

Ana Luiza
de Castro Mesquita

recompondo mulheres,
expandindo autoconhecimento e autocuidado.

ARQUITETURA & HUMANIZADA SAÚDE MENTAL:

UM ESTUDO PRELIMINAR ARQUITETÔNICO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL PARA MULHERES NA CIDADE DE SÃO LUÍS - MA.

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNDB
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

ANA LUIZA DE CASTRO MESQUITA

ARQUITETURA HUMANIZADA E SAÚDE MENTAL: Estudo preliminar
arquitetônico de um Centro de Atenção Psicossocial para mulheres em São Luís –
MA.

São Luís
2020

ANA LUIZA DE CASTRO MESQUITA

ARQUITETURA HUMANIZADA E SAÚDE MENTAL: Estudo preliminar
arquitetônico de um Centro de Atenção Psicossocial para mulheres em São Luís –
MA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro
Universitário de Ensino Dom Bosco – UNDB,
como requisito para obtenção do grau de Bacharel
em Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Prof^a.Ma. Raissa Muniz Pinto.

São Luís

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Mesquita, Ana Luiza de Castro

Arquitetura humanizada e saúde mental: estudo preliminar arquitetônico de um Centro de Atenção Psicossocial para mulheres em São Luís – MA. / Ana Luiza de Castro Mesquita. __ São Luís, 2020.

145f.

Orientador: Profa. Raissa Muniz Pinto.

Monografia (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) - Curso de Arquitetura e Urbanismo – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, 2020.

1. Arquitetura humanizada. 2. Hospital psiquiátrico - Arquitetura. 3. Saúde mental - Mulheres. I. Título.

CDU 725.51:616.89(812.1)

ANA LUIZA DE CASTRO MESQUITA

ARQUITETURA HUMANIZADA E SAÚDE MENTAL: Estudo preliminar
arquitetônico de um Centro de Atenção Psicossocial para mulheres em São Luís –
MA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro
Universitário de Ensino Dom Bosco – UNDB,
como requisito para obtenção do grau de Bacharel
em Arquitetura e Urbanismo.

Aprovado em: 13/07/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. ^a Ma. Raissa Muniz Pinto (orientadora)
Centro Universitário – UNDB

Prof. Me. Raoni Muniz Pinto
Centro Universitário – UNDB

Prof. Ma. Louise Uchôa Lopes Pereira
Centro Universitário – UNDB

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho em primeiro lugar a minha mãe, Ana Claudia, que foi a grande fonte de inspiração para a escolha do tema e é um exemplo de mulher forte e determinada, que apesar de todas as dificuldades nunca deixou que sua fé fosse abalada.

A meu pai Antonio. Por ser o maior apoiador dos meus sonhos e meu grande exemplo garra e perseverança. Por nunca medir esforços para me ajudar a atingir meus objetivos. Agradeço também, por todos os ensinamentos que me passou ao longo de minha vida, que foram imprescindíveis para que eu conseguisse concluir mais essa etapa.

Aos meus irmãos, Maycon e Ana Paula, que mesmo de longe, sempre se fazem presente. Por deixarem meus dias mais leves e divertidos nessa fase de estresse e ansiedade. Saber que sempre poderei contar com o apoio de vocês em qualquer situação é uma das coisas pela qual mais sou grata em minha vida.

Ao meu melhor amigo e irmão de alma, Daniel, pelo incentivo e apoio incondicional.

As minha melhores amigas e maiores confidentes, Bruna, Marina e Heloisa. Por estarem na linha de frente pela minha torcida e pelas terapias em grupo que me ajudaram a passar por mais uma fase.

Ao meu namorado, Bruno, por todo amor, dedicação, compreensão e paciência. Por ter aguentado todos os meus momentos de crise em que achei que não seria capaz. Sem você, essa trajetória seria ainda mais difícil.

As minhas amigas de turma, Thayna, Leticia, Yasmin, Marcella e Nathalia. Pela troca de conhecimento e de opiniões ao longo dessa trajetória que me engrandeceram como profissional. Por todos os trabalhos em equipe que realizamos, que apesar dos conflitos, no final sempre deram certo. Espero que além de colegas de profissão, vocês continuem na minha vida como grandes amigas.

Ao meu amigo e colega de profissão, Caê, pela sua generosidade em dividir comigo seus conhecimentos, que contribuíram para minha evolução dentro da carreira e por acreditar na minha capacidade desde o princípio.

A todos os professores que me acompanharam durante a trajetória acadêmica, pelos ensinamentos e experiências compartilhadas. Em especial, a minha orientadora, Raissa Muniz, que ao longo de todo o curso foi uma de minhas

maiores inspirações dentro da profissão. Agradeço pela entrega, disponibilidade e contribuições que ajudaram na conclusão desse trabalho.

A Deus por colocar todas essas pessoas no meu caminho e por me proporcionar saúde e força para que eu consiga alcançar meus objetivos.

E a todos aqueles que não foram citados, mas direta ou indiretamente fizeram parte dessa jornada, toda minha gratidão.

“A educação em saúde mental é fundamental, pois a ignorância e a desinformação são os principais culpados pelo estigma e pela psicofobia”.

Alessandra Pereira

RESUMO

Estudos apontam que as mulheres estão mais propensas a desenvolverem transtornos mentais devido as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Essas condições são reforçadas pela desigualdade de gênero que, normalmente, colocam a mulher em uma posição de submissão ao homem, muitas vezes fazendo com que a presença masculina represente uma fonte de ameaça. Assim, o presente trabalho tem como objetivo principal desenvolver um estudo preliminar de arquitetura de um Centro de Atenção Psicossocial voltado exclusivamente para o atendimento de mulheres com transtornos mentais na cidade de São Luís – MA. A concepção do projeto será baseada nos princípios da arquitetura humanizada na área da saúde, buscando atingir o resultado projetual esperado. O estudo apresenta uma contextualização da saúde mental, suas características e métodos de tratamento existentes, enfatizando o cenário da saúde mental sob enfoque de gênero, onde foi diagnosticado a importância de um espaço de atendimento à saúde mental exclusivo para o público feminino. Pesquisas relacionadas as diretrizes de humanização no campo da arquitetura em ambientes hospitalares também foram abordadas, visando uma melhor compreensão da contribuição dessa metodologia no processo de recuperação dos pacientes. Assim como visitas exploratórias em centros de tratamento a saúde mental, para melhor percepção quanto ao funcionamento desse tipo de instalação. A partir da pesquisa desenvolvida e do levantamento de dados da área de intervenção, a concepção do projeto foi desenvolvida, resultando em uma edificação que transmite uma atmosfera humanizada, feminina, acolhedora e saudável para as pacientes da instituição.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Mulher; Desigualdade de gênero; Transtornos Mentais; Centro de Atenção Psicossocial; Arquitetura Humanizada.

ABSTRACT

Studies show that women are more likely to develop mental disorders due to social, cultural and economics conditions where they live. Those conditions are reinforced by the gender inequality that, normally, puts the woman in a submissive position related to man. Often making the male presence represents a threat source. Therefore, the present work has as main goal to develop a preliminary study of architecture of a Center of Psico-social Attention directed exclusively to the attendance of women with mental disorders in the city of São Luis – MA, in which, the project's conception will be based in the principals of humanized architecture in health's area. Searching to achieve the projectual expected result, the study presents a contextualization of mental health, its characteristics and existent methods of treatment. Emphasizing the mental health scenario under gender approach, where it was diagnosed the importance of an attendance space to mental health exclusive to the feminine public. Researches related to the guidelines of humanization on the architecture field in hospital environments were also addressed, aiming the better understanding of contribution of this methodology on the recovery process of the patients. Therefore, as exploratory visits in centers of mental health treatment, for the better perception about it's functioning of this type of facility. From the research developed and the data survey on the intervention area, the conception of the project was developed, resulting in a construction that convey a humanized, feminine, welcoming and healthy atmosphere to the patients of the institution.

Keywords: Center of Psico-social Attention; Gender Inequality; Humanized Architecture; Mental Disorders; Mental Health; Woman

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Evolução das formas hospitalares.....	26
Figura 2 Hospital psiquiátrico na Áustria, 1784.	29
Figura 3 Hospital psiquiátrico de Pedro II, projetado em 1852.	31
Figura 4 Hospital SARAH, Salvador.	36
Figura 5 Clínica Terapêutica Villa Vida, Teresina – PI.	63
Figura 6 Quartos de observação e desintoxicação.	65
Figura 7 Refeitório.	65
Figura 8 Piscina.....	66
Figura 9 Sala de convivência climatizada.....	66
Figura 10 Pátio aberto para atividades e terapias grupais.	67
Figura 11 Pátio aberto para atividades e terapias grupais.	70
Figura 12 Percursos de acesso para a edificação e para o pátio de atividades grupais.....	71
Figura 13 Rampa de acesso para um dos quartos de observação e desintoxicação.	71
Figura 14 Fachada frontal da Clínica Estância Bela Vista, São José de Ribamar – MA.....	72
Figura 15 Consultório psiquiátrico.	73
Figura 16 Quadra poliesportiva.	74
Figura 17 Alas de internação.....	75
Figura 18 Quarto de internação.....	75
Figura 19 Varandas do quarto de internação.	76
Figura 20 Área de piscinas.....	77
Figura 21 Pátio coberto para atividades grupais.	77
Figura 22 Área de piscinas.....	78
Figura 23 Posto de observação.....	79
Figura 24: Quartos observação e desintoxicação.	79
Figura 25 Via interna da Clínica Estância Bela Vista.	81
Figura 26 Rampas de acesso para o segundo pavimento do refeitório e da internação.....	81
Figura 27 Passarela que conecta o Hospital a Clínica – Helsingor, Dinamarca.....	82
Figura 28 Vista aérea da Clínica Psiquiátrica Helsingor.....	83

Figura 29 Diagramas representativos do estudo da tipologia da Clínica Psiquiátrica Helsingor.	83
Figura 30 Diagramas representativos da setorização da Clínica Psiquiátrica Helsingor.	84
Figura 31 Maquetes eletrônicas da Clínica Psiquiátrica Helsingor.	85
Figura 32 Pátios internos da Clínica Psiquiátrica Helsingor.	85
Figura 33 Plantas baixas do primeiro e segundo pavimento, respectivamente, da Clínica Psiquiátrica Helsingor, com a setorização e indicação dos ambientes.	86
Figura 34 Localização da área de intervenção.	89
Figura 35 Localização da área de intervenção.	90
Figura 36 Visadas do terreno.	91
Figura 37 Mapa de trajetória solar.	91
Figura 38 Mapa de usos do solo com raio de 200 metros.	92
Figura 39 Mapa de gabaritos com raio de 200 metros.	92
Figura 40 Mapa de hierarquia viária com raio de 400 metros.	93
Figura 41 Levantamento topográfico do terreno.	94
Figura 42 Corte longitudinal do terreno.	94
Figura 43 Corte transversal do terreno.	94
Figura 44 Fluxograma dos setores.	100
Figura 45 Fluxograma geral da edificação.	101
Figura 46 Plano de manchas.	104
Figura 47 Sistema proposto para telhado verde.	105
Figura 48 Referência para jardim vertical.	105
Figura 49 Paleta de cores.	106
Figura 50 Estudo de massas.	107
Figura 51 Visadas do terreno dos sentidos norte.	107
Figura 52 Visadas do terreno do sentido nordeste.	108
Figura 53 Representação da movimentação de terra.	109
Figura 54 Planta de implantação.	111
Figura 55 Distribuição dos setores na edificação.	111
Figura 56 Setor acolhimento.	112
Figura 57 Setor apoio administrativo.	113
Figura 58 Setor terapia.	114
Figura 59 Setor de internação.	114

Figura 60 Setor ambulatório.....	116
Figura 61 Referência para consultórios de atendimento individual.	117
Figura 62 Setor apoio técnico e logístico.....	118
Figura 63 Corte e detalhamento do sistema modular.....	119
Figura 64 Fachada frontal da edificação A.	121
Figura 65 Fachada frontal da edificação B.	121
Figura 66 Fachada lateral da edificação, voltada para avenida litorânea.....	122
Figura 67 Vista do pátio interno da edificação.....	123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Efeito das cores nas pessoas e nos ambientes.....	40
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Diretrizes urbanísticas para o Corredor Secundário 8 – CS8.....	95
Tabela 2 Diretrizes urbanísticas para o Zona Residencial 8 – ZR8.....	95
Tabela 3 Programa de necessidades – Setor: acolhimento.	97
Tabela 4 Programa de necessidades – Setor: ambulatório.....	97
Tabela 5 Programa de necessidades – Setor: internação.....	97
Tabela 6 Programa de necessidades – Setor: terapia.	98
Tabela 7 Programa de necessidades – Setor: apoio administrativo.....	98
Tabela 8 Programa de necessidades – Setor: apoio técnico e logístico.	98

LISTA DE SIGLAS

PNH - Política Nacional de Humanização

MA - Maranhão

SUS - Sistema único de saúde

OMS - Organização mundial da saúde

SAD - Seasonal Affective Disorder

TAG - Transtorno de Ansiedade Generalizada

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

SPM – Secretaria de Políticas para Mulheres

APTA - Rede de Apoio aos Portadores de Limitação de Autonomia

MS - Ministério da Saúde

DSM-V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais

CID-10 -Classificação Internacional de Doenças Mentais

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

ECT - Eletroconvulsoterapia

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS I – Centro de atenção Psicossocial I

CAPS II – Centro de atenção Psicossocial II

CAPS III – Centro de atenção Psicossocial III

CAPSi – Centro de atenção Psicossocial infantil

CAPSAD – Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

NA - Narcóticos Anônimos

AA - Alcoólicos Anônimos

ZR8 - Zona Residencial 8

CS8 -Corredor Secundário 8

ALML - Área Livre Mínima do Lote

ATME - Área Total Máxima Edificada

RF - Recuo Frontal Mínimo

GM - Gabarito Máximo

TP - Taxa Mínima de Permeabilidade

AML - Área Mínima do Lote

TML - Testa Mínima do Lote

RDC 50 - Resolução da Diretoria Colegiada

T.I - Tecnologia da informação

PCD- Pessoa com Deficiência

ACM - Aluminum Composite Material

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO EM AMBIENTES HOSPITALARES.....	23
2.1 Evolução hospitalar	24
2.2 Arquitetura Humanizada na área da Saúde.....	33
3 SAÚDE MENTAL	44
3.1 A perspectiva da mulher na Saúde Mental.....	47
3.2 Classificação de transtornos mentais	51
3.2.1 Características e métodos de tratamento para os principais transtornos mentais	54
3.3 Centros de atenção à saúde mental	58
4 ANÁLISE DE SIMILARES	62
4.1 Clínica Terapêutica Villa Vida.....	63
4.2 Centro Estância Bela Vista	72
4.3 Clínica Psiquiátrica Helsingor	82
5 CONCEPÇÃO DO PROJETO.....	88
5.1 Levantamento de Dados (LV-ARQ).....	89
5.2 Programa de Necessidades (PN-ARQ)	96
6 ESTUDO PRELIMINAR	103
6.1 Partido Arquitetônico.....	104
6.2 Projeto	106
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS.....	128
APDÊNDICE	136

The background features several stylized floral motifs in a light teal color, scattered across the orange background. Each motif consists of a circular base with several long, thin, pointed leaves extending upwards and outwards, and a cluster of small, dark green dots representing flowers or berries at the top of the leaves.

1.

Introdução



1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos os ambientes hospitalares vêm apresentando maior preocupação em se desfazer da imagem de que são espaços tristes e hostis. Devido ao número de pesquisas desenvolvidas em diversas universidades e hospitais que comprovam que esses ambientes, quando bem planejados e humanizados, tem a capacidade de proporcionar maior bem estar (fisiológico e psicológico) para os pacientes, gerando uma onda de felicidade capaz de facilitar o processo de cura, reduzir o tempo de internação e, conseqüentemente, os gastos hospitalares.

A arquitetura humanizada surge para facilitar a promoção desses ambientes com o intuito de potencializar a sensação um espaço acolhedor, saudável e convidativo para os pacientes, melhorando a qualidade de vida durante o período de permanência e contribuindo no processo de recuperação.

Entretanto, foi observado que os locais para tratamento de saúde especializados no atendimento do público feminino ainda são escassos no Brasil. De acordo com a revista *Stamler* (1991), pesquisas feitas sobre a preferência de terapeutas destacaram que quase 95% das mulheres que expressaram uma preferência especificaram por uma profissional do gênero feminino.

Do ponto de vista biológico, gênero é um termo utilizado para diferenciar homens de mulheres, como gênero masculino ou feminino. No entanto, no panorama da psicologia e das ciências sociais, gênero também pode ser definido como aquilo que difere as pessoas socialmente, considerando os padrões históricos culturais concedidos aos homens e mulheres. Logo, entende-se que esse conceito pode desconstruído e variável e não definitivo.

Em alguns casos, a presença masculina pode significar um fator indesejável e desconfortável para uma mulher, podendo dificultar e/ou retardar o processo de uma recuperação branda e saudável. Por exemplo, uma mulher que possui algum tipo de transtorno mental, como a depressão, por decorrência de um histórico de abuso sexual, provavelmente se sentirá mais segura e compreendida em um ambiente especializado no cuidado das mulheres.

Alguns comportamentos estereotipados como masculinos, como questões de raiva, autonomia e poder, podem ter impactos significativos sobre as pacientes e eventualmente tornarem-se pontos de grande interferência durante a fase de

reabilitação. Para algumas mulheres, é mais provável que suas respostas emocionais à raiva sejam reprimidas e vistas como inaceitáveis.

Um tratamento de recuperação psicossocial, exclusivamente feminino, focado na recuperação da saúde mental das mulheres, também pode ajudar abordando eventuais dificuldades fisiológicas e psicológicas enfrentadas pelas mesmas. Sendo capaz de reduzir os impactos negativos de um período que naturalmente já apresenta uma alta carga de tensão e fragilidade.

Diante desse contexto, o presente trabalho busca destacar a importância da necessidade de oferecer a alternativa de um ambiente de recuperação da saúde mental com foco no público feminino, tendo em vista que, em alguns casos, o processo de cura, adaptação e interatividade social requerer cuidados mais exclusivos. Onde o aspecto emocional e a vulnerabilidade durante os períodos de crises precisam ser tratados com maior sensibilidade, de modo que as pacientes se sintam mais seguras e confortáveis durante essa fase de maior fragilidade.

Sendo assim, a pesquisa tem como objetivo central desenvolver uma proposta de um estudo preliminar arquitetônico para um centro de reabilitação psicossocial humanizado para mulheres na cidade de São Luís – MA, com o intuito de criar um suporte emocional para o tempo de internação, através de soluções pautadas nas diretrizes da arquitetura humanizada, a fim de tornar o período de tratamento psiquiátrico mais agradável para as pacientes. Ressaltando a necessidade de fugir de espaços frios e sem personalidades que ainda são comuns em ambientes hospitalares.

Para melhor fundamentação teórica do presente estudo foram estipulados alguns objetivos específicos, sendo eles: destacar a contribuição da arquitetura humanizada, em ambientes hospitalares, no processo de cura dos pacientes; identificar os tipos de transtornos mentais e os métodos utilizados para o tratamento; e discorrer sobre a importância de haver alternativas de ambientes hospitalares com foco na reabilitação da saúde mental da mulher.

Visando obter maior compreensão sobre o funcionamento desse serviço para melhor concepção e desenvolvimento do projeto, a pesquisa apresenta metodologia de caráter bibliográfico atrelado a pesquisa de campo e análise qualitativa.

Sendo assim, a pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de um material já elaborado, com foco no uso de normas técnicas, legislações, artigos científico,

dissertações de mestrado e teses de doutorado, para melhor fundamentação do tema abordado.

A pesquisa de campo busca maior aprofundamento de uma realidade específica e é desenvolvida através da observação de um grupo ou local de estudo para recolher informações de como funciona aquela realidade. Dentro deste contexto, foram realizadas visitas em duas instituições que realizam o trabalho de reabilitação psicossocial: Clínica Terapêutica Villa Vida e o Centro Estância Bela Vista.

A Clínica Terapêutica Villa Vida, na cidade de Teresina – PI, por ser um grupo de instituições de atenção à saúde mental que já teve uma unidade voltada para o tratamento exclusivo de mulheres com transtornos mentais, visando uma melhor compreensão sobre instalações de reabilitação psicossocial com foco no tratamento feminino. E o Centro Estância Bela Vista, localizado na cidade de São José de Ribamar – MA, por ser uma referência nacional no atendimento humanizado na esfera da saúde mental.

A análise qualitativa não se baseia em estatísticas, mas, sim, de forma mais intuitiva, buscando explicar através da compreensão do comportamento de um determinado grupo ou organização. Esse tipo de pesquisa critica o uso de um único modelo para todos os estudos, visto que, cada uma tem suas particularidades e necessitam de uma metodologia própria.

A partir disso, foram realizadas algumas entrevistas com funcionários das instituições visitadas, buscando coletar informações que pudessem agregar na concepção do projeto. Através da análise de diferentes pontos de vistas, tanto do âmbito administrativo quanto clínico, a fim de captar as necessidades dos espaços para alcançar um melhor desempenho durante a fase de tratamento e entender o funcionamento dessas clínicas no dia a dia.

Academicamente, a pesquisa se faz importante para futuros estudos que venham abordar a humanização em ambientes hospitalares. Especialmente, para espaços focados no tratamento da saúde mental sob enfoque de gênero. Uma vez que, foi observado uma carência no campo de pesquisas quanto a esse tipo de empreendimento. Estimulando uma maior atenção para esse campo, possibilitando melhores resultados no processo de reabilitação e contribuindo para eliminar a percepção de que esses ambientes não podem ser acolhedores.

No que se refere a estrutura do trabalho, a fundamentação teórica está dividida em três capítulos. O capítulo 2 disserta sobre a humanização em ambientes hospitalares, iniciando com um breve contexto da evolução dos hospitais, com foco nos hospitais psiquiátricos. Ainda no mesmo capítulo, foi abordado sobre a humanização na área da saúde, dentro do contexto da arquitetura, com ênfase no campo da arquitetura hospitalar.

O capítulo 3 fala sobre a saúde mental, apresentando um breve contexto quanto ao panorâmico histórico dessa área. Destacando a perspectiva da mulher na saúde mental, as características, os centros e os métodos de tratamento para os principais transtornos mentais.

O capítulo 4 traz uma análise de similares, onde foram apresentadas intuições regionais, sendo essas, descritas com informações coletadas a partir de visitas exploratórias. E uma instituição internacional escolhida em virtude de algumas decisões projetuais que, posteriormente, contribuíram para concepção do projeto apresentado.

Os capítulos 5 e 6 expressam informações referentes a concepção do projeto. Logo, no capítulo 5 foram apresentados: levantamento de dados da área de intervenção; programa de necessidades, que foi desenvolvido através das informações coletadas nas pesquisas de campo e a partir dos parâmetros presentes na RDC 50 e da Portaria nº 615; e o fluxograma da edificação.

O capítulo 6, por sua vez, expõe o resultado proposto do estudo preliminar da edificação. Onde foram apresentados: o partido arquitetônico adotado para concepção do projeto; e as plantas técnicas seguidas das explicações para as soluções propostas em cada setor da edificação. Por fim, o capítulo 7 conclui o trabalho apresentando as considerações finais a respeito de toda pesquisa.

2.

Processo de Humanização em Ambientes Hospitalares



2 PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO EM AMBIENTES HOSPITALARES

O conceito de humanização aparece de forma mais crescente nas últimas décadas, sendo frequentemente suscitada em discussões. Reconhecida a sua relevância, observou-se um aumento da literatura científica brasileira voltada ao tema “humanização”, em especial nos assuntos referentes à assistência em saúde. Para o Ministério da Saúde (2001, p. 52):

Humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites.

Já para Fortes (2004), a humanização na assistência à saúde está relacionada a compreender a individualidade de cada pessoa, identificando e respeitando suas necessidades específicas, para que tenha maiores chances de tomar suas decisões de forma autônoma. Ou seja, tratar os indivíduos de forma única: respeitando suas particularidades, seus valores, evitando preconceitos e de forma que não comprometa a independência do paciente.

Trazendo tal discussão para o contexto feminino, tem-se, conforme o Ministério da Saúde que:

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2004, p. 59).

João C. Mezzono (2001, p. 64) esclarece que é necessário que os ambientes hospitalares recebam uma atenção além do contexto institucional, uma vez que, “parece paradoxal falar-se em humanização do hospital como se sua vocação não fosse essencialmente humana. Ocorre, porém, que o hospital, a semelhança de outras instituições públicas, esquece facilmente a finalidade pela qual foi criado.”.

2.1 Evolução hospitalar

De acordo com o Ministério da Saúde (1965), o cristianismo teve grandes influências no cenário hospitalar, uma vez que, durante muito tempo, as práticas medicinais foram atreladas as práticas religiosas, acreditando-se que uma dependia da outra para alcançar a cura.

A influência religiosa foi predominante, sobretudo na idade média. O corpo humano, feito à imagem de Deus, não podia ser aberto: era sacrilégio. Só a alma precisava de tratamento. [...] Constituiu-se destarte a medicina monástica ou conventual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965, p.29).

Durante a Idade Média, o cenário hospitalar possuía relação direta com a morte, dividindo-se entre ser um refúgio para os comerciantes viajantes e abrigo aos enfermos aguardarem o seu falecimento. Nas palavras de Miquelin (1992, p. 27), “uma vez dentro, sob custódia, havia pouca esperança de recuperação”. Assim, as referidas instalações serviam como uma forma de proteção para as pessoas saudáveis, pois excluía os enfermos da sociedade.

No que tange à saúde, esse período foi caracterizado pela grande quantidade de doenças e epidemias que não conseguiam ser contidas devido aos métodos para tratamento adotados na época, pautados em princípios religiosos e contrários aos científicos. Inclusive, todo tratamento que não fosse de conhecimento da igreja, era considerado ilegal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965).

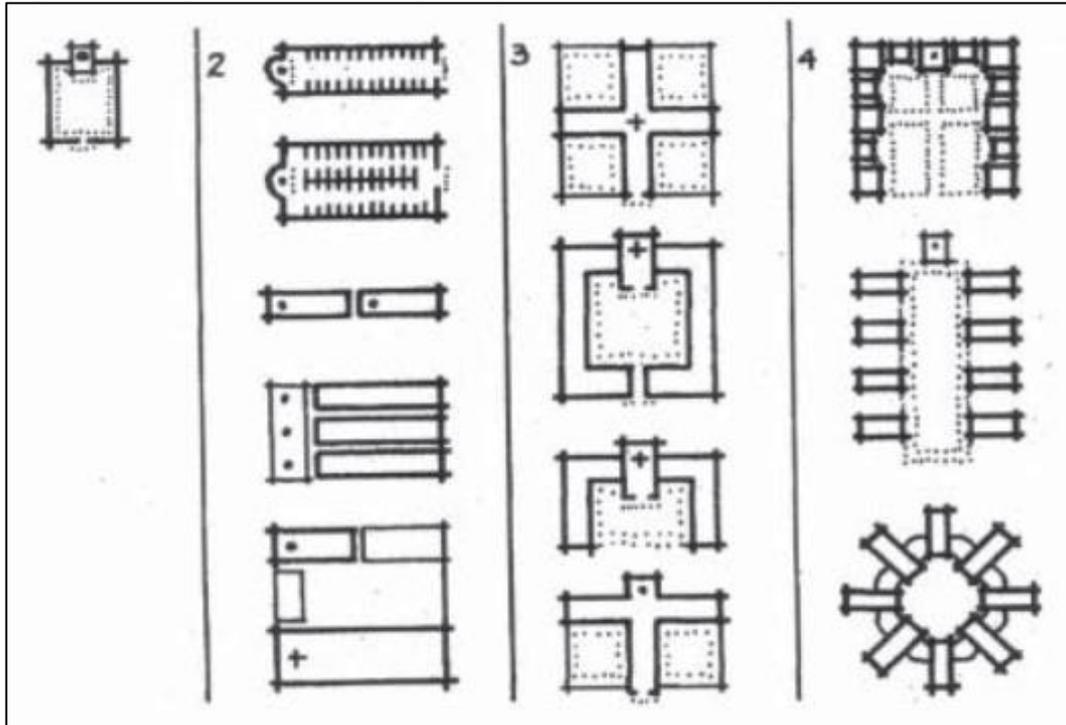
Ao longo dos anos, o ambiente hospitalar foi gradativamente transformado em um local referente tanto como um ambiente que promove a cura, como também a melhoria das condições de saúde. Assim, as instalações deixaram de ser um ambiente de custódia, passando a realizar atividades em conjunto com os pacientes.

Ainda, apesar das altas taxas de mortalidade, Florence Nightngale (1859, apud MIQUELIN, 1992, p. 27) ressalta que “embora pareça estranho, é importante estabelecer que a primeira condição para o funcionamento de um hospital é que ele não cause nenhum mal ao paciente”.

Nessa esteira, assim como os conceitos hospitalares e as metodologias de tratamento de saúde, as construções hospitalares também obtiveram evoluções, fazendo uso de novos materiais, técnicas e tecnologias. Então, enquanto na Idade Média os hospitais possuíam apenas duas áreas (sendo elas: área de hospedagem para os viajantes sadios e doentes e área de serviço), em um hospital contemporâneo encontra-se múltiplos ambientes com funções distintas.

Destarte, as edificações evidenciadas na figura 1, marcam a evolução histórica das formas construtivas dos hospitais e estão divididas em cinco períodos: Antiguidade, Idade Média, Renascentista, Industrial e Pré-Contemporâneo.

Figura 1 Evolução das formas hospitalares.



Fonte: MIQUELIN (1992, apud TOLEDO, 2002, p. 18).

De acordo com Toledo (2008), a preocupação em criar hospitais atentos ao bem estar e a segurança dos pacientes já era evidente em algumas culturas no século XIII. Nos países árabes, por exemplo, as instalações e as práticas médicas desenvolvidas no *Bimaristan* (“bimar” - enfermo e “stan” - casa) já demonstravam esse cuidado.

Os profissionais da área da saúde que trabalhavam do *Bimaristan* de Qalawun, em 1283, já seguiam um dos princípios da humanização, separando os pacientes pelas doenças. Segundo Heldwein (2004, p. 43), a edificação abrigava “seções distintas para os doentes com infecções nos olhos, para os portadores de doenças febris, para os feridos, além da segregação de sexos e dos espaços destinados aos atos religiosos”.

O hospital, que ocupava uma pequena parte do complexo arquitetônico de Qalawun, era dotado de consultórios para pacientes externos, de dispensário de medicamentos, produzidos a partir de ervas medicinais, de maternidade, biblioteca e, até mesmo, de um orfanato. A distribuição de

água de boa qualidade e a ventilação adequada dos ambientes eram outras de suas características (TOLEDO, 2008, p.46).

No ocidente essa preocupação começa a aparecer somente cinco séculos mais tarde. No final do século XVIII, a humanização em ambientes hospitalares fica em evidência na Europa, devido uma série de pesquisas realizadas, por Howard e Tenon, nos hospitais do continente europeu, “que demonstraram estatisticamente a relação entre as taxas de mortalidade, certas práticas médicas e os ambientes hospitalares” (TOLEDO, 2008, p. 46).

Então, tiveram como objetivo inovar na criação de diretrizes projetuais para desenvolver um novo modelo de hospital, denominado “Hospital Terapêutico”. Isto é, os hospitais que antes tinham apenas o papel de dar assistência espiritual para pessoas que estavam morrendo e/ou como ambiente de exclusão social, passam a ter a cura como principal objetivo e, para isso, se entendeu que além da medicina, o ambiente hospitalar também deveria ser transformado.

O resultado de suas pesquisas é um verdadeiro conjunto de normas arquitetônicas e funcionais, concebidas para auxiliar os arquitetos, engenheiros e administradores, no que toca a concepção e organização do espaço hospitalar (SILVA, 2001).

Uma das primeiras inquietações quanto aos hospitais que surgiram nesse período foi referente a sua localização, pois se encontravam em regiões consideradas como “sombrias”. Para Foucault (1979, p.108), “é preciso que o espaço em que está situado o hospital esteja ajustado ao esquadramento sanitário da cidade. É no interior da medicina do espaço urbano que deve ser calculada a localização do hospital”.

Assim, uma das primeiras grandes mudanças com a implantação dos princípios da humanização nos hospitais foi a criação do ambiente denominado “medicalização”, uma vez que antes as atividades de atenção à saúde eram exercidas fora dos hospitais. Para a arquitetura hospitalar, essa transformação teve extrema relevância, considerando que as diretrizes idealizadas por Howard e Tenon perduraram até meados do século XX (TOLEDO, 2005).

Além da preocupação com a localização, apontou-se a importância em repensar a distribuição no interior dos hospitais, adotando alguns critérios a serem seguidos para que seja feito o planejamento. Quanto a eles, Foucault diz que:

Se é verdade que se cura a doença por uma ação sobre o meio, será necessário constituir em torno de cada doente um pequeno meio espacial

individualizado, específico, modificável segundo o doente, a doença e sua evolução. Será preciso a realização de uma autonomia funcional, médica, do espaço de sobrevivência do doente. E assim que se estabelece o princípio que não deve haver mais de um doente por leito, devendo ser suprimido o leito dormitório onde se amontoavam até seis pessoas. Será, também, necessário construir em torno do doente um meio manipulável que possibilite aumentar a temperatura ambiente, refrescar o ar, orientá-lo para um único doente (FOUCALT 1979, p.109).

Em pesquisas realizadas por Toledo (2005), os de memoriais justificativos dos hospitais projetados por arquitetos do século XX apresentam pouca preocupação sobre a decoração dos espaços. Em contrapartida, foi observado que a atenção com a humanização era mais evidente nos princípios básicos da arquitetura, como:

A orientação do edifício, de forma a garantir a melhor insolação para as enfermarias; a proteção contra as intempéries; sua correta localização na estrutura urbana; seu dimensionamento; o cuidado com os fluxos hospitalares e com as instalações prediais e especiais, sempre que possível acessadas através de “shafts” ou de pavimentos técnicos (TOLEDO, 2005, p. 4).

Apesar de que ideias sobre humanização começavam a surgir na Europa no século XVIII, ainda não eram aplicadas no contexto da saúde mental. Parte da população – que era vista como “fora dos padrões” impostos pela sociedade dentro do contexto da moral, bem como pela grande necessidade do desenvolvimento na produção industrial – passa a ser foco nas práticas da medicina a partir do confinamento para tratamentos e da assistência social.

Nesta época, a Medicina incorporou às suas responsabilidades o fenômeno da loucura, desenvolvendo, para o seu tratamento, novas práticas. Nascia, então a Psiquiatria, e com ela, os novos espaços para o tratamento da loucura, que se fundamentavam no isolamento e na exclusão da vida em sociedade (FONTES, 2003, p. 20).

Assim, no século XIX vários hospitais psiquiátricos foram criados, destinados às pessoas que haviam algum tipo de transtorno mental (e, por isso, eram consideradas loucas e perigosas para a sociedade), sendo obrigadas a viverem isoladas, ou até mesmo acorrentadas. Tais atitudes eram justificadas devido o transtorno mental ser considerado pecado, ao invés de ser compreendido como doença. Em verdade, as pessoas acreditavam que a insanidade tinha uma razão mística e suspeita (FONTES, 2003).

A partir do momento em que a saúde mental deixou de ser tratada com fundamentos religiosos e passou a ser tratada como uma ciência médica, houve o

surgimento do “espaço arquitetônico destinado à sua atuação – o manicômio, por sua vez fundamentado nos conceitos da disciplina e vigilância” (SANTOS; BURSZTYN, 2004, p.60).

Esse período foi um marco para as construções de edificações destinadas aos serviços de tratamento em atenção à saúde mental. Essas instalações são caracterizadas por Foucault (2005, apud SILVA, 2008) como ambientes que tratam seus pacientes através de uma metodologia que prega o controle e a disciplina.

[...] a vigilância necessária para garantir o cumprimento da disciplina provocou a necessidade da conformação dos espaços da arquitetura, de modo a facilitar o seu exercício. Desenvolveu-se, a partir daí, uma arquitetura baseada em dispositivos, cujo principal símbolo era o pan-óptico, uma construção em anel com uma torre no seu interior, vazada por grandes janelas, que permitem a observação irrestrita dos compartimentos à sua volta. (SANTOS; BURSZTYN, 2004, p.60).

Essa tipologia arquitetônica chamada de “pan-óptico” (figura 2) refletia o pensamento da época e tinha como estratégia permitir um maior controle visual dos pacientes, a partir da sua forma: um pátio central fechado que limitava a visão das pessoas do mundo exterior e facilitava a vigilância dos pacientes.

Figura 2 Hospital psiquiátrico na Áustria, 1784.



Fonte: Silva (2008).

Em 1798, o médico francês Philippe Pinel, trouxe uma nova visão para a psiquiatria. Para ele, o manicômio devia ser visto como um “instrumento de cura” e não como um ambiente de clausura. Segundo Silva:

Com Pinel surge uma nova forma de encarar o tratamento da loucura, embasada em um caráter terapêutico que se preocupa com a questão moral do paciente, passando a observar os comportamentos e reestruturando as classificações das doenças (SILVA, 2008, p.27).

Nessa época, a arquitetura que seguia os princípios de Pinel foi caracterizada por um de seus aprendizes em 1838, o Esquirol, em um tratado chamado *Des Maladies Mentales*¹ (SILVA, 2008).

O manicômio ideal devia ser um conjunto de edificações no plano térreo, separadas umas das outras. O conjunto dos edifícios incluía construções especiais para banhos, “aparelhos de vapor”, oficinas, enfermarias, cada um separado dos demais. (PESSOTI, 1996, p.169, apud SILVA,2008, p.27)

Deve haver alojamentos separados para os loucos furiosos, para os maníacos que não sejam maus, para os melancólicos tranquilos, para os monomaníacos que são ordinariamente barulhentos, para os alienados em demência, para os que andam costumeiramente sujos, para os loucos epiléticos, para os que têm alguma doença incidental e, enfim, para os que estão em convalescença: a habitação destes deve ser disposta de modo a que não se possam ver nem ouvir os doentes [...] As habitações não devem ser construídas todas do mesmo modo e a uniformidade é um dos principais defeitos dos asilos existentes na França e fora dela. As habitações para os furiosos devem [...] oferecer meios de segurança que seriam inúteis e até nocivos no resto do estabelecimento [...] O quartier dos convalescentes não deve diferir, em nada, de uma casa comum [...] (ESQUIRIOL, 1838, p. 424, apud SILVA, 2008, p.27).

Trazendo esta discussão para o contexto brasileiro, de acordo com Rezende (1937, p.31 apud SILVEIRA, 2009, p. 25) “a impressão mais marcante é a de que a doença mental no Brasil parece ter permanecido silenciosa por muito tempo, suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro”.

Em 1841, Dom Pedro II decretou a criação do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil (figura 3), na cidade do Rio de Janeiro, dando início à “uma nova fase da problemática da loucura e do louco no nosso país: assinala, como marco institucional, o nascimento da psiquiatria” (MACHADO; LOUREIRO; LUZ; MURICY, 1978, p.375).

Só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria. Do processo de

¹ Tradução livre da autora: as doenças mentais.

medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que explicitamente se denominou política, surge o projeto - característico da psiquiatria - de patologizar o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e, portanto, medicalizável (MACHADO; LOUREIRO; LUZ; MURICY, 1978, p. 376).

Figura 3 Hospital psiquiátrico de Pedro II, projetado em 1852.



Fonte: Rio & Cultura (2010).

Todavia, esse sistema de psiquiatria criado por Dom Pedro II, ainda se baseava nos princípios de isolamento e disciplina por meios de punição e opressão. De acordo com o artigo 32 do decreto 1.077/52 que aprova e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo (BRASIL, 1852):

Art. 32. Os únicos meios de repressão permitidos para obrigar os alienados a obediência são:

§1º A privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios;

§2º A diminuição de alimentos, dentro dos limites prescritos pelo respectivo Facultativo;

§3º A reclusão solitária, com a cama e os alimentos que o respectivo Clínico prescrever, não excedendo a dois dias, cada vez que for aplicada;

§4º O colete de força, com reclusão ou sem ela;

§5º Os banhos de emborcação, que só poderão ser empregados pela primeira vez na presença do respectivo Clínico, e nas subsequentes na da pessoa e pelo tempo que ele designar.

No cenário atual, tem-se uma diversidade de ambientes com foco na atenção à saúde mental. Porém, vários dos avanços que obtivemos no século XVIII, com a criação dos “Hospitais Terapêuticos”, passam despercebidos. Ainda é possível perceber resquícios do pensamento do século XIX no espaço físico, que algumas instituições apresentam influências desses antigos espaços, com estruturas de manicômios, baseando-se no conceito da reclusão. Essa realidade retratada na arquitetura – com ambientes que não oferecem condições adequadas – contribui

para manter resquícios arquitetônicos que são prejudiciais à autoestima e bem estar dos usuários desses espaços.

No Brasil, a preocupação com a humanização em ambientes hospitalares ficou em evidência com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) – também conhecida como HumanizaSUS, que trouxe uma maior visibilidade para o processo de humanização das instalações de saúde no país.

Essa política tem como objetivo promover mudanças nos serviços de gestão e de cuidados com os pacientes na saúde pública do Brasil, onde o Ministério da Saúde definiu os princípios, o método, as diretrizes e os dispositivos de uma política nacional de humanização com atenção à saúde. A partir disso, estabeleceu um plano para sua implantação através de um documento denominado de “Base para Gestores e Trabalhadores do SUS”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De acordo com esse documento, a HumanizaSUS destaca vários objetivos. Referente ao ambiente hospitalar, a política busca garantir um “compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 18).

Uma das diretrizes² da PNH tem como foco oferecer atendimento de qualidade através da articulação de avanços tecnológicos com o acolhimento, por meio da melhoria na ambientação dos espaços hospitalares que visa a construção de ambientes saudáveis, acolhedores e convidativos, respeitando a privacidade do paciente, sendo capaz de proporcionar o encontro entre as pessoas e oferecer melhores condições de trabalho para os profissionais.

Para isso os espaços deverão ser planejados a partir das necessidades dos pacientes e dos funcionários, com intuito de proporcionar uma melhoria nos serviços da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). De acordo com a PNH um ambiente hospitalar humanizado:

[...] deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidas pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes

² O Ministério da Saúde (2004, p.57) define que “por diretrizes entendem-se as orientações gerais de determinada política”.

culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 51).

No entanto, a implementação dessa política busca atingir alguns resultados que também estão diretamente ligados às soluções arquitetônicas. Dentre eles, a redução do tempo de espera dos pacientes através da ampliação dos acessos e de um atendimento mais acolhedor e resolutivo, e o aumento nos investimentos na adequação de ambientes hospitalares com espaços mais saudáveis e acolhedores, a fim de proporcionar maior integração entre os trabalhadores e usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.31).

2.2 Arquitetura Humanizada na área da Saúde

Segundo Vasconcelos:

A humanização aproxima o ambiente físico dos valores humanos, tratando o homem como foco principal do projeto. Consiste na qualificação do espaço construído através de atributos projetuais que provocam estímulos sensoriais benéficos aos seres humanos (VASCONCELOS, 2004, p.10).

A partir do conceito de saúde citado na Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde (OMS, 1978, p. 1), “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Pode-se perceber que a arquitetura hospitalar pode contribuir positivamente, inclusive, na saúde mental de uma pessoa, uma vez que, a arquitetura é capaz proporcionar um espaço que, além de auxiliar no processo de tratamento, também pode viabilizar ambientes que promovam descontração, calma, conforto e bem estar, consequentemente contribuindo no tratamento do paciente.

Isso resultou na aproximação do espaço com os valores humanos. Para Mezzomo (2002, pp. 14-15, apud VASCONCELOS, 2004, p. 23), “a humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano [...]”.

O impacto dessa nova visão com relação a arquitetura hospitalar fica mais forte na década de 1980, quando aparece um novo direcionamento na concepção de projetos arquitetônicos hospitalares buscando a humanização nesses ambientes. Por exemplo, enquanto nos hospitais do século XVIII a iluminação e ventilação natural eram vistas como fatores de contaminação, nos hospitais humanizados elas

são indispensáveis, visto que o conceito de saúde passa a ser associado com os aspectos sociais, culturais e psicológicos (CARAM; LUKIANTCHUKI, 2008).

A arquitetura hospitalar humanizada tem a função de promover ambientes funcionais e confortáveis para facilitar os serviços da equipe médica e o bem-estar dos usuários. Dessa forma, os arquitetos conseguirão contribuir no processo de recuperação dos pacientes.

Acreditamos portanto que a humanização do edifício hospitalar seja resultante de um processo projetual que não se limite à beleza do traço, ao respeito à funcionalidade ou ao domínio dos aspectos construtivos, mas que alie a esses aspectos a criação de espaços que além de favorecer a recuperação da saúde e garantir o bem-estar físico e psicológico aos usuários do edifício hospitalar, sejam eles pacientes, acompanhantes ou funcionários, possam estimular a incorporação de novos procedimentos às práticas médicas (TOLEDO, 2005, p. 9).

O surgimento do “Hospital Terapêutico”, desenvolvido por Howard e Tenon no final do século XVIII, marcou a união entre os conhecimentos da arquitetura e da medicina em prol da redução dos efeitos negativos do período de tratamento em ambientes hospitalares, a fim de desenvolver uma arquitetura hospitalar com foco na cura dos pacientes.

A transformação da imagem do cenário hospitalar para um ambiente que deve promover a cura exigiu uma maior compreensão dos arquitetos no que se refere as práticas de atenção à saúde e incentivou os profissionais dessa área a buscarem soluções arquitetônicas para amenizar os problemas do cotidiano hospitalar e facilitar o período de tratamento dos pacientes.

Com isso, a arquitetura hospitalar passa a ser analisada não apenas esteticamente, mas também pela eficácia do ambiente, com alternativas que contribuam para um melhor desempenho do espaço, como por exemplo, soluções que contribuam para redução da proliferação de infecções. Atualmente, com a evolução da arquitetura e da medicina, novos aspectos devem ser observados na avaliação de um projeto arquitetônico dessa complexidade.

A qualidade da arquitetura hospitalar é proporcional à sua capacidade de atender às demandas funcionais, dimensionais e de infraestrutura dos procedimentos terapêuticos e de apoio, assim como ao conforto físico e psicológico dos usuários do edifício hospitalar (TOLEDO, 2008, p. 44).

De acordo com Toledo (2008) há cinco aspectos projetuais essenciais para garantir a um bom desempenho projetual de um edifício hospitalar, sendo eles:

A adequação do edifício às práticas médicas e procedimentos; a valorização dos diferentes usuários do edifício hospitalar, sejam eles, pacientes, acompanhantes, funcionários ou visitantes; o domínio dos aspectos infraestruturais, necessários ao funcionamento e manutenção da unidade hospitalar; a inserção do edifício hospitalar na estrutura urbana, que em alguns casos pode ter seu tecido comprometido pelo porte da unidade hospitalar; o tratamento adequado da imagem do hospital, por vezes relegada a um plano secundário, diante da complexidade funcional desse tipo de edificação (TOLEDO, 2008, p. 44).

Para Foucault (1979) a estrutura física do hospital tem função e capacidade de contribuir diretamente no processo de cura do paciente:

A arquitetura do hospital deve ser fator e instrumento de cura. O hospital-exclusão, onde se rejeitam os doentes para a morte, não deve mais existir. A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura de mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico. O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos (FOUCAULT, 1979, p. 108).

Consequentemente, a humanização hospitalar pode, ainda, contribuir diretamente para a economia do hospital, sendo capaz de reduzir os gastos e o tempo de alguns tratamentos, uma vez que, é comprovado que ambientes que promovam um suporte emocional e distrações positivas influenciam na redução do estresse. Segundo Ulrich, “alterando o espaço hospitalar através da redução do estresse ambiental, pode-se melhorar o processo dos cuidados com a saúde, e ainda reduzir os custos dos tratamentos” (ULRICH,1991 apud VASCONCELOS, 2004, p.34).

De acordo com Toledo (2005), é responsabilidade dos arquitetos desenvolver espaços de atenção à saúde dentro dos princípios da humanização através da adoção de um método projetual que cumpra algumas orientações, sendo elas:

1. Trabalho em equipe: o projeto deverá ser pensado de modo a priorizar a integração e o caráter interdisciplinar dos usuários do hospital. Para isso, é indispensável a participação do arquiteto desde os primeiros estudos de como será o funcionamento do espaço. Um exemplo desse modelo é o Hospital SARAH de Salvador – Ba, que apresenta uma grande integração da edificação em conjunto com os procedimentos que nele são realizados (figura 4).

2. Localização: o local onde o hospital será implantado deverá ser estudado visando seu melhor desempenho. Para isso é necessário a coleta de alguns dados, como por exemplo: o público alvo e os tipos de serviços que serão oferecidos. Contudo, a participação do arquiteto nessa etapa pode contribuir para

melhores resultados, como, as condições de acessibilidade e soluções para um melhor aproveitamento da topografia existente e da iluminação e ventilação natural.

3. Não existe receita para projetar: as soluções projetuais devem ser pensadas a partir das necessidades funcionais e espaciais de cada hospital, que poderá ter diferentes configurações (hospital de emergência, maternidade, geral). Assim, o arquiteto deverá entender as características de cada perfil e as necessidades de cada ambiente para definição de fluxograma, pré-dimensionamentos, escolha de materiais, entre outros.

4. Particularidades dos ambientes hospitalares: projetos hospitalares são considerados por ter uma alta complexidade por realizar uma grande quantidade de atividades diferentes. Além de serviços terapêuticos, também podem oferecer serviços de internação, laboratoriais, administrativos, dentre outros.

5. Constante transformação: após a implantação do hospital poderá ser observado, através do funcionamento das atividades, as falhas e os acertos projetuais. Em alguns países da Europa, por exemplo, o arquiteto é obrigado a participar do cotidiano do hospital durante pelo menos dois anos após sua implantação, a fim de conseguir identificar esses pontos. Outro fator comum responsável pelas mudanças de um hospital são os avanços tecnológicos da medicina. Logo, é dever do arquiteto projetar um espaço com maior flexibilidade, prevendo futuras adaptações, sem causar grandes impactos e sem interferir no partido e conceito original do projeto.

Figura 4 Hospital SARAH, Salvador.



Fonte: Toledo (2005).

Embora não exista uma receita para projetar um espaço que promova a cura, existem estratégias que facilitam esse processo. De acordo com Ulrich (1990, apud SILVA, 2008), essas estratégias têm a função de reduzir o estresse e estimular o bem estar dos pacientes. Dentro do campo da arquitetura, essas estratégias são responsáveis por promover um espaço hospitalar humanizado. Sendo assim, elas podem ser classificadas em: controle do ambiente; suporte social favorecido pelo ambiente; e distrações positivas de um ambiente.

Estudos apontam que um ambiente hospitalar sem controle, onde haja muito barulho e ausência de privacidade para os seus usuários, pode interferir diretamente no bem estar do paciente, ocasionando em estresse e podendo influenciar diretamente na sua saúde, tanto física como mental (ULRICH, 1990, apud VASCONCELOS, 2004).

[...] As consequências para os ambientes de saúde são enormes: pacientes que podem controlar a temperatura e a iluminação do seu próprio quarto, a privacidade necessária, a hora e a quantidade de refeições que têm durante o dia, demonstram menor estresse e apresentam recuperação mais rápida (MALKIN, 1991, pp. 14-15, apud VASCONCELOS, 2004, p. 36).

Logo, foram traçadas algumas soluções, que a arquitetura pode proporcionar, a fim de contribuir para uma maior sensação de controle do ambiente, sendo elas:

Oferecer privacidade visual para pacientes vestirem-se em salas de imagens; permitir o controle do canal e do volume da televisão tanto em quartos de pacientes quanto em salas de visitas; permitir o controle da temperatura e da iluminação do quarto [...]; incluir jardins ou pátios acessíveis a pacientes, possibilitando-lhes o uso; dar aos pacientes a possibilidade de escolha no contato com visitantes ou outros pacientes; criar um local onde os pacientes possam dedicar-se a coisas de seu interesse, algum hobby específico, por exemplo; criar áreas de “escape” e descanso para a equipe médica e de enfermagem (VASCONCELOS, 2004, p.38).

O suporte social, tanto de amigos e familiares quanto de outros pacientes também tem um grande papel no bem estar dos pacientes, favorecendo também, o processo de cura dos mesmos.

Muitos estudos no campo da medicina comportamental e da psicologia clínica, aplicados a uma ampla variedade de situações relacionadas ou não a saúde (situações de trabalho), concluíram que indivíduos com mais suporte social, comparados aqueles com pouco suporte, apresentam menores níveis de estresse e maiores níveis de bem estar (ULRICH, 1990, p.93, apud SILVA, 2008, p. 62).

No entanto, o ambiente hospitalar tem a capacidade de favorecer ou dificultar esse tipo de suporte. Um espaço organizado e aconchegante pode proporcionar uma maior interação social, enquanto espaços frios e desorganizados podem prejudicar esse contato, fazendo com que os pacientes se sintam solitários e, portanto, contribuindo para mais um fator de estresse. Todavia, cabe ao arquiteto propor ambientes que favoreçam o contato social como: pátios, jardins e salas interativas.

De acordo com Vasconcelos, existem algumas soluções projetuais que possibilitem um maior desempenho desse fator. São elas:

[...] áreas de espera para visitantes com assentos móveis que permitam familiares e amigos de pacientes a se reunirem em grupo; jardins externos ou locais de encontro que estimulem a interação social entre pacientes/visitantes e pacientes/pacientes; ambientes menores, com mobília confortável e arranjos flexíveis para as salas de visita e os quartos dos pacientes, evitando cadeiras lado a lado, encostadas às paredes ou fixas, pois elas reduzem a interação social (VASCONCELOS, 2004, p.42).

As distrações positivas no ambiente, por sua vez, têm a capacidade de tirar o foco de situações de sofrimento, como a dor, e direcioná-las para sensações agradáveis. Elas podem estar presentes tanto nas soluções projetuais iniciais de partidos arquitetônicos, como por exemplo, o contato com a natureza; quanto nas soluções referentes a arquitetura de interiores do espaço, como por exemplo, através do estudo de cores que possam estimular boas sensações.

Por isso que a inclusão de quedas d'água, visuais para jardins, trabalhos de arte interativos e aquários, é cada vez mais, parte integrante dos projetos para ambientes de saúde. Estes elementos não são apenas suavizações estéticas, são partes do ambiente que promove a cura (MALKIN, 1991, apud VASCONCELOS, 2004, pp. 43-44),

Dentro desse contexto, existem alguns elementos que compõem o espaço físico e podem proporcionar distrações positivas ou negativas, dependendo de como forem tratados em cada espaço, influenciando no bem estar físico e mental do indivíduo. São eles: luz; cor; som; aroma; textura e forma. A concepção desses elementos, dentro da arquitetura, em ambientes de atenção à saúde, pode contribuir positivamente na reabilitação dos pacientes, promovendo espaços mais humanizados.

Em entrevista realizada para o site Portal Namu, Esther Sternberg explica quais as condições responsáveis por tornar um ambiente em um local que estimula o estresse:

Há aspectos que nós sabemos que estressam pessoas. Escuridão, lotação, mau cheiro, falta de espaço, nenhuma vista para natureza, espaços que funcionam como labirintos e dificultam a nossa saúde mental. Todos esses fatores deixam as pessoas ansiosas e estressadas. Então, por que não desenhar o local que trabalhamos, estudamos e nos curamos já pensando em diminuir a capacidade do meio de nos deixar estressados? (PORTAL NAMU, 2019).

A iluminação é um fator de grande contribuição para saúde, tanto física como psicológica. Podendo interferir fisiologicamente, por exemplo, no controle endócrino e no desenvolvimento ósseo e sexual. E psicologicamente, no estresse, na produção de melatonina, de hormônios e de vitaminas. Que estão diretamente ligadas ao sistema nervoso. A Seasonal Affective Disorder – SAD, especificamente, é um tipo de depressão comum no inverno, que é ocasionada pela baixa exposição a iluminação natural (SILVA, 2008).

No entanto, a preocupação de desenvolver um bom planejamento de conforto lumínico – tanto a iluminação natural quanto a artificial – é importante na hora da concepção de um projeto do âmbito da saúde, uma vez que, é um dos elementos que tem a capacidade de promover o bem estar para os usuários, qualificando o tempo de permanência dos mesmos na edificação.

O uso de lâmpadas fluorescentes, por exemplo, em ambientes hospitalares é muito comum devido ao baixo custo. Porém esse tipo de iluminação tem apenas a função de iluminar o espaço e “é interpretada pelo corpo humano como escuridão pois não traz nenhum benefício à saúde” (VASCONCELOS, 2004, p. 49). Em contrapartida, o melhor tipo de iluminação ainda é a iluminação natural, que deve ser bem explorada na edificação através de soluções arquitetônicas, como, pátios, janelas e claraboias. Além de contribuir para a saúde dos pacientes, a iluminação natural também proporciona um melhor conforto visual e térmico. Todavia, também é importante se preocupar com soluções que possam garantir o controle da iluminação pelos usuários, através do uso de alguns elementos, como cortinas e brises.

Estudos científicos comprovam que as cores tem a capacidade de causar diferentes sensações nas pessoas, como por exemplo, fome, tranquilidade e inquietação. Através da escolha de cores certas, em ambientes de atenção à saúde, pode-se atingir sensações positivas em um paciente, contribuindo também, no seu período de tratamento. Diante disso, o quadro 1 abaixo, destaca as sensações,

térmicas e psicológicas, que algumas cores podem causar em uma pessoa e os efeitos que elas podem gerar em um ambiente.

Quadro 1 Efeito das cores nas pessoas e nos ambientes.

Cor	Efeito de distância	Efeito de Temperatura	Disposição Psíquica
Azul	Distância	Frio	Tranquilizante
Verde	Distância	Frio a neutro	Muito tranquilizante
Vermelho	Próximo	Quente	Muito irritante e intranquilizante
Laranja	Muito próximo	Muito Quente	estimulante
Amarelo	Próximo	Muito Quente	estimulante
Marrom	Muito próximo/ Contenção	Neutro	estimulante
Violeta	Muito próximo	Muito Quente	Agressivo, intranquilizante, desestimulante

Fonte: Silva (2008).

Estes efeitos são tão significantes que, em alguns hospitais da Suécia, os pacientes são direcionados para os quartos com cores adequadas à natureza de sua doença; conforme o processo de cura avança, eles são transferidos gradualmente para quartos com cores que possuem maior nível de estimulação (JONES, 1996, apud VASCONCELOS, 2004, p. 52).

Geralmente, os ambientes hospitalares possuem cores claras, frias e neutras, acarretando poucos estímulos sensoriais para os pacientes. Na arquitetura, além de promover esses estímulos, o uso das cores adequadas também pode servir como alternativa para: destacar ou esconder elementos e auxiliar na clareza de edificações com fluxos complexos. Ou seja, elas podem ser usadas para setorizar ambientes e diferenciar as atividades.

Alguns pesquisadores desenvolveram tratamentos de saúde através do uso de cores, chamado de Cromoterapia. Nela, as cores são correlacionadas a doenças específicas. Por exemplo, algumas pesquisas destacam a preferência da cor verde no tratamento de pessoas com ansiedade e amarelo no tratamento de pessoas com esquizofrenia. No entanto, outras pesquisas relatam a preferência cores diferentes para as mesmas doenças, portanto havendo muitas contradições (MALKIN, 1991, apud, SILVA, 2008).

Dessa forma, percebe-se que é complexo definir um padrão para o uso desse elemento diante da grande diversidade de variáveis. Logo escolha das cores

deve ser feita considerando o seu significado simbólico e psicológico para os usuários.

O som também é outro fator que pode contribuir diretamente no bem estar do paciente. Quando inconveniente e barulhento, pode causar sensações negativas, como, estresse, mal humor, inquietação, redução na concentração e na produtividade. Conseqüentemente, prejudicando também no desempenho dos funcionários.

Em decorrência disso, o conforto acústico em um ambiente pode ser alcançado, no campo da arquitetura, através sistemas, técnicas e materiais que conseguem reduzir a propagação e reflexão sonora e proporcionar um espaço mais aconchegante, como o uso de revestimentos, divisórias em gesso *dry-wall*, janelas com vidro duplo, forros acústicos, painéis acústicos e carpetes.

Ainda assim, em alguns casos, o som também pode causar sensações positivas e contribuir para um ambiente e processo recuperação mais agradável. Como o som da água e do balanço das folhas, que transmitem sensações de relaxamento e tranquilidade. O uso de fontes e pátios internos com vegetação, são soluções que podem provocar essas sensações.

O aroma, por sua vez, é um fator silencioso que também pode afetar positivamente ou negativamente no período de tratamento do paciente. “Enquanto os aromas desagradáveis aceleram a respiração e o batimento cardíaco, os cheiros agradáveis reduzem o estresse. Por isso é preciso ter muito cuidado com o aroma em ambientes de saúde” (VASCONCELOS, 2004, p.57). Diante disso, uma das soluções para estimular cheiros agradáveis é uso de vegetações que exalam boas fragrâncias, na parte interna da edificação. Contribuindo também, para uma melhor qualidade do ar, maior contato com a natureza e promovendo um ambiente visualmente mais saudável.

Quanto a textura, o sentido do tato, é promovido pelo maior órgão do corpo humano, a pele. Dentro de um ambiente, o conforto de um usuário se dá pela escolha adequada de revestimentos, mobiliários e tecidos. Um espaço com mobiliário mal projetado, por exemplo, pode gerar estresse a ansiedade no paciente.

A qualidade tátil do espaço pode ser enriquecida pelo uso de tratamentos diferenciados para as superfícies, como variedade de tecidos e acabamentos e variedade e versatilidade dos móveis, proporcionando conforto (VASCONCELOS, 2004, p.58).

Já forma de um espaço físico pode interferir no bem estar dos pacientes e no desempenho da edificação. Na arquitetura, isso se dá principalmente, pela disposição dos espaços e definição de fluxos, através da concepção da planta baixa da edificação e pelo design de interiores dos ambientes.

Em uma planta de configuração linear podemos observar como equipamentos importantes ou de uso comum (banheiros, posto de enfermagem) podem ficar distantes dos quartos de alguns pacientes. Já em uma planta com disposição radial, estes elementos podem ser configurados de forma a estarem todos numa mesma proximidade. Neste caso, por exemplo, em enfermarias onde os pacientes precisam de cuidados constantes ou encontram-se em situações emergenciais delicadas, uma disposição radial, ao redor de um posto de enfermagem, pode transmitir maior segurança aos pacientes, reduzindo seus níveis de estresse (SILVA, 2008, p. 75).

Porém, em ambientes de atenção à saúde mental, especificamente, esse modelo de planta pode ser considerado como um fator negativo, uma vez que, nesse tipo de instalação deve haver uma preocupação maior quanto ao controle visual dos pacientes. Logo, é papel do arquiteto desenvolver uma configuração que consiga atender essa premissa, sem afetar completamente a privacidade do paciente.

Entretanto, além de ser um espaço que integra diversos tipos de atividades, o hospital também dispõe de um caráter simbólico ao longo da vida das pessoas, que pode representar um local que traz alegrias, como o nascimento de uma criança, e tristezas, como a perda de um ente querido. É nele, também, que emoções como a vulnerabilidade e a impotência, diante de uma enfermidade, podem se transformar em coragem e esperança, que são fundamentais para o processo de recuperação.

Em razão disso, a humanização em ambientes de atenção à saúde deve ser vista como um fator essencial para que esses sentimentos de alegria, esperança determinação e superação possam ser potencializados, amenizando os momentos de tensão e angústia e favorecendo o período de tratamento e cura.

Contudo, observa-se a importância do papel do arquiteto, em conjunto com os princípios da arquitetura humanizada, para contribuição da melhoria nos ambientes hospitalares com o objetivo de desenvolver espaços que proporcionem o bem-estar, otimizando o período de recuperação dos pacientes, permitindo que os mesmos se sintam mais confiantes e confortáveis. Além de propiciar também um

melhor ambiente de trabalho para os funcionários, possibilitando um atendimento de melhor qualidade, com maior rendimento, produtividade, satisfação e segurança.

No entanto, para isso, é necessário compreender as razões científicas pelas quais determinados fatores tem a capacidade de fazer bem ou mal aos pacientes, entender o porquê de algumas sensações serem estimuladas pelo espaço físico e ter conhecimento das doenças que serão tratadas no espaço em questão para que, assim, seja possível promover um ambiente que contribua positivamente no período de recuperação.

3.

Saúde Mental



3 SAÚDE MENTAL

Até o final do século XVIII, os transtornos mentais não eram reconhecidos como doenças. As pessoas que apresentavam sintomas comuns de doenças mentais eram tidas como loucas e perigosas e eram mantidas nos mesmos locais onde abrigavam mendigos criminosos.

[...] a assistência aos enfermos se fundamentava nos conceitos de caridade e filantropia e era realizada em espaços vinculados às práticas religiosas, destinados ao abrigo não só de doentes, mas, também de ladrões, loucos, indigentes, todo tipo de marginalizado (SANTOS; BURSZTYN, 2004, p.59).

No início do século XIX, surge a psiquiatria, com o objetivo de estudar esses comportamentos de trata-los através da medicina, uma vez que a metodologia de exclusão dessas pessoas da sociedade não apresentava nenhuma eficácia. De acordo com Fontoura (1997, p.18), “[...] a loucura passa a ser categorizada como um desvio de conduta dos padrões de normalidade aceitos pela sociedade”.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde passa conceituar a saúde de uma forma diferente, indo além dos aspectos físicos e biológicos. Nesse novo conceito a saúde não era mais associada apenas a ausência de uma doença ou invalidez, mas também, relacionada ao estado de conforto e bem-estar físico, psicológico e social. Com isso, o conceito de higiene mental passa a ser tratado como saúde mental, ocasionando em um estopim nas transformações dentro do campo da saúde. Um novo conceito que permitiu a articulação entre as disciplinas da saúde física e mental (FONSECA, 1997, apud SILVA, 2008).

Para Fonseca (1997, p.169, apud SILVA, 2008) a compreensão da doença mental pode ser apresentada como “[...] um estado de desequilíbrio dos sistemas do organismo, susceptível de arrastar o indivíduo para situações de desadaptação social”.

A partir dessas transformações nos conceitos da saúde, de acordo Reis, Marazina e Gallo:

Na esteira desta legitimação, começa a emergir a categoria de trabalhadores de saúde mental, já que se faz necessária uma ampliação de categorias profissionais para tratar da saúde psíquica, que até esse momento era patrimônio quase exclusivo do médico, enfatizando prioritariamente a doença e não o sujeito. Já não se fala em trabalhar com a patologia, mas sim a favor do bem-estar (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004, p.39).

Segundo Amarante (2011), para o modelo clássico da psiquiatria, a crise é caracterizada por uma alteração que ocorre devido a existência de uma doença. De acordo com o Ministério da Saúde (2003, p.46), “o termo crise foi inicialmente empregado em Psiquiatria em 1963, por Caplan e Lindemann, para descrever as reações de uma pessoa a situações traumáticas, tais como uma guerra, desemprego, morte de alguém querido”.

Em contrapartida, no contexto da atenção psicossocial, a crise é provocada por vários motivos mediante outras pessoas, como por exemplo, amigos e familiares. Podendo acontecer por diversas causas, como a falta de empatia e solidariedade entre os mesmos ou no tipo de tratamento. Ou seja, situações mais voltadas para o contexto social do biológico e psicológico. E por isso, também, é considerado um processo social.

Por isso é necessário que existam serviços de atenção psicossocial que possibilitem o acolhimento das pessoas com crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com essas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e comprometidos a ajudá-las (AMARANTE, 2011, p. 82).

O grande desafio de transformar o sistema psiquiátrico é se desfazer do pensamento em que a mudança se limita apenas aos serviços prestados, apesar da grande necessidade de uma reformulação nesse campo e da eliminação dos manicômios. Assim, primeiramente é importante enxergar a saúde mental e a atenção psicossocial como um processo complexo.

Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. Novos elementos, novas situações, pressupõem que existam novos atores sociais com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social (AMARANTE, 2011, p.63).

Contudo, ainda é possível perceber resquícios do pensamento do século XVIII em muitas instalações de atenção à saúde mental dos dias atuais, que apresentam algumas influências desses antigos espaços. Com estruturas de manicômios, baseando-se no conceito da reclusão. Isso também ainda é evidente no preconceito de grande parte da sociedade, na qual pessoas com doenças psicológicas ainda são excluídas e relacionadas a marginalização.

3.1 A perspectiva da mulher na Saúde Mental

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher – Princípios e Diretrizes”, com o objetivo de implementar práticas de saúde que colaborem para a garantia dos direitos humanos das mulheres. No que se refere ao contexto de saúde mental e gênero, o documento afirma que:

[...] as mulheres ganham menos, estão concentradas em profissões mais desvalorizadas, têm menor acesso aos espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência (doméstica, física, sexual e emocional), vivem dupla e tripla jornada de trabalho e são as mais penalizadas com o sucateamento de serviços e políticas sociais, dentre outros problemas. Outros aspectos agravam a situação de desigualdade das mulheres na sociedade: classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual, situações que limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental de milhões de mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004, p.45).

Em pesquisa realizada por Santos (2012), sobre estudos que associam saúde e gênero, apareceram temas relacionados a violências de gênero, reprodução, contraceptivos, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, a autora destaca que assuntos voltados para saúde mental não aparecem com tanta frequência. As pesquisas do campo do feminismo abordam temáticas da saúde com foco na saúde sexual e reprodutiva da mulher, enquanto as pesquisas voltadas para a atenção da saúde mental aparecem sendo pouco exploradas. No entanto, “a crítica feminista à Psicologia ganha cada vez mais relevância à medida que propõem dar visibilidade para questões de gênero e promover revisões profundas nas concepções de investigação e intervenção psicológica” (SANTOS, 2012, p.60).

O Ministério da Saúde declara que:

Trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Condições que são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.44).

De acordo com a Secretaria de Saúde do governo do estado do Paraná, “as mulheres apresentam uma medida de risco 1,54 maior que os homens para incidência de qualquer transtorno mental” (SOUSA, 2013).

A depressão acomete duas mulheres para cada homem e é a principal causa de incapacidade laboral. Além disso, foi visto que o suicídio aparece como a segunda causa de morte de mulheres na faixa etária entre 15 e 44 anos (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006, apud DINIZ; SANTOS, 2018, p. 39)

Desde o período da primeira menstruação até após a fase de menopausa, as mulheres passam por mudanças hormonais que afetam diretamente no humor. Isso pode ocasionar em diversos tipos de transtornos, como por exemplo, “disforia pré-menstrual, depressão perinatal e peri menopáusicas, assim como transtornos de humor e de ansiedade associados à infertilidade e a gestações abortadas”. Além disso, também são comuns os transtornos alimentares, de ansiedade generalizada – TAG e de estresse pós-traumático – TEPT (STEINER, 2005)

Segundo Senicato; Azevedo; Barros (2016):

A maior vulnerabilidade feminina aos transtornos mentais pode ser devido às alterações no sistema endócrino que ocorrem no período pré-menstrual, pós-parto e menopausa; às pequenas diferenças no cérebro, com algumas características mais comuns no de mulheres do que de homens; e, às desigualdades de gênero, que têm dentre as consequências desde a sobrecarga de trabalho doméstico às altas taxas de violência. (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2016, p.44).

Entre 2000 e 2002, os dados do SUS mostram uma queda no número de internações psiquiátrica. Entretanto, as internações de mulheres causadas devido a transtornos psicossociais aparecem em constante crescente. Enquanto em 2000, as internações por transtornos de humor, em mulheres, representavam 12,4%, em 2002, o valor era de 13,9%, ocupando a posição de 2ª maior causa de internações. As internações com conta do uso de substâncias alcoólicas ocupavam a 5ª posição nos três anos analisados, atingindo a uma porcentagem de 3,8% em 2002. E as internações por conta do uso de substâncias químicas ocupavam o 18º lugar em 2000 e 2001, com 09%, e o 12º em 2002, com 1,4%. Quanto aos transtornos mentais referentes ao puerpério – período de pós parto em que a mulher sofre alterações físicas e mentais – em 2002, ocorreram 97 suicídios associados à depressão, inclusive relacionada ao pós parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004).

Para Steiner (2005, 41), “as mulheres estão mais expostas a estressores incontroláveis, tanto psicológicos como físicos, incluindo violência, abuso e estupro,

a partir de uma idade precoce, muito mais frequentemente do que os homens”. Esses abusos ocorrem, na maioria das vezes, por homens, fazendo com que muitas vezes a presença masculina seja uma fonte de medo e ameaça para as mulheres.

Em 2008, 94,1% dos casos na Central de Atendimento à Mulher eram de violência doméstica (SPM, 2008, apud MEDEIROS 2010). Pesquisa realizada pelo Senado Federal, em 2009, mostra que 60% das mulheres entrevistadas afirmaram que conhecem alguma mulher que já sofreu algum tipo de violência doméstica pelo parceiro (DataSenado, 2009, apud MEDEIROS 2010). Esses dados podem ser considerados como grandes fatores de risco para comprometer a saúde mental de uma mulher, podendo ocasionar no desenvolvimento de diversos tipos de transtornos e traumas.

Estudos brasileiros indicam uma forte associação entre a experiência de mulheres vítimas de violência doméstica e adoecimento mental. Depressão, ansiedade, estresse, dependência de medicamentos e substâncias psicotrópicas, e risco de suicídio são problemas de saúde mental associados com a presença de violência na vida das mulheres [...] as consequências da violência vão além das marcas deixadas no corpo. São experiências que alteram a vida emocional e psíquica das mulheres, limitam suas possibilidades e bloqueiam seus sonhos e projetos. Situações de violência comprometem sua saúde física e mental minando sua capacidade produtiva, qualidade de vida e auto-estima, o que reflete baixo poder de emancipação (VIANNA,2005 apud SANTOS, 2012, p.59).

Com a criação da Lei 11.340/2006, Lei Maria da Penha, foi estipulado como a violência contra a mulher se manifesta. “Ela se expressa na violência doméstica, sexual, moral, patrimonial, entre outras formas de poder que colocam as mulheres em posição desfavorável e oprimida.” (SANTOS, 2012, p .60).

Estudos apontam que a violência contra mulher causada pelo parceiro íntimo é considerada uma causa para o desenvolvimento de transtornos mentais, como a ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós traumático, transtornos decorrentes de abuso e dependência química (YOU; SWOGGER; CERULLI; CONNER, 2011, apud SANTOS, 2012).

Tentativas suicidas são mais frequentes em mulheres do que em homens e ocorrem, predominantemente, entre as domésticas, donas de casa e estudantes. Souza; Minayo e Cavalcante (2006, apud, DINIZ; SANTOS 2018, p. 39), apontam como causas “o patriarcalismo, a vida muito fechados em casa e sem apoio de redes sociais, a violência intrafamiliar e a vitimização por abusos físicos, psicológicos, negligências e violência sexual”.

A OMS, apresentou dados significantes, coletados em vários países do mundo, de casos de pensamentos e tentativas suicidas associados a violência física contra a mulher cometida pelo parceiro íntimo. No Brasil, os resultados indicaram que 48% das mulheres que sofreram esse tipo de agressão já pensaram em suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002 apud SANTOS, 2012).

Outro alto fator de risco para ideação suicida é a violência sexual, que na maioria dos casos, ocorre com mulheres mais novas. Por essa razão, o abuso sexual sofrido durante a infância e/ou juventude também pode ser facilmente relacionado ao aparecimento de doenças mentais. Os traumas desse tipo de violência aparecem como um dos principais responsáveis pela presença dessas doenças independente de quando tenha acontecido. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, apud SANTOS, 2012).

A violência psicológica, por sua vez, é mais complexa de ser reconhecida pelas vítimas e pelas autoridades devido à falta de provas concretas e materiais. Isso faz com que, na maioria dos casos, as mulheres sintam medo de denunciar os agressores. No entanto, isso não significa que esse tipo de violência seja menos recorrente, tendo em vista que a violência física, geralmente, é iniciada pela psicológica (MEDEIROS, 2010, p.43).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a violência psicológica:

É toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano a autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui insultos constantes; humilhação; desvalorização; chantagem; isolamento de amigos e familiares; ridicularização; rechaço; manipulação afetiva; exploração; negligência (atos de omissão a cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situação de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros); ameaças; privações arbitrárias da liberdade (impedimento de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal, gerenciar o próprio, brincar, etc.); confinamento doméstico; críticas pelo desempenho sexual; omissão de carinho; negar atenção e supervisão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.20-21)

Segundo o Ministério da Saúde (2004):

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.12).

No século XIX, a psiquiatria enxergava a sexualidade e o organismo feminino como fator determinante para sua saúde mental. Naquela época, mulheres que não correspondiam os padrões impostos pela sociedade eram vistas como

loucas e eram internadas em manicômios. No entanto, os homens eram internados por motivos de trabalho e produtividade, visto que esse era o papel deles na sociedade. (SANTOS, 2008).

Com isso, foi observado que espaços de reabilitação da saúde mental com atividades exclusivas para as mulheres apresentavam melhores resultados no processo de recuperação das mesmas, uma vez que se sentem mais acolhidas e compreendidas através das trocas de experiências. (SANTOS, 2012).

Experiências feministas e de gênero no campo da Psicologia Clínica e da cultura tem destacado a intervenção grupal como um importante fator de proteção à saúde mental de mulheres em diferentes contextos institucionais e comunitários. A experiência com grupos de mulheres foi e continua sendo uma estratégia muito utilizada por feministas, pois funciona como espaço de troca e valoriza os objetivos de reflexão e geração de ação coletiva (SANTOS, 2012, p.40).

O cenário em que a mulher vive na sociedade é considerado como um dos motivos que colocam em risco a sua saúde mental. “Ela é afetada pela interação entre gênero e outras categorias como raça/etnia, classe social, tipo de inserção no mercado de trabalho, nível educacional, acesso a bens e serviços, acesso a lazer, cultura, entre outros” (ALVES, 2013, p.91).

Logo, pode-se observar que as mulheres estão mais vulneráveis aos problemas psicológicos, uma vez que, tanto os fatores fisiológicos, como por exemplo, as mudanças hormonais ao longo das fases da vida, quanto as condições econômicas, culturais e sociais em que as mesmas vivem, contribuem para um cenário favorável ao adoecimento psíquico.

3.2 Classificação de transtornos mentais

O termo transtorno é utilizado para caracterizar indícios que estão relacionados ao sofrimento pessoal e as dificuldades que uma pessoa apresenta para conseguir viver de forma saudável.

De acordo com o presidente da Rede de Apoio aos Portadores de Limitação de Autonomia – APTA, Osvaldo Lopes do Amaral, entende-se por transtornos mentais como:

Alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, social, pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral.

Isto significa que os transtornos mentais não deixam nenhum aspecto da condição humana intocado (AMARAL, 2009).

Existem vários fatores que podem ocasionar no desenvolvimento de transtornos mentais. Traumas de infância; abuso psicológico, físico ou sexual; a perda de um ente querido; exposição ou proteção excessiva; bullying; baixa autoestima, entre outros. Para o Ministério da Saúde (2003), esses fatores podem ser classificados em três grupos, sendo eles: físicos ou biológicos, ambientais e emocionais.

O MS (2003, p.38), define por fatores físicos ou biológicos “alterações ocorridas no corpo como um todo, em determinado órgão ou no sistema nervoso central que possam levar a um transtorno mental”. Dentro desses fatores, podem ser encontrados causas genéticas ou hereditárias; gestacionais; neuro endocrinológicas e transtornos ocasionados por alguma doença orgânica que atinja o sistema nervoso.

Por sua vez, os fatores ambientes “exercem forte e constante influência sobre nossas atitudes e nossas escolhas diárias, tanto externa quanto internamente” (MS, 2003, p.41). As respostas a cada estímulo ambiental podem variar de acordo com cada indivíduo dependendo das experiências que cada um viveu. Esses fatores podem ser: sociais, que são as relações pessoais e profissionais que são vividas ao longo da vida; culturais e econômicas.

Já os fatores emocionais e psicológicos, estão relacionados a personalidade e por isso, são particulares de cada indivíduo, ou seja, cada pessoa apresenta uma forma diferente de interagir e se expressar. “No caso dos aspectos emocionais estamos falando de formação de identidade, que se inicia justamente com a conjugação dos aspectos físicos e ambientais” (MS, 2003, p.42).

A classificação desses transtornos mentais foi desenvolvida por várias comissões de especialistas com o objetivo de obter um consenso. Entretanto, atualmente as classificações mais utilizadas são: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais – DSM-V e a Classificação Internacional de Doenças Mentais – CID-10.

A CID-10 foi elaborada em 1993 pela Organização Mundial de Saúde e é a mais usada no Brasil. Ela abrange todos os tipos de doenças, no entanto, no que se refere ao contexto de doença mental, a classificação ordena, em onze grupos, os

diferentes tipos de transtornos mentais e de comportamentos. Sendo eles (OMS, 1993):

1. Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos;
2. Transtornos mentais causados pelo uso de substâncias psicoativas;
3. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes;
4. Transtornos de humor (afetivos);
5. Transtornos neuróticos, relacionadas com o stress e somatoformes;
6. Síndromes comportamentais associados a disfunções fisiológicas e fatores físicos;
7. Transtornos de personalidade e do comportamento do adulto;
8. Retardo mental;
9. Transtornos do desenvolvimento psicológico;
10. Transtornos emocionais e de comportamento que surgem na infância e/ou adolescência;
11. Transtornos não especificados.

Em contrapartida, o DSM-V, foi publicada em 2013 pela Associação Americana de Psiquiatria e trata exclusivamente dos transtornos mentais. Ele é mais usado no âmbito de pesquisas científicas, devido a um maior nível de detalhamento. Sendo assim, o manual categoriza os transtornos mentais em vinte e dois grupos, sendo eles (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013):

1. Transtornos do Neurodesenvolvimento. Exemplos: Autismo e déficit de atenção;
2. Espectro da Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos;
3. Transtorno Bipolar e outros Transtornos Relacionados;
4. Transtornos Depressivos;
5. Transtornos de Ansiedade;
6. Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados;
7. Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores;
8. Transtornos Dissociativos;
9. Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados;
10. Transtornos Alimentares;
11. Transtornos da Eliminação;
12. Transtornos do Sono-Vigília. Exemplo: transtorno de insônia;
13. Disfunções Sexuais;

14. Disforia de Gênero;
15. Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta;
16. Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos;
17. Transtornos Neurocognitivos;
18. Transtornos da Personalidade;
19. Transtornos Parafilicos;
20. Outros Transtornos Mentais;
21. Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos;
22. Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica.

No entanto, dentre esses, os mais comuns são: os orgânicos, de humor, de ansiedade, dissociativos, somatoformes, esquizofrênico, alimentares e os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (MS, 2003). A seguir, serão apresentadas as características, os sintomas e os métodos de tratamento para esses transtornos.

3.2.1 Características e métodos de tratamento para os principais transtornos mentais

Como já diz o nome, os transtornos mentais orgânicos são causados por fatores orgânicos, “seja por doença degenerativa, lesão ou doença sistêmica que leve a uma disfunção do cérebro.” (MS, 2003, p. 56). De acordo com a CID-10 (1993), a demência, causada por doenças cerebrais, como o Alzheimer e o Parkinson, é considerada como um transtorno mental orgânico, uma vez que a mesma manifesta perturbações em vários aspectos do desempenho da mente, como a memória, a orientação e a capacidade de aprendizado.

Os transtornos de humor são caracterizados por “dificuldades na área do afeto, que é nossa capacidade de vivenciarmos internamente nossos sentimentos.” (MS, 2003, p. 56). Dentre eles, os mais comuns são a depressão e o transtorno afetivo bipolar.

A depressão se caracteriza por “estágio mais prolongado e grave de abatimento do humor.” (MS, 2003, p. 56). Ela pode ser classificada por leve, moderada ou grave e alguns dos principais sintomas são a baixa autoestima, baixa concentração, pessimismo, pensamentos suicidas, insônia e falta de apetite (OMS, 1993).

Por sua vez, o transtorno afetivo bipolar é caracterizado pela variação no humor, “essas variações podem se dar em intervalos de dias, semanas ou meses, e é comum falarmos em “fase de mania” e “fase depressiva” (MS, 2003, p. 58). De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde:

Os episódios de mania envolvem humor elevado ou irritado, excesso de atividade, pressão de fala, autoestima inflada e uma menor necessidade de sono. As pessoas que têm episódios de mania, mas não experimentam episódios depressivos, também são classificadas como tendo transtorno bipolar (OPAS,2018).

A ansiedade é considerada um transtorno quando ocorre excessivamente e com muita intensidade. Além de perturbações na mente os sintomas também podem ser físicos, como, dificuldade respiratória, batimento cardíaco acelerado, tremores e tontura (OMS, 1993). Os transtornos de ansiedade abrangem um grupo de classificações de transtornos, dentre eles, os mais comuns são: Transtorno de Ansiedade Generalizada – TAG, que apresenta um grau de ansiedade elevado onde os sintomas são mais frequentes e intensos; Transtornos Fóbicos, quando os sintomas de ansiedade aparecem mediante situações bem definidas, como por exemplo, altura, nele o sintoma mais marcante é o medo; Transtorno Obsessivo Compulsivo – TOC, caracterizado pelo desenvolvimento de comportamentos repetitivos incontroláveis; e Transtorno de Estresse Pós Traumático – TEPT, causado por algum trauma sofrido, desenvolvendo um estresse excessivo (MS, 2003).

Os transtornos dissociativos, na maioria das vezes, são desenvolvidos mediante algum trauma sofrido, por isso também o são associados aos transtornos de estresse pós traumáticos. Alguns dos sintomas mais recorrentes são a perda de memória e a sensação de desligamento de si mesmo e do entorno (SPIEGEL, 2019). Para que um transtorno seja classificado como dissociativo, deve ser comprovado que não houve uma razão física para o desenvolvimento do comportamento. Segundo o Ministério da Saúde:

[...] os transtornos dissociativos são aqueles em que o paciente parece perder, parcial ou totalmente, o controle entre suas funções de memória, sensopercepção, idéia de si mesmo e movimentos corporais. Dentre os tipos de dissociação que o paciente pode apresentar observa-se: a amnésia dissociativa (esquecimento de situações traumáticas ou estressantes), o estupor dissociativo (a pessoa mantém-se imóvel, sem responder ao ambiente), transtorno de transe ou possessão (a pessoa age como que possuída por outra personalidade, espírito ou força), dissociação de movimento e sensação (o indivíduo deixa de sentir ou de conseguir

movimentar alguma parte do corpo) e convulsões dissociativas (são convulsões incompletas, onde não ocorre perda total da consciência) (MS, 2003, p. 61).

Os transtornos somatoformes são caracterizados por pessoas que acreditam que possuem alguma doença fisiológica, podendo inclusive sentir os sintomas, no entanto não apresentam nenhum problema físico de saúde. Geralmente, esses pacientes costumam resistir a tratamentos de atenção à saúde mental por acreditarem que o problema seja no físico (DIMSDALE, 2018).

Dentro desse grupo de transtornos, um dos mais graves é o transtorno hipocondríaco, de difícil tratamento, no qual a pessoa se encontra “convencida” de estar portando grave doença (câncer, AIDS), buscando todos os recursos para confirmá-la. Em muitos casos, estes pacientes chegam ao cúmulo de serem submetidos à cirurgias, sem a menor necessidade (MS, 2003, p. 61).

Considerado como um dos mais graves, o transtorno esquizofrênico se caracteriza por desordenar a percepção do indivíduo, fazendo com que o mesmo tenha alucinações. Ele também pode apresentar alterações físicas devido a confusão e inquietação na mente, “como ficar se balançando, fazendo movimentos estranhos ou permanecer totalmente imóvel.” (MS, 2003, p. 62). Assim como outros transtornos citados anteriormente, o transtorno esquizofrênico também pode ser classificado em diferentes graus de intensidade. A psiquiatra Carol Tamminga caracteriza a esquizofrenia:

[...] pela perda de contato com a realidade (psicose, alucinações (é comum ouvir vozes), falsas convicções (delírios, pensamento e comportamento anômalo, redução das demonstrações de emoções, diminuição de motivação, uma piora da função mental (cognição) e problemas no desempenho diário, incluindo no âmbito profissional, social, relacionamentos e auto cuidado (TAMMINGA, 2018).

Os transtornos alimentares são mais frequentes nas mulheres e estão associados a um distúrbio nos comportamentos alimentares que são considerados prejudiciais à saúde, como por exemplo, a autoindução do vômito e o uso de laxantes por medo do ganho de peso. São transtornos alimentares: a anorexia, bulimia, hiperfagia, dentre outros (ATTIA, WALSH, 2018).

Os transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas são identificados pelo desejo intenso e o uso excessivo de substâncias que interferem no desempenho do cérebro, como o álcool, a nicotina, alucinógenos, inclusive, alguns medicamentos (DOMINGO, ZHANG, 2019). Os sintomas mais comuns desses transtornos são: a intoxicação aguda, como, o coma alcoólico e a

overdose; e a abstinência, que provoca reações pela falta da substância, como, convulsões e a alucinações. De acordo com o MS (2003, p. 63), “o uso abusivo de substâncias psicoativas envolve complicadas causas e consequências em nível físico, social e emocional e uma pessoa pode desenvolver um transtorno mental a partir deste uso”.

No que se refere aos métodos de tratamento da saúde mental, é importante saber que além da prescrição de medicamentos, existem também, diversos tipos de recursos terapêuticos que podem ser adotados para cada tipo de transtorno, visando melhores resultados na fase de tratamento.

A prescrição de remédios ainda é considerada um ótimo artifício para o controle de sintomas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos pacientes. No entanto, acredita-se que outras alternativas terapêuticas possam apresentar uma maior eficácia no processo de reabilitação, uma vez que, medicamentos ainda não tem o poder de preparar os pacientes para enfrentar os dilemas do cotidiano e emocionais.

Dessa forma, os métodos de tratamento para transtornos mentais podem ser classificados como: somáticos e psicoterapêuticos. De acordo com Michael B. First (2017), “os tratamentos somáticos incluem medicamentos, eletroconvulsoterapia e outros tipos de terapia que estimulam o cérebro (por exemplo, estimulação magnética transcraniana e estimulação do nervo vago)”.

A eletroconvulsoterapia – ECT, também chamada de eletrochoque, é uma alternativa prescrita por psiquiatras em casos extremos de crise e/ou quando o paciente não apresenta melhoras com outros tipos de tratamentos (MS, 2003). Segundo o Ministério da Saúde, a ECT:

É um tipo de tratamento que consiste em fazer passar uma corrente elétrica pelo corpo, por meio de eletrodos colocados em uma ou ambas as têmporas, produzindo alterações neuroquímicas e neuroendócrinas. O tempo de aplicação é de 5 a 15 segundos, não bastando apenas uma sessão. Normalmente são prescritas várias aplicações (MS, 2003, p. 81).

A estimulação magnética transcraniana e estimulação do nervo vago ainda estão em fase de pesquisa. De acordo com First:

Essas terapias envolvem a ativação ou estimulação do cérebro diretamente com ímãs ou implantes que estimulam o nervo vago. Espera-se que as células estimuladas liberem mensageiros químicos (neurotransmissores), que ajudam a controlar o humor e assim aliviar sintomas de depressão (FIRST, 2017).

Já os tratamentos psicoterapêuticos, “incluem psicoterapia (individual, de grupo ou familiar e conjugal), técnicas de terapia comportamental (por exemplo, métodos de relaxamento ou terapia de exposição) e hipnoterapia.” (FIRST, 2017). O intuito desse tipo de terapia varia de caso para caso, mas no geral, busca auxiliar o paciente no processo de recuperação do equilíbrio mental (MS, 2003).

Dentre as abordagens encontradas na psicoterapia, as mais conhecidas são: terapia cognitivo comportamental, que trata os pensamentos e comportamentos; ocupacional, consiste em uma série de atividades que podem ser direcionadas aos pacientes com o intuito de possibilitar que eles se expressem de diferentes formas; interpessoal, trata os relacionamentos; recreativa, similar à terapia ocupacional, porém com atividades voltadas para recreação; psicanálise, trata de causas inconscientes dos problemas; e psicodrama, trata a dramatização de alguns episódios (MS, 2003).

Contudo, especialistas apontam que os resultados apresentam uma maior eficácia quando os métodos são tratados em conjunto, sendo assim, importante o acompanhamento através de medicamentos e psicoterapias no processo de reabilitação da saúde mental dos pacientes afetados.

3.3 Centros de atenção à saúde mental

Os espaços destinados ao tratamento à saúde mental estão, cada vez mais, deixando de ser locais “enclausurados” e se tornando ambientes mais abertos, tanto na estrutura física quanto na metodologia de tratamento. No entanto, essa mudança ainda ocorre de forma lenta devido a existência de pensamentos preconceituosos e equivocada da sociedade sobre pessoas com esses tipos de transtornos.

Diante disso, o método ambulatorial passou a adotar estratégias mais efetivas para o atendimento e a inclusão de pacientes com doenças mentais. Contudo, para que não houvesse uma separação entre as instalações de hospitalização e ambulatoriais, foram criadas unidades intermediárias, entre a internação psiquiátrica e a inserção dos pacientes na sociedade. Essas unidades são chamadas de: hospitais dia; lares abrigados; e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Os Hospitais-dia são instalações que não atuam na área de internação. Os pacientes os frequentam por um período de tempo limitado no dia, portanto, não precisam se afastar de suas atividades e do meio onde vivem. Eles oferecem algumas atividades terapêuticas individuais, com a participação de familiares e em grupos para auxiliar na reabilitação dos pacientes. Dentre elas: a psicoterapia, psicodrama, musicoterapia e sessões de expressão corporal (MS, 2003).

Em contrapartida, os lares abrigados, como o próprio nome diz, são unidades que tem como principal finalidade, abrigar pacientes com transtornos mentais em um ambiente acolhedor sob cuidados de responsáveis. “É totalmente integrado à comunidade e permite uma vida autônoma. Não raro, devido à ausência da família, alguns lares tornam-se uma residência definitiva.” (MS, 2003, p. 85).

Já o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, segundo o Ministério da Saúde:

É uma forma de assistência do SUS para problemas de Saúde Mental individual ou coletiva que se distingue principalmente pelo acesso local. É um exercício de democracia, pois atua com uma sensível redução da hierarquia assistente/assistido. Essa parece ser, na verdade, a maior diferença entre os CAPSs e os hospitais-dia, pois o CAPS questiona os papéis da equipe na família e na comunidade (MS, 2003, p.85).

De acordo com a Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil:

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2005, p.27).

Dependendo do contexto em que está inserido, o CAPS pode adotar diferentes estratégias para tratar os pacientes, e por isso, dificilmente uma unidade será igual a outra. Eles podem ser classificados quanto ao tamanho e as especialidades, assim, estão divididos em cinco categorias, sendo elas: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (MS, 2004).

Os CAPS I, II, III são, respectivamente, definidos por ordem crescente de tamanho, complexidade e abrangência populacional, porém são responsáveis pela mesma modalidade, realizando atendimentos em adultos com transtornos mentais

graves. Todavia, os CAPS I e II realizam suas atividades em dois turnos durante cinco dias da semana, enquanto o CAPS III possui atendimento em todos os turnos, incluindo finais de semana e feriados, podendo ter acolhimento noturno de até cinco dias corridos ou dez dias intercalados (BRASIL, 2011).

Os CAPSi são responsáveis pelo atendimento em crianças e adolescentes com transtornos mentais em dois turnos durante cinco dias na semana. E os CAPSad são responsáveis pelo atendimento de pacientes com transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas. Neles podem haver acolhimento noturno desde que seja usado para o tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2011).

Um dos principais métodos de tratamento do CAPS são as oficinas terapêuticas. Segundo o Ministério da Saúde (2003, p.85), nessas oficinas são realizados “trabalhos manuais e artísticos que proporcionam ao usuário via de acesso à expressão de seus sentimentos, emoções, criatividade”.

Elas são desenvolvidas em grupo sob a orientação de profissionais e são realizadas a partir do interesse e das necessidades do paciente. Os objetivos dessas atividades são: estimular os sentimentos e uma maior integração social; e desenvolver capacidades motoras. Sendo assim, as oficinas podem ser classificadas como:

- Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.
- Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.
- Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercer a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania (BRASIL, 2004, p.20).

Para o Ministério da Saúde (2003, p.87), “um ambiente terapêutico é aquele em que o indivíduo consegue se sentir bem e seguro, física e psicologicamente, e que ao mesmo tempo estimule a recuperação da saúde”. Logo, para que se consiga promover um “ambiente terapêutico”, é necessário seguir algumas diretrizes, no que se diz respeito as soluções arquitetônicas:

O ambiente deve ser arejado e de preferência amplo e bem iluminado, de modo a transmitir sensação de segurança e bem-estar. [...] O excesso de mobília ou o mobiliário mal disposto, além de tumultuar o ambiente, podem atrapalhar o atendimento num caso de emergência (MS, 2003, p.87).

Contudo, independentemente do tipo de instalação adotada, as unidades de atenção à saúde mental devem seguir os fundamentos de um ambiente terapêutico, visando, principalmente, o bem-estar dos seus pacientes a fim de proporcionar um período de tratamento mais agradável e eficaz.



4.

Análise de Similares



4 ANÁLISE DE SIMILARES

4.1 Clínica Terapêutica Villa Vida

O Grupo Villa Vida é uma rede de clínicas privadas, especializadas em saúde mental na cidade de Teresina – PI, que já contou com quatro unidades de internação, voluntária e involuntária, de pacientes com transtornos mentais.

Dessas quatro unidades, duas eram focadas no atendimento exclusivo por gênero, ou seja, uma apenas para mulheres e a outra apenas para homens. Sendo essa particularidade, a principal razão para escolha da análise da instituição em questão, uma vez que, o principal diferencial do presente projeto é realizar o atendimento sob enfoque do gênero feminino. Dessa forma, a visita ao local pôde contribuir para um melhor desempenho projetual da instituição proposta.

Atualmente o grupo conta com duas unidades, sendo uma localizada no bairro Socopo e voltada para internação de homens e mulheres. E a outra, localizada na Av. João XVIII, foi a unidade visitada para presente pesquisa de campo que será inaugurada ainda este ano, onde funcionará como Hospital – Dia, atendendo também, ambos os sexos (figura 5).

Figura 5 Clínica Terapêutica Villa Vida, Teresina – PI.



Fonte: Autoria própria (2020).

Dessa forma, a visita foi conduzida pela enfermeira do grupo, que já trabalhou em todas as unidades. A mesma autorizou o registro fotográfico do espaço

e pôde explicar sobre o funcionamento da nova instituição e fornecer algumas informações de grande importância para concepção do projeto.

Como citado anteriormente, a unidade que foi visitada ainda está em processo de reforma e deve ser inaugurada no primeiro semestre do ano de 2020 como Hospital – Dia. O espaço escolhido para implantação da nova clínica antes funcionava como uma edificação residencial unifamiliar e será adaptada para receber este novo uso.

Assim, a clínica funcionará todos os dias da semana, por dois turnos – das 8:00h da manhã até às 18:00h da tarde – realizando o atendimento de pessoas com transtornos mentais. Tendo capacidade total para até trinta pacientes por dia, onde não haverá serviço de internação. Diante disso, a equipe de profissionais contará com: um médico psiquiatra; duas psicólogas com formação em terapia cognitiva e comportamental; uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem; um terapeuta ocupacional; duas assistentes sociais; um educador físico; um nutricionista; uma gerente de hotelaria; um técnico de referência; um segurança; duas recepcionistas; um gerente assistencial.

Quanto ao programa de necessidades, haverá: uma sala administrativa; quatro consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas e terapias), sendo uma exclusivamente para atendimento psiquiátrico e as outras para atendimento da equipe multidisciplinar; quatro salas para atividades grupais, sendo uma para atividades de terapia ocupacional e as outras de multiuso da equipe multidisciplinar; nove quartos de observação e desintoxicação (figura 6), que contarão com seis leitos e doze cadeiras reclináveis pra aplicação de medicação assistida; um posto de enfermagem com farmácia satélite; um refeitório com cozinha (figura 7); sanitários; um depósito de material de limpeza; uma sala de utilidades; piscina (figura 8); academia climatizada e campo de futebol, que ainda serão construídos; sala de convivência climatizada (figura 9); e pátio aberto para terapias grupais. No entanto, a maioria dos ambientes ainda se encontram vazios (sem nenhum mobiliário), e alguns não foram possíveis serem visitados pois não estavam abertos.

Figura 6 Quartos de observação e desintoxicação.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 7 Refeitório.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 8 Piscina.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 9 Sala de convivência climatizada.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 10 Pátio aberto para atividades e terapias grupais.



Fonte: Autoria própria (2020).

Os pacientes que passarão o dia na clínica terão direito a quatro refeições por dia (café da manhã, lanche da manhã, almoço e lanche da tarde). E o cardápio será elaborado por um nutricionista, que também fará o acompanhamento individual de cada paciente, onde serão monitorados alguns aspectos, como o peso e as medidas de cada um.

De acordo com a enfermeira, a maior demanda é de transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, no entanto, não existe nenhuma restrição quanto ao tratamento de nenhum outro tipo de transtorno, exceto pacientes que se encontram em um estado muito debilitado, que precisam de um suporte clínico mais avançado, por exemplo, em casos de pacientes que apresentam algum ferimento mais grave que possui risco infecção. Nesses casos, a equipe orienta a família a encaminhar o paciente primeiramente para um hospital, antes de prosseguir com a reabilitação da saúde mental.

No que se refere a metodologia utilizada para o tratamento de reabilitação dos pacientes, todas as unidades, inclusive a que será inaugurada, realizam terapias comportamentais grupais e individuais conduzidas por psicólogos. Uma vez que consideram o comportamento como “base” para a recuperação mental. Nas terapias

grupais todos os pacientes participam de forma igualitária e o conteúdo delas servem para todos. Enquanto as terapias individuais variam de acordo com necessidade e individualidade de cada caso e cada paciente.

Além das terapias comportamentais, eles também realizam reuniões grupais e individuais de Narcóticos Anônimos – NA e Alcoólicos Anônimos – AA, que são conduzidas por conselheiros químicos, para os pacientes com transtornos decorrentes de substâncias psicoativas. Segundo a enfermeira, na maioria das vezes esses conselheiros são ex-usuários dessas substâncias, o que contribui, muitas vezes, para uma melhor compreensão desses pacientes.

Quanto às atividades recreativas, todas as instalações contam, diariamente, com os serviços de um educador físico que realiza algumas dinâmicas, como: hidroginástica; exercícios funcionais; campeonatos; alongamento; e dança. Fora isso, a unidade visitada também contará, com uma academia, um campo de futebol e espaço para oficinas, como, pintura e artesanato, que serão conduzidas por um terapeuta ocupacional.

E esporadicamente, também realizam reuniões com os pacientes em conjunto com seus familiares, com objetivo de incluir as famílias no processo de tratamento e orientá-los sobre como devem conduzir da melhor forma os períodos de crises, para que também possam contribuir para reabilitação dos mesmos.

Na unidade de internação, as visitas dos familiares ocorrem quinzenalmente, aos sábados pela manhã, e são realizadas ao ar livre com todos juntos. As visitas individuais ocorrem apenas em casos específicos, em que é necessária a presença de outros profissionais por perto.

Na unidade que será inaugurada não haverá um cronograma específico para visita de familiares, uma vez que os pacientes só ficaram na instituição por dois turnos e depois retornaram para suas casas.

Algumas atividades realizadas em grupos, como as oficinas, palestras e as reuniões de Narcóticos Anônimos – NA e Alcoólicos Anônimos – AA, serão desenvolvidas em um espaço aberto, como o da figura 10.

Durante a entrevista com uma enfermeira da Clínica Terapêutica Villa Vida (PI) foi questionado sobre as particularidades da unidade de internação feminina que foi desativada. De acordo com a enfermeira, a equipe de profissionais da unidade também era composta apenas por mulheres, com exceção dos seguranças do local. Lá, elas conseguiam desenvolver algumas atividades voltadas

para o interesse feminino, como a realização de palestras sobre a sexualidade da mulher, entre outros. A enfermeira também relatou que acompanhou todo o processo de transferência das pacientes da internação antiga para a internação feminina. Assim, foi possível perceber, de imediato, que as pacientes transferidas se mostraram mais à vontade no local de internação feminina. Ainda em entrevista, a profissional proferiu o seguinte relato:

Na antiga internação a gente não podia deixar que elas circulassem com qualquer tipo de roupa, por exemplo. Para evitar que os pacientes despertassem algum tipo de interesse sexual nelas. Por que muitos tinham compulsão sexual. Quando elas foram transferidas para internação feminina, a gente permitia que elas andassem mais à vontade, as vezes até mesmo de pijama. Outra coisa que mudou também, foi a comunicação com a equipe. Lá elas se sentiam mais à vontade para conversar com a gente. Por exemplo, perguntar assuntos relacionados a região íntima. Fora isso, elas tinham muito mais privacidade lá. Com isso, notamos que pequenos fatores como esses contribuía para que elas se sentissem muito mais tranquilas e confortáveis³.

A profissional acrescentou ter percebido as barreiras que elas tinham na unidade antiga, relacionadas a presença masculina, foram 'quebradas' após a transferência para a internação feminina. E que nessa nova instalação, apesar das dificuldades que fazem parte do período de recuperação, a equipe acabou ficando mais próxima das pacientes. Por serem todas mulheres, o contato ficou mais fácil e agradável tanto para equipe quanto para as pacientes.

Eu mesma acabei virando tudo para elas. Psicóloga, conselheira, enfermeira. Até mesmo amiga (risos). Quando a internação foi desativada e as pacientes voltaram para a outra unidade, eu sugeri que eles dessem prioridade para que as consultas fossem realizadas por psicólogas, por que elas se abriam muito mais⁴.

Ao fim da entrevista, a enfermeira citou casos de pacientes que começaram a fazer o uso de substâncias psicoativas e/ou tiveram recaídas, por conta de relacionamentos abusivos e episódios de violência doméstica. Nesses casos, especialmente, elas apresentavam muitos quadros depressivos, estresse pós-traumático, baixa autoestima e medo:

Teve uma paciente específica que sofreu abusos do pai e não podia ver um homem que tinha crises de pânico. Era assim: todas as vezes que ia algum homem na clínica ela se isolava e ficava com medo, se ele se aproximava ela tinha ataques de pânico e ficava muito agitada. Era um desespero

³ Relato obtido através da entrevista realizada no dia 16/03/2020 na Clínica Terapêutica Villa Vida.

⁴ Relato obtido através da entrevista realizada no dia 16/03/2020 na Clínica Terapêutica Villa Vida.

horível! Foi um processo muito difícil. Mas pouco antes da clínica fechar ela já estava criando mais confiança com a presença masculina⁵.

Em relação ao espaço físico, na visita foi observado que apesar do local estar em obra, as condições de acessibilidade ainda são muito precárias e fora das normas estabelecidas pela NBR9050/2015 de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Tendo em vista que a inauguração do espaço está prevista ainda para o primeiro semestre de 2020.

O acesso e a circulação vertical da edificação se dão apenas por escadas (figura 11); os percursos de acesso para edificação e para o salão de atividades grupais são inadequados, devido ao uso de pisos trepidantes (figura 12); o percurso para o refeitório apresenta uma inclinação elevada em determinado trecho (como mostra a figura 7), o caminho de acesso para a área da piscina se dá, apenas, por meio da grama e a rampa que foi recentemente construída para o acesso de um dos quartos já apresenta alguns desgastes, além de não atender as orientações exigidas pela norma de acessibilidade (figura 13).

Esses fatores, além de oferecer riscos para pessoas que tenham a mobilidade reduzida, também impossibilitam o uso da edificação, de forma independente, por um usuário cadeirante.

Figura 11 Pátio aberto para atividades e terapias grupais.



Fonte: Autoria própria (2020).

⁵ Relato obtido através da entrevista realizada no dia 16/03/2020 na Clínica Terapêutica Villa Vida.

Figura 12 Percursos de acesso para a edificação e para o pátio de atividades grupais.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 13 Rampa de acesso para um dos quartos de observação e desintoxicação.



Fonte: Autoria própria (2020).

Alguns equipamentos presentes na instituição, como mesas e carteiras, também se encontram em péssimas condições de uso. Muitas estão quebradas e algumas enferrujadas.

No entanto, grande parte da vegetação existente foi preservada fazendo com que o espaço esteja bem integrado com a natureza e oferecendo grandes áreas ao ar livre que serão aproveitadas para o desenvolvimento de atividades

terapêuticas. Contribuindo, assim, para um processo de recuperação mais agradável. A edificação também apresenta uma boa ventilação e iluminação natural, favorecendo o desempenho energético da instalação e proporcionando uma maior sensação de bem-estar para os usuários.

4.2 Centro Estância Bela Vista

O segundo espaço visitado foi a Clínica Estância Bela Vista (figura 14), localizada na Rua da Oleama, no município de São José de Ribamar - MA. Também há unidades em São Paulo, Distrito Federal e Santa Catarina, sendo do grupo Estância.

Esse grupo é uma rede de clínicas privadas que já atuam há 18 anos no campo do tratamento da saúde mental e é referência no Brasil por serem instituições de internação sócio terapêuticas especializadas na promoção humanizada do tratamento de transtornos mentais e dependências. Sendo esse, o motivo pelo qual a instituição foi escolhida para análise, visando uma maior compreensão do tratamento humanizado no campo de atendimento a saúde mental.

Figura 14 Fachada frontal da Clínica Estância Bela Vista, São José de Ribamar – MA.



Fonte: Autoria própria (2020).

A visita foi guiada pela gerente e o psicólogo da instalação, que autorizaram o registro fotográfico e se prontificaram em esclarecer todas as dúvidas quanto ao funcionamento e a metodologia da clínica.

Dessa forma, a Clínica Estância Bela Vista chegou ao município de São José de Ribamar – MA no final do ano de 2018, sendo a primeira Clínica do Grupo Estância no Norte/Nordeste. Na qual foi instalada em uma edificação que, antes, abrigava um hotel. De acordo com profissional entrevistada, todas as clínicas da rede foram implantadas em locais estratégicos, priorizando o princípio de humanização do contato com a natureza.

Toda a estrutura do hotel foi preservada fazendo com que os ambientes da clínica se adaptassem a ela. Assim, logo na entrada está localizada a recepção com uma sala administrativa, ao lado se encontra um consultório para atendimento psiquiátrico (figura 15). E na frente da recepção, uma quadra poliesportiva coberta (figura 16), onde são realizadas atividades recreativas, campeonatos e eventos comemorativos que eles costumam realizar na casa, como festa junina e festa de halloween.

Figura 15 Consultório psiquiátrico.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 16 Quadra poliesportiva.



Fonte: Autoria própria (2020).

Ao lado da quadra se encontram duas alas de internação (figura 17), uma feminina e uma masculina, com oito quartos em cada ala. Na qual, a ala feminina fica no pavimento térreo e a ala masculina no pavimento superior. Conforme a figura 18, em todos os quartos possuem: ar condicionado; televisão; duas camas de solteiro; um roupeiro e um criado mudo; banheiro e varanda com vista para o mar (figura 19). Porém, de acordo com a gerente do local, apesar dos quartos terem espaço para duas acomodações, quem determina a necessidade de colocar dois pacientes em um mesmo quarto é o psiquiatra.

Figura 17 Alas de internação.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 18 Quarto de internação.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 19 Varandas do quarto de internação.



Fonte: Autoria própria (2020).

Atualmente a clínica conta com seis pacientes internados, dentre eles, quatro homens e duas mulheres. No entanto, a clínica possui capacidade máxima para internação de até trinta e dois pacientes.

Na entrevista, foi questionado sobre a segurança dos pacientes, uma vez que, as varandas nos dormitórios do andar superior, podem representar um fator de risco em casos de quadros e episódios suicidas. A mesma respondeu que, além do monitoramento no hall de circulação para os quartos, durante todo o período de permanência dos pacientes no cômodo. Também é realizado uma avaliação clínica nos pacientes para identificar as possibilidades de risco e caso haja necessidade, as varandas e janelas são trancadas durante a noite.

Saindo da ala de internação, para a direita, está localizada a área das piscinas (figura 20), e um pátio coberto (figura 21), destinados as atividades terapêuticas e recreativas dos pacientes. No pátio acontecem as atividades grupais, sendo elas: palestras; reuniões de AA e NA; terapias comportamentais; rodas de conversa; e oficinas de pintura, desenho e dança. E na piscina são realizadas algumas atividades aquáticas como hidroginástica e natação, pelo educador físico da casa.

Figura 20 Área de piscinas.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 21 Pátio coberto para atividades grupais.



Fonte: Autoria própria (2020).

Em frente à área da piscina se encontram, no pavimento térreo: a cozinha, onde também são desenvolvidas, oficinas de culinária; e o refeitório, onde

são realizadas todas as refeições do dia, com acompanhamento nutricional. Sendo elas: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, janta e lanche da noite. Já no pavimento superior, estão localizados, os banheiros femininos e masculinos e dois consultórios psicológicos para atendimentos individuais e um salão multidisciplinar, onde acontecem as reuniões da equipe. (figura 22)

Figura 22 Área de piscinas.



Fonte: Autoria própria (2020).

O posto de observação (figura 23), localizado ao lado do refeitório, é o primeiro local de contato dos pacientes. Lá eles são observados por pelo menos 24 horas, na qual passam por uma análise clínica e psicológica, para que seja identificado o quadro e a situação de cada paciente. Assim, o posto abriga: a enfermaria; farmácia; dois banheiros (masculino e feminino); e quatro quartos de observação e desintoxicação com seis leitos (figura 24).

Figura 23 Posto de observação.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 24: Quartos observação e desintoxicação.



Fonte: Autoria própria (2020).

Quanto a equipe de profissionais, atualmente, a clínica conta com: dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem; uma farmacêutica; um psiquiatra; dois

psicólogos; uma terapeuta ocupacional; uma nutricionista; duas cozinheiras; um educador físico; dois monitores que são responsáveis pelo acompanhamento do cronograma de atividades dos pacientes.

Na clínica não existe restrição ao a nenhum tipo de transtorno. De acordo com o psicólogo da instituição, eles atendem todos os tipos de transtornos mentais e a rotatividade dos pacientes na clínica é muito rápida devido a metodologia utilizada. Ou seja, os pacientes não costumam ficar internados por um período muito longo, variando no máximo de um há dois meses, pois eles acreditam na importância a reintegração do paciente na sociedade. Inclusive, dentre as atividades realizadas na clínica, toda semana eles fazem “saídas monitoradas”, onde os monitores levam os pacientes para passeios fora da instituição, como por exemplo, cinema, restaurantes, praia, entre outros lugares que permitam a integração social.

Também se tratando da metodologia de reabilitação da saúde mental, além das atividades grupais, eles adotam um método chamado “projeto terapêutico singular”, no qual, para cada caso e cada paciente são definidas intervenções diferentes, através de reuniões semanais com a equipe multidisciplinar. De acordo com o psicólogo, em entrevista:

Aqui a gente também visa muito essa relação horizontalizada, de estar de igual para igual com o paciente. Toda essa área livre é utilizada como recurso terapêutico. Por exemplo, ao invés dos atendimentos serem restritos aos consultórios, também fazemos atendimentos no gramado embaixo de árvores, no salão de atividades, na área da piscina. Buscando sempre fugir do cenário hospitalar e integra-los cada vez mais com a natureza.⁶

Após o período de internação, a clínica também oferece serviços “Hospital-Dia”, com o intuito de dar continuidade no tratamento iniciado pela internação. Onde os pacientes continuam frequentando a clínica todos os dias, durante o dia, para manutenção dos cuidados com a saúde mental. Entretanto, os serviços do hospital-dia também são abertos para o atendimento de pessoas com transtornos mentais que não passaram pela internação.

Assim como na Clínica Villa Vida, os principais problemas encontrados na unidade foram relacionados a acessibilidade. Uma vez que, não houve nenhuma reforma de adequação no espaço, que ainda mantém a estrutura original do antigo hotel. Diante disso, foi observado que os alguns trechos nos passeios (figura 25) e

⁶ Relato obtido pela autora através da entrevista realizada no dia 17/03/2020 na Clínica Estância Bela Vista.

as rampas de acesso para o pavimento superior do refeitório e da internação (figura 26), apresentam uma inclinação elevada. Além da inclinação, as rampas e as escadas também não apresentam todos os elementos exigidos pela NBR 9050/2015, de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Sendo eles: guarda corpo, balizador e piso tátil.

Figura 25 Via interna da Clínica Estância Bela Vista.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 26 Rampas de acesso para o segundo pavimento do refeitório e da internação.



Fonte: Autoria própria (2020).

O acesso para cozinha se dá apenas por uma escada (como mostra a figura 22). E a circulação vertical do posto de observação também só é possível por meio da escada.

Quanto a internação, não foi encontrado nenhum extintor de incêndio nas circulações das alas. Os banheiros também se encontram fora dos padrões de acessibilidade exigidos pela norma. Sem a presença de elementos como: barras de apoio; banco retrátil. E com dimensões inapropriadas para o uso de um usuário com a mobilidade reduzida.

No entanto, a Clínica segue bem o conceito de humanização no que se refere ao contato com a natureza, através das atividades realizadas nas áreas livres, e da estrutura, onde é possível avistar o mar e vegetação abundante de todos os pontos da edificação. E também, na metodologia de tratamento dos pacientes através das: terapias e atividades oferecidas e como elas são desenvolvidas; da preocupação com bem estar dos pacientes e com a reinserção dos mesmos na sociedade.

4.3 Clínica Psiquiátrica Helsingor

Projetado em 2004 pelos escritórios de arquitetura e design JDS Architects e Bjarke Ingels Group e inaugurada em 2006 na cidade de Helsingor, na Dinamarca, a Clínica Psiquiátrica Helsingor é uma edificação que faz parte do Hospital Psiquiátrico Helsingor, onde os dois estão conectados por uma passarela suspensa por uma passarela (figura 27).

Figura 27 Passarela que conecta o Hospital a Clínica – Helsingor, Dinamarca.



Fonte: JDS Architects [201?].

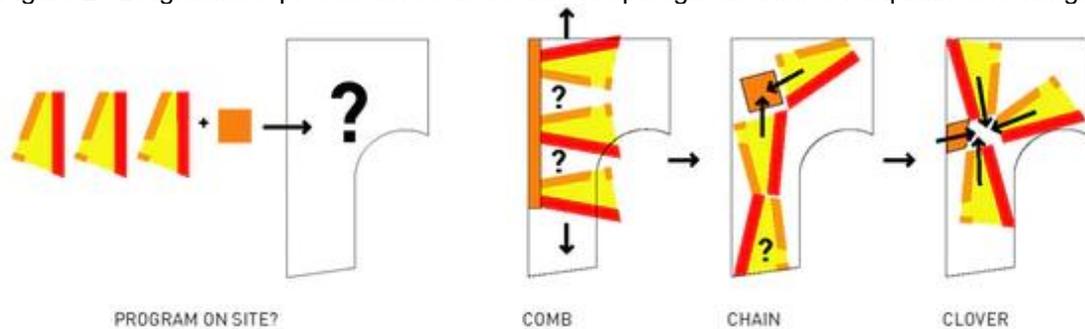
Com uma área total de 6.000m², a clínica teve como partido arquitetônico para o projeto, a tipologia inspirada na forma do “trevo” (figura 28), após de vários estudos morfológicos em busca da melhor forma (figura 29). A escolha desse partido teve como objetivo: fugir do padrão dos edifícios hospitalares, permitir uma melhor entrada de circulação de ar e luz natural no interior da edificação, possibilitar uma integração com o entorno, conseqüentemente, evitando sensações claustrofóbicas nos usuários. Assim, a edificação é dividida em grandes “blocos”, com formato trapezoidal, que se ligam por meio de um pátio central (como mostra o quarto diagrama da figura 29).

Figura 28 Vista aérea da Clínica Psiquiátrica Helsingor.



Fonte: JDS Architects, [201?].

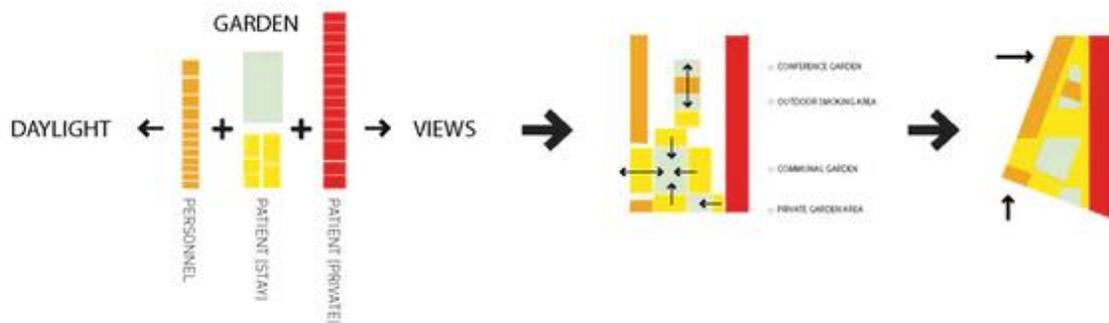
Figura 29 Diagramas representativos do estudo da tipologia da Clínica Psiquiátrica Helsingor.



Fonte: JDS Architects [201?], adaptado pela autora.

A partir disso, o interior de cada “bloco” é dividido em três setores com diferentes funções, e no centro foram inseridos pátios internos que favorecem a iluminação e ventilação natural dos ambientes. Conforme mostra a figura 30 abaixo, as grifadas na cor laranja são as áreas de serviço, as grifadas de amarelo são as áreas de convivência, as grifadas de vermelho são áreas destinadas a internação dos pacientes e as áreas grifadas de cinza são os pátios internos que eles classificaram como: jardim de conferência; área destinada aos fumantes; jardim coletivo; e jardim privado.

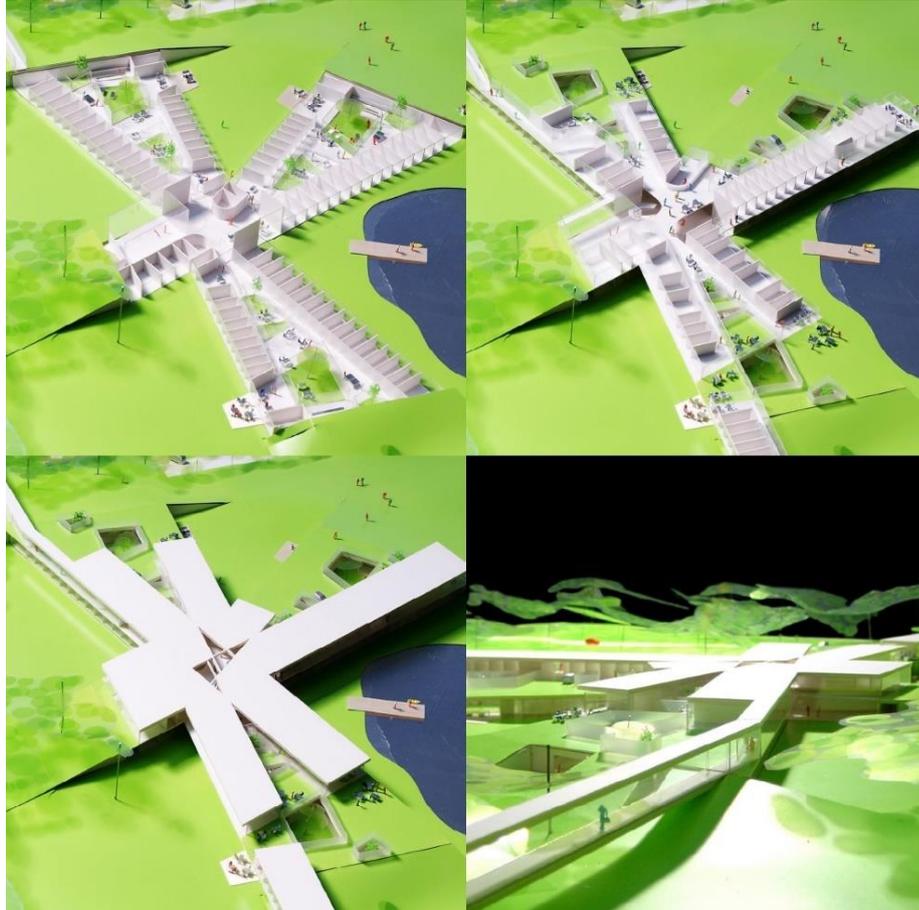
Figura 30 Diagramas representativos da setorização da Clínica Psiquiátrica Helsingor.



Fonte: JDS Architects [201?], adaptado pela autora.

Com o gabarito total de dois pavimentos, a edificação foi projetada e construída seguindo a topografia original do terreno e o lago existente foi preservado, a fim de promover uma integração com a paisagem natural do entorno e possibilitar uma maior relação dos pacientes com a natureza através de espaços de contemplação (figura 31). Resultando, assim, em vários pátios internos, telhados verdes e ambientes com pé direito duplo (figura 32).

Figura 31 Maquetes eletrônicas da Clínica Psiquiátrica Helsingor.



Fonte: JDS Architects [201?], adaptado pela autora.

Figura 32 Pátios internos da Clínica Psiquiátrica Helsingor.



Fonte: KOBENHAVN V, [201?].

Quanto ao programa de necessidades de cada bloco. A área destinada a internação dos pacientes é composta pelos quartos; a área de convivência oferece átrios, espaço para reuniões, cozinha, refeitório, área de fumante, espaço de conferência e espaço coletivo; a área de serviço oferece salas de conferência, salas de reunião, recepção, salas administrativas, banheiros, vestiários, lavanderia, depósito de material de limpeza, sala para equipamentos técnicos, sala de espera, consultórios e enfermaria; e a área de lazer oferece espaços esportivos e vestiários. A figura 33 , mostrada a seguir, exibe as plantas baixas com a setorização e a disposição dos ambientes na edificação.

Figura 33 Plantas baixas do primeiro e segundo pavimento, respectivamente, da Clínica Psiquiátrica Helsingor, com a setorização e indicação dos ambientes.



Fonte: JDS Architects, adaptado por Fernandes (2017).

Na escolha dos materiais, foi observado, principalmente, o uso de concreto na estrutura, e vidro nas esquadrias, para maior integração com a paisagem e sensação de bem estar. Quanto ao uso de cores, nota-se que foram utilizados tons vivos e alegres, predominantemente, no interior da edificação, buscando fugir dos estereótipos clínicos, onde os ambientes são frios e sem personalidade.

Dessa forma, pode-se constatar que a clínica carrega, através da arquitetura, vários princípios da humanização em espaços hospitalares, por meio do uso de cores, integração com a natureza e espaços abertos, que possibilitam um espaço mais aconchegante para os pacientes, transmitindo uma sensação de tranquilidade bem estar, e consequentemente, contribuindo no processo de cura dos pacientes. No entanto, além de promover uma sensação de liberdade através de

ambientes abertos e espaçosos, também possibilitam um controle e uma visão geral dos pacientes pelos profissionais da unidade. Assim, garantindo-lhes segurança e proteção sem se sintam , de certa forma, “vigiados”.



5.

Concepção do Projeto



5 CONCEPÇÃO DO PROJETO

5.1 Levantamento de Dados (LV-ARQ)

Para escolha do terreno onde será proposta a implantação do Centro de Atenção Psicossocial para mulheres, alguns pontos foram considerados pensando em uma melhor contribuição no processo de reabilitação das pacientes. Sendo esses, o contato com a natureza, facilidade de acesso, área, topografia e a existência de infraestrutura no local.

Diante dessas considerações, o terreno escolhido está localizado no bairro do Calhau do município de São Luís – MA (figura 34). O lote possui uma área total de aproximadamente 15.990m², todavia, para a implantação da instituição proposta, o terreno será desmembrado para um melhor aproveitamento do espaço. Logo, a área total que será de 9.601,16m².

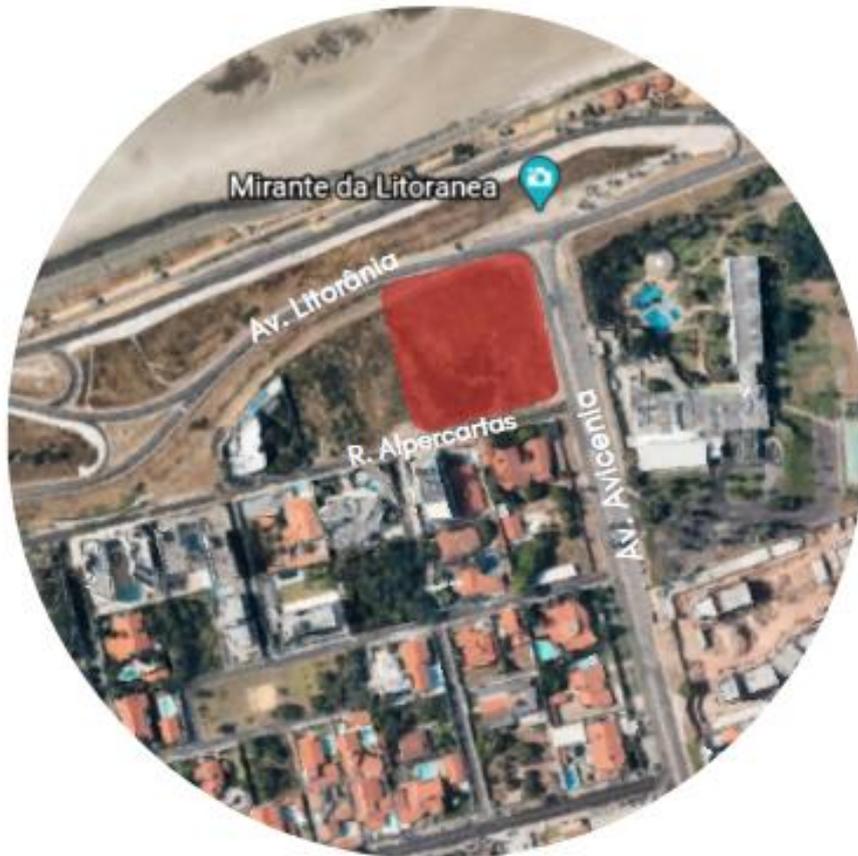
Figura 34 Localização da área de intervenção.



Fonte: Google Earth (2020). Adaptado pela autora.

A testada Norte do lote está voltada para a Rua dos Botos e para a Avenida Litorânea, que por sua vez, oferece uma vista para o mar, favorecendo o conforto térmico da edificação através da ventilação natural, e também, já pensando no critério para desenvolvimento de um espaço humanizado seguindo o princípio do contato com a natureza durante a fase de recuperação. A testada Leste do terreno está voltada para Avenida Avicenia, a Sul para a Rua Alpercatas e a Oeste para uma edificação de uso residencial (figura 35).

Figura 35 Localização da área de intervenção.



Fonte: Google Earth (2020). Adaptado pela autora.

O lote tem como principais visadas, conforme exibido na figura 36, vistas para avenida Litorânea e para a praia do Calhau. Nessa etapa foram analisadas as visadas mais privilegiadas do terreno que foram escolhidas como partido para concepção do projeto. Logo, a vista para o mar foi destinada como a vista principal das áreas de maior permanência da edificação, com o objetivo promover maior integração da edificação e das pacientes com a natureza e favorecendo a sensação de bem estar para as mesmas durante o período de tratamento.

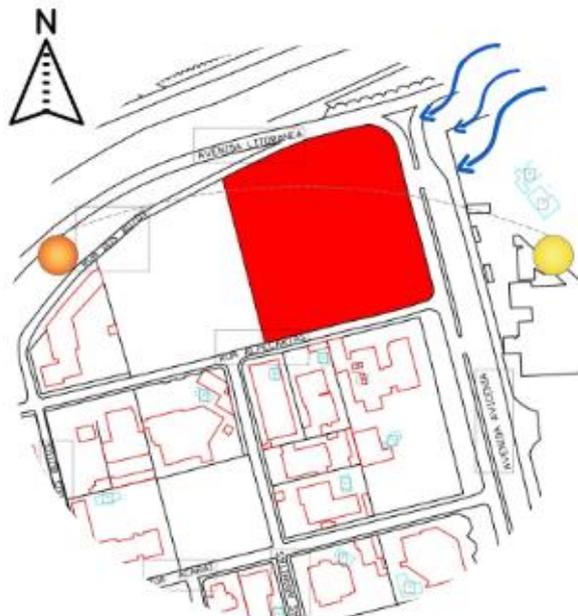
Figura 36 Visadas do terreno.



Fonte: Autoria própria (2020).

A trajetória solar no terreno, conforme a figura 37, mostra que o sol se põe no oeste e nasce no leste do terreno. Portanto, a fachada oeste da edificação receberá a incidência solar mais forte do dia durante o turno da tarde, enquanto a fachada leste será privilegiada com sombra. Todavia, a ventilação predominante da região vem da direção nordeste, fazendo com que a esquina entre as avenidas Litorânea e Avicênia seja a mais privilegiada para melhor conforto térmico da edificação.

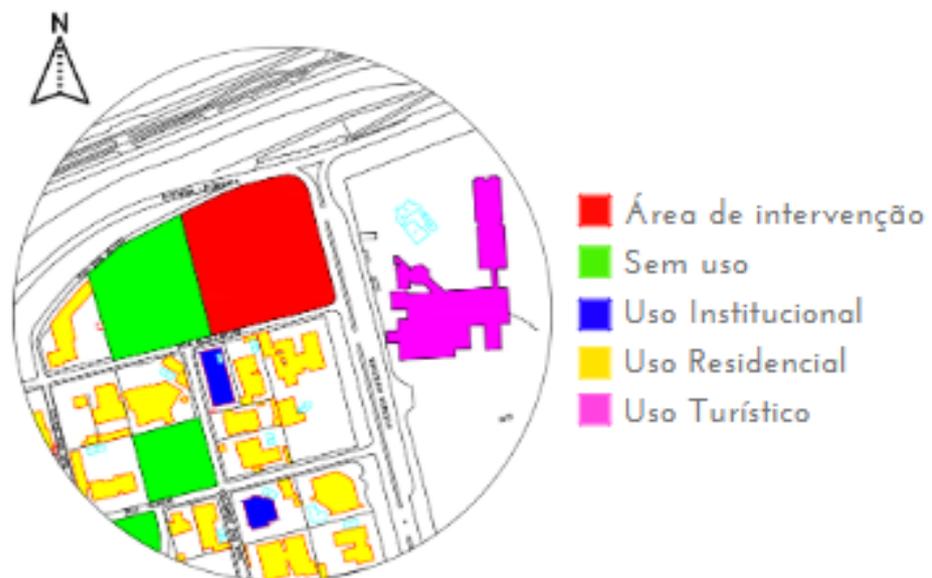
Figura 37 Mapa de trajetória solar.



Fonte: Autoria própria (2020).

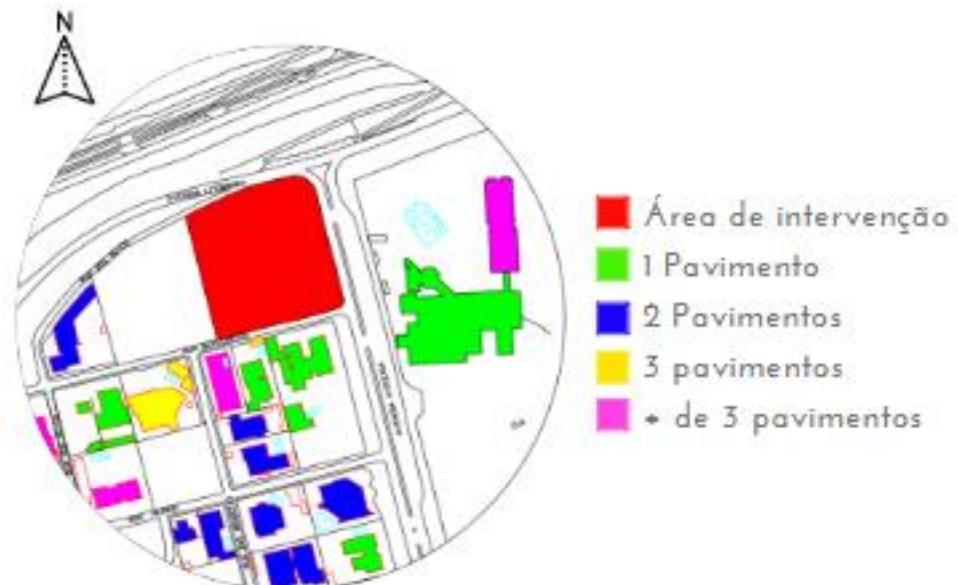
Quanto às características do entorno, foram desenvolvidos mapas com raios de 200 metros a partir da área de intervenção, onde foi observado que a região possui um uso do solo predominantemente residencial, como mostra a figura 38, com gabarito de 2 pavimentos, conforma a figura 39. Também é possível identificar algumas grandes áreas sem uso nas redondezas do lote e uma edificação de uso turístico logo à frente do terreno, sendo o famoso Hotel Blue Tree Towers, um importante ponto de referência para o centro proposto no presente trabalho.

Figura 38 Mapa de usos do solo com raio de 200 metros.



Fonte: Aatoria própria (2020).

Figura 39 Mapa de gabaritos com raio de 200 metros.



Fonte: Aatoria própria (2020).

Outro ponto analisado no entorno da região foi a hierarquia viária, na qual foi traçado um raio de 400 metros, conforme a figura 40. De acordo com a Lei 3.253 de 1992, a avenida Avicênia é uma via principal, possuindo um maior fluxo viário durante o dia. As avenidas Borborema e Sambaquis são vias secundárias e as demais ruas do bairro são as vias locais que recebem um menor fluxo viário.

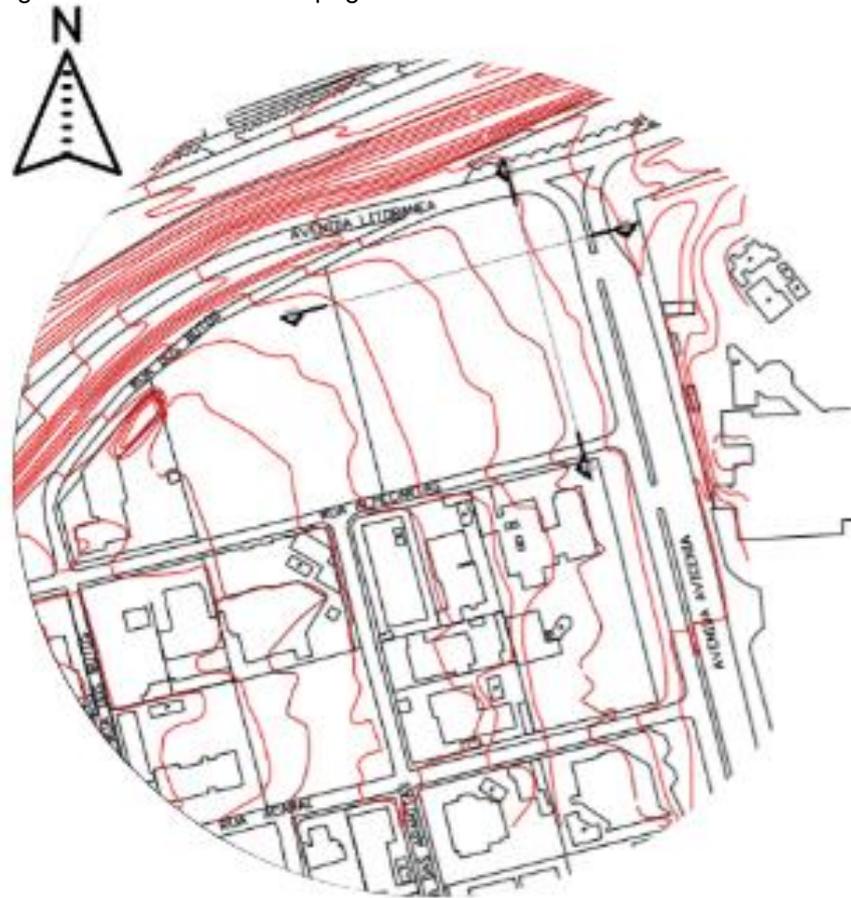
Figura 40 Mapa de hierarquia viária com raio de 400 metros.



Fonte: Autoria própria (2020).

No que se refere a topografia do terreno, conforme a figura 41, foi observado que a área de intervenção é cortada por quatro curvas de nível intermediárias, onde a cada curva o terreno sofre um aclive de um metro de altura para o sentido oeste do terreno, facilitando a drenagem da água pluvial que corre em direção à avenida Avicênia. Os cortes esquemáticos apresentados nas figuras 42 e 43 facilitam o entendimento do perfil natural do terreno.

Figura 41 Levantamento topográfico do terreno.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 42 Corte longitudinal do terreno.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 43 Corte transversal do terreno.



Fonte: Autoria própria (2020).

Segundo a Lei nº 3.253/1992, que dispõe sobre o zoneamento, parcelamento, uso e ocupação do solo urbano e dá outras providências, o terreno definido está situado na Zona Residencial 8 – ZR8 e seu acesso principal pela

Avenida Avicenia faz parte do Corredor Secundário 8 – CS8. Conforme as tabelas 1 e 2 abaixo, a normas estabelecidas pela legislação urbanística do município de São Luís – MA, sobre a ZR8 e o CS8 são:

Tabela 1 Diretrizes urbanísticas para o Corredor Secundário 8 – CS8.

CORREDOR SECUNDÁRIO 8 - CS8				
Área Livre Mínima do Lote ALML	Área Total Máxima Edificada ATME	Recuo Frontal Mínimo RF	Gabarito Máximo GM	Taxa Mínima de Permeabilidade TP
50%	120%	5 metros	4 pavimentos	20%
Porcentagem da área do lote (m ²)	Porcentagem da área do lote (m ²)	Distância da testada do acesso principal	Número de pisos	Porcentagem da área do lote (m ²)
Índices para novos Parcelamentos do Solo				
Área Mínima do Lote AML		Testada Mínima do Lote TML		
800 m ²		20 metros		

Fonte: São Luís, 1992. Adaptado pela autora (2020).

Tabela 2 Diretrizes urbanísticas para o Zona Residencial 8 – ZR8.

ZONA RESIDENCIAL 8 - ZR8				
Área Livre Mínima do Lote ALML	Área Total Máxima Edificada ATME	Recuo Frontal Mínimo RF	Gabarito Máximo GM	Taxa Mínima de Permeabilidade TP
50%	100%	5 metros	3 pavimentos	20%
Porcentagem da área do lote (m ²)	Porcentagem da área do lote (m ²)	Distância da testada do acesso principal	Número de pisos	Porcentagem da área do lote (m ²)
Índices para novos Parcelamentos do Solo				
Área Mínima do Lote AML		Testada Mínima do Lote TML		
800 m ²		20 metros		

Fonte: São Luís, 1992. Adaptado pela autora (2020).

Diante do gabarito máximo permitido na ZR8 e no CS8, no que se refere as normas de afastamentos estabelecidos pela lei, edificações com gabarito de um pavimento devem ter afastamentos lateral principal, lateral secundária e de fundo com no mínimo 1,50 metros. Edificações com dois ou três pavimentos devem ter afastamentos lateral principal com no mínimo 2,50 metros e lateral secundária e de

fundo com no mínimo 2,00 metros. E as com quatro pavimentos devem ter afastamentos lateral principal com no mínimo 3,50 metros e lateral secundária e de fundo com no mínimo 3,00 metros.

Quanto aos serviços de infraestrutura na região, o sistema de abastecimento de água é fornecido pela CAEMA e o de energia pela CEMAR. De acordo com dados obtidos por moradores da região, a coleta de lixo é realizada às segundas, quartas e sextas.

5.2 Programa de Necessidades (PN-ARQ)

Para elaboração do programa de necessidades da instituição proposta, foram utilizados os parâmetros presentes na Resolução de diretoria colegiada nº 50 – RDC 50, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. E também, da Portaria nº 615, que dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além dos ambientes exigidos pelas normas consultadas, foram acrescentados alguns espaços considerados importantes para a contribuição no processo de tratamento das pacientes, a partir das visitas de campo e das entrevistas realizadas e também pensando na funcionalidade e no melhor desempenho da edificação.

Para melhor compreensão da edificação, o programa foi dividido em seis setores, sendo eles: acolhimento; ambulatório; terapia; internação; apoio administrativo; e apoio técnico e logístico. Onde ao final de cada setor foi atribuída, à área total, uma porcentagem de 20% para circulação, proposta pela Portaria nº 615. Diante disto, chegou-se ao seguinte resultado para o programa de necessidades, conforme as tabelas abaixo (tabelas 3-8).

Tabela 3 Programa de necessidades – Setor: acolhimento.

UNIDADE	PORTARIA nº 615 / RDC 50		PROPOSTO	
	QUANT.	ÁREA MÍN.(m ²)	QUANT.	ÁREA (m ²)
1. ACOLHIMENTO				
AUDITÓRIO			1	130
ARQUIVO	1	4	1	4
RECEPÇÃO E ESPAÇO DE ACOLHIMENTO	1		1	60
SANITÁRIO PNE	1		1	3
SANITÁRIOS	2	12	2 (fem./masc.)	12
DML	1	2	1	3
ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA	1	50	1	50
GUARDA VOLUMES PARA PACIENTES			1	20
QUIOSQUE CAFÉ			1	15
CIRCULAÇÃO (20% DA ÁREA)				61,8
TOTAL				370,8

Fonte: Ministério da Saúde, 2013; Ministério da Saúde, 2002. Adaptado pela autora (2020).

Tabela 4 Programa de necessidades – Setor: ambulatório

2. AMBULATÓRIO	QUANT.	ÁREA MÍN.	QUANT.	ÁREA (m ²)
EMBARQUE E DESEMBARQUE DE AMBULÂNCIA	1	21	1	21
ÁREA DE REGISTRO DE PACIENTES	1		1/5 func.	12
SALA DE ESPERA DE PACIENTES E ACOMP.	1	1,3/pessoa	1/35 pessoas	55
SALA DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS	1	6	2	15
SALA DE CURATIVOS	1	9	2	9
SANITÁRIOS PNE	2		2 (fem./masc.)	3
CONSULTÓRIO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	3	9	6	10
CONSULTÓRIO DE GINECOLOGIA		12	1	20
BANHEIRO PARA CONSULTÓRIO		3,6	1	5
SALA DE DESINTOXICAÇÃO COM 2 LEITOS		14,5	1/8 leitos	60
COPA	1	2,6	1	3
ESTAR DA EQUIPE	1	5	1	12
POSTO DE ENFERMAGEM	1	6	1	8
FARMÁCIA	1	7	1	8
DML	1	2	2	2,5
SALA DE UTILIDADES	1	2	2	4
BANHEIRO COM VESTIÁRIOS P/ EQUIPE MÉD.	2	9	1 (fem.)	38
ROUPARIA	1	4	1	6
CIRCULAÇÃO (20% DA ÁREA)				75
TOTAL				450

Fonte: Ministério da Saúde (2013); Ministério da Saúde (2002). Adaptado pela autora (2020).

Tabela 5 Programa de necessidades – Setor: internação.

3. INTERNAÇÃO	QUANT.	ÁREA MÍN.	QUANT.	ÁREA (m ²)
POSTO ENFERMAGEM	1	6	1	12
QUARTO COLETIVO COM 2 CAMAS	3	12	6	25
BANHEIRO PARA QUARTO COLETIVO	3	3	6	9
ROUPARIA	1	4	1	5
DML	1	2	1	2,5
COPA	1	2,6	1	3
QUARTO DE PLANTÃO	1	9,5	1	12
BANHEIRO PARA QUARTO DE PLANTÃO	1	3	1	5
CIRCULAÇÃO (20% DA ÁREA)				48,7
TOTAL				292,2

Fonte: Ministério da Saúde (2013); Ministério da Saúde (2002). Adaptado pela autora (2020).

Tabela 6 Programa de necessidades – Setor: terapia.

4. TERAPIA	QUANT.	ÁREA MÍN.	QUANT.	ÁREA (m ²)
SALA DE ATENDIMENTO COLETIVO	3	24	5	25
DEPÓSITO PARA SALAS DE ATEND. COLETIVO	1	3	1	9
BANHEIRO COM VESTIÁRIOS PARA PACIENTES			2	33
ÁREA EXTERNA DE VIVÊNCIA			1	275
PISCINA			1	190
PISTA DE COOPER			175m	
CIRCULAÇÃO (20% DA ÁREA)				137
TOTAL				822

Fonte: Ministério da Saúde (2013); Ministério da Saúde (2002). Adaptado pela autora (2020).

Tabela 7 Programa de necessidades – Setor: apoio administrativo.

5. APOIO ADMINISTRATIVO	QUANT.	ÁREA MÍN.	QUANT.	ÁREA (m ²)
RECEPÇÃO/SALA DE ESPERA			1/7pessoas	18
SALA ADMINISTRATIVA	1	12	1	14
SALA DE DIREÇÃO	1	12	1	13
BANHEIRO SALA DE DIREÇÃO			1	6
SALA DE REUNIÕES	1	16	1	22
CENTRAL SEGURANÇA			1	8
CENTRAL TI			1	8
COPA	1	2,6	1	6
DML	1	2	1	3
SANITÁRIOS PNE			2 (fem./masc.)	3
SALA DE ARQUIVOS	1	4	1	4
CIRCULAÇÃO (20% DA ÁREA)				21,6
TOTAL				129,6

Fonte: Ministério da Saúde (2013); Ministério da Saúde (2002). Adaptado pela autora (2020).

Tabela 8 Programa de necessidades – Setor: apoio técnico e logístico.

6. APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO	QUANT. (RDC50)	ÁREA MÍN.	QUANT.	ÁREA (m ²)
ALMOXARIFADO	1	4	1	13
ROUPARIA	1	4	1	8
TRIAGEM DE ALIMENTOS			1	5
COZINHA	1	35	1	35
REFEITÓRIO PACIENTES	1	50	1	130
SANITÁRIOS PNE REFEITÓRIO			1 (fem.)	18
DML	1	2	1	3
BANHEIRO COM VESTIÁRIOS PARA FUNC.	2	9	2 (fem./masc.)	23
GUARDA VOLUMES PARA FUNCIONÁRIOS			1	9
REFEITÓRIO FUNCIONÁRIOS			1	50
ABRIGO DE RESÍDUOS COMUNS	1	1,5	1	4
ABRIGO DE GLP	1	1	1	3,5
SALA DE UTILIDADES	1	2,5	1	4,5
CIRCULAÇÃO (20% DA ÁREA)				65,8
TOTAL				394,8
VAGAS DE ESTACIONAMENTO			32	412

Fonte: Ministério da Saúde (2013); Ministério da Saúde (2002). Adaptado pela autora (2020).

Os espaços acrescentados foram: guarda volumes para pacientes e funcionários, uma vez que a grande maioria passa o dia na instituição, havendo necessidade de um local de armazenamento mais seguro para guardar seus

pertences; um quiosque de café no espaço de acolhimento para familiares e/ou visitantes, a fim de tornar o ambiente de espera mais agradável e proporcionar um impacto positivo logo no primeiro contato com o local; Consultório de ginecologia, para questões relacionadas a sexualidade da mulher, considerando que na entrevista realizada com a enfermeira da primeira instituição visitada (Clínica Villa Vida), uma dos pontos abordados durante a conversa foi que as pacientes tinham dúvidas frequentes quanto a região íntima mas não se sentiam à vontade para perguntar; Piscina e pista de cooper, para maior variedade nas atividades físicas de terapias que são realizadas nos centros de atenção psicossocial; Central de segurança e de T.I; Guarita e estacionamento privativo; Refeitório para funcionários; Área de triagem de alimentos.

Em relação ao fluxograma (figura 44), o ponto de partida para definição dos fluxos foi a separação dos acessos: principal de pacientes e visitantes; ambulatório; embarque e desembarque da ambulância; serviço e estacionamento. Com o objetivo de evitar o cruzamento dos fluxos.

A partir disso, os fluxos foram separados pelos setores citados a cima no programa de necessidades (tabelas 3-8). Dessa forma, os acessos das pacientes, visitantes e acompanhantes foram divididos em dois, que foram chamados de acesso principal e acesso secundário. O acesso principal está diretamente ligado ao setor de acolhimento onde se encontra a recepção, auditório, área de convivência e circulação vertical para acesso ao setor administrativo. De modo que os visitantes não precisem ter acesso a toda edificação, preservando a privacidade das pacientes durante o período de tratamento na unidade.

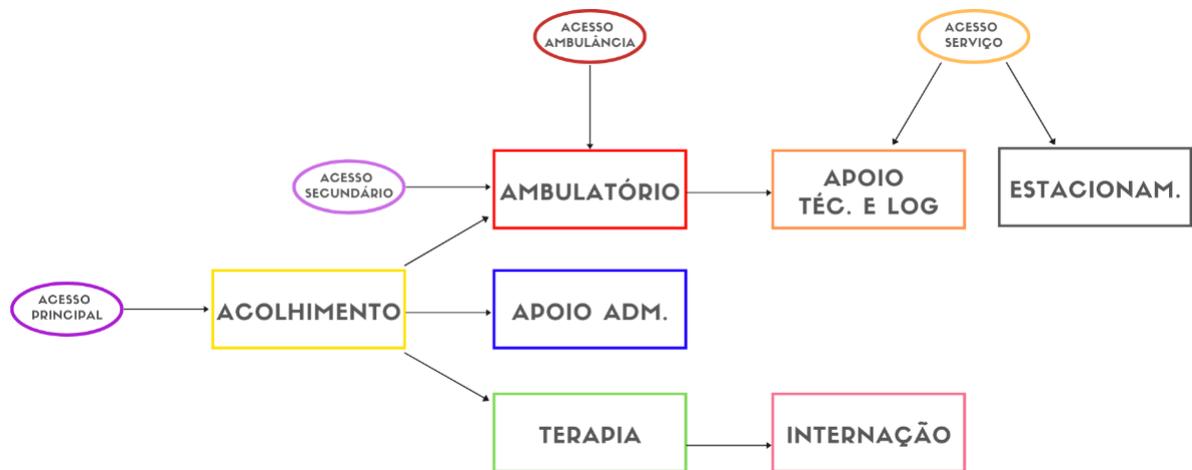
Passando pelo setor de acolhimento, as pacientes tem acesso aos armários para guarda-volumes, aos consultórios de atendimento individual do ambulatório e ao setor de terapia onde se encontram as salas de atendimento coletivo, vestiários e área externa com piscina e pista de cooper. Nesse setor também se encontra uma circulação vertical com acesso ao setor de internação localizado no primeiro pavimento do bloco.

O acesso secundário, por sua vez, se dá pelo acesso ao setor do ambulatório, na qual as pacientes que acessarem a edificação por esse setor, serão apenas para manutenção do tratamento através de consultas esporádicas (com psicólogos, psiquiatras e/ou terapeutas) que não haja necessidade de passar o dia na unidade. É importante ressaltar que o embarque e desembarque da ambulância,

apesar de também estar ligado ao setor do ambulatório, possui fluxos internos evitam que as pacientes que estiverem apenas para consultas não se cruzem com pacientes da emergência.

Saindo do ambulatório encontra-se o setor técnico e logístico que abriga os ambientes de serviço, como: almoxarifado; rouparias; vestiários para funcionários; cozinha; triagem de alimentos. Como também os refeitórios de pacientes e funcionários. Esse setor está ligado ao acesso principal para funcionários, estacionamento e carga e descarga de alimentos e materiais.

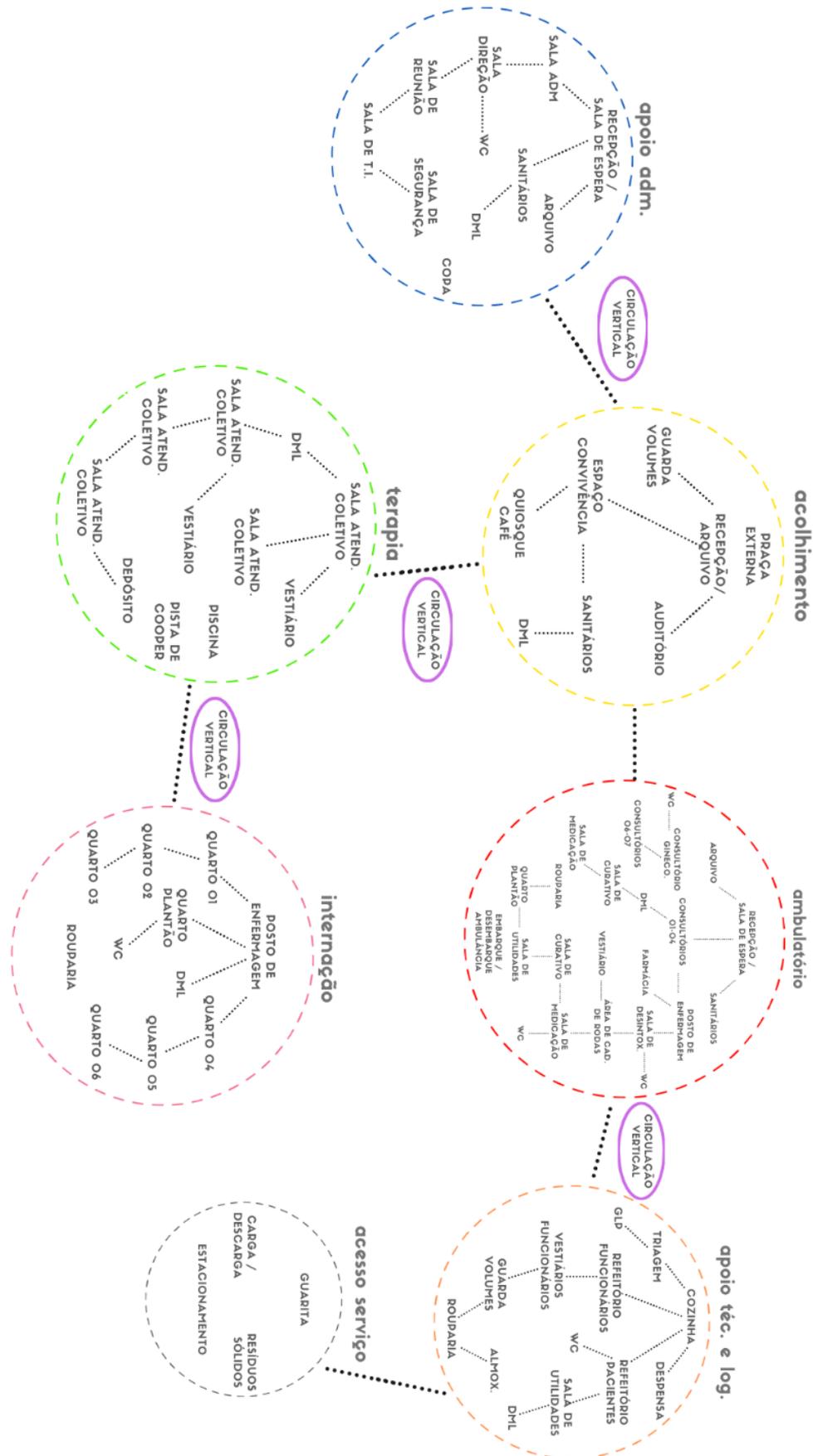
Figura 44 Fluxograma dos setores.



Fonte: Autoria própria (2020).

Quanto aos fluxos do interior de cada setor, conforme a figura 45, foi elaborado um fluxograma mais detalhado através do diagrama de bolhas, para melhor compreensão da ligação dos ambientes em cada esfera da unidade.

Figura 45 Fluxograma geral da edificação.



Fonte: Autoria própria (2020).

No que se refere ao sistema de funcionamento do centro. Além de realizar o atendimento exclusivo de atenção à saúde mental de mulheres, ele seguirá os parâmetros do CAPSIII, por ser a categoria que também oferece o serviço de internação, e a intenção é que funcione como uma instituição privada.

Considerando que já existem serviços atendimento à saúde mental espalhados em programas da saúde pública, observou-se que uma única instituição de grande porte com foco nesse campo demandará um alto investimento. Diante disso, a proposta de uma unidade particular desse cunho se deu a partir da intenção de apresentar um projeto sem grandes limitações quanto ao orçamento, favorecendo e flexibilizando a idealização do projeto. No entanto, possibilitando também, a abertura para discussões sobre a implantação de instalações como esta no contexto da saúde pública.

6.

Estudo Preliminar



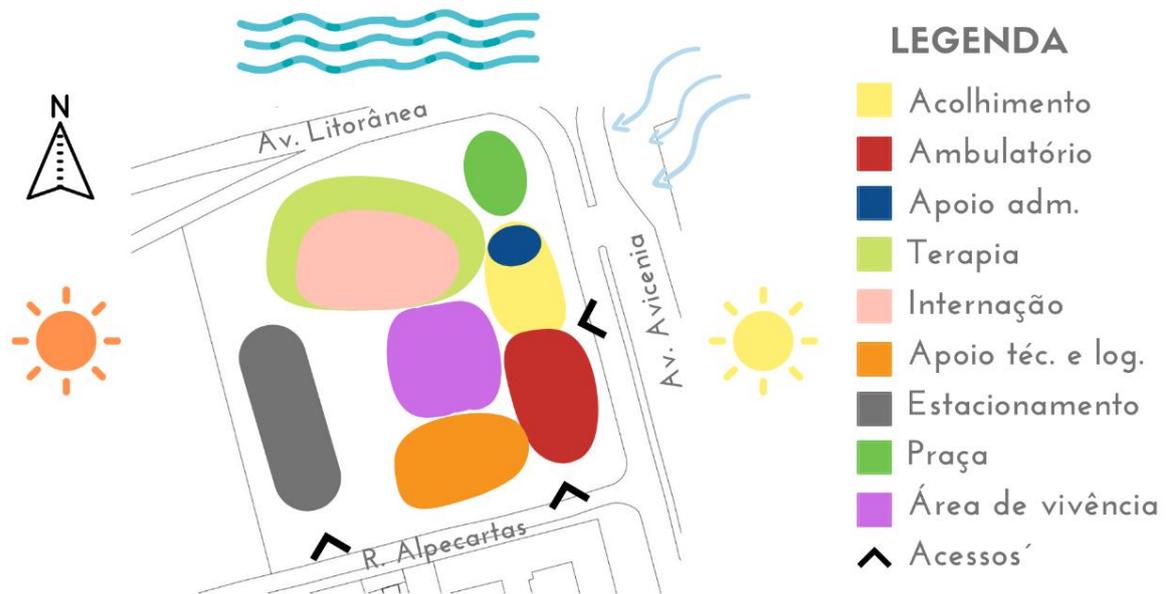
6 ESTUDO PRELIMINAR

6.1 Partido Arquitetônico

A partir do levantamento dos dados obtidos através das pesquisas bibliográficas e das pesquisas de campo sobre o tema em questão, que ajudaram a construir a fundamentação teórica do presente trabalho. Chegou-se ao partido arquitetônico que deu origem a concepção do projeto.

Diante das informações coletadas a respeito das contribuições de um tratamento humanizado no processo de recuperação da saúde mental, foi constatado que o princípio do contato com a natureza seria o ponto de partida para idealização da unidade. Diante disso foi elaborado um plano de manchas (figura 46) no terreno proposto, a fim de posicionar os ambientes principais de tratamento terapêutico e de maior permanência na direção mais privilegiada do lote, com vista para o mar. Contribuindo para uma maior sensação de bem estar das pacientes.

Figura 46 Plano de manchas.



Fonte: Autoria própria (2020).

Ainda seguindo o conceito do contato e da integração com a natureza, foi proposto o uso de alguns elementos que transmitissem essa sensação, sendo eles: telhado verde através de sistema modular (figura 47); jardim vertical (figura 48) e a implantação de uma praça pública. Que foram incorporados na fachada da

instituição com o intuito de tornar o ambiente visualmente mais convidativo e melhorar o conforto térmico da edificação. A edificação também terá muitos espaços livres através de pátios internos, áreas de vivência e áreas verdes no interior do lote, buscando trazer a mesma sensação para parte interna da unidade e possibilitar a interação social entre as pacientes.

Figura 47 Sistema proposto para telhado verde.



Fonte: Instituto cidade jardim [201-?].

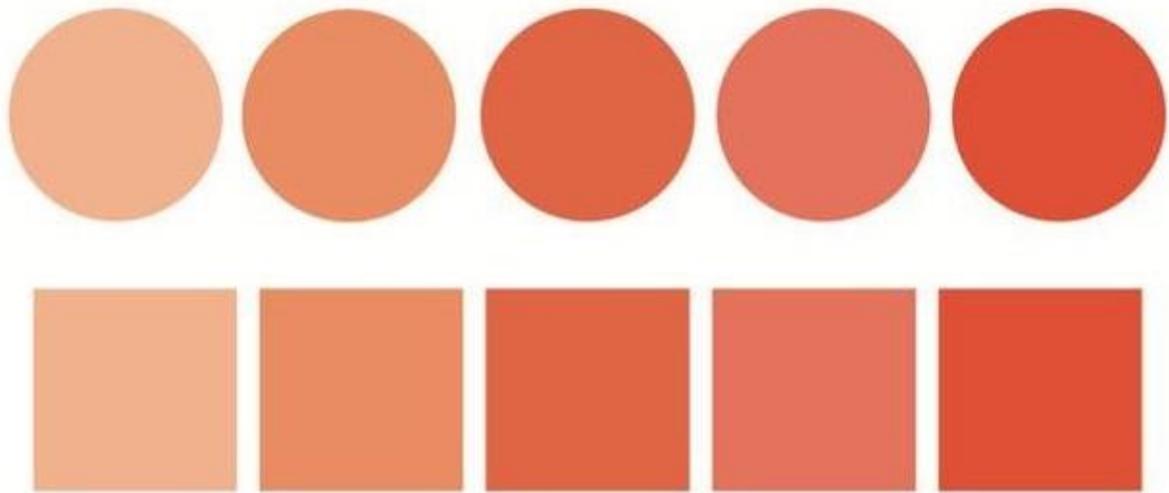
Figura 48 Referência para jardim vertical.



Fonte: Yellow Trace (2016).

A paleta de cores também foi um dos pontos de partida pra idealização da obra, onde foram escolhidos tons de coral e cor de rosa, como mostra a figura 49, por serem cores que remetem a feminilidade e transmitem sensação de bem estar, tranquilidade e felicidade. Devido a presença de tons mais suaves e mais vibrantes na paleta.

Figura 49 Paleta de cores.

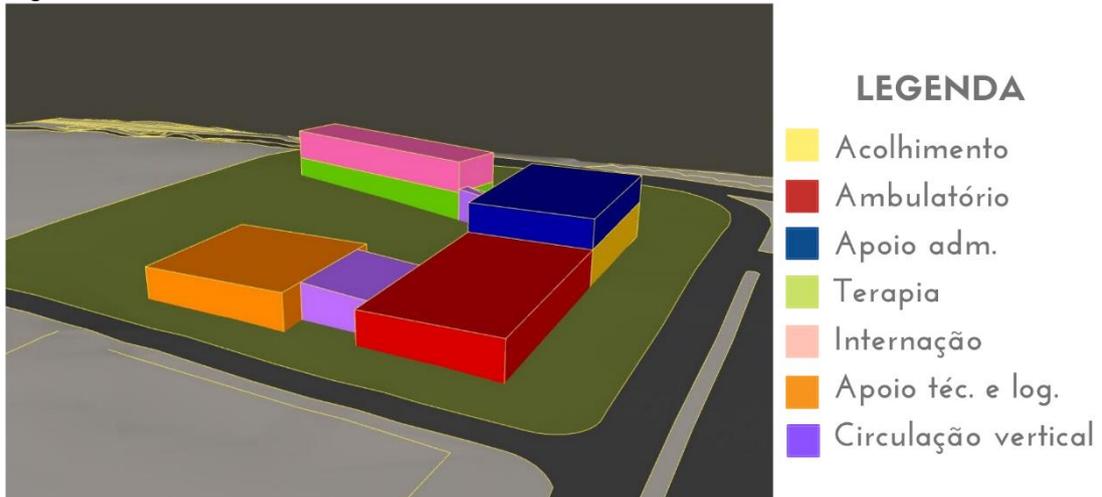


Fonte: Autoria própria (2020).

6.2 Projeto

Baseado na definição do partido arquitetônico adotado, a instituição foi dividida em três blocos, conforme mostra o estudo de massas presente na figura 50. O bloco 1, voltado para a av. Avicênia e fachada frontal do lote, abrigará os setores de acolhimento e de ambulatório no pavimento térreo e o setor de apoio administrativo no primeiro pavimento. O bloco 2, voltado para av. Litorânea, abrigará o setor de terapia no pavimento térreo e a internação no primeiro pavimento. E o bloco 3, voltado para a rua Alpecartas, será responsável pelo setor de apoio técnico e logístico.

Figura 50 Estudo de massas.



Fonte: Autoria própria (2020).

Vale ressaltar que o bloco 2 foi estrategicamente rotacionado com um ângulo de 15° em direção ao sentido norte/nordeste do terreno, com o intuito de aproveitar melhor a ventilação natural, uma vez que, a ventilação predominante da cidade de São Luís – MA vem do sentido nordeste. Outra razão para o posicionamento do bloco foi em virtude a vista para o mar, que é mais privilegiada nesse sentido devido ao maior ângulo de visão. As figuras 51 e 52 abaixo mostram a diferença das visadas a partir da inclinação da câmera.

Figura 51 Visadas do terreno dos sentidos norte.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 52 Visadas do terreno do sentido nordeste.

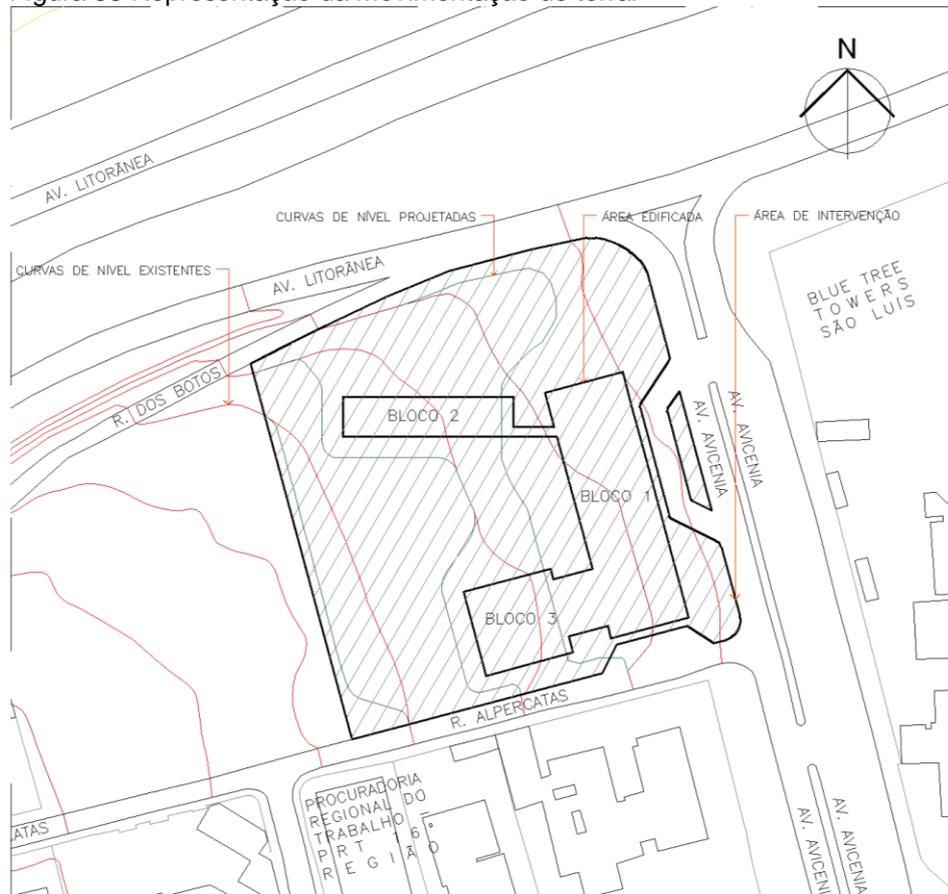


Fonte: Autoria própria (2020).

A implantação dos blocos foi idealizada após a análise da topografia original do terreno, tomando-a como base para intervenções necessárias para implantar as edificações, evitando grandes movimentações de terra. Isso pode ser confirmado através da planta de situação que apresenta as curvas originais e as projetadas (figura 53). Dessa forma, o empreendimento possui elementos em diferentes níveis, que ainda sim, se comunicam de forma funcional e respeitando as normas de acessibilidade.

Assim, conexão entre os blocos se deu por meio de rampas com inclinação de 8,33%, exigida pela NBR 9050/2015 de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Dessa forma, os blocos 2 e 3 se encontram em um nível mais elevado, buscando seguir a inclinação original do terreno, evitando grandes cortes em seu perfil natural. Ainda tirando proveito da topografia, platôs foram criados para abrigar as áreas de lazer e de vivência, facilitando a prática de atividades e a contemplação da paisagem.

Figura 53 Representação da movimentação de terra.



Fonte: Autoria própria (2020).

Após a definição das curvas de níveis projetadas foi elaborada a planta de implantação da edificação, conforme a figura 54. Logo, a guarita e o estacionamento foram posicionados aos fundos do terreno, por ser a área mais “escondida” e menos privilegiada do lote. E também, pensando em reduzir o trajeto dos funcionários para o acesso de serviço, localizado no bloco 3 de apoio técnico e logístico.

O cálculo de vagas para o estacionamento foi feito a partir do código de obras de São Luís, que determina uma vaga para cada dois leitos em instituições de saúde. Considerando que a instituição possui vinte leitos, sendo doze destinados para internação e oito para o ambulatório, a quantidade de vagas deveria ter capacidade para pelo menos dez veículos. No entanto, pensando em atender um maior número de pessoas, foi estabelecido para este projeto, um estacionamento com 32 vagas de garagem, sendo quatro vagas destinadas ao público preferencial. Atendendo as normas do CONTRAN (2008) que exige pelo menos 2% das vagas para pessoas com deficiência, 2% para gestantes e 5% para idosos.

Visando as atividades de terapia coletiva e interação social das pacientes, a área de lazer da edificação conta com uma piscina de 190,0m², áreas de vivência

e pista de cooper com o objetivo de possibilitar uma maior variação de atividades físicas. Essa área foi implantada na fachada norte/nordeste do terreno, com acesso para o bloco 2 – que abriga o setor de terapia – por ser a área com a vista mais privilegiada e com melhor ventilação natural, a fim de proporcionar maior sensação de conforto e bem estar. Esse posicionamento permite uma maior privacidade para as pacientes, proporcionando também uma maior sensação de segurança.

Outro fator que reforçou a privacidade foi a criação do platô para implantação desse espaço, como citado anteriormente. Deixando-o em um nível ainda mais alto que o nível da rua, permitindo a vista de dentro para fora, porém, dificultando a visão de fora para dentro. Portanto, potencializando a sensação de segurança e favorecendo a vista para o mar.

Entre os blocos foi implantando foi criado mais uma grande área de vivência, sendo esta para interação das pacientes com familiares e visitantes. Que também está ligada ao setor de acolhimento, funcionando como acesso secundário ao bloco, para aqueles que chegam pelo estacionamento da instituição.

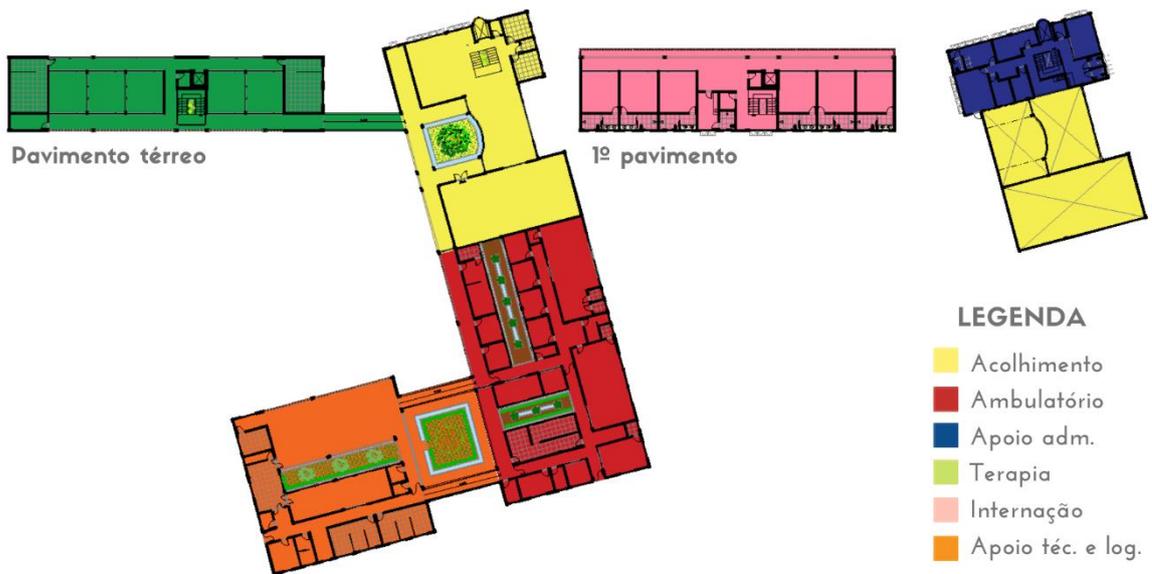
Na fachada do terreno, como citado anteriormente no partido arquitetônico da edificação, foi proposto a implantação de uma praça pública com área de playground, áreas verdes e área de convivência, com o intuito de tornar a unidade mais convidativa.

Figura 54 Planta de implantação.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 55 Distribuição dos setores na edificação



Fonte: Autoria própria (2020).

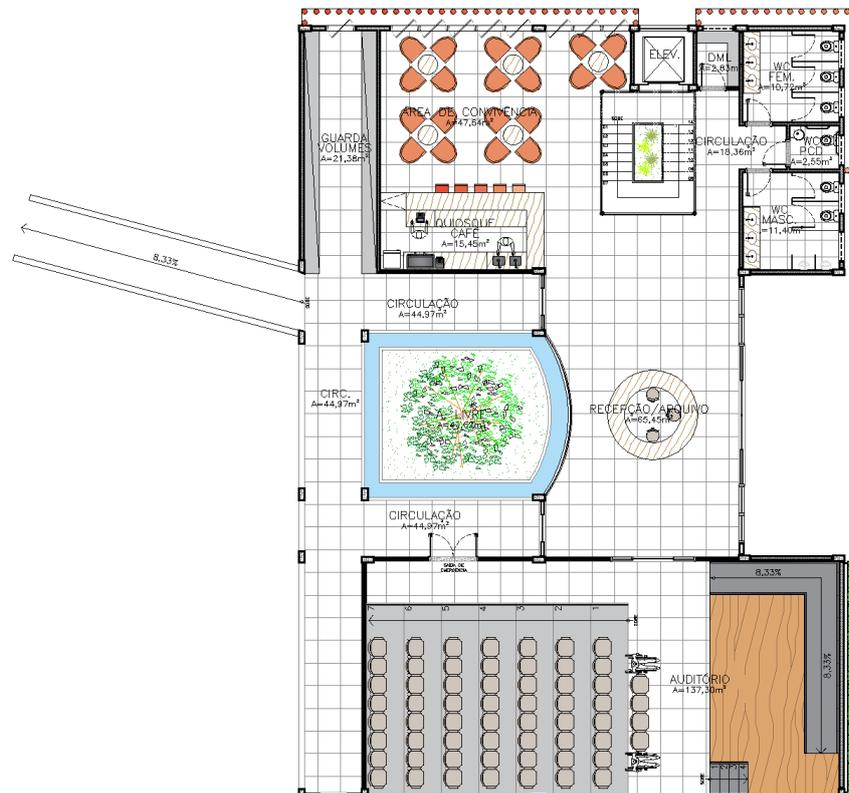
Seguindo para a distribuição interna dos ambientes da edificação (figura 55), o setor do acolhimento – localizado no pavimento térreo – é a área de que

recebe o acesso principal da instituição, onde as pacientes e os visitantes tem o primeiro contato com a unidade. A premissa desse setor se deu a partir da implantação de um pátio interno logo na entrada onde foi proposto a inserção de uma árvore de médio porte com o intuito de criar uma conexão entre os elementos paisagísticos do interior com o exterior da edificação. Para isso, o vidro foi adotado como material principal na fachada do acesso a fim de permitir a visualização da paisagem logo da parte externa da unidade.

Ao adentrar nesse setor (figura 56), encontra-se: a área da recepção com pé direito duplo; sanitários; área de convivência com quiosque para café, para melhor recepção dos visitantes, fazendo com que se sintam mais acolhidos. O auditório, com pé direito duplo, também foi posicionado nesse setor, por ser um espaço com a possibilidade de uso não apenas das pacientes, evitando a circulação desnecessária de outros usuários na edificação.

Partindo do mesmo princípio de desenvolver um fluxo com maior capacidade de preservar a privacidade das pacientes, as circulações verticais de acesso ao setor de apoio administrativo – localizado no segundo pavimento – também se encontram no setor de acolhimento.

Figura 56 Setor acolhimento.



Fonte: Autoria própria (2020).

O setor de apoio administrativo (figura 57), por sua vez, foi posicionado de modo que sua maior fachada estivesse voltada para a avenida Litorânea, onde foram dispostas as salas de maior permanência dos usuários, sendo elas: administrativa, de direção e de espera. Pensando no conforto térmico e lumínico dos ambientes e na vista privilegiada para o mar, favorecendo o período de estadia nos espaços. Entretanto, os espaços considerados de menor permanência, que são: sala de reunião, copa, sala de T.I, sala de segurança e sanitários foram posicionados do lado oposto do setor.

Figura 57 Setor apoio administrativo.



Fonte: Autoria própria (2020).

Saindo do setor de acolhimento, as pacientes passam pela rampa de acesso ao setor de terapia (figura 58). Nesse setor ficam as salas de atendimento coletivo, onde serão realizadas as atividades grupais de tratamento, como: aulas de dança, pintura, artesanato, dentre outras oficinas oferecidas por esse tipo de empreendimento. Além de vestiários para as pacientes, em decorrência de atividades realizadas na área de lazer; um depósito de apoio para o armazenamento de possíveis matérias utilizados nas salas de atendimento coletivo e um depósito de material de limpeza.

Figura 58 Setor terapia.



Fonte: Autoria própria (2020).

A circulação vertical presente no setor de terapia dá acesso ao pavimento superior do bloco, onde se encontra a internação (figura 59). O ponto de partida para definição dos ambientes desse setor foi a locação do posto de enfermagem, posicionado estrategicamente na parte central do pavimento com o objetivo de garantir maior controle da entrada e saída de pessoas. E também, para garantir maior condição de vigilância das pacientes.

Com uma capacidade total para internação de doze pacientes, cada suíte apresenta duas camas, pensando em estimular a interação social entre elas. O acesso para o quarto se dá através de uma grande porta de correr com quatro folhas em vidro, favorecendo a vista para o mar desse cômodo. Assim como nas salas de atendimento coletivo, também foram adicionadas janelas basculantes acima de cada porta, permitindo a entrada de ventilação natural no quarto, mesmo quando fechado.

Figura 59 Setor de internação.



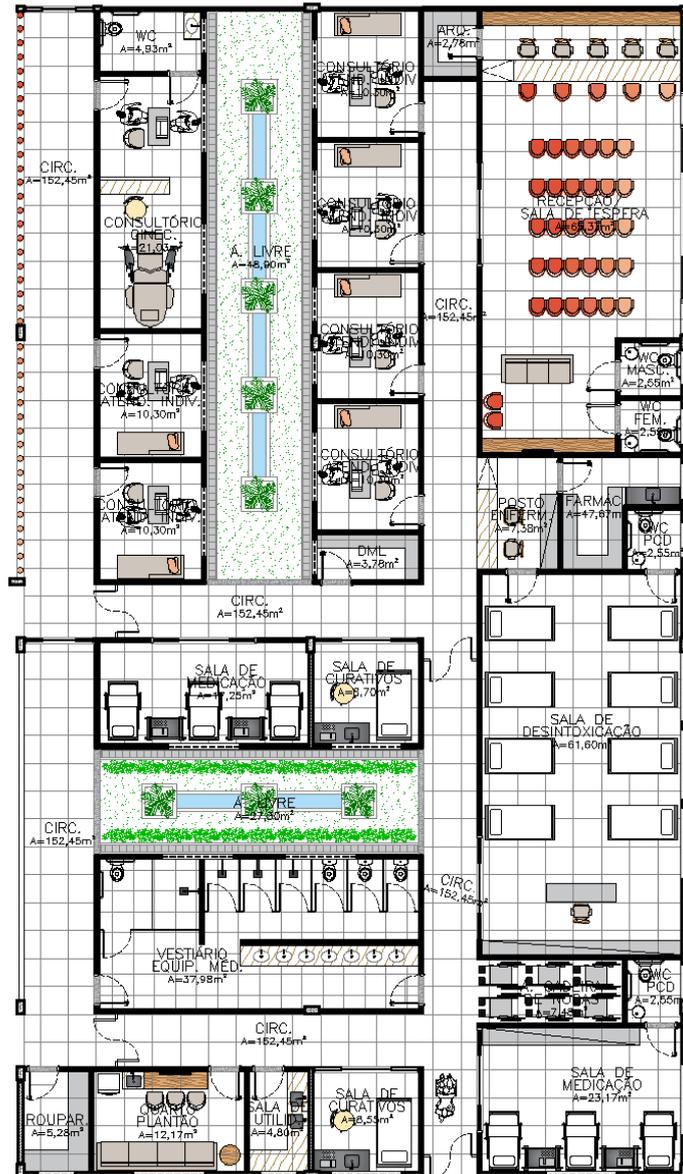
Fonte: Autoria própria (2020).

Vale ressaltar que a proposta de internação dessa instituição segue os parâmetros do CAPS III, onde esse serviço apresenta uma rápida rotatividade, de até cinco dias corridos ou dez dias intercalados. Ou seja, as pacientes destinadas a essa ala ficarão internadas por um curto período de tempo, necessário apenas para sair de quadros de crises mais agravados. Além de que a proposta é que esse setor

seja utilizado apenas no turno da noite para dormida, uma vez que o objetivo principal do centro é promover a interação social através das terapias coletivas.

O setor ambulatorial (figura 60), também localizado no pavimento térreo da instituição, possui seu próprio acesso independente, através da recepção e sala espera, para as pacientes que frequentarem a unidade apenas para manutenção do tratamento através de consultas esporádicas que não haja necessidade de passar o dia na unidade. Logo, foram dispostos: quatro consultórios de atendimento individual; sala de medicamentos; sala de curativos; posto de enfermagem e farmácia, para atender a demanda dessas pacientes. Todavia, também foram propostos consultórios na parte externa do setor, dentre eles um consultório ginecológico, para atender a demanda de consultas das pacientes que passam o dia na instituição. Dessa forma, evita-se cruzamento de fluxo.

Figura 60 Setor ambulatório.



Fonte: Autoria própria (2020).

Os consultórios destinados as pacientes ambulatoriais e os consultórios destinados as pacientes do centro foram separados por um pátio interno, na qual foram propostas janelas basculantes em vidro voltadas para o pátio, com o objetivo de garantir um melhor conforto térmico e lumínico nas salas e também pensando otimizar o período de consulta ao proporcionar um visual paisagístico mais agradável, conforme a referência apresentada na figura 61, seguindo o conceito de contato com a natureza do tratamento humanizado. Vale ressaltar que se optou por janelas com peitoril alto, buscando garantir privacidade, uma vez que as salas estão de frente umas para as outras.

Figura 61 Referência para consultórios de atendimento individual.



Fonte: Página do Instagram (2020).

O acesso de emergência desse setor está localizado na fachada lateral da edificação, voltada para a rua Alpercatas. A separação desse acesso também foi pensada para evitar o cruzamento dos fluxos. Assim, as pacientes que chegam na instituição por meio desse acesso apenas tem contato com a parte emergencial desse setor que abriga: área para guarda de cadeira de rodas; uma sala de desintoxicação, com acesso direto ao para o posto de enfermagem, facilitando o serviço das profissionais; uma sala de medicação; uma sala de curativos, para pacientes que eventualmente apresentem algum ferimento superficial; sala de utilidades; rouparia; sala de plantão e vestiário barreira para equipe médica.

É importante ressaltar que foi proposto apenas um vestiário feminino para equipe, uma vez que todas as funcionárias da instituição que tiverem contato direto com as pacientes deverão obrigatoriamente ser mulheres, visando um tratamento com maior relação de confiança, tendo em vista que foi relatado na entrevista realizada com a enfermeira do grupo Villa Vida, que as pacientes se sentiam mais confortáveis e respondiam melhor quando tratadas por outras mulheres.

Além disso, também foi implantado outro pátio interno entre o vestiário e salas de medicamento e de curativo, com o intuito de possibilitar a entrada de ventilação e iluminação natural desses ambientes e proporcionar maior sensação de conforto e bem estar.

Saindo do setor ambulatorial, encontram-se duas rampas, separadas por um pátio interno, que dão acesso ao setor de apoio técnico e logístico (figura 62). A primeira destinada ao uso das pacientes com acesso direto para o refeitório e a segunda rampa destinada ao uso de funcionários para acesso aos ambientes de serviço, onde também foi proposto um segundo refeitório apenas para a equipe.

Entre os refeitórios também foi implantado um pátio interno, a fim de favorecer a ventilação e iluminação natural e proporcionar maior sensação de bem estar nos espaços. A cozinha foi posicionada estrategicamente como o ambiente de conexão entre os dois refeitórios para facilitar o serviço de entrega das refeições em ambos os espaços.

Figura 62 Setor apoio técnico e logístico.



Fonte: Autoria própria (2020).

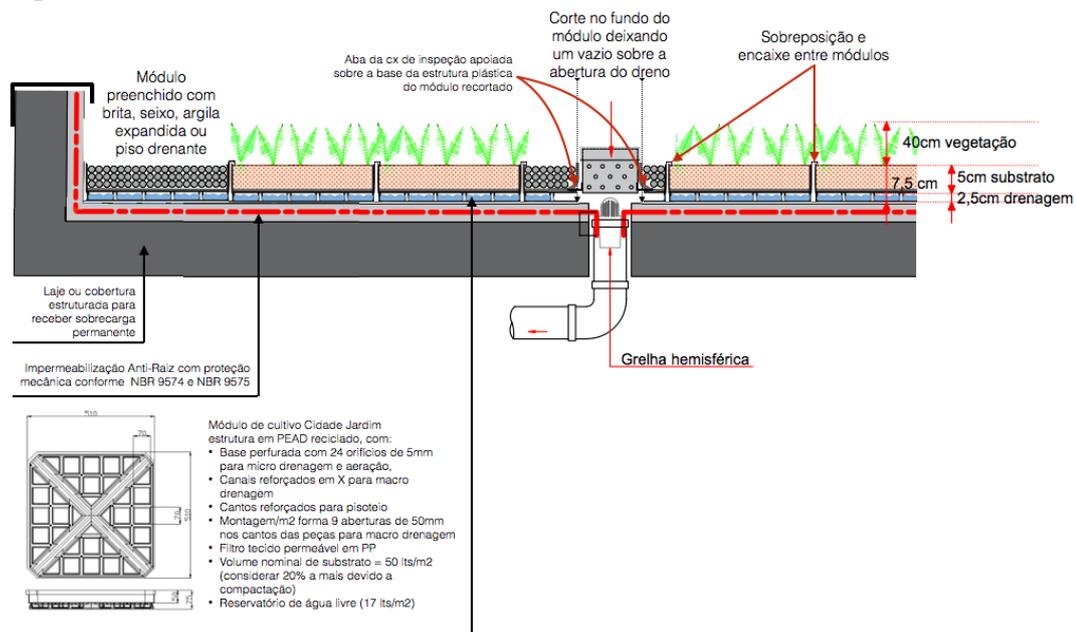
Foram utilizados quatro tipos de cobertura na edificação. A cobertura principal foi feita em telha termoacústica sobre a laje com inclinação de 9%. Algumas áreas menores, como a cobertura das rampas que ligam os blocos 2 e 3 ao bloco 1, foi utilizada a laje impermeabilizada, seguindo a inclinação de 8,33% das rampas, para facilitar o escoamento da água pluvial.

Também foram utilizadas marquises em policarbonato e perfil metálico, fixadas por cabos de aço para dar maior versatilidade e leveza ao projeto,

possibilitando uma flexibilidade maior que o concreto armado. Dentro desse contexto elas foram posicionadas em níveis diferentes, seguindo a volumetria da edificação.

Por último, foi proposto o uso do telhado verde na cobertura do setor de acolhimento, através do uso do sistema modular, conforme a figura 63. Por ser um sistema prático e fácil de montar e desmontar que contém todas as camadas necessárias para um telhado verde em uma única peça. De acordo com o site do fabricante, esse sistema:

Figura 63 Corte e detalhamento do sistema modular.



Fonte: Instituto cidade jardim [201-?].

O telhado verde foi proposto também para compor a fachada da edificação, favorecendo o visual estético do empreendimento, tornando o espaço mais convidativo e acolhedor, e reforçando o conceito de humanização através do contato com a natureza que foi empregado na concepção de todo o projeto. É importante ressaltar que o acesso para manutenção dessa cobertura se dá através de uma porta localizada na sala de reunião do setor administrativo, como mostra a figura 57.

Quanto ao reservatório de água, o volume da caixa d'água foi calculado a partir das diretrizes seção X, referente a hospitais, do código de obras de São Luís, onde para cada leito deverá ser contabilizado 400L diários. Logo, foi previsto uma reserva para três dias, totalizando em 24.000L. A partir disso foi destinado 30% dessa capacidade para o reservatório superior e 70% para o inferior.

O reservatório superior foi dividido em três, sendo um posicionado em cada bloco. E em cada um foi adicionado 6.000L para reserva de incêndio, conforme a Lei nº6546 de 1995, que dispõe sobre o Código de Segurança Contra Incêndio e Pânico no Estado do Maranhão e dá outras providências. Totalizando em um volume de 9.000L em cada reservatório superior.

No reservatório inferior, além dos 70% da capacidade total, também foi acrescentado um volume de água para atender a piscina da instituição. Totalizando em um volume de 20.000L armazenados em uma cisterna subterrânea situada na área de lazer da edificação.

A fachada frontal da edificação foi desenvolvida seguindo os conceitos adotados no partido arquitetônico, criada a partir das seleção da paleta de cores nos tons de coral, a fim de proporcionar uma atmosfera feminina na instituição. Deixando também a unidade mais alegre e convidativa devido as diferentes nuances presentes na cartela (figuras 64-65).

Nesse contexto, buscando alcançar uma estética marcante, optou-se por elementos que pudessem compor a fachada. Diante disso foram utilizados perfis metálicos com chapas em ACM, pintadas com as cores da paleta escolhida.

O ACM (Aluminum Composite Material) é um material composto por duas lâminas de alumínio, destinado principalmente, ao revestimento de fachadas. Devido a sua maleabilidade, é possível alcançar uma grande variedade de formas, ângulos e raios utilizando esse material. Além da versatilidade e da leveza, o ACM também possui alta resistência a corrosão e alta durabilidade. Sendo este, um importante fator para escolha do material, uma vez que, a edificação está localizada perto do mar.

Assim, foram criadas peças recortadas com diferentes formatos, com o intuito de trazer maior dinamismo para fachada, criando um visual mais descontraído. Além disso, foram propostas perfurações ao longo de toda a chapa, a fim de trazer maior leveza e facilitar a passagem de ventilação e iluminação natural pelas esquadrias posicionadas atrás dos elementos, permitindo uma conexão do exterior com o interior da edificação.

Figura 64 Fachada frontal da edificação A.



Fonte: Autoria própria (2020).

Figura 65 Fachada frontal da edificação B.



Fonte: Autoria própria (2020).

As marquises em policarbonato e perfil metálico, fixadas por cabos de aço, foram escolhidas para dar maior versatilidade e leveza ao projeto, possibilitando uma flexibilidade maior que o concreto armado. Dentro desse contexto, elas foram posicionadas em níveis diferentes, seguindo a volumetria da edificação.

O uso do jardim vertical e o telhado verde na fachada principal, como explicados no capítulo referente a escolha do partido do projeto, traduzem o conceito adotado na concepção projetual. Onde o contato com a natureza foi inserido em todos os setores da edificação, reforçando a humanização do ambiente. No entanto, esses elementos tiveram a função de transmitir esse conceito desde o primeiro contato com a instituição.

A pintura na tonalidade coral e os brises em tubos de ACM pintados em degradê fazem a interligação e continuação com a fachada lateral da edificação, voltada para a av. Litorânea (figura 66).

Figura 66 Fachada lateral da edificação, voltada para avenida litorânea.



Fonte: Autoria própria (2020).

Os brises foram implantados no projeto com o intuito de cumprir três necessidades encontradas, sendo elas: conforto térmico, segurança e estética. O conforto térmico, uma vez que esse elemento tem a capacidade de minimizar a incidência solar nos ambientes, ainda sim, permitindo a entrada de iluminação e ventilação natural. A segurança, através da inserção no setor de internação, localizado no segundo pavimento, impossibilitando acidentes relacionados a quedas e reduzindo riscos de tentativas de suicídio. Por fim, a estética, tendo em vista que esses elementos, através das cores aplicadas, se harmonizam com o restante da edificação.

No interior do empreendimento foi implantado um pátio aberto para aqueles que chegarem através do estacionamento. O intuito, também é de tornar essa entrada convidativa, fazendo referência a fachada frontal. Ainda, foi criado um “portal de entrada” a partir do uso de arcos em ACM, pintados nas cores da paleta adotada, formando uma espécie de túnel que faz a conexão do estacionamento para o acolhimento (figura 67).

Figura 67 Vista do pátio interno da edificação.



Fonte: Autoria própria (2020).

Quanto à escolha do nome para o empreendimento, deu-se de Jade primeiramente por ser um nome feminino, mas também por ser o nome da pedra que representa as boas energias, possuindo propriedades que promovem a limpeza do campo emocional, favorecendo o equilíbrio das emoções e a harmonia dos ambientes. Ela também potencializa as sensações de paz, felicidade e bem estar e amenizando pensamentos negativos. Além de que no campo físico é uma pedra que auxilia na regulação de hormônios (ASTROCENTRO, 2017).

Por fim, diante da descrição do estudo preliminar do presente projeto, entende-se que a proposta teve como premissa principal, oferecer um ambiente acolhedor e humanizado para as pacientes da instituição, de modo que, a arquitetura pudesse contribuir para um melhor processo de recuperação dessas mulheres. Isso se deu através de soluções, como a definição dos fluxos e a escolha de materiais, que conseguissem desempenhar esse papel. Sendo assim, durante

toda fase de concepção projetual, buscou-se alcançar os princípios da tríade vitruviana para um bom desempenho na edificação. Sendo eles: *utilitas*, que preza pela utilidade; *firmitas*, que busca garantir a firmeza e segurança; e *venustas*, que destaca a importância estética da edificação.

The background features several stylized floral motifs in shades of light green and brown, scattered across the top and sides. These motifs consist of clusters of small dots (representing flowers or berries) on thin stems with long, narrow leaves.

7.

Considerações Finais



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da evolução no cenário da saúde mental ao longo dos anos, sabe-se que a humanidade ainda se encontra em um processo de desconstrução e desmistificação a respeito da compreensão do doente mental e também da desigualdade de gênero. Todavia, como mostrado ao longo do presente trabalho, pode-se apontar a metodologia do tratamento humanizado em todas as suas esferas, tanto clínica quanto na promoção do espaço físico, como um agente de grande contribuição para melhoria desse panorama.

Diante disso, foi possível perceber essa transformação com maior clareza através da contextualização da evolução hospitalar, especialmente em hospitais psiquiátricos, onde o ambiente aos poucos deixa de ser um local hostil, de isolamento e clausura e passa a ser mais saudável, tranquilo e acolhedor com a chegada das estratégias da arquitetura humanizada em instituições de saúde. Através de soluções projetuais que possuem capacidade de estimular e proporcionar sensações e experiências a partir dos sentidos sensoriais.

Ainda buscando melhor compreensão desse processo evolutivo, sob enfoque na área da saúde mental, foi apresentado uma breve análise histórica no tratamento dos doentes mentais, onde foi mostrado desde o período em que esses indivíduos eram vistos como loucos ou até mesmo pecadores e amaldiçoados. Essa perspectiva mudou a partir do momento em que eles passaram a serem enxergados como pessoas enfermas e necessitadas de uma atenção mais sensibilizada.

As características e os métodos de tratamento dos principais transtornos mentais destacados na pesquisa conseguiram ressaltar as particularidades desses indivíduos e a importância de um ambiente e tratamento adequado para sua recuperação.

Posteriormente, a pesquisa aborda a saúde mental com foco na mulher e a suas singularidades, na qual foi percebido que o público feminino está mais susceptível a desenvolver algum tipo de doença psicossocial, tendo em vista as condições sociais, culturais, econômicas e até mesmo biológicas em que vivem.

Essa vulnerabilidade pode estar relacionada desde alterações hormonais, que afetam diretamente no humor, até em casos de abusos de violência sexual, física e/ou verbal, tendo em vista que pesquisas apontam que há uma forte relação entre mulheres vítimas de abusos e o adoecimento mental.

Após a finalização da fundamentação teórica do trabalho, foram realizadas pesquisas exploratórias em instituições similares em conjunto com entrevistas desenvolvidas com profissionais das unidades visitadas, onde foi possível coletar informações pertinentes para concepção do projeto proposto.

Através do levantamento de dados, a escolha do terreno permitiu que o projeto fosse desenvolvido a partir do zero, possibilitando maior liberdade criativa para idealização do espaço e permitindo uma maior flexibilidade na definição do conceito da instituição.

Logo, o estudo preliminar apresentado foi idealizado a partir de ideias pautadas nas diretrizes da arquitetura humanizada em ambientes hospitalares, na qual foi priorizada a promoção de espaços que transmitissem e reforçassem uma atmosfera acolhedora, segura e saudável através, principalmente, do contato com a natureza. Reforçando a ideia de que ambientes de atenção à saúde podem e devem ser espaços agradáveis, atribuindo também esse papel de contribuição ao campo da arquitetura e urbanismo.

Referências



REFERÊNCIAS

- ALVES, Claudia de Oliveira. **Psicologia e perspectiva feminista: produção de conhecimento, prática e programas de prevenção em saúde mental**. 2013. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- AMARAL, Osvaldo Lopes do. **Transtornos Mentais**. Instituto de Estudos e Orientação da Família – INEF, 2009. Disponível em: <<http://www.inef.com.br/Transtornos.html>>. Acesso em 23 mai. 2020.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 117 p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico] : DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro, 2015.
- ASTROCENTRO **Descubra tudo sobre a pedra de Jade e para que ela serve**. Blog – Bem Estar, 2017. Disponível em: <<https://www.astrocentro.com.br/blog/bem-estar/pedra-jade/>>. Disponível em 04 de jun. 2020.
- ATTIA Evelyn; WALSH, B. Timothy. **Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo**. Manual MSD: versão saúde para família, 2018. Disponível em: <<https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-alimentares/transtorno-alimentar-restritivo-evitativo?query=transtorno%20alimentares>>. Acesso em 04 abr. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **História e Evolução dos Hospitais**. Rio de Janeiro: 1965. Capítulo primeiro. P. 7-29.
- BRASIL. Câmara Legislativa. **Decreto nº 1.077, de 4 de dezembro de 1852**. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653-publicacaooriginal-81699-pe.html>>. Acesso em 03 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução-RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/res0050_21_02_2002.pdf/ca7535b3-818b-4e9d-9074-37c830fd9284>. Acesso em 03 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 04 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria Nº 615, de 15 de abril de 2013**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html>. Acesso em 04 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília (DF); Secretaria de atenção à saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização Hospitalar**. Brasília (DF); Secretaria de assistência à saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas – DAPE OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 20 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS**. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas – DAPE Brasília, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em 04 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem Nacional: cadernos do aluno**. Ed. 2. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília (DF), 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília (DF): MS; 2004.

CARAM, Rosana Mari; LUKIANTCHUKI, Marieli Azoia. **Arquitetura Hospitalar e o Conforto Ambiental: Evolução Histórica e Importância na Atualidade**. 2008. Artigo Científico (Mestrado) - Curso de Engenharia, Departamento de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO (CONTRAN). **Resolução Nº 303, de 18 de dezembro de 2008**. Dispõe sobre as vagas de estacionamento destinadas exclusivamente a veículos que transportem pessoas portadoras de deficiência e com dificuldade de locomoção. Brasília, 2008.

DEVOE, D. **Feminist and nonsexist counseling**: Implications for the male counselor. *Journal of Counseling & Development*. 1990, p. 33-36. 1990.

DIMSDALE, Joel E. **Transtorno de sintomas somáticos**. Manual MSD: versão saúde para família, 2018. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-de-sintomas-som%C3%A1ticos-e-transtornos-relacionados/transtorno-de-sintomas-som%C3%A1ticos?query=transtorno%20somatoformes>>. Acesso em 04 abr. 2020.

DINIZ, Glaucia Starling; SANTOS, Luciana da Silva. **Saúde Mental de Mulheres Donas de Casa**: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. 2018. 59 f. - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>>. Acesso em 06 jun. 2020.

DOMINGO, Coreen B.; ZHANG, Xuefeng. **Transtornos devido ao uso de substâncias**. Manual MSD: versão saúde para família, 2019. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-devido-ao-uso-de-subst%C3%A2ncias/transtornos-devido-ao-uso-de-subst%C3%A2ncias>>. Acesso em 04 abr. 2020.

FIRST, Michael B. **Tratamento das doenças mentais**. Manual MSD: versão saúde para família, 2017. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-cuidados-com-a-sa%C3%BAde-mental/tratamento-das-doen%C3%A7as-mentais>>. Acesso em 04 abr. 2020.

FONTES, Maria Paula Zambrano. **Imagens da arquitetura da saúde mental**: Um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira. 2003. 219 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

FONTOURA, Arselle de Andrade da. **Por entre luzes e sombras**: Hospital Colônia Santana: (Re)significando um espaço da loucura. 1997. 162 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de História, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

FORTES, P. A. C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. **Saúde e Sociedade**: Ethics, user's rights and policies of humanization of healthcare. São Paulo, 2004.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1979. 174 p.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2002. 175 p.

GOLDENBERG, Miriam. **A Arte de Pesquisar**: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 2004. 107 p.

HELDWEIN, Armando H. **Causas das modificações arquitetônicas do Hospital de Caridade de Florianópolis**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004

INSTITUTO CIDADE JARDIM. **Telhado verde de verdade**. Disponível em: <<https://institutocidadejardim.com.br/teelhado-verde-modular-flat#section-4616454>>. Acesso em 11 mai. 2020.

JDS Architects. **PSY/Helsingor Psychiatric Hospital**. [201?]. Disponível em: <<http://jdsa.eu/psy/>>. Acesso em 02 mai. 2020.

KOBENHAVN V, Denmark. **Healthcare, Psychiatric Hospital**. JDS Architects, [201?]. Disponível em: <<https://www.architonic.com/en/project/jds-architects-healthcare-psychiatric-hospital/5100187>>. Acesso em 15 jun. 2020.

LINTON, Patrick E. **Creating a total healing environment**. In: Symposium on Healthcare Design, 5, 1992, San Diego. **Innovations in Healthcare Design**: Selected presentations from the first five Symposia on Healthcare Design. New York: Sara O. Marberry, 1995. p. 121 – 132.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogerio; MURICY, Katia. **Danação da Norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, Ltda, 1978. 559 p.

MEDEIROS, Marcela Novais. **Violência conjugal**: repercussões na saúde mental de mulheres e de suas filhas e seus filhos adultos/os jovens. 2010. 251 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica e Cultura, Psicologia Clínica, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

MEZZOMO, João C. **Hospital Humanizado**. Fortaleza: Premium Editora, 2001.

MIQUELIM, Lauro Carlos. **Anatomia dos Edifícios Hospitalares**. São Paulo: Cedas, 1992. 241 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 8ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-ata, URSS, 6-12 de set. de 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Folha Informativa – Transtornos Mentais**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839>. Acesso em 25 mar. 2020.

PORTAL NAMU (Brasil). **O ambiente é capaz de nos curar?** Esther Sternberg, autora do livro Healing Spaces, fala da capacidade da arquitetura em promover saúde e bem-estar. 2019. Disponível em: <<https://namu.com.br/portal/saude/medicina-integrativa/o-ambiente-e-capaz-de-nos-curar/>>. Acesso em: 1 nov. 2019.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. **A humanização na saúde como instância libertadora:** The Humanization in Health as a Freedom Instance. São Paulo, 2004.

RIO & CULTURA. **Um (Senhor) Palácio Universitário: por dentro do antigo hospício dos alienados e atual ufrj.** Por dentro do antigo Hospício dos Alienados e atual UFRJ. 2010. Disponível em: http://www.rioecultura.com.br/coluna_patrimonio/coluna_patrimonio.asp?patrim_cod=34. Acesso em: 10 fev. 2020.

SANTOS, Ana Maria Corbi Caldas dos. **Gênero e saúde mental:** a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea. Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS- Araraquara- SP. 2008. 180 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SANTOS, Cristina Vianna Moreira dos. **Gênero e Psicologia Clínica:** risco e proteção na saúde mental de mulheres. 2012. 198 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani. **Saúde e Arquitetura:** caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares. Caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares. Rio de Janeiro: Senac, 2004. 108 p.

SÃO LUÍS. Lei 3.253 de 29 de dezembro de 1992. **Zoneamento, Parcelamento, Uso e Ocupação do Solo Urbano e dá outras providências.** Secretaria Municipal de Governo. São Luís, MA, 1992. p.1-77

SÃO LUÍS. Lei de nº33/1976. **Código de Construções.** Secretaria Municipal do Governo. São Luís, MA, 1976.

SENICATO, Caroline; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. **Transtorno mental comum em mulheres adultas:** Identificando os segmentos mais vulneráveis. 2016. 15 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Universidade de Campinas, Campinas, 2016.

SILVA, Kleber Pinto. **A idéia de função para a arquitetura:** o hospital e o século XVIII - parte 1/6. O hospital e o século XVIII – parte 1/6. 2001. Disponível em: <https://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/01.009/919/pt>. Acesso em: 03 fev. 2020.

SILVA, Leonora Cristina da. **Diretrizes para a Arquitetura Hospitalar pós-reforma Psiquiátrica sob o olhar da Psicologia Ambiental**. 2008. 198 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SILVEIRA, Marília Rezende da. **A saúde mental na atenção básica: Um diálogo necessário**. 2009. 146 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SOUSA, Maristela C. **Saúde mental da mulher nos ciclos de vida**. Curitiba. Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Paraná, 2013. 32 slides, color. Disponível em:
<<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/DiogoPracz/MulherAtitude/SaudeMen>

SPIEGEL, David. **Considerações gerais sobre transtornos dissociativos**. Manual MSD: versão saúde para família, 2019. Disponível em
<<https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-dissociativos/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-transtornos-dissociativos?query=transtornos%20dissociativos>>. Acesso em 04 abr. 2020.

STAMLER, V. L. **Cliente Preference for counselor gender**. *Psychology of Women Quarterly*, p. 317-321. 1991. Revista Que Abrange Os Campos da Psicologia Feminina Com Foco na Saúde Psicológica das Mulheres. Disponível em:
<<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.891.2107&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2019.

STEINER, M. (2005). **Saúde mental das mulheres: o que não sabemos?** Revista Brasileira de Psiquiatria. Editorial, 27(Supl II), S41-S42. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a02v27s2.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2019.

STERNBERG, Esther M. **Healing Spaces: The Science of Place and Well-Being**. Arizona: Belknap Press, 2010. 343 p.
taldaMulher_CiclosdeVida.pdf>. Acesso em: 17 out. 2019.

TAMMINGA, Carol. **Esquizofrenia e Transtornos Relacionados**. Manual MSD: versão saúde para família, 2018. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/esquizofrenia-e-transtornos-relacionados/esquizofrenia?query=esquizofrenia>>. Acesso em 04 abr. 2020.

TOLEDO, Luis Carlos. **Feitos para cuidar: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.

TOLEDO, Luiz Carlos Menezes de. **Humanização do Edifício Hospitalar: um tema em aberto**. Projetar: 2005.

TOLEDO, Luiz Carlos. **Feitos para curar: arquitetura hospitalar & processo projetual**. 2002. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. **Humanização de Ambientes Hospitalares:** Características Arquitetônicas responsáveis pela integração exterior/interior. 2004. 176 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

World Health Organization – WHO. **Gender Disparities in Mental Health.** Department of Mental Health and Substance Dependence, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf>. Acesso em 25 mar. 2020.

YELLOW TRACE. **The athenaeum hotel & residences in london's mayfair by kinnersley kent design.** London, 2016. Disponível em: <<https://www.yellowtrace.com.au/the-athenaeum-hotel-residences-london-by-kinnersley-kent-design/>>. Acesso em 10 mai. 2020.

Apêndices



Apêndice A - Estudo preliminar do Centro de Atenção Psicossocial feminino.



MAQUETE ELETRÔNICA
SEM ESCALA



MAQUETE ELETRÔNICA
SEM ESCALA



MAQUETE ELETRÔNICA
SEM ESCALA



MAQUETE ELETRÔNICA
SEM ESCALA

FOLHA N°:

01/08

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM
BOSCO – UNDB

ALUNA:

ANA LUIZA MESQUITA
MATRÍCULA: 002-017339

TIPO DO PROJETO:

TRABALHO FINAL
DE GRADUAÇÃO

CONTEÚDO:

MAQUETES ELETRÔNICAS

FASE DO PROJETO:

ESTUDO PRELIMINAR

ESCALA:

–

FORMATO:

A3

ORIENTADORA:

RAISSA MUNIZ PINTO

DATA:

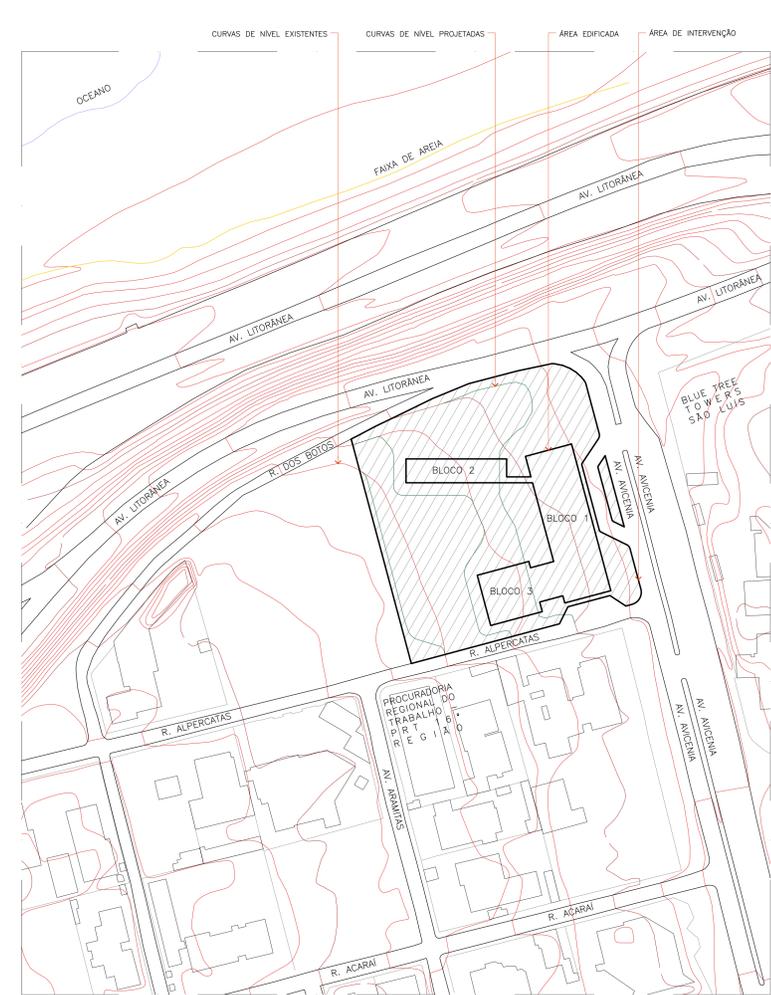
JULHO/2020



A3	–	420x297mm
PENA	ESP.	COR
01	.10	BLACK
02	.20	BLACK
03	.30	BLACK
04	.40	BLACK
05	.50	BLACK
06	.60	BLACK
07	.10	BLACK
DEMAIS	.10	BY COLOR



PLANTA DE IMPLANTAÇÃO
ESCALA 1:200



PLANTA DE SITUAÇÃO
ESCALA 1:1000

UNDB UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO - UNDB	
TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO	
AUTORIA DO PROJETO:	ANA LUIZA DE CASTRO MESQUITA MATRÍCULA: 002-017339
PROFESSORA ORIENTADORA:	RAISSA MUNIZ PINTO
DATA:	JULHO/2020
FORMATO:	A0
ESCALA:	1/200
PRINCIPAL:	02/08
CONTEÚDO: PLANTA DE IMPLANTAÇÃO E SITUAÇÃO	



PLANTA DE LAYOUT – TÉRREO
ESCALA 1:125

LEGENDA DE ESQUADRIAS			
PORTAS			
NUM	DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	QTDE
P1	5,00 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	02
P2	1,50 x 2,00	PORTA VAZ E VEM COM DUAS FOLHAS EM MADEIRA NA COR BRANCA	09
P3	3,00 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	07
P4	2,00 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	04
P5	1,60 x 2,10	PORTA CORTA FOGO COM DUAS FOLHAS	01
P6	0,90 x 2,10	PORTA DE ABRIR EM MADEIRA NA COR BRANCA	58
P7	0,80 x 1,80	PORTA DE ABRIR EM MDF NA COR BRANCA	36
P8	4,80 x 2,10	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	16
P9	5,45 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
P10	10,20 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 3 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
P11	6,90 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
P12	1,00 x 2,10	PORTA DE CORRER EM MDF NA COR BRANCA	01
JANELAS			
NUM	DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	QTDE
J1	1,00 x 3,00	PELE DE VIDRO PERFIL DE ALUMÍNIO COM UMA FOLHA	33
J2	1,00 x 2,50	JANELA FIXANTE COM 1 FOLHA EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	29
J3	6,00 x 4,50	PELE DE VIDRO COM PERFIL DE ALUMÍNIO COM 6 FOLHAS	02
J4	1,20 x 1,00	JANELA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
BASCULANTES			
NUM	DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	QTDE
B1	1,00 x 1,00	JANELA BASCULANTE EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	42
B2	2,00 x 1,00	JANELA BASCULANTE EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	32

QUADRO DE ÁREAS	
DADOS DO TERRENO	— ÁREA: 9.601,16m ² — ZONA RESIDENCIAL B — 2R#
ÁREA CONSTRUÍDA	2.730,38m ²
ÁTM: 100%	— PERMITIDO: 9.601,16m ² — UTILIZADO: 2.730,38m ²
ALM: 50%	— MÍNIMO: 4.800,58m ² — EXISTENTE: 6.870,78m ²
ÁREA PERMANENTE	20% — MÍNIMO: 1.920,23m ² — EXISTENTE: 2.437,44m ²
AS INTERVENÇÕES A SEREM REALIZADAS NÃO ALTERARÃO OS ÍNDICES CONSTRUTIVOS, SENDO SOMENTE UMA REFORMA DE CONSERVO DE EDIFICAÇÃO EM GERAL	

UNDB UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO – UNDB

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO

AUTORA DO PROJETO: ANA LUIZA DE CASTRO MESQUITA
MATRICULA: 002-017339

PROFESSORA ORIENTADORA: RAISSA MUNIZ PINTO

DATA: JULHO/2020 FORMATO: A0 ESCALA: 1/125 PRONAL: 03/08

CONTEUDO: PLANTA DE LAYOUT – TÉRREO



PLANTA DE LAYOUT – PAVIMENTO 1
ESCALA 1:125

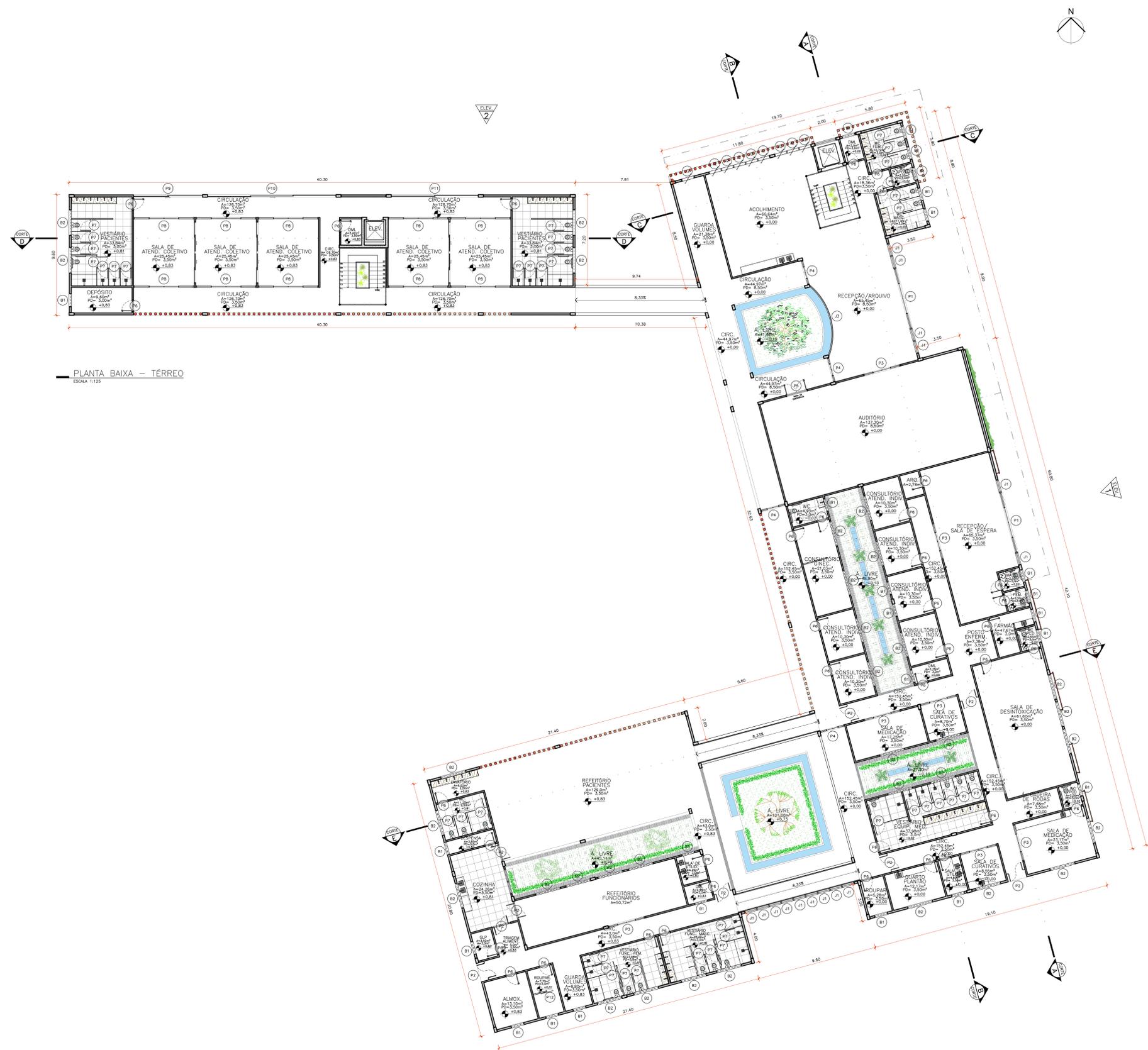
LEGENDA DE ESQUADRIAS			
PORTAS			
NUM	DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	QTDE
P1	5,00 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	02
P2	1,50 x 2,00	PORTA VAI E VEM COM DUAS FOLHAS EM MADEIRA NA COR BRANCA	09
P3	3,00 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	07
P4	2,00 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	04
P5	1,60 x 2,10	PORTA CORTA FOGO COM DUAS FOLHAS	01
P6	0,90 x 2,10	PORTA DE ABRIR EM MADEIRA NA COR BRANCA	58
P7	0,80 x 1,80	PORTA DE ABRIR EM MDF NA COR BRANCA	36
P8	4,80 x 2,10	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	16
P9	5,45 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
P10	10,20 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 3 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
P11	6,90 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
P12	1,00 x 2,10	PORTA DE CORRER EM MDF NA COR BRANCA	01
JANELAS			
NUM	DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	QTDE
J1	1,00 x 3,00	PELE DE VIDRO PERFIL DE ALUMÍNIO COM UMA FOLHA	33
J2	1,00 x 2,50	JANELA FIXANTE COM 1 FOLHA EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	29
J3	6,00 x 4,50	PELE DE VIDRO COM PERFIL DE ALUMÍNIO COM 6 FOLHAS	02
J4	1,20 x 1,00	JANELA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
BASCULANTES			
NUM	DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	QTDE
B1	1,00 x 1,00	JANELA BASCULANTE EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	42
B2	2,00 x 1,00	JANELA BASCULANTE EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	32

QUADRO DE ÁREAS	
DADOS DO TERRENO	ÁREA: 9.601,16m ² – ZONA RESIDENCIAL B – ZRB
ÁREA CONSTRUÍDA	2.730,38m ²
ÁTM: 100%	PERMITIDO: 9.601,16m ² – UTILIZADO: 2.730,38m ²
ÁLM: 50%	MÍNIMO: 4.800,58m ² – EXISTENTE: 6.870,78m ²
ÁREA PERMEÁVEL	20% – MÍNIMO: 1.920,23m ² – EXISTENTE: 2.437,44m ²
AS INTERVENÇÕES A SEREM REALIZADAS NÃO ALTERARÃO OS ÍNDICES CONSTRUTIVOS, SENDO SOMENTE UMA REFORMA DE CONSERTO DE EDIFICAÇÃO EM GERAL	

LEGENDA DE ESQUADRIAS			
PORTAS			
NUM	DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	QTD
P1	5,00 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	02
P2	1,50 x 2,00	PORTA VAZ E VEM COM DUAS FOLHAS EM MADEIRA NA COR BRANCA	09
P3	3,00 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	07
P4	2,00 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	04
P5	1,60 x 2,10	PORTA CORTA FOGO COM DUAS FOLHAS	01
P6	0,90 x 2,10	PORTA DE ABRIR EM MADEIRA NA COR BRANCA	58
P7	0,80 x 1,80	PORTA DE ABRIR EM MDF NA COR BRANCA	36
P8	4,80 x 2,10	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	16
P9	5,45 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
P10	10,20 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 3 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
P11	6,90 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
P12	1,00 x 2,10	PORTA DE CORRER EM MDF NA COR BRANCA	01
JANELAS			
NUM	DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	QTD
J1	1,00 x 3,00	PELE DE VIDRO PERFIL DE ALUMÍNIO COM UMA FOLHA	33
J2	1,00 x 2,50	JANELA FIXANTE COM 1 FOLHA EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	29
J3	6,00 x 4,50	PELE DE VIDRO COM PERFIL DE ALUMÍNIO COM 6 FOLHAS	02
J4	1,20 x 1,00	JANELA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
BASCULANTES			
NUM	DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	QTD
B1	1,00 x 1,00	JANELA BASCULANTE EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	42
B2	2,00 x 1,00	JANELA BASCULANTE EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	32

QUADRO DE ÁREAS	
DADOS DO TERRENO	ÁREA: 9.601,16m ² - ZONA RESIDENCIAL B - 2R#
ÁREA CONSTRUÍDA	2.730,38m ²
ÍMTE: 100%	PERMITIDO: 9.601,16m ² - UTILIZADO: 2.730,38m ²
ÍMML: 50%	MÍNIMO: 4.800,58m ² - EXISTENTE: 6.870,78m ²
ÁREA PERMANENTE	20% - MÍNIMO: 1.920,23m ² - EXISTENTE: 2.437,44m ²

AS INTERVENÇÕES A SEREM REALIZADAS NÃO ALTERARÃO OS ÍNDICES CONSTRUTIVOS, SENDO SOMENTE UMA REFORMA DE CONJUNTO DE EDIFICAÇÃO EM GERAL



PLANTA BAIXA - TÉRREO
ESCALA 1/125

UNDB UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR
DOM BOSCO - UNDB

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO

AUTORA DO PROJETO: ANA LUIZA DE CASTRO MESQUITA
MATRICULA: 002-017339

PROFESSORA ORIENTADORA: RAISSA MUNIZ PINTO

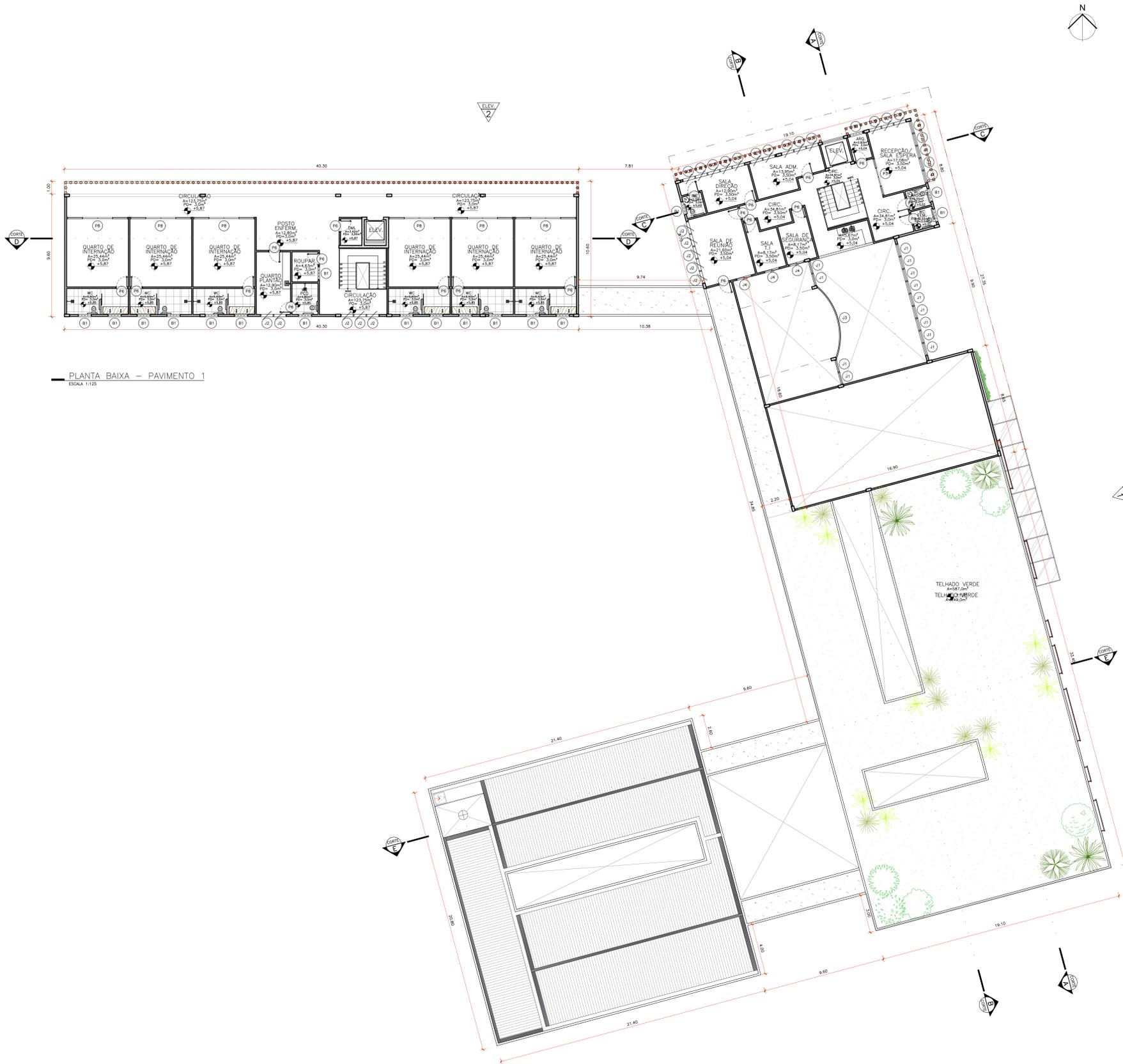
DATA: JULHO/2020 FORMATO: A0 ESCALA: 1/125 PRIMEIRA: 05/08

CONTEUDO: PLANTA BAIXA - TÉRREO

LEGENDA DE ESQUADRIAS			
PORTAS			
NUM	DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	QTDE
P1	5,00 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	02
P2	1,50 x 2,00	PORTA VAZ E VEM COM DUAS FOLHAS EM MADEIRA NA COR BRANCA	09
P3	3,00 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	07
P4	2,00 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	04
P5	1,60 x 2,10	PORTA CORTA FOGO COM DUAS FOLHAS	01
P6	0,90 x 2,10	PORTA DE ABRIR EM MADEIRA NA COR BRANCA	58
P7	0,80 x 1,80	PORTA DE ABRIR EM MDF NA COR BRANCA	36
P8	4,80 x 2,10	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	16
P9	5,45 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	01
P10	10,20 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 3 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	01
P11	6,90 x 3,00	PORTA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	01
P12	1,00 x 2,10	PORTA DE CORRER EM MDF NA COR BRANCA	01
JANELAS			
NUM	DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	QTDE
J1	1,00 x 3,00	PELE DE VIDRO PERFIL DE ALUMINIO COM UMA FOLHA	33
J2	1,00 x 2,50	JANELA FIXANTE COM 1 FOLHA EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	29
J3	6,00 x 4,50	PELE DE VIDRO COM PERFIL DE ALUMINIO COM 6 FOLHAS	02
J4	1,20 x 1,00	JANELA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	01
BASCULANTES			
NUM	DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	QTDE
B1	1,00 x 1,00	JANELA BASCULANTE EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	42
B2	2,00 x 1,00	JANELA BASCULANTE EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	32

QUADRO DE ÁREAS

DADOS DO TERRENO	ÁREA: 9.601,16m ² - ZONA RESIDENCIAL B - 2R#
ÁREA CONSTRUÍDA	2.730,38m ²
ÍNDICE	28,3%
ÍNDICE PERMITIDO	100% - PERMITIDO: 9.601,16m ² - UTILIZADO: 2.730,38m ²
ÍNDICE EXISTENTE	28,3%
ÁREA PERMANENTE	20% - MÍNIMO: 1.920,23m ² - EXISTENTE: 2.437,44m ²
AS INTERVENÇÕES A SEREM REALIZADAS NÃO ALTERARÃO OS ÍNDICES CONSTRUTIVOS, SENDO SOMENTE UMA REFORMA DE CONSERVO DE EDIFICAÇÃO EM GERAL	



PLANTA BAIXA - PAVIMENTO 1
ESCALA 1:125

UNDB UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR
DOM BOSCO - UNDB

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO

AUTORA DO PROJETO: ANA LUIZA DE CASTRO MESQUITA
MATRÍCULA: 002-017339

PROFESSORA ORIENTADORA: RAISSA MUNIZ PINTO

DATA: JUNHO/2020 FORMATO: A0 ESCALA: 1/125 PRONAL: 06/08

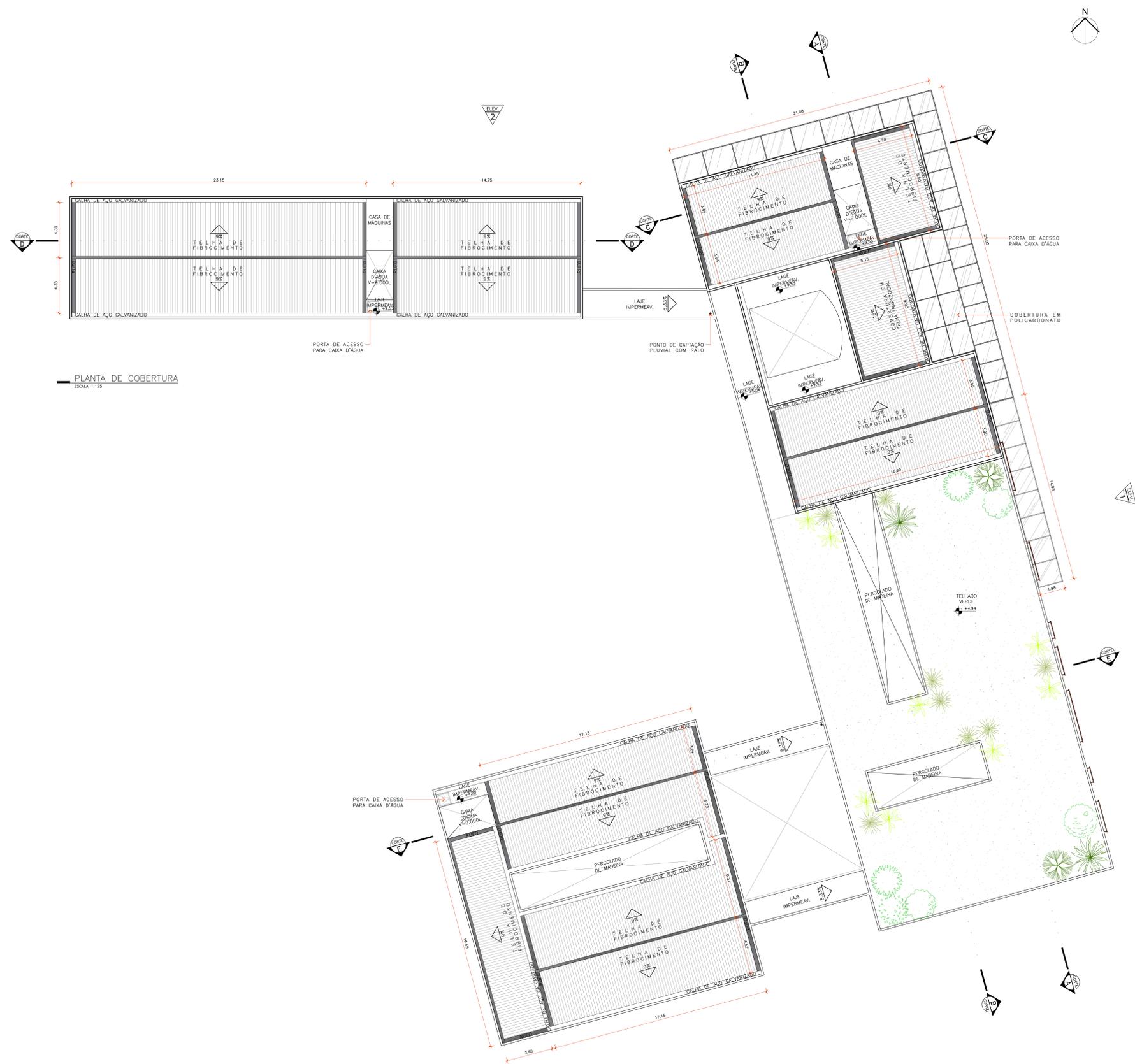
CONTEÚDO: PLANTA BAIXA - PAVIMENTO 1

NUM	DIMENSÃO	PEITORIL	DESCRIÇÃO	QTDE
P1	5,00 x 3,00	-	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	02
P2	1,50 x 2,00	-	PORTA VAI E VEM COM DUAS FOLHAS EM MADEIRA NA COR BRANCA	09
P3	3,00 x 3,00	-	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	07
P4	2,00 x 3,00	-	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	04
P5	1,60 x 2,10	-	PORTA CORTA FOGO COM DUAS FOLHAS	01
P6	0,90 x 2,10	-	PORTA DE ABRIR EM MADEIRA NA COR BRANCA	58
P7	0,80 x 1,80	-	PORTA DE ABRIR EM MDF NA COR BRANCA	36
P8	4,80 x 2,10	-	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	16
P9	5,45 x 3,00	-	PORTA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
P10	10,20 x 3,00	-	PORTA DE CORRER COM 3 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
P11	6,90 x 3,00	-	PORTA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01
P12	1,00 x 2,10	-	PORTA DE CORRER EM MDF NA COR BRANCA	01

NUM	DIMENSÃO	PEITORIL	DESCRIÇÃO	QTDE
J1	1,00 x 3,00	-	PELE DE VIDRO PERFIL DE ALUMÍNIO COM UMA FOLHA	33
J2	1,00 x 2,50	0,50	JANELA FIXANTE COM 1 FOLHA EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	29
J3	6,00 x 4,50	-	PELE DE VIDRO COM PERFIL DE ALUMÍNIO COM 6 FOLHAS	02
J4	1,20 x 1,00	1,10	JANELA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	01

NUM	DIMENSÃO	PEITORIL	DESCRIÇÃO	QTDE
B1	1,00 x 1,00	2,00	JANELA BASCULANTE EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	42
B2	2,00 x 1,00	2,00	JANELA BASCULANTE EM VIDRO E PERFIL DE ALUMÍNIO	32

QUADRO DE ÁREAS	
DADOS DO TERRENO - ÁREA: 9.601,16m ² - ZONA RESIDENCIAL B - 2R8	
ÁREA CONSTRUÍDA: 2.730,38m ²	
ÍTM: 100% - PERMITIDO: 9.601,16m ² - UTILIZADO: 2.730,38m ²	
ALM: 50% - MÍNIMO: 4.800,58m ² - EXISTENTE: 6.870,78m ²	
ÁREA PERMANENTE: 20% - MÍNIMO: 1.920,23m ² - EXISTENTE: 2.437,44m ²	
AS INTERVENÇÕES A SEREM REALIZADAS NÃO ALTERARÃO OS ÍNDICES CONSTRUTIVOS, SENDO SOMENTE UMA REFORMA DE CONSERVO DE EDIFICAÇÃO EM GERAL	



PLANTA DE COBERTURA
ESCALA 1:125

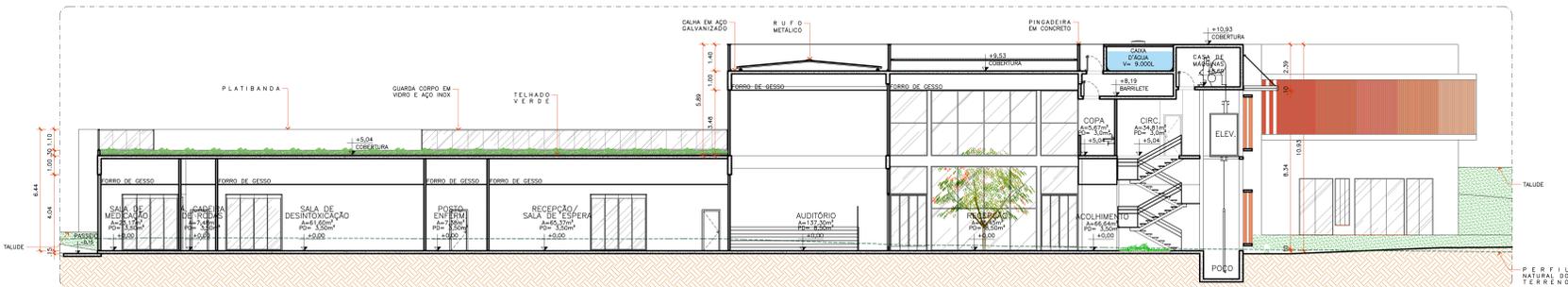
LEGENDA DE ESQUADRIAS

PORTAS	NUMDIMENSAO	PEITORIL	DESCRIÇÃO	QTD
P1	5,00 x 3,00	-	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	02
P2	1,50 x 2,00	-	PORTA VAZ E VEM COM DUAS FOLHAS EM MADEIRA NA COR BRANCA	09
P3	3,00 x 3,00	-	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	07
P4	2,00 x 3,00	-	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	04
P5	1,60 x 2,10	-	PORTA CORTA FOGO COM DUAS FOLHAS	01
P6	10,00 x 2,10	-	PORTA DE ABRIR EM MADEIRA NA COR BRANCA	58
P7	0,80 x 1,80	-	PORTA DE ABRIR EM MDF NA COR BRANCA	36
P8	4,80 x 2,10	-	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	16
P9	5,45 x 3,00	-	PORTA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	01
P10	10,20 x 3,00	-	PORTA DE CORRER COM 3 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	01
P11	6,80 x 3,00	-	PORTA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	01
P12	1,00 x 2,10	-	PORTA DE CORRER EM MDF NA COR BRANCA	01

JANELAS	NUMDIMENSAO	PEITORIL	DESCRIÇÃO	QTD
J1	1,00 x 3,00	-	PELE DE VIDRO PERFIL DE ALUMINIO COM UMA FOLHA	33
J2	1,00 x 2,50	0,50	JANELA FIXATADE COM 1 FOLHA EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	29
J3	6,00 x 4,50	-	PELE DE VIDRO COM PERFIL DE ALUMINIO COM 6 FOLHAS	02
J4	1,20 x 1,00	1,10	JANELA DE CORRER COM 2 FOLHAS EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	01

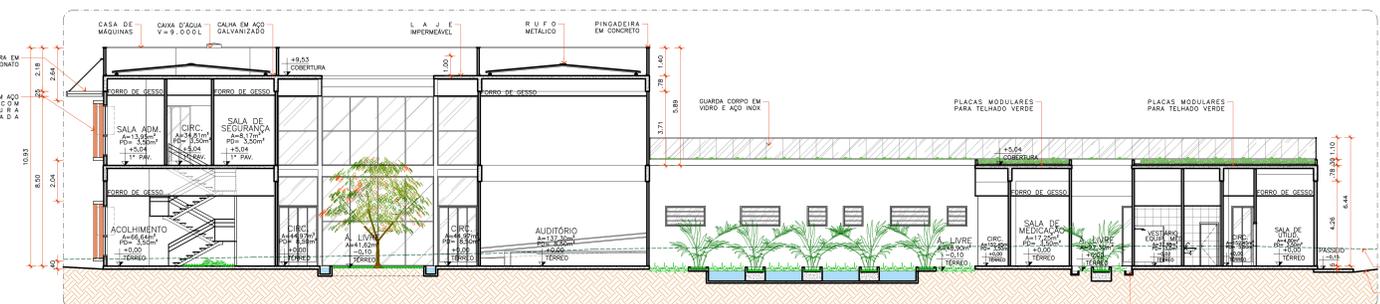
BASCULANTES	NUMDIMENSAO	PEITORIL	DESCRIÇÃO	QTD
B1	1,00 x 1,00	2,00	JANELA BASCULANTE EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	42
B2	2,00 x 1,00	2,00	JANELA BASCULANTE EM VIDRO E PERFIL DE ALUMINIO	32

QUADRO DE AREAS	
DADOS DO TERRENO	— AREA: 9.601,16m² — ZONA RESIDENCIAL B — 2R#
AREA CONSTRUIDA	2.730,38m²
ATM: 100% — PERMITIDO: 9.601,16m² — UTILIZADO: 2.730,38m²	
ALM: 50% — MINIMO: 4.800,58m² — EXISTENTE: 6.870,78m²	
AREA PERMENEVEL: 20% — MINIMO: 1.920,23m² — EXISTENTE: 2.437,44m²	
AS INTERVENÇÕES A SEREM REALIZADAS NÃO ALTERARÃO OS ÍNDICES CONSTRUTIVOS, SENDO SOMENTE UMA REFORMA DE CONSERVO DE EDIFICAÇÃO EM GERAL	



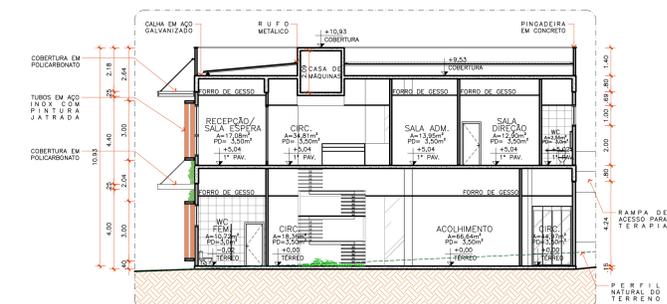
CORTE A

ESCALA 1:125



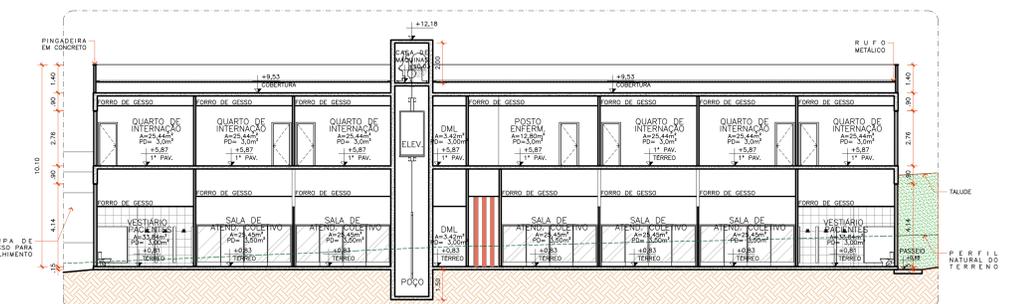
CORTE B

ESCALA 1:125



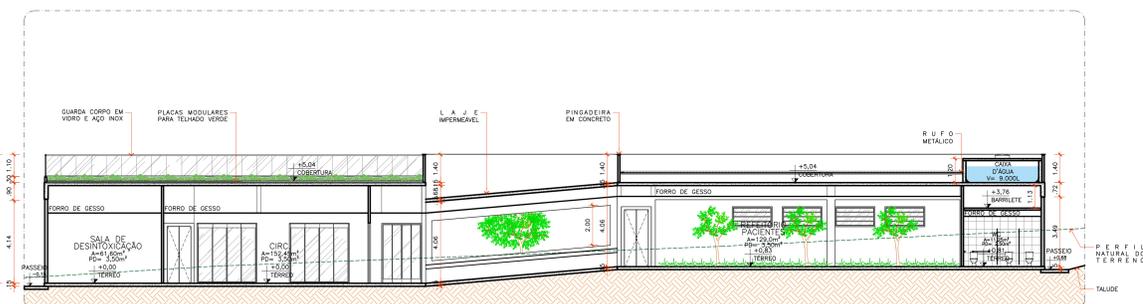
CORTE C

ESCALA 1:125



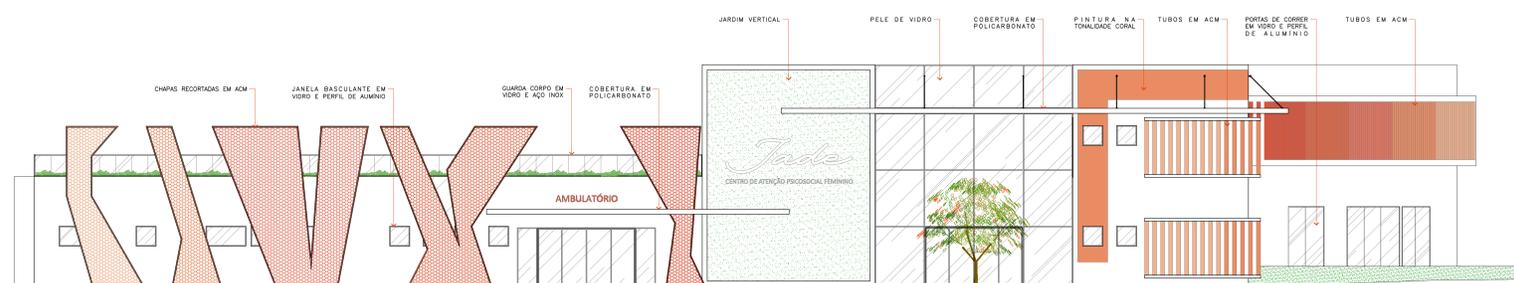
CORTE D

ESCALA 1:125



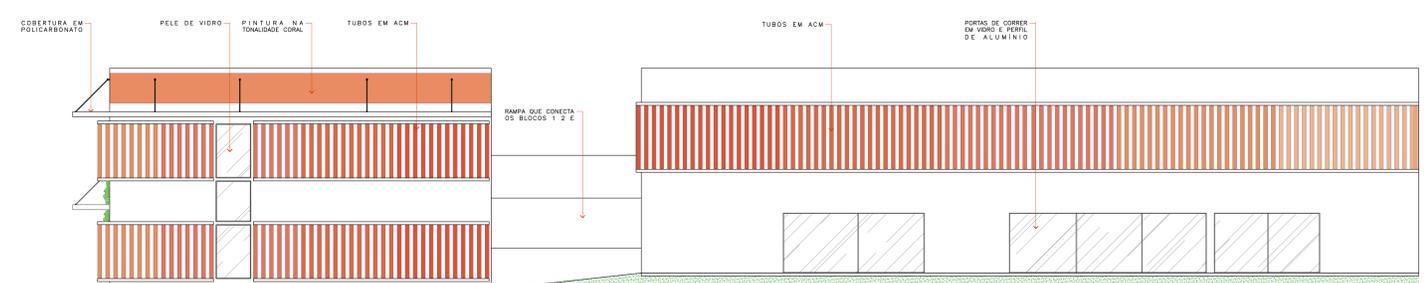
CORTE E

ESCALA 1:125



ELEVACAO 1

ESCALA 1:125



ELEVACAO 2

ESCALA 1:125

UNDB UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DO BOSCO – UNDB

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO

AUTORA DO PROJETO: ANA LUIZA DE CASTRO MESQUITA
MATERIAL: 002-017339

PROFESSORA ORIENTADORA: RAISSA MUNIZ PINTO

DATA: JULHO/2020 FORMATO: A0 ESCALA: 1/125 PRONAL: 08/08

CONTEUDO: CORTES E ELEVACOES

