

CAPS III BOA ESPERANÇA

PROPOSTA PARA UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE TECNOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Brenda Dala Paula Cordeiro

CAPS III BOA ESPERANÇA

PROPOSTA PARA UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Arquitetura e
Urbanismo da Universidade Federal da
Paraíba (UFPB), sob orientação Profª. Drª
Amélia de Farias Panet Barros.

João Pessoa, PB
2019

**Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

C794c Cordeiro, Brenda Dala Paula.

CAPS III Boa Esperança: proposta para um centro de
atenção psicossocial / Brenda Dala Paula Cordeiro. -
João Pessoa, 2019.
81 f.

Orientação: Amélia de Farias Panet Barros.
Monografia (Graduação) - UFPB/CT.

1. saúde mental. 2. psicologia ambiental. 3. projeto
arquitetônico. 4. centro de atenção psicossocial. I.
Panet Barros, Amélia de Farias. II. Título.

UFPB/BC

Brenda Dala Paula Cordeiro

CAPS III BOA ESPERANÇA

PROPOSTA PARA UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

BANCA EXAMINADORA:

AMÉLIA PANET
(ORIENTADORA)

GERMANA ROCHA
(EXAMINADORA)

DEBORAH KISHIMOTO
(EXAMINADORA)

João Pessoa, PB
2019

AGRADECIMENTOS

Dando fim a mais uma fase de minha vida, deixo aqui meu agradecimento a todos que fizeram parte do meu caminho e que mudaram meu mundo de alguma forma.

Agradeço aos meus pais, Glauco e Viviane, por sempre acreditarem em mim, até quando eu mesma não acreditei.

Agradeço aos meus irmãos e à toda a minha família, que, mesmo distantes, sei que torcem por mim.

Agradeço aos meus colegas de curso, por todos os momentos, bons e ruins, que vivemos juntos no decorrer desta trajetória.

Agradeço aos meus professores, por todo o conhecimento que me foi transmitido e que levarei para a vida toda.

Agradeço à minha orientadora, pela paciência e por me guiar nesta última etapa.

Agradeço aos meus amigos, por me ouvirem e me acompanharem nessa vida.

E, acima de tudo, agradeço a mim, por não ter desistido, apesar de todas as dificuldades e de todos os meus medos.

Este fim é apenas um começo...

RESUMO

O papel da arquitetura no comportamento humano é alvo de estudos recentes da psicologia ambiental. A arquitetura passa a ser uma grande aliada no tratamento e nas mudanças da percepção da sociedade acerca dos transtornos mentais, que, estão entre as dez principais causas de incapacitação no mundo atual. O antigo modelo manicomial mostrou-se antiético e inefetivo, abrindo espaço para novos modelos e equipamentos surgirem, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para apoio e suporte da população em todo território brasileiro. Entretanto, o objetivo de 1 CAPS para cada 100 mil habitantes, ainda não foi alcançado, o número de CAPS nas cidades brasileiras não é suficiente para a demanda existente e, entre os edifícios existentes, muitos não apresentam qualidade arquitetônica compatíveis com a proposta ética e digna deste novo segmento. Diante dessa problemática, este trabalho tem como objetivo a concepção, em nível de anteprojeto, de um Centro de Atenção Psicossocial para a cidade de João Pessoa, na Paraíba. Para realizá-lo, foram utilizados aspectos da psicologia ambiental e conceitos da Política Nacional de Humanização. Os resultados apontaram para uma proposta que valoriza o conforto e o acolhimento dos usuários, bem como a funcionalidade do projeto.

Palavras-chave: saúde mental, psicologia ambiental, projeto arquitetônico, centro de atenção psicossocial

A construção da individualidade se dá em um ambiente adequado, local estimulador de ações, pensamentos e sentimentos que permitirão o desenvolvimento da essência humana. (COSTA, 2001)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	10
DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	12
RAPS EM JOÃO PESSOA	12
O INDICADOR CAPS	14
OBJETO.....	16
OBJETIVO GERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
JUSTIFICATIVA.....	16
ETAPAS DE TRABALHO E METODOLOGIA	19
ETAPA 1: EMBASAMENTO TEÓRICO	19
ETAPA 2: ANÁLISE PROJETUAL.....	19
ETAPA 3: PROPOSITIVA	19

A SAÚDE MENTAL

LEITURA EXPLORATÓRIA	21
RELAÇÃO ESPAÇO CONSTRUÍDO-COMPORTAMENTO HUMANO.....	21
OS TRANSTORNOS MENTAIS	24
ARQUITETURA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL	25
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	29
POLÍTICAS E SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE	32
HUMANIZASUS	32
SOMASUS.....	32
REFERENCIAIS PROJETUAIS.....	33
CENTRO MÉDICO PSICOPEDAGÓGICO / COMAS-PONT ARQUITECTOS	33
CASA T / TEÓFILO OTONI ARQUITETURA.....	35
CASA S/D Nº01 / VÃO ARQUITETURA	36
MOODBOARD	37

O PROJETO

CONCEITOS E DIRETRIZES PROJETUAIS.....	39
CASA.....	39
ENCAIXE.....	39
O TERRENO	40
A ESCOLHA.....	40
A LOCALIZAÇÃO	41
A LOCALIZAÇÃO	42
O ENTORNO	44
AS CONDICIONANTES	45
ESTUDO DE VENTILAÇÃO	46
ESTUDO DE INSOLAÇÃO	47
PROGRAMA DE NECESSIDADES.....	48
SETOR DE ATENDIMENTO.....	48
SETOR ADMINISTRATIVO.....	48
SETOR DE CONVIVÊNCIA.....	49
SETOR DE REPOUSO	49
SETOR DE SERVIÇO.....	49
ORGANIZAÇÃO ESPACIAL	50
ZONEAMENTO	50
ORGANOGRAMA	51
SISTEMA ESTRUTURAL	52
PARTIDO ARQUITETÔNICO	54
PROCESSO	54
ESPACIALIDADE	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
SITES	70

APÊNDICE

APÊNDICE A	74
APÊNDICE B	77

INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO DO TEMA

No decorrer da história da saúde mental no Brasil, foi adotada uma arquitetura manicomial, com alienação e exclusão dos pacientes diante da sociedade. Com o tempo, percebeu-se que esse modelo é falho e degradante.

Verifica-se, cada vez mais, a importância da relação do comportamento humano com o espaço construído, e de como o segundo afeta o primeiro. A Psicologia Ambiental é um campo ainda pouco explorado, mas que vem ganhando mais força. É uma área que soma os conhecimentos psicológicos e arquitetônicos, com intenção de criar ambientes mais humanizados e coerentes ecologicamente.

Sob esta ótica, o edifício deixa de ser encarado apenas a partir das suas características físicas (construtivas) e passa a ser avaliado/discutido enquanto espaço “vivencial”, sujeito à ocupação, leitura, reinterpretação e/ou modificação pelos usuários, ou seja, ao estudo de aspectos construtivos e funcionais do espaço construído acrescenta-se a análise comportamental e social essencial à sua compreensão. Esse processo implica, necessariamente, a análise do uso - enquanto fator que possibilita a transformação de espaços em lugares - e a valorização do ponto de vista do usuário, destinatário final do espaço construído, e portanto imprescindível à compreensão da realidade. (ELALI, 1997, p. 353)

Nesse sentido, destaca-se a importância de aspectos que possibilitam uma vivência do ambiente construído mais completa e plena, onde não só os seus atributos físicos colaboram na experiência espacial, mas também aqueles não materiais, que incluem a interação dos sujeitos no espaço e envolvem aspectos psicológicos e comportamentais. No campo do conforto ambiental, percebemos com clareza a relação entre o espaço construído e o conforto humano, porém, ao adentrar em aspectos psicológicos e comportamentais, essa relação já não é tão evidente. Nessa perspectiva, o conceito de humanização tem sido primordial nos campos de atuação da saúde, justamente para retomar a singularidade e

subjetividade dos pacientes, visto que o ambiente construído tem o poder de provocar emoções, humores e sentimentos.

Em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde oficializou a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria GM/MS nº 3.088, que “tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2015)

Foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - instituições para acolhimento de pessoas com transtornos mentais, que proporcionam atendimento médico e psicossocial (com assistência individual psiquiátrica e psicológica) além de incentivar a integração social e familiar com encorajamento pela busca de autonomia e oferecimento de atividades comunitárias, oficinas terapêuticas e culturais e atendimentos domiciliares (BRASIL, 2015). Esses centros, espalhados pelas cidades em pontos estratégicos, procuram dar conta do apoio psicossocial. O propósito é criar uma rede que possa substituir o antigo sistema asilar de internação em Hospitais Psiquiátricos.

Este trabalho, portanto, tendo como base a importância da psicologia ambiental na humanização dos ambientes, pretende conceber, em nível de anteprojeto, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que possa se inserir na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa, Paraíba.

DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

RAPS EM JOÃO PESSOA

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como objetivo conectar os diferentes tipos de equipamentos e de profissionais da área de atendimento, para criar um grande tecido de assistência à população. Dentro desta rede estão desde os Hospitais e Centros de Atenção Psicossocial, até as Unidades de Saúde Familiar e Residências Terapêuticas. No mapa abaixo estão listados os principais equipamentos da RAPS em João Pessoa:

Figura 1 - Principais equipamentos da RAPS em João Pessoa, com CAPS existentes em destaque



Legenda: 1) Residência Terapêutica Nossa Lar; 2) CAPSi Infanto-Juvenil Cirandar; 3) CAPS III Gutemberg Botelho; 4) CAPS AD III Jovem Cidadão; 5) CAPS AD III David Capistrano; 6) CAPS III Caminhar; 7) Unidade de Acolhimento Infantil (UAI); 8) Residência Terapêutica Paraíso; 9) Pronto de Atendimento em Saúde Mental (PASM). **Fonte:** Snazzy maps, modificado pela autora.

- 1) Residência Terapêutica Nossa Lar:** localizada no bairro Mandacaru, acolhe pessoas que ficaram internadas em hospícios por mais de dois anos e que perderam o vínculo afetivo-familiar ou que foram abandonadas pela família.
- 2) CAPSi Infanto-Juvenil Cirandar:** localizado no bairro do Roger, com atendimento das 8h às 17h específico para crianças e adolescentes que apresentam transtornos psicóticos, neuróticos e usuários de substâncias psicoativas. Para que a educação não seja afetada, as crianças recebem o tratamento no horário oposto ao escolar.
- 3) CAPS III Gutemberg Botelho:** localizado no Bairro dos Estados, responsável pelo atendimento e tratamento de transtornos mentais severos e persistentes, com funcionamento de 24 horas.
- 4) CAPS AD III Jovem Cidadão:** localizado no bairro da Torre, é destinado para pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência do álcool e de outras drogas.
- 5) CAPS AD III David Capistrano:** no bairro do Rangel (Varjão), também com atendimento de 24 horas e especialidade em pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência do álcool e de outras drogas.
- 6) CAPS III – Caminhar:** localizado no bairro Jardim Cidade Universitária, também com atendimento 24 horas e recebe todos os tipos de transtornos mentais.
- 7) Unidade de Acolhimento Infantil (UAI):** é um centro de reabilitação de crianças e adolescentes em situação de dependência química.
- 8) Residência Terapêutica Paraíso:** localizado no bairro Mangabeira, também recebe pessoas que perderam o vínculo com a família, porém é destinada apenas para o público feminino.
- 9) Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM):** localizado no Ortotrauma de Mangabeira, é uma referência para atendimentos de urgência e emergências psiquiátricas, como surtos psicóticos, uso compulsivo ou abstinência de álcool e outras drogas, ideação e tentativa de suicídio, ansiedade e depressão aguda. Funcionamento de 24 horas.

Vale destacar que o município conta também com o Complexo Hospitalar Juliano Moreira, localizado no bairro da Torre, que disponibiliza cuidado especializado, com atendimento ambulatorial, de urgência psiquiátrica e de internação hospitalar, sendo referência no tratamento de usuários de substâncias psicoativas.

O INDICADOR CAPS

Com a introdução da atenção psicossocial no Brasil, a situação de desamparo da saúde mental pública mudou radicalmente. Mas, apesar da contínua melhora, ainda não foi alcançado o objetivo do parâmetro determinado pelo Ministério da Saúde: referência de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes. (BRASIL, 2005)

Figura 2 - O indicador CAPS/100.000 habitantes.
Cobertura dos CAPS em cada estado brasileiro



Fonte: BRASIL, 2005.

De acordo com o Censo IBGE de 2010, a população de João Pessoa é de 723.515 habitantes, e a estimativa do ano de 2018 foi de uma população de 800.323 pessoas. Assim, utilizando o indicador CAPS/100.000 habitantes, a capital paraibana precisa do suporte de oito Centros de Atenção Psicossocial.

No entanto, atualmente existem apenas cinco, e após análise do mapa da **figura 1**, percebe-se a concentração deles na região norte da cidade, deixando a região sul – região com a maior população da capital - desprovida de um centro mais próximo, obrigando os habitantes a realizarem grandes deslocamentos para ter contato com o serviço.

Assim, para ajudar a suprir essa demanda, a localização do projeto deste trabalho situa-se dentro da Zona Sul de João Pessoa, que no total inclui 20 bairros com população total de 219.948 habitantes, de acordo com o Censo IBGE de 2010, como mostra a tabela abaixo:

Tabela 1 - População da Zona Sul de João Pessoa - PB

Bairro	População	Bairro	População	Bairro	População
Água Fria	1.162	Funcionários	15.848	José Americo	16.269
Anatólia	6.269	Grotão	6.159	Mangabeira	75.988
Cidade dos Colibris	4.095	Bairro das Indústrias	8.712	Muçumagro	6.272
Costa e Silva	8.208	Jardim Cidade Univ.	21.425	Paratibe	12.396
Cuiá	6.944	Jardim São Paulo	4.550	Pl. Boa Esperança	6.213
Distrito Industrial	1.877	Jardim Veneza	12.812	Valentina	22.452
Ernesto Geisel	14.184	João Paulo II	15.446		

POPULAÇÃO TOTAL: 219.948

Fonte: Dados do Censo IBGE 2010, disponíveis no site populacao.net.br

Pelo total de habitantes, e estimando que a população está maior atualmente, verifica-se que o projeto será da modalidade CAPS III, destinado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 200 mil. (BRASIL, 2015)

OBJETO

Centro de Atenção Psicossocial em João Pessoa, Paraíba.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver, em nível de anteprojeto, um Centro de Atenção Psicossocial para a Zona Sul da cidade de João Pessoa, Paraíba.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aprofundar o estudo e análise de ambientes de saúde;
- Analisar as estratégias da arquitetura bioclimática;
- Analisar a aplicação do conceito de humanização na arquitetura.

JUSTIFICATIVA

Em uma sociedade repleta de situações de agressão, competição e insensibilidade, as estatísticas atuais acerca do suicídio apresentam que ele cresce não somente por questões populacionais, mas também por problemas sociais. Por natureza humana, pensamos em suicídio; o impulso, porém, é mais comum em pessoas emocionalmente exaustas e fragilizadas, sendo estimuladas pela possibilidade de escolha. Por exibir nossos limites e fraquezas, falar sobre a morte é ainda um tabu na sociedade. Porém, é necessário, visto que a primeira medida preventiva é a educação através do compartilhamento de informações sobre o assunto.

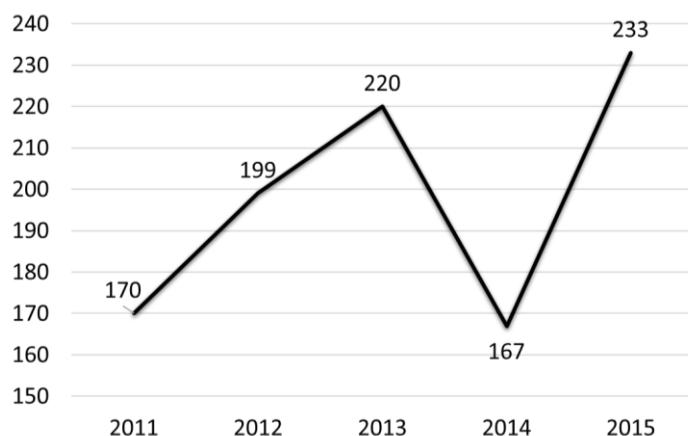
De acordo com dados coletados pelo Centro de Valorização da Vida (CVV) - disponíveis no folheto “Falando Abertamente sobre Suicídio” – em todo o mundo, a cada 40 segundos uma pessoa se mata; por ano, esse número chega a quase um milhão e é estimado que entre 10 a 20 milhões de pessoas cheguem a tentar. Os maiores índices de suicídio estão entre homossexuais, bissexuais e transexuais, tendência ligada a causas culturais e preconceitos sociais, além disso, os homens são os que se matam mais, apesar das mulheres tentarem mais vezes.

No Brasil, a média é de seis a sete mortes por 100 mil habitantes, com maior número entre jovens de 15 a 25 anos e idosos (a partir dos 70 anos); valores que só

tem crescido em uma tentativa de dar um fim, não à vida, mas ao sofrimento insuportável que sentem. Por dia, 32 brasileiros se suicidam - 17% dos brasileiros já pensaram seriamente em suicídio e 4,8% chegaram a elaborar plano para isso. Pensando em termos mais práticos, em uma sala com 30 pessoas, cinco delas já pensaram em suicídio.

Na Paraíba, de acordo com o Ministério da Saúde, foram registradas quase mil mortes em cinco anos. Segundo os dados, o número de mortes por suicídio aumentou consideravelmente entre 2011 e 2015, tendo uma baixa apenas no ano de 2014. O Sistema de Informação sobre Mortalidade da Secretaria Estadual de Saúde (SIM/SES) registra um caso de suicídio a cada 34 horas no estado.

Gráfico 1 - Mortes por suicídio na Paraíba (2011-2015)



Fonte: Ministério da Saúde, disponível em Portal Correio (2017)

No Brasil, segundo dados do IBGE (2010), existem mais de 2 milhões de pessoas com algum transtorno mental ou intelectual; na Paraíba, esse número chega a quase 62 mil e em João Pessoa, cerca de 11 mil. No entanto, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 90% dos casos de suicídio podem ser prevenidos – por estarem ligados geralmente a transtornos mentais, que podem ser tratados. Os principais transtornos são a depressão, a bipolaridade, transtorno de ansiedade, dependência química de álcool e outras drogas e a esquizofrenia.

Independente do transtorno e de sua gravidade, é possível tratá-lo e prevenir o suicídio, desde que existam condições mínimas para oferta de ajuda voluntária ou profissional. As pessoas abaladas emocionalmente precisam recorrer a essa ajuda; e, para isso, é necessário que estejam disponíveis locais de assistência. Em João Pessoa, existem alguns grupos de apoio a sobreviventes; associações de estudo e

apoio à família; e a possibilidade de ligar/enviar mensagem para o CVV (grupo de voluntários preparados que oferecem apoio emocional gratuito).

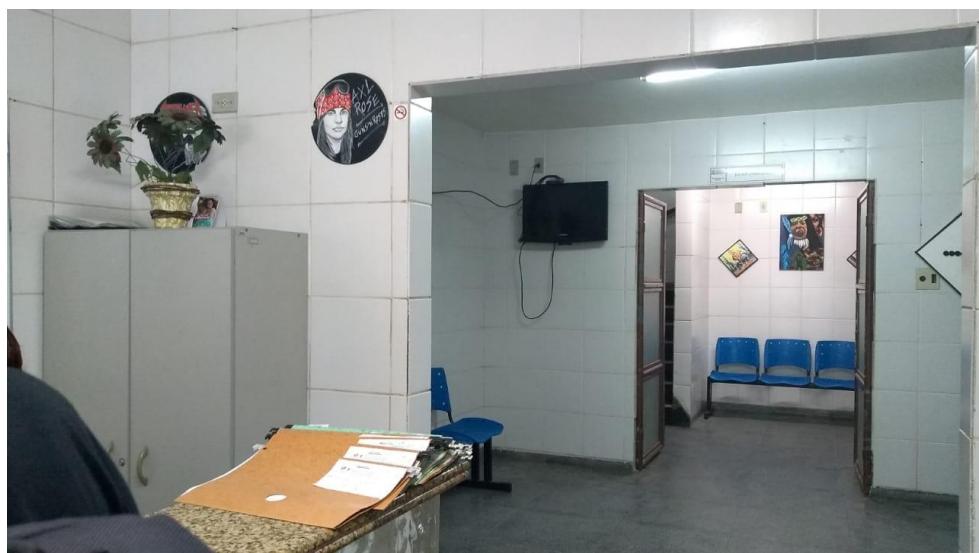
Além disso, existem os Centros de Atenção Psicossocial, para atender e apoiar. Em João Pessoa, esses centros são apropriações de edifícios pré-existentes ou projetos elaborados com muita simplicidade, gerando edifícios de pouca atratividade arquitetônica. Desse modo, a implementação de um centro CAPS na zona sul de João Pessoa – projetado desde o início para esse uso - contribui para o suporte dessa crescente demanda de atendimento a transtornos mentais em nossa sociedade, além de diversificar a arquitetura de CAPS da cidade.

Figura 3 - Fachada do CAPS AD III Jovem Cidadão



Fonte: Acervo pessoal, 2019.

Figura 4 - Área de recepção e acolhimento do CAPS AD III Jovem Cidadão



Fonte: Acervo pessoal, 2019.

ETAPAS DE TRABALHO E METODOLOGIA

Foram divididas três principais etapas de trabalho: Embasamento Exploratório, Análise Projetual e Etapa Propositiva.

ETAPA 1: EMBASAMENTO TEÓRICO

O Embasamento Teórico consiste em revisão bibliográfica, com busca de informações acerca de quatro temas principais: 1) Relação espaço construído-comportamento humano; 2) Transtornos mentais; 3) Arquitetura antimanicomial no Brasil; e 4) Centros de Atenção Psicossocial.

Procedimento Metodológico: Coleta de dados, pesquisa em artigos, monografias e sites, pesquisa em censos estatísticos e documentos oficiais, para suporte do embasamento teórico e formulação da problemática.

ETAPA 2: ANÁLISE PROJETUAL

A etapa de Análise Projetual compreende o estudo das condicionantes do projeto; com reconhecimento do terreno escolhido e do programa arquitetônico de necessidades, além da análise de correlatos com uso similar da proposta e o estudo das estratégias bioclimáticas aplicadas em arquitetura. Diagnóstico das necessidades do projeto, pré-dimensionamento, zoneamento, estudo de fluxos, topografia, insolação e ventilação.

Procedimento Metodológico: Estudo dos projetos correlatos através da compreensão dos aspectos funcionais e formais. Diagnóstico da viabilidade do terreno, consulta do código urbanístico e de obras e das normativas técnicas. Visitas de campo com fotografias.

ETAPA 3: PROPOSITIVA

Por último, a Etapa Propositiva, com desenvolvimento do partido arquitetônico e proposta que atenda às necessidades do objeto - produto das análises feitas na etapa anterior e do problema levantado. Estudos preliminares para chegar ao anteprojeto final. Consulta em normas técnicas.

Procedimento Metodológico: Elaboração de desenhos à mão livre, estudo de volumetria e de plantas, gerando desenhos técnicos como produto final.

A SAÚDE MENTAL

LEITURA EXPLORATÓRIA

RELAÇÃO ESPAÇO CONSTRUÍDO-COMPORTAMENTO HUMANO

De acordo com Elali (1997), ainda não é 100% definida qual a área de estudo da inter-relação do espaço construído com o comportamento humano, pois seus aspectos abrangem diversos campos como: Psicologia, Sociologia, Antropologia, Arquitetura, Urbanismo e Geografia. Além disso, o estudo isolado de cada uma dessas áreas envolvidas dificulta o contato entre os diferentes fatores incluídos na questão:

No entanto, a principal causa desta dificuldade parece relacionar-se à relativa estagnação do conhecimento dentro de cada setor, fruto da intensa compartmentalização da ciência em busca da super-especialização: a Medicina dedica-se ao estudo das condições de saúde do corpo; a Psicologia analisa o comportamento humano; a Sociologia aborda a relação entre os indivíduos; a Arquitetura projeta os edifícios que os abrigam; o Urbanismo dedica-se à planificação das cidades... (ELALI, 1997, p. 350)

A Psicologia Ambiental surge do reconhecimento dessa interdisciplinaridade inevitável no estudo da relação pessoa-ambiente. Na Psicologia, a atenção é centrada nos seres humanos e em seus processos de interação, com estudos em longo prazo e análises de aspectos subjetivos individuais, enquanto a Arquitetura requer prazos mais rápidos e limitados com respostas em linguagem gráfica e objetiva do processo projetual.

Os espaços dos antigos hospitais psiquiátricos eram ineficientes e pioravam a situação dos pacientes ao não permitirem a interação. (SOMMER, 2002 *apud* FONTES, 2003). É fundamental que seja feita a percepção do espaço construído pelos usuários, para que se possa fazer a análise de todas as potencialidades do mesmo, a qual irá garantir ou impedir o comportamento. A percepção é a forma de adquirir conhecimento através das sensações proporcionadas pelos sentidos e o espaço é o palco para as ações cotidianas, onde o ser humano concebe relações de significado.

O estudo do espaço arquitetônico, como fator capaz de propiciar o bem-estar físico e emocional a seus usuários, tem então encontrado uma crescente valorização nos processos de planejamento em saúde pública. O conceito de humanização, presente atualmente em várias áreas do conhecimento, tem sido largamente divulgado e aplicado nos projetos recentes em arquitetura da saúde, e representa um desdobramento de um novo enfoque em saúde, centrado no usuário, que passa a ser entendido de forma holística, e não mais como um conjunto de sintomas e patologias a serem estudadas pelas especialidades médicas. (FONTES, 2003, p. 02)

Para o biólogo J. von Uexkül (1921, *apud* KRUSE, 2005), o ambiente, na visão psicológica e social é diferente da visão física; questão que ele define como *Umwelt*. O ambiente está sempre ligado ao “mundo interno” de um organismo que percebe um espaço e reage a ele, assim, o ambiente é “*o entorno subjetivamente significativo de um indivíduo ou grupo*”. *Umwelten* são os conjuntos de significados das experiências humanas nos espaços, desde impactos percebidos abertamente quanto aqueles percebidos apenas no subconsciente (como a pressão atmosférica).

O meio ambiente seria material, pois o espaço construído define, para o sujeito, oportunidades e imposições, limitações para a sua ação e para a realização de seus objetivos. Ele é artefato porque é produzido pelo homem e materializa nos objetos, lugares e práticas sociais as relações e os modelos culturais de uma época e de um tempo determinado. É também matriz porque pode engendrar, por suas transformações, novos modos de vida e de relações. Transforma-se, assim, em um elemento sociofísico, ao qual o indivíduo se relacionará por meio de um filtro de idéias [sic], crenças, valores e sentimentos, cujo caráter social está vinculado, naturalmente, às idéias [sic] de pertencimento e à sua participação social. Nessa perspectiva, o ambiente construído terá um papel na constituição da identidade pessoal e social, sob a forma, em particular, do que Harold Proshansky

chamou 'identidade dos lugares'. (Jodelet, 2002, *apud* FONTES, 2003, p. 64)

O código cultural ocidental é obsessivamente focado nos olhos. A visão é historicamente estimada como o sentido mais virtuoso, sendo, desde a época dos antigos gregos, comparada em metáforas com o conhecimento e com a verdade. Como consequência desse isolamento dos olhos em detrimento da interação com os demais sentidos, a experiência de mundo é reduzida, fragmentando a complexidade do sistema sensorial.

Pallasmaa (2011) define que o tato, enquanto sentido, interliga nosso conhecimento de mundo com nossa individualidade, pois é nosso corpo que nos fazer uma perspectiva de referência no espaço, nos lembrando de quem somos e onde estamos. *“Ao experimentar a arte, ocorre um intercâmbio peculiar: eu empresto minhas emoções e associações ao espaço e o espaço me empresta sua aura, a qual incita e emancipa minhas percepções e pensamentos”* (PALLASMAA, 2011, p. 11). A experiência proporcionada em nosso corpo, ao adentrarmos um ambiente, é de total integração entre todos os nossos sentidos, em conjunto com nossas estruturas físicas e mentais, que dão significado e coerência ao entorno, de acordo com nossas experiências anteriores.

Eu me experimento na cidade; a cidade existe por meio de minha experiência corporal. A cidade e meu corpo se complementam e se definem. Eu moro na cidade, e a cidade mora em mim. (PALLASMAA, 2011, p. 38)

É o que Bachelard (*apud* PALLASMAA, 2011) chama de “polifonia dos sentidos”. Nosso senso de realidade é fruto dessa interação constante entre os olhos com o corpo e os demais sentidos. Toda experiência com a arquitetura é multissensorial, “as características de espaço, matéria e escala são medidas igualmente por nossos olhos, ouvidos, nariz, pele, língua, esqueleto e músculos”, reforçando nossa sensação de pertencimento e de identidade pessoal. A arquitetura de Frank Lloyd Wright e a de Alvar Aalto, por exemplo, reconhecem o inconsciente humano e sua multiplicidade de reações instintivas.

OS TRANSTORNOS MENTAIS

A epidemiologia (estudo das causas das doenças com sua frequência e distribuição na população) têm se tornado essencial para a idealização de políticas públicas voltadas para prevenção e tratamento. Antes associada ao estudo das epidemias infecto-contagiosas, a partir dos anos 90, sofreu um processo de transição, por que os transtornos e problemas de saúde mental viraram a maior causa de incapacitação, morbidade e morte prematura, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. (ANDRADE, 1999)

As abordagens convencionais, ao levarem em conta somente os índices de mortalidade, não consideram os anos vividos com o transtorno e a morte prematura consequente disso, minimizando a carga de incapacitação decorrente dos transtornos mentais, que, apesar de causarem pouco mais de 1% das mortes por doenças em geral, são culpados por mais de 12% das incapacitações, crescendo para 23% em países desenvolvidos. No mundo todo, entre as dez principais causas de incapacitação, cinco são causadas por transtornos psiquiátricos: 13% por depressão, 7,1 por dependência de álcool, 4% por esquizofrenia, 3,3% por transtorno bipolar e 2,8% por transtorno obsessivo-compulsivo. (ANDRADE, 1999)

Grande parte dos quadros de depressão e ansiedade se iniciam ainda na infância e acabam afetando toda sua vida. Um fator agravante é a falta de conscientização da própria assistência e dos especialistas da saúde pública e também do senso comum, que discrimina o “doente mental”, considerando-o um perigo social. Assim, se faz necessário o enfraquecimento do preconceito diante dos transtornos mentais e a preparação dos profissionais e das políticas de planejamento de programas de saúde, para que deem a devida atenção.

ARQUITETURA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

Foi pela necessidade de uma intervenção médica na presença das grandes epidemias - como a lepra e a febre amarela – que surgiu o modelo manicomial, em que as pessoas eram isoladas da sociedade. Era essencial, na época, a tomada de controle sobre a vida da sociedade pelas autoridades médicas. Esse domínio, no entanto, posteriormente se converteu no fenômeno da loucura, quando passou a ser utilizado para tratamento de pessoas com transtornos mentais.

Durkheim (1999 *apud* FERNANDES, 2007) diz que o conceito de “normalidade” varia de acordo com as espécies e suas fases de evolução, sofrendo modificações ao longo do tempo e pelas transformações na estrutura da sociedade. A “loucura”, por se distanciar das leis que regem a vida prática e estar fora da norma, seria um fenômeno “anormal”, refletindo sobre como o corpo social trata os indivíduos. O manicômio, então, é um espaço que simbolicamente representa a loucura, uma arquitetura da vigilância, que tornava possível vigiar o maior número de corpos e rostos com um único olhar.

Com o tempo, a compreensão das doenças mentais se altera e, com isso, muda-se a estruturação das instituições de tratamento. Foi no pós-Segunda Guerra Mundial, que o movimento antimanicomial ganhou força; momento em que se comparava o modelo manicomial com os campos de concentração nazista. Fontes (2003) diz que a intenção do movimento era combater os padrões do conhecimento e do tratamento utilizado pela psiquiatria tradicional, recusando o isolamento, a exclusão e utilização de práticas violentas (como prisão, lobotomia e eletrochoque).

Por volta da década de 60, com o surgimento da antipsiquiatria¹ e com as propostas da Psiquiatria Democrática² italiana e do psiquiatra Franco Basaglia³, ocorreu a quebra definitiva dos conceitos e posturas da psiquiatria convencional diante dos transtornos mentais. Basaglia procurava a reestruturação do tratamento: combatendo as grades, cadeados, choques elétricos, camisas de força e longas

¹ “Movimento de natureza terapêutica, contrário à psiquiatria ortodoxa, que refuta a internação, tranquilizantes, eletrochoques etc. impostos aos doentes mentais, considerando que o modo de ser de tais indivíduos é em essência uma reação saudável contra tentativas feitas pela sociedade e pela família de calá-los, dominá-los e neutralizá-los”

² “A psiquiatria democrática, experiência italiana, era baseada no fechamento dos hospitais psiquiátricos, sendo devidamente assegurado pela legislação. E também na construção de centros de saúde mental nos bairros para que os pacientes fossem atendidos em sua comunidade, em serviços com portas abertas, acentuando a liberdade como forma de tratamento”

³ Franco Basaglia foi o principal precursor da reforma psiquiátrica italiana, conhecida como Psiquiatria Democrática.

internações; para ele, “a sociedade e sua política são produtores de suas instituições, portanto, do sofrimento mental” (FERNANDES, 2007, p. 16).

O processo da Reforma Psiquiátrica impulsionou a importância da vida em comunidade e da colaboração de todos na procura de resultados, sem a existência de uma ‘hierarquia’ entre as pessoas. O obstáculo existente entre funcionários e pacientes, porém, continua atual, e é baseado na “*atuação unilateral do poder daquele que presta a assistência sobre o portador de sofrimento mental, que fragilizado, assume uma postura de dependência institucional.*” (FONTES, 2003, p. 47)

Em 1990, foi produzida a Declaração de Caracas, após a Conferência regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, onde profissionais da área de saúde mental e do direito debateram a ineficiência dos métodos da psiquiatria tradicional e de seus hospitais, por isolarem os pacientes da convivência em sociedade e transgredirem os direitos humanos e civis. A Declaração de Caracas “*preconiza uma reestruturação da assistência psiquiátrica, com a promoção de modelos alternativos inseridos nas comunidades, revisão do papel centralizador do hospital psiquiátrico, resgate e proteção dos direitos humanos*” (BRASIL, 2001 *apud* FONTES, 2003, p. 47)

A Reforma Psiquiátrica brasileira começa a surgir ao final da década de 70, durante a conjuntura da redemocratização, como uma forte crítica ao sistema nacional de saúde mental e à psiquiatria convencional – promovendo a retirada dos modelos manicomiais e a humanização dos tratamentos – lançando a arquitetura psiquiátrica para um período de adaptação. Na década de 90, foram criados novos equipamentos com a finalidade de garantir os dois objetivos básicos do projeto antimanicomial: a desinstitucionalização e a ressocialização.

Apresenta-se, então, a realidade da desinstitucionalização, como aquela em que uma pessoa internada no manicômio porque sofreu uma rejeição da organização social agora, ao receber alta, deve retomar, justamente, à essa sociedade que a negou. Se a sociedade não se transformou em relação aos julgamentos, imagens e narrativas que produz e reproduz da loucura, como pode ser agente ativo na ressocialização dos usuários de serviços de saúde mental? (FERNANDES, 2007, p. 27)

Assim, a Reforma não se limitava na esfera mental: era necessário gerar reflexão também nas esferas social e política. Instituída pelo Governo Federal na década de 90, a Política Nacional de Saúde Mental é coordenada pelo Ministério da Saúde para adotar as estratégias e diretrizes necessárias para o atendimento específico em saúde mental, compreendendo a assistência e o cuidado relacionados a transtornos mentais como depressão, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo e pessoas com dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas.

Entre os projetos criados estão o programa “de Volta para Casa”, implantado pela Lei 10.708 em 2003, que é um plano de inclusão social para fortalecer o processo de desinstitucionalização; e o programa “Crack, é possível vencer” do Governo Federal, coordenado pelo Ministério da Justiça, que envolve o combate, reabilitação e reintegração social de usuários, contribuindo para a diminuição dos índices de consumo de drogas. Cumprindo ações deste plano, entre dezembro de 2011 e janeiro de 2012, o Ministério da Saúde publicou uma série de Portarias que implementaram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):

- Portaria nº 3.088 de 23/12/2011 (Rep. em 30/12/2011) - Rede de Atenção Psicossocial
- Portaria nº 3.089 de 23/12/2011 (Rep. em 30/12/2011) - Recurso financeiro CAPS
- Portaria nº 3.090 de 23/12/2011 (Rep. em 30/12/2011) - Incentivo custeio SRT
- Portaria nº 121 de 25/01/2012 - Unidade de Acolhimento Transitório
- Portaria nº 122 de 25/01/2012 - Consultório na Rua
- Portaria nº 123 de 25/01/2012 - Cálculo Consultório na Rua
- Portaria nº 130 de 26/01/2012 - CAPS ad III 24 horas
- Portaria nº 131 de 26/01/2012 - Incentivo Serviços de Atenção em Regime Residencial
- Portaria nº 132 de 26/01/2012 - Componente Reabilitação Psicossocial
- Portaria nº 148 de 31/01/2012 - Serviço Hospitalar de Referência

No âmbito municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS) – conduzido pela Secretaria Municipal de Saúde - formula os projetos, políticas e programas para a saúde dos usuários. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) faz parte do SUS e abrange diversos equipamentos com diferentes finalidades, consolidando a Reforma Psiquiátrica e formando uma rede articulada e comunitária de cuidado integral e gratuito para as pessoas com transtornos mentais. Os principais modelos propostos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, para substituir as antigas instituições, foram:

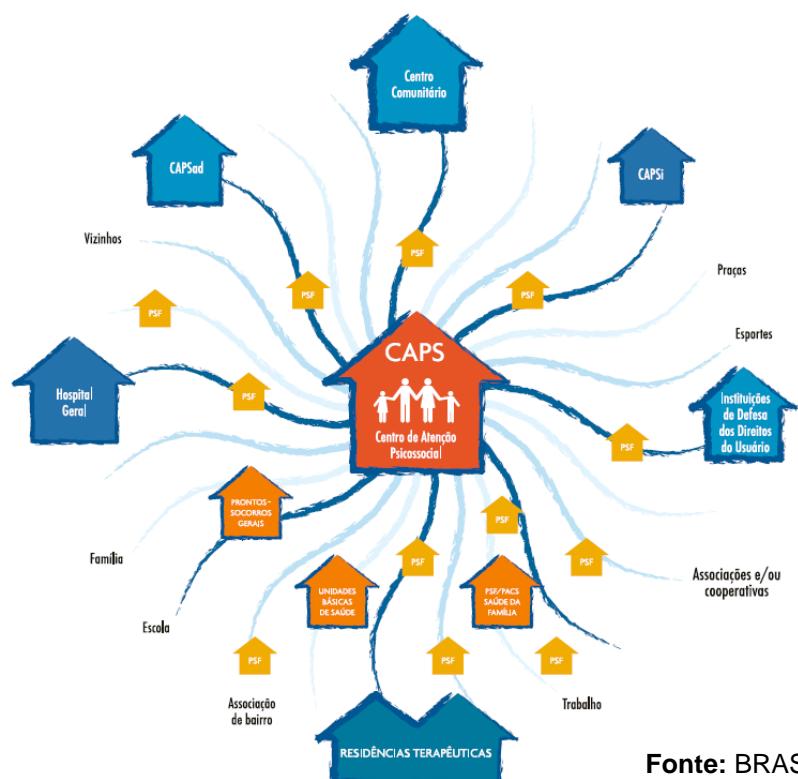
Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG): modelo mais antigo proposto pela Reforma Psiquiátrica. Criação de setores de serviços de assistência psiquiátrica em hospitais gerais, substituindo os internamentos em estabelecimentos exclusivamente psiquiátricos, evitando, assim, a exclusão da vida em comunidade;

Hospital-dia e Hospital-noite: modelo intermediário, entre a interferência hospitalar e a vida em sociedade, objetivando reduzir a exclusão e proporcionando um programa de tratamento característico para cada paciente. Essas instituições prestam assistência em regime de semi-hospitalização, de modo que a pessoa recebe os cuidados durante um período do dia ou da noite, para que depois retorne às suas atividades, visando a inclusão social;

Unidades de Acolhimento e Serviços de Residência Terapêutica (SRT): são moradias que têm como proposta ajudar pacientes crônicos, que não possuem familiares que possam lhes oferecer abrigo;

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial, oferecem serviços de assistência diária, possibilitando atividades terapêuticas e estimulando a formação de grupos de convivência. Podem também atender pacientes com transtornos mentais graves que não representam risco para si ou outros pacientes, que, em casos de crise, são encaminhados para unidades especializadas nesta finalidade, como os hospitais-dia ou unidades de emergência psiquiátrica.

Figura 5 - Esquema de Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: BRASIL, 2005.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar. (BRASIL, 2011 apud BRASIL, 2015, p. 09)

O tratamento é feito de acordo com a necessidade de cada usuário, podendo ser feito em regimes intensivos (atendimentos diários), semi-intensivos (atendimentos frequentes, sem serem diários) e não-intensivos (atendimentos esporádicos). As Portarias que implementam o financiamento, atividades e procedimentos praticados nos Centros de Atenção Psicossocial são:

- Portaria GM/MS nº 3089, de 23/12/2011 - Financiamento dos CAPS
- Portaria GM/MS nº 3099, de 23/12/2011 - Novo tipo de financiamento dos CAPS
- Portaria GM/MS nº 130, de 26/01/2012 - Redefinição do CAPS AD III e os respectivos incentivos financeiros
- Portaria GM/MS nº 854, de 22/08/2012 - Procedimentos das práticas CAPS
- Portaria GM/MS nº 615, de 15/04/2013 - Incentivo financeiro de investimento para construção dos CAPS e das UA
- Portaria GM/MS nº 1966, de 10/09/2013 - Reajuste do custeio dos CAPS III e CAPS AD III

A Portaria nº 854, de 2012, define as estratégias que os CAPS devem seguir, de acordo com os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), para oferecer o apoio necessário aos usuários e familiares. O PTS inclui algumas ações, comunitárias, coletivas ou individuais, que estão melhor detalhadas no **Apêndice A**, de acordo com a Portaria nº 854, de 2012.

O Ministério da Saúde classificou os CAPS em modalidades de acordo com a abrangência populacional, o nível de complexidade e o tipo de especialidade, no entanto, todos com as mesmas atribuições. A seguir estão listadas as modalidades, de acordo com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011:

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 20 mil habitantes.

CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 200 mil habitantes.

CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 200 mil habitantes.

A modalidade CAPS III, foco deste trabalho, disponibiliza serviço 24 horas, com prioridade no atendimento de pacientes que sofrem com transtornos mentais intensos (até mesmo ligados ao uso de substâncias psicoativas) - que impedem a vivência e a construção de laços afetivos e sociais - consequências do sofrimento psíquico grave. Além disso, disponibiliza acolhimento noturno, funcionando inclusive em feriados e finais de semana. Cada CAPS contém uma equipe multiprofissional para dar melhor assistência aos pacientes. A equipe mínima para a modalidade CAPS III, é definida como:

- 2 médicos psiquiatras;
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental;
- 5 profissionais de nível universitário (entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, profissional de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico)
- 8 profissionais de nível médio (entre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). (BRASIL, 2015)

O Ministério da Saúde oferece também orientações para elaboração de projetos de construção CAPS e disponibiliza os ambientes necessários para cada modalidade CAPS, com a quantidade mínima de cada ambiente, área unitária mínima aproximada e uma descrição de cada um desses ambientes. O programa de necessidades da modalidade CAPS III, de acordo com a Portaria nº 615, de 2013, está disponível no **Apêndice B**.

POLÍTICAS E SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE

HUMANIZASUS

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, tem como objetivo qualificar a saúde pública no Brasil, implantando os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão dos serviços de saúde.

Com base em experiências bem sucedidas em humanização, são criados planos de ação para enfrentar os problemas e dificuldades dos serviços de saúde em todo o país. O HumanizaSUS procura criar comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários para estimular as mudanças necessárias de forma coletiva e compartilhada. (BRASIL, 2013)

Essa política tem como diretrizes:

- Acolhimento;
- Gestão participativa e cogestão;
- Ambiência;
- Clínica ampliada e compartilhada;
- Valorização do trabalhador;
- Defesa dos direitos dos usuários.

SOMASUS

O Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde é um sistema que colabora para a elaboração de projetos da área da saúde, auxiliando na qualificação e humanização da assistência para a população. Por ser de acesso público, qualquer pessoa pode verificar o conteúdo disponibilizado.

O sistema oferece as características e equipamentos necessários para cada ambiente, de acordo com a atividade a ser exercida, além de disponibilizar exemplos de *layouts*, dimensionamentos e relações físico-funcionais de ambientes adjacentes.

REFERENCIAIS PROJETUAIS

CENTRO MÉDICO PSICOPEDAGÓGICO / COMAS-PONT ARQUITECTOS

Ficha Técnica

- Arquitetos: Comas-Pont arquitectos
- Localização: Barcelona, Espanha
- Área: 1657 m²
- Ano: 2015

Figura 6 - Centro Médico Psicopedagógico / Comas-Pont arquitectos



Fonte: ARCHDAILY, 2017

Formado pela repetição de um módulo de 6 metros de largura, o projeto comporta diversos serviços para pessoas com transtornos mentais e fica próximo aos principais centros de saúde de sua cidade. Seu partido se desenvolve a partir de uma unidade central que dá acesso às demais, que se adaptam à topografia do terreno separadas por jardins. Apresenta um sistema energético econômico que adapta a demanda energética de acordo com a ocupação interna e o clima externo.

Figura 7 – Pátio interno



Fonte: ARCHDAILY, 2017

As fachadas sul contam com estufas como um sistema bioclimático passivo e sobre a cobertura em estrutura metálica abobadada existem seções que, no verão, permitem a ventilação da câmara de ar, enquanto no inverno podem ser fechadas para conservar o calor e irradiá-lo para o ambiente por meio de mecanismos automatizados. O mesmo fenômeno ocorre na fachada sudeste, onde existe uma varanda linear, que no inverno serve como colchão térmico, acumulando o calor, e no verão ficam abertas deixando a varanda como elemento de proteção contra a irradiação solar direta.

Figura 8 - Varanda linear



Fonte: ARCHDAILY, 2017

Figura 9 - Planta Baixa, modificada pela autora

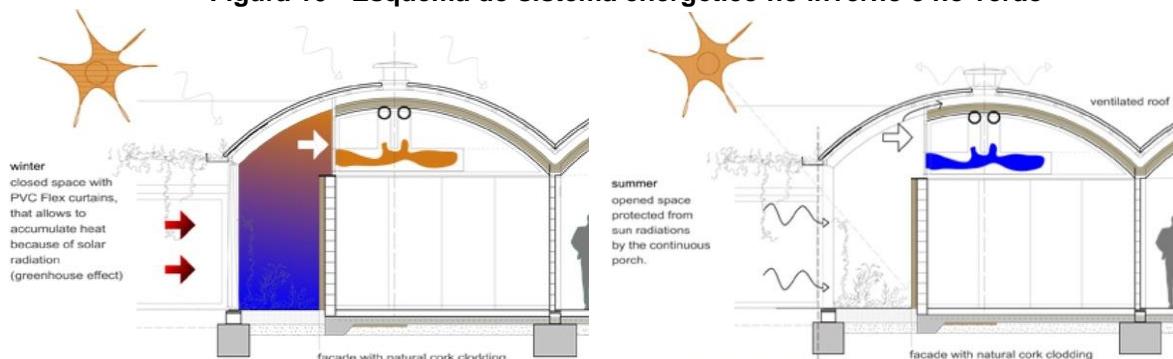


Fonte: ARCHDAILY, 2017

Foi

utilizado o mesmo revestimento para a fachada e a cobertura conferindo um caráter mais austero, enquanto nos espaços internos o elemento principal é a madeira. A vegetação do projeto é cultivada pelos próprios pacientes, como forma de terapia de reabilitação. (ARCHDAILY, 2017)

Figura 10 - Esquema do sistema energético no inverno e no verão



Fonte: ARCHDAILY, 2017

CASA T / TEÓFILO OTONI ARQUITETURA

Ficha Técnica

- Arquitetos: Teófilo Otoni Arquitetura
- Localização: Natal (RN), Brasil
- Área: 520 m²
- Ano: 2015

Figura 11 – Casa T / Teófilo Otoni Arquitetura



Fonte: ARCHDAILY, 2017

Para entender melhor como transmitir a sensação acolhedora de um lar para o projeto, algumas casas foram estudadas, como a Casa T, com características genuinamente brasileiras. O projeto tem traços modernistas influenciados pela arquitetura dos anos 70 e é marcado pelo uso de elementos vazados, como o cobogó, e destaque de planos e volumes pela cor. Sua planta é dividida em um setor íntimo, composto pelos quartos e um grande setor social de caráter aberto, que integra sala de estar, cozinha, varandas, jardim e piscina. (ARCHDAILY, 2017)

Figura 12 – Interior, com destaque para cobogós e abertura zenital



Fonte: ARCHDAILY, 2017

Figura 13 – Integração com a natureza



Fonte: ARCHDAILY, 2017

CASA S/D Nº01 / VÃO ARQUITETURA

Ficha Técnica

- Arquitetos: Vão Arquitetura
- Localização: Avaré (SP), Brasil
- Área: 180 m²
- Ano: 2015

Figura 14 – Casa s/d nº01 / Vão Arquitetura



Fonte: ARCHDAILY, 2017

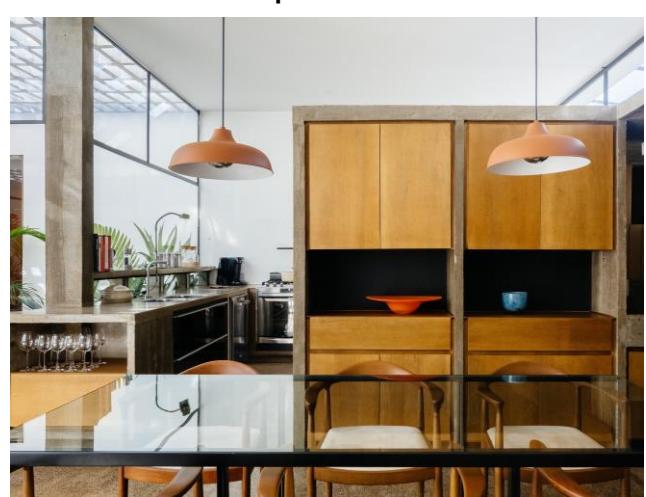
A Casa sem dono nº 01 foi pensada da forma mais flexível possível, para que pudesse acolher diferentes dinâmicas familiares. O projeto foi pensado como um percurso, começando pela fachada externa, como uma reentrância no volume que se volta em direção ao interior, onde se alternam espaços abertos e fechados e jogos de luz e sombra. O declive de 60 cm divide o programa em dois: de um lado as áreas sociais e de serviço, distribuídas ao longo de um jardim interno e do outro lado áreas privativas, acessados por uma escada. (ARCHDAILY, 2017)

Figura 15 – Jardim interno e abertura zenital



Fonte: ARCHDAILY, 2017

Figura 16 – Cozinha, com destaque para o uso de concreto aparente e madeira



Fonte: ARCHDAILY, 2017

Os principais aspectos que levaram estas três obras a serem selecionadas como referências projetuais e que foram utilizados neste trabalho são:

- A forte relação com a natureza e a relação do interior com o exterior;
- As estratégias de projeto utilizadas para garantir o conforto ambiental como: o uso de elementos vazados, para a ventilação e delimitação de espaços e o uso de aberturas zenitais para garantir iluminação;
- A divisão do programa de necessidades em diferentes setores para melhor distribuição e funcionalidade do projeto;
- O uso de materiais como o concreto aparente e a madeira, que tornam o ambiente mais aconchegante com um toque mais orgânico.

MOODBOARD

Como forma de visualizar melhor todos estes elementos e aspectos, foi gerado um moodboard - como um painel de referência – a fim de organizar e traduzir visualmente a atmosfera que pretende-se conceber no projeto.

Figura 17 – Moodboard da proposta



Fontes:

ARCHDAILY,2017

<https://i.pinimg.com/236x/86/e3/06/86e3069939ae4b26775251a578f15fad-the-architect-pavilion.jpg>

<http://www.calux.com.br/wp-content/uploads/2017/08/01-1.jpg>

<https://www.altoastral.com.br/wp-content/uploads/2016/09/horta-caseira-1-750x500.jpg>

https://http2.mlstatic.com/cobogo-rustico-limoeiros-marrom-20x20-D_NQ_NP_963399-MLB28204725800_092018-F.jpg

O PROJETO

CONCEITOS E DIRETRIZES PROJETUAIS

Para nortear o processo projetual, foram definidos conceitos que transmitem as ideias e as sensações desejadas para o processo de humanização da arquitetura. A partir destes conceitos, as diretrizes projetuais foram direcionadas para conseguir materializar espacialmente tais ideias no projeto.

CASA

Muito além de uma estrutura feita pelo ser humano para servir de habitação; uma casa é um abrigo e um refúgio, um local de defesa e de amparo, de zelo e de cuidado. Uma moradia que transmite acolhimento, conforto e segurança ao ser adentrado. Um lar.

Com o propósito de transmitir essa sensação, o conceito de ninho foi adaptado para o CAPS, a partir de diretrizes projetuais, como:

- Espaços amplos
- Integração com a natureza
- Integração de interior e exterior
- Permeabilidade visual
- Uso de materiais naturais como tijolo, madeira e concreto

ENCAIXE

Partes distintas que, unidas, completam um todo. Uma combinação de elementos complementares que, como um quebra-cabeça, se encaixam com a finalidade de formar uma unidade que seja a mais funcional e harmoniosa possível.

Algumas diretrizes projetuais para representar esse conceito na arquitetura do projeto do CAPS foram:

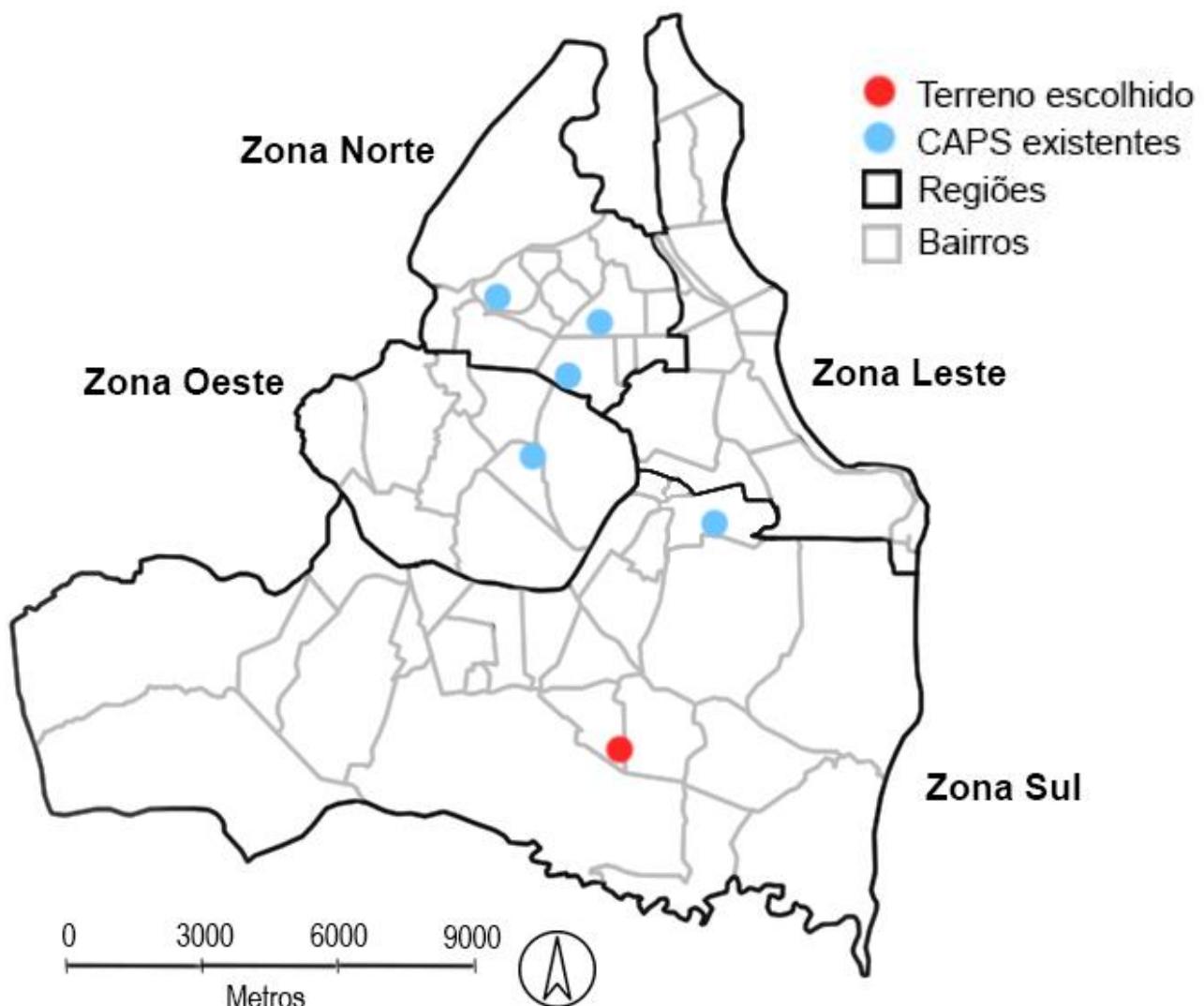
- Legibilidade
- Setorização focada na funcionalidade
- Continuidade funcional
- Fluidez

O TERRENO

A ESCOLHA

Ao observar a localização dos CAPS existentes podemos notar a concentração dos edifícios nas zonas mais a norte da cidade, deixando a zona sul desprovida de um serviço próximo, sendo necessário que os usuários realizem grandes deslocamentos. Dessa forma, optou-se pela escolha de um bairro mais centralizado na zona sul de João Pessoa: o Planalto da Boa Esperança.

Figura 18 – Terreno escolhido e CAPS existentes em João Pessoa



Fonte: Elaborado pela autora

Um dos fatores determinantes para a escolha do terreno foi o contato direto com uma das ruas principais da região (Rua Flodoaldo Peixoto Filho), onde passam as principais linhas de ônibus, garantindo uma boa mobilidade para o CAPS além de ganhar visibilidade por ser uma rua movimentada.

Além disso, foi escolhido um local estratégico do bairro, próximo a outros equipamentos de saúde, como Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Municipais, criando uma rede integrada de saúde.

Figura 19 – Localização do terreno e equipamentos próximos.



Legenda: 1) Terreno escolhido; 2) USF Ipiranga; 3) Centro de Saúde e Faculdade Nova Esperança; 4) Mercado Público Municipal de Valentina; 5) USF Integrada Valentina; 6) Fundação Bradesco; 7) Hospital Municipal Valentina; 8) UPA Valentina; 9) Terminal de Integração do Valentina; 10) USF Doce Mãe de Deus. **Fonte:** Google Earth, modificado pela autora.

A LOCALIZAÇÃO

Localizada no bairro Planalto da Boa Esperança, de João Pessoa - PB, o terreno escolhido possui duas frentes, sendo delimitado à leste pela Rua Flodoaldo Peixoto Filho e à oeste pela Rua Recife.

Figura 20 – Terreno escolhido dentro do bairro Planalto da Boa Esperança



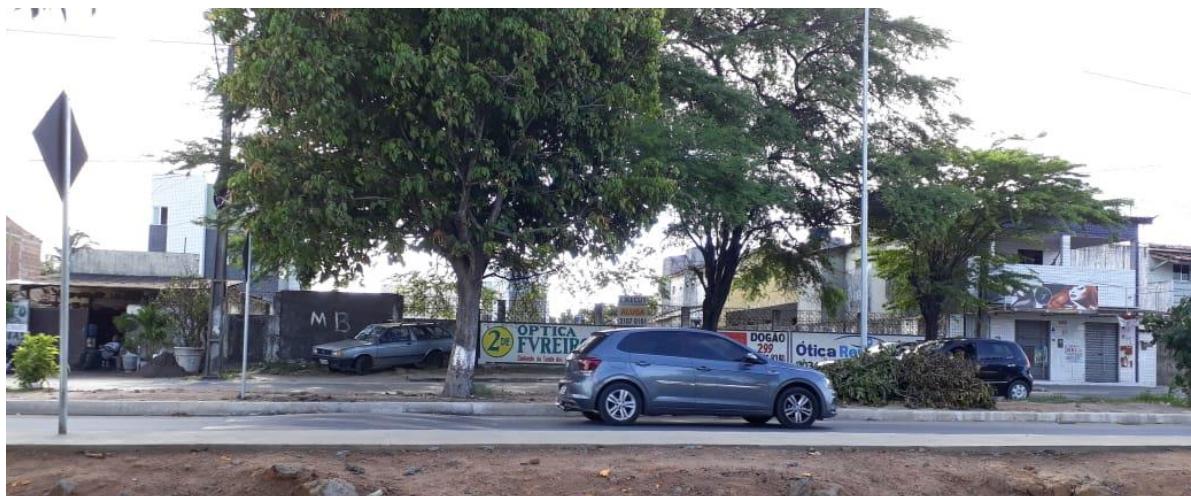
Fonte: Google Earth, modificado pela autora.

Legenda

- Terreno escolhido
- Fluxo de tráfego intenso
- Fluxo de tráfego moderado
- Parada de ônibus

Atualmente, a Rua Flodoaldo Peixoto Filho é asfaltada e de fluxo intenso de carros e a Rua Recife só tem pavimento em um trecho e o fluxo de tráfego é de baixa intensidade. Assim, a entrada principal do projeto ficou determinada pela Rua Flodoaldo Peixoto, onde existem três árvores que foram mantidas, enquanto pelo lado da Rua Recife foi feita uma entrada secundária e uma entrada de serviço, além de espaço para estacionamento.

Figura 21 - Frente do lote do terreno escolhido, pela Rua Flodoaldo Peixoto Filho.



Fonte: Acervo pessoal, 2019.

Figura 22 – Frente do lote, com destaque para as árvores existentes na calçada.



Fonte: Acervo Pessoal, 2019.

Figura 23 - Interior do terreno.



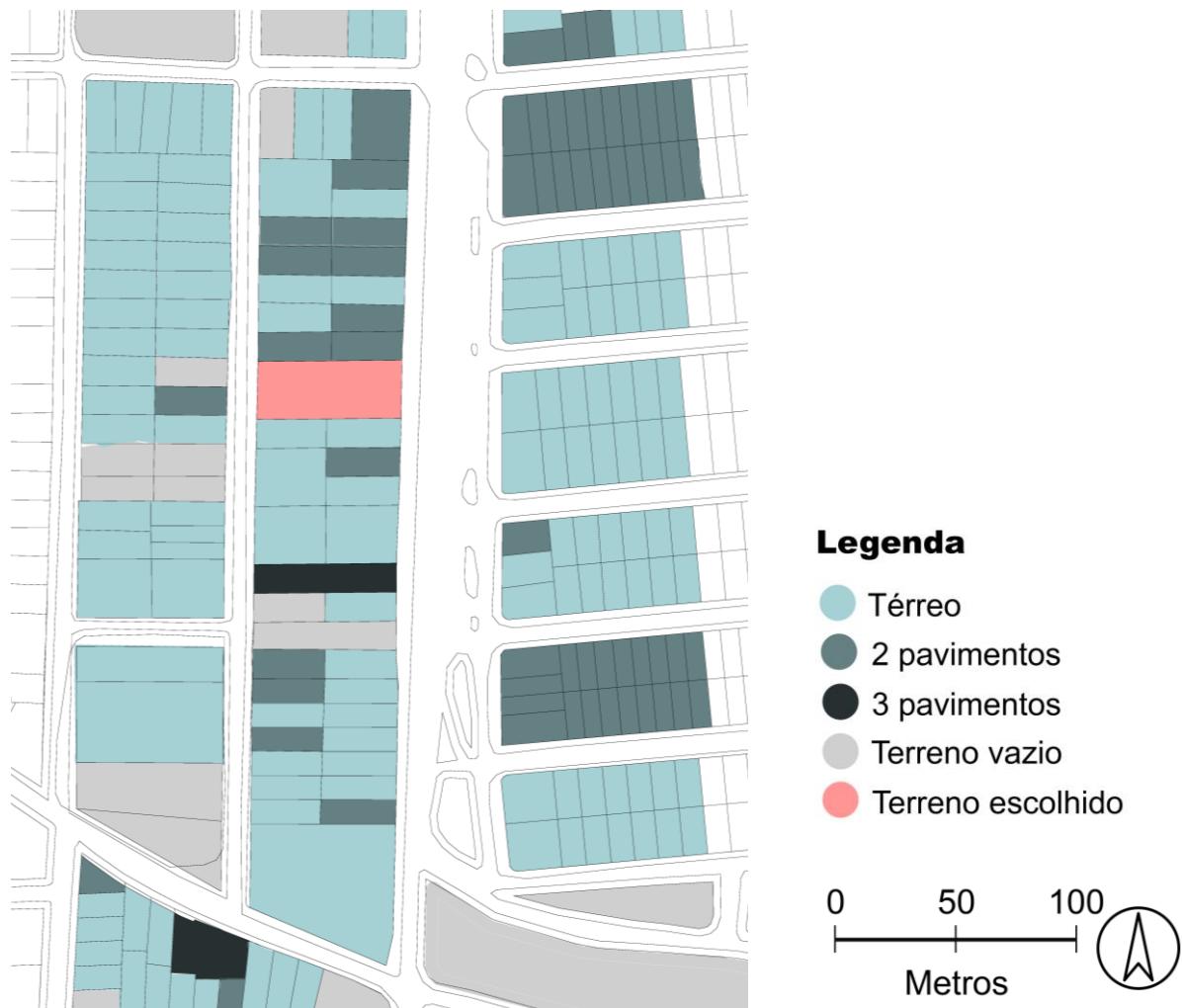
Fonte: Acervo pessoal, 2019.

O ENTORNO

O bairro Planalto da Boa Esperança e seu vizinho, Valentina, são delimitados pela rua Flodoaldo Peixoto Filho e possuem características semelhantes quanto aos usos e gabaritos. Assim, o entorno do terreno escolhido é predominantemente de edificações de uso residencial e em segundo lugar com uso voltado para comércio e serviço.

Quanto ao gabarito, prevalecem os edifícios térreos, seguidos por construções com dois pavimentos. Basta uma rápida visita ao local para notar que a região ainda possui um grande potencial de crescimento - principalmente próximo à rua Flodoaldo Peixoto Filho – onde se encontram diversas construções em andamento.

Figura 24 – Mapa de Gabarito

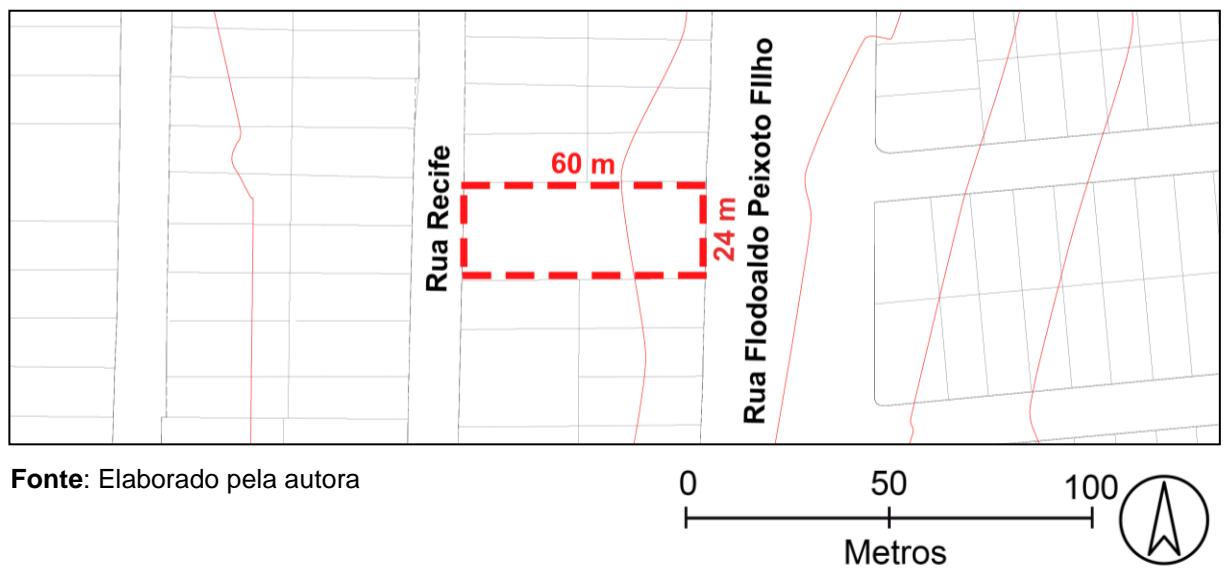


Fonte: Elaborado pela autora

AS CONDICIONANTES

Trata-se de um terreno retangular com comprimento de 60 metros e largura de 24 metros, totalizando uma área de 1440 m². Possui um desnível de aproximadamente 80 cm entre a Rua Recife e a Rua Flodoaldo Peixoto Filho (rua mais baixa).

Figura 25 – Dimensões do terreno escolhido e curvas de nível



De acordo com o Plano Diretor e o Código de Urbanismo do Município de João Pessoa, os índices urbanísticos que condicionam o terreno escolhido são:

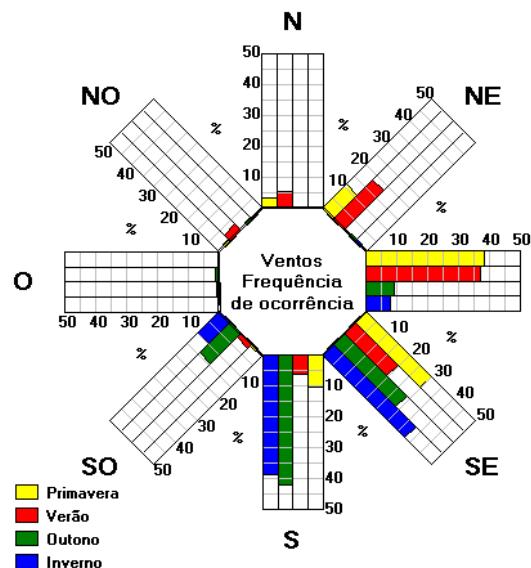
Macrozona	Zona Adensável Não Prioritária (ZAP)
Zona	Zona Axial Valentina (ZA7)
Uso	Institucional Regional (IR)⁴
Área Mínima	600 m²
Frente Mínima	20 m
Taxa de Ocupação	50%
Índice de Aproveitamento	1,5
Altura Máxima	2 pavimentos
Afastamento Frontal	5 m
Afastamento Lateral	2 m
Afastamento Fundos	3 m

⁴ Uso Institucional Regional (IR): estabelecimentos espaços de lazer e cultura, culto religiosos, saúde e administração pública, **de atendimento regional**, compreendendo as atividades definidas na categoria de “Institucional de Bairros” [...] (JOÃO PESSOA, 2001, grifo da autora)

ESTUDO DE VENTILAÇÃO

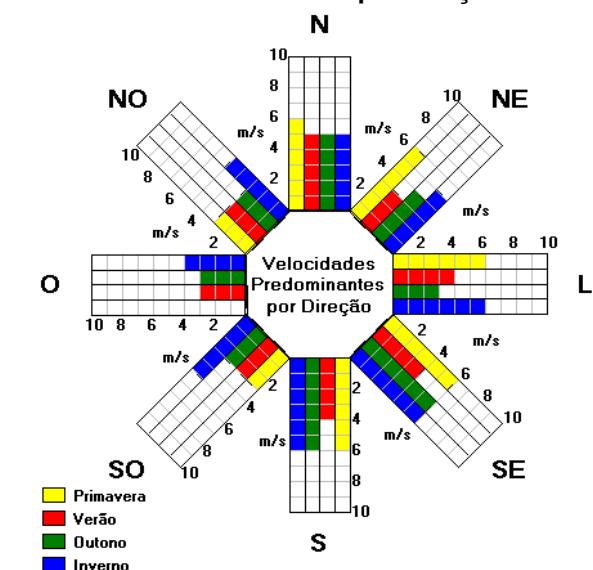
Para entender melhor como funciona o comportamento dos ventos no terreno escolhido, fez-se estudos utilizando os softwares *SOL-AR* e o *Flow Design*, que indicam a frequência, a velocidade e o fluxo dos ventos. Observa-se a predominância da ventilação vindo da direção sudeste, como mostram as figuras abaixo:

Figura 26 – Frequência de ocorrência dos ventos no terreno por direção



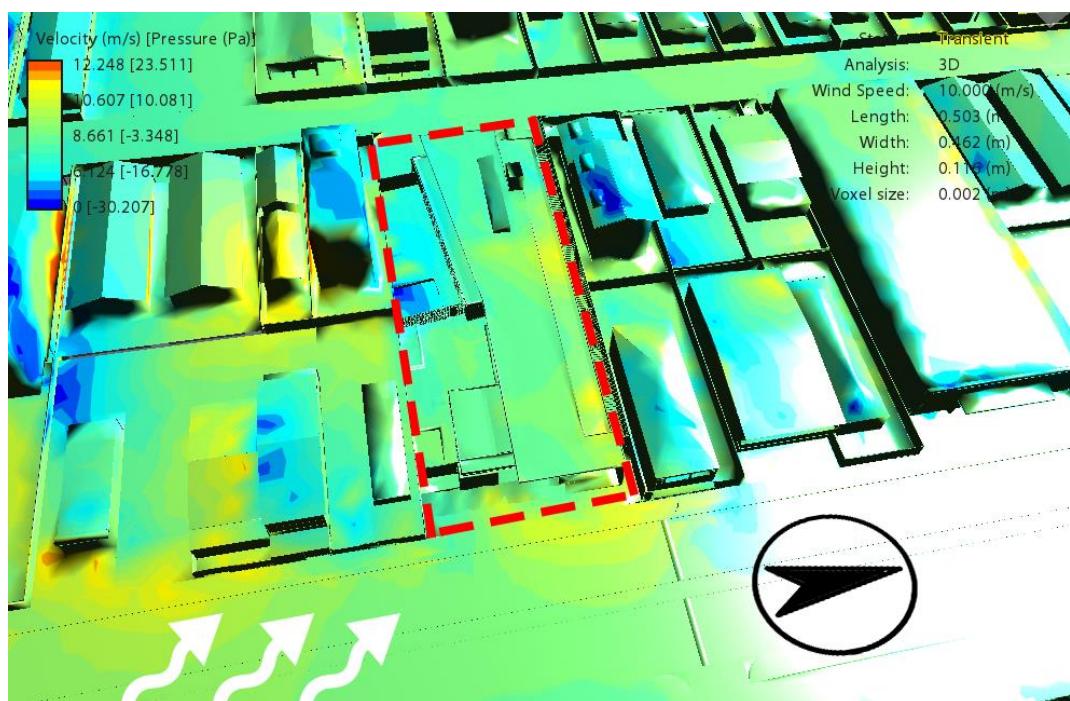
Fonte: SOL-AR

Figura 27 – Velocidades predominantes dos ventos no terreno por direção



Fonte: SOL-AR

Figura 28 – Velocidade dos ventos por superfície

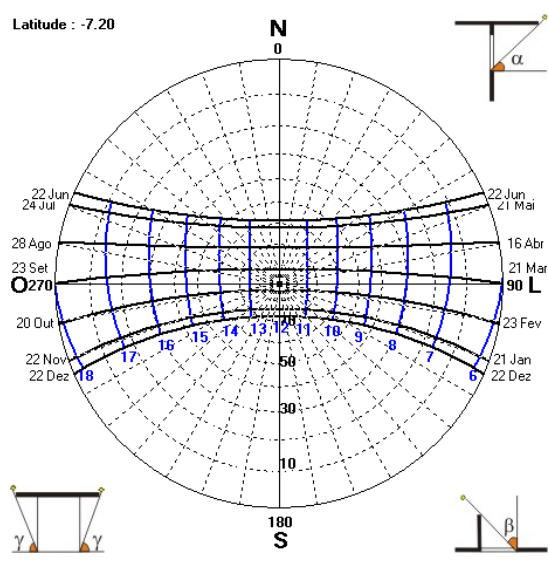


Fonte: Flow Design, modificado pela autora

ESTUDO DE INSOLAÇÃO

Para estudar a insolação no terreno, foi feita a carta solar de acordo com as coordenadas da localização e um estudo de sombras a partir dos dias de solstício e equinócio.

Figura 29 – Carta Solar



Fonte: SOL-AR

Figura 30 - Solstício de Verão - 8h e 16h



Fonte: Flow Design, modificado pela autora

Figura 31 - Solstício de Inverno - 8h e 16h



Fonte: Flow Design, modificado pela autora

Figura 32 - Equinócio de Primavera - 8h e 16h



Fonte: Flow Design, modificado pela autora

PROGRAMA DE NECESSIDADES

O Ministério da Saúde (2015) orienta considerar alguns pontos na elaboração de projetos. É importante desenvolver espaços na perspectiva das relações de “portas abertas”, que expressam o acolhimento, o apoio e o suporte ao usuário, a partir de um serviço comunitário com atenção contínua 24 horas. Tendo em mente o programa de necessidades disponibilizado pela Portaria nº 615, de 2013, foram criados 5 setores para organizar o projeto:

SETOR DE ATENDIMENTO

Espaços de acolhimento, informações e cuidado com o paciente.

Recepção e Espaço de Acolhimento.....	40,00 m²
Arquivo.....	4,00 m²
Hall de Espera.....	16,30 m²
Sala de Atendimento Individualizado 1.....	15,45 m²
Sala de Atendimento Individualizado 2.....	10,00 m²
Sala de Atendimento Individualizado 3.....	10,00 m²
Sala de Atendimento Coletivo 1.....	24,90 m²
Sala de Atendimento Coletivo 2.....	24,90 m²
Sala de Atendimento Coletivo 3.....	24,90 m²
Banheiro PNE Masculino.....	4,00 m²
Banheiro PNE Feminino.....	4,00 m²
Banheiro Masculino.....	7,90 m²
Banheiro Feminino.....	7,90 m²
Sala de Medicação.....	5,30 m²
Posto de Enfermagem.....	6,40 m²
Farmácia.....	5,30 m²
Guarita.....	3,20 m²

SETOR ADMINISTRATIVO

Ambientes de gerenciamento, debate e decisão de ideias.

Sala Administrativa.....	12,00 m²
Sala de Reuniões.....	16,00 m²

SETOR DE CONVIVÊNCIA

Espaços de uso coletivo para atividades em grupo ou para convivência em geral.

Refeitório	35,00 m²
Espaço de Convivência Interno 1	60,00 m²
Espaço de Convivência Interno 2	100,00 m²
Espaço de Convivência Externo	175,00 m²
Espaço de Convivência Externo Privativo	156,00 m²

SETOR DE REPOUSO

Espaços para descanso e acomodação noturna.

Quarto Coletivo 1	15,40 m²
Banheiro 1	4,60 m²
Quarto Coletivo 2	15,40 m²
Banheiro 2	4,60 m²
Quarto Coletivo PNE	16,50 m²
Banheiro PNE	4,60 m²
Quarto de Plantão	15,40 m²
Banheiro de Plantão	4,60 m²

SETOR DE SERVIÇO

Ambientes de manutenção e armazenamento para uso dos funcionários.

Cozinha	35,00 m²
Banheiro Feminino para Funcionários	10,00 m²
Banheiro Masculino para Funcionários	10,00 m²
Almoxarifado e Sala de Utilidades	5,20 m²
Depósito de Material de Limpeza (DML)	5,20 m²
Rouparia	5,25 m²
Área de Serviço	5,90 m²
Abrigo Externo de Resíduos Comuns	5,35 m²
Abrigo GLP	3,35 m²

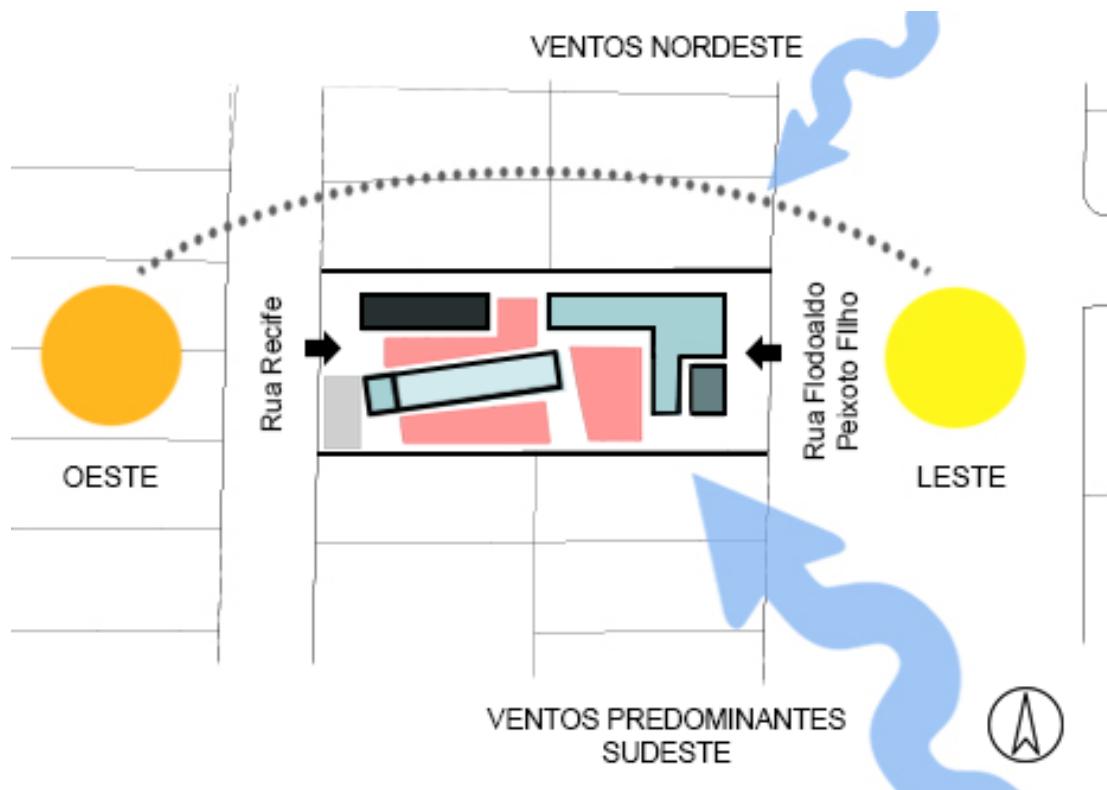
ORGANIZAÇÃO ESPACIAL

ZONEAMENTO

A ideia de criar dois acessos foi fator determinante para a organização dos setores no terreno. O acesso principal, feito pela rua Flodoaldo Peixoto Filho, fica ligado com a área ambulatorial do CAPS, onde estão o Setor de Atendimento e o Setor Administrativo; já o acesso secundário, a partir da rua Recife, fica ligado com a área de funções mais internas do CAPS, com o Setor de Serviço e o Setor de Repouso, além de alguns ambientes de atendimento que precisam ficar próximos aos quartos (como a Sala de Medicação).

Estas duas áreas - interna e ambulatorial - ficam ligadas a partir de uma esquadria, que tem como intenção apenas delimitar os espaços, não os segregar. Por fim, entre os blocos de cada um desses setores, encontram-se as áreas do Setor de Convivência, integrando todo o projeto.

Figura 33 - Zoneamento



Fonte: Elaborado pela autora

Legenda

- | | | |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| ● Setor de Repouso | ● Setor Administrativo | ● Setor de Convivência |
| ● Setor de Atendimento | ● Setor de Serviço | ● Estacionamento |

Figura 34 – Zoneamento em Planta Baixa esquemática

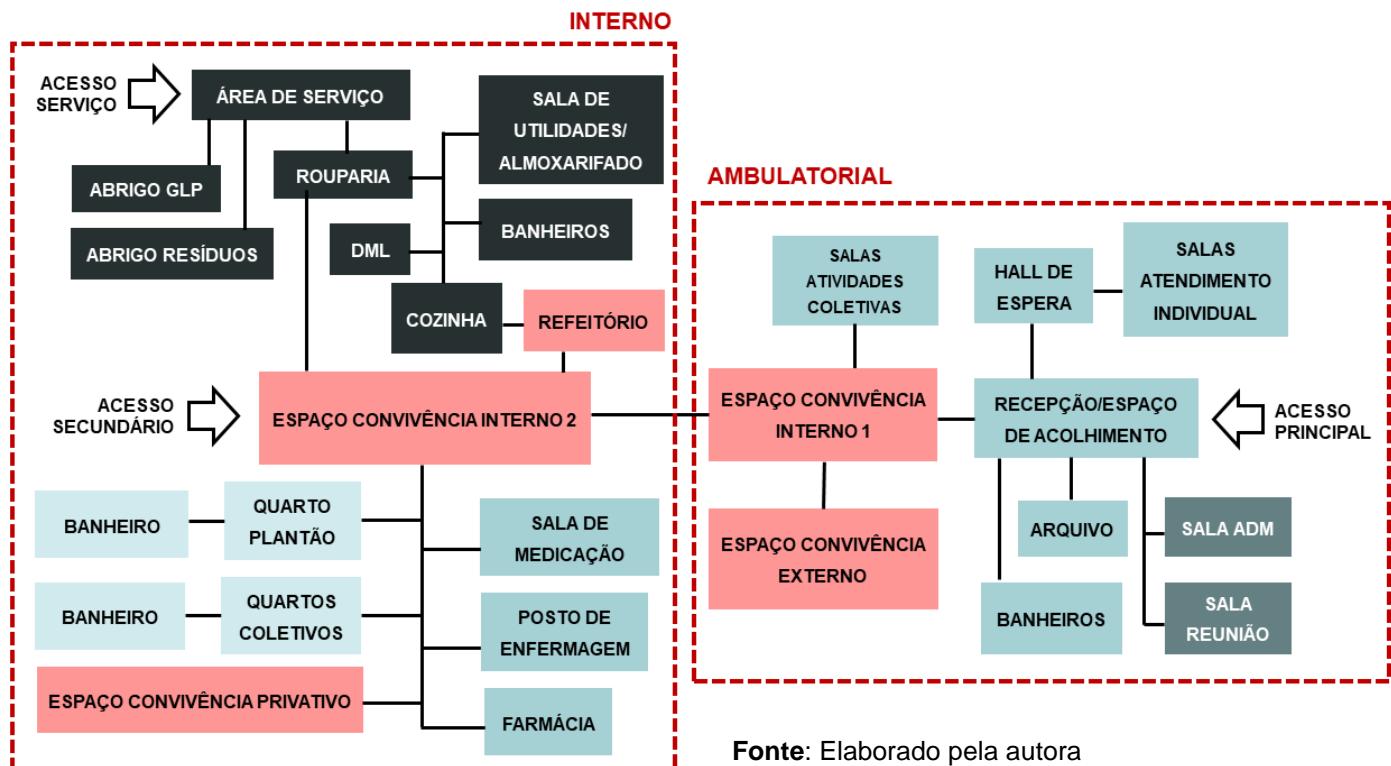


Fonte: Elaborado pela autora

ORGANOGRAMA

No organograma abaixo é possível visualizar a relação entre os diferentes setores e compreender melhor a divisão entre os ambientes ambulatoriais e internos:

Figure 35 - Organograma



Fonte: Elaborado pela autora

Legenda

- Setor de Repouso
- Setor Administrativo
- Setor de Convivência
- Setor de Atendimento
- Setor de Serviço

SISTEMA ESTRUTURAL

O sistema estrutural escolhido foi o convencional, que não exige mão de obra qualificada e especializada, composto por vigas, pilares e lajes de concreto armado para sustentação da edificação, que suportam vãos consideráveis. Já a alvenaria, com blocos cerâmicos, tem função de vedação e separação dos ambientes.

Figura 36 – Sistema estrutural convencional



Fonte: http://www.forumdaconstrucao.com.br/materias/imagens/01642_02.jpg

Figura 37 – Estrutura e vedações



Fonte: <https://pedreirao.com.br/wp-content/uploads/2015/05/parede-alvenaria-vedacao-construcao-tijolo-ceramico-pedreiro-pedreirao.jpg>

Nos quartos foram usadas paredes duplas, formadas por duas fileiras de tijolos com espaçamento revestido com aglomerado de cortiça expandida, para oferecer um grau maior de isolamento térmico e acústico.

Figure 38 – Parede dupla revestida com aglomerado de cortiça expandida



Fonte: <https://www.amorimisolamentos.com/xms/img/800x/c5286/cT04NSZmbHRyW109dXNtL08zbS8tME0zWnJTbS9oTlhvVWhVLndhc29Bc3hwZ2hwYS9aM2puc01tanNrWm5TLVNzLXVrRlpzTUo3U25Nam50enRka3l.jpg>

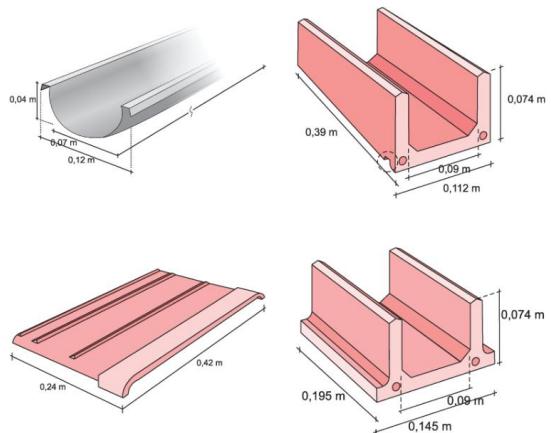
Na coberta, foi usado o sistema de Telha Cerâmica Taguá, que permite inclinações a partir de 3%, sem uso de madeira. Esse sistema é composto por quatro peças básicas (telha cerâmica, minicalha, suporte e pingadeira), de fácil montagem, baixa manutenção e elevado conforto térmico e acústico, além de ter baixo custo por metro quadrado.

Figura 39 – Telha Cerâmica Taguá



Fonte: Catálogo Taguá

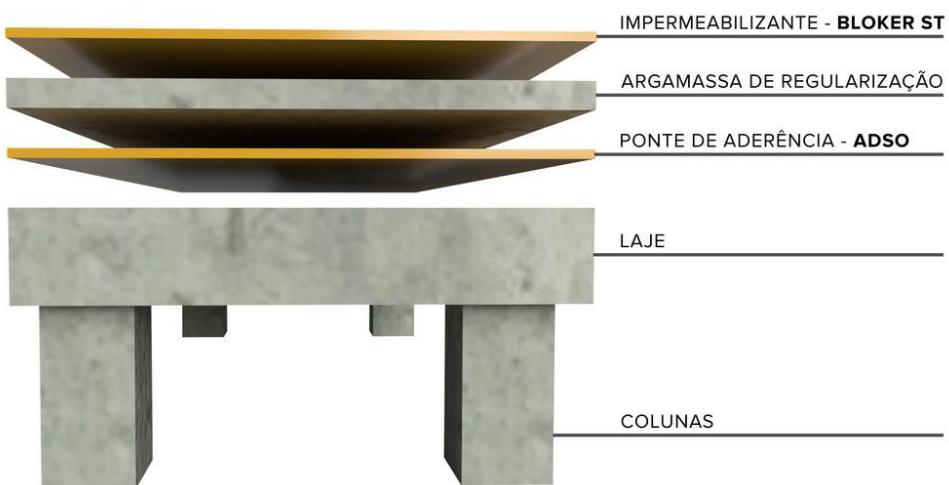
Figura 40 – Peças básicas



Fonte: Catálogo Taguá

Outra parte da coberta é de laje impermeabilizada acrescida de 4 cm de vermiculita expandida - argamassa leve, fácil e econômica para regularização, enchimento e nivelamento que possui propriedades de isolamento térmico e acústico.

Figura 41 – Esquema de laje impermeabilizada e com argamassa de regularização



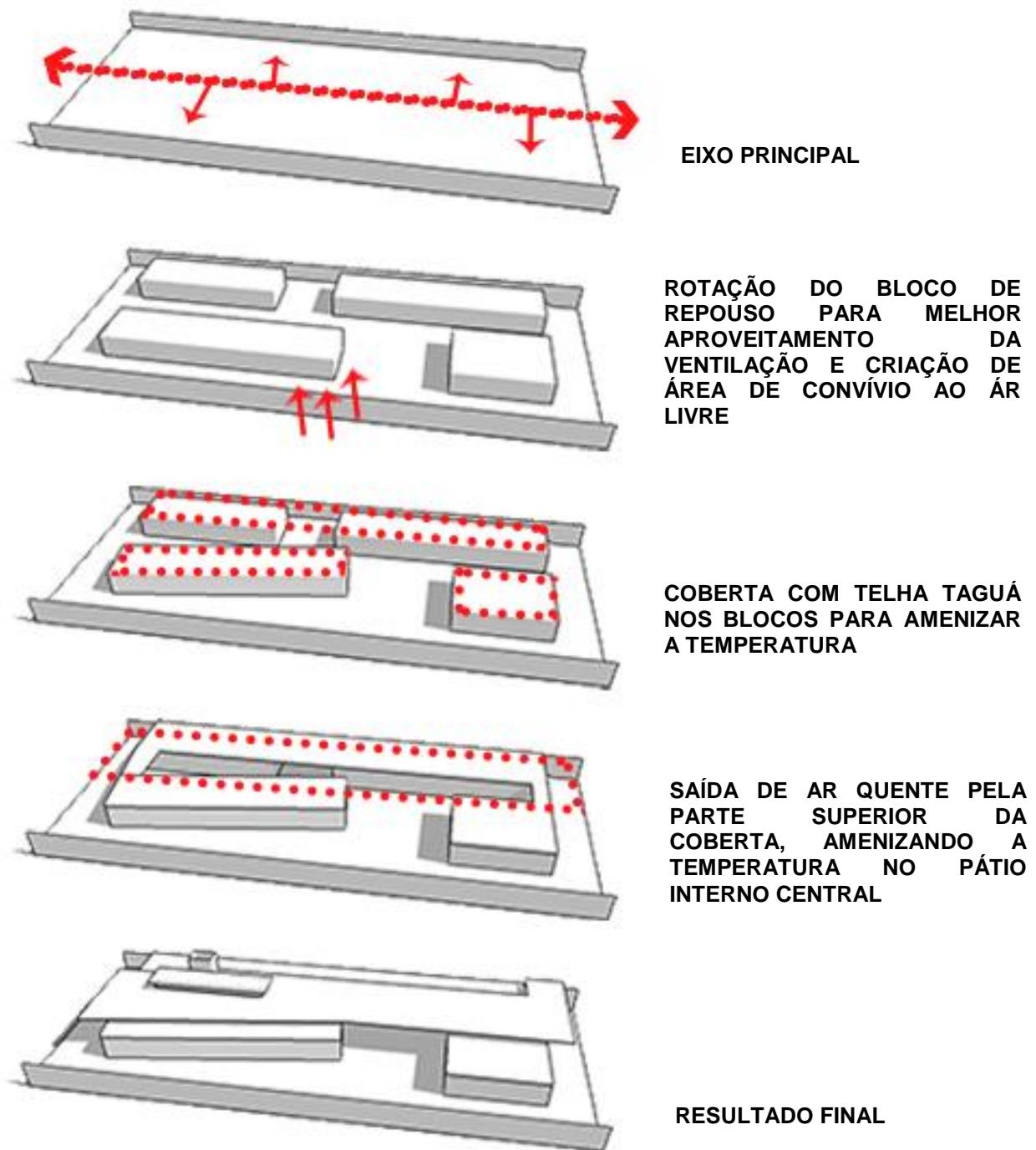
Fonte: <https://static1.squarespace.com/static/56a8242c69a91a5f033d06e5/t/57f7e6c41b631b9a3622cbdc/1490050884373/impermeabiliza%C3%A7%C3%A3o+de+lajes>

PARTIDO ARQUITETÔNICO

PROCESSO

Foram os acessos pelas ruas perimetrais que determinaram o partido arquitetônico: um eixo principal que leva aos diferentes blocos, cada um com suas finalidades.

Figura 42 – Esquema do processo volumétrico



Fonte: Elaborado pela autora



Figura 43 – Perspectiva Geral
Fonte: Elaborado pela autora



Figura 44 – Entrada Principal
Fonte: Elaborado pela autora

ESPACIALIDADE

A chegada no edifício, pelo acesso principal, feito pela rua Flodoaldo Peixoto Filho, é caracterizada pela arborização existente e pela estrutura em concreto aparente que marca a entrada. Em contraste com a austeridade da estrutura, detalhes em madeira e degraus “flutuantes” trazem um caráter mais leve para a fachada. Na entrada secundária, pela rua Recife, tentou-se manter essa mesma linguagem.

Figura 45 – Entrada Principal



Fonte: Elaborado pela autora

Para a recepção e espaço de acolhimento, foi criado um *layout* mais moderno e jovial, com mobiliário confortável e convidativo, que pudesse atrair as pessoas, diferentemente do que usualmente vemos em clínicas médicas, onde existe uma atmosfera apática que distancia as pessoas do lugar.

O espaço de convivência externa foi pensado como uma grande praça, proporcionando integração com a natureza. É um espaço para convívio e para atividades em grupo ou individuais, com mesas, redes e um pergolado com área para descanso. Além disso, apresenta uma área de deck com piscina para atividades coletivas ou para atividades terapêuticas, como hidroterapia.



Figura 46 – Entrada Secundária
Fonte: Elaborado pela autora



Figura 47 – Recepção e Espaço de Acolhimento
Fonte: Elaborado pela autora



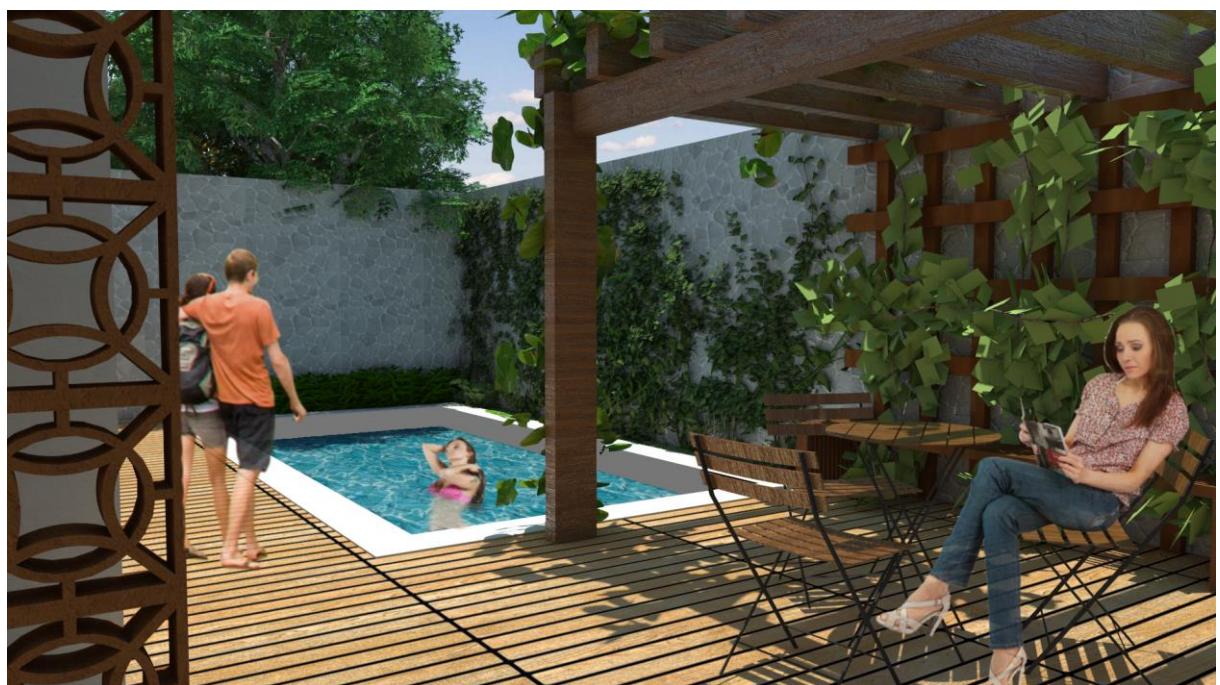
Figura 48– Recepção e Espaço de Acolhimento

Fonte: Elaborado pela autora



Figura 49 – Espaço de Convivência Externo
Fonte: Elaborado pela autora

Figura 50 - Piscina



Fonte: Elaborado pela autora

As salas de atendimento também possuem mobiliário convidativo, a fim de acalmar os pacientes tornando o ambiente mais descontraído e o mais agradável possível. O mesmo intuito foi passado para os quartos, para transmitir segurança e a sensação de conforto de um lar.

Próximo às salas de atendimento individual criou-se uma saída secundária, junto ao hall de espera, de modo que, após a consulta, os pacientes podem sair por ali, tendo também contato com a natureza do jardim existente na área. Esse mesmo contato foi proposto para as salas de atendimento coletivo, refeitório e ambientes de serviço, onde existem jardins internos, para integração com a natureza.

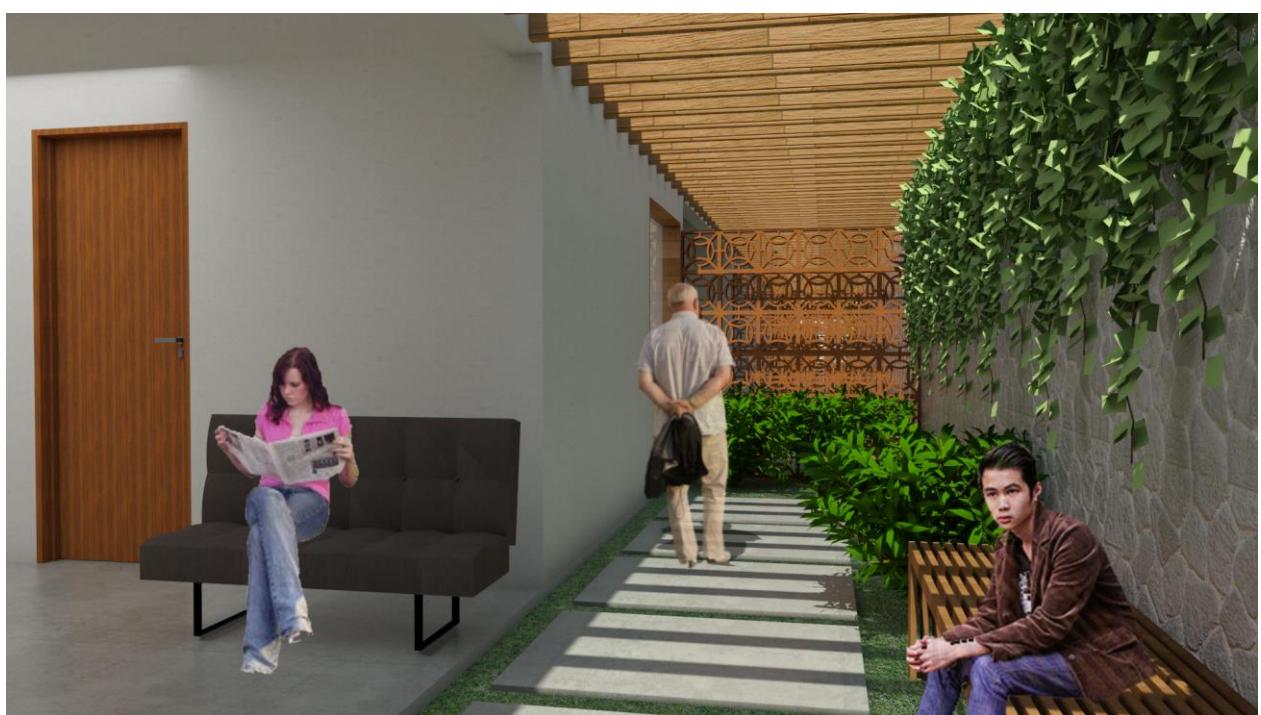
Já os pacientes acomodados nos quartos possuem um espaço de convivência externa privativo para si, com mesas, redes, e espaço para livre onde podem exercer atividades individuais ou coletivas, como piqueniques. Além disso, existe uma área de horta, que pode ser cultivada pelos próprios pacientes, como forma de terapia.

Figura 51 – Sala de Atendimento Individual



Fonte: Elaborado pela autora

Figura 52 – Jardim Interno e saída secundária das salas de atendimento individual



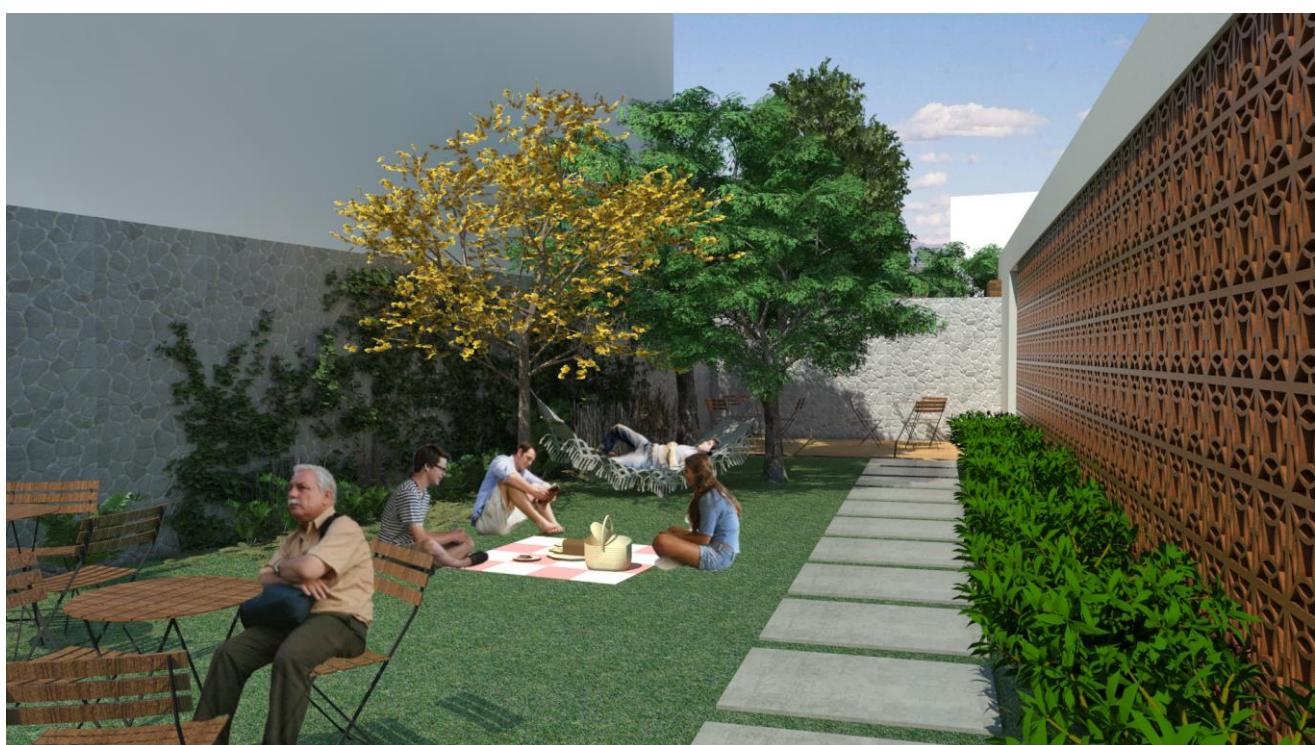
Fonte: Elaborado pela autora

Figura 53 – Quarto Coletivo



Fonte: Elaborado pela autora

Figura 54 – Área de Convivência Externa Privativa



Fonte: Elaborado pela autora



Figura 55 – Horta
Fonte: Elaborado pela autora

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental é uma questão que ganha mais destaque mundialmente, mas que ainda está longe de ser totalmente compreendida pela sociedade em geral. Por muitas vezes, esse assunto ainda é considerado tabu e por isso, a educação acerca do assunto ainda é escassa. Porém, sabemos que é fundamental falar sobre o assunto, e as políticas públicas têm um dever essencial nesse processo, visto que possuem para criação de equipamentos de apoio, como os Centros de Atenção Psicossocial.

Assim, este trabalho procurou conceber um projeto que pudesse evidenciar a importância do ambiente construído, na saúde mental das pessoas, a partir de aspectos da Psicologia Ambiental que podem contribuir com humanização da arquitetura. Ademais, para colaborar com a programação arquitetônica e sua setorização, foram analisados ambientes de saúde e utilizadas algumas estratégias da arquitetura bioclimática, para criar ambientes envolventes e convidativos.

Os resultados conseguiram equilibrar a relação entre os setores que necessitam de maior privacidade, com aqueles de trabalhos coletivos e alojamentos temporários conectados à espaços arborizados e ventilados. A arquitetura torna-se uma aliada no tratamento e acolhimento das pessoas e profissionais que estão envolvidos no tratamento dos transtornos mentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 13523:**

Central de gás liquefeito de petróleo - GLP. 2008. Rio de Janeiro, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050:**

Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.

2015. Rio de Janeiro, 2015.

ANDRADE, L. H. S. G. D. Epidemiologia psiquiátrica: novos desafios para o século XXI. **REVISTA US.** São Paulo, v. n.43, p. p. 84-89, set./nov. 1999.

BARBOSA, A. M.; RODRIGUES, L. V. **Atenção psicossocial em João Pessoa - PB:** experiências vivenciadas pelos residentes multiprofissionais em saúde da família. Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB). João Pessoa.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. 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. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acesso em: 11 outubro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br/mental>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS. Panfleto Política Nacional de Humanização**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo

Técnica da Política Nacional de Humanização – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 16 fevereiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SOMASUS. Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/economia-da-saude/allocacao-de-recursos/somasus>>. Acesso em: 16 fevereiro 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS]. **Roteiro de implantação para Cozinhas Comunitárias.** Brasília: MDS. 2007.

CATÁLOGO TAGUÁ. **Sistema Taguá Cobertura Plana.** Disponível em: <<http://ceramicatagua.com.br/>>. Acesso em: 01 maio 2019.

CANDIDO, Maria Rosilene et al. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) [online]. 2012, vol.8, n.3 [citado 2018-09-15], pp. 110-117. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000300002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1806-6976.

CVV. Centro de Valorização da Vida. Programa de Prevenção do Suicídio e Apoio Emocional. **Falando Abertamente sobre Suicídio** (folheto voltado para jovens e adolescentes elaborado pelo CVV). Disponível em: <<https://www.cvv.org.br/conheca-mais/>>. Acesso em: 17 setembro 2018.

ELALI, G. A. **Psicologia e Arquitetura:** em busca do locus interdisciplinar. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN. 1997.

FERNANDES, A. **Projeto Antimanicomial:** um ensaio sobre a saúde mental no cotidiano da vida. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007.

FONTES, M. P. Z. **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. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2003.

HALL, Edward T. **A dimensão oculta**. Título Original: The hidden dimension. 1966. São Paulo. Martins Fontes Ed. 2005.

JOÃO PESSOA (cidade). Prefeitura Municipal de João Pessoa. **Jampa em Mapas**. Disponível em: <<http://geo.joaopessoa.pb.gov.br/digeoc/htmls/jampaemmapas.html>>. Acesso em: 31 outubro 2018.

JOÃO PESSOA (cidade). Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria de Planejamento. **Código de Obras**. João Pessoa – PB, 2001.

JOÃO PESSOA (cidade). Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria de Planejamento. **Código de Urbanismo**. João Pessoa – PB, 2001.

JOÃO PESSOA (cidade). Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria de Planejamento. **Plano Diretor da Cidade de João Pessoa**. João Pessoa – PB, 1994.

JOÃO PESSOA (cidade). Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SEDES), Prefeitura Municipal de João Pessoa. Sposati; Aldaíza (coord.); Ramos, Frederico; Koga, Dirce; Conserva, Marinalva; Silveira Jr., Constantino; Gambardella, Alice – **Topografia Social de João Pessoa**. Cedest/IEE/PUCSP. 2009.

JOÃO PESSOA (cidade). Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Cartografia do SUS em João Pessoa**: Estabelecimentos, Ações e Serviços de Saúde./Org(s) Roseane Maria Barbora Meira; Adriene Jacinto Pereira. – João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde. 2012.

KRUSE, L. **Compreendendo o Ambiente em Psicologia Ambiental**. Universidade de Heidelberg e Universidade de Fern. [S.I.]. 2005.

PANET BARROS, Amélia de Farias. **Um caminho para sistematizar o processo projetual**. Material Didático. Curso de Arquitetura e Urbanismo UFPB. João Pessoa, 2014.

PALLASMAA, J. **Os olhos da pele**: a arquitetura e os sentidos. Porto Alegre: Bookman, 2011.

RESOLUÇÃO RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União [da União da República Federativa do Brasil], Brasília, 20 mar. 2002.

SANTOS, M. C. D. O. et al. **Arquitetura e Saúde: o espaço interdisciplinar**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. [S.I.]. 2002.

SITES

ARCHDAILY. Casa 10x10 / Oficina de Arquitetura [House 10x10 / Oficina de Arquitetura]. Ago, 2017. **ArchDaily Brasil**. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/878334/casa-10x10-oficina-de-arquitetura>> ISSN 0719-8906. Acesso em: 25 Abr 2019.

ARCHDAILY. Casa Cobogó / Allouchie Arquitetos. Out, 2017. **ArchDaily Brasil**. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/882146/casa-cobogo-allouchie-arquitetos>> ISSN 0719-8906. Acesso em: 25 Abr 2019

ARCHDAILY. Centro Médico Psicopedagógico / Comas-Pont arquitectos. Set, 2017. **ArchDaily Brasil**. (Trad. Brant, Julia). Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/878967/centro-medico-psicopedagogico-comas-pont-arquitectos>>. ISSN 0719-8906. Acesso em: 28 dezembro 2018.

ARCHDAILY. Casa s/d nº01 / Vão Arquitetura [Ownerless House nº 01 / Vão]. Set, 2017. **ArchDaily Brasil**. Acesso em: 25 Abr 2019. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/879247/casa-s-d-no01-vao-arquitetura>> ISSN 0719-8906

ARCHDAILY. Casa T / Teófilo Otoni Arquitetura [T House / Teófilo Otoni Arquitetura]. Jul, 2017. ArchDaily Brasil. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/875065/casa-t-teofilo-otoni-arquitetura>> ISSN 0719-8906. Acesso em: 25 Abr 2019.

COM 81 Caps, a Paraíba é primeiro lugar em cobertura de saúde mental. **PB AGORA**, 2013. Disponível em:

<<https://www2.pbagora.com.br/noticia/saude/20131010145451/com-81-caps-a-pariba-e-primeiro-lugar-em-cobertura-de-saude-mental>>. Acesso em: 2 abril 2019.

COMO Funciona a Psiquiatria Democrática. **Portal Educação**. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/como-funciona-a-psiquiatria-democratica/31676>>. Acesso em: 11 outubro 2018.

COSTA, Jorge Ricardo Santos de Lima. Espaço Hospitalar: a revolta do corpo e a alma do lugar. **VITRUVIUS**. Arquitextos. 2001. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/19.226/7337>>. Acesso em: 29 abril 2019

DADOS oficiais mostram um suicídio a cada 34 horas na PB e órgãos públicos se unem em campanha de prevenção. **ClickPB**. 2018. Disponível em: <<https://www.clickpb.com.br/paraiba/dados-oficiais-mostram-um-suicidio-cada-34-horas-na-pb-e-orgaos-publicos-se-unem-em-campanha-de-prevencao-245595.html>>. Acesso em: 08 outubro 2018.

FEITOSA, V. Pacientes com transtornos mentais dispõem de centro específico para tratamento na capital. **T5 Paraíba**. 2018. Disponível em: <<https://www.portalt5.com.br/noticias/paraiba/2018/1/45176-pacientes-com-transtornos-mentais-dispoem-de-centro-especifico-para-tratamento-na-capital>>. Acesso em: 12 setembro 2018.

GOOGLE MAPS. Navegação e transporte público. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps>>. Acesso em: 31 outubro 2018.

O SUS e a Rede de Atenção Psicossocial. SENAD. Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. **Ministério da Justiça**. Disponível em: <<https://obid.senad.gov.br/nova-arquitetura/buscando-ajuda/o-sus-e-a-rede-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

PAIS/SPDM. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – São Paulo. Programa de Atenção Integral à Saúde - PAIS: SPDM - Hospital São Paulo - Hospital Universitário da UNIFESP. Disponível em: <<http://www.spdmpais.org.br/institucional/o-que-fazemos/53-caps-centro-de-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em: 12 setembro 2018.

PAIVA, R. Rede Municipal de Saúde oferta assistência em diversas especialidades de Saúde Mental. **Prefeitura Municipal de João Pessoa**, 2016. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/rede-municipal-de-saude-oferta-assistencia-em-diversas-especialidades-de-saude-mental/>>. Acesso em: 14 setembro 2018.

PARAÍBA registra quase mil mortes por suicídio em cinco anos, diz ministério. **Portal Correio**. 2017. Disponível em: <<https://portalcorreio.com.br/paraiba-registra-quase-mil-mortes-por-suicidio-em-cinco-anos-diz-ministerio-2/>>. Acesso em: 08 outubro 2018.

PLANOS e programas. Crack, é possível vencer. Política pública sobre Drogas. **Ministério da Justiça e Segurança Pública**. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/programas-e-planos/crack>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

PORTARIAS que instituem a Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental. **Portal Ministério Público do Paraná**. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-709.html>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

SAÚDE mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

SMS dispõe de serviço de Residência Terapêutica para pessoas com transtornos mentais. **Prefeitura de João Pessoa**. 2015. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/sms-dispoe-de-servico-de-residencia-terapeutica-para-pessoas-com-transtornos-mentais/>>. Acesso em: 2 abril 2019.

UNIDADE de acolhimento infantil ajuda na recuperação de adolescentes usuários de drogas. **Prefeitura de João Pessoa**, 2015. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico-da-pmjpa-ajuda-na-recuperacao-de-adolescentes-usuarios-de-drogas/>>. Acesso em: 2 abril 2019.

APÊNDICE

APÊNDICE A

AÇÕES DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

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

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

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

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

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

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

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

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

Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e de suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br/mental>.

Portaria GM/MS nº 854, de 22/08/2012 - Procedimentos das práticas CAPS

APÊNDICE B

PROGRAMA DE NECESSIDADES CAPS III

Ambiente	Quantidade	Área (m ²)
Recepção / Espaço de Acolhimento	1	30
Sala de atendimento individualizado	3	9
Sala de atividades coletivas	3	24
Depósito anexo às salas de atividades coletivas	2	3
Espaço interno de convivência	1	50
Sanitário PNE público masculino	1	12
Sanitário PNE público feminino	1	12
Sala de Medicação	1	6
Posto de enfermagem	1	6
Quarto coletivo para Acolhimento Noturno	3	12
Banheiro contíguo aos Quartos coletivos	3	3
Quarto de Plantão	1	9,5
Banheiro Contíguo ao Quarto de Plantão	1	3
Sala Administrativa	1	12
Sala de Reunião	1	16
Almoxarifado	1	4
Arquivo	1	4
Refeitório	1	50
Cozinha	1	35
Banheiro com vestiário para funcionários	2	9
Depósito de material de limpeza (DML)	1	2
Rouparia	1	4
Sala de Utilidades	1	2,5
Farmácia	1	7
Área de Serviços	1	4
Área externa de convivência	1	50
Área externa para embarque e desembarque	1	20
Abrigo externo de resíduos comuns	1	1,5
Abrigo GLP	1	1

ÁREA TOTAL = 509,50 m²

Espaço de acolhimento: local onde acontece o primeiro contato do usuário e/ou seus familiares/acompanhantes e a unidade. Diferente de uma sala de atendimentos coletivos ou individuais, trata-se de espaço acessível, acolhedor, com sofás, poltronas, cadeiras para comportar as pessoas que chegam à unidade, mesas para a recepção. A sala de arquivo deverá ficar de fácil acesso à equipe.

Salas de atendimento individualizado: acolhimento, consultas, entrevistas, terapias, orientações. Um espaço acolhedor que garanta privacidade para usuários e familiares nos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. É necessário que contenha uma mesa com gavetas, cadeiras, sofá e armário, e se for necessário, algum recurso terapêutico. Nesta sala estarão o(s) profissional(is) da equipe do CAPS, o usuário e/ou familiar(es) ou acompanhante. É importante que pelo menos uma das salas de atendimento individual contenha uma pia para higienização das mãos, maca disponível, se necessário, para as avaliações clínicas e psiquiátricas.

Salas de atividades coletivas: espaço para atendimentos em grupos, e para o desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas; um dos espaços para a realização de ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares; ações de suporte social e comunitárias; reuniões com familiares etc. Espaço que contemple atividades para várias pessoas de forma coletiva. É importante que a disposição dos móveis seja flexível permitindo a formação de rodas, minigrupos, fileiras, espaço livre etc. Poderá contar com equipamentos de projeção, TV, DVD, armário para recursos terapêuticos, pia para higienização das mãos e manipulação de materiais diversos. Algumas salas poderão contar também com um espaço anexo que sirva de depósito e guarda de materiais.

Espaço interno de convivência: espaço de encontros de usuários, familiares e profissionais do CAPS, assim como de visitantes, profissionais ou pessoas das instituições do território, que promova a circulação de pessoas, a troca de experiência, bate-papos, realização de saraus e outros momentos culturais. Este deve ser um ambiente atrativo e aprazível que permita encontros informais. É importante lembrar que o espaço de convivência não é equivalente a corredores.

Sanitários públicos, adaptados para pessoas com necessidades especiais: deverão ter, no mínimo, dois banheiros, um feminino e um masculino, ambos com adaptação para pessoas com deficiência. O número de sanitários deverá ser adequado ao fluxo de pessoas.

Posto de enfermagem: espaços de trabalho da equipe técnica para execução de atividades técnicas específicas e administrativas, com bancada, pia, armários e mesa com computador. É desejável que seja próximo aos quartos.

Farmácia: espaço climatizado, destinado a programar, receber, estocar, preparar, controlar e distribuir medicamentos ou afins. Possui pia, armários para armazenamento de medicamentos e mesa com computador. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando assim maior interação entre os profissionais que estão na sala e os usuários e os familiares. A farmácia destina-se ao armazenamento e à dispensação de medicamentos exclusivamente para usuários em acompanhamento no CAPS.

Sala de medicação (Sala de aplicação de medicamentos): espaço com bancada para preparo de medicação, espaço para ministrar medicação oral e endovenosa, pia e armários para armazenamento de medicamentos dispensados no dia. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando assim maior interação entre os profissionais que estão na sala, os usuários e os familiares. É desejável que seja próximo ao posto de enfermagem.

Quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com duas camas), com banheiro contíguo: todos os CAPS poderão ter ao menos um quarto com duas camas e banheiro para atender usuários que necessitem de atenção durante 24 horas. Pelo menos um dos quartos com banheiro deverá ser adaptado para pessoas com deficiência. O número de quartos é superior para os CAPS III e para os CAPSad III, já que devem possuir capacidade para acolhimento em tempo integral. No caso dos CAPSad III, um dos quartos deverá conter duas camas do tipo hospitalar e neste ambiente haverá banheiro adaptado para pessoas com deficiência. Cada quarto, projetado para duas pessoas, deve ser um espaço acolhedor e expressar a perspectiva de hospitalidade; deve ter armários individuais para que os usuários possam guardar seus objetos de uso pessoal.

Quarto de plantão (Sala de repouso profissional), com banheiro contíguo: ambiente com cama ou afim, cadeiras confortáveis e armários individuais para que os profissionais possam guardar seus objetos de uso pessoal. Este ambiente deve ser previsto apenas para CAPS que oferecem atenção contínua 24 horas.

Banheiro com vestiário para funcionários: ambiente com sanitário, pia, chuveiros e vestiário. É recomendável que o banheiro comum seja compartilhado por usuários, familiares e profissionais da equipe. Entretanto, caso o gestor opte por inserir um banheiro apenas para funcionários, as dimensões estão previstas neste documento. O número de sanitários deverá ser adequado ao número de profissionais.

Sala administrativa: um escritório; espaço com mesa, computador, cadeiras e armários.

Sala de reunião: sala que comporte mesa redonda ou mesa retangular grande para reuniões de equipe, reuniões de projetos com usuários e familiares, reuniões

intersectoriais, com pessoas externas à unidade, supervisão clínico-institucional, ações de educação permanente etc. Deverá contemplar espaço para retroprojeção.

Almoxarifado: espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários.

Arquivo: sala com armário e/ou arquivos para circulação de duas pessoas. É a sala onde ficam armazenados os prontuários. Poderão ser prontuários eletrônicos. É oportuno que fique próximo ao espaço de acolhimento.

Refeitório: o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o Projeto Terapêutico Singular de cada usuário. O refeitório deverá permanecer aberto durante todo o dia, não sendo para uso exclusivo no horário das refeições. Preferencialmente, com mesas pequenas ordenadas e organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.

Cozinha: espaço para preparo, cozimento e manipulação de alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários, contendo pias, bancadas, fogão, refrigerador e armários. Além do espaço de preparo, a cozinha será composta de ambientes para higienização, depósito de mantimentos e depósito de utensílios de cozinha.

Sala de utilidades: destinada à guarda dos materiais e das roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço, além de guarda temporária de resíduos.

Área de serviços: ambiente destinado à limpeza dos materiais e das roupas utilizadas na assistência aos usuários do serviço. Poderá ter tanque de lavagem, lavadora de roupas e espaço para secagem. Também poderá, oportunamente, ser utilizado pelos usuários do serviço.

Depósito de material de limpeza (DML): sala destinada à guarda de aparelhos, utensílios e materiais de limpeza, dotado de tanque de lavagem.

Rouparia: espaço pequeno, com armário ou recipientes que separam as roupas limpas das sujas. Não será usado para descarte de material contaminado. Este ambiente pode estar conjugado com o depósito de material de limpeza (DML). Pode ser substituído por armários exclusivos ou carros roupeiros.

Abrigo externo de resíduos comuns: áreas para descarte de lixo doméstico. Vide Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos e Regulamento Técnico da Anvisa/MS sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. (BRASIL, 2015)

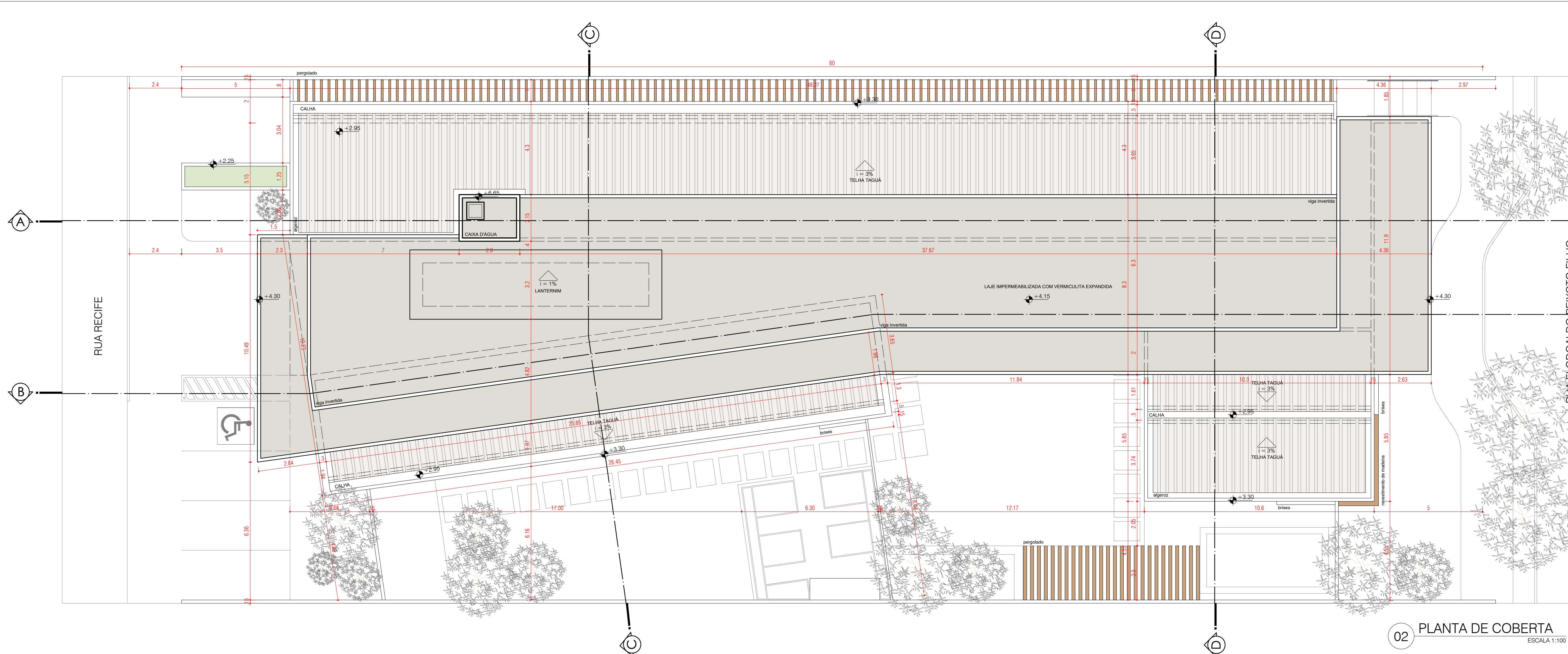
Área externa para embarque e desembarque: espaço externo suficiente para entrada e saída de automóveis e ambulâncias.

Área externa de convivência: área aberta, de circulação de pessoas, com espaços para ações coletivas (reuniões, oficinas, ações culturais e comunitárias etc.) e individuais (descanso, leitura), ou simplesmente um espaço arejado no qual os usuários e/ou os familiares possam compartilhar momentos em grupo ou sozinhos, projetado como espaço de conviver. Pode ser um gramado, uma varanda, semelhante a uma praça pública, com bancos, jardins, redes, de acordo com os contextos socioculturais etc.

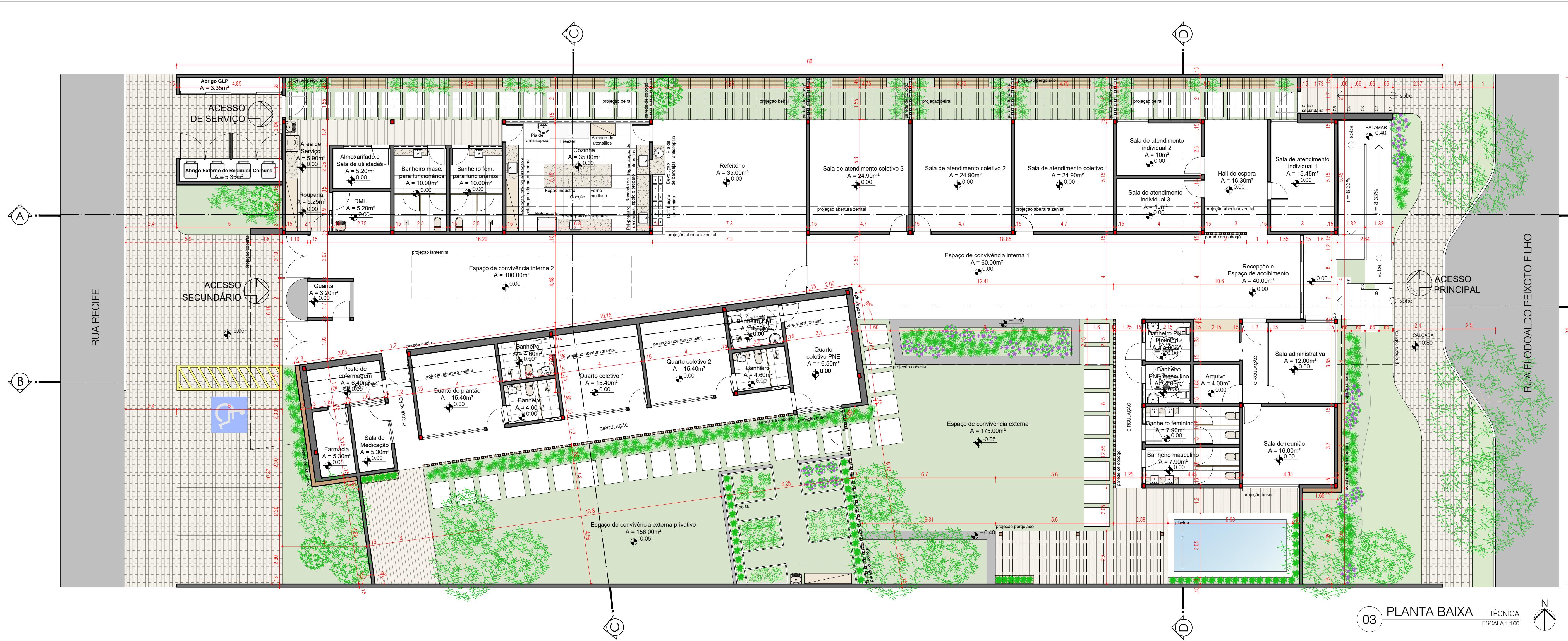
Abrigo GLP: espaço destinado ao abrigo de botijão de gás.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br/mental>.

Portaria GM/MS nº 615, de 15/04/2013 - Incentivo financeiro de investimento para construção dos CAPS e das UA



DESENHO	ESCALA	QUADRO DE ÁREAS
PLANTA DE IMPLANTAÇÃO	1:3000	ÁREA TERRENO..... 0,440 m ²
PLANTA DE COBERTURA	1:100	ÁREA TOTAL CONSTRUIDA..... 719 m ²
		TAXA DE COBERTURA..... 49%
		ÍNDICE DE PAREMENTO..... 49%
		ÁREA VERDE..... 384 m ²



1

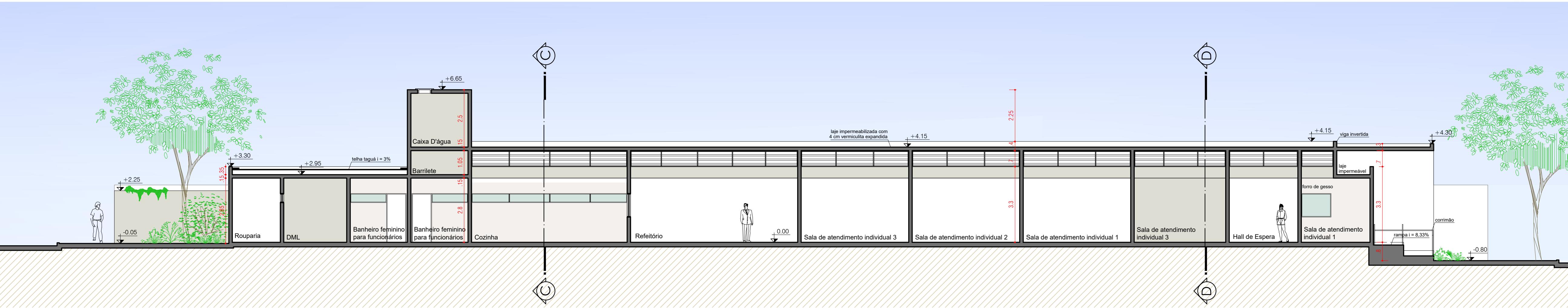
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE TECNOLOGIA
ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
DISCIPLINA

BRENDA DALA PAULA CORDEIRO
DISCENTE
AMÉLIA DE FARIAS PANET BARROS
ORIENTADORA
CAPS III BOA ESPERANÇA
PROJETO
R. FLODOALDO PEIXOTO FILHO, JOÃO PESSOA-PB
LOCAL

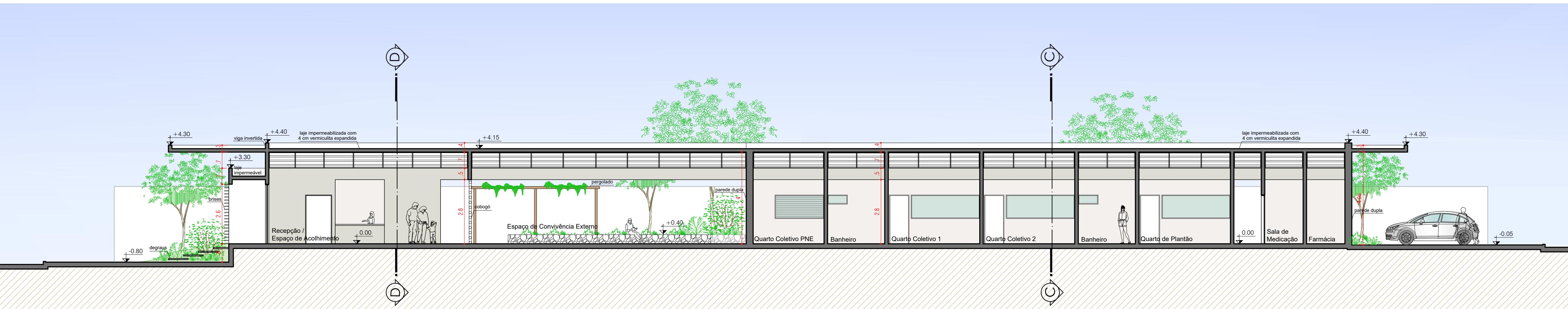
1



QUADRO DE AMBIENTES	
01	Recepção e Espaço de Atendimento.....
02	Arquivo.....
03	Hall de Espera.....
04	Sala de Atendimento Individualizado 1.....
05	Sala de Atendimento Individualizado 2.....
06	Sala de Atendimento Individualizado 3.....
07	Sala Administrativa.....
08	Sala de Reuniões.....
09	Banheiro PNE Masculino.....
10	Banheiro PNE Feminino.....
11	Banheiro Masculino.....
12	Banheiro Feminino.....
13	Espaço de Convivência Interno 1.....
14	Sala de Atendimento Coletivo 1.....
15	Sala de Atendimento Coletivo 2.....
16	Sala de Atendimento Coletivo 3.....
17	Espaço de Convivência Externo.....
18	Espaço de Convivência Interno 2.....
19	Posto de Enfermagem.....
20	Farmácia.....
21	Sala de Medicina.....
22	Quarto de Plataforma.....
23	Banheiro de Plataforma.....
24	Quarto Coletivo 1.....
25	Banheiro 1.....
26	Quarto Coletivo 2.....
27	Banheiro 2.....
28	Quarto Coletivo PNE.....
29	Banheiro PNE.....
30	Espaço de Convivência Externo Privativo.....
31	Refeitório.....
32	Cozinha.....
33	Banheiro Feminino para Funcionários.....
34	Banheiro Masculino para Funcionários.....
35	Almoxarifado Sala de Utilidades.....
36	Depósito de Material de Limpeza.....
37	Rouparia.....
38	Área de Serviço.....
39	Abrigo Externo de Resíduos Comuns.....
40	Abrigo GLP.....
41	Guarita.....

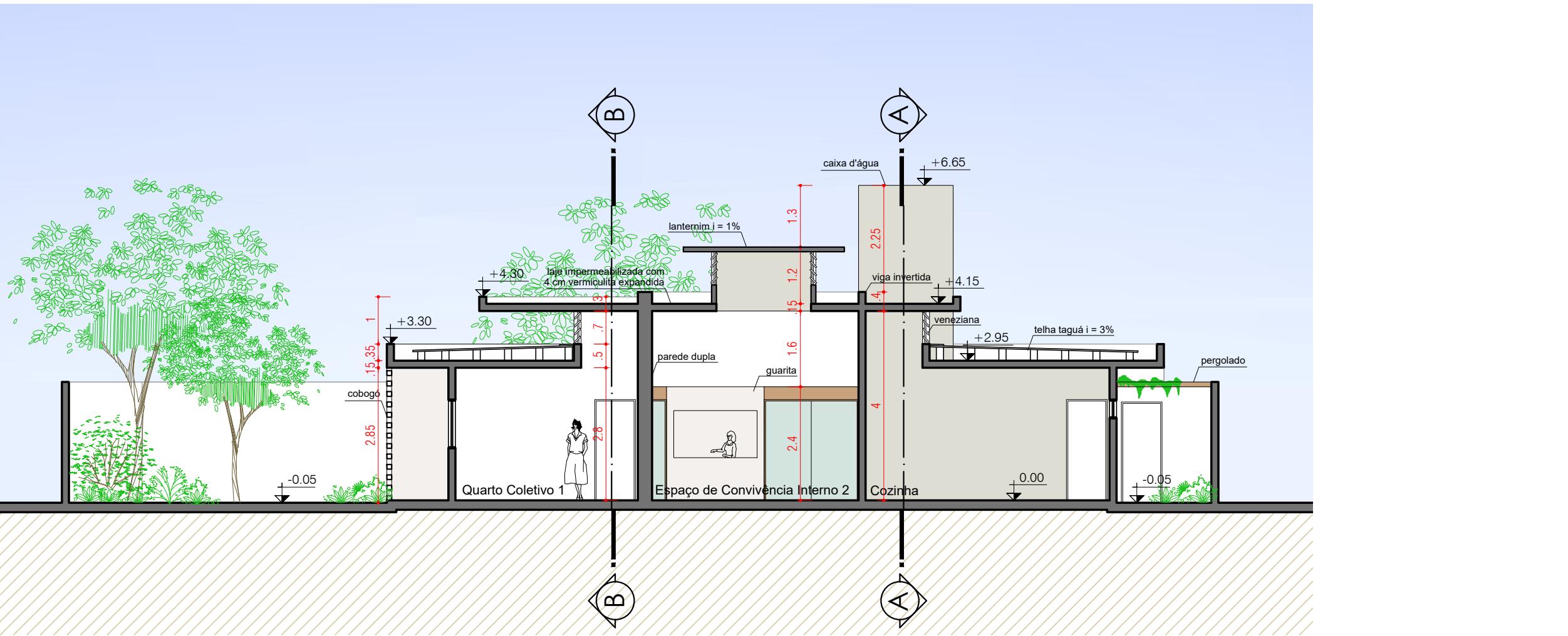


05 CORTE AA
ESCALA 1:100

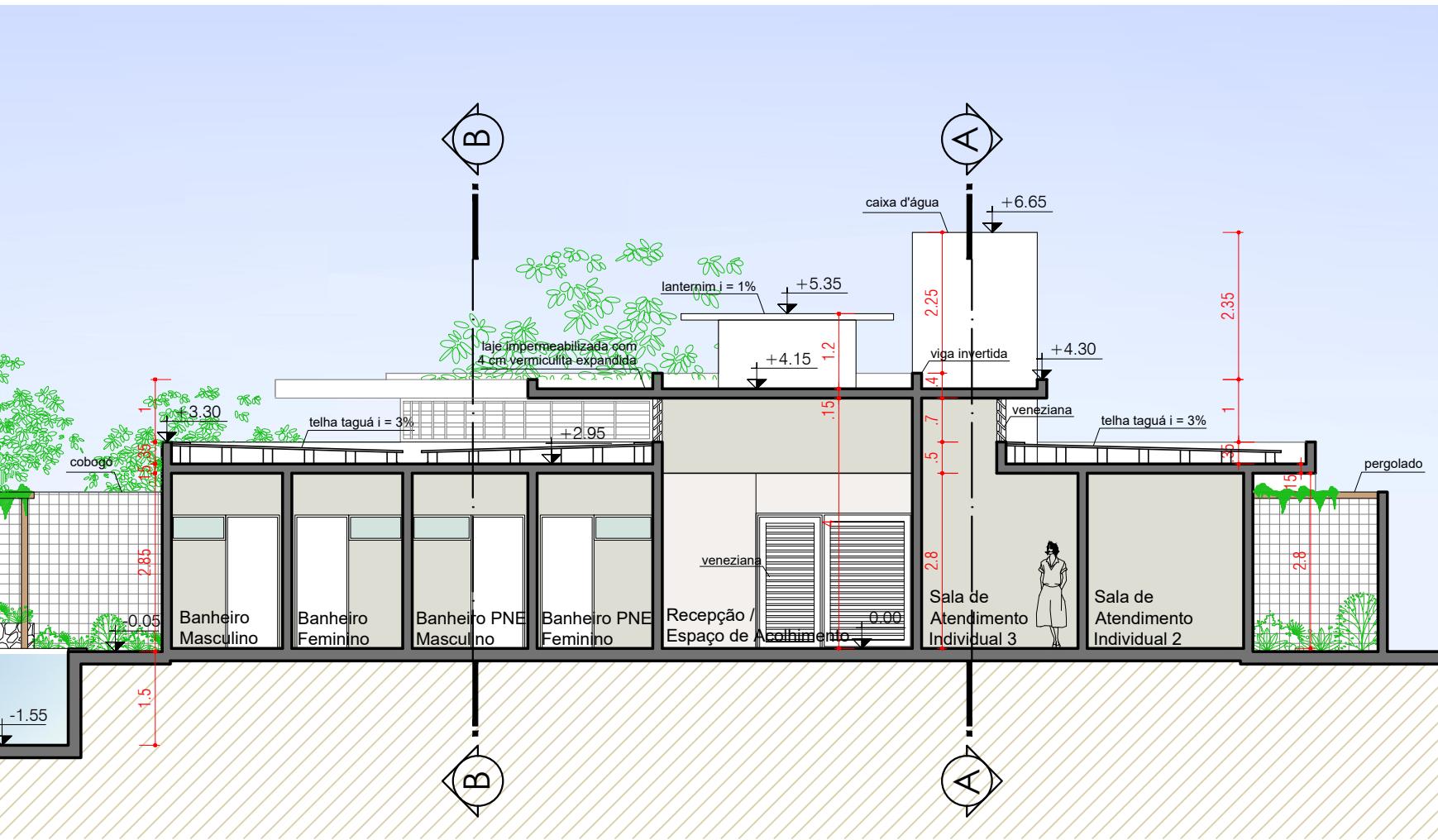


06 CORTE BB
ESCALA 1:100

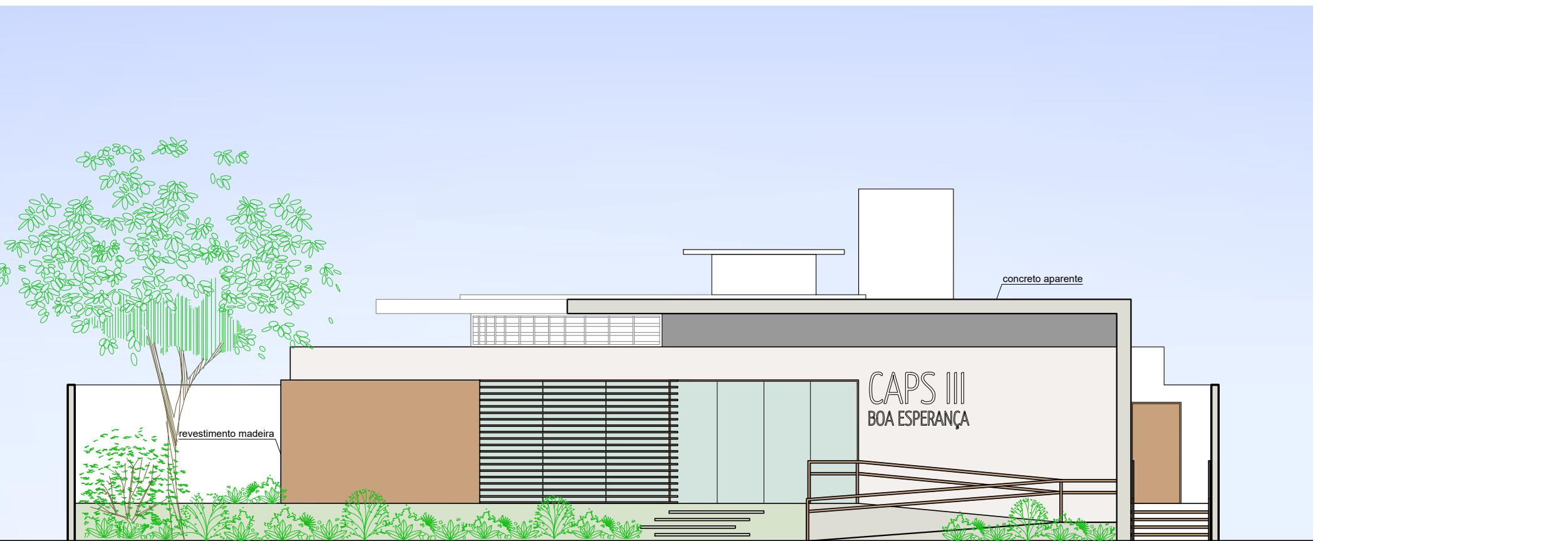
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE TECNOLOGIA ARQUITETURA E URBANISMO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DISCIPLINA	BRENDA DIA / AULA OREIRO DISCENTE AMÉLIA DE FARIAS PIMENTEL BARROS PROJETO FLUO / OLODOPEPEIXOTO HHO, JOSÉ PESSOA-PB LOCAL
DESENHO	SCALA
CORTE AA	1:100
CORTE BB	1:100
	ÁREA DE ÁREAS ÁREA TERRENO..... 0.440 m ² ÁREA DE CONSTRUÇÃO..... 171 m ² TAXA DE COBERTURA..... 49% ÍNDICE DE PAREDE VISÍVEL..... 49% ÁREA VERDE..... 384 m ²



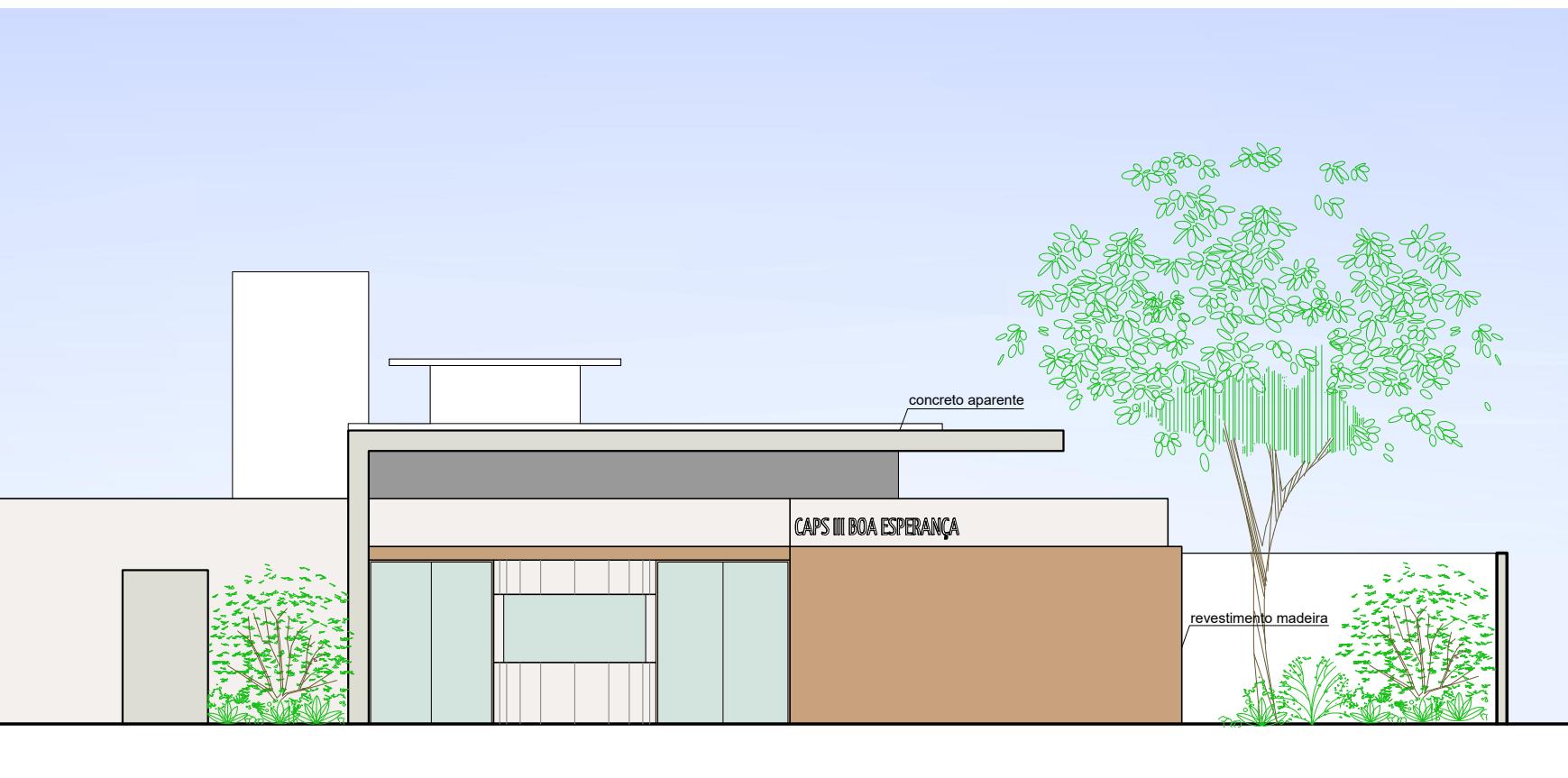
07 CORTE CC
ESCALA 1:100



08 CORTE DD
ESCALA 1:100



09 FACHADA LESTE
ESCALA 1:100



10 FACHADA OESTE
ESCALA 1:100

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE TECNOLOGIA ARQUITETURA E URBANISMO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DISCIPLINA	BRUNA DIAZ ALBUQUERQUE DISCENTE AMÉLIA DE FÁS PANTARROS PROJETO FLÓRIO ALDO PEIXOTO FILHO, JOSÉ PESSOA-PB LICENCIAMENTO
DESENHO	ESCALA
CORTE CC	1:100
CORTE DD	1:100
FACHADA LESTE	1:100
FACHADA OESTE	1:100
QUADRO DE ÁREAS	PÁGINA 14
ÁREA TERRENO.....	1.040 m ²
ÁREA TOTAL CONSTRUIDA.....	715 m ²
TAXA DE COBERTURA.....	79%
ÍNDICE DE PAREDE VIVENTE.....	49%
ÁREA VERDE.....	384 m ²