



HABITAR

Centro de Reabilitação para Dependentes Químicos
Integrado à Áreas Verdes Restauradoras

Trabalho Final de Graduação
Bruna Anacleto dos Santos

HABITAR

CENTRO DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS
INTEGRADO À ÁREAS VERDES RESTAURADORAS

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO II

ARQUITETURA E URBANISMO

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – FCT UNESP

BRUNA ANACLETO DOS SANTOS

ORIENTADORA: PROF.^ª DR.^ª CRISTINA M. PERESSINOTTO BARON.

PRESIDENTE PRUDENTE

2018

“Desejo ver um mundo melhor, mais fraternal, em que as pessoas não queiram descobrir o defeito das outras, mas sim, que tenham prazer em ajudar o outro. ”

Oscar Niemeyer

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, meu pai, mãe, tio Ruberval, tia Rosana e meus avôs, por estarem sempre tão presentes em minha vida, por todo apoio, incentivo, carinho e dedicação não somente durante a graduação, mas ao longo desses 25 anos. Um agradecimento em especial ao meu pai, Ronaldo, por partilhar de pensamentos e sentimentos tão parecidos com meus e me ajudar a descobrir e conquistar meus próprios sonhos, sem nunca me impor os seus. À minha avó Luzia pelo convívio, doação plena e amor que pude conhecer ao longo de 16 anos de minha vida, que me fortaleceram de um modo que eu mesma não poderia mensurar – amor este que me faz compreender, hoje, que todas coisas quando feitas com amor florescem, por mais improvável que pareçam à primeira vista.

À minha orientadora Professora Dra. Cristina Baron, por toda paciência e carinho com que abraçou esse projeto, mesmo que já em andamento e então só veio a contribuir tanto com o projeto quanto com meu crescimento como aluna e profissional. E claro, à Professora Ma. Aline Anhesim, por ter me orientado durante a primeira etapa, obrigada por toda paciência, carinho, dedicação e apoio!

À Presidente Prudente, por todas as experiências vividas e todas as pessoas maravilhosas que tive o privilégio de conhecer, partilhar e amar. Lembro-me da primeira vez que coloquei os pés em solo Prudentino, das coisas pelas quais ansiava e a pessoa que eu era, após 5 anos deixo o Oeste Paulista, transformada, mal consigo me lembrar da pessoa quem eu era tamanha dimensão das experiências vividas e de tudo que aprendi. Agradeço por toda e cada experiência, sem exceção. À UNESP e principalmente à Turma XI, por fazerem isso tudo mais especial.

Não poderia deixar de mencionar algumas pessoas que tenho certeza que não entraram em minha vida por coincidência e deixaram um pouco delas para sempre em mim, mesmo correndo o risco de esquecer de mencionar outras tantas especiais. Aqui vão elas: Ariane Baradel, não sei como vou ficar longe você, amiga! (risos), mas obrigada pela parceria, por todo amor e carinho que transborda em cada atitude e palavra tua; Estela Violin, pela amizade tão linda, todo apoio, momentos felizes e toda essa energia boa que você emana à todos ao seu redor; Fernanda Andrade pela amizade, alto astral, pelas conversas profundas e por ter o coração mais lindo que alguém poderia ter e por partilhar ele com nós; Ao meu quarteto amado, Isabela Ultramar, Amanda Menoti e Letícia Tamy por todos momentos partilhados e serem pessoas tão especiais; Aos amigos, Murilo Araújo, Pedro Lopes e Gabriel Sartori por fazerem a diferença nesses 5 anos de graduação e terem capacidade de trazer alegria e conforto à qualquer momento em minha vida e por poder ser “tão eu” quanto estou com vocês! Por último, mas não menos importante, à Fernanda Komuro agradeço do fundo do meu coração pela amizade tão verdadeira, apoio e companheirismo que em poucos em minha vida pude encontrar!

Dedico esse Projeto a todos que contribuíram de alguma forma com meu crescimento pessoal ou profissional, à eles toda minha gratidão!

“Existem viciados e viciados. Têm aqueles viciados em drogas químicas. Alguns passaram por esse inferno e viram suas vidas desabarem, sem conseguir modificar essa atitude. E têm aqueles viciados em aspectos sutis: rejeitar e ser rejeitado, na sedução, na inveja, na mentira, na avareza, no poder. Os vícios sutis, muitas vezes, são ainda mais destrutivos, pois acabam ficando velados. Mas, não importa qual seja o vício, pois todos servem para a mesma coisa: amortecer a sua mente para que você não sinta dor e para afastá-lo de si mesmo. ”

Sri Prem Baba

O presente trabalho apresenta o desenvolvimento do Projeto Habitar, um projeto desenvolvido para abrigar de forma apropriada, digna e humanitária dependentes químicos que se encontram em processo de reabilitação química. O projeto tem como intuito oferecer um espaço mais agradável e acolhedor, que sirva de suporte para a terapia que será desenvolvida nele, por despertar um bem-estar nos pacientes em questão. Para isso adotou-se os jardins terapêuticos, áreas verdes com características restauradoras, para agregar ao projeto os inúmeros benefícios que esses jardins oferecem. Para tal, foram realizados levantamentos através de textos acadêmicos com enfoque no tema de reabilitação química, arquitetura hospitalar e jardins terapêuticos associados à saúde. Posteriormente realizou-se um levantamento de referências projetuais no tema em questão e foram realizadas visitas a clínicas de reabilitação química, comunidades terapêuticas e entrevistas com dependentes químicos em reabilitação, à fim de ser compreender melhor o usuário do equipamento a ser projeto e suas reais necessidades. A partir desses estudos é que se iniciou a procura por um local adequado e então tomou-se conhecimento da comunidade terapêutica Habitar, que funciona atualmente sem infraestrutura física, médica e psicossocial adequada, deste modo, o projeto tomou-se por objetivo final conceber um projeto de uma clínica de reabilitação química na área onde hoje funciona a comunidade terapêutica Habitar.

Palavras chave: centro de reabilitação para dependentes químicos, jardins terapêuticos, áreas verdes restauradoras, arquitetura hospitalar, conforto e bem-estar.

1. INTRODUÇÃO

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

2.2. ENTREVISTAS

2.3. A COMUNIDADE TERAPÊUTICA

2.4. A ARQUITETURA HUMANIZADA EM AMBIENTES DE TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

2.5. ÁREAS VERDES: AMBIENTES RESTAURADORES

3. ANÁLISE DE CORRELATOS

4. A CIDADE DE DESCALVADO-SP

5. O PROCESSO PROJETUAL

6. O PROJETO

7. REFERÊNCIAS

I. INTRODUÇÃO

A dependência química é uma realidade que cresce a cada dia no mundo atual, uma doença que atinge diretamente não somente os usuários como também todos os que estão mais próximos e envolvidos com o indivíduo em questão. Atualmente, dependência química é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença. Uma doença que não escolhe gênero, classe social ou econômica, tornando-se deste modo, um problema social.

O presente trabalho tem por objetivo desenvolver o projeto de uma clínica de reabilitação para dependentes químicos no município de Descalvado, localizado à leste no estado de São Paulo. Um espaço capaz de proporcionar atendimento adequado e digno às necessidades de seus usuários, onde as práticas terapêuticas possam ser realizadas de forma mais humanitária, que apesar dos pacientes se encontrarem em fase de tratamento e longe de seus lares, possam se sentir confortáveis física e emocionalmente. Um espaço que ofereça as condições necessárias para que os pacientes possam experimentar um sentimento de bem-estar, familiaridade e tranquilidade ao longo do tratamento; e que deste modo, o ambiente colabore com o estado psicológico e, conseqüentemente, com os resultados obtidos no final do tratamento.

A integração entre o edifício e as áreas verdes, consideradas restauradoras devido ao alto poder de distração e esparecimento, comprovadamente reduz o nível de estresse e ansiedade tanto dos pacientes quanto dos funcionários, proporcionando deste modo, maior conforto a todos os usuários do local e contribuindo de forma significativa nas terapias desenvolvidas no local (ULRICH, 2002).

O tratamento de reabilitação da dependência química envolve uma ampla gama de variáveis relacionadas ao emocional do ser humano. Portanto, reconhece-se a importância dos elementos arquitetônicos e paisagísticos que possam vir a despertar sensações agradáveis, de tranquilidade, satisfação, esparecimento, que enfim de algum modo possam colaborar com o bem-estar dos pacientes.

Um estudo realizado por Toledo (2005), aponta que desde a Idade Média os edifícios históricos relacionados à saúde tomados como referência, dentro dos ideais já citados, apresentavam os chamados jardins terapêuticos, que são basicamente áreas verdes consideradas restauradoras por possuírem diversos elementos da natureza que auxiliam no processo de relaxamento mental, deste modo, contribuem com o bem-estar dos usuários do espaço.

A partir desse referencial histórico associado ao comportamento do psicológico humano é que o conceito projetual adotado – a integração entre o ambiente de reabilitação química e os jardins terapêuticos – comprova sua relevância.

A fim de se desenvolver o trabalho realizou-se um levantamento bibliográfico que fundamentasse a temática abordada, que abrangeu desde o consumo de drogas, entrevistas, referências projetuais de clínicas de reabilitação para dependência química, a influência da arquitetura humanizada nesses ambientes, legislações que regem a infraestrutura desses espaços terapêuticos, relação entre bem-estar até áreas verdes restauradoras.

Posterior a todo esse embasamento teórico partiu-se para o estudo e análise do município de Descalvado, analisando as possíveis áreas de implantação para o equipamento e então, a escolha do terreno e um estudo das condicionantes do local como a topografia, orientação, insolação, ventilação entre outras características que possuem forte influência projetual.

O processo descrito acima se encontra subdividido em quatro principais etapas, que se resumem basicamente:

Compreensão do funcionamento dos usuários a quem o projeto arquitetônico se destina e suas necessidades – como as drogas agem em sua mente e organismo, como funciona o vício e como acontece o processo de reabilitação química, superficialmente – e do objeto arquitetônico em questão, a legislação que regula a esse tipo de equipamento e referências projetuais;

Arquitetura humanizada e jardins terapêuticos – como estes influenciam no psicológico humano e de que forma podem vir a contribuir na terapia em questão;

Apresentação do município de Descalvado e da assistência disponível para esse tipo de paciente;

O projeto arquitetônico – resultado final de todo um processo de estudo e levantamento de dados realizado nas etapas anteriores.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo irá realizar a princípio um levantamento teórico sobre a dependência química, a fim de se compreender a doença e as substâncias mais consumidas atualmente; este levantamento é complementado pelas entrevistas anônimas realizadas com dependentes químicos em fase de reabilitação. Posteriormente, começa a se abordar o tema das comunidades terapêuticas em questão, arquitetura hospitalar humanizada em ambientes voltados à saúde e sobre como as áreas verdes podem contribuir com tratamentos na área da saúde.

2.1. A dependência química

As substâncias psicoativas (SPA) ou drogas psicotrópicas são caracterizadas pela OMS como substâncias que não são produzidas pelo organismo e agem no Sistema Nervoso Central (SNC) produzindo alteração de comportamento, humor e cognição. O consumo desse tipo de substâncias é conhecido desde os primórdios da humanidade. Guatelli (2007), afirma que na antiguidade substâncias alucinógenas eram utilizadas para diversas finalidades, desde cerimônias religiosas, alívio de dores e até mesmo na proteção contra o frio.

A OMS divide essas substâncias em três grupos:

- Depressoras: álcool, benzodiazepínicos (sedativo, hipnótico e ansiolítico), solventes/inalantes e os opióides (derivados do ópio).
- Estimulantes: cocaína, crack, OXI e nicotina.
- Perturbadoras: maconha, LSD, psilocibina, ayahuasca, êxtase, mescalina, anticolinérgicos e anestésicos dissociativos.

A partir do que afirma Guatelli (2007), pode-se concluir que o ser humano sempre buscou formas alternativas de fuga ou alívio das dores ou situações adversas enfrentadas – deste modo, as substâncias alucinógenas se mostram uma alternativa válida.

Qualquer tipo de substância psicoativa pode causar dependência química. Exemplos dessas substâncias podem ser: a maconha, cocaína, álcool, crack, alguns medicamentos que auxiliam a perda de peso que incluem em sua composição anfetaminas, calmantes entre outros. O quadro de dependência química se caracteriza pelo indivíduo sentir que a substância é tão importante quanto as atividades vitais, como a alimentação, repouso, água e etc.

O termo dependência química é decorrente da dependência ser ocasionada por uma substância química. O álcool é um exemplo de uma droga lícita que pode causar dependência em indivíduos que apresentam uma predisposição, como qualquer outra substância ilícita. Os efeitos colaterais causados devido ao uso frequente desse tipo de substâncias é a dependência, na qual o usuário se acostuma a viver sob os efeitos das substâncias, e a falta destas pode causar diversos efeitos colaterais penosos para o usuário, prejudiciais a vida do indivíduo, podendo até mesmo ocasionar morte em casos extremos.

A ONS reconhece a dependência química como uma doença – pois se trata de uma alteração prejudicial da estrutura e funcionamento normal do indivíduo. Além disso, também reconhece que a convivência com dependentes químicos pode ser emocionalmente prejudicial aos familiares e pessoas de

convívio mais próximo. Tanto o dependente químico quanto os familiares devem ser orientados sobre como se comportar diante de tal situação para protegerem dos problemas psicológicos que a doença pode vir a ocasionar.

Segundo a filosofia “Só por hoje” seguida pelo Narcóticos Anônimos (N.A)¹ não existe cura para dependência química, o que existe é o tratamento para a doença – um tratamento contínuo, uma nova filosofia da vida que guiará o indivíduo e o auxiliará a não recorrer as substâncias psicoativas.

A Revista Forbes Brasil (2017), elencou as 10 drogas mais consumidas ao redor do mundo em 2016, e o resultado foi:

1. Maconha (60%);
2. Cocaína (19,1%);
3. MDMA ou Ecstasy (19%);²
4. Anfetaminas (12,2%);
5. LSD (11,4%);
6. Cogumelos alucinógenos (10,4%);
7. Derivados do ópio (8,9%);
8. Ketamina (6,8%);
9. Poppers (3,8%);
10. Crack (2,1%).

A seguir serão abordadas algumas das drogas mais consumidas atualmente no Brasil, a fim de se compreender melhor como essas substâncias atuam no organismo humano.

¹ Narcóticos Anônimos é um grupo anônimo que segue o princípio dos 12 passos e pode ser frequentado exclusivamente por dependentes químicos em fase de reabilitação, e tem por intuito fazer com que os membros compartilhem experiências e sirvam-se uns aos outros com suporte para continuarem em reabilitação.

2.1.1 Efeito de algumas das drogas mais comuns

A seguir será realizado um breve estudo sobre as substâncias mais consumidas atualmente e sobre com elas podem influenciar no físico e psicológico do ser humano. Todas as informações contidas neste estudo são advindas do site RedePSI, segundo a autora Milena Roberta.

- Derivados da *Cannabis*

O termo *Cannabis* descreve qualquer uma das diferentes drogas que provêm do cânhamo indiano, incluindo a maconha e o haxixe. Maconha é o termo utilizado para descrever as flores, sementes e folhas secas da planta de cânhamo indiano. Já o haxixe é uma variação da droga, feita a partir das resinas da planta de cânhamo indiano, em média, 6 vezes mais forte que a maconha.

Geralmente, a maconha é fumada, mas também pode ser misturada a alimentos e ingerida, assim como o haxixe. Essa substância produz efeitos psicoativos e fisiológicos quando consumida. A quantidade mínima de THC para poder notar-se um efeito perceptível é de cerca de 10 microgramas por quilo de peso corporal. O uso abusivo provoca, além de uma mudança na percepção subjetiva, aumento da frequência cardíaca, diminuição da pressão do sangue, diminuição da coordenação psicomotora, e perda de memória (alterações mais comuns de curto prazo, físicas e neurológicas). Além da THC a *cannabis* também possui o canabidiol (CBD), que é um componente alucinógeno e estimulante.

Dentre os efeitos do uso dessa substância se identifica a distorção sensorial, pânico, ansiedade, coordenação motora fraca, tempo de reação elevado, batimento cardíaco acelerado (risco de ataque cardíaco), após os efeitos imediatos, o usuário sente-se sonolento ou deprimido. Já a longo prazo, o consumo de substâncias derivadas da *cannabis* podem acarretar supressão do sistema imunológico (baixa resistência a doenças comuns), distúrbios de crescimento, aumento de células de estrutura anormal no corpo, redução dos hormônios sexuais masculinos, destruição rápida das fibras dos pulmões e lesões (feridas) cerebrais que poderão ser permanentes, capacidade sexual reduzida, dificuldades de concentração e aprendizado, apatia, sonolência, desmotivação, mudanças de personalidade e humor.

- Cocaína

Uma substância extraída das folhas da coca, originalmente desenvolvida como um anestésico. É mais frequentemente cheirada, sendo o pó absorvido pela circulação sanguínea através dos tecidos nasais, porém, também pode ser ingerida e até mesmo esfregada nas gengivas.

A cocaína causa uma euforia intensa e rápida, seguida imediatamente pelo oposto — depressão intensa, pressão alta e fissura por outra dose da substância. O consumo frequente da substância faz com que seus usuários não comam nem durmam adequadamente. Os usuários ainda podem experimentar taquicardia, espasmos musculares e convulsões. A droga pode fazer com que as pessoas se sintam paranóicas, furiosas, hostis e ansiosas — mesmo quando

não estão sob os efeitos imediatos destas. Independente do aumento da quantidade ou frequência do uso, a cocaína aumenta as chances do usuário sofrer um ataque cardíaco, derrame cerebral, convulsões ou insuficiência respiratória, sendo que qualquer um destes pode resultar em morte súbita.

Como o usuário desenvolve ao longo do tempo uma tolerância a substância, são necessárias doses cada vez maiores para se obter o mesmo efeito/prazer obtido a princípio. O termo “demônio da droga” foi criado há muitos anos para descrever os efeitos colaterais do uso frequente da cocaína – o uso diário a longo tempo causa perda de sono e de apetite. Uma pessoa pode se tornar psicótica e experimentar alucinações.

As pessoas que se tornam usuários dessa substância perdem o interesse nas outras áreas da vida, pois a cocaína interfere na maneira como o cérebro processa os elementos químicos e o usuário precisa de uma dosagem cada vez maior para voltar a se sentir “normal”. A redução da dosagem da cocaína causa uma depressão tão severa que a pessoa poderá fazer de tudo para conseguir a droga, chegando até mesmo a cometer assassinato. Caso não consiga a droga, a depressão poderá se intensificar a tal ponto e levar o dependente químico a cometer suicídio.

- Crack

Essa substância advém das folhas da coca assim como a cocaína, porém essa se apresenta numa forma mais sólida que o pó branco que constitui a cocaína – são blocos sólidos ou cristais de diferentes cores: amarelo, rosa claro ou branco. É uma forma diferente de levar a mesma substância psicotrópica presente nas folhas da planta ao cérebro do usuário, uma forma mais rápida, eficiente e muito mais perigosa.

O crack é a mistura da cocaína com substâncias alcalinas, como o bicarbonato de sódio, que agrega um caráter básico à mistura e garante um baixo ponto de ebulição, fazendo com que esta possa ser fumada – desta forma a cocaína é levada de forma muito mais rápida ao cérebro e provoca um efeito muito mais intenso, apesar de mais curto. Devido a esses diferenciais é que o usuário apresenta muito mais chances de se viciar.

De todas as drogas ilícitas, o crack é uma das mais poderosas no que diz respeito a provocar dependência. Essa substância estimula o sistema nervoso central e causa uma euforia extremamente elevada. O uso compulsivo do crack acontece pouco depois de a pessoa começar a usá-lo, porque a substância é fumada e entra mais depressa na corrente sanguínea. A tolerância desenvolve-se mais rapidamente – o dependente logo não consegue alcançar o mesmo prazer que teve anteriormente com a mesma quantidade de crack.

Os efeitos imediatos negativos ocasionados pelo crack, muito parecidos com os da cocaína, são a depressão, paranoia e fissura por mais doses da substância. Os usuários não comem e nem dormem adequadamente, podem experimentar taquicardia, espasmos musculares e convulsões. Os usuários podem apresentar paranoias, hostilidade, irritabilidade e ansiedade, mesmo quando não estão sob os efeitos da droga. O uso da substância também aumenta o risco de ataque cardíaco, derrame cerebral, ataque epilético ou insuficiência respiratória, podendo até resultar em morte súbita, independentemente da quantidade e frequência de uso.

- Heroína

A heroína é uma substância psicotrópica que advém da flor da Papoula, cujo nome científico é *Papaver somniferum*. Dessa planta deriva-se também o ópio, morfina e a metadona, onde uma deriva da outra respectivamente, sendo versões ainda mais refinadas da anterior. Foram desenvolvidas como substâncias alternativas não viciantes para os usuários já dependentes, porém todas se mostraram ainda mais viciantes que as versões anteriores (menos refinadas).

A heroína pode ser injetada, fumada ou cheirada, sendo a primeira opção a mais eficiente e perigosa. Dentre os efeitos iniciais causados por essa substância se apresenta: sentimento de euforia, forte sensação de extroversão e desempenho sexual. Esse prazer é frequentemente acompanhado pela sensação de calor e boca seca, e por vezes, pode-se identificar coceiras e vômitos nos sintomas iniciais também. Após os sintomas iniciais o usuário fica sonolento e as funções básicas do corpo diminuem o ritmo e algumas horas após a redução dos efeitos o corpo do usuário começa a entrar em estado de abstinência, ou seja, “implorando” pela substância novamente.

O consumo a longo prazo pode causar efeitos colaterais severos como, dentes estragados, inflamação das gengivas, prisão de ventre, suores frios, coceiras, enfraquecimento do sistema imunológico, coma, doenças respiratórias, fraqueza muscular e paralisia parcial, a capacidade sexual é reduzida, impotência nos homens e dificuldade de atingir orgasmo nas mulheres, distúrbios menstruais nas mulheres, perda da memória e do desempenho intelectual, introversão, perda de apetite, insônia, bolsas de pus no rosto e depressão.

Com o tempo o usuário passa a necessitar de doses cada vez maiores para obter resultados tão intensos quanto os primeiros, aumentando o risco de overdose – uma dose maior de qualquer substância do que um corpo pode suportar, fazendo com que este entre em colapso e pode levar a morte. Além de que, a abstinência da heroína é considerada a mais dolorida e intensa de todas, os sintomas incluem: insônia, dores nos ossos, diarreia, vômitos e desconforto intenso.

- Álcool

Álcool é uma substância que age no corpo do indivíduo desacelerando as funções vitais, reduzindo a capacidade de raciocínio e distorcendo seu discernimento. Apesar da substância ser classificada como depressora, o que classifica o tipo de efeito causado é a quantidade que se consome – em pouca quantidade este atua como um estimulante e em grandes quantidades atua como depressor.

A substância é ingerida e poucos minutos depois é absorvido pela corrente sanguínea que o leva até o cérebro. O fígado é o órgão responsável por transformar o álcool presente no sangue numa substância não tóxica, porém, ele só é capaz de transformar determinada quantidade por vez, então dependendo da quantidade de álcool ingerida ainda sobra muito álcool na corrente sanguínea o que faz com que o sistema respiratório fique lento não levando oxigênio suficiente ao cérebro, podendo desta forma, causar coma ou morte no usuário.

A dependência do álcool se caracteriza por quatro sintomas: a fissura por outra dose da substância, perda do controle de consumo, dependência física (são os sintomas de abstinência como náuseas, suores, tremedeira e ansiedade) e a tolerância (o usuário necessita de grandes doses para obter a euforia).

O uso do álcool a longo prazo pode causar: perda da produtividade no trabalho, pressão alta, derrame cerebral, doenças cardíacas e hepáticas, danos neurais e cerebrais permanentes, problemas sexuais, deficiência de vitamina B1 (amnésia, apatia e desorientação), úlceras, gastrite, desnutrição, câncer de boca e garganta. Além disso, o consumo do álcool por mulheres grávidas pode causar ao feto problemas de crescimento, anormalidades faciais, dano cerebral e do sistema nervoso.

2.2. Entrevistas

A fim de se compreender melhor a realidade do dependente químico realizou-se entrevistas anônimas que abordaram desde os motivos que levaram os indivíduos ao uso compulsivo das drogas, como foram os anos de dependência química ativa até o início do tratamento da dependência química – fase de abstinência.

R., 36 anos.

Início do tratamento: Julho de 2016.

R. foi introduzida ao mundo das drogas aos 12 anos, primeiramente à maconha, com tempo conheceu a cocaína e o crack. Segundo a entrevistada, o que a tornou mais vulnerável às drogas foi a falta de estrutura familiar associada à um episódio envolvendo abuso sexual ocorrido durante sua infância. Toda esse contexto gerou um sentimento de raiva e impotência com os quais a entrevistada não teve estrutura psicológica suficiente para lhe dar.

O uso excessivo fez com que a usuária não conseguisse conciliar o trabalho às drogas, além disso, faltava dinheiro para manter o vício.

R. sofreu três overdoses, sendo que na última sofreu uma parada cardíaca. Apesar de tudo não conseguia abandonar o vício devido também aos efeitos colaterais – dores no estômago, câimbras, entre outros.

Internada aos 17 anos, aprendeu a disciplina diária e a focar sua atenção aos outros aspectos de sua vida, o que o uso frequente de drogas impossibilitava. O trabalho coletivo para ajudar a manter a instituição, “reunião dos sentimentos” (sessões de terapias sem a presença de um Psicólogo), oficinas entre outros.

➤ *Crítica quanto à infraestrutura da clínica:*

Pontos negativos: falta de atividades diárias, local para horta, atividades físicas/jogos (no tratamento os pacientes tendem a engordar), área para fumantes e banheiro insuficiente para quantidade de meninas.

Pontos positivos: tratamento de disciplina recebido.

C., 30 anos.

Início do tratamento: Abril de 2007.

A falta de estrutura familiar e problemas psicológicos – baixa autoestima, busca por aceitação, problemas econômicos e sociais – interferiu de forma negativa no desenvolvimento do indivíduo durante a infância e adolescência.

Através da maconha, conheceu a cocaína e posteriormente o crack, e antes de completar 20 anos já sentia os efeitos negativos da dependência química em vários aspectos de sua vida (social, econômico, familiar, pessoal entre outros).

Passou por duas internações, sendo que na última internação iniciou o tratamento que segue até hoje. Chegou na clínica para iniciar seu tratamento não conhecendo seu verdadeiro eu, cheio de personagens, descreve essa fase como um período de reencontro, reconexão com seu íntimo.

➤ *Crítica quanto à infraestrutura da clínica:*

Pontos negativos: falta uma área confortável para fumantes. (Muitos pacientes durante a internação e depois ainda fazem uso do cigarro).

Pontos positivos: o campo de futebol, a academia (feita pelos próprios pacientes).

Importante salientar que as entrevistas foram realizadas com membros presentes no encontro do N.A. em que a autora presenciou mediante o consentimento de todos os membros participantes da reunião naquele dia.

2.3. A comunidade terapêutica

A seguir será abordado um breve histórico sobre comunidades terapêuticas e um pouco sobre a legislação que regula esse tipo de equipamento no Brasil, a RDC nº101, de 30 de Maio de 2001.

2.3.1. Breve histórico sobre comunidades terapêuticas

O termo “comunidade terapêutica” (CT) foi empregado à princípio pelo psiquiatra Maxwell Jones, que dirigia o hospital Dingleton localizado na Escócia (CORRÊA; MAXIMIANO, 2013). Esse psiquiatra estava preocupado em relação ao método utilizado pela psiquiátrica tradicional não apresentar resultados significativos; perante essa situação, optou por desmistificar a imagem autoritária dos profissionais da área e investir na ideia de autoajuda, ajuda mútua e que todos deveriam trabalhar juntos para ajudarem a si mesmo e aos demais.

A CT psiquiátrica padrão foi desenvolvida primeiramente na unidade de reabilitação social no hospital Belmont, mais tarde chamado de Henderson, na Inglaterra durante a metade da década de 1940. Essa comunidade terapêutica tinha como diferencial a importância atribuída às relações pessoais, comunicação, trabalho em grupo e a descentralização da autoridade local – atribuindo controle também aos pacientes.

Em agosto de 1959, Charles Dederich (um dependente de álcool em recuperação) reuniu experiências obtidas no Alcoólicos Anônimos (AA) e outras correntes filosóficas, pragmáticas e psicológicas a fim de lançar e desenvolver o programa a ser aplicado na comunidade terapêutica denominada Synanon localizada nos Estados Unidos, na cidade de Santa Monica, Califórnia.

A CT de Synanon herdou elementos morais e espirituais do grupo Oxford e dos Alcoólicos Anônimos (parte dos Doze Passos e Doze Tradições), além de outras influências sociais, psicológicas e filosóficas da época, como o existencialismo e a psicanálise, com o objetivo não só de manter a sobriedade como também mudar o estilo de vida. A CT consistia num ambiente residencial onde os dependentes químicos residiam 24 horas por dia durante determinado período, isolados dos elementos que poderiam influenciar o uso de substâncias psicoativas.

A partir desse modelo pioneiro, Synanon criado na década de 50, é que as novas CT's foram se disseminando pela Europa à princípio e se aperfeiçoando. No Brasil as primeiras comunidades terapêuticas só começaram a surgir a partir da década de 70, sem qualquer regulamentação. Somente em 2001 é que a ANVISA lançou uma resolução que orientava e regulamentava o funcionamento dessas comunidades terapêuticas.

2.3.2. Resolução ANVISA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) levando em consideração o grande aumento no número de clínicas terapêuticas, a falta de adequação da estrutura até o corpo técnico e ao número elevado de internos, discriminou na Resolução RDC nº101, de 30 de Maio de 2001, que regulamenta e estabelece as exigências mínimas para o dimensionamento, a resolução estabelece que o número mínimo de residentes em cada comunidade será de no máximo 60, sendo este número dividido em dois blocos de alojamento. Já o corpo técnico estabelece o mínimo de profissionais baseado a cada 30 residentes, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Recursos humanos necessários para o atendimento a 30 residentes.

RECURSOS HUMANOS
01 (um) Profissional da área de saúde ou serviço social, com formação superior, responsável pelo Programa Terapêutico, capacitado para o atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's
01 (um) Coordenador Administrativo
03 (três) Agentes Comunitários capacitados em dependência química em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's.

Fonte: elaborado pela autora baseado na resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001.

A Tabela 2 apresenta as diretrizes para montagem da estrutura física, dimensionada também a cada 30 residentes.

Tabela 2 - Estrutura física necessária para o atendimento a 30 residentes

ESTRUTURA FÍSICA		
LOGÍSTICO	Cozinha coletiva	Recepção de gêneros
		Armazenagem de gêneros
		Preparo
		Cocção
		Distribuição
		Lavagem de louça
		Armazenagem de utensílios
		Refeitório
	Lavanderia coletiva	Armazenamento de roupa suja
		Lavagem
		Secagem
		Passadeira
	Almoxarifado	Armazenamento de roupa limpa

		Área para armazenagem de mobiliário, equipamentos, utensílios e material de expediente
	Limpeza, Zeladoria e Segurança	Depósito de material de limpeza e abrigo para resíduos sólidos
HOSPEDAGEM	Quarto coletivo para, no máximo 6 residentes, com área mínima de 5,5 m ² por cama individual ou beliche de 02 camas superpostas. Este dimensionamento já inclui área para guarda roupas e pertences dos residentes	
TERAPÊUTICO	Sala para atendimento social	
	Sala para atendimento individual	
	Sala para atendimento coletivo	
	Sala de televisão e música	
	Oficinas (desenho, silk, marcenaria, gráfica e etc)	
	Quadra de esportes	
	Sala para prática de exercícios físicos	
	Horta ou outro tipo de cultivo	
	Criação de animais domésticos	
	Área externa para deambulação	
ADMINISTRAÇÃO	Sala de recepção de residentes e visitas	
	Sala administrativa	
	Arquivo das fichas dos residentes	
	Sala de reuniões para equipe	
	Sanitários para funcionários (ambos os sexos)	

Fonte: elaborado pela autora baseado na resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001.

Como pode-se notar, além de estabelecer o programa básico de uma comunidade terapêutica, a resolução 101 da ANVISA também estabelece algumas medidas que direcionam a implantação do equipamento, como a dimensão mínima de alguns ambientes e capacidade máxima de residentes para não sobrecarregar o equipamento e tornar a estadia desconfortável para os residentes.

2.4. A arquitetura humanizada em ambientes de tratamento de dependência química

Segundo Medeiros (2004), a humanização da assistência hospitalar é um termo abrangente, mas pode ser definido como uma tentativa de valorizar o usuário do serviço de saúde, considerando não somente profissionais como, também e principalmente, pacientes como parte essencial do processo realizado em determinado ambiente.

Pois, de acordo com Malkin (2003), *apud* Ribeiro (2008), o projeto de ambientes quando realizado de forma estratégica pode contribuir de forma efetiva com os resultados dos tratamentos. Além disso, ainda afirma que na década de 80 profissionais da área da arquitetura e design eram muito generalistas, e que atualmente quando se pretender criar um ambiente de cura, considera-se as particularidades de cada tipo de paciente, que são de extrema relevância, pois não é possível projetar ambientes humanizados de forma genérica e esperar que auxilie de forma significativa na cura de todos os pacientes.

Parte do conceito de humanização consiste em atender às necessidades e expectativas dos usuários do espaço, para isso é necessário conhecer as características do público alvo e as atividades que serão desenvolvidas no espaço (VASCONCELOS, 2004).

Ainda segundo Vasconcelos (2004), existe uma linha tênue entre “a beleza da humanização hospitalar” e a “eficiência da humanização hospitalar”, pois criar um ambiente que promova a cura não implica em simplesmente criar um ambiente agradável e familiar. É preciso ter conhecimento das razões científicas pelas quais determinados elementos contribuem ou prejudicam o tratamento, entender porque algumas sensações são provocadas pelo espaço físico e os pacientes podem percebê-las, compreender funcionamento das doenças que atinge os usuários para poder proporcionar a ele um ambiente que influencie positivamente na sua recuperação.

De acordo com Costeira (2004), existe uma série de elementos a serem incorporados aos projetos que buscam estabelecer bases para um ambiente apropriado às ações de assistência à saúde, como conforto visual e acústico, iluminação adequada, materiais para absorção de ruídos, uso de cores e obras de arte para tornar a atmosfera mais acolhedora e familiar.

A seguir serão abordados alguns elementos, que segundo Vasconcelos (2004), possuem maior influência no conforto arquitetônico e psicológico, portanto contribuem para proporcionar um ambiente humanizado.

2.4.1. Iluminação

Segundo Fonseca (2000), hoje além da já constatada função visual, que diz respeito basicamente à quantidade e qualidade da luz, reconhece-se muitos outros benefícios da iluminação, por exemplo a influência sobre o controle endócrino, relógio biológico, desenvolvimento sexual, regulação do estresse e supressão de melatonina.

A luz do sol é essencial para absorção de cálcio e fósforo, para o crescimento e fortalecimento dos ossos. Controle da profilaxia viral e de infecções e para melhora da capacidade física – reduzindo a pressão arterial e aumentando a quantidade de oxigênio – além, é claro de influenciar de modo positivo no humor e na disposição dos indivíduos.

A iluminação fluorescente é fria e o organismo interpreta esse tipo de iluminação como escuridão, desta forma, esta não traz nenhum benefício ao corpo humano além do visual (VASCONCELOS, 2004).

A janela é um elemento arquitetônico interessante, pois, além de permitir a passagem de luz natural ainda proporciona a percepção da variação da luz ao longo do dia, contanto com a natureza, relaxamento e conseqüentemente, contribuem com a melhora do paciente no tratamento.

Se tratando em incidência de luz, é importante dar a opção de controle de incidência da luz ao usuário, para que este a ajuste de acordo com sua necessidade. Para realizar esse controle há elementos arquitetônicos interessantes como cortinas, persianas e brises, sendo que, este último impede a incidência de luz e também de radiação, evitando deste modo a elevação da temperatura.

2.4.2. Cores

As cores e a luz são elementos do ambiente que possuem influencia um no outro, a intensidade da luz afeta substancialmente o resultado da cor. As cores possuem influencia no comportamento humano, pois são capazes de transmitir sensações.

Na Figura 1, as cores quentes são representadas as cores quentes – vermelho, laranja, amarelo – passam a sensação de proximidade, calor, densidade, opacidade, secura e são consideradas estimulantes, já as cores frias – verde, azul e violeta – são distantes, frias, leves, transparentes, aéreas e possuem um efeito calmante (MODESTO, 1986 *apud*, VASCONCELOS, 2004).

Figura 1 – Espectro visível de cores.



Fonte: VASCONCELOS, 2004.

As cores possuem forte influência no psicológico humano. A cor vermelha por exemplo estimula o sistema nervoso simpático, aumenta a atividade cerebral, enviando mais sangue para os músculos, acelerando o batimento cardíaco, a pressão arterial e a respiração; já a cor azul tem efeito contrário, pois esta estimula o sistema nervoso parassimpático, causando um efeito tranquilizando no psicológico humano.

As cores afetam também nossa percepção, as cores quentes, por exemplo, passam a sensação de avançar enquanto as frias parecem distanciar-se. As cores frias evidenciam menos as coisas, pesos parecem mais leves, objetos menores e ambientes parecem maiores, além de proporcionar descanso à vista, ao contrário das cores quentes que cansam.

O conforto térmico também é afetado pelas cores, tonalidade mais frias tendem a passar a sensação de frio e o oposto ocorre com as cores frias.

2.4.3. Som

Segundo Jones (1996), *apud* Vasconcelos (2004), o ruído estressante causa irritação e frustração, agrava o mau humor e reduz o limiar da dor, afeta a percepção visual e reduz a capacidade de aprendizado. Em grupos de trabalho o barulho constante tende a reduzir a produtividade e aumentar o absenteísmo. Em geral, a permanência em ambientes que apresentam ruído constante é prejudicial à saúde de qualquer indivíduo.

O conforto acústico pode ser proporcionado pela escolha adequada de materialidades que não causam reflexão ou amplificação das ondas sonoras, como carpetes, tecidos, madeiras, painéis acústicos entre outros, que absorvem as ondas sonoras com mais eficiência minimizando a reverberação e tornando deste modo, os ambientes menos ruidosos e mais agradáveis.

Por outro lado, alguns sons em volume agradável, geralmente baixo, podem vir a agregar ao conforto de um ambiente. Sons naturais, principalmente os emitidos pelo fluxo d'água, possuem efeito calmante e relaxante, além de ajudarem a mascarar outros sons indesejáveis.

Ainda de acordo com Jones (1996), *apud* Vasconcelos (2004), a música também tem o poder de diminuir a ansiedade dos pacientes, pois esta estimula o desempenho da endorfina e diminui o batimento cardíaco se assemelhando aos efeitos provocados pelo som da água.

2.4.4. Aroma

Segundo Gappel (1991), o olfato é o mais evocativo dos sentidos, possui uma relação íntima com o emocional humano, e faz o caminho mais rápido de ligação com o cérebro, estimulando-o a resgatar memórias. O aroma, tal como o som, pode ser positivo ou negativo; influência de forma sutil a mente humana.

Aromas desagradáveis aceleram a respiração e o batimento cardíaco e os agradáveis contribuem com a redução do estresse. Aí consta a relevância do aroma em um ambiente terapêutico, pois aromas agradáveis tem o poder de contribuir combatendo o estresse, ansiedade, percepção da dor e o medo (VASCONCELOS, 2004).

Uma alternativa viável para proporcionar aromas agradáveis aos ambientes são sachês, flores e a própria vegetação. Esta última, além de purificar a atmosfera do ambiente, ainda traz um frescor e aroma agradável.

2.4.5. Textura

Segundo Vasconcelos (2004), o tato é um ponto de grande relevância na arquitetura e no design, pois este possui grande influência na utilização dos ambientes. O conforto envolve muitos aspectos como, temperatura, mobiliário ergonômico, texturas suaves e etc.

A ampla gama de texturas que podem ser utilizadas em um ambiente pode auxiliar na distração e relaxamento da mente, prendendo a atenção dos usuários de forma espontânea.

A utilização de jardins internos, Figura 2, devido à grande variedade de texturas, também podem contribuir de forma positiva no relaxamento mental.

Figura 2 – Jardim interno do Palácio do Itamarati, em Brasília.



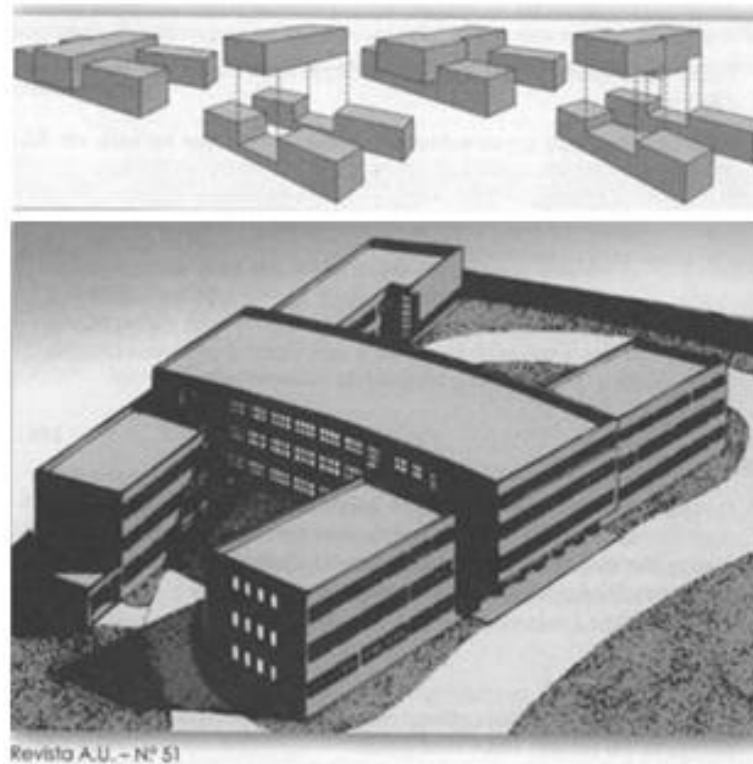
Fonte: <http://ecoviagem.uol.com.br/blogs/familia-muller-aventura/boletins/brasil-e-goias-destinocopa2014-copa2014-brasil-e-goias-turismo-df-go-17875.asp>

2.4.6. Forma

Uma colocação que se destacou durante as entrevistas realizadas é a relutância dos dependentes químicos contra a internação, devido à rejeição do sentimento de prisão associado a rebeldia.

Essa sensação de prisão mencionada pelos entrevistados pode ser amenizada com a disposição e a forma arquitetônica; quebrando o padrão arquitetônico das clínicas de reabilitação, que de acordo com Lima (2010) seguem o modelo pavilhonar, pois o programa e a disposição dos edifícios desenvolvidos para essa finalidade se assemelham muito aos destinados à presídios, escolas, hospitais, conventos e manicômios; essa semelhança decorre principalmente do fato do ambiente de reabilitação química ter derivado, de certa forma, dos manicômios, como por exemplo a Figura 3.

Figura 3 – Hospital da Brigada Militar – Modelo Pavilhonar.



Fonte: GÓES (2004), *apud* LIMA (2010).

Outras mudanças, mais simples, que podem contribuir de forma efetiva para o conforto é a eliminação de ambientes que comprovadamente remetem sensações ruins à mente humana, como espaços muito estreitos que se assemelham à corredores, os próprios corredores e ambientes genéricos (onde não há uma identidade no espaço).

2.5. Áreas verdes: ambientes restauradores

2.5.1. Os benefícios de ambientes restauradores associados ao tratamento da dependência química

O tratamento da dependência química, como pode ser observado nas entrevistas, não envolve somente o rompimento do uso da substância que gerou o vício, mas também e não menos importante, um suporte psicológico, uma terapia, para solucionar questões interiores e complexos que levaram o dependente químico à tal situação. Uma busca pelo autoconhecimento e identidade, uma reconexão com o interior do próprio indivíduo. Para que esse tratamento completo ocorra de fato, é necessário que se crie condições favoráveis para isso – o que envolve desde profissionais adequados até um ambiente propício.

Esse ambiente deve ser confortável e causar bem-estar aos usuários, para auxiliar nas terapias desenvolvidas. Há séculos estudos são realizados a fim de se estabelecer como agregar conforto à ambientes relacionados à saúde. Nesse contexto, Hirschfeld (1741-1792) *apud* Gerlach-spriggs (1998), escreveu um memorial para a implantação de um hospital e seu jardim, na Alemanha, que apontava dentre muitas diretrizes, que os hospitais deveriam estar situados longe do barulho de áreas urbanas, em locais saudáveis, ensolarados, altos, protegidos de ventos e de umidade. Deveria ser um ambiente aberto, com jardins conectados diretamente ao edifício, as janelas dos pacientes deveriam oferecer vistas agradáveis. Os jardins deveriam conter vegetação colorida, com fragrâncias agradáveis, folhas brilhantes para encorajar atitudes positivas. O som de água correndo e o canto dos pássaros também seriam interessantes. (HIRSCHFELD 1741-1792, *apud* GERLACH-SPRIGGS, 1998).

O estresse é um sentimento que deve ser evitado durante uma terapia, pois este apresenta grande chance de afetar de forma negativa o tratamento. Pinto e Silva (2006) *apud* Dobbert (2010), afirma que Hans Selye, na metade do século XX, foi o primeiro a estabelecer uma relação entre estresse e doença na medicina, e define o estresse como o conjunto de reações que o organismo apresenta ao ser submetido a uma situação que exige esforço para adaptação. Desta forma, quando o indivíduo se encontra cansado, ansioso, ansioso ou exasperado pode-se considerar que esse se encontra no estado de estresse.

Olmstead, arquiteto e paisagista do século XIX afirmava que a atenção voluntária pode ser fatigante, porém a natureza, com o poder de conter atenção involuntariamente, apresenta o poder de tranquilizar a mente ao emprega-la sem fadiga e reparar esses danos e promover saúde física e mental (ULRICH, 1979).

Ulrich (2002), afirma que áreas verdes tem alto poder de distração, dispersando pensamentos estressantes, portanto, deste modo essas áreas, chamadas de ambientes restauradores, podem contribuir com processos de cura e determinadas terapias.

Os chamados “jardins de cura”, possuem função terapêutica e auxiliam efetivamente a recuperação dos pacientes e também reduz quantidade de medicamentos. Ulrich (2003) *apud* Dobbert (2010), defende a “Theory of Supportive Garden Design” que design de jardins deve promover autonomia no uso, contato social, exercitação do físico e distrações naturais.

Deste modo, pode-se concluir que a escolha da localização de edifícios relacionados à saúde é de extrema importância, sendo mais vantajosa nos arredores da malha urbana ou até mesmo, fora dela. Esta localização é privilegiada por ser afastada de todo caos, estresse e barulho da cidade. Além, da visão privilegiada que essas áreas apresentam – frisando a importância da vista agradável das janelas dos quartos, já citada anteriormente junto a seus benefícios.

2.5.2. Diretrizes para implantação de jardins terapêuticos

Ao longo do século XX, muitos estudiosos se aprofundaram no tema abordado e desenvolveram algumas diretrizes, pois só a existência dos jardins terapêuticos nesses ambientes hospitalares não é considerada suficiente. Algumas das principais diretrizes apontadas foram a acessibilidade e que proporcione certa intimidade aos usuários.

Marcus e Barnes (1999) fazem algumas recomendações gerais para projetar esses espaços, na obra “Healing Gardens – Therapeutic benefits and design recommendations”. Dentre as diversas diretrizes citadas, as consideradas mais relevantes para o tema em questão são:

- Acessibilidade de jardins terapêuticos deve ser simples, bem sinalizado e suprir as necessidades de portadores de necessidades especiais e seguro. Piso confortável para todos, cadeirantes inclusive, e corrimãos ao longo do percurso visando estabilidade dos usuários;
- Mobiliário confortável e que apresente certa mobilidade, proporcione opção de escolha e que sejam leves e fácil de manusear (como plásticos resistentes);
- Visibilidade dos jardins é essencial, mantendo contato mesmo que visual dos pacientes por mais tempo, e possibilitando o contato dos pacientes acamados por exemplo;
- A vegetação deve ser atenciosamente selecionada, não tóxicas, não possuam odores fortes e não contenham espinhos. Preferencialmente que atraiam pequenos animais, além de possuírem diferentes cores, texturas e formas;
- Fontes e repuxos d’água devem ser projetados atentamente a fim de se evitar acidente, com crianças principalmente, e devem receber manutenção frequentemente;
- Quadros e imagens abstrata causam emoções muito particulares, podendo ser negativas, portanto deve-se evitar e sempre se optar por imagens que remetem a natureza;
- Boa iluminação é necessária nos jardins para a noite; iluminação suave e indireta é ideal para não causar desconforto visual aos usuários;
- A integração entre os ambientes internos e externos é importante, pois garante melhor aproveitamento desses espaços.

A discussão sobre espaços verdes terapêuticos está entre a medicina e o design. Profissionais da saúde não dão atenção merecida ou ignoram benefícios do meio ambiente, por outro lado designers as vezes se esquecem como a forma de seus projetos podem afetar humor e o comportamento dos usuários. O papel do arquiteto paisagista é ressaltado neste ponto, a importância do conhecimento das diferentes necessidades dos diferentes pacientes/usuários;

Além dessas recomendações já citadas, Constantino (2004), ainda destaca que esses espaços devem prover oportunidades para o contato social, troca de ideias entre pacientes, funcionários e visitantes – algo considerado muito simples e banal, que os projetistas geralmente não dão muita importância, porém essa partilha de sentimentos pode garantir grandes benefícios ao bem-estar das pessoas, como ilustra a Figura 4.

Figura 4 – Jardim do St. George's Hospital, London, UK.



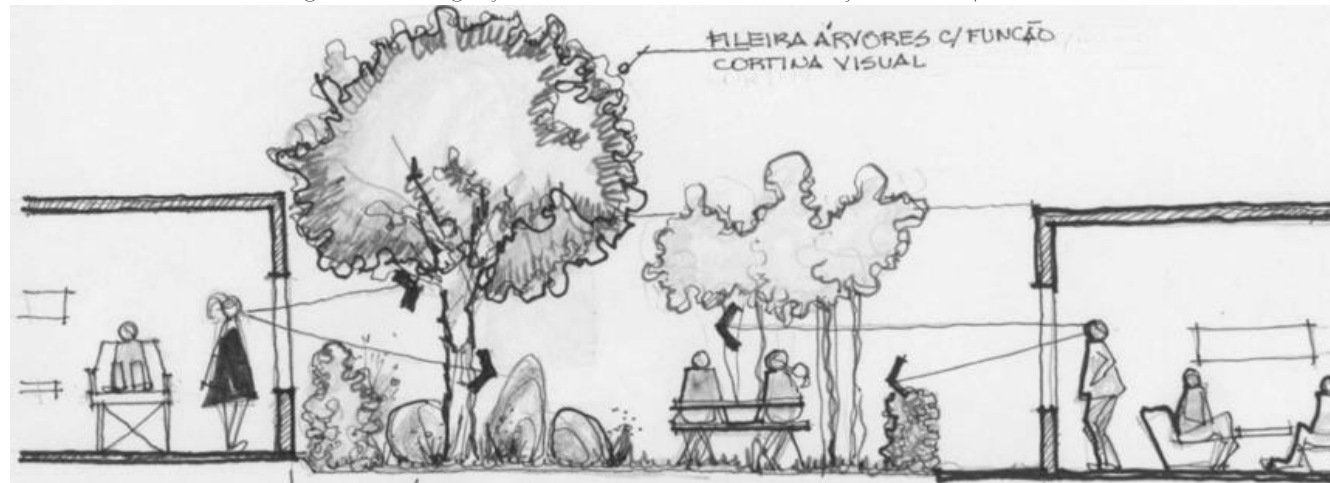
Fonte: Healing Gardens, Therapeutics Benefits and Design Recommendations (1999).

2.5.3. Sobre a disposição e a implantação do edifício

Um ponto muito relevante é a localização de hospitais e clínicas relacionadas à saúde, a localização mais vantajosa é nos arredores da malha urbana ou até mesmo fora dela. A localização é privilegiada por ser afastada de todo caos, estresse e barulho da cidade apresenta. Além, da vista privilegiada que essas áreas costumam apresentar, como o Skyline da paisagem, que se o projeto for elaborado de forma estratégica pode ser visto até mesmo de dentro do edifício.

A Figura 5, exemplifica bem uma forma de integração entre edifício e áreas verdes externas, mesmo que o paciente não esteja de fato no jardim, ele pode usufruir dos benefícios proporcionados por este.

Figura 5 – Integração entre ambientes internos e jardins terapêuticos.



Fonte: CONSTANTINO (2010).

Durante o século XV, os melhores hospitais eram os espanhóis, seguiam a tradição árabe, continham um pátio central e quartos em pavimento superior favorecendo a boa iluminação e ventilação. O hospital em Zaragoza, na Espanha, foi responsável pela reforma hospitalar no século XVIII no modo de cuidar dos pacientes. Em Zaragoza, os doentes mentais faziam atividades em grupos como, comer, trabalhar nos jardins, plantações, vinhedos entre outros. Essa prática de socialização foi denominada tratamento moral. Gerlach-spriggs (1998) *apud* Constantino (2004), chama atenção para o hospital de Santa Maria Nuova, em Florença, que admirou o fluxo de ar fresco, vista dos quartos para os jardins e acesso a estes.

Em 1859, Nightingale relatou os efeitos do meio ambiente em seus pacientes, revelando uma preocupação com o ambiente hospitalar ao ressaltar a importância da iluminação e ventilação naturais. (MIQUELIN, 1992).

Todos os pontos abordados neste capítulo, além do rompimento do modelo pavilhonar de edifício já citado por Lima (2010), se conciliados de forma estratégica podem contribuir de modo significativo para que o resultado final atenda de forma mais confortável e eficiente às demandas de um edifício de caráter terapêutico.

Portanto, de todos os temas abordados ao longo deste capítulo pode-se extrair pontos que podem ser aplicados como diretrizes projetuais, pois todos os temas prezam essencialmente pelo conforto e bem-estar dos pacientes perante o espaço, o que irá contribuir de forma significativa com a qualidade arquitetônica.

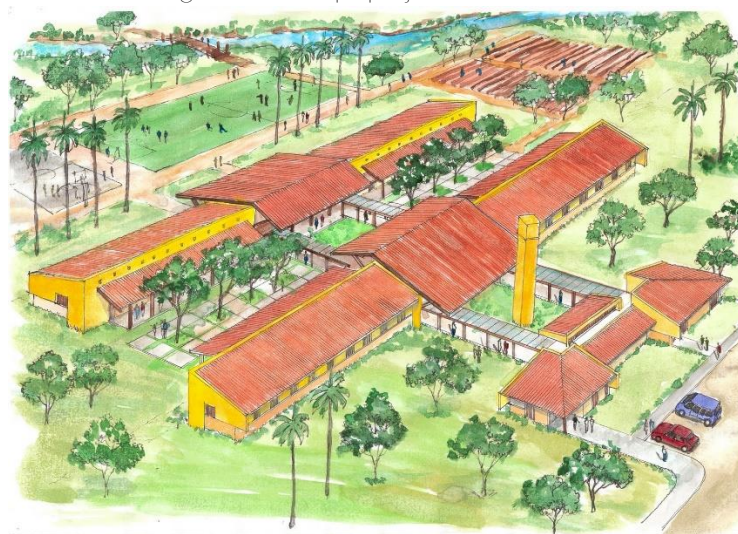
3. ANÁLISE DE CORRELATOS

A fim de se compreender melhor a dinâmica e às necessidade do objeto de estudo desenvolveu-se um estudo de três centros de reabilitação para dependentes químicos, e ainda realizou-se uma visita e análise de uma comunidade terapêutica no município de Dracena-SP, que apesar de não apresentar qualquer tipo de planejamento ou qualidade arquitetônica, segue o modelo da grande maioria de clínicas do nosso país (chácaras ou grandes construções adaptadas).

3.1. Centro para dependentes químicos Cidade Viva (Martins e Lucena, 2009).

O centro de recuperação para dependentes químicos denominado Cidade Viva, de autoria dos arquitetos Antônio Cláudio Massa e Kleimer Martins está localizado na BR 101 – Km 07 em Conde no estado da Paraíba (Figura 6). É uma instituição que tem como público alvo homens e funciona em regime de internato

Figura 6 – Croqui projeto Cidade Viva.



Fonte: MASSA, 2009.

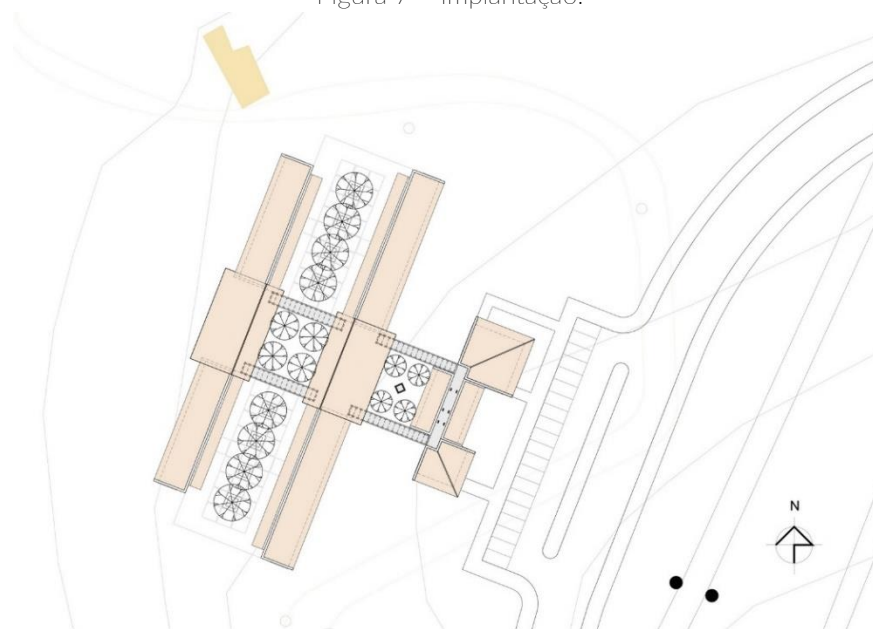
O projeto nasceu de uma iniciativa religiosa, cujo tema é “liberdade com responsabilidade” e tem como partido a possibilidade de ampliação do edifício, com isso foram implantados 3 blocos abertos e dispostos em três níveis diferentes a fim de absorver o desnível topográfico, que são conectados por passarelas e rampas, que por sua vez solucionam a questão da circulação entre os blocos.

Foram criadas áreas sombreadas no eixo norte sul, dispostas a partir de vãos centrais abertos, que resultaram em espaços termicamente agradáveis devido à ventilação cruzada existente. Adotaram tecnologias locais sustentáveis, bem como a aplicação de elementos e materiais da arquitetura nordestina, a fim de conferir identidade arquitetônica à obra.

A comunidade não prescreve medicamentos, apenas administra quando feita por um profissional. O tratamento se aplica na esfera espiritual, física e psicológica da vida do aluno, através de atividades como: momentos diários de devocional bíblica; por meio da prática de esportes, por exemplo aulas de jiu-jitsu; alimentação balanceada e acompanhamento médico; laborterapia, terapia ocupacional direcionada e acompanhamento psicológico.

Ao todo são 1.465 m² dispostos horizontalmente de forma espalhada e setorizada pelo terreno. As Figuras 6,7,8 e 9 ilustram bem essa disposição horizontal que o edifício apresenta, pois, apesar do edifício ser setorizado por blocos (administrativo, dependência dos residentes, logístico, terapêutico entre outros) todos esses blocos estão integrados de forma simples pelas passarelas e rampas, que além de resolver a questão topográfica e proporcionar acessibilidade ao conjunto, ainda faz a integração entre os diversos setores da comunidade terapêutica de forma simples e eficiente.

Figura 7 – Implantação.



Fonte: MARTINS; LUCENA, 2009.

Figura 8 – Planta baixa.



Fonte: MARTINS; LUCENA, 2009.

Figura 9 – Cortes.



FACHADA SUDESTE ESCALA
0 1 2 3 4 5 10



FACHADA NORDESTE ESCALA
0 1 2 3 4 5 10



CORTE AA ESCALA
0 1 2 3 4 5 10



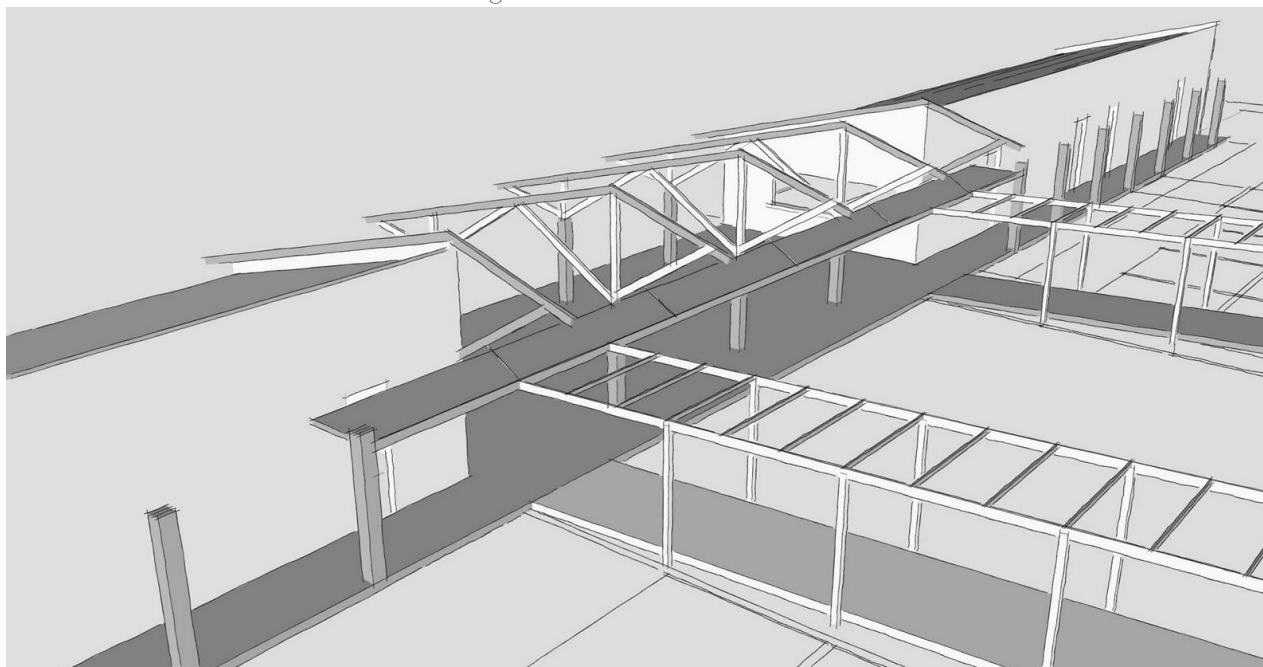
CORTE BB ESCALA
0 1 2 3 4 5 10

Fonte: MARTINS; LUCENA, 2009.

O alojamento consiste em um dormitório e um banheiro para cada 6 residentes. Os setores administrativo e terapêutico são separados. O edifício praticamente não apresenta corredores, pois a circulação é feita permeando os blocos, externamente aos edifícios pelas passarelas, integrando os ambientes internos e externo, tornando assim o percurso mais agradável.

Já a figura 10, indica o modelo da estrutura utilizada, que é composta predominantemente por madeira, mas também apresenta uma parcela em aço.

Figura 10 – Modelo estrutural.



Fonte: MARTINS; LUCENA, 2009.

3.2. Centro Comunitário de Reabilitação Belmont (ARCHDAILY, 2013)

O projeto é do escritório de arquitetura Billard Leece Partnership e está localizado na cidade Belmont, na Austrália, numa das principais esquinas da cidade ao lado do Centro de Saúde Kardinia com o qual compartilha a recepção.

A forma do edifício e sua materialidade procuram se envolver com o ambiente onde este se insere. A utilização da madeira na fachada principal é devido a sustentabilidade, calor inerente e seu recurso natural. A fachada é articulada com janelas auto-sombreadadas para as elevações de rua e brises nas janelas para as zonas de jardim. A madeira e o vidro expressam a forma e desenho da fachada e cria um edifício não-institucional e cativante, fácil de construir e manter (Figuras 11 e 12). Um novo jardim fornece instalações de reabilitação externas e assentos em um pátio ensolarado e protegido do vento.

Figura 11 – Fachada externa.



Fonte: Archdaily, 2013.

Figura 12 – Jardim interno.



Fonte: Archdaily, 2013.

A própria implantação do edifício soluciona a questão da segurança e privacidade do projeto, como pode-se notar na Figura 13.

Figura 13 – Jardim interno.



Fonte: Archdaily, 2013.

Os dormitórios voltados para norte e leste para garantir que as melhores condições de iluminação incidam nesses ambientes. Há também aberturas zenitais para explorar a iluminação natural no projeto. A topografia e a horizontalidade do projeto garantem a acessibilidade do edifício. O branco é a cor predominante, juntamente aos tons de cinza do concreto e marrom da madeira, empregada principalmente nas fachadas.

3.3. Centro de Tratamento de Dependências Irmã Margaret Smith (ARCHDAILY, 2011).

O projeto é dos escritórios de arquitetura Kuch Stephenson Gibson Malo Architects and Engineer e Montgomery Sisam Architects e está localizado na cidade Thunder Bay, Canadá. O Centro de reabilitação atende pacientes internos e externos viciados em drogas, álcool, compulsão alimentar entre outros.

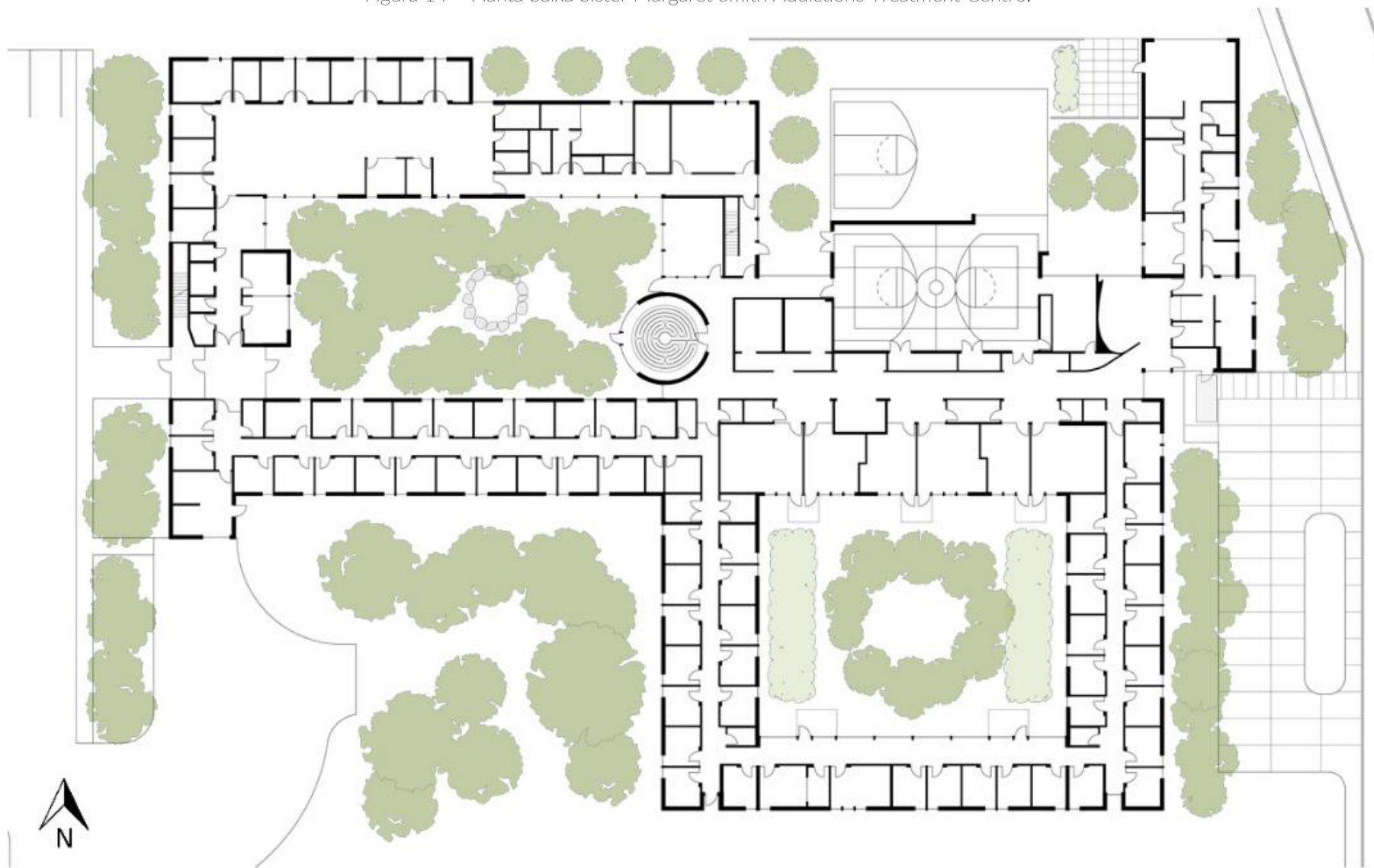
O projeto foi concebido para apoiar os valores fundamentais, cuidados holísticos e compassivos. A qualidade de cura da luz natural foi uma consideração primordial no projeto pois, nota-se a sequência de espaços criados que oferecem integração com a paisagem externa.

O edifício é organizado em torno de dois campos paisagísticos, um mais íntimo para os pacientes internos e outro para os externos. Os dois ambientes são seguros, pois estão implantados no meio do edifício, e utilizados para diversos programas terapêuticos.

A parte residencial oferece dois setores, um destinado à homens e mulheres e outro a jovens a partir de 13 anos. O setor não residencial incluiu administração, ginásio, salas de terapia, espiritual e artesanato, ambos os setores possuem cozinha, sala de jantar e estar. A parte residencial destinada aos jovens oferecem quartos unissex que são conectados diretamente a sala de estar, para garantir a sensação de familiaridade, cuidado e proteção. Já o setor ambulatorio inclui escritórios individuais de aconselhamento, salas de atendimento coletivo, espaço sagrado, áreas de apoio à administração e pátios ao ar livre.

A Figura 14 ilustra a horizontalidade predominante no projeto que contribui com a acessibilidade do edifício, a implantação que auxilia o fechamento e a segurança do edifício e a maioria dos quartos são voltados para a face sul (hemisfério norte, parte mais iluminada).

Figura 14 - Planta baixa Sister Margaret Smith Addictions Treatment Centre.



Fonte: Archdaily, 2011.

Na Figura 15, podemos observar duas perspectivas do projeto, uma interna e outra externa, onde podemos notar a materialidade empregada e a forma dos ambientes dentro e fora da edificação.

Figura 15 – Imagens internas do Centro St. Margaret Smith



Fonte: Archdaily, 2011.

A estrutura é mista, predominantemente composta por aço e madeira. Os materiais mais utilizados para vedação foram o vidro e a madeira, devido ao conceito de integração com a paisagem exterior e a utilização de materiais naturais como parte do processo de cura.

3.4. Pousada Bom Samaritano (AUTÓRIA PRÓPRIA, 2017).

A Pousada Bom Samaritano, localizada no município de Dracena-SP, é uma instituição pública, que nasceu de uma iniciativa da comunidade religiosa local, a mesma se prontificou a conseguir verbas públicas para concretizar o projeto. A comunidade terapêutica nasceu no ano de 1993, e atualmente possui uma grande infraestrutura contanto com alojamento (para 40 pacientes), bloco administrativo e terapêutico, cozinha, refeitório, horta, pomar, marcenaria, campo de futebol, quadra, piscina, capela, alojamento para os familiares que visitam os residentes, zoológico pequeno, criação de alguns animais para produção de leite, ovos etc., além de um salão de festas que é alugado e os fundos provenientes da locação são revertidos para a comunidade terapêutica. Segue a Figura 16, que indica a dimensão do espaço e a localização de cada equipamento.

Figura 16 – Foto área da Pousada Bom Samaritano em 2003.



Fonte: Acervo fotográfico da Pousada Bom Samaritano.

O terreno apresenta uma área de 84.700 m², sendo 4.184,89 m² de área construída e mais de 80.500 m² de área livre – pomar, horta, jardins, área de animais e etc.

Na Figura 17, observa-se que apesar das boas condições de iluminação e ventilação, os ambientes não transmitem a sensação de uma estadia permanente e confortável aos seus usuários, mas sim a sensação de uma estadia improvisada e caótica. Os ambientes não transmitem a sensação de conforto devido a vários fatores, como a materialidade empregada, materiais muito frios como concreto e placa de granito que são comumente empregados nas tipologias modelo pavilhão (hospitais, manicômios, presídios, escolas entre outros), apesar dos espaços serem amplos são mal planejados e organizados, não fornecendo espaço necessário para que cada residente possa desenvolver sua própria individualidade e consiga seguir uma rotina própria.

Figura 17 – Bloco de alojamento: dormitório, varanda e sanitário coletivo.



Fonte: autoria própria, 2017.

A questão de um único banheiro coletivo para todos os residentes também é uma questão importante, pois os residentes além de dividirem quarto ainda dividem o banheiro. Levando em consideração toda a rotina de um residente de uma clínica de reabilitação, onde eles devem abandonar seus hábitos individuais e se adaptarem a rotina coletiva em tempo quase que integral, os momentos no dormitório e banheiro deveriam ser os de maior privacidade e individualidade, porém essas sensações não podem ser despertadas nas condições que esses ambientes são oferecidos.

A Figura 18 expõe claramente a necessidade de um alto índice de organização e funcionalidade de um ambiente de frequente utilização, como a cozinha; o que o ambiente visualmente não apresenta.

Figura 18 – Bloco do refeitório: cozinha e refeitório.



Fonte: autoria própria, 2017.

A cozinha conta com uma cozinheira profissional contratada e alguns residentes que possuem função de auxiliar, e possui vários compartimentos como a cozinha (67 m²), despensa (11,70 m²), câmara fria (6,40 m²) e a copa (23,50 m²), onde os funcionários realizam suas refeições.

A Figura 19, apresenta a horta com cultivo muitas espécies como verduras, hortaliças, legumes, frutas, além de coqueiros – este último possui cultivo voltado para venda no setor de paisagismo – tudo isso distribuído em uma área de aproximadamente 1.500 m². Devido à grande extensão da área e ao profundo conhecimento sobre o assunto de um residente específico da comunidade terapêutica a horta prosperou e atualmente além de fornecer seus cultivos para as refeições diárias dos residentes e dos funcionários, vende o excedente contribuindo desta forma com as despesas. Além disso, a Figura 19 ainda ilustrada as condições improvisadas e críticas que funcionam a sala de reuniões e lavanderia.

Figura 19 – Academia, horta, sala de reuniões e lavanderia.



Fonte: autoria própria, 2017.

A marcenaria (Figura 20) possui uma grande infraestrutura, consiste num grande barracão vazado, com área de 1.220 m², dividido basicamente em 3 setores: local amplo e ventilado para armazenamento da madeira, estoque de produtos prontos (35,2m²) e área de maquinas (152,9 m²). A marcenaria, assim como a horta, também é um local bem estruturado devido ao conhecimento prévio no assunto de um residente em específico, que além de tomar a frente da produção também transmite seu conhecimento aos residentes auxiliares. Atualmente, possui grande significado na receita local, pois recebe encomendas e realiza vendas com frequência, além de receber muita matéria prima em forma de doações.

Figura 20 – Marcenaria.



Fonte: Acervo fotográfico da Pousada Bom Samaritano.

Todos esses estudos de projetos que são tomados como referência nessa área da arquitetura, associados à visita na Pousada Bom Samaritano, um exemplo extremamente próximo a realidade onde será proposto o projeto, além da troca de informações que houve entre a autora e os residentes, amplia a visão para compreender melhor a importância de alguns equipamentos, espaços, mobiliários e etc. no projeto, como solucionar questões importantes nesse tipo de equipamento como a segurança, privacidade e conforto. A visita foi crucial para compreender o que de fato é utilizado ou não, o que os residentes sentem mais falta ou utilizam mais, enfim, quais atitudes projetuais fazem diferença realmente na prática.

4. A CIDADE DE DESCALVADO

Logo após o levantamento bibliográfico e as análises de correlatos, partiu-se então para a procura de um lugar adequado e que se necessita desse tipo de equipamento. À princípio começou-se a procurar um local na cidade de Porto Ferreira, pois apesar de ser o município onde a autora nasceu e cresceu, já se tinha conhecimento da não existência de nenhum equipamento desse tipo na região. Porém, quando se iniciou a procura descobriu-se uma comunidade terapêutica na região, fundada a partir da iniciativa de dependentes químicos já em reabilitação há alguns anos, operando num sítio próximo da cidade de Porto Ferreira, localizado na verdade, na área rural do município de Descalvado. Durante a visita à esta comunidade terapêutica notou-se a motivação e o quantidade de energia e atenção que os fundadores dispõe à esta iniciativa, mesmo sem receber qualquer retorno financeiro, nesse momento o local de concepção projetual foi identificado.

Ao longo desse capítulo iremos abordar mais a fundo sobre o município onde o equipamento será concebido e a situação atual da comunidade terapêutica, equipamentos já e existentes e etc.

4. O tratamento da dependência química em Descalvado

Descalvado, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017), possui uma população estimada de 33.346 mil habitantes, distribuída numa área de 755,226 km², localizada na região nordeste do estado de São Paulo, como ilustra a Figura 21. Dista acerca de 245 km do município de São Paulo.

Figura 21 – Município de Descalvado destacado no mapa.



Fonte: autoria própria, 2017.

4.1. Recursos disponíveis para tratamento da dependência na região

A cidade de Descalvado possui apenas um único Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado no Centro. O CAPS AD que trabalha especialmente com dependentes químicos, é recém-inaugurado na cidade em Julho/2017; e é o único recurso público disponível na cidade. A comunidade terapêutica mais próxima está situada na zona rural do município de Descalvado, porém mais próxima da cidade de Porto Ferreira, dista à apenas cerca de 6 km do centro desta; além disso, seus organizadores residem no município de Porto Ferreira-SP.

À princípio a comunidade terapêutica acolhe todos os dependentes químicos que manifestam interesse voluntário no tratamento de reabilitação química e possuem condições de saúde para tal –considerando que a organização não conta com nenhuma infraestrutura médica ou psicossocial – independente da condição econômica do doente. Atualmente, apenas alguns dos pacientes contribuem economicamente com a receita da comunidade e com os valores cabíveis à cada um.

A comunidade terapêutica não pode ser reconhecida como clínica de reabilitação química oficialmente, pois não apresenta a infraestrutura física e nem o quadro profissional mínimo exigido pela ANVISA para desenvolver o tratamento, previsto também pela mesma.

Deste modo, o projeto pretende realizar uma reestruturação espacial a fim de proporcionar a estrutura física adequada para que uma clínica de reabilitação para dependentes químicos possa vir a funcionar no local.

4.1.1. Comunidade Terapêutica – Habitar

A Comunidade Terapêutica Habitar (Figura 22) nasceu da iniciativa de dois dependentes químicos em abstinência e atualmente atende cerca de 12 pacientes. Para o ingresso o dependente químico deve apenas passar por um procedimento de triagem no Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir a internação segura do dependente químico – pois, a comunidade não conta com nenhum profissional da área de saúde. Além disso, é importante salientar que neste local apenas internações voluntárias são realizadas.

Figura 22 – Vista aérea da Comunidade Terapêutica Habitar.



Fonte: Google Maps, 2017.

Apesar de estar localizada na zona rural do município de Descalvado, é mais próxima da cidade de Porto Ferreira, distando acerca de 7 km do centro da cidade (Figura 23), e todos seus funcionários e pacientes, são residentes de Porto Ferreira.

Figura 23 – Localização da CT Habitar e com atenção a distância da CT ao centro de Porto Ferreira.



Fonte: Google Maps e Earth adaptados, 2017.

A instituição não pode ser considerada uma clínica, pois não conta com nenhum tipo de acompanhamento profissional, nem da área de saúde e nem social, conforme prevê a RDC nº101 redigida pela ANVISA, além de não apresentar estrutura física para tal. A comunidade terapêutica consiste em uma casa e algumas outras construções em sítio adaptadas de maneira pouco eficiente para tal função. Segue abaixo as Figuras 24 e 25 que retratam a infraestrutura atual do local.

Figura 24 – Alojamento dos residentes, cozinha e sanitários.



Fonte: autoria própria, 2017.

Como pode-se notar nas imagens acima, a estrutura física é totalmente improvisada e conta com poucos equipamentos, Figura 24 retrata os dormitórios que poderia ser mais confortável, se fosse um ambiente mais amplo, conforme prescreve a RDC 101, e apresentasse mais mobiliário como armário, poltronas e escrivaninha. A cozinha simples e com poucos equipamentos, que seria insuficiente se o local viesse a receber maior número de residentes futuramente. A Figura 24 também expõe a estrutura do único sanitário existente na comunidade terapêutica (sendo um feminino e outro masculino) onde pode-se notar a iluminação deficiente e a falta de acessibilidade.

A Figura 25 retratará outros ambientes e equipamentos que o local possui, como a horta e um barracão onde são realizados pequenos consertos.

Figura 25 – Horta e barracão,



Fonte: autoria própria, 2017.

5. PROCESSO PROJÉTUAL

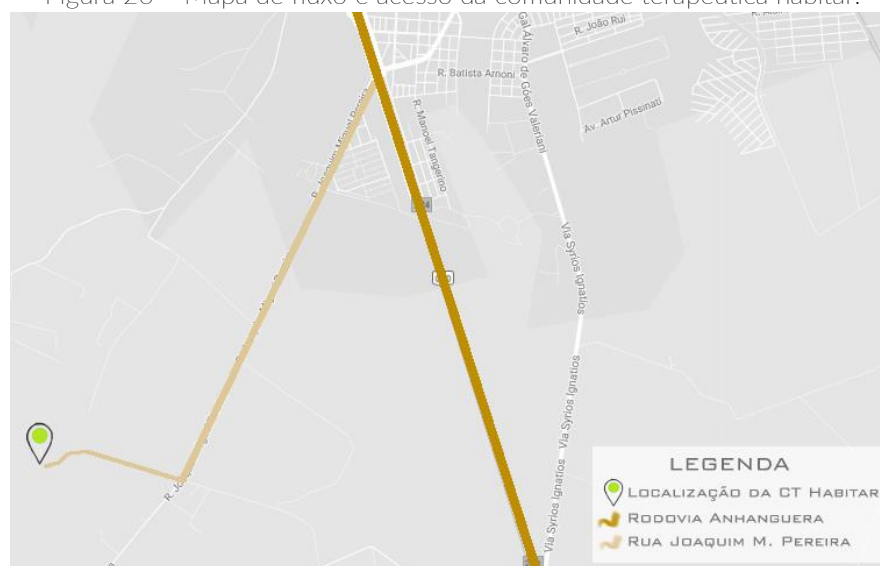
Com o local de implantação do equipamento definido iniciou-se então as análises locais, contidas nesse capítulo, do contexto o qual está inserido o local e das condições propriamente ditas do local, como insolação, ventilação, pré-existências entre outras características. Além dessas análises do local, este capítulo também apresentará os primeiros estudos projetuais; o conceito e partido do projeto bem desenvolvido, o programa do projeto juntamente à um dimensionamento prévio obtido a partir dos estudos de dimensionamento e layout que também foi realizado de cada ambiente.

Por último, foram adicionados alguns dos primeiros esboços realizados pela autora que auxiliaram na compreensão das características da área e ainda alguns esboços projetuais que buscavam associar todas as diretrizes abordadas.

5.1. Análise do local

O acesso ao local se dá pela Rodovia Anhanguera, que corta a cidade de Porto Ferreira e posteriormente acessar a rua Joaquim Miguel Pereira (Figura 26).

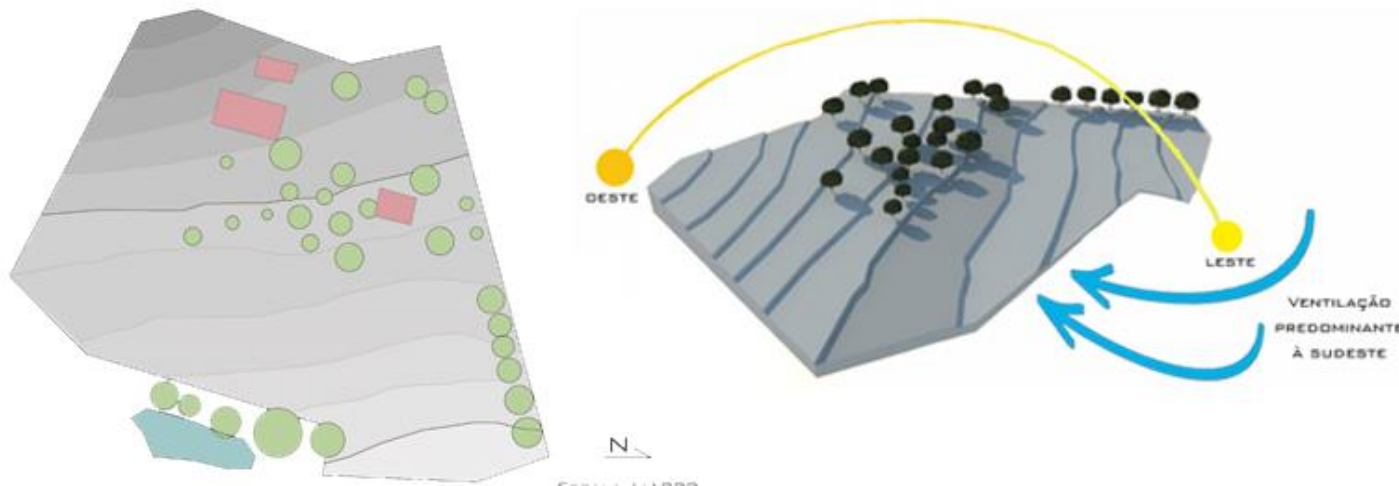
Figura 26 – Mapa de fluxo e acesso da comunidade terapêutica habitar.



Fonte: Google Earth adaptado pela autora, 2017.

Logo abaixo, a Figura 27 indica a situação atual da área, contendo construções, vegetação, lago e a topografia (curvas de nível) e o Diagrama 1 indica as condições de insolação e ventilação da área.

Figura 27 – Mapa situação atual da área e diagrama de insolação e ventilação.



Fonte: autoria própria, 2017.

5.2. Conceito e partido arquitetônico

O conceito que norteia esse projeto está intrinsecamente relacionado ao conceito do tratamento de reabilitação da dependência química; a busca de uma reconexão com o interior, com parte mais íntima de cada indivíduo que inicie o tratamento; pois acredita-se que somente assim, descobrindo a verdadeira essência e aceitando-a de bom grado, é possível superar os obstáculos que condicionaram o dependente químico até tal situação. O conceito busca agregar ao projeto mais essência, simplicidade e bem-estar.

Sendo assim, o partido arquitetônico visa a utilização de materiais e estruturas simples e aparentes e a integração entre os ambientes internos e os jardins, que além de proporcionar relaxamento e bem-estar aos indivíduos, também pode auxiliar nesse processo de reconexão.

A fim de concretizar o partido arquitetônico o projeto apresenta grandes áreas verdes com densa vegetação, além de áreas de transição entre os jardins e os edifícios, realizando a conexão entre essas duas áreas de forma simples e sutil. Por meio da grande quantidade de massa verde no entorno das construções, grande permeabilidade entre ambientes internos e externos ou pela integração visual, sonora ou olfativa, características garantidas pela utilização de materiais transparentes, grande quantidade de aberturas, som proveniente do riacho e o odor característico da densa massa vegetal e da água presentes no projeto e área

A utilização da estrutura aparente remete ao conceito da busca por aquilo que é verdadeiro e essencial, a vedação segue esse mesmo padrão.

Os croquis da Figura 28, representam um pouco das intenções projetuais descritas acima.

Figura 28 – Croquis



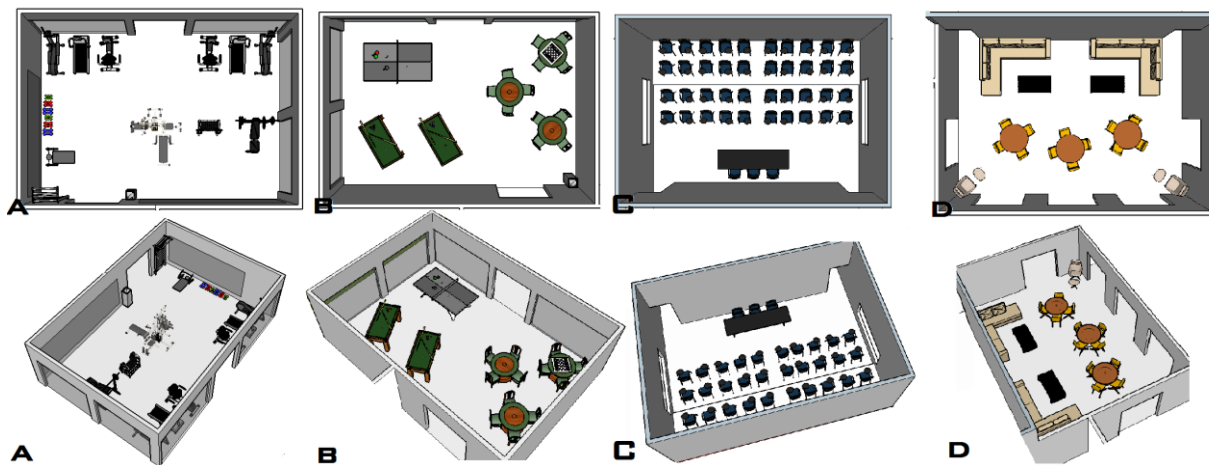
Fonte: autoria própria, 2017.

5.3. Programa de necessidades e dimensionamento

O programa arquitetônico foi estabelecido de acordo com as recomendações da ANVISA, RDC nº101, e de acordo com os pontos levantados durante as visitas técnicas e entrevistas com dependentes químicos e funcionários das CT's; e o dimensionamento foi estimado de acordo com layout necessário em

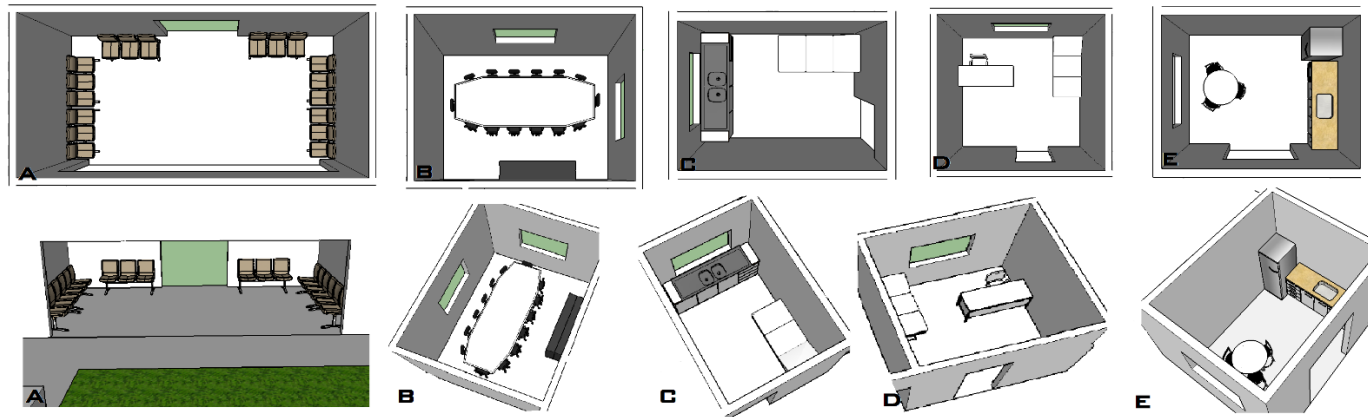
cada ambiente. Deste modo, abaixo será apresentado disposições de alguns dos ambientes para que se possa compreender melhor como a área mínima foi estimada (Figuras 23, 24, 25, 26 e 27).

Figura 23 – Layout necessário de ambientes do setor de lazer: sala de ginástica (A), sala de jogos (B), sala de projeção (C) e sala de estar (D).



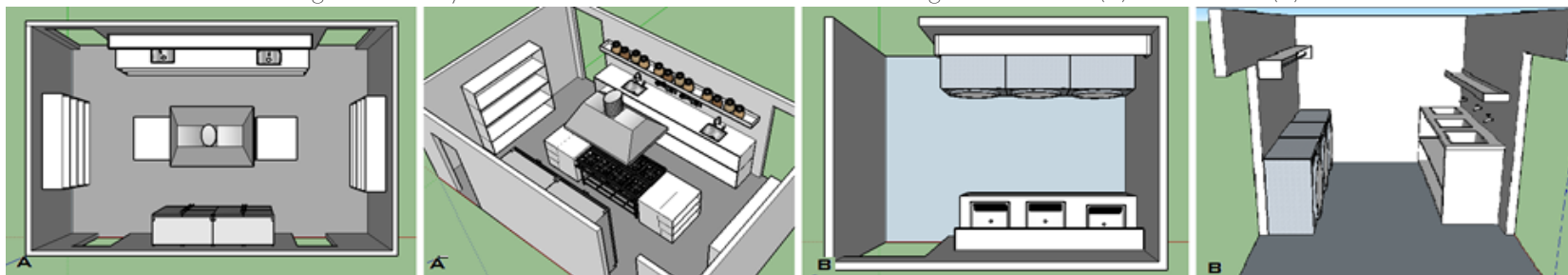
Fonte: autoria própria, 2017.

Figura 24 – Layout necessário de ambientes do setor terapêutico: sala de espera (A), sala de reuniões e terapia ocupacional I (B), enfermaria (C) e consultório (D) e copa (E).



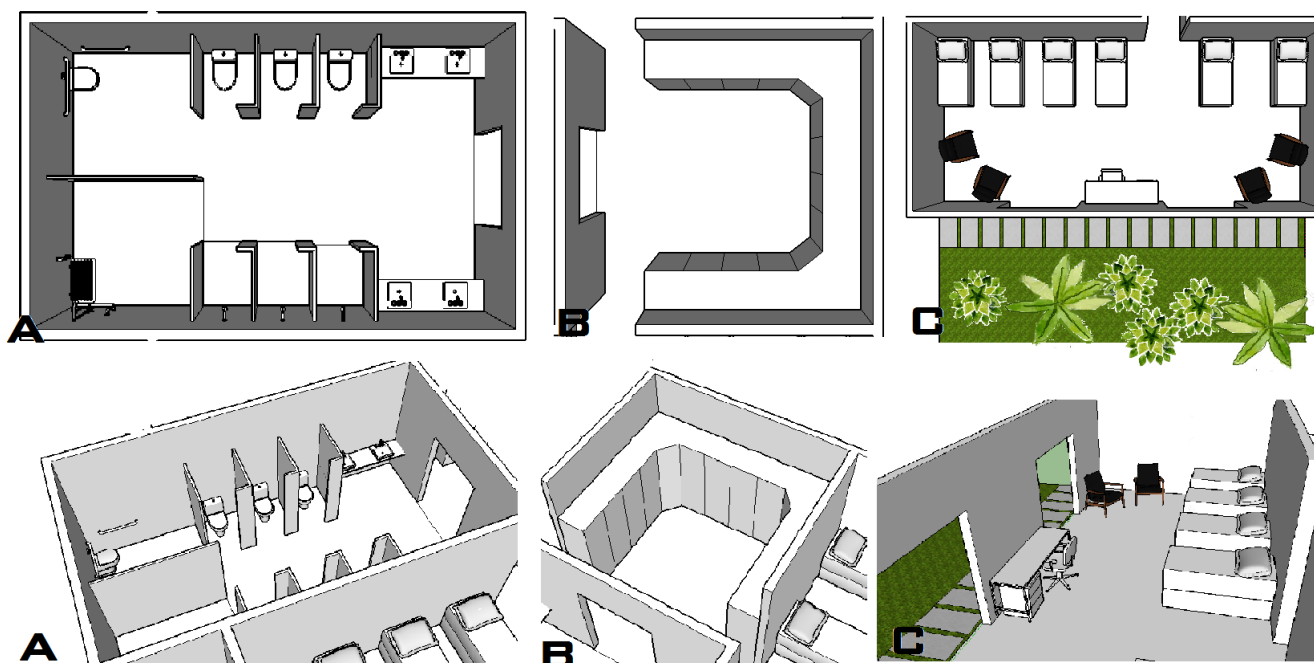
Fonte: autoria própria, 2017.

Figura 25 – Layout necessário de ambientes do setor de logístico: cozinha (A) e lavanderia (B).



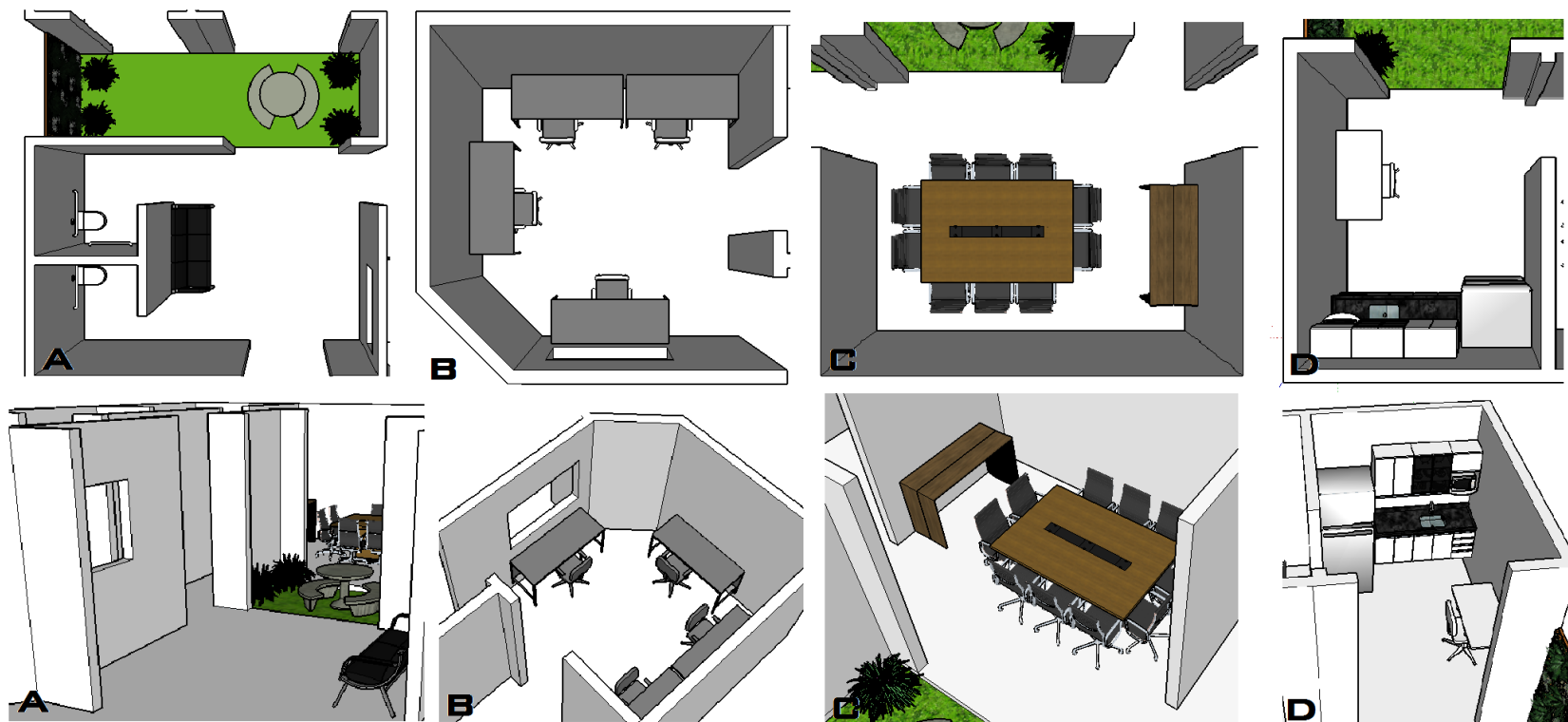
Fonte: autoria própria. 2017.

Figura 26 – Layout necessário de ambientes da dependência dos residentes: banheiro coletivo (A), vestir (B) e dormitório com seis leitos (C).



Fonte: autoria própria. 2017.

Figura 27 – Layout necessário nos ambientes do setor administrativo: sala de recepção e espera (A), sala de administração (B), sala de reuniões (C) e copa (D).



Fonte: autoria própria. 2017.

Tabela 3 – Programa e dimensionamento arquitetônico.

Programa Arquitetônico			
Setor	Quant.	Compartimento	Pré dimensionamento
Recepção e Administração	1	Sala de administração	13,25
	1	Sala de arquivos	8,2
	1	Almoxarifado	7,6
	1	Recepção	17,7
	1	Copa	8,4
	1	Sala de reuniões	14,25
	2	Sanitários acessíveis	3,15
Recepção e Administração - Área Total			75,7 m ²
Dependência dos funcionários	2	Quartos	12,3
	1	Hall	3,4
	1	Sanitário acessível	5
	1	Cozinha	6,3
	1	Área de serviço	4,6
	1	Sala de estar e jantar	22
Dependência dos funcionários - Área Total			65,90 m ²
Dependência dos residentes	10	Quartos (3 acomodações)	48
	10	Sanitários e vestir	24
Dependência dos residentes - Área Total			720 m ²
Logístico	1	Lavanderia	12,5
	1	Área de secagem	8
	1	Refeitório	70
	1	Cozinha	28,5
	1	Área de serviço	3,6
	1	Dispensa	4,4
	2	Sanitários acessíveis	5
Logístico - Área Total			137 m ²
Lazer e recreação	1	Quadra	420

	1	Salão de jogos	70
	1	Sala de ginástica	70
	1	Sala de estar	70
	1	Sala de projeção	120
	4	Sanitários acessíveis	3
Lazer e recreação - Área Total Mínima			762 m ²
Capacitação	1	Cozinha	40
	1	Horta	1500
	1	Pomar	750
	1	Marcenaria	300
	4	Sanitários acessíveis	5
Capacitação - Área Total			360 m ²
Terapia	2	Sala da terapia ocupacional	22,25
	1	Sala de psicologia	16,3
	1	Sala de assistência social	9,5
	1	Sala atendimento coletivo e reuniões	15,75
	1	Enfermaria	9,3
	2	Sala atendimento médico	16
	1	Sala de espera	26
	1	Copa	9,5
	2	Sanitário acessíveis	3
Terapia - Área Total			168,85 m ²
Dimensionamento Total - Área Construída			2289,45 m ²

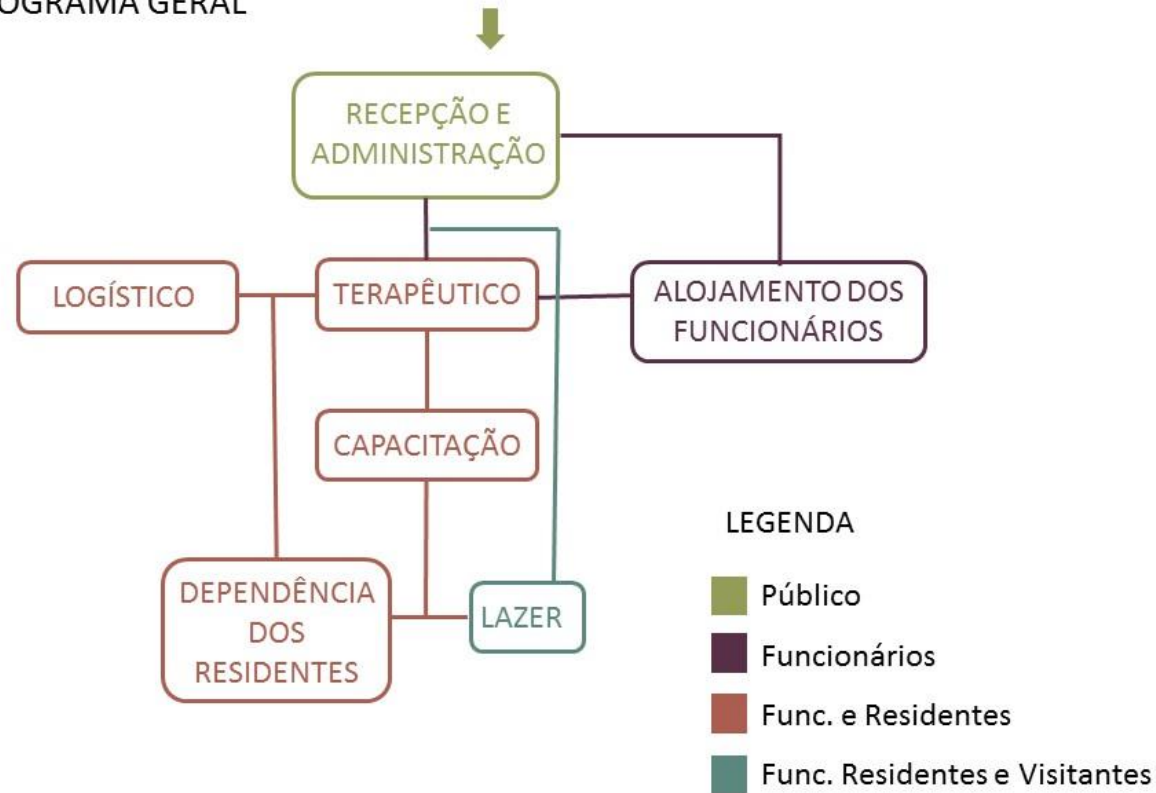
Fonte: autoria própria.

5.4. Fluxograma e setorização

De acordo com os estudos referenciais, o programa e a dinâmica da utilização do espaço desenvolveu-se um fluxograma geral e um fluxograma detalhado para cada setor apontado no programa. O fluxograma indica os setores que devem estar conectados para facilitar a dinâmica local, além de indicar os tipos de acessos permitidos – as áreas públicas e permitidas apenas à funcionários, residentes e/ou funcionários – com base na cor dos blocos e das linhas de conexão entre estes.

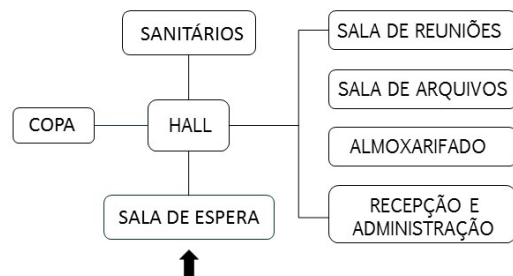
Figura 28 – Fluxograma geral

FLUXOGRAMA GERAL



Fonte: autoria própria. 2017.

Figura 29 – Fluxograma setor administrativo



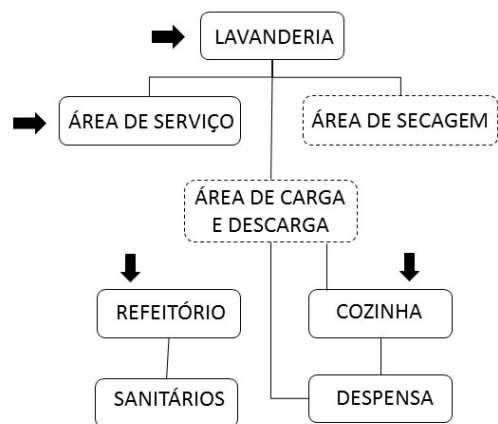
Fonte: autoria própria, 2017.

O setor administrativo é um local de acesso de funcionários e visitantes, onde todos terão acesso aos banheiros acessíveis, hall e sala de espera onde poderão contatar os funcionários.

O estacionamento estará localizado no exterior do lote, sendo, portanto, totalmente público. Apenas as outras áreas laranjas é que poderão ser acessadas apenas por funcionários.

Figura 30 – Fluxograma setor logístico

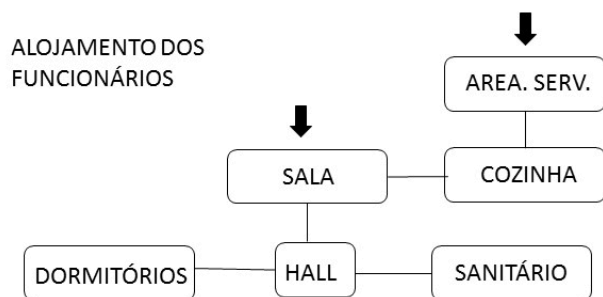
SETOR LOGÍSTICO



Fonte: autoria própria, 2017.

O setor logístico será um local de acesso restrito aos funcionários e residentes. O refeitório e os sanitários poderão ser acessados por todos os residentes, já a parte da cozinha, lavanderia e anexos serão acessados apenas aos residentes que cumpram tarefas laborais no local.

Figura 31 – Fluxograma alojamento dos funcionários

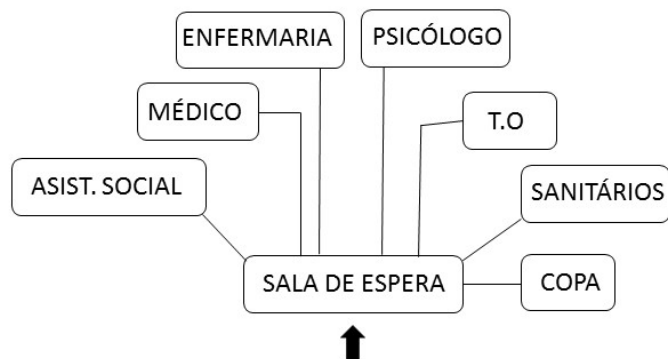


Fonte: autoria própria, 2017.

Dependência dos funcionários será de acesso exclusivo aos funcionários que residirem no local. Deverá ser próximo à área administrativa e distante da dependência dos funcionários, para garantir a separação entre o horário de trabalho e horários livres.

Figura 32 – Fluxograma setor terapêutico

SETOR TERAPÊUTICO



Fonte: autoria própria, 2017.

O setor terapêutico poderá ser acessado tanto por residentes quanto por funcionários para desenvolvimento das terapias e deverá ser próximo ao setor administrativo e logístico por questão de organização e praticidade.

SETOR DE LAZER
 Figura 33 – Fluxograma setor de lazer

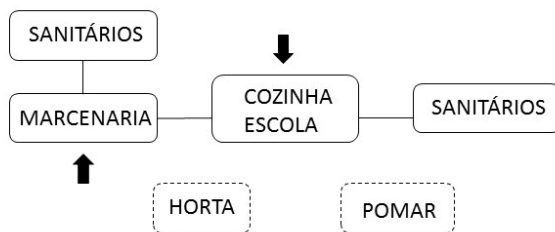


Fonte: autoria própria, 2017.

O setor de lazer será acessado por residentes, funcionários e visitantes. Será o local onde aconteceram as visitas e os residentes poderão ter acesso a esse setor em qualquer horário livre.

Figura 34 – Fluxograma setor de capacitação

SETOR DE CAPACITAÇÃO

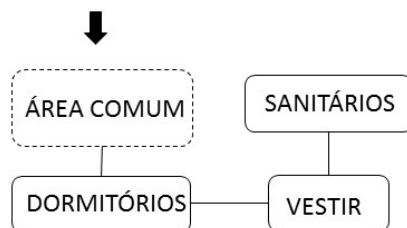


Fonte: autoria própria, 2017.

Esse setor é onde ocorrerá as atividades laborais que fazem parte do tratamento de reabilitação e a venda dos produtos contribuirão com a receita da instituição. Além disso, deverá estar locado próximo à dependência dos residentes, devido ao fluxo cotidiano dos residentes a esse setor.

Figura 35 – Fluxograma dependência dos residentes

**DEPENDÊNCIAS DOS
RESIDENTES**



Fonte: autoria própria, 2017.

A dependência dos residentes será o setor mais reservado da instituição, onde só residentes acessarão e ocasionalmente funcionários. Deverá estar situado próximo aos setores que os residentes frequentarão com frequência.

5.5. Primeiros esboços projetuais

Primeiramente foram realizadas algumas análises e estudos da área em questão, as Figuras 36 e 37 ilustram estes estudos, destacando as principais características e os pontos positivos da área, já a Figura 38, é um croqui que é o primeiro resultado das análises realizadas, uma primeira e simples implantação.

Em seguida, as Figuras 39 a 43, apresentam os primeiros estudos de propostas para cada um dos blocos de acordo com as necessidades apontadas nos estudos,

Figura 36: Estudos do local



Figura 37: Estudos do local



Fonte: autoria própria, 2017.

Figura 38: Esboço de implantação



Fonte: autoria própria, 2017.

Figura 39: Esboço organizacional bloco terapêutico



Fonte: autoria própria, 2017.

Figura 41: Esboços organizacionais dos blocos de capacitação e alojamento dos funcionários



Fonte: autoria própria, 2017.

Figura 42: Esboço organizacional dos dormitórios dos residentes



Fonte: autoria própria, 2017.

Figura 43: Esboço organizacional do bloco de lazer



Fonte: autoria própria, 2017.

6. O PROJETO

O primeiro ponto levado em consideração para definir a implantação do projeto foi fazer com que a disposição dos próprios edifícios resultasse em um fechamento natural da área para se evitar o máximo possível a utilização de muros e outros fechamentos do tipo. Optou-se também pela implantação mais espalhada de modo a aproveitar melhor o amplo espaço disponível, não aproximar blocos com usos incompatíveis e criar conexões mais orgânicas entre os blocos. Para quebrar o padrão apresentado historicamente de “pavilhão” em prisões, escolas, hospitais, manicômios, clínicas e etc. – tanto que apesar desse tipo de equipamento necessitar de certo nível de segurança e privacidade, o fechamento da área é realizado por uma barreira vegetal, que além de solucionar as questões de privacidade e segurança não confere ao equipamento uma sensação de aprisionamento, além de integrar muito bem com os jardins terapêuticos, ponto chave da proposta projetual.

Os jardins terapêuticos, aspecto central do projeto, estão espalhados ao longo de toda a área. As áreas verdes se alternam entre jardins mais densos, com vegetação de forração volumosa, e áreas contemplativas com vegetação de forração menos densa e espécies arbóreas grandes, coloridas e de grande beleza, que incentivem a contemplação e contribuam com a identidade da paisagem.

A maioria dos edifícios possuem algum tipo de área de transição como varandas e decks (caso do refeitório), para integrar ambientes interno e os externos, áreas verdes. Ainda seguindo essa linha projetual de integração, optou-se por edifícios extremamente permeáveis visual e fisicamente, fazendo-se uso de portas e janelas amplas e transparentes; deste modo, ao mesmo tempo em que o usuário está no ambiente interno ele pode contemplar os jardins da área externa.

A clínica é organizada em sete blocos térreos sempre visando garantir a acessibilidade a todos os usuários da forma mais igualitária possível. Os blocos são conectados de forma fluída por caminhos de concreto, caminhos foram dispostos visando atender da forma mais eficiente possível os principais fluxos previstos no projeto (Figura 44).

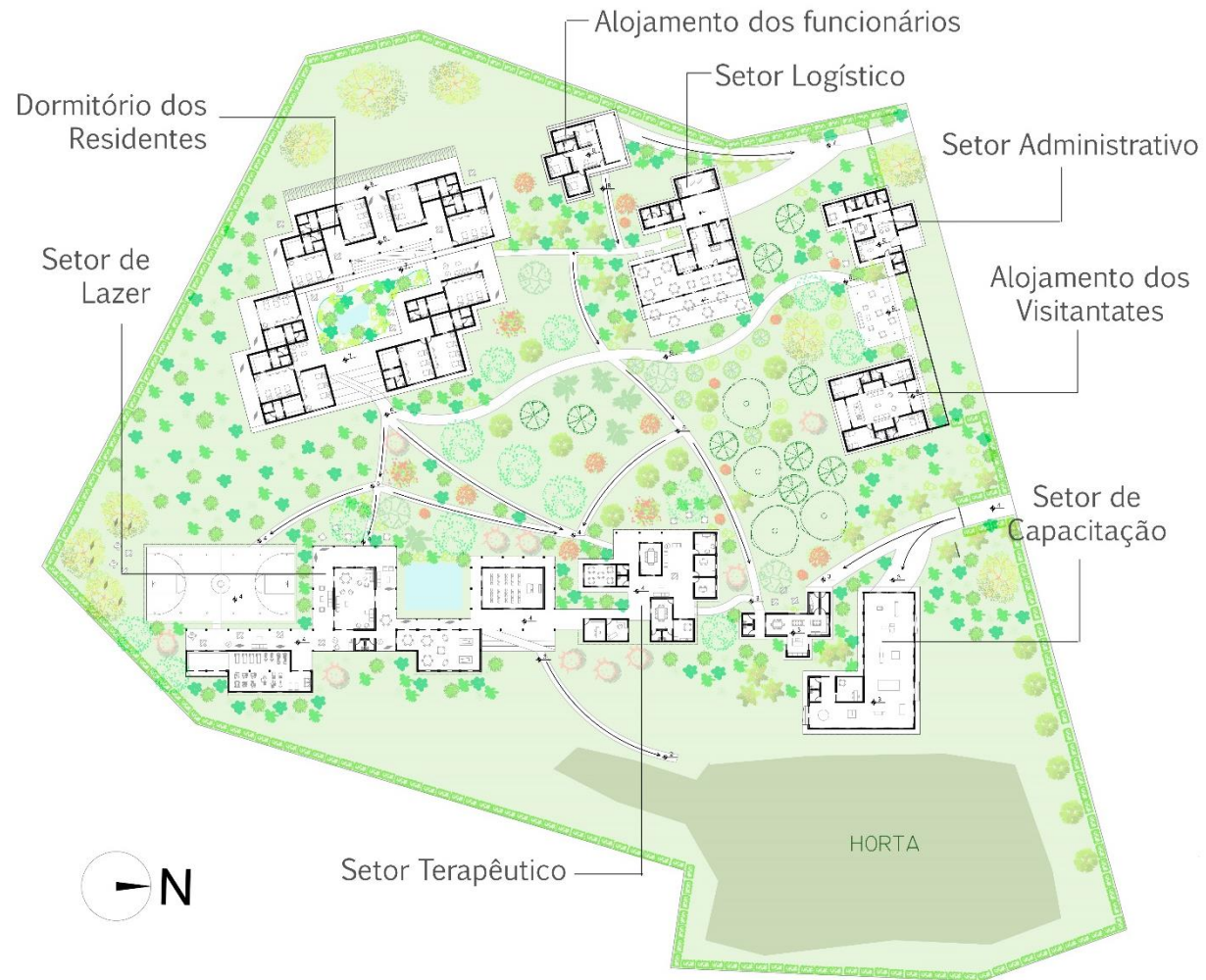
O bloco da recepção, administração e alojamento dos funcionários está situado ao longo da única via de acesso da área disposto majoritariamente que no sentido leste oeste, a forma e a disposição desse edifício auxilia no fechamento do equipamento e confere um pouco mais de controle e segurança sobre o fluxo de entrada e saída do interior da clínica. Este primeiro bloco é o único bloco onde os visitantes tem livre acesso e é onde ocorrerá as visitas familiares também, por isso a necessidade deste bloco estar situado num local de fácil acesso e não muito no interior da clínica, prezando pela privacidade dos residentes.

Outros dois blocos que também necessitaram de uma atenção especial na implantação por conta do fluxo de carga e descarga de materiais foram o logístico e o de capacitação, já que estes precisam ser reabastecidos de produtos frequentemente. Além disso, o bloco da capacitação, abriga a marcenaria, que ocasionalmente pode vir a receber visitas externas, devido ao trabalho prestado, portanto necessitava ser implantada em um local estratégico, como o bloco da administração, para não comprometer a privacidade e segurança dos residentes.

Já os blocos de dormitórios e lazer foram ser implantados nas áreas mais reservadas, seguras e privilegiadas, visto que os residentes passaram a maior parte do tempo livre nesses ambientes. O alojamento dos funcionários foi implantado próximo aos dormitórios dos residentes e do bloco logístico, para facilitar o acesso dos funcionários a estes ambientes que eles necessitarão cuidar com mais atenção (os residentes e o suprimento alimentício e de limpeza da clínica).

O bloco terapêutico foi implantado num local relativamente intermediário no quesito público/privado devido ao fluxo de residentes e também dos profissionais que desenvolverão suas terapias no local.

Figura 44: Localização da implantação dos blocos.

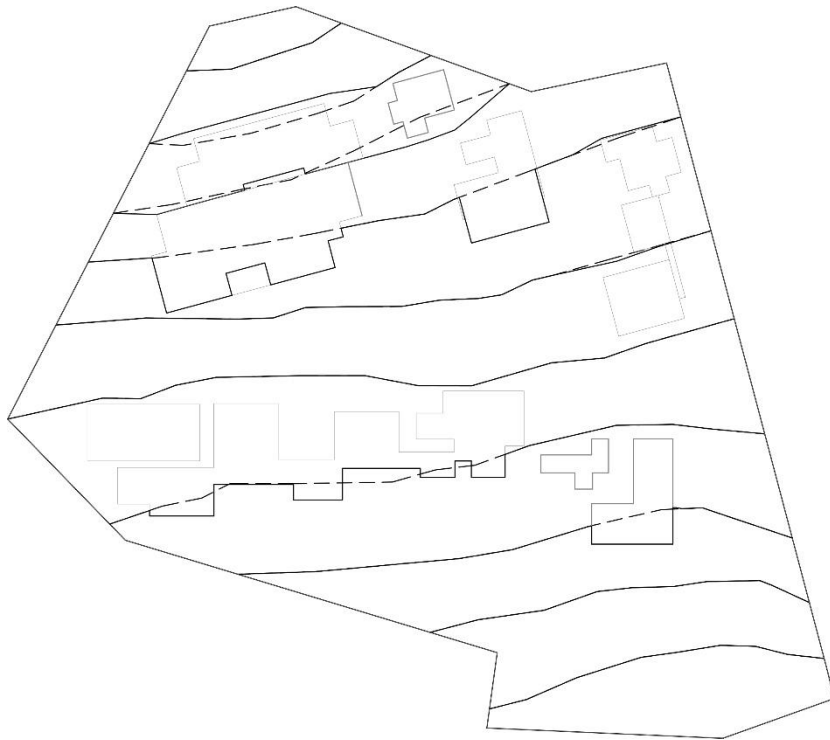


Fonte: autoria própria, 2018.

No final do caderno, nos anexos, as implantações na escala 1:200 podem ser acessadas.

Logo abaixo, pode-se observar a Figura 45 que ilustra como eram as curvas de nível originais da área nas linhas tracejadas e como o projeto alterou a topografia, a linhas contínuas são as novas curvas.

Figura 45 – Representação das curvas de nível originais e modificadas



Fonte: autoria própria, 2018.

Como pode-se notar nas implantações os jardins terapêuticos ocupam grande parte da área do projeto e são essenciais no partido projetual, por isso as espécies vegetais dessas áreas verdes foram cuidadosamente selecionadas para que a atmosfera e a paisagem final do projeto resultassem na idealizada por toda a teoria abordada neste trabalho. Além disso, foram selecionadas espécies para a composição do pomar também. Todas as espécies selecionadas no projeto estão representadas a seguir, no catálogo de paisagismo.

Figura 46 – Representação gráfica do Setor Administrativo e Fachada do Clínica



Fonte: autoria própria, 2018,

Figura 47 – Catálogo paisagístico com as espécies inseridas no projeto



Costela-de-adão
Monstera deliciosa



Capim-palmeira
Curculigo capitulata



Crino-branco
Crinum procerum



Aspidistra
Aspidistra elatior



Comigo-ninguém-pode
Dieffenbachia velvet



Botão-de-ouro
Unxia kubitzkii



Vinca-de-gato
Catharanthus roseus



Cerejeira-japonesa
Prunus campanulata



Louro-pardo
Cordia trichotoma



Palmeira Areca
Dypsis lutescens



Flamboyant
Delonix regia



Sansão-do-campo
Mimosa caesalpineafolia



Erva-de-santa-maria
Dysphania ambrosioides



Jaqueira
Artocarpus heterophyllus



Aceroleira
Malpighia emarginata



Pitangueira
Eugenia uniflora



Amoreira-preta
Morus nigra



Abacateiro
Persea americana



Jabuticabeira
Plinia cauliflora



Mamoeiro
Carica papaya



Bananeira
Musa sp



Laranjeira
Citrus sinensis



Limoeiro
Citrus limon



Gramma preta anã
Ophiopogon japonicus Nana

Fonte: autoria própria, 2018.

Todos os edifícios foram projetados utilizando um módulo a fim de facilitar a compreensão do projeto e tornar a execução mais rápida e eficiente, levando em consideração a amplitude do projeto. O módulo utilizado foi de quatro por quatro metros, porém por vezes utilizou-se também meio módulo para garantir que os ambientes tivessem as dimensões desejadas.

O sistema construtivo utilizado em quase todos os edifícios foi o de pilares e vigas de concreto aparentes, seguindo o partido projetual de deixar a mostra tudo aquilo que for mais essencial. A vedação foi realizada por tijolinhos devido à grande oferta e alta qualidade desse material na região onde o projeto é proposto, e também devido a questão arquitetônica. A cobertura é proposta visando proporcionar o maior conforto térmico e acústico dentro dos ambientes, portanto utilizou-se a telha sanduíche em todas as edificações; na quadra, do setor de lazer, e na cobertura do salão, do setor de administração e visitas, também se utilizou esse mesmo tipo de telha só que calandrada para que elas apresentem o formato curvilíneo indicado no projeto; esses dois equipamentos, diferentemente de todas as outras edificações incluídas no projeto, apresentam estrutura metálica; optou-se por esse material nessas estruturas devido aos vãos mais amplos e a leveza que o aço confere às estruturas.

A Figura 47 ao lado ilustra a estrutura metálica e cobertura em telha sanduíche calandrada do salão de visitas que faz parte do setor administrativo, porém a quadra poliesportiva do setor de lazer também possui o mesmo sistema estrutural; e nesse sistema estrutural desenvolvido toda a água de origem pluvial que incidir na cobertura e não escorrer pela lateral direita (no caso da ilustração) irá se concentrar na parte côncava da cobertura e irá descer por um tubo que há no meio dos pilares menores, e então, será direcionada para a tubulação no subsolo, a partir daí poderá ser descartada ou, o que é mais indicado, armazenada para que depois possa ser reutilizada para fins não potáveis.

Figura 47 – Estrutura metálica e telha sanduíche



Fonte: autoria própria. 2018.

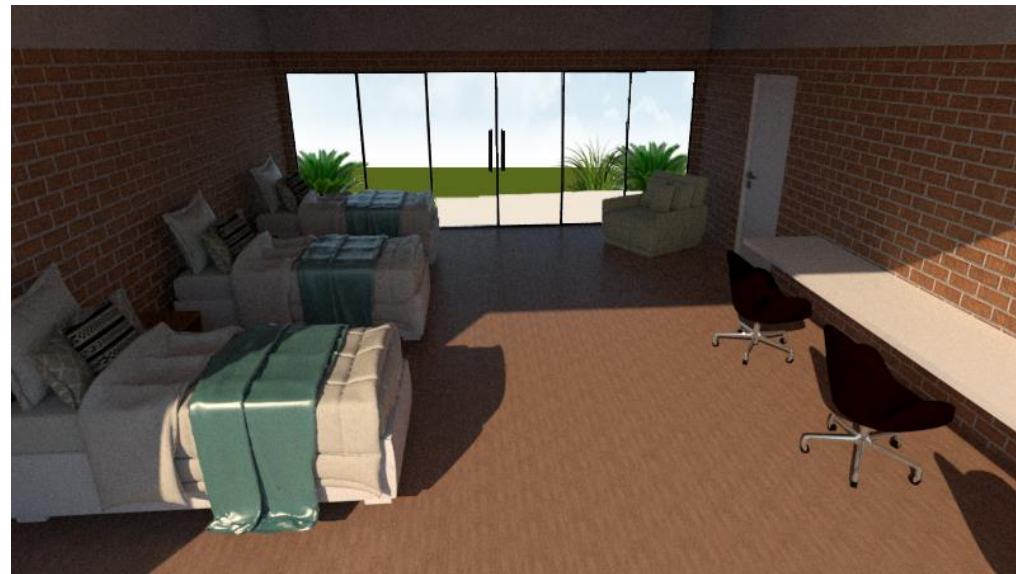
Figura 48 – Materialidade da pavimentação



Fonte: autoria própria, 2018.

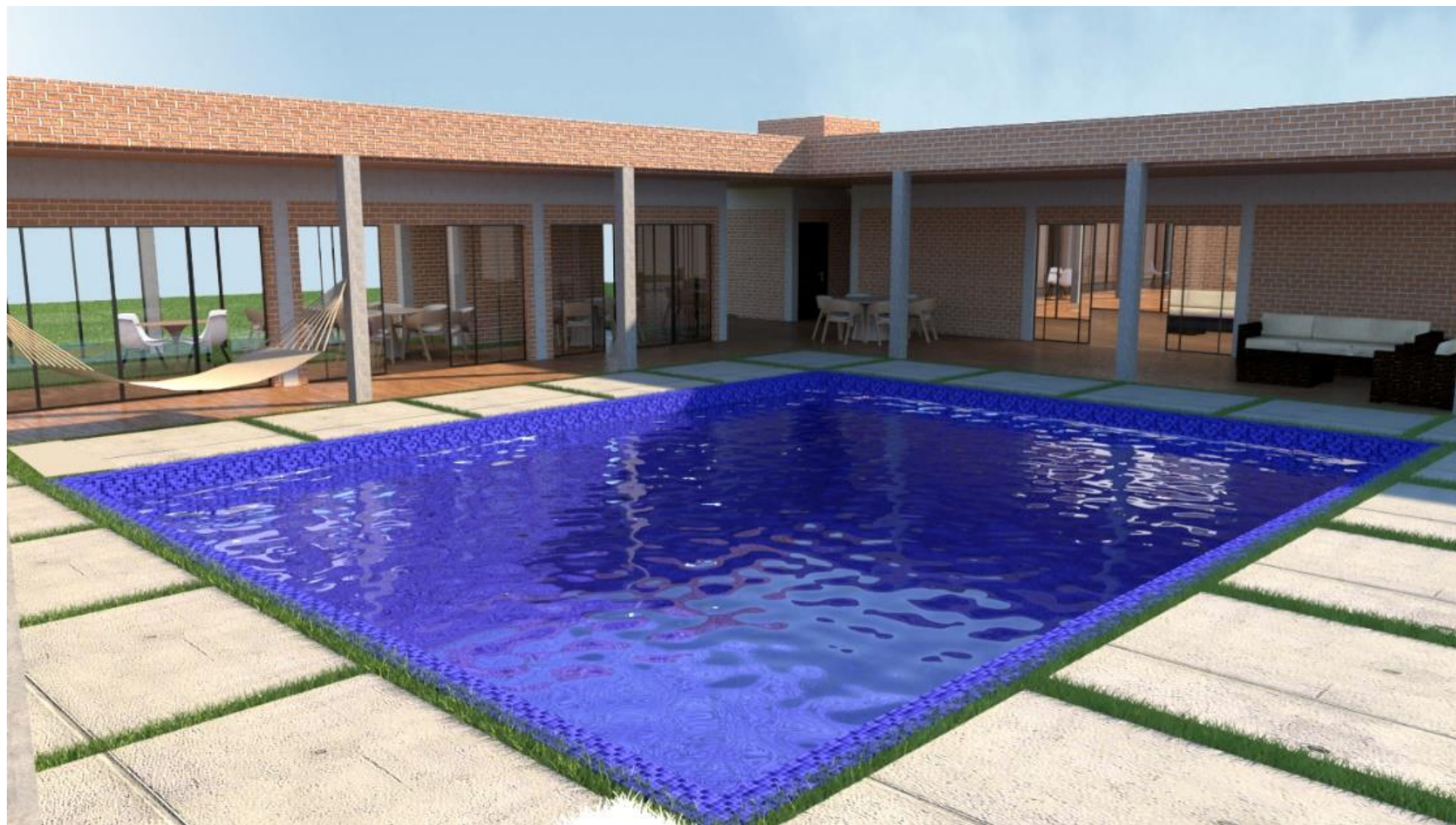
Logo abaixo são apresentadas algumas perspectivas de alguns dos principais ambientes do projeto.

Figura 49 – Perspectiva do dormitório dos residentes



Fonte: autoria própria, 2018.

Figura 50 – Perspectiva da piscina e das varandas localizadas no setor de lazer.



Fonte: autoria própria, 2018.

Figura 51 – Perspectiva do espaço para visitas, localizado junto ao setor administrativo e alojamento dos visitantes.



Fonte: autoria própria, 2018.

Figura 52 – Perspectiva do refeitório localizado no setor logístico.



Fonte: autoria própria, 2018.

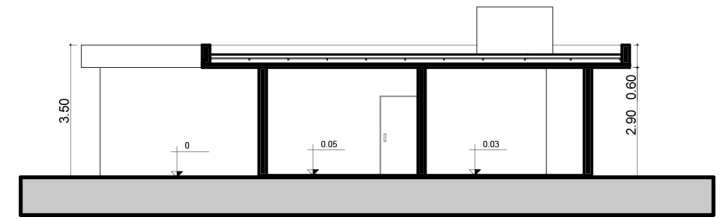
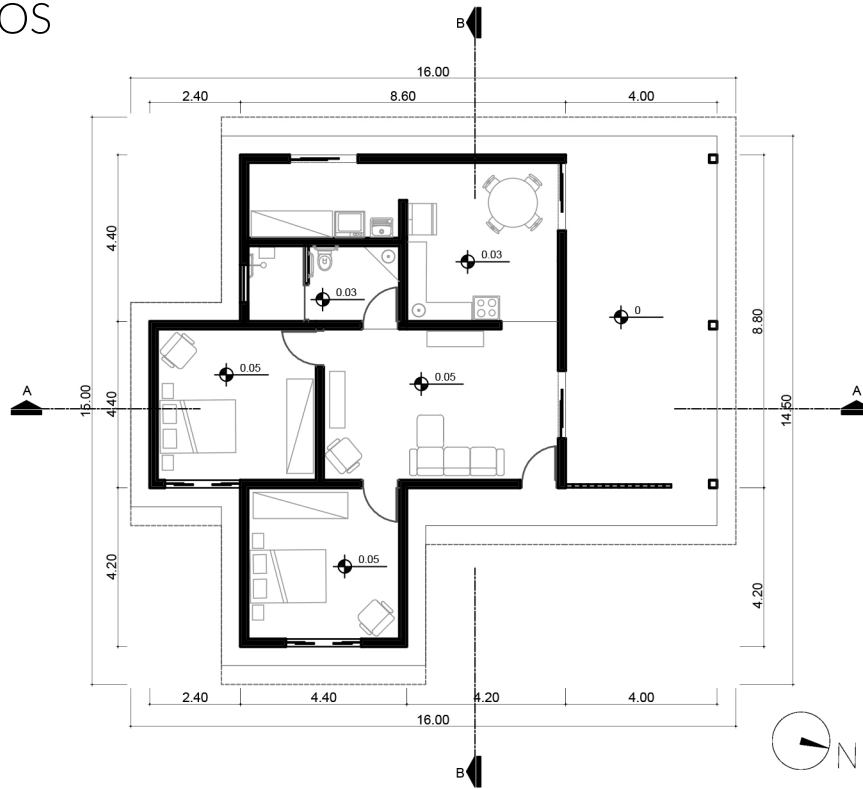
Em seguida serão apresentados os desenhos técnicos de cada um dos sete blocos que compõe o projeto.

O primeiro bloco a ser apresentado é o alojamento dos funcionários situado próxima ao bloco dos dormitórios dos residentes para aproximar os funcionários dos pacientes e com isso facilitar os cuidados dos trabalhadores integrais da clínica. Situado em um local estratégico que permite tanto a vigilância dos residentes durante a noite quanto privacidade aos funcionários, já que todas as aberturas e a varanda não estão voltadas para o bloco dos dormitórios dos residentes; além de permitir um fluxo privado e direto de veículos do local até a via de acesso.

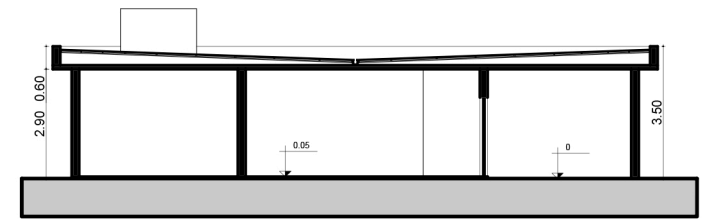
Esta edificação apresenta uma composição simples, dois quartos, banheiro, sala ampla, cozinha e área de serviços. Apesar da composição simples a proposta é eficiente e prática para função a que se destina, a casa apresenta uma varanda na face norte da edificação que faz a transição entre a edificação e as áreas verdes e criar um espaço de permanência agradável, um espaço que funciona como uma extensão tanto da sala quanto da cozinha.

ALOJAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

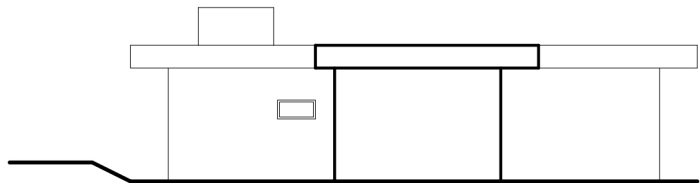
ESCALA 1:200



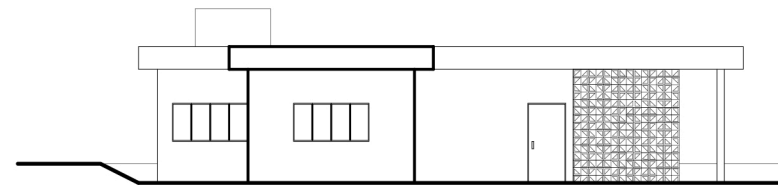
CORTE BB



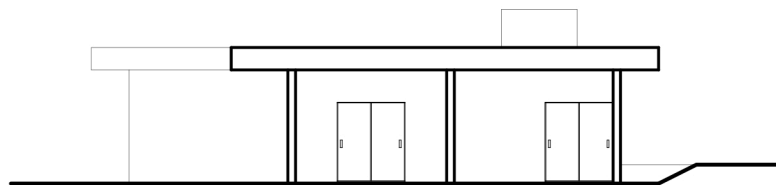
CORTE AA



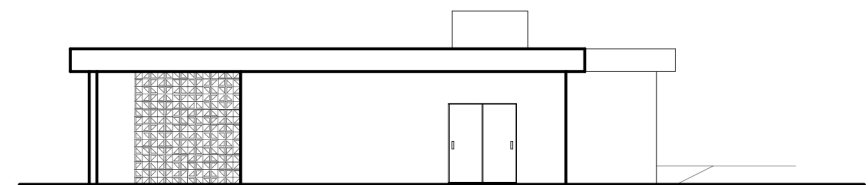
ELEVAÇÃO SUL



ELEVAÇÃO LESTE



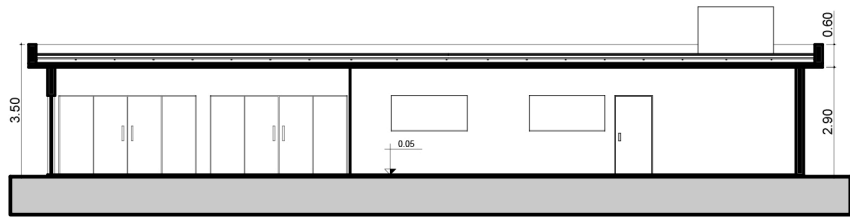
ELEVAÇÃO NORTE



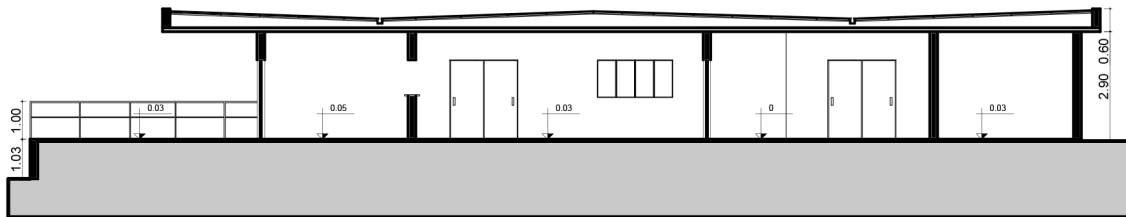
ELEVAÇÃO OESTE

APOIO LOGÍSTICO

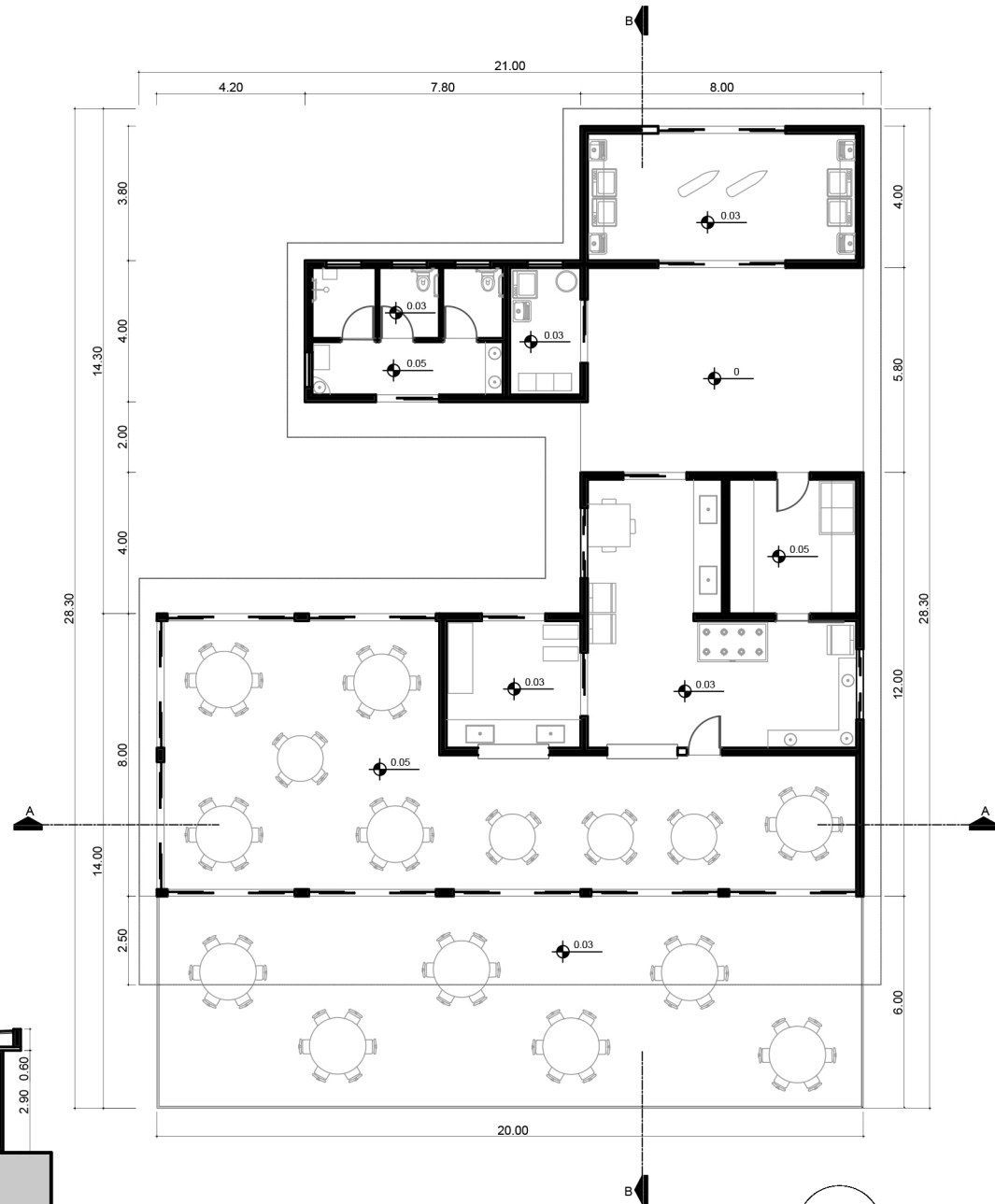
ESCALA 1:200



CORTE AA

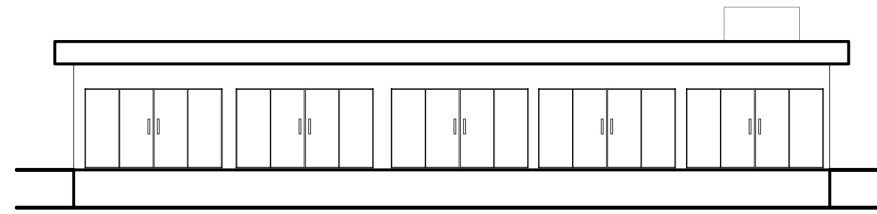


CORTE BB

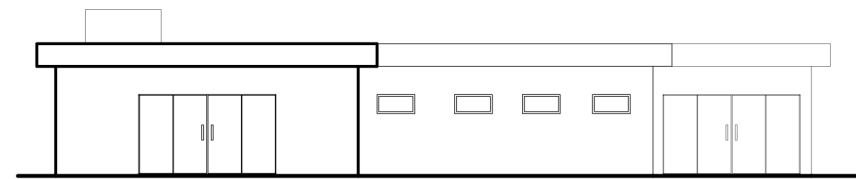


O segundo bloco é o de apoio logístico que consiste em uma ampla lavanderia, uma cozinha ampla no estilo industrial, que fornecerá as refeições para os residentes e profissionais, dispensa, sanitários e um amplo refeitório. Uma área de carga e descarga, de fácil acesso, também foi adicionada para o fornecimento de alimentos e produtos que possam vir a ser utilizados nestas atividades.

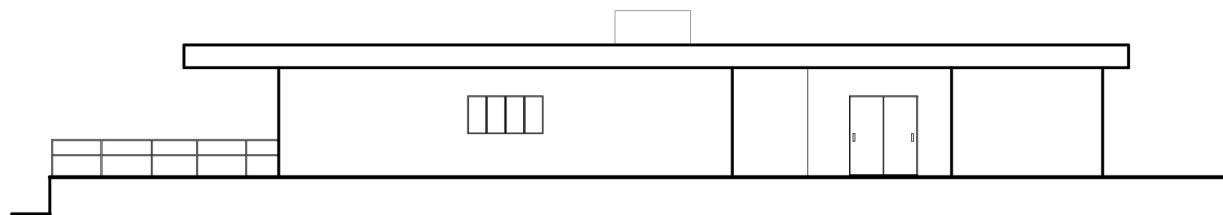
Esse bloco recebeu uma atenção especial para a cozinha, um ambiente que necessita de muita organização e planejamento de acordo com as atividades e fluxos, para facilitar as atividades ali desenvolvidas. A parte do refeitório é aberta nas fachadas leste e sul e possui um deck como extensão do refeitório, que tem a função de área de transição de integrar ambiente interno e externo, se aproximando mais dos jardins e tornando a estadia o refeitório mais agradável.



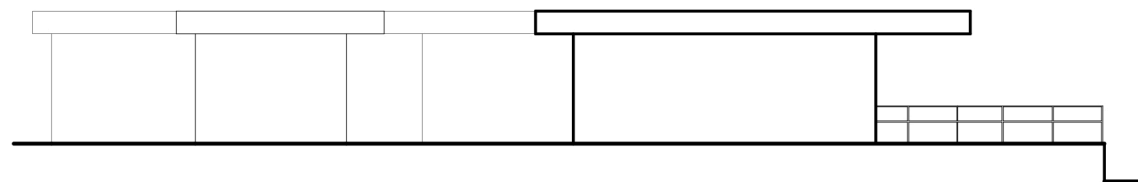
ELEVAÇÃO LESTE



ELEVAÇÃO OESTE

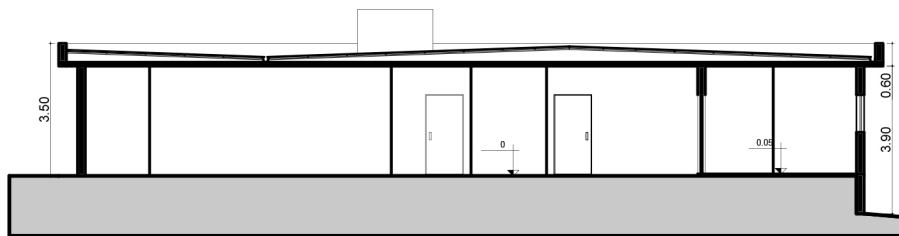
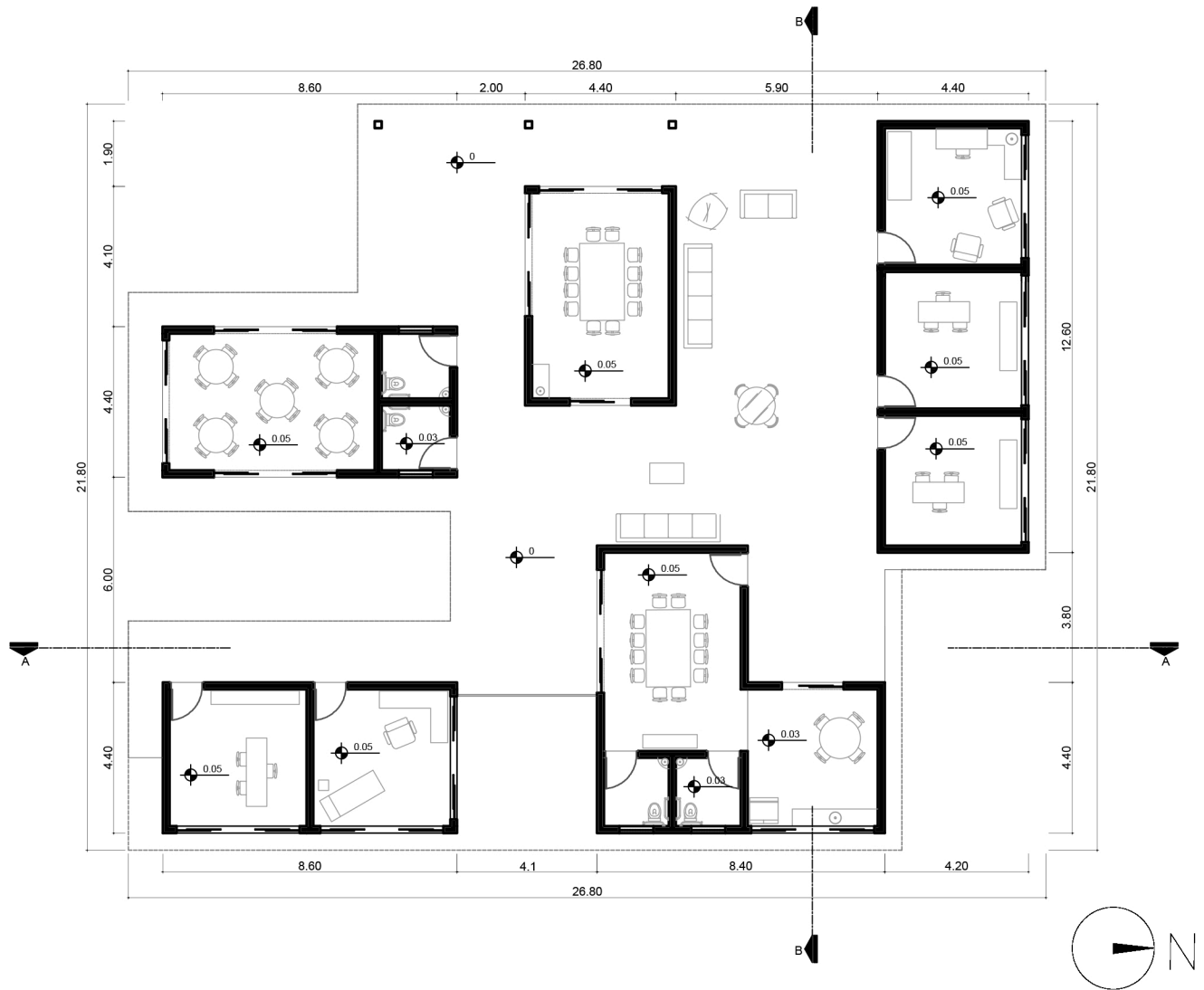


ELEVAÇÃO NORTE

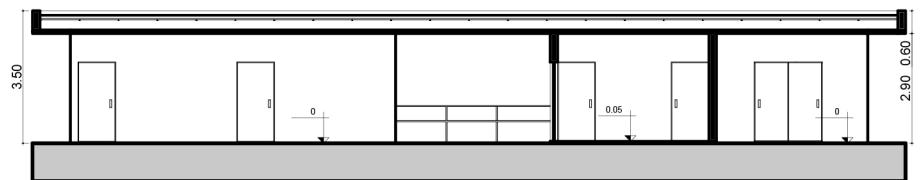


ELEVAÇÃO SUL

SETOR TERAPÊUTICO
 ESCALA 1:200



CORTE BB



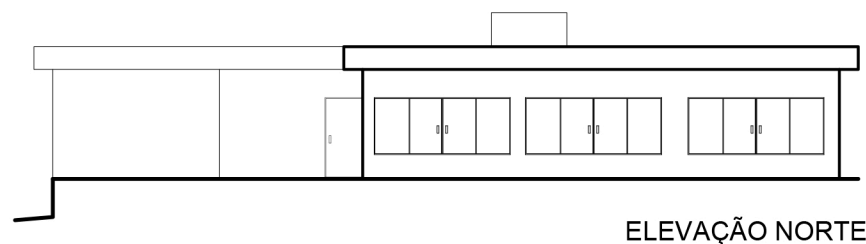
CORTE AA

O terceiro bloco é o setor terapêutico que abrigará todas as terapias desenvolvidas na clínica, consiste em duas salas de terapia ocupacional, uma sala para atendimento psicológico, uma para a assistente social, duas salas de atendimento médico, uma enfermaria, sanitários e sala de reuniões. Ainda conta com um pequeno setor de apoio aos profissionais; uma pequena copa e sanitários exclusivo para estes profissionais.

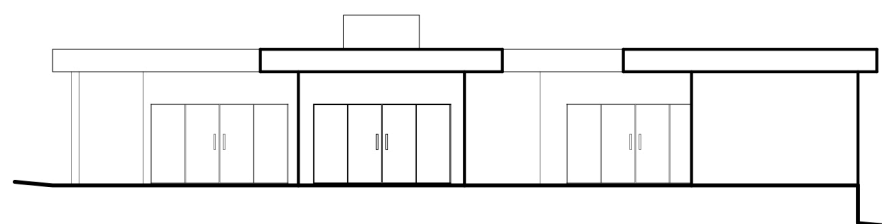
A cobertura desse bloco cria espaços de permanência para que os pacientes possam aguardar pelo atendimento. Essas áreas de criadas pela cobertura funcionaram como espaços de transição, conectando de maneira sutil o interior do edifício com os jardins terapêuticos que circundam o bloco este edifício.

Este bloco do setor terapêutico juntamente ao bloco dos dormitórios dos residentes e ao bloco de lazer são os mais importantes do projeto de acordo com o partido adotado. São nesses locais que os residentes passaram a maior do tempo deles, sendo em processo de terapia ou nas horas livres.

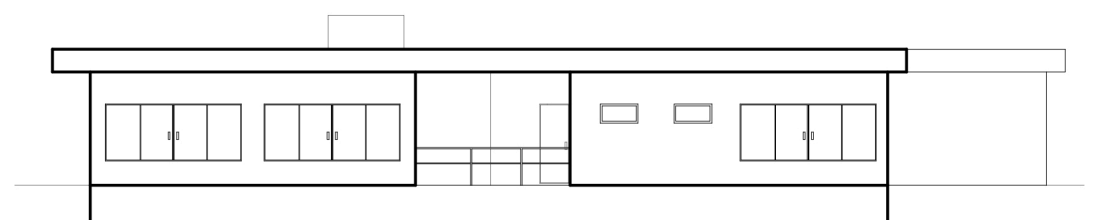
As áreas verdes no entorno das salas de terapia ocupacional são densas e atrativas, para que, visando o partido projetual, os jardins terapêuticos possam vir a influenciar positivamente no psicológico dos pacientes e contribuir com o tratamento; ainda com esse intuito foram criadas paisagens contemplativas - utilizando árvores cerejeiras japonesas para criar um ambiente agradável para se relaxar e garantir uma identidade a esses ambientes .



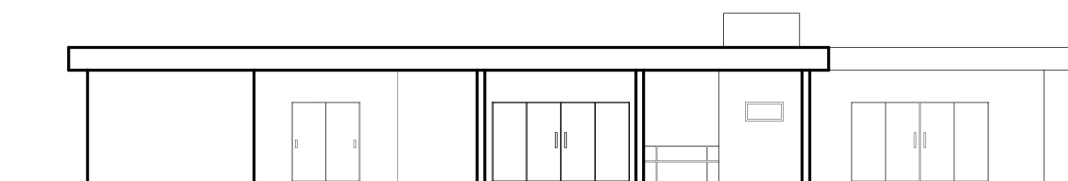
ELEVAÇÃO NORTE



ELEVAÇÃO SUL



ELEVAÇÃO LESTE



ELEVAÇÃO OESTE



RECEPÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E ALOJAMENTO DOS VISITANTES

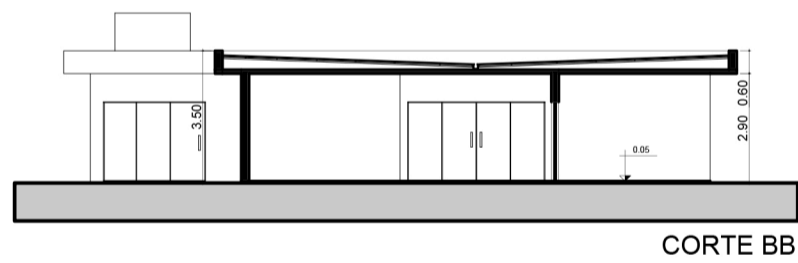
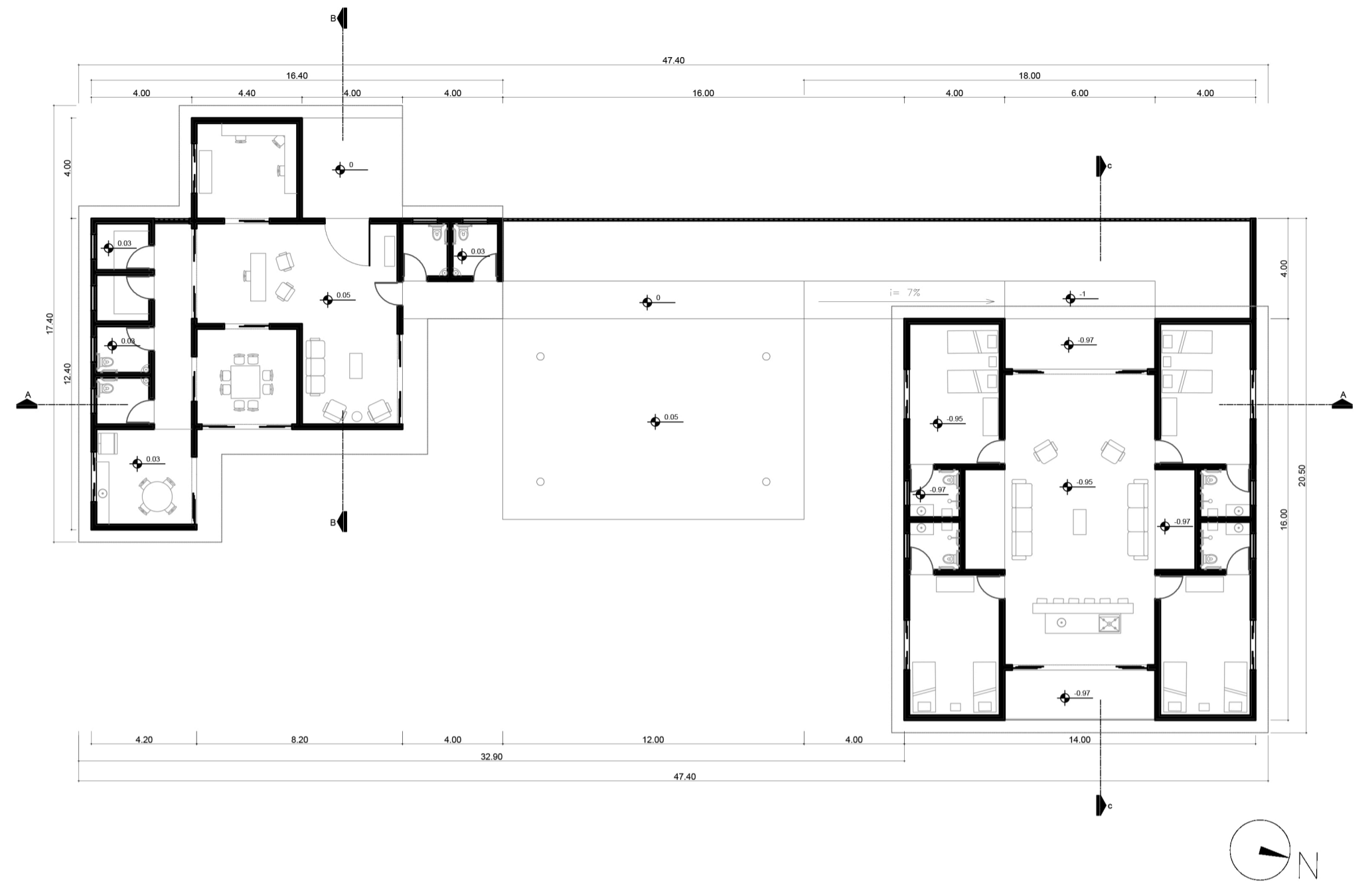
ESCALA 1:200

O quarto bloco apresentado é o da recepção, administração e visitas. No início do projeto foi previsto para este setor apenas a administração e recepção, como verificado nas comunidades terapêuticas visitadas e estudadas. Porém, ao longo do processo notou-se que esse tipo de equipamento não costuma atender apenas a demanda do município em que está inserido e a região próxima ao entorno, principalmente quando o equipamento se torna referência em sua área. Portanto, levando em consideração essa abrangência desse tipo de equipamento e a dificuldade de acesso (localização em área rural distante da cidade e não acessível por meio de nenhum transporte público), identificou-se a necessidade de adicionar um anexo, um alojamento para a permanência das visitas que os residentes poderiam vir a receber.

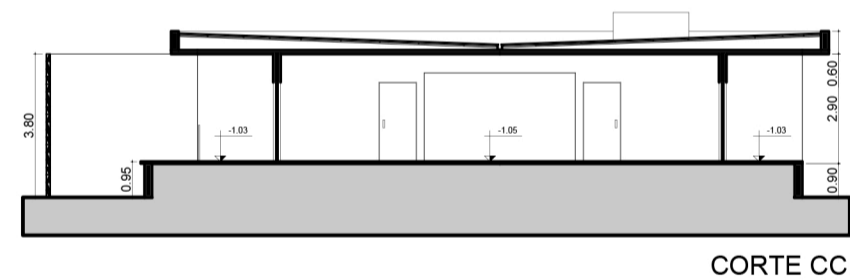
Durante as visitas em comunidades terapêuticas notou-se que nem todos os residentes recebem visitas, portanto os dias de visitas poderiam vir a gerar chateação/constrangimento para aqueles que não receberam visitar. Levando em consideração essa situação enfatizada pela necessidade de segurança e privacidade dos outros residentes, optou-se por restringir o fluxo de visitantes em outros locais da clínica além desse único bloco; nesse bloco é que ocorrerão as visitas e as hospedagens quando necessárias. Os residentes virão até esse setor para encontrarem suas visitas.

A parte administrativa consiste em uma sala de recepção e atendimento, sala administrativa, almoxarifado, sala de arquivos, sala de reuniões, sanitários para funcionários e outro para visitantes e uma copa para funcionários. Já a parte de visitas consiste em uma ampla área de visitas e o alojamento dos visitantes – quatro suítes individuais com uma ampla sala e cozinha comunitária. Estes dois setores são conectados sutilmente por uma rampa e o público x privado (administração e visitas x alojamento dos visitantes) ficam separados por meio de uma diferença de nível entre os blocos, além de uma faixa de área verde entre esses dois blocos, para garantir maior privacidade visual entre os ambientes.

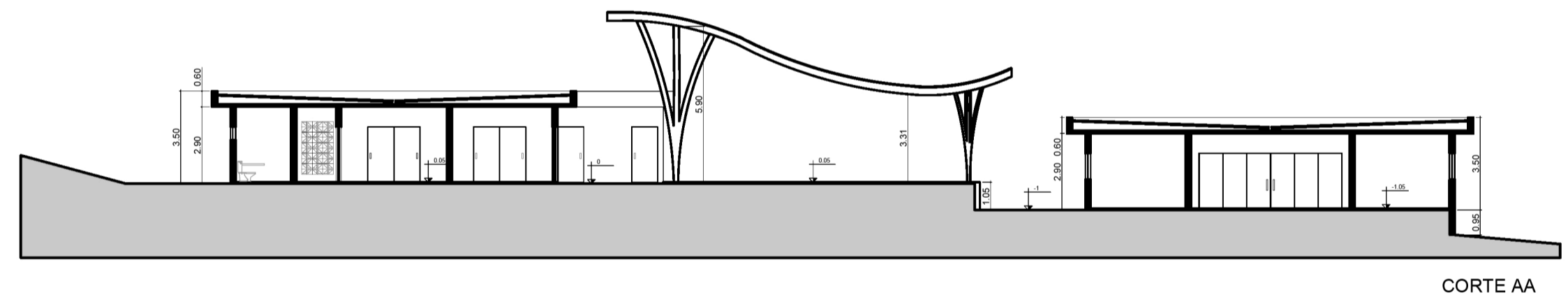
A fim de se evitar a utilização de muros, que iriam contra o conceito e partido projetual adotados, e ainda garantir a segurança e privacidade do equipamento perante a via pública utilizou-se cobogós no fechamento de quase toda a extensão desse bloco, elemento que juntamente às áreas verdes que circundam o edifício, garante o isolamento entre o equipamento e a via pública e preserva a beleza e leveza da arquitetura que buscou-se proporcionar ao projeto e, principalmente, a entrada da clínica.



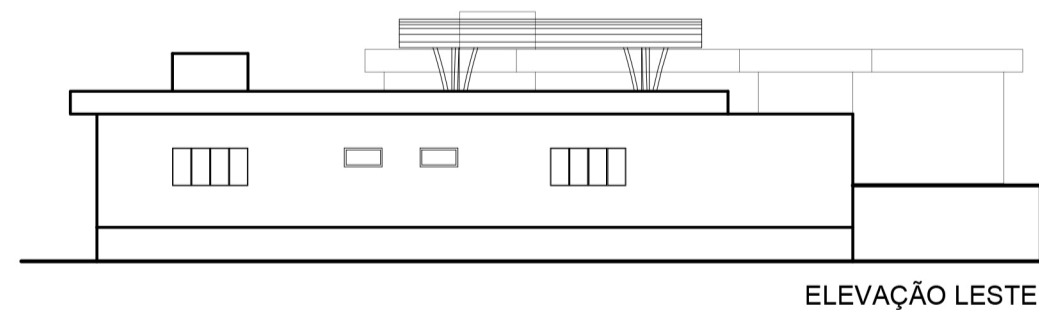
CORTE BB



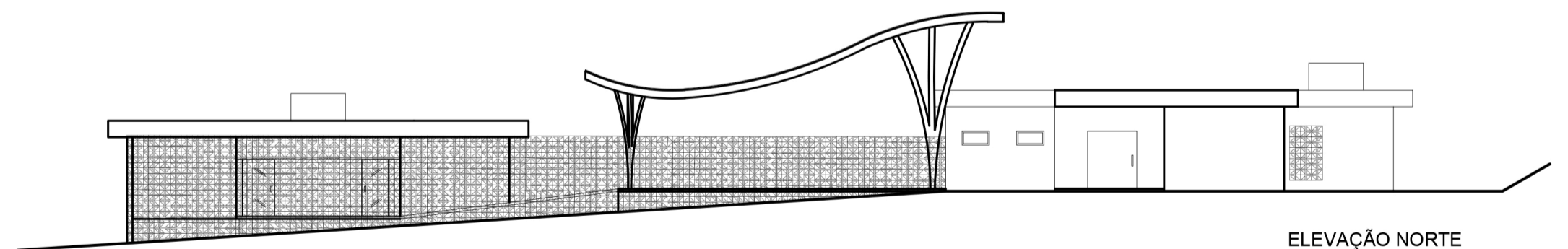
CORTE CC



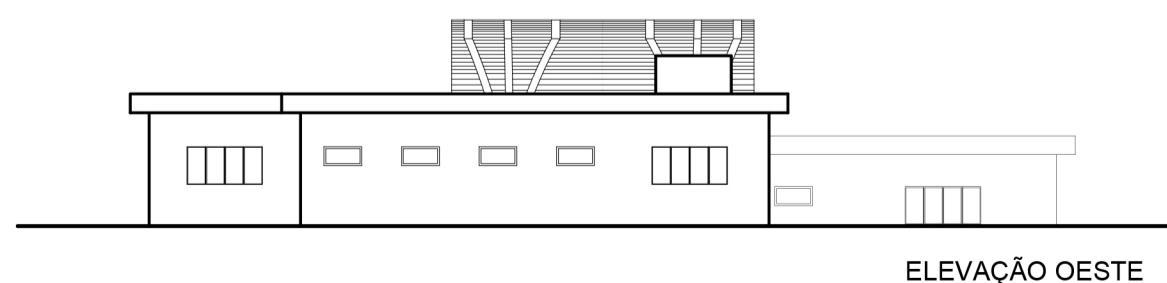
CORTE AA



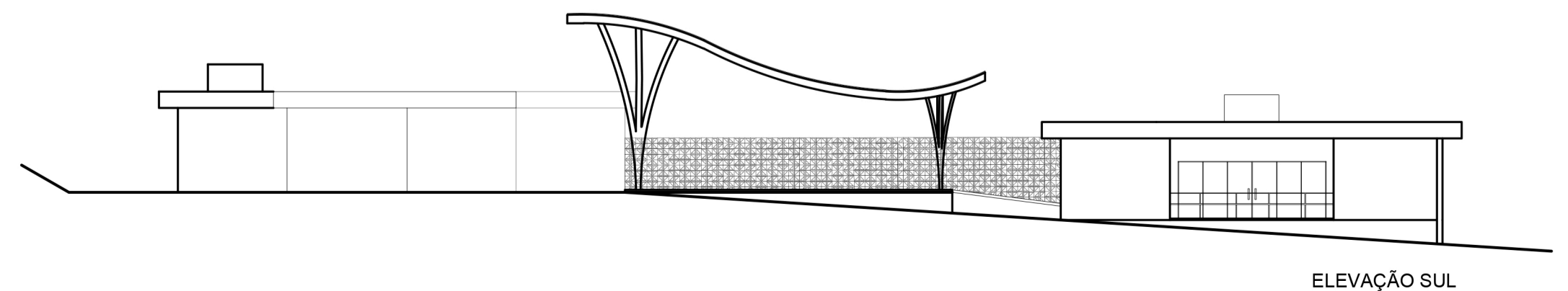
ELEVAÇÃO LESTE



ELEVAÇÃO NORTE



ELEVAÇÃO OESTE



ELEVAÇÃO SUL

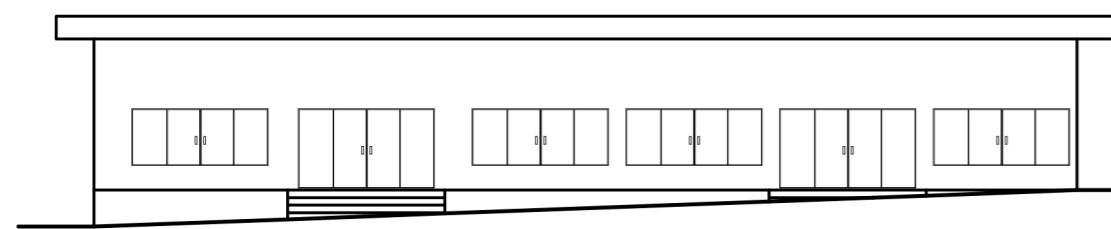
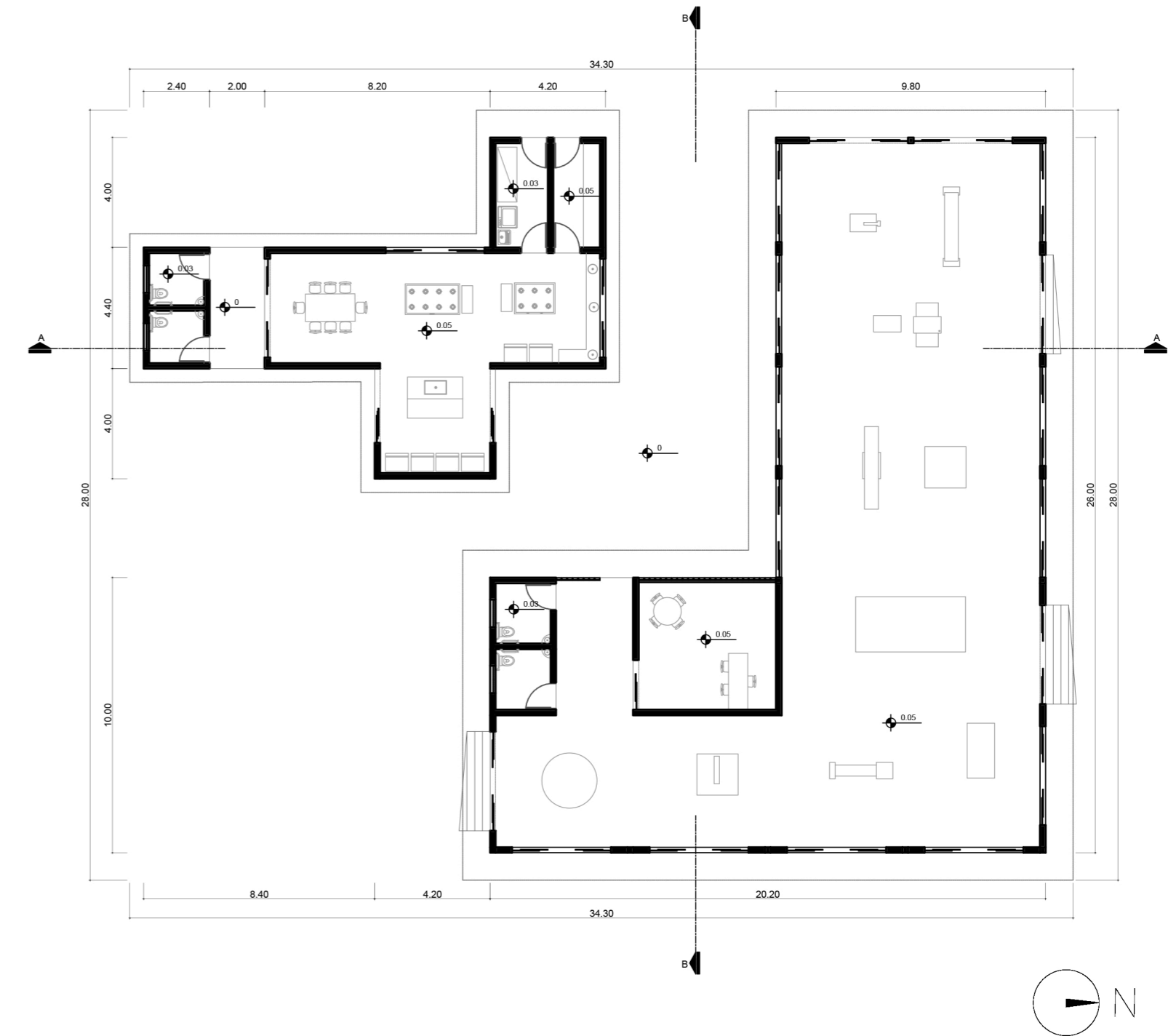
SETOR DE CAPACITAÇÃO

ESCALA 1:200



O quinto bloco fornece os ambientes e equipamentos necessários para que as atividades laborais sejam realizadas. Pois, todo programa de reabilitação química inclui atividade laborais, que faz parte do tratamento dos pacientes. As atividades propostas no programa arquitetônico foram algumas já identificadas na comunidade terapêutica, como o cultivo da horta e do pomar, e mais algumas que foram observadas em outras comunidades visitadas, como a cozinha escola e a marcenaria. São atividades que além estarem inseridas no programa do tratamento ainda podem vir a contribuir financeiramente com a clínica.

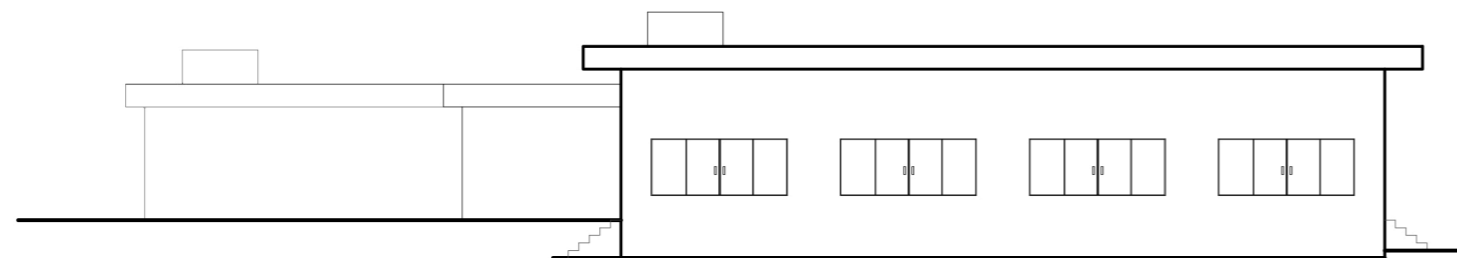
Portanto esse setor consiste em uma edificação com uma cozinha escola que segue o modelo industrial, dispensa, área de serviço e sanitários (que não se encontram diretamente conectados à edificação da cozinha, por uma questão sanitária e também para que os residentes que atuam no pomar e na horta possam utiliza-los sem sujar o interior desse edifício; e uma segunda edificação que abriga a marcenaria, um pequeno escritório (que pode vir à ser necessário para planejamento do trabalho, desenho dos móveis e etc.) e dois sanitários. Optou-se por dividir esse bloco em dois edifícios devido a incompatibilidade das atividades, pois a marcenaria poderia vir a prejudicar as atividades desenvolvidas na cozinha, com pó, odores e até mesmo com o ruído das máquinas, para acentuar ainda mais essa separação dos edifícios implantou-se entre eles uma densa área verde, que além da separação dos ambientes ainda confere qualidade, conforto ambiental e psicológico e contribui significativamente com o aumento da sensação de relaxamento dos usuários desses ambientes.



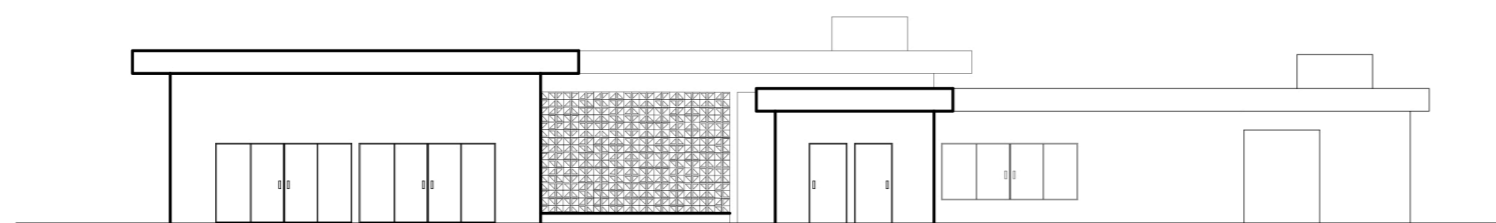
ELEVAÇÃO NORTE



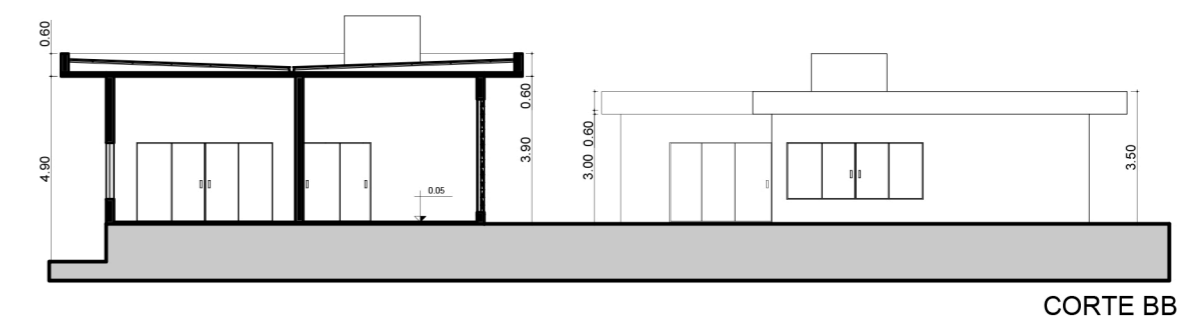
ELEVAÇÃO SUL



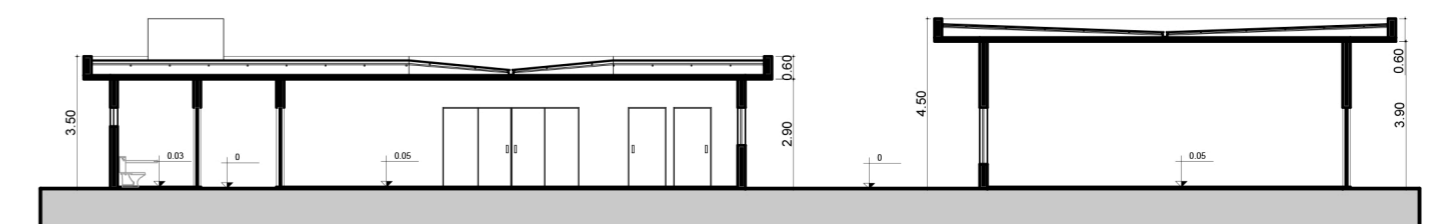
ELEVAÇÃO LESTE



ELEVAÇÃO OESTE



CORTE BB



CORTE AA

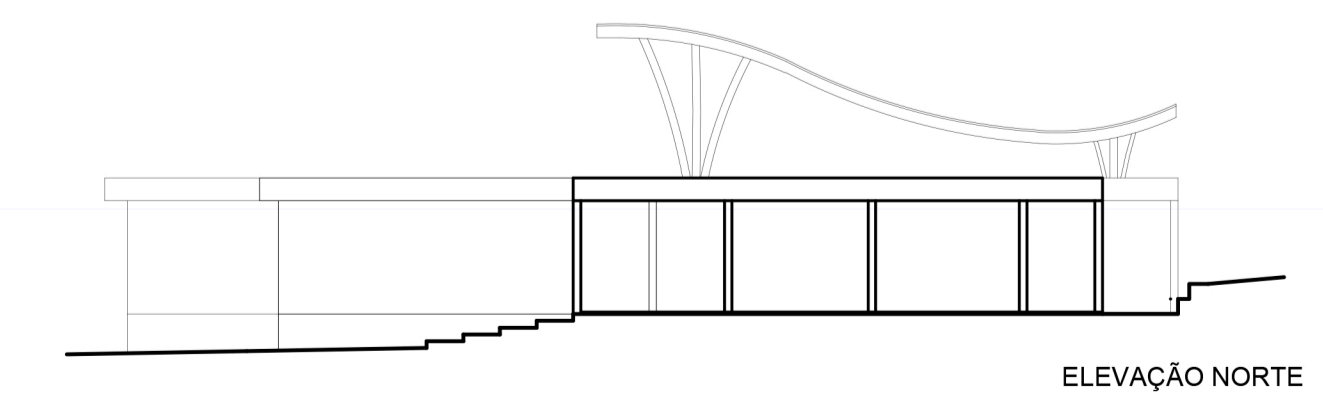
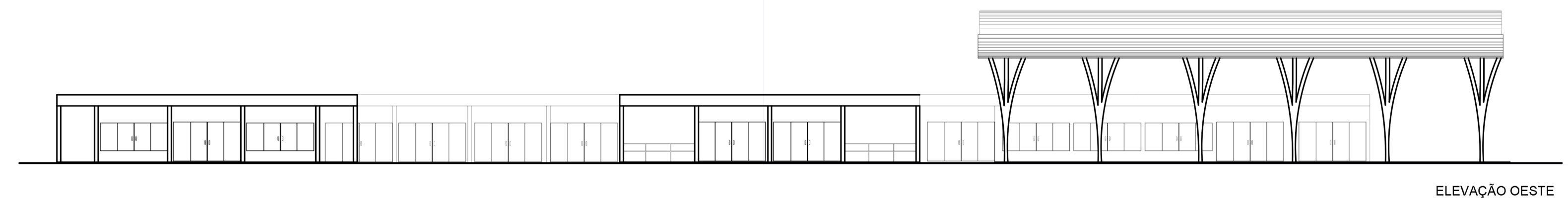
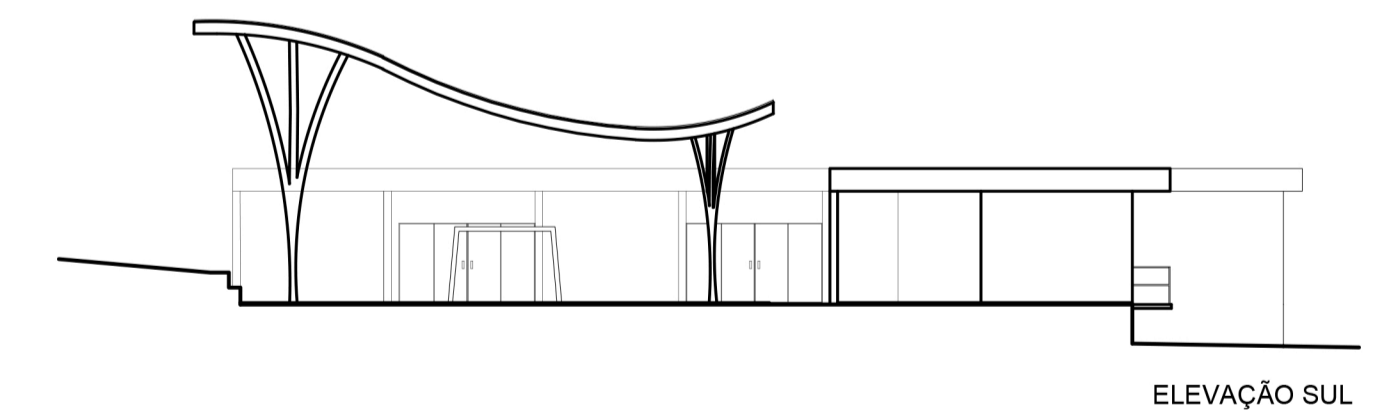
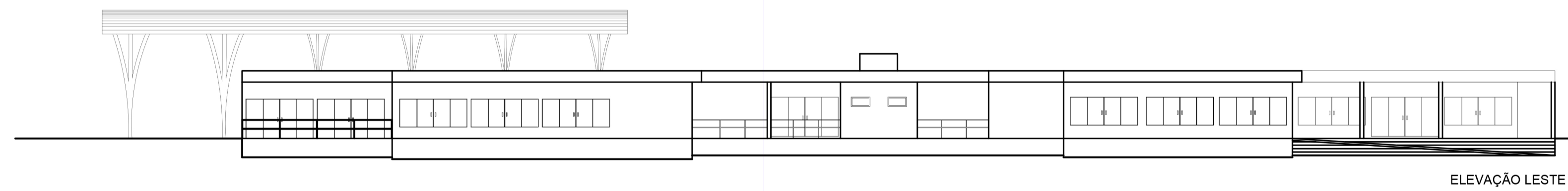
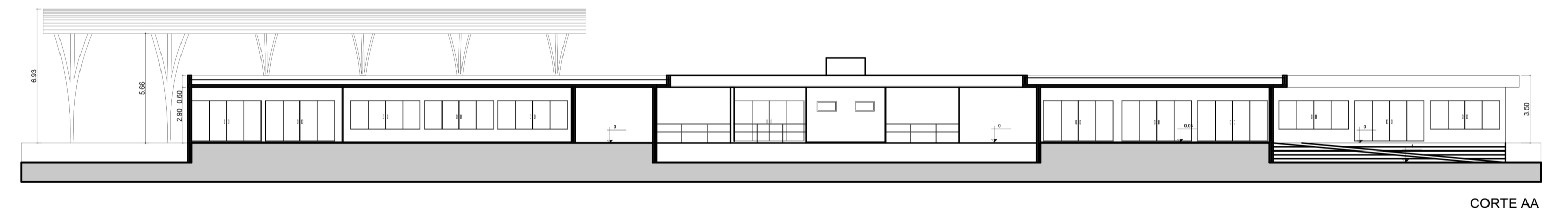
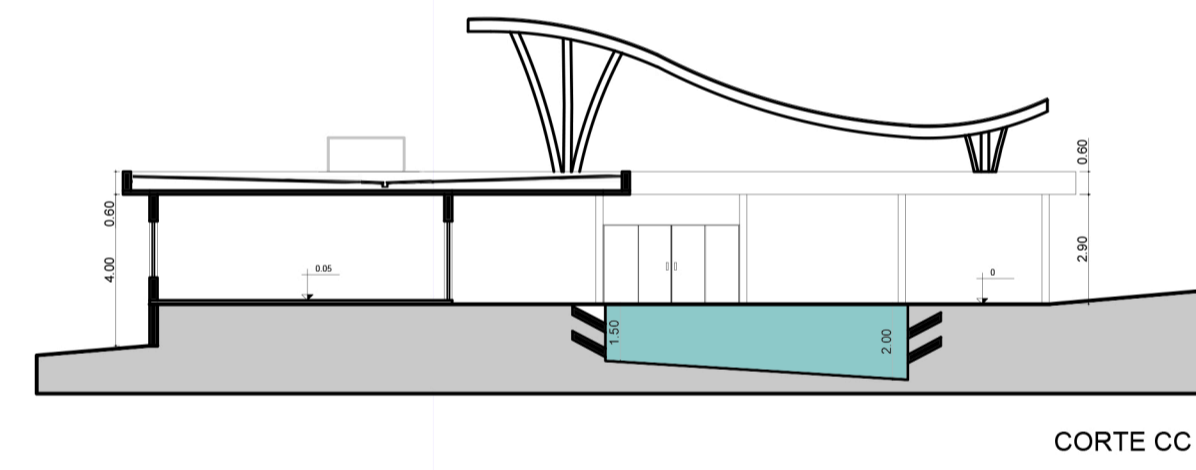
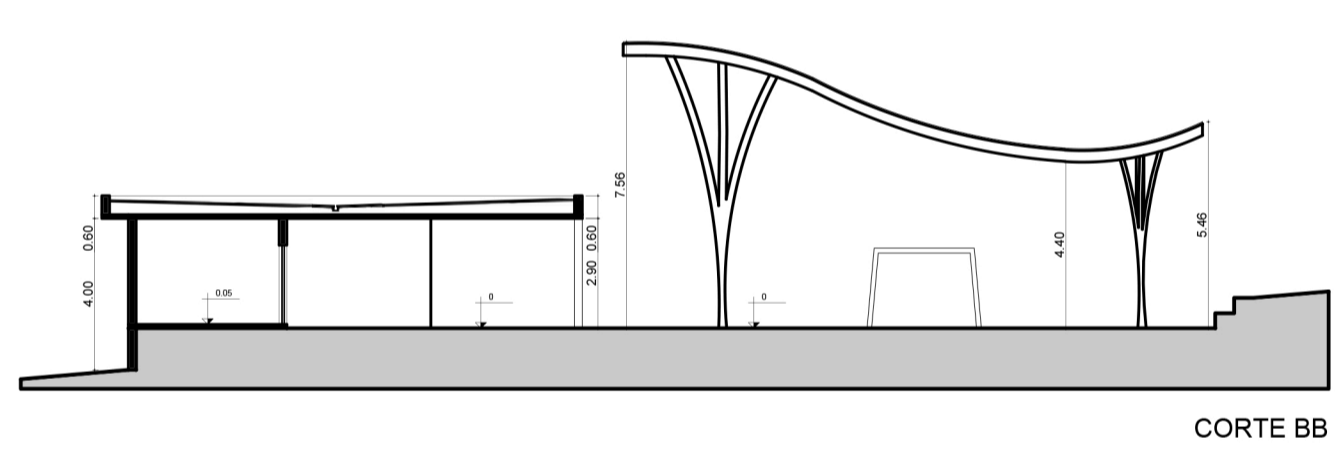
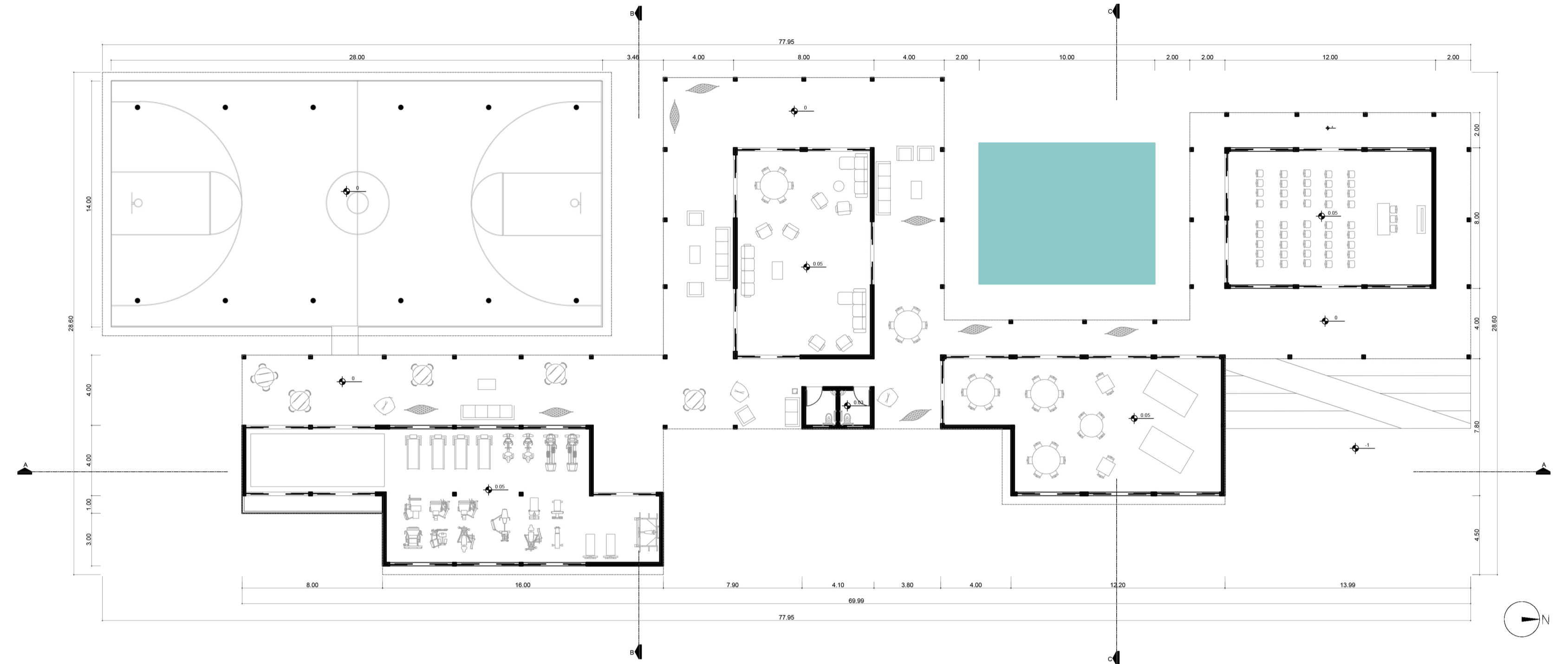
SETOR DE LAZER

ESCALA 1:200



O sexto bloco é que abriga o setor de lazer, consiste em uma academia, sala de lazer, sala de jogos, sala de projeção e sanitários unidos por uma única cobertura, seguindo o modelo do bloco terapêutico, que a cobertura criar espaços de permanência entre as edificações, neste caso criou-se amplas varandas, que funcionam ao mesmo tempo como espaço de permanência e transição, pois é a partir dessas varandas que se tem acesso à quadra coberta, piscina e aos jardins que permeiam os edifícios.

Devido à grande extensão e importância desse bloco na rotina dos residentes, adicionou-se áreas de permanência sobre o gramado embaixo das árvores mais altas, também mais próximo dessas áreas de permanência e das varandas são inseridas árvores frutíferas, especificadas no catálogo paisagístico, para que os usuários do espaço possam usufruir melhor do pomar. Além disso, é importante salientar que espécies frutíferas além de trazerem mais cor à paisagem e odores específicos que garantem identidade ao espaço, também atraem pássaros, que segundo o estudo sobre arquitetura humanizada, essa integração com a natureza, tanto com espécies vegetais como animais, pode vir a ser muito benéfica durante essa fase de tratamento. Na face sul da quadra foram inseridas Flamboyants que conferem uma qualidade paisagística e identidade especial ao local, devido a grandiosidade e as cores marcantes que espécie apresenta.



ALOJAMENTO DOS RESIDENTES

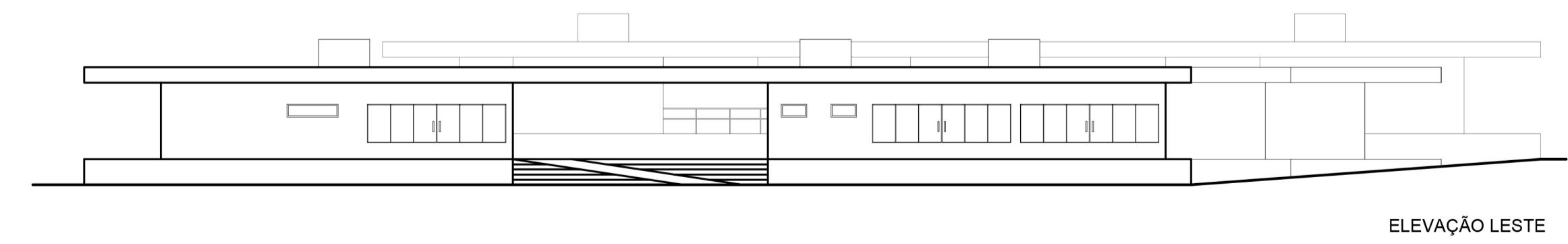
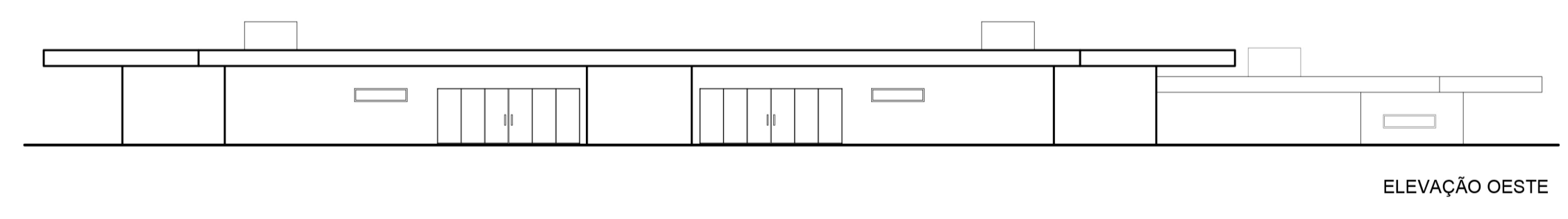
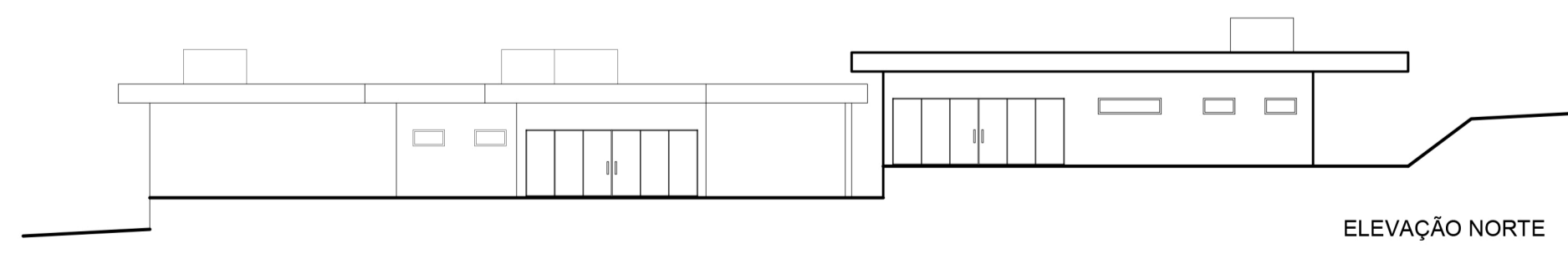
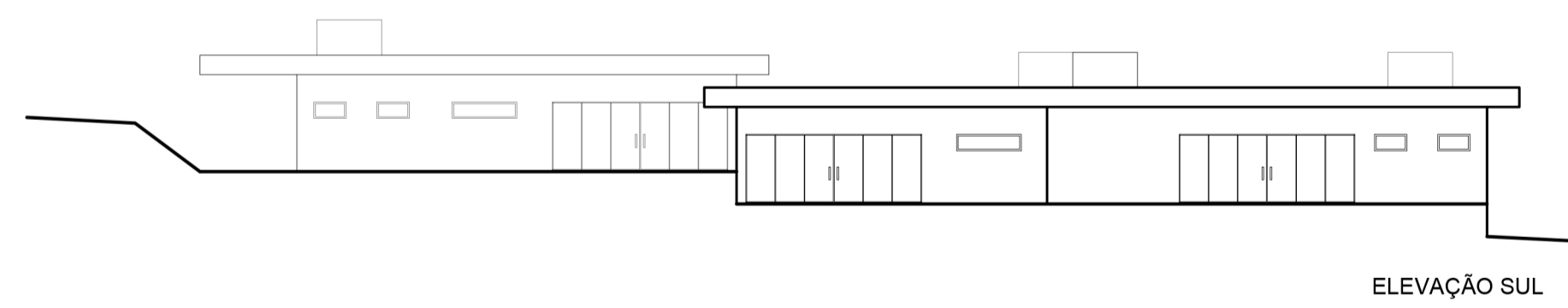
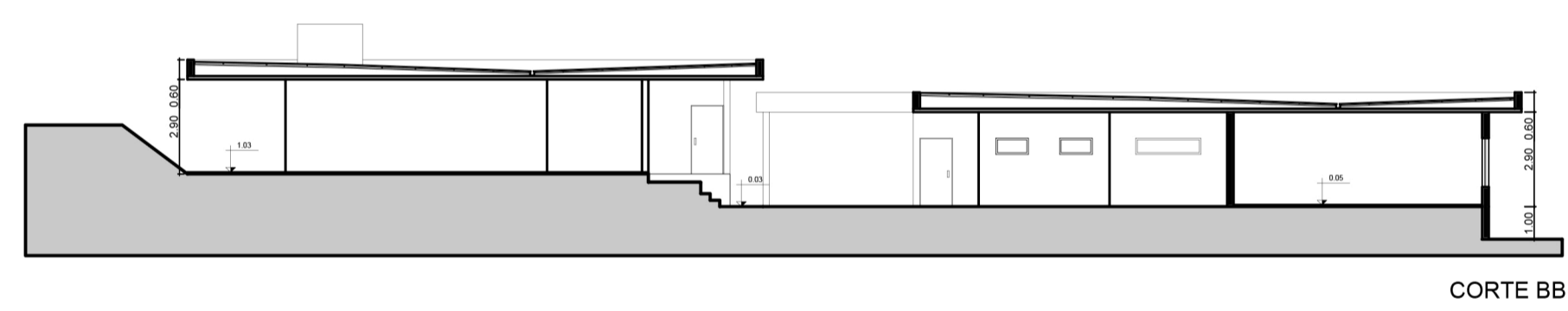
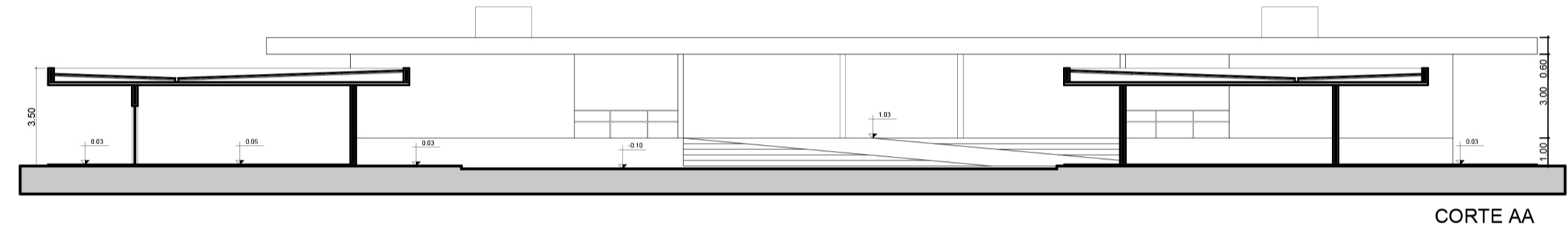
ESCALA 1:200



Devido à extensa dimensão que esse último bloco dos dormitórios dos residentes apresenta ele foi dividido em dois níveis, a fim de se minimizar as alterações na topografia original do terreno. O acesso a esse bloco se dá principalmente por duas escadas que possuem rampas em seus centros, com inclinação próxima à 7%, garantindo a acessibilidade à cadeirantes.

O bloco do dormitório dos residentes é composto por dez suítes que abrigam confortavelmente três pessoas cada uma, portando a capacidade do equipamento é para atender até trinta residentes por vez. As suítes foram projetadas seguindo a medida modular citada anteriormente, assim como todas as outras edificações que contém estrutura de concreto. As suítes apresentam todas a mesma dimensão (6 metros de largura e 8 metros de comprimento, totalizando uma área útil de 42,50 m²). Todas possuem grandes aberturas com vistas diretas para áreas verdes. Casa suite contém um quarto de vestir (medida modular de 4 m²), onde os usuários guardarão seus pertences e terão mais privacidade ao sair do banheiro e ao trocar de roupas, e um banheiro (medida modular de 4 m²) compartimentado em três ambientes, ao entrar há um espaço com a pia do lavabo e acesso para os outros dois compartimentos, uma cabine para o vaso sanitário e outra para o chuveiro. Todo o layout e as dimensões apresentadas acima foram propostas visando garantir maior conforto, privacidade e acessibilidade a esses ambientes.

A disposição da edificação criar além de varandas um pátio interno que foi qualificado para poder oferecer ambientes de permanência para os residentes, além de funcionarem com áreas de transição, como as varandas de todos os outros blocos anteriores. No centro do pátio interno é previsto um espelho d'água de aproximadamente 50 centímetros de profundidade, de água em circulação por uma bomba. Este espelho d'água é envolto por uma área verde composta apenas por espécies de forração. Os benefícios desse espelho d'água foram citados no levantamento bibliográfico: o barulho da água corrente, quando em baixo volume, podem proporcionar a sensação de relaxamento, e ainda quando associado à áreas verdes, como no caso, podem contribuir para o conforto térmico do ambiente também.



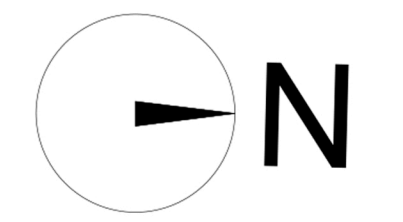
LEGENDA



- Grama preta anã
- Área da horta
- Água - Piscina e Espelho d'água

- Mamoeiro
- Bananeira
- Laranjeira
- Limoeiro
- Jaqueira
- Abacateiro
- Jabuticabeira
- Aceroleira
- Amoreira
- Pitangueira
- Cerejeira-japonesa
- Flamboyant
- Palmeira Areca
- Louro-pardo

- Pré-existente
- Costela-de-adão
- Capim-palmeira
- Crino-branco
- Aspidistra
- Comigo-ninguém-pode
- Botão-de-ouro
- Vinca-de-gato
- Sansão-do-campo
- Erva-de-santa-maria



ESCALA 1:500

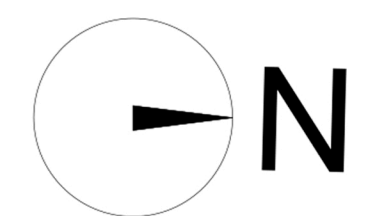
LEGENDA



- Grama preta anã
- Área da horta
- Concreto nas conexões
- Telha sanduíche
- Deck de madeira plastificada
- Água - Piscina e Espelho d'água

- Mamoeiro
- Bananeira
- Laranjeira
- Limoeiro
- Jaqueira
- Abacateiro
- Jabuticabeira
- Aceroleira
- Amoreira
- Pitangueira
- Cerejeira-japonesa
- Flamboyant
- Palmeira Areca
- Louro-pardo

- Pré-existente
- Costela-de-adão
- Capim-palmeira
- Crino-branco
- Aspidistra
- Comigo-ninguém-pode
- Botão-de-ouro
- Vinca-de-gato
- Sansão-do-campo
- Erva-de-santa-maria



ESCALA 1:500

7. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução nº 101, de 30 de maio de 2001. Legislação em Vigilância Sanitária, Brasília, 30 maio. 2001. 12p.

CONSTANTINO, N. R. T. Novas funções do paisagismo: Jardins terapêuticos, paisagem em debate, encarte 1: In: ENEPEA ENCONTRO NACIONAL DO ENSINO DE PAISAGISMO EM ESCOLAS DE ARQUITETURA E URBANISMO NO BRASIL, 7. 2004. Belo Horizonte. Anais...Belo Horizonte, 2004. 11p.

CORRÊA, F. K.; MAXIMIANO, V. A. Z. Capacitação para comunidades terapêuticas: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. 1. ed. Brasília: Unesp, 2013.

COSTEIRA, E. Saúde e Arquitetura: O hospital do futuro. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio: 2004.

DOBBERT, L. Y. Áreas verdes hospitalares – percepção e conforto. 2010. 121 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Escola de Agricultura “Luiz de Queiroz”, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2010.

FONSECA, I. C. L.; PORTO, M. M.; CLARK, C. Qualidade da luz e sua influência de ânimo no usuário. In: Seminário Internacional de Psicologia e Projeto do Ambiente Construído, 2000, Rio de Janeiro. Anais do Seminário Internacional de Psicologia e Projeto do Ambiente Construído – CD ROM. Rio de Janeiro: Coleção PRO-ARQ, 2000.

GAPPELL, Millicent. Psychoneuroimmunology. In: Symposium on Healthcare Design, 4, 1991, Boston. Innovations in Healthcare Design: selected presentations from the first five Symposia on Healthcare Design. New York: Sara O. Marberry, 1995. 120p.

GERLACH-SPRIGGS, N; KAUFMAN, R. E.; WARNER, S. B. Restorative gardens. The healing landscape, New haven; Yale University Press, 1998. 200p.

GUATELLI, B. P. A importância da família no tratamento do dependente químico. 2007. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Cidades: Porto Ferreira. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354070>>. Acesso em: 11.07.2017.

LIMA, L. F. Arquitetura hospitalar: sustentabilidade e qualidade – proposta de um instrumento para pesquisa e avaliação. 2010. 100 f. Monografia (Especialização em Arquitetura) – Curso de especialização em construção de obras públicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

MALKIN, Jain. The business case for creating a healing environment in business: hospital engineering & facilities management 2003.Londres: World Market Research Centre Ltda. Em associação com The International Federation of Hospital Engineering (IFHE).Londres , 2003.

MARCUS, C. C.; BARNES, M. Gardens in healthcare facilities: uses, therapeutic benefits and design recommendations. Martinez: The Center for Health Design, 1999, 624p.

MARTINS, M. J. Centro Comunitário de Reabilitação de Belmont / Billard Leece Partnership. ARCHDAILY, 2013. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/01-155486/centro-comunitario-de-reabilitacao-de-belmont-slash-billard-leece-partnership>. Acessado em: 15.05.2017.

MARTINS, Kleimer; LUCENA, Márcio. Centro de Recuperação para dependentes químicos Cidade Viva. 2009. Disponível em: <http://kmarquitetos.blogspot.com.br/2009/11/centro-de-recuperacao-para-dependentes.html>. Acesso em: 03.10.2017.

MEDEIROS, L. Humanização hospitalar, ambiente físico e relações assistenciais: A percepção de arquitetos especialistas. Rio Grande do Norte. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal: 2004.

MIQUELIN, L. C. Anatomia dos edifícios hospitalares. São Paulo: CEDAS, 1992.

MODESTO, Farina. Psicodinâmica das cores em comunicação. São Paulo: Edgar Blücher, 1º edição 1982, 2º edição 1986.

RIBEIRO, L. M. Humanização do espaço arquitetônico em unidade de hemodiálise. Bahia. Universidade Federal da Bahia, Salvador: 2008.

Roberta, M. O Uso Abusivo de Drogas e Suas consequências no Sistema Neurológico. RedePSI, 2011. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2011/07/01/o-uso-abusico-de-drogas-e-suas-consequencias-no-sistema-neurol-gico/>. Acessado em: 11.05.2017.

TOLEDO, L. C. M. A humanização do ambiente hospitalar, um tema aberto. 2005. 13p.

ULRICH, R. S. Visual landscapes and psychological well-being. Landscape Research, Abingdon, v.4, p. 17-23, 1979.

ULRICH, R. S. Health Benefits of Gardens in Hospitals. Floriade: Plants for People, International Exhibition, 2002. 10p. (Paper for conference).

VASCONCELOS, R. T. B. Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior. Dissertação (Mestrado) – Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2004.

WIKIPÉDIA. Porto Ferreira. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Porto_Ferreira. Acessado em: 11.07.2017.

