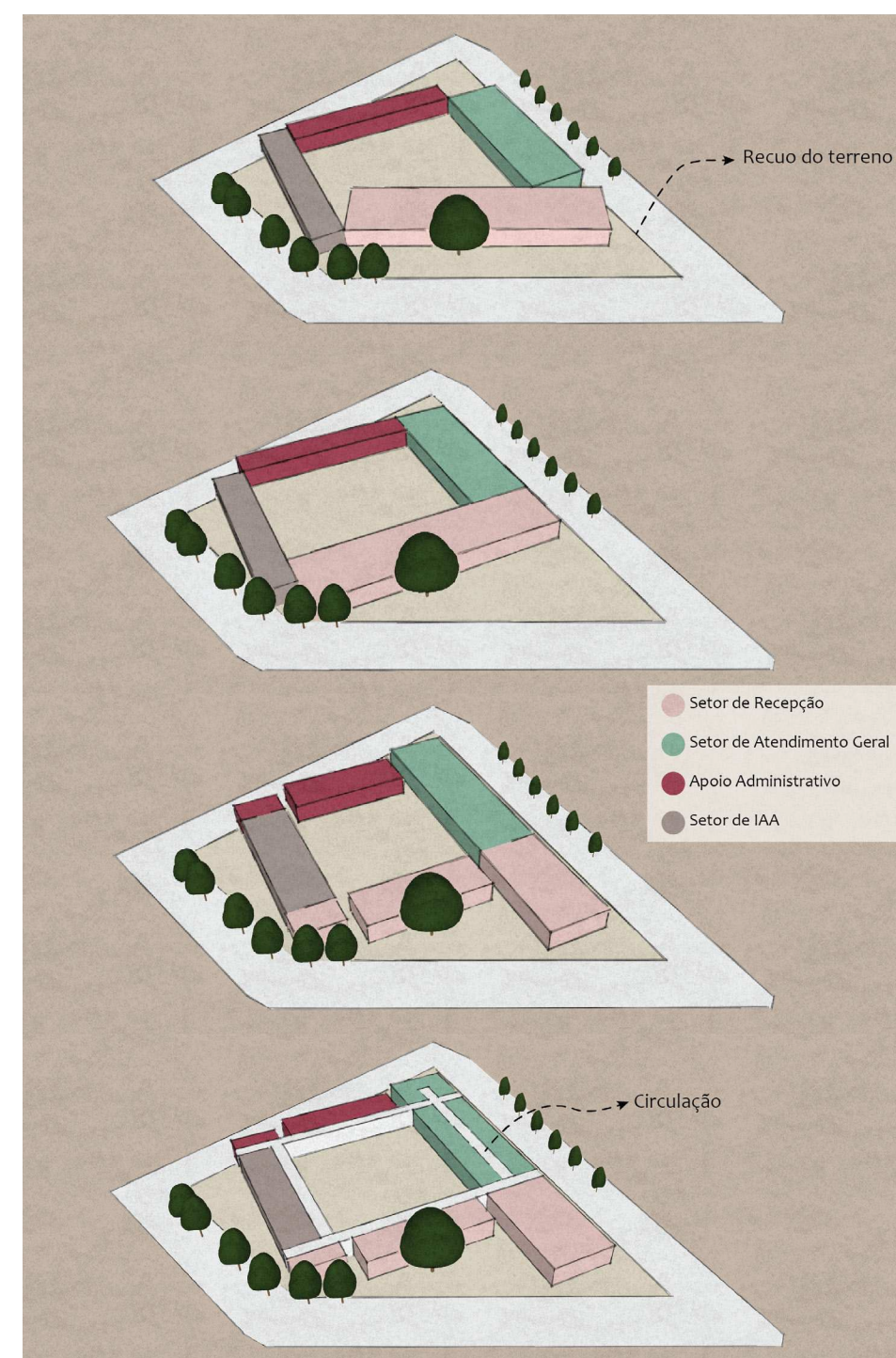
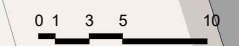


Figura 25 Esquema do Partido

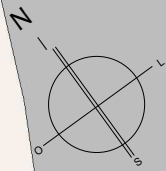
¹ - No artigo *Ambiência de um CAPS, em que foi feita a análise espacial/funcional do CAPS Nossa Casa no Rio Grande do Sul*, é relatado sobre a disposição do prédio em dois andares: “Esta estrutura arquitetônica parece estabelecer limites para efetivação das relações interpessoais entre os sujeitos da pesquisa, não indo ao encontro de um modelo transformador, que visa à horizontalidade das relações entre todos aqueles inseridos no serviço de saúde–CAPS.”



Planta coberta 1:500

LEGENDA

1. Recepção/Espera	92m²
2. Midiateca	33m²
3. Farmácia Atendimento	8m²
4. Farmácia Armazenamento	25m²
5. Guarda de Material Esterilizado	4m² (2x)
6. Sala de Utilidades/Expurgo	4m² (2x)
7. Sala de Enfermagem	24m²
8. WC Acessível	10m² (2x)
9. WC Social Feminino	16m²
10. WC Social Masculino	16m²
11. Área de Visitação Coberta Cães	66m²
12. Área de Visitação Descoberta Cães	95m²
13. Área de Visitação Coberta Gatos	66m²
14. Área de Visitação Descoberta Gato	106m²
15. Clínica Veterinária	25m²
16. Banho dos Animais	8m²
17. Almoxarifado TAA	16m²
18. Lixo	8m²
19. WC Funcionárias/Vestiário	16m²
20. WC Funcionários/Vestiário	16m²
21. Almoxarifado	16m²
22. Arquivo	16m²
23. Estar/Descanso Funcionários	33m²
24. Administração	33m²
25. Refeitório	33m²
26. Cozinha	25m²
27. Depósito de Utensílios	4m²
28. Depósito de não-perecíveis	4m²
29. Cozinha Terapêutica	50m²
30. Musicoterapia	36m²
31. Arteterapia	37m²
32. Sala de TV e Descanso	37m²
33. Consulta Individual	11m² (8x)
34. Consulta Infantil	23m² (2x)
35. Terapias em Grupo (10p)	23m² (4x)
36. Terapia em Grupo (21p)	47m²
37. Foyer	61m²
38. Antecâmara	3m² (2x)
39. Almoxarifado	14m²
40. Sala de Áudio	10m²
41. Auditório	186m²
42. Pátio	560m²



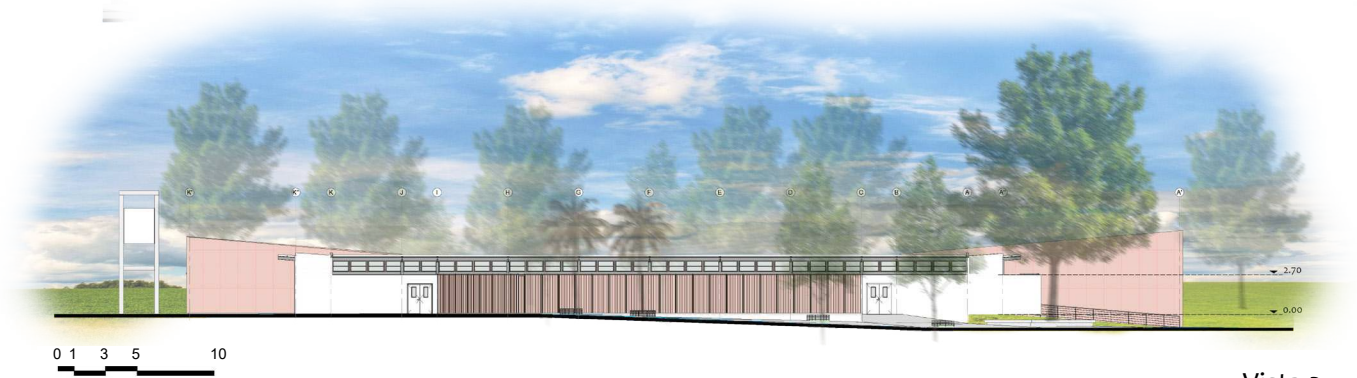




Seção C em perspectiva



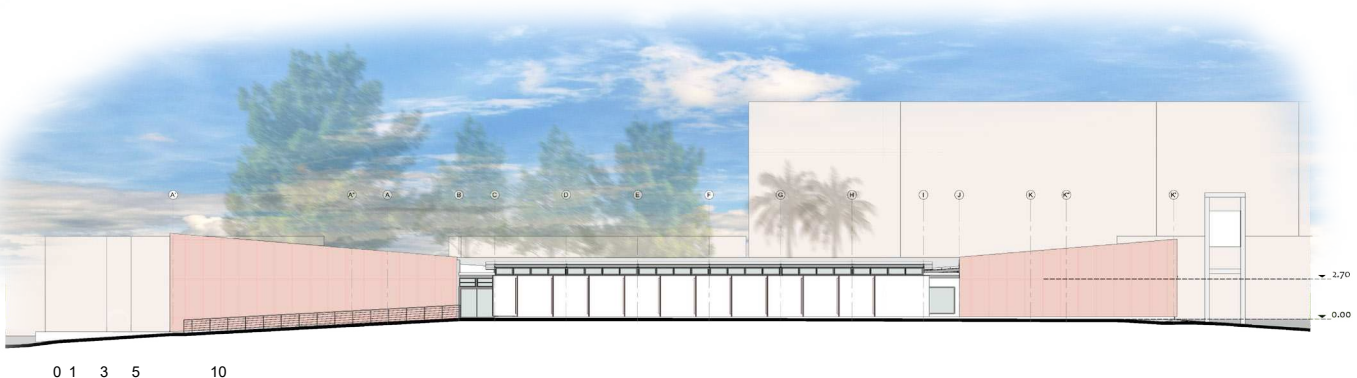
Vista 1



Vista 2



Vista 3



Vista 4



Figura 26 Entrada principal



Figura 27 Fachada posterior



Figura 28 Visão a partir da Avenida Godofredo Maciel



Figura 29 Consulta em grupo



Figura 30 Recepção



Figura 33 Área de IAA descoberta - cães



Figura 31 Pátio



Figura 32 Área de IAA coberta - gatos



Figura 34 Circulação do setor de Atendimento Geral



Figura 35 Circulação Setor de IAA

5.3 da funcionalidade

A partir dos processos acompanhados neste trabalho, os esforços para se chegar a uma ambiência capaz de viabilizar as atividades de modo prático e o bem-estar de modo subjetivo foram sintetizados em alguns pontos de destaque do projeto.

O volume representado pelo auditório de educação em saúde gera um ponto de destaque visual para a instituição, ao mesmo tempo que traz um resguardo visual para o bloco de recepção em relação à via de maior fluxo, resguardo esse reafirmado com a ambiência gerada pela presença da árvore de grande porte. Aproveitando o desnível existente no terreno próximo à esquina da av. Godofredo Maciel com a rua Holanda, a recepção ganha uma visão elevada em relação à calçada e ainda se pode ver um pouco do pátio. O que reforça que as dinâmicas do tipo de leitura espacial desejável a nível de usuário, transeunte e passageiro de veículo motorizado são bastante diferentes, mas podem ser contemplados segundo suas especificidades.

A recepção se abre totalmente a todas as possibilidades do programa, estando adjacente à midiateca¹, incitando seu usufruto até por parte dos acompanhantes dos usuários da Rede. No bloco da recepção fica também a sala de enfermagem e a farmácia, facilitando as entregas de medicamentos e a aplicação destes.

A partir da recepção, pode-se circular na edificação através do circuito que liga todos os blocos. O conceito de corredor mais tradicional foi diluído na maior parte do projeto, de modo que os blocos de Recepção, IAA e Apoio Administrativo, que têm estruturas bastante semelhantes, abrem suas circulações diretamente para o pátio, sendo que uma das laterais dessa circulação é acompanhada em boa parte da sua extensão por um banco em fita com um canteiro central. Tudo isso no intuito de proporcionar diferentes possibilidades de área de espera e estar que facilitem a visibilidade do usuário no espaço e incitem a convivência. Inclusive do próprio pátio tem-se uma visão direta, por exemplo, da sala da administração, que fica do outro lado, facilitando o encaminhamento a ela.

No bloco de consultórios, foi levado em conta as considerações da psicóloga Tatiana Ribeiro, que em sua experiência trabalhando no CAPS aponta a dificuldade que muitos pacientes têm em se sentir confortáveis a falar dentro dos consultórios por medo de estarem sendo ouvidos por terceiros. Assim, esse bloco em especial não teve o tratamento de modo duplo com circulação e estar, resultando mesmo num caráter apenas de transição. Então, para não se ligar à noção e imagem de um corredor intimidador – principalmente considerando a longa extensão –, as reentrâncias, as janelas zenitais², o uso das cores, das plantas e dos quadros trazem uma leitura menos institucionalizada a este ambiente. As salas seguem a coordenação modular proposta (ver tópico 5.4) e contam com divisórias feitas em material que facilita a montagem e desmontagem, de modo que a quantidade de

consultórios individuais e grupais pode ser modificada segundo o estudo das demandas e a oferta de serviços terapêuticos. No canto oposto ao que se encontra o auditório, estão as salas de uso mais fixo: os ateliês e a sala de TV e descanso, que se abre a um pequeno jardim interno.

A sensação de resguardo foi também trabalhada nos consultórios a partir da criação de uma espécie de pequenos jardins internos, que geram uma continuidade visual no espaço das salas de consulta, trazendo uma noção de dentro/fora e dia/noite sem, todavia, destituir o paciente de sua privacidade com relação ao meio externo. É possível se utilizar da ventilação e iluminação natural, se os usuários desejarem e se sentirem confortáveis em abrir janelas e cortinas, criando um microclima agradável, com a presença da vegetação e do espelho d'água, em que até o barulho do vento tocando as folhas e a água fazem papel terapêutico³. Os jardins que se voltam ao lado externo do terreno têm um tratamento mais cego, com apenas uma pequena área em painel perfurado, que é voltado à visual da lagoa da Maraponga, enquanto que o jardim que se volta para o pátio interno tem uma maior transparência, ainda sendo bem resguardado, além de que o espelho d'água nessa parte também é um tanque de carpas, ampliando a interface da intervenção animal no projeto.

No bloco dedicado primordialmente à interação humano-animal, há uma divisão entre as áreas reservadas aos gatos e aos cachorros, que apesar de treinados para serem dóceis e conviverem harmoniosamente, são animais que têm abordagens muito diferentes nos tratamentos terapêuticos e que em si têm rotinas e hábitos que são melhor trabalhados em ambientes distintos. É indicado que cada animal tenha um espaço individual para descanso, com alimento e água, e para os gatos, as caixas de areia, e áreas de interação cobertas e descobertas para a realização das atividades em conjunto.

Ter um espaço ventilado – tanto pelo conforto térmico como pela minimização de odores – e de fácil limpeza – com piso lavável e ralos lineares da extremidade da sala – é de vital importância para o bom funcionamento da área coberta. Já na área descoberta alguns cuidados foram tomados como a reserva de um espaço em caixa de areia para a higiene externa dos cães, a colocação de um espelho d'água nos limites da área para evitar a fuga tanto de cães quanto de gatos, bem como a escolha de um espaço sem árvores para os gatos, também no intuito de evitar fugas. Para o fechamento dessas áreas com relação ao meio externo, foi utilizada a chapa de aço perfurada, que cria uma certa transparência sem, no entanto, remeter às grades, que têm uma leitura muito ligada aos prédios manicomial. Tanto nas áreas externas como internas deve haver a promoção do enriquecimento ambiental, que é o tratamento do espaço de modo dinâmico, com diversas possibilidades que instiguem os sentidos dos animais, o que também se assemelha a alguns critérios de ambiência preconizados pelo SUS para as próprias pessoas.

¹ - A adição de um ambiente de midiateca representa uma possibilidade de conectar o usuário com meios de lazer e comunicação dos quais foram destituídos tanto no histórico do tratamento das pessoas com sofrimento mental, como num contexto mais atual, levando em consideração que muitos estão fora de uma dinâmica sócio econômica que lhes ofereçam essas possibilidades.

² - A iluminação natural é importante em ambientes fechados, como no caso de um corredor de tipo mais tradicional, principalmente devido ao histórico das instituições de caráter asilar em que muitas vezes os pacientes eram destituídos da noção de dia e noite e de clima, por exemplo.

³ - A existência de um som ambiente agradável traz tantos benefícios nos processos terapêuticos, que alguns consultórios se utilizam de gravações de barulhos brancos – como sons de floresta e de chuva – para que se propicie essas sensações.

5.4 da materialidade

Uma importante abordagem para as definições materiais deste projeto foi a coordenação modular, definida pela norma NBR-5.706 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), como “técnica que permite relacionar as medidas de projeto com as medidas modulares por meio de um retículo espacial de referência”. Assim, foi utilizada uma retícula de medida 1,20 metros como módulo. Essa medida traz em seus múltiplos e submúltiplos a possibilidade de se compatibilizar com praticidade aos parâmetros dos materiais de construção, e ainda racionalizar o dimensionamento de salas com uma boa flexibilidade.

A malha estrutural da proposta foi pensada para uma estrutura em vigas e pilares de aço, sem a presença de laje ou forro rebaixado na maior parte da construção, com a principal função estrutural de suportar a cobertura. Os blocos de recepção, IAA e apoio administrativo – ver planta esquemática na p.76 – contam com a mesma solução estrutural: uma malha de 7,2x4,8m na área útil e 2,4x4,8 na circulação. O bloco de atendimento geral, tem na área de consulta 4,8x4,8m – mesma solução do pátio –, 3,6x4,8m na circulação e um vão de 13,2m nas extremidades (auditório e salas de terapia alternativa) em que a solução estrutural tomou um rumo diferente, utilizando-se blocos de concreto e vigas de aço.

O tipo de vedação escolhido para a separação do prédio com o meio exterior foi o bloco de concreto de família 14, apresentando uma boa relação de custo benefício, levando em consideração que a família modular gera menos desperdício de material, além de poder ser compatibilizado construtivamente com facilidade com a estrutura de aço escolhida (figura 36), e atende à norma de desempenho NBR 15.575 da ABNT, sendo acusticamente satisfatório por isolar 38 dB quando revestido com argamassa, sendo 30 dB o mínimo aceitável na categoria mais exigente, a Classe de Ruído III, a qual se pode atribuir a av. Godofredo Maciel, por ser bastante movimentada e gerar considerável ruído.

Para as divisões internas, tem-se o drywall – chapa padrão de modo geral, e chapa com resistência à umidade revestida em porcelanato para banheiros e cozinha – tanto pela praticidade construtiva e a possibilidade facilitada de rearranjo das divisórias, como pelo desempenho acústico do material. Quando trabalhado com uma camada interna de isolamento acústico – como é o caso deste projeto, com camada em lã de rocha - o que se tem é uma proteção equivalente a 44 dB, capaz de satisfazer os requisitos mínimos da NBR 15.575 para paredes que fazem limite entre áreas de permanência e de passagem, sendo que nas divisórias entre os consultórios, ainda haverá uma camada extra de OSB, aumentando a capacidade de isolamento para 51 dB, que satisfaz todos os requisitos mínimos.

Apesar de que nas paredes que se voltam para os corredores há pouca possibilidade de intervenção de intempéries, pois há um afastamento de 3,30 metros do final do beiral, ainda assim elas devem receber uma camada de impermeabilização e rodapé com a continuação do piso vinílico na base. Essa escolha de piso se dá pela facilidade de limpeza, pois é um material homogêneo, além de ter longa durabilidade e ser totalmente reciclável (Fonte: Catálogo Técnico Tarkett). Este deve ser aplicado em todas as salas e corredores, pois nas áreas de banheiro deve ser utilizado o mesmo revestimento em porcelanato das paredes.

As divisórias que fecham os jardins dos consultórios, do bloco de recepção, os brises da fachada da av. Godofredo Maciel e a área de convivência descoberta da IAA foram desenvolvidas em chapas de metal perfurado, de modo a permitir um nível equilibrado de privacidade e passagem de iluminação, porém com um grau de transparência que incita a curiosidade. Essas chapas são dobradas, para gerar uma dinâmica visual e fazer um travamento estrutural, e são fixadas a cada 1.20 metros por perfis metálicos que se ligam a um travamento horizontal superior.

Nos volumes destacados na fachada que se vira à avenida Godofredo Maciel, tem-se uma segunda pele em painel de viroc, um compósito de madeira e cimento não homogêneo que pode ser perfurado em padrões escolhidos e é resistente a sons aéreos de 31 dB.

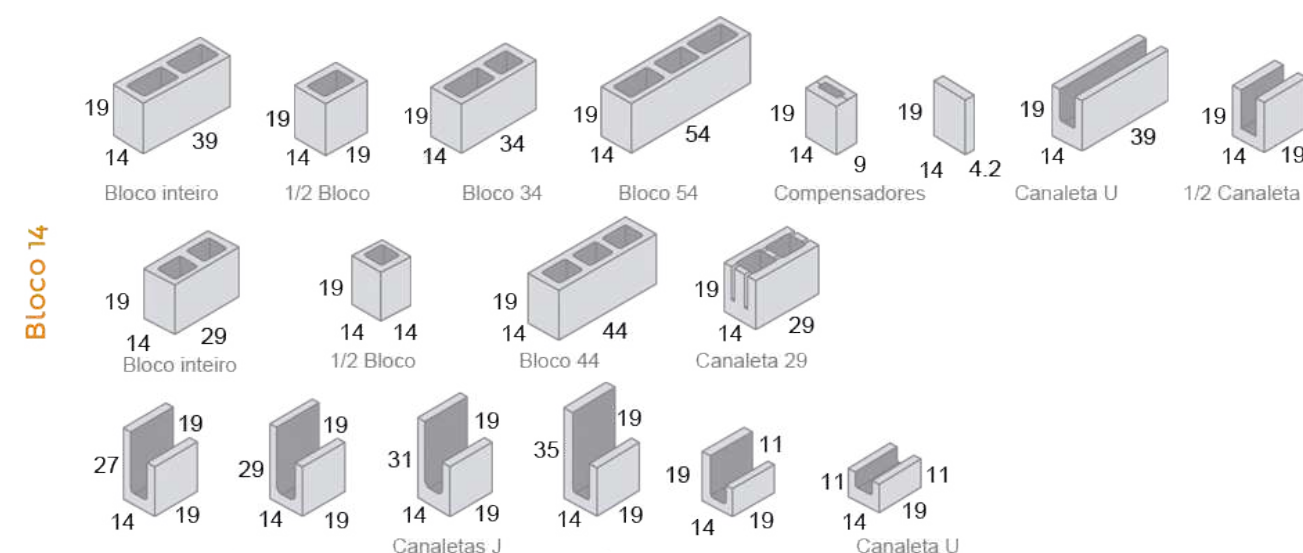
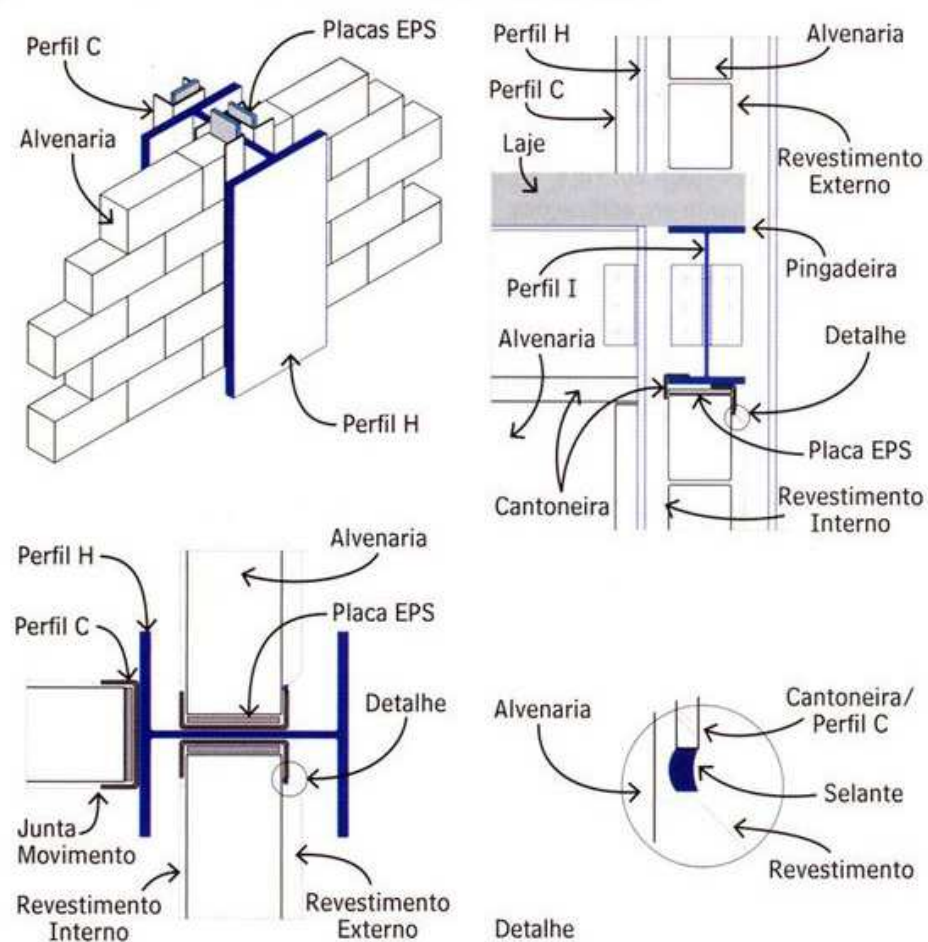


Figura 36 Bloco concreto de família 14
Fonte: PaverTech



São paredes fixadas à estrutura por duas cantoneiras paralelas ou um perfil "U", gerando um sistema de encaixe da alvenaria que impede apenas movimentos transversais ao seu plano.

Figura 37 Interface com alvenaria desvinculada
fonte:CBCA

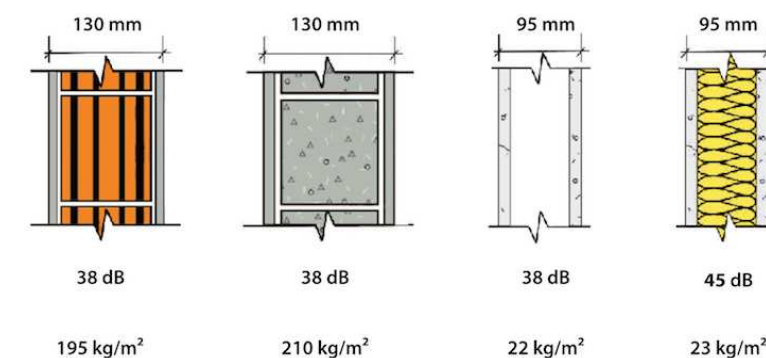


Figura 38 Comparativo do desempenho acústico: Alvenaria cerâmica com reboco, bloco de concreto com reboco, drywall e drywall com camada de isolamento acústico
Fonte: drywall.org.br



Figura 39 Placa de Viroc
Fonte: Viroc

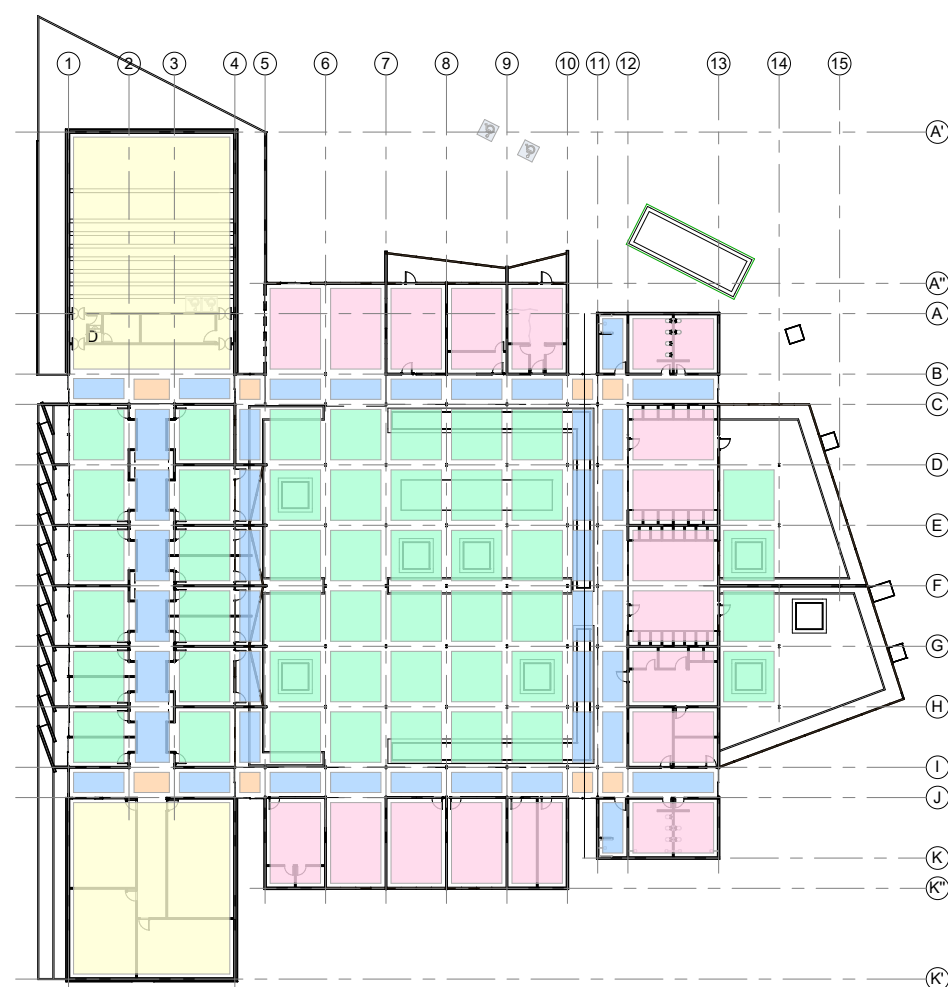


Figura 40 Planta esquemática do sistema estrutural

- Pilares em aço, 4.8x4.8m
- Pilares em aço, 7.2x4.8m
- Pilares em aço, 2.4x4.8m
(3.6x4.8m no bloco 4)
- Pilares em aço, 2.4x2.4m;
(3.6x2.4m no bloco 4)
- Estrutura do tipo graute
nos blocos de concreto a
cada 4.8m

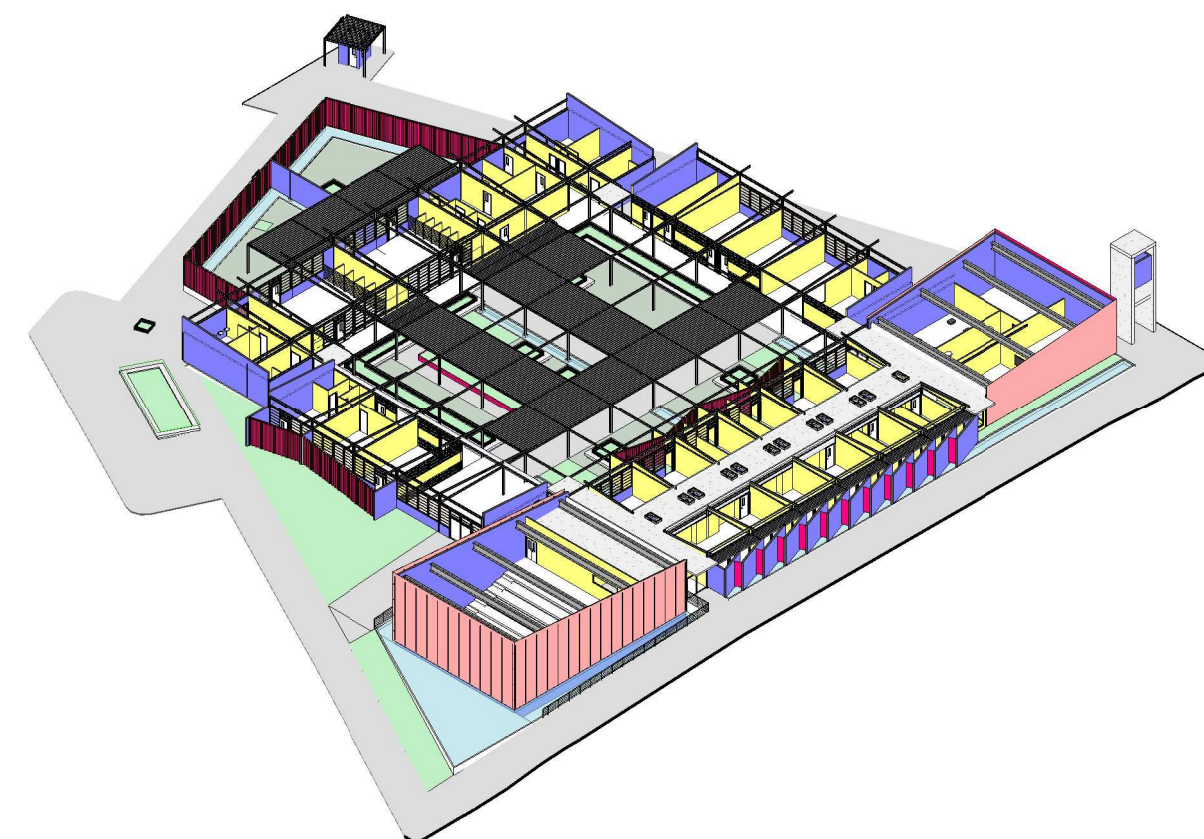


Figura 41 Perspectiva esquemática do sistema construtivo

- Bloco de concreto família 14
- Drywall
- Placa viroc
- Painel perfurado

5.5 do condicionamento ambiental

O projeto teve seus pavilhões mais compridos implantados com uma rotação de 36 graus no sentido horário em relação ao Norte, o que capta satisfatoriamente os ventos predominantes de Fortaleza, que vêm no sentido Leste e Sudeste, e ainda os dois pavilhões menores têm um aproveitamento de alguma ventilação a Sul que é também válida de se considerar.

Quanto à proteção solar, pode-se citar estas principais soluções:

a | Na fachada de insolação mais crítica, a mais próxima à avenida Godofredo Maciel, que tem uma maior incidência do sol ao poente, os fechamentos cegos em bloco de concreto pintado de branco (cor de baixa absorvância) dos jardins dos consultórios funcionam como anteparo para a radiação direta, gerando sombreamento.

b | Nessa mesma área, é também usado uma solução de pergolados, com espaçamento calculado para gerar uma máscara de sombreamento que protege completamente as aberturas desta fachada até as 15 horas, inclusive na época do ano que representa a situação mais crítica para insolação neste sentido, o solstício de inverno

c | Na mesma fachada, os dois volumes das extremidades, têm a insolação direta do poente anteparada por um sistema de fachada ventilada, em que após a vedação em blocos de concreto, são instalados painéis de viroc, criando um colchão de ar de 10 centímetros que ainda conta com uma camada de lã de rocha. O sistema além de evitar a radiação direta do sol, possibilita a troca de ar permanente e ajuda a eliminar, ainda, a umidade das paredes

d | No bloco da IAA, o beiral da coberta e o espaçamento dos pergolados geram sombreamento, de modo a diminuir a incidência da radiação direta sob as áreas de convivência com os animais.

e | Nos blocos em que os corredores se voltam para o pátio, a coberta representa em relação às paredes de fechamento das salas um beiral de 3,30 metros, garantindo um bom nível de proteção contra a radiação solar direta nestas salas.

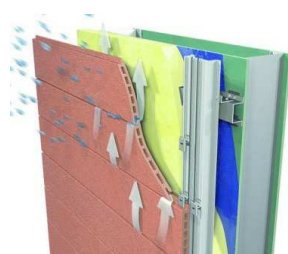


Figura 42 esquema de funcionamento da fachada ventilada
Fonte Hunter Douglas

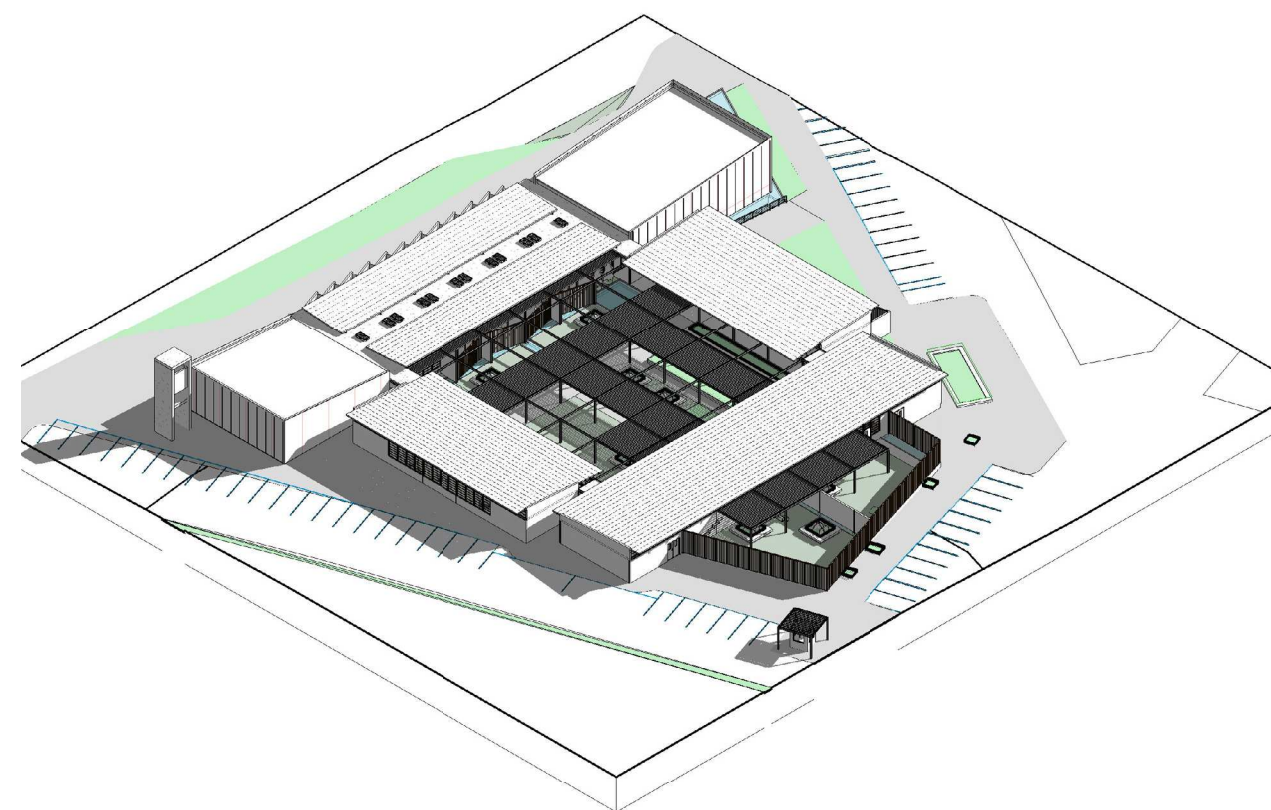


Figura 43 Insolação às 8:00 horas durante o solstício de verão

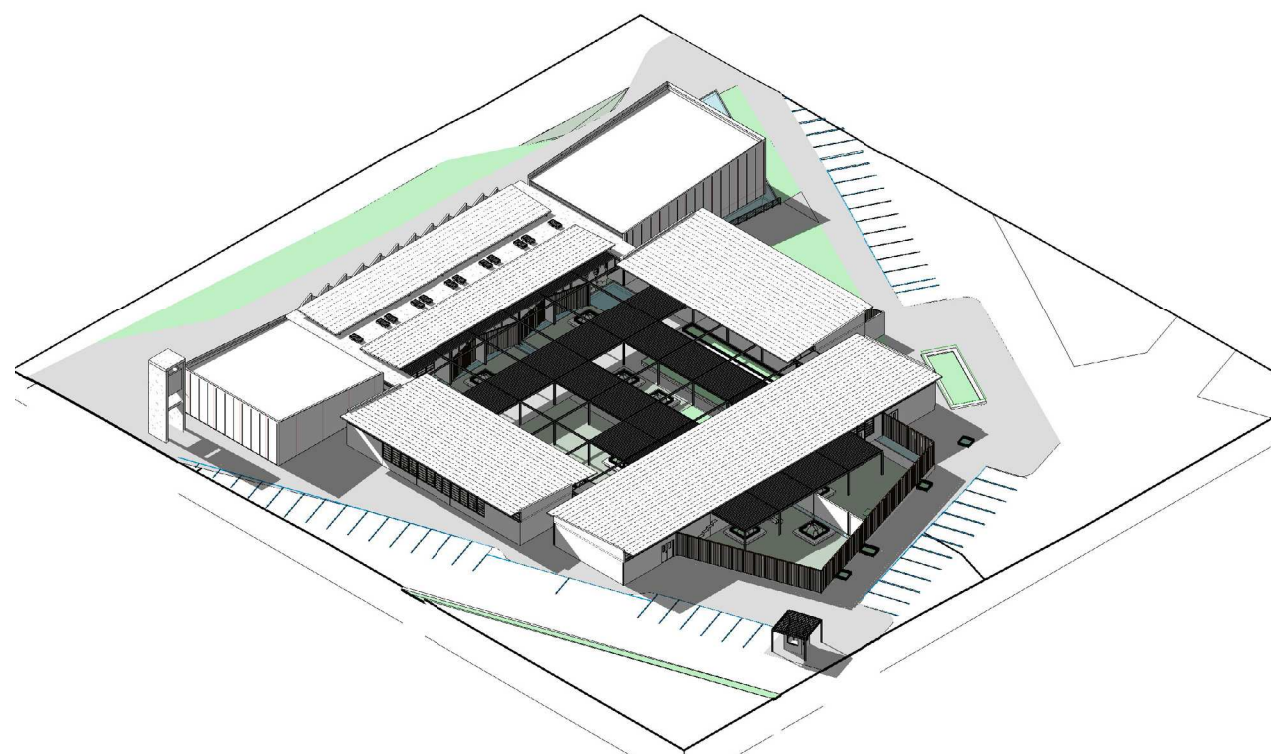


Figura 44 Insolação às 15:00 horas durante o solstício de inverno

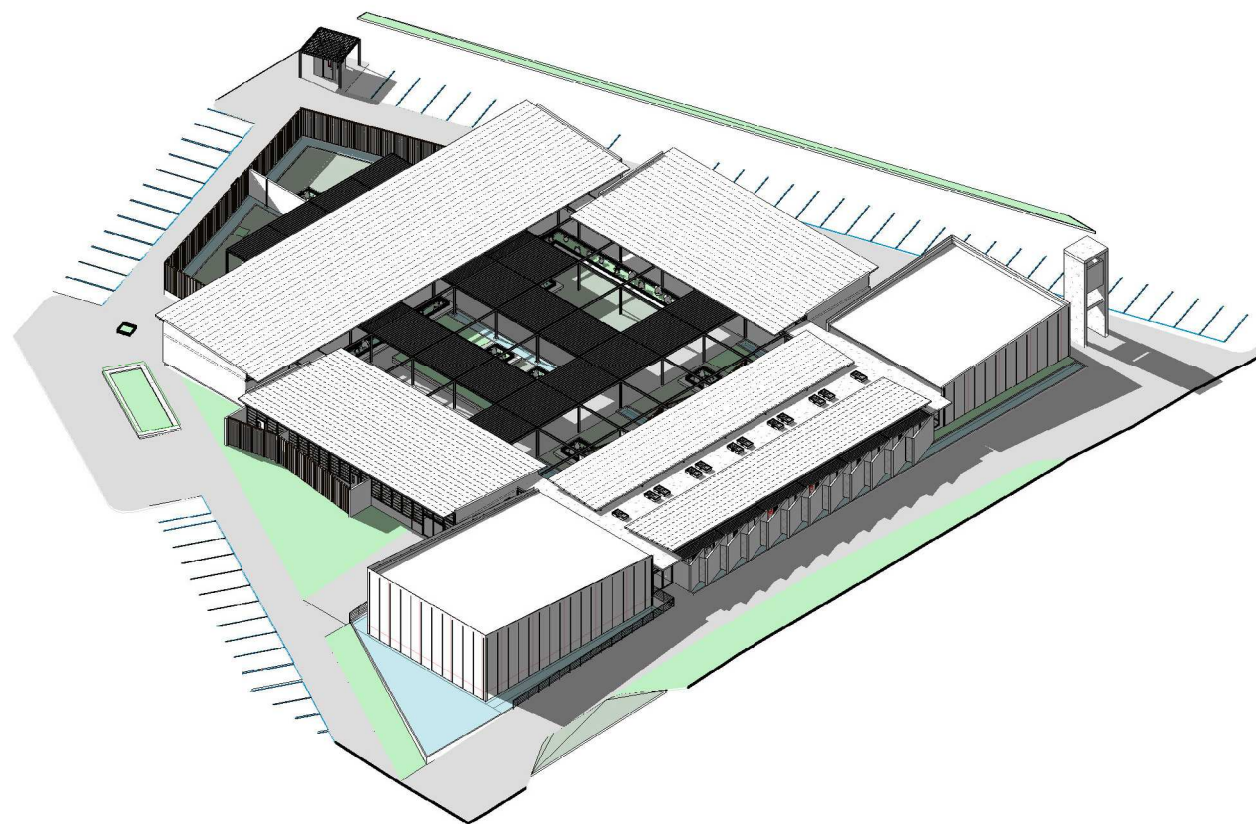


Figura 46 Insolação às 8:00 horas durante o solstício de verão

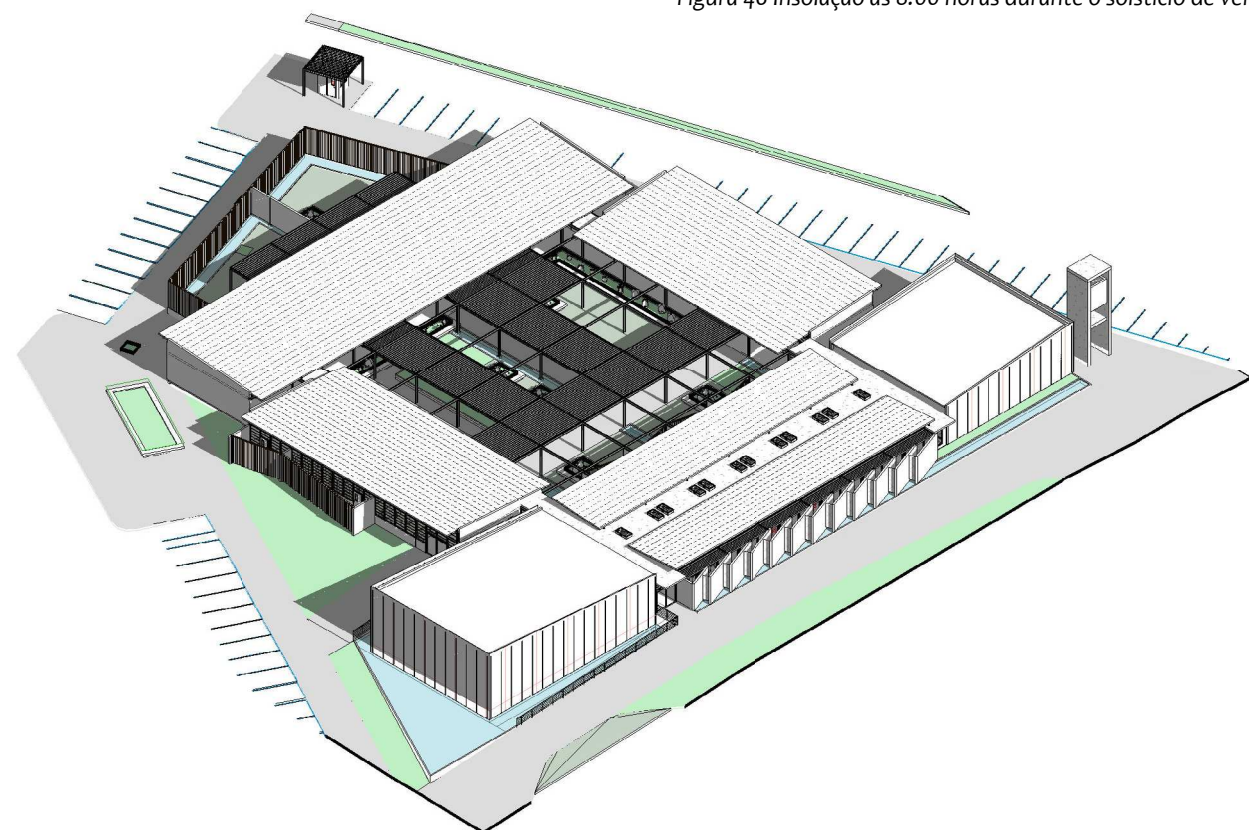


Figura 45 Insolação às 15:00 horas durante o solstício de inverno

“A criação de algo novo não é uma realização do intelecto, mas sim dos instintos mais básicos motivados pela necessidade. A mente criativa brinca com os objetos pelos quais sente afeto.”

Carl Gustav Jung

FINAL

PARTE 6



Talvez a maior conclusão a se tirar do trabalho é que se faz basicamente impraticável se colocar um ponto final nessas discussões. A preocupação real e humanizada com a pessoa em situação de sofrimento psíquico já é, em si, uma questão muito nova, especialmente se comparada com o tempo histórico em que elas foram tratadas de maneira precária e até violenta. Sendo que a preocupação com os ambientes voltados à acolhida e tratamento destes indivíduos é mais nova ainda, e principalmente no Brasil ainda passa por um período de aprendizagem pontuado de fragilidades.

Este trabalho foi motivado por uma curiosidade muito pessoal sobre como a arquitetura pode ser um instrumento de mudança, não só num sentido de não colaborar com tal violência contra pessoas que estão em situações já de tamanha instabilidade, mas principalmente na intenção de contribuir com a proposição de espaços capazes de facilitar a criação de subjetividades de cunho positivo. Todavia, a partir das pesquisas e entrevistas, e da subsequente escassez de respostas práticas, o que se tem é que um trabalho desse porte pode apenas começar a incitar essas questões, e plantar sementes a respeito das possíveis soluções que venham a trazer reais resultados para a construção de um futuro mais promissor para as edificações com fins de tratamento da saúde mental.

A própria Organização Mundial da Saúde define que a saúde não se trata de um estado de ausência de enfermidades, mas sim de bem-estar físico, mental e social. Embora não se acredite aqui que este trabalho traga qualquer de esgotamento a respeito do tema – de modo a sanar os problemas da Rede CAPS, por exemplo –, ainda assim, nele foram elencadas e levadas em consideração as normas, as legislações e as recomendações vigentes e mais preponderantes ao tema. Um cruzamento dessas informações com as necessidades reais das pessoas em contato com a Rede e com as referências dentro dos mais variados âmbitos, têm o intuito que, de algum modo, o resultado tenha um rebatimento teórico e/ou prático que possa sustentar ou mesmo ampliar a qualidade das discussões na área, de forma que a preocupação com a manutenção do bem-estar seja um assunto vivo e pulsante não só no ideário, como também nas medidas reais.

BIBLIOGRAFIA

Artigos, Livros e Teses

ANTUNES, E.; BARBOSA, L.; PEREIRA, L. (org). *Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos de história brasileira*. São Paulo: Editora da Universidade São Paulo, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência*. – 2. ed. – Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas*. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

FODEN, Teresa. *Dogs, Horses and ASD: What Are Animal-Assisted Therapies?* IAN Community Scientific Liaison, 2011.

FONTES, Maria Paula Zambrano. *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 / Maria. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU/PROARQ, 2003.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*; tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1987.

LIIMAA. Wallace (org). *Pontos de mutação na saúde: integrando corpo e mente*. São Paulo: Aleph, 1011.

MACINTYRE, Archibald Joseph. *Manual de Instalações Hidráulicas e Sanitárias*. Rio de Janeiro: LTC, 1990.

MENEZES, A. S. B.; MEDEIROS, C. N. (org.). *Perfil Socioeconômico de Fortaleza V-2*. Fortaleza: IPECE, 2012.

NIGHTINGALE, Florence. *Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not*. Nova Iorque: Barnes & Noble, 2003.

WILLRICH, J.; BIELEMANN, V.; CHIAVAGATTI, F.; KANTORSKI, L.; BORGES, L. *Ambiência de um Centro de Atenção Psicossocial: Fator Estruturante do Processo Terapêutico*. Rio Grande do Sul: Revista de Enfermagem da UFSM, 2013.

Legislação e Normas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 15.220. *Desempenho térmico das edificações*. Rio de Janeiro, ABNT, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 9050. *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro, ABNT, 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 50/2002. *Normas para projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde*. 2. Ed., Brasília, 2004.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado, 1998.

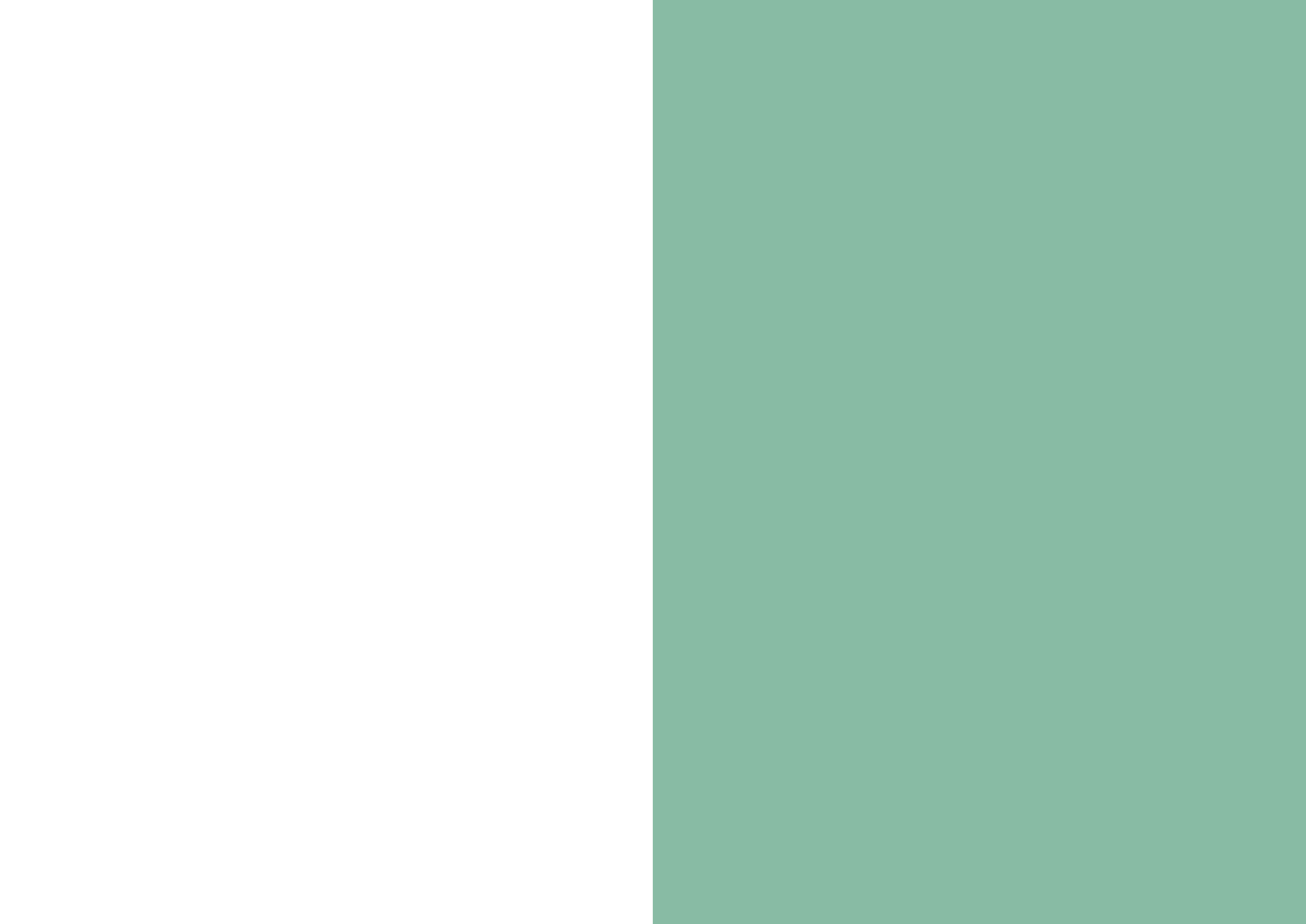
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional*.

CEARÁ. Governo do Estado. Corpo de Bombeiros Militar. *Coordenadoria de Atividades Técnicas. Saídas de Emergência. Norma Técnica nº 005*, 2008.

FORTALEZA. Lei Complementar nº 062, 02 de fevereiro de 2009. *Institui o Plano Diretor Participativo do Município de Fortaleza e dá outras providências*.

FORTALEZA. Lei nº 5530, 17 de dezembro de 1981. *Institui o Código de Obras e posturas do Município de Fortaleza e dá outras providências*.

FORTALEZA. Lei Ordinária nº 7987, 23 de dezembro de 1996. *Dispõe sobre o Uso e Ocupação do Solo do Município de Fortaleza e dá outras providências*.

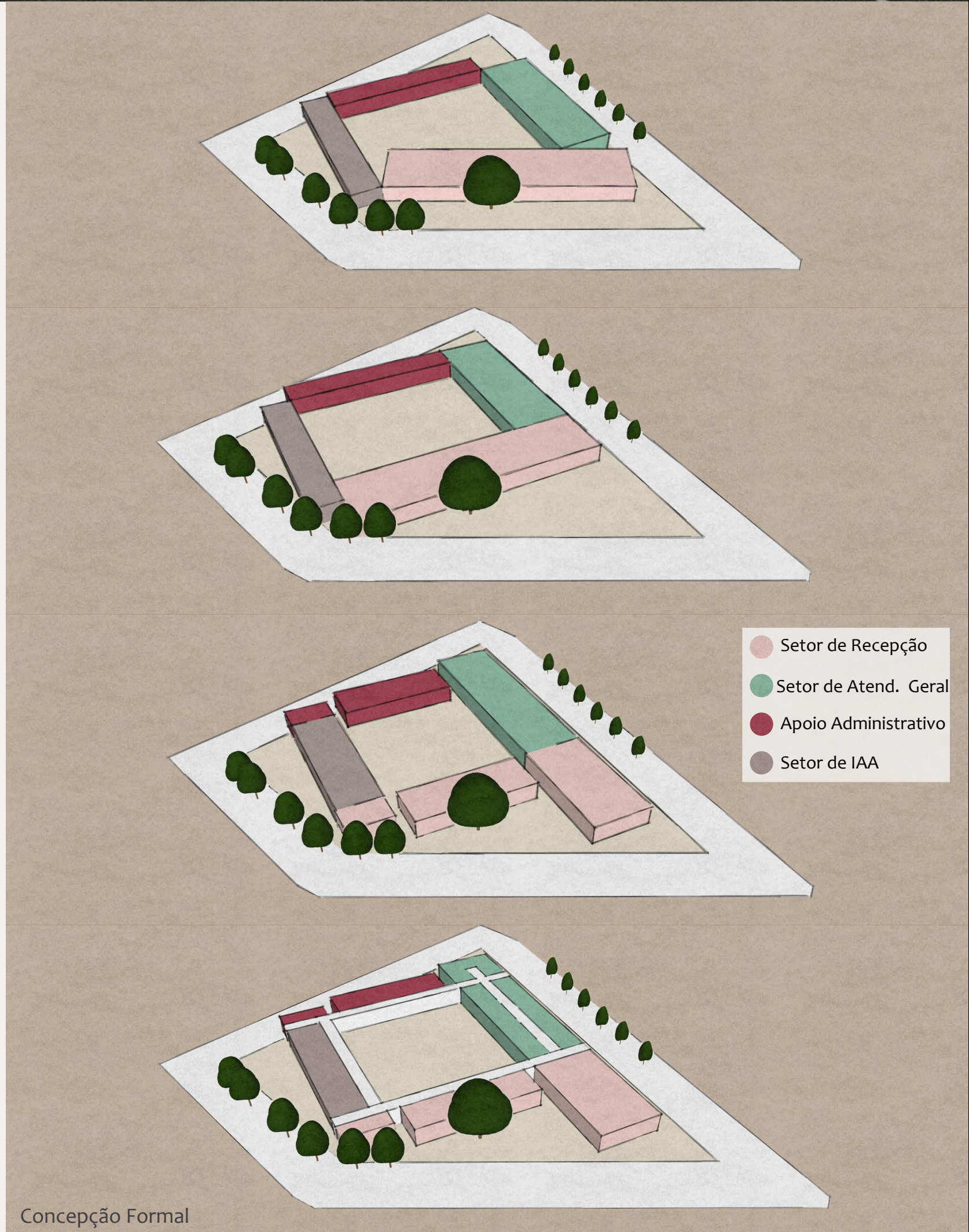
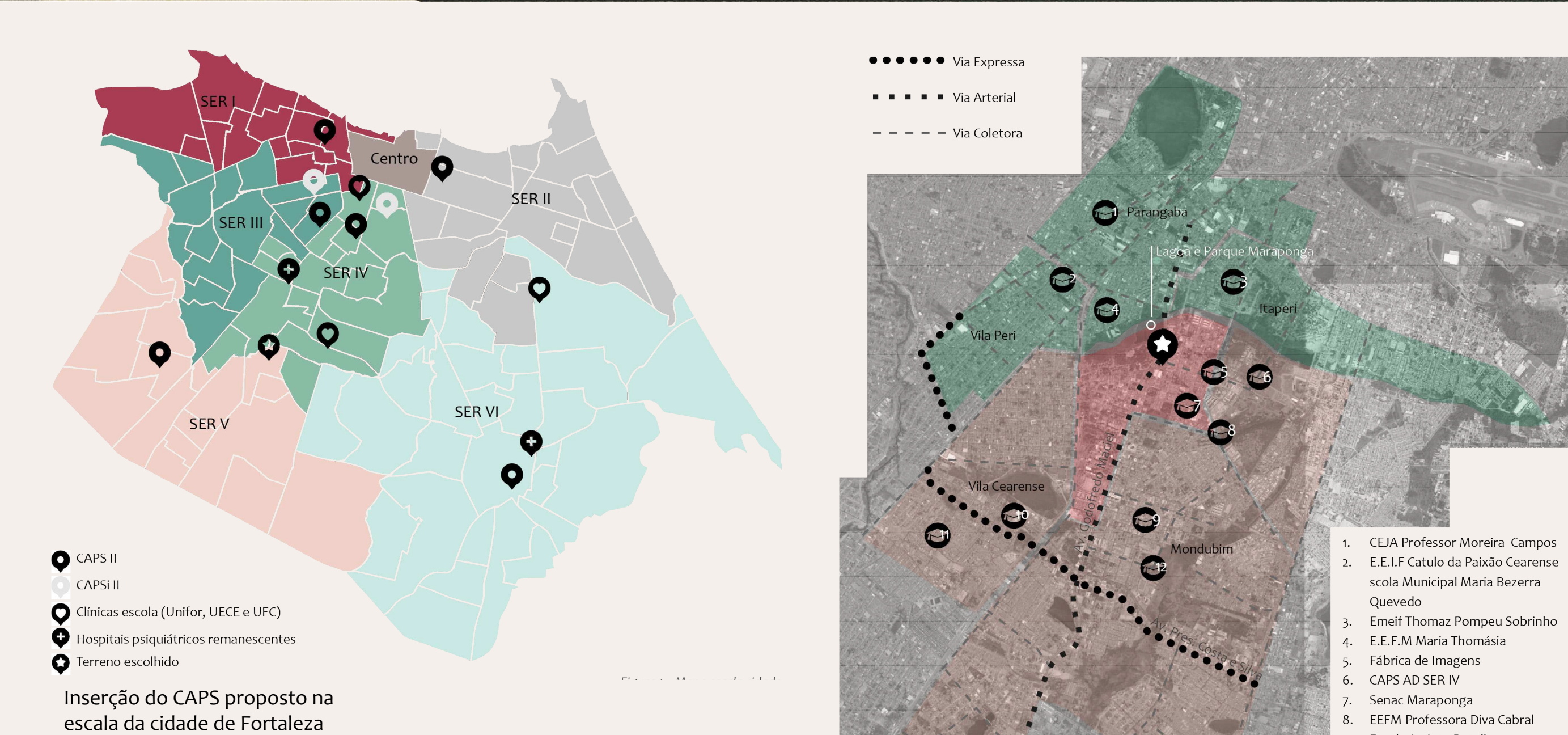




Trabalho Final de Graduação
Luana Rôla



Entrada Principal



MEMORIAL

O projeto de uma unidade do CAPS - Centro de Atenção Psicossocial - aqui apresentado é resultado de diversos processos de pesquisas e abstrações.

Desde a busca por um terreno cuja localização pudesse ser classificada como estratégica, passando pelos questionamentos a respeito de qual seria o porte do edifício e o conteúdo de seu programa de necessidades, até as decisões pelas soluções espaciais que fossem capazes de criar a melhor ambiência possível. O que se tem como resultado principal é a incitação a um tema que ainda não tem uma visibilidade preponderante: quando se pensa em arquitetura voltada à saúde, dificilmente a saúde mental vai ser uma das primeiras temáticas a serem lembradas.

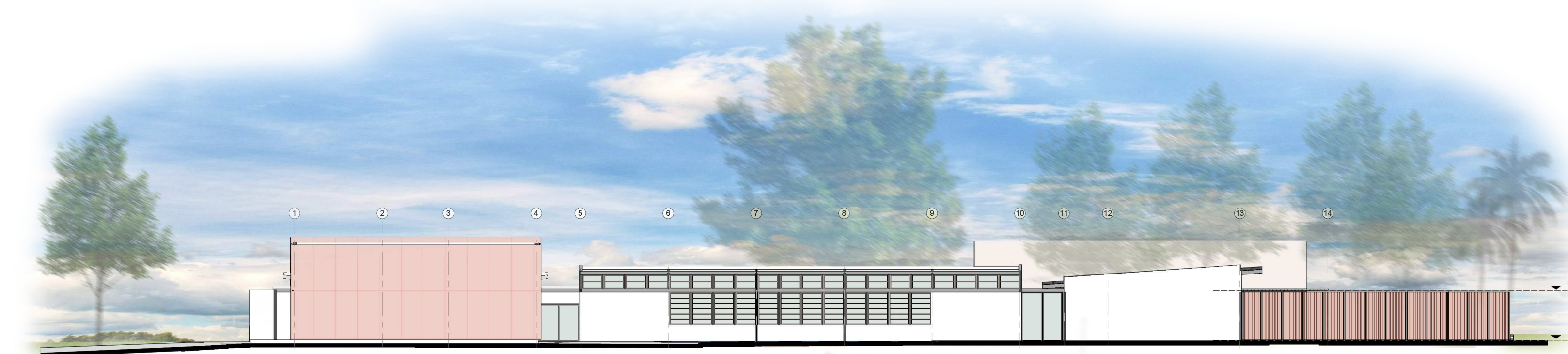
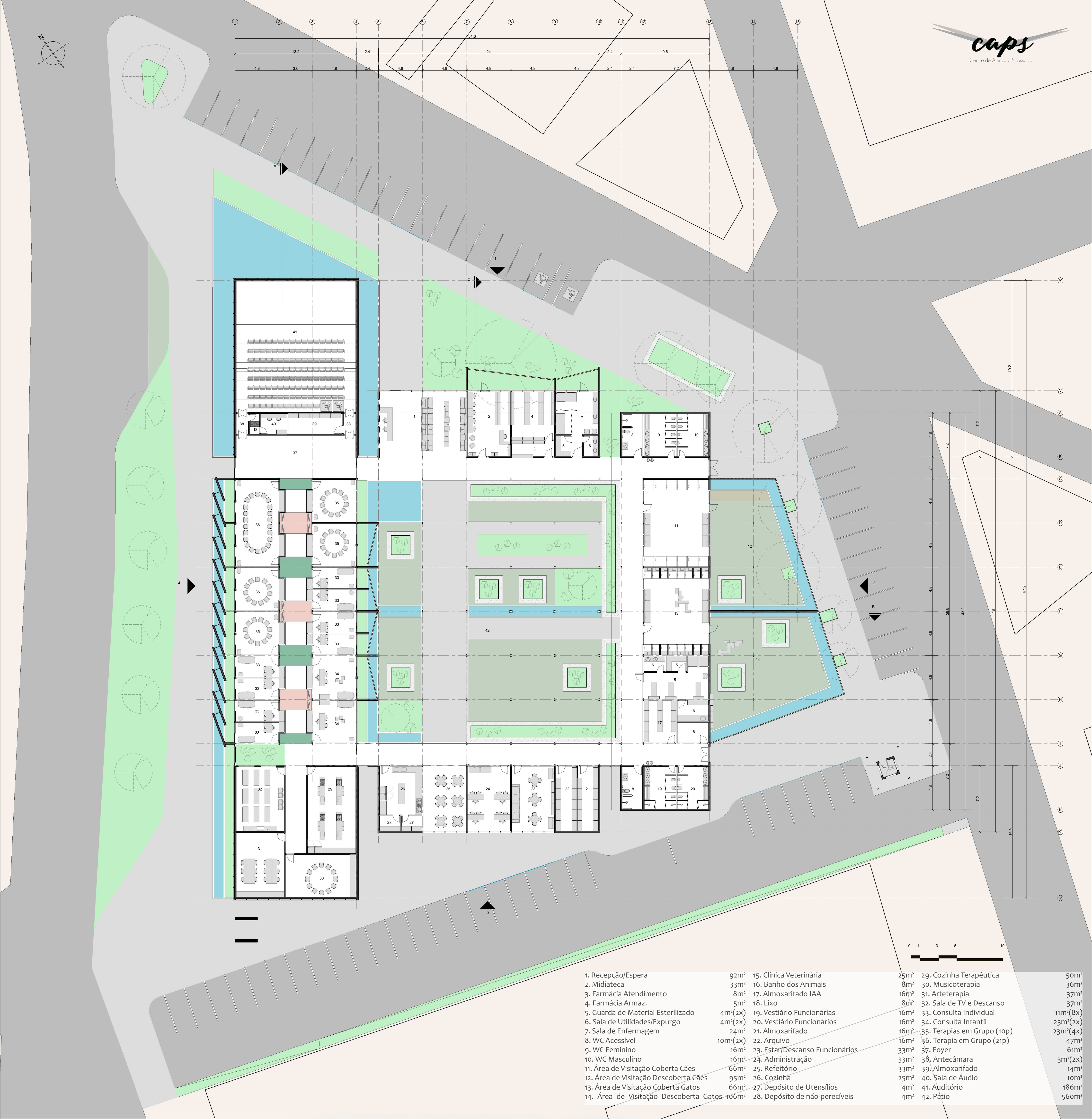
Para facilitar a funcionalidade do equipamento, o programa foi dividido em quatro setores principais (Recepção, Atendimento Geral, Apoio Administrativo e Intervenção Assistida por Animais ou IAA), que ficaram dispostos em quatro blocos ao redor de um pátio central. Essa disposição possibilitou uma circulação que percorre todo o edifício continuamente, e também um deslocamento mais informal ao se utilizar o pátio como circulação. Também possibilitou que não se utilizassem muros, pois o edifício é seu próprio fechamento com o meio externo.

Alguns dos pontos principais das escolhas de programa para o CAPS foram: oferta de espaços que sejam interessantes para os usuários e para a comunidade em geral, como um auditório de educação em saúde e uma midiateca; salas de consulta que possam abrigar diferentes tipos de atividades e que tenham a possibilidade de ser reformadas com praticidade, caso haja grandes mudanças nos serviços ofertados pela Rede; um setor de apoio administrativo que incentive a multidisciplinaridade entre as áreas de atuação profissional e que facilite o tratamento horizontal dos usuários e suas famílias; um espaço dedicado à IAA que traga bem-estar e segurança não só às pessoas, como aos animais, com a oferta de ambiente individualizado para o descanso dos bichinhos e área descoberta de convívio.

Essa disposição em quatro blocos resultou em três deles com o sistema estrutural semelhante, tendo apenas o setor de Atendimento Geral com outro tratamento, de modo a facilitar a construtibilidade do edifício. Também nesse intuito, tem-se uma coordenação modular baseada na medida de 1,20m, o que regeu a escolha dos materiais, assim como o dimensionamento da grelha estrutural adotada e dos espaços internos.

Os materiais de vedação utilizados, como os blocos de concreto, o drywall e a placa de vidro, foram todos escolhidos a partir de seus desempenhos acústico e térmico, além da praticidade de construção, do custo benefício, dentre outros critérios. E para os fechamentos externos, as chapas perfuradas de aço foram utilizadas como alternativa ao uso de grades que remetessem a uma imagem manicomial.

São esses alguns dos pontos mais importantes para a compreensão da proposta. As imagens aqui representadas trazem uma síntese destas escolhas projetuais, com o intuito de demonstrá-las e esclarecê-las.



Vista 3 | 1:200



Vista 1 | 1:200

Planta de Locação e Coberta | 1:500



Recepção



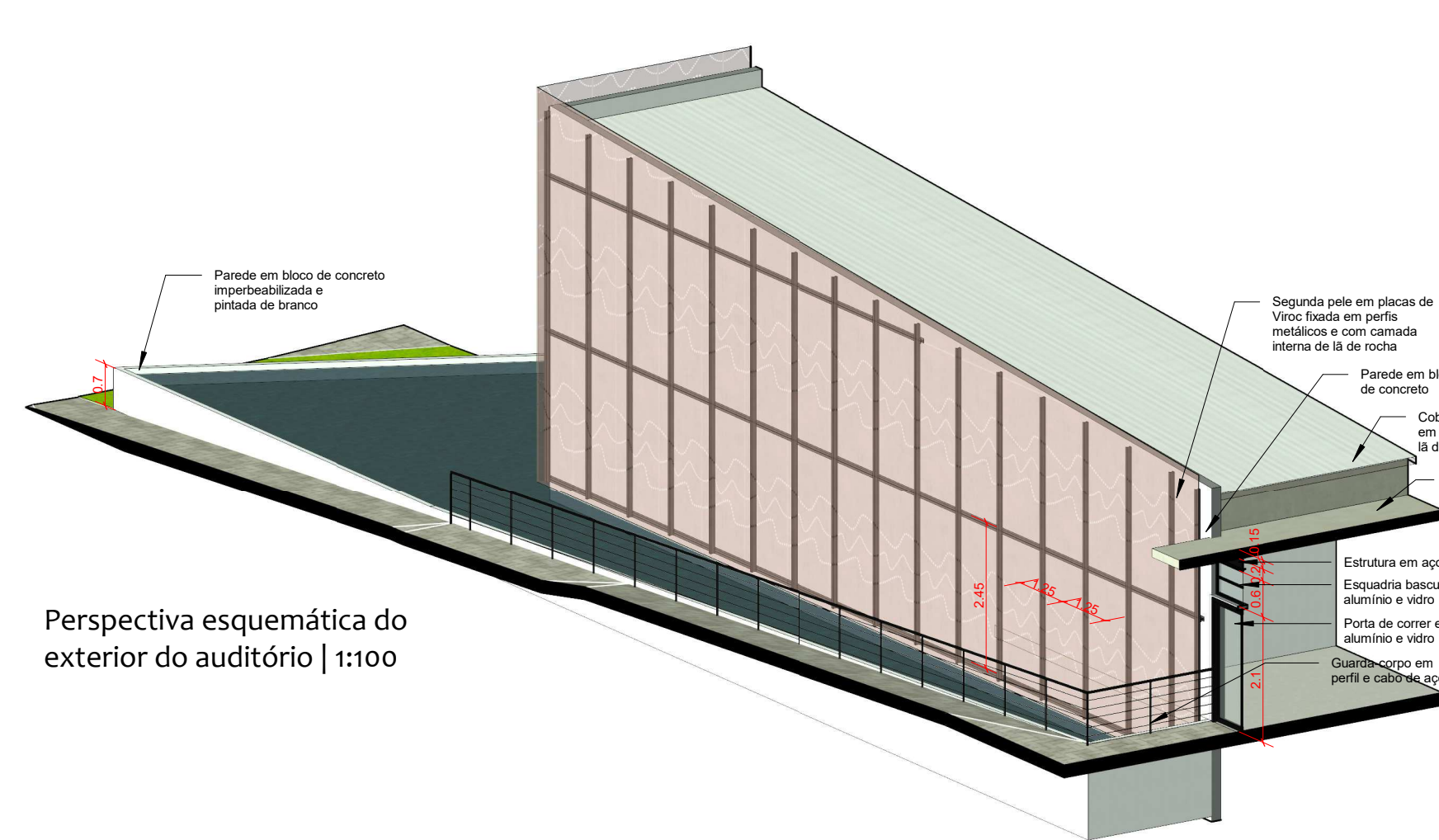
Visão a partir da Av. Godofredo Maciel



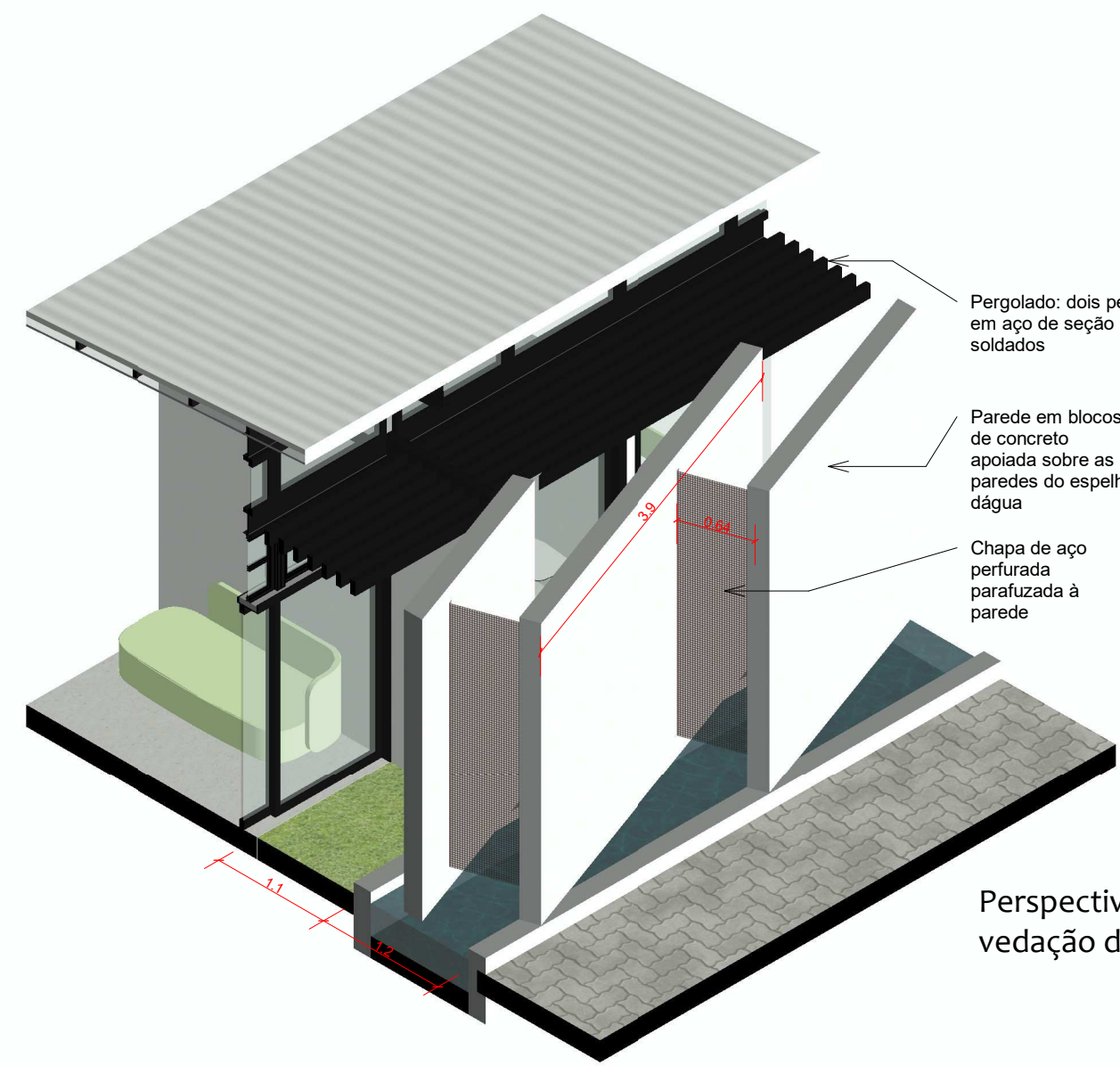
Visão do Pátio



Visão do Pátio



Perspectiva esquemática do exterior do auditório | 1:100

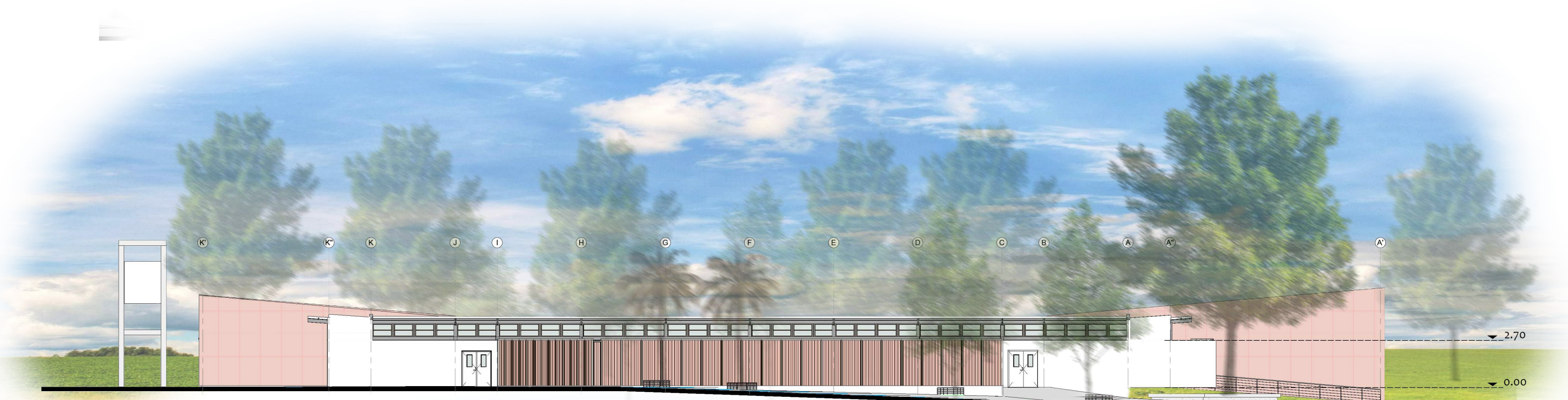


Perspectiva esquemática da vedação da Fachada 4 | 1:50



Área de Convivência Coberta - Gatos

Sala de Terapia em Grupo



Vista 2 | 1:200



Vista 4 | 1:200



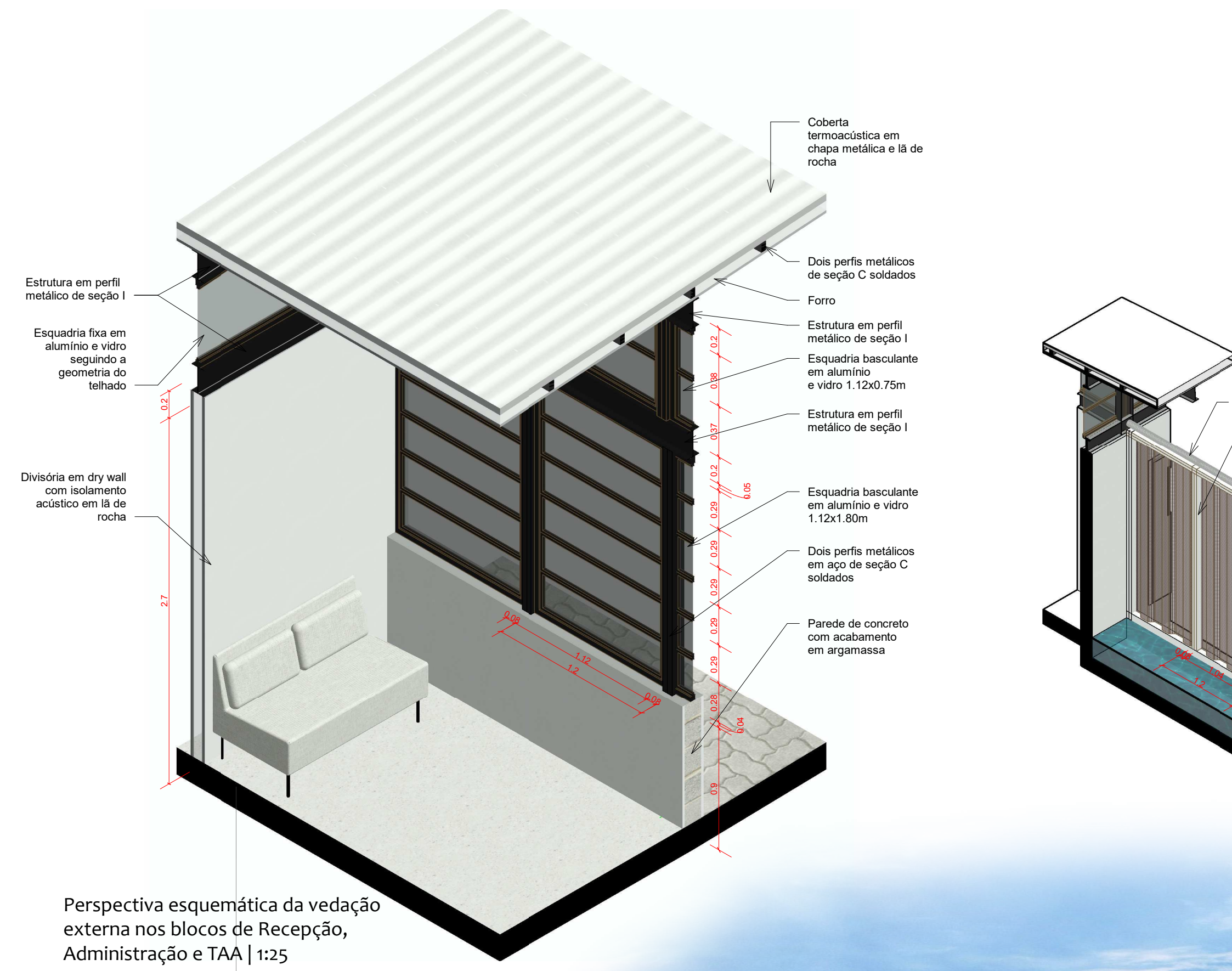
Seção A | 1:200



Seção B | 1:200



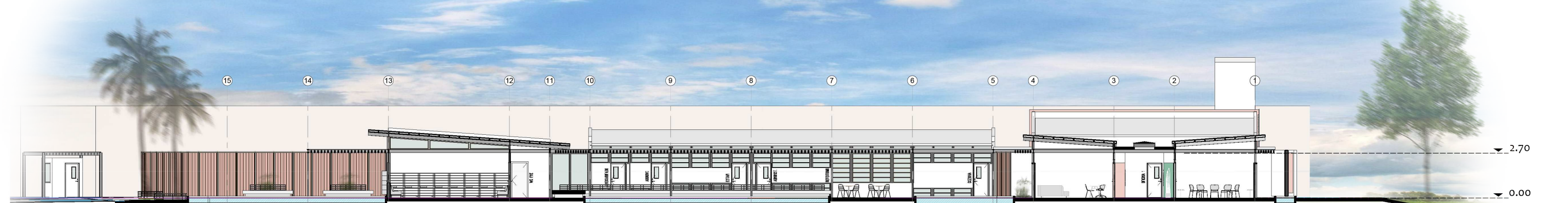
Seção C | em Perspectiva



Perspectiva esquemática da vedação externa nos blocos de Recepção, Administração e TAA | 1:25



Perspectiva esquemática do painel perfurado na área de IAA | 1:50



Seção B | 1:200



Circulação Bloco de IAA



Circulação Bloco de Atendimento