

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

ABORDAGEM ARQUITETÔNICA DE UM ESTUDO DE CASO SITUADO
EM MACEIÓ-AL SOB A ÓTICA DA AVALIAÇÃO PÓS-OCUPAÇÃO



THAYSA GABRIELA DE O. GONÇALVES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO
MESTRADO EM DINÂMICAS DO ESPAÇO HABITADO**

THAYSA GABRIELA DE OLIVEIRA GONÇALVES

**CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS: ABORDAGEM
ARQUITETÔNICA DE UM ESTUDO DE CASO SITUADO EM MACEIÓ-AL SOB A
ÓTICA DA AVALIAÇÃO PÓS-OCUPAÇÃO**

MACEIÓ

2019

THAYSA GABRIELA DE OLIVEIRA GONÇALVES

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS: ABORDAGEM
ARQUITETÔNICA DE UM ESTUDO DE CASO SITUADO EM MACEIÓ-AL SOB A
ÓTICA DA AVALIAÇÃO PÓS-OCUPAÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo, da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Prof.^a Dra. Morgana Maria Pitta
Duarte Cavalcante

MACEIÓ

2019

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

G635c Gonçalves, Thaysa Gabriela de Oliveira.

Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas : abordagem arquitetônica de um estudo de caso situado em Maceió-AL sob a ótica da Avaliação Pós-Ocupação / Thaysa Gabriela de Oliveira Gonçalves. – 2019.
224 f.: il. color.

Orientadora: Morgana Maria Pitta Duarte Cavalcante.

Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. Maceió, 2019.

Bibliografia: f. 203-211.

Apêndices: f. 212-221.

Anexos: f. 222-227.

1. Maceió (AL). Secretaria Municipal de Saúde. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Everaldo Moreira. 2. Arquitetura. 3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 4. Avaliação Pós-Ocupação (Arquitetura). I. Título.

CDU: 725.1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO
MESTRADO EM DINÂMICAS DO ESPAÇO HABITADO

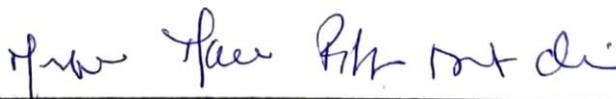
THAYSA GABRIELA DE OLIVEIRA GONÇALVES

**CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS:
ABORDAGEM ARQUITETÔNICA DE UM ESTUDO DE CASO SITUADO EM
MACEIÓ-AL SOB A ÓTICA DA AVALIAÇÃO PÓS-OCUPAÇÃO**

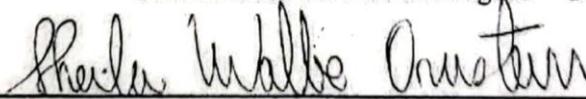
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo, da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

APROVADA em 31/05/2019

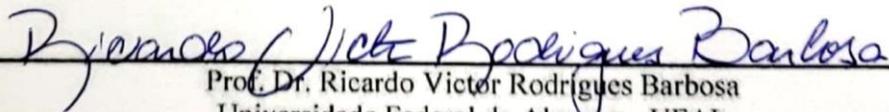
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dra. Morgana Maria Pitta Duarte Cavalcante
Universidade Federal de Alagoas – UFAL



Prof.^a Dra. Sheila Walbe Ornstein,
Universidade de São Paulo – USP



Prof. Dr. Ricardo Victor Rodrigues Barbosa
Universidade Federal de Alagoas – UFAL



Prof.^a Dra. Thaisa Francis César Sampaio Sarmiento
Universidade Federal de Alagoas - UFAL

A Deus, a minha família e àqueles que estão lutando pela recuperação da dependência química.

AGRADECIMENTOS

Quão gratificante foi ter trilhado esse caminho, sabendo que Deus sempre me capacita. Ele iluminou os meus passos, deu-me esperança nos momentos difíceis e forças quando só a mão Dele poderia me sustentar. Sem Deus não estaria realizando esse sonho. Posso dizer que fui vitoriosa só em chegar até aqui.

Agradeço aos meus amores eternos, que tornaram possível a conclusão desse mestrado. A minha mãe, mulher de fé e inspiração de vida, Edilene de Oliveira, que sem dúvida é a minha melhor amiga, incentivando-me a nunca desistir dos meus ideais, oferecendo ajuda, sem sair do meu lado, fazendo companhia em todos os momentos, inclusive nas madrugadas. Ao meu pai, Erivaldo Gonçalves, meu exemplo de luta e determinação, sempre muito dedicado em seu trabalho, que nunca deixou de acreditar na minha capacidade, e sempre se fez presente em minhas idas e vindas a Maceió. E a meus irmãos, Cristyane Marcela e Erivaldo Gonçalves, que são junto a meus pais, meu porto seguro, ensinando-me a ter foco, a enfrentar os desafios com dignidade, esforço e esperança por um bom futuro. E não poderia esquecer da minha sobrinha amada, Ana Clara, que mesmo com sua pouca idade (3 anos e 11 meses) tem enchido os meus dias de alegria, paz, e ajudou-me a encontrar motivação e amor nos momentos mais difíceis que enfrentei durante essa trajetória.

Também agradeço aos meus demais parentes, as minhas tias, tios e primos, que sempre me ajudam com palavras e atitudes de conforto e viveram este sonho junto comigo. E aos meus cunhados pelos aconselhamentos e incentivo.

Aos meus amigos de longa data, que sempre estiveram ao meu lado, tanto nos momentos bons, como nos adversos, compreendendo-me, tendo paciência, apoiando e acreditando no meu potencial. Aos meus irmãos na fé, família e comunidade da igreja, que sempre estiveram orando junto a mim. Aos grandes amigos e anjos que a arquitetura e o mestrado me trouxeram, por todos os momentos compartilhados juntos, tanto de alegria como de tristeza, pelos aconselhamentos, auxílio na realização das etapas dessa dissertação, obrigada por tudo. São essenciais na minha vida e eu os amo.

Também não posso esquecer de agradecer a minha orientadora, Prof.^a Dra. Morgana Maria Pitta Duarte Cavalcante, sempre com muita paciência e generosidade, se dispondo a ajudar-me e acreditando em meu potencial. Aos professores, membros da banca de qualificação e defesa, que têm acompanhado meus estudos em Arquitetura há mais de nove anos, desde a graduação, e ainda ensinam e inspiram para minha vida acadêmica: Prof.^a Dra. Thaísa Francis

César Sampaio Sarmiento, Prof. Dr. Odair Barbosa de Moraes e Prof. Dr. Ricardo Victor Barbosa Rodrigues por aceitarem avaliar esta dissertação, enriquecendo seu conteúdo. À Prof.^a Dra. Sheila Walbe Ornstein por aceitar fazer parte da banca como examinadora externa, contribuindo com seu vasto conhecimento sobre Avaliação Pós-Ocupação no ambiente construído.

À FAPEAL, pela disponibilização da bolsa de estudos, fundamental para a realização desta dissertação. E a todos os profissionais e usuários do CAPSad localizado Maceió-AL, pela recepção calorosa e ajuda durante o processo de coleta de dados para a pesquisa.

É preciso sonhar que podemos ser o que quisermos, tudo depende da nossa fé, do nosso esforço e dedicação. Todos estes foram grandes inspirações e fundamentais para que eu chegasse até aqui. Obrigada aos que direta ou indiretamente me ajudaram na realização dessa dissertação.

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.”

Martin Luther King

RESUMO

No Brasil, o número de consumidores de drogas lícitas e ilícitas é alarmante. Esse é um dos desafios sociais e de saúde pública do país e do mundo. A exclusão social e a ausência de cuidados que atingem esses indivíduos chamam a atenção para a necessidade de ações não somente políticas, mas em todos os níveis, para a prevenção e tratamento da dependência química, ocasionada devido ao consumo excessivo de drogas. A demanda por Centros de Atenção para esse público tem aumentado, porém muitos encontram-se em locais adaptados, como em residências, por exemplo. Isso pode acarretar problemas na função e humanização dos seus espaços físicos. Muitos estudos já foram feitos sobre a influência do espaço no comportamento humano e chegaram à conclusão que o ambiente construído pode causar reações positivas ou negativas sobre as pessoas. Nesse sentido, os profissionais de Arquitetura e Urbanismo são agentes indispensáveis para o planejamento de ambientes destinados ao dependente de drogas. Com isso, o objetivo geral dessa dissertação é: analisar a qualidade ambiental de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) de Maceió-AL, focando nas necessidades dos usuários e especificidades do tratamento da doença, através da Avaliação Pós-Ocupação (APO). Para atingir essa finalidade, a metodologia empregada foi embasada em uma abordagem multimétodos de natureza qualitativa e exploratória, desenvolvida a partir de revisões bibliográficas sobre a interface da dependência química com a arquitetura, verificando a legislação existente para o funcionamento de CAPSad e estudo de caso de ambientes correlatos. A Avaliação Pós-Ocupação foi realizada, através dos instrumentos: análise *walkthrough*, entrevistas semiestruturadas e poema dos desejos. Os resultados foram sintetizados a partir dos instrumentos de APO, mapa de descobertas e mapa de recomendações, subsídios para o planejamento, adequação e construção de instituições de atenção ao dependente químico futuramente. Por fim, espera-se suscitar a melhoria arquitetônica destes espaços, para que transmitam percepções que auxiliem o usuário no processo de tratamento da doença, através não só de princípios técnicos, mas, principalmente, do reconhecimento do mesmo e de sua família.

Palavras-Chave: Arquitetura; Dependência Química; Avaliação Pós-Ocupação (APO); CAPSad;

ABSTRACT

In Brazil, the number of consumers of licit and illicit drugs is alarming. This is one of the social and public health challenges of the country and the world. Social exclusion and lack of care for these individuals draws attention to the need for action not only on policies but at all levels for the prevention and treatment of chemical dependence, caused by excessive consumption of drugs. The demand for Care Centers for this public has increased, however many are in adapted places, such as residencies. This can lead to problems in the function and humanization of their physical spaces. Many studies have already been done on the influence of space on human behavior and have concluded that the built environment can cause positive or negative reactions on people. In this sense, professionals of Architecture and Urbanism are indispensable agents for designing environments destined to drug addicts. Therefore, the main objective of this study is to analyze the environmental quality of the Center for Psychosocial Care of Alcohol and Drugs (CAPSad) of Maceió-AL, focusing on the needs of users and treatment specificities of the disease, through the Post-Occupancy Evaluation (POE). To achieve this aim, the methodology employed was based on a multimethod research of a qualitative and exploratory nature, developed from bibliographic reviews on the interface of chemical dependence with the architecture, verifying the existing legislation for the operation of CAPSad and case study of related environments. Post-Occupancy Evaluation was performed through the instruments: walkthrough analysis, semi-structured interviews and wish poem. The results were synthesized from the POE instruments, discovery map and recommendations map, subsidies for the planning, adequacy and construction of Care Institutions for the future chemical dependents. Finally, it is hoped to raise the architectural improvement of these spaces, so that they transmit perceptions that assist users in the process of treatment of the disease, through not only technical principles, but mainly, the recognition of himself and his family.

Keywords: Architecture; Chemical Dependency; Post-Occupancy Evaluation (POE); CAPSad;

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estimativas (em números absolutos) do uso regular de crack e/ou similares nas capitais do Brasil, por macrorregião	18
Figura 2 - Exemplo de espaço do Hospital projetado por Lelé. Hospital Sarah Kubitschek, Salvador - BA	24
Figura 3 - Projeto de Jardins Terapêuticos	42
Figura 4 – Espaço terapêutico no <i>Children's Hospital</i> , em San Diego - EUA	43
Figura 5 - Planta-baixa e vista do Jardim medicinal no Centro médico <i>Legacy Mount Hood</i> . 2009 Gresham,OR	44
Figura 6 - Planta-baixa e vista do Centro medicinal, <i>Legacy Emanuel Medical Center</i> , em Oregon, 2004.	45
Figura 7 - Exemplo: Paciente em reabilitação através da terapia horticultural no instituto de Reabilitação de Oregon: <i>Legacy Good Samaritan Medical Center Stenzel Healing Garden</i> ..	46
Figura 8 - Dependente químico voluntário do projeto Reintegração, brincando com um dos cães da Comunidade Terapêutica Casa Ágape em Cruzeiro-SP.	50
Figura 9 - Perspectiva Geral da Edificação. Desenho à mão livre por Antônio Cláudio Massa.	51
Figura 10 - Planta-Baixa da Edificação do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva.	52
Figura 11 - Setorização do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva	53
Figura 12 - Corte AA e Corte BB do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva	54
Figura 13 - Fachada Nordeste e Sudeste do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva	54
Figura 14 - Planta-baixa de Setorização e Acessos do CREDEQ e Legenda.....	56
Figura 15 - Implantação do CREDEQ.....	56
Figura 16 - Área Esportiva com piscina, do CREDEQ	57
Figura 17 - Pátio Interno do CREDEQ.....	57
Figura 18 - Fachada Frontal do CREDEQ	57
Figura 19 - Espaço para lazer de crianças do CREDEQ	57
Figura 20 - Hospital Sarah Kubitschek, Fortaleza, 2001. Interior do Edifício com integração de jardim interno e espelho d'água na área de fisioterapia e recreação	58
Figura 21 - Hospital Sarah Kubitschek, Salvador. Destaque para <i>Sheds</i> , para iluminação e ventilação naturais	59
Figura 22 - Hospital Sarah Kubitschek, Salvador. Detalhe das divisórias internas, painéis metálicos em amarelo e azul, permitindo dinâmica ao ambiente	59
Figura 23 - Hospital Sarah Kubitschek, Salvador. Refeitório do lugar, com panos de vidro que permitem o contato com a natureza. Divisórias coloridas. <i>Sheds</i> que permitem a iluminação e Ventilação Naturais	60
Figura 24 - Hospital Sarah Kubitschek, Rio de Janeiro. Detalhe dos elementos vazados.	60
Figura 25 - Detalhe da coberta com <i>Sheds</i> . Esquema de entrada da iluminação natural.	61
Figura 26 – Planta-Baixa, vista da fachada e corte do Panóptico de Bentham	63
Figura 27 – Planta-baixa de Hospital com tipologia pavilhonar: <i>The Royal Herbert Hospital</i> , cidade de Woolwich 1866	64
Figura 28 - Projeto Padrão do CAPSadIII do Ministério da Saúde - Planta-baixa Layout	86
Figura 29 - Perspectivas externa e interna do CAPSad III do Ministério da Saúde	87
Figura 30 - Croqui exemplificando plantas lineares com corredores extensos	88

Figura 31 - Mapa de descobertas do segundo pavimento do CAPSad III Miriam Makeba no Rio de Janeiro, elaborada por Martorelli (2016)	95
Figura 32 - Mapa de recomendações para a área externa do CAPSad III Miriam Makeba no Rio de Janeiro, elaborada por Martorelli (2016)	96
Figura 33 - Modelo de formulário de aplicação criado por Bertoletti (2011) segundo Henry Sanoff	98
Figura 34 – Mapeamento de CAPS-AD no estado de Alagoas.....	106
Figura 35 - Fachada do CAPSad em Maceió	108
Figura 36 – Planta-baixa e setorização do primeiro prédio do CAPSad - A.....	109
Figura 37 – Planta-baixa e setorização do segundo prédio do CAPSad – A, para acolhimento 24h	111
Figura 38 – Portão de ferro, grades e cerca elétrica	114
Figura 39 – Acesso a instituição pela escada	116
Figura 40 – Acesso a instituição pela rampa	116
Figura 41 – Recepção do prédio inaugurado em 2013	117
Figura 42 – Recepção do prédio inaugurado em 2013	117
Figura 43 – Banheiros da recepção.....	118
Figura 44 – Corredor das salas de atendimento individual	119
Figura 45 – Sala de prontuários: SAME.....	120
Figura 46 – Sala de atendimento individual 01	120
Figura 47 – Sala da Comissão de Avaliação e Tratamento (CAT)	121
Figura 48 – Sala de Atendimento Individualizo 02.....	122
Figura 49 – Sala de procedimentos da enfermagem – conhecida como posto de enfermagem	123
Figura 50 – Mobiliário da sala de procedimentos da enfermagem.....	123
Figura 51 - Quarto de acolhimento infanto-juvenil	124
Figura 52 – Quarto de acolhimento feminino sem uso (2018) e sendo utilizado pelos usuários (2019)	125
Figura 53 - Quarto de acolhimento masculino	125
Figura 54 – Circulações dos quartos e banheiros do prédio novo	126
Figura 55 - Banheiro feminino para usuários acolhidos.....	127
Figura 56 - Banheiro masculino para os usuários acolhidos	127
Figura 57 - Sala de convivência interna para usuários acolhidos.....	128
Figura 58 - Jardim de inverno da sala de convivência interna	128
Figura 59 – Banheiro de funcionários da sala de convivência interna do segundo prédio em foto e em planta-baixa	129
Figura 60 - Repouso feminino para equipe da enfermagem.....	130
Figura 61 - Entrada e mobília do repouso feminino para equipe da enfermagem.....	130
Figura 62 - Rampa no corredor do repouso da equipe de enfermagem e da farmácia	131
Figura 63- Circulação para salas de grupo (sala amarela e azul).	132
Figura 64 - Farmácia.....	132
Figura 65 – Sala da equipe da gerência – Vista 1.....	133
Figura 66 – Sala da equipe da gerência – Vista 2.....	133
Figura 67 - Sala dos assistentes sociais	134
Figura 68 - Sala da Psicologia	134
Figura 69 – Espaço da equipe de serviços gerais	135
Figura 70 - Área da antiga recepção e acesso do primeiro prédio em foto e em planta-baixa	135
Figura 71 - Campo de areia para prática de atividades esportivas	136
Figura 72 – Área pavimentada com blocos intertravados, em foto e planta-baixa	137

Figura 73 – Área para estender roupas e rota para ambientes de uso comum e dos funcionários (localizado na saída do pátio de convivência)	138
Figura 74 - Rampas de acesso ao pátio de convivência e ao refeitório	138
Figura 75 - Lavanderia dos usuários localizada em frente a área do fumódromo.....	139
Figura 76 - Banheiro e sala dos técnicos	140
Figura 77 - Antes e depois da fachadas do CAPSad - A (final de 2018 e início de 2019, respectivamente).....	140
Figura 78 - Sala de atendimento individual 03 em foto e planta-baixa.....	141
Figura 79 - Sala de atividades coletivas, conhecida como sala amarela, em foto e planta-baixa	142
Figura 80 - Espaço da TV e atividades de grupo.....	143
Figura 81 - Pátio de convivência e realização de eventos e assembleias	144
Figura 82 - Quarto de descanso dos seguranças	144
Figura 83 - Refeitório para usuários	145
Figura 84 – Área livre, conhecida como fumódromo.....	145
Figura 85 – Acesso à cozinha pelo refeitório e interior do espaço, respectivamente.....	146
Figura 86 - Muros e do prédio	146
Figura 87 - Grade na janela da farmácia.....	147
Figura 88 - Cadeados nas portas e janelas dos quartos de acolhimento infanto-juvenil e masculino.....	147
Figura 89 - Seguranças nos espaços interno e externo	148
Figura 90 - Câmeras de segurança sem uso.....	148
Figura 91 - Forro de PVC do acolhimento feminino cedendo	149
Figura 92 - Funcionário da equipe de serviços gerais descansando na área do antigo acesso à recepção, localizada no primeiro prédio, indicada em foto e planta-baixa	150
Figura 93 - Usuários descansando em espaços atípicos, como em circulações externas	151
Figura 94 - Usuários descansando no chão do refeitório.....	152
Figura 95 – Usuária assistindo à TV sozinha	152
Figura 96 – Poemas dos desejos de número 1 e 2, respectivamente	169
Figura 97 - Poema dos desejos de número 3	169
Figura 98 - Poemas dos desejos de número 4 e 5, respectivamente	170
Figura 99 – Poema dos desejos de número 6.....	170
Figura 100 – Poema dos desejos de número 7.....	171
Figura 101 - Croqui representando edificação com características regionais	193
Figura 102 - Croqui de janela com venezianas horizontais móveis ou brises para proteção do espaço e visão de áreas abertas com vegetação	194
Figura 103 - Croqui de corte sem escala de um espaço externo acessível	195
Figura 104 – Croqui de espaços internos em conexão com a arte e áreas externas	197
Figura 105 – Croqui (corte esquemático) de jardins terapêuticos entre as áreas edificadas ..	198
Figura 106 – Croqui de pátios internos de convivência	199
Figura 107 – Croqui de campo para prática de esportes.....	199
Figura 108 – Croqui exemplificando um espaço educativo - pode ser uma biblioteca.....	200

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Benefícios da Terapia Assistida por Animais.	49
Quadro 2 - Programa de Necessidades do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva.	52
Quadro 3 - Diferença entre as modalidades de CAPS.....	71
Quadro 4 - Síntese dos Instrumentos Legais de Saúde Mental relacionados ao CAPSad.....	75
Quadro 5 - Pontos positivos e negativos do espaço físico do CAPSad de Maceió-AL, detectados pela autora.....	115
Quadro 6 - Síntese do resultado das entrevistas semiestruturadas	167
Quadro 7 - Estrutura física mínima de CAPSad III e comparativo com o que existe no CAPSad - A	173
Quadro 8 - Quadro-síntese com recomendações para os espaços do CAPSad – A.....	182

SUMÁRIO

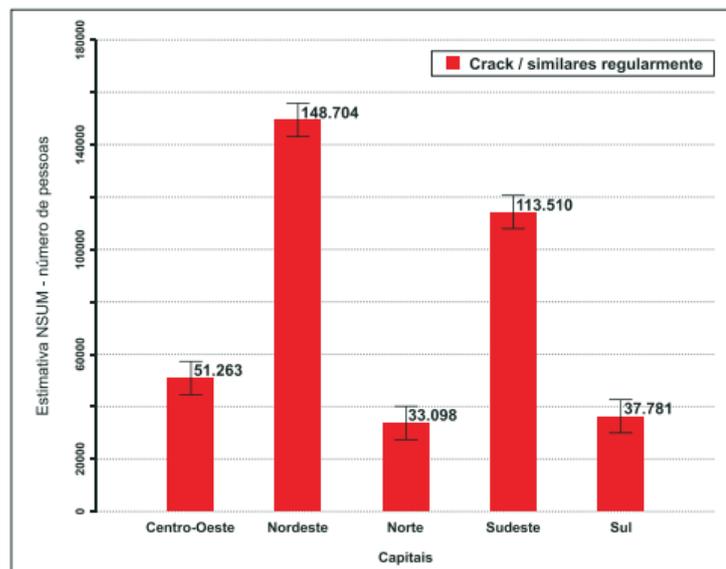
1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Objetivos do trabalho	21
1.1.1	Geral	21
1.1.2	Específicos	21
1.2	Justificativa para escolha do tema	22
1.3	Estrutura da dissertação	27
2	INTERFACE ENTRE ARQUITETURA E ESPAÇOS DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS	28
2.2	A dependência química e seu tratamento	28
2.3	Tipos de comportamento de dependentes químicos durante o tratamento.....	31
2.4	Influência do espaço no comportamento humano	32
2.5	Técnicas de saúde relacionadas ao bem-estar do usuário e referências de espaços de tratamento à dependência química	39
2.5.1	Jardins terapêuticos ou jardins de cura.....	40
2.5.2	Espaços de laborterapia	47
2.5.3	Espaços de musicoterapia.....	47
2.5.4	Espaços de terapia assistida por animais	48
2.5.5	Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva, Conde-PB.....	50
2.5.6	CREDEQ - Centro de Referência e Excelência em Dependência Química, Aparecida de Goiânia-GO.....	55
2.5.7	Hospitais Rede Sarah Kubitschek	58
3	CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS	62
3.1	Evolução dos espaços de saúde mental e reforma psiquiátrica brasileira	62
3.2	Instrumentos legais e políticas de saúde mental relacionadas ao CAPSad.....	69
3.3	Estrutura funcional e acolhimento nos CAPSad	82
3.4	Projeto padrão de arquitetura de CAPSad do Ministério da Saúde	84
4	METODOLOGIA.....	90
4.1	Caracterização do método – Avaliação Pós-Ocupação (APO)	90
4.2	Estudos de caso utilizando Avaliação Pós-Ocupação em espaços de saúde e CAPSad.....	91
4.3	Descrição das etapas metodológicas adotadas na pesquisa.....	99
4.3.1	Revisão bibliográfica.....	100
4.3.2	Estudo de caso baseado em APO (Análise técnica e da satisfação dos usuários)	101
4.3.2.1	Análise <i>Walkthrough</i>	102
4.3.2.2	Levantamentos físicos e Registros fotográficos	102
4.3.2.3	Entrevista semiestruturada	102

4.3.2.4	Poema dos desejos.....	103
4.3.2.5	Observação dos usuários e atividades	103
4.3.2.6	Análise dos dados obtidos	104
4.3.2.7	Elaboração de recomendações projetuais.....	104
4.4	Objeto de estudo.....	105
4.4.1	Análise do CAPSad - A.....	107
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	113
5.1	Análise <i>Walkthrough</i>	113
5.1.1	Questões relacionadas à funcionalidade do espaço.....	115
5.1.2	Questões relacionadas ao conforto ambiental	140
5.1.3	Questões relacionadas à segurança	146
5.1.4	Alguns aspectos comportamentais observados	149
5.2	Resultado das entrevistas semiestruturadas	153
5.3	Resultado do poema dos desejos	167
5.4	Mapa de descobertas	172
6	RECOMENDAÇÕES PROJETUAIS E CONSIDERAÇÕES FINAIS	180
6.1	Recomendações para o CAPSad - A em Maceió-AL	180
6.2	Recomendações para projetos futuros em Alagoas	192
6.3	Considerações Finais	201
	REFERÊNCIAS	203
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS	212
	APÊNDICE B – POEMA DOS DESEJOS.....	216
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	(T.C.L.E).....	217
	APÊNDICE D – MAPA DE DESCOBERTAS	220
	APÊNDICE E – MAPA DE RECOMENDAÇÕES	221
	ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM	
	PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL	222
	ANEXO B – DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DA SECRETARIA	
	MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ-AL	227

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, principalmente nos grandes centros urbanos, o consumo de drogas psicoativas¹, lícitas ou ilícitas atinge em sua maioria homens, negros, de baixa escolaridade e renda, com média de idade de trinta anos (FIOCRUZ, 2016). Além disso, segundo pesquisa nacional realizada pela Fiocruz (2013), o Brasil possui cerca de um milhão de usuários de drogas ilícitas (com exceção da maconha). Deste número, trezentos e setenta mil são usuários regulares da droga ilícita – *crack* -, os quais sofrem um forte estigma e exclusão social, devido à grande responsabilização desses usuários por situações de violência na sociedade (FIOCRUZ, 2013). Outro fator constatado é que, entre estes, os nordestinos somam a maior parte dos usuários, em que estima-se uma média de cento e cinquenta mil consumidores de *crack*, aproximadamente 40% do total de indivíduos, que fazem uso dessa droga, em todas as capitais do país (FIOCRUZ, 2013), como pode ser observado na Figura abaixo (Figura 1).

Figura 1 - Estimativas (em números absolutos) do uso regular de crack e (ou) similares nas capitais do Brasil, por macrorregião



Fonte: FIOCRUZ, 2014.

Esses números alarmantes mostram a urgência em preocupar-se com esta temática, considerada de difícil discussão e de grande relevância atualmente, pois está ligada a problemas

¹ Segundo a OMS (2006) são aquelas que alteram o comportamento, humor e cognição. Isto significa, portanto, que essas drogas agem nos neurônios, afetando o **Sistema Nervoso Central** - mente dos seres humanos.

de saúde pública, mas também é um assunto que perpassa outros setores para além da saúde, como a segurança pública e o bem-estar social.

Segundo Malbergier *et al.* (2012), a dependência química é uma síndrome caracterizada pela perda do controle do uso de uma droga psicoativa. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2006) considera a dependência química, como doença progressiva, incurável e se não for tratada a tempo, fatal. Mas, a despeito destas particularidades, é uma doença tratável, que pode ser combatida através de vários métodos terapêuticos.

Os resultados apontam, segundo o 1º Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP –, em 2002, envolvendo as 107 maiores cidades do país, que, em média 11,2% das pessoas são dependentes de álcool e 9%, dependentes de tabaco. O estudo também revelou que quase 20% dos entrevistados já haviam experimentado alguma droga que não álcool ou tabaco. Entre elas, destacaram-se a maconha (6,9%), os solventes (5,8%) e a cocaína (2,3%) (CARLINI *et al.*, 2002).

Um dos problemas que intervêm diretamente sob o cuidado de dependentes de álcool e outras drogas, afetando negativamente a qualidade do tratamento e serviços prestados, é o estigma, isto é, estereotipá-los como perigosos, criminosos e indesejáveis na sociedade, por se envolverem em situações de violência ou por terem suas relações familiares deterioradas. Com isso, são vistos como únicos responsáveis por sua condição e solução do quadro em que se encontram (RONZANI *et al.*, 2014), o que não é uma verdade absoluta, pois o Estado também é corresponsável por assisti-los não somente a partir de ações políticas, mas em todos os níveis, para solucionar a marginalização e a ausência de cuidados com esse público. Isso pode reduzir a quantidade de problemas, de violência, por exemplo, que são ocasionados devido ao consumo excessivo de álcool e outras drogas (MARTORELLI, 2016).

Diante desse atual problema brasileiro – de uma quantidade alarmante de consumidores de drogas e dependentes químicos –, é consequente o aumento da demanda por centros de atenção, reabilitação ou casas terapêuticas para reintegração psicossocial deles. Porém, a maioria desses espaços está distante do perímetro urbano, onde os usuários encontram-se, muitas vezes, isolados da sociedade (SILVEIRA; MACHADO, 2009). Além disso, uma variedade de instituições desse tipo encontra-se em locais adaptados, por isso podem não atender às necessidades do novo uso (MARTORELLI, 2016). Essa adaptação pode ocasionar problemas na função, que contém aspectos como o fluxo dos ambientes, circulação, integração

de zonas, ventilação e iluminação naturais adequadas e na humanização dos mesmos (CAVALCANTI, 2011).

Quando se fala em humanização, é importante saber que existem vários conceitos para o termo em outras áreas distintas da arquitetura. Lopes e Medeiros (2004), utilizam o termo há mais tempo na assistência à saúde, campo em que ele tem significado consagrado e consolidado (LOPES; MEDEIROS, 2004).

De acordo com Lopes e Medeiros (2004), quando se refere à arquitetura de saúde, a humanização é em geral associada a uma ideia de ambientes aconchegantes, com aspectos que promovem bem-estar para os pacientes. E isso se daria através da oferta de elementos que podem causar percepção de bem-estar físico ou emocional, como, por exemplo, a presença de vegetação, aplicação de cores, iluminação, texturas, elementos artísticos, entre outros. Além disso, conforme Barros e Pina (2011) a humanização na arquitetura busca conduzir a necessidade do ser humano por ambientes vivos e saudáveis.

No entanto, sabe-se que a humanização vai muito além disso, sob um ponto de vista não somente técnico, mas também social, visando o cuidado centrado no indivíduo. E, diante do pensamento de Barros e Pina (2011) são variados os atributos de qualidade ambiental gerados por um indivíduo, assim como o seu grau de satisfação com relação ao ambiente construído, podendo envolver aspectos subjetivos e multidimensionais.

A humanização do espaço deve repensar as atitudes profissionais frente ao sujeito, que muitas vezes são tratados de modo superficial. Hoje, compreende-se que a arquitetura não pode refletir, por exemplo, os padrões estabelecidos pós Segunda Guerra Mundial, quando houve um movimento de padronização, com um sistema semelhante a uma unidade fabril com produção em série, sem levar em conta as individualidades (LOPES; MEDEIROS, 2004) e as trocas subjetivas entre os sujeitos, pois isso culminaria na desumanização do espaço, do serviço, das relações. Essa desumanização também pode ser entendida através de aspectos, como: monotonia da construção; edificação indistinta, que não considera a diversidade de usuários; áreas reduzidas para atividades que necessitam ser realizadas em ambientes maiores; espaços desintegrados; desconsideração de condicionantes legais e locais, norteadores de princípios de sustentabilidade ambiental, social e econômica (BARROS; PINA, 2011).

Políticas nacionais poderiam reduzir esses problemas ao considerar as formas de organização e funcionamento, as atividades, entre outras práticas, priorizando o indivíduo e suas necessidades no uso de edificações de tratamento voltadas ao acolhimento de dependentes

químicos. Um bom caminho seria a aplicação de legislações, cartilhas e orientações técnicas, como resposta à ausência de cuidados de saúde que atinge essa parcela marginalizada da sociedade (BRASIL, 2003). A exemplo disso, pode-se citar a Portaria/GM nº 336 (BRASIL, 2002a), estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2002, para a criação dos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial – que funcionam geralmente no centro das cidades como hospital-dia, onde pode haver internação ou não - voluntária (com consentimento do usuário), involuntária (sem o consentimento e a pedido de terceiros, como da família) e compulsória (determinada pela Justiça) - como acontece em hospitais e clínicas psiquiátricas (BRASIL, 2001) a depender da modalidade e perfis sociais das pessoas atendidas.

No caso da dependência química, foi criado o CAPSad, exclusivo para o tratamento de pessoas envolvidas com álcool e outras drogas. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) é um dos principais locais que prestam serviços para esse público, estabelecendo critérios para reintegração social destes com a sociedade (MARTORELLI, 2016). Esses espaços serão especificados no capítulo três desta dissertação, assim como no capítulo quatro, referente ao objeto de estudo.

1.1 Objetivos do trabalho

1.1.1 Geral

Analisar a qualidade ambiental do ambiente construído de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) de Maceió-AL, focando nas necessidades dos indivíduos, especificidades do tratamento da doença e estratégias de reinserção social de dependentes químicos no município, por meio da Avaliação Pós-Ocupação (APO).

1.1.2 Específicos

- Identificar, a partir de pesquisas e leituras, as interfaces da dependência química com a arquitetura, para entender as relações do usuário com o espaço construído do CAPSad;
- Analisar a arquitetura de um CAPSad localizado no município de Maceió, pontuando aspectos positivos e negativos, de modo a considerar as necessidades de seus usuários e as recomendações da bibliografia estudada;
- Elencar princípios de qualidade ambiental e recomendações projetuais a partir da APO, que auxiliem no desenvolvimento de projetos futuros em Alagoas.

1.2 Justificativa para escolha do tema

A partir do acompanhamento de trabalhos voluntários na Comunidade Terapêutica Casa Dona Paula, localizada na cidade de Arapiraca-AL, entre os anos de dois mil e quinze e dois mil e dezesseis, percebeu-se a necessidade do desenvolvimento de uma pesquisa acadêmica a respeito da influência da arquitetura no processo de reabilitação e reintegração social do dependente químico, haja vista a quase inexistência de trabalhos acadêmicos e bibliografias, no âmbito das ciências sociais aplicadas, que estude esta temática, além da insuficiência de normas, parâmetros, recomendações ou legislações técnicas específicas que sirvam como embasamento para um adequado planejamento arquitetônico desses espaços.

Com isso, esta pesquisa começou a ser desenvolvida no Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: *Arquitetura no contexto social: discussão de diretrizes projetuais para centros de reabilitação e reintegração social para dependentes químicos em Arapiraca-AL*, apresentado no dia vinte de maio de dois mil e dezesseis na cidade de Arapiraca-AL, UFAL-Campus Arapiraca, sob orientação da Prof.^a Ma. Simone Carnaúba Torres e Prof.^a Dra. Elisabeth Cavalcanti Duarte Gonçalves.

É notória a importância do tema de grande complexidade e atual, conectando a arquitetura a outras áreas do conhecimento – saúde e assistência social, entre outras -, crescente no Estado de Alagoas, que lida com a vulnerabilidade social e a qualidade de vida humana.

Os Espaços de Atenção Psicossocial, Terapêuticos, e de Reabilitação para pessoas envolvidas com Álcool e outras Drogas, públicos ou privados, devem servir como abrigo e morada, propiciando um suporte para uma internação segura e bem-estar dos usuários. Isso possibilita uma experiência positiva deles com o ambiente, pois estas instituições assistem e acolhem em caso de inexistência de familiares ou por carência de recursos financeiros, abandono e até maus tratos.

A contribuição desta dissertação, no âmbito da linha dois de pesquisa do mestrado (Concepção, Construção e Adequação do Espaço Habitado), se dá na possibilidade de ser um estudo atual, baseado na observação do uso de ambientes de atenção social a dependentes químicos, além de instruir arquitetos e urbanistas atuantes no Estado, visando auxiliar tais profissionais na tomada de decisão projetual para espaços terapêuticos de reabilitação e reintegração social do dependente químico. Ademais, a intenção desta pesquisa é despertar a continuidade ou até mesmo facilitar novas investigações e pesquisas na área da arquitetura, principalmente, acerca das interrelações do comportamento de pessoas em tratamento, com o

ambiente construído, no qual são inseridos para sua reabilitação, reintegração social e acolhimento.

Percebendo-se a quase inexistência de informações acerca das configurações desses espaços, o estudo da interface da arquitetura com o planejamento de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, torna-se essencial para reunir informações sobre a eficiência desses ambientes, que podem dar suporte ao desenvolvimento de projetos de conformação de espaços arquitetônicos, destinados às atividades de dependentes químicos. No entanto, eles não devem ser vistos como um novo mercado de trabalho para os arquitetos, mas sim como uma limitação projetual e de pesquisa a ser superada por estes profissionais, os quais são agentes transformadores na geração de alternativas e idealização de edificações destinadas às terapias e tratamentos psicossociais.

A finalidade é a de suscitar a melhoria dos ambientes construídos para internação, para que transmitam percepções que auxiliem o usuário no processo de tratamento da doença, através não só de princípios técnicos, mas principalmente, do reconhecimento dele e de sua família, diante de suas necessidades e limites físicos, psicológicos, espirituais, sensoriais, entre outros. Como também contribuir com a produção dessas instituições no estado de Alagoas, sem que esses espaços deixem lacunas no que diz respeito à inclusão social e melhoria na qualidade de vida da população.

Muitos estudos já apontaram que o espaço pode influenciar o comportamento das pessoas e chegaram à conclusão que o ambiente construído pode provocar reações positivas ou negativas sobre o ser humano (SILVEIRA; MACHADO, 2009). Cada área de um projeto deve ser muito bem planejada para atingir seus objetivos. Muitas vezes, algumas particularidades como a cor das paredes, o posicionamento das esquadrias, a disposição do mobiliário e a altura do pé-direito, podem alterar completamente a sensação vivenciada pelas pessoas no ambiente. “O homem tem necessidade de adquirir relações vitais com o ambiente que o rodeia para dar sentido e ordem a um mundo de acontecimentos e ações” (CARSALADE, 2001 *apud* SILVEIRA; MACHADO, 2009).

É importante compreender as atividades que se organizam espacialmente, as rotinas de uso e o modo como o ambiente dá suporte aos usuários. Isso é essencial para um bom funcionamento dos espaços destinados ao tratamento. Algumas observações como as dimensões, acessibilidade, orientabilidade, salubridade, acabamentos, a relação com o interior e exterior, paisagismo, as condições gerais de conforto e as principais atividades desempenhadas, devem ser levadas em consideração, dando maior sentido à humanização,

fazendo com que o indivíduo interaja adequadamente com a área física onde está sendo sua recuperação.

O arquiteto João Figueiras Lima (Lelé), propõe em seus projetos para unidades de saúde, ambientes acolhedores, ao integrá-los com a natureza, relacionando espaços internos e externos, conferindo salubridade e segurança às edificações. Esses fatores possibilitam, de acordo com Lelé, a humanização desses ambientes. Portanto, segundo ele:

Ninguém se cura somente da dor física, tem de curar a dor espiritual também. Acho que os centros de saúde que temos feito provam ser possível existir um hospital mais humano, sem abrir mão da funcionalidade. Passamos a pensar a funcionalidade como uma palavra mais abrangente: é funcional criar ambientes em que o paciente esteja à vontade, que possibilitem sua cura psíquica. Porque a beleza pode não alimentar a barriga, mas alimenta o espírito (LIMA, 2004, p. 50 *apud* LUKIANTCHUKI; SOUZA, 2010).

Além disso, com a humanização, a ideia de lar pode ser impulsionada por meio da inclusão de ambientes acolhedores e identitários, no programa de necessidades desses espaços destinados à saúde, nos quais jardins e obras de arte são conceitos para conferir ao edifício a aptidão de colaborar no processo de cura. Diante desse contexto, os estudos de ventilação e iluminação naturais, evitam frequentes espaços herméticos e concebem ambientes mais humanos, para que os usuários tenham a sensação de bem-estar.

O edifício projetado por Lelé está envolvido pela natureza e os ambientes internos estão intimamente ligados aos jardins ao redor do hospital, através de corredores, varandas dos leitos, de grandes panos de vidro ou envolvidos na volumetria da edificação (Figura 2).

Figura 2 - Exemplo de espaço do Hospital projetado por Lelé. Hospital Sarah Kubitschek, Salvador - BA



Fonte: FRACALOSSO, 2012.

Em Alagoas, existe um projeto chamado Rede Acolhe, mantido com recursos do Governo do Estado e financiado pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (FECOEP), vinculado à Secretaria de Prevenção a Violência do Estado (SEPREV), o qual tem o objetivo de acolher e fortalecer as ações de inclusão e resgate social de pessoas com a doença ou que tenham uma relação estreita com os índices de violência. O projeto também foi desenvolvido a fim de estimular a parada do consumo de drogas e saída do estado da zona de risco social elevado, para promover equilíbrio ao dependente, proteção e possibilidade de restauração física e social (SEPREV, 2016).

Através de uma visita e entrevistas informais realizadas com os profissionais do Centro de Acolhimento para Dependentes Químicos de Arapiraca-AL (vinculado à Rede Acolhe), em abril de dois mil e dezesseis, percebeu-se que o município em questão e o estado de Alagoas têm uma quantidade insuficiente de lugares para atender às necessidades do público acometido de dependência de álcool e outras drogas, se comparada à demanda local, que unam além do tratamento profissional e técnico ao usuário, a reinserção no meio social, por meio de espaços humanizados, ou adequados arquitetonicamente à internação desses indivíduos.

As Comunidades Terapêuticas ou Casas de Acolhimento e Recuperação credenciadas a Rede Acolhe Alagoas, totalizam trinta e cinco, somente no estado de Alagoas, distribuídas por modalidades separadas, ou seja, modalidade masculina menor (atendendo meninos de doze à dezessete anos de idade), feminina menor (atendendo meninas de doze a dezessete anos de idade), masculina maior (atendendo homens de dezoito a sessenta e cinco anos de idade) e feminina maior (atendendo mulheres de dezoito a sessenta e cinco anos de idade) (SEPREV, 2016). Além desses espaços credenciados, existem os Hospitais Psiquiátricos particulares que oferecem um tratamento involuntário, o Instituto Teodora Albuquerque (ITA) em Arapiraca-AL e o Hospital Portugal Ramalho, localizado em Maceió. A partir dessas pesquisas, percebeu-se que os espaços distribuídos pela região contam com muitas pessoas na fila de espera para internação, já que muitos desses usuários não podem ser direcionados a locais que realizam terapias especializadas, as quais exigem um investimento elevado.

Por fim, pretende-se destacar a importância da adequação destes espaços contribuindo para o acolhimento do indivíduo. Esse estudo poderá cooperar para qualificação, humanização arquitetônica destes centros de atenção psicossocial, contribuindo, dessa forma, para melhoria das condições de tratamento dos mesmos e, conseqüentemente, de toda a coletividade.

Tendo em vista as preocupações de ordem ética relacionadas a pesquisas na área de vulnerabilidade social e saúde, para que o estudo fosse concretizado, foram solicitadas

aprovações pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) para continuação da pesquisa. Com isso, foi preservado o anonimato dos participantes nas entrevistas (profissionais e usuários acolhidos) da instituição objeto de estudo. E antes da aplicação dos instrumentos para levantamentos de dados, foram apresentados termos de consentimento (Apêndice C), para explicar os objetivos da pesquisa, que estabeleceram liberdade na participação do público alvo de estudo. Nos registros fotográficos, houve o cuidado de não identificar os rostos dos usuários da instituição, garantindo o anonimato dos envolvidos.

Conforme orientado pelo CEP, o projeto seria suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime, caso o pesquisador percebesse riscos ou danos à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma. Os incômodos e riscos da pesquisa, de acordo com a resolução 466/12 CNS, podem ser: constrangimento diante de um observador, quebra de sigilo da pesquisa, perda de tempo, invasão de privacidade. Para evitar esses riscos, o responsável pela pesquisa não permitiu que os entrevistados fossem pressionados de forma alguma, estando livres para responder da forma como se sentissem mais à vontade, respeitando o tempo da resposta; a abordagem se deu de forma flexível, como uma conversa informal, para não gerar constrangimento. As entrevistas foram realizadas individualmente e em grupo, em salas do próprio espaço do CAPSad, situado na cidade de Maceió. Além disso, os dados foram apresentados de forma anônima, para não haver quebra de sigilo da pesquisa.

Ademais, os benefícios esperados com a pesquisa, de forma direta e indireta são: oferecer elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender as relações do espaço destinado ao tratamento da dependência química com os seus usuários e minimizar problemas nas configurações espaciais de instituições para o tratamento da doença, decorrentes de constantes reformas e adaptações, o que afeta o bem-estar dos sujeitos da pesquisa, outros indivíduos e a sociedade como um todo.

Observadas essas questões, a metodologia da pesquisa seguiu uma abordagem multimétodos de natureza qualitativa e exploratória, desenvolvida a partir de revisões bibliográficas sobre a interface da dependência química com a arquitetura, humanização em espaços terapêuticos, assim como, estudo da legislação existente para o funcionamento de CAPSad e espaços semelhantes. Foi realizado estudo de caso com instrumentos de Avaliação Pós-Ocupação (APO), como análise *walkthrough*, entrevistas semiestruturadas e poema dos desejos. Para análise dos resultados, foram utilizados os instrumentos de APO mapa de descobertas e de recomendações, servindo como subsídio para o planejamento, adequação e construção de instituições de atenção ao dependente químico futuramente (RHEINGANTS *et*

al., 2009). Os procedimentos da metodologia foram detalhados no capítulo quatro desta dissertação.

1.3 Estrutura da dissertação

O **primeiro capítulo** contém a introdução, os objetivos, justificativa para escolha do tema e estrutura do trabalho. O **segundo capítulo**, corresponde à revisão bibliográfica. Inicia-se a discussão de conceitos que trazem a interface entre arquitetura e dependência química. Nesse capítulo abordam-se questões relacionadas à doença, formas e espaços de tratamento, assim como sobre a influência do espaço no comportamento humano (relações usuário-ambiente), sobre atividades terapêuticas relacionadas ao projeto de espaços de reabilitação, e referências arquitetônicas.

No **terceiro capítulo**, há uma maior aproximação com o objeto de estudo – o CAPSad – a partir de sua caracterização, desde o seu surgimento até os dias atuais. Sua instituição será contextualizada através de um apanhado sobre o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como um estudo e discussão dos condicionantes legais relacionados ao espaço. Essa parte se encerra com a análise do projeto padrão de arquitetura do ministério da saúde e apresentação de estudos de caso similares a pesquisa.

O **quarto capítulo** define e descreve a metodologia adotada, explicando como serão as etapas para aplicação dos métodos e técnicas de Avaliação Pós-Ocupação (APO). Apresenta-se o estudo de caso do objeto de estudo escolhido, diante de uma caracterização geral de seus usuários, profissionais existentes, serviços e atividades oferecidas e seu espaço físico.

O **quinto capítulo**, traz os resultados da aplicação dos instrumentos de Avaliação Pós-Ocupação no CAPSad de Maceió por meio de uma abordagem multimétodos, de natureza qualitativa e exploratória. As descobertas a partir da avaliação do espaço, entrevistas, levantamentos fotográficos e físicos, demonstrando características ambientais positivas e negativas coletadas diante de uma análise técnica do pesquisador, assim como através da perspectiva dos usuários do espaço.

Por fim, o **sexto capítulo**, corresponde às recomendações para o CAPSad – A, objeto de estudo, abordando princípios de qualidade ambiental para estes espaços e recomendações para melhoramento de projetos futuros ou reformas em espaços dessa tipologia, em Alagoas.

2 INTERFACE ENTRE ARQUITETURA E ESPAÇOS DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS

2.2 A dependência química e seu tratamento

Primeiramente, é importante o conhecimento sobre o que origina a dependência química, isto é, o abuso de substâncias químicas psicoativas, classificadas como qualquer droga (lícitas ou ilícitas) que alteram o comportamento do corpo e da mente, causando dependência (álcool, maconha, cocaína, *crack*, medicamentos para emagrecer a base de anfetaminas, calmantes, antidepressivos ou “tarja preta”, heroína, etc.). O álcool, apesar de não ser uma droga ilícita, é capaz de causar a dependência em pessoas predispostas à doença, tanto quanto qualquer outra droga ilegal. Para uma melhor compreensão, tem-se a definição feita por Carlini (2011):

Drogas são substâncias que produzem mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional das pessoas. As alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com as características da pessoa que as usa, da droga escolhida, da quantidade, frequência, expectativas e circunstâncias em que é consumida (CARLINI, 2011, p. 08).

Essas drogas, entretanto, se diferenciam de acordo com o consumo admitido por variados grupos na sociedade. O álcool, por exemplo, que é uma droga socialmente permitida, faz parte do consumo do povo ou massa. Já o consumo de drogas ilícitas, como a maconha, que é admitido por alguns grupos restritos, mas não acolhidos pela sociedade como um todo, é classificado como de grupo ou comunitária. E ainda existem as drogas inadmissíveis no contexto social, como o *crack*, as quais têm seu consumo classificado como individual ou solitário. O público consumidor dessa última droga pode sofrer exclusão social, pois, muitas vezes, são vistos com comportamentos desviantes, alienados e isolados da comunidade, encontrando-se privado de relacionar-se socialmente - consequência da utilização da substância psicoativa (ABREU; MALVASI, 2011 *apud* MARTORELLI, 2016).

Os dependentes químicos, que sofrem com essa exclusão social, advinda dos efeitos que a utilização das drogas traz, encontram problemas para manter sua civilidade e tornam-se, por conseguinte, um problema social (MARTORELLI, 2016). E, por isso, hoje em dia, é comum a associação de atos de violência (homicídios, assaltos, estupros e outros crimes) com pessoas que sofrem com a doença. Portanto, ele é visto pela sociedade não apenas como doente, mas também como um criminoso ou alguém que impõe medo. Por outro lado, quando esta julga o

comportamento destes, a imagem e identidade do sujeito também é afetada, sendo um dos motivos para gerar seu isolamento e maximizar suas ações desviantes (MARTORELLI, 2016).

A dependência se caracteriza pelo indivíduo - usuário dependente, também comumente chamado de toxicômano, drogadicto, adicto ou dependente químico - sentir que a droga é tão necessária em sua vida quanto qualquer outra coisa essencial para sua subsistência, como o alimento, a água, o repouso, a segurança, dentre outros (MARTORELLI, 2016). Com isso, o dependente químico caracteriza-se como a pessoa que não consegue controlar o consumo da droga de forma contínua ou periódica, sem ajuda, agindo de forma impulsiva. Geralmente, de acordo com Silveira (2003), “Alguns indivíduos podem fazer o uso da droga, tanto para obter prazer, quanto para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis”, frustrações, porém de qualquer forma, a utilização da droga provoca a deterioração gradativa de sua vida psíquica, emocional, espiritual e física.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006) reconhece a dependência química como doença, ou seja, como uma alteração que prejudica a estrutura e funcionamento normal da pessoa, atuando no sistema nervoso central, produzindo sensações de agitação, mau humor, agressividade, entre outros. Então, diferente do que uma parte da sociedade pensa, dependência química não é simplesmente um problema moral.

Segundo Mariana Silveira (2012), as duas formas principais em que a dependência se apresenta é a física e a psicológica. A física consiste na necessidade sempre presente, devido à adaptação do organismo do indivíduo ao consumo da droga, o que torna impossível a suspensão brusca dela, por causa da abstinência ou até um estado de pânico. Já a dependência psicológica traz a sensação de satisfação e é um impulso psíquico provocado pelo uso da droga, o que faz o indivíduo utilizar continuamente a droga, por prazer e para evitar o mal-estar, ou um estado depressivo.

A convivência dos dependentes com suas famílias, sem a ajuda de profissionais e espaços especializados no tratamento da doença, pode acarretar a codependência dos familiares. Ou seja, um transtorno emocional que o familiar pode enfrentar, que está relacionado à dificuldade em impor limites ao comportamento do dependente químico, tolerando, por exemplo, reações agressivas, chantagens emocionais, e se responsabilizando pelos problemas do dependente (FONTES, 2008). Por isso, é importante que o familiar também passe por terapias e acompanhamento, de maneira que ele receba orientações a respeito de como lidar com o dependente, como lidar com seus sentimentos em relação ao dependente, o que fazer, o

que não fazer e como proteger a si e aos demais membros da família de dificuldades emocionais ocasionadas pela doença do dependente.

Apesar da dependência química ser considerada uma doença crônica incurável, ela pode ser tratada ou controlada. E o tratamento voluntário depende da escolha do paciente, de maneira que ele perceba a doença e busque ajuda, podendo, dessa forma, viver sem a droga e sem as consequências que a dependência traz. Contudo, também existe o tratamento involuntário, indicado a pessoas que perderam a liberdade de escolha e a capacidade de julgamento, que precisam, porém não aceitam, a internação num centro de tratamento. Pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, Art. 6º, esta internação involuntária, acontece sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros, caso o dependente coloque em risco a própria vida ou a vida de outras pessoas (BRASIL, 2001).

O tratamento, quando possível, segundo Silveira (2012), para que ocorra da melhor forma, deve adotar estratégias de atuação multidisciplinar, ou seja, através de etapas de desintoxicação, psicoterapia, atividades laborais ou ocupacionais, assistência social, nutricional e física, durante a internação. No entanto, não são todos que precisam desse acompanhamento completo, por isso, a terapia deve ter sessões individuais também, planejada de acordo com as precisões do interno e de sua família, avaliando cada usuário segundo seu perfil (idade, sexo, formação, realidade socioeconômica etc).

As estratégias terapêuticas utilizadas para o tratamento de dependentes químicos são organizadas por meio da união do tratamento em espaços especializados - como ambulatórios e enfermarias de desintoxicação - com as atividades de apoio cultural, oficinas, grupos comunitários e de autoajuda, entre outros. O atendimento ao público-alvo pode ser através de um serviço com intervenção medicamentosa (adoção de medicamentos para o alívio de sintomas), psicológicas (acolhimento e psicoterapias individuais, em grupos, com os familiares e acompanhamento de psicólogos, assistentes sociais e outros) e sociais (para reintegração do dependente em seu meio) (MARTORELLI, 2016).

Para pessoas que sofrem de dependência e estão em situação de rua, há uma abordagem através dos Consultórios na Rua, e dos grupos de prevenção e controle das secretarias dos Estados. Em Alagoas, por exemplo, a Secretaria de Prevenção a Violência (SEPREV) atua com suas equipes de profissionais de várias formações e por meio do projeto Rede Acolhe, mantido com recursos do Governo do Estado e financiado pelo FECOEP (Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza) que são responsáveis pelo acolhimento e ações de inclusão e resgate social de pessoas com a doença ou que tenham uma relação estreita com os índices de violência.

Todas as ações desses grupos geralmente são aliadas às Unidades Básicas de saúde, CAPSad, Serviços de Urgência e Emergência, Centros de Referência Especializada para População em Situação de Rua (Centros POP), Unidades de Acolhimento (UA), Comunidades Terapêuticas de cunho filantrópico e outros espaços de atenção psicossocial (SEPREV, 2016).

Internações em espaços destinados ao tratamento da doença, segundo Silveira (2012), são consideradas imprescindíveis, podendo durar seis, doze meses ou até três anos, dependendo de pessoa para pessoa, nos casos em que o paciente for considerado um risco para si mesmo e para os outros ou quando o tratamento ambulatorial (extra-hospitalar) não foi bem-sucedido. Ademais, no contexto do SUS, as internações são regulamentadas pelo Ministério da Saúde com a Lei nº 10.216 de 4 de junho de 2001 e podem ser classificadas como: voluntária (com consentimento do usuário), involuntária (sem o consentimento e a pedido de terceiros) e compulsória (aquela determinada pela Justiça) - como acontece em hospitais e clínicas psiquiátricas (BRASIL, 2001). É uma das principais estratégias durante essa internação, de acordo com a Lei, deverá ser a reinserção social, aliada a serviços médicos, principalmente de assistência social, psicológica, psiquiátrica, lazer e outros.

Na internação, o dependente realizará atividades terapêuticas para auxiliá-lo na compreensão de sua doença, para resgate de sua interação social e saúde física e mental, de modo que ele saia desse espaço sem que precise consumir drogas para se sentir completo. Com isso, acontecem acompanhamentos médicos psiquiátricos, participação em terapia de grupo e individual com psicólogos e assistentes sociais, orientação pedagógica para a evolução da aprendizagem, educação física, nutrição, atividades para fortalecimento espiritual, como base para a abstinência e o tratamento, musicoterapia, ressocialização, grupos de atenção ao familiar do usuário, além de atividades rotineiras para a manutenção e cuidados com a instituição, ONG ou espaços similares.

2.3 Tipos de comportamento de dependentes químicos durante o tratamento

De acordo com um dos psicólogos que trabalha na instituição objeto de estudo, o comportamento e a conduta dos usuários vão mudando de acordo com o tipo de droga que utilizam e pela própria característica das substâncias. Além disso, drogas estimulantes, por exemplo, causam uma abstinência que, muitas vezes, resvalam situação de violência, porque o nível de irritabilidade do dependente se torna extremamente elevado, o nível de tolerância e frustração está bastante reduzido, o nível de ansiedade muito alto, o que traz complicações e altera o comportamento do mesmo (Entrevistado 08). Para ele, é muito comum uma pessoa que

tem o suporte da substância para estabilizar o seu dia, na ausência dela, apresentar algumas alterações de humor, como sintomas depressivos. No caso dos abstinentes do crack, é comum terem hipersonia (excesso de sono), ou seja, quando estão dormindo, é devido a ressaca que a substância psicoativa causa.

As substâncias psicoativas utilizadas podem ser divididas em três grupos: o primeiro é o das depressoras (minimizam a atividade do cérebro, fazendo com que funcione de forma mais lenta). As pessoas que consomem essas drogas, geralmente tem déficit de atenção, falta de concentração e tensão emocional. Também podem apresentar euforia e relaxamento, acompanhados de desinibição, dificuldades ao executar tarefas e diminuição dos reflexos e equilíbrio, seguidos de sonolência. Exemplo: dependentes de tranquilizantes, álcool, inalantes (cola), narcóticos como a morfina e heroína (BRASIL, 2014).

O segundo grupo é o dos estimulantes (aumentam o ritmo cerebral, fazendo com que ele funcione de forma mais rápida que o normal). Os usuários dessas drogas, geralmente se mantêm acordados por longos períodos e têm o apetite diminuído, além de ficarem em estado de euforia no momento de sua utilização. Em abstinência, podem ter reações depressivas, irritabilidade, hipersonia e fadiga. Exemplos: anfetaminas e outros estimulantes (BRASIL, 2014).

E o terceiro grupo é o de drogas perturbadoras (que alteram a percepção e o funcionamento do cérebro). Os indivíduos que as consomem geralmente passam por um momento de alteração da consciência, excitação seguida de relaxamento e euforia. Em abstinência, eles podem apresentar fadiga, irritabilidade, insônia e diminuição do apetite, mas são sintomas que duram pouco tempo. Exemplos: LSD, *ectasy*, maconha e outras (BRASIL, 2014).

O efeito dessas drogas depende não somente de suas composições farmacológicas, mas também do tipo de usuário, com suas características físicas e psicológicas, o qual apresenta reações diversas sob a ação das drogas. Outra questão é o ambiente onde ele está inserido, pois também exerce influência sobre o tipo de reação que a droga pode conduzir (BRASIL, 2014).

2.4 Influência do espaço no comportamento humano

O ambiente construído induz estímulos que podem gerar conforto ou desconforto. E será a experiência cultural do indivíduo um fator determinante para definição do que lhe é agradável ou não, porque as escolhas estão relacionadas à história de cada um (BESTETTI,

2014). Nesse âmbito, o espaço atua como estimulador de ações e condiciona os comportamentos do usuário, “cuja percepção é uma força organizadora do cérebro humano que tende a se dirigir para o sentido de harmonia, clareza e equilíbrio das estruturas das formas visuais percebidas” (ALVES; FIGUEIREDO; SÁNCHEZ, 2018). Por esse motivo, é importante que se conheça o perfil de cada usuário de um espaço para que sirva de embasamento para um melhor planejamento de projeto de acordo com o que equilibra suas emoções e necessidades.

Com isso, as sensações de conforto dos usuários, ou a falta delas, são mais do que reações fisiológicas, pois podem exercer papel cultural, simbólico e sensorial. Isto é, as pessoas podem significar o ambiente como abrigo ou proteção e avaliam sua qualidade de vida a partir das experiências que tem no lugar (BESTETTI, 2014).

A arquitetura deveria proporcionar bem-estar, conforto e segurança aos usuários de um espaço físico, o qual pode ser aberto ou fechado, coberto ou não, de permanência temporária ou prolongada, públicos ou privados e de tipologias diversas (BESTETTI, 2014). Além disso, o estudo do termo ambiência tem estado presente na área de conhecimento em questão para uma melhor compreensão do meio em sua totalidade e o efeito moral que esse meio físico ocasiona no comportamento dos indivíduos (BESTETTI, 2014).

Um exemplo disso são os espaços idealizados pela arquitetura hospitalar, que há tempos vêm sendo estudados para serem mais humanizados. Ou seja, com uma arquitetura que pode expressar sentimentos, além da função básica de assistir os usuários ou pacientes. Isso pode ocorrer através de detalhes construtivos diferenciados, disposição das esquadrias até o posicionamento do mobiliário e cores pensadas para estímulo de diversas atividades, como o trabalho, o descanso, momentos lúdicos ou composições paisagísticas que possibilitam uma experiência positiva dos usuários com o ambiente, particularidades que acarretam à terapia. Dessa forma, a estrutura física do lugar contribuirá para melhorar o bem-estar dos pacientes, influenciando beneficemente no estado psicológico deles e auxiliando em seu tratamento (BESTETTI, 2014; SAMPAIO e CHAGAS, 2010).

Costa (2001) em seu *Trabalho sobre o modo e vida do Hospital* da escola nacional de saúde pública, discorre sobre hospitais como ambientes públicos, geralmente traumatizantes, os quais retiram a privacidade do indivíduo, aquela que o lar contém, já que esses locais têm espaços com grandes dimensões e transmitem, através de seus corredores extensos, distanciamento, estranhamento e impessoalidade, impedindo a apropriação do espaço pelos pacientes.

A conexão entre percepções de conforto físico ou psicológico é indispensável para o diagnóstico das sensações e reações que o lugar trará ao indivíduo, pois favorece uma melhor compreensão da relação que o homem tem com o espaço, o que produz métodos projetuais capazes de gerar ambientes propícios para o homem e mais coerentes aos seus valores.

Dessa forma, quando a arquitetura está voltada para a idealização de espaços terapêuticos, destinados à reabilitação e recuperação dos usuários, deve-se pensar na construção de ambientes que auxiliam no progresso do desempenho e ações do paciente. Esses locais devem ser projetados para ser funcionais, de maneira que as atividades realizadas neles sejam beneficiadas por escolhas arquitetônicas corretas.

Na arquitetura de instituições, são poucas as vezes em que se dá atenção a ideia de áreas externas como lugares habitáveis, sendo estes os melhores lugares de refúgio das pessoas. No caso dos dependentes, estes também precisam estar sozinhos, respirar, apropriar-se de espaços livres, verdes, que os mantêm fora de edifícios fechados, sob um tratamento enclausurado (SOMMER, 1973 *apud* SILVEIRA; MACHADO, 2009).

Lugares de internação deveriam ser ambientes acolhedores, com adequadas condições de habitabilidade, higiene, salubridade, projetados para valorizar salas de convivência, as quais harmonizam o conforto e a segurança necessários para execução de atividades lúdicas, profissionalizantes, terapêuticas, culturais, esportivas, responsáveis pelo resgate do significado de lugar e dos valores de cidadania, oferecendo, sobretudo, oportunidades de interação. Cada ambiente interno e externo precisa ter funções claras (KOWALTOWSKI *et al.*, 2011).

Caso essas questões não sejam pensadas para o espaço e seus internos, desconsiderando a percepção ambiental e trocas sociais, através de um tratamento que analisa o desenvolvimento e comportamento deles, isso pode gerar sentimentos adversos no ambiente de internação, como aumento de agressividade e estresse. Por isso, o ideal, segundo Kasper *et al.* (2009), é que a percepção do local para os internos seja como uma extensão de suas casas, influenciando na busca pela recuperação.

Portanto, é notória a necessidade do estudo da psicologia vinculada à arquitetura e da relação entre comportamento e ambiente, no sentido de garantir o conforto ambiental nos projetos, dando ênfase à relação entre os espaços construídos e os espaços abertos (livres), dentre outros. Quando se fala em um projeto para um Centro de Atenção Psicossocial destinado ao tratamento de Dependentes Químicos, deve-se pensar nas pessoas que estarão inseridas no

local, envolvidas com dificuldades variadas quanto ao seu estado psicológico, físico, mental, como também àqueles que convivem com o dependente, suas famílias e a comunidade em geral.

Por causa desses fatores, cada ambiente deve ser planejado de maneira que atenda às necessidades do usuário e posteriormente do lugar, pensando-se sobre quais espaços serão essenciais ao projeto e como eles podem influenciar no sucesso de aplicação das técnicas de tratamento aos dependentes, favorecendo o máximo de efeitos positivos na permanência neste tipo de espaço. Os ambientes devem evitar transtornos psicológicos pelo excesso ou ausência de estímulos (SILVEIRA; MACHADO, 2009).

O estudo das interações que existem entre usuário e espaço, constitui o campo da psicologia ambiental, que se habilita a ser o *locus* ou a integração do conhecimento psicológico com saberes arquitetônicos, para proporcionar a produção de um espaço mais humanizado e coerente (ELALI, 1997). A arquitetura tem se aproximado cada vez mais da psicologia ao abordar aspectos relacionados a percepção e satisfação dos usuários, aliando esses aspectos à avaliação física do lugar, na busca por compreender fatores estéticos, construtivos e funcionais da edificação. Com isso, os planejamentos tornam-se cada vez mais centrados nas necessidades do usuário e na sua relação com aquele lugar (ELALI, 1997).

Esse é um dos motivos que acarretou a escolha dos métodos de estudo desta dissertação, que se voltam a avaliação do ambiente construído durante o processo de sua ocupação, através da Avaliação Pós-Ocupação (APO). Isso porque a aplicação dos instrumentos da APO, interligados à Psicologia Ambiental, permitem descobrir e aferir questões objetivas e subjetivas sobre as necessidades, comportamento, objetivos, percepção e expectativas do indivíduo enquanto está utilizando o ambiente construído (ONO *et al.*, 2018). O que contribui na elaboração de uma sólida composição teórica e recomendações que servem para projetos futuros relacionados ao público-alvo da pesquisa.

Ademais, tendo em vista que a principal finalidade da edificação é promover qualidade de vida àqueles que a utilizam, o edifício deve ser estudado não apenas a partir de suas características físicas (técnicas e construtivas), mas também deve ser avaliado enquanto espaço onde o indivíduo exerce suas experiências e relações sociais (aspectos qualitativos), que o transforma e faz uso dele conforme seus anseios. Então, é de extrema importância entender o ponto de vista do usuário (a partir de entrevistas e poema de desejos, por exemplo), pois suas percepções individuais e críticas (extraídas de suas vivências no lugar) podem ser determinantes para a análise do objeto de estudo (CAPSad). Essas questões podem trazer um melhor embasamento sobre as demandas e aspectos para melhoria do edifício, objetivando sua

adequação (ELALI, 1997). Assim, é necessário analisar o ambiente a partir de uma visão profissional, adequando a mesma a percepção e influência do usuário sobre o ambiente e vice-versa.

São determinações como a cor e da intensidade de luz (natural e artificial) nos ambientes, por exemplo, que definem o espaço que o indivíduo percebe e influencia através de seus comportamentos cotidianos, os quais também podem ser afetados em algum nível por tal lugar. Essa é uma questão de extrema importância na arquitetura, já que esses dois elementos arquitetônicos causam efeitos e provocam estímulos no comportamento, podendo gerar diferentes reações, sejam elas benéficas ou não, como a calma, tristeza, estresse, alegria, entre outros (SILVEIRA; MACHADO, 2009).

Segundo Kowaltowski *et al.* (2011), a iluminação é um aspecto importante a ser analisado nos espaços, para sua organização, principalmente quando o usuário tem alguma limitação motora ou sensorial, como, por exemplo, a pouca visão. Com isso, o espaço necessita de elementos para o controle de luz natural, por meio de protetores solares e cortinas e da luz artificial, através de tecnologias redutoras de iluminação.

Para os dependentes químicos e outros que sofrem de algum transtorno mental, a especificação desses dois elementos no espaço é algo importante, devendo-se tomar muitos cuidados, devido à sensibilidade comportamental que eles estão sujeitos.

A iluminação está diretamente ligada à cor, sendo esta última alterada de acordo com a incidência de luz sobre ela. A cor também proporciona uma nova percepção dos objetos em um ambiente. Segundo Martins (2004, p. 65), as cores azuis e verdes aumentam o espaço, enquanto as cores vermelha, amarela e laranja estreitam e diminuem os ambientes ou volumes. Além disso, a cor pode dividir visualmente um espaço, ou seja, um local com cores diferentes garante individualidades. Muitas cores num mesmo ambiente ou em um elemento arquitetônico, como uma parede ou objeto, causará ritmos diversificados e transmitirão animação ao espaço.

A luz natural é um elemento que pode causar alterações no sentido e na saúde dos internos de um espaço de saúde mental, pois, quando ela apresenta pouca intensidade dentro do espaço, pode trazer sensação de tristeza ou até depressão no usuário. Assim como, quando a luz é projetada para adentrar nos espaços de maneira equilibrada, objetivando a salubridade deles, isso traz benefício e bem-estar. Então, é importante a consideração da luz natural, como estratégia para o projeto de um espaço de permanência de pessoas que estão passando por algum

tipo de tratamento ou que se encontram em situação de desordem social, no presente caso, os dependentes químicos.

É necessário que haja uma conexão entre ambientes externos e internos do centro de recuperação, para que a sensação de proteção, liberdade e individualidade sejam preservadas, minimizando as ideias de prisão e monotonia que geralmente são impostas quando se pensa em ambientes desse tipo (FREITAS, 2013).

Conhecer o efeito das cores é essencial para não cometer erros ao aplicá-las ao projeto. Uma das cores que devem ser evitadas para um projeto de um Centro de Atenção Psicossocial para Dependentes, é a cor quente vermelha, que estimula a agressividade. Já outras cores quentes podem ser aproveitadas para tal projeto, como a cor amarela, antidepressiva, segundo Goés (2004), é a cor do intelecto, que estimula a concentração e a criatividade. A cor laranja é sugerida pelo autor para ambientes festivos, sendo essa a cor da alegria e da jovialidade. Dentre as cores frias, a cor verde tem um efeito positivo sobre as pessoas, pois acalma e estimula o equilíbrio, mas deve-se ter cuidado quando utilizada em excesso, pois causa depressão. Ajuda no tratamento de várias doenças, como a hipertensão, por exemplo. O azul e o lilás, também são cores frias, terapêuticas, a primeira é calmante, utilizada em terapias de distúrbios psíquicos e agitações, e a segunda tem propriedades sedativas, ajudando o indivíduo a relaxar, é uma cor indicada para ambientes de UTI, por exemplo (GOÉS, 2004).

A cor violeta, dentro da classificação de cores frias, também tem importantes propriedades, já que é a cor que instiga a mudança e atividade cerebral. Por fim, a cor branca é uma cor neutra que é a soma de todas as cores, sendo um caminho aberto às radiações. O branco está exposto à ação de todas as outras cores citadas (GOÉS, 2004).

Percebe-se a partir desse estudo que a compreensão de elementos pertencentes ao espaço – cor e luz, principalmente – que exercem relação com a saúde e comportamento dos indivíduos, pode trazer subsídios para avaliar concepções espaciais pós ocupadas e servir de dados para recomendações que auxiliem profissionais arquitetos em projetos voltados ao tratamento da dependência química.

Portanto, é imprescindível compreender que a internação em instituições de saúde mental, psiquiátricas, entre outras correlatas, pode provocar alterações no comportamento dos pacientes e isso pode interferir em seus valores, sentimentos, identidade. Como nesses espaços geralmente existe uma medida de controle para mantê-los de certa forma seguros, eles começam a ter suas ações adaptadas a partir do que é imposto através das características ambientais e

pelos profissionais responsáveis por seu acompanhamento. De acordo com Sommer (1973 *apud* MARTORELLI, 2016, p.44), “o hospital para doentes mentais é um ambiente em que as pessoas estão relativamente passivas e indefesas diante de um ambiente organizado com o objetivo de terapia” e, quando estes saem do ambiente de internação, muitas vezes, não conseguem se reencontrar no contexto social em que estavam inseridos, pois a rotina desse hospital os moldou de tal forma que eles não lembram como realizar atividades básicas do cotidiano.

Segundo Silveira e Machado (2009), sob a ótica de Sommer (1973), no ambiente institucionalizado, os usuários acabam ficando sem noção de territorialidade, espaço pessoal, afetividade, apropriação e, por isso, tornam-se seres passivos com relação ao que é imposto, muitas vezes, sem ter voz dentro desses espaços para questionar e criticar aquilo que causa incômodo. Para uma melhor compreensão desses conceitos, que causam essas mudanças comportamentais, faz-se necessária uma definição do que cada um pode representar.

A territorialidade “está intimamente ligada a forma como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significação ao lugar” (HAESBAERT, 2004). De acordo com o mesmo autor, o território pode ser organizado de acordo com o que o indivíduo necessita exercer nele, segundo experiências culturais e sociais, exemplos disso são o repouso (território como abrigo ou lar) e, também, o sustento do corpo (alimento) através da utilização dos seus recursos naturais etc. Esse conceito também representa comportamentos de domínio, por um indivíduo ou grupo que demarcam suas áreas e as personalizam, ou seja, se apropriam dela; surge, assim, o conceito de apropriação que relaciona-se à influência que o indivíduo tem sobre um espaço, intervindo nele a sua maneira (BERTOLETTI, 2011; MARTORELLI, 2016)

Diante de interpretações de Betoletti (2011) e Martorelli (2016), o espaço pessoal refere-se ao espaço subjetivo, ele é individual, oculto, silencioso e invisível. Ele é reconhecido como uma bolha própria (que inclui características de gênero, cultura, idade, personalidade, saúde mental) do indivíduo e essa bolha é modificada de acordo com as interações que o indivíduo exerce, podendo esta ser invadida ou não de acordo com o tipo de interação entre ele e outros. Um exemplo de espaço pessoal comprometido é o de indivíduos que viveram muito tempo isolados numa instituição, restringidos em tudo e sem liberdade de expressão e interação (BERTOLETTI, 2011). Então, o conceito de território liga-se a limites físicos e o de espaço pessoal relaciona-se a limites invisíveis (subjetivos e próprios de cada um).

Já a afetividade nos estudos de pessoa-ambiente diz respeito ao apego ao lugar e pode ser definida com o vínculo emocional que se estabelece nos espaços físicos, diante da experiência espacial pessoal de cada indivíduo. E, para estes, as experiências são mais relacionadas a um pensamento positivo do lugar, do que a um pensamento negativo. Essa percepção constitui-se por meio do sentimento de segurança e conforto através do contato, e sofrimento quando muitas vezes não reconhece algo melhor para si mesmos, quando, por exemplo, são separados daquele lugar (FELIPPE; KUHNEN, 2012). Esta pode ser uma sensação expressa por pessoas em situação de rua que foram acolhidas em alguma instituição, visto que estas não têm um lugar para se sentir seguras.

O nosso lar, ou nossa casa, geralmente é o lugar onde mais são despertados sentimentos de afetividade, territorialidade, apropriação e onde temos nosso espaço pessoal mais livre de interferências, apesar de existirem exceções. Para dependentes químicos, no entanto, estes sentimentos serão reforçados quando sempre retornarem ao tratamento no espaço, no caso de recaídas, formando uma memória afetiva ou não sobre o lugar de tratamento (MARTORELLI, 2016).

Essas reflexões sobre as interrelações do indivíduo com o espaço e vice-versa, assim como da influência que estes exercem um sobre o outro, podem auxiliar a construção de um pensamento mais consistente sobre o espaço objeto de estudo e sua interface com a atuação do usuário, assim como para a averiguação dos graus de satisfação ou não do indivíduo com o local, ao ver se este realmente contribui com a sua qualidade de vida e reintegração social.

2.5 Técnicas de saúde relacionadas ao bem-estar do usuário e referências de espaços de tratamento à dependência química

De acordo com o biólogo André Veloso Lima Rueda, numa publicação do Instituto de Ciências Biomédicas (ICB) da USP, o dependente químico é induzido a ter recaídas, sempre que as lembranças que um determinado local carrega comunicam o desejo do consumo da droga. “Uma vez que a pessoa já desenvolveu a dependência e depois parou de fazer uso da droga, o desejo permanece e é alimentado por estímulos sensoriais ligados à droga” (PELLEGRINI, 2011). Por isso, manipulações ambientais poderiam ajudar a diminuir as possibilidades de recaída, destaca o autor.

Dessa forma, para minimizar esses estímulos negativos da relação do usuário com o ambiente que o desvia para a reutilização da droga, existem atividades que funcionam como

terapia, as quais podem gerar prazer para ele, através de manipulações ambientais, como atividades esportivas e atividades profissionais que envolvam valores motivacionais, que são importantes para a qualidade de vida de um dependente recuperado. “É preciso trocar hábitos que gerem recaídas por outras atividades que proporcionem prazer para a pessoa”, segundo o biólogo André Veloso (PELLEGRINI, 2011).

Costeira (2004), expôs em seu livro *Saúde e Arquitetura* (2004) seis pré-requisitos que produzem um desenvolvimento melhor na recuperação de pacientes: eliminar os fatores estressantes; conectar o paciente com a natureza; oferecer opções de escolhas para controle individual; disponibilizar oportunidades de socialização; promover atividades de entretenimento positivas; promover ambientes que remetam a sentimentos de paz, esperança, reflexão, conexão espiritual, relaxamento, humor e bem-estar. O objetivo é, através disso, criar espaços humanizados, focando no paciente, contribuindo para a sua autonomia, para que ele estabeleça apropriadas relações psicológicas com o espaço que o abriga, para chegar à finalidade do processo de cura.

2.5.1 Jardins terapêuticos ou jardins de cura

Segundo Constantino (2010), os **Jardins Terapêuticos**, que surgiram na Pérsia, Egito, Oriente Médio, permitiram fortes influências emocionais nas pessoas e foram empregados mais tarde como uma forma de terapia: como lugares de aliviar a dor ou para assistir às pessoas com dificuldades de orientação e equilíbrio. Hoje esses ambientes podem ser utilizados em muitos outros lugares, para estimularem uma melhor recuperação de pacientes, permitindo sua adaptação a cenários para acontecimentos sociais, encontro com a família ou, até mesmo, podendo servir como um elo religioso para o usuário. O objetivo do Jardim Terapêutico ou Jardim de Cura, como ficou rotulado, é o de permitir a quem o utiliza a sensação de bem-estar (CONSTANTINO, 2010).

Dessa forma, a sociabilidade, as chances de relaxamento e contemplação, diante de um contato direto com a natureza, através da troca entre ambiente interno e externo, encorajando o corpo e a mente a restaurarem-se, será de extrema importância para a reabilitação de usuários internos de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Como recomendações de projeto, Constantino (2010) cita Francis & Paine (1990, p. 272-280), destacando algumas características essenciais dos Jardins Terapêuticos, segundo pesquisas baseadas em estudos de caso:

1. **Visibilidade:** é importante que em um ambiente a vista dos jardins seja de fácil acesso pelos usuários;
2. **Segurança:** é essencial que o corpo clínico, os pacientes e os visitantes sintam-se seguros no jardim, mas que não se sintam fechados ou vigiados;
3. **Características de Familiaridade:** as pessoas nos ambientes hospitalares estão estressadas pelo trabalho ou pela doença, portanto necessitam ter acesso a locais calmos e com elementos familiares;
4. **Oportunidades de fazer escolhas:** o estresse provoca descontrole e tem efeitos negativos no sistema imunológico e na satisfação profissional do corpo clínico. Portanto, a facilidade de acesso é fundamental, bem como locais com alguma privacidade, com diferentes vistas ou bancos para sentar-se ao sol ou à sombra;
5. **Oportunidades para contato social:** o simples fato de encontrar pessoas com problemas em comum, e partilhar de suas preocupações e esperanças, reduz o estresse e aumenta o bem-estar dos pacientes e visitantes, principalmente se o ambiente é agradável e aconchegante. Há três tipos de usuários: os pacientes, os visitantes e os funcionários do hospital, composto de corpo clínico e atendentes, cada grupo com suas necessidades e padrões de uso;
6. **Contato com a natureza:** as pesquisas demonstram que a visão e o contato com a natureza resultam em benefícios terapêuticos.

Segundo Constantino (2010), não há dados concretos da concepção de diretrizes projetuais para Jardins Terapêuticos, pois ainda não se sabe quais os elementos mais apropriados para determinados grupos de pacientes, psiquiátricos, por exemplo. Porém, é importante que seja estudada a rotina diária do local de internação e as necessidades de seus usuários, desde os acolhidos até os profissionais e funcionários atuantes no lugar. Com isso, na maioria dos projetos o autor escolhe, determina ou imagina a melhor maneira de ajudar no bem-estar dos pacientes.

Esse Jardim de Cura, na verdade é um jardim-conceito que vem sendo aplicado por diversos estudiosos, principalmente da Suécia e dos Estados Unidos, também denominado como *Healing Garden*, e é um espaço projetado especificamente para atender a um público-alvo, como suporte de alguma patologia do mesmo (BAGNATI; FEDRIZZI, 2017).

Algumas imagens demonstram como esses ambientes podem ser projetados ou planejados para serem inseridos em Comunidades Terapêuticas, Centros de Atenção e

Reintegração Social e Clínicas diversas, proporcionando o contato direto ou constante do usuário com esses jardins, seja durante uma caminhada ou momento de descontração e descanso.

Como pode ser visto nas imagens abaixo (Figura 3; Figura 4; Figura 5; Figuras 6 e 7), esses jardins estão envolvendo o espaço como um todo, tanto presentes em elementos arquitetônicos, como grelhas, brises horizontais, postos em terraços ou varandas. Também estão presentes nas áreas de passagem e fluxo dos usuários, permitindo a contemplação.

Percebe-se através das imagens que existem mais espaços de circulação (passeios) e descanso ou convívio social (*decks* de madeira) que plantações, porém a permeabilidade do ambiente também é garantida, sendo a vegetação existente capaz de permitir a orientabilidade e o contato frequente dos usuários do espaço com a natureza.

Figura 3 - Projeto de Jardins Terapêuticos



Fonte: OLIVEIRA, 2015.

Em San Diego, Estados Unidos, um hospital de Crianças, *Children's Hospital*, utilizou o Jardim Terapêutico, como partido e elemento lúdico, concebido para ficar no centro da construção (Figura 4). Os quartos para internação das crianças foram projetados para ficarem

todos com vista para o jardim, isso possibilitou muitos registros de sucesso no tratamento das crianças, reduzindo, assim, muitos internos no hospital (OLIVEIRA, 2015).

Figura 4 – Espaço terapêutico no *Children's Hospital*, em San Diego - EUA



Fonte: OLIVEIRA, 2015.

Nos Estados Unidos, no estado de Oregon, existem espaços projetados como jardins de contemplação, terapia e cura, nos Centros Médicos *Legacy Health*. Os jardins *Legacy Gardens* (Figuras 4 - 6), como são chamados, permitem a reabilitação dos pacientes do local por meio de exercícios leves, através da inclusão de passeios com diferenças de paginação dos pisos, para proporcionar caminhadas, conectando-os com a natureza, o que traz resultados positivos para a saúde deles, além de promover oportunidades para o apoio social aos usuários internados. O contato com a natureza, nesses ambientes destinados à terapia, é um ótimo recurso para enfrentar o estresse (HAZEN, 2010).

Figura 5 – Planta baixa e vista do Jardim medicinal no Centro médico *Legacy Mount Hood*. 2009
Gresham,OR



Fonte: HAZEN, 2010.

Figura 6 – Planta baixa e vista do Centro medicinal, *Legacy Emanuel Medical Center*, em Oregon, 2004.



Fonte: HAZEN, 2010.

Figura 7 - Exemplo: Paciente em reabilitação através da terapia horticultural no instituto de Reabilitação de Oregon: *Legacy Good Samaritan Medical Center Stenzel Healing Garden*



Fonte: HAZEN, 2010.

Recentemente, Bagnati e Fedrizzi (2017) fizeram referência aos Jardins de Cura no artigo sobre a percepção de dependentes químicos em fase de reabilitação sobre o pátio da instituição (espaços abertos), tema abordado como parte relevante para elaboração do projeto de tese da autora principal, arquiteta e urbanista e doutoranda do Programa de Pesquisa de Pós-Graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Através dos métodos de entrevista e estudo de caso, ela avaliou a vegetação existente no pátio de uma clínica de reabilitação específica no tratamento da dependência química, averiguando se ela contribui de alguma forma para a reabilitação dos pacientes. Ao aplicar seu método de pesquisa, baseado em Gunther (2008), identificou três meios para compreender o comportamento dos usuários de um espaço, através da experiência: observação do ser humano no ambiente; criando situações possíveis e observando o ser humano nessas situações e, por fim, questionando sobre o que aquele indivíduo pensa e faz.

Como resultado e após avaliar a relação existente entre os pacientes e o pátio aberto da instituição, ela sugere a inserção de um Jardim de Cura, visto que os pátios existentes, com pouca vegetação (não valorizada como agente de bem-estar), são subutilizados pela maior parte

dos usuários, pois neles não existem elementos que proporcionem lazer e solicitem a atenção dos pacientes e por isso, muitas vezes, são utilizados apenas como local de passagem e não como um instrumento terapêutico de suporte nos processos de reabilitação.

2.5.2 Espaços de laborterapia

Os espaços de acolhimento e tratamento da dependência química devem ser adequados à execução de atividades de laborterapia, que refere-se à realização de tarefas relacionadas à subsistência dos residentes, como lavar roupas, limpar quartos, trabalhos com jardinagem terapêutica, arte, horticultura (permitindo conhecimentos gerais sobre alimentação e escolha dos alimentos, incentivo ao cultivo e consumo de produtos orgânicos), cozinhar, cuidar de animais, além de serviços manuais, como construção de alguns espaços para realização de atividades no local onde estão internados, contribuindo com a manutenção de espaços externos e internos, instalações físicas do lugar e a interação dos usuários. É importante que todas essas atividades tenham um local específico e bem planejado para sua elaboração, para que sejam executadas da melhor forma, conferindo produtividade, além de auxiliar no tratamento dos dependentes (SILVEIRA, 2012).

O intuito da laborterapia é promover a disciplina, organização, responsabilidade, como também é importante para reconstrução da cidadania e autonomia do sujeito (SANTOS, 2008; SOUZA *et al.*, 2016), induzindo ao reconhecimento, valorização e a segurança em si mesmo, aspectos estes prejudicados ou até perdidos com a dependência química.

Nas atividades que exigem esforço físico, por exemplo, a resistência e saúde física do interno são analisadas, para que seja resgatada, gerando nele o estímulo de autossustentabilidade. Muitas comunidades e centros de recuperação para dependentes, inclusive os espaços situados no município de Arapiraca-AL, consideram indispensável o emprego dessa terapia para auxiliar na recuperação dos usuários, devido a essa série de estímulos que ela traz para o trabalho comunitário. Isto afirmo, com base em entrevistas e vivências nestes locais entre os anos de dois mil e dezesseis e dois mil e dezessete, como objeto de estudo para o Trabalho de Conclusão de Curso em Arquitetura e Urbanismo.

2.5.3 Espaços de musicoterapia

Segundo Mariana Silveira (2012), musicoterapia é uma terapia artística, que utiliza a música no processo de estabelecer uma ponte para o contato social das pessoas, de forma não verbal, facilitando na comunicação, no relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão,

organização, autodescoberta, autoconhecimento, dentre outros. A finalidade dessa terapia é atender às necessidades físicas e mentais dos indivíduos para alcançar a reabilitação.

Ainda de acordo com a autora, atividades como cantar, tocar instrumentos, ter aulas de música, ouvir músicas, entre outras, individualmente ou em grupo, instigam a criatividade e a autoconfiança de pacientes, ajudando na melhoria da qualidade de vida e na conquista de seus potenciais.

Cada instrumento pode exercer um papel fundamental no comportamento das pessoas. Os instrumentos de sopro, como as flautas, estimulam a mente, o pensamento e interage com o sistema respiratório. Ajudando na recuperação de internos que tem dificuldade para respirar, como fumantes. Já os instrumentos de corda, como o violão, violino, guitarra, influenciam no ritmo dos indivíduos, tendo relação com o pulsar do coração e a atividade respiratória rítmica do corpo. E os instrumentos de percussão, como tambores, baterias, entusiasmam o movimento e os sentimentos de querer e agir no meio social (SILVEIRA, 2012).

É importante que existam ambientes voltados para atividades de musicoterapia, em espaços destinados a recuperação e reabilitação, pois como já foi dito, a música traz elementos terapêuticos para uma melhor socialização do indivíduo, permitindo uma nova forma de expressão artística e humana consigo e com a comunidade.

2.5.4 Espaços de terapia assistida por animais

Também de acordo com Silveira (2012), a Terapia Assistida por Animais (TAA), com recursos suficientes para ser direcionada a um espaço de recuperação e reabilitação, é uma atividade terapêutica, que pode gerar sentimento de afeto nos indivíduos que irão interagir com os animais, alimentando-os, cuidando deles, fator fundamental no auxílio para a recuperação física e psicológica de pessoas de diferentes idades.

Esse método pode ser aplicado para o desenvolvimento psicomotor e sensorial, ou seja, no tratamento de distúrbios físicos, mentais e emocionais, em programas para melhorar a capacidade de socialização ou na recuperação da autoestima. O quadro abaixo descreve os benefícios da terapia assistida por animais:

Quadro 1 - Benefícios da Terapia Assistida por Animais.

Físico	Mental	Social	Emocional
Bem-estar	Reduz a ansiedade.	Recreação, diversão e alívio do tédio gerado pelo cotidiano.	Aumento da confiança e autoestima.
Melhora o Equilíbrio	Aumenta a autoestima.	Sentimento de Segurança, Socialização e motivação.	Reconhecimento de valor; troca de afeto.
Aumenta a mobilidade	Desenvolve a postura.	Oportunidades de comunicação e sentido de convivência	Espontaneidade das emoções, redução da solidão, diminuição da ansiedade, relaxamento.
Regula a pressão arterial	Reduz a solidão.	Redução da sensação de isolamento.	Favorece o bom humor.
Redução do estado de dor	Reduz o estresse	Possibilidade de troca de informações e ser ouvido	Sentimento de estar sendo útil
Dá um novo ânimo para as funções da fala e físicas	Aumenta habilidades de atenção	Redução da sensação de isolamento	Diminuição de tensões psicológicas

Fonte: SILVEIRA, 2012.

Em 2011, ocorreu um exemplo de TAA que deu certo, aconteceu na cidade de Cruzeiro, interior do estado de São Paulo, através de um projeto chamado **Reintegração**, da ONG (TAC – Terapia Assistida por Animais), juntamente com a Comunidade Terapêutica Casa Ágape. Esse projeto permitiu que animais abandonados fossem para essa Comunidade Terapêutica para serem adestrados pelos internos, juntamente com outros profissionais da área da saúde (MEDRADO, 2011).

Isso permitiu aos internos trabalhar habilidades sociais, como paciência, perseverança, empatia e comunicação efetiva. “A interação com os cães (Figura 8) contribui para liberação de hormônios que aliviam dores e aumentam a motivação dos internos. Isso contribui para a melhora da relação entre terapeuta e paciente e transforma o tratamento em atividades espontâneas e naturais”, disse Vinícius Ribeiro, fisioterapeuta e um dos responsáveis pelo projeto. Depois desse processo, os cães podem ser adotados e os dependentes tornam-se capazes de adestrar cães e possíveis atuantes em áreas destinadas ao cuidado de animais (MEDRADO, 2011).

Figura 8 - Dependente químico voluntário do projeto Reintegração, brincando com um dos cães da Comunidade Terapêutica Casa Ágape em Cruzeiro-SP.



Fonte: MEDRADO, 2011.

Outra atividade terapêutica muito importante que atua trazendo benefícios para a saúde e o bem-estar de pacientes são as atividades esportivas. Estas têm a capacidade reabilitar o indivíduo, melhorando sua circulação cerebral, minimizando o estresse, auxiliando na abstinência às drogas e recuperação da autoestima (SANTOS, 2008).

A prática dessas atividades também propicia lazer, bem-estar físico e mental, contribuindo com a desintoxicação orgânica dos pacientes. Segundo Santos (2008), um exemplo de atividade desportiva terapêutica é a prática do *Fartlek*, esporte que combina caminhada com breves percursos de corrida, causando uma melhora na capacidade respiratória e pulmonar. Além desse, existe o futebol, com a instrução de um educador físico, que através do estímulo de comportamento em grupo, como objetivo central, também desenvolve a resistência orgânica atual do indivíduo (SANTOS, 2008).

2.5.5 Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva, Conde-PB

O projeto para o Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva, localizado na BR 101, cidade de Conde, Paraíba, foi idealizado pelos arquitetos paraibanos Antônio Cláudio Massa e Kleimer Martins, para ser implantado numa área agrícola, como representado no croqui (Figura 9), para um total construído de 1.465m². O projeto teve início em 2006 e considera os princípios de uma missão evangélica que atua na recuperação de dependentes químicos, cujo tema é *Liberdade com Responsabilidade* (MASSA; MARTINS, 2009).

Figura 9 - Perspectiva Geral da Edificação. Desenho à mão livre por Antônio Cláudio Massa.



Fonte: MASSA; MARTINS, 2009.

Este Centro de Recuperação foi projetado para utilizar tecnologias sustentáveis, contendo vãos centrais abertos, para gerar espaços bem ventilados. A adoção de elementos e materiais da arquitetura nordestina, como a madeira das cobertas, confere identidade arquitetural ao conjunto.

Através da análise da planta baixa, identificou-se a setorização do projeto (Figuras 10 e 11). Com isso, do sul para o norte, tem-se a área administrativa na entrada do prédio, assim como o auditório, os alojamentos nos cantos direitos e esquerdos e pátios, áreas de lazer e jardins na parte central da edificação. E na Ala norte da edificação está o bloco com os setores de oficinas e apoio logístico, assim como alguns alojamentos destinados aos internos em fase de triagem.

Figura 10 – Planta Baixa da Edificação do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva.



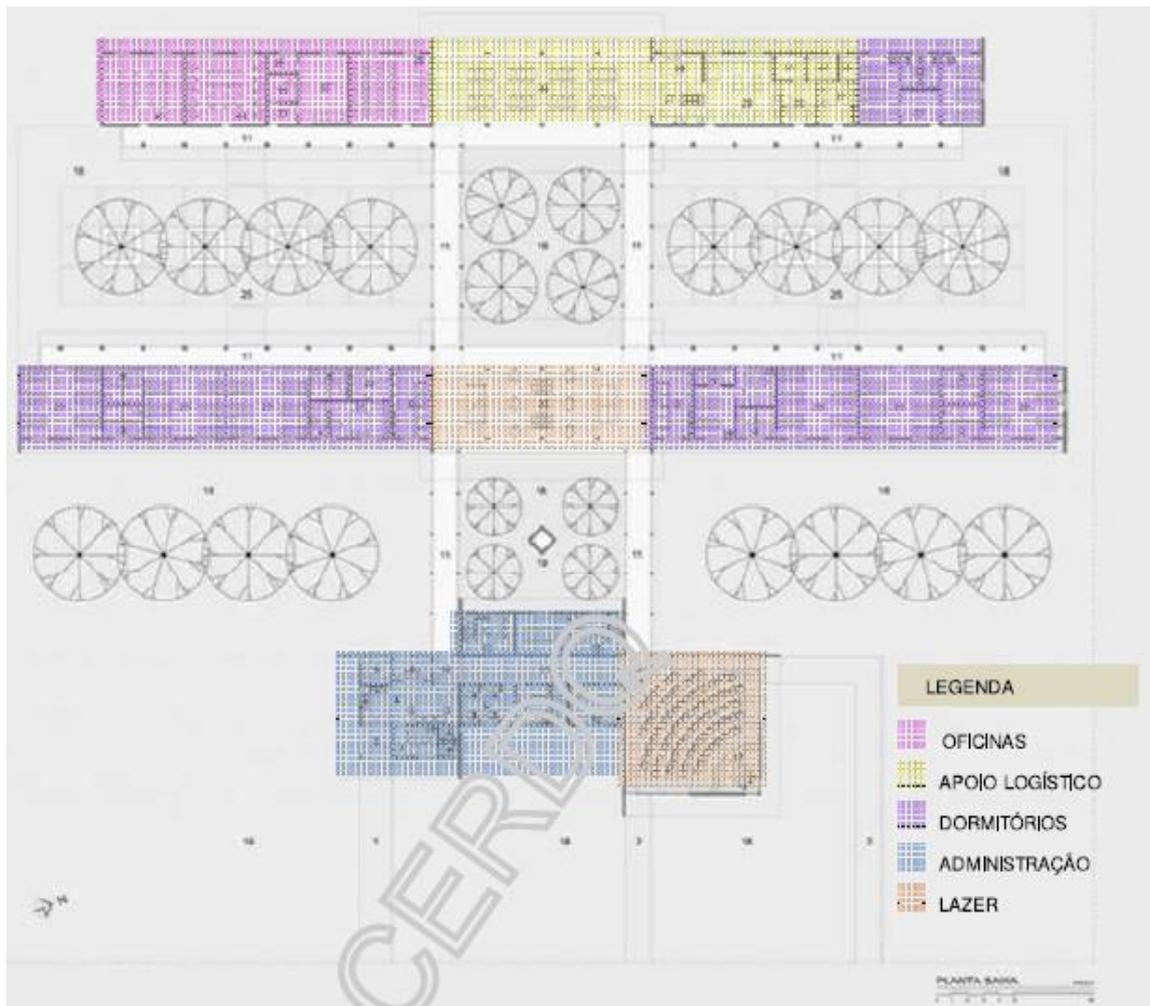
Fonte: SILVEIRA, 2012.

Quadro 2 - Programa de Necessidades do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva.

LEGENDA DA IMPLANTAÇÃO									
1	Acesso principal	11	Circulação	21	Suíte	31	Câmara frigorífica	41	Oficina de Marcenaria
2	Acesso auditório	12	Sala de monitores	22	Sala de estar	32	Despensa		
3	Hall de entrada	13	Diretoria	23	Dormitório	33	Lavanderia		
4	Sala de espera	14	Sala de reuniões	24	Enfermaria	34	Dormitório de funcionários		
5	Arquivo	15	Coordenação	25	Praça	35	Depósito		
6	Recepção	16	Hall	26	Refeitório e café	36	Sala de aula		
7	Consultório	17	Auditório	27	Cozinha	37	Sala de música		
8	Banheiro	18	Jardim	28	Lavagem	38	Sala de som		
9	Tesouraria	19	Caixa d'água	29	Panificação	39	Ante câmara		
10	Secretaria	20	Jogos e vivência	30	Recepção	40	Oficina de artes		

Fonte: MASSA; MARTINS, 2009.

Figura 11 - Setorização do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva



Fonte: SILVEIRA, 2012.

Através dessa setorização, pôde-se perceber a separação dos fluxos em grandes eixos de circulação que destinam os usuários a áreas livres (na cor cinza), proporcionando circulações abertas e integradas com a natureza (Figura 11).

O desnível foi percebido no projeto através dos cortes e fachadas, em que os arquitetos aproveitaram esse recurso para criar passarelas e rampas de circulação, adequando o projeto a topografia local, sem interferir rudemente no terreno, como também garantindo a acessibilidade à pessoa com deficiência (Figuras 12 e 13).

Figura 12 - Corte AA e Corte BB do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva



Fonte: MASSA; MARTINS, 2009.

Figura 13 - Fachada Nordeste e Sudeste do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva



Fonte: MASSA; MARTINS, 2009.

2.5.6 CREDEQ - Centro de Referência e Excelência em Dependência Química, Aparecida de Goiânia-GO

Conforme o site da unidade CREDEQ² (Centro de Referência e Excelência em Dependência Química), de Aparecida de Goiânia – GO, o Centro foi projetado, como espaço terapêutico responsável pelo serviço de atenção a usuários seriamente afetados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas. A atuação da unidade acontece por meio de um tratamento especializado e de atenção psicossocial ao dependente e a suas famílias, especificamente aos casos mais graves e de maior complexidade. Além disso, proporciona qualificação para profissionais de saúde sobre o assunto dependência química e tem o objetivo de atuar juntamente aos demais dispositivos de atendimento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas (CREDEQ, 2014).

O programa terapêutico diferenciado proposto pelo Centro de Referência considera intervenções em nível ambulatorial, internação em leitos de saúde mental (desintoxicação e tratamento da abstinência física) e leitos de acolhimento em modelo residencial (reabilitação psicossocial). As atividades terapêuticas realizadas pelo centro são baseadas numa abordagem multiprofissional e multidisciplinar com a participação de médicos (psiquiatras, pediatras e clínicos gerais), enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educador físico, pedagogo, nutricionista, farmacêutico, bibliotecário e músico terapeuta (CREDEQ, 2014).

A obra para construção do Centro (CREDEQ) foi iniciada em janeiro de 2013 e ele foi inaugurado em 2014. Por causa da demanda crescente do estado de Goiás, por espaços destinados ao tratamento, o Centro de Reabilitação tentará suprir as necessidades do estado, ao atender pessoas de todas as classes sociais a expensas do governo. Também há projetos para o Centro ser implantado na cidade de Morrinhos, Caldas Novas – obras já iniciadas - Quirinópolis e Goianésia (ARAÚJO, 2015).

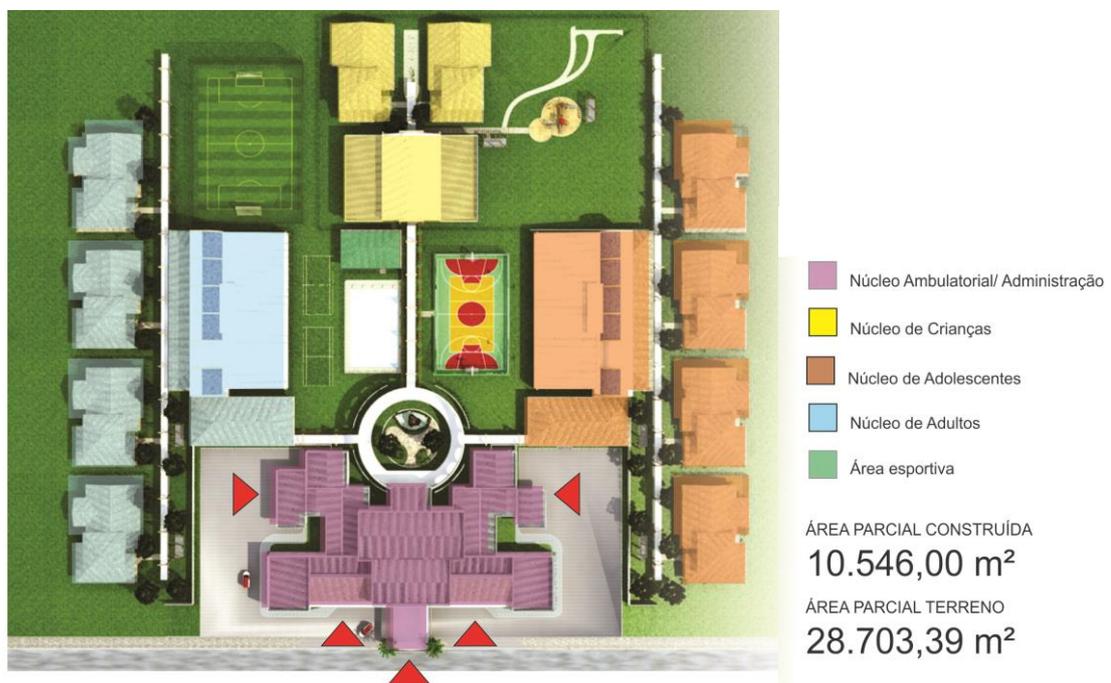
De acordo com a Arquiteta e Urbanista Gabrielly Dias Araújo (2015), que visitou o CEDREQ Aparecida de Goiânia, no dia 19 de novembro de 2014, juntamente com o arquiteto Luiz Roberto Botosso Junior – responsável esse pelos projetos dos CREDEQ's do Estado de Goiás – a estrutura do Centro é dividida em três núcleos de atendimento e separada entre as faixas etárias: infantil, adolescente e adulto (Figura 14 e 15). Há também um centro de atenção psicossocial, casa de desintoxicação, reanimação, entre outros. O espaço contempla uma

² Disponível em: <http://credeq-go.org.br/>. Acesso em 15 de março de 2018.

extensa área verde destinada a práticas esportivas (Figura 16), praças de convivência (Figura 17) e centros de lazer e recreação (Figura 19), assim como uma casa de acolhimento transitório com cultivo de hortas, biblioteca e outras atividades ocupacionais.

Segundo a arquiteta, o objetivo do CREDEQ, assim como um dos objetivos apresentados nesta dissertação, é fazer com que os internos sintam que não estão em um ambiente de tratamento intensivo ou presos a um procedimento radical e desgastante, mas que se identifiquem em um ambiente receptivo e familiar, com sentido de casa ou abrigo.

Figura 14 – Planta baixa de Setorização e Acessos do CREDEQ e Legenda



Fonte: ARAÚJO, 2015.

Figura 15 - Implantação do CREDEQ



Fonte: AGETOP, 2013.

Figura 16 - Área Esportiva com piscina, do CREDEQ



Fonte: CREDEQ, 2014.

Figura 17 - Pátio Interno do CREDEQ



Fonte: CREDEQ, 2014.

Figura 18 - Fachada Frontal do CREDEQ



Fonte: CREDEQ, 2014.

Figura 19 - Espaço para lazer de crianças do CREDEQ



Fonte: CREDEQ, 2014.

2.5.7 Hospitais Rede Sarah Kubitschek

Existem unidades dos hospitais Rede Sarah em Brasília, Maranhão, Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza, Macapá, Belém e Rio de Janeiro. Eles foram projetados pelo arquiteto e urbanista João Filgueiras Lima (Lelé) e caracterizam-se por seguir um modelo de hospital contemporâneo, com flexibilidade (estrutural), o que prepara a estrutura para futuras adaptações, reformas e alterações de layout, são humanizados, ou seja, emprega elementos arquitetônicos que possibilitam o conforto ambiental dos pacientes, através de cores, formas, ambientação, iluminação, além de alta tecnologia. E o conforto é garantido, pois são analisados condicionantes de orientação do edifício com relação ao sol, ventos predominantes, massa de vegetação, dimensionamento de janelas e portas, etc.

Os hospitais também apresentam aberturas planejadas para a incidência de luz solar, brises-soleils, *shed*, que controlam a ventilação e iluminação naturais por meio da ventilação cruzada e ventos dominantes, o que é importante para a renovação ambiental constante num ambiente que sugere a cura dos usuários (Figura 20).

Figura 20 - Hospital Sarah Kubitschek, Fortaleza, 2001. Interior do Edifício com integração de jardim interno e espelho d'água na área de fisioterapia e recreação



Fonte: SARAH, 2013.

Na Figura 20, o Hospital Sarah em Fortaleza demonstra ambientes passíveis de serem ventilados e iluminados naturalmente, através dos detalhes da cobertura. Humanizados e em total integração com a natureza (jardins internos) e garantia de aproveitamento da iluminação externa, com o emprego de panos de vidro.

O Hospital de Rede Sarah de Salvador, inaugurado em 1994, é um hospital de reabilitação, atuante nas áreas de Reabilitação Neurológica, Reabilitação Ortopédica, Infantil e Neuroreabilitação em Lesão Medular. Foi construído com espaços generosos, coloridos, integrados a amplos jardins, iluminados e ventilados naturalmente (CAU/BR, 2016). As Figuras abaixo (Figura 21 - 23) demonstram como os detalhes (*Sheds*, elementos vazados, painéis divisórios, entre outros), do projeto são essenciais e fazem a diferença no todo, influenciando o bem-estar das pessoas em todos os limites dos ambientes.

Figura 21 - Hospital Sarah Kubitschek, Salvador. Destaque para *Sheds*, para iluminação e ventilação naturais



Fonte: CAU/BR, 2017. Imagem editada pela autora desta dissertação, 2018.

Figura 22 - Hospital Sarah Kubitschek, Salvador. Detalhe das divisórias internas, painéis metálicos em amarelo e azul, permitindo dinâmica ao ambiente



Fonte: FRACALOSSO, 2012.

Figura 23 - Hospital Sarah Kubitschek, Salvador. Refeitório do lugar, com panos de vidro que permitem o contato com a natureza. Divisórias coloridas. Sheds que permitem a iluminação e Ventilação Naturais



Fonte: FRACALOSSO, 2012.

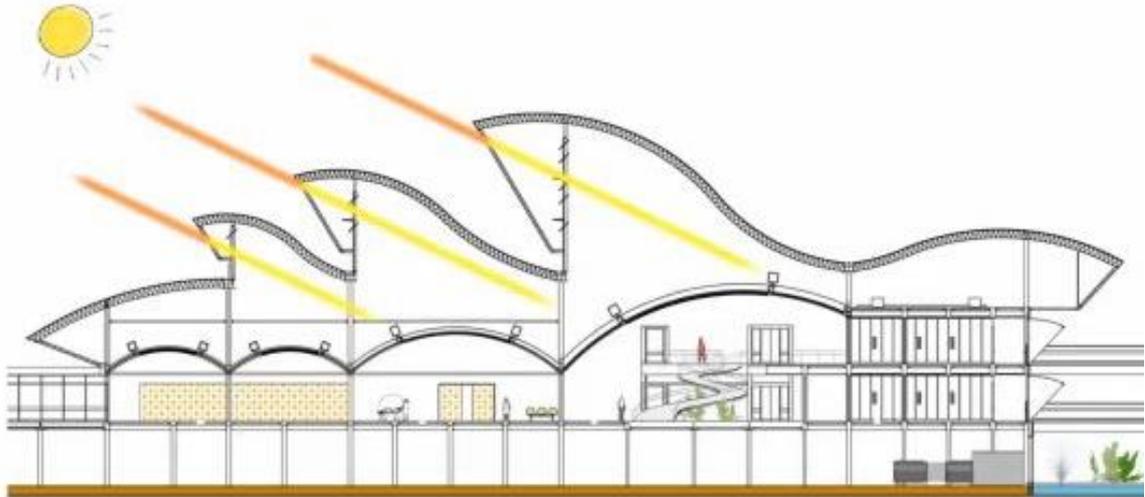
No Hospital Sarah do Rio de Janeiro, o arquiteto optou pela implantação horizontalizada, como já havia feito nas unidades da Rede Sarah em Brasília, Salvador e São Luís. Dessa maneira, os ambientes internos puderam conectar-se a terraços ajardinados, onde os pacientes têm a possibilidade de tomar banho de sol. Além disso, o aproveitamento da ventilação natural foi promovido por meio de elementos vazados (Figura 24), na parte limítrofe com a área externa da edificação e *sheds* (Figura 25) (MOURA, 2002).

Figura 24 - Hospital Sarah Kubitschek, Rio de Janeiro. Detalhe dos elementos vazados.



Fonte: MOURA, 2002.

Figura 25 - Detalhe da cobertura com *Sheds*. Esquema de entrada da iluminação natural.



Fonte: SEREJO, 2010.

Neste capítulo foi explorado o campo da dependência química (sobre a doença, formas de tratamento e técnicas de saúde, que influenciam a reabilitação) e sua interface com os espaços de tratamento para o público alvo da pesquisa. A partir disso, foram reunidas especificidades dos usuários, de acordo com seus comportamentos mais comuns, sua doença e necessidades, assim como dos espaços de tratamento, não somente os destinados à dependência química, mas também as instituições de reabilitação e reintegração semelhantes, importantes referências para o pesquisador, diante da análise espacial do objeto de estudo. Foram observadas as características arquitetônicas mais importantes dessas instituições, a serem consideradas com relação ao planejamento desses espaços, as quais servirão de base para a construção dos resultados e recomendações desta dissertação.

3 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

3.1 Evolução dos espaços de saúde mental e reforma psiquiátrica brasileira

Para entender como surgiram os CAPSad no Brasil e o contexto em que se encontram é importante apreender como ocorreu o processo de transformação e substituição de modelos psiquiátricos para esse modelo de assistência, desinstitucionalizado. Ou seja, como houve a transferência para um espaço onde o sujeito da experiência da loucura, com transtorno mental, assim como dependentes químicos, antes excluídos do mundo da cidadania, sem voz e internados em hospitais psiquiátricos, voltam ao estado de sujeito e não objeto de saber, ciência e práticas médicas (AMARANTE, 2009), esclarecendo, dessa forma, como se deu o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Segundo Santos e Cardoso (2018) em 1922 na II Conferência Nacional de Saúde Mental, foi afirmado que todas as instituições com características manicomializadas deveriam ser desinstitucionalizadas, isto é, o espaço de tratamento deveria se transformar num local de atenção psicossocial, aberto (contra o isolamento e enclausuramento dos indivíduos) e de base comunitária. “Nesse momento, foi aprovada a criação de uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, em substituição ao Hospital Psiquiátrico” (SANTOS; CARDOSO, 2018).

Para contextualizar o surgimento dos CAPSad, é importante saber que, ao longo da história, os espaços designados aos sujeitos em sofrimento mental passaram por muitas transformações, reflexo da época em que existiam. Por isso, é essencial uma explanação sobre a evolução dessas instituições com o passar do tempo, até chegar a instituição dos Centros de Atenção Psicossocial.

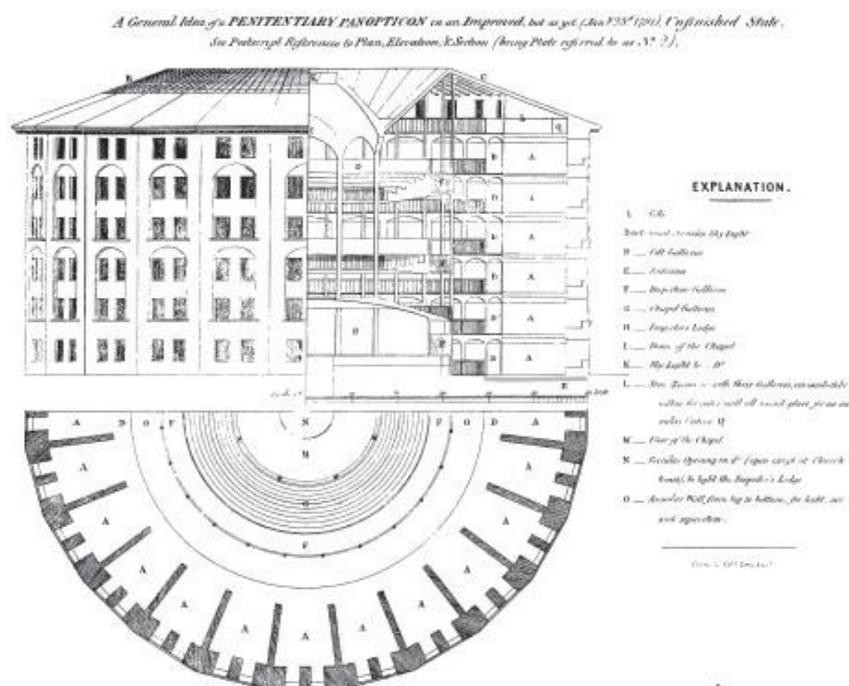
Antes do surgimento dos CAPSad, os dependentes químicos eram internados em hospitais psiquiátricos, hospícios, manicômios ou instituições asilares, juntamente com portadores de diversos transtornos mentais, indivíduos excluídos da sociedade, sujeitos a práticas violentas dentro das instituições, sem serem consideradas as especificidades da doença que tinham (MARTORELLI, 2016).

De acordo com Silva e Carvalho (2012) e Martorelli (2016), antes do surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial, a loucura já era institucionalizada nos chamados asilos (1880-1955), que abrigavam não apenas pessoas consideradas loucas, mas também qualquer classe excluída. Estes espaços foram os primeiros a destinar-se à saúde mental, sendo construídos em conjuntos secundários junto a edifícios arquitetônicos das ordens religiosas, com o intuito de

isolar esses indivíduos da sociedade, sem nenhuma finalidade terapêutica, mas vinculados a práticas filantrópicas. Philippe Pinel, médico conhecido como o pai da psiquiatria, reiterava essa situação quando afirmava que os “loucos, embora liberados das correntes, devem ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo isolamento” (AMARANTE, 2007). Os sujeitos ficavam à margem da sociedade quando eram internados em massa nesses modelos de instituição, práticas que visavam, por exemplo, o controle e a segurança das ruas. Essa reflexão, remete ao mecanismo de purificação do espaço urbano, baseado na medicina urbana do século XVIII (FOUCAULT, 1979, p. 52 *apud* MARTORELLI, 2016). A inquietação que fica, a partir desse estudo, é a de saber que essa visão pineliana de isolamento do mundo exterior, até hoje pode não estar completamente superada na prática psiquiátrica contemporânea.

É importante frisar que no século XVIII, período do Iluminismo ou das Luzes, predominava o modelo arquitetônico advindo do pensamento do Panóptico de Bentham (Figura 26), a configuração do espaço como uma prisão circular, comum nos presídios da época, mas também reproduzida em outros espaços onde era relevante a observação das pessoas, o vigiar e punir, como em asilos psiquiátricos, fábricas, oficinas, escolas, asilos para pobres, hospitais e casas de correção (FREIRE, 2009, p.38 *apud* MARTORELLI, 2016).

Figura 26 – Planta Baixa, vista da fachada e corte do Panóptico de Bentham



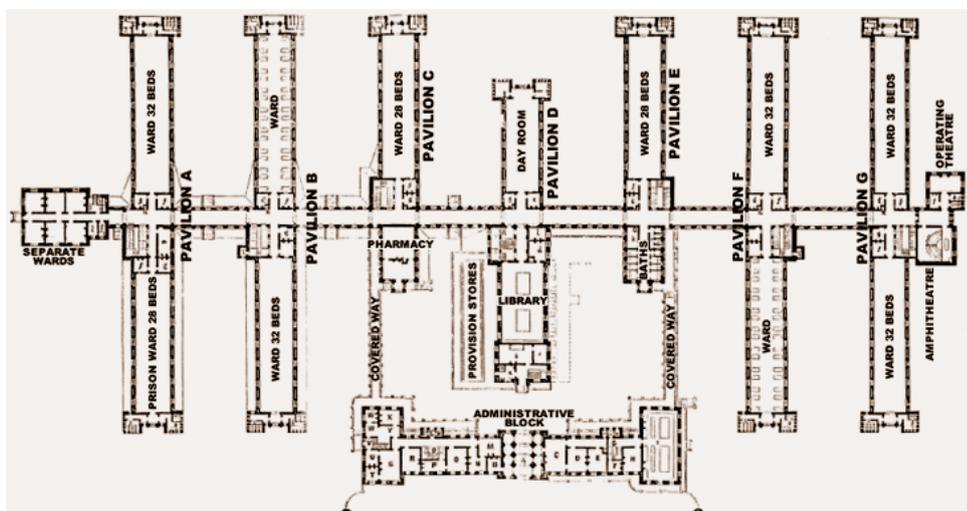
Fonte: CARVALHO e FABIARZ, 2014.

O conceito de hospício surgiu apenas no século XVII, na Europa. Segundo Carvalho e Silva (2012):

Assim como os asilos, os hospícios eram edificações com longos corredores de poucas janelas muito elevadas em relação ao piso; os quartos ou enfermarias eram pequenos espaços em que o leito era o próprio piso e os doentes permaneciam trancados; tudo era muito tosco, maciço e resistente. A única evolução que o hospício trouxe com relação ao asilo foi a separação dos loucos de outros doentes marginalizados, além da melhora nas condições sanitárias (ventilação, luminosidade e umidade), apesar de ainda permanecerem muito precárias (CARVALHO; SILVA, 2012, p. 22).

No século das Luzes ou XVIII, a Arquitetura Hospitalar tornou-se um marco. Isso porque o conceito de unidade de tratamento apareceu, juntamente com as tipologias hospitalares contemporâneas e o hospício ou manicômio, como instrumentos terapêuticos. No final desse período, o hospício passa a ser um local para tratamento de pessoas com transtorno mental, com o objetivo de extinguir a doença e controlar os loucos. Mas também, visando o esquecimento do que antes era considerado um hospital - lugar enclausurado e de isolamento - verifica-se a necessidade de atrelar a recuperação dos doentes, com a qualidade ambiental. Por isso, a arquitetura dos manicômios e hospitais da época passaram a abrigar uma tipologia pavilhonar (Figura 27), configurado por pavilhões térreos, com extensas circulações e espaços livres ou jardins entre eles. Assim, cada pavilhão era destinado a um tipo de doente, visto a grande contaminação hospitalar da época e a dificuldade de controle dos pacientes (CARVALHO; SILVA, 2012; MARTORELLI, 2016; BERTOLETTI, 2011).

Figura 27 – Planta baixa de Hospital com tipologia pavilhonar: *The Royal Herbert Hospital*, cidade de Woolwich 1866



Fonte: ROYAL HERBERT, 2008.

O hospital *Royal Herbert*³, situado na cidade de Woolwich, Inglaterra, de tipologia pavilhonar (Figura 27), tornou-se um modelo para dezenas de hospitais, civis e militares de 1866 em diante. A enfermeira responsável por reformas no sistema hospitalar dessa época, Florence Nightingale, através de experiências durante a guerra da Crimeia (1854-1853), quando estabeleceu a construção de um hospital higiênico junto a outras enfermeiras, explicou que o design revolucionário do pavilhão de cada ala deste hospital de estrutura térrea era conectado a um corredor central para elevar ao máximo a ventilação e iluminação naturais durante o dia, assim, cada ala tinha uma grande janela, com vista para espaços ajardinados em parque, com intuito terapêutico e salubridade do local.

Já no final do século XIX, houve uma crise no sistema psiquiátrico, visto a superlotação dos hospícios, condições precárias de atendimento e, por isso, começaram a acontecer movimentos que lutavam pelo fim da segregação, violência e isolamento previsto no modelo manicomial (CARVALHO; SILVA, 2012; MARTORELLI, 2016).

Com isso, no período posterior a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), houve um desdobramento para a Reforma Psiquiátrica, movimento que começou na Europa, como consequência dessa crise e da comparação das instituições asilares e manicômios aos campos de concentração nazistas, principalmente por causa da violência praticada contra os sujeitos dentro desses espaços (MARTORELLI, 2016; BERTOLETTI, 2011). Viu-se, dessa forma, a urgência para a desinstitucionalização.

Porém, apenas no século XX, em 1960, por meio das experiências italianas e do psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980), houve uma desconstrução sobre o pensamento sobre loucura e sofrimento humano e segregação das pessoas através da instituição. Esse foi o ponta pé inicial para a substituição dos manicômios por outros serviços de referência à saúde mental. E com essas influências, na mesma década, no Brasil, acontecem manifestações generalizadas contra a massificação pertencente ao modelo manicomial, iniciando, assim, os primeiros movimentos para uma Reforma Psiquiátrica Brasileira (CARVALHO; SILVA, 2012; BERTOLETTI, 2011; MARTORELLI, 2016).

Foi por esses motivos que muitos profissionais começaram a repensar suas atividades terapêuticas, conduzindo a um objetivo de elaborar propostas para a melhoria das instituições voltadas à saúde mental. E esse era o intuito da Reforma, ou seja, transformar o pensamento da sociedade sobre a loucura, questionando não apenas as instituições e práticas psiquiátricas vigentes, mas também os conceitos e saberes que dão fundamentos e corroboram com tais

³ Histórico do hospital Royal Herberts disponível em: <<http://www.royalherbert.co.uk/history.php>> Acesso em: 07 ago. 2018.

práticas. Esse percurso de reforma acontece desde as bases da psiquiatria e do manicômio, até os novos projetos para construção de um novo lugar social para pessoas com sofrimento mental (AMARANTE, 2013), que é o caso dos CAPS, por exemplo.

Segundo Cardoso *et al.* (2014), a Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como um conjunto de iniciativas políticas, sociais e culturais, administrativas e jurídicas que busca transformar não somente a instituição psiquiátrica e o saber centrado no profissional médico psiquiatra, como também as práticas sociais, abrangendo todos os campos da sociedade, tanto o assistencial (em que são criados no país, novos serviços com propostas de tratamento terapêutico, impactando os modelos tradicionais, pois levam em consideração a singularidade de cada pessoa envolvida), como o conceitual, cultural e político (através dos movimentos sociais, como exemplo as associações de pais e familiares e de usuários, além dos eventos para sensibilização de todos para a forma como vem sendo tratados os pacientes em muitos hospitais psiquiátricos).

Dessa forma, o conceito de doença - antes vista como principal ocupação dos médicos e, dessa forma, o sujeito era colocado à margem, junto às suas subjetividades, necessidades - passa a ser discutido e é desconstruído - juntamente com muitos outros conceitos produzidos pela psiquiatria. Por isso, transformam-se as relações entre as pessoas envolvidas; transformam-se os serviços, os dispositivos, os espaços, de acordo com Amarante (2009). Para Basaglia, por exemplo, a melhor ocupação do médico deveria ser com o sujeito em sua experiência (através de suas relações grupais, terapias comunitárias, grupos) não limitando-se a doença (AMARANTE, 2009).

A partir dessa desconstrução do conceito da doença, mais especificamente da loucura, nasce um novo olhar para a instituição, através de um cuidado maior centrado no indivíduo internado e suas necessidades. Então, as alternativas para superação da estrutura física do manicômio ou hospício são impulsionadas quando acontece a criação dos modelos substitutivos ao modelo manicomial, os quais tomam o espaço das instituições psiquiátricas clássicas, demarcando, de certa maneira, o começo para a inserção desses espaços no âmbito social (MARTORELLI, 2016). Esse período define também o surgimento das comunidades terapêuticas (fim da década de 1950), que trouxeram abordagens coletivas para o espaço de tratamento, como também uma maior comunicação entre profissionais e pacientes, em oposição à instituição psiquiátrica de característica asilar, em que só o médico e outros profissionais têm voz (BERTOLETTI, 2011).

Surge, então, o primeiro movimento Brasileiro responsável pela mobilização em torno dessa causa – o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) - por volta da década de 1970, no contexto da ditadura militar no Brasil. Esse foi um dos principais que estimularam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, através do qual buscava-se condições dignas de trabalho e a melhoria no atendimento na área de saúde mental, realizava-se denúncia contra os maus tratos a pacientes, descaso das instalações físicas dos espaços existentes, entre outras questões. Esse movimento torna-se palco para um discurso humanitário e reivindicações não somente trabalhistas, mas também de familiares, usuários, profissionais e outros interessados no combate ao descaso que vinha ocorrendo no setor psiquiátrico, o que contribuiu, conforme Santos e Cardoso (2018), nas revelações contra a “indústria da loucura” e hierarquização dos serviços (MARTORELLI, 2016; BERTOLETTI, 2011; CARVALHO; SILVA, 2012). A partir desse movimento, outros começaram a surgir, como foi o caso do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) (SANTOS; CARDOSO, 2018).

Esses eventos, juntamente com várias conferências Nacionais ocorridas na década de 1980, foram responsáveis pelo fim da trajetória asilar, os quais uniram forças para transformar o sistema de saúde mental em um serviço desinstitucionalizado (SANTOS; CARDOSO, 2018). E estas forças unidas, acarretaram a criação de uma política legislada pelo Ministério da Saúde (MS), responsável por assegurar o direito e proteção de portadores de transtornos mentais, assim como a atuação do MS na fiscalização dos serviços de assistência à saúde mental com relação à violência e estrutura física dos espaços (CARVALHO; SILVA, 2011). Essa Lei é a nº 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual redireciona o modelo assistencial de saúde mental para serviços substitutivos ao antigo modelo psiquiátrico asilar (BRASIL, 2001) – caso dos CAPS.

Através da Portaria nº 52 de 2004 (BRASIL, 2004) do Ministério, que instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, houve a orientação para uma diminuição progressiva das instituições psiquiátricas, com uma desativação gradual do número de leitos dos hospitais, redirecionando os recursos para os serviços extra-hospitalares de atenção à saúde mental (CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios, e outros espaços).

Dessa maneira, foi criado em 1987 em São Paulo, o primeiro CAPS do Brasil, Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS). Esse espaço tinha o papel de evitar internações, acolhendo pessoas que estavam saindo dos hospitais psiquiátricos, para, de certa forma, complementar o tratamento, oferecer assistência e reintegração psicossocial, ou

seja, atender os pacientes com o objetivo inverso ao do hospital, ao abolir as práticas de segregação social. Outros espaços surgiram, até que, em 2002, surgiram os CAPSad, voltados especificamente para dependentes de álcool e outras drogas (SANTOS; CARDOSO, 2018; MARTORELLI, 2016).

Entretanto, os CAPS só vieram a ser legitimados em 1992, através da portaria nº 224 de 1992 (BRASIL, 1992), como serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) de nível local e regional para assistência mediadora entre o ambulatório e o hospital psiquiátrico. E os CAPSad só foram instituídos em 2002, a partir da portaria nº 336/GM (BRASIL, 2002a), quando as cinco modalidades de CAPS (I, II, III, i, ad) são especificadas. Esses são serviços extra-hospitalares de atendimento à saúde mental e que fazem parte de uma Rede que integra outros serviços: a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial – instituída pela portaria nº 3.088 de 2011 (BRASIL, 2011) de caráter aberto e comunitário destinados a pessoas com transtornos mentais e dependentes de álcool e outras drogas, além de abranger uma equipe multiprofissional indicada a atuar de maneira interdisciplinar. Essa Rede compreende não só estes centros, mas também serviços de atenção básica, ambulatórios, urgência e emergência (SAMU), atenção residencial e caráter transitório, centros de convivência, atenção hospitalar e reabilitação psicossocial.

Então, conforme a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, os CAPS estão diferenciados de acordo com o tamanho do espaço, abrangência populacional e atendimento e funcionamento. São eles:

- CAPS I: atendem pessoas de todas as faixas etárias que apresentem sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. É indicado para municípios com mais de vinte mil habitantes;
- CAPS II: atendem pessoas que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, como também pessoas com necessidades decorrentes da utilização de substâncias psicoativas. É indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS III: atendem adultos, crianças e adolescentes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como o crack, álcool e outras drogas. Funciona vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana. É indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;
- CAPS AD: atendem adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de

crack, álcool e outras drogas. É um serviço de saúde mental aberto e de bases comunitárias, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

- CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;
- CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Percebe-se, através da especificação de cada espaço supracitado, que essa distribuição de equipamentos permite que haja uma maior possibilidade de atendimento individualizado a cada caso particular, isto é, do público com transtornos mentais graves ou que fazem uso de crack, álcool e outras drogas e dependentes químicos, considerando cada perfil (social, psicológico) e ajudando a um melhor direcionamento de ações políticas, como também na gestão desses serviços.

Diante disso, nota-se que a Reforma Psiquiátrica impulsionou um pensamento sobre a importância do respeito à dignidade e aos direitos humanos e civis das pessoas com transtornos mentais e outras doenças graves e persistentes, assim como à dependência química, garantindo a atenção integral em Saúde Mental. Outra questão essencial, segundo Cardoso *et al.* (2014), é a revisão continuada das responsabilidades do hospital psiquiátrico, valorizando os serviços comunitários. E, por fim, a promoção de práticas assistenciais interdisciplinares que proporcionem autonomia e inclusão a esse público na sociedade, princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

3.2 Instrumentos legais e políticas de saúde mental relacionadas ao CAPSad

Quando se trata da legislação em si, a Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001) foi um marco para a Política Nacional de Saúde Mental, pois foi a partir desta lei que o modelo assistencial de saúde mental foi redirecionado para uma proposta de tratamento humanizado. Essa lei deveria garantir ao indivíduo, diante de um serviço preferencialmente

comunitário, a aplicação de serviços que visem, em caráter exclusivo, beneficiar sua saúde, objetivando sua recuperação pela inserção na família, no trabalho, na comunidade e priorizando sua proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, entre outros direitos, como consta no parágrafo único do Art. 2º da referida lei.

A reorientação para um modelo assistencial aconteceu para espaços como o CAPS, o qual complementa as práticas médico-hospitalares existentes e propõe a reabilitação assistida por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais. Essa reabilitação deveria acontecer de forma a facilitar para os sujeitos seus afazeres cotidianos, focando em aspectos que viabilizem maior autonomia para vida em comunidade. Isso deve ser promovido dentro da instituição ao incluir a família no processo de tratamento, assim como através da existência de atividades que estimulem o trabalho, a recuperação física e mental, as relações sociais, prioritariamente realizadas em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe) (BRASIL, 2011).

Em 2002, o CAPSad foi concebido como um dos principais locais que prestam serviços para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O lugar indica critérios de base comunitária, de incentivo à convivência familiar e à reintegração social ao invés do isolamento do indivíduo, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses espaços se encontram, em geral, em estruturas adaptadas, separadas de outras unidades hospitalares ou de assistência à saúde) (MARTORELLI, 2016). Não são, quando adaptados, adequados para o melhor tratamento do dependente químico. É nesta condição que é notório o descaso do Estado para com esse grupo social, além da visível falta de aplicação e/ou observância das legislações e manuais. Entende-se que o olhar dado ao ambiente estudado, ainda reflete uma condição em que o poder estatal impõe sobre o cidadão uma condição objetiva, reificada, em que o trabalhador “coisificado”, quando não capaz de retornar às atividades laborais, interessantes ao capital, não deve ser digno de maior atenção e dispêndio por parte da máquina pública.

O Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, e conforme a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, também lançou a Portaria nº 52/GM em 20 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004). A Portaria institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS, considerando necessária a redução da quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos, e privilegiando, dessa forma, os serviços comunitários. Essa redução é o que poderia garantir a assistência extra-hospitalar de reintegração social, redirecionando os recursos destinados aos hospitais para a implantação e manutenção dos CAPS, como forma de consolidar os processos da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2004). Essa Política Nacional existe para

concretizar o modelo de assistencial em saúde, para que se torne aberto, de atenção integral e base comunitária.

Como já mencionado nesta dissertação, os CAPS funcionam estabelecendo propostas de inclusão na sociedade. As atividades desenvolvidas no espaço são de atendimento individual (prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação), em grupo (oficinas terapêuticas, de alfabetização, culturais, esportivas) para a família (visitas domiciliares, atividades de ensino e lazer), atividades comunitárias (desenvolvidas com associações de bairros e outras instituições, como festas comunitárias, caminhadas, palestras) e assembleias ou reuniões para organização do serviço (reunião de técnicos, usuários e familiares para avaliar e propor atividades, sugestões sobre a convivência) (FERREIRA *et al.*, 2016).

Somente através da Portaria nº 336/GM (BRASIL, 2002a) que as modalidades foram especificadas, ou seja, CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, como especificado no Quadro 3.

Quadro 3 - Diferença entre as modalidades de CAPS

CARACTERÍSTICAS			
Modalidades	Habitantes/ Município	Horário de funcionamento	Atendimentos diários e equipe técnica mínima
CAPS I	20.000 a 70.000	8:00 às 18:00h	Até 30 pacientes (todas as faixas etárias) e 9 profissionais
CAPS II	70.000 a 200.000	8:00 às 21:00h	Até 45 pacientes (a partir de 18 anos de idade) e 12 profissionais
CAPS III	Acima de 200.000	24 horas. Contém 5 leitos para atendimento noturno	Até 60 pacientes (a partir de 18 anos de idade) e 16 profissionais

Fonte: Elaborado pela autora desta dissertação com base na Portaria GM nº 336 de fevereiro de 2002. Adaptado de MARTORELLI, 2016, p. 63.

As três modalidades têm a mesma função para o atendimento público em saúde mental, independentes de qualquer estrutura hospitalar. O atendimento é destinado às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Porém, eles são diferentes quanto à estrutura física, quantidade de profissionais, e especificidade da demanda. Ainda segundo essa Portaria, o CAPS II compreende duas subdivisões com as mesmas características listadas no Quadro 3: o CAPSi II (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), para atendimento a crianças e adolescentes e o CAPSad II (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), para o atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. E ainda existe o CAPSad III de

mesma função deste último, com unidades para municípios com mais de 200mil habitantes (BRASIL, 2002a).

A portaria ainda determina sobre a estrutura física desses espaços, o tipo de atendimento, descreve as atividades, quantidade de profissionais, pacientes, assim como sobre a quantidade de leitos. Porém, não especifica como será possível a integração entre esses espaços, nem contém critérios que se caracterizem como aspectos necessários para ser identificado como um ambiente humanizado. Isso porque a portaria possui apenas aspectos técnicos e não engloba, em seus artigos, princípios ou recomendações arquitetônicas.

A Portaria SAS/MS nº 305/02 do Ministério da saúde (BRASIL, 2002b) traz recomendações e normas específicas para o funcionamento dos CAPSad em seu Anexo I. Com relação às instalações físicas, orientam o enquadramento aos critérios da Resolução nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002c), que dispõe sobre o planejamento, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Esta resolução traz, de forma generalista, algumas orientações quanto às decisões a serem tomadas nas diversas etapas de desenvolvimento do projeto de base assistencial, podendo servir como parâmetro para o dimensionamento de: circulações externas e internas, acessos, como também sobre condições ambientais, de conforto e de segurança contra incêndio.

Isso contribui para humanização, porém, diante da complexidade do tema, torna-se vago. Outros fatores importantes precisam compor as diretrizes desta Portaria, como por exemplo, a interação entre áreas de convivência com a presença de arborização, que podem permitir as trocas de experiência entre os indivíduos e ambientes que sejam compostos não apenas de aparelhamento técnico. Essas áreas devem expressar o que é referido por Lopes e Medeiros (2004)⁴, em que o “ambiental hospitalar do ponto de vista da sua contribuição à recuperação do paciente é *healing environment*”, que segundo elas é um termo que sugere o cuidado integral ao paciente e não apenas à cura específica de uma doença.

Dessa forma, aplicando o que se refere ao termo *healing* à arquitetura, os ambientes de saúde devem conceber componentes físicos, comportamentais, culturais, sociais, espirituais-religiosos, ambiências sociais e psicológicas. E o atendimento técnico de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais, tendo uma contribuição direta da arquitetura e outras áreas, compondo assim, uma real interdisciplinaridade.

⁴ Sob a ótica de Verderber e Fine (2000) e Miller e Swensson (1995) (Cf. LOPES; MEDEIROS, 2004, p. 6).

A Portaria nº 1.190/GM, de 4 de junho de 2009 (BRASIL, 2009) estabelece o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS. A instituição desse instrumento foi necessária, pois identificou-se no Brasil, a expansão do consumo de álcool e outras drogas, o que acompanha a vulnerabilidade dos envolvidos. O acesso aos CAPS é, evidentemente, garantido para uma pequena parcela da população acometida desta condição social, já que há limitação de atendimentos dia, e o número de centros nem sempre atenderá à demanda municipal e suas particularidades neste aspecto. Com esse aumento do consumo, houve uma necessidade ainda maior de intensificar e diversificar as ações orientadas para promoção da saúde e tratamento de dependentes químicos.

A proposta desse plano é a de ampliar o acesso e assegurar o direito ao tratamento de qualidade ao usuário de álcool e outras drogas, articulando com a sociedade civil, além de participação na comunidade e na definição das políticas de saúde, desenvolvimento social, educação, esporte, justiça, trabalho, direitos humanos, cultura, inclusão social, enfrentamento ao estigma que estes indivíduos sofrem, entre outras questões. Através desta Portaria, pode-se afirmar que a legislação estudada passou a ter um direcionamento mais visível, no sentido de não somente haver ações para o acompanhamento do sujeito no campo das ações clínicas, mas também nos campos que dizem respeito às necessidades individuais do ser humano, o que se espera é que a prática acompanhe a teoria.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (contém o CAPSad, para dependentes químicos), no âmbito do SUS, e, por isso, compreende a atenção básica em saúde, atenção em urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e reabilitação psicossocial (como iniciativas para o trabalho e geração de renda). Ademais, esta portaria define o CAPSad como um espaço que envolve a construção multidisciplinar, o indivíduo e sua família (MARTORELLI, 2016).

O CAPSad III funciona com um serviço de atendimento de urgência e emergência geral para dependentes químicos adultos, adolescentes e crianças, conjuntamente ou separadamente (BRASIL, 2012). Dentro da realidade de edificações adaptadas (na prática, são as que têm sido selecionadas pelo Estado), isto dificulta, quando da alocação conjunta, um atendimento individualizado e específico para cada faixa etária. Ou seja, ambientes planejados para o acompanhamento exclusivo de crianças e adolescentes, ou até mesmo, quando dentro do mesmo espaço dos adultos, tendo estruturas independentes, poderia, por meio da arquitetura, conduzir

estes grupos a um tratamento que lhes permitisse maior autonomia e conseqüentemente, para os profissionais envolvidos, maior eficácia na humanização do ambiente.

A Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012 foi instituída para que haja, no espaço supracitado, o cuidado com pacientes e familiares em situações de crise, proteção e suporte na inclusão social destes indivíduos, por meio do resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, inclusão pelo trabalho, entre outros. Além disso, estabelece que a estrutura física mínima do CAPSad III, deve conter ambientes de atendimento individual e em grupo, espaço para refeições, convivência, banheiros com chuveiro, leitos para acolhimento noturno e posto de enfermagem, já que estes funcionam 24h (BRASIL, 2012).

Percebe-se que a portaria apenas lista o que deve existir, porém não demonstra de que forma a inclusão deve acontecer nesses espaços, através, por exemplo, de plantas baixas, croquis e elementos que ilustrem como deve acontecer o resgate da autonomia, atendimento em grupos, convivência dentro dos ambientes, entre outras questões.

Além disso, contém recomendações quanto à implantação deste tipo de espaço, relatando no capítulo IV sobre o incentivo financeiro existente, sugerindo reforma predial ao invés de construção da edificação. Esse apoio é uma das causas para a escolha da instalação da maioria dos CAPSad em residências adaptadas (CARVALHO; SILVA, 2012). Como já abordado, esses locais podem não atender as demandas de uso de um CAPSad, pois foram construídos com outra finalidade, para receber outros tipos de atividade. Por isso, um dos objetivos do presente estudo também é a de atentar para a importância do planejamento arquitetônico para estes locais específicos de tratamento, visto que a adaptação de uma construção pré-existente traz diversas dificuldades, como a questão da inacessibilidade a pessoas com deficiência, mau aproveitamento de áreas e interrelação entre elas, o que dificulta a realização de procedimentos diários, entre outras questões.

Então, de acordo com Moura (2012) e Cavalcanti (2011), as reformas em locais construídos para abrigar outros tipos de edificação acarretam problemas na função e humanização dos seus espaços físicos, como já foi explicado na introdução desta dissertação. Tudo deve ser muito bem pensado, planejado, desde a escolha do terreno, e nem sempre a reforma é uma boa opção. Uma das coisas mais importantes é analisar a realidade local e as necessidades de cada envolvido no espaço. Num segundo momento, deve-se observar e estudar as recomendações quanto à orientação, iluminação e ventilação natural, tipologia e posicionamento de pátios abertos, jardins, esquadrias, entre outras questões que conduzem à prioridade para o projeto desses espaços.

Ademais, segundo Martorelli (2016), a Portaria nº 615 de 15 de abril de 2013 do Ministério da Saúde, diferentemente das anteriores, não incentiva a reforma destes Centros. Sabe-se que essa iniciativa de reforma pode prejudicar principalmente a humanização do ambiente. Estabelece, assim, sobre o funcionamento da estrutura física e dos incentivos financeiros para a construção e projeto de CAPS, incluindo CAPSad III. Isso induz ao planejamento desses espaços desde o início, algo que abre possibilidade de análise das realidades locais e do programa de necessidades do lugar e dos usuários totais. Abaixo segue o Quadro 4 com síntese de todos os instrumentos abordados até aqui:

Quadro 4 - Síntese dos Instrumentos Legais de Saúde Mental relacionados ao CAPSad.

Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde para CAPSad	
Portaria nº 52/GM (2004)	- Redução da quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos para o redirecionamento de recursos para manutenção e implantação dos CAPS; - Os CAPS funcionariam para potencializar a reintegração social de pacientes que recebessem alta hospitalar;
Portaria nº 336/GM (2002)	- Tipo de atendimento (individual, grupo, oficinas, visitas, comunitário) e modalidades de CAPS (I, II, III); - Descrição de atividades; - Quantidade de profissionais e pacientes; - Quantidade de Leitos;
Portaria SAS/MS nº 305 (2002)	- Dimensionamento de circulações, acessos; - Condições ambientais e de conforto; - Segurança contra incêndio; - Espaços mínimos para CAPSad;
Portaria nº 1.190 (2009)	- Definição das políticas de saúde para garantia dos direitos humanos, inclusão social, enfrentamento do estigma; - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS;
Portaria nº 3.088 (2011)	- Estratégias de reabilitação psicossocial; - CAPSad como um espaço que envolve a construção multidisciplinar, o indivíduo e sua família;
Portaria nº 130 (2012)	- Inclusão social: resgate e construção da autonomia, reinserção escolar, acesso à vida cultural, inclusão pelo trabalho; - Estrutura física mínima (ambientes de atendimento individual e em grupo, convivência); - Incentivo financeiro para reforma predial ao invés de construção dos CAPS;
Portaria nº 615 (2013)	- Área e quantidade mínima de ambientes de CAPS e CAPSad III; - Incentivos financeiros para projeto de CAPS e CAPSad III (não incentiva a reforma destes Centros);

Fonte: Elaborado pela autora desta dissertação, com base nas legislações de saúde mental do Ministério da Saúde, 2018.

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – e Unidades de acolhimento (UA). Em 2015 esse manual foi atualizado, como **Orientações para elaboração de projetos de Construção, Reforma e Ampliação** destas instituições, considerando que as estruturas físicas e os ambientes são base operacional fundamental para garantia do cuidado e das relações usuários-equipes-territórios (BRASIL, 2015).

Com referência ao manual atualizado e instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 2015 - como Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares de Atenção Psicossocial nos Territórios: Orientações Para Elaboração de Projetos de Construção, Reforma e Ampliação dessas instituições -, questiona-se se essas orientações têm sido seguidas, ou seja, aplicadas além da teoria, mas na prática. Quando se observa a realidade dos CAPS avalia-se: É possível para o Estado brasileiro, com toda sua instrumentalização, adequar os ambientes de saúde para uma condição que condiga com a própria conceituação contida na cartilha explicativa da PNH (Política Nacional de Humanização)?

Ela informa e explica da seguinte forma:

Humanização se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. [...] A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas (BRASIL, 2013b, p. 4 e 6).

Diante disso, é realmente possível para o Estado cuidar de forma individualizada e possibilitar uma comunicação horizontal entre pessoas e grupos? Essas perguntas lançam sobre a dissertação, algumas problemáticas importantes para que seja possível, através deste, discutir-se a urgência do cuidado humanizado ao dependente químico a partir do espaço e encontrar caminhos viáveis para a alocação destas possibilidades nos projetos arquitetônicos do governo, em especial, dos CAPSad.

As orientações do manual não se restringem, como a Portaria nº 615 de 2013, com um programa físico-funcional para espacialização das atividades a serem desenvolvidas. Pois essas orientações consideram as estruturas físicas como base operacional fundamental para garantia do cuidado e das relações usuários-equipes-territórios-sociedade, importando-se com diretrizes de atenção humanizada (BRASIL, 2015).

Neste sentido, o Manual objetiva contribuir com o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica em curso no Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei nº 10. 216 de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2004), para a expansão, sustentabilidade e fortalecimento da

implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011). Para atingir esse fim, o manual sugere a adequação da construção dos CAPS e UA às realidades locais, ou seja, aos contextos socioculturais e ao número previsto de profissionais das equipes, de usuários, familiares e pessoas envolvidas na comunidade e RAPS.

Sobre os projetos arquitetônicos e de ambiência propostos, é fundamental, de acordo com este documento, que promovam relações e processos de trabalho coordenados às diretrizes e objetivos para o funcionamento da RAPS. Essas diretrizes são relatadas pelo Art. 2º da Portaria MS/GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, como o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, sob cuidado integral, assistência multiprofissional e lógica interdisciplinar, isto é, por meio de um trabalho em conjunto com as equipes de saúde, que articulam-se nos territórios para promoção dos serviços (BRASIL, 2011).

A atenção humanizada também é alvo desta Portaria MS/GM nº 3.088 de 2011, pois ela descreve a prioridade de centrar os serviços nas necessidades das pessoas, diversificar as estratégias de cuidado; desenvolver atividades no território (de pessoas, instituições e cenários da vida cotidiana de usuários e familiares) que impulse a inclusão social; ênfase em serviços de base comunitária, permitindo a participação dos usuários e de sua família; promoção de estratégias de educação permanente, entre outros pontos com o objetivo de promover a reabilitação e a reinserção de dependentes químicos na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária (BRASIL, 2011).

Segundo os estudos feitos, essa portaria é coerente com o que é descrito na PNH, com isso fica o questionamento já abordado em outros pontos da pesquisa, se de fato a legislação tem sido aplicada em todos os âmbitos do governo. Isso afirmo, já que fazendo um paralelo com a PNH encontram-se muitos pontos de comunicação entre o programa e a portaria, como exemplo pode-se citar: a interdisciplinaridade no atendimento ao usuário; o acolhimento centrado no indivíduo e não em sua doença, permitindo-o compartilhar suas necessidades, junto a família e comunidade; o respeito aos direitos humanos, que é a sexta diretriz da PNH, como também da portaria, para permissão de atuação de todos os sujeitos na tomada de decisões dentro do espaço de atenção à saúde.

Nessa perspectiva, projetar o espaço CAPS e seus ambientes, de acordo com as orientações do Manual, é respeitar a expressão dos espaços através do cuidar em liberdade e

afirmação do lugar social das pessoas, além do desenvolvimento de um serviço de relações de portas abertas, entre outras questões para produção de um serviço de referência nos territórios (BRASIL, 2015).

Como crítica a este manual, pode-se destacar que foi embasado nas recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e na Resolução mencionada anteriormente, estabelecida pelo Ministério da Saúde RDC nº 50/2002 (BRASIL, 2002c), sugerindo a adequação às regulamentações locais para o planejamento e elaboração dos projetos arquitetônicos destes espaços (BRASIL, 2002c). Há, nesse caso, uma transferência de responsabilidade, na qual o Governo Federal se omite ao não direcionar o planejamento. A existência de um direcionamento específico para construção de espaços próprios para cada local seria fundamental para evitar desequilíbrios nas diversas regiões e realidades administrativas e financeiras do país, quando o Governo poderia atender às diversidades dessas regiões aplicando diretrizes particulares a cada uma no Manual, através da observância de questões culturais, econômicas e sociais das localidades e também com o exercício de consulta a profissionais das áreas envolvidas. Podendo assim, com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, alcançar maior correção e equidade na tomada de decisões dos projetos, manuais e portarias relacionadas.

A Resolução nº 50 da ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002c) é uma das resoluções que devem ser observadas na elaboração, planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Embora não contenha descrições e recomendações específicas à estrutura física e projetos de estabelecimentos de assistência à saúde mental, alguns espaços dos CAPSad são semelhantes aos de atendimento ambulatorial, sendo possível sua referência para o dimensionamento de salas de atendimento em grupo (ambientes multiuso) e individual, circulações, espera ou recepção, posto de enfermagem, refeitório (CARVALHO; SILVA, 2012) e contribui para análise de fluxos e sua funcionalidade (THOMAZONI; ORNSTEIN, 2015). Dentre esses ambientes, de acordo com Carvalho e Silva (2012), a farmácia merece destaque, por ser um ambiente com necessidade de acesso restrito aos funcionários, com guichê ou balcão para atendimento, espaço para armazenamento de medicamentos (com armários e estantes, protegidos de insolação direta), área para dispensação de medicação e atendimento do farmacêutico (CARVALHO; SILVA, 2012).

Essa resolução está dividida em três partes: a primeira parte compreende as descrições, avaliações e artifícios para elaboração de projetos físicos com relação a sua representação

(desenho, documentos), etapas essenciais de um projeto, como por exemplo, programa de necessidades e estudo preliminar e também como devem ser desenvolvidos programas básicos de instalações complementares. A segunda parte corresponde à programação físico-funcional dos EAS, que apresenta as suas atribuições, ou seja, as atividades realizadas, os ambientes em que elas ocorrem, tipos de atendimento, prestação de serviços, características e especificidades locais, assim como o dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes. E a terceira parte apresenta os critérios para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), ou seja, as variáveis que orientam e regulam as decisões a serem tomadas nas diversas etapas de desenvolvimento do projeto, são elas: as circulações externas e internas; acessos; as condições ambientais e de conforto; condições de segurança contra incêndio; controle de infecção hospitalar; instalações prediais ordinárias e especiais.

A norma ainda compreende a setorização dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, envolvendo oito setores funcionais que podem auxiliar a análise dos fluxos: Atendimento em Regime Ambulatorial e de Hospital-dia; Atendimento Imediato; Atendimento em Regime de Internação; Apoio Diagnóstico e Terapia; Apoio Técnico; Ensino e Pesquisa; Apoio Administrativo e por último, Apoio Logístico (THOMAZONI; ORNSTEIN, 2015).

A norma NBR 9050 (ABNT, 2015), é outro instrumento importante como parâmetro na análise dos estabelecimentos de saúde, centros de atenção e reintegração social e física, entre outros espaços de saúde, visto que estabelece critérios técnicos relacionados ao projeto, construção e adaptação de espaços físicos e mobiliário ou layout desses ambientes, trazendo condições de acessibilidade (THOMAZONI; ORNSTEIN, 2015).

Além destas políticas e legislações instituídas pelo Ministério da Saúde e ANVISA, foi criada em 2003 a Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH), do Sistema Único de Saúde (SUS), ou Humaniza SUS, já mencionada anteriormente e considerada um relevante marco para elaboração de práticas humanizadas para usuários, trabalhadores e gestores. Essas práticas de humanização podem ser entendidas como uma conexão e melhor articulação entre profissionais (gestores/trabalhadores) e usuários, fundamentada em ações guiadas pelo cuidado, ouvir e valorização dos sujeitos, reflexo de uma atitude ética humana (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

Dessa forma, a finalidade da PNH é estimular essa ação humanizada na saúde para construção de processos coletivos de enfrentamento das relações de poder (BRASIL, 2013b). Isso é relevante já que estas podem ser traduzidas como relações hierarquizadas. Por exemplo, na relação médico/paciente, em que este último é sujeito passivo e privado de compartilhar suas

necessidades, além de cerceado de participar de seu próprio processo de tratamento, desde o momento de sua entrada no espaço de assistência à saúde até sua saída. Essa conduta ainda é recorrente nesses ambientes.

Por isso, as mudanças são construídas não por um grupo isolado ou individualmente, mas de forma participativa e compartilhada entre a coletividade, ou seja, entre todos os atores envolvidos (trabalhadores, usuários, gestores e redes sociofamiliares), através, por exemplo, de rodas de conversa no próprio espaço de atenção à saúde.

Os princípios da PNH são: a **transversalidade**, a partir da busca pela transformação das diferentes relações de trabalho, práticas de saúde, evitando o isolamento e as relações de poder hierarquizadas entre elas ao expandir a comunicação entre as pessoas e grupos envolvidos, admitindo que as diferentes especialidades podem trocar experiências para que haja a interdisciplinaridade no atendimento ao usuário. O segundo princípio é a **indissociabilidade** entre atenção e gestão, assim, trabalhadores e usuários participam do processo de tomada de decisão nas redes de organização de saúde e nas ações de saúde coletiva. O usuário e sua família devem ser corresponsabilizados pelo cuidado de si nos tratamentos. O terceiro princípio é o **protagonismo**, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Através deste último, as responsabilidades dos envolvidos são compartilhadas, visto que os usuários não são apenas pacientes, os trabalhadores não cumprem ordens apenas, cada um tem seus direitos de cidadania que devem ser valorizados e incentivados como instrumento político na atuação dentro do espaço de saúde (BRASIL, 2013b).

Diante disso, a PNH é norteada por seis diretrizes:

- **Acolhimento:** deve ser construído de forma coletiva para formação de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes, usuário e sua família. Para tanto, os envolvidos devem ter voz, para compartilhar suas necessidades. Dessa forma, o acolhimento pode garantir que todos sejam atendidos com prioridades por meio de uma avaliação da vulnerabilidade (BRASIL, 2013b);
- **Gestão participativa e cogestão:** todos os sujeitos tornam-se parte dos processos de tomada de decisão, para permitir um acordo entre as necessidades e interesses de usuários/trabalhadores e gestores no cotidiano das práticas de saúde (BRASIL, 2013b);

- **Ambiência:** diz respeito à existência de espaços saudáveis, confortáveis, que assegurem a privacidade e sejam lugares de troca de experiência/encontro entre as pessoas. Para garantia dessa diretriz, a PNH sugere a discussão compartilhada entre os envolvidos no espaço (usuários/trabalhadores/gestores) do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com suas necessidades;

Esta diretriz é a que mais se aproxima de orientações para projetos arquitetônicos. Ao adotar esse conceito, a PNH busca ir além de questões técnicas. Assim, o espaço que visa o conforto focando na privacidade e individualidade dos sujeitos, deve valorizar elementos que interagem com estes – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia (formas, dimensões, volumes), tratamento das áreas externas, com jardins e áreas com bancos, que podem se tornar lugar de estar e relaxamento. Nos espaços de saúde, essas áreas são importantes para o encontro e a integração entre trabalhadores e a comunidade usuária. Por outro lado, a privacidade de um espaço pode ser garantida por meio da utilização de divisórias, cortinas e elementos móveis que permitam, ao mesmo tempo, integração e (ou) respeito à individualidade, possibilitando um atendimento exclusivo (BRASIL, 2010). Também, essa privacidade pode ser respeitada no momento que os profissionais da saúde dão liberdade aos usuários para se expressarem, quando estes passam, por exemplo, por momentos de reflexão em espaços ecumênicos, isolados ou não, ou realizam atividades de lazer, estudo, de convivência sociofamiliar, as quais permitem o exercício de sua autonomia sem qualquer prejuízo à saúde.

- **Clínica ampliada e compartilhada:** deve-se considerar a singularidade do sujeito (único). Ela é produzida através de soluções que gerem diagnósticos enriquecidos (como a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (entre profissionais de saúde e destes com o usuário);
- **Valorização do trabalhador:** inclusão dos trabalhadores na tomada de decisão coletiva e dar voz à experiência deles, para tornar possível o diálogo sobre as causas de sofrimento e adoecimento, sobre o acordo e ações no serviço de saúde;
- **Defesa dos Direitos dos usuários:** cumprimento dos direitos instituídos por lei em todos os momentos do tratamento. “Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.” (BRASIL, p.12, 2013).

Logo, a PNH traz recomendações para a interferência no cotidiano dos processos de trabalho e práticas de saúde mental, assim como nos espaços de encontro, com participação efetiva e coletiva dos sujeitos que os vivenciam e os tornam autênticos.

Conclui-se, após estudo desses instrumentos, que seguir isoladamente as portarias, resoluções e manual de orientação para elaboração de projetos não é suficiente para garantir projetos de qualidade, voltados à necessidade do indivíduo. Por isso, faz-se necessário a interface com estudos de outras áreas do conhecimento, inclusive com a Arquitetura e Urbanismo. Verifica-se também, que é dada pouca relevância ao planejamento dessas instituições, havendo assim uma lacuna relacionada à investigação das características dos ambientes dos CAPSad. Esse fator justifica a importância de pesquisas que visem levantar as especificidades espaciais dessas instituições, considerando as necessidades de seus usuários.

3.3 Estrutura funcional e acolhimento nos CAPSad

Como já se sabe, as práticas de acolhimento nos CAPS e CAPSad III são realizadas de forma aberta (disponível para toda comunidade). Esses espaços são inseridos no território das cidades, bairros. Atendem a adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, que admite o tratamento destes, caso estejam em sofrimento psíquico intenso e com necessidades de cuidados clínicos contínuos.

É um serviço que oferece o máximo de doze leitos para internação, observação e monitoramento, num período de vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana. Conta com uma equipe mínima multiprofissional e interdisciplinar de médicos, entre eles psiquiatras e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo mínimo um psiquiatra; um enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; cinco profissionais de nível universitário (pedagogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico); quatro técnicos de enfermagem; quatro profissionais de nível médio; um profissional de nível médio para a realização de atividades administrativas. Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima atua juntamente com os seguintes profissionais: um profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro; dois técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e um profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa (BRASIL, 2015).

Com relação ao cuidado no contexto desse espaço, é desenvolvido através do chamado Projeto Terapêutico Singular (PTS), construído em conjunto com a equipe, o usuário e sua família. Esse PTS permite o acompanhamento do perfil do usuário, conhecendo sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, indo além do acolhimento dentro do próprio espaço de tratamento, apreendendo especificidades da doença de cada paciente (BRASIL, 2015).

Esses atendimentos e ações dos CAPS, por meio do PTS, podem ser realizados de forma coletiva, em grupos, individuais, destinados às famílias, ou comunitários, podendo acontecer no próprio espaço do CAPS ou nos territórios, no dia-a-dia das pessoas envolvidas no tratamento (BRASIL, 2015).

Com isso, os PTS seguem as seguintes estratégias, adequando-se às necessidades de usuários e familiares:

Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

Acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna, realizada nos CAPS como recurso do PTS de usuários, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

Atendimento individual: atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do PTS ou do que dele deriva. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e o acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa.

Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências causam intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e a sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

Práticas corporais: estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

Práticas expressivas e comunicativas: estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e a utilização de processos promotores de novos lugares sociais e a inserção no campo da cultura.

Atendimento para a família: ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e de informações.

Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e de suas relações,

acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.

Ações de reabilitação psicossocial: ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

Promoção de contratualidade: acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares: atividades que fomentem: a participação de usuários e de familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e de familiares.

Ações de articulação de redes intra e intersetoriais: estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.

Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência: apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental por meio de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.

Ações de redução de danos: conjunto de práticas e de ações do campo da Saúde e dos Direitos Humanos realizadas de maneira articulada inter e intrassetorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde.

Acompanhamento de serviço residencial terapêutico: suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e no desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e à reinserção social.

Apoio a serviço residencial de caráter transitório: apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e nas ações intersetoriais, e que favoreça a integralidade das ações (BRASIL, 2015, p. 11-13).

3.4 Projeto padrão de arquitetura de CAPSad do Ministério da Saúde

Como já foi mencionado nos tópicos anteriores desta dissertação, a Portaria nº 615 de 15 de abril de 2013 do Ministério da Saúde, estabelece sobre o funcionamento da estrutura física e dos incentivos financeiros de investimento para a construção e projeto de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo CAPSad III e Unidades de Acolhimento (UA), em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial. Tendo isso em vista, o Ministério da Saúde,

desenvolveu um Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB⁵ – informatizado, para cadastro e análise de propostas de projetos de saúde e monitoramento da execução de obras. Com isso, o sistema inclui projetos modelo disponibilizados em formato “pdf” e para impressão, como instrumentos a serem seguidos por técnicos e profissionais responsáveis para o projeto de espaços assistenciais à saúde, como os CAPS, subdivididos em CAPS AD III, CAPS I, II, AD e i e UA (Unidades de Acolhimento).

Já que a presente pesquisa tem como objeto de estudo o CAPSad III, trarei como crítica apenas o projeto relacionado a este espaço. Entretanto, nota-se que essa sugestão de projeto estabelecida pelo ministério, mesmo com o intuito de proporcionar praticidade e economia, mostra-se de certa forma de pouca eficácia, visto que são desconsiderados o programa de necessidades de cada espaço e usuário envolvido, os condicionantes legais e ambientais de cada lugar e região específica do país, como a ventilação e incidência solar, assim como a topografia do terreno e localização, entre outras questões, relacionadas à ambiência e a qualidade ambiental que são fundamentais para um planejamento arquitetônico adequado.

Os projetos arquitetônicos, planilhas, memoriais, foram produzidos pela empresa - Verroni Arquitetos Associados - localizada em São José do Rio Preto, São Paulo, orientados e fiscalizados por técnicos da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Estado. Ao analisar esses arquivos, é notório que contemplam apenas aspectos técnicos com relação a estrutura física desse espaço. O próprio memorial descritivo traz somente especificações de materiais, dimensionamentos e ao mesmo tempo transfere a responsabilidade de adequação aos condicionantes legais, como planos diretores, normas de proteção contra incêndio, ANVISA, para cada órgão fiscalizador dos municípios brasileiros contemplados com esse tipo de projeto. Todas as orientações direcionam a adaptação dos documentos às condições de cada localidade, sem sugerir, dessa forma, um projeto iniciado do zero, respeitando as necessidades dos usuários e de cada condição regional.

Portanto, a partir da análise da planta baixa (Figura 28) e das perspectivas (Figura 29) do projeto padrão para CAPSad III, disponibilizadas por esse sistema, pôde-se detectar algumas problemáticas, tendo em vista a configuração física do espaço.

⁵ Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sismob/instrutivo-e-legislacao-dos-programas/saude-mental>
Acesso em: 7 ago. 2018.

Figura 28 - Projeto Padrão do CAPSadIII do Ministério da Saúde – Planta baixa Layout



Fonte: SISMOB, 2014.

As perspectivas abaixo (Figura 29) demonstram que os espaços foram projetados de forma engessada, quando se trata de cores e materiais, pois esses não têm variação, prevalecendo a cor branca em toda composição da forma projetual, tanto nas fachadas como nos espaços internos. Esse fator pode gerar sensações de monotonia ou até de confinamento para o usuário do local, o que deve ser evitado nos ambientes de internação. Segundo Goés (2004), uma das cores possíveis de utilização como partido nos projetos de Centros de Reintegração para Dependentes Químicos é a cor amarela, antidepressiva, a qual estimula a concentração e a criatividade; a cor verde, pois acalma e estimula o equilíbrio; o azul (identificada apenas na fachada), cor aplicada para acalmar os pacientes e em terapias de distúrbios psíquicos e agitações; e o lilás, que tem propriedades sedativas, ajudando o indivíduo a relaxar, sendo uma cor indicada também para ambientes de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) em hospitais.

Figura 29 - Perspectivas externa e interna do CAPSad III do Ministério da Saúde



Fonte: SISMOB, 2014.

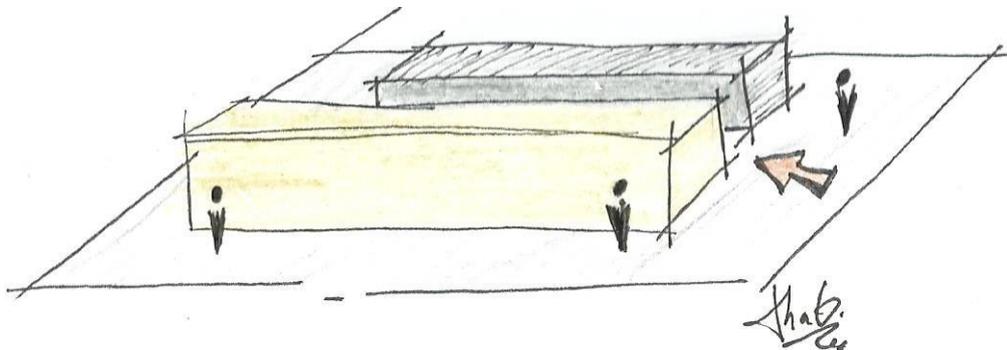
Também nota-se a insuficiência de equipamentos internos e externos para promoção de lazer e atividades laborais, ou esportivas para os usuários em reintegração social. Outra questão

é o formato retangular escolhido para o desenho dos ambientes, o que pode não favorecer uma melhor interação entre os usuários do espaço.

O projeto de espaços de saúde não deveriam proporcionar relações interpessoais? Assim como está descrito na Política Nacional de Humanização (PNH). Como isso é demonstrado e influenciado através de orientações dos projetos padrão do Ministério da Saúde? Como arquitetos e engenheiros e outros profissionais terão como guia dimensionamentos engessados e representados através de uma realidade local distinta da sua? Torna-se difícil seguir tais orientações quando estas não dialogam com outras questões além da arquitetura em si, tendo como base elementos de interrelação entre o espaço e seu usuário, como já foi abordado no tópico 2.4 a respeito da influência do espaço no comportamento humano, no Capítulo 2 desta dissertação.

Os pátios ao longo da edificação são responsáveis pelo estímulo da convivência entre os usuários, como pontos de encontro que permitem maiores possibilidades de reabilitação coletiva, gerando impulsos para reintegração dos internos no meio social. Segundo Freitas (2013), plantas lineares com corredores extensos (Figura 30) fadigam e podem gerar o isolamento das pessoas, indo contra o intuito principal do espaço de convívio, ou seja, o de promover maior interação entre os pacientes. Dessa forma, as unidades de alojamentos, ou outros setores terapêuticos e de múltiplas atividades podem estar voltados para pátios que podem conter além de vegetação frondosa para permitir o sombreamento e conforto térmico no espaço, bancos, mesas, estruturas como pergolados, quiosques e *decks* cobertos, como solução ao convívio, interação, troca de experiências e acolhimento de todos os usuários do local.

Figura 30 - Croqui exemplificando plantas lineares com corredores extensos



Fonte: Acervo pessoal da autora desta dissertação, 2016. Croqui baseado em projetos correlatos.

A planta baixa padrão (Figura 28) demonstra um pátio central na edificação, todavia, ele está localizado sem nenhuma correlação com outras áreas (como as salas de atividades

coletivas, por exemplo), praticamente isolado e cercado por longos corredores, isto de certa forma, conduz ao isolamento dos usuários.

Também não foram detectados, neste projeto, espaços para exercício físico, humor e bem-estar, como espaço de quadras, academia ao ar livre, que também são importantes atividades lúdicas e de incitação de sensações positivas para o corpo e para a mente dos dependentes que estão aprendendo a viver sem a droga (em abstinência), já que segundo Schmidt (2007), a prática desportiva e de lazer são associadas a uma série de consequências benéficas ao ser humano, como diminuição de fatores negativos para a saúde, tenacidade, determinação, superação, entre outros.

Outras questões, identificadas pela autora Martorelli (2016) na planta baixa padrão, são com relação à proximidade entre os quartos de acolhimento masculinos e femininos, assim como dos banheiros e vestiários de ambos, o que dificulta o controle de possíveis relações sexuais entre pacientes no interior da instituição, pois sabe-se que o CAPSad III atende ao público adulto de ambos os sexos; e esses quartos estão muito próximos a espaços de atividades de convivência em grupo, o que pode afetar no conforto acústico do espaço e dos internos.

Ainda de acordo com a referida autora, os banheiros não atendem às necessidades dos usuários em situação de rua, pois foram planejados para haver o compartilhamento entre profissionais e pacientes (Orientação do Manual de Estrutura Física dos CAPS e UA) e não contêm chuveiros, dificultando o zelo e conservação da limpeza do espaço. Além disso, tampouco são acessíveis para pessoas com deficiência, havendo apenas dois banheiros públicos projetados segundo a NBR 9050 (ABNT, 2015), próximo às salas de atividades coletivas situadas no canto superior direito da planta baixa e um banheiro acessível próximo a um dos quartos de acolhimento noturno, o que impede o acolhimento ao mesmo tempo de mulheres e homens com deficiência.

Em suma, através deste capítulo, pôde-se entender melhor como surgiram os CAPSad no Brasil, suas especificidades espaciais, condicionantes legais para a construção e planejamento, importantes para referência durante a análise espacial e construção das diretrizes de projeto destinadas aos tomadores de decisões.

4 METODOLOGIA

Esta dissertação encontra-se aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL – Universidade Federal de Alagoas, através de parecer consubstanciado (Anexo A). A coleta de dados, para realização de entrevistas (Apêndice A), levantamentos físicos e análise *walkthrough* somente foram iniciadas em outubro de dois mil e dezoito e terminaram em março de dois mil e dezenove, com a aplicação do poema de desejos (após solicitação ao CEP, por meio de Emenda) com os usuários do espaço, tendo em vista o período que o projeto foi aprovado pelo CEP, em quinze de setembro de dois mil e dezoito.

Para atingir os objetivos propostos, a pesquisa foi baseada em uma abordagem multimétodos de natureza qualitativa e exploratória, através da observação da qualidade desses espaços segundo procedimentos de análise arquitetônica, da Avaliação Pós-Ocupação (APO). Sobretudo, de caráter exploratório, por haver poucas investigações à temática e escassez de bibliografias específicas, como foi verificado a partir de consultas em livros, bancos de teses e dissertações.

4.1 Caracterização do método – Avaliação Pós-Ocupação (APO)

Antes de prosseguir com as definições metodológicas, é imprescindível saber o que significa essa avaliação do espaço. Segundo Ornstein (1995), a Avaliação Pós-Ocupação (APO) do inglês *Post-Occupancy Evaluation* (POE), é uma análise retrospectiva de edificações, ou seja, é um método que repensa o projeto após seu uso. Essa metodologia busca analisar de forma adequada as relações existentes entre o usuário e o ambiente construído (KOWALTOWSKI *et al.*, 2011). Também é adotada para diagnosticar e sugerir, diante de uma visão sistêmica, modificações e adequações no objeto de estudo, de maneira a aprofundar conhecimentos sobre este ambiente específico, visando futuros projetos semelhantes.

De acordo com ONO *et al.* (2018), a Avaliação Pós-Ocupação reúne procedimentos que buscam estimar e atender às necessidades objetivas e subjetivas do usuário, enquanto ele está utilizando o ambiente. Dessa forma, são obtidos dados de suas satisfações acerca do espaço, onde estabelecem suas relações e experiências cotidianas. Esse foi o motivo da escolha para a aplicação de entrevistas semiestruturadas e poema dos desejos (com flexibilidade no modo de abordagem), com funcionários, profissionais, e usuários acolhidos do espaço (20 pessoas), além de estudo de caso.

Para adquirir resultados melhores, foram combinados vários procedimentos metodológicos (ONO *et al.*, 2018) de natureza qualitativa para o levantamento de dados, seguindo a abordagem multimétodos. Essa escolha pode garantir que não existam tantas lacunas nos resultados obtidos, pois irão contemplar vários aspectos e visões interdisciplinares (de psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, e outros profissionais) sobre o mesmo objeto de estudo. Por isso, a revisão bibliográfica envolveu não somente referências da área da arquitetura, mas também da saúde, psicologia, assistência social, entre outras.

Segundo ONO *et al.* (2018), os métodos qualitativos para levantamento de dados podem ser aplicados pelo pesquisador especialista e incluem ou não a opinião dos usuários. No caso desta pesquisa, as sugestões do pesquisador e usuários serão cruzadas para produzir as recomendações projetuais, correspondentes ao resultado desta dissertação.

4.2 Estudos de caso utilizando Avaliação Pós-Ocupação em espaços de saúde e CAPSad

A Avaliação Pós-Ocupação de edificações de saúde, a partir de uma abordagem multimétodos, traz uma concepção interdisciplinar sobre a arquitetura e uso desses espaços (ONO *et al.*, 2018), refletindo em resultados mais seguros e relevantes para o desenvolvimento de projetos, intervenções, reformas ou ampliações em construções existentes. Identificou-se que as pesquisas brasileiras de APO, voltadas a ambientes de saúde, são, em sua maioria, de ambientes hospitalares.

Ono *et al.* (2018) consideram que os instrumentos mais aplicados a partir de APO nesses edifícios são: visitas exploratórias (para compreensão da setorização, estrutura física, materiais); análise da documentação existente (projetos relacionados ao hospital, histórico da ocupação); *checklist* para *as built* (para atualização dos ambientes e identificação de adaptações físicas e funcionais); medições (coleta de dados em planta, dimensionamentos, aspectos construtivos, acessibilidade, sinalização e segurança contra incêndio); entrevistas semiestruturadas com pessoas chave (com a equipe assistencial à saúde); observações (comportamento dos fluxos da edificação e dos usuários do local); mapa de fluxos (levantamento fotográfico e apontamentos no projeto arquitetônico sobre circulações, disposição dos ambientes e setorização); visitas guiadas (com profissionais da equipe assistencial); grupos focais (necessária a descoberta das necessidades da classe de usuários pacientes e profissionais) e mapa de diagnósticos e de recomendações (contendo em planta, a síntese dos resultados obtidos a partir da coleta de dados e soluções para o que foi descoberto).

Contudo, buscou-se artigos, dissertações e teses com metodologias e estudos de caso mais próximos ao objetivo desta dissertação. Foram artigos científicos publicados em anais de eventos e periódicos, como o de Machado *et al.* (2011) no 2º Simpósio Brasileiro de Qualidade do Projeto no Ambiente Construído (SBQP), Fedrizzi e Bagnati (2017) no XIV ENCAC – Encontro Nacional de Conforto no Ambiente Construído e X ELACAC – Encontro Latino-Americano de Conforto no Ambiente Construído, e o de Alves *et al.* (2018) na Revista Projetar – Projeto e Percepção do Ambiente. Assim como em dissertações de mestrado, como as das arquitetas Martorelli (2016), Bertolotti (2011) e Albuquerque (2015). Além de artigos publicados por revistas científicas online, como a *Ambiente Hospitalar*, desenvolvida pela Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH), o de Carvalho e Silva (2012).

O artigo desenvolvido por Machado *et al.* (2011), como parte do desenvolvimento de uma pesquisa de doutorado em Ciências da Arquitetura, teve o seguinte título: *A Importância do Olhar dos Usuários em Ambientes da Arquitetura Hospitalar: uma aplicação do Poema de Desejos*. A partir dessa pesquisa, as autoras buscaram entender a necessidade da humanização em espaços construídos para a assistência à saúde. Por isso, realizaram análise da percepção ambiental dos usuários da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), localizada em Nova Iguaçu - RJ, através do método aplicável na APO, poema dos desejos. Seus resultados foram compostos por meio de tabulação de respostas destes usuários, sintetizando as mais recorrentes e similares.

As autoras direcionaram o poema de desejos a três categorias de usuários da edificação: terapeutas, pacientes e acompanhantes, que expuseram seus desejos por meio de informações escritas, com exceção apenas de uma pessoa que respondeu com desenhos. Como foi realizada uma análise quanti-qualitativa que relaciona-se à percepção desses usuários, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) foi acionado para que a pesquisa fosse aprovada.

Machado *et al.* (2011) concluem sua pesquisa, através de um olhar técnico, ao afirmar que o profissional arquiteto deve considerar por meio de plantas, como também *in loco*, se as rotas, área de espera, layout, distribuição de mobiliários nos ambientes, acessibilidade e conforto ambiental são satisfatórios de acordo com os requisitos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Para as autoras, a aplicação do instrumento poema de desejos traz contribuição para percepção do acolhimento nessas instituições, de maneira que promova saúde e bem-estar ao usuário.

Fedrizzi e Bagnati (2017) em seu artigo: *A Percepção de Dependentes Químicos em fase de Reabilitação sobre o Pátio da Instituição: Uma averiguação sobre vegetação e espaços abertos*, tem como estudo de caso o pátio de uma clínica de reabilitação voltada a esse público. Para atingir os objetivos de averiguar o nível de satisfação dos pacientes com a vegetação e pátio aberto existentes na instituição, sua metodologia volta-se a observação de como os pacientes em processo de tratamento utilizam o espaço aberto e o que pensam sobre a vegetação do local. Com isso, aplicaram questionários com usuários através de entrevista pessoal, como instrumento de investigação sobre a relação do mesmo com o pátio aberto e áreas vegetativas.

O questionário das autoras incluiu as seguintes questões:

- 1) O que você mais gosta no pátio da clínica?
- 2) O que você menos gosta no pátio da clínica?
- 3) O que você mudaria no pátio da clínica?
- 4) O que você acha de ver plantas no pátio da clínica?
- 5) Você gostaria de plantar/cultivar plantas no pátio da clínica?
- 6) Você acha que isso ajudaria no seu tratamento? Se sim, em que?

Baseadas em Fowler (1998), consideram importante a elaboração de perguntas claras, curtas e compreensíveis para o entrevistado, para que sejam obtidos resultados mais confiáveis.

O artigo de Alves *et al.* (2018), intitulado: *A Percepção Visual Como Elemento de Conforto na Arquitetura Hospitalar*, serviu como referência sobre Avaliação Pós-Ocupação para esta dissertação, pois considerou as condições de conforto visual por meio de inspeção de dois Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – o Hospital Sarah Kubitschek Doenças do Aparelho Locomotor e o Hospital Sarah Kubitschek Centro de Reabilitação – em comparação com o Hospital Regional da Asa Norte, localizados em Brasília. Os parâmetros fornecidos para identificar o conforto visual, serviram para auxiliar no processo de criação de recomendações e análise projetual desta dissertação, pois estiveram relacionados à interação da arquitetura com o usuário durante o processo de utilização do espaço. Os autores recorreram à APO para analisar a percepção dos usuários frente aos espaços de tratamento.

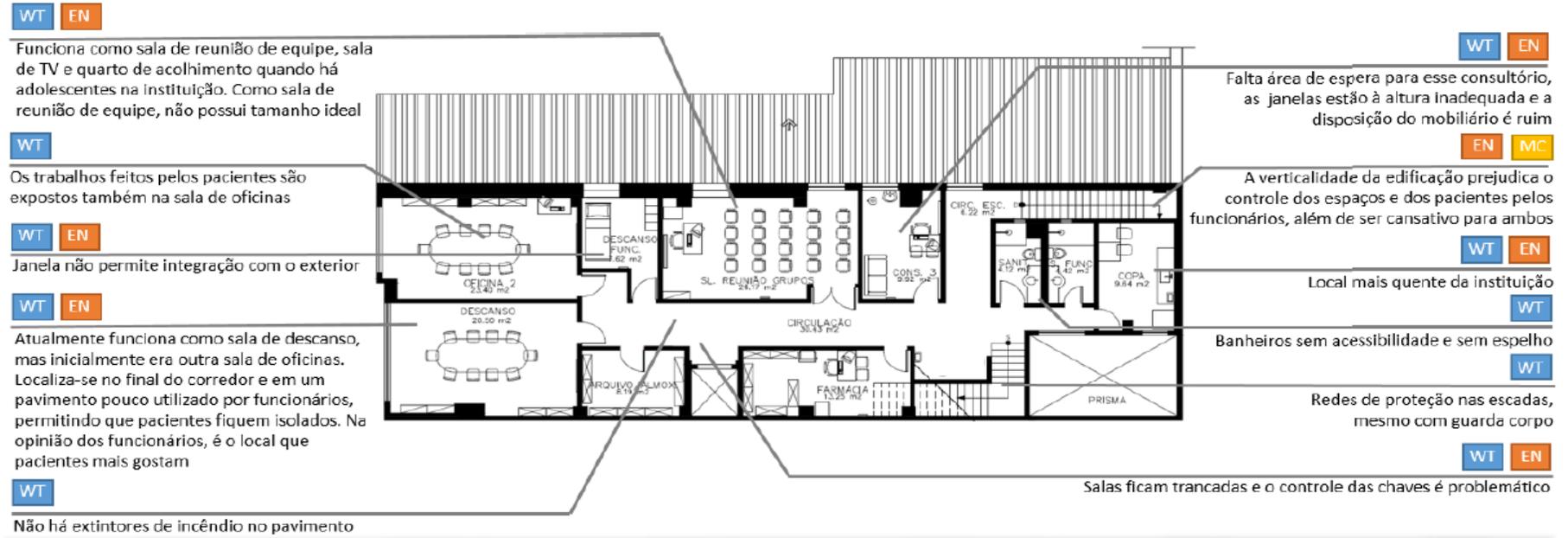
Os aspectos abordados nas fichas de Avaliação Pós-Ocupação, elaboradas pelos autores foram: os ambientais (implantação, localização, orientação, entorno, vidros), conforto e qualidade (conforto térmico, luminoso, acústico), funcionais (acessos e circulações, distribuição espacial e segurança) e estéticos (aparência interna e externa, cores e texturas,

volumetria). Com isso, avaliaram por meio de uma abordagem qualitativa, crítica e reflexiva, a integração do ambiente interno com o externo, acessos aos jardins, contato com o exterior, temperatura desagradável (calor ou frio), renovação de ar (odores), qualidade do ar, entrada de luz natural, excesso de ruídos, localização e qualidade dos sanitários, sinalizações, segurança contra incêndio (extintores e rotas de fuga), local para descanso, monotonia visual, etc (ALVES; FIGUEIREDO; SÁNCHEZ, 2018).

A primeira dissertação encontrada específica sobre a temática APO em CAPSad, foi a dissertação de Martorelli (2016). A qual serviu de base para realização do estudo de caso com CAPSad em Alagoas. A pesquisa dessa arquiteta teve como tema *Humanização em Arquitetura como suporte no tratamento à dependência química: afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas*. Na dissertação, ela utiliza o estudo de caso para compreensão das relações usuário-ambiente e aplica instrumentos de Avaliação Pós-Ocupação em um CAPSad III da cidade do Rio de Janeiro, com o objetivo geral de aprofundar estudo sobre a configuração ambiental e humanização desses espaços, focando na observação das relações comportamentais de afetividade e apropriação dos usuários do espaço.

Os instrumentos de APO utilizados em sua pesquisa quanti-qualitativa foram: análise *walkthrough*, mapa comportamental, entrevistas semiestruturadas, questionários, mapa mental e poema dos desejos. Nos resultados, ela apresenta as plantas baixas com descobertas das improvisações e recomendações para o espaço, representadas nas figuras abaixo (Figuras 31 e 32), em que cada descoberta está relacionada a um método de APO aplicado.

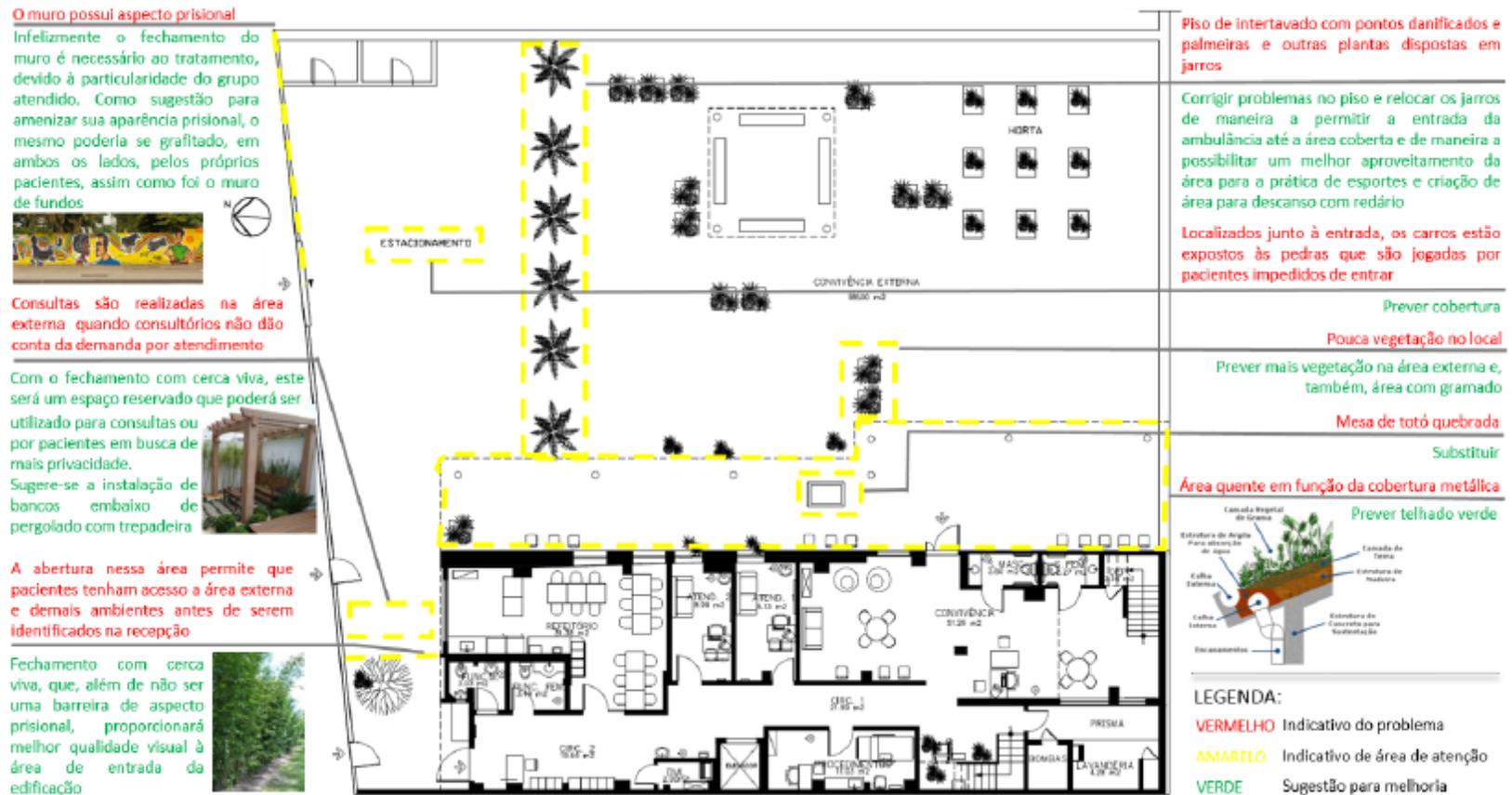
Figura 31 - Mapa de descobertas do segundo pavimento do CAPSad III Miriam Makeba no Rio de Janeiro, elaborada por Martorelli (2016)



LEGENDA: WT Análise Walkthrough EN Entrevista QU Questionário MC Mapa comportamental MM Mapa mental PD Poema dos desejos

Fonte: Martorelli (2016)

Figura 32 - Mapa de recomendações para a área externa do CAPSad III Miriam Makeba no Rio de Janeiro, elaborada por Martorelli (2016)



Fonte: Martorelli (2016)

A segunda dissertação utilizada como referência desta pesquisa foi a da arquiteta Bertoletti (2011), mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo – PÓSARQ, da Universidade Federal de Santa Catarina. O título de seu trabalho é: *Uma Contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica: Estudo no Residencial Terapêutico Morada São Pedro em Porto Alegre*. Sua pesquisa utilizou métodos e técnicas da APO, aplicadas ao projeto de arquitetura desses espaços, com base em Ornstein (1992), são eles: visita exploratória ao objeto de estudo, observações, poema de desejos e entrevistas semiestruturadas.

Seus resultados basearam-se na leitura do espaço sob a ótica do pesquisador, do projetista, dos moradores e funcionários do espaço. Por fim, a autora definiu diretrizes de projeto para o Residencial Terapêutico de acordo com sua localização no contexto urbano, implantação no lote, fatores de segurança, flexibilidade, dimensionamento dos ambientes, materiais construtivos, conforto ambiental, acessibilidade, proximidade de serviços, infraestrutura, áreas livres públicas e tipologia da edificação.

Através da visita exploratória, aliada à técnica de registros fotográficos, a pesquisadora pôde ter um primeiro contato com o objeto de estudo e usuários dos ambientes. A partir disso, obteve informações relevantes, como: organização do serviço, número de usuários (funcionários e moradores), as rotinas e atividades de cada um, regras administrativas e horários para aplicação dos instrumentos da pesquisa (BERTOLETTI, 2011). Suas observações tiveram o intuito de avaliar os traços físicos (buscando vestígios de atividades anteriores nos espaços) ligados à identidade do indivíduo na apropriação de seu espaço (adaptações para uso, manifestações de identidade e mensagens públicas) e comportamento no ambiente (como o usuário utiliza o espaço físico).

Para o poema de desejos, Bertoletti (2011) seguiu a bibliografia de Rheingantz *et al.* (2009), aplicando um formulário (Figura 33) a todos os moradores e funcionários do Residencial Terapêutico, que se dispuseram a contribuir com a pesquisa. O documento tem um cabeçalho, espaço para identificação do participante e a seguinte sentença: “Eu gostaria que esta casa (fosse ou tivesse...)”, para os participantes responderem com expressões livres, por meio de desenhos ou frases.

Figura 33 - Modelo de formulário de aplicação criado por Bertoletti (2011) segundo Henry Sanoff

Poema dos Desejos Universidade Federal de Santa Catarina Centro Tecnológico Programa de Pós Graduação em Arquitetura e Urbanismo – PósARQ
Identificação Casa: ___ Data: __/__/201_ Início:___ Término:___ Caracterização da amostra: <input type="checkbox"/> Morador <input type="checkbox"/> Coordenador <input type="checkbox"/> Funcionário
"Eu gostaria que esta casa (fosse ou tivesse)..."

Fonte: BERTOLETTI, 2011.

A pesquisa da arquiteta Albuquerque (2015), foi realizado no Hospital Escola Portugal Ramalho, localizado em Maceió-AL, pelo programa de Pós-graduação em Dinâmicas do Espaço Habitado (DEHA). O objetivo geral da autora foi descrever o espaço utilizado por portadores de transtornos mentais internados nesse hospital psiquiátrico, tomando como base conceitos de humanização. O estudo de caso foi feito através de aproximação da pesquisadora com o objeto de análise, durante as visitas técnicas ao hospital. O primeiro passo do estudo, foi estudar o histórico desses espaços, a partir das obras de Foucault, Amarante e Ribeiro. E depois foram construídos parâmetros de descrição desse ambiente com base na legislação em saúde mental, normas técnicas, inclusive a RDC nº 50 da ANVISA (BRASIL, 2002c), cruzando as informações obtidas com a linguagem de padrões de Alexander *et al.* (1977), sintaxe espacial de Holanda (2002) e Amorim (2013) e Geografia do poder e da liberdade de Goffman (1961), Foucault (1975) e Benelli (2003). Como resultado, a autora identificou a afetividade e apropriação dos usuários no ambiente. Ela descreveu os espaços que atendem, ou não, aos parâmetros de humanização referenciados.

O artigo publicado na revista *Ambiente Hospitalar* de Carvalho e Silva (2012) com o título: *Arquitetura do cuidado em saúde mental: O CAPSad*, não tem como metodologia específica a APO, mas as autoras utilizam procedimentos similares. Elas fizeram uma análise observacional da estrutura física de dois CAPSad do estado da Bahia, embasado no estudo de referências e portarias do Ministério da Saúde que legitimam e regularizam tais espaços, assim como realizaram visitas técnicas às unidades escolhidas para estudo. Como resultado, esse estudo reuniu um acervo de informações e recomendações projetuais escritas para CAPSad, de acordo com os dados colhidos nas visitas e impressões das pesquisadoras sobre esses estabelecimentos. As autoras levantaram questões como condições ambientais dos espaços internos e externos (ruídos, ventilação, iluminação, plasticidade, segurança, acessibilidade, setorização e fluxo).

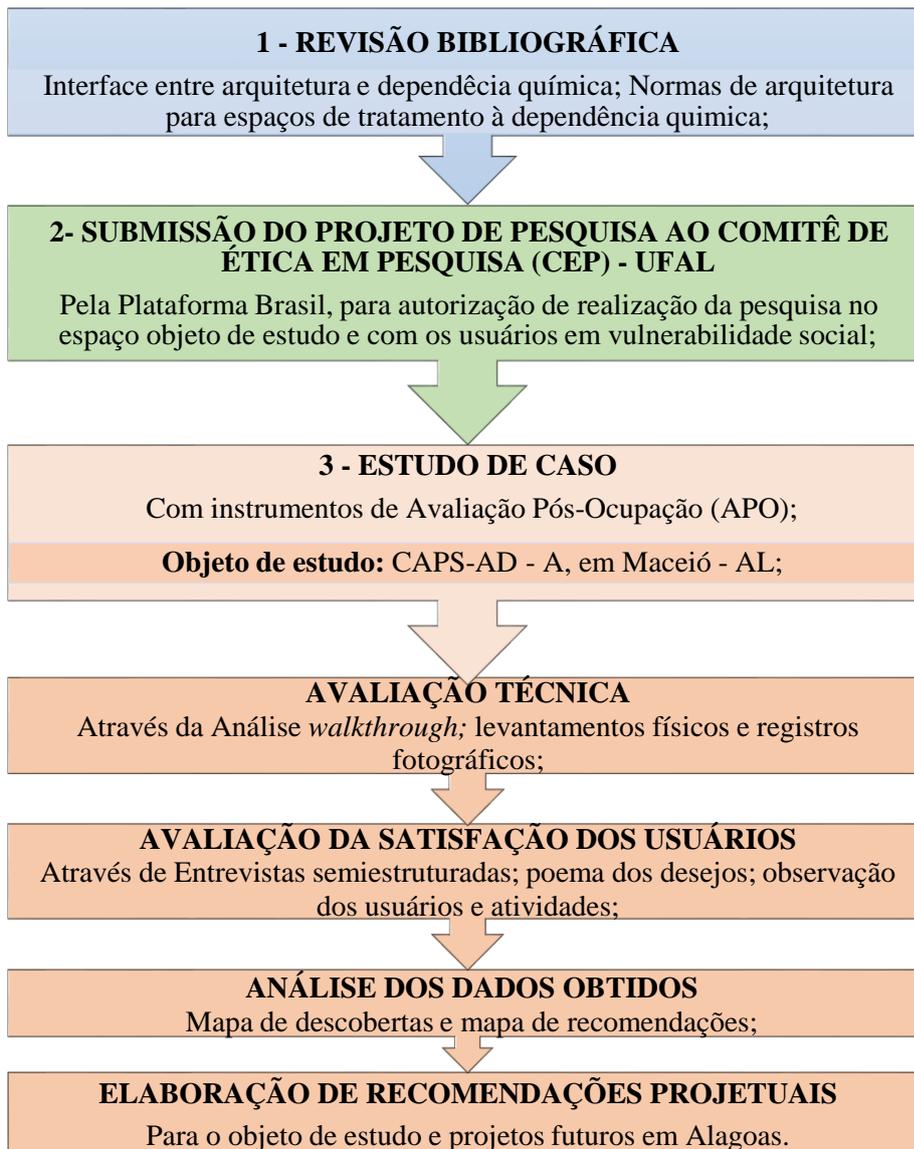
Com isso, o estudo das referências sobre Avaliação Pós-Ocupação, considerando que a pesquisa compreende essa metodologia, foi fundamental para enriquecer o arcabouço teórico desta dissertação.

4.3 Descrição das etapas metodológicas adotadas na pesquisa

Dessa forma, sabendo-se que nas pesquisas com essas características avaliativas, os principais métodos qualitativos aplicados para coleta de dados são: *walkthrough*, *wayfinding*, entrevistas individuais ou em grupo, grupo focal, poema de desejos e métodos observacionais (ONO *et al.*, 2018), foram selecionados para a pesquisa os seguintes procedimentos metodológicos descritos abaixo: (4.3.1) Revisão bibliográfica e (4.3.2) Estudo de Caso e suas técnicas baseadas em APO, incluindo: (4.3.2.1) Análise *Walkthrough*; (4.3.2.2) Levantamento físico e Registros fotográficos; (4.3.2.3) Entrevistas semiestruturadas; (4.3.2.4) Poema dos desejos; (4.3.2.5) Observação dos usuários e atividades; (4.3.2.6) Análise dos dados obtidos, com os instrumentos mapa de descobertas e recomendações; (4.3.2.7) Elaboração de recomendações projetuais baseadas em APO. E caracterização do objeto de estudo e estudo de caso no tópico (4.4) e (4.4.1), respectivamente. Esses métodos foram escolhidos devido à flexibilidade no modo de abordagem e aplicação, garantindo um maior aproveitamento das informações obtidas, para o atendimento dos objetivos da pesquisa.

Assim, de acordo com o processo de desenvolvimento metodológico, a pesquisa se dará por meio das etapas apresentadas no fluxograma a seguir:

Fluxograma – Etapas de desenvolvimento da pesquisa e sequência de passos da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora desta dissertação, 2019.

4.3.1 Revisão bibliográfica

Essa revisão foi fundamentada na interface da dependência química com a arquitetura, buscando-se conhecer assuntos relativos à doença, com base em autores como: Malbergier *et al.* (2012); Carlini (2011) e Carlini (2002); Abreu e Malvasi (2011); Martorelli (2016); Silveira (2012); Brasil (2014). Também foram analisadas as questões das dificuldades que os envolvidos com o tratamento enfrentam; as formas de terapia mais eficazes a partir do espaço; e a influência do espaço físico na recuperação, focando nas ideias de Bestetti (2014); Costa (2001); Silveira

e Machado (2009); Kasper *et al.* (2009); Elali (1997); Martins (2004); Freitas (2013); Goés (2004); Martorelli (2016); Bertolotti (2011); Felipp e Kuhnen (2012); Santos (2008); Constantino (2010); Bagnati e Fedrizzi (2017); Hazen (2010); Pellegrini (2011), entre outros autores. Foram abordados conceitos de humanização na arquitetura a partir de autores como: Bulhões, Vasconcelos e Escóssia (2015), Martins (2004), Barros e Pina (2011), Kowaltowski *et al.* (2011); Lopes e Medeiros (2004); Brasil (2013b). E estudos relacionados aos conceitos de psicologia ambiental e APO através de: Sommer (1973) e Elali (1997), Machado *et al.* (2011) Ono *et al.* (2018), Ornstein (1992 – 2018), Alves *et al.* (2018).

O estudo das referências internacionais e nacionais de espaços de saúde mental e para o tratamento da doença, foram fundamentais para definição das especificidades de um CAPSad. Fez-se necessário a revisão da legislação vigente e o estado da arte de edificações sedes de CAPSad no Brasil e especificamente em Alagoas, com intuito de observar o que está sendo construído e humanizado nesses espaços, através dos autores: Carvalho e Silva (2012); Amarante (1995); Martorelli (2016); e Ministério da Saúde (2002 - 2015) e RDC nº 50 da ANVISA (BRASIL, 2002c).

4.3.2 Estudo de caso baseado em APO (Análise técnica e da satisfação dos usuários)

Foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, localizado na cidade de Maceió, Alagoas, através de seu mapeamento e caracterização. Foram aplicados instrumentos de Avaliação Pós-Ocupação (APO), para análise da qualidade ambiental, como: *Análise Walkthrough*; Levantamentos físicos e fotográficos; Entrevista semiestruturada; Poema dos desejos e observação dos usuários.

O estudo de caso utilizando APO, foi iniciado em outubro de dois mil e dezoito e finalizado em março de dois mil e dezenove. Ao todo, foram feitas sete visitas à instituição, geralmente às segundas-feiras, e de acordo com a disponibilidade dos profissionais para acompanhamento nos levantamentos e participação das entrevistas. Para a coleta de dados, o pesquisador permaneceu das nove horas da manhã às cinco horas da tarde, durante os dias de visita.

A bibliografia de Ornstein (1992 e 2018), Rheingantz *et al.* (2009) e Ono *et al.* (2018), principalmente, serviram para embasar o estudo de caso, pois relacionam-se à Avaliação Pós-Ocupação do espaço construído, que segundo eles é um método empregado para definir critérios

de regulação e controle da qualidade do mesmo, tendo como finalidade obter graus de satisfação dos usuários.

Segue a descrição detalhada dos métodos e técnicas utilizados:

4.3.2.1 Análise *Walkthrough*

Instrumento da APO, de caráter exploratório, que foi utilizado com o objetivo de realizar o levantamento inicial e reconhecer o funcionamento geral do objeto de estudo. Esse método corresponde a um passeio guiado com um ou mais usuários-chave da edificação (ONO *et al.*, 2018). O *walkthrough* combinou simultaneamente observação e entrevista e foi utilizado para a avaliação de desempenho do espaço construído.

Também foi aplicado para a identificação dos aspectos negativos e positivos dos ambientes analisados (RHEINGANTZ *et al.*, 2009). A pessoa chave que acompanha o pesquisador em posse da planta baixa pôde identificar aspectos específicos sobre os ambientes da edificação objeto de estudo, sobre suas funções, adaptações e características importantes (ORNSTEIN, 2016).

4.3.2.2 Levantamentos físicos e registros fotográficos

Foram levantadas plantas baixas existentes da instituição escolhida para o estudo de caso, na Coordenação Geral de Engenharia e Arquitetura da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Além disso, foram feitas medições *in loco* das ampliações, adaptações e reformas da edificação objeto de estudo, não registradas pelos profissionais de engenharia e arquitetura dessa Secretaria.

Apresentam-se registros fotográficos de todos os ambientes internos, preservando a identidade dos usuários. Aliado a croquis, quando necessário, para facilitar a observação qualitativa do lugar (RHEINGANTZ *et al.*, 2009). Esse procedimento também permitiu uma avaliação técnica feita pelo pesquisador sobre o ambiente estudado, por isso não houve um contato amplo com o público alvo, apenas com os profissionais que trabalham no lugar (MARTORELLI, 2016).

4.3.2.3 Entrevista semiestruturada

Instrumento elaborado pelo pesquisador através de um roteiro, esquema básico, ou conjunto de perguntas que não são aplicadas de maneira sequencial (RHEINGANTZ *et al.*,

2009). A função desse tipo de entrevista é trazer certa flexibilidade no modo de abordagem. Elas foram fundamentais para descobrir e auxiliar às tomadas de decisão quanto às recomendações projetuais, para conhecer opiniões, sentimentos e necessidades do usuário que estabelece relação com o espaço. As entrevistas foram realizadas individualmente com os profissionais e em grupo com os usuários/acolhidos. A amostra compreendeu vinte usuários, destes foram selecionados doze profissionais (psicólogos, técnicos de enfermagem ou enfermeiros, diretores gerais ou equipe de gerência, agentes sociais ou monitores) e oito usuários/acolhidos do CAPSad (um deles participou da entrevista semiestruturada e os outros sete, do poema de desejos).

Esse método foi aplicado em salas da edificação analisada, a partir do dia onze de outubro de dois mil e dezoito até o dia onze de março de dois mil e dezenove, seguindo orientações da diretora geral do lugar. Além disso, os dados serão apresentados de forma anônima, para que não houvesse quebra de sigilo da pesquisa.

4.3.2.4 Poema dos desejos

O instrumento poema dos desejos, desenvolvido por Henry Sanoff, é um instrumento da APO de caráter exploratório e lúdico que conduz os usuários de um espaço a expressarem, por meio da escrita ou de desenhos, suas necessidades e desejos com relação ao edifício ou ambiente analisado (RHEINGANTZ *et al.*, 2009). Nesse sentido, os participantes preenchem uma frase identificando suas expectativas com relação à edificação, ambiente ou lugar onde está inserido. Por exemplo: “Eu gostaria que a edificação fosse, tivesse ou oferecesse...” (ORNSTEIN, 2016).

O emprego desse instrumento, no dia doze de março de dois mil e dezenove, permitiu a espontaneidade dos participantes da pesquisa (sete usuários), através de respostas de fácil resolução e aplicação pelo pesquisador. Esse método auxiliou na produção de resultados relativos às demandas e expectativas dos acolhidos do espaço, o que foi necessário para construção das recomendações projetuais, ao final da dissertação (RHEINGANTZ *et al.*, 2009).

4.3.2.5 Observação dos usuários e atividades

A observação envolve os sentidos da visão, audição, olfato e percepção do pesquisador sobre atitudes e comportamentos das pessoas relacionadas ao ambiente e vice-versa (ONO *et al.*, 2018). Ou seja, durante as visitas técnicas, foram observados aspectos gerais ligados ao

comportamento desses usuários, e registradas as sensações do pesquisador ao percorrer os ambientes, na análise *walkthrough*, diante de ruídos, cheiros, poluição visual, entre outras questões. Esse método foi realizado, portanto, juntamente à análise *walkthrough*, como identificador de alguns aspectos comportamentais dos usuários (ver subtópico 5.1.4).

Foi fundamental a participação em algumas reuniões e atividades de grupo terapêuticos realizadas por terapeutas ocupacionais e psicólogos nos espaços de tratamento, pois obteve-se uma visão mais ampla da problemática, das necessidades dos usuários e ambientais.

4.3.2.6 Análise dos dados obtidos

O mapa de descobertas serviu para análise desses dados, permitindo identificar, comunicar e sintetizar graficamente as descobertas, principalmente àquelas relacionadas com: as adaptações e improvisações decorrentes de falhas de projeto ou de execução, analisando a partir da planta baixa da instituição, questões relativas à funcionalidade, ao conforto ambiental (visual, térmico, acústico, lumínico), à segurança, e alguns aspectos comportamentais dos usuários, através de informações adquiridas das observações técnicas do pesquisador, incompreensão, e desconhecimento dos grupos de usuários, o que dificulta a funcionalidade necessária no dia-a-dia de um ambiente (RHEINGANTZ *et al.*, 2009).

E o mapa de recomendações foi utilizado como instrumento base para a construção das diretrizes projetuais para concepção e adequação de projetos da tipologia estudada, onde as informações foram expressas graficamente sobre a planta baixa da instituição, com base principalmente nas pesquisas de Martorelli (2016), Rheingantz *et al.* (2009) e Ono *et al.* (2018), entre outros.

4.3.2.7 Elaboração de recomendações projetuais

O resultado foi composto pelas recomendações projetuais baseadas em APO, a partir do estudo de espaços adequados para o tratamento, abordando: conforto térmico e psicológico, funcionalidade, segurança, qualidade ambiental e satisfação dos usuários no espaço. A definição dessas diretrizes também foi feita, embasada na análise dos condicionantes legais e ambientais que um projeto de CAPSad ou espaços correlatos devem ter, assim, foram apresentadas as normas, parâmetros reguladores e recomendações existentes importantes no planejamento e instalação dos ambientes terapêuticos ou assistenciais de saúde mental e reabilitação.

As recomendações pontuais para a instituição objeto de estudo foram apresentadas e sistematizadas num Quadro-Síntese (Quadro 8, página 182), compondo o diagnóstico e sugestão do pesquisador *versus* usuários, as indicações das normas e manuais de orientações vinculados ao estudo, e algumas observações. Esse quadro é necessário para ter uma visão geral dos resultados da aplicação da APO e para auxiliar na tomada de decisão de projetistas, arquitetos e envolvidos no planejamento do espaço (ORNSTEIN, 2016).

Também foram produzidas recomendações gerais para espaços e projetos ou adequações de instituições CAPSad situadas em Alagoas, de acordo com o levantamento das especificidades do objeto de estudo e resultados da pesquisa.

4.4 Objeto de estudo

Segundo a Secretaria do Estado de Saúde do Governo do Estado de Alagoas, já foram habilitados cinquenta e cinco CAPS⁶, distribuídos ao longo da região, de acordo com o porte, complexidade e abrangência populacional, entre eles: CAPS I, CAPS II, CAPSad, CAPSi. Esses espaços são definidos no capítulo três desta dissertação.

A partir de pesquisas realizadas para meu Trabalho de Conclusão de Curso entre os anos de 2016 e 2017, foi possível perceber que o Estado tem uma quantidade insuficiente de instituições para atender às necessidades do público acometido de dependência de álcool e outras drogas, mesmo incluindo o CAPSad, se comparada à demanda local, que unam além do tratamento profissional e técnico ao usuário, a sua reinserção no meio social, com espaços adequados arquitetonicamente ao acolhimento desses indivíduos. E conforme os dados colhidos na Secretaria de Prevenção a Violência do Estado - SEPREV (2016) os Centros de Acolhimento já atenderam a mais de 20.000 pessoas envolvidas com drogas desde 2014 (SEPREV, 2016). Por isso reitero a importância de estudar espaços localizados neste Estado.

Esta pesquisa destinou-se a investigar as características ambientais de um Centro de Atenção com atendimento exclusivo à pessoas com dependência química, por isso, para a seleção da instituição objeto de estudo, foi de extrema importância mapear os CAPSad existentes no Estado de Alagoas.

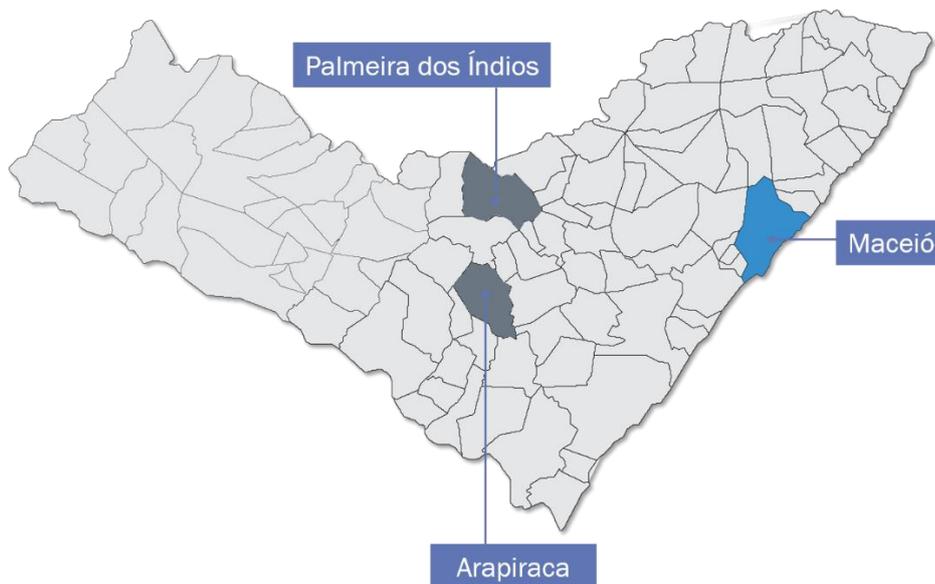
Conforme o mapa (Figura 34), os municípios que contém CAPSad são: Palmeira dos Índios, Arapiraca e Maceió⁷, visto que estes espaços são implantados apenas em municípios

⁶ Disponível em: <http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/caps/> Acesso em 6 mar. 2019.

⁷ Informação extraída de cartilha explicativa em comemoração ao dia 18 de maio, “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”, da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, através da SUAP – Supervisão de Atenção

com população superior a 200.000 habitantes ou entre 70.000 e 200.000 (caso de Palmeira), de acordo com a Portaria nº 336/GM (BRASIL, 2002a) que especifica as modalidades dos CAPS na rede SUS.

Figura 34 – Mapeamento de CAPSad no estado de Alagoas



Fonte: Elaborado pela autora desta dissertação, 2018.

Ao estudar as especificidades de cada município, indo até cada um para conhecer seus Centros de Atenção, foram eliminados da pesquisa os CAPSad de Arapiraca e Palmeira dos Índios, pois os seus estabelecimentos encontram-se funcionando temporariamente em unidades residenciais. E também não contemplam o tempo recomendado de uso das instalações, para realização de Avaliação Pós-Ocupação, aproximadamente um ano, dificultando assim, a definição de propostas para espaços que possivelmente serão desativados. Além disso, o município de Arapiraca conta com um projeto de CAPSad III, que será localizado no bairro Massaranduba, sem previsão de término, de acordo com profissionais do atual CAPSad da cidade.

Um CAPSad, localizado na cidade de Maceió, foi o objeto de estudo escolhido, pois é um espaço implantado a mais tempo que os outros dois, tem especificidade com o público atendido e com relação ao horário de atendimento, único vinte e quatro horas, além de estar situado no maior município do Estado.

Psicossocial, entregue pela diretoria do CAPSad de Arapiraca-AL, a qual demonstra a subdivisão dos três tipos de CAPS presentes em todas as cidades do estado.

A seguir, o objeto de estudo selecionado para a pesquisa será identificado como CAPSad - A, para garantir o anonimato da instituição e orientações de ordem ética. O espaço será caracterizado de forma geral, de acordo com seus usuários, equipe técnica, atividades e espaço físico:

4.4.1 Análise do CAPSad - A

O espaço faz parte da Rede de Atenção Psicossocial do Estado e está localizado num bairro composto por edificações unifamiliares e clínicas de reabilitação. Foi implantado em 2006, um pouco depois da instituição desses espaços no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 2002, oferecendo um serviço aberto e de base comunitária, como indicado pelo SUS. Mas, somente a partir de 2013 começou a oferecer tratamento 24h, para que os acolhidos pudessem receber atendimento no período da noite, finais de semana e feriados.

Segue abaixo a caracterização geral do CAPSad – A, de acordo com seus usuários, equipe de profissionais, atividades realizadas e por último, seu espaço físico:

- Usuários

O Centro atende em média cinquenta pessoas, podendo chegar a oitenta ou cento e oitenta usuários atendidos. Mas de acordo com a diretora da instituição, o ideal seria receber sessenta pessoas por turno (que passam o dia para a convivência na instituição e depois voltam para casa ou para as ruas). Hoje, o espaço tem uma capacidade de acolhimento livre para este tipo de usuário. Os **usuários atendidos ou externos** são em sua maioria do sexo masculino, solteiros, desempregados e com ensino fundamental incompleto, que já tiveram conflito com a lei ou com a família, dependentes de álcool ou múltiplas drogas. Eles geralmente procuram a instituição, após o uso pesado de uma droga, ou por estarem em risco nas ruas, sofrendo ameaças. O encaminhamento desses indivíduos é feito através de um profissional, por procura espontânea deles, pedido familiar ou determinação judicial.

A instituição também recebe um grupo de usuários, chamados **acolhidos**, por ficarem na instituição por um período de vinte e quatro horas. São no máximo quinze pessoas (seis homens, seis mulheres e dois infanto-juvenil – a partir dos doze anos), pois o espaço disponibiliza quinze leitos em suas instalações, específicos para esse público (seis leitos feminino adulto; sete leitos masculino adulto e dois leitos infanto-juvenil). O acolhimento para usuários em crise aguda acontece em quatorze dias ou mais, dependendo da gravidade ou demanda dos casos. Quando os dependentes precisam passar pelo período de desintoxicação

(recuperação física e orgânica), são encaminhados para o Hospital Geral Professor Ib Gatto Falcão, localizado em Rio Largo, onde existem seis leitos destinados à saúde mental.

- Equipe e atividades

O espaço também conta com uma equipe multiprofissional de vinte pessoas trabalhando ao dia (cinco agentes sociais, cinco serviços gerais, dez (psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, educador físico e terapeuta ocupacional)). No geral, a equipe é composta por um total de noventa e cinco profissionais: gerente, agente de gestão, assessora técnica, dez assistentes administrativos, oito psiquiatras, clínico geral, nove psicólogos, oito assistentes sociais, onze enfermeiros, dezesseis técnicos de enfermagem, dois educadores físicos, terapeuta ocupacional, nutricionista, duas merendeiras, três motoristas, vinte agentes de ação social, que realizam o acompanhamento clínico (medicamentoso) e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, direitos civis e fortalecimento dos laços comunitários. Porém, nem todos atendem exclusivamente no CAPSad – A.

Os serviços ofertados na atenção especializada dessa instituição são: atendimento humanizado; atendimento com os profissionais; dispensação de medicação básica e controlada; grupos de educação em saúde; oficinas terapêuticas; atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Cultura: artesanato, capoeira, dança, música, práticas integrativas; passeios terapêuticos, entre outros.

- Espaço Físico

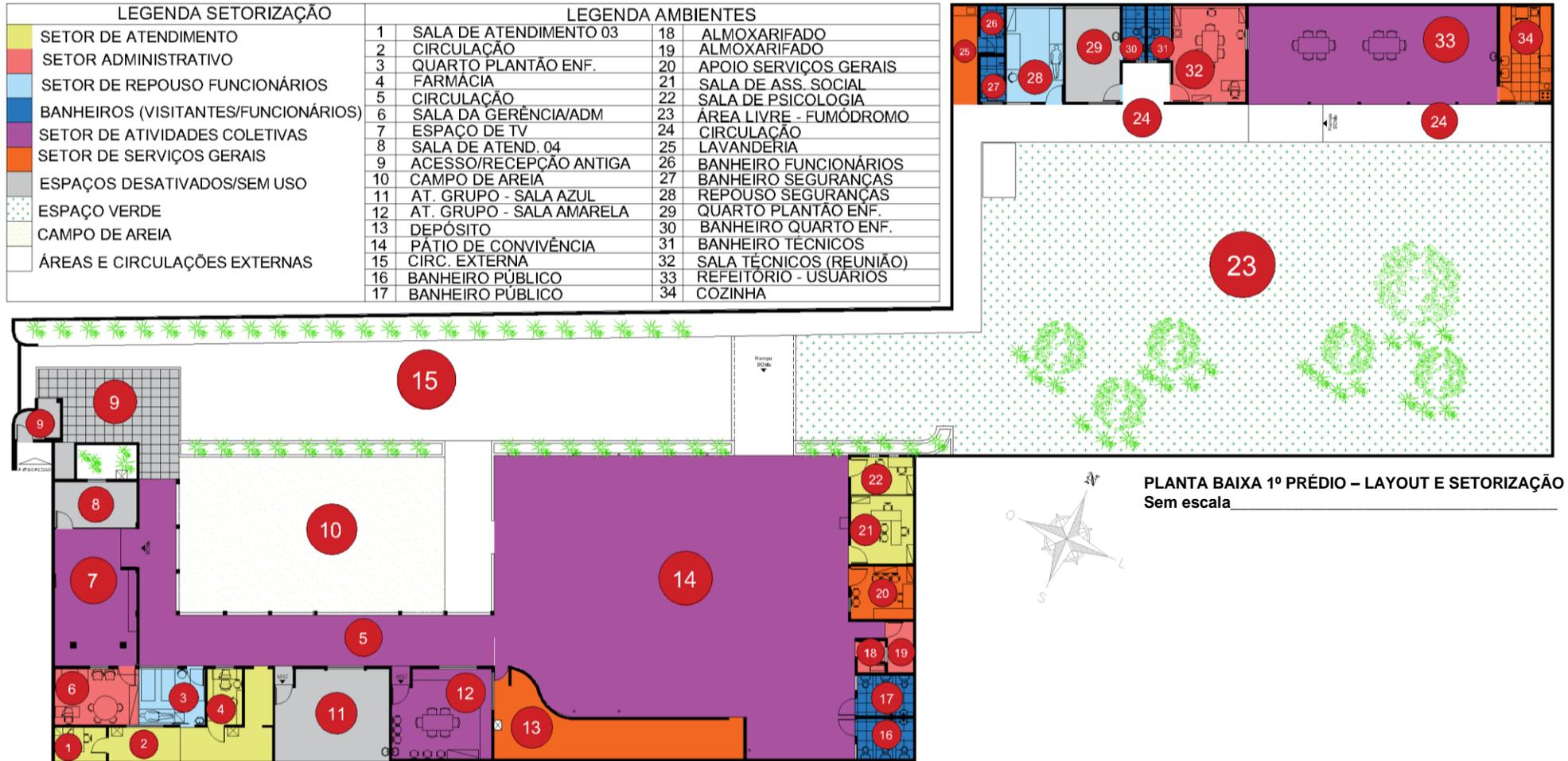
O CAPSad – A, é uma edificação térrea (Figuras 35), atualmente com uma área construída de 1.611,56m² (Ver Mapa de descobertas - Apêndice D). Aproximadamente até 2011, o local contava com apenas um prédio e funcionava como CAPS I – infanto-juvenil, com uma área de 1205,84m² (Figura 36), inferior ao que existe hoje.

Figura 35 - Fachada do CAPSad em Maceió



Fonte - Acervo da autora, 2018.

Figura 36 – Planta baixa e setorização do primeiro prédio do CAPSad - A



Fonte: Planta baixa adaptada pela autora desta dissertação, com base em levantamento físico do CAPSad de Maceió-AL, feito pela Coordenação Geral de Engenharia e Arquitetura da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, 2018.

Foram realizadas reformas e ampliações no local, para se tornar um CAPSad III, aproximadamente no ano de dois mil e treze (não foram encontrados dados exatos sobre ano de reforma), devido a necessidade de estender o atendimento aos acolhidos para um período de vinte e quatro horas. Dessa forma, foi anexada uma segunda edificação ao primeiro prédio, com uma área de 405,72m² (Figura 37), contando com a intervenção de arquitetos e engenheiros da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

Esta segunda edificação, pode ser dividida em dois setores, sendo uma sala pertencente ao setor administrativo, que é o arquivo médico e prontuários (SAME). O primeiro setor abrange os ambientes destinados ao atendimento dos profissionais ao usuário (recepção, duas salas de atendimento individual, sala para Comissão de Avaliação e Tratamento (CAT), sala de enfermagem, dois banheiros para visitantes e usuários), e o segundo setor corresponde ao de acolhimento de dependentes químicos que ficam na instituição durante quinze dias (três quartos para acolhimento, feminino, masculino, infanto-juvenil, dois banheiros para os usuários, espaço de convivência interno e banheiro para os profissionais) (Figura 37).

Atualmente, compondo dois prédios (Ver Mapa de Descobertas - Apêndice D), o CAPSad – A, contém os seguintes ambientes: recepção, dois banheiros para visitantes, sendo um adaptado para pessoas com deficiência (em manutenção), três salas de atendimento individual, uma sala de prontuários (Serviço de arquivo médico - SAME), sala da Comissão de Avaliação e Tratamento (CAT), duas salas para terapia ocupacional ou atendimento em grupo, porém apenas uma delas está funcionando, a outra está em manutenção, sala da enfermagem (atendimento), sala da direção e administração, quarto de repouso da equipe de enfermagem, farmácia, banheiro para profissionais, espaço de convivência interno, pátio de convivência coberto, campo de futebol de areia, sala de psicologia, espaço da televisão, sala do serviço social, dois banheiros, um feminino e outro masculino para os acolhidos, cozinha, refeitório, quinze leitos de acolhimento noturno (necessidade de observação, repouso, proteção, manejo de conflito – retomada das relações interpessoais, convívio familiar e comunitário) divididos entre três quartos, feminino (seis leitos), masculino (sete leitos) e infanto-juvenil (com dois leitos, apenas), dois depósitos de material de limpeza, lavanderia, sala de reunião dos profissionais com banheiro (sala dos técnicos), área livre (fumódromo).

Figura 37 – Planta baixa e setorização do segundo prédio do CAPSad – A, para acolhimento 24h



Fonte: Levantamento físico do prédio do CAPSad – A, elaborado pela autora desta dissertação, 2018.

É imprescindível demonstrar a metodologia da dissertação, trazendo o passo a passo e dados a considerar na pesquisa, assim como a caracterização do objeto de estudo de modo geral. Explicitando como ocorrerá a aplicação dos métodos e técnicas, apresentando o contexto em que o espaço estudado está inserido e o motivo pelo qual foi escolhido. O enfoque qualitativo foi dado, pois buscou-se compreender a perspectiva dos participantes da pesquisa, seus pontos de vista, opiniões e para explorar a qualidade ambiental do CAPSad – A, durante o processo de coleta de dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo aborda os resultados do estudo de caso realizado em Maceió, Alagoas, no CAPSad – A, trazendo os principais dados coletados a partir de instrumentos da Avaliação Pós-Ocupação, descritas nos procedimentos metodológicos desta dissertação (Capítulo 4). A APO do espaço teve início no dia onze de outubro de dois mil e dezoito com aplicação de análise *walkthrough*, entrevistas semiestruturadas e poema dos desejos, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL – Universidade Federal de Alagoas, por meio de parecer consubstanciado (Anexo A), emitido em quinze de setembro de dois mil e dezoito.

No dia quinze de outubro de dois mil e dezoito, foi possível realizar o levantamento físico do segundo prédio construído após reformas na instituição no ano de dois mil e treze, pois a planta baixa disponibilizada pelos engenheiros e arquitetos da Secretaria Municipal da Saúde contém apenas o levantamento do primeiro prédio. O levantamento aconteceu com o auxílio de trena, papel e lápis para o croqui, e celular com câmera para registrar características ambientais importantes ao estudo. Durante esta ação, alguns internos ofereceram ajuda e pediram para medir a altura deles. Essa atitude trouxe uma relação de afetividade, empatia e confiança, produzida na interação do pesquisador com os usuários, ajudando a transformar o estudo em uma experiência cheia de descobertas.

Foram enfrentadas algumas dificuldades, devido à alta demanda do Centro, a grande quantidade de intercorrências e falta de tempo de boa parte dos profissionais, que apesar disso, mostraram-se desejosos de participar da pesquisa. Assim como, problemas para entrar em boa parte dos ambientes, pois estes eram mantidos trancados e as chaves guardadas na recepção ou com os próprios profissionais, como medida de segurança.

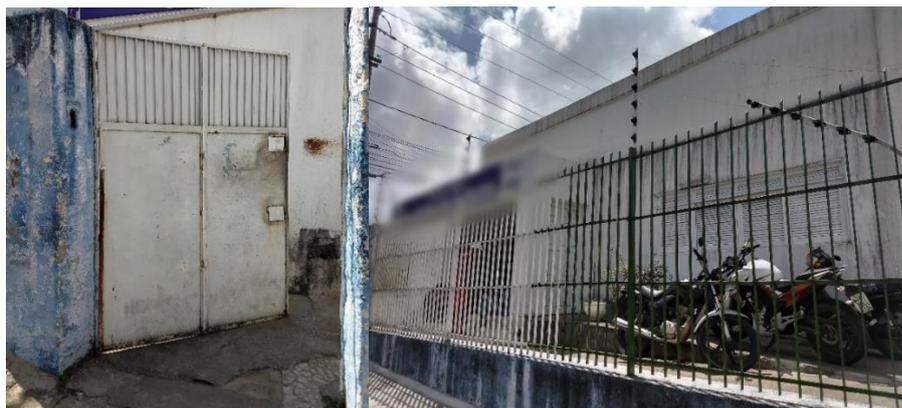
Para Avaliação Pós-Ocupação, as seguintes questões e aspectos foram considerados com relação ao espaço construído: funcionais (localização, orientação, implantação, acessibilidade, distribuição espacial, circulações), conforto e qualidade (iluminação, ventilação, ruídos e odores, aparência interna e externa), segurança e comportamento dos usuários do espaço (ALVES; FIGUEIREDO; SÁNCHEZ, 2018).

5.1 Análise *walkthrough*

Ao chegar à instituição para realizar esta análise, na manhã do dia 11 de outubro de 2018, não foi possível reconhecer o espaço como um serviço comunitário e de portas abertas, pois o grande portão de ferro (com apenas algumas aberturas e cadeados), o muro alto, as grades

e cerca elétrica, no acesso e fachada principal, passaram a sensação que o espaço deveria manter-se fechado (Figura 38), trazendo insegurança a quem estava visitando o local pela primeira vez. “De forma involuntária, essas primeiras impressões, de certa forma, reproduzem os estigmas que socialmente os usuários de drogas carregam.” (MARTORELLI, 2016, p. 106).

Figura 38 – Portão de ferro, grades e cerca elétrica



Fonte: Acervo da autora, 2018.

O passeio guiado foi realizado com a ajuda de uma assessora técnica que trabalha na instituição, a qual explicou algumas alterações espaciais ao longo do tempo, ao indicar na planta baixa da instituição cada ambiente existente. Durante a caminhada junto a profissional, tomou-se nota das principais características espaciais descobertas. Também foram tiradas fotografias gerais para possibilitar a percepção do espaço. Foram observados aspectos funcionais, estéticos e até comportamentais dos usuários, descritos num diário de campo. Este era um dia atípico, pois o CAPSad - A, estava com muitas intercorrências e, por isso, as circulações entre a recepção e a sala de convivência interna estavam congestionadas. Muitas vezes, tivemos que esperar os usuários passarem, para poder caminhar. Através dessa primeira análise, foi possível detectar pontos positivos e negativos gerais acerca do espaço, descritos no Quadro 5:

Quadro 5 - Pontos positivos e negativos do espaço físico do CAPSad de Maceió-AL, detectados pela autora

Pontos Positivos	Pontos Negativos
Grande quantidade de ambientes para realização de atividades terapêuticas	Muitas adaptações nos espaços internos (reformas) e improvisações
	Pouca iluminação natural
Espaços abertos amplos e arejados	Aparência interna e externa desagradáveis
Usuários (acolhidos) interagem livremente dentro da instituição, exercendo autonomia	Falta acessibilidade, principalmente nos banheiros
	A maioria dos ambientes são climatizados, com excesso de mobiliário para pequenas áreas
Grande área aberta, com plantações (próxima ao refeitório)	Odores vindos dos banheiros e fumódromo
	Altos ruídos na recepção (devido ao grande fluxo de pessoas)
	Setorização confusa (muitas circulações) e grandes distâncias de um ambiente a outro

Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Os principais pontos analisados, relativos ao espaço físico da instituição, serão discutidos abaixo:

5.1.1 Questões relacionadas à funcionalidade do espaço

A edificação como um todo contém muitos problemas funcionais. Um deles é relativo a setorização confusa e sem planejamento prévio, o que dificulta a circulação dos profissionais, usuários e visitantes do espaço de um ambiente a outro. Tendo em vista que foi adaptado um prédio a outro de configuração diferente, há uma clara segregação entre os dois. Dessa forma, são grandes as distâncias a serem percorridas de um espaço de atendimento profissional a um espaço de reuniões dos técnicos, por exemplo, dificultando o trabalho dos profissionais; ou da recepção até a farmácia, para os usuários que vão ao lugar apenas para buscar medicamentos, acarretando no congestionamento da circulação, entre os que chegam e os que estão usando o espaço durante o dia (Ver Mapa de Descobertas - Apêndice D).

O acesso ao Centro de Atenção, se dá através de escada (Figura 39) e rampa, para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida (Figura 40). A escada tem degraus com espelhos de diferentes alturas, o que pode provocar quedas e a rampa está com vasos de plantas, servindo como estacionamento para as motos dos funcionários, sem corrimão para proteção (Figuras 39 e 40). Assim como, a porta que dá acesso a rampa, é mantida fechada. Essas questões podem

trazer dificuldades ao atender pessoas com deficiência, tendo em vista que a rota para as mesmas, encontra-se obstruída, insegura e sem sinalização, em desacordo com a NBR 9050 (ABNT, 2015), a qual traz critérios sobre acessibilidade em edificações.

Figura 39 – Acesso a instituição pela escada



Fonte: Autora desta dissertação, 2018

Figura 40 – Acesso a instituição pela rampa



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

A recepção do Centro (Figuras 41 e 42) é de fácil acesso, pois é encontrada no momento que se entra no prédio. Porém, não há controle de quem entra e sai do espaço. A porta de vidro da entrada encontra-se quebrada, com apenas três folhas fixas e a ausência de uma folha de abrir, pois um dos usuários quebrou durante um momento de crise. O ambiente contém quinze assentos do tipo cadeira longarina com três lugares, para acomodar os usuários atendidos com seus acompanhantes e visitantes. Ainda contempla cinco cadeiras de plástico, destinadas aos agentes de ação social, também conhecidos por monitores, e para os recepcionistas que ficam atrás do balcão de granito (Figura 42).

Figura 41 – Recepção do prédio inaugurado em 2013



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Figura 42 – Recepção do prédio inaugurado em 2013



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

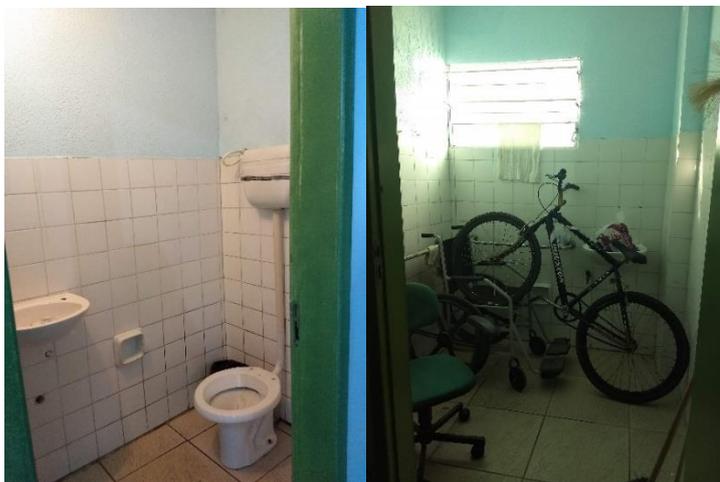
O espaço admite boa incidência de luz natural durante os horários da manhã e da tarde, que entra através de uma janela de madeira com venezianas fixas (Figura 42) e pela porta de vidro do acesso principal, sendo, muitas vezes, dispensável, ligar as luzes fluorescentes. O forro é em PVC branco, o piso é de cerâmica branca e as paredes e portas pintadas em diversas cores (azul, amarelo e verde) e revestimento do tipo cerâmica com textura de madeira até a metade das paredes de cor azul, o que causa certo desconforto com relação à estética do espaço, que também contém diversos murais e painéis pendurados nas paredes, contendo os nomes e fotografias dos responsáveis pela construção do prédio, quadro de funcionários com horários, e placas de avisos.

Por outro lado, os quadros pendurados na parede azul, pintados pelos acolhidos do espaço, trazem uma característica afetiva ao lugar, pois através disso, percebe-se que este espaço também pertence a eles, com o qual podem estabelecer relações e se identificar (Figura

42). Para ventilação do ambiente, existem dois ventiladores de parede, que geralmente ficam desligados, um na área dos recepcionistas, próximo a janela, e outro para quem está sentado nas cadeiras longarinas. Porém a ambiente é desconfortável no quesito ventilação, ficando muitas vezes quente no período da manhã e tarde.

Existem dois banheiros no ambiente, um para visitantes e usuários e o outro adaptado para pessoas com deficiência (Figura 43). Este último não está sendo utilizado, e funciona como depósito. O armário para guarda dos pertences dos usuários que chegam para passar o dia na instituição fica entre esses dois banheiros, onde também pode ser encontrada uma cadeira para pessoas com mobilidade reduzida.

Figura 43 – Banheiros da recepção



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

A recepção é o espaço com maior fluxo de pessoas, principalmente nos dias em que há muitas intercorrências. Ao entrar nas salas de atendimento individual, que ficam do lado direito a partir do acesso de quem entra na recepção, pode-se ouvir todos os ruídos vindos do ambiente, desde conversas, som da TV, até crises de pessoas que estão sendo atendidas ou chegando à instituição.

A Figura 44 demonstra o antes e depois do corredor de acesso às salas de atendimento individual, à sala da Comissão de Avaliação e Tratamento (CAT) e ao SAME (Guarda dos prontuários e arquivo médico). As portas que antes eram brancas e com placas de identificação das salas, agora estão verdes e sem essa sinalização, o que dificulta a localização das mesmas. O corredor principal, consideravelmente largo, vai se fechando à medida que se adentra no

espaço, dando a sensação de enclausuramento à quem o visita pela primeira vez, devido a grande quantidade de portas e nenhuma janela, até chegar ao ambiente de convivência interno.

Figura 44 – Corredor das salas de atendimento individual



Fonte: Autora desta dissertação, 2018 e 2019.

As salas de atendimento individual, localizadas na recepção, têm dimensões equiparadas. Nessa área existem apenas duas salas desse tipo, utilizadas por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. As paredes são pintadas em tom azul claro, as janelas são mantidas fechadas devido a presença de ar condicionado, existe uma pia para os profissionais, e mesa com duas cadeiras de plástico para atendimento.

A primeira sala localizada no espaço da recepção é a sala de prontuários dos acolhidos e atendidos na instituição, ambiente destinado ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) (Figura 45). Neste ambiente, a janela de madeira com venezianas fixas é isolada por um armário de aço com duas portas. Existem diferentes tipos de mobiliários para guarda de documentos, destinados a registrar as informações referentes aos cuidados médicos prestados ao usuário e ao perfil do atendido e acolhido. Essa sala fechada dá a sensação de enclausuramento, por causa da grande quantidade de objetos existentes, além de não ter passagem para saída de ar. Mas sua dimensão está de acordo com o mínimo previsto pela portaria nº 615 do Ministério da Saúde e pelo Manual de orientações para Centros de Atenção Psicossocial, por considerarem que o arquivo deve ter armários e ser um espaço para circulação de duas pessoas.

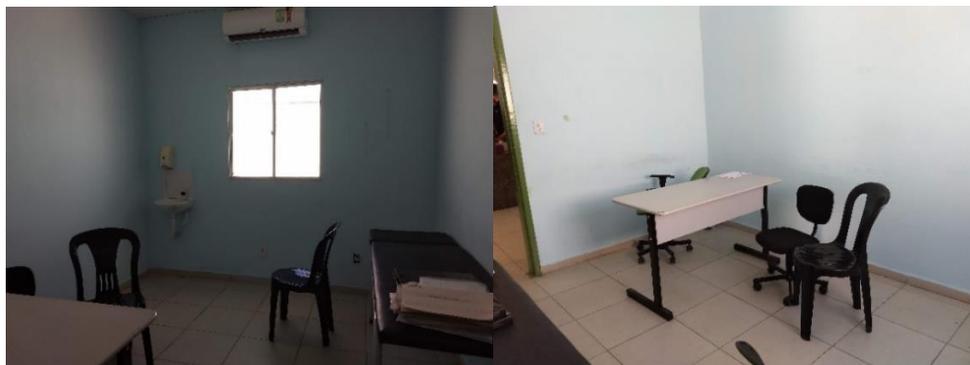
Figura 45 – Sala de prontuários: SAME.



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

A segunda sala é a de atendimento individualizado 01 (Figura 46), ambiente destinado às consultas, entrevistas, terapias e orientações realizadas pela equipe multiprofissional com o usuário e seus familiares. Tanto esse espaço, como o de atendimento individual 02 (Figura 48), existentes na recepção do prédio, possuem pias para higienização das mãos, mesa para atendimento com cadeiras de plástico para os profissionais e usuários, maca, ar condicionado e janelas de vidro de correr, que algumas vezes ficam abertas para a circulação do ar.

Figura 46 – Sala de atendimento individual 01



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

A terceira sala é destinada a Comissão de Avaliação e Tratamento (CAT) (Figura 47), a qual não faz parte dos ambientes mínimos destinados a um CAPSad ou CAPSad III, como orientado pelos instrumentos e políticas de saúde mental. Antes esse espaço funcionava como sala de atendimento individualizado, que foi suprimida para atender a essa necessidade. Contudo, a presença da CAT no CAPS, foi solicitada através de uma ação civil pública e por

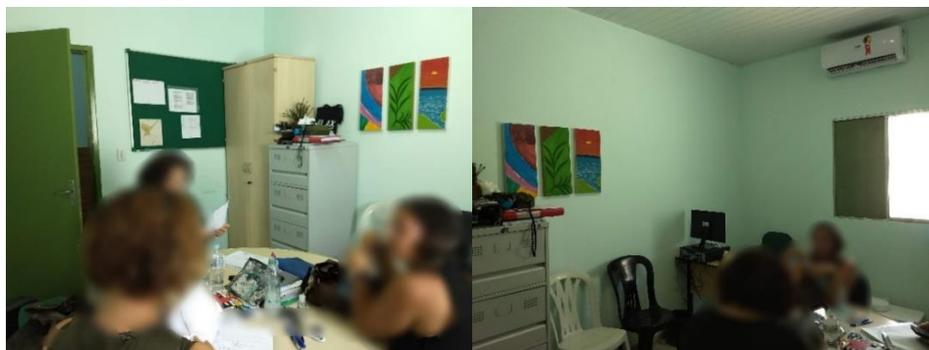
instituição da justiça, com o objetivo de reduzir as internações que acontecem de forma negligente.

De acordo com um dos profissionais entrevistados, médicos de qualquer especialidade, apenas por meio de solicitação da família do usuário, concediam atestado para internação involuntária em clínicas de recuperação. Mas essa situação vai de encontro ao pensamento da Reforma psiquiátrica, acarretando internações em massa e sem avaliação prévia do paciente.

Diante disso, o usuário somente é encaminhado à internação involuntária, após ter o aval da CAT, reduzindo assim, o número de internações inadequadas. Além dessa condução e avaliação dos usuários, a Comissão os assiste por meio de duas modalidades de atendimento, realizado pela equipe multiprofissional - composta por dois psicólogos, dois assistentes sociais, dois auxiliares administrativos e cinco psiquiatras – a primeira é por demanda espontânea, ou seja, quando o usuário vai até o serviço ou a família o leva, e por solicitação da família para avaliação dele no serviço, por não conseguir leva-lo de forma voluntária. Então, três profissionais vão até a residência da pessoa com dependência química e normalmente ficam na sala outros três profissionais, junto ao usuário e seus familiares.

Ao fazer o levantamento fotográfico desta sala, houve dificuldade para locomoção dentro do ambiente, por existir uma grande quantidade de mobiliários – mesa com computador, seis cadeiras de plástico, mesa circular, gelágua e pia - algo que também traz desconforto visual a quem entra no local. A janela existente está com proteção e é mantida fechada, pois foi quebrada por um dos usuários do Centro, mas ainda assim admite a entrada de luz natural no espaço no período da manhã. As fotografias abaixo foram tiradas nesse período (Figura 47).

Figura 47 – Sala da Comissão de Avaliação e Tratamento (CAT)





Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

A sala de atendimento individualizado 02 (Figura 48), é a última sala localizada na recepção do prédio. Essa sala, assim como a sala de atendimento individualizado 01, contém janela de vidro de correr, com possibilidade para ser aberta, admitindo entrada de ventilação e iluminação. E diferentemente do ambiente de atendimento 01, este espaço contém duas mesas, sendo uma com computador, que antes estava na sala do arquivo (SAME), e armário.

Figura 48 – Sala de Atendimento Individualizado 02



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Após passar pelas salas de atendimento, o usuário encontra a sala de enfermagem (Figura 49 e 50), onde os enfermeiros e técnicos de enfermagem oferecem assistência e atenção contínua aos usuários em plantões de até vinte e quatro horas. Este é um ambiente localizado entre os quartos de acolhimento masculino e feminino, com uma área acima do que é recomendado pelas normativas, e funciona ao mesmo tempo como sala para administração e aplicação das medicações e sala para realização de curativos. Ou seja, os procedimentos limpos e contaminados são realizados no mesmo ambiente, por mais que a Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013 e o Manual de Orientações para Elaboração de Projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UA, recomendem que existam espaços distintos para a execução destes métodos.

Os espaços mínimos indicados por esses instrumentos são o posto de enfermagem, onde a equipe técnica realiza atividades específicas e administrativas, estando próximo aos quartos de acolhimento dos usuários. E sala de aplicação de medicamentos, específica para preparar e administrar medicação oral e endovenosa, a qual deve estar próxima ao posto de enfermagem.

Esta sala contém porta com estilo guichê (Figura 49), como é recomendado para a sala de medicação, pelo Manual de Orientações para elaboração de projetos de CAPS. Há uma janela basculante quebrada por usuário, coberta com papel, e esquadrias de vidro do lado esquerdo e do lado direito, para poder visualizar os acolhidos nos quartos. Possui pia, mobiliários de aço para guarda de ferramentas e medicamentos, geláguia, uma mesa com cadeira para o profissional e duas cadeiras para acomodar outros usuários ou profissionais.

Figura 49 – Sala de procedimentos da enfermagem – conhecida como posto de enfermagem



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Figura 50 – Mobiliário da sala de procedimentos da enfermagem



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Conforme o Manual de Orientações para Elaboração de Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de CAPS, o CAPSad III atende adultos, crianças e adolescentes

(BRASIL, 2015). Com isso, observou-se que a instituição compreende quartos para atender a esses três públicos. O quarto de acolhimento feminino (seis leitos), masculino (sete leitos) e infanto-juvenil (dois leitos) (Figuras 51, 52 e 53), todos com ar condicionado, paredes pintadas de azul claro, com janelas e portas pintadas na cor verde. O quarto de acolhimento masculino e feminino ficam ao lado da sala de enfermagem e o infanto-juvenil fica em frente a este ambiente. Então, esses quartos estão localizados próximos uns dos outros. Para o público adulto, essa proximidade é um problema, pois afeta a privacidade das acolhidas e os usuários tornam-se vulneráveis à prática de relações sexuais dentro da instituição, algo que não é permitido, mas acaba acontecendo quando os funcionários não conseguem controlar. Para os jovens, além do quarto existente, o CAPSad – A, não contempla ambientes específicos voltados a atividades para eles.

Figura 51 - Quarto de acolhimento infanto-juvenil



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

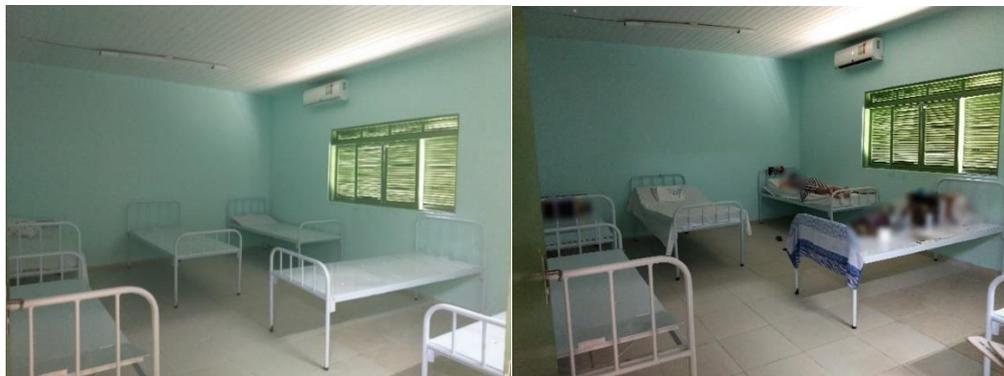
Só existe um leito no quarto infanto-juvenil, que assemelha-se ao existente em hospitais, com estrutura metálica e colchão. E uma maca hospitalar, considerada como segundo leito (Figura 51). Conforme o Manual de Orientações para Elaboração de Projetos de CAPS, pelo menos em um dos quartos deve ter duas camas do tipo hospitalar, como é o caso do quarto de acolhimento para jovens e adolescentes. Nesse ambiente, deve existir banheiro adaptado para pessoas com deficiência, o que não foi identificado no CAPSad – A, pois o único banheiro adaptado está em manutenção e localiza-se na recepção do segundo prédio (novo).

Além disso, esse instrumento do Ministério da Saúde, recomenda que os quartos de acolhimento, desde o que comporta duas pessoas até o que tem capacidade para mais, devem conter armários individuais para que os usuários possam guardar seus objetos de uso pessoal.

Entretanto, no quarto de acolhimento feminino, é notória a guarda de alguns pertences de uma usuária, acima de um dos leitos (Figura 52), e no quarto de acolhimento masculino, há uma estante de plástico que é compartilhada por todos, para a guarda desses objetos (Figura 53). Existe um armário fora dos quartos, na circulação entre esses ambientes, porém esse mobiliário é compartilhado por homens e mulheres (Figura 54). Além disso, alguns leitos estão dispostos de forma variada, encostados na parede, sem espaçamento entre um e outro, provavelmente para que a quantidade existente se adeque à dimensão do quarto.

Há uma distinção entre as esquadrias utilizadas nos quartos de acolhimento feminino, das encontradas no quarto de acolhimento masculino. O primeiro tem uma janela de madeira e de abrir, com venezianas fixas (Figura 52). E o segundo tem apenas uma janela em fita com três folhas, de correr, que é mantida trancada com cadeado (Figura 53). A impressão é que o quarto masculino, assim como o infanto-juvenil são mais fechados, sem iluminação natural. Por outro lado, o quarto feminino admite a renovação de ar e entrada de luminosidade no ambiente, através das venezianas fixas.

Figura 52 – Quarto de acolhimento feminino sem uso (2018) e sendo utilizado pelos usuários (2019)



Fonte: Autora desta dissertação, 2018 e 2019.

Figura 53 - Quarto de acolhimento masculino



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Existem três corredores de circulação no segundo prédio (novo). A circulação da recepção, dos quartos de acolhimento e dos banheiros para os acolhidos, respectivamente (Figura 54). Ao passar pela porta de madeira da recepção, a qual é mantida aberta com peso de porta, logo se tem acesso à circulação dos quartos e à sala de enfermagem. Todos que entram na instituição, profissionais, visitantes e usuários, os que vão apenas buscar medicamentos, ou para convivência diária, mesmo que não estejam acolhidos nesses quartos e não precisem de atendimento na enfermagem, passam por essa circulação, pelo corredor dos banheiros destinados aos acolhidos e pelo espaço de convivência destes com seus familiares (Figuras 54 e 57).

Figura 54 – Circulações dos quartos e banheiros do prédio novo



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Ambos banheiros para acolhidos (Figura 55 e 56) possuem quatro cabines, com porta sanfonada e divisórias de granito para duas bacias sanitárias e dois chuveiros, assim como pia de granito com três cubas. Além desses banheiros que estão contíguos aos quartos de acolhimento, existem sanitários públicos femininos e masculinos, no primeiro prédio, contudo não são adaptados para pessoas com deficiência, como indicado pelo Manual de orientações para projeto de CAPS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Esses sanitários públicos estão sendo utilizados pelos funcionários de serviços gerais, e encontram-se em manutenção. Se os visitantes desejarem usar algum banheiro, o disponível está na recepção do segundo prédio.

Figura 55 - Banheiro feminino para usuários acolhidos



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Figura 56 - Banheiro masculino para os usuários acolhidos



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

O ambiente de convivência interno localiza-se ao final do prédio novo (Figura 57). Esse espaço tem a função de encontro e troca de experiência dos usuários acolhidos com seus familiares, visitantes e profissionais. Possui apenas uma mesa com seis cadeiras de plástico, um ventilador, lixeira, e compreende jardim de inverno (Figura 58) e um banheiro para os funcionários (Figura 59). O jardim de inverno além de ser uma abertura para aproveitamento de iluminação e ventilação natural no espaço, tem alguns vasos de plantas suspensos e está sendo utilizado como depósito de materiais de limpeza, contendo um tanque de lavanderia. Apesar da existência de abertura nesse jardim, observou-se que o espaço de convivência é um ambiente desconfortável termicamente, ao permanecer nele durante um momento de entrevista.

Figura 57 - Sala de convivência interna para usuários acolhidos



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Figura 58 - Jardim de inverno da sala de convivência interna



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

O banheiro para os funcionários (Figura 59) do CAPSad – A, contém pia, bacia sanitária, espelho, chuveiro e demais acessórios. A porta de acesso ao espaço com uma dimensão de 60cm foi a primeira problemática observada, sabendo-se que a dimensão mínima de uma porta para banheiro coletivo é 80cm, segundo a NBR 9050 (ABNT, 2015), dificultando o acesso a pessoas com mobilidade reduzida. Além disso, é o único banheiro existente no prédio novo, para atender uma quantidade de vinte profissionais atuantes durante o dia, tanto homens, como mulheres. O que é um problema, pois o cômodo pode ficar indisponível com frequência, impossibilitando o seu uso por quem necessite. Ainda existe outro banheiro destinado a estes profissionais, mas está no primeiro prédio, na sala dos técnicos, distante das salas de atendimento e de outros espaços utilizados por estes usuários específicos.

Figura 59 – Banheiro de funcionários da sala de convivência interna do segundo prédio em foto e em planta baixa



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

O quarto de repouso da equipe de enfermagem (Figuras 60 e 61) tem a função de acolhê-los durante os plantões de atenção contínua vinte e quatro horas. Este espaço contém três camas e uma maca, a qual também funciona para descanso de um dos profissionais, um armário de vestiário com quatro vãos individuais, pia e uma cadeira. Entretanto, geralmente são seis funcionários (dois enfermeiros e quatro técnicos) da equipe de enfermagem trabalhando durante o dia. A Portaria n° 615 do Ministério da Saúde recomenda uma área mínima de 9,5m² para o quarto de plantão dos técnicos e que tenha banheiro contíguo, mas só há repouso feminino, e

este espaço tem uma área de 10,42m². Não existe banheiro próximo ao cômodo, além do sanitário para profissionais, localizado na sala de convivência interna do segundo prédio.

Figura 60 - Repouso feminino para equipe da enfermagem



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

O acesso principal desse quarto está comprometido por estar acima da rampa presente na circulação, localizada antes da entrada do prédio antigo (Figuras 61 e 62). Percebe-se que os dois degraus existentes tem alturas diferentes em seus espelhos, o que dificulta a entrada e saída no ambiente, além de oferecer insegurança quanto a quedas aos profissionais e ao cadeirante, ao ter suas passagens obstruídas.

Figura 61 - Entrada e mobília do repouso feminino para equipe da enfermagem



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Como pode ser visualizado na Figura 62, as fotografias foram tiradas em períodos diferentes. O primeiro registro é do ano de dois mil e dezoito e o segundo, do ano de dois mil e dezenove. A principal alteração foi o revestimento do piso, que antes era cimentado, e agora é cerâmico. Porém, não há nenhuma sinalização para esta rampa, nem desobstrução da passagem.

Portanto, não pode ser caracterizada como uma rota acessível, de acordo com os parâmetros da NBR 9050 (ABNT, 2015).

Figura 62 - Rampa no corredor do repouso da equipe de enfermagem e da farmácia



Fonte: Autora desta dissertação, 2018 e 2019.

Após passar pelo corredor do quarto de plantão e farmácia (Figura 62), há um acesso para circulação das salas de atividades coletivas, gerência, e ambiente externo do CAPSad – A (Figura 63). O acesso dos usuários à farmácia se dá através da janela gradeada existente, e a primeira porta visualizada na imagem, é uma das portas de entrada da equipe de enfermagem no quarto de plantão, adaptada de forma a não permitir uma entrada acessível no espaço, devido ao nível do piso que se encontra.

Ao entrar nessa circulação, a primeira sensação é a de liberdade, devido à luminosidade e ventilação sentidas pelo contato com uma área aberta, sem tantas divisões e corredores. A primeira sala, após a janela da farmácia, é a sala azul, ambiente para atividades de grupo que está mantida fechada devido a problemas em sua estrutura. Para segurança dos usuários, essa sala é mantida fechada. A sala seguinte é conhecida como sala amarela, onde alguns usuários estão entrando, como pode ser visualizado na Figura 63, a qual também tem a função de realização de atividades coletivas. Do lado esquerdo pode-se encontrar o campo de areia, destinado à jogos de futebol e seguindo em frente, o pátio de convivência e oficinas. Identifica-se o uso de cores variadas, utilizadas nas paredes e pilares dessa circulação, piso cimentado, assim como a coberta em fibrocimento.

Figura 63- Circulação para salas de grupo (sala amarela e azul).



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

A farmácia (Figura 64) está localizada no primeiro prédio (antigo). Destina-se a distribuir, estocar, programar, receber, preparar e controlar medicamentos. A área desse ambiente está abaixo do que é recomendado pela Portaria nº 615 do Ministério da Saúde, dois metros a menos que o recomendado, ou seja, tem cinco metros quadrados. Esse ambiente possui prateleiras para guarda dos medicamentos e tem as paredes laterais cobertas para o armazenamento de medicação. Ainda existe uma mesa com um computador, três cadeiras, mas não possui pia e porta do tipo guichê para interação com os usuários e seus familiares. É notório que quase não há espaço para circulação e trabalho confortável dos profissionais. Os usuários acolhidos tem acesso à farmácia, apenas através da janela de correr, gradeada, com uma de suas folhas de vidro quebrada em situação de crise de uma pessoa atendida.

Figura 64 - Farmácia



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

O que chama mais atenção na sala da equipe da gerência e administração (Figuras 65 e 66), é a altura do degrau de acesso a ela, com um espelho de aproximadamente 35cm de altura. Outra questão é a quantidade de mobiliários se comparado à dimensão do lugar. É uma sala climatizada, que contém uma mesa circular para reuniões, dois birôs, sendo um com computador, armários para guarda de documentos administrativos e mais ou menos oito cadeiras para acomodar os profissionais.

Figura 65 – Sala da equipe da gerência – Vista 1



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Figura 66 – Sala da equipe da gerência – Vista 2



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

A sala onde normalmente fica a equipe de assistência social (Figura 67), que também permite a utilização por outros profissionais, não é uma sala prevista como ambiente mínimo para CAPSad 24h. Mas tem o mesmo intuito das salas de atendimento individualizado, para acolhimento, consultas, entrevistas e orientações dos usuários e seus familiares. Embora climatizado, é um ambiente onde não existem janelas, ou qualquer abertura para renovação de ar e iluminação. O espaço possui duas mesas contíguas, uma mesa de apoio, três cadeiras, duas

estantes para guarda de documentações das profissionais de assistência, porém não contém pia para higienização das mãos, nem maca de avaliação clínica.

Figura 67 - Sala dos assistentes sociais



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

A sala de psicologia (Figura 68), é assim chamada, pois é um espaço onde alguns psicólogos atendem, e assim como a sala de assistência social, admite a utilização por outros profissionais para atendimento individualizado. Esta sala é climatizada, e a única abertura existente para a área externa, está isolada com uma placa de isopor. O espaço contém uma estante, mesa voltada para a parede, com duas cadeiras, uma para o profissional e outra para o usuário atendido.

Figura 68 - Sala da Psicologia



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

O apoio da equipe de serviços gerais (Figura 69) era um ambiente previsto para ser a sala de psicologia. Esta sala contém mesa, estantes para guarda de pertences dos funcionários, cadeiras em sua maioria quebradas, um pequeno apoio para café. Observou-se que funciona ao mesmo tempo como depósito de materiais de limpeza, com vassouras e pás. Ao lado desse ambiente existe um almoxarifado, para armazenamento de materiais necessários, porém não foi permitida a entrada nesse espaço, por estar com a porta trancada. Logo em seguida estão os banheiros públicos, destinados a equipe de serviços, e encontram-se em manutenção.

Figura 69 – Espaço da equipe de serviços gerais



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Durante a visita exploratória ao espaço, a profissional guia explicou algumas questões, como a mudança da recepção e acesso principal do primeiro prédio, para o segundo, o qual foi adaptado para atender a demanda 24h do CAPSad - A. Percebeu-se que o antigo acesso, demonstrado nas fotografias abaixo (Figura 70) é uma área abandonada, com alguns entulhos, estrutura desgastada, e é utilizado apenas como depósito de galões de água mineral. Mas ao mesmo tempo é uma área que pode ser aproveitada.

Figura 70 - Área da antiga recepção e acesso do primeiro prédio em foto e em planta baixa





Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

O campo de areia (Figura 71) era um espaço utilizado frequentemente pelos usuários acolhidos e atendidos no espaço. Durante a caminhada de reconhecimento do espaço, a assessora técnica do espaço explicou que por este campo estar muito próximo a áreas de circulação, houve vários incidentes, devido a inexistência de barreiras ou redes de proteção para a bola não ultrapassar para essas áreas e atingir quem estiver passando. Por isso, tornou-se inviável utilizá-lo para prática de esportes, como o futebol.

Figura 71 - Campo de areia para prática de atividades esportivas



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

A instituição não possui estacionamento ou área externa recomendada para embarque e desembarque de automóveis e ambulâncias, apesar de existir uma grande área pavimentada com blocos intertravados, sem utilização e próxima ao pátio de convivência da instituição (Figura

72). Percebe-se a presença de uma quantidade significativa de vegetação nos canteiros, contudo boa parte está descuidada. Atualmente esse espaço serve apenas para circulação dos usuários.

Figura 72 – Área pavimentada com blocos intertravados, em foto e planta baixa



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Ao final dessa circulação pavimentada, há uma área aproveitada pelos usuários acolhidos, para estender roupas (Figura 73). Essa adaptação foi feita, devido à proximidade da região com a lavanderia e por ter grande incidência solar. Outro ponto observado é que parte dessa rota externa, a partir do pátio de convivência, inclusive para chegar a ambientes como a lavanderia, quarto de descanso dos seguranças, refeitório, sala dos técnicos, cozinha e fumódromo, não tem nenhuma proteção coberta contra chuvas. Há uma estrutura de ferro indicando que a passagem era coberta com sombreadores (Figuras 73 e 74).

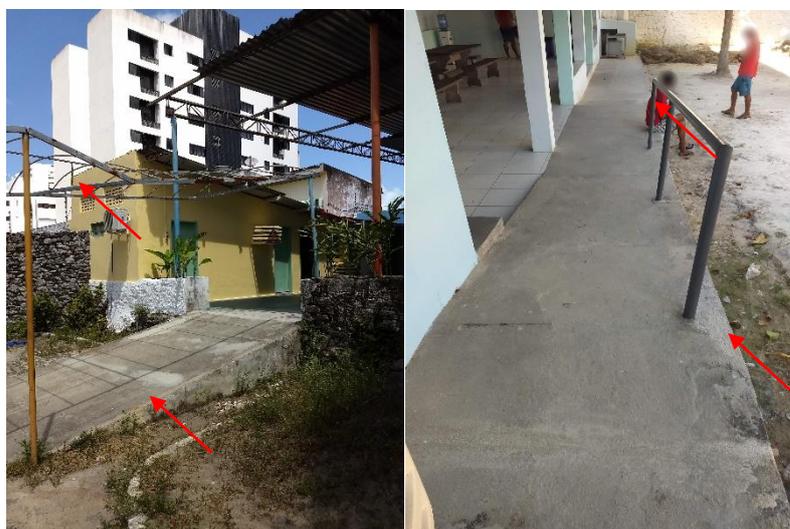
Figura 73 – Área para estender roupas e rota para ambientes de uso comum e dos funcionários (localizado na saída do pátio de convivência)



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

As rotas de interligação às funções de uma edificação precisam ser acessíveis, de acordo com a NBR 9050 (ABNT, 2015), como por exemplo, elementos que conectam ambientes externos e internos. No entanto, as rampas que conduzem a outros ambientes do prédio, como as do pátio e refeitório, respectivamente (Figura 74), notoriamente não contém proteção adequadas à acessibilidade de pessoas com deficiência e mobilidade reduzida. São rampas livres de obstáculos, mas não conferem autonomia para utilização de forma segura por essas pessoas, além de não estarem sinalizadas. A rampa de acesso ao pátio não incorpora guarda-corpo e corrimãos, e apenas uma das rampas de acesso ao refeitório contém esse elemento de proteção.

Figura 74 - Rampas de acesso ao pátio de convivência e ao refeitório



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

A edificação possui apenas uma lavanderia (Figura 75). De acordo com as normativas referenciadas, como o Manual de orientações para projetos de CAPS, o ideal seria a existência de uma área de serviços, destinada à limpeza de materiais e roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço, incluindo área de secagem, com a possibilidade de ser utilizada por funcionários e usuários do serviço (BRASIL, 2015). Como não há espaço para secagem de roupas na mesma área onde está o tanque de lavagem, o varal fica próximo a esta lavanderia (Figura 73).

Figura 75 - Lavanderia dos usuários localizada em frente a área do fumódromo



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

A sala para reunião dos técnicos (Figura 76) já teve seu ambiente de permanência alterado algumas vezes, devido à constante adaptação e manutenção dos espaços da instituição. Anteriormente essa sala localizava-se próxima à sala da gerência, e hoje, tendo em vista um espaço maior com banheiro, os técnicos se reúnem numa sala próxima ao refeitório. O ambiente é climatizado, contém uma mesa retangular, que comporta seis profissionais, para reuniões de equipe, projetos com os usuários e familiares, reuniões intersetoriais com pessoas externas à unidade e outras atividades. Ainda compreende uma mesa com computador para os trabalhos administrativos, e armário.

A sala dos técnicos ainda conta com um banheiro com bacia sanitária, pia, box e chuveiro (Figura 76). Entretanto, o prédio não contempla um banheiro com vestiário para funcionários, possível de ser compartilhado com usuários, familiares e profissionais da equipe, conforme indicado pelo Manual de orientações para projeto de CAPS, do Ministério da Saúde.

E os banheiros disponíveis, apenas dois, não estão adequados ao número de profissionais existentes na instituição.

Figura 76 - Banheiro e sala dos técnicos



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

5.1.2 Questões relacionadas ao conforto ambiental

A fachada da instituição passou por algumas mudanças em menos de um ano (Figura 77). Na primeira visita à instituição, a fachada estava com a pintura desgastada, e a cor predominantemente branca. No ano de dois mil e dezenove, a fachada contava não mais com duas cores, mas com três, ou seja, o muro foi pintado de azul, esquadrias e grades de verde musgo e as paredes de azul claro, o que renovou a aparência da instituição, conferindo maior conforto visual, porém, ainda não passa a sensação de um serviços de portas abertas e acolhedor.

Figura 77 - Antes e depois da fachadas do CAPSad - A (final de 2018 e início de 2019, respectivamente)

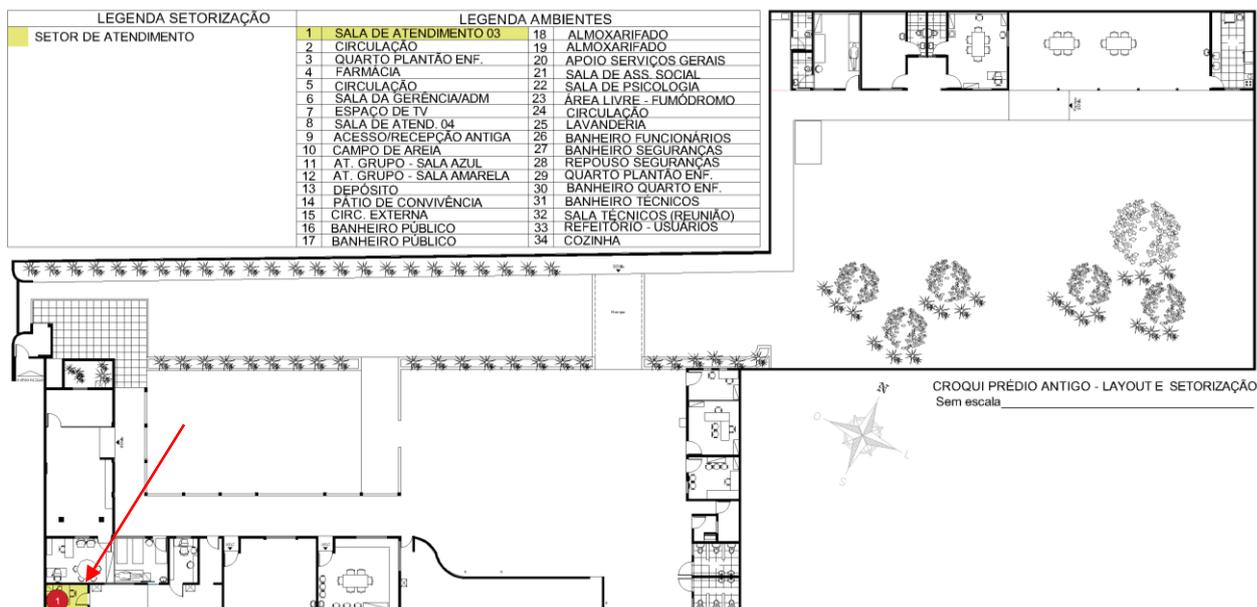


Fonte: Autora desta dissertação, 2018 e 2019.

A maior parte dos ambientes internos da instituição são espaços quentes. A sala de atendimento individual 03 (Figura 78), por exemplo, localizada no mesmo corredor de acesso ao repouso da equipe de enfermagem, é uma sala que não tem janelas ou qualquer elemento

vazado. Isso porque esse ambiente foi projetado para ser um depósito de material de limpeza, com uma área de 4m². Esse espaço é climatizado, possui armário e uma mesa com duas cadeiras para atendimento profissional, geralmente feito por psicólogos.

Figura 78 - Sala de atendimento individual 03 em foto e planta baixa



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Uma das salas de atividade em grupo é conhecida como sala amarela (Figura 79), por ter as paredes internas com essa cor predominante. A mesma é utilizada pela terapeuta ocupacional, psicólogos e outros profissionais, para realização de oficinas de teor artístico, atividades expressivas e comunicativas e para atender os usuários de forma coletiva. É o único

ambiente fechado onde são realizadas essas atividades, visto que a sala vizinha, também para atendimento de grupos, está em manutenção devido a problemas estruturais.

Os ruídos externos, muitas vezes interferem nas atividades que estão sendo realizadas dentro da sala. Outra questão é a aparência do lugar. À primeira vista, é um ambiente desconfortável visualmente, devido ao exagero de trabalhos expostos e cor amarela em todas as paredes. O espaço contém uma mesa retangular central e cadeiras de plástico para aproximadamente sete usuários. Tem uma série de materiais espalhados pela sala, talvez devido à falta de mobílias e depósitos específicos, para guarda desses materiais. Outro fator, é que a sala é um pouco escura, pois a única janela existente no espaço não admite entrada de iluminação, e o ambiente permanece fechado, por ser climatizado.

Figura 79 - Sala de atividades coletivas, conhecida como sala amarela, em foto e planta baixa



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

O espaço da TV (Figura 80) localiza-se entre a sala da gerência e antiga sala dos técnicos. Esse é um dos locais mais perceptíveis no quesito adaptação, pois existem dois postes de iluminação pública envolvidos no espaço, facilmente confundidos com pilares. Nessa área, é realizado um grupo com um dos psicólogos do local, chamado cineCAPS, no qual é utilizado o recurso áudio visual, para apresentar um documentário ou filme relacionado à realidade dos usuários. Porém, essa sala não contém equipamentos específicos instalados, tampouco está localizada numa área ideal para realização dessas atividades, pois está numa área aberta, sujeita a barulhos vindos das ruas e fluxos de pessoas que estão passando por perto. De acordo com o psicólogo que realiza esse trabalho, isso interfere no andamento dessa atividade.

Figura 80 - Espaço da TV e atividades de grupo



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

A área externa de convivência (Figura 81), assemelha-se a uma quadra, por não ter divisões claras de espaços destinados às atividades coletivas (oficinas, ações culturais e comunitárias e reuniões) mas é um grande pátio aberto, onde até o final do ano de dois mil e dezoito, funcionava como refeitório, como demonstrado na primeira fotografia referenciada, enquanto o refeitório atual estava em reforma, mas hoje admite a realização de todas as atividades já mencionadas.

É um espaço arejado e geralmente utilizado para atividades de entretenimento, como jogos de dominó, futebol (Figura 81), oficinas e assembleias, sendo um dos principais espaços onde os usuários interagem e compartilham momentos mais em grupo do que sozinhos, por isso é uma área sujeita a muitos ruídos e fluxos. Porém, não existem mobiliários suficientes nesse espaço, hoje, é um grande vazio. Não se assemelha ao recomendado pelo Manual de Orientações para projeto de CAPS, que sugere um planejamento semelhante ao de uma praça pública, com bancos, jardins, redes, de acordo com os contextos socioculturais.

Figura 81 - Pátio de convivência e realização de eventos e assembleias



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

O quarto de descanso dos seguranças (Figura 82) é um ambiente com muitos entulhos e guarda de materiais, enquanto outros espaços estão em manutenção. No primeiro contato com o espaço, sentiu-se um forte cheiro de mofo. No ambiente existem duas camas e um colchão, há um armário, mas alguns pertences dos funcionários ficam em cima das camas ou cadeiras.

Figura 82 - Quarto de descanso dos seguranças



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

O refeitório (Figura 83) é um espaço amplo que fica aberto não somente para uso exclusivo no horário das refeições, mas é um ambiente onde acontecem muitos grupos terapêuticos e momentos de convivência. Contém apenas três mesas de concreto, duas com bancos de cada lado e outra sem cadeiras para sentar-se. É arejado, apesar da presença das telhas de fibrocimento, comumente associadas ao aquecimento de um ambiente, e de apenas dois ventiladores, que geralmente ficam desligados.

Figura 83 - Refeitório para usuários



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Em frente ao refeitório, existe uma área livre, conhecida como fumódromo (Figura 84), pois é o principal local de encontro entre os usuários para fumar. E vizinho a esta área, há uma edificação de quatro andares, o que não contribui para a privacidade dos usuários que estão utilizando o espaço, para descanso, entretenimento, atividades de grupo e terapêuticas, tampouco para os moradores do prédio vizinho. Outra questão, é que no primeiro contato da pesquisadora com esta área, o cheiro forte de cigarro é sentido, sem antes saber que esta área era destinada aos fumantes.

Figura 84 – Área livre, conhecida como fumódromo



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

A função da cozinha (Figura 85) é a de preparo dos alimentos para os usuários. E por mais que o manual de orientações para projetos de CAPS oriente para que ela seja também um espaço de realização de ações coletivas com os usuários, a realidade da instituição é outra, porque o ambiente é exclusivo ao pessoal responsável pela distribuição de refeições, por medidas de segurança, para que os usuários acolhidos não tenham acesso. Além disso, a entrada da cozinha demonstra que o espaço tem duas esquadrias fixas, além da janela de abrir (Figura 85) e uma pequena abertura acima da pia, por onde os usuários pegam suas refeições. O interior

do ambiente é composto por duas pias numa bancada de granito, fogão industrial, geladeira, frizer, prateleiras e não há armários fechados para depósito de utensílios e alimentos. Uma problemática é que para atender todo o ambiente só existe um ventilador de parede.

Figura 85 – Acesso à cozinha pelo refeitório e interior do espaço, respectivamente



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

5.1.3 Questões relacionadas à segurança

A instituição é toda murada (Figura 86). O muro da fachada lateral direita contém lanças protetoras em seu perímetro, pois é compartilhado com a edificação vizinha, mas em sua continuidade há apenas cerca elétrica, também instalada na fachada lateral esquerda do prédio. Como as grades da fachada principal estavam sendo pintadas, foi retirada a cerca elétrica que existia, deixando-a sem proteção contra invasões à edificação.

Figura 86 - Muros e do prédio



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Nos ambientes internos da instituição, quase nenhuma janela de vidro e principalmente as das salas de atendimento individualizado e a porta do acesso principal contém proteção com grades, para segurança dos usuários. A única esquadria que tem essa proteção é a janela da

farmácia (Figura 87), que foi quebrada após um momento de crise de um usuário, mesmo com a presença do gradeamento.

Figura 87 - Grade na janela da farmácia



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

As janelas dos quartos dos acolhidos, tanto a do quarto infanto-juvenil, quanto a do masculino, tem cadeados (Figura 88), impossibilitando a abertura delas para a área externa. Um dos fatores que pode explicar essa situação, é que pelo menos um desses ambientes, como o quarto masculino, está localizado numa área que dá visão para a rua. Apesar da existência de um recuo na lateral esquerda do prédio, o muro da fachada é baixo e composto por grades de ferro.

Figura 88 - Cadeados nas portas e janelas dos quartos de acolhimento infanto-juvenil e masculino



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Foram identificados seguranças trabalhando dentro do Centro de Atenção (Figura 89). Encontrados em dias diferentes tanto na área da recepção, quanto na área aberta da edificação, próxima aos espaços de convivência. Segundo alguns profissionais, esses funcionários são responsáveis por assegurar o patrimônio, resguardando o ambiente físico e cuidando para que não haja interferências que atrapalhem o andamento dos trabalhos.

Figura 89 - Seguranças nos espaços interno e externo



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Foram identificadas câmeras de segurança (Figura 90), instaladas no segundo prédio (novo), tanto na área da recepção, quanto na circulação de acesso aos quartos de acolhimento. Contudo, não foi detectado o local de monitoramento das imagens reproduzidas por essas câmeras. E aparentemente, uma delas está danificada.

Figura 90 - Câmeras de segurança sem uso

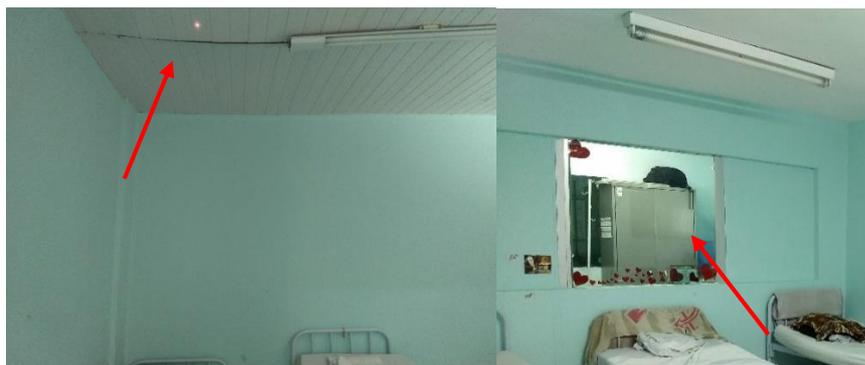


Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Com relação à estrutura física do prédio, foi identificado um problema no forro de PVC do quarto de acolhimento feminino (Figura 91). Essa é uma questão de segurança, pois caso

esse forro venha a ceder, pode causar algum acidente. Outro ponto, são os vidros existentes nesses quartos, para que a equipe de enfermagem possa supervisionar os usuários. Porém, como já foi dito anteriormente, grande parte das esquadrias de vidro existentes na instituição foram quebradas em momentos de crise, oferecendo risco tanto para os profissionais, quanto para os acolhidos.

Figura 91 - Forro de PVC do acolhimento feminino cedendo



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

5.1.4 Alguns aspectos comportamentais observados

Observou-se que alguns usuários e funcionários do CAPSad – A, sempre buscam lugares arejados para descansar ou passar o tempo, já que não existe um espaço específico para repouso deles, com colchonetes, por exemplo. Os usuários externos que chegam à instituição para passar o dia, não ficam em um quarto de acolhimento, e por não terem esse espaço, tentam encontrar áreas confortáveis para dormir. Além disso, geralmente são pessoas em situação de rua, que não dormiram durante a noite, e por isso precisam desse momento de repouso. Nas figuras abaixo são identificados esses comportamentos (Figuras 92, 93 e 94). Na primeira fotografia, há um funcionário da equipe de serviços gerais passando o tempo no celular, enquanto estava sentado num banco feito por ele mesmo, com dois blocos de tijolo (Figura 92). O espaço onde ele estava era a antiga recepção, que se encontra em desuso.

Figura 92 - Funcionário da equipe de serviços gerais descansando na área do antigo acesso à recepção, localizada no primeiro prédio, indicada em foto e planta baixa



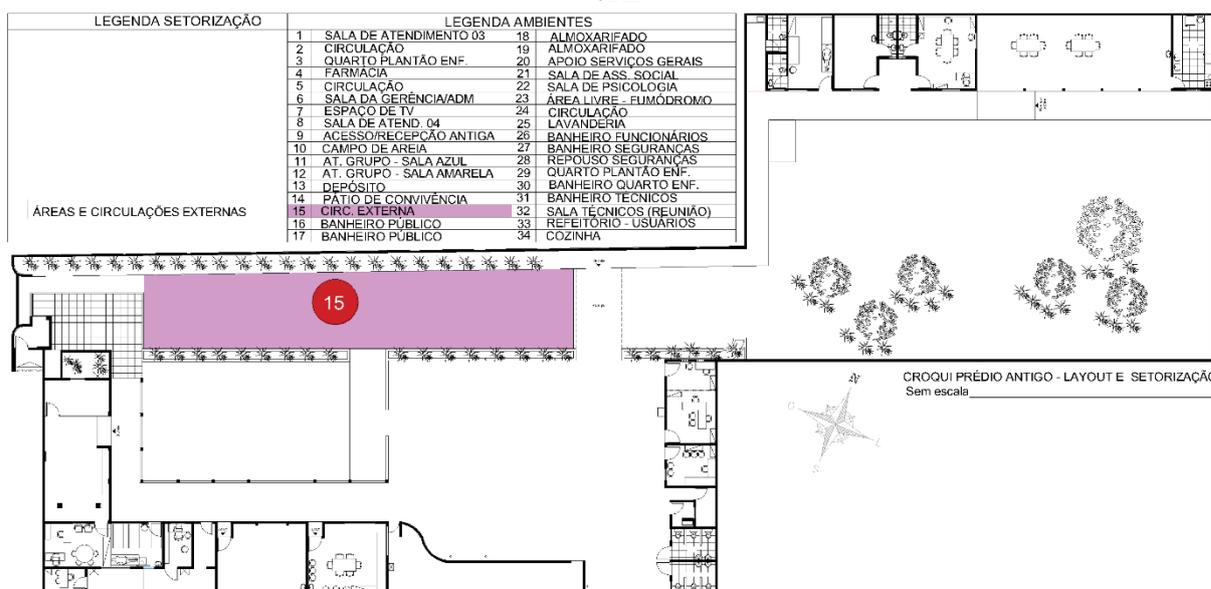
Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Em outra situação, três usuários acolhidos da instituição foram encontrados na área externa sombreada próxima ao pátio de convivência (Figura 93). Deitados no calçamento, eles demonstram estar conversando.

Figura 93 - Usuários descansando em espaços atípicos, como em circulações externas



ern



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Outro espaço frequentemente procurado por usuários atendidos e acolhidos para repousar, é o refeitório (Figura 94). Neste espaço, eles procuram os bancos de cimento e o chão para deitar-se após as refeições. Na Figura abaixo três deles estão deitados no chão e outro no banco de cimento localizado abaixo de um dos ventiladores.

Figura 94 - Usuários descansando no chão do refeitório



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

É importante frisar que essas atitudes geralmente são de pessoas em situação de rua, de ressaca pelo uso de alguma substância psicoativa ou devido ao tratamento medicamentoso que traz o sono. Os usuários atendidos no serviço 24h, também passam algum tempo deitados, porém nos quartos de acolhimento.

Muitos usuários também são encontrados circulando por todos os espaços, vão e voltam interagindo com os profissionais ou sentados e deitados na área da TV. Outros ficam conversando ou discutindo com os agentes sociais e outros profissionais, tanto no ambiente interno de convivência, sala de enfermagem, como também na recepção, demonstrando o sentimento de afetividade que tem com os funcionários do espaço. Entre os usuários são feitos agrupamentos, para jogar dominó, ou descansar, mas muitos são encontrados sozinhos assistindo à TV (Figura 95) e fumando na área externa próxima ao refeitório.

Figura 95 – Usuária assistindo à TV sozinha



Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

Outra questão comportamental observada foi a apropriação dos espaços pelos usuários, pois em muitos ambientes eles deixam suas marcas, fruto de trabalhos realizados nas oficinas terapêuticas. Na sala de TV, por exemplo, existe uma grande tela com pinturas feitas por vários usuários ao mesmo tempo (Figura 95). A recepção, circulações e algumas salas também apresentam pinturas em telas feitas pelos usuários, o que evidencia que alguns espaços têm um pouco da personalidade deles.

5.2 Resultado das entrevistas semiestruturadas

Esse procedimento foi realizado com doze funcionários da instituição CAPSad – A, e com um usuário acolhido no espaço desde dois mil e treze. A aplicação das entrevistas aconteceu de acordo com a disponibilidade dos profissionais e usuários, os quais foram convidados a participar da pesquisa. Foram seguidas orientações da gerência do local, respeitando os dias de maiores intercorrências institucionais. As falas de todos os profissionais entrevistados foram gravadas, diante da permissão deles, e transcritas pelo pesquisador logo após sua realização. Participaram da pesquisa: três pessoas da equipe da gerência (diretora geral, psicóloga e assessora técnica), três psicólogos, três enfermeiros (que atuam na instituição como técnicos de enfermagem), uma terapeuta ocupacional e uma agente social. Participou da entrevista de um dos psicólogos, uma clínica geral, expressando sua opinião a respeito de algumas questões.

O segundo processo de entrevista com outros sete usuários dependentes químicos acolhidos, não foi gravado e aconteceu através da aplicação do instrumento de Avaliação Pós-Ocupação, poema dos desejos, explicado no tópico seguinte. Ao todo, vinte pessoas foram entrevistadas, dentre estes, dois funcionários (psicóloga e clínica geral) participaram de forma espontânea, por estarem presentes na hora da entrevista.

A identidade de todos foi preservada, por orientações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A maior parte dos entrevistados trabalham de um ano a seis anos na instituição, em jornadas que duram entre doze horas e quarenta horas semanais, incluindo plantões.

A aplicação de entrevistas semiestruturadas começou em outubro, logo após aprovação do CEP para início da coleta de dados. No primeiro dia, dia onze de outubro de dois mil e dezoito, foi realizada a entrevista com um dos membros da equipe da gerência do local, a assessora técnica (Entrevistada 01). Nesse momento, percebeu-se que o roteiro de entrevistas, baseado em Martorelli (2016) e já aprovado pelo Comitê de Ética, tornou-se um pouco cansativo devido a quantidade de perguntas, mas, ao mesmo tempo, trouxe muito conteúdo e

descobertas para a pesquisa. No decorrer do processo, muitas perguntas eram adicionadas, retiradas, e feitas numa ordem diferente do exposto no Apêndice A, a depender da necessidade e do fluir da conversa.

Para a diretora (Entrevistada 02), em entrevista realizada no dia quinze de outubro de dois mil e dezoito, foram feitas perguntas diferentes das dos demais, para entender melhor a dinâmica da instituição e o perfil do público atendido. Por meio dessa entrevista, algumas revelações foram feitas quanto ao tempo de permanência dos usuários no espaço, pois segundo a profissional, a equipe não se refere a esse período como tempo de internação dos usuários, pois procuram evitar nomenclaturas hospitalares, devido ao pensamento que é trazido pela Reforma Psiquiátrica, sobre os espaços substitutivos ao modelo asilar.

Diante disso, referem-se aos **usuários** como **acolhidos**, por um período de 24h, por no máximo quinze dias e como **usuários atendidos**, que vão ao Centro de Atenção para convivência e tratamento diário, desintoxicação, e depois voltam para casa ao final do dia. Todos recebem atenção da equipe multiprofissional, responsável por identificar suas demandas e necessidades.

Os usuários que são acolhidos, geralmente chegam a instituição em comprometimento clínico, risco de saúde e vulnerabilidade com relação ao uso de álcool e outras drogas, muitos sob ameaça nas ruas, os quais buscam proteção no lugar e outros procuram a instituição por determinação judicial, assim como uma grande parte chega ao CAPSad através de pedido de ajuda da família.

Quando os outros profissionais são questionados sobre o que leva o público a procurar o CAPSad – A, afirmam que é o uso das substâncias, e também porque a instituição é referência com relação a redução de danos, ou seja, na orientação sobre a utilização de algumas substâncias, como o cigarro, de forma mais adequada (Entrevistada 01), para o autocuidado, como a hidratação e higiene pessoal, sobre os riscos que o uso de drogas causam ao organismo e à vida (Entrevistada 03). Outros buscam o serviço, por ser um lugar onde podem passar o dia, comer, descansar e tomar um banho, principalmente os moradores de rua. As demandas são distintas, e existe um público muito rotativo.

Segundo a psicóloga que participou da entrevista junto a diretora, quando esse indivíduo chega ao serviço, existe um acolhimento inicial. Este trabalho é feito por um técnico, que realiza a anamnese, em salas de atendimento individual. Nesse ambiente, são investigadas as

motivações e necessidades do atendido(a). A partir disso, e dependendo dos casos, o acolhido é encaminhado para um psiquiatra, psicólogo, grupos de terapia, entre outros.

De acordo com a profissional, a saída do mesmo durante o tratamento é difícil acontecer. Por mais que interrompam o processo, sempre retornam, pois estabelecem um vínculo com o lugar e com os técnicos. Prova disso, é que existem alguns que estão a mais de nove anos indo e voltando à instituição, mesmo depois de estarem numa condição mais estável.

Em alguns casos, o usuário é encaminhado a outros serviços, além do CAPSad, para que haja um tratamento paralelo juntamente com essas instituições, como para escolas, espaços de trabalho, cursos profissionalizantes, Unidades Básicas de Saúde do município - a depender do distrito que fazem parte - hospitais psiquiátricos com referência em saúde mental, e também para outros CAPS de transtorno mental, *quando alguns usuários dependentes químicos tem algum transtorno associado à dependência química (uma comorbidade, como depressão, bipolaridade). E por vezes, o transtorno decorrente do uso de droga está sob controle, mas o outro quadro de comorbidade está precisando de suporte (Entrevistado 08).*

Segundo os entrevistados, mediante esse encaminhamento, há o fortalecimento ou resgate para sua reinserção na sociedade. Os profissionais também analisam se os vínculos familiares estão rompidos ou fragilizados, já que consideram importante um tratamento em conjunto com a família do usuário. E a instituição também oferece os atendimentos individuais e psiquiátricos a essas famílias.

Através da entrevista com a diretora, pôde-se enriquecer o estudo de caso desta dissertação, para descrever características referentes ao usuário e ao espaço, situando a relação existente entre os dois. Foram declaradas as mudanças e reformas que já aconteceram no espaço desde a sua implantação. Segundo a profissional, a primeira coisa que mudou foi a ampliação da instituição, anexando sua antiga estrutura a outra edificação (residência) vizinha. A instituição foi adaptada por arquitetos e engenheiros da Secretaria de Saúde do Município, visando atender às necessidades para oferecimento de um serviço 24h. Além disso, não seguiram nenhum modelo padrão do Ministério da Saúde para reformar o espaço.

Quando perguntada se os funcionários estiveram envolvidos no planejamento para reformas e ampliações, relata que não estiveram. Esse fato responde à questão das inadequações espaciais detectadas e insatisfações recorrentes nas respostas dos entrevistados. Contudo, segundo a diretora, a equipe de gerência de Saúde Mental da Secretaria de Saúde, avaliou o espaço e as necessidades do mesmo, quando estava inserida no CAPSad no início do ano de dois mil e dezoito, enquanto o local de permanência dos funcionários da saúde mental era

reformado no prédio da Secretaria de Saúde de Maceió. Dessa forma, enquanto a equipe estava vivenciando as necessidades espaciais do lugar, iam adequando e fazendo reparos na estrutura física. No entanto, os funcionários gerais e usuários acolhidos do CAPSad – A, não foram chamados para expor suas necessidades espaciais.

Os profissionais foram **questionados sobre os aspectos positivos e negativos acerca da estrutura física do lugar**. A partir dessa pergunta, foi possível detectar mais insatisfações, que respostas de contentamento. No que diz respeito ao Centro de Atenção como um todo, os entrevistados relatam, **como aspecto positivo**, o amplo espaço da instituição, interessante para realização de múltiplas atividades, porém com uma estrutura física deteriorada, refletindo em seu mau funcionamento.

Este último problema se origina quando há o sucateamento do serviço público, de acordo com um dos participantes da pesquisa (Entrevistado 08). Em outra entrevista, um técnico relata que isso acontece, pois o CAPSad – A não foi construído desde o início para esse fim (Entrevistada 05). Segundo eles, os espaços precisam ser mais bem aproveitados, principalmente as áreas abertas, mesmo assim, muito têm sido reestruturado e adequado desde o ano de dois mil e dezoito, com a chegada de mobílias novas e pinturas das paredes, por exemplo. No entanto, o que existe hoje ainda não atende à demanda do serviço.

Durante o segundo momento de entrevistas, chegou à instituição um usuário infanto-juvenil, de treze anos, buscando um lugar para descansar. Nesse momento, a psicóloga que estava presente disse: *Não temos atividades para crianças (Entrevistada 03)*. Expôs que o adolescente chegava à instituição e ficava entediado, devido à falta de atividades, além de estar entre uma maioria de adultos e idosos.

A insatisfação dessa profissional (Entrevistada 03) é com relação aos leitos destinados a estes jovens, dois ao todo. Segundo a diretora do espaço, estes usuários geralmente são acolhidos no lugar, por não haver no município, outro CAPS ou serviço específico para o atendimento desse público. De acordo com a psicóloga: *a instituição funcionava apenas com essa demanda, não recebia adultos. Inclusive, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) não permite que esse público seja tratado juntamente à adultos (Entrevistada 03)*. Devido a maior procura do público adulto, o serviço se ampliou, e hoje, o CAPSad - A recebe mais adultos que jovens. Existe pouco espaço para atender ao público infanto-juvenil, já que esse não é mais o foco do serviço, além de não ser o mais indicado.

Outra questão apontada foi com relação à sala amarela, chamada assim com intuito de não ser confundida com outras salas, e por causa da cor de suas paredes. Essa sala é utilizada por terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros profissionais, para realização de oficinas

terapêuticas, muitas vezes, de cunho artístico, assim como para atividades de grupo e rodas de conversa.

Há insatisfação recorrente de todos os entrevistados, pois a sala amarela é a única sala existente para realização dessas atividades, apesar da grande quantidade de usuários no Centro. Por isso, é disputada pelos profissionais e acolhidos. A estrutura física do lugar é bastante discutida durante as entrevistas, inclusive pelo usuário entrevistado. Todos eles revelam ser um espaço quente, de área pequena, o qual não comporta todos que querem participar das atividades realizadas. A própria terapeuta ocupacional que utiliza o ambiente com mais frequência, sente que este é um lugar de pouca visibilidade. Ela prefere trabalhar no ambiente com as janelas abertas, mas é inviável, devido ao desconforto térmico. Por isso, o ar condicionado está sempre ligado.

Uma situação de descontentamento dos profissionais é a localização da farmácia.

Afirmam que a posição do ambiente dentro da instituição, gera muito fluxo e cruzamentos desnecessários entre os usuários acolhidos e os que vão ao local apenas para busca medicamentos. Segundo os funcionários, esse espaço deveria funcionar na entrada da edificação, para evitar o encontro constante entre esses diferentes tipos de usuários.

De acordo com os profissionais da enfermagem entrevistados, no CAPSad – A, deveria existir um posto ou setor de enfermagem, com algumas salas específicas para execução de procedimentos. No entanto, por não ter estrutura, só existe uma sala de enfermagem, onde são realizados tanto os procedimentos limpos, como os contaminados. No mesmo ambiente, são administradas medicações orais e realizados curativos. Segundo os técnicos, isso é inadequado (Entrevistados 06, 09 e 10), pois devem existir salas exclusivas para cada atividade. Muitas vezes, para quem está acolhido, o procedimento é realizado no leito do usuário. Mas para os usuários externos, não existe lugar para fazer curativos.

Um dos pontos negativos da instituição, segundo os profissionais, é a falta de espaços confortáveis e privativos para os técnicos almoçarem. Dessa forma, muitos fazem suas refeições nas salas onde trabalham, ou em outro espaço mais reservado. Consideram a sala dos técnicos o local mais indicado, devido a existência de um banheiro e de uma mesa. Segundo a médica que entrevistou numa das entrevistas de forma espontânea, o espaço do refeitório não é um ambiente aconchegante para os profissionais comerem, pois muitas vezes, existem acolhidos que podem pedir comida, mesmo após realizarem suas refeições, por exemplo. Para não gerar constrangimentos, esses funcionários preferem almoçar sozinhos.

Quando questionados sobre os espaços que mais gostam, todos relataram que gostam mais dos espaços abertos da instituição, principalmente o pátio de convivência e a área com

plantações que é utilizada pelos usuários como fumódromo, localizada em frente ao refeitório. São locais que os profissionais consideram como de interação entre os usuários.

Um dos funcionários (Entrevistada 07) relatou que se sente bem em qualquer lugar onde pode almoçar, como a sala dos técnicos, próxima ao refeitório. Gosta do lugar por ter banheiro, já que é uma grande necessidade da instituição, e por ter uma mesa grande. E outro profissional citou a mesma sala durante a entrevista, referindo-se ao local como um ambiente para respirar, trocar ideias com os outros funcionários e depois voltar ao trabalho. Os técnicos de enfermagem ainda relataram gostar da sala de enfermagem, por ser o ambiente que passam mais tempo.

Quando questionados sobre os espaços que menos gostam, a maioria dos funcionários falou sobre os banheiros do lugar. Principalmente o banheiro unissex destinado aos funcionários, localizado na sala de convivência interna. Segundo eles, existe um problema de entupimento nesse banheiro, o que inviabiliza sua utilização, mas mesmo assim ele é usado.

Diante disso, sugerem a inserção de banheiros maiores, existindo divisão entre banheiro masculino e feminino, com espaço para ducha e vestuário. Na instituição só existem dois banheiros para atender de quinze a vinte profissionais atuantes durante o dia, um na sala dos técnicos e outro em frente ao ambiente de convivência interno. Segundo a Entrevistada 07, não é confortável saber que tem homens usando o mesmo banheiro que as mulheres. Existem alguns banheiros no prédio antigo, mas como os espaços ficam fechados, para encontrar as chaves é um problema, além do grande deslocamento que é feito para chegar ao ambiente.

Os profissionais afirmam sentirem-se parte do lugar. Eles se identificam com o trabalho que fazem. Muitos se emocionaram ao falar da assistência nessa área. Se sentem muito importantes por trabalhar com esse público e poder adquirir experiências com eles. Alguns já trabalham na área de saúde mental a mais de vinte anos.

Sob a ótica dos profissionais, os usuários dependentes químicos se sentem **parte do lugar e estabelecem facilmente vínculos com a instituição.** Isso acontece por geralmente se encontrarem em situação de rua. Eles têm a instituição como referência na atenção da sua doença e sabem que os profissionais podem ajudá-los e ouvi-los, assim como o espaço, o qual, muitas vezes, assume função de abrigo para estes que não têm onde repousar, comer, e tomar um banho.

Por mais que os usuários estabeleçam vínculo e afetividade com o espaço, em momentos de crise, quando estão sob o efeito das drogas, podem deteriorar algo, como portas, ponto eletrônico, janelas de vidro, cadeiras e ventiladores. De acordo com um dos psicólogos entrevistados, esses casos não devem ser associados ao **vandalismo.** Como os sintomas da

abstinência são muito acentuados, muitas vezes, resvalem situação de violência, porque o nível de irritabilidade da pessoa está elevado, o nível de tolerância reduzido e de ansiedade muito alto, o que leva a alteração do comportamento (Entrevistado 08).

Ademais, quando os funcionários são perguntados sobre os espaços que os acolhidos mais gostam, indicam os locais abertos como de maior aceitação e procura por eles, devido a possibilidade de convivência, prática de atividades de entretenimento (jogos, esporte, oficinas de artes diversas, televisão) e descanso. Para os profissionais, essas áreas têm mobiliários insuficientes, são espaços amplos e arejados, e importantes para realização dessas atividades, porém, não são bem aproveitadas. Assim, os espaços que os usuários mais gostam e frequentam são: pátio de convivência e oficinas, sala de TV, área externa próxima ao refeitório (fumódromo), sala amarela e refeitório.

O usuário entrevistado de forma semiestruturada também diz que o espaço que gosta mais é o espaço de TV, quando são realizadas atividades de grupo (cineCAPS), e o pátio, pois é onde passa mais tempo e joga dominó.

Perguntados sobre os espaços que acham mais importante para o tratamento, o grupo de entrevistados consideram todos os espaços necessários ao tratamento. Mas existem espaços indispensáveis, como os lugares onde são reunidos grupos de usuários: espaço de TV, a sala amarela, o pátio aberto de convivência, o refeitório, a área livre (fumódromo), a sala de convivência interna, e as salas de atendimento individual. Segundo os profissionais, o que falta é uma melhor distribuição e aproveitamento dos mesmos.

Além disso, a assessora técnica atentou para a questão da quantidade de vegetação nas áreas abertas. Conforme a profissional, deve-se ponderar a quantidade de plantações, pois pode acontecer de esconderem drogas ou objetos perfuro cortantes nelas. Por isso, todos esses espaços devem favorecer visibilidade dos profissionais para os atendidos, de forma a garantir a segurança de todos.

No sentido de solucionar o tédio de alguns acolhidos e atendidos diariamente, os profissionais sugeriram a implementação de mais atividades manuais, físicas e espaços esportivos. Segundo a assessora técnica do lugar, existe um campo aberto ao lado do pátio de convivência, complicado para ser utilizado, pois não existem redes protetoras para que a bola não caia ou bata em quem esteja passando próximo.

De acordo com os funcionários, os poucos que estão sem realizar nenhuma atividade são aqueles que passam a noite acordados nas ruas, e quando chegam à instituição querem descansar. Um dos psicólogos entrevistados, associou esse estado dos dependentes ao o tipo de

drogas e à abstinência delas, o que pode causar algumas alterações no humor. Por exemplo, os abstinentes de crack, quando estão de ressaca da substância, apresentam sintomas depressivos, se isolam e vão dormir.

Segundo o profissional, são situações que tem mais a ver com o quadro de abstinência do que com a disponibilidade para participar de atividades. Porém o funcionário diz acreditar em trabalhos laborais, através da existência de hortas, e oficinas de geração de renda, como atividades de culinária ou outra de auxílio à retomada da vida, à inclusão social. A terapeuta ocupacional expressa o mesmo sentimento, sobre ambientes para oficinas não somente dentro da instituição, mas num espaço de convivência fora dela, no intuito de ajudá-los durante esse processo.

Alguns dos funcionários entendem que **os ambientes que poderiam ter área maior ou que deveriam existir em maior quantidade para que as atividades sejam atendidas de forma mais adequada**, são as salas de grupo, como a sala amarela e a sala azul, a recepção e a sala de enfermagem, vista como um cubículo, pelos técnicos de enfermagem.

A sala da CAT também é uma sala considerada pequena por uma das profissionais entrevistadas que trabalha no espaço. Por causa do tamanho da equipe (seis pessoas), a mesa que existe não acomoda todos os profissionais. A profissional relata que: *quando algum usuário chega com sua família para ser atendido, três profissionais precisam sair, e três precisam ficar. Porque quando tem seis pessoas no mesmo ambiente, juntas, para poder atender uma pessoa e o familiar, é complicado. E quanto ao mobiliário, é bem desconfortável, mas é o que tem (Entrevistada 07)*. Assim como a recepção e os leitos são considerados pequenos por um dos profissionais, tendo em vista a demanda da instituição (Entrevistada 07).

Três entrevistados relatam uma quantidade insuficiente de espaços para atendimento individualizado com os usuários. Esse também é um dos motivos que leva os profissionais a compartilhar as salas que existem. Qualquer profissional pode usar as salas, quando estão desocupadas. Segundo a Entrevistada 04 e uma das médicas que participou da entrevista juntamente a uma psicóloga, quando existem mais de dois médicos disponíveis para atender, não há salas suficientes para todos realizarem seus trabalhos. Um profissional espera o outro terminar o atendimento para poder ocupar a sala ou procura outro ambiente possível de realizar o atendimento.

Os entrevistados também foram indagados sobre o conforto ambiental do lugar. Com relação ao conforto visual, no caso da aparência interna e externa da instituição, das cores e revestimentos utilizados, sentem que muito foi melhorado nesse quesito, pois os espaços

internos já foram pintados, mas o aspecto ainda é razoável. Todos respondem com expectativa de melhorias futuras. A entrevistada 05 lembrou do degrau que existe na sala da gerência, o qual gera muito desconforto, mas segundo ela, será retirado.

Sobre a ventilação e iluminação, os funcionários relatam que são mais bem aproveitadas nos espaços abertos, pois todas as salas de atendimento têm ar condicionado, e uma das salas de atendimento não tem janela. Quando estas salas não estão com o ar condicionado funcionando, ficam muito quentes, assim como os quartos de acolhimento. Outras áreas desconfortáveis, segundo os profissionais, são a recepção, a sala amarela, a sala de convivência interna e a cozinha, por causa da temperatura quente desses ambientes, principalmente quando estão sendo utilizados por muitos usuários.

Segundo os profissionais e o acolhido entrevistados, durante a noite, os espaços abertos precisam ser melhor iluminados. De acordo com os funcionários (Entrevistada 06 e Entrevistado 08), muito já foi feito, para que a ventilação de alguns espaços fosse melhorada, como a do refeitório e da sala de convivência interna, os quais tinham tetos mais baixos, o que causava grande desconforto térmico a quem utilizava esses locais.

Um técnico de enfermagem entrevistado, ainda atentou para espaços onde não pode abrir janelas, pois muitas tem visão direta para rua. Caso fiquem abertas, pessoas de fora podem jogar drogas, dinheiro, objetos perfuro cortantes, o que prejudica quem está em tratamento na instituição. Estes profissionais sentem falta de um espaço de repouso mais confortável, com espaço para guarda de pertences, pois dão plantões na instituição.

Sobre os ruídos do local, identificaram que boa parte, advém da recepção, devido ao grande fluxo de pessoas durante o dia, das brigas entre os que chegam à instituição sob o efeito das drogas, entre outras intercorrências. Apesar dos profissionais já estarem acostumados com essas situações, muitos se incomodam durante o atendimento dentro das salas ao lado desse espaço. A entrevistada 07 expõe a seguinte insatisfação com os ruídos: *Às vezes a gente nem consegue escutar a equipe e o usuário dentro da sala, enquanto realiza o atendimento, pois o barulho da recepção é muito grande. Se abrir a porta da sala, piora ainda mais o barulho.*

Quando há atividades de música no pátio (quadra), o barulho, muitas vezes distrai o usuário que está realizando algumas atividades dentro das salas próximas (Entrevistada 04). Até da sala de convivência interna, pode-se ouvir os ruídos de quem está utilizando o banheiro dos funcionários (Entrevistada 04).

Por outro lado, conforme uma das psicólogas da instituição (Entrevistada 05), a questão dos barulhos é algo que deve ser desconstruído quando se fala em CAPSad, pois ela vê que um

atendimento embaixo de uma árvore pode ter muito mais resultado, que um atendimento realizado numa sala fechada, livre de ruídos.

O grupo cineCAPS, realizado por um psicólogo que utiliza o cinema como base terapêutica, acontece na sala de TV da instituição, por não haver uma sala com equipamento específico instalado. Por ser uma área aberta, há barulhos advindos da rua, e como é passagem, alguns interrompem ao transitar pelo lugar. Conforme o profissional que realiza esse trabalho, isso interfere no andamento da atividade.

De acordo com os entrevistados, os acolhidos não tendem a se isolar. É natural se reunirem em grupos e interagir, mesmo diante da distribuição dos ambientes. Para os funcionários, a distribuição dos ambientes não desfavorece o convívio, pois existem diferentes opções de espaços onde podem se agrupar. Se reúnem de acordo com as preferências. Existem os grupos envolvidos em jogos que ficam no pátio, àqueles que preferem assistir à TV, alguns querem descansar no chão do refeitório após o almoço e muitos vão fumar próximo a este local.

O usuário acolhido tem acesso aos espaços do Centro de Atenção, mas, segundo os profissionais, existem ambientes restritos a eles, como a farmácia, a cozinha, e locais exclusivos para os técnicos, como o banheiro de funcionários, quarto de repouso dos enfermeiros, sala de enfermagem e arquivo, por exemplo. A farmácia, pois se tiverem livre acesso, podem adquirir remédios para fazer um uso indevido, além da quantidade recomendada. A cozinha, por existir ferramentas perfuro cortantes, o que pode colocar em risco a vida deles. E os usuários externos não têm acesso aos quartos de acolhimento. Na enfermagem, eles entram, caso tenha algum procedimento para ser feito, como verificar a pressão, ser medicado.

A médica que entrevistou na entrevista 05, falou: *como eles são usuários de drogas, podem adquirir algum objeto da instituição para realizar trocas por essas substâncias. Então, quando os profissionais desocupam uma sala, eles trancam, para que os pertences, documentos e equipamentos institucionais mantenham-se seguros, e deixam as chaves guardadas na recepção do prédio.*

Perguntados sobre a **divisão de espaços de acordo com a doença diagnosticada**, todos os profissionais relatam não existir. Quando alguém chega ao serviço com doenças contagiosas, como a tuberculose, geralmente é encaminhado para outro serviço, para não colocar em risco a saúde dos outros acolhidos. Caso tenha passado o período de contágio da doença, o indivíduo avaliado pode continuar na instituição. Se existir alguém soropositivo, não é isolado dos demais. Conforme uma técnica de enfermagem, deveria haver leitos para retaguarda, para o isolamento do atendido com doença contagiosa. Na instituição, esse isolamento é realizado de forma improvisada, desocupando um dos quartos de acolhimento. *Se for uma mulher, ela é colocada*

no quarto infanto-juvenil, e muitas vezes é tirada uma vaga de um jovem que também precisa, para poder acolhê-la (Entrevistada 10).

Os profissionais entrevistados, com exceção de um dos membros da equipe da gerência, têm dificuldades de locomoção de um ambiente a outro. Uma das agentes sociais (Entrevistada 04) - responsável por observar, ser apoio nas atividades e acompanhar os acolhidos, orientando quem chega e sai da instituição - relata que dentro do prédio, existem grandes distâncias de um ambiente a outro, o que torna o fluxo cansativo. Para ela e um dos técnicos de enfermagem (Entrevistada 10), deveriam existir maiores conexões entre os espaços, ou um rádio de comunicação para os profissionais. A agente social relata: *Quem vai para o prédio mais antigo, não tem vontade de ir para o outro mais novo (Entrevistada 04).* E de acordo com a técnica de enfermagem, uma questão preocupante é a insegurança quando os profissionais estão sozinhos no espaço interno. Quando um agente está no prédio mais antigo, por exemplo, é difícil pedir auxílio a quem está no prédio mais novo adaptado, caso haja algum problema. Segundo a funcionária: *hoje, os profissionais precisam se locomover mais para chamar os agentes ou monitores. Isso afeta a nossa segurança (Entrevistada 10).*

A sensação de labirinto e cativo, quando se caminha pela circulação de entrada no serviço, é frisada por dois profissionais entrevistados (Entrevistado 06 e Entrevistada 07). De acordo com eles, essa rota pode ser difícil para quem tem dificuldades de locomoção e interfere no tratamento do usuário. A entrevistada 07 exemplifica algumas pessoas que já se perderam ao entrar no espaço apenas para buscar medicações na farmácia, e depois não encontram a saída do prédio. Para ela, isso acontece por causa da quantidade de portas na circulação. *Usuários de álcool tem essas dificuldades de locomoção, devido às patologias que adquirem (Entrevistado 08).* Para este último participante, deveriam existir pisos derrapantes nas rampas e outros suportes que ajudasse as pessoas com essa dependência a andar com mais facilidade.

Com relação ao que pensam sobre a edificação ter sido adaptada para ser um CAPSad ao invés de ter sido projetada inicialmente para atender ao público dependente químico, a assessora técnica relata que mesmo o edifício sendo projetado, haveria adaptações, pois a demanda é crescente. Mas, conforme a funcionária, quando a edificação é projetada, pode-se definir melhor os espaços e as conexões entre eles são mais bem trabalhados. As reformas tem atendido algumas necessidades, mas não todas, principalmente com relação aos banheiros e à quantidade de salas existentes. Para o entrevistado 08, se o CAPSad fosse projetado por um arquiteto, teria que existir um planejamento totalmente diferente do que existe no espaço hoje.

Perguntados sobre a segurança do local, todos afirmam não se sentirem seguros. Um dos entrevistados disse não ser um local 100% seguro, mas também que não é 100% inseguro. Dois profissionais relataram que os funcionários ficam expostos na recepção, principalmente os agentes sociais, pois qualquer um pode entrar no espaço, sob efeito de drogas, com algum transtorno mental, com porte de arma ou objeto perfuro cortante. *Eles ficam sujeitos a ameaças, atitudes de violência (Entrevistada 7)*. Os seguranças que ficam na instituição, não em todos os horários, trabalham para assegurar o patrimônio, e os agentes sociais são os responsáveis pelo acompanhamento dos acolhidos na instituição. Uma das técnicas (Entrevistada 10) ainda relatou que profissionais de uma empresa de segurança já trabalharam na instituição, permanecendo nos portões de acesso. Porém, segundo a assessora técnica, não deve existir segurança policial no local.

As entrevistadas 05 e 07, disseram que janelas e portas de vidro já foram quebradas por usuários, nas salas de atendimento individual, farmácia, recepção e nos quartos de acolhimento. Após esses acontecimentos, nas partes das esquadrias que ficaram abertas, foram incluídos pedaços de isopor, e depois foram cobertas com alumínio para poder serem isoladas, assim como grades. Conforme ela, isso deixa os profissionais inseguros, porque se houver algum conflito entre usuários, na recepção, por exemplo, a impossibilidade de abrir a janela, os deixa presos dentro da sala onde trabalham, caso precisem sair sem passar pela porta. Alguns profissionais relataram que já precisaram ficar trancados dentro da sala da Comissão de Avaliação e Tratamento (CAT), devido a um momento de tumulto durante uma crise de um usuário. Como a janela desta sala é mantida fechada, não há espaço para fuga, caso haja essas intercorrências. Apesar dessas situações não serem rotineiras, podem acontecer a qualquer momento, de acordo com as profissionais.

O entrevistado 08 e a entrevistada 10 se preocupam com a ausência de extintor de incêndio no espaço. Consideram importante ter uma melhor segurança contra incêndio, por existir um fumódromo, onde os usuários ficam. Três outros funcionários ainda falam sobre a cerca elétrica, que não funciona. Isso traz insegurança aos profissionais, pois existem usuários que podem ter conflitos com pessoas fora da instituição. Estes últimos podem tentar entrar no prédio para tratar com àqueles com quem têm algum problema.

De acordo com os profissionais, os usuários reclamam sempre do serviço. Geralmente desejam um local para descanso, principalmente os que vivem em situação e rua. Pois boa parte dos acolhidos e atendidos diariamente, geralmente dormem no chão da sala de TV e do refeitório. Uma das entrevistadas atenta para o cuidado no projeto desses espaços, pois

não podem ser fechados, devem ser visíveis aos monitores e profissionais da instituição. Reclamam também da dimensão da lavanderia, muito pequena para utilização e por não existir um local para realização de atividades esportivas. Outros são insatisfeitos com a dimensão da sala amarela, pois não cabem todos os usuários que querem participar das atividades oferecidas.

Os acidentes mais recorrentes, segundo os entrevistados, são nas rampas do prédio como um todo, principalmente na rampa próxima ao repouso dos enfermeiros. Segundo a entrevistada 04, algumas idosas já caíram na rampa.

Sobre a acessibilidade, muitos consideram existir, devido à presença de algumas rampas nos prédios. Inclusive por já ter acolhido alguns usuários com mobilidade reduzida e cadeirantes (Entrevistada 01). Outros profissionais acham que deve haver melhorias quanto a isso. Porém a maioria relata já terem acontecido acidentes nas rampas, por não existir pisos antiderrapantes. Uma das técnicas entrevistadas, falou que a rampa de entrada do prédio não é utilizada. E geralmente os cadeirantes são segurados para subir pela escada. Além disso, outro profissional disse que a instituição não tem piso tátil para atender pessoas com deficiência visual.

Quando se fala na existência de Unidades de Acolhimento, todos os profissionais são de acordo, para que haja uma continuidade no tratamento, atendimento ao público mais vulnerável e em situação de rua. Assim como, para que os usuários, quando saírem do CAPSad, sejam conduzidos a um lugar mais seguro (Entrevistada 04), com alojamentos para passarem a noite (Entrevistada 07). No entanto, a entrevistada 05, considera necessária a existência de outros dispositivos que agreguem o serviço de saúde para o cuidado do indivíduo, como auxílios para educação - um Programa de Jovem Aprendiz - para inserir a pessoa no mercado de trabalho, moradia, e outras oportunidades que precisam ser dadas.

Os entrevistados sugeriram a inserção de espaços para horta, futebol e vôlei, um auditório para realização de reuniões e assembleias, biblioteca, repouso para os usuários diários, banheiros, repouso e salas de atendimento maiores e estruturados para os profissionais; sala específica para realização de atividades áudio visuais, com um ambiente que assegure a privacidade dos usuários quando compartilham suas vivências; espaços para realização de cursos de geração de renda (costura, artesanato, culinária) e espaços maiores para atividades de grupo.

Ainda declararam a necessidade de melhor aproveitamento das áreas abertas, principalmente a que está localizada em frente ao refeitório do local, onde existem algumas plantações. A diretora e terapeuta ocupacional do local sentem falta de um projeto paisagístico

nessa área, com a presença de mesinhas de rolos de carretel, redário, banquinhos, para que possam ser realizadas atividades terapêuticas no espaço. Também expressou desejo de inserir equipamentos para realização de atividade física na área aberta. Segundo o entrevistado 06, quando chove, espaços como o pátio ficam inutilizados, e por isso deveriam ser mais protegidos.

De acordo com a diretora geral, os cursos profissionalizantes devem acontecer não somente dentro dos CAPSad – A, com a existência de espaços específicos para uma iniciação dessas atividades, mas deve existir esse fortalecimento principalmente extramuros, para poder não criar a dependência do usuário com a instituição de tratamento. Deve haver, assim, a otimização e potencialização de outros espaços destinados a atenção desse grupo de pessoas, na saúde mental, para que a sociedade o aceite e ele seja reinserido.

Uma questão apontada é a reativação de um dos acessos da instituição, que fica no prédio mais antigo. Para que os usuários diários não entrem pela recepção atual. Assim, a recepção do prédio novo poderia ter um atendimento voltado exclusivamente ao público acolhido (Entrevistada 07). A entrevistada 04, acha que poderia melhorar o controle de usuários, na recepção existente, para que não tenham acesso direto ao espaço. E a entrevistada 07 expressa desejo por um balcão na sala de enfermagem, também para controlar o acesso dos acolhidos.

Outros dois profissionais sugerem que os quartos de acolhimento 24h fiquem num local mais reservado (Entrevistado 05 e 08), juntamente com o repouso dos profissionais de enfermagem, pois estão localizados praticamente na entrada da instituição. Dessa forma, quem está no atendimento diurno, não precisaria passar por esse espaço (Entrevistada 05).

Segundo a terapeuta ocupacional, deveria existir um lugar específico de convivência externo. Para que depois da melhora, os acolhidos possam sair da instituição. Segundo ela, isso não acontece muito, pois os usuários criam uma dependência com o CAPSad - A, por mais que estejam estáveis, e ficam na instituição geralmente quando não encontram um lugar fora para acolhê-los. De acordo com ela: *A inclusão e exclusão andam juntas. E isso faz parte da sociedade (Entrevistada 11)*. A terapeuta ainda revela o desejo por trabalhos de jardinagem no local, e de pintura de muros com os acolhidos. Ela queria que tivesse tinta de parede para trabalhar artes feitas pelos usuários.

Nesse sentido, foram selecionados os pontos principais das perguntas feitas aos profissionais, assim como as respostas mais recorrentes deles, destacadas no Quadro 6 a seguir:

Quadro 6 - Síntese do resultado das entrevistas semiestruturadas

Aspectos positivos apontados	Aspectos negativos apontados	Sugestões apontadas
A instituição tem um espaço amplo;	Poucos espaços destinados ao público Infanto-juvenil;	Inserção de espaços de oficinas de geração de renda, de áreas de atividades físicas, esportivas e laborais para solucionar o tédio;
Os espaços abertos são as áreas mais arejadas da edificação;	Farmácia localizada em local inapropriado (acesso distante para o público que vai buscar medicamentos na instituição);	Maior aproveitamento de áreas abertas através de projeto paisagístico;
Os espaços abertos de convivência e de oficinas em grupo (fumódromo, pátio, refeitório, espaço da TV, sala amarela) são os ambientes que os usuários e profissionais mais gostam e consideram mais importantes ao tratamento;	Os banheiros para funcionários são os espaços que os profissionais menos gostam (o que existe não atende à demanda);	Inclusão de espaços como: auditório, biblioteca, áreas de repouso para usuários, banheiros masculinos e femininos destinados aos profissionais;
	Ausência de espaços privativos para os profissionais (copa e banheiros);	Os ambientes que poderiam ter uma área maior são: recepção, salas de grupo, sala de convivência, sala de enfermagem, sala da CAT e quartos para acolhidos 24h;
_____	Desconforto térmico nas salas de atividade em grupo, repouso e recepção;	_____
	Ruídos altos na recepção, o que atrapalha os atendimentos nas salas ao lado do ambiente;	

Fonte: Autora desta dissertação, 2019.

5.3 Resultado do poema dos desejos

Esse instrumento de Avaliação Pós-Ocupação, foi aplicado no dia onze de março de dois mil e dezenove, no período da tarde, no Refeitório do CAPSad - A. Esse local foi escolhido pela Terapeuta Ocupacional, por ser ventilado e por haver alguns usuários reunidos. A atividade aconteceu tendo como mediadora a Terapeuta Ocupacional do espaço, que já realiza variadas atividades de livre expressão com os usuários e os convidou a participar do momento.

O instrumento foi aplicado com base em Rheingantz (2009), Bertoletti (2011), Ornstein (2016), Martorelli (2016) e Machado *et al.* (2018). Com isso, foram entregues aos participantes fichas numa folha A4, com seguinte frase para completar: **Eu gostaria que o ambiente do CAPSad de Maceió tivesse/oferecesse/fosse.** Após essa sentença, foi deixado um espaço em branco, suficiente para que o respondente pudesse desenhar e (ou) escrever (Apêndice B).

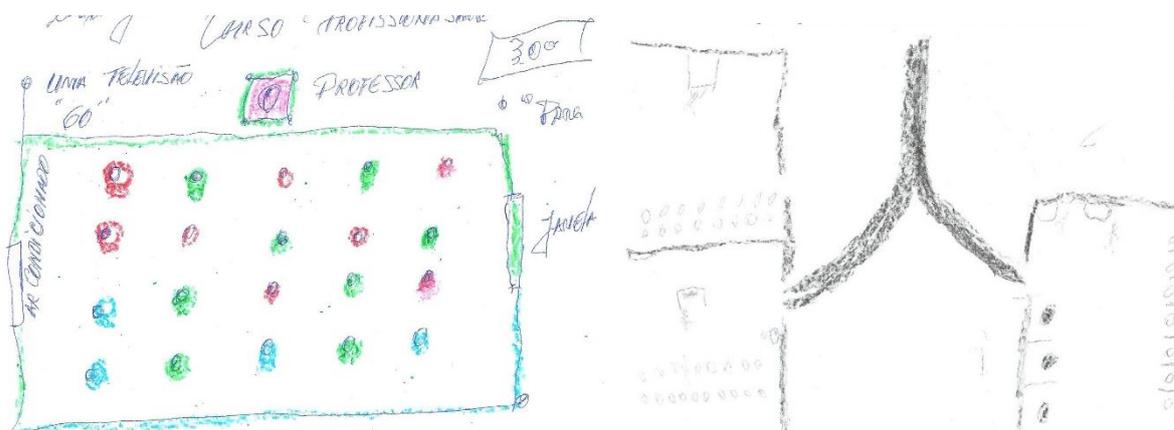
Foram entregues lápis coloridos e canetas, explicando o que eles poderiam fazer com esse material. Foi possível observar e acompanhar todo o processo de elaboração dos poemas, interagindo com os participantes, sempre perguntando o que eles estavam querendo expressar. Os desenhos iam sendo interpretados presencialmente, à medida que os participantes apontavam os significados sobre o próprio desenho. Eram registrados os relatos e expressões produzidas durante a aplicação do método.

Ao todo, dez pessoas acolhidas fizeram a atividade proposta. Entre estes, dois desistiram no meio do processo, ao alegar que não sabiam fazer, e o outro não entregou o que havia feito. Com isso, dos poemas aplicados, apenas sete foram aproveitados. Todos os sete poemas foram respondidos através de desenho com referências espaciais, e apenas quatro utilizaram a escrita e o desenho, ao mesmo tempo.

Um grupo de três usuários representaram através do desenho e de palavras, o desejo por espaços maiores para realização de oficinas e cursos profissionalizantes (Figuras 96 e 98). Importante perceber que no poema de desejos 1 (Figura 96) o participante tem anseios específicos para a sala de cursos profissionalizantes, como uma televisão de 60 polegadas, ar condicionado (presente na maioria dos ambientes internos para realização de atividades), várias cadeiras seguindo um modelo de sala de aula para vinte pessoas, e janela. O mesmo afirmou ser mestre de obras e já ter começado uma faculdade de Engenharia Civil.

No poema de desejos 2 (Figura 96), o respondente faz uma conexão entre as salas de realização de oficinas e cursos, com um banheiro contendo mictórios e lavatórios adequados a quantidade de usuários existentes no espaço, visto que os banheiros existentes não atendem a grande quantidade de acolhidos. Ao explicar a expectativa por espaços para realização das oficinas, este participante falou: “O espaço deve ter um recurso para poder sairmos dessa vida, para depois trabalhar lá fora.”. Ele revelou sua dependência do espaço, o qual oferece comida e tratamento. Por ser morador de rua, muitas vezes não se sente seguro fora dos muros do CAPSad. Através desse depoimento, percebe-se a afetividade que é criada com o lugar, por mais que este não atenda todas as suas expectativas e necessidades.

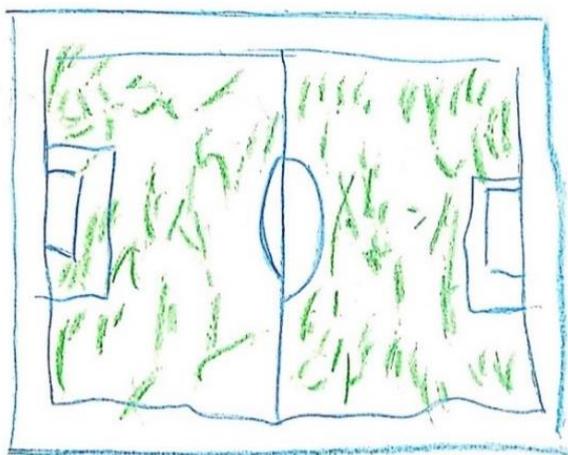
Figura 96 – Poemas dos desejos de número 1 e 2, respectivamente



Fonte: Acervo da autora, 2019.

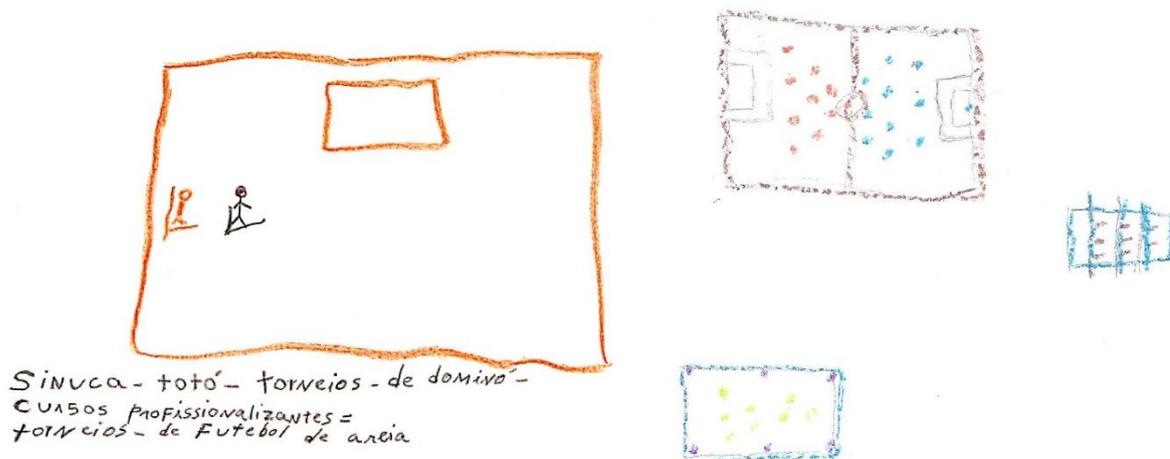
Outro grupo de três pessoas, apresentou uma carência relacionada a existência de espaços adequados para realização de atividades esportivas, desenhando quadras de futebol com gramado e demarcação no campo (Figuras 97 e 98), talvez porque a quadra de futebol de areia existente está sem possibilidade de uso, devido a sua dimensão e localização dentro da edificação. No poema dos desejos número 3, o usuário desenha um espaço amplo com mesa e cadeiras para jogar totó, sinuca, torneios de dominó e futebol de areia (Figura 98). O mesmo desejo é trazido no poema número 4, que contém mesa de sinuca e totó e uma grande quadra de futebol. Esse grupo também expressou nas conversas pessoalmente e por meio da escrita, que gostariam de espaços para participação de cursos profissionalizantes e oficinas com mosaico, por exemplo.

Figura 97 - Poema dos desejos de número 3



Fonte: Acervo da autora, 2019.

Figura 98 - Poemas dos desejos de número 4 e 5, respectivamente



Fonte: Acervo da autora, 2019.

Dois dos poemas apresentam o desejo dos usuários por alteração da fachada da instituição (Figuras 99 e 100). No poema de número 6, o participante revelou que essa pode ser a fachada do prédio, mas também um espaço religioso dele. O desejo dele é que tivesse uma grande porta de entrada, vegetação e fosse um espaço central. Dentro desse grupo de seis pessoas, todos os participantes eram homens.

Figura 99 – Poema dos desejos de número 6



Fonte: Acervo da autora, 2019.

Apenas uma mulher participou da atividade. Ela foi a única que expressou o desejo por um local que tivesse um jardim com coqueiros, flores e espaço para horta, localizado na entrada

do prédio do CAPSad (Figura 100), onde todos os acolhidos pudessem plantar. Ela representou a fachada como uma casa comum, com uma variedade de cores, por ser as cores que ela mais gosta. Esta usuária também escreveu falando que o CAPSad deve oferecer um bom tratamento aos seus acolhidos.

Figura 100 – Poema dos desejos de número 7



Fonte: Acervo da autora, 2019.

Ao aplicar esse método, percebeu-se a importância do Poema dos Desejos para encorajar a participação dos acolhidos do CAPSad no apontamento de suas necessidades espaciais, para que o ambiente atenda às especificidades do seu tratamento. A utilização do instrumento também demonstra como é importante considerar a visão dos usuários para o planejamento de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, visto que, frequentemente, as adaptações e projetos dessa natureza não contemplam devidamente ou desconsideram suas demandas e ideais ambientais dos mesmos.

A perspectiva desse grupo de pessoas, traz para as recomendações projetuais uma preocupação com a presença de espaços específicos para realização de atividades que contribuirão para o aprendizado, de áreas verdes e de plantio, lugares para prática de esportes e lazer, como também a relevância da aparência externa da instituição como instrumento de identificação do usuário com o lugar.

5.4 Mapa de descobertas

O instrumento Mapa de Descobertas (Apêndice D – Mapa de Descobertas), foi utilizado com o intuito de representar graficamente as problemáticas e potencialidades da instituição objeto de estudo, no que diz respeito à sua configuração espacial. Dessa forma, são detectadas questões pertinentes quanto aos ambientes internos e externos da edificação, observadas com embasamento nas normativas e bibliografias específicas estudadas, assim como nos procedimentos metodológicos aplicados.

Observando elementos relacionados à funcionalidade, ao conforto ambiental, acessibilidade, segurança, entre outros aspectos relativos à estrutura física do CAPSad - A, pôde-se destacar graficamente acima da planta baixa dessa instituição, uma síntese do que foi colhido a partir da aplicação dos instrumentos de Avaliação Pós-Ocupação, como a análise *walkthrough*, entrevistas, fotografias e situações vivenciadas durante a coleta de dados e estudo de caso, iniciado em outubro de dois mil e dezoito e finalizado em março de dois mil e dezenove (Apêndice D – Mapa de Descobertas). O que pode servir como diagnóstico para ser encaminhado aos tomadores de decisão e planejadores das adaptações, construções e ampliações do espaço observado.

Além do que foi exposto no mapa, percebeu-se também a ausência de alguns espaços, com semelhanças ao Projeto Padrão do Ministério da Saúde, como espaços para exercício físico, humor e bem-estar, como academia ao ar livre, ou para realização de atividades lúdicas para o corpo e mente daqueles que estão passando pelo tratamento e reintegração social no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, atividades tão importantes para esses lugares, segundo Schmidt (2007). Assim como, inexistência ou inadequação de ambientes previstos pela Portaria de referência do Ministério da Saúde (MS) nº 615 de 13 de abril de 2013 (BRASIL, 2013a) e Manual de Orientações para Construção de CAPS e UA do MS (BRASIL, 2015), destacados em vermelho no Quadro 7 a seguir:

Quadro 7 - Estrutura física mínima de CAPSad III e comparativo com o que existe no CAPSad - A

Espaço	Quant. Mínima	Área Mínima (m ²)	CAPSad - A	Especificação de acordo com orientações do Ministério da Saúde
 <p>Espaço de Acolhimento ou Recepção</p>	1	30	A recepção (com 42,53m ²) não contempla espaço para acolhimento, de acordo com o recomendado pela Portaria n° 615 e Manual de orientações do Ministério da Saúde.	Local onde acontece o primeiro contato do usuário e/ou seus familiares/acompanhantes e a unidade. Deve conter sofás, cadeiras, poltronas, mesas para recepção.
Sala de Atendimento individualizado	3	9	Contém mais do que o recomendado, mas elas não estão localizadas todas no mesmo setor de atendimento.	Consultas, entrevistas, terapias e orientações. Deve garantir privacidade para usuários e familiares atendidos por equipe multiprofissional. Deve ter mesa com gavetas, cadeiras, sofá e armário. Uma das salas deve ter pia para higienização das mãos e maca para atendimento clínico e especializado.
 <p>Salas de atividades coletivas</p>	2	24	Apenas 1 espaço de atividades coletivas está funcionando (Sala Amarela). Espaço considerado quente, pequeno e com pouca visibilidade para o exterior.	Espaço para atendimento em grupos e desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas; para reunião com familiares. A disposição dos móveis deve ser flexível, permitindo a formação de rodas, fileiras, etc. Deve ter equipamentos de projeção (TV, DVD) armários, pia para higienização.

(continua)

(continuação)

Espaço	Quant. Mínima	Área Mínima (m ²)	CAPSad - A	Especificação de acordo com orientações do Ministério da Saúde
 <p data-bbox="174 584 544 612">Espaço Interno de Convivência</p>	1	50	Existe um espaço, mas não tem a área mínima recomendada, com uma área de 18m ² .	Espaço de encontro de usuários, familiares, visitantes e profissionais, que promova a troca de experiências, bate-papos, saraus e outros momentos culturais.
 <p data-bbox="203 1018 515 1046">Sanitários PNE Masculino</p>	1	12	Existe apenas um banheiro planejado para ser adaptado, localizado na recepção do prédio. Está sendo utilizado como depósito.	Banheiro adaptado para pessoas com deficiência.
<p data-bbox="203 1086 508 1115">Sanitários PNE Feminino</p>	1	12	Não tem.	Banheiro adaptado para pessoas com deficiência.
 <p data-bbox="230 1401 488 1430">Posto de enfermagem</p>	1	6	Há apenas uma sala de enfermagem, com mais que a área mínima recomendada, funcionando ao mesmo tempo como sala de medicação.	Espaços de trabalho da equipe técnica para execução de atividades específicas. Com bancada, pia, armários e mesa com computador. De preferência próximo aos quartos.

(continua)

(continuação)

Espaço	Quant. Mínima	Área Mínima (m ²)	CAPSad - A	Especificação de acordo com orientações do Ministério da Saúde
 Farmácia	1	7	Não tem a área mínima recomendada (7m ²) e está localizada distante da recepção do prédio, o que dificulta os fluxos internos e acessibilidade aos usuários que vão ao espaço para buscar medicamentos.	Espaço climatizado, para programar, receber, estocar, preparar, distribuir e controlar medicamentos. Deve possuir pia, armários e mesa com computador. A porta deve ser do tipo guichê, para melhor interação entre os usuários.
Sala de medicação	1	6	Funcionando em conjunto com a sala de enfermagem.	Espaço com bancada para preparo de medicação; para ministrar medicação oral e endovenosa. Com pia, armários. A porta também deve ser tipo guichê. Deve ser próxima ao posto de enfermagem.
Quarto coletivo com acomodações individuais (com duas camas)	4	12	Não existem quartos coletivos com duas camas individuais cada, mas sim 3 quartos. O primeiro com 6 leitos, o segundo com 7 e o terceiro com 2.	Pelo menos um dos quartos com banheiro deverá ser adaptado a pessoas com deficiência. Os quartos devem conter duas camas do tipo hospitalar. Deve ter armários individuais.
Banheiro contíguo aos quartos coletivos com acomodações individuais	4	3	Só existem dois banheiros próximos aos quartos, um feminino e um masculino.	_____
Quarto Coletivo (para Acolhimento Noturno com 2 leitos)	1	14,5	Só existe um quarto coletivo com dois leitos, destinado ao público infante-juvenil.	_____
Banheiro PNE contíguo ao quarto coletivo (para acolhimento noturno com 2 leitos)	1	4,5	Não tem.	_____

(continua)

(continuação)

Espaço	Quant. Mínima	Área Mínima (m ²)	CAPSad - A	Especificação de acordo com orientações do Ministério da Saúde
 <p>Quarto de plantão (Sala de repouso profissional)</p>	1	9,5	Tem uma área de 10.42m ² , mas é destinado apenas ao público feminino (equipe de enfermagem).	Ambiente com cama ou afim, cadeiras confortáveis e armários individuais para que os profissionais possam guardar seus objetos de uso pessoal.
 <p>Banheiro contíguo ao quarto de plantão</p>	1	3	<p>Existe um banheiro próximo (no segundo prédio), mas é destinado a todos os funcionários da instituição (mulheres e homens). E não somente aos de plantão;</p> <p>Não segue o orientado pela NBR 9050. Tem uma porta de entrada com largura de 60cm, quando o certo seria no mínimo 80cm.</p>	
Banheiro com vestiário para funcionários	2	9	Não tem vestiário em nenhum banheiro.	Ambiente com sanitário, pia, chuveiros e vestiário.
Sala administrativa ou da gerência	1	12	Localizada distante da sala de reunião e espaços de armazenamento de arquivos.	Um escritório; espaço com mesa, computador, cadeiras e armários.
Sala de reunião ou dos técnicos	1	16	Está localizada distante da sala administrativa e espaços de armazenamento dos arquivos.	Sala que comporte mesa redonda ou mesa retangular grande para reuniões de equipe, reuniões de projetos com usuários e familiares.
Almoxarifado	1	4	Distante do setor administrativo.	Espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários.

(continua)

(continuação)

Espaço	Quant. Mínima	Área Mínima (m ²)	CAPSad - A	Especificação de acordo com orientações do Ministério da Saúde
Arquivo	1	4	Corresponde ao SAME, localizado na recepção do prédio.	Sala com armário e/ou arquivos para circulação de duas pessoas. É a sala onde ficam armazenados os prontuários. Deve estar próximo a sala de acolhimento.
 <p data-bbox="297 726 421 751">Refeitório</p>	1	50	Contém apenas três mesas com bancos de concreto.	Preferencialmente, com mesas pequenas ordenadas e organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.
 <p data-bbox="309 1121 412 1147">Cozinha</p>	1	35	Não há espaço para realização de ações coletivas com os usuários, nem armários para armazenamento dos utensílios e alimentos.	Espaço para preparo, cozimento e manipulação de alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários, contendo pias, bancadas, fogão, refrigerador e armários. Além do espaço de preparo, a cozinha será composta de ambientes para higienização, depósito de mantimentos e depósito de utensílios de cozinha.
Sala de utilidades	1	2,5	Não tem.	Para guardar materiais e roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço, além de guarda temporária de resíduos.

(continua)

(continuação)

Espaço	Quant. Mínima	Área Mínima (m ²)	CAPSad - A	Especificação de acordo com orientações do Ministério da Saúde
 <p>Área de serviços</p>	1	4	Só existe uma pequena área com lavatório (considerada lavanderia).	Para limpeza dos materiais e das roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço.
DML (Depósito de materiais de limpeza)	1	2	Agora está sendo utilizado como sala de atendimento individualizado. 	Para guarda de aparelhos, utensílios e materiais de limpeza, dotado de tanque de lavagem.
Rouparia	1	4	Não tem.	Espaço pequeno, com armário ou recipientes que separem as roupas limpas das sujas.
Abrigo externo de resíduos comuns	1	1,5	Não tem.	Área para descarte de lixo doméstico.
Área externa para embarque e desembarque	1	20	Não tem.	Espaço externo suficiente para entrada e saída de automóveis e ambulâncias.

(continua)

(continuação)

Espaço	Quant. Mínima	Área Mínima (m ²)	CAPSad - A	Especificação de acordo com orientações do Ministério da Saúde
 <p>Área externa de convivência</p>	1	50	Pátio de convivência aberto e fumódromo (grande área com plantações utilizada pelos usuários como um local para fumar). Não existem mobiliários nesses espaços, contendo mais que a área recomendada para estes espaços.	Área aberta, de circulação de pessoas, com espaços para ações coletivas (reuniões, oficinas, ações culturais e comunitárias etc.) e individuais (descanso, leitura), onde os usuários podem compartilhar momentos em grupo ou sozinhos. Pode ser um gramado, varanda, semelhante a uma praça com bancos, jardins e redes.
Abrigo GLP	1	1	Ao lado da sala amarela.	Abrigo de botijão de gás.

Fonte: Quadro elaborado pela autora desta dissertação, com base na Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013 do Ministério da Saúde e Manual de Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS.

6 RECOMENDAÇÕES PROJETUAIS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de princípios de qualidade ambiental e recomendações projetuais a partir de instrumentos da APO, corresponde a um dos objetivos específicos dessa pesquisa. Dessa forma, foram criadas tanto recomendações características para o CAPSad estudado, que auxiliem no desenvolvimento de projetos ou reformas futuras, como também para outros espaços de mesma tipologia ou correlatos, situados no estado de Alagoas. Assim, busca-se expandir informações contidas no material de orientação para projetos do ministério da saúde, como o Manual que aborda sobre a estrutura física de Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de acolhimento de forma geral, sem considerar às especificidades de cada região do país.

Para elaboração das recomendações, foram consideradas as necessidades e sugestões dos usuários e profissionais do espaço, e a análise técnica sobre o funcionamento da edificação. São embasadas também em preceitos que podem gerar uma maior qualidade do espaço arquitetônico, levando em consideração as técnicas de ventilação e renovação do ar nos ambientes, sombreamento dos espaços, iluminação natural, existência de espaços verdes e áreas abertas, acessibilidade para garantir circulações adequadas e generosas, além de estudar as possibilidades de proporcionar espaços flexíveis e multifuncionais, entre outras questões arquitetônicas trazidas pela revisão bibliográfica.

6.1 Recomendações para o CAPSad - A em Maceió-AL

Para reunir os resultados obtidos com a pesquisa, após aplicação dos instrumentos de Avaliação Pós-Ocupação (Revisão bibliográfica, *walkthrough*, entrevistas semiestruturadas, poema dos desejos e mapa de descobertas), foi elaborado um quadro quadro-síntese de recomendações específicas para o CAPSad – A, situado no município de Maceió-AL (Quadro 8) e um mapa de recomendações (Apêndice E). O quadro e o mapa contêm recomendações para melhoria da qualidade ambiental dos espaços da instituição, abordadas pelo pesquisador, usuários e profissionais, de acordo com aspectos funcionais, ambientais e de segurança. São indicadas, então, medidas de adequação e (ou) princípios projetuais da arquitetura, de acordo com as potencialidades e problemáticas encontrados nos ambientes internos e externos do objeto de estudo.

Foi observado que os problemas dos espaços estão relacionados à ausência de acessibilidade, falta de conforto ambiental, subdimensionamento de algumas áreas, setorização desorganizada com ambientes segregados e distantes uns dos outros, não atendimento à quantidade de espaços mínimos recomendados pelo Ministério da Saúde, entre outros. Mas sabe-se que essas dificuldades são questões recorrentes e reflexo da inexistência de planejamento prévio para as reformas realizadas na instituição, sendo assim, boa parte da estrutura improvisada e adaptada para atender às funções de um CAPSad com serviço 24h.

Percebeu-se, a partir da análise desse espaço e por meio de relatos dos entrevistados, que ainda há expectativas e buscas por melhorias em sua estrutura física, mas as improvisações inadequadas são uma constante. É necessário que os ambientes demonstrem ainda mais a identidade e apropriação dos usuários com o lugar, através da existência de áreas com exposição dos trabalhos feitos por eles, oportunidades para intervenções na área externa e interna do lugar, a partir de atividades laborais com a criação de espaços como hortas, jardins externos e internos e pinturas artísticas nos muros.

Quadro 8 - Quadro-síntese com recomendações para os espaços do CAPSad – A

ASPECTOS	AMBIENTE	RECOMENDAÇÕES		
		DO PESQUISADOR	DOS USUÁRIOS/FUNCIÓNÁRIOS	DA LEGISLAÇÃO
FUNCIONAIS	Acesso (entrada) do prédio	<p>Sugere-se a inserção de portaria junto à entrada, para proporcionar melhores condições de trabalho aos seguranças do patrimônio que trabalham por turnos (MARTORELLI, 2016), que costumam ficar sentados em cadeiras de plástico, degraus, dentro ou fora do prédio;</p> <p>Inclusão de estacionamento para visitantes e funcionários do espaço, já que muitas vezes não são encontradas vagas para motos e carros nas ruas de acesso ao Centro de Atenção.</p>	_____	<p>Observar questões de acessibilidade pela NBR 9050 (ABNT, 2015), tanto da rampa, que encontra-se obstruída e sem elementos de proteção (corrimão ou guarda-corpo), como da escada, que contém degraus com espelhos de diferentes alturas;</p> <p>É importante a existência de uma área externa para embarque e desembarque de ambulâncias e automóveis (BRASIL, 2015);</p>
	Recepção	<p>A área do espaço deve ser ampliada. As cadeiras longarinas existentes conferem características semelhantes a espaços clínicos, por isso, sugere-se uma distribuição de mobiliários mais acolhedora, com sofás, poltronas e cadeiras acolchoadas para atender aos usuários com conforto;</p> <p>Como o espaço deve ser acessível, o banheiro para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida precisa ser reestruturado.</p>	<p>Existência de um acesso para usuários acolhidos que estão no serviço 24h, e outra entrada para os usuários atendidos, ou para aqueles que vão à instituição buscar medicamentos;</p> <p>É importante que a farmácia esteja próxima à entrada para esses últimos;</p> <p>Deve ser um espaço seguro para os profissionais e usuários.</p>	<p>Precisam existir sanitários públicos, próximo à esse espaço, adaptados de acordo com a NBR 9050 (ABNT, 2015), no mínimo 2, um masculino e um feminino. E o número de sanitários deve ser previsto de acordo com o fluxo e número de pessoas atendidas (BRASIL, 2015);</p> <p>A sala de arquivo deve estar próxima a este ambiente (BRASIL, 2015).</p>
	Salas de atendimento individual	<p>Ao estarem localizadas no mesmo setor de atendimento, facilitaria o acesso de usuários que vão apenas às consultas ou que não estão acolhidos no serviço 24h.</p>	_____	<p>Deve garantir privacidade para usuários e familiares atendidos por equipe multiprofissional. Deve ter</p>

(continua)

ASPECTOS	AMBIENTE	RECOMENDAÇÕES		
		DO PESQUISADOR	DOS USUÁRIOS/FUNCIÓNÁRIOS	DA LEGISLAÇÃO
		Evitando, assim, o cruzamento dos fluxos entre estes.		mesa com gavetas, cadeiras, sofá, armário, pia e maca (BRASIL, 2015).
	Salas de atividades coletivas	<p>Ampliar os espaços existentes e aumentar a quantidade de salas para realização dessas atividades (sala de estudos ou biblioteca, sala de audiovisual ou auditório para filmes, música e realização de assembleias e palestras, com tratamento acústico e flexibilidade na organização do mobiliário). E ter possibilidade de abertura para pátios abertos e ajardinados;</p> <p>Para o público infante-juvenil, podem existir salas para o desenvolvimento de atividades lúdicas, como brinquedoteca, área aberta para jogos (totó, jogos de tabuleiro e dominó), com banheiros próximos, de acordo com a quantidade de usuários;</p> <p>Podem existir assentos e circulação acessíveis para pessoas com deficiência. E várias mesas redondas para facilitar a distribuição flexível dos móveis;</p> <p>Também é importante a inclusão de uma área específica para a exposição de trabalhos feitos por usuários, que pode ser dentro ou fora dessas salas.</p>	<p>Construção de outras salas específicas para a realização de oficinas e cursos profissionalizantes, como costura, artesanato, materiais reciclados, para geração de renda;</p> <p>Deve existir no mínimo um banheiro feminino e outro masculino contíguos a estas salas, com uma quantidade de sanitários, mictórios e lavatórios, de acordo com a quantidade de pessoas acolhidas.</p>	<p>A disposição dos móveis desses espaços deve ser flexível, com o intuito de formar rodas de conversa, minigrupos, fileiras e espaço livre. Espaço para TV e DVD, datashow, pia (BRASIL, 2015);</p> <p>É importante a existência de um depósito anexo em cada sala de atividade coletiva, para armazenamento de materiais utilizados nas oficinas (BRASIL, 2015). Isso poderá diminuir a quantidade de materiais espalhados pelo chão e nas prateleiras.</p>
	Farmácia	Aumentar a área deste espaço para melhor circulação e conforto do	Localização da farmácia próximo a entrada do prédio ou recepção, para diminuir os	Deve ter acesso restrito aos funcionários, com guichê ou balcão para atendimento. É importante que

ASPECTOS	AMBIENTE	RECOMENDAÇÕES		
		DO PESQUISADOR	DOS USUÁRIOS/FUNCIÓNÁRIOS	DA LEGISLAÇÃO
		funcionário farmacêutico. Com espaço para guarda de seus pertences.	fluxos de usuários que vão a instituição apenas para buscar medicamentos.	exista um espaço para armazenamento de medicamentos (com armários e estantes, protegidos de insolação direta) (BRASIL, 2015), diferente do que existe, pois este material está cobrindo todas as paredes laterais, sem deixar espaço para circulação do funcionário. Uma área para dispensação de medicação e atendimento do usuário pelo farmacêutico, de acordo com a RDC nº 50 (BRASIL, 2002c) e (CARVALHO e SILVA, 2012).
	Posto de enfermagem e sala de medicamentos	Esses espaços devem ser ampliados de acordo com o número de profissionais que o utilizam durante o dia. São áreas que precisam estar próximas, porém não podem funcionar numa mesma área. Na sala de medicamentos não pode haver a realização de procedimentos contaminados; É importante haver um balcão para controlar o acesso dos usuários ao espaço.		Deve ter bancada, pia, armários e mesa com computador. É desejável que esteja próximo aos quartos (BRASIL, 2015).

(continuação)

ASPECTOS	AMBIENTE	RECOMENDAÇÕES		
		DO PESQUISADOR	DOS USUÁRIOS/FUNICIONÁRIOS	DA LEGISLAÇÃO
	Banheiros para funcionários	A quantidade de banheiros, bacias sanitárias, pias, chuveiros e armários, deve ser planejada de acordo com o número de profissionais do espaço. Por isso, indica-se a inserção de mais banheiros, além dos existentes. Ao menos um feminino e masculino em cada setor (próximos às salas de atendimento individual e coletivo, sala de enfermagem, à gerência e administração, ao repouso de técnicos, à recepção e anexos ao apoio dos funcionários de serviços gerais);	Devem existir banheiros femininos e masculinos para preservar a privacidade dos funcionários.	Tornar esses ambientes acessíveis a pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida de acordo com a NBR 9050 (ABNT, 2015); Esses banheiros também devem conter vestiário (BRASIL, 2015).
	Depósito de Material de Limpeza (DML)	Os materiais não precisam estar armazenados na sala de apoio dos funcionários de serviços gerais. É preciso que haja uma área específica destinada à guarda de vassouras, pás e outros materiais de limpeza. Esta área também pode ter tanque de lavagem, mas não deve ser improvisada em outros espaços da instituição (como no jardim de inverno da sala de convivência interna).	_____	Neste espaço, devem ser guardados os aparelhos, utensílios e materiais de limpeza. E também deve existir um tanque de lavagem (BRASIL, 2015).
	Área de Serviço	A lavanderia do espaço deve ser incluída nessa área (com tanque de lavagem, lavadora de roupa), e próxima a área exposta ao sol, para estender e secar roupas.	_____	Pode ser uma área aberta aos usuários do serviço (BRASIL, 2015).
	Sala da gerência (administrativa)	Poderia integrar-se à sala dos técnicos, que está localizada numa área distante. Isso iria proporcionar um ambiente maior para os funcionários. O espaço onde a	_____	Deve conter escritório, espaço com mesa e cadeiras, armários e computador (BRASIL, 2015).

(continua)

(continuação)

ASPECTOS	AMBIENTE	RECOMENDAÇÕES		
		DO PESQUISADOR	DOS USUÁRIOS/FUNCIÓNÁRIOS	DA LEGISLAÇÃO
		<p>sala da gerência está poderia ser uma sala para atividades áudio visuais, conectada com a área da TV e com a sala de atendimentos que está em frente;</p> <p>Este ambiente, juntamente à sala dos técnicos, pode ter uma copa anexa, para realização de refeições dos técnicos. Esta copa pode contar com frigobar, bancadas, sofás, uma mesa grande, cadeiras de acordo com a quantidade de profissionais trabalhando ao dia (em torno de 20). Além de próxima à um banheiro.</p>		
	Área de descanso para usuários que passam o dia na instituição	Incluir espaço aberto, em uma área com poucos fluxos e interferências, para descanso dos usuários que precisam de privacidade para repousar durante o dia; pode ser prevista uma quantidade de camas do tipo beliche, sofás e poltronas de acordo com a quantidade de usuários atendidos (80 ou mais usuários externos).		_____
	Quartos de acolhimento	<p>Caso a instituição continue a atender ao público infante-juvenil, é preferível que o acolhimento a estes usuários seja numa área diferente das dos adultos e idosos;</p> <p>Assim como, o quarto de acolhimento feminino pode estar numa área diferente (separado do setor masculino).</p>	Os quartos de acolhimento 24h devem funcionar numa área reservada, livre de fluxos constantes e interferências externas, juntamente com o repouso dos profissionais de enfermagem, pois estão localizados praticamente na entrada da instituição. Dessa forma, os visitantes e usuários que estão no atendimento, não precisariam passar por esse espaço.	Deveriam ter armários individuais para cada usuário (BRASIL, 2015).
	Áreas e pátios externos; fumódromo	Melhoria da qualidade ambiental através de projeto paisagístico com jardins terapêuticos para a área do fumódromo, com plantio de hortaliças. Analisar as características do solo e possíveis empoçamentos. Para evitar esse tipo de problema, podem ser previstos, canteiros elevados. Podem existir mesas de rolos de carretel, ou outro material, redário para descanso, e banquinhos abaixo de pergolados com trepadeiras, para estimular a convivência (Ver mapa de recomendações – Apêndice E);		_____

(continua)

ASPECTOS	AMBIENTE	RECOMENDAÇÕES		
		DO PESQUISADOR	DOS USUÁRIOS/FUNCIÓNÁRIOS	DA LEGISLAÇÃO
AMBIENTAIS		<p>Reestruturar os sombreadores nas áreas abertas de passagem do pátio de convivência até o refeitório, para proteção contra sol e chuvas;</p> <p>Reestruturar área do campo de areia, para que possa ser utilizada pelos usuários. Podem ser inseridas redes protetoras, para a bola não ultrapassar as barreiras e atingir quem estiver próximo. Também podem ser incluídas arquibancadas para quem quiser assistir aos jogos;</p> <p>Incluir espaços para prática de atividades físicas ao ar livre próximo ao pátio de convivência;</p> <p>Essas áreas precisam ser bem iluminadas.</p>		
	Aparência da fachada, paredes internas, esquadrias, pisos e teto	<p>A porta de entrada do prédio deve ter visibilidade para o espaço interno, não sendo completamente fechada, para dar a sensação de serviço comunitário e de portas abertas;</p> <p>Utilizar cores claras e frias para pintura dessas regiões, como o azul, lilás e verde claros. Evitar a utilização de cores fortes e quentes, como o vermelho, laranja e amarelo e excesso de placas, fotografias e cores variadas nas paredes;</p> <p>As grades da fachada podem ser trocadas por elementos dinâmicos e agradáveis visualmente, como cobogós, elementos vazados, painéis de argamassa armada multicolors, ou intervenções artísticas (grafite) feitas no muro pelos próprios usuários do espaço ou artistas locais, o</p>	<p>Pintura de muros externos e internos e paredes com os acolhidos do espaço, para personalizar e trazer identidade ao lugar;</p> <p>A fachada precisa de um tratamento com cores e jardins para amenizar sua aparência de espaço asilar ou clínico.</p>	_____

ASPECTOS	AMBIENTE	RECOMENDAÇÕES		
		DO PESQUISADOR	DOS USUÁRIOS/FUNCIÓNÁRIOS	DA LEGISLAÇÃO
		que pode minimizar o aspecto de insegurança e fechamento do ambiente;		
	Recepção	<p>Deve ter abertura para área externa, com áreas ajardinadas, dando maior relevância a um tratamento de portas-abertas;</p> <p>As esquadrias de vidro devem ser substituídas por janelas e portas de madeira, para minimizar os riscos de acidentes, não somente nesse ambiente, mas também nos locais que não são restritos aos usuários;</p> <p>Aconselha-se a utilização de elementos vazados ou cobogós para ventilação e iluminação naturais, assim como a inclusão de jardim de inverno ou <i>sheds</i> para aproveitamento dos ventos predominantes (sudeste/leste);</p> <p>Pode conter sofás e poltronas, para conferir maior acolhimento aos usuários.</p>	Aumentar a área da recepção e tornar o espaço mais seguro e acessível.	Deve ser um local de acolhimento, pois é onde acontece o primeiro contato do usuário e seus familiares com a unidade (BRASIL, 2015).
	Salas de atendimento individual	<p>As janelas de vidro devem ser substituídas por janelas de abrir de madeira. Caso haja a necessidade de proteção das janelas, proteger com redes;</p> <p>Adicionar elementos e materiais (mantas) antirruído, caso estejam localizadas em áreas com muitas interferências e barulhos;</p>	Aumentar área das salas para o conforto dos profissionais, usuários e acompanhantes.	O ambiente deve ser acolhedor. Por isso, aconselha-se a inclusão de mobiliários como sofás e poltronas para acomodar os usuários e acompanhantes (BRASIL, 2015).

ASPECTOS	AMBIENTE	RECOMENDAÇÕES		
		DO PESQUISADOR	DOS USUÁRIOS/FUNCIÓNÁRIOS	DA LEGISLAÇÃO
		Áreas pequenas e sem janelas não podem ser utilizadas como salas de atendimento individual. Essas áreas devem ser ampliadas e incluídos elementos vazados para ventilação e iluminação natural.		
	Salas de atendimento coletivo	<p>Aconselha-se a utilização de elementos como venezianas móveis verticais, para que o profissional tenha a opção de integrar ou não o ambiente ao espaço externo. Estas salas podem estar próximas de áreas abertas com tratamento paisagístico. Como são salas para múltiplas atividades, podem abranger outros espaços, através de elementos móveis, como divisórias de correr, preferencialmente de MDF;</p> <p>As janelas dessas salas devem estar orientadas aos ventos predominantes;</p> <p>A cor amarela, laranja e vermelha, nas paredes, em excesso, podem estreitar e diminuir os ambientes. A cor amarela e laranja podem ser utilizadas nesses ambientes, mas não em todas as paredes do espaço, para causar sensações positivas (GOÉS, 2004). Mas é preferível a utilização de cores frias, como o azul, o verde e o lilás;</p> <p>Adicionar elementos e materiais antirruído.</p>	É importante que tenham visibilidade para a área externa.	É importante que a disposição dos móveis seja flexível (BRASIL, 2015).

(continuação)

ASPECTOS	AMBIENTE	RECOMENDAÇÕES		
		DO PESQUISADOR	DOS USUÁRIOS/FUNICIONÁRIOS	DA LEGISLAÇÃO
	Sala de descanso para funcionários (ou Quarto de Plantão)	Ampliar a área de descanso (permitindo a circulação interna dos profissionais) e incluir mais camas, sofás, cadeiras e armários individuais para guarda dos pertences dos funcionários (de acordo com o número de profissionais atuantes no plantão). A porta de entrada dessa sala deve ser acessível. Assim como, deve haver possibilidade de abertura (através de esquadrias) para áreas externas da instituição.	_____	Deve ser um ambiente com cama e cadeiras confortáveis e deve ter banheiro contíguo (BRASIL, 2015).
	Área de descanso para usuários que passam o dia na instituição	Este ambiente não precisa de portas, mas pode ter grandes aberturas para entrada de ventilação e iluminação naturais. Deve ser planejado para uma área sombreada, com ventilação predominante (Sudeste/Leste da planta baixa) (Ver Mapa de Descobertas – Apêndice D).		As legislações específicas de saúde mental, não contemplam essa área como ambiente mínimo no CAPSad 24h.
SEGURANÇA	Recepção e circulações	Eliminar porta de vidro no acesso.	Inclusão de extintores de incêndio e outros equipamentos contra acidentes nesta área, assim como nas circulações do prédio novo e do antigo.	Sinalizar as rotas de entrada e saída do prédio de acordo com a NBR 9050 (ABNT, 2015) e RDC nº 50 (BRASIL, 2002c), incluindo indicativos de direção, nas paredes e pisos; Incluir rotas de fuga sinalizadas, em caso de incêndio ou intercorrências, de acordo com a NBR 9050 (ABNT, 2015).

(continua)

ASPECTOS	AMBIENTE	RECOMENDAÇÕES		
		DO PESQUISADOR	DOS USUÁRIOS/FUNICIONÁRIOS	DA LEGISLAÇÃO
	Salas de atendimento e demais ambientes internos	Inserir placas nas portas, para identificação dos ambientes e em espaços restritos, exclusivos aos profissionais.	Eliminar vidros das esquadrias e trocar por esquadrias de abrir ou correr de madeira.	Incluir rotas de fuga sinalizadas, em caso de incêndio ou intercorrências, de acordo com a NBR 9050 (ABNT, 2015).
	Circulações	Diminuir a quantidade de portas da circulação do prédio novo e incluir aberturas zenitais ou <i>sheds</i> para entrada de iluminação e ventilação natural; Assim como sinalização de direção (rotas, saídas, ambientes).	_____	_____
	Rampas e escadas	Ajustar espelhos dos degraus, para que fiquem com alturas iguais.	_____	Sinalizar, incluir elementos de proteção (guarda-corpo ou corrimão), pisos antiderrapantes e táteis, seguindo o recomendado pela NBR 9050 (ABNT, 2015);
	Quarto de retaguarda ou de observação	Incluir ambiente para usuário que chega à instituição com possível doença contagiosa, como Tuberculose. Pelo menos um quarto deve existir, quando não há unidade de emergência próxima ao Centro de Atenção. Ter acesso restrito e afastado dos quartos de acolhimento, para evitar o contágio dos acolhidos.	_____	Deve possuir uma quantidade de leitos de acordo com a estimativa do total de atendimentos desse tipo. Pode haver ainda área para atendimento por profissional e ter banheiro contíguo, de acordo com a RDC N° 50 (BRASIL, 2002c).
	Quartos de acolhimento	Trocar forro PVC que está cedendo. Os cadeados nas janelas podem ser substituídos por redes de proteção, para que as janelas sejam abertas, admitindo renovação de ar e luminosidade nos espaços.	_____	Pelo menos um dos quartos com banheiro deverá ser adaptado a pessoas com deficiência. Os quartos devem conter duas camas do tipo hospitalar (BRASIL, 2015).

Fonte: Quadro elaborado pela autora do trabalho, com base em ONO *et al* (2018), na Portaria n° 615, de 15 de abril de 2013 do Ministério da Saúde; Manual de Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS; RDC n° 50 (BRASIL, 2002c) e NBR 9050 (ABNT, 2015).

6.2 Recomendações para projetos futuros em Alagoas

A partir do referencial teórico, das referências projetuais, do estudo de caso apresentado e resultados obtidos com a pesquisa, foram elaboradas recomendações arquitetônicas resumidas, para projetos futuros de CAPSad de serviço 24h ou espaços correlatos para acolhimento de dependentes químicos, no estado de Alagoas. Foram considerados também os aspectos de humanização, que abordam a valorização de questões para reintegração da condição física e psicológica dos usuários nos espaços terapêuticos (MARTORELLI, 2016).

No entanto, essas recomendações devem servir como complemento das orientações existentes para projetos de CAPS, e de outros instrumentos referentes a estrutura física deles, contempladas pelo Ministério da Saúde e Anvisa. Foram construídas para facilitar o planejamento e atendimento à qualidade ambiental dos espaços estudados. Sugere-se que sejam construídos planos de necessidades e pré-dimensionamento para cada projeto de CAPSad, com base nas preferências dos profissionais e usuários inseridos nesses espaços, e de acordo com o contexto social e cultural de cada lugar.

Com isso, a partir dos levantamentos das especificidades de CAPSad, foram apontadas condições espaciais sob um ponto de vista imagético e escrito, importantes de serem consideradas no planejamento desse tipo de projeto:

1. Condições de conforto ambiental

Deve-se oferecer todo o conforto ambiental possível aos usuários acolhidos/atendidos, às suas famílias e aos profissionais que trabalham no espaço, por meio de uma tipologia arquitetônica que seja favorável às condições ambientais locais (incidência solar e ventos predominantes, principalmente), e ao clima da região. O planejamento de orientação desses espaços no projeto arquitetônico deve favorecer um bom aproveitamento de aspectos naturais, promovendo eficiência energética e conforto térmico à edificação.

O espaço físico deverá ser amplo, convidativo, flexível e aconchegante com características protetoras, como as de um lar, para que os funcionários e usuários afins identifiquem-se com o lugar. Os croquis abaixo (Figura 101) representam essas características espaciais favoráveis às condições ambientais locais, dando um aspecto de casa à instituição e proporcionando maiores possibilidades de identificação com o local de tratamento, além de

permitir maior conforto visual, àqueles que ainda resistem a buscar por atendimento em CAPSad. A parede de tijolos aparentes, por exemplo, traz um estilo rústico ao lugar, e pode ser utilizada tanto em áreas externas, como internas. O muro baixo é uma característica que permite sensação de ambiente de portas abertas e comunitário. Porém, com relação a essa característica espacial, deve-se tomar os devidos cuidados, já que o espaço necessita de segurança e proteção. Deve-se investigar, portanto, os casos e necessidades de cada usuário e regiões onde serão implantados esses espaços.

A construção de varandas e de beirais extensos (Figura 101) em edificações térreas, se orientados de acordo com estudo dos condicionantes ambientais da área escolhida para implantação da instituição, conduzem ao aumento de ventilação no espaço interno (HOLANDA, 2010). Deve-se buscar o resgate da arquitetura com utilização de telhados e fachadas protegidas ou menos expostas ao sol, desviando-se um pouco da arquitetura de volumes puros, isolados ou herméticos, evidenciando a longa projeção de beirais para conferir sombreamento.

Figura 101 - Croqui representando edificação com características regionais

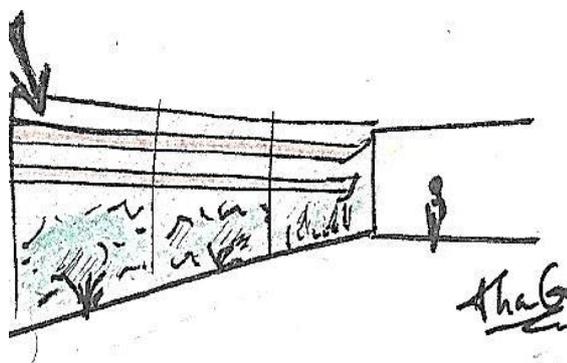


Fonte: Acervo da autora desta dissertação, 2016.

As estratégias de ventilação cruzada e iluminação natural são importantes para conferir eficiência energética à edificação, através do projeto de aberturas favoráveis à captação de luz e vento. O estudo da utilização de janelas altas, aberturas que assemelham-se aos *sheds* (ver capítulo 2, subtópico 2.5.7), juntamente com janelas de altura média, pode suscitar soluções eficazes no que diz respeito às condições de conforto térmico e economias de energia no espaço, evitando ao máximo o emprego de algumas tecnologias, como ar condicionado e iluminação artificial durante o dia, admitindo espaços mais abertos.

Podem existir elementos vazados ou janelas com venezianas (sem vidros) (Figura 102) principalmente em áreas destinadas ao atendimento, realização de atividades por profissionais e usuários, e de descanso, para influência da renovação do ar constante no interior dos ambientes. Também devem ser utilizados elementos de proteção solar, como marquises, brises, painéis, entre outros elementos, para conservar o ambiente ventilado, caso as fachadas estejam expostas à intensa insolação.

Figura 102 - Croqui de janela com venezianas horizontais móveis ou brises para proteção do espaço e visão de áreas abertas com vegetação



Fonte: Acervo da autora desta dissertação, 2016.

A estética é um fator importante, que considera a humanização desses ambientes. Por isso, é interessante atentar para a utilização de revestimentos e materiais, como a madeira e pisos drenantes, por exemplo (CARVALHO; SILVA, 2012).

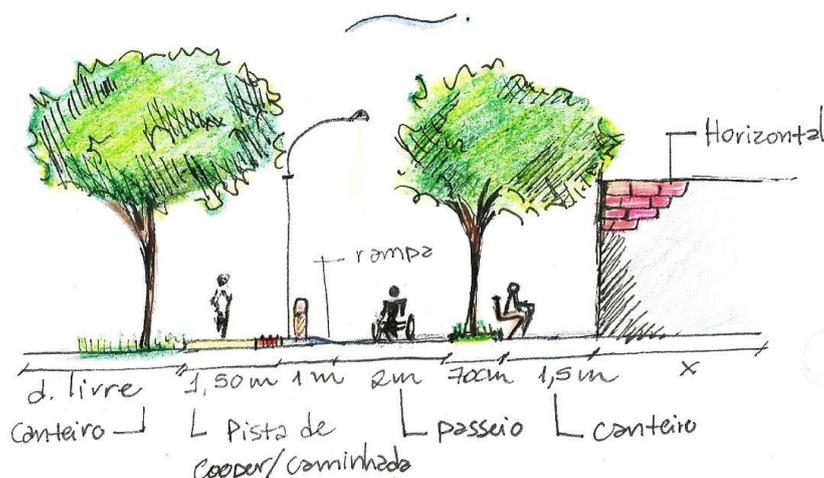
2. Fluxo e segurança nos ambientes

Para atender às normas de acessibilidade e de adoção de elementos fundamentais ao desenho universal é importante que sejam previstas rotas acessíveis para gestantes, idosos, pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, conforme as recomendações da NBR 9050 (ABNT, 2015), ou seja, com espaços que possibilitem o giro de cadeiras de rodas, com portas com dimensão mínima de 90cm de largura, evitando qualquer tipo de barreiras visuais e admitindo o fluxo livre, sem obstruções em áreas internas, externas e circulações.

O croqui exemplificado na Figura 103 mostra um espaço externo cujos passeios podem ser previstos para conter placas de sinalizações, pisos táteis, nivelamento acessíveis à circulação de cadeirantes e pessoas com mobilidade reduzida, por exemplo. Sugere-se calçadas para caminhadas ou corrida, sem obstruções, combinadas a canteiros livres para garantir sombras e

consequente conforto ambiental durante o percurso, assim como locais para convivência dos usuários do lugar, como bancos para descansar e conversar, mesas de jogos, entre outros. As dimensões sugeridas foram estudadas conforme a NBR 9050 (ABNT, 2015) e não são fixas, baseadas no mínimo que pode ser aplicado ao projeto. É importante adequar esses valores, de acordo com as necessidades de cada espaço e região.

Figura 103 - Croqui de corte sem escala de um espaço externo acessível



Fonte: Acervo da autora desta dissertação, 2016.

O fluxo seguro nos ambientes também é proporcionado por meio de uma setorização organizada da edificação, com caminhos definidos e sinalizações de rota nas circulações. Por isso, é importante distribuir os setores de atendimento e atividades, conforme compatibilidade de funções.

Portanto, é necessário existir um setor administrativo (recepção, sala da gerência, dos técnicos e de reuniões, almoxarifado, arquivo), de atendimento individual (salas de atendimento, posto de enfermagem, farmácia, por exemplo) de atividades coletivas e terapêuticas (salas de atendimento de grupo, de oficinas, estudo), de esporte, lazer e convívio (áreas abertas), de descanso e dos quartos de acolhimento e observação (separados por faixa-etária), de serviços gerais (área de serviços com lavanderia, depósitos, apoio dos funcionários, copa), alimentação (refeitório e cozinha, por exemplo) e estacionamento (com área para embarque e desembarque de ambulância). O Centro de Recuperação, CREDEQ, referenciado no capítulo 2, tópico 2.5.6 desta dissertação, é um bom exemplo de setorização por núcleos de atendimento – infantil, adolescente e adultos.

Como há uma grande rotatividade e diversidade de público, demanda e atividades realizadas, esses espaços devem permitir flexibilidade em sua utilização, com um layout passível de mudanças, mobiliários confortáveis, divisórias, possibilidade de abertura e fechamento para a área externa e de se ampliarem, abrangendo outros espaços para realização de trabalhos múltiplos.

A segurança é uma questão a ser considerada, visto que estes espaços e as pessoas neles inseridas estão em vulnerabilidade. Deve-se atentar para os materiais utilizados, para que resistam a arrombamentos, quebras (janelas, portas, mobiliários), não sejam perfuro cortantes, assim como os pisos não devem ser escorregadios, evitando que o usuário machuque a si mesmo e a outros. Precisam ser previstas também, rotas de fuga próximo às salas de atendimento e circulações e mecanismos de prevenção contra incêndio, como mencionado no quadro-síntese de recomendações específicas para o CAPSad – A, localizado em Maceió-A (tópico 4.2.1).

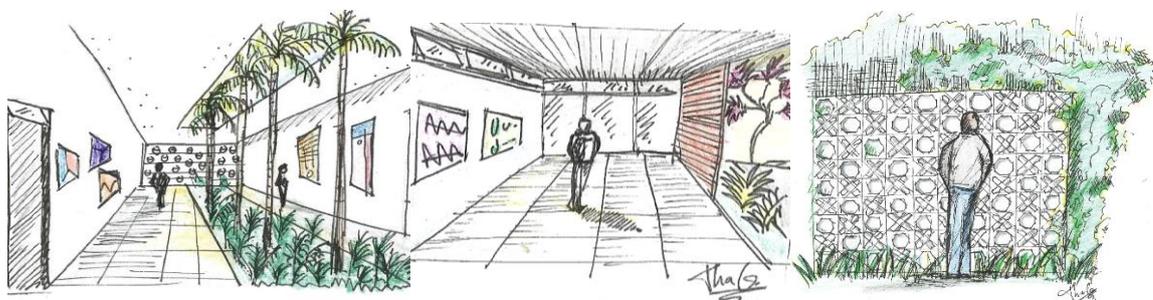
3. Incentivo à arte e identidade

O incentivo à arte, ou seja, à pintura, música, escultura, literatura, teatro, pode ocorrer através do planejamento de espaços para realização de oficinas terapêuticas ligadas a essas atividades e da presença de elementos arquitetônicos na edificação, como painéis artísticos, divisórias, pinturas e trabalhos feitos pelos próprios usuários, que permitam a personalização de espaços por eles, como por exemplo, a utilização de tinta lousa.

A utilização de cores variadas no projeto será importante, pois elas podem minimizar a impressão de monotonia, geralmente presente em espaços de tratamento e saúde mental. Com isso, serão evitadas as sensações de confinamento ou prisão, provocadas quando um ambiente é todo branco e fechado, por exemplo. No entanto, o uso das cores deve ser equilibrado e planejado de acordo com a função de cada espaço. Uma das cores possíveis de utilização como partido nos projetos de Centros de atenção para dependentes químicos é a cor verde, pois acalma e estimula o equilíbrio; o azul, cor aplicada para acalmar os pacientes em terapias de distúrbios psíquicos e agitações; e o lilás, que tem propriedades sedativas, ajudando o indivíduo a relaxar, sendo uma cor indicada para ambientes de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) em hospitais, como já foi explicado no Capítulo 2 desta dissertação.

A recomendação é que os espaços internos e destinados ao convívio conttenham arte que remeta a cultura local, obras artísticas, como quadros, painéis coloridos divisórios, e obras feitas pelos próprios acolhidos do Centro de Atenção, para que assim, eles adotem o espaço e sintam-se reconhecidos por seus trabalhos. Os croquis da Figura 104 demonstram essas condições, como também a existência de circulações mais abertas, permitindo um fluxo mais dinâmico nos ambientes internos, levando em consideração o constante contato com a área descoberta da edificação, através de jardins internos e elementos arquitetônicos como brises, esquadrias e cobogós (elementos vazados) que abrem-se para exterior, o que confere acolhimento àqueles que convivem diariamente no ambiente.

Figura 104 – Croqui de espaços internos em conexão com a arte e áreas externas



Fonte: Acervo da autora desta dissertação, 2016.

Nas áreas que precisam de isolamento acústico, deve-se evitar a utilização desses elementos vazados, como as áreas de audiovisual, auditórios e salas de música e atividades em grupo que necessitam de sigilo.

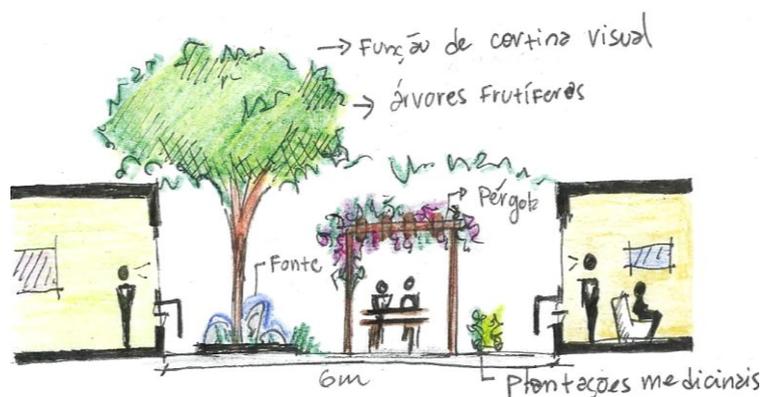
4. Interação dos espaços internos e externos

O croqui representado na Figura 105, sugere a inserção de jardins terapêuticos (para cultivo, contemplação e repouso dos usuários), horta, pomar, essenciais nos trabalhos de laborterapia, pergolados sombreados com trepadeiras e bancos para interação social. As dimensões adequadas entre esses jardins são de no mínimo seis metros entre as janelas das áreas edificadas, com a função de permitir a criação de uma cortina visual entre os espaços, garantindo privacidade na área livre e interna (Figura 105) (CONSTANTINO, 2010). Não deve existir cortinas visuais em ambientes de acolhimento noturno ou permanência de usuários, que precisam ser monitorados pelos profissionais. Mas àqueles que os funcionários garantirem a

importância dessas barreiras visuais, devem ser considerados, como nas salas de atendimento individual, administrativas e de uso exclusivo deles, para maior segurança.

Os canteiros para a prática da jardinagem devem ser implantados em alturas apropriadas, para também serem utilizados por pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida. Ademais, ao oferecer um paisagismo adequado, irá encorajar o usuário a integrar-se com o ambiente e desenvolver atividades no mesmo.

Figura 105 – Croqui (corte esquemático) de jardins terapêuticos entre as áreas edificadas



Fonte: Acervo da autora desta dissertação, 2016.

Os pátios e áreas abertas ao longo da edificação são pontos de encontro que permitem maiores possibilidades de reabilitação coletiva, gerando impulsos para reintegração dos acolhidos no meio social. Dessa forma, os quartos, setores terapêuticos e de múltiplas atividades podem estar voltados para pátios (Figura 106). A presença de vegetação frondosa permite o sombreamento e conforto térmico no espaço, assim como bancos, mesas, estruturas como pergolados, quiosques e *decks* cobertos, como solução ao convívio, interação, troca de experiências e abrigo dos usuários do local.

Figura 106 – Croqui de pátios internos de convivência



Fonte: Acervo da autora desta dissertação, 2016.

5. Atividades de inclusão social (lúdicas, laborais, físicas e educativas)

Os espaços para exercício físico, humor e bem-estar, (quadras, academia ao ar livre, pátios, piscina, etc.) também são importantes para realização de atividades lúdicas e de oferecimento de sensações positivas para o corpo e para a mente dos dependentes químicos que estão aprendendo a viver sem a droga (em abstinência), já que segundo Schmidt (2007), a prática desportiva e de lazer são associadas a uma série de consequências benéficas ao ser humano, como diminuição de fatores negativos para a saúde, tenacidade, determinação, superação, entre outros.

O croqui da Figura 107 representa esse tipo de espaço, para práticas de esportes como o futebol. Essa área deve contar com gramado, plantações rasteiras e densas ao seu redor. É importante analisar os condicionantes ambientais para melhor orientação desta vegetação, permitindo o equilíbrio entre a incidência do sol e dos ventos. Podem existir ainda, arquibancadas para facilitar o acesso a quem não pratica esportes.

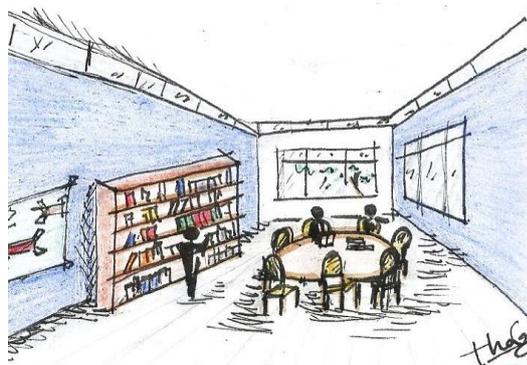
Figura 107 – Croqui de campo para prática de esportes



Fonte: Acervo da autora desta dissertação, 2016.

O projeto de espaços educativos (Figura 108) é necessário ao acompanhamento pedagógico dos internos, visto que muitos param de estudar quando se tornam dependentes químicos, ou não têm formação escolar completa, o que dificulta a inserção destes no mercado de trabalho. Então, planejar setores de oficinas terapêuticas e profissionalizantes com salas multifuncionais para a realização de atividades de estudo, trabalho e terapia é de extrema importância para prover as necessidades existentes, hoje, nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Figura 108 – Croqui exemplificando um espaço educativo - pode ser uma biblioteca



Fonte: Acervo da autora desta dissertação, 2016.

6. Horizontalidade e implantação da edificação

Propõe-se a adoção de um partido horizontalizado da edificação, através da conexão dos setores por relação de suas funções, para maior conforto, segurança e acessibilidade dos profissionais e acolhidos. A tipologia arquitetônica deve ser harmônica com as existentes na região de implantação da instituição, seu entorno e condições climáticas.

Segundo Martorelli (2016) recomenda-se que estes espaços tenham apenas um pavimento, pois quando há verticalização, o acesso a determinadas áreas torna-se difícil, além de não facilitar o controle dos agentes sociais e outros profissionais com os usuários. Segundo a autora, a implantação horizontal e térrea pode promover maior integração com o exterior. Quando isso não for possível de existir, deve-se considerar a construção de dois pavimentos no máximo, onde o primeiro será exclusivo para a área de acolhimento dos usuários (MARTORELLI, 2016).

Outra questão é que estes espaços devem ser construídos em terrenos amplos, com possibilidade para a inclusão de áreas livres e abertas de convivência, práticas de esportes e atividades de laborterapia, com plantações e hortas. O local escolhido para o projeto desses espaços deve ser central e de fácil acesso. Ademais, dentro das possibilidades do serviço, poderia estar localizado próximo a praças, quadras, teatro, igrejas, serviços educativos e relacionados ao trabalho e inclusão social dos usuários à comunidade (CARVALHO; SILVA, 2012).

6.3 Considerações Finais

A partir dessa pesquisa, é possível questionar qual seria a contribuição da arquitetura para os espaços de tratamento à dependência química. Dessa forma, por meio de estudo das referências bibliográficas e Avaliação Pós-Ocupação, analisando as especificidades do espaço de tratamento, conclui-se que a arquitetura oferece sim, elevada possibilidade para minimizar, entender e até prevenir o problema da adaptação de Centros de Atenção destinados ao tratamento do dependente químico, avaliando se suas estruturas físicas são adequadas, favorecendo o desenvolvimento de atividades terapêuticas específicas ao tratamento, o que afeta o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros envolvidos na concepção arquitetônica de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad).

A pesquisa bibliográfica mostrou ser uma base primordial do estudo, devido à complexidade em explorar os conteúdos pouco existentes na área da arquitetura. Contudo, estas bibliografias conseguem ser suficientes para compreender a interface que pode haver entre a dependência química e a arquitetura. Ao estudar a doença, o dependente e as formas de tratamento; as relações existentes entre o usuário e o espaço; as atividades terapêuticas relacionadas ao projeto de arquitetura; a evolução de espaços assistenciais a saúde mental até chegar à instituição dos CAPSad; as referências e estudos de caso relacionados a espaços de tratamento à dependência química, como também, questões mais específicas referentes ao objeto de estudo, através da análise de normativas, resoluções, portarias, entre outros.

Esse embasamento foi fundamental para a definição dos métodos e técnicas para a abordagem, criando um leque de possibilidades e caminho para recomendações projetuais destinadas principalmente aos usuários e ambientes de um CAPSad de Maceió-AL.

A estrutura da dissertação se organizou dessa forma, porque buscou-se primeiramente explorar o campo da dependência química (sobre a doença e formas de tratamento), porém com

certa limitação, já que estava adentrando a um campo interdisciplinar. Um dos objetivos era focar menos na área da saúde, psicologia, psiquiatria ou assistência social e mais na arquitetura, julgando menos conceitos que não me cabem discutir com profundidade, como o conceito de humanização, por exemplo, ainda pouco explorado na arquitetura, visto que tenho formação nesta área. Entretanto, como é possível discutir essa temática sem adentrar em outros campos? É quase inviável, pois esta discussão a respeito da qualidade ambiental de espaços de tratamento à dependência química é recente na área da arquitetura, sendo assim uma reflexão multidisciplinar e interdisciplinar, a respeito da inclusão social de pessoas em vulnerabilidade no nosso meio.

Portanto, o que se espera com esta dissertação, é que as descobertas, resultados e recomendações sirvam de base para tomadores de decisões projetivas para CAPSad, considerando todos os aspectos estudados e as necessidades reais dos usuários do espaço, sempre tendo em vista às estratégias de inclusão social, basilares nesses serviços comunitários. Espera-se ainda, gerar um maior entendimento da qualidade do ambiente e características espaciais destes centros, de forma que possam servir como subsídio e conseqüentemente para maior visibilidade à produção científica acerca do referido tema, que é urgente, como uma questão de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ABREU, Carolina de Camargo; MALVASI, Paulo Artur. Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. *In: DIEHL, Alessandra et al. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 67-80.

ALBUQUERQUE, Laís Lima de. **Entre os muros da loucura**: descrição dos espaços do Hospital Escola Portugal Ramalho. 2015. 145p. Dissertação (Mestrado em Dinâmicas do Espaço Habitado) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Alagoas – UFAL, Maceió, 2015.

ALVES, S.; FIGUEIREDO, C.; SÁNCHEZ, J. M. A Percepção Visual Como Elemento de Conforto na Arquitetura Hospitalar. **Revista Projetar – Projeto e Percepção do Ambiente**, v. 3, n. 3, p. 71-83, 19 dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/revprojetar/article/view/16537>. Acesso em 01 abr. 2019.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998/1107>. Acesso em 2 set. 2017.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

ARAÚJO, Gabrielly Dias. **Centro de Reabilitação para Dependentes Químicos: Readequação do Hospital Psiquiátrico Espírita de Anápolis**. Plano de trabalho para Monografia. Universidade Estadual de Goiás - UnUCET, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Anápolis, 2015. 12 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR-9050**: Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos. Rio De Janeiro, 2015. 162p.

BAGNATI, Mariana Moura; FEDRIZZI, Beatriz Maria. **A Percepção De Dependentes Químicos Em Fase De Reabilitação Sobre O Pátio Da Instituição: Uma Averiguação Sobre Vegetação E Espaços Abertos**. *In: XIV Encontro Nacional de Conforto no Ambiente Construído e X Encontro Latino Americano de Conforto no Ambiente Construído*, 2017, Balneário Camboriú/SC. **Anais**, 2017. v. único. p. 1988-1994.

BARROS, R. R. M. P.; PINA, S. A. M. G. **A humanização no Projeto da Habitação Coletiva**. *In: O processo de projeto em arquitetura da teoria à tecnologia*. São Paulo: Oficina de Textos, 2011. p. 245-272.

BERTOLETTI, Roberta. **Uma contribuição da arquitetura para a reforma psiquiátrica**: estudo no Residencial Terapêutico Morada São Pedro em Porto Alegre. 2011. 212p. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Arquitetura e Urbanismo - PÓSARQ), Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2011.

BESTETTI, Maria Luisa Trindade. **Ambiência: Espaço Físico e Comportamento**. Curso de Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Universidade de São Paulo. São Paulo-SP, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00601.pdf>. Acesso em: 29 de Fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6. ed. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. *In*: SILVEIRA, Dartiu X.; SILVEIRA, Evelyn D. **Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos**. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/>. Acesso em 11 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei_10216.pdf. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002a. 2002. Disponível em: <http://bibliofarma.com/portaria-gmms-no-336-de-19-de-fevereiro-de-2002/>. Acesso em: 08 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 305**, de 03 de Maio de 2002b. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0305.pdf Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. **RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html. Acesso em 15 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em 20 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº52**, de 20 de janeiro de 2004. 2004. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/Portaria-GM-MS-52-2004>. Acesso em: 10 dez. 2017

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190**, de 4 de junho de 2009. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 32p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf. Acesso em 03 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130**, de 26 de janeiro de 2012. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 615**, de 15 de abril de 2013. 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html. Acesso em: 08 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 28 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 28 nov. 2017.

BULHÕES, Ariane Brum de Carvalho; VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria; ESCÓSSIA, Liliana da. Processos de desinstitucionalização em CAPSad como estratégia da humanização da atenção e gestão da saúde. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**, v. 5, saúde mental, Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 41-64. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 14 de abril de 2017.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CARDOSO, A. J. C.; TRINO, A.; PEDRA, M.; MEDEIROS, P. P. de. Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, vol. 8 n. 1, mar 2014, p. 57-63.

CARLINI, Beatriz H. **Drogas: Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes**. Série: por dentro do assunto. 2ª ed., reimpr. – Brasília; Ministério da Justiça, SENAD, 2011. p.8. Disponível em: www.senad.gov.br. Acesso em: 29 de fevereiro de 2017.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001**. São Paulo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A. et al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **IMESC**, São Paulo, n. 3, p. 9-35, 2001. Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/imesc/rev3.htm>. Acesso em: 17 de jan. 2017.

CARVALHO, Laís; SILVA, Débora. Arquitetura do cuidado em saúde mental: o CAPS-AD. *In*: **Revista Ambiente Hospitalar**, n. 9, 2012, p. 21-32. Disponível em: http://www.abdeh.org.br/revista_9/. Acesso em: 17 jan. 2017.

CAU/BR – CONSELHO DE ARQUITETURA E URBANISMO DO BRASIL. Arquitetura e Urbanismo Para Todos. Hospital Sarah Kubitschek. Disponível em: <http://arquiteturaurbanismotodos.org.br/hospital-sarah-kubitschek/>. Acesso em: 17 de março de 2017.

CAVALCANTI, Patrícia Biasi. **A humanização de unidades clínicas de hospital-dia: vivência e apropriação pelos usuários.** 2011. 421p. Tese (Doutorado em Ciências em Arquitetura) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://docplayer.com.br/333670-A-humanizacao-de-unidades-clinicas-de-hospital-dia-vivencia-e-apropriacao-pelos-usuarios-patricia-biasi-cavalcanti.html>. Acesso em: 28 nov. 2017.

CONSTANTINO, Norma Regina Truppel. Jardins Educativos e Terapêuticos Como Fatores de Qualidade de Vida Urbana. PLURIS, 2010. Disponível em: pluris2010.civil.uminho.pt/Actas/PDF/Paper56.pdf. Acesso em: 17 de março de 2017.

COSTA, José Ricardo Santos de Lima. Espaço hospitalar: a revolta do corpo e a alma do lugar. *Arquitextos*, n.013, 2001. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/02.013/884>. Acesso em: 24 de março de 2017.

COSTEIRA, Elza Maria Alves. **O hospital do futuro: uma nova abordagem para projetos de ambientes de saúde.** In: SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani (Org.). **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares.** Rio de Janeiro: Editora SENAC, 2004.

CREDEQ – CENTRO DE REFERÊNCIA E EXCELÊNCIA EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA. Unidade de Aparecida de Goiânia – Prof. Jamil Issy. Apresentação. Governo de Goiás, 2014. Disponível em: <http://credeq-go.org.br/>. Acesso em: 15 de março de 2018.

ELALI, Gleice Azambuja. Psicologia e Arquitetura: em busca do *locus* interdisciplinar. In: **Estudos de Psicologia**, p.349-362, 1997.

ESTADO DE ALAGOAS. SEPREV - Secretaria de Estado de Prevenção à Violência. Programas: Rede Acolhe. 2016. Disponível em: <http://www.seprev.al.gov.br/programas/acolhe-alagoas>. Acesso em: 5 de abril de 2016.

FELIPPE, Máira Longhinotti; KUHNEN, Ariane. O apego ao lugar no contexto dos estudos pessoa-ambiente: práticas de pesquisa. **Estud. psicol. (Campinas) [online]**. v.29, n.4, out-dez, 2012, p.609-617.

FERREIRA, J. T.; MESQUITA, N. N. M.; SILVA, T. A. da; SILVA, V. F. da; LUCAS, W. J.; BATISTA, E. C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Rev. Saberes, Rolim de Moura**, v. 4, n. 1, jan./jun., p. 72-86, 2016. Disponível em: <http://facsao paulo.edu.br/uploads/files/artigo%206.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2018.

FIOCRUZ. **Maior pesquisa sobre crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/maior-pesquisa-sobre-crack-ja-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>. Acesso em:

30 set. 2018.

_____. **Pesquisa Nacional sobre o uso do crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?.** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10019/2/UsodeCrack.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

_____. Fiocruz apresenta resultados de pesquisa sobre crack e exclusão social. **Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-apresenta-resultados-de-pesquisa-sobre-crack-e-exclusao-social>. Acesso em: 30 set. 2018.

FONTES, Maria Alice. O que é a codependência. 2008. **Plenamente.** Disponível em: <http://plenamente.com.br/artigo.php?FhIdArtigo=84>. Acesso em: 27 mai. 2017.

FRACALOSSI, Igor. Clássicos da Arquitetura: Hospital Sarah Kubitschek Salvador/ João Figueiras Lima (Lelé). 07 Mar. 2012. **ArchDaily Brasil.** Disponível em: <http://www.archdaily.com.br/36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-figueiras-lima-lele>. Acesso em: 18 mar. 2018.

FREITAS, Mariana Ferreira. **Espaço Cores - Espaço de Convívio e Reintegração Social.** Plano de Trabalho Final de Graduação. Universidade de Brasília, FAU, 2013. 33 p.

GÓES, Ronald de. **Manual prático de arquitetura hospitalar.** São Paulo: Editora Blucher, 2004.

GOVERNO DE GOIÁS. AGETOP – AGÊNCIA GOIANA DE TRANSPORTES PÚBLICOS. Notícias: Começam as obras do CREDEQ de Aparecida de Goiânia. 23 de janeiro de 2013. Disponível em: <http://www.agetop.go.gov.br/index.php/post/ver/154227/>. Acesso em: 10 mar. 2018.

GUELLI, Augusto; ZUCCHI, Paola. A influência do espaço físico na recuperação do paciente e os sistemas e instrumentos de avaliação. **RAS**, vol. 7, n. 27, abr-jun, 2005. Disponível em: <http://www.bross.com.br/artigos/PaperRAS.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2017.

GÜNTHER, H. Como elaborar um questionário. *In:* GÜNTHER, H.; PINHEIRO, J. Q. **Métodos de pesquisa nos estudos pessoa ambiente.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p. 105-148.

HAESBAERT, Rogério. **Dos Múltiplos territórios à Multiterritorialidade.** 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.

HAZEN, Teresia. **Gardens in Health Care: Rehabilitation, Recovery & Restoration.** Connecting with nature impacts positive health outcomes. Legacy Health, 2010. Disponível em: <http://www.theintertwine.org/events/intertwine-health-forum-may-8-2014>. Acesso em: 15 de março de 2017.

HEALTH, Legacy. **Legacy Gardens.** Disponível em: <http://www.legacyhealth.org/gardens>. Acesso em: 14 de março de 2017.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS E.; BARROS M.E.B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface (Botucatu)** 2009; 13 (Supl. 1): p. 493-502. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180115446002.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2017.

HOLANDA, Armando de. **Roteiro para Construir no Nordeste: arquitetura como lugar ameno nos trópicos ensolarados**. 2. ed. Recife: MDU-UFPE, 2010. 66. p. ilustr.

KASPER, A. de A. et al. **A influência da Iluminação como Fator de Humanização em Ambientes Hospitalares: o caso das Salas de Espera e dos Corredores Hospitalares**. In: Simpósio Brasileiro de Qualidade do Projeto no Ambiente Construído, 2009, São Carlos, SP. Disponível em: <http://hope.ly/1yHx2bf>. Acesso em: 17 de março de 2018.

KOWALTOWSKI, D. C. C. K.; MOREIRA, D. C.; PETRECHE J. R. D.; FABRICIO, M. M. (Org.) **O processo de projeto em arquitetura da teoria à tecnologia**. São Paulo: Oficina de Textos, 2011. 504 p.

LOPES, Maria Alice; MEDEIROS, Luciana de. Humanização hospitalar: origem, uso e banalização do termo. **Revista PropecQ/IAB-MG**, v. 1, n. 1, 2004. Disponível em: www.iabmg.org.br. Acesso em: 02 abr. 2018.

LUKIANCHUKI, Marieli Azoia; SOUZA, Gisela Barcellos de. Humanização da Arquitetura Hospitalar: entre ensaios de definições e materializações híbridas. São Paulo: **Arquitextos**, 2010. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/10.118/3372>. Acesso em: 16 de março de 2017.

MACHADO, Ernani S.; AZEVEDO, Giselle A. N.; ABDALLA, Gustavo F. A Importância do Olhar dos Usuários em Ambientes da Arquitetura Hospitalar: uma aplicação do Poema dos Desejos. In: 2º Simpósio Brasileiro de Qualidade do Projeto no Ambiente Construído, 2011, Rio de Janeiro. **Anais. SBQP**, Rio de Janeiro, 2011.

MALBERGIER, A.; CARDOSO, L.; AMARAL, R. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 28, n. 4, p. 678-688, abr. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400007>. Acesso em: 7 dez. 2017.

MARTINS, V. A Humanização e o Ambiente Físico Hospitalar. In: I Congresso Nacional da Abdeh – IV Seminário de Engenharia Clínica. **Anais. ABED**, Salvador, 2004.

MARTORELLI, Camila Mendes. **Humanização em arquitetura como suporte no tratamento da dependência química: afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**. 2016. 237p. Dissertação (Mestrado em Ciências em Arquitetura, cultura, paisagem e ambiente construído), Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, 2016.

MASSA, Antônio Cláudio; MARTINS, Kleimer. Memorial: Projeto de um Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva. Fundação Cidade Viva. CONDE-PB, 2009. Disponível em: <http://kmarquitetos.blogspot.com.br/2009/11/centro-de-recuperacao-para-dependentes.html>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2017.

MEDRADO, Valéria. Cães ajudam na reabilitação de dependentes químicos. Correio de Urbelândia, 2011. Disponível em: <http://www.correiodeuberlandia.com.br/entretenimento/caes-ajudam-na-reabilitacao-de-dependentes-quimicos/>. Acesso em: 16 de março de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MOURA, Éride. João Figueiras Lima, Lelé: Hospital Sarah Rio. Lelé no Rio. Publicado originalmente em Projeto Design na Edição 266, 2002. Disponível em: <https://arcoweb.com.br/projetodesign/arquitetura/joao-filgueiras-lima-lele-hospital-infantil-23-04-2002>. Acesso em: 17 de março de 2017.

OLIVEIRA, Francielly Senra. **A influência do Ambiente arquitetônico no processo de reabilitação dos dependentes Químicos**. Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora. Curso de Arquitetura e Urbanismo, 2015.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Glossário de Álcool e Drogas**. Brasília, 2006.

ONO, R.; ORNSTEIN, S. W.; VILLA, S. B; FRANÇA, A. J. G. L. (Org). **Avaliação Pós-Ocupação na arquitetura, no urbanismo e no design: da teoria à prática**. 1.ed. São Paulo: Oficina de Textos, 2018, v. 1. 302p.

ORNSTEIN, Sheila; BRUNA, Gilda Collet; ROMÈRO, Marcelo de Andrade. **Ambiente construído e comportamento: a avaliação pós-ocupação e a qualidade ambiental**. São Paulo: Studio Nobel: FUPAM, 1995. 212p.

_____. ROMERO, Marcelo. **Avaliação pós-ocupação (APO) do ambiente construído**. São Paulo: Studio Nobel: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP, 1992.

_____. Com os usuários em mente: um desafio para a boa prática arquitetônica? **PARC: Pesquisa em Arquitetura e Construção**, Campinas, SP, v. 7, n. 3, p. 189-197, out. 2016. Disponível em: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/parc/article/view/8647437>. Acesso em 01 de abril de 2018.

PELLEGRINI, Marcelo. Ambiente influi em chances de recaída de dependentes químicos. Agência USP de notícias, 2011. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/?p=71107>. Acesso em: 09 de março de 2017.

RHEINGANTZ, Paulo Afonso et al. **Observando a qualidade do lugar: procedimentos para a avaliação pós-ocupação**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Pós-graduação em Arquitetura, 2009. Disponível em: https://fenix.tecnico.ulisboa.pt/downloadFile/3779578828566/observando_a_qualidade_do_lugar.pdf. Acesso em: 24 ago. 2017.

RONZANI, Telmo Mota, et al. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juíz de Fora: Editora UFJF, 2014.

ROYAL HERBERT PAVILIONS. History of the building. 2008. Disponível em: <http://www.royalherbert.co.uk/history.php>. Acesso em: 07 ago. 2018.

SAMPAIO, Ana Virgínia C. F.; CHAGAS, Suzana Sousa. Avaliação de Conforto e Qualidade de Ambientes Hospitalares. **Gestão & Tecnologia de Projetos**, v. 5, n. 2, p. 155-179, nov. 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/gestaodeprojetos/article/view/50990>. Acesso em: 05 jun. 2019.

SANTOS, Cecília Serapião dos. **Princípio da dignidade da pessoa humana, os portadores de dependência química e suas famílias**. UNIVALE – CEJURPS. Curso de Direito. Itajaí SC, 2008. 117p. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Cecilia%20Serapiao%20dos%20Santos.pdf>. Acesso em: 16 de março de 2017.

SANTOS, Denise Cristina dos; CARDOSO, Adilson Lopes. Do modelo asilar à Centro de Atenção Integral à saúde em consonância com o movimento da reforma psiquiátrica brasileira. **Revista Uningá**, [S.l.], v. 46, n.1, jan. 2018, p. 58-62. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1241>. Acesso em: 1 set. 2018.

SARAH - REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. Nossas Unidades, 2013. Disponível em: <http://www.sarah.br/a-rede-SARAH/nossas-unidades>. Acesso em: 17 mar. 2017.

SCHMIDT, Katia Cristine. **Exercício Físico, Humor e bem-estar na percepção de Dependentes químicos em tratamento**. Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 2007. 155p.

SEREJO, Cláudia Ferreira, et al. **Tipologia Hospitalar e o projeto do Hospital Sarah Kubistchek do Rio de Janeiro**. Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo, UFRN, 2010.

SILVEIRA, Ignez Camila Filipino da; MACHADO, Ernani Simplício. **Um Novo Modelo de Atendimento aos Dependentes Químicos**. CES-JF (Centro de Ensino Superior - Juiz de Fora). In: X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, 2009, Braga. X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais - Sociedades desiguais e paradigmas em confronto, 2009.

SILVEIRA, Marianna. **Centro Especializado na Reabilitação de Dependentes Químicos no Município de Cabedelo – PB**. Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ. João Pessoa – PB, 2012. 117 p.

SISMOB – SISTEMA DE MONITORAMENTO DE OBRAS. Saúde Mental. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Projetos de Referência CAPS AD III, 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sismob/instrutivo-e-legislacao-dos-programas/saude-mental>. Acesso em: 7 ago. 2018.

SOMMER, Robert. **Espaço pessoal: as bases comportamentais de projetos e planejamentos**. São Paulo: Pedagógica Universitária, 1973.

SOUZA, K. S.; SILVA, I. F. C.; BATISTA, S. H. R.; ALMEIDA, R. J. Reinserção social de dependentes químicos residentes em comunidades terapêuticas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 12, n. 3, set. 2016, p. 171. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n3/pt_06.pdf. Acesso em: 4 fev. 2019.

THOMAZONI, A. D. L.; ORNSTEIN, S. W. **O estudo dos fluxos hospitalares complexos: a Avaliação Pós-Ocupação (APO) aplicada a um estudo de caso.** *In: 7º Projetar – 2015* Originalidade, criatividade e inovação no projeto contemporâneo: ensino, pesquisa e prática, 2015, Natal: Editora Firenzze, 2015. v. 1. p. 1-15.

VILLA, Simone Barbosa; ORNSTEIN, Sheila Walbe. (Org). **Qualidade Ambiental na Habitação. Avaliação Pós-Ocupação.** São Paulo: Oficina de Textos, 2013. 400p.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Entrevista semiestruturada (aplicada com funcionários do CAPSad)

- 1) Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? Qual sua escala/regime de horário?
Qual seu cargo/função?
- 2) Comente sobre seu cotidiano na instituição (perguntar sobre tarefas, caso não sejam mencionadas):
- 3) Cite aspectos positivos e aspectos negativos acerca dos espaços da instituição:
- 4) Os ambientes da edificação atendem suas necessidades de trabalho? O que poderia melhorar?
- 5) Como você avalia o lugar onde você passa maior parte do seu tempo de trabalho?
Especifique qual é o lugar e faça críticas, elogios ou dê sugestões
- 6) Quanto ao mobiliário/equipamentos, o que você acha que é preciso melhorar ou que está faltando?
- 7) Qual o lugar que você mais gosta da instituição? Por quê?
- 8) Qual o lugar que você menos gosta da instituição? Por quê?
- 9) Você sente que faz parte desse lugar? Por quê?
- 10) E sobre os pacientes, você acha que eles se sentem fazendo parte deste lugar/possuem laços de afetividade com o lugar? Por quê?
- 11) Você acha que os pacientes têm livre acesso a todos os espaços da instituição? Qual sua opinião sobre isso?

- 12) Quais os espaços que são mais importantes para o tratamento ofertado na instituição?
Por quê?
- 13) Quais os espaços que os pacientes mais gostam? Por quê?
- 14) Há casos de vandalismo nos ambientes da instituição (vidros quebrados, etc.) pelos pacientes? A que motivo você atribui esses casos?
- 15) Você acha que os pacientes ficam entediados ao longo do dia? Na sua opinião, quais as distrações positivas que poderiam ser implementadas na tentativa de solucionar isso?
- 16) Você acha que algum ambiente deveria ter área maior (considerando que alguns ambientes possuem área menor do que a Portaria nº 615, de abril de 2013, estipula como área mínima) para que as atividades pudessem ser atendidas de maneira mais adequada?
- 17) O que você acha quanto da aparência interna e externa da instituição?
- 18) Para você, a ventilação e iluminação (natural e artificial) são adequadas?
- 19) Há muito barulho nos ambientes de tratamento? Atrapalham a realização de alguma atividade?
- 20) Com relação ao comportamento dos usuários, você acha que a distribuição dos ambientes favorece o convívio entre eles? Ou eles tendem a se isolar?
- 21) Você acha que os usuários tem autonomia e privacidade nos ambientes?
- 22) O espaço oferece segurança aos usuários?
- 23) A acessibilidade é adequada? (Para pessoas com deficiência). Existe alguma dificuldade de deslocamento ou locomoção de um ambiente a outro, através de rampas, escadas, corredores?

- 24) Quais os principais motivos que, na sua opinião, levam os pacientes a procurarem o CAPSad?
- 25) Esse edifício é adaptado? O que você pensa sobre ele ter sido adaptado para outro uso em vez de ser projetado inicialmente para ser um CAPSad?
- 26) Se é um edifício adaptado, as reformas atenderam as necessidades? Algo ficou faltando ou algum problema aconteceu por causa disso?
- 27) Já aconteceu alguma reclamação dos usuários com relação aos ambientes? Quais?
- 28) Você é a favor da existência de Unidades de Acolhimento (UA) anexas a CAPSad? Por quê?
- 29) Dê sugestões para a melhoria dos ambientes internos e externos da instituição:
- 30) Tem alguma observação a fazer/algo a acrescentar?

Entrevista semiestruturada (perguntas a mais para o diretor)

- 1) Quantos funcionários trabalham na instituição? Trabalham por turnos?
- 2) Qual a média diária ou mensal de pacientes atendidos?
- 3) Qual é o tempo de permanência dos usuários na instituição?
- 4) Qual a diferença entre os pacientes que vêm para o atendimento, os que vem para convivência e os acolhidos?
- 5) Como se dão as ações da política de redução de danos na instituição?
- 6) Como é trabalhada a questão da reinserção social dos pacientes?

- 7) Quais as características dos pacientes ao iniciarem o tratamento na instituição?
- 8) Qual o perfil do público atendido na instituição?
- 9) Como se dá o controle de entrada e saída de pacientes? E quanto aos acolhidos?
- 10) Qual a capacidade máxima para acolhimento na instituição?
- 11) O CAPSad tem algum tipo de relacionamento direto com outras unidades da rede pública de saúde? Como se dá?
- 12) Houve alguma mudança ou reforma nos espaços desde a inauguração da instituição? Quais?
- 13) Há alguma terapia/atividade/serviço que você acredita que seria importante para o tratamento dos pacientes e que não consegue realizar por ausência/deficiência de espaço na instituição? Explique:
- 14) Os profissionais do lugar estiveram envolvidos no planejamento/reformas do espaço ou implantação do CAPSad?
- 15) Seguiram o modelo de outro espaço para implantação do CAPSad (como por exemplo o projeto de CAPSad padrão disponibilizado pelo Ministério da Saúde).

APÊNDICE B – POEMA DOS DESEJOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO
MESTRADO EM DINÂMICAS DO ESPAÇO HABITADO - DEHA

Poema dos desejos nº ____

NÃO PRECISA COLOCAR SEU NOME!

Data: ____/____/____

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS: ABORDAGEM ARQUITETÔNICA DE UM ESTUDO DE CASO SITUADO EM MACEIÓ-AL SOB A ÓTICA DA AVALIAÇÃO PÓS-OCUPAÇÃO” dos pesquisadores Thaysa Gabriela de Oliveira Gonçalves e Prof.^a Dr.^a Morgana Maria Pitta Duarte Cavalcante. Esse estudo faz parte da **avaliação da qualidade ambiental** do CAPSad de Maceió-AL. **SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE! Você estará CONTRIBUINDO para identificação das necessidades arquitetônicas dos ambientes do CAPSad e criação de recomendações para esse tipo de instituição.**

- **Eu gostaria que o ambiente do CAPSad de Maceió tivesse/oferecesse/fosse:**

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E)

1/3

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)**

Entrevistas aos Profissionais e usuários do Centro de Atenção Psicossocial
Álcool e Drogas (CAPSad) objeto de estudo

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS: ABORDAGEM ARQUITETÔNICA DE UM ESTUDO DE CASO SITUADO EM MACEIÓ-AL SOB A ÓTICA DA AVALIAÇÃO PÓS-OCUPAÇÃO” dos pesquisadores Thaysa Gabriela de Oliveira Gonçalves e Prof.^a Dr.^a Morgana Maria Pitta Duarte Cavalcante (orientadora de mestrado). A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Estado de Alagoas (CAPSad);
2. A importância deste estudo é a de estabelecer recomendações projetuais para espaços que geralmente encontram-se em locais adaptados, apresentando problemas na função e humanização dos seus espaços físicos, o que pode prejudicar o progresso no tratamento dos usuários;
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: suscitar a melhoria arquitetônica destes espaços, para que transmitam percepções que auxiliem o usuário no processo de tratamento da doença, através não só de princípios técnicos, mas principalmente, do reconhecimento do mesmo e de sua família;
4. A coleta de dados começará em outubro de 2018 e terminará em março de 2019. Os dados coletados ficarão em posse da pesquisadora principal da pesquisa em arquivo físico e digital, sob sua responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Esses dados poderão ser utilizados dentro desse período de 5 anos, em dissertações, teses e publicações de artigos com autorização do sujeito da pesquisa. Passado esse tempo, esses dados serão armazenados no Grupo de Estudos em Projetos de Arquitetura (GEPA) para consulta posterior.
5. Aceito publicação dos dados de entrevista após 5 anos de término da pesquisa _____
6. O estudo será feito da seguinte maneira: Será realizada Avaliação Pós-Ocupação no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, através de análise *walkthrough*, entrevistas semiestruturadas e poema dos desejos;

2/3 4

7. A sua participação será nas etapas de entrevistas semiestruturadas ou poema dos desejos, em que você pode expressar através de palavras ou desenhos como você gostaria que o CAPSad fosse, tivesse ou oferecesse. Essa entrevista pode durar cerca de 30 minutos;

8. O projeto deverá ser suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime, caso o pesquisador perceba algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma. Os incômodos e riscos da pesquisa, de acordo com a resolução 466/12 CNS, podem ser: constrangimento diante de um observador, quebra de sigilo da pesquisa, perda de tempo. Para evitar esses riscos, o responsável pela pesquisa não permitirá que os entrevistados sejam pressionados de forma alguma, eles estarão livres para responder da forma como se sentirem mais à vontade, respeitando o tempo de resposta dos mesmos; a abordagem se dará de forma flexível, como uma conversa informal, para não gerar constrangimento. Para atingir tais objetivos, as entrevistas serão realizadas individualmente ou em grupo em salas do próprio espaço, seguindo orientações da diretora geral do CAPSad. Além disso, os dados serão apresentados de forma anônima, para que não haja a quebra de sigilo da pesquisa, porém, se esse anonimato for quebrado, os dados serão descartados.

9. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: oferecer elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar o problema da dependência química e das configurações espaciais de instituições para o tratamento da doença, o que afeta o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;

10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

3/3 *A*

13. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

14. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Endereço: Av. Lourival Melo Mota. Tabuleiro dos Martins
Cidade/CEP: Maceió – AL, 57072-970

Contato de urgência: Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Endereço: Av. Lourival Melo Mota. Tabuleiro dos Martins
Cidade/CEP: Maceió – AL, 57072-970
Email: thaysa.arqui@gmail.com

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
Prédio da Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões,
Cidade Universitária
Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

	<i>Thaysa Gabriela de Oliveira Gonçalves</i>
Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE D – MAPA DE DESCOBERTAS

APÊNDICE E – MAPA DE RECOMENDAÇÕES

ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ARQUITETURA NO CONTEXTO SOCIAL: AVALIAÇÃO PÓS-OCUPAÇÃO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS EM MACEIÓ-AL

Pesquisador: THAYSA GABRIELA DE OLIVEIRA GONCALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93558217.0.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Arquitetura e Urbanismo

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE ALAGOAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.896.669

Apresentação do Projeto:

Desenho:

A pesquisa será baseada em processos quanti-qualitativos de análise, através da observação da qualidade de um desses espaços por meio de um instrumento da Avaliação Pós Ocupação (APO): análise walkthrough (observação do desempenho do espaço construído e entrevistas com os usuários). Sobretudo, a pesquisa será de caráter exploratório, por haver poucas investigações à temática e escassez de bibliografias específicas na área da Arquitetura e Urbanismo. Serão realizados, dessa forma, os seguintes procedimentos metodológicos: (1) Revisão bibliográfica; (2) Avaliação Pós-Ocupação em no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) "Everaldo Moreira" em Maceió-AL (3) Participação de atividades relacionadas à temática em espaços situados no estado de Alagoas; (4) Análise dos dados obtidos através de instrumentos gráficos de APO (Matriz de descobertas e Matriz de Recomendações) e (5) Resultado da pesquisa que será composto pelas diretrizes projetuais para CAPSad existentes no estado de Alagoas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Diagnosticar, através da Avaliação Pós-Ocupação (APO), a qualidade ambiental do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) de Maceió-AL, focando nas necessidades dos

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.896.669

indivíduos, especificidades do tratamento da doença e estratégias de reinserção social de dependentes químicos no município.

Objetivo Secundário:

- Identificar a partir de pesquisas e leituras as interfaces da dependência química com a arquitetura, para entender as relações do usuário com o espaço construído do CAPSad;
- Analisar a adequação dos espaços arquitetônicos dessas instituições, pontuando aspectos positivos e negativos, considerando as necessidades de seus usuários e as recomendações da bibliografia estudada;
- Elencar princípios de qualidade ambiental e recomendações projetuais a partir de ferramentas da APO, que auxiliem no desenvolvimento de projetos futuros;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto deverá ser suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime, caso o pesquisador perceba algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma. Os riscos sempre existirão, de acordo com a resolução 466/12 CNS, tais como: constrangimento diante de um observador, quebra de sigilo da pesquisa, perda de tempo. Para evitar esses riscos, os entrevistados não serão pressionados de forma alguma, estarão livres para responder da forma como se sentirem mais à vontade, respeitando o tempo da resposta e a abordagem se dará de forma flexível, como uma conversa informal, para não gerar constrangimento. Para atingir tais objetivos, as entrevistas serão realizadas individualmente ou em grupo em salas do próprio espaço, seguindo orientações da diretora geral do CAPSad objeto de estudo. Além disso, os dados serão apresentados de forma anônima, para que não haja a quebra de sigilo da pesquisa, porém, se esse anonimato for quebrado, os dados serão descartados.

Benefícios:

A pesquisa oferece elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar o problema da dependência química e das configurações espaciais de instituições para o tratamento da doença, o que afeta o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos; Ao realizar a pesquisa será considerado a situação física, psicológica, social e educacional dos indivíduos envolvidos; Os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**

Continuação do Parecer: 2.896.669

integral, têm direito à indenização; Jamais poderá ser exigido do sujeito da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano; O formulário do consentimento livre e esclarecido não deve conter nenhuma ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao sujeito da pesquisa abrir mão de seus direitos legais, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, mas carecendo de melhores cuidados éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Parecer fundamentado nos seguintes documentos:

Projeto;

Informações básicas;

Folha de Rosto;

TCLE;

Carta Resposta.

Recomendações:

Pesquisa sem óbices éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12 e 510/16.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 2.896.669

adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1002199.pdf	30/08/2018 10:47:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Proj_Pesq_Mest_Deha_Ufal_Thaysa_Gabriela_2018_PLATAFORMA_ATUALIZADO2.pdf	30/08/2018 10:46:06	THAYSA GABRIELA DE OLIVEIRA GONCALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ATUALIZADO_2018_CEP2.pdf	30/08/2018 10:40:25	THAYSA GABRIELA DE OLIVEIRA GONCALVES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CEP_ATUALIZADO2.pdf	30/08/2018 10:03:30	THAYSA GABRIELA DE OLIVEIRA GONCALVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES_ATUALIZADA_CEP.pdf	25/08/2018 15:35:18	THAYSA GABRIELA DE OLIVEIRA GONCALVES	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_A_PENDENCIAS_CEP_2018.pdf	24/08/2018 15:31:31	THAYSA GABRIELA DE OLIVEIRA GONCALVES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUICAO_CAPS.pdf	11/07/2018 22:09:21	THAYSA GABRIELA DE OLIVEIRA GONCALVES	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 2.896.669

Orçamento	ORCAMENTO_2018.pdf	11/07/2018 22:03:21	THAYSA GABRIELA DE OLIVEIRA GONCALVES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	29/09/2017 21:12:23	THAYSA GABRIELA DE OLIVEIRA GONCALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 15 de Setembro de 2018

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

ANEXO B – DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ-AL



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE



AUTORIZAÇÃO MOTIVADA

PROCESSO Nº	5800 47302 2018 MINUTA 35
INTERESSADO	Universidade Federal de Alagoas
ASSUNTO	Solicitação de autorização para avaliação de pós-graduação

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde em 13/06/2018

- Autoriza-se Thaysa Gabriela de Oliveira Gonçalves a pesquisa intitulada: “Avaliação pós-ocupação em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas em Maceió-AL. Tendo como instituição proponente a Universidade Federal de Alagoas.
- A pesquisa será realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas em Maceió -AL.
- A referida pesquisa contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvida. Tendo a pesquisadora que apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho.

Edivaldo Neiva Pires
Secretário Municipal de Saúde de Maceió

Declaro estar ciente das informações e assumo o compromisso de apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho

Thaysa Gabriela de Oliveira Gonçalves
Assinatura do Pesquisador (a)