



IFRO - INSTITUTO FEDERAL DE RONDÔNIA

DISCENTE: FRANCIELLI DE LIMA COELHO

ORIENTADORA: ARIANE Z. MIRANDA

OS LUGARES DA LOUCURA

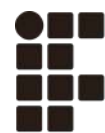
Um estudo dos espaços psiquiátricos e a Proposta de um CAISM

Francielli de Lima Coelho



CAISM

CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADO À
SAÚDE MENTAL



INSTITUTO FEDERAL
Rondônia
Campus Vilhena

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RONDÔNIA - CAMPUS VILHENA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

OS LUGARES DA LOUCURA: UM ESTUDO DOS ESPAÇOS PSIQUIÁTRICOS E A PROPOSTA DE UM CAISM

FRANCIELLI DE LIMA COELHO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO APRESENTADO AO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RONDÔNIA - CAMPUS VILHENA, COMO REQUISITO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL EM ARQUITETURA E URBANISMO.

ORIENTADORA: ARIANE ZAMBON MIRANDA

VILHENA/RO
2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Biblioteca IFRO – Campus Vilhena

C672l

COELHO, Francieli de Lima

^{aa}Os lugares da loucura : um estudo dos espaços psiquiátricos e a proposta de um CAISM / Francieli de Lima Coelho – Vilhena, Rondônia, 2022.

58f. : il.

Orientador : Profa. Me. Ariane Zambon Miranda

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo)
– Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO

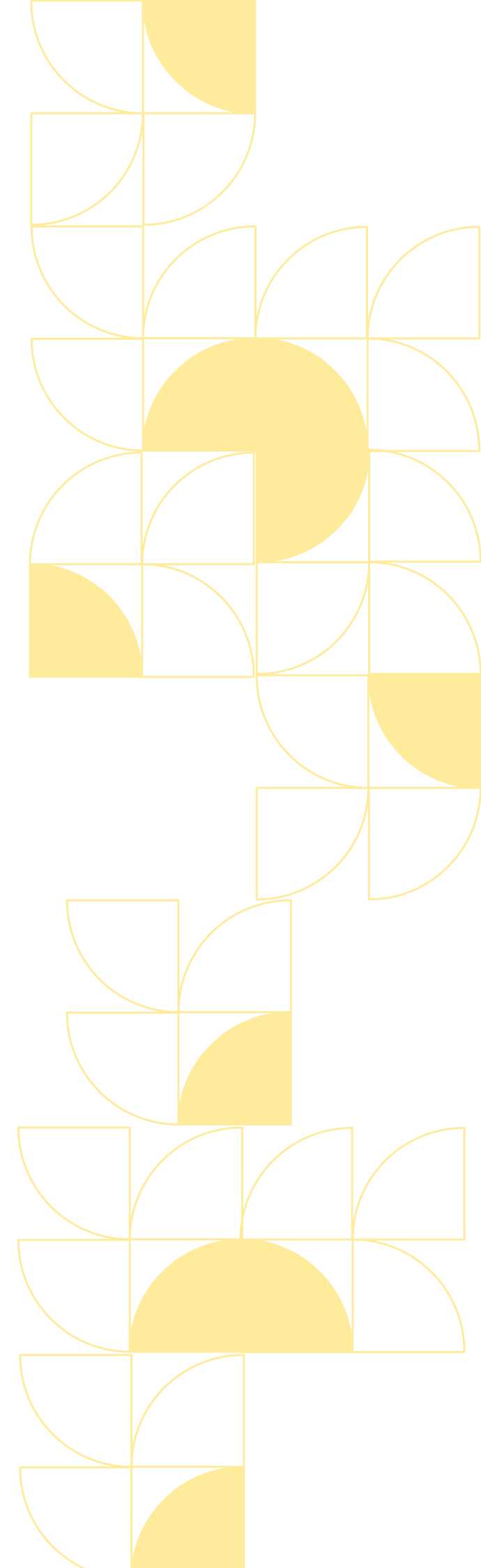
1.Arquitetura psiquiátrica 2. Arquitetura hospitalar 3. Instituições
asilares I. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia –
IFRO II. Título

720.8

Bibliotecária responsável

: Rosilene Maria do Couto Marques CRB 11/321

Bibliotecária responsável Rosilene Maria do Couto Marques CRB 11/321





ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Na data 01/12/2022 realizou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso intitulada **Os Lugares da Loucura: Um estudo dos espaços psiquiátricos e a Proposta de um CAISM** apresentada pela aluna **Francielli de Lima Coelho (2018105070048-2)** do Curso **Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo (Vilhena)**. Os trabalhos foram iniciados às **13:00** pelo Professor **Ariane Zambon Miranda** presidente da banca examinadora, constituída pelos seguintes membros:

- **Ariane Zambon Miranda** (Orientadora)
- **Rodrigo Buss Back** (Examinador Interno)
- **Camila Amaro de Souza** (Examinadora Externa)

A banca examinadora, tendo terminado a apresentação do conteúdo do Trabalho de Conclusão de Curso, passou à arguição da candidata. Em seguida, os examinadores reuniram-se para avaliação e deram o parecer final sobre o trabalho apresentado pelo aluno, tendo sido atribuído o seguinte resultado:

[X] APROVADO

Nota: 97

Proclamados os resultados pelo presidente da banca examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu **Ariane Zambon Miranda** lavrei a presente ata que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora.

VILHENA / RO, 01/12/2022

Documento assinado eletronicamente por **Francielli de Lima Coelho**, Discente, em 04/12/2022, às 20:17, conforme horário oficial de Rondônia, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Ariane Zambon Miranda**, Orientador, em 01/12/2022, às 13:57, conforme horário oficial de Rondônia, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Buss Back**, Examinador Interno, em 01/12/2022, às 14:22, conforme horário oficial de Rondônia, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Camila Amaro de Souza**, Examinador Externo, em 01/12/2022, às 13:57, conforme horário oficial de Rondônia, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

AGRADECIMENTOS

À minha amada avó Maria, que me criou desde pequena e sempre me incentivou pela busca dos meus sonhos, investiu e deu apoio em todas as fases da minha formação acadêmica e foi uma pessoa essencial em todos os momentos da minha vida.

Ao meu companheiro de vida Tiago, que foi meu porto seguro durante os dias difíceis e em todas as vezes que pensei em desistir, me animou e me deu forças para continuar. Obrigado por todo o amor, paciência e carinho e por sempre acreditar em mim.

Aos amigos e colegas, que possibilitaram momentos de diversão e felicidade na trajetória do curso.

Aos meus professores por todo o conhecimento compartilhado e em especial à minha orientadora Me. Ariane Zambon Miranda, que me auxiliou grandemente nesta fase, tornando o caminho mais leve e agradável de trilhar.

Ao Instituto Federal de Rondônia, e a todos aqueles que de forma direta e indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Alvos de receio e estigma social, os manicômios foram por muito tempo as principais instituições utilizadas para o tratamento dos doentes mentais, um local de práticas que hoje provocam um sentimento de repulsa e remetem à uma imagem sombria que a sociedade tem da psiquiatria e, conseqüentemente dos espaços psiquiátricos. A loucura sempre teve seu espaço social na história, assim como a construção de seus espaços físicos, os quais modificaram-se com as evoluções de pensamento de cada época. Logo, este estudo buscou traçar uma linha cronológica sobre os espaços voltados aos tratamentos dos transtornos mentais, evidenciando como a arquitetura desses locais se alterou juntamente com as evoluções dos conceitos psiquiátricos, em seguida, tratando sobre as legislações vigentes e as necessidades dos ambientes ligados à essa função na contemporaneidade. Este trabalho traz uma pesquisa aplicada de caráter exploratório, com abordagem qualitativa através de pesquisa bibliográfica, documental e estudos de caso. Tendo como área de estudo o município de Vilhena/RO, para o qual analisou-se a melhoria da rede de saúde mental, com a premissa de análise dos ambientes voltados à atenção psicossocial, levantando técnicas/práticas que possam influenciar na qualidade de vida e conforto dos usuários do espaço. Com base nas análises realizadas, acredita-se que pela alta demanda de atendimentos, pouca disponibilidade de espaços e baixa infraestrutura, o serviço de saúde mental de Vilhena/RO é insuficiente para a garantia de tratamento adequado, sendo necessário a implantação de um centro de saúde mental, como suporte técnico aos equipamentos existentes. Todo esse arcabouço fundamenta o produto final que é o projeto de um Centro de Atenção Integrado à Saúde Mental.

Palavras-chave: arquitetura psiquiátrica, arquitetura hospitalar, instituições asilares, centro de atenção integrado a saúde mental - CAISM



*“E aqueles que foram vistos dançando
foram julgados insanos por aqueles que
não podiam escutar a música”*

Friedrich Nietzsche

SUMÁRIO

01

INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema..... 11

02

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Referencial Teórico..... 13

03

MATERIAS E MÉTODOS

3.1 Materiais e Métodos..... 20

04

REFERÊNCIAS PROJETAIS

4.1 Centro de Reabilitação Psicossocial..... 22
4.2 Centro Psicopedagógico..... 23
4.3 CAPS Vilhena/RO..... 24

05

ESTUDOS PRELIMINARES

5.1 O terreno..... 27
5.2 Programa de Necessidades.... 29
5.3 Legislação e Normativas..... 30

06

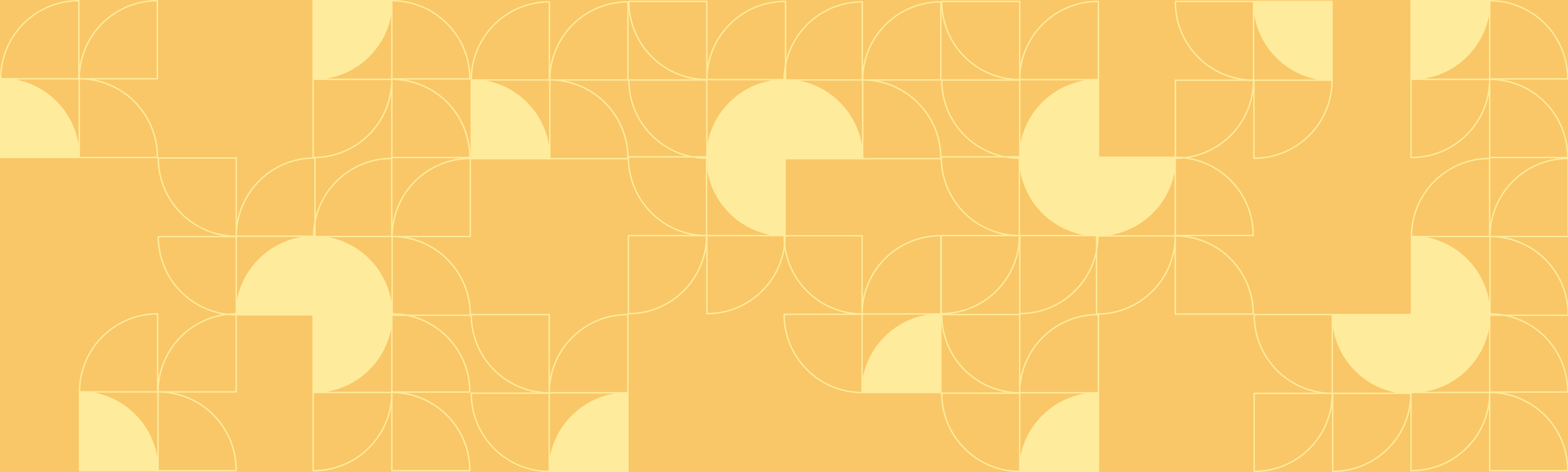
PROPOSTA ARQUITETÔNICA

6.1 Conceito e Partido..... 32
6.2 Estudo da Forma..... 32
6.3 Planta de Implantação..... 33
6.4 Planta de Cobertura..... 34
6.5 Planta Chave..... 35
6.6 Planta Layout..... 36
6.7 Planta Baixa..... 40
6.8 Cortes e Fachadas..... 44
6.9 Maquete Volumétrica..... 52

07

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 Considerações Finais..... 56
7.2 Referências..... 57



01

INTRODUÇÃO.....



1.1 Apresentação do Tema

O discurso sobre a loucura difere entre as sociedades e as épocas, e vem sofrendo modificações resultantes das transformações do pensamento da humanidade. De acordo com Pelbart (1989) cada cultura atribuiu a loucura uma função diferente e inventou um modo específico de ser louco. Portanto, podemos compreender que a loucura é uma construção social e é definida por fatores sociais e políticos de cada época.

Pelbart (1989, p.42) também ressalta que “nem sempre aquilo que nós chamamos de loucura significou doença”, com isso, os indivíduos que apresentavam comportamentos distintos do padrão de cada época foram considerados loucos. Questões como o alcoolismo, posturas de pensamentos (principalmente advindo de mulheres), homossexualismo e portadores de síndromes como o Alzheimer e a síndrome de Down, são exemplos de situações que no passado foram tomadas como loucura e, hoje tem um diagnóstico que difere dos distúrbios mentais e emocionais.

No século XIX os transtornos mentais começaram a ser relacionados com lesões no cérebro, e após autópsias, descobriu-se que haviam duas categorias distintas de distúrbios mentais. A primeira categoria estaria relacionada a danos visíveis no cérebro, causados por traumas físicos. Já a segunda seria a categoria dos distúrbios mentais: psicoses, manias, fobias, melancolia, obsessões e histeria, e estes não apresentavam diferenças visíveis de um cérebro “saudável”. Com isso, a medicina mental foi dividida entre os neurologistas para o caráter neural observável e os psiquiatras para os distúrbios invisíveis da mente (LIEBERMAN; OGAS, 2016).

Nesse contexto, como o objeto de estudo da psiquiatria era metafísico, sem uma causa física identificável, a especialidade médica se tornou um campo fértil de experimentações e pseudocientistas, o que deu margem a criação de teorias e tratamentos ineficazes e até violentos como o eletrochoque, a lobotomia (retirada de uma parte do cérebro) e o choque insulínico (convulsões por insulina), impulsionando a criação de uma reforma psiquiátrica, em meados de 1960, pela luta de direitos humanos e resgate de cidadania dos doentes mentais em todo o mundo (LIEBERMAN; OGAS, 2016).

No Brasil, a reforma psiquiátrica resultou na criação da lei 10.216/2001 conhecida por Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial, que estabelece os direitos dos pacientes, regulamenta as internações psiquiátricas e prevê um redirecionamento do modelo assistencial, garantindo ao paciente um melhor tratamento, adequado às suas necessidades (ABP, 2014).

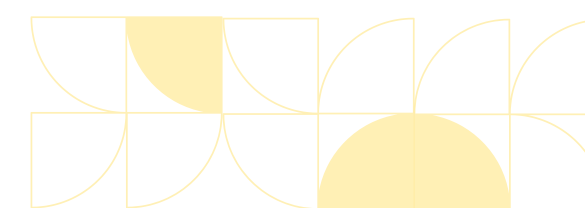
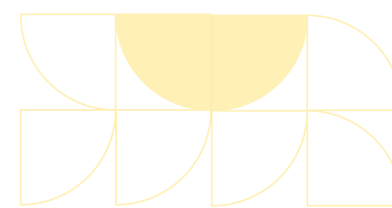
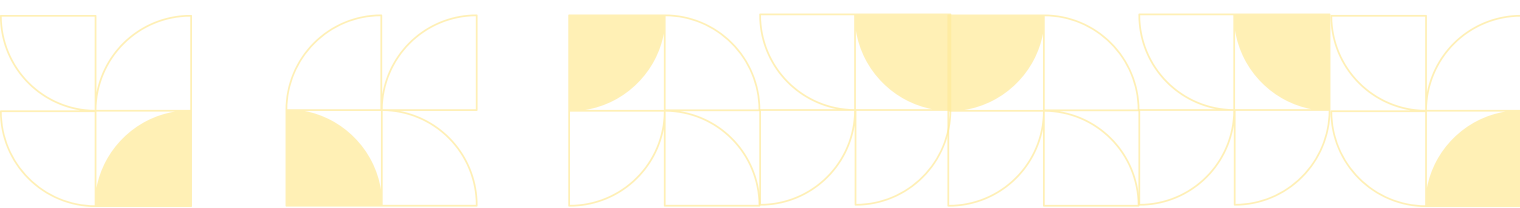
No município de Vilhena/RO, essa rede de atendimento é composta por um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e pelo Sistema único de Saúde - SUS. O CAPS é de nível I, o que significa que é destinado para cidades com até 15 mil habitantes e configura-se em um ambiente básico, com atendimentos na modalidade de consultas com psicólogos e psiquiatras.

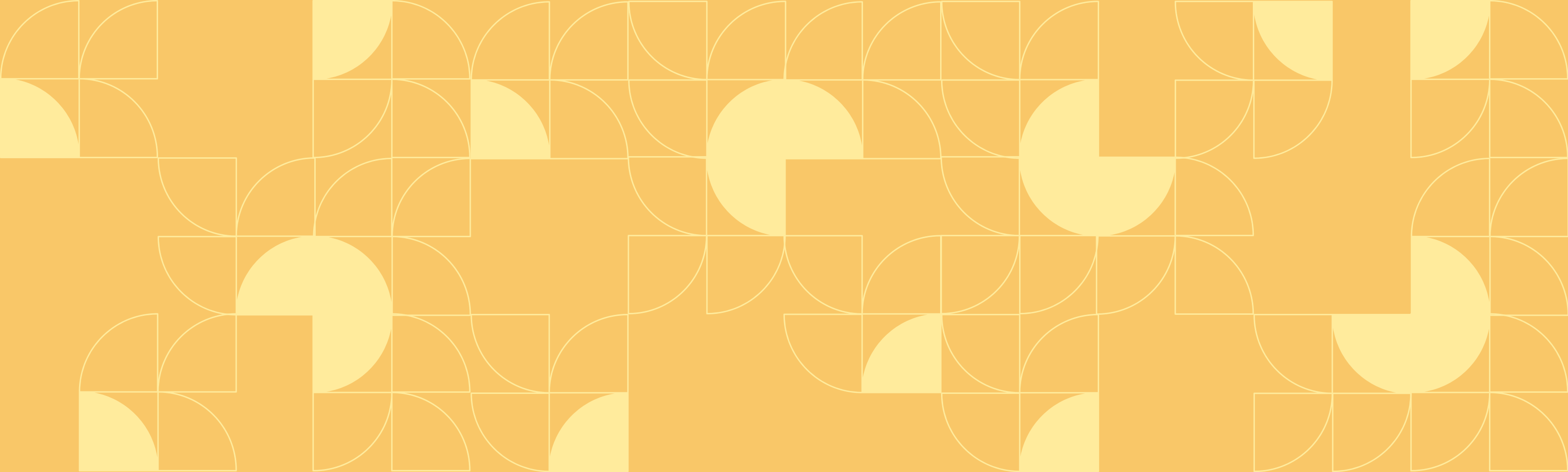
Porém, segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, a forma que a lei 10.216/2001 vem sendo aplicada, centrada na reprodução de um único equipamento, neste caso o CAPS, leva a uma “desospitalização sem o concomitante investimento nos equipamentos substitutivos (serviços hospitalares e extra-hospitalares)”, causando uma desassistência generalizada, pois a “saúde mental exige de diferentes equipamentos para necessidades diferentes” (ABP, 2014, p.6).

Com isso, acredita-se que a estrutura de saúde mental de Vilhena/RO é insuficiente para a garantia de tratamento adequado no município. Pois, também é necessário um ambiente que ofereça a opção de internamento às pessoas que necessitem, para que possam estar em segurança, recebendo o tratamento apropriado, dentro do processo de reintegração à sociedade.

O Instituto Nacional de Saúde Mental prevê que uma em quatro pessoas sofrerá de doença mental em algum estágio da vida, sendo “provável que você precise mais dos serviços da psiquiatria do que qualquer outra especialidade médica” (LIEBERMAN; OGAS, 2016, p. 10). Dessa forma, faz-se necessário uma rede de tratamento à saúde mental que seja bem estruturada.

Assim, o objetivo principal deste trabalho foi a análise dos locais de tratamento para os transtornos mentais e emocionais, a compreensão das mudanças na área da psiquiatria e o que requerem dos espaços, garantindo a qualidade dos ambientes hospitalares, tanto no ponto de vista de adequação dos conceitos psiquiátricos como também dos aspectos espaciais que favoreçam o bem estar e tratamento dos pacientes. Para isso, traçou-se uma linha do tempo sobre o desenvolvimento destes ambientes, evidenciando como a arquitetura desses locais se alterou juntamente com as evoluções dos conceitos psiquiátricos, e em seguida apresentou-se uma proposta arquitetônica de um Centro de Atenção Integrado a Saúde Mental - CAISM de acordo com as legislações vigentes e as necessidades dos ambientes ligados à essa função na contemporaneidade.





02

REFERENCIAL TEÓRICO.....



2. Referencial Teórico

Para trabalhar com os ambientes destinados aos tratamentos dos transtornos mentais e emocionais, é fundamental conhecer a história da loucura e dos espaços que estão ligados aos tratamentos. Com isso, iremos discorrer acerca dos lugares associados à loucura no decorrer dos séculos, como mostrado na Figura 1.

Figura 1 – Linha do tempo dos espaços da loucura



Fonte: Autor (2022)

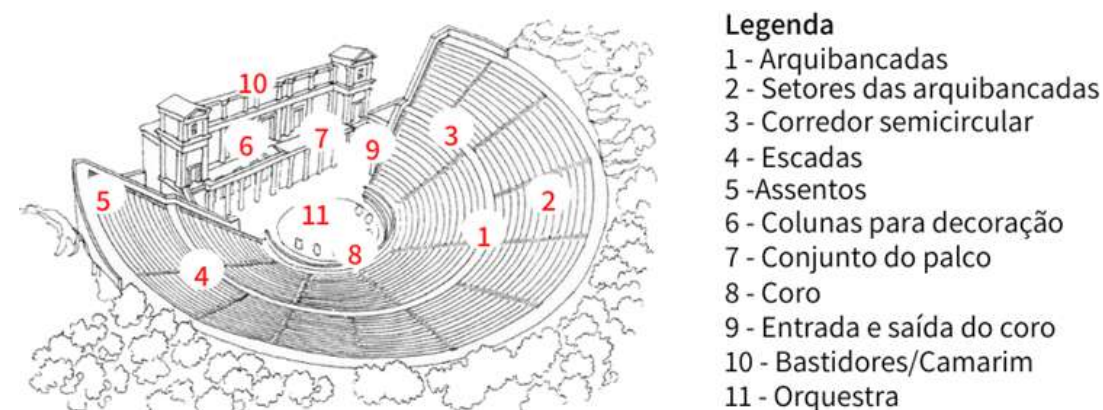
Tem-se que “é possível encontrar distinções entre comportamento normal e anormal em todas as culturas de que se tem conhecimento”. E é provável que essa distinção de comportamento, seja antiga em nossa sociedade, pois evidências datadas de 5.000 a.C., contendo crânios perfurados por ferramentas, indicam uma provável crença de libertação do espírito do indivíduo, que possivelmente apresentava um comportamento “anormal”. (PIETIKAINEN, 2015 apud ALMEIDA, 2021, p. 13) Segundo Pelbart (1989) devido ao caráter de sobrenaturalidade, a loucura foi associada durante muitos anos, a um ato divino que poderia ser uma bênção ou uma punição dos deuses, a depender da época.

Na Grécia antiga, Platão discorreu que “a loucura é para nós a fonte dos maiores bens, quando ela é efeito de um favor divino”. A partir disso, o filósofo categoriza a loucura em dois grandes gêneros: a humana e a divina; a primeira produzida por doenças humanas, na qual há uma perturbação do espírito devido a um desequilíbrio do corpo. A segunda é causada por “uma revulsão divina que nos tira dos hábitos cotidianos”, e foi dividida em quatro subcategorias que correspondem às divindades específicas: a Apolo, a Dionísio, as Musas e a Afrodite (PELBART, 1989, p.23).

Neste período, haviam diversos tipos de cultos dionisiacos (deus da caça, vinho, alegria, conhecido por levar as pessoas à loucura), sendo o de maior destaque ligado à figura das Mênades. A função principal desse culto era a “cura” da loucura através das danças orgiásticas, acompanhadas de timbales (tambores de baixa altura) e flautas, no qual era realizado uma “exorcização” através da loucura coletiva. Esse ritual não tinha propósito de expulsão da divindade, mas sim da reconciliação entre ambas as partes (PELBART, 1989).

De acordo com Vieceli (2014) o local de celebração desse ritual é mencionado como um lugar aberto e em contato com a natureza, sendo desconhecido se havia a presença de elementos físicos e arquitetônicos no espaço. Com a popularização e o crescimento dessa festividade, esse ritual passou a ser conhecido como Dionísias Urbanas, contendo apresentações mais elaboradas que abordavam o cotidiano e sátiras do governo, tornando-se uma expressão do início do teatro. Por isso, por muito tempo foi uma manifestação reprimida pelo governo, até que se percebeu a necessidade de controle de expansão da festividade por um ambiente construído, então no século VI a.C, Pisístrato, o tirano de Atenas oficializou a prática com a criação do teatro de Dionísio, Figura 2, constituindo-se na primeira manifestação em escala grandiosa da arquitetura grega e como um ambiente de terapêutica coletiva da loucura, catalisando as emoções dos espectadores (VIECELI, 2014)

Figura 2 – Perspectiva Teatro de Dionísio



Fonte: Adaptado de Pinterest (2022)

2. Referencial Teórico

Além dessa visão ritualística, na Grécia Antiga também houve uma abordagem médico-religiosa realizada nos santuários de Asklepieia, que se dedicavam à cura dos males do corpo e da mente. Tinham como divindade o deus Asclépios, que era conhecido como o deus da cura (VIECELI, 2014, p. 29).

O santuário de Asklepieia, figura 3, era construído em locais salubres, bem situados e próximos a uma fonte de água, devido a crença de ser um elemento catalisador da cura e utilizado no processo de purificação do paciente. Antes do indivíduo ser aceito no templo realizava-se um rito de acolhimento no qual ele era submetido a banhos corporais, unções e jejuns. Após isso, o enfermo passava pelo processo de dormir e sonhar, denominado de incubação, no qual acreditava-se que haveria um contato com a divindade que o perturbava. No dia seguinte, o sacerdote interpretaria o sonho e prescrevia o tratamento, que em sua maioria eram inofensivos, mas em alguns casos poderia envolver o uso de sangrias, cicuta (planta venenosa), vomitórios e purgativos (MIQUELIN, 1992; KOCH, 2012 apud VIECELI, 2014).

Figura 3 – Planta baixa Asclépio de Epidauro



Fonte: Adaptado de Vieceleli (2014)

No período seguinte, do século V ao XIV, compreendeu a era medieval, marcada pelo domínio da cultura cristã e conseqüentemente da difusão de suas crenças e ideologias que eram baseadas na luta entre o bem (Cristo) e o mal (Anticristo). Portanto, práticas e comportamentos considerados bizarros eram classificados como heresia e passíveis de perseguição e morte (ROSEN, 1980 apud VIECELI, 2014).

Nesse contexto, a loucura foi estigmatizada pela demonologia cristã e classificada como possessões demoníacas e atos de bruxaria, estando diretamente ligada ao pecado e à culpa do indivíduo louco. Com isso, acreditava-se que o demônio atuava fisicamente no organismo das pessoas, provocando dores, alucinações, tremores e doenças inexplicáveis para a medicina da época. Sendo assim, as práticas de cura necessárias seriam pela penitência dos pecados: peregrinações, autoflagelo, torturas para purificação do demônio e principalmente o exorcismo (ROSEN, 1980; PESSOTI, 1994 apud VIECELI, 2014).

No entanto, esse destino não era aplicado a todos os loucos, pois os membros da comunidade acometidos pela loucura, podiam viver em liberdade e circular livremente pela cidade, desde que sob a custódia de familiares ou amigos e, se considerados não perigosos. Já os indivíduos loucos agressivos e perturbadores da ordem pública, recebiam a intervenção das autoridades locais e eram direcionados a instituições de caridade cristãs ou para prisões (ROSEN, 1980; FOUCAULT, 2000 apud VIECELI, 2014).

Segundo Pietikainen (2015 apud ALMEIDA, 2021), quando a responsabilidade pelo cuidado com o indivíduo louco era atribuída a família, muitas das vezes, resultava em cárcere em porões ou em chiqueiros. Na ausência de familiares, a pessoa seria responsabilidade da sociedade local, o que geralmente significava que eram deixados na rua, abandonados à própria sorte.

Com o aumento de indivíduos a viver abandonados na rua, ocorreu um movimento de peregrinação que ficou conhecido como Nau dos Loucos, que segundo Foucault (1972, p.13) os barcos “levavam sua carga insana de uma cidade para outra”. Com isso, os loucos eram confiados aos grupos de marinheiros, mercadores e peregrinos a fim de “evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe”, tornando-se um prisioneiro da própria partida e aportando em uma terra desconhecida, da qual não conseguiria sair para retornar à sua terra de origem (FOUCAULT, 1972, p. 16).

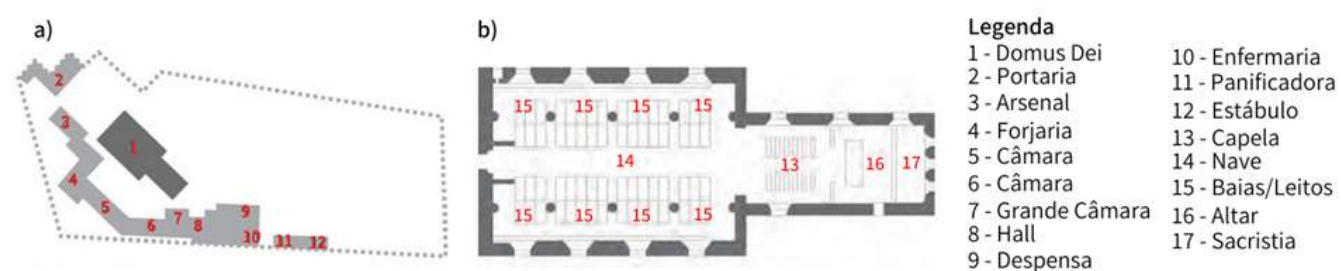
Os indivíduos remanescentes, eram acolhidos por instituições assistenciais, dentre as quais temos, a figura do hospital, uma criação cristã a fim da pregação de práticas de caridade, hospitalidade e solidariedade entre os homens, como uma forma de purificação dos pecados e salvação eterna. Neste local, eram atendidos os peregrinos, os viajantes, os pobres, os velhos e os loucos (VIECELI, 2014). Sua implantação, se deu “na forma de enfermarias, pequenas farmácias e hortas medicinais, anexadas às catedrais, abadias ou mosteiros, que estenderam-se por todas as vias de peregrinação e rotas comerciais.” Nesses locais, eram reunidos em um mesmo espaço os pacientes de todas as enfermidades, sejam elas físicas ou mentais. (ROSEN, 1980; MIQUELIN, 1992 apud VIECELI, 2014, p. 34).

Com o aumento da peregrinação, fez-se necessário a criação de novos espaços de caridade, tornando-se obrigatória a construção de um hospital junto a cada catedral, denominado de Domus Dei (Casa de Deus) (MIQUELIN, 1992 apud VIECELI, 2014).

2. Referencial Teórico

A configuração espacial do Domus Dei, Figura 4, teve como base a solução das igrejas da época, com uma planta retangular, semelhante a uma basílica de três naves. As naves laterais eram divididas por baías e utilizadas para leitos dos pacientes. Enquanto a capela ficava na região central, para que pudesse ser avistada por todos. Tinha como conceito o acolhimento de todas as atividades indispensáveis à vida do enfermo, sob o mesmo teto, como: a alimentação, repouso, banhos e, principalmente, a ritualística religiosa (VIECELI, 2014).

Figura 4 – a) Implantação do Hospital Domus Dei b) Planta Baixa do Hospital Domus Dei



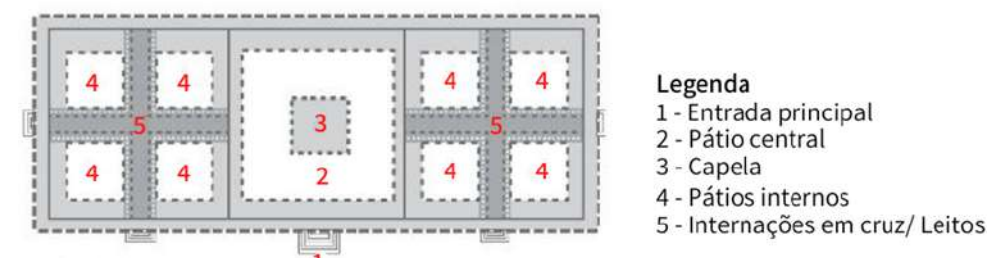
Fonte: Adaptado de Vieceli (2014)

Para os indivíduos loucos agressivos e perturbadores da ordem pública, o destino era outro tipo de instituição: a prisão, no qual ficavam aprisionados juntamente com outros presos de direito comum. Essas prisões foram implantadas em lugares insalubres dentro do castelo, não possuindo um edifício específico a sua finalidade (VIECELI, 2014).

Em paralelo ao surgimento do hospital, houve a apropriação dos leprosários que estavam abandonados, após o fim da lepra, em toda a Europa, como forma de assistência aos pobres, viajantes, doentes, velhos e loucos. Inicialmente o leprosário, foi destinado para a contenção de indivíduos portadores da lepra (hanseníase), uma doença altamente contagiosa e incurável na época, o que resultou na criação dessas edificações, como forma de contenção e segregação dos indivíduos doentes (NOGUEIRA, 2001).

No renascimento, entre os séculos XIV e XVI, a administração do hospital medieval passa a ser responsabilidade do município, e não mais da ordem religiosa. Com isso, como pode ser visto na Figura 5, ocorrem modificações na tipologia arquitetônica, agora sendo composta por uma planta cruciforme, com pátios internos (claustros) rodeados por galerias e corredores, não seguindo mais a arquitetura religiosa, mas sim a palaciana (VIECELI, 2014).

Figura 5 – Planta baixa do Ospedale Maggiore di Milano



Fonte: Adaptado de Vieceli (2014)

Segundo Vieceli (2014), também ocorreram significativas mudanças em sua função, como:

A solução cruciforme revela um aspecto importante na organização dos espaços do edifício. Os serviços de apoio, instalados antes em anexos, agora se posicionavam de maneira a compor o traçado geométrico induzido na planta a partir do cruzamento de enfermarias. A forma cruzada ajuda a supervisão dos leitos desde a capela central, além atender à separação de enfermos de diferentes gêneros em diferentes alas (VIECELI, 2014, p. 46).

No século XVII, de acordo com Nogueira (2001) inicia-se a implantação dos hospícios nos hospitais renascentistas, separando os doentes mentais dos demais enfermos, com a utilização de leitos ou alas. Sobre os leitos, tem-se que:

Era comum encontrar nas edificações quartos estreitos com pouca circulação de ar, ausência de luz e excessiva umidade [...] na cela havia uma pequena abertura de comunicação por onde se passavam alimentos. Também era comum a utilização de grades visando trancafiar os loucos nesses hospitais de exclusão (NOGUEIRA, 2001, p. 38).

Segundo Nogueira (2001) a principal diferença dos hospícios frente aos leprosários, está na separação do louco dos outros marginalizados, implicando em uma possível organização hospitalar e na melhoria das condições físicas espaciais. No entanto, a instituição não possuía caráter de cura ou prática da medicina, mas sim a função de amparo social. Até o período do século XVIII, os transtornos mentais não eram associados a doenças, conseqüentemente, não entravam no campo da ação da medicina. As pessoas com doenças mentais eram consideradas degeneradas sociais ou desajustadas morais que sofriam punição divina por alguma transgressão imperdoável (LIEBERMAN; OGAS, 2016).

2. Referencial Teórico

Essa situação se modificou após as transformações ocorridas no século XVIII, com o advento do Iluminismo, a Revolução Industrial e a Revolução Francesa, que alteraram o cenário tecnológico, científico, econômico, social e moral. Neste cenário, a loucura perde seu caráter de misticismo e começa a ser entendida como uma doença, dando “início ao processo de medicalização do espaço hospitalar, que se transforma numa instituição terapêutica, lugar privilegiado de produção e exercício do saber médico (FOUCAULT, 2000 apud VIECELI, 2014, p. 53).

De acordo com Lieberman e Ogas (2016) o francês Philippe Pinel foi o responsável por transformar os hospícios de prisões em instituições terapêuticas (manicômios), dando origem, indiretamente, a uma categoria profissional de psiquiatras, sendo por isso considerado o pai da Psiquiatria.

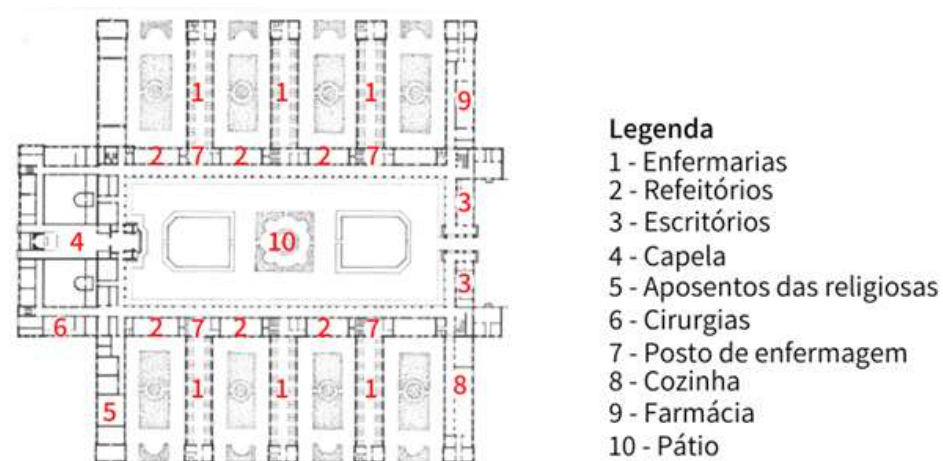
Nesse mesmo período, buscava-se uma nova concepção espacial para o hospital renascentista, visto a crescente proliferação de doenças e a alta mortalidade causada pela insalubridade dos ambientes ambulatoriais. Essa nova estruturação dos serviços hospitalares, Figura 6, seguiu as orientações do médico Jacques-René Tenon, que propôs uma composição “através de pequenas unidades funcionais organizadas a partir de eixos de circulação, tendo como base as relações entre fluxos e usos” (VIECELI, 2014, p.59).

Tratava-se da tipologia pavilhonar, constituída de pavilhões paralelos e independentes, interligados por galerias, que permitiria o uso de dispositivos tanto disciplinares como climáticos, tornando o espaço eficaz, útil e com um caráter positivo (VIECELI,2014). Segundo o autor:

A estruturação do espaço do tipo pavilhonar surgida no século XVIII era baseada nas exigências de salubridade ambiental (espaços naturalmente bem ventilados e iluminados), nas necessidades funcionais de suas atividades (de fluxos, dimensões, e supervisão dos enfermos) e na articulação desses espaços por meio de uma circulação ou sistema de circulações. O hospital pavilhonar foi o tipo consagrado como aquele que se ajusta a esses requisitos, na medida em que o pavilhão, como edifício independente e de laterais livres, permite obter ventilação cruzada e iluminação natural. Assim, resolve-se o que era tido como maior produtor de insalubridade hospitalar: a estagnação do ar e a umidade. (VIECELI, 2014, p.59)

A partir desse momento, de acordo com Vieceleli (2014) a tipologia pavilhonar foi considerada ideal para os espaços hospitalares e, foi incorporada também ao manicômio, que nesse instante se separa do hospital e torna-se uma estrutura dedicada ao tratamento exclusivo dos doentes mentais, sob a perspectiva de um espaço terapêutico, influenciada pelos ideais de Pinel, que acreditava que se fosse administrado corretamente, o próprio espaço institucional poderia ter efeitos benéficos para os pacientes.

Figura 6 – Planta baixa do Hospital Lariboisière de Paris



Fonte: Adaptado de Researchgate (2022)

Retomando a linha do tempo, tem-se que o manicômio se distingue dos leprosários e hospícios (edificações adaptadas para abrigar e enclausurar o indivíduo louco) pois é um edifício específico ao tratamento dos doentes mentais, sob a perspectiva de um espaço terapêutico.

Pinel, promoveu uma reorganização do manicômio ao implementar uma separação dos pacientes, segundo a semelhança dos sintomas que apresentavam, a fim de facilitar a observação e o tratamento dos internos. Com isso, promoveu um local para classificação e diagnóstico das patologias das doenças mentais e, conseqüentemente, a sua documentação (NOGUEIRA, 2001).

Além disso, o manicômio como um local terapêutico de Pinel, adquiriu uma qualidade ambiental com pontos aplicados à salubridade do espaço, tornando-os “amplos, arejados, onde tanto os pacientes como os funcionários, podem circular com mais liberdade” (NOGUEIRA,2001, p.48).

2. Referencial Teórico

É importante ressaltar, que nesse momento estavam em curso na sociedade, dois tipos de pensamento acerca da loucura: a teoria moral e a teoria organicista. A teoria moral era embasada nas mudanças que a revolução industrial trouxe na vida em sociedade, causando desvios da racionalidade, que poderiam ser corrigidos pela experiência em um local adequado, que propiciasse o encontro do paciente com suas emoções e percepções. Esse local constituía o manicômio, que representava nessa visão parte essencial do tratamento dos pacientes. Já a teoria organicista, estava embasada na ciência e citava que a loucura era decorrente de uma lesão em um órgão, portanto a concepção do espaço se enquadrava em um plano secundário do tratamento de um doente mental (NOGUEIRA, 2001).

No entanto, de acordo com Nogueira (2001) a corrente organicista ganhou força, fazendo com que o manicômio, tido de forma terapêutica, perdesse o seu lugar como instrumento de cura e passasse a ser apenas um local de contenção dos doentes mentais, à mercê dos tratamentos impostos pelo médico alienista. Segundo Lieberman e Ogas (2016) o termo alienista foi primeiro nome comum do psiquiatra e deu-se pela localização rural dos manicômios, que estavam distantes e alienados do centro urbano.

Nesse contexto, dos anos de 1800 a 1950, primeiro século e meio da psiquiatria, o único tratamento efetivo para as doenças mentais graves era a internação, o que causava uma sensação difusa de desespero entre os psiquiatras da época. E em contrapartida, o número de pacientes nos manicômios só aumentou durante esses anos, ocasionando uma superlotação dos internos, restando aos médicos a única esperança de tentar manter os pacientes seguros, alimentados e livre de sofrimentos, enquanto buscavam um tratamento eficaz para as doenças mentais. Levados pelo desespero em solucionar os sintomas da doença mental, alguns psiquiatras propuseram tratamentos ousados que hoje provocam um sentimento de repulsa e remetem à uma imagem sombria que a sociedade tem da psiquiatria e, conseqüentemente dos espaços psiquiátricos (LIEBERMAN; OGAS, 2016).

Desses tratamentos, temos dois que foram premiados pelo comitê do Nobel: a terapia pela febre (infecção por malária) e a lobotomia (retirada de uma parte do cérebro), o que “ressalta o desejo desesperado por qualquer forma de tratamento psiquiátrico” da época (LIEBERMAN; OGAS, 2016, p.157).

As críticas da população com os horrores cometidos nesse espaço se agravaram ao fim da Segunda Guerra Mundial, quando os manicômios foram comparados aos campos de concentração nazista e “a intolerância a qualquer tipo de violência ou desrespeito aos direitos humanos levou ao surgimento do movimento pela Reforma Psiquiátrica” (AMARANTE, 1998 apud ALMEIDA, 2021, p.20).

Uma década depois surge o movimento de Antipsiquiatria, que previa: “A defesa da desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos; a transformação da relação entre os funcionários e os pacientes[...] e a experimentação de espaços alternativos, como comunidades terapêuticas e grupos de apartamentos”, onde os pacientes poderiam viver sozinhos ou com acompanhamento técnico (ALMEIDA, 2021, p.21).

Com isso, a partir dos anos de 1980, ocorreu um significativo esvaziamento dos manicômios nos Estados Unidos e na Europa, proveniente da reforma psiquiátrica promovida na Itália, que influenciou os demais países, assim como o Brasil. Dessa forma, chega-se ao cenário em que vivemos, no qual os doentes mentais vivem em suas comunidades, sob o cuidado de seus familiares, e possuem o apoio de pequenas unidades psiquiátricas, em casos mais graves (ALMEIDA, 2021).

No Brasil, o movimento antimanicomial resultou na criação da lei 10.216 promulgada em 2001, que prevê um redirecionamento do modelo assistencial, baseado nas instituições asilares (manicômio) para instituições extra-hospitalares, a fim do indivíduo ser reintegrado ao convívio em sociedade. Também dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, garantindo que a internação só será realizada em casos graves de sofrimento mental e, os tratamentos adotados, sempre visam a reinserção do paciente na sociedade (ABP, 2014).

Os principais equipamentos substitutivos ao modelo asilar, aplicados após a reforma psiquiátrica, são os: CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, Hospital Dia, Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral e os Lares abrigados.

Quadro 1 – Classificação dos CAPS pelo Ministério da Saúde

TIPO	FUNÇÃO	TIPO
CAPS I	Atendimentos 8 horas/dia para todas faixas etárias	Acima de 15 mil hab.
CAPS II	Atendimento 8 horas/dia para todas faixas etárias	Acima de 70 mil hab.
CAPS III	Atendimento 24 horas, com 8 unidades de acolhimento (internação provisória)	Acima de 150 mil hab.
CAPS AD	Para indivíduos usuários de drogas e álcool	Acima de 70 mil hab.
CAPS i	Para crianças e adolescentes	Acima de 70 mil hab.

Fonte: Autor (2022)

2. Referencial Teórico

O Hospital Dia consiste em um equipamento intermediário entre a internação e o ambulatório, visando a substituição da internação integral. É indicado para pacientes com dificuldades de reinserção social, readaptação sócio familiar e/ou laboral, bem como dificuldade de elaborar rotinas ou na vida pessoal. Com isso, a instituição é composta por uma equipe multidisciplinar que desenvolve programas de cuidados intensivos, durante cinco dias da semana, com carga horária de 8 horas para cada paciente. Quanto ao programa arquitetônico, deverá possuir estrutura física própria e independente do hospital geral, contando com salas de trabalho em grupo, refeitório, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

As unidades psiquiátricas em hospitais gerais – UPHG, consistem em leitos em setores estruturados para atendimento psiquiátrico, a fim de substituir as internações prolongadas em instituições exclusivamente psiquiátricas e manter o paciente em seu ambiente comunitário. Porém, possuem como principal dificuldade a indisponibilidade espacial nos hospitais gerais, que trabalham em seu limite de capacidade, não dispendo de espaço físico para implantação desse setor. Quanto ao programa de necessidades, tem-se que:

A sua localização em pavimentos térreos, poderia minimizar as tentativas de suicídio e também facilitar a circulação dos pacientes, que se deslocam com frequência para atividades físicas e passeios [...] o ambiente deve favorecer a orientação dos pacientes no que se refere ao tempo e ao espaço, contando com relógios, calendários, espelhos e quadros indicativos da rotina de atividades; os móveis devem ser simples, resistentes e aconchegantes, devendo ser evitados objetos cortantes; devem ser previstas salas para terapia ocupacional, salas de estar com TV e som, refeitório, salas para consultas individuais e em grupo [...] (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1993 apud FONTES, 2003, p.54).

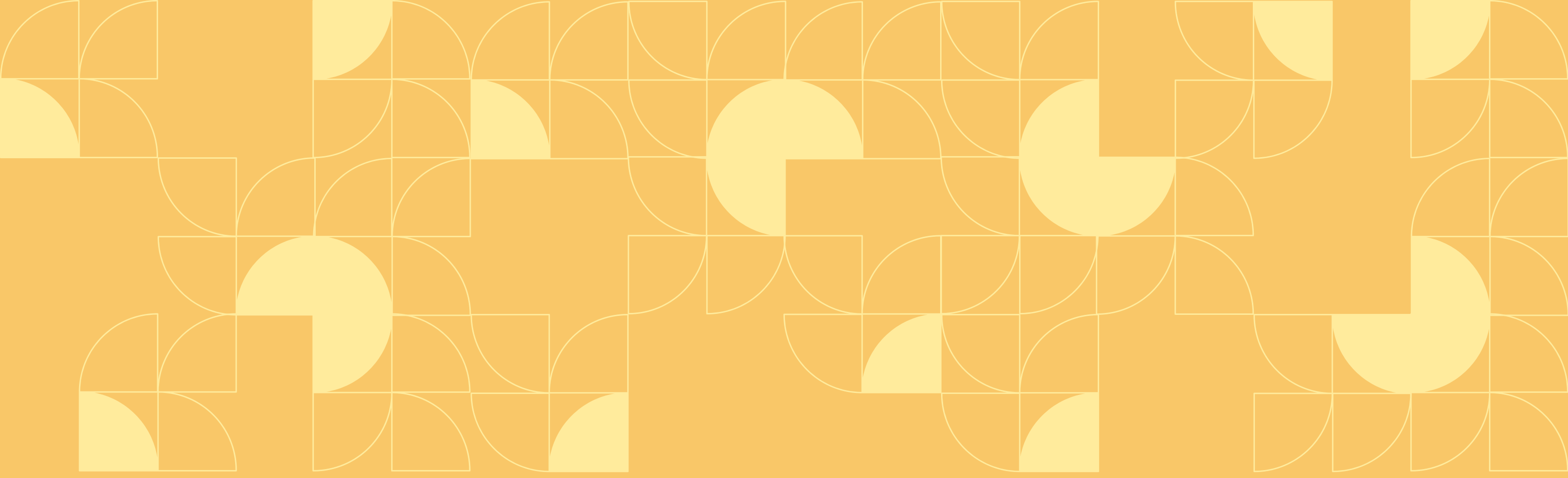
Os Lares Abrigados compreendem equipamentos utilizados para solucionar a questão de moradias de pacientes crônicos, que não possuem vínculos familiares e por isso são os indivíduos com maior tempo de internação nas instituições psiquiátricas. Com isso, os lares abrigados configuram em um processo de desinstitucionalização e reabilitação social, um modelo praticado em vários países do mundo. (KAUFFMAN; SILVA, 2000 apud FONTES, 2003). Eles vêm sendo aplicados em duas modalidades: Unidades de acolhimento – UA e Serviço de Residência Terapêutica – SRT.

As UAs são destinadas às pessoas com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, com caráter de atenção residencial transitória. Este equipamento oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento vinte e quatro horas e acompanhamento terapêutico e protetivo por um período de permanência de até seis meses. São divididas em: unidade de acolhimento adulto para pacientes maiores de dezoito anos e, unidade de acolhimento infanto-juvenil para adolescentes e jovens, com doze a dezoito anos incompletos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em relação ao seu programa arquitetônico, possuem configuração mínima de seus ambientes em: salas de acolhimento para familiares e visitantes, quartos coletivos com até quatro vagas por dormitório, sanitários acessíveis, refeitório, cozinha, lavanderia, sala de tv, sala administrativa e almoxarifado. Quanto a capacidade de ocupação, fica definida em: dez a quinze vagas para as unidades de acolhimento adulto e, dez vagas para as unidades infanto-juvenil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Já os SRTs consistem na ocupação de moradias inseridas na comunidade, por pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ininterruptos), egressos de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. São divididos em duas modalidades: SRT I para pessoas em processo de desinstitucionalização e capacidade máxima de até oito moradores e, o SRT II para pessoas com acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes, e com capacidade para até dez moradores. A questão espacial envolve o seguinte programa de necessidades: cômodos adequados para receber até três pessoas por dormitório, quartos com camas e armários, sala de estar mobiliada, copa e cozinha com todos os equipamentos domésticos para a realização das atividades pelos moradores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).





03

MATERIAIS & MÉTODOS.....



3. MATERIAIS E MÉTODOS

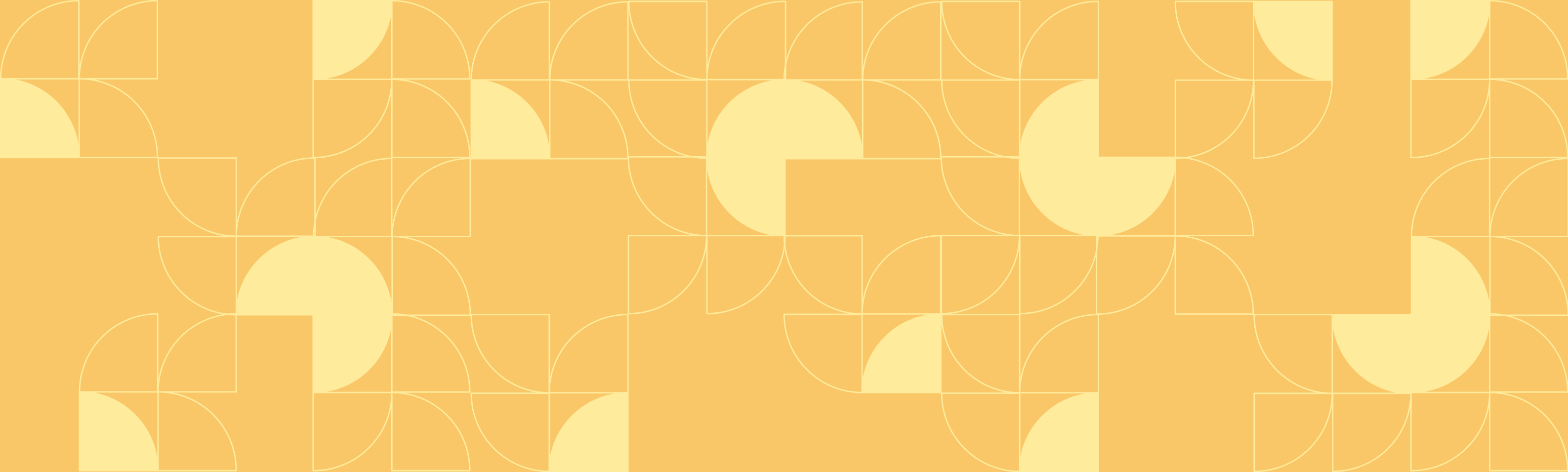
De acordo com Gil (2018) a metodologia abordada no trabalho consistiu em uma pesquisa aplicada de caráter exploratório, pois trata-se de um aprofundamento de um tema pouco explorado sob a ótica da arquitetura; de abordagem qualitativa por utilizar métodos de coleta baseados em pesquisa bibliográfica, documental, estudos de caso e observação.

Tem-se como área de implantação o município de Vilhena/RO, para o qual estudou-se a melhoria da rede de saúde mental, com a premissa de análise dos ambientes voltados à atenção psicossocial (indivíduos com transtornos mentais e emocionais), excluindo dados específicos aos tratamentos, que não impactem com a arquitetura e, levantando técnicas/práticas que possam influenciar na qualidade de vida e conforto do público em geral.

Para isso, utilizou-se de revisão bibliográfica através de levantamento em livros, plataformas virtuais (artigos, teses e dissertações), documentários e palestras. Em complemento, foi realizado um levantamento documental das legislações pertinentes à saúde mental; estudos de casos de edificações com usos similares a proposta, a fim de compreender as necessidades e os usos dos espaços psiquiátricos.

Por fim, foi realizada o desenvolvimento do anteprojeto do Centro de Atenção Integrado a Saúde Mental - CAISM, como proposta de equipamento complementar a rede de saúde no município de Vilhena/RO. Para isso, foram realizados estudos do terreno, das vias e do zoneamento local, assim como os desenhos desenvolvidos para compreensão da proposta.





04

REFERÊNCIAS PROJETUAIS.....



4. REFERÊNCIAS PROJETUAIS

No contexto contemporâneo, há muitos modelos arquitetônicos voltados a atenção da saúde mental e aos tratamentos dos transtornos mentais e emocionais. Assim, foram selecionadas três obras para estudo de caso, apresentadas a seguir.

4.1 CENTRO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Figura 7 - Fachada Frontal do Centro de Reabilitação



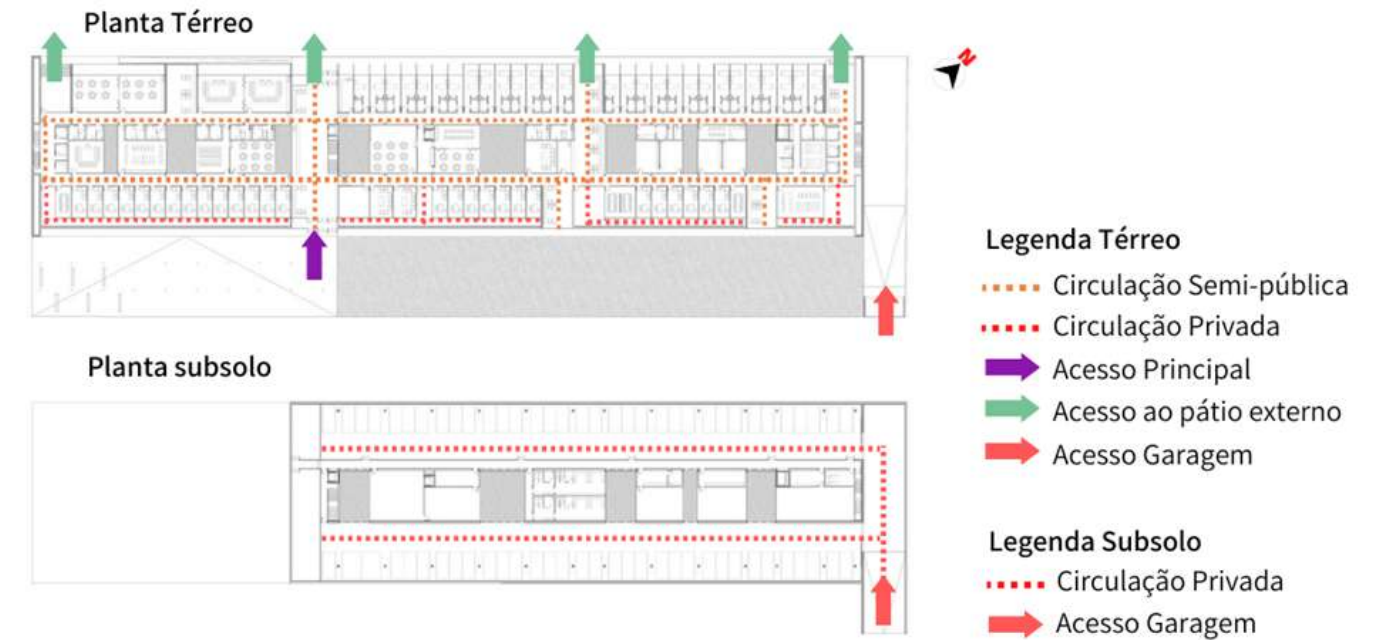
Fonte - Archdaily (2014)

A primeira, refere-se ao centro de reabilitação psicossocial, localizado em San Juan de Alicante na Espanha, projetado pelo escritório de arquitetura Otxotorena Arquitectos, construído no ano de 2014, com uma área total de 16.657 metros quadrados. O projeto consistiu na premissa de abrigar em um mesmo edifício: residências para pessoas com transtornos mentais que não necessitam de hospitalização (50 indivíduos) e um centro diurno para pessoas com transtornos mentais graves (25 indivíduos).

O edifício teve sua implantação em um terreno de esquina, no qual optou-se pelo único acesso se dar pela via com menor fluxo viário. Não houve a utilização de cercamentos/muros no acesso principal, fazendo com que a ausência desses elementos proporcionasse um visual limpo e convidativo, se distanciando do estigma social de aprisionamento desses espaços.

A forma empregada consistiu em um pavilhão retangular, Figura 8, com um acesso principal na fachada frontal e um acesso de veículos para uma garagem no subsolo. O acesso principal liga a recepção que distribui os demais fluxos por corredores internos da instituição, divididos em circulação semi-pública (pacientes) e privada (trabalhadores).

Figura 8 - Acessos e fluxos do Centro de Reabilitação



Fonte - Adaptado de Archdaily (2014)

O zoneamento dos espaços, Figura 9, compreende as necessidades de uso do centro de reabilitação, contendo dormitórios para atender os pacientes internos, ambientes de atividade/oficina, áreas de serviço/técnica e alguns jardins, utilizados para iluminação interna.

Figura 9 - Zoneamento de Atividades do Centro de Reabilitação



Fonte - Adaptado de Archdaily (2014)

4. REFERÊNCIAS PROJETUAIS

O motivo de escolha dessa referência deu-se por compreender um espaço simultâneo de tratamento e internamento; concepção formal em baixo gabarito o que confere uma maior segurança e acessibilidade dos espaços; ausência de grades entre a rua e a edificação, o que conferiu uma maior integração do meio externo com a edificação e o uso de brises móveis, como um elemento de promoção de conforto ambiental e de privacidade dos ambientes internos.

4.2 CENTRO PSICOPEDAGÓGICO

Figura 10 - Fachada Frontal do Centro Psicopedagógico



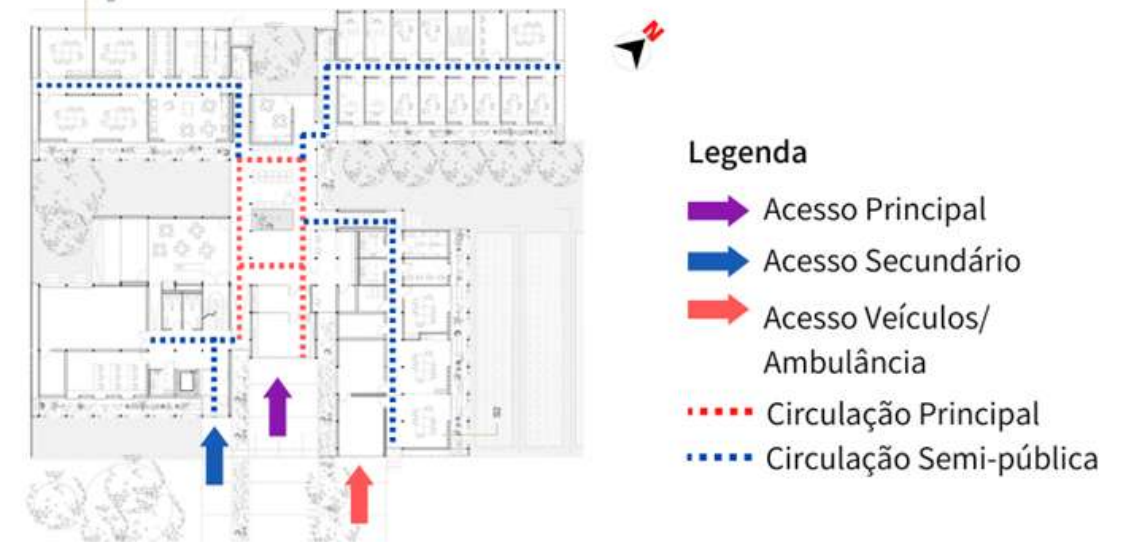
Fonte: Adrià Goula, Archdaily (2015)

O segundo estudo compreende o Centro Psicopedagógico, localizado em Vic na Espanha, projetado pelo escritório de arquitetura Comas-Pont Arquitectos, construído no ano de 2015, com uma área total de 1.657 metros quadrados. O projeto consistiu na premissa de abrigar em um mesmo edifício todos os serviços de reabilitação para pessoas com transtornos mentais (ARCHDAILY, 2015)

O edifício, em consonância a instituição anterior, teve sua implantação em um terreno de esquina, com acessos pela via de menor fluxo viário. Possui um sistema de construção econômico e sustentável energeticamente, com a reprodução de um módulo espacial de 6 metros de largura, em uma escala doméstica e com foco na interação do interior com a vegetação externa.

Em relação aos acessos, Figura 11, possui um total de três, sendo um acesso principal que leva a recepção do edifício, um acesso secundário que leva ao bloco com circulação vertical e um acesso para veículos, que pode ser utilizado por macas hospitalares. O acesso principal leva à recepção e a um pátio distribuidor de fluxos, no qual é possível uma visualização das salas de espera dispostas nos pavilhões, garantindo o controle e supervisão desses espaços pelos funcionários da recepção, o que confere um menor número de funcionários e a segurança do paciente.

Figura 11 - Acessos e fluxos do Centro Psicopedagógico



Fonte - Adaptado de Archdaily (2015)

O zoneamento das atividades, Figura 12, ocorre em uma planta do tipo pavilhonar, que possui quatro pavilhões paralelos ligados a um pavilhão central (distribuidor de fluxos) e formam pátios com vegetações. O pavimento térreo conta com salas para atividades/atendimentos, salas de estar, salas de serviço e áreas externas, nas quais o cultivo da vegetação dos pátios internos e da horta terapêutica, Figura 13, é realizado pelos próprios pacientes.

Figura 12 - Zoneamento de atividades do Centro Psicopedagógico



Fonte - Adaptado de Archdaily (2015)

4. REFERÊNCIAS PROJETAIS

O conforto ambiental e a sustentabilidade da construção, foram critérios essenciais para o desenvolvimento do projeto desse edifício, que possui a categoria “A” na certificação energética. Para isso, contou com a utilização de um sistema energético econômico, Figura 13, modular e de alta eficiência, que permite adaptar a demanda energética de acordo com o clima externo. Isso ocorre, pelo uso da cobertura abobada que é ventilada e conta com câmaras de ar, que são ventiladas no verão e fechadas no inverno, pelo uso de cortinas de PVC, o que gera um efeito de estufa que irradia calor para o interior da edificação (ARCHDAILY, 2015).

Figura 13 – a) Horta Terapêutica; b) Detalhe do Beiral; c) Pátio Interno do Centro Psicopedagógico



Fonte: Adrià Goula, Archdaily (2015)

O motivo de escolha dessa referência, deu-se pela escolha de sua implantação, predominantemente térrea, reforçando o quesito de segurança e acessibilidade do paciente, composta por pavilhões paralelos, que formam pátios internos de interação com a natureza. A sua forma estética também foi um ponto positivo, visto que seu telhado formado por semicírculos, retirou a característica institucional e remeteu a memória de lar, aliado a isso está o uso interno da madeira, material que geralmente é pouco utilizado em ambientes hospitalares, mas que no projeto trouxe uma sensação de aconchego ao quebrar a sobriedade das paredes brancas do entorno. Questões ligadas ao conforto ambiental passivo, também foram pontos positivos da escolha.

4.3 CAPS VILHENA/RO

Por fim, traz-se um estudo de caso local no CAPS de Vilhena/RO, de nível I, Figura 14, localizado na Av. Marechal Rondon, Setor Tancredo Neves, uma avenida de alto fluxo viário, com o terreno alinhado a rotatória da BR 364. A edificação consiste em uma residência que está sendo alugada, na qual foram feitas algumas adaptações de acessibilidade para o uso do espaço.

Figura 14 – a) Situação do CAPS I; b) Fachada do CAPS I; c) Vista do Bloco Externo



Fonte: Autor (2022)

De acordo com as informações obtidas junto ao CAPS I de Vilhena/RO, a instituição atende indivíduos acima de 12 anos de idade com transtornos mentais, emocionais e/ou dependentes químicos, e conta com serviços de atendimento psicológico, consultório psiquiátrico com médicos especializados em saúde mental, orientação do serviço social, sala de acolhimento no qual é realizado o atendimento inicial (triagem), sala de enfermagem para a aplicação dos medicamentos, sala administrativa, cozinha e recepção.

Para receber atendimento no local, Figura 15, o indivíduo tem que estar cadastrado no sistema e agendar previamente a consulta. A demanda por atendimentos é alta, conta com cerca de 15 mil inscritos no sistema de Vilhena/RO, com estimativa de retorno em no mínimo três meses, após a primeira consulta, sendo a capacidade de atendimento limitado a 100 pessoas por semana.

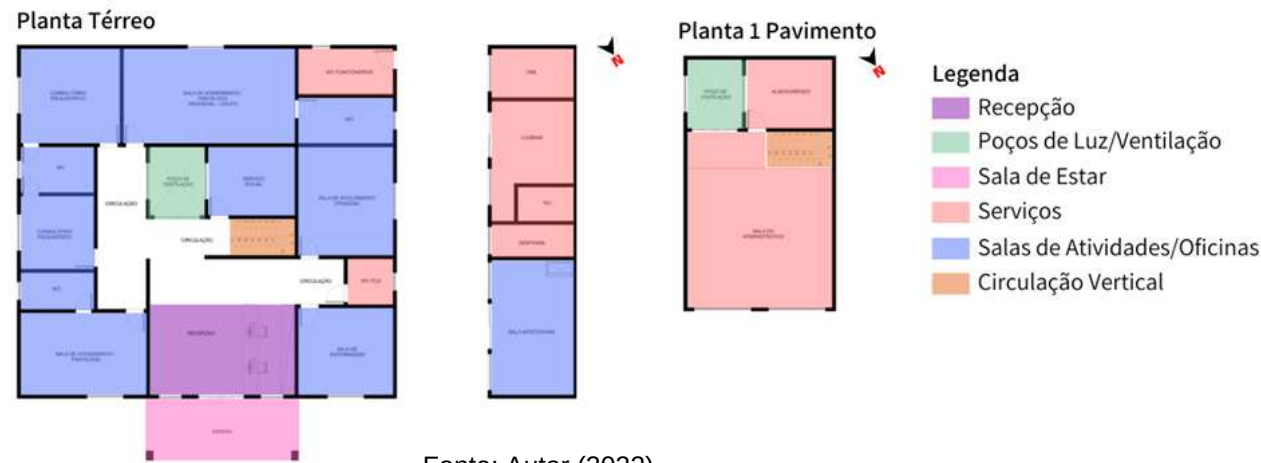
Um ponto observado é que o CAPS, oferece café da manhã e almoço todos os dias e possui pacientes frequentes destes benefícios, dos quais alguns moram sozinhos e encontram na instituição um local de amparo, o que faz com que sejam consideradas quase “institucionalizados”, pois vão ao local diariamente, em busca de refeições, atenção e outros serviços.

Já os pacientes, em estado de surtos psicóticos agressivos e que precisam de internação, são direcionadas para o sistema de saúde do SUS, no qual o CAPS possui a quantidade de seis leitos reservados para esse uso. Essas internações são temporárias, e em casos de necessidade de internações prolongadas, esses indivíduos são redirecionados para o hospital psiquiátrico de Porto Velho. Em relação aos usos dos leitos, de acordo um levantamento fornecido pelo Hospital Regional de Vilhena ao CAPS I de Vilhena/RO, no ano de 2019 ocorreram 235 internações, no ano de 2020 teve 197 internações, no ano de 2021 teve 202 internações e no ano de 2022 até o mês de março tiveram 30 internações.

4. REFERÊNCIAS PROJETOAIS

Em relação aos usos, o CAPS Vilhena/RO, Figura 15, possui seis salas ligadas as atividades de tratamento, sendo elas: duas salas de atendimento individual psiquiátrico, uma sala de atendimento psicológico, uma sala de atendimento coletivo, uma sala de acolhimento (triagem) e uma sala de arteterapia (pinturas e leitura). Para suporte, possui também uma sala de serviço social e uma sala de enfermagem, destinada a aplicação dos medicamentos nos pacientes, está última com pouca estrutura, possuindo uma mesa para a enfermeira e uma cadeira para o paciente. Possui também os setores de serviço da cozinha, almoxarifados, depósito de materiais de limpeza - DML, sanitários e a sala administrativa, esta última localizada no primeiro andar da residência.

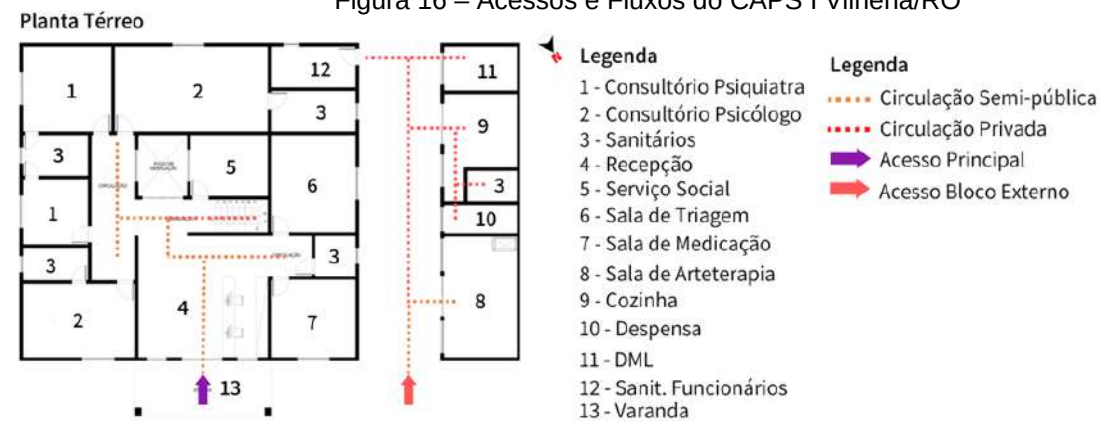
Figura 15 – Setorização CAPS I Vilhena/RO



Fonte: Autor (2022)

A circulação, Figura 19, é dividida em semipública (pacientes) e privada (exclusiva aos funcionários). O acesso principal acontece pela recepção, no qual o indivíduo é redirecionado para algum consultório de atendimento. Enquanto, o acesso secundário está relacionado ao bloco externo, no qual ocorre o serviço de cozinha, DML, almoxarifado e uma sala de arteterapia.

Figura 16 – Acessos e Fluxos do CAPS I Vilhena/RO



Fonte: Autor (2022)

A edificação possui muros altos, Figura 18, não havendo uma integração com o espaço urbano. Possui poucos locais de espera (cadeiras) e estes ficam localizados na parte externa da edificação: na varanda de entrada ou debaixo das árvores do Jardim terapêutico, que fica inutilizado em tempos chuvosos. Tal decisão, está relacionada a acústica do espaço, que em momentos de aglomerações interfere nos atendimentos dos consultórios.

Figura 17 – a) Entrada; b) Espera no Jardim; c) Espera na Varanda; d) Sala de Atendimento

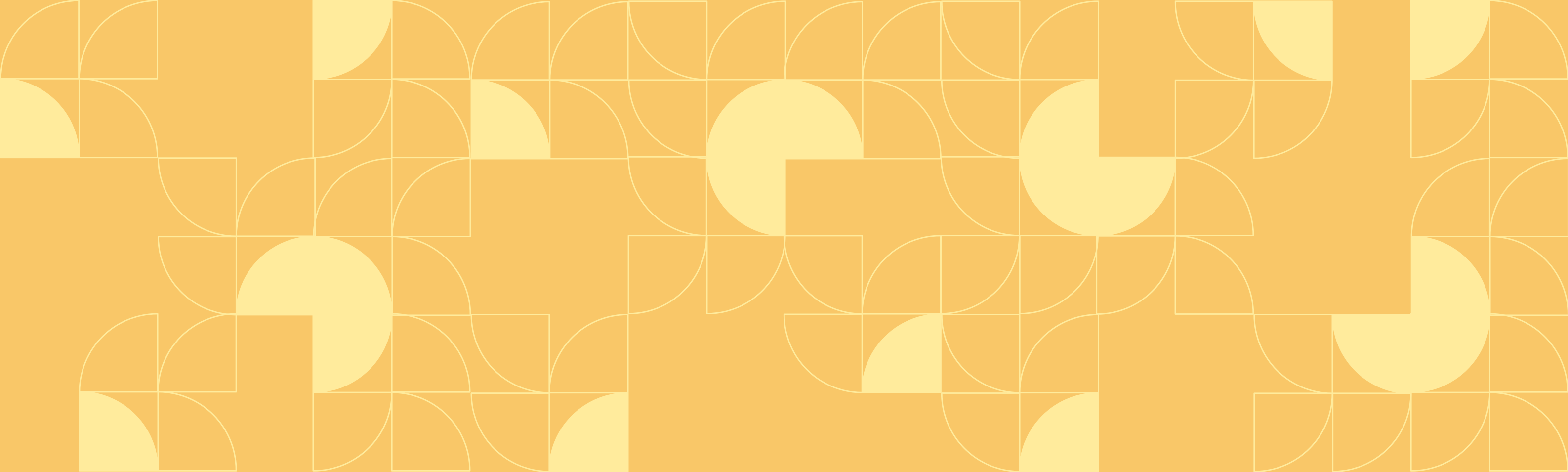


Fonte: Autor (2022)

Diante isso, uma das demandas percebidas é a necessidade de espaço, tanto para a espera dos pacientes, quanto para as salas de atendimentos, que ficam limitada atualmente a três salas para consultório psiquiátrico, sendo uma delas com possibilidade de ser individual e/ou coletivo, e uma sala para atendimento psicológico. Bem como espaços para convívio e interação entres os usuários do serviço.

Outro ponto observado, é a falta de estrutura do espaço, Figura 17, no qual pode ser notado o uso de mobiliários desconfortáveis, falta de equipamentos eletrônicos (computadores e impressoras) o que acarreta um atraso nas expedições dos laudos médicos, ambientes com cores sóbrias, trazendo uma frieza ao local nos quais foram colados alguns adesivos coloridos a fim de promover um conforto visual e estético no ambiente. Também há ausência de alguns pontos de acessibilidade, como o uso de piso tátil direcional.

A parte externa também possui pouca estrutura, possuindo apenas calçamento na direção do portão de entrada, enquanto o restante fica no solo bruto, com poeira, sem o uso de vegetações e sem demarcação das vagas de estacionamento, o que confere uma imagem de abandono à instituição.



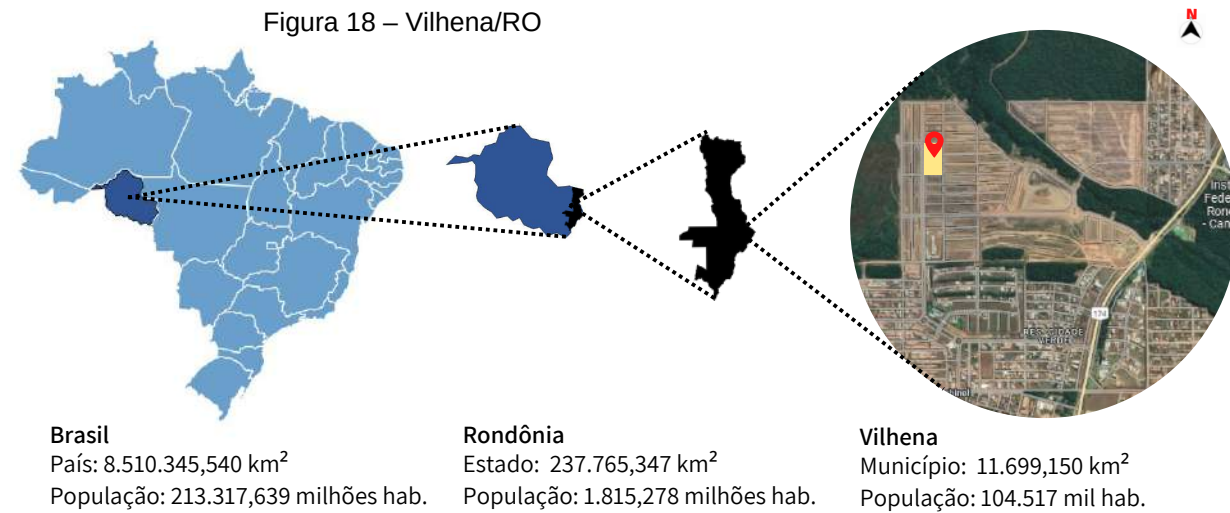
05

ESTUDOS PRELIMINARES.....



5.1 O TERRENO

Caracterizando a área de estudo para uma proposta arquitetônica que atenda às necessidades da rede de saúde mental de Vilhena/RO, Figura 18.



Fonte: Adaptado do Google Maps (2022)

A escolha da área de implantação da proposta arquitetônica levou em consideração os terrenos públicos disponíveis no município, dentro os quais analisou-se um local que pudesse seguir as seguintes premissas: fácil acesso, infraestrutura urbana existente, distante de áreas industriais e serviços pesados. Além disso, também se levou em consideração uma possível desvalorização econômica da área, devido a tipologia arquitetônica e o estigma social da instituição.

Então, como forma de diminuir esses efeitos negativos, procurou-se por áreas sem vulnerabilidade social. Com isso, temos um terreno localizado no bairro Cidade Verde 4, situado em uma área de expansão da cidade e como pode ser visto na Figura 19, dividira o atendimento da rede de saúde mental em dois setores, absorvendo uma área não abrangida pelo CAPS I de Vilhena/RO.

Figura 19 – Recorte do mapa de Vilhena/RO

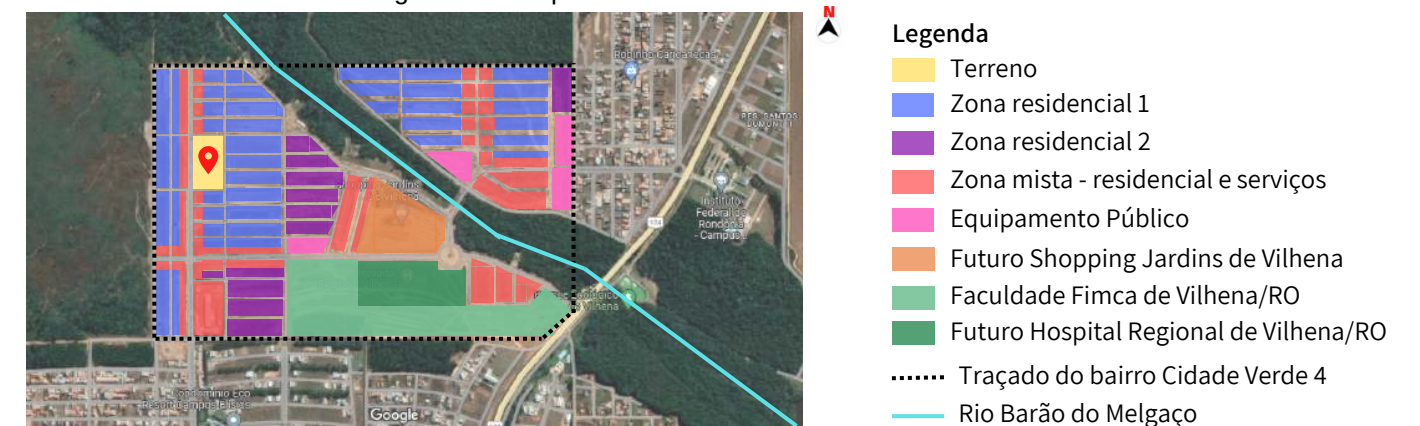


Fonte: Adaptado do Google Maps (2022)

Outros fatores que contribuíram para a escolha do local do projeto deu-se pela sua localização em relação aos demais equipamentos públicos de saúde na cidade, como: estar próximo do segundo hospital regional de Vilhena/RO, estar em uma região residencial com infraestrutura pública (iluminação, asfalto e rede de esgoto), ter facilidade de acesso pela BR 174 e demais vias arteriais, possuir baixo tráfego viário nas ruas paralelas ao terreno e tamanho adequado para o desenvolvimento de um partido arquitetônico de baixo gabarito.

O uso do solo, Figura 20, é caracterizado pelas áreas de: Zona residencial 1, com uso exclusivo residencial e com perfil de lotes com testada mínima de oito metros; Zona residencial 2, também com uso exclusivo residencial, porém com lotes de testadas mínimas com variação entre dez e doze metros; Zona mista, com uso residencial e comercial, de forma simultânea; Equipamentos públicos, para as áreas institucionais (VILHENA, 2020). Também, há a localização das edificações de grande porte: o Shopping Jardins de Vilhena, o segundo Hospital Regional e a Faculdade Integrada Aparício Carvalho – FIMCA.

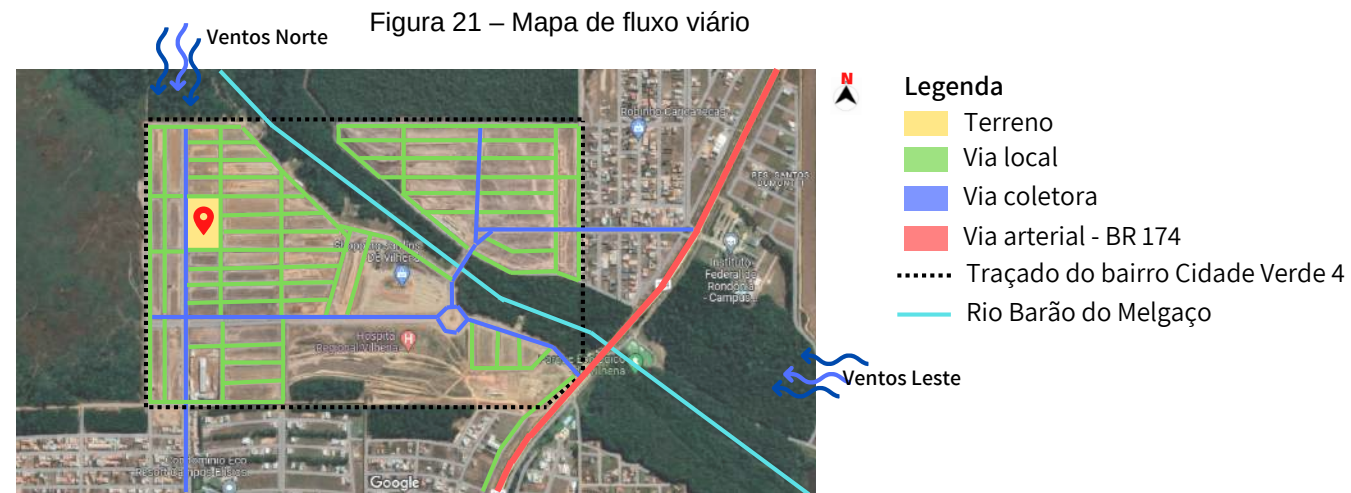
Figura 20 – Mapa de uso do solo



Fonte: Adaptado do Google Maps (2022)

O fluxo viário, Figura 21, da área é composto por: vias locais, com fluxo predominante dos moradores locais; vias coletoras, com função de distribuição dos fluxos, e as vias arteriais, que realizam as conexões entre as regiões da cidade. Em relação aos fluxos viários do local da proposta, o acesso frontal ocorre pela via coletora, enquanto as laterais do lote possuem fluxos de vias locais. Um ponto observado de limitação de fluxo viário, ocorre pela presença do rio Barão do Melgaço, que divide o bairro Cidade Verde 4 em dois setores, dos quais um dos setores possui a circulação interna fixada pelo uso de uma ponte.

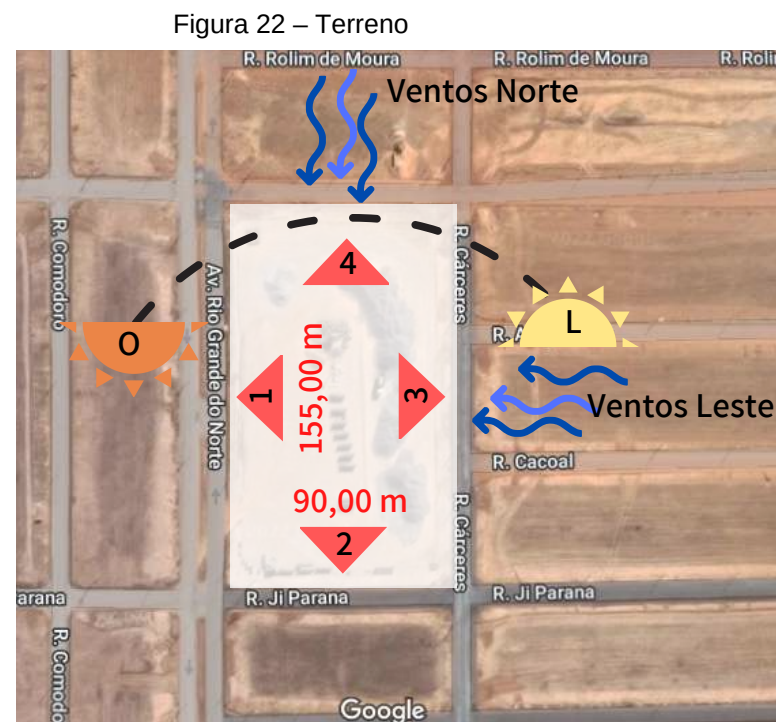
5.1 O TERRENO



Fonte: Adaptado do Google Maps (2022)

Em relação a caracterização do terreno, temos as seguintes condicionantes: o local compreende um total de uma quadra, com lados de 90x155 metros e área total de 13.950,00 metros quadrados. Possui uma topografia predominantemente plana e ausência de vegetações existentes no lote.

Tem como condicionantes legais, o emprego de recuos frontais mínimos de 3 metros, afastamento lateral e fundos de 1,50 metros e recuos laterais em lotes de esquina de 2,50 metros. A taxa de ocupação mínima para serviços é de 18% e máxima de 90%, com coeficiente de aproveitamento de 5 e número máximo de 6 pavimentos.



Fonte: Adaptado do Google Maps (2022)



Já as construções deveram seguir os padrões urbanísticos: construções obrigatoriamente em alvenaria ou pré-moldada, cercamento de muros em alvenaria rebocada ou gradil, uso de telhas de fibrocimento somente em telhados de platibanda e a garantia de acessibilidade de calçadas públicas (VILHENA, 2020).

Em relação ao entorno, existem poucas construções, devido o bairro ter sido inaugurado a pouco tempo. Com isso, as construções existentes até o momento de desenvolvimento deste trabalho eram predominantemente residenciais e de baixo gabarito, com cobertura mista de telhado aparente e platibanda.



Fonte: Autor (2022)



Fonte: Autor (2022)



Fonte: Autor (2022)



Fonte: Autor (2022)

5.2 PROGRAMA DE NECESSIDADES

Para a construção dessa proposta arquitetônica, idealizou-se um Centro de Atenção Integrado a Saúde Mental, no qual seriam reunidos diferentes segmentos da saúde mental (caps, hospital dia, abrigamento e ambulatórios) em único espaço. Quanto aos aspectos relativos da proposta temos o programa de necessidades, Quadro 2, que foi elaborado com base nas sugestões do manual dos CAPS do Ministério da Saúde (2013), para o qual utilizou-se de referência os ambientes de um CAPS nível III e para o qual somaram-se alguns ambientes presentes nos estudos de caso abordados anteriormente. O CAPS III possui um número de atendimentos de 60 pacientes/dia e conta com oito vagas de internação temporária.

Em relação ao dimensionamento dos ambientes, considerou-se abranger 10% das 15 mil pessoas inscritas na rede de saúde mental de Vilhena/RO, chegando à expectativa de atendimentos mensais de 1500 pessoas na instituição, sendo um total de 75 pacientes/dia. Essa quantidade está relacionada aos atendimentos ambulatoriais (consultas e terapia ocupacional).

Para os atendimentos do hospital-dia (acompanhamento diário de 8h) temos um total de 50 vagas/dia, das quais poderá ter pacientes frequentando em modalidades de: todo dia, duas vezes ou três vezes na semana, abrangendo mais pessoas no decorrer da semana. Já a área de abrigamento contará com 16 vagas, sendo constituídas por quartos compartilhados (2 camas). Destaca-se que esta é uma tipologia de acolhimento às pessoas que não necessitam de hospitalização, porém, não possuem auxílio familiar e condições de segurança social para viverem sozinhas.

A construção do programa de necessidades envolveu a separação dos ambientes em setores, de acordo com as atividades executadas no espaço. A recepção compreende o acesso principal à instituição e funciona como um distribuidor de fluxos (elemento observado em um estudo de caso anterior), responsável pela circulação nos demais pavilhões e a promoção da observação constante das salas de espera, como forma de segurança ao paciente.

O setor ambulatorial possui a parte dos ambulatórios e consulta com os profissionais, com uma sala de espera específica aos pacientes desse setor. Possui todos os ambientes relativos ao desenvolvimento dos serviços, assim como um posto de enfermagem e uma sala de medicação/curativos, como forma de facilitar o acesso da aplicação da medicalização.

O setor ocupacional é destinado ao desenvolvimento de terapias ocupacionais, como a pintura, leitura, teatro, dança, entre outros, havendo a necessidade de se compor ambientes flexíveis para adaptação das atividades passadas pelo terapeuta. Também compreenderá os ambientes de recreação externos, como jardins, hortas, ginástica, entre outros.

Quadro 2 – Programa de Necessidades da proposta

QUANT.	AMBIENTE	ÁREA(m ²)	QUANT.	AMBIENTE	ÁREA
SETOR APOIO			TERAPIA OCUPACIONAL		
01	Varanda	36,48	01	Sala Terapeuta	24,60
01	Lavatório/G. Vol.	15,03	01	Sala Terapia 1	35,10
01	Recepção	133,90	01	Sala Terapia 2	35,10
01	Lavatório	4,00	01	Sala Terapia 3	31,20
01	Sanit. Colet. Fem.	19,12	01	Sala Terapia 4	31,20
01	Sanit. Colet. Mas.	19,12	01	Sala Ativ. Corporais	37,15
01	Sanit. PCD Fem.	3,60	01	Depósito	9,20
01	Sanit. PCD Mas.	3,60	01	Refeitório	196,50
01	Deck	27,89	01	Deck	44,20
SETOR CONSULTÓRIOS			SETOR ABRIGAMENTO		
01	Sala Serv. Social	16,17	01	Varanda de Acesso	106,05
01	Sala Psicólogo 1	16,17	01	Posto de enfermagem	38,70
01	Sala Psicólogo 2	23,45	01	Dep. Roupas Sujas	10,63
01	Sala Psicólogo 3	17,33	01	Dep. Roupas Limpas	10,63
01	Sala Psicólogo 4	16,17	01	Dep. Roupas Limpas	10,63
01	Sala de Triagem	16,17	01	Almoxarifado	9,96
01	Sala Coletiva	23,60	01	Lavanderia	14,32
01	Sanit. PCD Mas.	4,00	01	Estendal	25,63
01	Sanit. PCD Fem.	4,00	08	Quarto Duplo	13,60
01	Brinquedoteca	17,43	08	Banheiro PCD	5,28
01	Posto de Enferm.	20,06	01	DML	10,41
01	Área de Espera	20,23	01	Área de Conviv.	77,14
01	Sala Psiquiatria 1	18,90	01	Deck	29,64
01	Rouparia	5,70	01	Jardim Interno	118,58
01	Sala de Tratam. 1	20,25	01	Horta	79,23
01	Sala de Tratam. 2	18,90			
01	Sala de Med. Curat.	18,90			
01	Sala de Utilidades	20,25			
01	Posto Dist. Medicam.	21,86			
01	Farmácia	31,04			
SETOR SERVIÇO			SETOR ADMINISTRATIVO		
01	Dep. Roupas Sujas	9,90	01	Almoxarifado	15,56
01	DML	9,68	01	sala Administrativa	24,00
01	Guarda Vol. Func.	7,50	01	sala Direção	18,40
01	Descanso Func.	16,53	01	sala de Reunião	29,40
01	Vestiário Fem.	17,10	01	Sanit. PCD Masc.	4,00
01	Vestiário Masc.	17,10	01	Sanit. PCD Fem.	4,00
01	Vestiário PCD	5,28			
01	Cozinha	47,70			
01	Sala do Freezer	9,13			
01	Dispensa	9,13			
01	Triagem	9,31			

O setor administrativo é destinado ao uso exclusivo dos funcionários, com áreas para a guarda de produtos (almoxarifado), sala administrativa, sala da direção, sala de reunião e sanitários próprios.

O setor de serviço, compreende os serviços relativos ao refeitório, salas de depósitos de roupas sujas que serão destinadas à lavagem terceirizada (uniformes da enfermaria, roupas de cama), havendo o uso dos ambientes de rouparia para a armazenagem e descarte das roupas utilizadas. Também possui as áreas de vestiário e área de descanso dos profissionais.

Por fim, o setor de abrigamento contará com quartos compartilhados para até duas pessoas, áreas de recreação: salas de estar e jogos; área de refeições; lavanderia para uso dos internos, como forma de estimular a autonomia dos abrigados, mas, também haverá a possibilidade das lavagens de roupas próprias e de cama serem efetuadas pela lavanderia terceirizada, em caso de indivíduos com algum comprometimento físico.

5.3 LEGISLAÇÕES E NORMATIVAS

Para a concepção da proposta arquitetônica, foi realizado um levantamento das legislações e normativas pertinentes à edificação, como forma de direcionamento da concepção espacial.

Dessa forma, as normas consultadas, resultaram no quadro resumo ao lado, sendo elas a a resolução nº 50 da Anvisa que dispõe sobre o regulamento técnico de projetos de estabelecimentos de saúde, visto que a edificação proposta contará com ambientes de aplicação de medicamentos e curativos, sendo necessário seguir as normas de segurança para descarte de lixo hospitalar.

Outra normativa, estudada foi a NBR 9050 que trata sobre a acessibilidade dos espaços, trazendo especificações dos sanitários acessíveis e dimensões mínimas de portas e circulações.

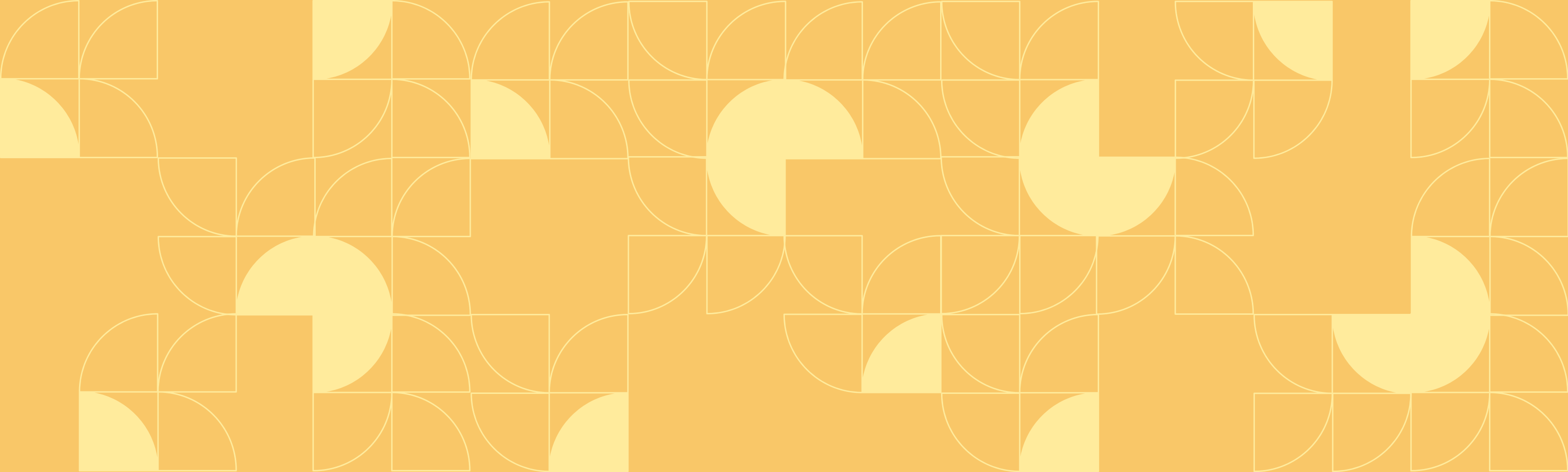
As outras duas legislações, tratam sobre os aspectos da implantação na região do município de Vilhena/RO, ressaltando instruções acerca de taxa de ocupação, recuos, e código de obras do município.

Quadro 3 - Legislações

RDC 50 - ANVISA	<p>Circulações Horizontais</p> <ul style="list-style-type: none"> Mínimo de 1.20 m 2.00 m acima de 11.00 m e tráfego intenso (Não pode ser utilizado como área de espera). <p>Portas</p> <ul style="list-style-type: none"> 0,80x2,10 (vão livre) – até nos sanitários; 1,20x2,10 – passagem de camas e macas; Portas de sanitários devem abrir para fora; barra horizontal a 90 cm do piso; Visores nas portas (enfermarias e quartos de isolamento).
NBR 9050	<ul style="list-style-type: none"> As dimensões do sanitário acessível segue circulação com o giro de 360°, em diâmetro de 1,50m; A área de manobra pode utilizar no máximo 0,10m sob a bacia sanitária e 0,30m sob o lavatório; Quando a porta instalada for do tipo de eixo vertical, deve abrir para o lado externo do sanitário ou boxe e possuir um puxador horizontal no lado interno do ambiente, medindo no mínimo 0,40m de comprimento, afastamento de no máximo 40mm e diâmetro entre 25mm e 35mm; Recomenda-se que a distância máxima a ser percorrida de qualquer ponto da edificação até o sanitário ou banheiro acessível seja de até 50m. Nos boxes comuns, as portas devem ter vão livre mínimo de 0,80m e conter uma área livre com no mínimo 0,60m de diâmetro;
LEI 304 CÓDIGO DE OBRAS VILHENA	<ul style="list-style-type: none"> Em edificações de uso coletivo ou uso público, circulações com largura mínima de 1,50m, salvo quando o cálculo da lotação da edificação indicar maior largura; É vedada a abertura de vãos em paredes construídas sobre as divisas do lote ou a menos de 1,50m;
DECRETO 50.019	<ul style="list-style-type: none"> Para edificações comerciais e de serviços não é necessário recuo frontal ou lateral; Para edificações residenciais: recuo frontal de 3 metros e lateral de 1,50, quando o lote é de esquina o recuo lateral passa a ser de 2,50 metros Taxa de ocupação mínima de 18% e máxima de 90% para edificações comerciais e de serviços.

Fonte: Autor (2022)





06

PROPOSTA ARQUITETÔNICA.....

6.1 CONCEITO E PARTIDO

Alvos de receio e estigma social, os manicômios foram por muito tempo as principais instituições utilizadas para o tratamento dos doentes mentais, um local de práticas que hoje provocam um sentimento de repulsa e remetem à uma imagem sombria que a sociedade tem da psiquiatria e, conseqüentemente dos espaços psiquiátricos.

Portanto, entende-se que haverá desafios na anulação da imagem negativa das instituições de saúde mental, objeto de estudo deste trabalho, e portanto um desafio à arquitetura, que precisa fornecer segurança aos seus usuários e ao mesmo tempo se desvincular das grades e muros altos, elementos simbólicos de encarceramento.

Então, o conceito deste trabalho segue a premissa de ressignificar a imagem da instituição de saúde mental, promovendo um espaço convidativo, confortável e com transparência, a fim de mitigar o medo do desconhecido e conseqüentemente a desconfiança do espaço, tanto dos indivíduos que observam do lado de fora como também dos usuários da instituição.

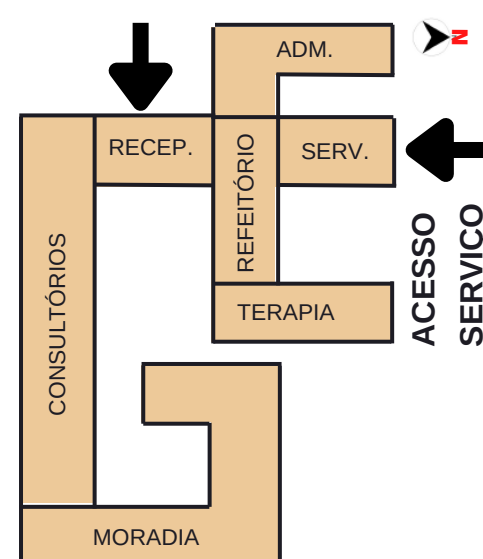
Com base nisso, os elementos do projeto foram pensados para serem desvinculados do encarceramento, gerando fachadas com grandes aberturas e extensas áreas abertas, como o estacionamento e uma praça na lateral das moradias. Nos pontos que necessitaram de fechamento, optou-se por utilizar de cercamentos de tela soldada, a fim de manter a transparência do ambiente. Já na fachada principal, localizada no oeste, a fim de evitar a aproximação de indivíduos nas janelas, os quais poderiam causar algum incômodo na execução das atividades internas, optou-se por colocar um jardim de chuva, que auxiliaria na infiltração das águas pluviais e serviria como uma barreira física. Também foi colocado painéis de tela soldada, fixados aos brises horizontais, para delimitar a aproximação nessas aberturas e manter um nível de privacidade aos usuários.

Em relação a volumetria da edificação, optou-se por desassociar da imagem institucional contemporânea, que é baseada em fachadas com telhado escondido e predominância de linhas retas. Com isso, a volumetria do edifício, conta com a maioria dos telhados aparentes, divididos em uma e duas águas, remetendo a imagem de uma casa, de conforto e segurança, diferente da imagem dos hospitais. Para uma maior dinâmica da fachada, foram alternadas as inclinações dos telhados a fim de gerar movimento.

6.2 ESTUDO DA FORMA

O estudo da forma iniciou pela disposição dos blocos, reunidos de acordo com as funções desenvolvidas em cada ambiente, seguindo a forma pavilhonar, que permite uma maior ventilação e iluminação natural do espaço.

ACESSO PRINCIPAL

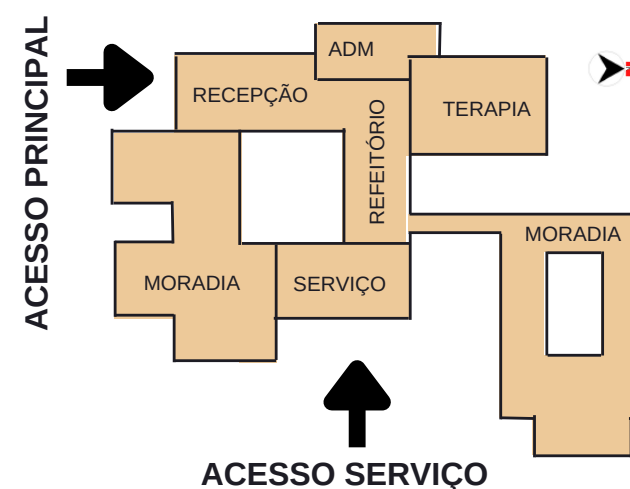
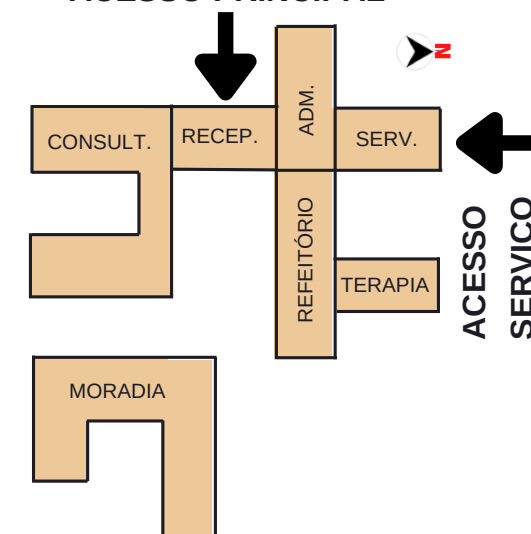


A forma inicial considerou a implantação dos blocos em disposição de pavilhões, de maneira que fossem criados jardins internos.

Nessa proposta inicial considerou-se os consultórios dispostos em único eixo, o que formou um extenso corredor de circulação entre as salas, o qual foi visto como algo negativo pensando na sensação de transição pelo espaço, por estar muito fechado e ser muito extenso.

Então na segunda proposta, o bloco dos consultórios foi dividido em dois pavilhões, o que auxiliou na separação das atividades internas, resultando em um bloco de consultórios psicológicos e um bloco de consultórios psiquiátricos. No entanto nessa segunda forma o bloco de serviço ainda continuava com acesso pela fachada oeste, e pensando sobre as entradas de serviço que também precisariam ocorrer no pavilhão de psiquiatria, optou-se por mover o serviço para a fachada leste da edificação.

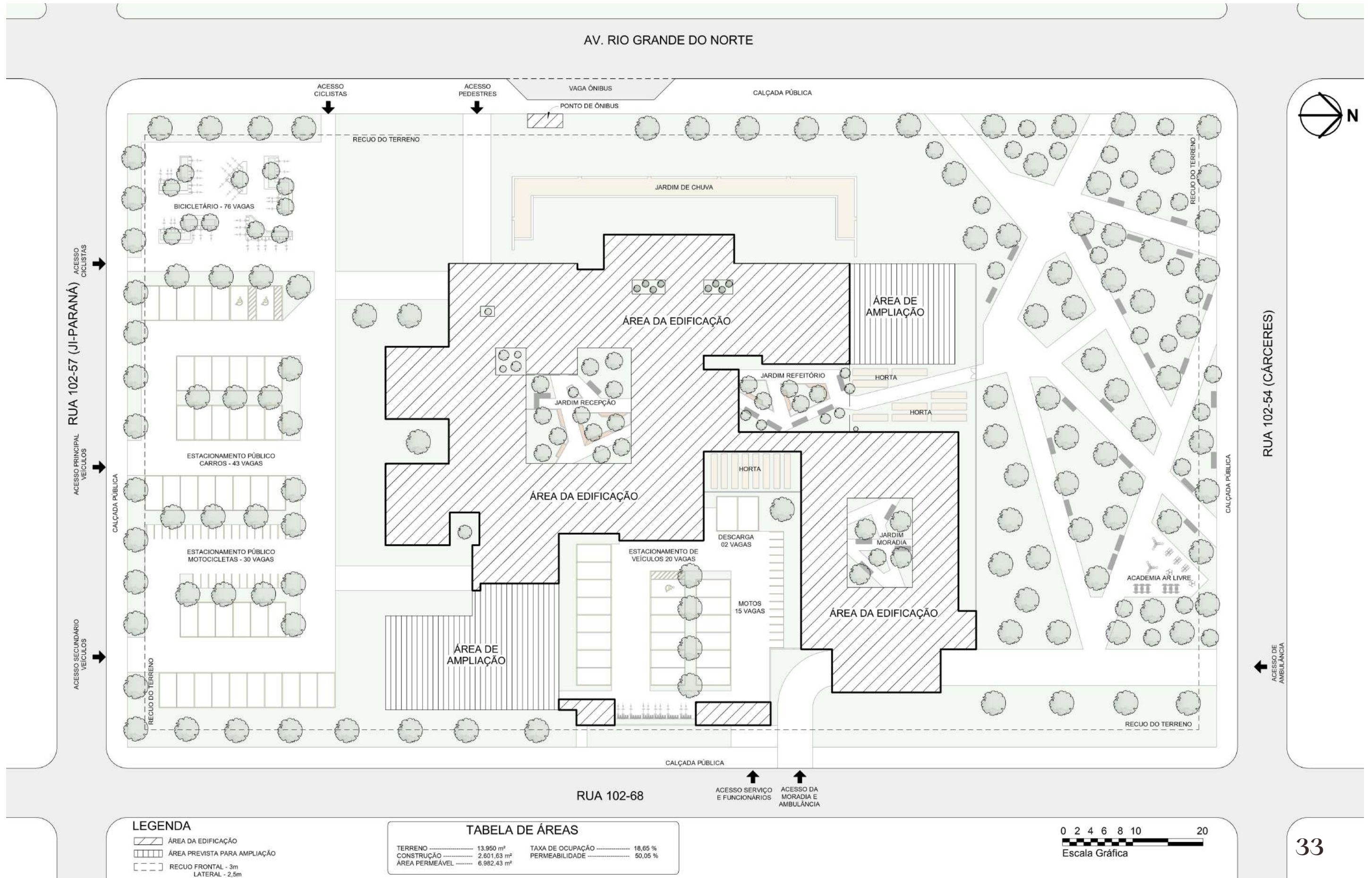
ACESSO PRINCIPAL



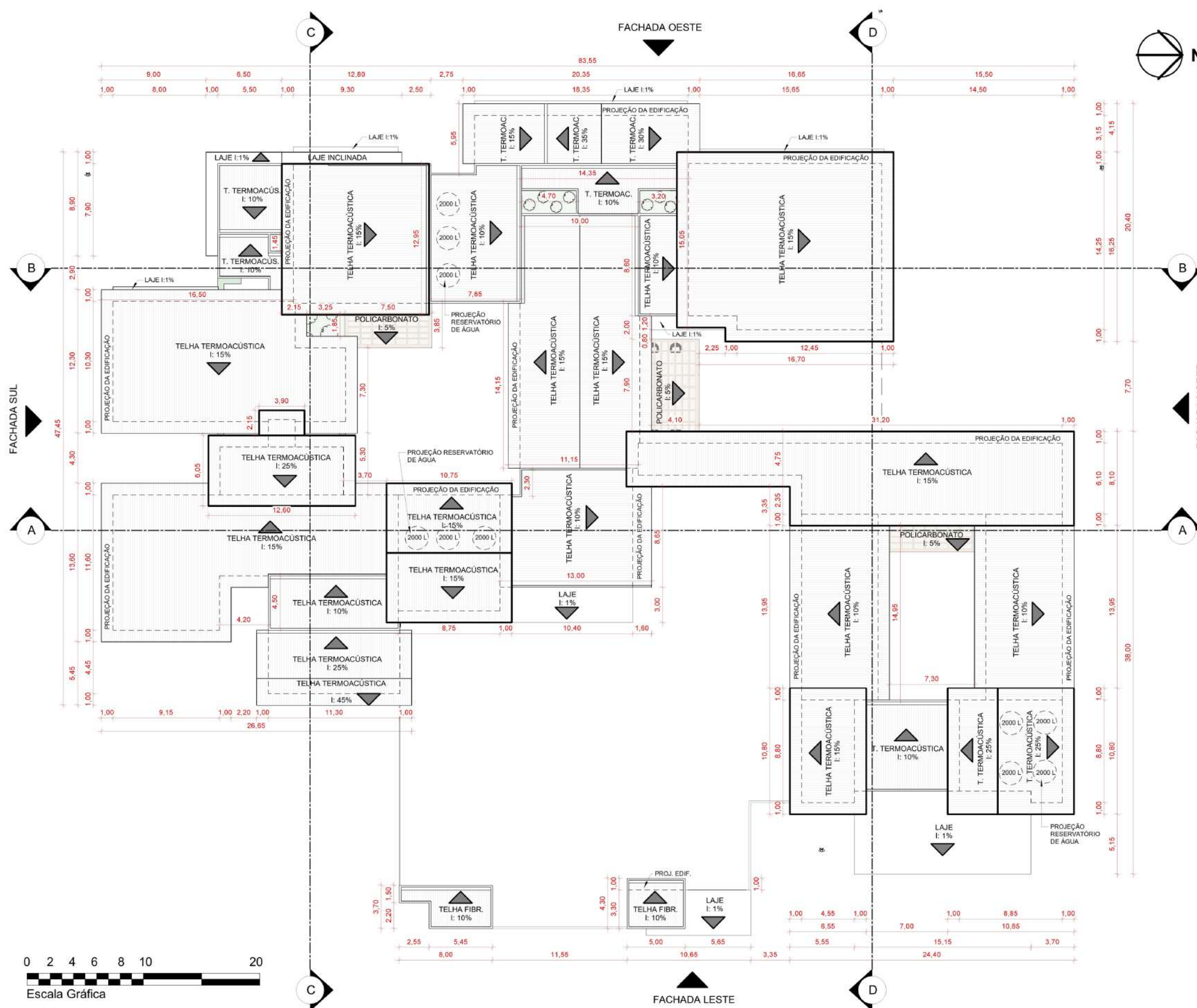
O que resultou na forma final da edificação, mostrado ao lado. Essa mudança também impactou na entrada dos funcionários, que antes passavam pela recepção para ir para os consultórios e agora possuem entrada própria. Também há pontos positivos devido a necessidade de apenas uma guarita, uma vez que a entrada foi reunida em apenas um local. Dessa forma, também temos fachadas mais livres, sem muros e mais transparentes à comunidade.

6.3 PLANTA DE IMPLANTAÇÃO

Como forma de prever um aumento das necessidades dos ambientes da edificação, foram alocados duas áreas para futuras ampliações, mostradas abaixo.



6.4 PLANTA DE COBERTURA



A edificação em sua maioria apresenta telhados aparentes, na reprodução de uma e duas quedas d'água. O tipo de telha proposto foi a telha termoacústica, devido sua leveza, contribuição no conforto ambiental do espaço (térmico e acústico) e também pela possibilidade de variação de inclinações.

Em relação a locação das caixas d'água optou-se por distribuir em três pontos do edifício, sendo eles: juntamente aos banheiros da recepção, nos vestiários localizados no bloco de serviço, este bem próximo da futura ampliação prevista, facilitando a ligação dessa rede futura de água. E o último locado no bloco de moradia, que será no momento o bloco com maior demanda de água, devido a presença de dezesseis moradores em sua lotação máxima.

A guarita e os depósitos de lixo comum e lixo hospitalar utilizaram a telha de fibrocimento.

Em grandes vãos, como as varandas de acesso e os brises, optou-se pela utilização de lajes maciça de concreto.

6.5 PLANTA CHAVE

LEGENDA

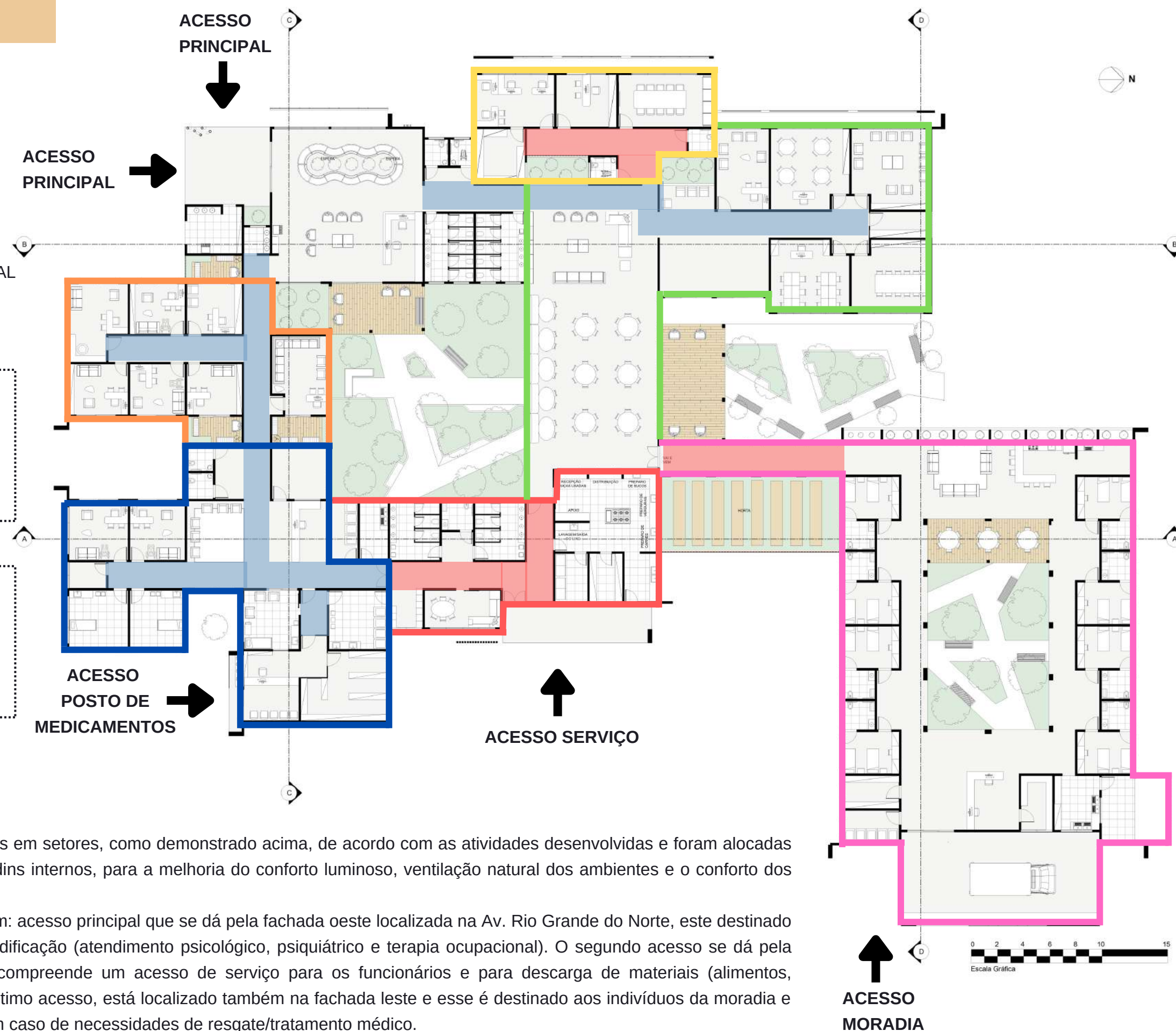
- BLOCO ADMINISTRATIVO
- BLOCO PSICOLOGIA
- BLOCO PSIQUIATRIA
- BLOCO SERVIÇO
- BLOCO TERAPIA OCUPACIONAL (HOSPITAL DIA)
- BLOCO MORADIA

CIRCULAÇÃO SEMI-PÚBLICA

Circulação geral do edifício, pelo qual todos os usuários podem circular.

CIRCULAÇÃO PRIVADA

Destinada somente aos funcionários (cozinha e área administrativa) e aos moradores do bloco de moradia.



Os ambientes da edificação foram agrupadas em setores, como demonstrado acima, de acordo com as atividades desenvolvidas e foram alocadas na forma de pavilhão, a fim da criação de jardins internos, para a melhoria do conforto luminoso, ventilação natural dos ambientes e o conforto dos usuários.

A edificação possui três acessos divididos em: acesso principal que se dá pela fachada oeste localizada na Av. Rio Grande do Norte, este destinado a todos os usuários externos do serviço da edificação (atendimento psicológico, psiquiátrico e terapia ocupacional). O segundo acesso se dá pela fachada leste localizada na Rua 102-68, e compreende um acesso de serviço para os funcionários e para descarga de materiais (alimentos, medicamentos e itens do almoxarifado). E o último acesso, está localizado também na fachada leste e esse é destinado aos indivíduos da moradia e possibilita também o acesso de ambulância em caso de necessidades de resgate/tratamento médico.

6.6 PLANTA LAYOUT – SEÇÃO 1

A entrada principal se dá por uma varanda que acessa a área de recepção e também serve como área de espera externa. Essa é a única forma de acesso para os indivíduos que irão passar pelas consultas psicológicas/psiquiátricas e que receberão atendimento do hospital-dia (terapias). Na recepção buscou-se um local amplo e com grandes aberturas, a fim de se ter iluminação natural e a permeabilidade visual, a fim de que o usuário não se sentisse enclausurado e tivesse a visão de todas as situações ao seu redor, a fim de se evitar desconfiança e receios. Na recepção, também houve a disposição dos mobiliários de uma forma que evitasse o contato visual constante dos usuários e que permitisse que eles pudessem escolher os seus lugares, com maior interação ou mais isolados dos outros usuários, a fim de abranger os usuários com dificuldades de interação social.



Com isso, surgem os jardins internos como uma expansão da recepção e uma forma mais dinâmica de espera, no qual o indivíduo estará em contato direto com a natureza enquanto aguarda o atendimento.



No primeiro pavilhão foram dispostos os consultórios psicológicos, sala de triagem, sala de serviço social e sala coletiva, a fim de deixar esses ambientes mais próximos da recepção por terem atividades de atendimento inicial e atendimento coletivo, a fim de evitar grande trânsito de pessoas no setor abaixo de psiquiatria, o qual já atenderá indivíduos com prognósticos definidos.

PLANTA LAYOUT – SEÇÃO 2

O pavilhão da psiquiatria está logo abaixo da psicologia e ele conta com duas salas de psiquiatria e duas salas destinadas à tratamentos a serem definidos pelos psiquiatras. Também foi inserido uma área de espera destinados aos pacientes que aguardam a aplicação de medicação. A medicação é aplicada na sala de medicação/curativos e é realizada pelo posto de enfermagem que fica na frente da sala. O posto de enfermagem também funciona como um local de supervisão da área de espera, a fim de evitar que os indivíduos fiquem longos momentos sozinhos e garantir a sua segurança (contra atos de agressão do próprio indivíduo). Na frente da espera também foi disposto a visão do jardim externo, a fim de evitar a sensação de enclausuramento do espaço e amenizar a ansiedade dos pacientes.

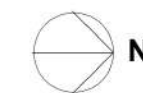
A brinquedoteca foi inserida pensando em indivíduos que vem acompanhados de seus filhos, para que possam passar pelos atendimentos de forma tranquila e possa confidenciar assuntos que não poderiam falar na frente de seus filhos.

Logo abaixo, está o posto de distribuição de medicamentos, que foi situado de forma que pudesse ter acesso direto externo, facilitando a retirada dos medicamentos e evitando a aglomeração interna dos indivíduos. Também houve a implantação da sala de utilidades (armazenagem temporária de resíduos) a fim de abrigar os resíduos com risco biológico de contaminação provenientes da sala de medicação até a retirada para o abrigo externo de lixo hospitalar para a destinação final. Esta sala de utilidades foi dimensionada de acordo com as instruções da RDC 50 da Anvisa.



LEGENDA

- | | | | |
|---------------------------|--|---------------------------|--|
| 1 - VARANDA ENTRADA | 8 - VESTIÁRIO MASCULINO | 14 - POSTO DE ENFERMAGEM | 21 - ROUPARIA |
| 2 - TRIAGEM | 9 - VESTIÁRIO PCD | 15 - BRINQUEDOTECA | 22 - SALA DE TRATAMENTO 1 |
| 3 - COZINHA | 10 - VESTIÁRIO FEMININO | 16 - PCD MASCULINO | 23 - SALA DE TRATAMENTO 2 |
| 4 - DESPENSA | 11 - DML | 17 - PCD FEMININO | 24 - SALA DE CURATIVOS E MEDICAÇÃO |
| 5 - FREEZER | 12- DEPÓSITO DE ROUPA SUJA | 18 - ÁREA DE ESPERA | 25 - POSTO DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS |
| 6 - DESCANSO FUNCIONÁRIOS | 13 - SALA DE UTILIDADES (RESÍDUOS TEMPORÁRIOS) | 19 - SALA DE PSIQUIATRA 1 | 26 - FARMÁCIA |
| 7 - GUARDA VOLUMES | | 20 - SALA DE PSIQUIATRA 2 | |



Na lateral está o bloco de serviço, contando com funções destinadas aos funcionários, como os vestiários, guarda volume e área de descanso. Também possui a área de cozinha, dimensionada para ter a triagem (entrada do alimento), depósito de alimentos, freezer, e área de preparação de alimentos, divididas em: área de preparo de carnes, área de preparo de verduras, área de sucos, distribuição, recepção de louças sujas e a lavagem de louças (saída dos resíduos).

Os acessos desse bloco foram pensados para evitar aglomerações nos momentos de descarga, então optou-se por deixar a triagem, que possuirá maiores recebimentos de produtos, com acesso próprio e manter o acesso dos funcionários pela circulação interna de serviço. Pela entrada dos funcionários também haverá a descarga de medicamentos para reposição do estoque da farmácia, que ocorrerá com menor frequência que a da triagem e por isso poderá dividir o acesso.

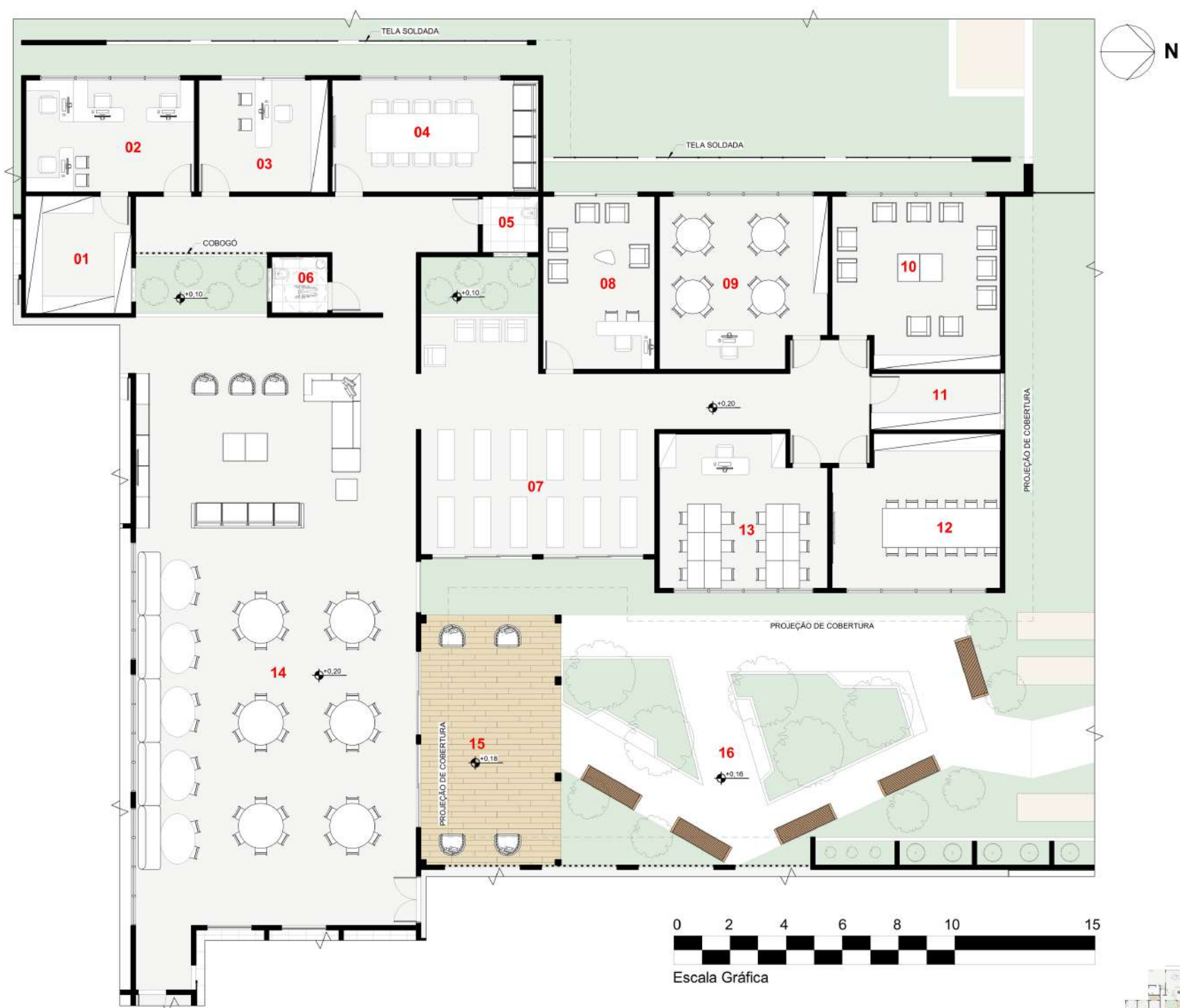


PLANTA LAYOUT – SEÇÃO 3

O bloco de administração conta sala de direção, sala de reunião (14 usuários), sala administrativa (4 usuários) e almoxarifado com acesso pela sala administrativa, a fim de se ter o controle do estoque efetuado por esses funcionários. Para esses funcionários foram previstos sanitários já acessíveis (PCD) a fim de abranger o atendimento dos indivíduos.

Na lateral do setor de administração está o bloco de terapias, o qual conta com salas amplas de atendimento coletivo, nas quais serão desenvolvidas terapias ocupacionais, como pinturas, rodas de conversa, entre outras. Também foi disposto um área de práticas corporais que pode ser utilizada também como área de descanso/soneca para os indivíduos que irão passar 8 horas consecutivas na edificação.

A outra área que compõe o setor do hospital dia é o refeitório que também funciona como uma área de convivência, com disposição de alguns mobiliários, sofás e aparelho de televisão.



LEGENDA

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| 01 - ALMOXARIFADO | 05 - PCD FUNCIONÁRIOS FEMININO | 09 - SALA TERAPIA 1 | 13 - SALA TERAPIA 4 |
| 02 - SALA ADMINISTRATIVA | 06 - PCD FUNCIONÁRIOS MASCULINO | 10 - SALA TERAPIA 2 | 14 - REFEITÓRIO/CONVIVÊNCIA |
| 03 - SALA DE DIREÇÃO | 07 - SALA DE ATIVIDADES CORPORAIS | 11 - DEPÓSITO | 15 - DECK |
| 04 - SALA DE REUNIÃO | 08 - SALA TERAPEUTA | 12 - SALA TERAPIA 3 | 16 - JARDIM REFEITÓRIO |



O refeitório possui visão do jardim da recepção e possui um próprio jardim que divide os blocos de terapia e o bloco de moradia. Optou-se por realizar o fechamento da lateral do refeitório com o jardim da recepção a fim de controlar o fluxo das pessoas entre os blocos. Então a única forma de acesso ao refeitório se dá pela recepção e de forma secundária pela moradia.

O jardim do refeitório conta com deck coberto, bancos e também hortas para atividades externas do indivíduo.



PLANTA LAYOUT – SEÇÃO 4



O bloco de moradia possui um acesso externo que se dá pela varanda, pensada para ser utilizada também pela ambulância em momentos de socorro aos indivíduos.



O bloco de moradia possui um acesso externo que se dá pela varanda, pensada para ser utilizada também pela ambulância em momentos de socorro aos indivíduos. Essa entrada/saída é controlada pelo posto de enfermagem que foi posicionado estrategicamente para obter visão interna das demais circulações e também dos demais ambientes.

Próximo a entrada, também foi alocado os ambientes de roupa suja, roupa limpa e almoxarifado, estes que precisam de fluxo de pessoas externas para retirada e reposição dos materiais.

Para o desenvolvimento dos ambientes da moradia, também foi pensado na alocação de ambientes que possibilitassem o trabalho dos moradores, como a lavanderia, no qual por escolha própria eles poderiam fazer a lavagem de suas roupas. Também foi proposta uma copa para o preparo de algumas refeições. Tais espaços foram pensados para que pudessem oferecer a possibilidade de realização dessas atividades como forma de autonomia dos indivíduos.

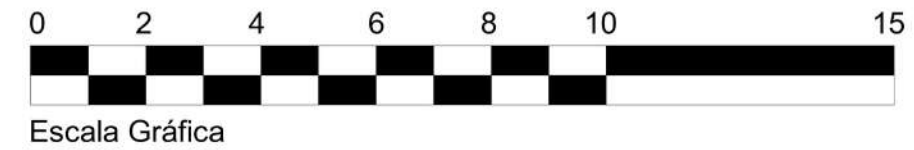
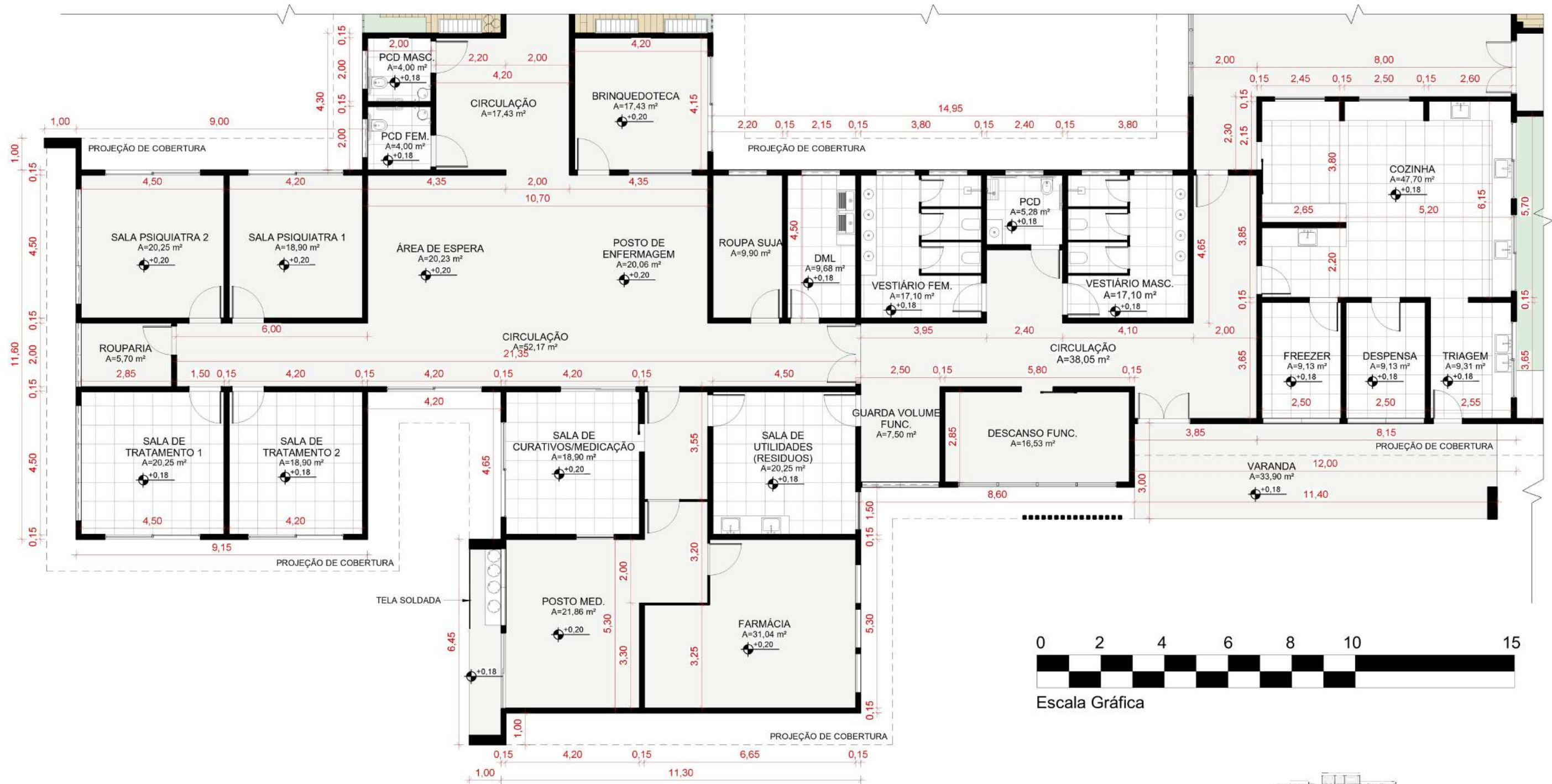
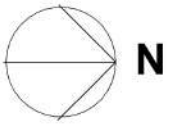
Os demais ambientes são de convivência, como área de televisão, o deck e o jardim interno.

Os quartos foram dimensionados para abrigar dois indivíduos e optou-se por implantar banheiros PCD a fim de abranger maiores públicos. Também possuiriam amplas aberturas, para garantir o conforto luminoso do ambiente e melhorar a sensação do indivíduo em um espaço fechado.

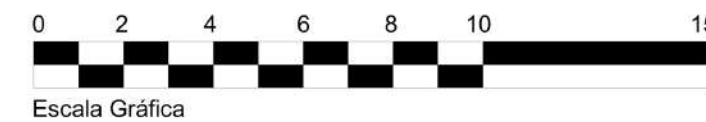
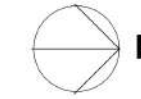
6.7 PLANTA BAIXA – SEÇÃO 1



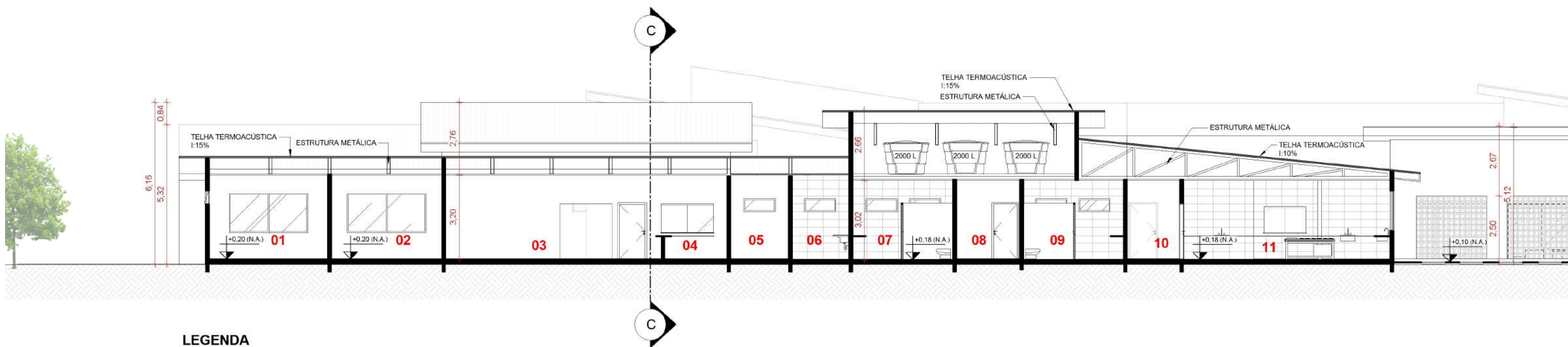
PLANTA BAIXA – SEÇÃO 2



PLANTA BAIXA – SEÇÃO 4



6.8 CORTE AA



LEGENDA

01 - SALA DE PSIQUIATRIA 2
02 - SALA DE PSIQUIATRIA 1
03 - ÁREA DE ESPERA

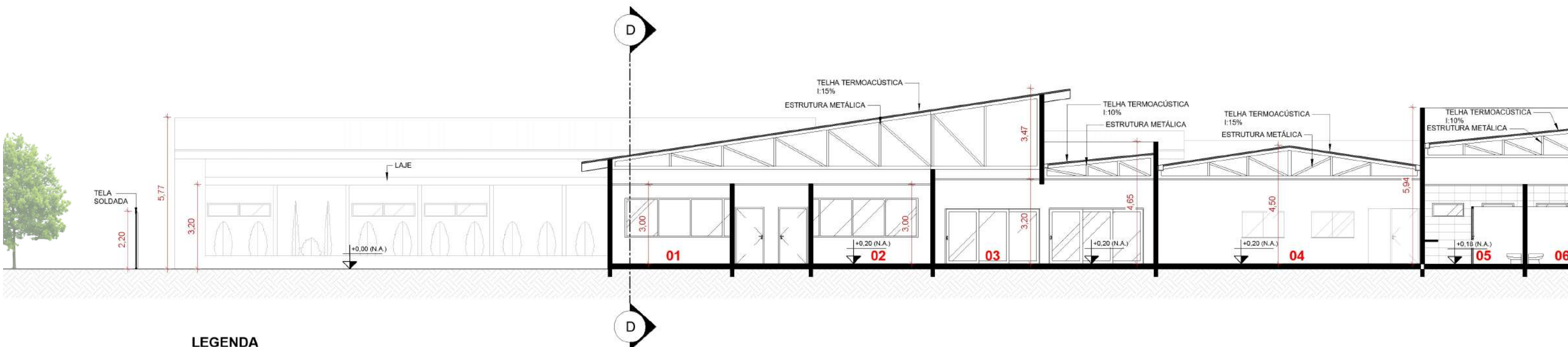
04 - POSTO DE ENFERMAGEM
05 - DEPÓSITO DE ROUPA SUJA
06 - DML

07 - VESTIÁRIO FEMININO
08 - HALL VESTIÁRIOS
09 - VESTIÁRIO MASCULINO

10 - CORREDOR DE SERVIÇO
11 - COZINHA
12 - HORTA

13 - BANHEIRO PCD
14 - CIRCULAÇÃO
15 - JARDIM MORADIA

CORTE BB

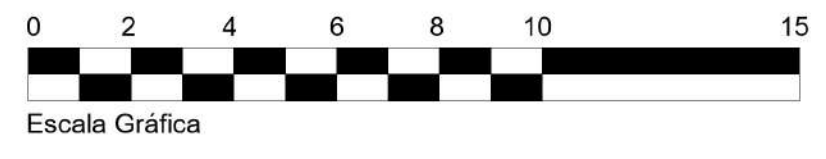
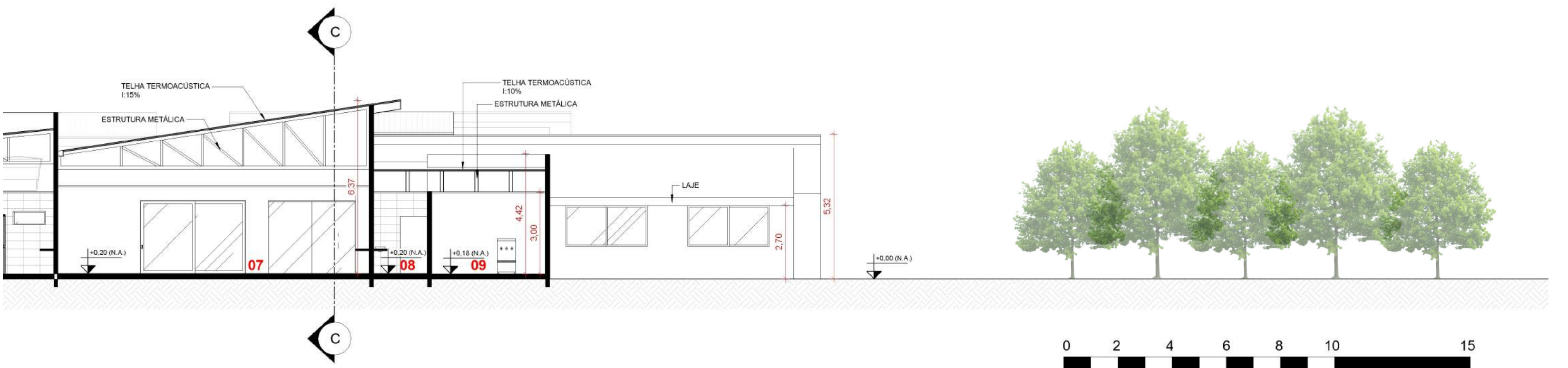
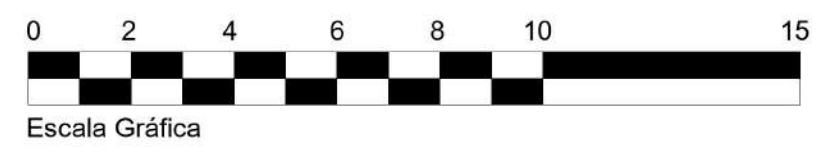
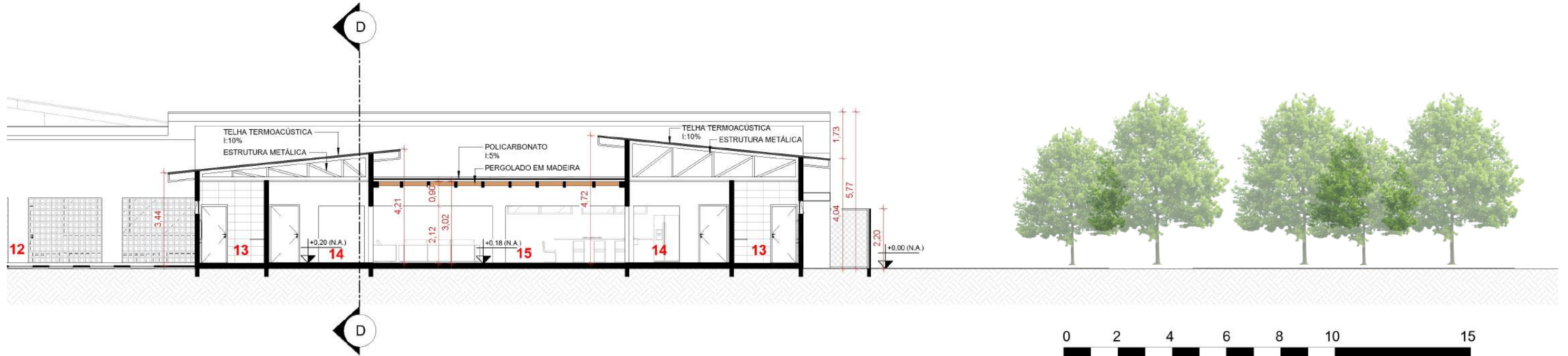


LEGENDA

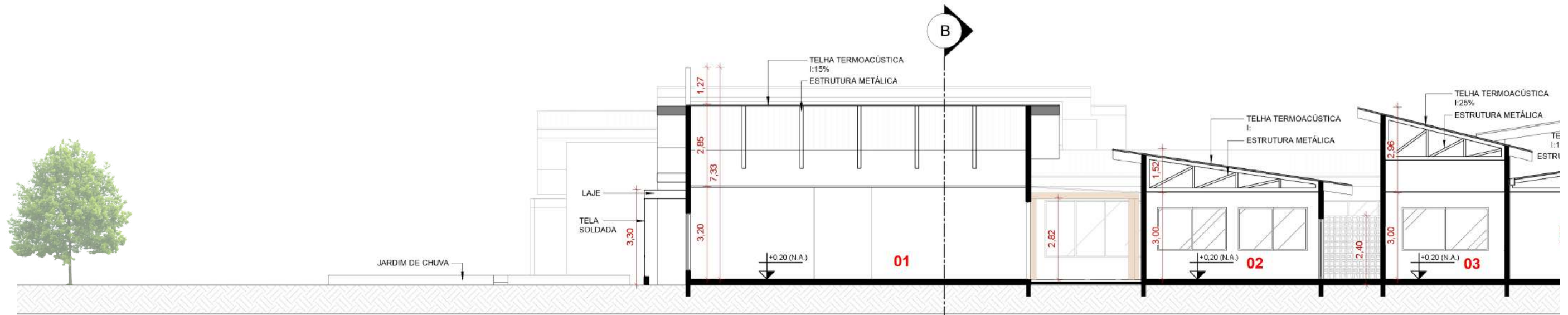
01 - SALA TERAPIA 3
02 - SALA TERAPIA 4
03 - SALA DE ATIVIDADES CORPORAIS

04 - REFEITÓRIO/CONVIVÊNCIA
05 - W.C MASCULINO
06 - W.C FEMININO

07 - RECEPÇÃO
08 - LAVATÓRIO
09 - LAVATÓRIO/GUARDA VOLUME



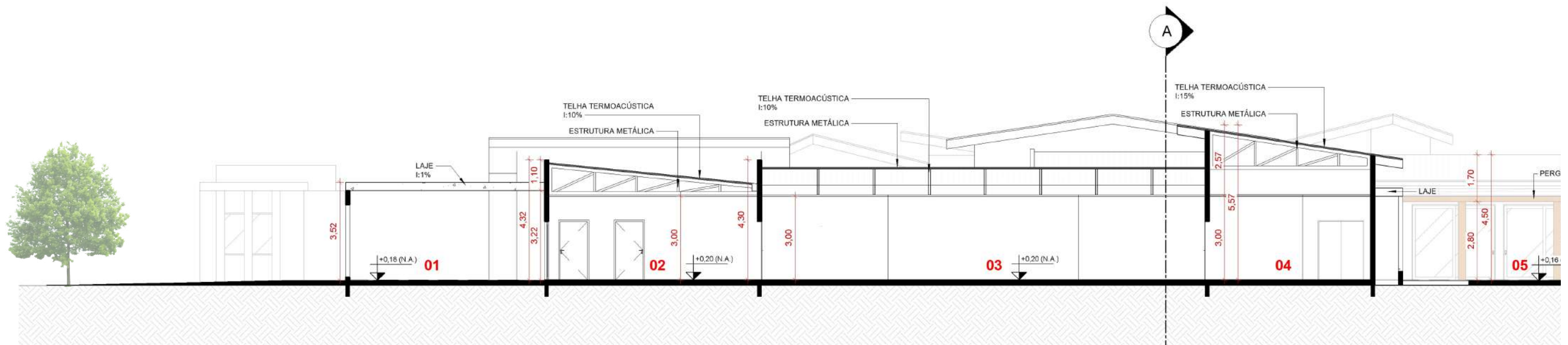
CORTE CC



LEGENDA

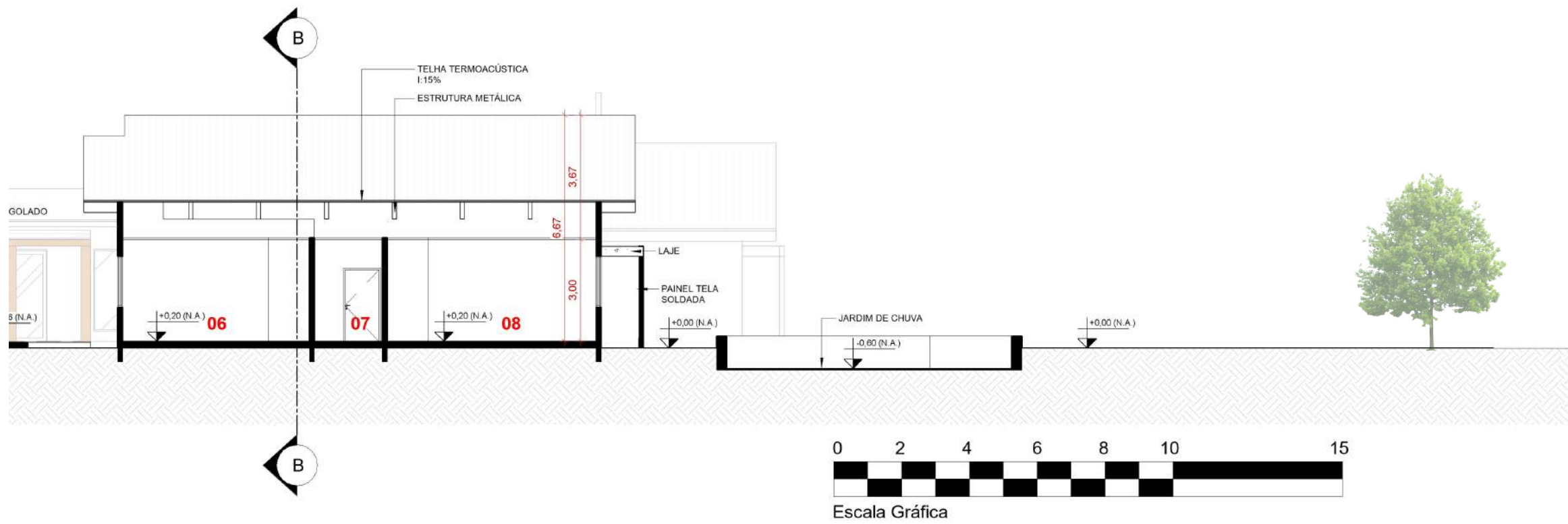
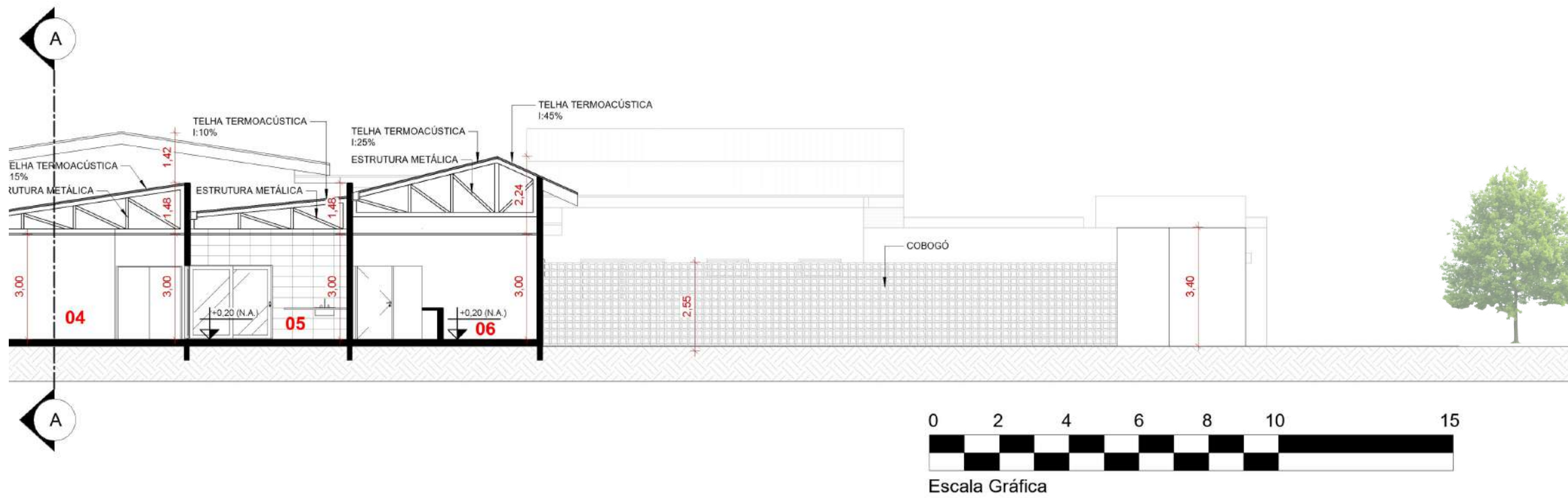
- | | |
|--------------------|--|
| 01 - RECEPÇÃO | 04 - POSTO DE ENFERMAGEM |
| 02 - SALA COLETIVA | 05 - SALA DE CURATIVOS E MEDICAÇÃO |
| 03 - BRINQUEDOTECA | 06 - POSTO DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS |

CORTE DD

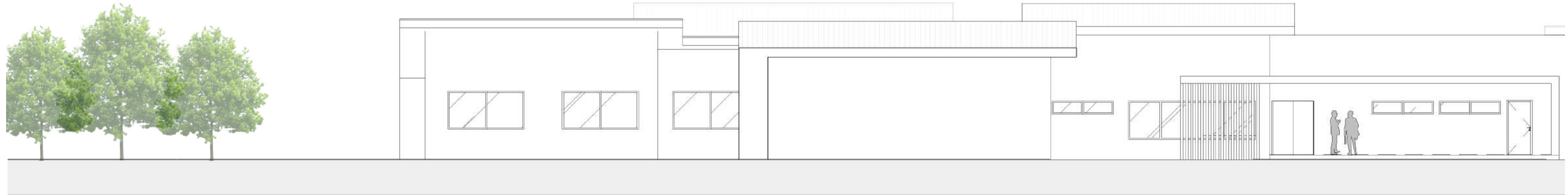


LEGENDA

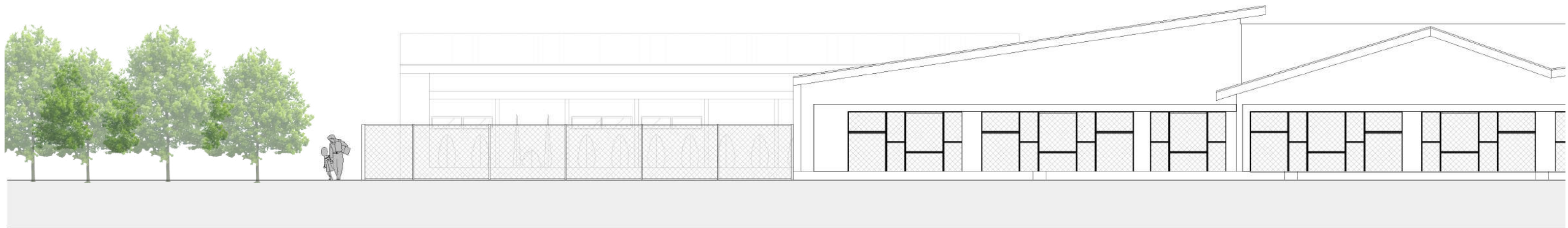
- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| 01 - VARANDA DE ACESSO / AMBULÂNCIA | 05 - JARDIM REFEITÓRIO |
| 02 - POSTO DE ENFERMAGEM | 06 - SALA TERAPIA 3 |
| 03 - CIRCULAÇÃO QUARTOS | 07 - DEPÓSITO |
| 04 - ÁREA DE CONVIVÊNCIA | 08 - SALA TERAPIA 2 |

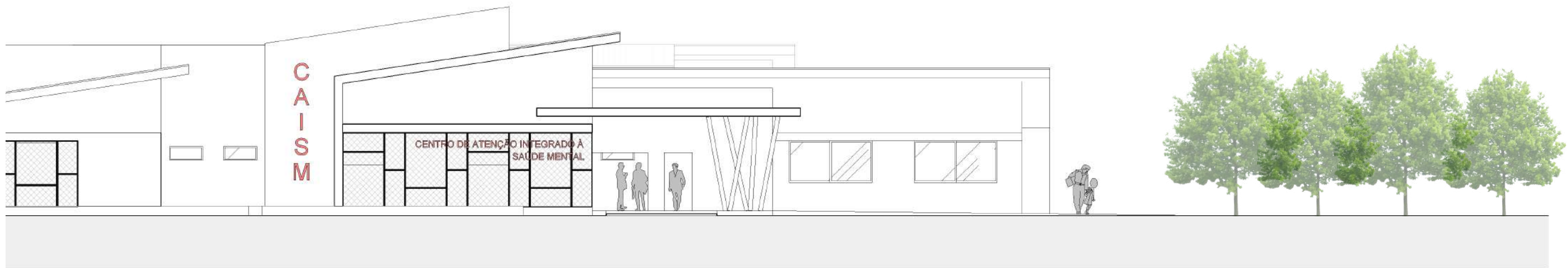
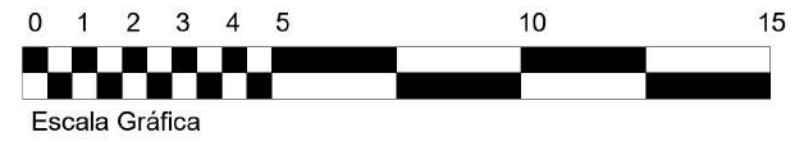
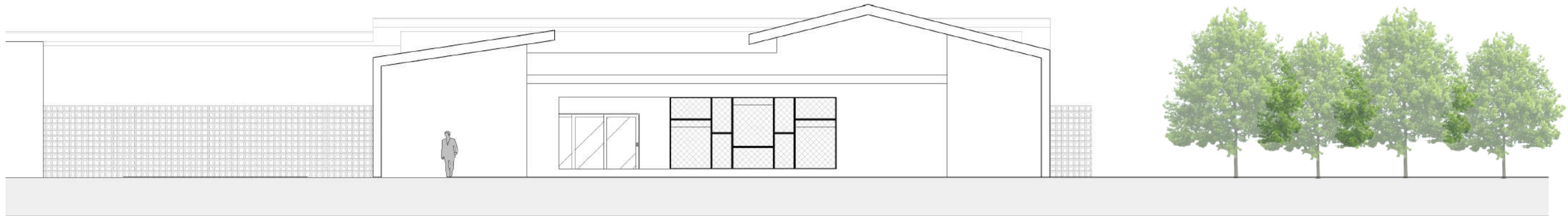


FACHADA LESTE

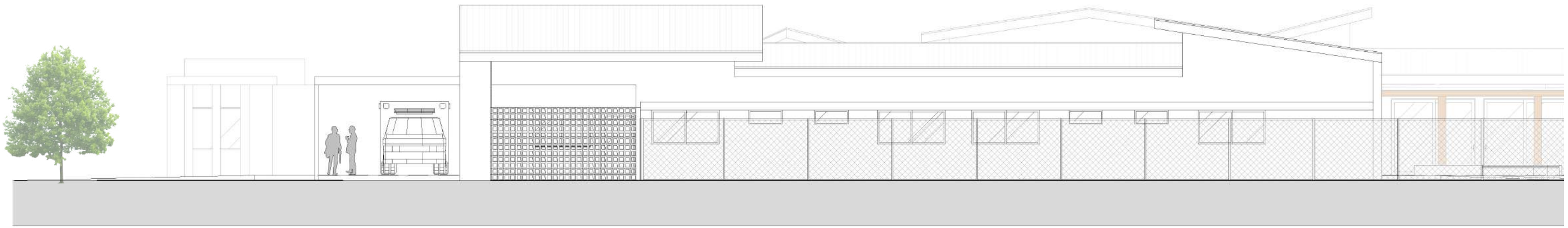


FACHADA OESTE

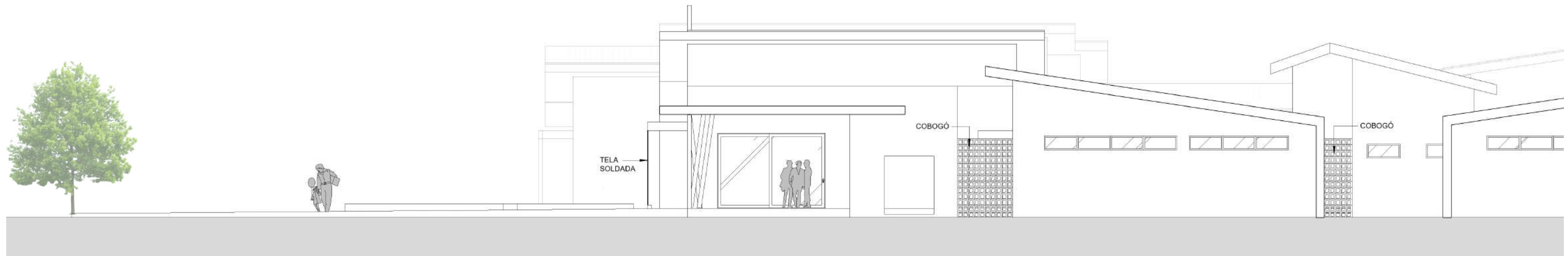


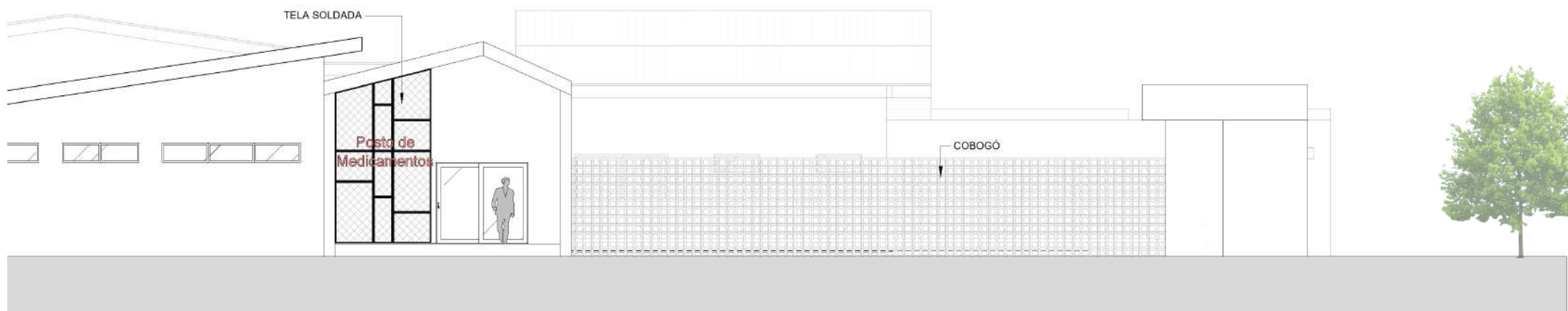
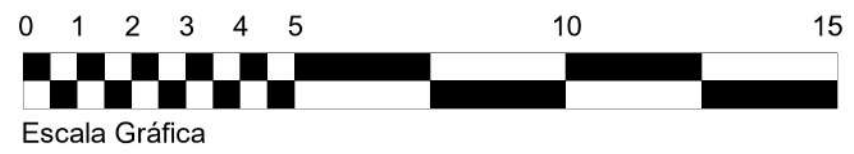
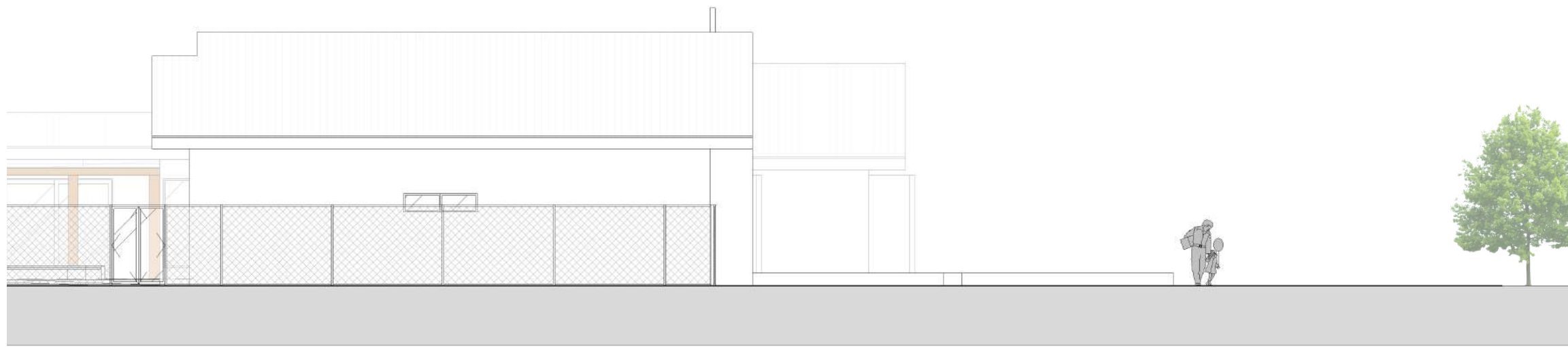


FACHADA NORTE



FACHADA SUL





6.9 FACHADA OESTE



FACHADA LESTE



FACHADA NORTE



FACHADA SUL



FACHADA SUL – POSTO
DIST. MEDICAMENTOS



ÁREA EXTERNA – NORTE



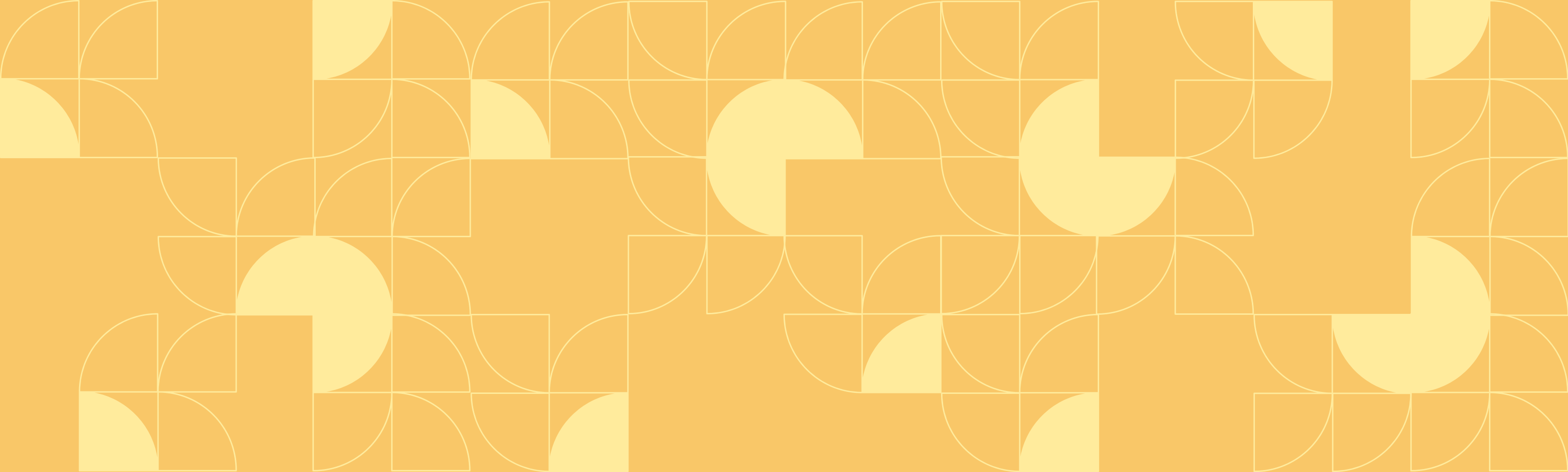
REFEITÓRIO



ÁREA EXTERNA – SUL



REFEITÓRIO



07

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....



7.1 Considerações Finais

Este estudo permitiu compreender que na contemporaneidade não cabe mais pensar em lugares exclusivos a loucura, dentro de espaços rígidos e segregados do convívio social, mas sim com a ruptura desses paradigmas e a abertura da loucura para a dinâmica da comunidade e a construção de autonomia e cidadania ativa dos indivíduos com sofrimento psíquico.

Os estudos realizados na elaboração da linha do tempo e as referências projetuais auxiliaram na identificação dos pontos norteadores da proposta, baseados na premissa de desvinculação da imagem de aprisionamento da edificação e na busca pela qualidade e conforto ambiental do usuário.

No entanto, houveram dificuldades no levantamento de materiais instrutivos de como projetar para pessoas acometidas por diferentes transtornos mentais, o que evidencia o déficit de pesquisas nessa área. Dessa forma, as decisões projetuais se basearam no conforto ambiental geral dos indivíduos, com o uso de espaços amplos, ventilação e iluminação natural e a presença de jardins internos e externos.

Por fim, o desenvolvimento deste trabalho foi muito enriquecedor e gratificante e, oportunizou grandes aprendizados e conhecimentos através de questionamentos e reflexões além do esperado, evidenciando a complexidade e a importância da arquitetura na produção dos espaços psiquiátricos. Contudo, apesar das dificuldades encontradas no processo do desenvolvimento projetual, considera-se que os objetivos pautados inicialmente foram atingidos com a proposta do Centro de Atenção Integrada a Saúde Mental- CAISM no município de Vilhena/RO. Logo, espera-se que este estudo possa estimular novas pesquisas na área, desde a proposta de novos espaços para a saúde mental assim como a busca pela implementação da humanização dos espaços hospitalares psiquiátricos.



7.2 Referências

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria. **Diretrizes para um modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil**. Brasília: ABP, 2014. 19 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro, p. 161. 2021.

ALMEIDA, Tayná Calaes Andrade. **Os lugares da loucura: aproximação entre representações artísticas e dois casos de arquitetura psiquiátrica**. 2021. 62 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo) – Escola de Minas, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2021. Disponível em: <https://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/3590>. Acesso em: 12 fev. 2022.

ARCHDAILY. **Centro de Reabilitação Psicossocial / Otxotorena Arquitectos**. Brasil, 06 ago. 2014. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/625185/centro-de-reabilitacao-psicossocial-otxotorena-arquitectos>. ISSN 0719-8906. Acesso em: 25 mai. 2022.

ARCHDAILY. **Centro Médico Psicopedagógico / Comas-Pont arquitectos**. Brasil, 14 dez. 2020. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/878967/centro-medico-psicopedagogico-comas-pont-arquitectos>. ISSN 0719-8906. Acesso em: 26 mai. 2022.

FONTES, Maria Paula Zambrano. **Imagens da Arquitetura da Saúde Mental: Um estudo sobre a requalificação dos espaços da Casa Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira**. 2003. 219 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/imagens_arquitetura_saude_mental.pdf. Acesso em: 21 fev. 2022.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972. 608 p.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2018. 173 p.

LIEBERMAN, Jeffrey A.; OGAS, Ogi. **Psiquiatria: uma história não contada**. 1. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2016. 344 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 224/1992**. Diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acesso em: 24 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 106/2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106_0.pdf. Acesso em: 24 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 34 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de consolidação nº 3/2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 24 jun. 2022.



Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução RDC nº 50 de 2/2002**. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 18 ago. 2022.

NOGUEIRA, Maribel Azevedo Mendes. **Saúde Mental e Arquitetura: Um estudo sobre o espaço e o ambiente e sua inserção no processo terapêutico**. 2001. 146 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, 2001. Disponível em: https://hosting.iar.unicamp.br/lab/luz/ld/Arquitetural/Sa%FAde/saude_mental_e_arquitetura.pdf. Acesso em: 11 abr. 2022.

PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão**. 1. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989. 215 p.

VIECELI, Ana Paula. **Lugares da loucura: arquitetura e cidade no encontro com a diferença**. 2014. 299 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/95996#:~:text=Apresenta%2Dse%20o%20Centro%20de,no%20CAPS%20Cais%20Mental%20Centro>. Acesso em: 21 fev. 2022.

VILHENA (RO). **Decreto nº 50.019/2020**. Aprova o projeto e regulamenta o uso do solo do loteamento denominado Cidade Verde IV e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Vilhena. Vilhena, RO, p. 4, 14 ago. 2020.

VILHENA (RO). **Lei Complementar nº 304 de 5/2022**. Institui o Código de Obras e Edificações do município de Vilhena, e dá outras providências. Vilhena, RO, p. 105, 11 mai. 2022.

