

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROARQ – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA



**HUMANIZAÇÃO EM ARQUITETURA COMO SUPORTE
NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA:**
afetividade e apropriação por usuários de um
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Camila Mendes Martorelli



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**HUMANIZAÇÃO EM ARQUITETURA COMO SUPORTE NO TRATAMENTO DA
DEPENDÊNCIA QUÍMICA:**

afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Camila Mendes Martorelli

2016

**HUMANIZAÇÃO EM ARQUITETURA COMO SUPORTE NO TRATAMENTO DA
DEPENDÊNCIA QUÍMICA:**

afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Camila Mendes Martorelli

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências em Arquitetura, Linha de pesquisa Cultura, Paisagem e Ambiente Construído.

Orientadora: Profa. Dra. Giselle Arteiro N. Azevedo,

Rio de Janeiro

Março de 2016

HUMANIZAÇÃO EM ARQUITETURA COMO SUPORTE NO TRATAMENTO DA
DEPENDÊNCIA QUÍMICA: afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção
Psicossocial Álcool e Drogas

Camila Mendes Martorelli

Profa. Orientadora: Giselle Arteiro Nielsen Azevedo, Dra.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências em Arquitetura, Linha de pesquisa Cultura, Paisagem e Ambiente Construído.

Aprovada por:

Presidente, Profa. Giselle Arteiro Nielsen Azevedo, Dra. (Orientadora)
PROARQ – FAU – UFRJ

Profa. Ethel Pinheiro Santana, Dra.
PROARQ – UFRJ

Profa. Jaqueline de Lima Pires, Dra.
DAU – UFRRJ

Profa. Maria Júlia de Oliveira Santos, Dra.
PROARQ – UFRJ

Rio de Janeiro
Março de 2016

Martorelli, Camila Mendes.

Humanização em arquitetura como suporte no tratamento da dependência química: afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas/ Camila Mendes Martorelli. - Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2016.

xxviii, 166f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Giselle Arteiro Nielsen Azevedo.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ PROARQ/ Programa de Pós-graduação em Arquitetura, 2016.

Referências Bibliográficas: f. 167-180.

1. Arquitetura de ambientes de saúde. 2. Humanização. 3. CAPSad. 4. Avaliação pós-ocupação. 5. Psicologia ambiental. I. Azevedo, Giselle Arteiro Nielsen. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Programa de Pós-graduação em Arquitetura. III. Título.

RESUMO

HUMANIZAÇÃO EM ARQUITETURA COMO SUPORTE NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Camila Mendes Martorelli

Orientadora: Profa. Dra. Giselle Arteiro Nielsen Azevedo

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências em Arquitetura.

A presente dissertação estuda os ambientes físicos de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), espaços destinados ao tratamento da dependência química no âmbito do SUS. Considerando a importância das relações usuário-ambiente, o objetivo do trabalho é aprofundar estudo sobre a configuração ambiental e a humanização de CAPSad, focando nas relações de afetividade e apropriação dos usuários (pacientes e funcionários). A metodologia empregada abrange revisão bibliográfica sobre questões relacionadas à dependência química, seus respectivos locais de tratamento, humanização em arquitetura hospitalar e sobre conceitos de psicologia ambiental, além de estudo de caso em um CAPSad III da cidade do Rio de Janeiro, no qual foram aplicadas ferramentas de avaliação pós-ocupação. Os resultados trazem atributos ambientais desejáveis para esse tipo de instituição e o apontamento de recomendações projetuais que auxiliem no desenvolvimento de projetos futuros, elaborados a partir da compreensão do funcionamento desse tipo de instituição e das especificidades do grupo atendido. O sentido desses locais na vida de seus usuários mostrou-se muito além de meros espaços de tratamento, mas como importantes lugares de convívio e construção de relações.

Palavras-chave: 1. Arquitetura de ambientes de saúde; 2. Humanização; 3. CAPSad; 4. Avaliação pós-ocupação; 5. Psicologia ambiental.

Rio de Janeiro

Março de 2016

ABSTRACT

HUMANIZATION IN ARCHITECTURE AS SUPPORT IN THE TREATMENT OF ADDICTIONS: affectivity and appropriation by users of a Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs

Camila Mendes Martorelli

Advisor: Giselle Arteiro Nielsen Azevedo, Dra.

Abstract of the Master Dissertation presented to the Graduate Program in Architecture-PROARQ, School of Architecture and Urbanism-FAU, Federal University of Rio de Janeiro – UFRJ, as part of the requirements needed for the Master of Sciences in Architecture Degree.

This work consists in the study of the physical environment of Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs (CAPSad), spaces for the treatment of chemical dependency in the SUS. Considering the importance of user-environment relations, the objective is to deepen study on the environmental setting and the humanization of CAPSad, focusing on affective and appropriation relations of users (patients and staff). The methods adopted in these study include: literature review on issues related to drug addiction, their places of treatment, hospital architectural humanization and on environmental psychology concepts, as well as case study in a CAPSad III of the city of Rio de Janeiro, which were applied post-occupancy evaluation tools. The results show desirable environmental characteristics for this type of institution and the appointment of projective recommendations to assist in the development of future projects, created from the understanding of the functioning of this type of institution and the specifics of the group attended. These spaces are not only treatment centre. For your users, they are important places of conviviality and relationship

Key-words: 1. Architecture healthcare environments; 2. Humanization; 3. CAPSad; 4. Post-Occupancy Evaluation; 5. Environmental psychology.

Rio de Janeiro

March 2016

DEDICATÓRIA

Ao meu eterno orientador, Carlos Eduardo da Silva Costa (*in memoriam*).
Figura que sempre tive muita admiração e respeito e que, mesmo não estando mais entre nós, continuou a encorajar-me nesta trajetória pela lembrança de sua imagem inspiradora. Orgulho-me muito por ter sido sua orientanda na graduação.

AGRADECIMENTOS

Ao meu namorado, Pedro, por ter despertado em mim o interesse por cursar o mestrado e pela sugestão do tema dependência química ainda na graduação, que se mostrou válido também para a dissertação (e quem sabe para o doutorado?). Agradeço também por sua paciência e apoio, além da imprescindível ajuda com as visitas de campo.

À professora Giselle Arteiro, que me acolheu como orientanda e acreditou na minha capacidade de seguir em frente. Sempre presente, me devolveu o ânimo pelo trabalho, me ajudou em cada etapa com seus ricos conhecimentos e triplicou a admiração e o respeito que eu já tinha por ela.

Aos professores Mauro Santos e Ivani Bursztyn, pela ajuda inicial no trabalho.

Às professoras Ethel Pinheiro, Jaqueline Pires e Maria Júlia Santos, membros da banca, pelos apontamentos e sugestões que contribuíram para o enriquecimento do trabalho. Agradeço à professora Jaqueline, em especial, que me acompanha desde a graduação e que coorientou meu TFG, que não pôde participar me coorientando no mestrado, como eu desejava, mas que me auxiliou da mesma maneira. Seu conhecimento e experiência na área de arquitetura hospitalar foram de grande ajuda para o desenvolvimento desse trabalho.

A minha mãe (dizer que ela é a melhor mãe do mundo não é clichê e, sim, a mais pura verdade) e minha avó, pela compreensão nos momentos de estresse e ausências.

À Renata Couto, arquiteta da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, pela disponibilização dos projetos dos CAPSad.

A todos do PROARQ (comissão de coordenação, professores e comissão de apoio administrativo) pela excelência do programa.

Aos meus colegas de pós-graduação, pelos momentos de compartilhamento de nossas aflições ao longo do curso e pelo companheirismo. Agradeço em especial ao Rafael Gomes, pela ajuda com a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.

Aos poucos excelentes professores que tive ao longo da vida. Hoje, mais próxima do meio acadêmico, os tenho ainda mais apreço.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão de bolsa de estudo durante o período de realização desse mestrado.

A todos da equipe do CAPSad III Miriam Makeba, por terem acolhido a pesquisa tão receptivamente, criando um ambiente favorável à realização do estudo de caso.

E por último, mas não menos importante, aos pacientes do CAPSad III Miriam Makeba, por fortalecerem em mim os sentimentos de igualdade e amor ao próximo e por me relembrares que as relações que construímos são o mais importante e que podemos ser felizes mesmo diante das dificuldades. Obrigada por dividirem comigo as histórias de vocês e por me tratarem com tanto carinho e respeito.

Falar arquitetura humanizada é cometer no mínimo um pleonasma, já que uma arquitetura de qualidade tem como objetivo fundamental atender às necessidades do homem, sejam elas do plano material como do psicológico. Entre as primeiras, colocamos a orientação da edificação, a facilidade e clareza dos acessos, o dimensionamento adequado dos ambientes, a relação entre as diferentes áreas funcionais, a correta utilização dos materiais, a facilidade da manutenção através da previsão de visitas a todas as instalações, o conforto ambiental, entre outros aspectos a serem cuidados.

No plano psicológico destacamos o respeito à privacidade dos usuários, a criação de espaços de convívio, o acesso à paisagem do entorno e a jardins, a presença de obras de arte e de outras manifestações culturais, a música e o silêncio dependendo da escolha do paciente e, finalmente, o caráter simbólico e o sentido de Lugar que toda boa arquitetura deve proporcionar (BREITMAN apud TOLEDO, 2008, p. 133).

SUMÁRIO

SIGLAS E ABREVIATURAS	xxi
FIGURAS	xxiii
QUADROS	xxvii
APRESENTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO	5
CAPÍTULO 1. TOXICOMANIA E TRATAMENTO	11
1.1. Evolução histórica do consumo de drogas	13
1.2. Estigmatização da figura do dependente químico.....	18
1.3. Drogas: tipos mais comuns e seus efeitos	22
1.3.1. Álcool.....	22
1.3.2. Nicotina	23
1.3.3. Maconha.....	24
1.3.4. Heroína.....	24
1.3.5. <i>Ecstasy</i>	25
1.3.6. LSD	25
1.3.7. Cocaína.....	26
1.3.8. <i>Crack</i>	26
1.4. Tipos de tratamento.....	28
CAPÍTULO 2. HUMANIZAÇÃO DE ESPAÇOS VOLTADOS AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	31
2.1. Humanização em saúde.....	33
2.2. Humanização em arquitetura de ambientes de saúde.....	37
2.3. Relação usuário-ambiente no contexto da humanização de espaços voltados ao tratamento da dependência química.....	43
2.4. Referências arquitetônicas de espaços para tratamento da dependência química.....	47
CAPÍTULO 3. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS ..	55
3.1. Do asilo ao CAPSad.....	57
3.1.1. Reforma Psiquiátrica brasileira	61
3.2. A legislação.....	62
3.2.1. Normatização dos espaços	67
3.3. Estrutura funcional e acolhimento nos CAPSad	71
3.4. Projetos de CAPSad	73
3.4.1. Projeto padrão de arquitetura do Ministério da Saúde	73

3.4.2. Outros projetos de arquitetura	77
CAPÍTULO 4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	89
4.1. Etapas	91
4.2. Instrumentos de pesquisa: definição	97
CAPÍTULO 5. ESTUDO DE CASO.....	101
5.1. CAPSad III Miriam Makeba	103
5.2. Instrumentos de pesquisa: aplicação e resultados	105
5.2.1. Análise <i>walkthrough</i>	106
5.2.2. Entrevista.....	127
5.2.3. Questionário	131
5.2.4. Mapa comportamental.....	133
5.2.5. Mapa mental.....	137
5.2.6. Poema dos desejos.....	140
5.2.7. Matriz de descobertas.....	142
CAPÍTULO 6. RECOMENDAÇÕES PROJETUAIS.....	147
6.1. Recomendações para o CAPSad III Miriam Makeba	149
6.2. Recomendações para novos projetos.....	155
CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
ANEXOS	181
Anexo 1: Autorização da Superintendência de Saúde Mental da Prefeitura do Rio de Janeiro .	183
Anexo 2: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino	
Fraga Filho da UFRJ	184
APÊNDICES.....	195
Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do diretor	197
Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos funcionários	199
Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pacientes	201
Apêndice 4: Roteiro base para entrevista semiestruturada.....	203
Apêndice 5: Questionário.....	205
Apêndice 6: Mapa mental	207
Apêndice 7: Poema dos desejos	208

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABDEH	Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
Centros POP	Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CREDEQ	Centro de Referência e Excelência em Dependência Química
DML	Depósito de material de limpeza
EAS	Estabelecimento Assistencial de Saúde
Fiocruz	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
IADH	<i>International Academy for Design and Health</i>
IMAS	Instituto Municipal de Assistência à Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MSTM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISMOB	Sistema de Monitoramento de Obras
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento

FIGURAS

Figura 1. Propaganda antiga de cigarro.....	15
Figura 2. Jovem de 16 anos com mãos envelhecidas pelo uso do <i>crack</i> e usuário com mãos queimadas.....	19
Figura 3. Fachada e sala de estar da unidade de Perdizes – SP do Hospital Albert Einstein.....	40
Figura 4. Passarela do Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre – RS.....	42
Figura 5. Cracolândia da favela Parque União, na cidade do Rio de Janeiro - RJ.....	46
Figura 6. Fachada do Redbridge Welcome Centre, em Londres - Inglaterra	48
Figura 7. Jardim e interior do Redbridge Welcome Centre, em Londres - Inglaterra	48
Figura 8. Setores residencial e de oficinas da Sede Central do Proxecto Home Galicia, em Santiago de Compostela - Espanha	49
Figura 9. Área de esportes da Sede Central do Proxecto Home Galicia, em Santiago de Compostela - Espanha	49
Figura 10. Fachada do Proxecto Home Galicia, em Santiago de Compostela - Espanha.....	50
Figura 11. Fachada do Center for Hope and Recovery, em Portland – Estados Unidos	50
Figura 12. Dependências internas do Center for Hope and Recovery, em Portland – Estados Unidos	50
Figura 13. Fachada do Sister Margaret Smith Addictions Treatment Centre, no Canadá	51
Figura 14. Ambientes internos do Sister Margaret Smith Addictions Treatment Centre, no Canadá.....	51
Figura 15. Fachada e ambientes internos do Old Town Recovery Center, em Portland, nos Estados Unidos.....	51
Figura 16. Fachada do <i>Drug De-Addiction Centre</i> , na Índia	52
Figura 17. Ambientes internos do <i>Drug De-Addiction Centre</i> , na Índia	52
Figura 18. Planta de setorização do CREDEQ Goiás	53
Figura 19. Área externa do CREDEQ Goiás	53
Figura 20. Área externa da comunidade terapêutica Maranata, em São Paulo.....	53
Figura 21. Localização da comunidade terapêutica Ebenézer, no Mato Grosso	54
Figura 22. Planta e esquema vertical do Panóptico de Bentham	58
Figura 23. Hospital com tipologia pavilhonar	59
Figura 24. Cella forte do Hospital Colônia Eduardo Ribeiro, em Manaus-AM	62
Figura 25. Diagrama de base territorial.....	66
Figura 26. Perspectivas externa e interna do projeto padrão para CAPSad III do Ministério da Saúde	73

Figura 27. Planta do projeto padrão para CAPSad III do Ministério da Saúde	75
Figura 28. Projeto e fachada de um CAPSad do Espírito Santo	78
Figura 29. Fachada do CAPSad II Raul Seixas em 2002, em fase de obras para adaptação do uso.	78
Figura 30. Fachada do CAPSad III Raul Seixas em 2015	79
Figura 31. Fachadas de CAPSad com grades nas esquadrias e vãos	79
Figura 32. Fachadas de CAPSad que expressam arquitetonicamente o atendimento de portas abertas.....	80
Figura 33. Uso de janelas basculantes em CAPSad	80
Figura 34. Salas de repouso e fachada de CAPSad com esquadrias instaladas em altura inadequada.....	81
Figura 35. Sala de atividades do CAPSad de Varginha - MG	81
Figura 36. Painéis dos CAPSad III Raul Seixas e Antônio Carlos Mussum, no Rio de Janeiro - RJ.....	81
Figura 37. Painéis dos CAPSad III Paulo da Portela e Miriam Makeba, no Rio de Janeiro – RJ	82
Figura 38. Frases de incentivo em paredes e portas de CAPSad da cidade do Rio de Janeiro	82
Figura 39. Muro do CAPSad Antônio Carlos Mussum, no Rio de Janeiro	82
Figura 40. Muro do CAPSad Mané Garrincha, no Rio de Janeiro	83
Figura 41. Planta do CAPSad II Raul Seixas - pavimento térreo	83
Figura 42. Planta do CAPSad II Raul Seixas – segundo pavimento.....	84
Figura 43. Sala de oficina de pintura de um CAPSad III da Bahia.....	84
Figura 44. Pacientes de um CASPad pintando mural como estratégia terapêutica	85
Figura 45. Instalações do CAPSad do município de Araras - SP	85
Figura 46. Fachada do CASPad de Blumenau - SC.....	86
Figura 47. CASPad de Blumenau - SC	86
Figura 48. Comparação entre quartos de acolhimento de dois CASPad.....	87
Figura 49. Área de convivência externa do CASPad de Blumenau - SC	87
Figura 50. Área externa do CAPSad do município de Picos - PI	88
Figura 51. Área de convivência externa do CAPSad do município de Picos - PI	88
Figura 52. Localização do CAPSad III Miriam Makeba	104
Figura 53. Recepção/espço de convivência.....	105
Figura 54. Fachada do CAPSad III Miriam Makeba	105
Figura 55. Muro do CAPSad III Miriam Makeba.....	107
Figura 56. Área externa.....	107
Figura 57. Planta do pavimento térreo	108

Figura 58. Circulação na entrada da edificação	109
Figura 59. Circulação na entrada da edificação	109
Figura 60. Refeitório	109
Figura 61. Refeitório	109
Figura 62. Sala de atendimento 2	110
Figura 63. Sala de procedimentos	110
Figura 64. Lavanderia	111
Figura 65. Escada do mezanino	111
Figura 66. Planta do segundo pavimento	112
Figura 67. Sala de descanso	112
Figura 68. Sala de oficinas 2	113
Figura 69. Sala de reunião de grupos	113
Figura 70. Reunião de equipe.....	113
Figura 71. Farmácia	114
Figura 72. Copa.....	114
Figura 73. Planta do terceiro pavimento.	115
Figura 74. Quarto de acolhimento feminino	115
Figura 75. Quartos de acolhimento masculinos	116
Figura 76. Armários embutidos nos quartos masculinos e circulação de acesso a eles.....	116
Figura 77. Sala administrativa do CAPSad III Miriam Makeba.....	116
Figura 78. Sala de equipe	117
Figura 79. Rouparia e sala de reuniões	117
Figura 80. Acesso à cobertura.....	117
Figura 81. Aproveitamento das circulações do terceiro pavimento	117
Figura 82. Problemas de acessibilidade	119
Figura 83. Problemas no piso de intertravado.....	119
Figura 84. <i>Shaft</i> danificado	120
Figura 85. Janelas com vidros quebrados	120
Figura 86. Adesivos com frases incompletas	120
Figura 87. Solução de venezianas para sanitários sem janelas	121
Figura 88. Janelas pequenas e instaladas em altura inadequada	122
Figura 89. Janela e porta da área de convivência.....	122
Figura 90. Redes nas escadas e grades nas janelas	123
Figura 91. Painéis de vidro no vão do terceiro pavimento.....	123
Figura 92. Banheiros sem espelho e elevador	123

Figura 93. Ausência de extintores de incêndio	124
Figura 94. Erro em indicação de rota de saída	124
Figura 95. Fotos de pacientes na parede da área de convivência e ao lado da mesa do diretor .	125
Figura 96. Trabalhos produzidos nas oficinas expostos na instituição	125
Figura 97. Grafite feita por pacientes em muro e vasos da área externa.....	126
Figura 98. Mapa comportamental da área de convivência interna - manhã.....	133
Figura 99. Mapa comportamental da área de convivência interna - tarde	134
Figura 100. Mapa comportamental da área de convivência externa - manhã.....	135
Figura 101. Mapa comportamental da área de convivência externa - tarde.....	135
Figura 102. Mapas mentais de número 10, 14 e 18, respectivamente	138
Figura 103. Mapa mental de número 4	138
Figura 104. Mapas mentais de número 1, 7 e 9, respectivamente	138
Figura 105. Mapas mentais de número 3, 6 e 11, respectivamente	139
Figura 106. Mapas mentais de número 8 e 13, respectivamente	139
Figura 107. Poemas dos desejos de número 2 e 14, respectivamente.....	141
Figura 108. Poemas dos desejos de número 5 e 9, respectivamente.....	141
Figura 109. Poemas dos desejos de número 6 e 13 e 19, respectivamente	142
Figura 110. Poemas dos desejos de número 11 e 15 e 17, respectivamente	142
Figura 111. Matriz de descobertas do pavimento térreo	143
Figura 112. Matriz de descobertas do segundo pavimento	144
Figura 113. Matriz de descobertas do terceiro pavimento	145
Figura 114. Matriz de recomendações para a área externa	151
Figura 115. Exemplo de canteiros elevados.....	152
Figura 116. Sinalização sem destaque	154

QUADROS

Quadro 1. Teor alcoólico das principais bebidas	22
Quadro 2. Diferença entre as modalidades de CAPS	63
Quadro 3. Estrutura física mínima de CAPSad III	68
Quadro 4. Ambientes de CAPSad III.....	70
Quadro 5. Quadro síntese com as etapas da pesquisa de campo	106
Quadro 6. Comparativo de áreas da Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013, e do CAPSad III Miriam Makeba	118
Quadro 7. Avaliação da qualidade ambiental pelos funcionários	132
Quadro 8. Matriz de recomendações para ambientes internos	150
Quadro 9. Horário de oficinas e demais atividades do CAPSad III Miriam Makeba.....	154
Quadro 10. Recomendações para CAPSad	159

O interesse pela temática de estudo dessa dissertação – espaços para tratamento de dependentes químicos – surgiu ainda na graduação, quando refletia sobre meu trabalho final de conclusão de curso. Por ser estudante de uma universidade pública – a UFRuralRJ –, sentia-me na obrigação de projetar uma edificação com responsabilidade social, que proporcionasse à população os principais direitos sociais básicos, como saúde, educação e lazer. Seria uma maneira de “devolver” à sociedade o investimento que recebi durante minha formação em arquitetura.

Recebi como sugestão desenvolver um projeto para um centro de tratamento da dependência química – ideia aceita quase que instantaneamente, após eu vislumbrar as possibilidades que este tipo de instituição poderia me proporcionar: trabalhar a complexidade de um ambiente hospitalar aliada à importância da humanização, sugerir no programa a construção de espaços de ensino voltados à qualificação profissional dos pacientes e espaços de moradia transitória, além de projetar áreas de lazer e de desenvolvimento de atividades terapêuticas. Outro ponto favorável, apesar de socialmente triste, foi a atualidade do tema, estampado quase que diariamente nas manchetes dos jornais e noticiários da TV como um problema de saúde pública.

Para conhecer o funcionamento desse tipo de estabelecimento, visitei em 2012 o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) II Mané Garrincha, situado no bairro do Maracanã – RJ, e a Unidade de Acolhimento (UA) Rio Acolhedor, situada no bairro de Paciência – RJ, para onde eram levados os usuários de drogas recolhidos em operações ao longo da Avenida Brasil na época. As visitas, além da pesquisa bibliográfica que também realizei, me permitiram compreender melhor a dimensão dessa atual preocupação global.

Fiquei totalmente sensibilizada com o tema, que é uma das grandes questões de ordem pública na atualidade, principalmente o vício em *crack*, cujo problema vai além das consequências do consumo para o próprio indivíduo. Trata-se de uma problemática de dimensões sociais, a partir do momento em que o viciado perde o controle de si e, conseqüentemente, sua civilidade, encontrando-se nas ruas e acarretando a multiplicação das chamadas “cracolândias” e, conseqüentemente, representando perigo, suscitando, assim, uma discussão acerca do cuidado em saúde mental num contexto pós Reforma Psiquiátrica, que é de integração social. Questão essa que se relaciona com a arquitetura no desafio de planejamento de espaços que possam influenciar positivamente nos processos de cura e que não representem um retrocesso ao período de internações em massa como uma atitude higienista.

Como produto final, meu trabalho de conclusão de curso intitulado “Unidade piloto de acolhimento e atenção psicossocial álcool e drogas” não se resumiu a um projeto de um CAPSad. Por ser um projeto acadêmico, meus orientadores me permitiram ir além dos padrões da época e contemplar também uma unidade de acolhimento integrada, serviço até então inexistente na cidade do Rio de Janeiro, mas que foi concretizado no segundo semestre de 2013, com a inauguração do CAPSad Mussum, anexo à UA Cacildis. O espaço contemplou, ainda, um setor de internação, setor educacional para qualificação profissional dos pacientes e área externa para prática de atividades esportivas. Foi um projeto de grandes dimensões, nos moldes do recente CREDEQ de Goiás (ver seção 2.4. do capítulo 2).

Continuei enveredando pela temática da dependência química no mestrado porque, realmente, uma vez que se entra no mundo das drogas, seja pela perspectiva que for, é muito difícil sair.

Seja o usuário de drogas que não consegue largar o vício, o profissional de saúde que nunca se imaginou trabalhando na área de álcool e drogas, mas que, uma vez nela, nunca mais cogitou sair, ou até mesmo uma arquiteta preocupada com a qualidade das unidades que oferecem tratamento nessa área e querendo ajudar como pode.

Desde o início, uma de minhas maiores dificuldades com a dissertação era focar menos na saúde e mais na arquitetura. Era julgar menos questões que não me cabem, como a política de tratamento da dependência química. Reconheço que minha formação é de arquiteta e não tenho o conhecimento necessário para discutir certas questões de psicologia e psiquiatria, mas como enxergar a problemática das drogas apenas no que tange à arquitetura? É evidente que a solução do problema da dependência química não depende apenas da humanização dos espaços de tratamento, e sim de maiores investimentos nos setores de saúde e educação e nas políticas de distribuição de renda, criação de empregos, saneamento básico, entre tantas outras que tratam da inclusão social. Mas a escassez de CAPSad e a constante adaptação de edificações para contemplar esses espaços e demais componentes da Rede de Atenção Psicossocial refletem o descaso do poder público quando o assunto é saúde mental, o que precisa ser mostrado, discutido e reavaliado.

Não foi fácil focar apenas na arquitetura porque acabei me envolvendo demais com o tema, mas acredito que tenha alcançado o objetivo do trabalho, abordando os demais assuntos apenas de maneira explicativa para uma introdução à temática. De qualquer forma, esse trabalho não se destina apenas a arquitetos, mas a todos envolvidos no tema álcool e drogas.

Desde os tempos mais remotos o homem faz uso de produtos psicoativos para atingir estados de relaxamento, euforia e prazer. O problema na atualidade são os números alarmantes de consumidores e a agressividade das substâncias. No Brasil, por exemplo, há cerca de um milhão de usuários de drogas ilícitas, com exceção da maconha, sendo trezentos e setenta mil usuários de *crack* (FIOCRUZ, 2013a).

Esse comportamento desviante, daqueles que infringem regras estabelecidas pela sociedade e estão sujeitos a avaliações morais por parte tanto dos grupos legitimados que construíram as normas, quanto dos grupos que as ratificam (BECKER, 2008), tem fugido do controle das autoridades e, atualmente, o enfrentamento dessa problemática constitui uma demanda mundial. Entretanto, ações políticas eficazes, que devem basear-se tanto na prevenção quanto no tratamento, podem reduzir o nível de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas que são vivenciados pela sociedade e que se relacionam, também, aos índices de violência de uma determinada região.

A exclusão social e a ausência de cuidados que atingem os usuários de drogas no Brasil apontam para a necessidade de ações de prevenção e tratamento da dependência química. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) configura-se como principal serviço de saúde voltado ao atendimento dessa problemática. Adaptados à realidade atual, pós Reforma Psiquiátrica, estes espaços devem favorecer as práticas médicas e auxiliar no processo de reinserção social de seus pacientes.

O atual paradigma do cuidado em saúde mental consiste na desinstitucionalização e no tratamento centrado no paciente, que visa à convivência familiar e à integração do indivíduo com o meio social. Essa foi uma conquista do movimento da Reforma Psiquiátrica, que lutou pelo fim do modelo hospitalocêntrico e assegurou o direito à cidadania dos pacientes e à saúde integral (AMARANTE, 1995), que hoje vai além da ausência de doença, estando relacionada também à qualidade de vida.

A Reforma Psiquiátrica foi uma das responsáveis por originar também o movimento de humanização da assistência hospitalar que, segundo Verderber e Fine (2002), preconiza os seguintes aspectos: o reconhecimento do valor inerente ao ser humano; a visão de que cada ser é único e insubstituível; a abordagem holística do ser; o incentivo à liberdade de ação e de escolha; a promoção da igualdade de *status* e acesso ao sistema; o compartilhamento das decisões e responsabilidades; o estabelecimento da empatia entre profissional e usuário; e valorização dos efeitos positivos da interação e do envolvimento emocional. Hoje o termo humanização é largamente empregado na área da saúde para remeter ao cuidado centrado no paciente, proporcionando um atendimento de qualidade e individualizado.

Em arquitetura, o trabalho de humanização de EAS (Estabelecimentos Assistenciais de Saúde) está voltado para aspectos ambientais que promovam o bem-estar psicológico dos pacientes, com o intuito de influenciar positivamente seu processo terapêutico, e dos profissionais, que acabam por desenvolver, também, práticas profissionais mais humanizadas. A busca por ambientes mais humanizados é uma consequência da compreensão de que a qualidade ambiental de unidades de saúde não relaciona-se apenas à funcionalidade e à assepsia dos espaços, mas também à

ambiência e ao caráter afetivo do Lugar¹ (TUAN, 1983). Diversos estudos relacionados a unidades de saúde comprovam a influência positiva do espaço na recuperação dos pacientes (MALKIN, 2008; TOLEDO, 2008; ULRICH, 1992). Com relação a instituições psiquiátricas, Ferrer (2012, p. 91) afirma que “as condições de conforto térmico, acústico, luminoso e ergonômico devem ser as melhores, uma vez que podem ser coadjuvantes poderosos na ambiência terapêutica”.

O tratamento de dependentes químicos na rede pública brasileira este consiste em internação (quando necessária) por até quatorze dias em leitos de hospitais gerais ou hospitais psiquiátricos (apenas em último caso) e tratamento ambulatorial em CAPSad – unidades estratégicas da Rede da Atenção Psicossocial que oferecem serviços de saúde de caráter aberto e comunitário – por meio de acompanhamento clínico, incentivo ao convívio familiar e serviços terapêuticos, visando à reinserção social (BRASIL, 2013e). Os CAPSad III, que funcionam 24 horas, oferecem também acolhimento noturno, também por até quatorze dias, para pacientes que demandam um cuidado maior. Após, caso o paciente seja um usuário em situação de rua, o mesmo é encaminhado para uma Unidade de Acolhimento (UA), que oferece abrigo de caráter transitório e apoio profissional, visando à reinserção social dos residentes. O **objeto** desse trabalho é a contribuição da arquitetura para o tratamento da dependência química, no sentido de defender a importância de ambientes de saúde adequados e acolhedores, dentro dessa temática específica, que favoreçam o desenvolvimento das atividades necessárias ao tratamento e proporcionem bem-estar aos seus usuários.

Os CAPSad, em sua maioria, funcionam em edificações adaptadas (CARVALHO e SILVA, 2012), ou seja, espaços que talvez não atendam às necessidades do novo uso, podendo apresentar problemas tanto com relação a aspectos funcionais, quanto relacionados à humanização do ambiente hospitalar. Verifica-se que, além da pouca relevância que geralmente é dada ao planejamento dessas instituições, ainda há uma lacuna relacionada à investigação das características desses ambientes, **justificando-se**, assim, a importância de pesquisas que visem levantar as especificidades espaciais dessas instituições, considerando as necessidades de seus usuários e a humanização dos espaços. Esse é o **objetivo geral** do presente trabalho, embasado em conceitos que tratam da interação usuário-ambiente e de preceitos de humanização em arquitetura. Os **objetivos específicos** são, a partir da realização de um estudo de caso em um CAPSad III da cidade do Rio de Janeiro, investigar a qualidade e a adequação de seus espaços arquitetônicos; verificar as relações de afetividade e apropriação dos espaços por seus usuários; e elaborar recomendações e diretrizes projetuais que contribuam com o planejamento de futuros projetos e reformas de instituições voltadas ao tratamento da toxicomania, de maneira que a arquitetura possa ser um suporte nos processos de tratamento e de reinserção dos pacientes.

Com relação à **metodologia** adotada, a pesquisa seguiu métodos qualitativos de análise e se desenvolveu em quatro etapas: etapa de contextualização, através de pesquisa e revisão bibliográfica sobre questões gerais relativas à dependência química; etapa de revisão bibliográfica, onde iniciam-se as questões relacionadas à arquitetura, trazendo-se o conceito de humanização entrelaçado a conceitos de psicologia ambiental, apresentando-se referências internacionais e nacionais de espaços para tratamento da dependência química e definindo-se as

¹ Os conceitos de ambiência e Lugar serão tratados posteriormente, no Capítulo 2.

características e particularidades do CAPSad, por meio de revisão da legislação vigente; etapa de trabalho de campo, que contemplou avaliação pós-ocupação (APO) em um CAPSad III da cidade do Rio de Janeiro, incluindo as ferramentas análise *walkthrough*, mapa comportamental, entrevista, questionário, mapa mental e poema dos desejos; e etapa de análise dos resultados, utilizando-se as ferramentas matriz de descobertas e matriz de recomendações, onde as informações são expressas graficamente sobre a planta da instituição.

Segundo SOMMER (1973, p. 109) “além de obter informação exata sobre os antecedentes das pessoas que ocupam o edifício ou área, um projetista deve compreender seus mundos pessoais”. O objetivo do **Capítulo 1** é justamente o conhecimento do principal usuário das instituições de saúde foco deste trabalho. Inicia-se abordando uma breve perspectiva histórica acerca do consumo de drogas no Brasil e no mundo, seguida por reflexões sobre a questão da estigmatização que o dependente químico carrega aos olhos da sociedade, que vem sendo desconstruída nessa nova perspectiva na área da saúde mental, que é de integração social. São apresentados, também, esclarecimentos sobre os tipos mais comuns de drogas, com o intuito de compreender melhor os efeitos dessas substâncias no organismo humano e as especificidades das crises de abstinência que os pacientes podem vir a sofrer dentro das instituições. Por último, versa acerca dos tipos de tratamento voltados à dependência química na atualidade.

No **Capítulo 2** iniciam-se as questões relativas à arquitetura. Partindo do geral para o específico, primeiramente traz a definição do conceito de humanização em saúde, seguida da definição do referido conceito na área de arquitetura de ambientes de saúde. Posteriormente, esse mesmo conceito é relacionado a conceitos de psicologia ambiental, dentre os quais os de afetividade e apropriação. O capítulo se encerra trazendo referências projetuais, do Brasil e de outros países, de espaços voltados ao tratamento da dependência química.

O **Capítulo 3** trata especificamente dos CAPSad, iniciando-se com um breve histórico sobre a evolução do tratamento em saúde mental, e seus respectivos espaços, e explicando o processo da Reforma Psiquiátrica. Em seguida, traz a evolução da legislação no que se refere aos CAPSad, com base nas leis, portarias e decretos que determinam suas características, inclusive espaciais, definindo também a estrutura funcional do serviço, e se encerra com a apresentação de projetos específicos desse tipo de instituição.

O **Capítulo 4** descreve a metodologia adotada, explicando detalhadamente as etapas da trabalho, e traz a definição dos instrumentos de pesquisa escolhidos para a aplicação da APO no estudo de caso.

O **Capítulo 5** traz o estudo de caso, realizado no CAPSad III Miriam Makeba, escolhido tendo em vista sua localização de mais fácil acesso, para o pesquisador, em comparação aos demais CAPSad III da cidade do Rio de Janeiro. Por meio de uma abordagem multimétodos, de natureza qualitativa e exploratória, a APO foca o estudo da percepção e do comportamento ambiental dos usuários, investigando o modo como se dão a apropriação e a afetividade quanto aos espaços da instituição, apresentando também uma análise técnica do pesquisador, destacando características ambientais positivas e negativas.

O **Capítulo 6** traz recomendações específicas para melhoria dos espaços do estudo de caso, bem como recomendações gerais que visam auxiliar na elaboração de futuros projetos de construção

e/ou reforma de instituições destinadas ao tratamento da dependência química, de maneira que a arquitetura possa exercer influência benéfica sobre o processo de tratamento.

Por fim, são trazidas considerações finais, ponderando-se sobre os principais resultados obtidos e métodos adotados, e apontando desdobramentos futuros possíveis para uma continuidade do estudo.

CAPÍTULO 1
TOXICOMANIA E TRATAMENTO

Anteriormente à discussão das questões relativas à arquitetura das instituições voltadas ao tratamento da dependência química faz-se necessário conhecer as especificidades dos principais usuários desses espaços de saúde, que são os pacientes. Com este objetivo, este capítulo inicia-se traçando um breve panorama histórico acerca do consumo de drogas no Brasil e no mundo, visando compreender como surgiu essa prática de consumação e como sua finalidade sofreu variações ao longo do tempo, acarretando a produção de drogas sintéticas com efeitos potencializados. Aborda, em seguida, a questão da estigmatização dos dependentes químicos, que, apesar de serem considerados portadores de uma doença mental, são julgados socialmente por seu vício.

Para a compreensão de como as substâncias afetam o organismo dos indivíduos e como modificam seu comportamento, entendendo como os usuários comportam-se nos espaços de tratamento, discorre-se ainda sobre os tipos mais comuns de drogas. Em seguida, encerra-se o capítulo explicando os tipos de tratamento para a dependência química na atualidade.

1.1. Evolução histórica do consumo de drogas

A palavra “droga” provavelmente deriva do termo holandês *droog* (produtos secos) e servia para designar, dos séculos XVI ao XVIII, um conjunto de substâncias naturais utilizadas, sobretudo, na alimentação e na medicina (CARNEIRO, 2005). Atualmente, porém, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento.

As drogas psicoativas ou psicotrópicas são as substâncias que provocam alterações especificamente no cérebro, causando modificações no estado mental. O termo droga será empregado no presente trabalho apenas sob esse caráter, associado a elementos utilizados para promover estados de alteração da consciência, de consumação na maioria das vezes ilícita e capaz de provocar dependência, ou seja, dentro do âmbito patológico da toxicomania – do grego *toxikon* (tóxico) + *mania* (loucura) (LAROUSSE, 1998).

A relação do homem com as drogas na atualidade é percebida sob diferentes aspectos, variando conforme o modo como estas são aceitas pela sociedade. Há drogas cujo consumo é não apenas lícito, mas também cotidiano e até mesmo estimulado, por meio de propagandas, como o caso do álcool em nossa cultura. Regulada pela lei nº 9.294, de 1996, a publicidade de bebidas alcoólicas em emissoras de rádio e televisão é permitida apenas nos horários entre 21:00 e 06:00 horas, entretanto, chamadas e caracterizações de patrocínio sem indicações de consumo são liberadas em qualquer horário.

O álcool na civilização ocidental deu origem a práticas sociais consagradas que popularizam tradições culturais. “Efetivamente, mais do que um ritual, o consumo moderado do álcool passou a constituir uma regra respeitada por todos” (XIBERRAS, 1997, p. 101). A ingestão de bebidas alcoólicas em datas comemorativas ou em momentos de relaxamento, como *happy hours*, por exemplo, é vista como atividade corriqueira e seu consumo, socialmente permitido, é classificado como toxicomania de povo ou massa (OUGHOURLIAN, 1978 apud ABREU e MALVASI, 2011).

Há, também, drogas ilícitas de consumo admitido por grupos restritos, porém, não acolhido pela sociedade em geral. Trata-se da chamada toxicomania de grupo ou comunitária (OUGHOURLIAN, 1978 apud ABREU e MALVASI, 2011), desenvolvida em contextos sociais reduzidos onde se admitem comportamentos desviantes. É o caso da maconha na cultura ocidental, que “coexiste como símbolo e como prática de intoxicação de ligação entre agrupamentos sociais” (ABREU e MALVASI, 2011, p. 71).

Há, ainda, drogas socialmente inadmissíveis sob qualquer aspecto, cujo consumo constitui a chamada toxicomania individual ou solitária (OUGHOURLIAN, 1978 apud ABREU e MALVASI, 2011) e que tem por consequência a exclusão social dos indivíduos que a utilizam, devido não apenas ao preconceito da sociedade que a vê como desvio, mas também em decorrência do grau de alienação e isolamento que seu consumo acarreta, impedindo o desenvolvimento de relações sociais até mesmo entre usuários da mesma droga, sendo o *crack* o exemplo mais atual.

Xiberras (1997) também classifica a toxicomania de acordo com o acolhimento da sociedade, porém em apenas dois grupos: toxicomania clássica e toxicomania moderna. A primeira corresponde à toxicomania de massa e a segunda agrupa as toxicomanias comunitária e solitária, considerando-se apenas a ilegalidade do consumo.

Apesar da atualidade da questão das drogas, o relato do consumo de substâncias psicoativas mescla-se com a história da própria humanidade e provém da relação do homem com as plantas. De acordo com Xiberras (1997), já nos tempos babilônicos, há cerca de três mil anos antes da era cristã, conforme escritos das tábuas sumérias de Nippur, a utilização do ópio – matéria-prima da morfina, heroína e codeína – era comum. Este suco leitoso extraído da papoula, conhecida como “planta da alegria”, era adotado inicialmente para fins ritualístico-religiosos como maneira de se obter contato com os deuses (NIEL, 2011).

Na mitologia grega a papoula aparece relacionada à deusa Demeter que, após ter sua filha Proserpina raptada, encontrou e comeu sementes da planta e teve a dor da perda diminuída. Sua imagem, então, passou a estar associada à papoula e rituais em sua homenagem incluíam o consumo da droga (LOPES, 2006), adotada ainda na Roma Antiga como calmante e agente anestésico (MOTA, 2008).

Remoto também é o uso da maconha. Segundo Lopes (2006), já em 450 a.C. a *Cannabis sativa* era utilizada como droga recreativa em banhos de sauna na Grécia Antiga, além de seus outros usos, cujos relatos datam mais de dez mil anos. O consumo da planta, originária da Ásia Central, configura-se como uma prática cultural da civilização indiana, responsável por propagá-la à Pérsia e posteriormente ao Oriente Médio (XIBERRAS, 1997). No Brasil, foi trazida por escravos africanos que a utilizavam em rituais religiosos (LOPES, 2006).

Tratando-se de drogas antigas, o álcool também deve ser mencionado. Registros de pinturas e desenhos egípcios de cerca de quatro mil anos denotam estados de embriaguez em decorrência de seu uso excessivo (NIEL, 2011). Aparece, ainda, relatado na Bíblia, como na descrição da Última Ceia, simbolizando o sangue de Cristo.

O advento do cristianismo, entretanto, modificou a aceitação do uso de certas substâncias, que passaram a ser consideradas como um retorno à época pagã. Posteriormente, com a expansão do islamismo, o ópio volta a ser consumido (MOLINA, 2008) e “a civilização árabe não será apenas o seu depositário como se encarregará da sua difusão a nível cultural através de todo o mundo” (XIBERRAS, 1997, p. 71). Na Europa, a partir início do século XV, observa-se uma grande difusão de seu plantio e consumo, tanto para fins terapêuticos, analgésicos e anestésicos, quanto para promover sensações de bem-estar e euforia, buscadas principalmente pelas elites intelectuais (NIEL, 2011).

Com relação ao álcool, este passa a ser ingerido de forma abusiva a partir da segunda metade do século XVIII, na Inglaterra, no período inicial da Revolução Industrial – num cenário de exploração da mão de obra do trabalhador, salários baixíssimos e péssimas condições de trabalho e vida –, como forma de abrandar os descontentamentos da época (NIEL, 2011). Este século, conhecido como Século das Luzes, é marcado pela sobreposição da razão em relação à visão teocêntrica que dominava a Europa desde a Idade Média. Há uma valorização do pensamento científico, proporcionando avanços tecnológicos e médicos, que evoluem de maneira mais significativa nos dois séculos seguintes.

A partir do século XIX aparecem as drogas semissintéticas e sintéticas, utilizadas inicialmente apenas no tratamento de doenças, devido a suas propriedades analgésicas e anestésicas. Surgem primeiramente a morfina e a heroína e, no século seguinte, o *ecstasy*, o LSD e o *crack*. Difunde-se também no século XIX o consumo de cocaína, embora esta tenha sido sintetizada já no século XVI (NIEL, 2011). Graças às trocas comerciais e também culturais resultantes da expansão colonial, nesse período o mercado europeu é invadido por esses psicotrópicos ainda pouco conhecidos (XIBERRAS, 1997), que se tornaram problemáticos desde ao menos a segunda metade do século XIX, quando a rede de igrejas protestantes pregava pelo fim de hábitos tidos como pecaminosos, como o jogo, a prostituição e o consumo de álcool e drogas (RODRIGUES, 2005).

Uma droga aceita é o cigarro, que surge por volta de 1840 (NIEL, 2011). Seu consumo é difundido no século seguinte, por influência de dois fatores: a indústria cinematográfica, que relacionava a prática de fumar a um comportamento sofisticado e muito comum entre as personalidades da época, e as propagandas, que traziam sua imagem atrelada à prática de esportes e, até mesmo, a uma melhora da saúde (Figura 1).



Figura 1. Propaganda antiga de cigarro.

Fonte: <http://noticias.uol.com.br/saude/album/091013/cigarro_album.htm#fotoNav=2>. Acesso em: 20 mar. 2015

No século XX, o uso de psicotrópicos passou a ser visto como problema social por alguns membros da sociedade, tanto por influência das ideologias religiosas presentes no debate antidrogas, quanto pelo fato de certas drogas terem se transformado na antítese dos valores tradicionais da classe média, como a busca por enriquecimento pessoal e ascensão profissional (MOTA, 2008, p. 93).

O homem idealizado pela era moderna seria um indivíduo regido pela Razão e apto à produtividade. Neste sentido, na possibilidade de esse indivíduo perder a sua razão, tornar-se improdutivo, ou demonstrar relaxamento no que tange aos cuidados com sua higiene física e mental, cabe às instituições de controle social modernas promover um reajustamento moral e punitivo [...] (MOTA, 2008, p. 92).

Esses fatos contribuíram para o advento de políticas proibicionistas nos Estados Unidos na primeira metade do século XX. Primeiro ocorreu a Comissão do Ópio, em 1909, em Xangai, quando o governo americano uniu-se ao governo chinês pressionando os estados ocidentais com interesses no produto e na região para uma conferência que discutisse limites para o mercado dessa substância (RODRIGUES, 2005). Em seguida, cinco anos depois, houve a proibição do consumo de cocaína e a Lei Seca, em 1920, que proibia a fabricação e o consumo de álcool no país, mas acabou fortalecendo o tráfico e o contrabando de bebidas alcoólicas (NIEL, 2011), sendo, então, extinguida em 1933.

Embora a proibição da cocaína nos Estados Unidos tenha ocorrido em 1914, no Brasil ela se deu definitivamente apenas em 1938. Até então, essa droga, uma das mais preocupantes até os dias atuais, era vendida livremente nas farmácias como tonificante, anestésico e colírio. Em seu livro “Cocaína: literatura e outros companheiros de ilusão”, Resende (2006) traz crônicas desconhecidas de renomados escritores da literatura brasileira, como Lima Barreto, Manuel Bandeira e Olavo Bilac, acerca do consumo da droga, que, segundo a autora, refletia na época o charme parisiense do excesso. Os textos, que foram vetados com o passar do tempo, quando a substância se tornou moeda corrente da violência urbana, acusada de acarretar suicídios e estupros, mostram que há menos de oitenta anos o posicionamento quanto à droga era totalmente diferente do atual; se atualmente é presença constante no noticiário policial, anteriormente ocupava páginas de crônicas e folhetins.

Com as políticas proibicionistas, o consumo de substâncias psicoativas se torna objeto privilegiado do Direito, quando o usuário dessas substâncias ilícitas adquire a representação social de criminoso (MOTA, 2008).

O tema das drogas e sua proibição alcançou um ponto de inflexão quando elas foram instrumentalizadas como estratégia eficaz de controle social. Isso porque as práticas moralistas engendravam uma associação direta entre determinados psicoativos e minorias vistas como perigosas por seus hábitos e procedências (RODRIGUES, 2005, p. 294).

Na década de 1960, na Europa, o consumo de drogas representou uma forma de luta contra a ideologia liberal e capitalista, articulando-se por meio da ideia de uma contracultura e do movimento *hippie*. Já na década de 1970, houve um aumento no consumo de heroína, sob a forma injetável, representado pelo movimento *underground* (XIBERRAS, 1997). Essa prática

contribuiu para a disseminação do vírus da AIDS, descoberto apenas na década seguinte, quando, por consequência, o problema da toxicomania ganhou maior atenção.

A principal diferença entre os usuários de drogas dos movimentos *hippie* e *underground* é que, enquanto no primeiro o consumo de substâncias psicoativas se dá como ferramenta para se atingir objetivos sociopolíticos, no segundo há um consumo sem ideologia, onde o usuário “utiliza a droga como um fim em si, e um fim para si próprio, desenvolvendo concomitantemente um comportamento suicida e de demissão social” (XIBERRAS, 1997, p. 107). Trata-se de uma atitude de submissão às substâncias, característica da toxicomania solitária, que acarreta problemas para o consumidor da droga e, também, para a sociedade em geral, pois a partir do momento em que o usuário deixa de ter um “comportamento civilizado”, representa ameaça à ordem social.

Embora o discurso atual seja o da abstinência, não houve período na história em que o homem tivesse abandonado o consumo de drogas.

Então, uma investigação sobre o uso de drogas na história da humanidade conduz a uma apreciação da relação dos homens com essas substâncias que contrasta com o discurso hegemônico da Guerra às Drogas. Ora, se determinadas drogas são hoje combatidas com virulência pelo aparelho repressivo do estado, isso não implica dizer que essa modalidade de controle social deva ser vista como algo natural, mas representa antes uma construção sócio-histórica bem delimitada que surge como consequência da própria modernidade (MOTA, 2008, p. 85).

O grande problema é que, enquanto da Antiguidade à Idade Moderna o consumo de substâncias psicoativas se dava a partir de produtos naturais, na Idade Contemporânea são as substâncias produzidas através de meios químicos – cujos efeitos são altamente potencializados e devastadores, como o exemplo do *crack* – que se tornam as drogas da vez.

Encarada como um simples produto, não restam dúvidas de que a droga divide o planeta em duas partes. Em contrapartida, vista como um fato social, ela coloca frente a frente dois tipos de culturas completamente distintos: por um lado, os produtos que incorporam tecnologias avançadas, que pressupõem complexos processos de fabrico (laboratórios clandestinos), substâncias associadas a consumos duros (por via intravenosa). Por outro lado, técnicas tradicionais (produtos naturais), associados a consumos suaves (por via oral) (XIBERRAS, 1997, p. 184).

Atualmente, esse problema insere-se na área da psiquiatria e o dependente ganhou *status* de doente mental. Isso se deve à ampliação das fronteiras do saber psiquiátrico – tendência dos últimos tempos – que passou a encarar certos conflitos sociais sob uma ótica médica (CAPONI, 2012).

[...] a psiquiatria transformou-se no espaço de saber privilegiado para garantir a defesa das sociedades de qualquer fato que possa representar uma ameaça à ordem interior, seja o crime, seja o alcoolismo, a loucura ou a degeneração da raça. [...] O campo de ação dessa psiquiatria ampliada refere-se fundamentalmente às populações, e sua tarefa principal será a de antecipar e administrar as diversas formas de manifestação da loucura que podem vir a afetar, mais cedo ou mais tarde, a ordem social (CAPONI, 2012, p. 16).

O problema dessa medicalização dos comportamentos desviantes é que fenômenos sociais associados a eles passam a ser ignorados (MOTA, 2008). No caso específico da toxicomania, o dependente torna-se uma “vítima” da droga, desprezando-se a questão do livre arbítrio do indivíduo ao consumir essas substâncias e as razões – muitas vezes sociais – que o levaram a tal escolha.

Outro problema é que, embora doente, o dependente químico continua a carregar o estigma também presente em “outras doenças conhecidas como ‘flagelo da sociedade’, como a lepra, a sífilis, a tuberculose” (MOTA, 2008, p. 138) e também a loucura.

1.2. Estigmatização da figura do dependente químico

Primeiramente, antes de iniciar a reflexão acerca do estigma que o toxicômano carrega, faz-se necessário diferenciar os tipos de usuários de drogas. Segundo Schenker (2008), **experimentador** é aquele que se limita a experimentar uma ou várias drogas, geralmente por curiosidade, sem, entretanto, dar continuidade ao uso. O **usuário ocasional** faz uso quando disponível ou em ambiente favorável, não havendo mudanças nas suas relações afetivas, sociais ou profissionais. Já o **usuário habitual ou funcional** faz uso frequente, ainda que controlado, e no seu comportamento são observados alguns sinais de ruptura. Há, ainda, o **usuário dependente ou disfuncional**, também comumente designado toxicômano, drogadicto, adicto ou dependente químico, que “vive pela droga e para a droga, de forma descontrolada, apresentando rupturas em seus vínculos sociais e tendendo à marginalização e ao isolamento” (BUCHER, 1995 apud SCHENKER, 2008, p. 22). Este último que é estigmatizado pela sociedade, visto sob uma perspectiva preconceituosa, chegando até mesmo a pertencer à classe que Sommer (1973) denominou de “não-pessoas”.

De acordo com Goffman (1988), o termo estigma foi criado na Grécia e se refere a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar algo de extraordinário e profundamente depreciativo sobre o *status* moral de quem os apresentava. Atualmente, entretanto, esses sinais transcendem os atributos físicos e se estendem a outras características.

Podem-se mencionar três tipos de estigma nitidamente diferentes. Em primeiro lugar, há as abominações do corpo - as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família (GOFFMAN, 1988, p. 7).

Os dependentes químicos inserem-se no segundo tipo, característico da culpa de caráter individual, “por vezes considerados seres destituídos de alma e consciência por terem optado por uma alienação voluntária” (XIBERRAS, 1997, p. 15). São julgados pela sociedade por encontrarem-se nessa situação por escolha própria, embora saibamos que problemas sociais – baixa escolaridade, má estruturação familiar, desigualdade social, etc. – possam contribuir para o

consumo de drogas. Quanto ao *crack*, por exemplo, uma pesquisa² realizada em 2013 pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), em solicitação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), mostrou que cerca de 55% dos usuários entrevistados possuíam apenas o ensino fundamental, cerca de 18% tinham somente a terceira série e 5% não haviam concluído nenhuma série. Em contrapartida, a mesma pesquisa revelou que 58,3% dos entrevistados iniciaram o consumo de drogas por curiosidade, enquanto apenas 8,8% relacionaram o início a uma vida ruim e sem perspectivas (FIOCRUZ, 2013a).

Devido a essa culpa de caráter individual, o dependente pode sofrer preconceito até mesmo durante o atendimento médico, levando-se em conta que, embora seja considerada uma doença, a dependência química, ao contrário de um câncer, por exemplo, é vista como consequência de uma escolha do usuário, que tem livre arbítrio para decidir consumir ou não substâncias psicoativas.

[...] o drogado é visto como um doente pelo poder médico, mas de uma forma muito específica: enquanto a doença dos que padecem enfermidades biológicas é vista como um fenômeno externo a ele e sobre a qual não tem controle, no caso da dependência, ele é acusado do ponto de vista moral, é estigmatizado socialmente, fato que tem o poder de contaminar a sua vida em todos os aspectos, portanto, globalmente (SCHENKER, 2008, p. 111).

Alguns toxicômanos podem apresentar ainda sinais visuais de seu vício, carregando também, de certa forma, um estigma decorrente de abominações do corpo, mesmo que reversíveis. Embora não se tratem de deformidades físicas, são signos que trazem uma informação social. De acordo com Goffman (1988, p. 41), há símbolos de estigma que demonstram isso: “as marcas no pulso que revelam que um indivíduo tentou o suicídio; as marcas no braço do viciado em drogas; os punhos algemados dos prisioneiros em trânsito; ou mulheres que aparecem em público com um olho roxo”. É o caso, por exemplo, de viciados em *crack*, que apresentam, em geral, desnutrição, aparência de cansaço, envelhecimento da pele, ausência de cuidados com a higiene pessoal, queimaduras e bolhas no rosto e nas mãos, entre outros (Figura 2).



Figura 2. Jovem de 16 anos com mãos envelhecidas pelo uso do *crack* e usuário com mãos queimadas.
Fonte: <<http://veja.abril.com.br/blog/ricardo-setti/tema-livre/fotos-chocantes-a-degradacao-fisica-e-moral-de-usuarios-de-crack-em-sao-paulo/>>. Acesso em: 11 abr. 2015.

Um ocorrido curioso que ratifica essa questão se deu em Minas Gerais, em 2012. Um trabalhador, viciado em *crack*, foi demitido por justa causa em razão de abandono do emprego e

² Pesquisa idealizada como parte o Plano de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, instituído pelo decreto 7.179 de 20 de maio de 2010, cujo objetivo era estimar o número de usuários de *crack* no Brasil e delinear seu perfil.

o caso foi levado à Justiça. Extraordinariamente, a juíza que cuidou do processo deu parecer favorável ao empregado, por entender que a dependência química é uma doença e que, portanto, a dispensa foi discriminatória. Entretanto, fez constar na sentença a seguinte declaração: “Dos atestados médicos juntados, depreende-se que o autor é viciado em substância psicoativa, o que, registro, é visível aos olhos de qualquer pessoa leiga de bom senso”³ (grifo nosso).

Há, ainda, um estigma carregado pelo toxicômano mesmo quando abandona o consumo de substâncias psicoativas: o de que sempre será um ex-usuário de drogas. Para Goffman (1988, p. 11), “onde tal conserto é possível, o que frequentemente ocorre não é a aquisição de um *status* completamente normal, mas uma transformação do ego: alguém que tinha um defeito particular se transforma em alguém que tem provas de tê-lo corrigido”, estando, portanto, fadado à eterna estigmatização. Embora não se enquadre no tipo tribal, esse estigma é igualmente pesado, pois nunca poderá ser apagado. Desse mesmo preconceito sofrem os ex-detentos, que, ao saírem do sistema carcerário, encontram dificuldades para serem reinseridos na sociedade.

Os dependentes químicos, muitas vezes quando se encontram sob efeito de determinadas drogas, lidam também com a dificuldade de manter um comportamento social adequado, perdendo, por consequência, sua civilidade e, por essa razão, tornando-se um problema social.

Conforme o *Grande Dicionário*, **civilidade** (do latim *civilitate*) é ‘o conjunto de formalidades observadas pelos cidadãos entre si, quando bem-educados, as boas maneiras. Delicadeza, cortesia, polidez, atenção, etiqueta’. Mais significativo ainda é o verbete **civilizado**, pois ele remete para o coração da questão que relaciona civilização e vida social no século XIX. De acordo com o *Dicionário* de Moraes e Silva, **civilizado** ‘vem de civilizar e é aquele que é policiado e polido’. **Civilizado** ‘diz-se de um povo quando, deixando os costumes bárbaros, se governa por leis; policiado quando, pela obediência às leis, adquire o hábito das virtudes sociais; e polido quando, em suas ações, mostra elegância, urbanidade e gosto’ (PECHMAN, 1999, p. 79-80, grifo do autor).

Atualmente são comuns casos de violência (assaltos, homicídios, estupros, etc.) em decorrência do vício em substâncias psicoativas, que reforçam a imagem do usuário de drogas relacionada à criminalidade, principalmente quando estes são moradores de rua. Segundo a pesquisa realizada pelo SENAD (FIOCRUZ, 2013a), 80% das vezes o consumo de *crack* se dá em áreas públicas e 40% dos usuários são pessoas em situação de rua, que, presentes nesse cenário, se tornam responsabilidade do Estado. Tanto o viciado em *crack*, quanto o menino que cheira solvente, ou até mesmo o bêbado provocam reações parecidas sobre quem cruza seu caminho: medo, desconfiança, apreensão, etc., não importando muito a substância consumida.

Embora a sociedade aceite a dependência química como uma patologia, na maioria das vezes não aceita o dependente químico apenas como um doente, mas também como um indivíduo desviante, principalmente quando o vício se dá em decorrência do consumo de substâncias ilícitas.

A condição de ilegalidade de uma substância potencializa seu efeito condenatório em relação aos dependentes de drogas lícitas. Os usuários de drogas ilegais são quase sempre vistos como criminosos. Além do mais, existe

3 Fonte: Site do JusBrasil. Disponível em: <<http://trt-3.jusbrasil.com.br/noticias/3049292/juiza-considera-discriminatoria-dispensa-de-dependente-quimico>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

um discurso muito presente nos meios de comunicação e nas campanhas antidrogas indicando que os usuários de drogas ilícitas são os principais responsáveis pelo atual poder do narcotráfico e, por consequência, por toda e qualquer forma de violência praticada contra a população nos grandes centros urbanos brasileiros. Em poucas palavras, o usuário de drogas ilícitas é considerado o principal financiador da atividade criminosa no Brasil (MELO e MIRANDA, 2004 apud MOTA, 2008, p. 168).

Nesse caso, a representação social de doente não sobrepôs a antiga representação de criminoso, tendo, apenas, se adicionado a ela. Mas o problema não está propriamente na toxicomania. Becker (2008, p. 22) explica que o desvio é “uma consequência das reações de outros ao ato de uma pessoa”. Na verdade, trata-se da quebra de uma regra construída socialmente. A construção da imagem do dependente químico como indivíduo desviante, portanto, é uma representação social e precisa ser desconstruída. “Está, então, implícito, que não é para o diferente que se deve olhar em busca da compreensão da diferença, mas sim para o comum” (GOFFMAN, 1988, p. 108). Segundo Schenker (2008, p. 111-112), “considerar o adicto como um indivíduo ‘desviante’ de uma forma geral e não de uma forma específica carrega em si uma dinâmica que conduz o indivíduo a se comportar de acordo com a imagem que os outros têm de si”.

A identidade é influenciada pelo sistema social em que se vive. Os usuários de drogas têm sua identidade alterada à medida que “tendemos a inferir uma série de imperfeições a partir da imperfeição original e, ao mesmo tempo, a imputar ao interessado alguns atributos desejáveis, mas não desejados” (GOFFMAN, 1988, p. 8).

De acordo com Goffman (1988), o homem possui duas identidades: a identidade pessoal e a identidade social. A primeira corresponde à singularidade de cada pessoa, ou seja, às características que a tornam única, e a outra se refere a uma ideia de padronização dos comportamentos. Para o autor, “o indivíduo constrói a imagem que tem de si próprio a partir do mesmo material do qual as outras pessoas já construíram a sua identificação pessoal e social” (GOFFMAN, 1988, p. 91), embora tenha certa liberdade em relação a isso. Assim, as representações negativas que a sociedade cria acerca dos usuários de drogas são internalizadas por eles e o estigma é incorporado a sua identidade.

Uma das formas mais eficientes de tornar alguém invisível é projetar sobre ele ou ela um estigma, um preconceito. Quando o fazemos, anulamos a pessoa e só vemos o reflexo de nossa própria intolerância. Tudo aquilo que distingue a pessoa, tornando-a um indivíduo; tudo o que nela é singular desaparece. O estigma dissolve a identidade do outro e a substitui pelo retrato estereotipado e a classificação que lhe impomos (SOARES et al, 2005, p. 175).

As representações sociais mudam em função dos interesses da sociedade e, atualmente, o posicionamento adotado quanto ao uso de drogas é o da abstinência. Logo:

Se as campanhas antidrogas têm como objetivo evitar o seu consumo, então as representações a serem criadas sobre tais substâncias [e também sobre seus usuários] devem ser as mais pejorativas possíveis. Dessa forma, o imaginário se apropria dessas mensagens e provoca a cristalização de tais estigmas, que passam a fazer parte dos juízos de valor do senso comum. (MOTA, 2008, p. 175-176).

A sociedade se beneficia com esse julgamento pejorativo da figura do drogado, havendo um fortalecimento da política antidrogas, mas a situação do usuário dessas substâncias, em contrapartida, é extremamente prejudicada, pois a maior consequência acaba sendo o seu isolamento. Além disso, “a estigmatização de que os toxicômanos são atualmente alvo só pode levá-los a radicalizar ainda mais as suas práticas de intoxicação” (XIBERRAS, 1997, p. 202).

Para Xiberras (1997, p. 25), “a ideia que se pretende transmitir é a de que os efeitos dependem não apenas dos utilizadores, mas também das representações sociais que se desenvolveram em torno dos produtos”, que, na atualidade, são as piores possíveis.

1.3. Drogas: tipos mais comuns e seus efeitos

De acordo com Chaloult (1971 apud Carlini et al, 2001), as drogas que induzem à toxicomania dividem-se em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras. As depressoras – tais como o álcool, a heroína, os solventes e inalantes – provocam lentidão no funcionamento cerebral, reduzindo a atividade motora, a ansiedade, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual. As estimulantes – como tabaco, cocaína e *crack* –, em contrapartida, aceleram a atividade cerebral, trazendo como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos e provocando, também, delírios e alucinações se consumidas em doses elevadas. Já as perturbadoras – como a maconha, os alucinógenos, LSD e *ecstasy* – produzem distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alterações na percepção.

Segundo Xiberras (1997), inicialmente, enquanto o organismo não excede o limiar da tolerância, a maioria das drogas provoca apenas estados de excitação e euforia, decorrentes das chamadas práticas moderadas. Já nas ditas práticas duras, caracterizadas por absorção violenta e consumo desenfreado das substâncias, todos os produtos parecem atuar como depressores e o usuário ultrapassa todos os limites, iniciando uma fase de autodestruição, que pode variar de substância para substância.

1.3.1. Álcool

As bebidas alcoólicas são obtidas por fermentação ou destilação da glicose presente em cereais, raízes e frutas e seu principal agente é o etanol (álcool etílico). O teor alcoólico varia de acordo com o tipo de bebida (Quadro 1).

Apesar de possuir grande aceitação social e seu consumo ser estimulado, o álcool é uma droga psicotrópica que atua no sistema nervoso central, podendo causar dependência e mudança no comportamento. Quando consumido em excesso, é visto como um problema de saúde, já que pode estar associado a acidentes de trânsito, violência e alcoolismo.

Quadro 1. Teor alcoólico das principais bebidas

Bebida	Teor alcoólico
Cerveja	5%
Vinho	12%
Cachaça	30% a 40%
Tequila	35% a 38%
Vodca	37% a 40%
Uísque	40% a 63,5%
Rum	40% a 80%
Absinto	45% a 90%

Fonte: Adaptada do site

<<http://www.terra.com.br/culinaria/infograficos/teor-alcoolico/>>. Acesso em: 1 jan. 2016.

Segundo estudo realizado pelo Ministério da Saúde, referente ao ano de 2011, a ingestão de álcool está ligada a 21% dos acidentes de trânsito no Brasil⁴. Essa problemática acarretou alteração no Código de Trânsito Brasileiro com o sancionamento da Lei 12.760/12, conhecida popularmente como “Lei Seca”, que passou a prever a aplicação de dolo eventual em casos de homicídio em decorrência de acidentes de trânsito ocasionados por consumo de bebida alcoólica (BRASIL, 2012a).

Os efeitos do álcool são percebidos em dois períodos: um que estimula e outro que deprime. No primeiro período pode ocorrer euforia e desinibição enquanto no segundo ocorre descontrole, falta de coordenação motora e sono. Já os efeitos da dependência alcoólica, denominada alcoolismo, são sentidos em órgãos como o fígado, coração, e estômago. Em caso de suspensão do consumo, pode ocorrer ainda a síndrome da abstinência, caracterizada por tremores das mãos, distúrbios gastrointestinais e também do sono, agitação intensa e desorientação no tempo e o espaço (CARLINI et al, 2001).

1.3.2. Nicotina

Tabaco, fumo e nicotina são palavras por vezes utilizadas de maneira incorreta, cabendo, portanto, suas distinções no presente trabalho. A nicotina é uma droga extraída da planta tabaco (*Nicotiana tabacum*), cujo fumo se dá através de cigarros, charutos ou cachimbos (CARLINI et al, 2001), sendo o primeiro a forma mais comum de consumação.

A produção do cigarro industrial envolve muitos passos e processos químicos e a adição de vários produtos conhecidos, em geral não associados ao produto, como metais pesados, alcatrão e monóxido de carbono. Ao ser queimado, o tabaco produz uma fumaça composta de, pelo menos, quatro mil e oitocentos componentes, sendo sessenta e oito deles comprovadamente cancerígenos (BRASIL, 2013a).

Um dos grandes problemas da nicotina é sua alta capacidade de provocar dependência. Ao contrário do álcool, por exemplo, o uso esporádico é raro, sendo o consumo diário admitido por mais de 85% dos fumantes (BRASIL, 2013a).

Dentre os efeitos do fumo estão: ataque cardíaco, vários tipos de câncer (pulmão, rim, laringe, cabeça, pescoço, mama, bexiga, esôfago, pâncreas e estômago), doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, doença vascular periférica, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema, impotência sexual e redução da memória e da capacidade de aprendizagem (INCA, 2007). O hábito de fumar é responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão, 75% dos casos de bronquite crônica e enfisema pulmonar e 25% dos casos de isquemia no país (BRASIL, 2013a). O tabaco leva à dependência física e psíquica devido à nicotina e gera síndrome de abstinência, caracterizada por sintomas como irritabilidade, agitação, prisão de ventre, dificuldade de concentração, sudorese, tontura, insônia e dor de cabeça (CARLINI et al, 2001).

4 Os dados fazem parte da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), estudo realizado pelo Ministério da Saúde em setenta e um hospitais que realizam atendimentos de urgência e emergência pelo SUS. Fonte: Site do Portal Saúde do Governo Federal. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/links-vigilancia?start=135>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

Além dos impactos na saúde, o tabagismo também afeta a economia. De acordo com pesquisa realizada pela Fiocruz, gastos relacionados ao tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) de apenas trinta e duas doenças, das mais de cinquenta relacionadas ao consumo de tabaco, ultrapassam anualmente trezentos e trinta milhões de reais para pacientes com trinta e cinco anos ou mais⁵.

1.3.3. Maconha

De acordo com Xiberras (1997, p. 76), há pelo menos duas razões pelas quais o homem tem cultivado a *Cannabis sativa* – planta da maconha – há séculos: “aproveitar as fibras existentes no caule para a tecelagem e tirar partido das propriedades inebriantes do seu pólen (haxixe), e das suas inflorescências e das folhas (erva)”.

A *Cannabis sativa* possui uma glândula que concentra grande quantidade de substâncias, chamadas canabinoides, não detectadas em outros vegetais. Uma dessas substâncias é o tetra-hidrocanabinol (THC), responsável pelos efeitos psicoativos da planta. Há, também, canabinoides com pouca ou nenhuma psicoatividade, porém, com outros efeitos, como o canabidiol, de alto potencial terapêutico (ZUARDI e CRIPPA, 2011).

Algumas pessoas que consomem a maconha com intuito recreativo sentem-se relaxadas e ficam mais extrovertidas; outras, porém, sentem-se ansiosas, amedrontadas e confusas. No geral, consumida em pequenas doses, a maconha distorce os sentidos e a percepção de tempo e espaço. Já em altas doses, pode gerar confusão mental, pânico, agitação e alucinações (BRASIL, 2013b).

Há controvérsias sobre a ocorrência de dependência associada ao uso de maconha, entretanto, evidências acumuladas nos últimos anos confirmam este potencial. Ela afeta os sistemas de recompensa cerebral, assemelhando-se a outras drogas de abuso e podendo provocar não apenas dependência, mas também crise de abstinência, com sintomas de fraqueza, insônia ou sonolência, retardo psicomotor, ansiedade, inquietação e depressão (ZUARDI e CRIPPA, 2011).

Outra discussão atual importante acerca do consumo da maconha abrange a teoria de escalada do vício entre drogas. A ideia surgiu a partir de estudos realizados nos Estados Unidos que constataram que, dentre os consumidores de heroína, 50% tinham experiência precedente com o consumo de maconha. Entretanto, ao inverter a questão, relacionando-se o número de consumidores de maconha que tornaram-se usuários de cocaína, os dados indicaram incidência de apenas 4%. Apesar de não comprovada, essa teoria ganha força baseada na organização social da distribuição ilegal das substâncias, pois devido ao controle do mercado ilícito por traficantes, os consumidores de drogas mais “leves” ficam suscetíveis à experimentação de outras mais “pesadas” (ABREU e MALVASI, 2011).

1.3.4. Heroína

Sintetizada em 1895 pela companhia alemã Bayer (NIEL, 2011), a heroína foi assim denominada em decorrência de suas capacidades “heroicas” descobertas na época, como a cura da tosse,

5 Fonte: Site Agência Fiocruz de Notícias. Disponível em: <<http://www.agencia.fiocruz.br/pesquisa-calcula-o-custo-economico-de-doenças-relacionadas-ao-tabagismo>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

mesmo em razão de tuberculose (LOPES, 2006). Trata-se de um produto semissintético derivado da papoula que pode ser consumido através da inalação ou de maneira intravenosa, o que contribui para a transmissão do vírus do HIV entre os usuários. A substância encontra-se inicialmente em estado sólido, semelhante a um pó, devendo ser aquecida para o consumo.

Segundo Xiberras (1997), ao consumir heroína o usuário passa por três etapas: primeiramente uma reação inicial intensa que dura poucos segundos, o chamado *flash*, seguida de uma fase de euforia que se prolonga de uma a duas horas e, finalmente, uma fase caracterizada por um estado de melancolia e sonolência com cerca de três a quatro horas de duração. Ainda de acordo com a autora, o consumo de heroína insere-se dentro da toxicomania solitária, pois a única relação que o heroinômano reconhece é aquela que estabelece com a droga que consome.

O consumo dessa droga provoca estados de intoxicação cujos efeitos são: insônia, constipação intestinal, câibras, sensação de calor, náuseas, taquicardia, baixa do nível de consciência e alterações de humor. Provoca ainda síndrome de abstinência, apresentando, dentre outros sintomas, insônia, anorexia, diarreia e cólicas intestinais, náuseas, câibras, coriza, fotofobia, sudorese, tremor e febre. São também comuns os casos de *overdose* entre usuários dessa substância, que pode acarretar retração da pupila, depressão respiratória e coma (CASTRO, 2011).

1.3.5. Ecstasy

A droga sintética *ecstasy* foi produzida primeiramente em 1912, por um químico que investigava moderadores de apetite para a empresa alemã Merck, e permaneceu por quase cinquenta anos arquivada com o nome de metilenedioxianfetamina ou, simplesmente, MDMA. Somente no início da década de 1960 o fármaco ganhou maior atenção quando passou a ser utilizado como estimulante da libido, recebendo o nome popular de “droga do amor”. Os pacientes, na época, relatavam sentirem-se mais carinhosos ao consumirem o produto e, atualmente, sabe-se que essa sensação é consequência da produção de serotonina no cérebro, responsável pela sensação de prazer, que é estimulada pela droga. Com o passar do tempo o MDMA tornou-se *ecstasy*, em decorrência do êxtase que causava, e a pílula conquistou os jovens, fazendo-se presente em festas embaladas por música eletrônica (LOPES, 2006).

As sensações mais frequentes após ingestão do *ecstasy* são: euforia, aumento da autoestima, sensação de bem-estar e felicidade, empatia, aumento de energia, extroversão, aumento da sociabilidade, intensificação da percepção de cores e sons e sinestésias (sons e cores que se misturam e podem ganhar formas). Já os efeitos colaterais são: taquicardia, aumento da pressão arterial, perda de apetite, ranger de mandíbula, desidratação e alucinações leves. O uso crônico pode ocasionar perda gradual das funções cognitivas, impulsividade e psicopatias, além de dependência química, que provoca crises de abstinência caracterizada por fissura intensa, ansiedade, agitação, pesadelos, fadiga e humor depressivo (LEMOS e FONSECA, 2011).

1.3.6. LSD

Descoberto pelo químico alemão Albert Hoffman em 1938 enquanto investigava parasitas fungóides do centeio em busca de um medicamento para circulação (LOPES, 2006), o LSD,

considerado o mais potente dentre os alucinógenos, é utilizado por via oral, em forma de tabletes de açúcar, selos, comprimidos e cápsulas (CORDEIRO, 2011).

O tempo de início dos efeitos desse produto sintético é de cerca de trinta minutos e chegam a durar de seis a doze horas. Primeiramente há elevação da temperatura corporal, da pressão arterial, dos batimentos cardíacos e dos níveis glicêmicos, além de dilatação das pupilas. Em seguida ocorrem vertigens, náuseas, sensações de frio e calor e, por fim, alucinações. Também são comuns casos de confusão mental, reações de pânico e quadros psicóticos. Passados os efeitos, o consumo pode gerar ainda depressão e alterações da percepção espaço-temporal, mas não são conhecidos quadros de dependência ou síndrome de abstinência (CORDEIRO, 2011).

1.3.7. Cocaína

Sintetizada por volta de 1880, a cocaína é uma droga semissintética de fortes propriedades estimulantes extraída das folhas da *Erythroxylon coca*. Pode ser consumida sob a forma original de pó (inalada) ou dissolvida em água (injetada) (CARLINI et al, 2001).

Em sua forma natural, a folha de coca não causa dependência, o problema está na forma sintetizada, à qual são agregadas substâncias altamente tóxicas. A pasta básica da coca (sulfato de cocaína), por exemplo, provém da maceração ou pulverização das folhas de coca com solvente (álcool, benzina, parafina ou querosene), ácido sulfúrico e carbonato de sódio (ALVES, RIBEIRO e CASTRO, 2011).

O uso de cocaína provoca os seguintes efeitos: euforia, autoconfiança elevada, aumento do senso de energia e cognição, vigília, estado de alerta, redução do apetite, ansiedade, paranoia, aumento do trabalho cardíaco e da temperatura corporal, sudorese, tremores, cefaleia e espasmos musculares. Há ainda indícios de que o consumo dessa droga aumenta o risco de comportamentos impulsivos e violentos. Também gera dependência, com sintomas de abstinência divididos em três fases. Na primeira, que dura até quatro dias, o usuário tem piora de humor, sono, esgotamento físico e sintomas depressivos. Na segunda, que dura de duas semanas a quatro meses, há intensa irritabilidade, alterações de afeto e intensificação do desejo pelo consumo da droga, potencializando os riscos de recaída. Na terceira fase, que pode durar anos, há uma melhora na fissura pelo consumo, permanecendo, entretanto, sintomas depressivos, dificuldade de planejamento e assertividade. Tais sintomas tendem a melhorar, mas a fissura ainda pode ser desencadeada por eventos e/ou ambientes específicos, como consumo de álcool, situações de estresse, frustração ou euforia, presença em locais onde se consumia droga ou encontro com outros usuários (ALVES, RIBEIRO e CASTRO, 2011).

1.3.8. Crack

O *crack* é uma nova forma de apresentação e consumação da cocaína e, portanto, provoca os mesmos efeitos, porém mais intensos devido à maneira de consumação. Ao ser fumada, a droga alcança o pulmão e atinge quase que instantaneamente a circulação cerebral, chegando rapidamente ao sistema nervoso central. Com isso, os primeiros efeitos surgem em apenas dez segundos, enquanto os da cocaína inalada levam por volta de dez minutos. Da mesma maneira, a

duração dos efeitos também é extremamente rápida, extinguindo-se em cerca de cinco minutos (CARLINI et al, 2001).

As pedras de *crack* podem ser obtidas tanto a partir da pasta básica, quanto do pó refinado. Uma solução de bicarbonato de sódio ou amônia e solvente extrai a cocaína da droga inicial, precipitando-se e convertendo-se em cristais de cocaína quase puros, após a evaporação do solvente (ALVES, RIBEIRO e CASTRO, 2011).

Essa droga pode ser considerada a maior representante da toxicomania solitária, por sua alta capacidade de alienar e isolar seus dependentes, que chegam a ficar dias seguidos consumindo a droga até a completa exaustão, sem dormir e sem alimentarem-se. Isso implica uma grande vulnerabilidade a doenças clínicas, desnutrição e até mesmo a adquirirem comportamentos impulsivos, violentos e promíscuos no intuito de obtenção da droga (ALVES, RIBEIRO e CASTRO, 2011).

A pesquisa realizada pela Fiocruz (2013a e 2013b) sobre o consumo de *crack* no Brasil chocou a população e as autoridades ao trazer estimativas tão preocupantes sobre a droga no país. De acordo com ela, o Brasil teria aproximadamente um milhão de usuários de drogas ilícitas (com exceção da maconha), sendo trezentos e setenta mil usuários de *crack*, dos quais 14% seriam menores de idade. A pesquisa revelou ainda o perfil dos usuários: homens (78,8%) com idade média de trinta anos. Do total de mulheres entrevistadas, 29,9% afirmaram receber dinheiro ou drogas em troca de sexo, 44,5% relataram ter sofrido violência sexual, 10% estavam grávidas no momento da entrevista e mais de 50% já haviam engravidado ao menos uma vez desde o início do uso de *crack*. Comparados com a população brasileira, os usuários de *crack* entrevistados na pesquisa apresentaram prevalência de HIV cerca de oito vezes maior do que a população geral.

Ainda segundo a pesquisa, sobre os aspectos considerados importantes para que os entrevistados pudessem acessar os serviços de saúde, destacaram-se os associados à assistência social, como distribuição de alimento, oferta de serviço de saúde e higiene, apoio para obtenção de emprego, escola/curso e atividades de lazer. Assim, os pesquisadores concluíram que a baixa procura pelos equipamentos de saúde voltados à atenção e tratamento da dependência química talvez se deva ao fato destas instituições não reunirem de maneira integrada todos esses serviços considerados importantes na opinião dos entrevistados. Apenas 24,6% relataram procura por atendimento nos trinta dias anteriores à pesquisa, embora 78,9% terem afirmado interesse pelo tratamento dessa dependência que os leva a consumir, em média, nas capitais, dezesseis pedras por dia (FIOCRUZ, 2013a e 2013b).

Para os pesquisadores, o fato dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) terem sido as unidades mais acessadas pelos usuários que buscaram por atendimento reforça a urgência da necessidade de ampliação e fortalecimento desses equipamentos no âmbito da rede de saúde. Já quando considerados os equipamentos de atenção em regime residencial ou de internação, as Comunidades Terapêuticas foram os mais acessados (FIOCRUZ, 2013a e 2013b).

1.4. Tipos de tratamento

O tipo de tratamento, as características do estabelecimento e a composição da equipe profissional constituem o cenário terapêutico, ou seja, a organização interna do serviço de atenção à dependência química. Os tipos de tratamento englobam os seguintes aspectos fundamentais: estratégia terapêutica, caráter da intervenção, metas terapêuticas e filosofia do tratamento (OPAS e CICAD, 1999).

A estratégia terapêutica se organiza a partir da combinação do tratamento profissional especializado (por exemplo, ambulatórios e enfermarias de desintoxicação), das estruturas de apoio não profissional (como oficinas e atividades culturais) e de grupos de autoajuda. O caráter da intervenção diz respeito ao tipo de abordagem do serviço de atendimento, que pode abranger intervenções biofísicas (como acupuntura, massagem e eletroterapia) farmacológicas (adoção de fármacos para o alívio da fissura), psicológicas (psicoterapias individuais e/ou em grupo e acompanhamento terapêutico) e sociais (como as comunidades terapêuticas, que modificam o contexto social do dependente). As metas terapêuticas referem-se ao objetivo que se pretende alcançar com o tratamento, que pode ser a abstinência do uso de drogas ou apenas a diminuição do consumo, por meio da redução de danos⁶. A filosofia do tratamento se refere aos aspectos ideológicos e teóricos que estruturam o programa. Há, por exemplo, filosofias de caráter moral (que insistem em criminalizar o consumo), espiritual (que trabalham a religiosidade), biológico (que tratam a dependência química como um problema de anormalidade fisiológica), psicológico (que entendem a toxicomania como produto de disfunções emocionais) e sociocultural (que trabalham a drogadicção como um reflexo de problemas sociais) (OPAS e CICAD, 1999).

De acordo com o atual modelo de atendimento a dependentes químicos do governo federal⁷, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, as redes de atenção de saúde e de assistência social para o apoio a usuários de drogas abrangem serviços que vão desde o acolhimento de pessoas em situação de rua, em abrigos ou espaços de moradia transitória, à internação, atendimento ambulatorial e terapêutico.

Para os que se encontram em situação de rua e sem acompanhamento médico, há o Serviço de Abordagem Social na Rua, que atua mapeando áreas de maior concentração dessas situações de risco, por meio de aproximação gradativa, conjuntamente com os Consultórios na Rua, que, por sua vez, são equipes de saúde móveis que atendem usuários de álcool, *crack* e outras drogas com a estratégia da redução de danos. Essas equipes possuem profissionais de várias formações que atuam de forma itinerante nas ruas desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, CAPSad, Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção.

6 A estratégia da redução de danos surgiu na Inglaterra, em 1926, quando um grupo de médicos prescreveram legalmente opiáceos para dependentes de heroína e morfina com o intuito de diminuição gradativa das dosagens. Contudo, apenas com a epidemia da AIDS, na década de 1980, essa política foi aceita. A transmissão e disseminação do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis tornaram-se uma ameaça, culminando na necessidade de ações preventivas efetivas para a redução dos danos, cujos resultados não dependessem exclusivamente da abstinência dos dependentes (FONSÊCA, 2012).

Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 8 out. 2015.

7 Fonte: Site do Programa “*Crack, é possível vencer*”.

Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 8 out. 2015.

Nas Unidades Básicas de Saúde os pacientes recebem atendimento médico geral e não especificamente voltado à dependência química; este se dá nos CAPSad, que realizam acompanhamento clínico e trabalham a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Essas unidades de saúde também oferecem atendimento aos usuários em seus momentos de crise, podendo oferecer acolhimento noturno por um período de até catorze dias, que ocorre também em hospitais gerais com leitos reservados em enfermarias especializadas, utilizados apenas em situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de drogas.

Há, ainda, serviços de moradia contínua, nos chamados Centros de Referência Especializada para População em Situação de Rua (Centros POP), e de moradia transitória, nas Unidades de Acolhimento (UA), que funcionam como casas onde os pacientes em tratamento nos CAPSad podem viver por um período de até seis meses, recebendo apoio na busca de emprego, estudo e outras alternativas de moradia.

Há também instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público, que oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas: as chamadas comunidades terapêuticas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga. O tempo de acolhimento pode durar até doze meses e os pacientes devem manter seu tratamento em um CAPSad.

Alguns dependentes químicos conseguem livrar-se do vício sem auxílio médico, principalmente quando a dependência é em drogas mais brandas, como o álcool e o cigarro, mas há também casos extremos em que até uma internação forçada faz-se necessária. O tratamento de dependentes químicos em regime de internação constitui uma alternativa quando as tentativas de tratamento ambulatorial não são bem-sucedidas e quando o usuário oferece risco a sua integridade física e/ou a de outras pessoas. No Brasil, no âmbito do SUS, a internação é regulamentada pela lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (BRASIL, 2001a).

Existem três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2001a).

No caso da internação compulsória, o importante é que não se torne uma atitude higienista de internações em massa de usuários de drogas em situação de rua. O ideal é que seja oferecido o

benefício das moradias assistidas, onde recebam, além do abrigo, acompanhamento médico e ajuda para conseguir emprego e se restabelecerem socialmente. Para Adorno e Varanda (2004):

Os programas sociais desenvolvidos nesse contexto trazem a marca ideológica do descarte social de uma população que é tratada como excedente. São programas marcados pela institucionalização de práticas que visam à retirada dessas pessoas das ruas, oferecendo, entretanto poucas possibilidades de uma reestruturação de suas vidas (ADORNO e VARANDA, 2004, p. 66).

A internação compulsória de dependentes químicos divide opiniões: uns afirmam ser negativa e consideram que o tratamento mais efetivo é o voluntário; outros, afirmam que a maioria dos pacientes submetidos a ela acaba aderindo ao tratamento. A internação também é mal vista devido ao número insuficiente de leitos para esse público, que, na maioria dos casos, são contemplados em hospitais gerais dos municípios, que usualmente já costumam apresentar déficit para atendimento dos demais problemas de saúde.

Quando atendidos pelo sistema público de saúde, os pacientes ficam internados por no máximo catorze dias, embora na rede particular esse período possa durar meses⁸. As internações se dão em hospitais gerais, como já dito anteriormente, ou em hospitais psiquiátricos, em último caso.

É reconhecido o avanço das políticas públicas de saúde no âmbito da dependência química no país, principalmente com relação aos últimos anos, em decorrência do aumento das chamadas “cracolândias”, mas a realidade é que ainda há um certo descaso para com o tema, comprovado pela escassez de instituições voltadas a esse tipo de tratamento. O município do Rio de Janeiro, por exemplo, atualmente conta com somente sete CAPSad, sendo apenas quatro destes de atendimento vinte e quatro horas⁹. Todos funcionam em edificações adaptadas, o que acarreta problemas funcionais, além de dificultar a adoção de princípios efetivos de humanização dos espaços, assunto tratado no capítulo a seguir.

8 Fonte: Site de clínica particular de dependentes químicos.

Disponível em: <<http://www.grupoainternacao.com.br/tratamento-clinica-de-reabilitacao-de-drogas.php>>. Acesso em: 5 maio 2015.

9 Fonte: Site da Prefeitura do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>>. Acesso em: 8 out. 2015.

CAPÍTULO 2

HUMANIZAÇÃO DE ESPAÇOS VOLTADOS AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Conhecidas as especificidades do grupo atendido nas instituições foco do presente trabalho, agora objetiva-se abordar o tema da humanização de ambientes de saúde, focando naqueles destinados ao tratamento da dependência química. Assim, este capítulo inicia-se com a definição geral do conceito de humanização em saúde, que busca reverter o paradigma do atendimento na área, que acabou priorizando a tecnologia em detrimento do indivíduo. Em seguida, define-se o conceito de humanização na área de arquitetura de ambientes de saúde, buscando trazer, principalmente, questões atuais e não um histórico completo, que já foi apresentado por outros autores, como Toledo (2002 e 2008), por exemplo.

Posteriormente, embasado pela premissa de que o ambiente exerce influência sobre seus usuários, relaciona-se o conceito de humanização dos ambientes de saúde a conceitos de psicologia ambiental, dentre eles os de apropriação e afetividade, que serão investigados no estudo de caso.

Encerra-se o capítulo com exemplos de projetos de instituições voltadas ao tratamento da dependência química, principalmente localizados fora do Brasil, que foram projetadas já inicialmente para essa finalidade e cujos projetos foram norteados por preceitos de humanização de ambientes de saúde. Dentro dos exemplos, aborda-se também sobre as comunidades terapêuticas religiosas, geralmente localizadas em áreas afastadas dos centros urbanos, onde o contato com áreas verdes exerce fundamental importância ao tratamento.

2.1. Humanização em saúde

Muito além da ausência de doença ou de enfermidade, a saúde é na verdade um estado de completo bem-estar físico, mental e social; e constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano (OMS, 1946). Essa atual definição, que amplia o modelo estritamente biomédico de saúde, remete a duas ideias: integralidade e individualidade. A primeira no sentido de satisfação integral das necessidades do indivíduo, considerando o pleno funcionamento do corpo, equilíbrio emocional e qualidade de vida, e a segunda no sentido de que essas necessidades são próprias de cada um, portanto, individuais.

O conceito de humanização em saúde engloba as ideias de integralidade e individualidade, onde o cuidado vai além do controle de moléstias e o paciente é visto como ser único, com anseios particulares e específicos. Constitui uma mudança de paradigma na área da saúde e deriva de discussões que emergiram na década de 1960. Uma delas é a insatisfação dos pacientes com o atendimento médico prestado, geralmente insensível e indiferente. Outra, é a defesa da medicina integral, que sobrepõe a orientação predominantemente centrada no avanço da medicina e da tecnologia, que levou a uma atitude reducionista, na qual os médicos “recortavam” seus pacientes atentando-se exclusivamente aos aspectos ligados ao sistema ou aparelho no qual se especializaram (MATTOS, 2006). Deriva também do movimento antimanicomial (ver seção 3.1. do capítulo 3), que lutava pelo fim dos maus tratos aos quais eram submetidos os portadores de transtornos mentais, sujeitos ao regime de internação involuntária, e do movimento feminista, que defendia o direito de posse dos corpos das mulheres, contribuindo para a desmedicalização do nascimento e a retomada dos partos naturais, hoje denominados humanizados, onde a medicina exerce intervenção mínima e a tecnologia apoia, interferindo apenas quando necessário, devolvendo, assim, o protagonismo à mulher.

Desde então, começaram a ser desenvolvidas ações denominadas “humanizadoras”, cujo objetivo era transformar o hospital num ambiente mais acolhedor, como por exemplo por meio de atividades lúdicas, de lazer e entretenimento, além de melhorias ambientais. Pouco a pouco, as ações ganharam consistência, resultando em alterações de rotina, como visita livre, direito a acompanhantes, dieta personalizada, etc. (RIOS, 2009).

Nesse novo paradigma o cuidado é mais solidário, centrado no paciente e não em sua doença; trata-se de uma abordagem holística de saúde que busca um atendimento de maior qualidade e humanizado, onde corpo, mente e espírito são tratados conjuntamente.

O movimento da humanização partiu do reconhecimento das necessidades psicológicas dos pacientes, e não apenas das biológicas e fisiológicas (ULRICH, 2006).

Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (RIOS, 2009, p. 10).

Em 1972 foi realizado em São Francisco, nos Estados Unidos, um simpósio sobre humanização cujos trabalhos apresentados foram publicados em 1975 no livro denominado *Humanizing Health Care*, organizado por Jan Howard e Anselm Strauss. Foi o primeiro evento que reuniu discussões sobre a humanização do cuidado em saúde e tornou-se um marco para a introdução desse tema na área. Em um dos capítulos do referido livro, Howard (1975) explica que somente foi possível pensar em humanização a partir de reflexões sobre a desumanização do tratamento, que está associada a diversas situações vivenciadas frequentemente nos hospitais, tais como:

- Pessoas sendo vistas como coisas (“coisificação”): os indivíduos são vistos como objeto e não como sujeitos;
- Pessoas sendo vistas como máquinas (desumanização pela tecnologia): pacientes com problemas agudos são vistos como extensões das máquinas que os mantêm vivos, principalmente aqueles que se encontram em coma ou com perda da consciência;
- Pessoas sendo vistas como cobaias (desumanização por experimentação): os pacientes são submetidos a tratamentos altamente agressivos, cujo intuito é mantê-los vivos, independente da condição de qualidade de vida que terão;
- Pessoas sendo vistas como problemas: as pessoas são a imagem da própria doença que carregam. Esse fato ocorre principalmente no atendimento por médicos especialistas, em comparação ao atendimento por clínicos gerais;
- Pessoas sendo vistas como inferiores (desumanização pela degradação): por trás da contínua degradação, os pacientes gradualmente tornam-se institucionalizados, aceitando os valores do sistema e fundindo-se em uma massa sem rosto que pode ser facilmente controlada;
- Pessoas submetidas ao isolamento ou abandono: não apenas pela falta de relação com outras pessoas, mas também pela alienação da própria vida;
- Pessoas sem opções: tanto com relação ao seu próprio tratamento, quanto com relação aos espaços despersonalizados onde permanecem por longos períodos;

- Pessoas submetidas a cuidados abaixo do padrão: alguns pacientes em particular, como por exemplo portadores de doenças mentais, recebem tratamento inferior em comparação a outros pacientes¹⁰;
- Pessoas interagindo com *icebergs*: relativo à frieza e a falta de acolhimento dos profissionais de instituições hospitalares. Esse ponto é, também, uma questão de *status* profissional, onde a distância entre médico e paciente tem relação com poder e prestígio;
- Pessoas em ambientes estáticos e estéreis: há preocupação apenas com a funcionalidade e assepsia dos espaços e não com o conforto ambiental e demais aspectos que auxiliam na qualidade do Lugar.

Para Rios (2009), essas situações podem até mesmo levar à piora do quadro clínico dos pacientes, fazendo com que a instituição de saúde provoque doença ao invés de promover a cura.

Não raro, os pacientes passam por situações que vão desde o uso de linguagem técnica impessoal, ao tratamento autoritário ou que os infantilize, passando por modalidades que vão da homogeneização à indiferença (os profissionais não chamam o paciente pelo seu nome, não olham para seu rosto quando falam, gritam com ele, etc.) (OLIVEIRA, COLLET e VIEIRA, 2006). “O grande desafio dos profissionais de saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação a sua dor e seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência tecnocientífica e humana” (BETTINELLI, WASKIEVICZ e ERDMANN, 2003, p. 233). A humanização em saúde busca despertar o sentimento de empatia naqueles que cuidam da doença, da dor e do sofrimento alheios.

No Brasil, o movimento de humanização da saúde foi difundido pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado pelo Ministério da Saúde em 2001, que atuou segundo duas vertentes: a humanização do atendimento aos pacientes e a melhoria das condições de trabalho e da formação dos funcionários dos hospitais (BRASIL, 2001b).

Em 2003, a humanização deixou de ser um programa aderido por alguns hospitais e tornou-se uma Política Nacional de Humanização (PNH), a ser adotada em todas as unidades de saúde da rede SUS. Como política, se apresenta como um conjunto de diretrizes transversais norteadoras das atividades institucionais que envolvem usuários e profissionais de saúde. Tais diretrizes são: acolhimento; gestão participativa/cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador; e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2013c).

Por **acolhimento** entende-se o reconhecimento e a legitimação da necessidade de saúde de cada indivíduo. Seu objetivo é a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre usuários e profissionais, criando uma rede socioafetiva (BRASIL, 2013c).

Quanto à **gestão participativa/cogestão**, representa a participação de novos sujeitos na tomada de decisões, constituindo um espaço coletivo de gestão, que respeite os interesses dos pacientes, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2013c).

A **ambiência**, segundo a PNH, corresponde à criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e

10 Como dito no capítulo anterior, esse tipo de comportamento costuma ocorrer com usuários de drogas, que são julgados moralmente por alguns profissionais ao buscar atendimento médico.

favoreçam as relações interpessoais. “A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde” (BRASIL, 2013c).

Clínica ampliada e compartilhada constitui uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para um cuidado que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença (que envolve aspectos físicos, mentais e sociais), de maneira a trabalhar a transversalidade do atendimento, enfrentando a fragmentação das ações de saúde (BRASIL, 2013c).

A diretriz de **valorização do trabalhador** busca dar credibilidade à experiência dos trabalhadores, incluindo-os na tomada de decisões, além de investir em sua qualificação profissional (BRASIL, 2013c).

A **defesa dos direitos dos usuários** (pacientes) busca difundir o conhecimento acerca dos direitos garantidos por lei, assegurando que estes sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta (BRASIL, 2013c). Uma importante ferramenta é a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde¹¹, que, quanto ao conceito de humanização, garante ao paciente, dentre outros, os seguintes pontos: ser identificado por seu nome e sobrenome ou por nome pelo qual prefira ser chamado; identificação, por meio de crachás ou outros, dos profissionais responsáveis pelo seu atendimento; garantia de privacidade, conforto, respeito dos valores éticos, culturais e religiosos e bem-estar psíquico e emocional nas consultas e demais procedimentos; direito a acompanhante; informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, com direito à recusa de tratamento; opção pelo local de morte; e recebimento, quando internado, de visita de médico de sua confiança que não pertença à unidade hospitalar (BRASIL, 2007).

Uma discussão inserida no contexto da humanização refere-se à utilização dos termos “paciente”, “cliente” e “usuário”. Defende-se que refletir sobre o uso da melhor denominação é também refletir sobre o cuidado. Segundo o dicionário Aurélio, além de pessoa sujeita a tratamentos ou cuidados médicos, “paciente” é aquele que tem paciência, espera tranquilamente e/ou sofre sem reclamar. O termo, embora consagrado, remete àquele que concorda em ser manipulado, tratado e avaliado passivamente, sendo, portanto, visto mais como objeto que sujeito (CARDOSO, LAZZAROTTO e ZANELA, 2003). Já “cliente”, dentre os significados do Aurélio, é, além de doente, freguês. Essa definição remete ao consumidor de um bem ou serviço, por ele adquirido monetariamente – no caso da saúde, pago diretamente ou através de impostos. Dessa maneira, transformando o “paciente” em “cliente”, este obtém poder, exigindo a melhora dos serviços e o atendimento de suas necessidades (CARDOSO, LAZZAROTTO e ZANELA, 2003). Por último, tem-se o termo “usuário”, que, segundo o Aurélio, é aquele que possui ou frui alguma coisa por direito, que provém do uso. Para Saito et al (2013), este termo é o mais amplo e remete a uma concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania.

Apesar dessa explicação, no presente trabalho, adotar-se-á o termo “paciente” para referir-se àqueles que recebem o atendimento em saúde, por este ser mais convencional e, principalmente,

11 Aprovada pela Portaria MS/GM nº 675, de 30/3/2006, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país.

para evitar confusões com o termo “usuário”, que será utilizado para expressar a relação pessoa-ambiente (usuário da edificação, seja paciente ou funcionário), tema abordado mais adiante.

2.2. Humanização em arquitetura de ambientes de saúde

Além da técnica e da funcionalidade, outra necessidade vem ganhando importância na busca pela excelência no planejamento de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Esta terceira necessidade é a humanização dos ambientes, que considera o valor da percepção e a influência que o espaço físico tem sobre os diferentes atores – pacientes, profissionais e acompanhantes (GUELLI e ZUCCHI, 2005).

Conforme apresentado anteriormente, a ideia de humanização dos espaços deriva do conceito de ambiência, que se relaciona com a experiência e a percepção que se tem de um determinado ambiente. Para Hall (1977, p.161), “praticamente tudo que o homem é e faz vincula-se à experiência do espaço. O sentido humano do espaço é uma síntese de muitos insumos sensoriais: visual, auditivo, cinestésico, olfativo e térmico”. A ambiência, que faz emergir afetividade ao lugar, está intimamente ligada a estes insumos sensoriais, que nos fazem senti-la, sem que a percebamos (THIBAUD, 2012).

Os conceitos definidores da ambiência ainda não conseguiram superar a riqueza das experiências que o termo desperta. Para tentar defini-la, é preciso entendê-la como o lugar urbano somado de tudo que o envolve (sons, cheiros, temperatura, iluminação, movimento das pessoas, ...) e incluir também aspectos memoriais, identitários e culturais, considerando ainda fatores de ordem ambiental (DUARTE e PINHEIRO, 2013).

Esquemáticamente, pode-se dizer que uma ambiência é o que dá vida a um meio ambiente, o que lhe confere um valor afetivo. Ambientar um território supõe não apenas controlar os parâmetros físicos de um meio ambiente construído, mas de dotar esse território de um determinado caráter, de um certo valor emocional e existencial. Toda ambiência mobiliza as experiências vividas e as maneiras de se estar juntos (THIBAUD, 2012, p. 32).

De acordo com Elali (2009), a ambiência atua de modo inconsciente sobre os usuários dos espaços, agindo sobre seu comportamento.

Cada local possui uma ambiência própria que o caracteriza e cuja construção é cotidiana. A base dessa ambiência é a articulação entre muitos fatores visíveis e invisíveis que impregnam aquele lugar e definem sua identidade, influenciando o comportamento das pessoas que vivem no local ou o percorrem (ELALI, 2009, p. 1).

O conceito de ambiência na saúde foi difundido no Brasil pela PNH. Nessa área, entende-se por ambiência o tratamento dado ao espaço físico a partir da compreensão do ambiente como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar àqueles que nele circulam (pacientes e equipe) atenção acolhedora, resolutiva e humana. O conceito se baseia em três

eixos: confortabilidade, produção de subjetividade¹² e utilização do espaço enquanto facilitador do processo de trabalho (Brasil, 2006c).

Toledo (2008) defende que medicina e arquitetura devem unir-se em prol do paradigma da humanização, comprometida com a promoção da saúde e com o conforto físico e psicológico do paciente. Uma ideia de conforto que, segundo Schmid (2005), reconhece o valor dos contextos ambiental, corporal, sócio-cultural e psico-cultural e que vai além da prevenção do desconforto, sendo, portanto, uma visão holística. “Conforto ambiental reúne o alívio da dor e a liberdade de outras dores (comodidade), e ainda a transcendência da dor mediante o encanto de outros sentidos” (SCHMID, 2005, p. 324).

Há livros de arquitetura que, ao tratar de espaço, tocam os diversos contextos do conforto, mas no contexto ambiental restringem-se ao espaço visível. Por outro lado, normas técnicas em conforto na edificação, que cobrem os diversos fenômenos físicos do ambiente, limitam-se ao contexto ambiental e não consideram o nível de transcendência. Dizem respeito a aspectos de um abrigo para o corpo. Entretanto, o ambiente construído é um anteparo existencial, um abrigo também para a alma (SCHMID, 2005, p. 32)

Enquanto abrigo para alma, assim como enquanto abrigo para o corpo, o ambiente construído é percebido de diferentes maneiras segundo cada indivíduo; razão pela qual o empoderamento dos usuários é imprescindível para que sejam concebidos espaços verdadeiramente humanizados. Assumindo o mesmo ponto de vista, Toledo (2008, p. 113) acredita que “o arquiteto tem muito a aprender com os pacientes, ouvindo e valorizando suas queixas e expectativas, sem o que dificilmente poderemos contribuir para a humanização do edifício hospitalar”.

Em entrevista para a tese de Toledo (2008), o arquiteto Irineu Breitman deu a seguinte declaração, traduzindo com maestria o significado de humanização em arquitetura:

Falar arquitetura humanizada é cometer no mínimo um pleonasmo, já que uma arquitetura de qualidade tem como objetivo fundamental atender às necessidades do homem, sejam elas do plano material como do psicológico. Entre as primeiras, colocamos a orientação da edificação, a facilidade e clareza dos acessos, o dimensionamento adequado dos ambientes, a relação entre as diferentes áreas funcionais, a correta utilização dos materiais, a facilidade da manutenção através da previsão de visitas a todas as instalações, o conforto ambiental, entre outros aspectos a serem cuidados.

No plano psicológico destacamos o respeito à privacidade dos usuários, a criação de espaços de convívio, o acesso à paisagem do entorno e a jardins, a presença de obras de arte e de outras manifestações culturais, a música e o silêncio dependendo da escolha do paciente e, finalmente, o caráter simbólico e o sentido de Lugar que toda boa arquitetura deve proporcionar (BREITMAN apud TOLEDO, 2008, p. 133).

Apesar de teoricamente a expressão “arquitetura humanizada” ser redundante, na prática, convivemos com frequência em unidades de saúde cujo funcionamento é quase perfeito quanto à técnica, mas deixa a desejar na ambiência de afetividade, atenção e solidariedade, sendo, portanto, não humanizadas. As pessoas deixam de ser o centro das atenções com facilidade e transformam-se exclusivamente em “objeto” do cuidado e fonte de lucro, perdendo sua

12 Produção de subjetividade diz respeito à constituição de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde (BRASIL, 2006c).

identidade pessoal e ficando dependentes e passivas, à espera do “poder científico” dos profissionais da saúde. Isso repercute no ambiente hospitalar, transformando-o num centro tecnológico, onde os equipamentos são facilmente reverenciados e adquirem vida, enquanto as pessoas são, por isso, “coisificadas” (BETTINELLI, WASKIEVICZ e ERDMANN, 2003).

Também em entrevista para Toledo (2002), para sua dissertação de mestrado, o arquiteto João Filgueiras Lima, o Lelé, um dos principais expoentes da arquitetura hospitalar brasileira, falou sobre o problema da desumanização dos espaços em decorrência da tecnologia do hospital:

Eu fiquei internado na unidade coronariana do INCOR, onde todos os equipamentos são de última geração, uma coisa fantástica! Eu imagino que minha estada naquela unidade salvou minha vida; entretanto, depois de 15 dias internado, eu estava precisando de um tratamento psicológico. O ambiente da unidade coronariana era extremamente deprimente, não havia uma única janela, eu não sabia quando era dia ou noite e perdi totalmente a noção do tempo (LIMA apud TOLEDO, 2002, p. 124).

Segundo Ulrich (1992), pesquisas nas áreas da ciência comportamental e da saúde constataam que ambientes com características “*psychologically supportive*” (psicologicamente favoráveis) contribuem para a melhora da saúde dos pacientes, diminuindo o estresse e a ansiedade, abaixando a pressão arterial, melhorando os resultados pós-operatórios, reduzindo a necessidade de medicamentos analgésicos e o tempo de internação. O autor explica que, dentre as características que qualificam os espaços como “psicologicamente favoráveis”, tem-se: capacidade de controle, suporte para visitantes e acompanhantes e adoção de distrações positivas. A ausência de controle (acústico, térmico, lumínico, uso de TV, etc.) é a principal causa do aumento de estresse em unidades de saúde. Já a interação com a família, amigos e acompanhantes, que pode ser favorecida pelo ambiente, atua na diminuição do estresse. Quanto à adoção de distrações positivas, como por exemplo, a relação com a natureza, estas representam componentes que desviam a atenção do paciente quanto à doença.

Ao que Ulrich (1992) denominou de características ambientais “*psychologically supportive*” (psicologicamente favoráveis), Dilani (2005) chamou de *Psychosocially Supportive Design* (Design de Suporte Psicossocial). As pesquisas de ambos enquadram-se na linha do *Evidence Based Design* (Projeto Baseado em Evidências) que mensura o impacto da humanização de ambientes hospitalares na eficácia do tratamento. Deriva da medicina baseada em evidências, que toma como base resultados da prática clínica para orientar a tomada de decisões terapêuticas (GUELLI e ZUCCHI, 2005).

A ideia de que o espaço físico atua benéfica ou maleficamente na recuperação dos pacientes já era defendida em 1978, quando foi criada a *Planetree*, uma organização norte-americana, hoje mundialmente conhecida e respeitada, que certifica instituições de saúde quanto à humanização do atendimento. Fundada por uma paciente após um período de internação hospitalar classificado como traumático, a organização defende o conceito do *patient-centered care* (assistência centrada no paciente) e tem a arquitetura como um dos principais itens da excelência do atendimento em saúde. No Brasil, apenas os Hospitais Albert Einstein (Figura 3) possuem certificação da *Planetree*¹³.

13 Fonte: Site do *Planetree*. Disponível em: <<http://planetree.org/>>. Acesso em: 1 jan. 2016.



Figura 3. Fachada e sala de estar da unidade de Perdizes – SP do Hospital Albert Einstein.

Fonte: <http://www.galeriadaarquitectura.com.br/projeto/levisky-arquitetos-estrategia-urbana_/unidade-avancada-perdizes-hospital-albert-einstein/243>. Acesso em: 1 jan. 2016.

Há também outras organizações internacionalmente reconhecidas que realizam e divulgam pesquisas objetivando valorizar o papel da arquitetura no processo terapêutico, como a *International Academy for Design and Health* (IADH) e o *Center for Health Design*. São organizações responsáveis por solidificar a afirmativa de que elementos sensoriais do meio ambiente podem influenciar nos processos de cura; portanto, o espaço é estimulante e não neutro.

No Brasil, a Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH) é a principal entidade que tem como objetivo contribuir para a contínua evolução no campo da edificação hospitalar e tem a humanização dos espaços como uma de suas vertentes. Um grupo que foca esse tema é o Grupo de Pesquisa Espaço Saúde, do Programa de Pós-graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Suas atividades envolvem a aplicação e desenvolvimento de metodologias de avaliação e sistematização de tipologias; elaboração de propostas conceituais e parâmetros projetuais urbanísticos e de arquitetura, adequados aos conceitos de humanização do atendimento e de uma medicina focada no paciente; além de produção de material didático sobre o tema¹⁴.

Uma das produções do referido grupo é a dissertação de mestrado de Fontes (2003), cujo propósito foi investigar conceitos e parâmetros utilizados no planejamento dos atuais espaços de assistência à saúde mental, tendo como base estudo de caso realizado na Casa do Sol – unidade de internação/moradia de pacientes crônicos do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Nise da Silveira, no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro. Como produto da dissertação, Fontes (2003) elaborou recomendações para novos projetos de mesmo fim, dentre as quais: importância dos espaços de convívio; neutralização da imagem do manicômio; integração com a comunidade; associação com as referências da casa; possibilidade de personalização dos espaços; incentivo à participação do usuário no processo projetual; importância da segurança; e ligação com o espaço exterior.

14 Fonte: Site do Espaço Saúde. Disponível em: <<http://www.fau.ufrj.br/proarq/espacosaude/>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

Especificamente em um hospital psiquiátrico, que o paciente encontra-se fragilizado (pela doença ou medicamentos calmantes), apresentando dificuldades em sua ação de percepção, cabe ao espaço a função de potencializar determinados estímulos (SILVA e ELY, 2008).

Com base em evidências obtidas a partir de estudos relacionados à ambientes de saúde e à influência que os espaços exercem sobre os usuários, obtém-se características indispensáveis, ou pelo menos desejáveis, para uma unidade de saúde. Dentre elas: privacidade; ambientes sensoriais; ventilação e luz naturais; uso adequado de cores; contato com a natureza; distrações positivas; e referência residencial (SCHWEITZER, GILPIN e FRAMPTON, 2004).

Conhecendo essas premissas, projetar espaços de saúde humanizados pode parecer tão simples quanto seguir uma receita de bolo, mas é preciso pensar nas diversas categorias de unidades de saúde, todas com suas especificidades, destinadas a um tipo de paciente (hospitais gerais, clínicas gerais, clínicas especializadas, hospitais infantis, maternidades, clínicas de estética, instituições psiquiátricas, instituições para tratamento de dependentes químicos, etc.), além das dificuldades de sempre (características do terreno de implantação, complexidade dos fluxos, condicionantes climáticos, cultura local, dentre outros).

A dificuldade é ainda maior quando tratam-se de espaços adaptados, como usualmente são os CAPSad (CARVALHO e SILVA, 2012) e como o caso relatado abaixo, de um trabalho que buscou empregar estratégias de humanização – dentre elas a ambiência – em um CAPSad de Aracaju – SE.

Aquele lugar já fora o antigo mercado de carnes municipal. As mesas de azulejos brancos em que se costumava expor as carnes ainda estão lá. Agora servem de assento ou de cama (dormem-se em cima ou embaixo delas). Poucas reformas foram feitas até então. Muito cimento, pouco (ou quase nada de) verde. Um enorme vão corta o meio da construção, onde ficam as mesas. Pé direito (muito) alto, portões de grade enferrujados, paredes descascadas e sujas de poeira e mofo, telhas de Eternit a amplificar o calor nordestino, cheiro forte de azedo misturado com um nada leve toque de produto de limpeza, poucas salas também mofadas, ausência de cores que poderiam dar um sopro de vida àqueles ares carcerários. O que (como) a ambiência do CAPSad (in)forma (a)os processos de trabalho no CAPSad em questão? Como produzir interferências nos processos de trabalho a partir de intervenções realizadas nesta ambiência? (BULHÕES, VASCONCELOS e ESCÓSSIA, 2015, p. 51-52).

Como resposta, os autores decidiram realizar mudanças no espaço com a participação de pacientes e profissionais, de maneira que pudessem não apenas participar do processo de reforma da instituição, mas também imprimir sua personalidade nos espaços por eles vivenciados.

Começamos pelas paredes: a partir dos saberes (em desenho e pintura) de um oficineiro, usuários(as) e trabalhadores(as) puseram-se a dar cor ao ambiente, tornando-o mais expressivo da vida que por ali passava. Um momento de grafiteagem (arte de rua) foi realizado no espaço onde se costumava realizar a assembleia com usuários(as), sendo conduzida ao som de latinhas de spray e Hip-Hop. Cabe destacar o estranhamento de alguns(umas) usuários(as) e trabalhadores(as) em relação a esta atividade, bem como as discussões e as justificativas de tal estranhamento, todas reforçando uma articulação (causal) entre uso de drogas, arte de rua, rap e vagabundagem.

Usuários(as) fizeram desenhos no denominado “fumódromo”, espaço até então negligenciado, destinado ao uso (ininterrupto e não discutido, afinal, essa é uma

droga lícita) de tabaco, inabitado pelos(as) trabalhadores(as), inclusive os(as) da limpeza. Além dos desenhos, foi construído nesse mesmo espaço, com os usuários(as), um jardim, ornamentando-o com plantas escolhidas e cuidadas por eles(as). Foram adquiridas ferramentas para trabalhar na terra e uma equipe ficou encarregada de limpar e cuidar daquele espaço diariamente. O “fumódromo”, por sugestão dos(as) usuários(as), foi reinaugurado e nomeado de Jardim Primavera. Por meio de tais mudanças na ambiência, arriscamo-nos a dizer que aquele espaço começou a ser habitado de outros modos: passou a ter horários estabelecidos coletivamente para ali se fumar (na tentativa de reduzir danos causados pelo uso de uma das drogas que mais mata brasileiros e brasileiras), passou a ser espaço onde se desenvolviam outras atividades, como jardinagem e reuniões de grupo.

Após um estudo feito pelo oficinairo/artista plástico, sobre a influência das cores no cuidado (quais têm o potencial de acalmar, de estimular a criatividade e a memória), foram introduzidas cores nas paredes dos espaços físicos onde se realizavam as atividades coletivas – como reuniões, grupos, oficinas (BULHÕES, VASCONCELOS e ESCÓSSIA, 2015, p. 52).

A existência de áreas verdes em unidades de saúde gera benefícios terapêuticos. Quando o paciente sabe que tem a opção de acessar um jardim, ele tem sua autonomia valorizada. Jardins são ambientes restauradores e locais de relaxamento para pacientes e equipe, onde o paisagismo deve ser trabalhado de maneira a garantir caminhos com percursos variados, locais privativos para relaxamento e locais de trocas e convívio social, que acomodem grupos de duas a quatro pessoas com relativa privacidade. Áreas verdes também são ótimos espaços para realização de atividades e exercícios ao ar livre. Quando não for possível a interação direta com o jardim, apenas sua visualização já se mostra benéfica para a redução de estresse. A visualização de um jardim, pátio ou área natural é essencial no acesso à edificação, em áreas de espera, ao longo das principais vias de circulação (Figura 4), nos quartos e consultórios (MARCUS, 2000).



Figura 4. Passarela do Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre - RS.

Fonte: <<http://proelettricaengenharia.com.br/2008/11/14/hospital-moinhos-de-vento-2/>>; <<http://www.froesberlato.com.br/clientes/?id=9>>. Acesso em: 2 jan. 2016.

Em arquitetura, o trabalho de humanização em EAS está voltado para aspectos ambientais que promovam o bem-estar físico e psicológico dos pacientes, com o intuito de influenciar positivamente em seu processo terapêutico, e dos profissionais, que, por consequência, acabam desenvolvendo também práticas profissionais mais humanizadas. Essa preocupação com aspectos ambientais reflete-se no uso adequado das cores, na integração com áreas verdes, na

busca por conforto acústico, térmico e lumínico e no empenho em proporcionar ambientes que promovam uma ambiência afetiva e acolhedora, favorecendo a apropriação dos usuários do espaço.

2.3. Relação usuário-ambiente no contexto da humanização de espaços voltados ao tratamento da dependência química

Como apresentado anteriormente, o ambiente exerce influência sobre aqueles que o vivenciam (FISCHER, 1994; HALL, 1977; OKAMOTO, 1996; SOMMER, 1973; TUAN, 1983) e, no caso específico de unidades de saúde, ele atua sobre o processo de cuidado, favorecendo-o ou prejudicando-o (MALKIN, 2008; TOLEDO, 2008; ULRICH, 1992).

As interações usuário-ambiente constituem o campo de estudo da psicologia ambiental, cujos primeiros livros foram lançados na década de 1970, nos Estados Unidos. Esta disciplina relativamente nova estuda o indivíduo em seu contexto, considerando as dimensões culturais e sociais sempre presentes no ambiente físico. Assim, analisa-se como o usuário avalia e percebe o ambiente que o cerca e, ao mesmo tempo, como este mesmo ambiente o influencia (MOSER, 1998).

Estudos comprovam a intervenção do espaço na alteração do comportamento humano. A psicologia ambiental apresenta-se como disciplina que tem por objetivo desvendar estas relações entre homem e espaço, estudando fatores e atributos espaciais que potencializem os benefícios desta relação. São luzes e cores, formas e volumes, sons, cheiros, texturas e muitos outros elementos que definem o ambiente que percebemos e interpretamos e pelo qual nosso comportamento será em algum grau afetado. [...] Desta forma, destaca-se o papel do arquiteto como criador do espaço construído e das possibilidades de relação entre este e o homem, trabalhando o espaço não como agente passivo, mas sim como agente que pode despertar estímulos sensoriais benéficos (SILVA e ELY, 2008, p. 2).

A relação usuário-ambiente abrange vários conceitos da área da psicologia ambiental, incluindo os de **espaço** e **lugar**. Segundo Tuan (1983), o espaço é um ambiente inicialmente indiferenciado que se torna **Lugar** à medida que o vivenciamos e o dotamos de valor. Lugar, portanto, é função do tempo passado em determinado espaço e da experiência.

Especificamente em unidades de saúde, muitas vezes o tempo experienciado nestas instituições origina mais um sentimento topofóbico que topofílico, tanto em decorrência da impessoalidade do atendimento prestado, quanto pela despersonalização dos ambientes. Segundo Tuan (1980), topofilia em seu sentido amplo representa os laços afetivos do homem com o meio ambiente material; e despertar um sentimento de afeto pelo lugar é um dos objetivos da humanização em arquitetura.

Ainda sobre a ligação entre espaço e lugar, Fischer (1994, p. 195) explica que “porque o atravessam permanentemente códigos sociais e culturais, todo espaço é um lugar onde se constroem socialmente significados que condicionam a nossa vida e, ao mesmo tempo, são condicionados por ela”. Entre os muitos significados dos espaços para tratamento da dependência química destaca-se sua função no controle de seus usuários, pessoas que muitas

vezes se encontram em situação de rua e representam desordem social; função esta que dificulta a experiência no espaço sob uma ótica positiva.

É que a identidade pessoal exprime-se também em termos de identificação com o lugar: a minha casa, o meu bairro, o meu escritório. Mas pode também acontecer que não nos identifiquemos com o lugar onde estamos; neste caso, nascerá um sentimento de não-integração: o espaço é então vivido como um meio no qual nos sentimos estranhos e com o qual recusamos qualquer familiaridade. Estamos assim perante um fenómeno eminentemente conflitual que se exprime como uma resistência a condições de vida insatisfatórias e a exclusão potencial que elas arrastam (FISCHER, 1994, p. 199).

Acerca do espaço, Hall (1977, p. 66) defende que este exerce influência sobre a **identidade** dos indivíduos quando afirma que “o senso do espaço no homem relaciona-se intimamente com seu senso do eu, que se encontra, por sua vez, em íntima transação com o meio ambiente” e que “de alguma maneira, existe uma identificação íntima entre a imagem que o homem tem de si mesmo e o espaço que ele habita” (HALL, 1977, p. 158).

É preciso compreender que a internação em instituições psiquiátricas provoca mudanças no comportamento dos internos e, conseqüentemente, interfere na sua identidade, pois na medida em que os indivíduos são espacialmente controlados, seu comportamento é moldado e sua compreensão de si mesmos é redefinida. De acordo com Sommer (1973, p. 93), “o hospital para doentes mentais é um ambiente em que as pessoas estão relativamente passivas e indefesas diante de um ambiente organizado com o objetivo de terapia.” Sommer (1973, p. 100) diz ainda que: “é comum encontrar internados cujos sintomas iniciais foram reduzidos, mas que se tornaram desajustados à vida no exterior”, pois foram moldados pela rotina do hospital.

Especificamente em espaços onde o indivíduo tem sua liberdade controlada, chama-se atenção para a importância de sua relação com seus objetos pessoais, que geralmente são apreendidos, na manutenção de seus laços identitários. Assim como o espaço, estes itens tem profunda relação com o eu. O homem “se diferencia dos outros animais em virtude de ter elaborado o que designamos como **extensões** de seu organismo” (HALL, 1977, p. 15, grifo do autor) e seus objetos pessoais são parte dessas extensões, que se relacionam tanto ao corpo quanto à identidade. “Um conjunto de bens individuais tem uma relação muito grande com o eu. A pessoa geralmente espera ter certo controle da maneira de apresentar-se diante dos outros. [...] precisa de um ‘estojo de identidade’ para o controle de sua aparência pessoal” (GOFFMAN, 1974, p. 28). Segundo Tuan (1980, p. 114), “os pertences de uma pessoa são uma extensão de sua personalidade; ser privado deles é diminuir seu valor como ser humano, na sua própria estimação”.

A capacidade de orientar-se espacialmente é outro fator importante em unidades de saúde, principalmente naquelas voltadas a portadores de transtornos mentais, como o caso dos espaços para tratamento da dependência química. “É profundo o sentimento humano com relação a uma orientação adequada no espaço. Este sentimento se relaciona, em última análise, com a sobrevivência e a sanidade. Estar desorientado no espaço é ser psicótico” (HALL, 1977, p. 98). Em pessoas que se encontram em tratamento psiquiátrico, como os dependentes químicos, muitas vezes com a percepção confusa e alterada pelo uso de drogas, a facilidade do reconhecimento espacial, por meio de uma setorização clara, por exemplo, é imprescindível.

Segundo Sommer (1973, p. 28) “uma sociedade compensa as distinções sociais confusas por distinções espaciais claras – barreiras físicas, sinais para manter distância, restrições de propriedade” e “uma forma alternativa de organização social é a territorialidade, na qual os indivíduos sabem onde estão espacialmente, e não socialmente” (SOMMER, 1973, p. 31).

A **territorialidade** é um conceito básico no estudo do comportamento animal, sendo geralmente definida como o “comportamento através do qual um organismo, de modo característico, reivindica uma área e a defende contra membros de sua própria espécie” (HALL, 1977, p. 19). Trazida para a área da psicologia ambiental, segundo Okamoto (1996), a ideia de território possui algumas características que a definem: área espacial; ser possuído ou controlado por uma pessoa ou por um grupo; satisfazer algumas necessidades; ser definido simbólica ou concretamente; e ser defendido por seus ocupantes, que provavelmente se sentirão desconfortáveis se algum estranho o violar.

O conceito de território designa assim o uso que fazemos dos lugares segundo os significados psicológicos e culturais que lhe conferem quadros sociais. Um território corresponde geralmente a um espaço físico delimitado; é muitas vezes organizado para uma atividade definida e para uma pessoa ou um grupo; traduz-se por uma configuração particular de acordo com as funções que acolhe, e determina um estilo de ocupação do espaço para aqueles que lá se encontram (FISCHER, 1994, p. 23).

Okamoto (1996) acrescenta que um território constitui ambientes de comportamento cujos ocupantes, além de o defenderem, o possuem, o marcam e o personalizam. Segundo Fischer (1994, p. 24), isso se dá “com a ajuda de marcações e de elementos de apropriação que indicam que se é de algum modo o seu ocupante”. O grau de personalização, segundo este autor, seria um índice de liberdade e de controle sobre o lugar: quanto mais personalizado o espaço, maior a margem de autonomia. Para Sommer (1973, p. 207, grifo do autor), “a flexibilidade está intimamente ligada à **personalização**, uma vez que permite que uma pessoa ajuste um ambiente a suas necessidades específicas”. A personalização, inclusive, é uma forma de humanização do espaço hospitalar, já tendo sido citada na seção anterior como exemplo de estratégia de humanização em um CAPSad de Aracaju – SE.

Territorialidade relaciona-se, portanto, ao conceito de **apropriação**, que Fischer (1994, p. 81) define por “um processo psicológico fundamental de ação e de intervenção sobre um espaço, a fim de o transformar e personalizar; este sistema de influência sobre os lugares engloba as formas e tipos de intervenção sobre o espaço que se traduzem em relações de posse e apego”. E acrescenta ainda:

A apropriação traduz-se em termos de modificações físicas, de ocupação, de transformação, ou simplesmente de utilização de indivíduos através de um controle psicológico. [...] A apropriação é uma maneira de materializar uma parte do seu universo mental no espaço físico ambiente, para o fazer nosso (FISCHER, 1994, p. 82).

Outro conceito relacionado aos de apropriação e de territorialidade é o de **espaço pessoal**, que tem o corpo do indivíduo como seu centro. “Não há espaço que não seja o do corpo e a partir do corpo. Nunca podendo ser definido como uma pura realidade exterior e independente do indivíduo, o espaço está em estreita relação com ‘os instintos, os impulsos, as emoções e as

ações” (FISCHER, 1994, p. 47). A definição de espaço pessoal segundo Sommer (1973), refere-se a uma área com limites invisíveis que cerca o corpo, como uma espécie de “bolha” emocionalmente carregada. Ainda segundo o autor:

A defesa de território se liga a fronteiras e marcos visíveis, mas a defesa de espaço pessoal, cujas fronteiras são invisíveis, é uma questão de gesto, postura e escolha de uma localização que revele um sentido claro para os outros. Em muitas situações, a defesa do espaço pessoal está tão ligada à defesa de um território imediato, que vemos as duas coisas como parte de um único processo – a defesa da intimidade – que inclui questões fundamentais de uso do espaço e direitos de propriedade (SOMMER, 1973, p. 56-57).

Segundo Fischer (1994, p. 36), “através da noção de território humano e de espaço pessoal, temos, pois, duas maneiras de compreender o que é o espaço; esses dois aspectos não são dissociáveis um do outro”. O conceito de território relaciona-se a limites e fronteiras físicas, enquanto o conceito de espaço pessoal diz respeito a limites e fronteiras invisíveis, estando ambos relacionados à cultura de um grupo.

Segundo Vidal e Pol (2005), além da territorialidade, a apropriação relaciona-se também ao conceito de **afetividade**, já que “a apropriação do espaço é uma forma de entender a geração de vínculos com os ‘lugares’ (VIDAL e POL, 2005, p. 284). Mas o que faz com que um indivíduo tenha apego e afeto por um local? Apesar de ser algo pessoal e relativo, é possível afirmar que a apropriação é uma das respostas possíveis. Tomando a casa como melhor exemplo de espaço apropriado por seus usuários, ela é, em geral, também o local que desperta maior afetividade, pois, como se sabe, “não há lugar como o nosso lar”.

No caso de espaços para tratamento da dependência química, muitas vezes o sentimento de afeto pelo lar é apenas uma lembrança para os pacientes, ou talvez nem isso, já que muitos encontram-se em situação de rua ou residindo provisoriamente em abrigos. A importância da humanização dessas instituições é, portanto, essencial, pois auxilia não só no tratamento, mas também no fortalecimento da identidade e autoestima dos pacientes. Se o espaço relaciona-se com o processo identitário, conforme apresentado, os indivíduos que se encontram nas ruas (Figura 5), desprotegidos física e psicologicamente, durante o atendimento na instituição estão sob cuidado, passando por atendimento médico, realizando refeições em horários convencionais, cuidando de sua higiene pessoal e, por consequência, retomando sua civilidade.



Figura 5. Cracolândia da favela Parque União, na cidade do Rio de Janeiro - RJ.

Fonte: <<http://oglobo.globo.com/rio/quatro-horas-apos-acao-de-acolhimento-usuarios-retornam-cracolandia-do-parque-uniao-6424437>>. Acesso em: 9 jan. 2016.

A retomada da civilidade daqueles que se encontram sob dependência de drogas, em situação de rua ou não, é fundamental para trazê-los de volta à vida em sociedade, fazendo com que eles controlem sua vida e, não, que ela seja controlada pela droga e um espaço humanizado pode auxiliar neste processo.

Hoje não é suficiente apenas a discussão sobre o espaço euclidiano dos ambientes, de seus acabamentos, mas também a existência de qualidades que venham atrair e tocar a sensação de conforto, de acolhimento, atendendo às dimensões psicológicas do ser humano, propiciando o sentimento de prazer nos locais de atividade de sua existência, desenvolvendo o sentido afetivo ou o laço de ligação prazerosa que se enseja a permanência no local (OKAMOTO, 1996, p. 188).

Quando a relação afetiva com o espaço é fortificada, o tratamento é beneficiado. Tuan (1983) explica que o lugar adquire profundo significado por meio do contínuo acréscimo de sentimento ao longo do tempo, por conta das lembranças que evoca; é o que entende-se por **memória** afetiva do lugar. No caso de dependentes químicos, que sempre retornarão para a manutenção do tratamento e precaução de recaídas, a afetividade será reforçada pelas lembranças das etapas superadas e das conquistas alcançadas.

A partir da reflexão sobre esses conceitos, buscou-se nessa seção relacionar a abordagem da psicologia ambiental com a humanização em arquitetura de ambientes de saúde, focando os espaços destinados ao tratamento da dependência química. O objetivo é compreender melhor quais aspectos são mais importantes, dentro dessa especificidade, para a apropriação do ambiente e criação de relações de afeto por seus usuários.

A seguir, apresentar-se-ão alguns exemplos de espaços destinados ao tratamento da dependência química, pois assim como entender conceitos relacionados às relações pessoa-ambiente, visualizar ambientes humanizados irá auxiliar na compreensão das demandas espaciais do tipo de instituição foco do presente trabalho.

2.4. Referências arquitetônicas de espaços para tratamento da dependência química

Em Ilford, nordeste de Londres, na Inglaterra, foi construído em 2011 um centro para reabilitação de dependentes de álcool e drogas que funciona também como abrigo para pessoas em situação de rua, o Redbridge Welcome Centre (Figura 6), projeto do escritório Peter Barber Architects. As premissas do projeto eram: satisfazer o princípio da desinstitucionalização; valorizar aspectos emocionais da casa; favorecer a política de manutenção para a recuperação; estimular a relação pacientes-comunidade; e incorporar a experiência das pessoas em situação de rua no processo do projeto¹⁵.

¹⁵Fonte: <https://www.westminster.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0006/378483/REF2013_Barber_Homeless-Facilities.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.



Figura 6. Fachada do Redbridge Welcome Centre, em Londres - Inglaterra.

Fonte:<<http://www.dezeen.com/2012/02/27/redbridge-welcome-centre-by-peter-barber-architects/>>.

Acesso em: 10 jan. 2016.

O edifício de quatro pavimentos, cuja forma foi obtida a partir da sobreposição de volumes retangulares – empilhados de maneira irregular e com áreas em balanço –, integra-se ao exterior por meio dos largos painéis envidraçados, que inundam o interior de luz e dão acesso a um jardim privativo situado na parte de trás do terreno. A integração com o exterior e o acesso a áreas verdes são importantes princípios de humanização adotados no projeto (Figura 7).



Figura 7. Jardim e interior do Redbridge Welcome Centre, em Londres - Inglaterra.

Fonte:<<http://www.dezeen.com/2012/02/27/redbridge-welcome-centre-by-peter-barber-architects/>>.

Acesso em: 10 jan. 2016.

Um projeto semelhante é o do edifício da Sede Central do Proxecto Home Galicia, em Santiago de Compostela, na Espanha, com capacidade para atendimento de mais de cento e oitenta pessoas por dia e inaugurado em 2012. Voltada ao tratamento da dependência química, a instituição oferece atendimento gratuito e a estrutura abriga setores de terapia ambulatorial, administrativo, residencial, de oficinas (Figura 8), área de esportes (Figura 9), jardins e estacionamento¹⁶.

16 Fonte:<<http://www.faoertega.org/proxecto-home/>>. Acesso em: 10 jan. 2016.



Figura 8. Setores residencial e de oficinas da Sede Central do Proxecto Home Galicia, em Santiago de Compostela - Espanha.

Fonte: <<http://www.hispanidad.com/proyecto-hombre-galicia-una-escalera-para-salir-del-pozo-de-la-droga.html>>. Acesso em: 10 jan. 2016.



Figura 9. Área de esportes da Sede Central do Proxecto Home Galicia, em Santiago de Compostela - Espanha.

Fonte: <<http://www.hispanidad.com/proyecto-hombre-galicia-una-escalera-para-salir-del-pozo-de-la-droga.html>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

Assim como o Redbridge Welcome Centre, a Sede Central do Proxecto Home Galicia também se destaca pela integração com o exterior e áreas verdes, por meio de grandes planos envidraçados (Figura 10). Sobre o conceito do projeto, nascido de uma forma silenciosa de entender a arquitetura, os arquitetos do escritório Elsa Urquijo Architects, seus idealizadores, explicam que: “sua abordagem obedece a uma simples linha horizontal, capaz de expressar visualmente uma direção, um movimento e uma evolução. É uma cobertura para a vida que nele vive, um espaço sereno, íntegro, com presença e vontade de ficar”¹⁷.

¹⁷Fonte: <<http://www.faortega.org/proyecto-home/>>. Acesso em: 10 jan. 2016.



Figura 10. Fachada do Proxecto Home Galicia, em Santiago de Compostela - Espanha.
 Fonte: <<http://www.elsaurquiyo.com/proyectos/proyectos/es/arquitectura/faortega-proyecto-hombre/61/>>.
 Acesso em: 10 jan. 2016.

Instituições voltadas ao tratamento da dependência química geralmente preveem espaços de moradia transitória para os pacientes em situação de rua. É também o caso do Center for Hope and Recovery, inaugurado em 2014, em Portland, nos Estados Unidos. Destinado a mães em fase de tratamento contra o vício, o edifício conta com alojamento residencial integrado à área de tratamento, além de espaço de recreação infantil. É uma medida para evitar que mães em tratamento percam a guarda de seus filhos¹⁸ (Figuras 11 e 12).



Figura 11. Fachada do Center for Hope and Recovery, em Portland – Estados Unidos.
 Fonte: <<http://walshconstructionco.com/our-work/beece-street-apartments/>>;
 <<http://www.pdxmonthly.com/articles/2015/1/5/merging-architecture-and-recovery-at-a-new-womens-rehab-project-january-2015>>. Acesso em: 10 jan. 2016.



Figura 12. Dependências internas do Center for Hope and Recovery, em Portland – Estados Unidos.
 Fonte: <<http://walshconstructionco.com/our-work/beece-street-apartments/>>;
 <<http://www.pdxmonthly.com/articles/2015/1/5/merging-architecture-and-recovery-at-a-new-womens-rehab-project-january-2015>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

¹⁸Fonte: <<http://walshconstructionco.com/our-work/beece-street-apartments/>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

Com mesma proposta do Center for Hope and Recovery, entretanto não voltado especificamente para mães, e sim à população em geral, o Sister Margaret Smith Addictions Treatment Centre, localizado no Canadá, também conta com alojamento anexo ao setor de tratamento. O edifício, construído em 2009, usa princípios de sustentabilidade e possui certificação LEED (*Leadership in Energy and Environmental Design*)¹⁹ (Figuras 13 e 14).



Figura 13. Fachada do Sister Margaret Smith Addictions Treatment Centre, no Canadá.

Fonte:<<http://www.formarchitecture.ca/sjcg-sister-margaret-smith-centre>>;

<<http://www.montgomerysisam.com/projects/sister-margaret-smith-addictions-treatment-centre>>.

Acesso em: 10 jan. 2016.



Figura 14. Ambientes internos do Sister Margaret Smith Addictions Treatment Centre, no Canadá.

Fonte:<<http://www.formarchitecture.ca/sjcg-sister-margaret-smith-centre>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

O Old Town Recovery Center (Figura 15) é outra instituição voltada ao tratamento de dependentes químicos, e também outros transtornos mentais, que alia a preocupação com a humanização dos espaços e com a sustentabilidade da edificação, possuindo também certificação LEED. De acordo com o escritório responsável pelo projeto, o SERA Architects, o edifício localizado em Portland, nos Estados Unidos, foi projetado a partir de quatro estratégias para promoção de uma ambientação terapêutica: redução ou eliminação de ambientes estressores, promoção de distrações positivas, permitir o suporte social e dar aos usuários o poder de controle²⁰. Estratégias essas já mencionadas aqui como princípios de humanização em arquitetura hospitalar.



Figura 15. Fachada e ambientes internos do Old Town Recovery Center, em Portland, nos Estados Unidos.

Fonte:<<http://serapdx.com/projects/old-town-recovery-center/>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

¹⁹Fonte:<<http://www.formarchitecture.ca/sjcg-sister-margaret-smith-centre>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

²⁰Fonte:<<http://www.formarchitecture.ca/sjcg-sister-margaret-smith-centre>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

Com a proposta de utilizar a arquitetura como ferramenta de auxílio ao tratamento e buscando trabalhar a integração com a natureza e favorecer o relacionamento entre os usuários, o escritório Shirish Beri and Associates projetou o Drug De-Addiction Centre, localizado na Índia, destinado ao tratamento da dependência química²¹. A fachada de pedra esconde a transparência da edificação (Figuras 16 e 17).



Figura 16. Fachada do *Drug De-Addiction Centre*, na Índia.

Fonte:<<http://www.architecturenewsplus.com/projects/483>>. Acesso em: 10 jan. 2016.



Figura 17. Ambientes internos do *Drug De-Addiction Centre*, na Índia.

Fonte:<<http://www.architecturenewsplus.com/projects/483>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

No Brasil, o espaço para tratamento de dependentes químicos que se assemelha a esses em termos de qualidade plástica e grandiosidade do projeto é o Centro de Referência e Excelência em Dependência Química (CREDEQ) de Goiás, a ser inaugurado em 2016. Trata-se de complexo destinado à população de todas as idades, separada por núcleos interligados a uma praça central (Figura 18).

²¹Fonte:<<http://www.architecturenewsplus.com/projects/483>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

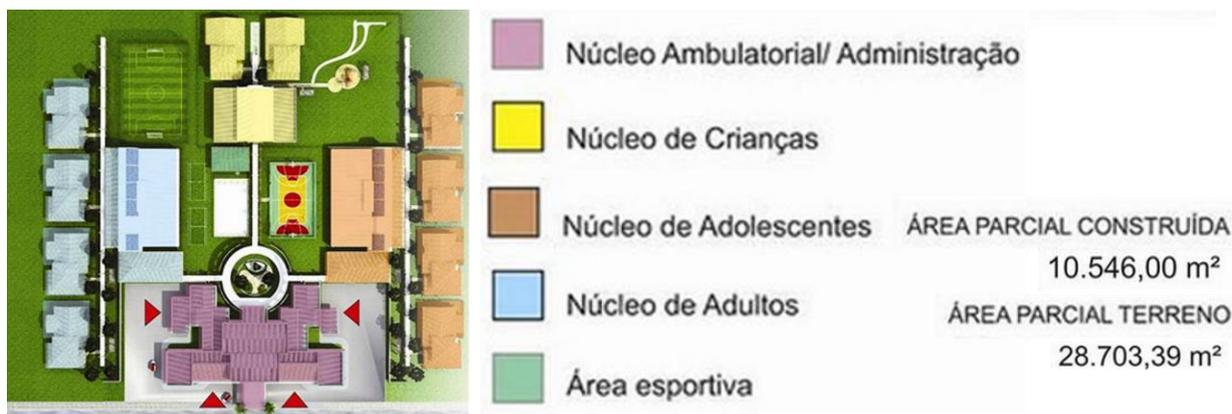


Figura 18. Planta de setorização do CREDEQ Goiás.

Fonte: <<http://www.opopular.com.br/editorias/cidades/licita%C3%A7%C3%A3o-%C3%A9-prometida-para-este-m%C3%AAs-1.202667>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

Projetado para dar tratamento humanizado e de qualidade aos dependentes químicos e seus familiares, o complexo possui extensa área verde, que contempla espaços para prática esportiva, de lazer e recreação, além de praças de convivência²² (Figura 19).



Figura 19. Área externa do CREDEQ Goiás.

Fonte: <<http://www.goianiabr.com.br/2014/07/credeq-de-aparecida-de-goiania-deve-ser.html>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

Outros espaços destinados ao tratamento da dependência química no Brasil que costumam possuir extensas áreas verdes e áreas para prática de esportes são as comunidades terapêuticas religiosas (Figura 20), que concebem um tratamento centrado na oração e na abstinência, modelo este em desacordo com as políticas de saúde mental, que defendem a prática da redução de danos (RIBEIRO e MINAYO, 2015).



Figura 20. Área externa da comunidade terapêutica Maranata, em São Paulo.

Fonte: <<http://www.ctmaranata.com.br/instalacoes.html>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

²²Fonte: <<http://www.goianiabr.com.br/2014/07/credeq-de-aparecida-de-goiania-deve-ser.html>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

Estas instituições se diferenciam dos CAPSAd também quanto à estrutura, por localizarem-se em áreas rurais (Figura 21), onde os pacientes encontram-se em regime de internação e afastados dos locais de venda e consumo de drogas, enquanto os CAPSAd estão inseridos em áreas urbanas e seus pacientes são livres para deixar a instituição. O regime de internação mostra-se benéfico se comparado ao atendimento livre oferecido nos CAPSAd quando consideramos que este, por não oferecer condições de moradia ao público alvo, que muitas vezes encontra-se em situação de rua, permite que o dependente tenha contato diário com a droga. Embora o foco do trabalho seja a qualidade ambiental destes espaços de tratamento e não as práticas de atendimento neles prestada, essa é uma realidade importante de ser exposta.



Figura 21. Localização da comunidade terapêutica Ebenézer, no Mato Grosso.

Fonte: <<http://www.crebenezzer.org.br/Localizacao/html>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

A existência das comunidades terapêuticas religiosas no Brasil é anterior à formulação da política pública específica para o uso abusivo de álcool e outras drogas (ver seção 3.2. do capítulo 3). Sua popularidade deve-se à ausência de estratégias efetivas que resolvam o crescente problema das drogas e, também, à concepção presente no senso comum a favor da internação (RIBEIRO e MINAYO, 2015).

Todos os exemplos apresentados nesta seção mostram edificações que foram projetadas para o fim de tratamento da dependência química, mas o que frequentemente acontece no Brasil, principalmente no que se refere aos CAPSAd, é a adaptação de uso de edificações para esse fim, que será um dos temas abordados no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 3

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

Até o presente momento o CAPSad foi definido de maneira superficial, apenas para a compreensão necessária dos assuntos abordados nos capítulos anteriores. Entretanto, para um completo entendimento do estudo de caso que será descrito mais à frente, faz-se necessária sua completa definição. Este capítulo, portanto, inicia-se com um breve histórico do surgimento dos CAPS no Brasil, retratando as transformações que ocorreram para que o regime asilar do modelo hospitalocêntrico, que se estendeu do século XVIII a meados do século XX, pudesse ser substituído por um modelo desinstitucionalizado, explicando, por consequência, como se deu a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Após essa contextualização inicial, apresenta-se uma revisão da legislação vigente acerca dos CAPS, focando no CAPSad e abordando determinações importantes tanto de seu funcionamento, quanto de seu espaço físico. Explica-se, também, como se dá o acolhimento de pacientes na instituição e encerra-se o capítulo com exemplos de CAPSad de todo o Brasil, que na maioria dos casos funcionam em edificações adaptadas. Os exemplos são mostrados e avaliados sob à luz dos preceitos de humanização de ambientes de saúde, tratados no capítulo anterior.

3.1. Do asilo ao CAPSad

Atualmente o cuidado em saúde voltado a pessoas com problemas decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, é prestado, principalmente, nos CAPSad, unidades da rede de saúde mental que realizam acolhimento e atendimento médico em situações de crise (decorrentes do uso intenso ou abstinência de drogas), acompanhamento clínico constante da saúde mental dos pacientes, distribuição de medicamentos e refeições e desenvolvimento de atividades terapêuticas que auxiliem nos processos de cura e reinserção social. Essas instituições representam uma realidade extremamente recente, instituída apenas em 2002. Até então, o tratamento de dependentes químicos era realizado em hospitais psiquiátricos, juntamente com portadores de diversos outros transtornos mentais, sem que fossem consideradas as especificidades do grupo atendido.

O surgimento dos CAPS no Brasil é reflexo da Reforma Psiquiátrica, movimento originado na Europa, no período posterior à Segunda Guerra Mundial, quando o tratamento dispensado aos pacientes dos antigos hospícios era comparado ao sofrimento nos campos de concentração. O modelo vigente na época ainda era o hospitalocêntrico, implantado no fim do século XVIII pelo médico Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, que preconizou a ideia de que os loucos deveriam ser submetidos a um tratamento asilar, sob regime de completo isolamento, que hoje entende-se por institucionalização (AMARANTE, 2007). Na visão pineliana, a instituição manicomial era o próprio método de tratamento, cujo lema era: “aos loucos, o hospício”.

Apesar de atualmente renegado, o hospício quando criado representou um avanço no que tange ao cuidado em saúde mental. Anteriormente ao seu nascimento, a loucura já era institucionalizada nos chamados asilos que abrigavam não apenas os loucos, mas qualquer classe excluída, em espaços localizados em estruturas secundárias dos conjuntos arquitetônicos de ordens religiosas e que tinham como único objetivo a segregação, sem qualquer ação terapêutica (CARVALHO e SILVA, 2012). Esses locais refletiam a prática dominadora característica do século XVIII, baseada na medicina urbana, em que “o mecanismo da exclusão era o mecanismo

do exílio, da purificação do espaço urbano” (FOUCAULT, 1979, p. 52). Nesse período, associava-se a questão do controle e da segurança a uma pacificação dos indivíduos, que precisavam ser mantidos afastados, amontoados nos hospitais que, até então, eram instituições de caráter essencialmente religioso, sem vínculo com a medicina, que prestavam assistência aos necessitados – pobres, loucos, idosos, etc. – e, simultaneamente, garantiam a integridade da sociedade afastando-os.

O modelo arquitetônico criado nesse mesmo século e que reflete esse pensamento é o do Panóptico de Bentham, um “modelo complexo e utópico de prisão circular” (FREIRE, 2009, p. 31) que se configura como paradigma da arquitetura prisional da época e também da “capacidade de os edifícios moldarem os hábitos e os comportamentos” (FREIRE, 2009, p. 32).

Associa-se geralmente o “Panopticon” à arquitetura prisional, mas Bentham recomendava o sistema para todas as instituições em que a observação das pessoas se mostrasse relevante, apontando expressamente casas de correção, hospitais, asilos psiquiátricos, lazaretos, fábricas, manufaturas, oficinas, escolas e asilos para pobres, além de penitenciárias e prisões (FREIRE, 2009, p. 38).

Foucault (1978, p. 167) traz uma interessante definição do Panóptico (Figura 22): “é uma máquina de dissociar o par ‘ver-ser visto’: no anel periférico, se é totalmente visto, sem nunca ver; na torre central, vê-se tudo, sem nunca ser visto”, e acrescenta ainda: “o Panóptico é um zoológico real; o animal é substituído pelo homem” (FOUCAULT, 1978, p. 168).

No final do século XVIII, conhecido como Século das Luzes, a razão sobrepõe à visão teocêntrica que dominava a Europa desde a Idade Média. Há uma valorização do pensamento científico e surge o hospital como instrumento terapêutico, a partir de estudos investigativos/comparativos realizados em diversos hospitais europeus. Tendo como ponto de partida a anulação dos efeitos negativos do hospital, constata-se a importância da qualidade do ambiente hospitalar na recuperação dos pacientes. “É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização” (FOUCAULT, 1979, p. 62). Surge, portanto, um novo olhar sobre o hospital: uma “máquina de curar”, cuja tipologia representativa era a pavilhonar (Figura 23),

também adotada para os manicômios, que favorecia a renovação do ar e permitia uma melhor separação dos enfermos, por meio das alas, usualmente separadas por jardins.

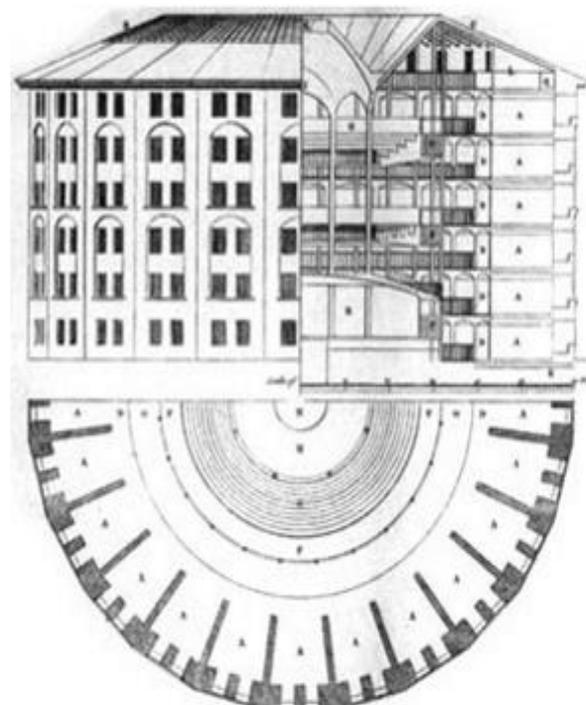


Figura 22. Planta e esquema vertical do Panóptico de Bentham
Fonte: NASCIMENTO, 2008

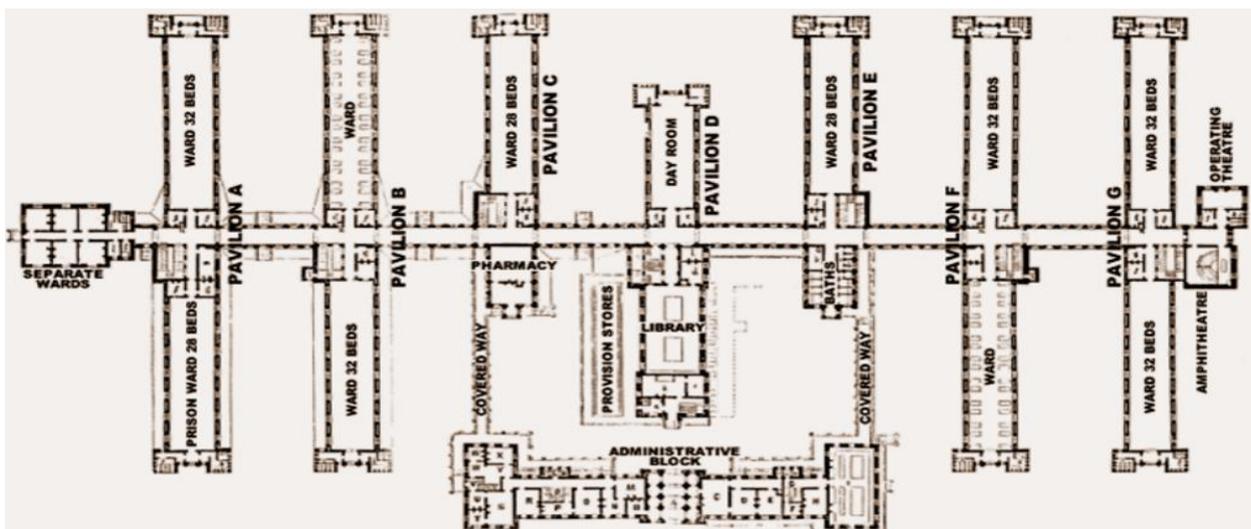


Figura 23. Hospital com tipologia pavilhonar.

Fonte: <<http://www.royalherbert.co.uk/history.php>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

Os manicômios absorveram as características físicas do modelo hospitalar pavilhonar – modelo muito defendido pelos estudiosos da contaminação hospitalar da época. Eles preconizavam o afastamento dos pacientes com enfermidades contagiosas em pavilhões específicos (CARVALHO e SILVA, 2012, p. 23).

De acordo com Carvalho e Silva (2012), com o surgimento do manicômio houve melhora nas condições sanitárias (ventilação, luminosidade e umidade), proporcionada pela tipologia pavilhonar, em comparação às antigas instituições asilares, mas a evolução mais significativa se deu com a separação dos loucos de outros doentes marginalizados. Quanto à estrutura física, “assim como os asilos, os hospícios eram edificações com longos corredores de poucas janelas muito elevadas em relação ao piso; os quartos ou enfermarias eram pequenos espaços em que o leito era o próprio piso e os doentes permaneciam trancados” (CARVALHO e SILVA, 2012, p. 22).

Somente no início do século XX, com o avanço da ciência médica e da tecnologia, difunde-se uma nova tipologia arquitetônica paradigmática do hospital: o edifício verticalizado. Com a descoberta da bactéria e de como controlá-la, não era mais necessário construir hospitais pavilhonares, com seus longos corredores, surgindo, então, o bloco hospitalar, onde o contato com o exterior reduziu-se para apenas a visão das janelas. Essa tipologia foi construída para as necessidades dos equipamentos e não dos pacientes (WAGENAAR, 2006).

Apesar da evolução do hospital, que deixa de ser um espaço de filantropia e torna-se uma instituição de tratamento médico, os loucos no manicômio, desacorrentados, porém institucionalizados, permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico. Goffman (1974) adotou o termo “instituição total” para definir os hospícios, que seriam “parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal. [...] são as estufas para mudar pessoas, cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu” (GOFFMAN, 1974, p. 22). Nesses espaços, o internado passa por um processo de perda de identidade em decorrência do tempo de isolamento e adquire “pequeno peso social, pois dificilmente é capaz de agir como pessoa integral” (GOFFMAN, 1974, p. 130). No Brasil, o

primeiro espaço destinado ao tratamento dos loucos foi o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 2007).

Apenas no período pós-guerra surgem movimentos reformistas da psiquiatria que questionavam o modelo hospitalocêntrico apontando para a necessidade de reformulação e em defesa da desinstitucionalização. As principais causas foram a superlotação dos hospícios e as constantes denúncias de violência contra os pacientes internados (AMARANTE, 2007).

No fim da década de 1950, na Inglaterra, surgem as comunidades terapêuticas como primeira tentativa de resposta ao problema (AMARANTE, 1995). Esse novo modelo de tratamento psiquiátrico constitui-se em uma organização social democrática, que permite a livre comunicação entre profissionais e pacientes, em oposição à organização hierárquica (AMARANTE, 2007).

Outra tentativa de resposta embasada na horizontalidade das relações intrainstitucionais surgiu na França, no mesmo período. Era a psicoterapia institucional, que permitia que os pacientes dividissem responsabilidades de tarefas com os profissionais como, por exemplo, na organização de encontros, festas, passeios, feiras para venda de produtos confeccionados por eles, dentre outros (AMARANTE, 2007).

Em seguida, no final na década de 1960, surgiram na França e Estados Unidos, respectivamente, as psiquiatrias de setor e preventiva. A primeira criou centros de saúde mental regionalizados, inseridos nas próprias instalações do hospital psiquiátrico, destinados à continuidade do atendimento após a internação. Por serem regionalizados, facilitavam as trocas sociais entre os pacientes residentes de uma mesma área, mais propícios a compartilhar interesses, e facilitavam ainda o relacionamento entre profissionais e pacientes, que eram acompanhados pela mesma equipe durante todas as etapas de seu tratamento. A segunda também assumiu uma característica de base comunitária, cujo intuito era criar serviços que atuariam principalmente na prevenção, tornando o hospital psiquiátrico um recurso obsoleto. Foi no âmbito da psiquiatria preventiva que surgiu o conceito de desinstitucionalização, definido por medidas de desospitalização, a partir da redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, redução do tempo de internação e promoção de altas hospitalares (AMARANTE, 2007).

Também na década de 1960, na Inglaterra, surge o movimento da antipsiquiatria que, como o próprio nome define, ao contrário dos anteriores, não buscava promover uma reforma psiquiátrica, mas sim romper com o paradigma psiquiátrico tradicional. Segundo esse novo ponto de vista, a patologia mental não ocorria no indivíduo na condição de corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade. Dessa maneira, não existiria propriamente uma doença mental, nem um tratamento para ela, devendo-se permitir que a pessoa vivenciasse sua experiência, que por si só seria uma prática terapêutica e, ao médico, caberia auxiliar o indivíduo em sua vivência e na superação desse processo (AMARANTE, 2007).

Por fim, também na década de 1960, tem-se o movimento da psiquiatria democrática italiana, idealizada por Franco Basaglia, inicialmente inspirada na comunidade terapêutica e na psicoterapia institucional.

A experiência de uma organização perfeita, que paradoxalmente tende, com sua massa de normas e de regras, ao fracasso em sua tarefa (o homem institucionalizado), autoriza-nos, contudo a tentar uma nova concepção de Hospital Psiquiátrico, na qual se considere em primeiro lugar o doente e, depois, a construção ao seu redor de uma dimensão adequada a ele, no sentido de surgir de suas próprias necessidades: serão as relações grupais, as terapias comunitárias, os clubes, as discussões de grupo para as quais se encaminha a agressividade do doente, que criarão em torno dele um espaço nascido do seu ‘mover-se’, do seu viver com os outros. Nessa comunidade terapêutica, construída sobre o terreno dos seus interesses e dos seus estímulos, ele reconquistará o valor e o domínio de si, o seu lugar, e mesmo o seu papel no espaço do hospital, cujos muros são apenas um limite de propriedade, além do qual não há separação nem mortificação (BASAGLIA, 2005, p. 33).

Assim, nasce uma nova dinâmica institucional onde busca-se o cuidado centrado no paciente e nas suas respectivas necessidades. Esse novo modelo passou a negar a psiquiatria enquanto ideologia, buscando a superação do manicômio, não apenas como estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentavam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização de experiência humana. Dessa forma, foram criados serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial que, pela primeira vez, efetivamente tomaram o lugar das instituições psiquiátricas clássicas em vez de serem apenas alternativas a elas (AMARANTE, 2007). Com o fim definitivo do modelo manicomial e de sua estrutura asilar, a loucura, anteriormente relacionada ao desvio, busca uma nova representação, agora inserida no contexto social.

3.1.1. Reforma Psiquiátrica brasileira

Foi principalmente a psiquiatria democrática, desenvolvida a partir também dos erros e acertos dos outros movimentos anteriormente descritos, que influenciou o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2007). Segundo Amarante (1995), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM) caracterizou-se como protagonista das reivindicações por melhores condições de trabalho e de atendimento na área de saúde mental no Brasil, no fim da década de 1970. O debate fez-se presente em diversos encontros e conferências de saúde mental no país nos anos seguintes, alardeado pelas constantes denúncias de maus tratos a pacientes e da precariedade das instalações das instituições psiquiátricas existentes.

O primeiro encontro nacional do movimento aconteceu em 1993, na Bahia e seu lema foi “O Movimento Antimanicomial como movimento social”, que passa a ser chamado de Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Os encontros aconteceram a cada dois anos, até o ano de 2001, totalizando cinco encontros nacionais realizados (BARBOSA, COSTA e MORENO, 2012). Os ideais se difundiram e tornaram-se uma política legislada pelo Ministério da Saúde, que culminou na criação de dispositivos substitutivos ao antigo modelo asilar, dentre eles os CAPS.

O primeiro CAPS do Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu na cidade de São Paulo, em 1986, e destinava-se a evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental dentro da nova filosofia de integração social desses indivíduos (RIBEIRO, 2004). Deu origem a outras unidades semelhantes no país e, apenas em 1992, foi instituído por portaria ministerial. Mais dez

anos se passaram até que, em 2002, surgiram os CAPSad, voltados especificamente ao tratamento da dependência em álcool e outras drogas, em decorrência da Reforma Psiquiátrica já instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e do reconhecimento da dependência química como um problema de saúde pública.

3.2. A legislação

A atual política do Ministério da Saúde para a atenção integral a pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas fundamenta-se em um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária que incentiva a convivência familiar e a integração do indivíduo para com o meio social em vez de seu isolamento. Essa é uma nova perspectiva, que reconhece o portador de transtorno mental como indivíduo de direitos perante à sociedade e reverte o antigo modelo hospitalar para uma rede extra-hospitalar, da qual o CAPS configura-se como paradigma, assim como o CAPSad no âmbito específico da dependência química.

Os CAPS, juntamente com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), foram instituídos pela Portaria/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, como serviços de saúde locais/regionalizados que prestam atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar por equipe multiprofissional. A principal diferença entre CAPS e NAPS é que enquanto o primeiro funcionava em regime de atendimento diurno e vespertino, o último funcionava ininterruptamente, criado como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico (LUZIO e YASUI, 2010), mas ambos compartilhavam o mesmo princípio da reabilitação psicossocial, que:

Implica numa ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrente de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade” (PITTA, 2001, p. 9).

A Portaria/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, não apenas instituiu os CAPS e NAPS, mas também determinou diretrizes e normas para o funcionamento de serviços diversos em saúde mental existentes na época, cumprindo um importante papel de instrumento de fiscalização de instituições psiquiátricas. Sua promulgação, portanto, deu início ao processo de exclusão de manicômios e diminuição de leitos psiquiátricos (LUZIO e YASUI, 2010), determinado em lei apenas em 2004, pela Portaria/GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004, por meio do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar.

A contribuição da Portaria/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, para a estrutura física de instituições psiquiátricas se dá, a partir do reconhecimento da necessidade de humanização da assistência em saúde mental, com a proibição da existência de espaços restritivos e celas fortes (Figura 24), até então comuns. Eram espaços sem cama ou qualquer outro mobiliário, onde os pacientes permaneciam trancados.



Figura 24. Cela forte do Hospital Colônia Eduardo Ribeiro, em Manaus-AM.

Fonte: <<http://rogeliocasado.blogspot.com.br/2006/08/manifesto-em-defesa-da-reforma.html>>. Acesso em: 22 out. 2015.

Em meio a um cenário nacional de desgaste da imagem dos hospitais psiquiátricos, em decorrência de denúncias amplamente divulgadas na mídia de abandono, maus tratos e crueldade impostos a pacientes nos anos 1990, promulga-se a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, como resultado de anos de luta de profissionais da área da saúde mental e de familiares de pacientes pelo fim dos manicômios e em prol da remodelação da assistência em saúde mental: a chamada luta antimanicomial. Marco legal da Reforma Psiquiátrica no país, essa lei redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assegurando o direito e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, sem qualquer forma de discriminação, e garantindo tratamento que vise, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio, sendo permitida a internação somente quando os serviços extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes e em instituições cujas características não sejam asilares. Neste caso, o tratamento deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros.

Apenas em 2002, com a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, foram criadas as diferentes modalidades de CAPS – CAPS I, CAPS II e CAPS III –, definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (Quadro 2), e os NAPS existentes foram reclassificados como CAPS III.

Quadro 2. Diferença entre as modalidades de CAPS

CARACTERÍSTICAS	CAPS I	CAPS II	CAPS III
Habitantes/município	20.000 a 70.000	70.000 a 200.000	acima de 200.000
Horário de funcionamento	das 08:00 às 18:00 h	das 08:00 às 21:00 h	24 horas
Atendimentos diários	até 30 pacientes	até 45 pacientes	até 60 pacientes
Equipe técnica mínima	9 profissionais	12 profissionais	16 profissionais
Acolhimento noturno	não contempla	não contempla	até 5 leitos

Fonte: Elaborada pelo autor com base na Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002

O serviço de acolhimento oferecido pelo CAPS III é destinado a eventual repouso e/ou observação por período limitado a sete dias corridos ou dez dias intercalados em um período de trinta dias. Por conta de sua maior complexidade, deve estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica (BRASIL, 2002a).

Ainda segundo a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, dentro da modalidade CAPS II tem-se outras duas subdivisões: o CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), para atendimento a crianças e adolescentes, e o CAPSad, para atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Este último deve contemplar as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, etc.), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, etc.), atendimento em oficinas terapêuticas, atividades comunitárias que visem à integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social, atendimento de desintoxicação, fornecimento de refeições diárias, atendimento de suporte às famílias dos pacientes e realização de visitas e atendimentos domiciliares. O acompanhamento dos pacientes, a depender do quadro clínico, dar-se-á de forma intensiva (acompanhamento diário), semi-

intensiva (acompanhamento frequente, mas não diário) e não-intensiva (acompanhamento com menor frequência).

Quanto aos espaços, a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, determina que os CAPS funcionem em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, exceto quando localizados dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria. Tratando-se especificamente sobre os CAPSad II, sua estrutura deve prever capacidade para oferta de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso.

O ano de 2002 foi, portanto, um marco para a atenção em saúde voltada à dependência química, quando essa população deixa de ser atendida em instituições psiquiátricas juntamente com pessoas com transtornos mentais diversos. A partir desse ano, outras portarias, leis e decretos com foco nessa problemática são promulgados.

Ainda no ano de 2002, promulga-se a Portaria/GM nº 816, de 30 de abril de 2002, que instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Seus objetivos são: articular as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo dentro dessa temática, implantar rede de serviços extra-hospitalares, aperfeiçoar intervenções preventivas, realizar ações de atenção integral aos pacientes e familiares, entre outros. Determina ainda a implantação de duzentos e cinquenta CAPSad no Brasil até o ano de 2004, sendo três na cidade do Rio de Janeiro.

Também em 2002 foi promulgada a Portaria SAS nº 305, de 3 de maio de 2002, que estabeleceu normas para funcionamento e cadastramento de CAPSad, acrescentando algumas atividades a serem ofertadas, como atividades educativas e preventivas na unidade e na comunidade, orientação profissional e encaminhamento de pacientes para internação em hospital gerais de referência. Determina ainda, acerca das instalações físicas, que os espaços devem ser adequados, convenientemente iluminados e ventilados, permitindo o pleno desenvolvimento dos atendimentos, e que possuam, no mínimo, sala de espera e recepção, área de apoio administrativo, consultórios, área para atividades em grupo, dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso, refeitório e posto de enfermagem.

Em 2004 promulga-se a Portaria nº 1.935/GM, de 16 de setembro de 2004, que, pela primeira vez, destina incentivo financeiro antecipado para municípios que estão em processo de implantação de CAPS, com repasse de R\$50.000,00 para cada CAPSad em fase de implantação. O que chama a atenção no texto dessa portaria é que ela sugere que o incentivo seja utilizado, entre outros, “para reforma do local em que funcionará o CAPS”, sugerindo, portanto, a adaptação de estruturas inicialmente inadequadas ao uso em vez da construção de novas edificações.

Talvez por isso seja tão comum a constante adaptação de espaços para implantação desse tipo de unidade de saúde. A maioria dos CAPSad vem sendo instalada em residências adaptadas (CARVALHO e SILVA, 2012), ou seja, locais que talvez não atendam às necessidades do novo uso. Segundo Moura (2012), sobre os aspectos funcionais e normativos, é muito difícil adequar uma edificação construída para um determinado fim para outra atividade, principalmente

tratando-se de uma unidade de saúde, o que pode prejudicar aspectos relacionados à funcionalidade e à normatização.

Certamente seria mais adequado e mais fácil se a clínica tivesse sido projetada desde o início em um terreno que comportasse o edifício, com todas as normas estabelecidas pelos órgãos envolvidos (Prefeitura, Corpo de Bombeiros, Vigilância Sanitária) cumpridas, todos os cômodos com ventilação e iluminação natural, além da artificial. Mas nem sempre é isso que acontece, e essa prática é muito mais comum do que imaginamos (MOURA, 2012, p. 22).

Para Cavalcanti (2011), aspectos relacionados à humanização do ambiente hospitalar também podem ser prejudicados no caso de adaptações.

O efeito restaurativo da contemplação de áreas verdes, por exemplo, só pode ser alcançado se for um aspecto previsto no partido, de forma que as decisões projetuais tomadas posteriormente – como tipologia e posicionamento de jardins, aberturas e fechamentos – viabilizem a integração interior-exterior (CAVALCANTI, 2011, p. 60).

Também em 2004, cria-se o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, instituído pela Portaria 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004. Esse programa visa à garantia de atendimento dessa população em componentes de atenção básica (ambulatórios não-especializados, Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários), em componentes de atenção especializados (CAPSad e outras unidades extra-hospitalares), em componentes de atenção hospitalar de referência (leitos para internação de até quinze dias em hospitais gerais, evitando-se a internação em hospitais psiquiátricos) e em componentes da rede de suporte social complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil).

Em 2005 promulga-se a Portaria nº 1.028/GM, de 1º de julho de 2005, que regulamenta e define ações de redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, por meio de adoção de comportamentos mais seguros no consumo de drogas e nas práticas sexuais de seus consumidores. Entre essas ações, tem-se alerta de riscos e danos relacionados ao uso de drogas e compartilhamento de instrumentos utilizados no consumo, orientação para prática de sexo seguro, distribuição de seringas, agulhas, cachimbos e preservativos, orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“*overdose*”), dentre outras.

Em 2006 institui-se o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), pela Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, cuja finalidade é coordenar atividades relacionadas à prevenção do uso indevido, à atenção e reinserção de usuários e dependentes de drogas e à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. O SISNAD, regulamentado pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, é formado pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), demais órgãos e entidades públicos que exercam atividades nessa área e, também, organizações, instituições e entidades da sociedade civil.

A Portaria nº 1.190/GM, de 4 de junho de 2009, institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS, que, dentre outras

finalidades, objetiva construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários. Se estrutura a partir de quatro eixos de ação: ampliação do acesso ao tratamento em saúde mental; qualificação da atenção; articulação com a sociedade civil e participação social; e promoção da saúde, dos direitos e enfrentamento ao estigma.

Em 2010 institui-se o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas. Como uma das medidas de ação desse plano, institui-se o CAPSad III (24 horas), pela Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010, que previa incentivo financeiro de R\$150.000,00 para implantação de novos CAPSad III e R\$100.000,00 para implantação de CAPSad III mediante adaptação de CAPSad II existente. Novamente, o texto sugere aplicação do investimento para “reforma predial” em vez de construção de nova edificação.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada (incluindo os CAPad), atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (composta por iniciativas de geração de trabalho e renda). Define o CAPSad como um serviço de saúde mental aberto e de base territorial (Figura 25), com cuidado desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o paciente e sua família.

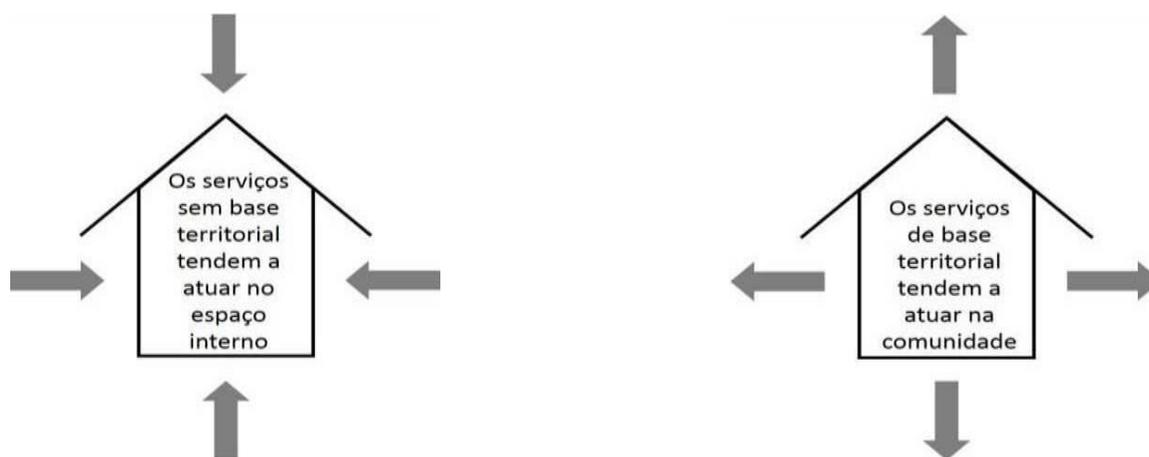


Figura 25. Diagrama de base territorial.
Fonte: AMARANTE, 2007, p. 87

A Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010, foi revogada pela Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que segue vigente, e redefiniu o CAPSad III, que agora passa a integrar a RAPS. Voltado ao atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, o CAPSad III pode constituir-se como referência regional, em área de abrangência para grupo de 200.000 a 300.000 mil habitantes. Sobre seu funcionamento, o limite de atendimento é de sessenta pacientes por turno, sendo a equipe mínima composta por treze profissionais. Constitui-se em serviço aberto, de base territorial e lugar de referência de cuidado e proteção para

pacientes e familiares em situações de crise e maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc.). Sua disponibilidade para acolhimento de casos novos ou já vinculados se dá diariamente, inclusive finais de semana e feriados, das 07 às 19 horas. O atendimento tem como base Projeto Terapêutico Singular, orientado nos princípios da redução de danos, produzido em conjunto com o paciente e seu familiar, voltado à reabilitação psicossocial, promovendo inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários. O acesso aos leitos de acolhimento noturno deve ser regulado com base em critérios clínicos, em especial a desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno do CAPSad III é de no máximo catorze dias, num período de trinta dias e, sendo necessário acolhimento por maior período, o paciente deverá ser encaminhado para uma Unidade de acolhimento (UA).

Entre as atividades oferecidas, tem-se: trabalhar de portas abertas (sem necessidade de encaminhamento anterior) com plantões diários de acolhimento; atendimento individual para consultas em geral, atendimento psicoterápico e de orientação; atendimento em grupos para psicoterapia, atividades de suporte social, oficinas terapêuticas, dentre outras; oferta de medicação; atendimento às famílias; atividade de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, inclusão pelo trabalho, dentre outros; estímulo do protagonismo por meio de atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, dentre outras; e fornecimento de refeições diárias aos pacientes (BRASIL, 2012b).

3.2.1. Normatização dos espaços

Segundo a Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, a estrutura física mínima do CAPSad III deve contemplar os seguintes ambientes: espaço para atendimento individual, espaço para atendimento de grupo, espaço para refeições, espaço para convivência, banheiros com chuveiro, no mínimo oito e no máximo doze leitos para acolhimento noturno e posto de enfermagem (BRASIL, 2012b).

O CAPSad III poderá ser implantado segundo dois tipos: CAPSad III Novo, com incentivo financeiro de R\$150.000,00, ou CAPSad III Qualificado, resultado da adaptação e qualificação de um CAPS tradicional pré-existente, com incentivo financeiro de R\$75.000,00 (R\$25.000,00 a menos que o incentivo determinado pela Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010, revogada). Novamente o texto cita “reforma predial” em vez de construção de edificação. Determina ainda que todos os CAPSad II das capitais dos Estados da federação deverão ser transformados em CAPSad III (BRASIL, 2012b), o que em alguns casos pode ser um desafio, pois muitos CAPSad II já são implantados em edificações adaptadas, sendo uma nova adaptação inviável ou extremamente onerosa.

A portaria mais recente referente aos CAPSad, e também a mais importante em termos de estrutura física, é a Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013, que dispõe sobre incentivo financeiro para construção de CAPS e UA. No caso dos CAPSad III, o valor do incentivo financeiro a ser destinado pelo Ministério da Saúde para sua construção é de R\$1.000.000,00. Essa portaria, ao

contrário das anteriores, não incentiva a reforma, trata especificamente de construção e determina a estrutura física mínima de UA e CAPS, incluindo os CAPSad III (Quadro 3).

Quadro 3. Estrutura física mínima de CAPSad III

AMBIENTE	QUANTIDADE MÍNIMA	ÁREA UNITÁRIA MÍNIMA (m ²)	ÁREA TOTAL (m ²)
Recepção	1	30	30
Sala de atendimento individualizado	3	9	27
Sala de atividades coletivas	2	24	48
Espaço de convivência	1	65	65
Banheiro adaptado	2	4,8	9,6
Sala de aplicação de medicamentos	1	5	5
Posto de enfermagem	1	6	6
Quarto coletivo para acolhimento noturno (2 camas)	4	9	36
Quarto coletivo para acolhimento noturno (2 leitos)	1	14	14
Banheiro anexo aos quartos de acolhimento	5	3,6	18
Quarto de plantão de funcionários	1	9	9
Sala administrativa	1	22	22
Sala de reunião	1	20	20
Almoxarifado	1	5	5
Arquivo	1	5	5
Refeitório	1	60	60
Cozinha (copa)	1	16	16
Banheiro com vestiário para funcionários	2	12	24
Depósito de material de limpeza (DML)	1	2	2
Rouparia	1	4	4
Abrigo de lixo	1	4	4
Área total interna + área de circulação (20% da área total)			516
Área externa de convivência	1	75	75
Área externa para embarque e desembarque de ambulâncias	1	21	21
Abrigo externo de resíduos sólidos	1	4	4
Área total (interna + externa)			616

Fonte: Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013

Com base nessa portaria, o Ministério da Saúde lançou, também em 2013, o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento, que fornece orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação dessas instituições. Segundo o manual, as estruturas físicas e os ambientes são a base operacional fundamental para a garantia da qualidade do cuidado e das relações entre pacientes, equipes e comunidade, sendo fundamental que os projetos arquitetônicos estejam em consonância com as diretrizes e os objetivos da RAPS, caracterizada pela atenção humanizada, substitutiva ao modelo asilar, de

base comunitária/territorial, e pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas.

Considerando os objetivos dos CAPS e as práticas a serem desenvolvidas, o “espaço CAPS” e os espaços do CAPS assumem fundamental relevância: trata-se de projetar serviços públicos de saúde, substitutivos ao modelo asilar, de referência nos territórios, comunitários, de livre acesso, e local de trocas sociais. Em síntese: serviços de atenção psicossocial do SUS, espaços de cuidar e apoiar pessoas com experiências do sofrimento e, ao mesmo tempo, espaço social no sentido de produção de projetos de vida e de exercício de direitos, e de ampliação do poder de contratualidade social (BRASIL, 2013e, p. 17).

Ainda segundo o manual, nessa perspectiva, projetar o “espaço CAPS” e os espaços do CAPS requer considerar, em particular: a afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico – espaços e relações de “portas abertas”; a disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte; a configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário; espaços que expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da garantia de seus direitos; a atenção contínua 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade; e a permeabilidade entre “espaço do serviço” e os territórios no sentido de produzir serviços de referência nos territórios (BRASIL, 2013e).

A importância desse manual em comparação à Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013, é que ele não se limita a apresentar um programa físico-funcional para a espacialização das atividades a serem desenvolvidas; ele vai além, trazendo relevantes informações sobre a relação ambiente-usuário (Quadro 4).

Quadro 4. Ambientes de CAPSad III

AMBIENTE	CARACTERÍSTICAS
Recepção	Onde ocorre o primeiro contato com a instituição. Deve ser acessível, acolhedora, com sofá, poltronas e cadeiras e mesa para recepcionista.
Sala de atendimento individualizado	Espaço acolhedor e privativo, contendo pia para higienização das mãos, armário, mesa, cadeiras, sofá e, em ao menos uma sala, maca.
Sala de atividades coletivas	A disposição dos móveis deve ser flexível, permitindo a formação de rodas, mini grupos, fileiras, espaço livre, etc. Poderá contar com equipamentos de projeção, TV, DVD, armário para recursos terapêuticos e pia para higienização das mãos
Espaço de convivência	Ambiente atrativo e aprazível, que permita encontros informais entre pacientes, visitantes e profissionais, e promova troca de experiências, “bate-papos”, realização de saraus e outros momentos culturais.
Banheiro adaptado	Com número de sanitários e chuveiros adequado ao fluxo de pessoas. Poderá conter também vestiário.
Sala de aplicação de medicamentos e posto de enfermagem	Preferencialmente próximos aos quartos. Deverão conter porta do tipo guichê, para maior interação entre profissionais e pacientes, bancada com pia, armários e mesa com computador.
Quarto coletivo para acolhimento noturno com banheiro anexo	Espaços acolhedores e que expressem a perspectiva da hospitalidade. Deverão conter armários individuais para guarda de objetos pessoais dos pacientes.
Quarto de plantão de funcionários	Ambiente com beliche, cadeiras confortáveis e armários individuais para guarda de objetos pessoais.
Sala administrativa	Espaço com mesa, cadeiras e armários.
Sala de reunião	Com mesa grande para reuniões com a equipe, com pacientes e pessoas externas à unidade, ações de educação permanente, etc. Deverá contemplar espaço para retroprojeção.
Almoxarifado	Prever prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais.
Arquivo	Prever circulação de duas pessoas e armários e/ou arquivos para armazenamento de prontuários, que podem ser também eletrônicos.
Refeitório	Deverá permanecer aberto durante todo o dia e não apenas em horário de refeições. Poderá ter uma mesa grande ou mesas pequenas organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.
Cozinha	Preparo de alimentos e realização de ações coletivas com pacientes.
Banheiro com vestiário para funcionários	Preferencialmente próximo ao quarto de plantão. Recomenda-se que o banheiro comum seja compartilhado por profissionais e pacientes.
DML	Área de serviço, com espaço para máquina de lavar e secar roupa.
Rouparia	Separação de roupas limpas e sujas, podendo ser anexo ao DML ou substituído por armários exclusivos ou carros roupeiros.
Abrigo de lixo / resíduos sólidos	Área externa para descarte de lixo doméstico.
Área externa de convivência	Projetada como espaço de convívio, no qual os usuários possam compartilhar momentos em grupo ou sozinhos, que permita o desenvolvimento de ações coletivas (reuniões, oficinas, ações culturais e comunitárias, etc.) e individuais (descanso, leitura, etc.). Pode ser um gramado, uma varanda, semelhante a uma praça pública, com bancos, jardins, redes, etc.).
Área para embarque e desembarque de ambulâncias	Espaço externo suficiente para entrada e saída de ambulâncias.

Fonte: Elaborada pelo autor a partir do Manual de Estrutura Física dos CAPS e UA

3.3. Estrutura funcional e acolhimento nos CAPSad

Nos CAPSad, o paciente é acolhido por uma equipe multiprofissional composta por médico clínico, médico psiquiatra, enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico e profissionais de nível médio (técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos), além de equipe de limpeza e cozinha. Após o acolhimento inicial, discute-se o estabelecimento de um Projeto Terapêutico Singular, ou seja, personalizado e composto por um conjunto de atendimentos que respeite a particularidade do paciente, propondo atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. A depender de cada caso, o Projeto Terapêutico Singular pode constituir-se nas formas de atendimento intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. O primeiro configura-se por atendimento diário, oferecido aos que se encontram com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou de dificuldade intensa no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. No segundo, o atendimento é prestado por até doze dias mensais e destina-se àqueles cujo sofrimento e desestruturação psíquica diminuíram, melhorando suas possibilidades de relacionamento, mas ainda necessitando de atenção direta da equipe no auxílio à estruturação e recuperação de sua autonomia. O último é oferecido quando o paciente não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Todas essas modalidades de atendimento podem ser realizadas em domicílio, se necessário (BRASIL, 2004d).

O Projeto Terapêutico Singular conta com as seguintes estratégias:

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 Projeto Terapêutico Singular 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 Projeto Terapêutico Singular ou que dele derivam. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e 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, geram 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 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 utilização de processos promotores de novos lugares sociais e 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 informações.

Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e 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 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 familiares: atividades que fomentem: a participação de usuários e 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 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 através 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 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 desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e 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 ações intersetoriais e que favoreça a integralidade das ações (BRASIL, 2013e, p. 8-11).

Quanto ao perfil dos pacientes atendidos nos CAPSad do país, diversos são os trabalhos que apresentam esse tipo de levantamento. Em um CAPSad do município de Blumenau – SC, entre os anos de 2005 e 2007, por exemplo, a maioria era do sexo masculino (88,15%), acima dos 34 anos (45,19%), com dependência em álcool (44,37%) ou múltiplas drogas (39,02%) e que buscou o serviço por demanda espontânea (51,49%) (FARIA e SCHNEIDER, 2009). Já em um CAPSad do município de Campos dos Goytacazes – RJ, em 2009, os atendidos eram na maioria homens (86,12%), entre 21 e 40 anos (49,53%), solteiros (50,79%), desempregados (32,8%), com ensino fundamental incompleto (63,57%), que já estiveram em conflito com a lei (32,02%) e/ou com a família (83,12%), que residiam com os pais (22,56%) e que deram entrada na instituição por encaminhamento profissional (52,68), por pedido familiar (19,72%), por determinação judicial (18,77%) ou por procura espontânea (8,83%), para tratar principalmente o vício em álcool (39,59%) ou *crack* (24,76%) (BATISTA, BATISTA e CONSTANTINO, 2009). Em um CAPSad do município de Teresina – PI, levantamento feito entre os anos de 2005 e 2011 apontou que a maioria dos pacientes era do gênero masculino (94,7%), com faixa etária entre 50 e 60 anos (78,4%), casados (65,5%), com ensino fundamental completo (47,7%) e desempregados (31,6%) (SOUSA, SILVA e MOURA, 2012). Por último, em um levantamento realizado em um CAPSad no interior de Minas, no ano de 2012, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (76%), com idade entre 20 e 40 anos (47%), solteiros (52,5%), desempregados (40,5%) e residindo com os pais (26,2%) (GONÇALVES e NUNES, 2014). Nota-se, portanto, que, em geral, o perfil dos pacientes de um CAPSad tende a ser padronizado.

3.4. Projetos de CAPSad

3.4.1. Projeto padrão de arquitetura do Ministério da Saúde

Com o objetivo de apoiar a execução dos investimentos aprovados por meio da Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013, o Ministério da Saúde disponibiliza, no site do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), projetos padrões de arquitetura para UA e CAPS, em suas diferentes modalidades, incluindo para CAPSad II e CAPSad III (Figura 26 e 27). A utilização desses projetos não é obrigatória, mas sim uma alternativa para promover agilidade e economia de recursos. Entretanto, questiona-se sua eficácia uma vez que possam ser desconsiderados os condicionantes locais, como a topografia do terreno de implantação, as incidências solar e eólica, dentre outros.



Figura 26. Perspectivas externa e interna do projeto padrão para CAPSad III do Ministério da Saúde. Fonte: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/projetosPadronizados.php>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

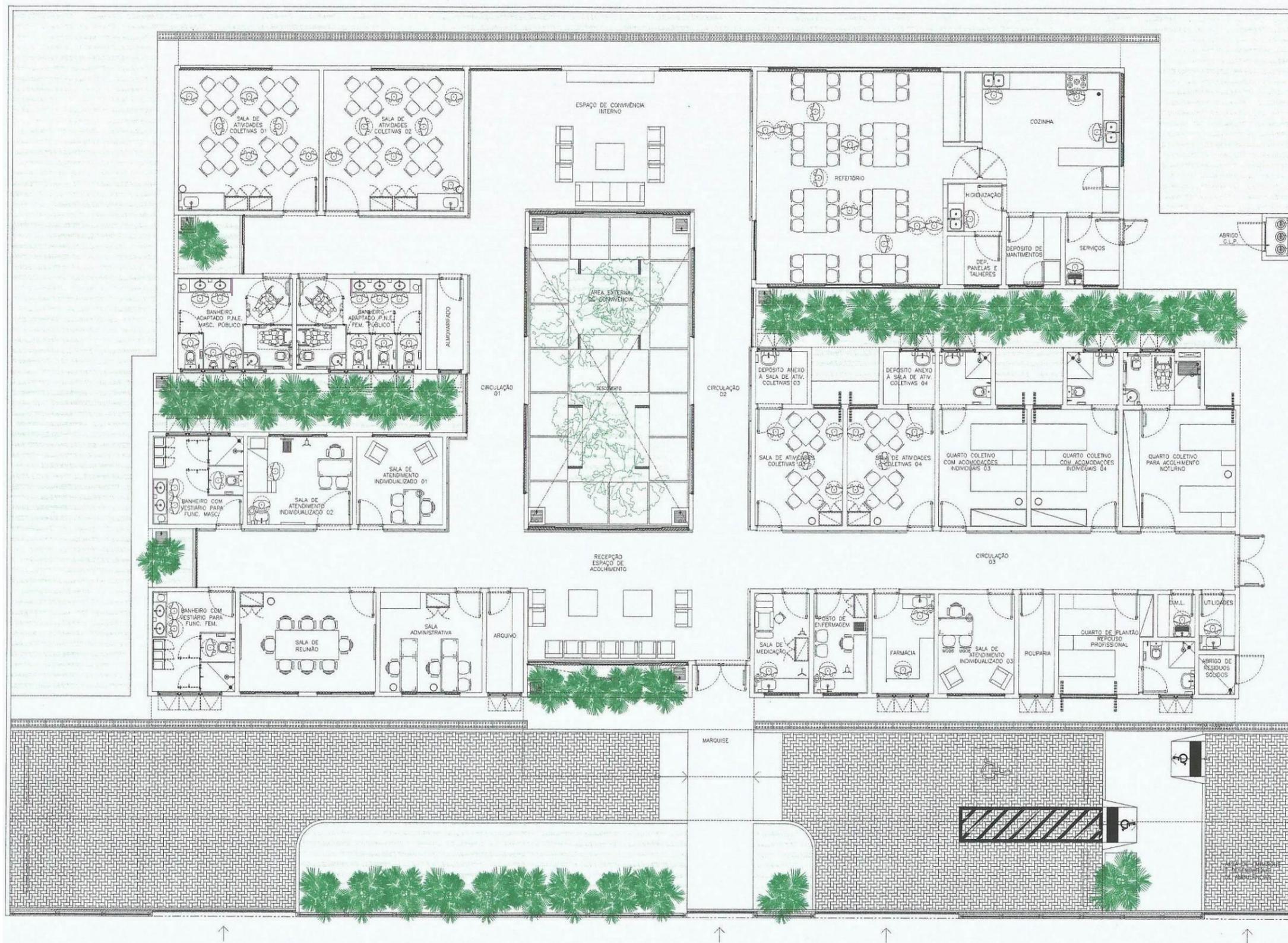


Figura 27. Planta do projeto padrão para CAPSad III do Ministério da Saúde.
 Fonte: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/projetosPadronizados.php>>. Acesso em: 07 nov. 2015

A partir da análise da planta do projeto padrão para CAPSad III, alguns problemas foram observados:

- A proximidade entre os quartos de acolhimento destinados ao público masculino e feminino dificulta o controle de possíveis relações sexuais entre pacientes no interior da instituição. Outro problema, também referente aos quartos, é a sua proximidade com as salas de atividades coletivas, que provavelmente são potencial fonte de ruído;
- O ideal seria a farmácia localizar-se mais próxima à recepção, de maneira a evitar o cruzamento de fluxos entre pacientes acolhidos e pacientes que vão à instituição apenas para buscar medicação;
- Considerando que a equipe mínima é de treze profissionais, fora os responsáveis pela limpeza e segurança, apenas uma bacia sanitária não atende satisfatoriamente a demanda dos funcionários. Por mais que o Manual de Estrutura Física dos CAPS e UA recomende que o banheiro seja compartilhado entre pacientes e funcionários, muitas vezes essa prática pode ser inviável, principalmente pelo fato de muitos encontrarem-se em situação de rua e com dificuldade de manter sua higiene pessoal, além da possibilidade de alguns não possuírem boas práticas de manutenção da limpeza do ambiente. Além disso, o banheiro não conta com sanitário acessível para pessoas com deficiência;
- A sala de reunião, ainda considerando-se a equipe mínima de treze profissionais, está subdimensionada, pois não contempla, satisfatoriamente, espaço adequado para reuniões de equipe;
- Inexistência de banheiro próximo à cozinha;
- Os banheiros voltados aos pacientes não possuem chuveiro e não atendem, portanto, de maneira satisfatória, os pacientes que encontram-se em situação de rua;
- As portas dos banheiros acessíveis, segundo a Norma de Acessibilidade a Edificações – NBR 9050, devem abrir para fora. A própria planta destaca que, ao usar o banheiro dos pacientes, um cadeirante pode ser atingido pela porta de acesso ao ambiente;
- Apenas um dos três quartos de acolhimento possui banheiro acessível para pessoas com deficiência, o que implica que a instituição não consegue acolher simultaneamente pacientes de ambos os sexos com deficiência.

3.4.2. Outros projetos de arquitetura

Como dito anteriormente, a maioria dos CAPSad tem sido implantada em edificações adaptadas. Raras são as edificações planejadas já inicialmente para esse fim, como pelo menos quatro unidades do Espírito Santo, cada uma com 603m² de área construída (Figura 28), que incluem consultórios, salas de repouso para desintoxicação, auditório com cinquenta lugares, posto de enfermagem, recepção, quartos para acolhimento, área administrativa, farmácia, refeitório, salas de oficina e espaço aberto para atividades ao ar livre²³.

23 Fonte: Site da Governo do Espírito Santo. Disponível em: <<http://www.es.gov.br/Noticias/156992/alcool-e-drogas-estado-inaugura-quatro-centros-especializados-em-2012.htm>>. Acesso em: 5 nov. 2015.



Figura 28. Projeto e fachada de um CAPSad do Espírito Santo.

Fonte: <<http://www.es.gov.br/Noticias/151744/governo-do-es-comemora-avancos-na-saude-no-aniversario-de-cariacica.htm>> <<http://www.es.gov.br/Noticias/156992/alcool-e-drogas-estado-inaugura-quatro-centros-especializados-em-2012.htm>>. Acessos em: 7 nov. 2015

O município do Rio de Janeiro, por exemplo, possui atualmente três CAPSad II e quatro CAPSad III²⁴, todos edificações adaptadas. Um deles é o CAPSad III Raul Seixas, primeiro da cidade, localizado no bairro do Engenho de Dentro, Zona Norte do Rio de Janeiro. Implantado em parte de um dos edifícios do IMAS Nise da Silveira, funcionou por dez anos como CAPSad II e, em outubro de 2014, foi reinaugurado como CAPSad III. Em sua dissertação, Fontes (2003) apresentou fotos da edificação na época da primeira reforma (Figura 29).



Figura 29. Fachada do CAPSad II Raul Seixas em 2002, em fase de obras para adaptação do uso.

Fonte: FONTES, 2003

Embora tenha passado novamente por mudanças para obter a classificação de CAPSad III, sua fachada não sofreu alterações, permanecendo com as antigas características arquitetônicas asilares de seu primeiro uso, o Centro Psiquiátrico Pedro II, como a presença de grades nas janelas e a inexpressividade do edifício em suas cores e formas (Figura 30).

²⁴ Fonte: Site da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>>. Acesso em: 5 nov. 2015.

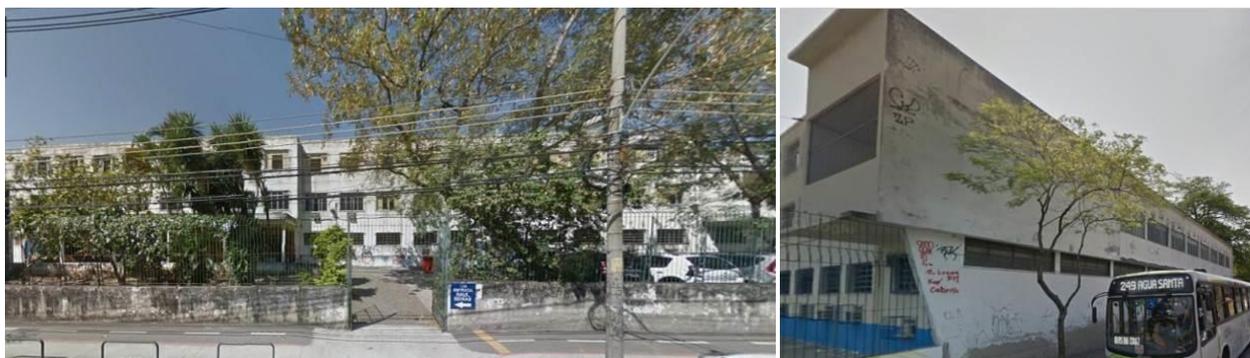


Figura 30. Fachada do CAPSad III Raul Seixas em 2015.
Fonte: Google Street View. Acesso em: 12 nov. 2015

Grades nas janelas são comuns em instituições voltadas à saúde mental por questões de segurança, mas não transmitem o acolhimento desejável para estes espaços, remetendo, na verdade, a uma arquitetura prisional. Diversos CAPSad apresentam essa característica (Figura 31). Segundo Fontes (2003), elementos como grades, cobogós e mobiliário fixo (em concreto ou alvenaria) possuem conotação negativa, conferindo aspecto manicomial às edificações. A autora defende que, para adequação dos espaços à atual perspectiva – de inserção social e de serviços de portas abertas – esses elementos devem ser identificados e neutralizados.



Figura 31. Fachadas de CAPSad com grades nas esquadrias e vãos.
Fonte: Google. Acesso em: 15 nov. 2015

A arquitetura deveria transmitir o conceito do atendimento de portas abertas, no qual o paciente pode procurar o serviço de maneira espontânea, não necessitando de encaminhamento de outra unidade de saúde. Os CAPSad de Lajes, em Santa Catarina, e de Campo Mourão, no Paraná, transmitem essa ideia (Figura 32). O primeiro por meio de seu muro baixo em conjunto com a área verde da entrada e o segundo por sua posição privilegiada, implantado em cota elevada em relação ao nível da rua, atraindo a atenção de quem passa e, principalmente, aproximando a rua do usuário do espaço que, do interior do terreno pode observar tudo que acontece. Ambos

integram-se bem ao entorno e, por permitirem boa visibilidade de suas instalações, possuem distinção adequada entre espaços público e privado para esse tipo de edificação.



Figura 32. Fachadas de CAPSAD que expressam arquitetonicamente o atendimento de portas abertas.

Fontes: <<http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2014/04/em-ribeirao-preto-50-dos-usuarios-de-drogas-sao-homens-brancos-diz-usp.html>> <<http://www.araras.sp.gov.br/e/?c=noticias&i=15719>>. Acessos em: 7 nov. 2015

Além das grades, janelas com abertura do tipo basculante também são muito utilizadas (Figura 33), pois fornecem proteção semelhante, mas, assim como aquelas, também limitam a visão do exterior, aspecto tão importante na humanização de ambientes. Segundo Ulrich et al (1991), o simples contato visual com áreas verdes promove a redução de estresse, agindo como distração positiva em ambientes hospitalares.

Outro problema relacionado às janelas ocorre quando são instaladas em altura inadequada (Figura 34) e acabam sendo utilizadas apenas como fonte de iluminação e ventilação, ignorando-se a importância da integração interior-exterior para o bem-estar dos usuários. É ainda mais prejudicial quando em espaços onde o paciente permanece deitado a maior parte do tempo, como quartos de internação ou salas de repouso dos CAPSAD, situação em que distrações positivas podem evitar o pensamento exclusivo na doença ou, no caso de dependentes químicos, na droga.



Figura 33. Uso de janelas basculantes em CAPSAD.

Fontes: <<http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2014/04/em-ribeirao-preto-50-dos-usuarios-de-drogas-sao-homens-brancos-diz-usp.html>> <<http://www.araras.sp.gov.br/e/?c=noticias&i=15719>>. Acessos em: 7 nov. 2015



Figura 34. Salas de repouso e fachada de CAPSAd com esquadrias instaladas em altura inadequada.

Fonte: CARDOSO, 2011; <<http://www.siclaengenharia.com.br/empreendimento/2013-128-16>>

<<http://www.setelagoas.com.br/noticias/cidade/24760-caps-ad-sera-inaugurado-na-segunda-12-com-capacidade-para-atender-a-cerca-de190-pacientes-por-mes>>. Acessos em: 7 nov. 2015

Os ambientes, sempre que possível, devem permitir contato, no mínimo visual, com o exterior. A sala de atividades do CAPSAd de Varginha, em Minas Gerais, é um bom exemplo dessa integração interior-exterior (Figura 35).



Figura 35. Sala de atividades do CAPSAd de Varginha - MG.

Fonte: <<http://www.varginha.mg.gov.br/component/content/article/10471-caps-ad-esta-em-novo-endereco-em-varginha>>. Acesso em: 16 nov. 2015

Como uma solução para a humanização de suas edificações adaptadas, a prefeitura do Rio de Janeiro tem criado identidades visuais para seus CAPSAd, sempre associadas à personalidade que dá nome às instituições, usualmente ligadas de alguma forma à temática da dependência química (Figuras 36 e 37). Os ambientes recebem elementos visuais que atuam no incentivo ao tratamento (Figura 38). A frase “não diga que a vitória está perdida se é de batalhas que se vive a vida” estampada em um grande painel com a imagem do cantor que dá nome à unidade bem ao lado da porta de entrada do CAPSAd Raul Seixas, por exemplo, auxilia no combate ao estigma da dependência química. Ao se deparar com essa imagem, o paciente é acolhido primeiramente pelo espaço e só depois pela equipe.



CAPSAd Raul Seixas - RJ



CAPSAd Mussum - RJ

Figura 36. Painéis dos CAPSAd III Raul Seixas e Antônio Carlos Mussum, no Rio de Janeiro - RJ.

Fonte: <<https://www.behance.net/agenciabinky>>. Acesso em: 16 nov. 2015



Figura 37. Painéis dos CAPS III Paulo da Portela e Miriam Makeba, no Rio de Janeiro - RJ.

Fonte: <<https://www.behance.net/agenciabinky>>. Acesso em: 16 nov. 2015



Figura 38. Frases de incentivo em paredes e portas de CAPS III da cidade do Rio de Janeiro.

Fonte: <<https://www.behance.net/agenciabinky>>. Acesso em: 16 nov. 2015

A estratégia da identidade visual é claramente eficaz como uma solução paliativa de baixo custo nos casos de adaptação de edificações planejadas para outros fins. Tomando como exemplo a comparação dos muros do CAPS III Antônio Carlos Mussum (Figura 39) e do CAPS III Mané Garrincha (Figura 40), ambos na cidade do Rio de Janeiro, nota-se que, apesar de semelhantes quanto a materiais e dimensões, o muro do primeiro auxilia na transmissão da imagem de um local agradável, enquanto o outro remete à noção de espaço prisional.



Figura 39. Muro do CAPS III Antônio Carlos Mussum, no Rio de Janeiro.

Fonte: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=4288445>>. Acesso em: 16 maio 2015



Figura 40. Muro dos CAPSad Mané Garrincha, no Rio de Janeiro.
Fonte: Google Street View. Acesso em: 16 maio 2015

A adaptação de usos pode acarretar problemas relacionados à funcionalidade dos espaços, como inadequação de fluxos, inacessibilidade da edificação, espaços insuficientes, dentre outros. O CAPSad II Mané Garrincha, por exemplo, que anteriormente funcionava como um abrigo, atualmente adota a simultaneidade de usos dos espaços para atender às demandas do atendimento. Nele, os consultórios são também utilizados como salas de atividades para pequenos grupos e o refeitório, fora dos horários de refeições, funciona como sala de atividades para grupos maiores. Já ao analisar a planta do CAPSad Raul Seixas no período em que ainda era CAPSad II (Figuras 41 e 42), identificam-se como problemas a distância excessiva entre o banheiro de funcionários e o setor administrativo, localizados em andares distintos, e a inexistência de elevador.

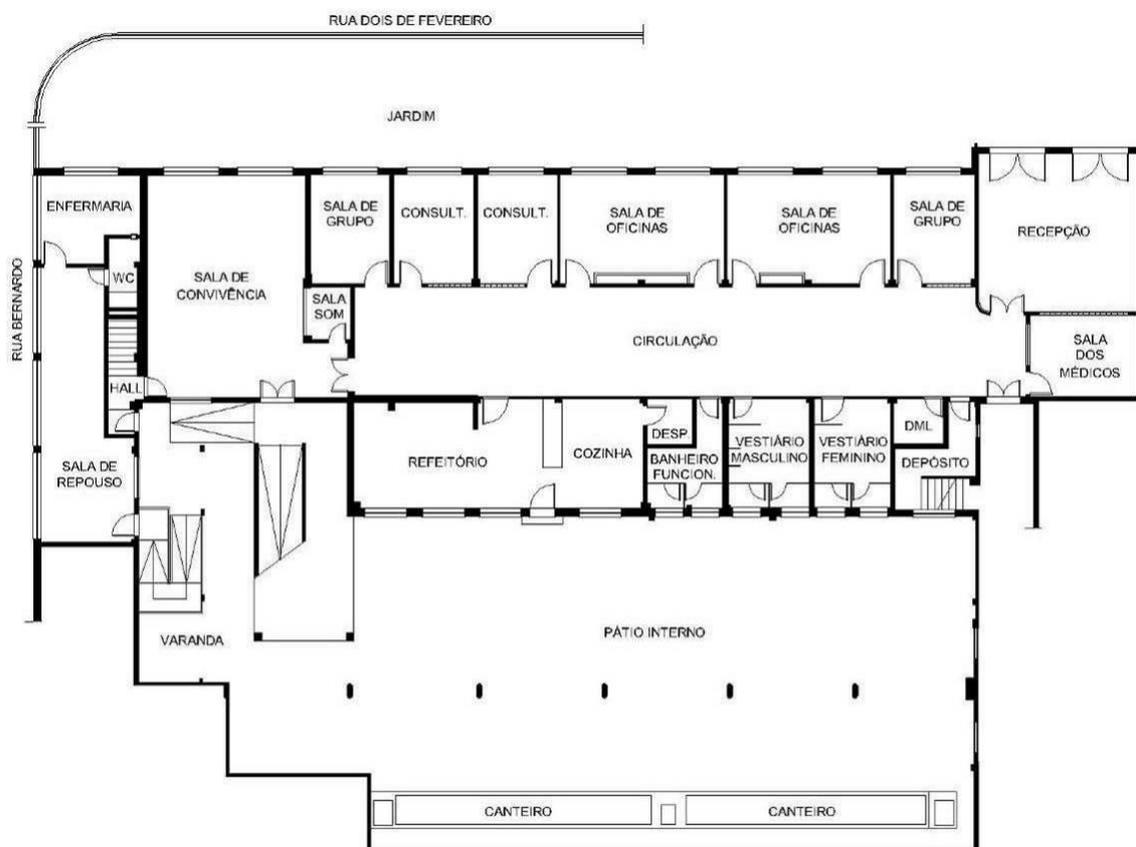


Figura 41. Planta do CAPSad II Raul Seixas - pavimento térreo.
Fonte: Setor de Arquitetura e Engenharia da Secretaria Municipal de Saúde RJ

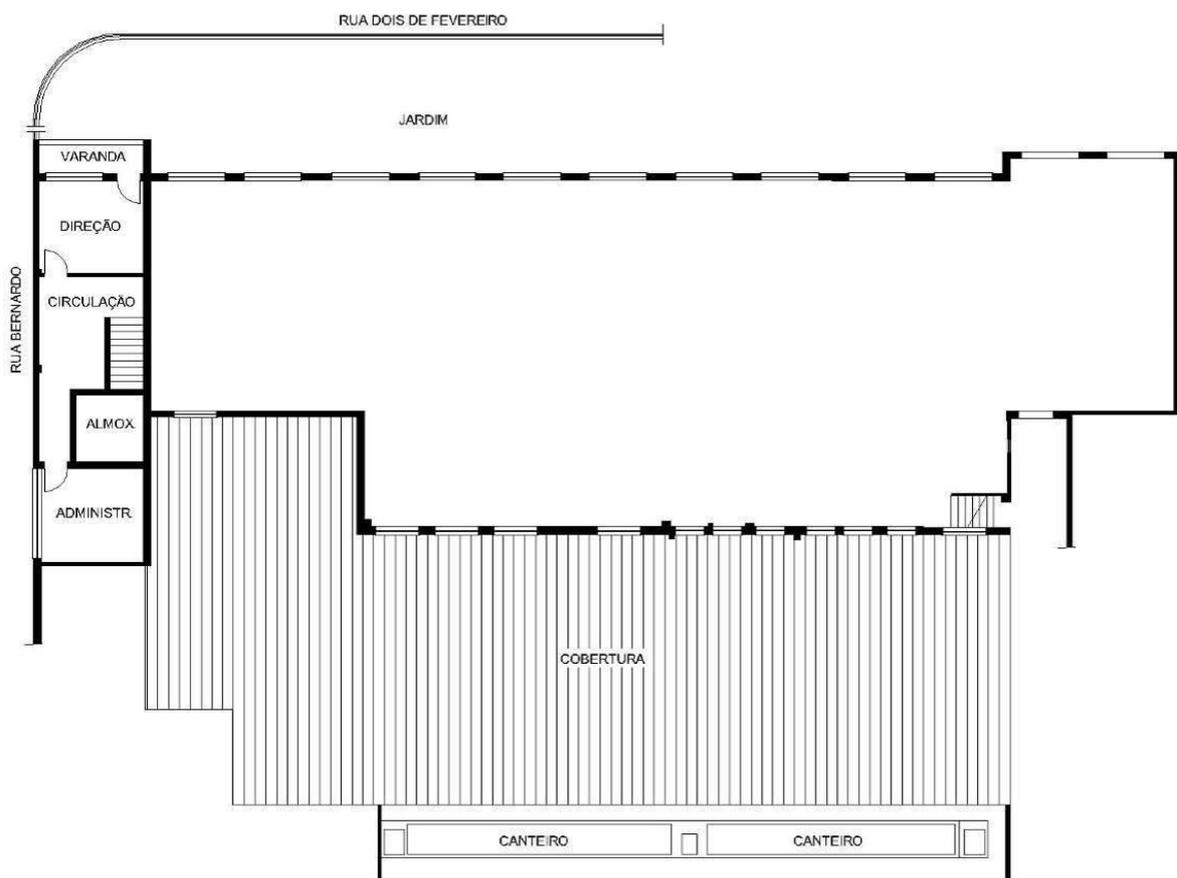


Figura 42. Planta do CAPSad II Raul Seixas – primeiro pavimento.
 Fonte: Setor de Arquitetura e Engenharia da Secretaria Municipal de Saúde RJ

Carvalho e Silva (2012), ao estudarem a adequação às normas das instalações de dois CAPSad baianos adaptados, bem como as respectivas condições de humanização dos seus ambientes, apontaram importantes aspectos, como a questão da inacessibilidade a pessoas portadoras de deficiência, mau aproveitamento das áreas externas como áreas de convivência, uso de grades em todas as esquadrias e adoção de cores neutras gerando ambientes monótonos (Figura 43). Em instituições hospitalares, muitas vezes adota-se o branco em larga escala – na pintura das paredes, nos móveis e louças, nos lençóis e até mesmo na vestimenta dos profissionais –, cor que representa a preocupação com a assepsia dos espaços, mas também acaba tornando-os frios e inexpressivos.



Figura 43. Sala de oficina de pintura de um CAPSad III da Bahia.
 Fonte: Silva e Carvalho, 2012

Como solução ao problema da monotonia dos ambientes, como parte da proposta terapêutica da unidade, propôs-se que algumas paredes fossem pintadas na oficina de pintura (Figura 44), para que os pacientes imprimissem sua identidade na unidade. Essa personalização dos ambientes contribui para a apropriação dos espaços pelos usuários, favorecendo a criação e o fortalecimento de laços de afetividade e proximidade com o lugar. É importante para o paciente sentir-se introduzido no meio em que se encontra, tendo voz ativa e imprimindo sua

personalidade no espaço, para a manutenção e reafirmação de sua identidade. O processo de reinserção social dos dependentes químicos pode ser favorecido, desta maneira, nas próprias instituições de tratamento.



Figura 44. Pacientes de um CASPad pintando mural como estratégia terapêutica.

Fonte: <<http://www.emquestao.net/2015/05/di-nacional-da-luta-antimanicomial.html>>. Acesso em: 9 nov. 2015

As atividades desenvolvidas nas oficinas são muito importantes no processo de reinserção social. Pensando nisso, o CAPSad do município de Araras, em São Paulo, possui cozinha industrial e sala de informática para oferecer formação profissional aos pacientes da unidade, como estratégia de reinserção ao mercado de trabalho. A reforma para adaptação de uso, que originalmente era uma escola, contemplou, além da criação desses ambientes, a troca de pisos, reparos estruturais, acessibilidade da edificação e também a criação de área de convivência externa com quiosque, academia e horta cultivada pelos pacientes²⁵ (Figura 45).



Figura 45. Instalações do CAPSad do município de Araras - SP.

Fontes: <<http://www.araras.sp.gov.br/e/?c=noticias&i=15744>> <<http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2015/06/araras-inaugura-caps-ad-para-atender-dependentes-de-alcool-e-drogas.html>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

Apesar da dificuldade para adaptação de usos, nem sempre isso ocorre como um empecilho na qualidade do ambiente. O CAPSad de Blumenau, por exemplo, funciona em uma residência alugada e apresenta aspectos positivos quanto à humanização de seus espaços. O acesso à edificação se dá por meio de belo jardim ornamental (Figura 46), integrado a diversos ambientes internos por meio dos enormes panos de vidro e varandas que compõem a fachada, permitindo total integração interior-exterior (Figura 47).

²⁵ Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Araras. Disponível em: <<http://www.araras.sp.gov.br/e/?c=noticias&i=15744>>. Acesso em: 2 nov. 2015.



Figura 46. Fachada do CASPad de Blumenau - SC.
Fonte: Google Street View. Acesso em: 16 nov. 2015



Figura 47. CASPad de Blumenau - SC.
Fonte: < <http://www.blumenau.sc.gov.br/secretarias/secretaria-de-saude/semus/caps-ad-atende-mais-de-4-mil-usuarios-de-dependencia-quimica92>>. Acesso em: 16 nov. 2015

Nos quartos de acolhimento desse CAPSad (Figura 48) a monotonia das cores claras é quebrada pelo piso de madeira e por detalhes como o colorido da roupa de cama e o estofado das poltronas. A presença destas por si só já remete ao cuidado humanizado, onde o espaço foi pensado para as necessidades do usuário, que pode utilizar a poltrona para receber visitas ou simplesmente para sentar-se, não limitando-se a permanecer na cama como única opção. A luz natural que entra em abundância no ambiente também contribui para a humanização do espaço. “Os impactos positivos da luz solar incluem seu uso como fonte de calor ou para melhorar o bem-estar visual, emocional e psicológico dos ocupantes. [...] Há, entretanto, de se fazer a ressalva de que a janela traz a luz, mas, sobretudo, interliga o interior ao exterior.” (FONSECA, PORTO e CLARKE, 2002, p. 187).



Figura 48. Comparação entre quartos de acolhimento de dois CASPad.
Fonte: <<http://www.blumenau.sc.gov.br/secretarias/secretaria-de-saude/semus/caps-ad-atende-mais-de-4-mil-usuarios-de-dependencia-quimica92>> <<http://www.santacruz.rs.gov.br/noticias/78/caps-ad-iii-funcionara-24-horas-por-dia>>. Acesso em: 16 nov. 2015

A área de convivência externa da unidade conta com espaço coberto com mesa de pingue-pongue decorada e conjuntos de mesas com cadeiras móveis propícios para “bate-papos”, jogos e outras trocas entre os usuários. Apesar de coberta, essa área também é favorecida pela iluminação, oriunda do pátio interno, assim como as demais salas com acesso a ele (Figura 49).



Figura 49. Área de convivência externa do CASPad de Blumenau - SC.
Fonte: <<http://www.blumenau.sc.gov.br/secretarias/secretaria-de-saude/semus/caps-ad-atende-mais-de-4-mil-usuarios-de-dependencia-quimica92>>. Acesso em: 16 nov. 2015

A cidade de Picos, no Piauí, também possui um CAPSad com pontos positivos de humanização do ambiente no que se refere a suas áreas externas. A edificação assemelha-se a uma residência, é acolhedora, sem grades nas janelas e com varanda ao redor do pavimento térreo, abrigando bancos na área externa. Cercada por áreas verdes, a instituição inaugurada em março de 2007, conta com alameda na entrada com bancos sob as árvores, que proporcionam agradável espaço de convivência sombreado, promovendo também locais de contemplação e contribuindo ainda para o conforto térmico e acústico do edifício (Figura 50). Segundo Niemeyer, Moreira e Morgado (2001), a vegetação pode ter efeito significativo na ambiência sonora de um espaço, por suas funções de absorção e mascaramento de ruídos.



Figura 50. Área externa do CAPSAd do município de Picos - PI.

Fonte: <<http://versuspicos.blogspot.com.br/2012/07/nossa-despedida-ao-versus-picos-visita.html>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

Possui também área de convivência externa coberta, onde são realizados os eventos promovidos pela instituição, bem como reuniões (Figura 51).



Figura 51. Área de convivência externa do CAPSAd do município de Picos - PI.

Fontes: <<http://180graus.com/noticias/grupo-de-jovens-realiza-celebracao-eucaristica-no-caps-ad>>
<<http://www.picos.pi.gov.br/secretarias/caps-ad-de-picos-realiza-festa-junina-para-os-pacientes/>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

O ideal é que, sempre que possível, os espaços dos CAPSAd sejam projetados já inicialmente para esse fim e não adaptados, mas a adaptação não deve ser aceita como justificativa para os problemas de funcionalidade, qualidade e humanização dos ambientes. A escolha do local existente a abrigar este tipo de instituição deve ser tomada de maneira a garantir o pleno desenvolvimento das atividades de cuidado médico e reinserção social dos pacientes, dentro de uma ambiência acolhedora e de portas abertas, característica desse tipo de instituição. É fato que a arquitetura contribui para os processos de cura e, como ganho, cada vez mais inclui-se a premissa da humanização no planejamento de instituições hospitalares.

CAPÍTULO 4

MATERIAIS E MÉTODOS

A arquitetura faz uso de métodos interdisciplinares na investigação de seus fenômenos, principalmente aqueles utilizados nas ciências sociais, já que é, na verdade, uma ciência social aplicada. Este capítulo visa apresentar a estrutura metodológica do trabalho, descrevendo detalhadamente cada etapa da pesquisa, bem como justificando a unidade escolhida para a avaliação e definindo os instrumentos utilizados na mesma.

4.1. Etapas

A pesquisa baseou-se na análise sistemática do fenômeno e na organização dos processos racionais-experimentais. Seguiu métodos qualitativos de análise, se desenvolvendo em quatro etapas: etapa de contextualização, etapa de revisão bibliográfica, etapa de trabalho de campo e etapa de análise dos resultados.

1) Etapa de contextualização:

Objetivando um maior conhecimento do principal usuário das instituições de saúde foco deste trabalho, primeiramente abordou-se uma breve perspectiva histórica acerca do consumo de drogas no Brasil e no mundo, apoiando-se em autores como: Abreu e Malvasi (2011); Caponi (2012); Carneiro (2005); Lopes (2006); Molina (2008); Mota (2008); Niel (2011); Resende (2006); Rodrigues (2005) e Xiberras (1997). Em seguida, foram levantadas reflexões acerca da questão da estigmatização que o dependente químico carrega aos olhos da sociedade, embasando as questões nos seguintes autores: Becker (2008); Goffman (1988); Mota (2008); Pechman (1999); Schenker (2008); Soares (2005); Sommer (1973) e Xiberras (1997). Nesta etapa foram apresentados, também, esclarecimentos sobre os tipos mais comuns de drogas, referenciados por: Abreu e Malvasi (2011); Alves, Ribeiro e Castro (2011); Carlini (2001); Castro (2011); Cordeiro (2011); Lemos e Fonseca (2011); Lopes (2006); Niel (2011); Xiberras (1997) e Zuardi e Crippa (2011). O intuito foi compreender melhor os efeitos dessas substâncias no organismo humano e as especificidades das crises de abstinência que os pacientes podem vir a sofrer dentro das instituições. A etapa foi encerrada com a definição do atual modelo de atendimento a dependentes químicos do governo federal, com base na legislação vigente.

2) Etapa de revisão bibliográfica:

Nesta etapa iniciaram-se as questões relativas à arquitetura dos espaços para tratamento da dependência química. Inicialmente buscou-se trazer uma abordagem geral acerca do conceito de humanização na área da saúde, com base em autores como: Bettinelli, Waskievicz e Erdmann (2003); Cardoso, Lazzarotto e Zanela (2003); Howard (1975); Mattos (2006); Oliveira, Collet e Vieira (2006); Rios (2009); Saito et al (2013) e Ulrich (2006). Em seguida, as discussões foram trazidas para o campo da arquitetura, com o conceito de humanização especificamente relacionado a ambientes de saúde, fundamentando-se em autores como: Bettinelli, Waskievicz e Erdmann (2003); Bulhões, Vasconcelos e Escóssia (2015); Dilani (2005); Guelli e Zucchi (2005); Malkin (2008); Marcus (2000); Schweitzer, Gilpin e Frampton (2004); Toledo (2002 e 2008) e Ulrich (1992). Posteriormente, os conceitos de humanização foram entrelaçados a conceitos de psicologia ambiental, a partir das definições de autores como: Duarte e Pinheiro (2013); Elali (2009); Fischer (1994); Goffman (1974); Hall (1977); Moser (1998); Okamoto

(1996); Schmid (2005); Sommer (1973); Thibaud (2012); Tuan (1980 e 1983) e Vidal e Pol (2005). A revisão bibliográfica estendeu-se ainda à busca por referências arquitetônicas de espaços para tratamento da dependência química, nacionais e internacionais. Devido à escassez sobre o tema, a pesquisa foi realizada por meio eletrônico.

A etapa encerrou-se detalhando especificamente os CAPSad, contemplando um breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica e suas implicações na arquitetura de instituições voltadas à saúde mental, utilizando como base autores como: Amarante (1995 e 2007); Basaglia (2005); Carvalho e Silva (2012); Foucault (1978 e 1979); Freire (2009); Goffman (1974) e Wagenaar (2006); trazendo uma revisão da legislação vigente ao que se refere aos CAPSad e, ainda, o “estado da arte” de edificações sedes de CAPSad no Brasil, demonstrando o que tem sido produzido em termos de humanização desses espaços e trazendo uma crítica à recorrente adaptação de usos para o funcionamento desse tipo de instituição.

3) **Etapa de trabalho de campo:**

Esta etapa consistiu na aplicação de estudos de percepção ambiental relacionados com a compreensão das relações usuário-ambiente e de avaliação pós-ocupação (APO) em um CAPSad da cidade do Rio de Janeiro, visando investigar a qualidade e a adequação de seus espaços, bem como verificar as relações de afetividade e apropriação por seus usuários para que, em conjunto das informações obtidas com a revisão bibliográfica, seja possível elaborar recomendações e diretrizes projetuais que venham a contribuir com o planejamento de futuros projetos e reformas de instituições voltadas ao tratamento da toxicomania.

A avaliação de desempenho do ambiente construído, ou APO é um conjunto de métodos e técnicas que objetivam mensurar o desempenho de edificações em uso, levando em consideração não apenas a análise técnica do arquiteto, mas também o grau de satisfação dos usuários.

Há dois tipos de avaliação: a técnica (abrangendo ensaios *in loco*, ou seja, com ou sem o controle das condições ambientais de exposição) e a avaliação a partir do ponto de vista dos usuários (comportamental). A APO é uma combinação dessas duas modalidades, pretendendo configurar-se em uma avaliação global do edifício, cujos resultados vão desde recomendações físicas a até mesmo recomendações relacionadas a estrutura organizacional da entidade avaliada (ORNSTEIN, 1992).

Considerando que o empoderamento dos usuários é uma das premissas para a concretização de ambientes hospitalares mais humanizados, a aplicação da APO é apropriada em estudos de caso que objetivem, como na presente dissertação, trabalhar a questão da humanização de EAS. Quando se fala em arquitetura humanizada e em APO, em ambas as situações o usuário é priorizado e sua opinião exerce extrema importância.

Qualquer processo de intervenção ambiental deve levar em conta o ponto de vista do usuário e as inter-relações que ele estabelece com seu entorno, considerando a importância desta variável para a produção dos espaços, satisfação com os quadros de vida e compreensão das condutas ambientais. Sem a integração da percepção daquele que utiliza o espaço, as intervenções ambientais estarão fadadas ao fracasso (CAVALCANTE e MACIEL, 2008, p. 149).

A comunicação é fator imprescindível para o estabelecimento da humanização na assistência à saúde: “é dar lugar tanto à palavra dos usuários quanto aos profissionais de saúde, construindo uma rede de diálogo que pense e promova ações singulares de humanização” (OLIVEIRA, COLLET e VIEIRA, 2006, p. 277). Para Sommer (1973, p. 116), “o fato de perguntar às pessoas o que é que desejam quanto ao ambiente ajuda a superar a despersonalização e a alienação institucionais”.

No presente trabalho, que trata de instituições voltadas ao tratamento da dependência química, o próprio estudo de caso na instituição pode ser considerado benéfico para os pacientes, por tratar-se de atividade participativa que estimula o seu protagonismo, uma das premissas do tratamento. Ainda de acordo com Sommer (1973), os levantamentos entre oprimidos são duplamente importantes, pois estes provavelmente se sentem impotentes e afastados das decisões, como também possivelmente sintam-se os dependentes químicos, que geralmente sofrem com a exclusão social.

No que se refere a benefícios diretos, o maior beneficiado de uma pesquisa quase sempre é o pesquisador, mas isso não significa que a participação em uma pesquisa não implique também benefício para o respondente. “Sentir-se importante por ter sua opinião valorizada ou poder falar e ser ouvido são motivos fortes para que muitas pessoas procurem participar” (GÜNTHER, 2008a, p. 117). Além do mais, no caso específico de uma APO, os participantes podem acabar sendo os mais beneficiados, no caso da avaliação resultar em reforma e/ou outras modificações baseadas na opinião dos usuários acerca da edificação estudada.

A complexidade das interações pessoa-ambiente demanda a aplicação de instrumentos diversos para sua plena investigação, uma vez que essas relações envolvem desde aspectos diretamente mensuráveis até dimensões subjetivas. Quando o objetivo é conhecer experiências, ideias e opiniões das pessoas, o ideal é a aplicação de questionários ou entrevistas. Quando se trata da relação entre as pessoas e seus ambientes de vida, entretanto, o simples fato de se perguntar não basta, pois abrange questões que passam despercebidas pelo próprio respondente, sendo necessária a aplicação de ferramentas voltadas à compreensão de aspectos cognitivos (PINHEIRO, ELALI e FERNANDES, 2008).

Métodos centrados nas pessoas, como entrevistas e questionários, foram herdados da psicologia social e os métodos centrados no ambiente são mais específicos aos estudos pessoa-ambiente, como por exemplo os mapas mental e comportamental e o poema dos desejos (GÜNTHER, ELALI e PINHEIRO, 2008), definidos ainda neste capítulo, na seção 4.2.

No ambiente construído interagem permanentemente mais de seis mil variáveis, dentre fatores biológico, sonoros, lumínicos, atmosféricos, térmicos e comportamentais. A APO é um meio, dentre outros, de se identificar as variáveis prioritárias em cada estudo de caso e se definir critérios para regular o controle de qualidade do ambiente construído (ORNSTEIN, 1992).

Na aplicação de ferramentas de APO o pesquisador deve estar preparado para algumas situações, como por exemplo, para interagir com pessoas que não estejam dispostas a participar ou que se afirmem dispostas, sem realmente estar. É importante que não se apliquem ferramentas a pessoas que não estejam interessadas para que os resultados não sejam prejudicados. E para ganhar o interesse de um possível participante, o mesmo não deve ser enganado com informações do tipo:

“suas respostas resultarão na melhoria da sua vida”. Fazer esse tipo de afirmativa vai contra a ética em pesquisa, embora seja verdade que, no caso de os resultados provocarem algum tipo de reflexão ou conscientização entre os respondentes sobre o tema da pesquisa, de certa forma, poderão conter uma semente para uma possível melhoria de suas vidas dentro da referida temática. O interesse em participar deve dar-se pelo esclarecimento do tema, dos objetivos, da garantia de anonimato e da proteção contra danos emocionais, assegurando-se, assim, a ética da pesquisa (GÜNTHER, 2008a).

Um dos grupos de pesquisa vinculados ao Programa de Pós Graduação em Arquitetura da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro que se destina, dentre outros, à teoria e à aplicação da APO é o grupo Qualidade do Lugar e Paisagem, o ProLUGAR. Entre seus objetivos, destacam-se a reflexão, a geração, o desenvolvimento, a difusão e aplicação da percepção ambiental e da qualidade do lugar na produção de um ambiente construído mais responsivo e sustentável.

Paralelamente ao desenvolvimento de instrumentos para APO e de uma releitura crítica dos já existentes, o ProLUGAR desenvolve pesquisas relacionadas à percepção ambiental e à qualidade do Lugar, embasadas na abordagem experiencial, que valoriza o papel e a experiência do observador na interação com o ambiente e seu usuário, considerando o modo como cada lugar influencia a ação humana e como esta dá significado a cada lugar. As análises feitas pelo grupo ultrapassam a simples leitura dos resultados colhidos em campo e oferecem uma interpretação que incorpora a experiência ambiental dos pesquisadores, a chamada observação incorporada (RHEINGANTZ et al, 2009).

Quando na análise de um ambiente se trabalha diretamente com o comportamento humano, como no caso da APO, apesar da maior dificuldade, é mais alcançável a compreensão do nível de satisfação dos usuários. A partir da interpretação dos aspectos mais subjetivos da experiência deles com o lugar, a elaboração de diretrizes para adaptações ou recomendações para projetos de espaços semelhantes atende também o caráter topofílico com o espaço, transformando-o em Lugar (MACHADO, 2012).

Para o presente trabalho, optou-se pela escolha de um CAPSad III para o estudo de caso, por sua maior complexidade, sendo escolhido, dentre os quatro até então existentes na cidade do Rio de Janeiro²⁶, o CAPSad III Miriam Makeba, situado no bairro de Bonsucesso, pela maior facilidade de acesso do pesquisador à instituição em comparação aos demais CAPSad III da cidade.

Anteriormente ao início da APO, obteve-se na Secretaria Municipal de Saúde, junto ao setor de Engenharia e Arquitetura, a planta da instituição, bem como a autorização por escrito da Superintendência de Saúde Mental da Prefeitura do Rio de Janeiro para a realização da pesquisa na referida instituição (Anexo 1). Posteriormente, obteve-se autorização do diretor do CAPSad para a realização da pesquisa na unidade, sendo, então, agendadas duas reuniões na instituição: uma para explicar o trabalho a ser realizado à equipe de profissionais e outra para explicá-lo aos pacientes.

26 Fonte: Site da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>>. Acesso em: 5 nov. 2015.

Tendo em vista as preocupações de ordem ética relacionadas a pesquisas na área da saúde, para que o estudo de caso pudesse ser concretizado, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ) (Anexo 2). A aprovação ocorreu de acordo com o que rege a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

O anonimato dos participantes, profissionais e pacientes da instituição foi preservado, à exceção do diretor, em razão de seu cargo. Previamente à aplicação dos instrumentos de coleta, foi apresentado aos participantes um termo de consentimento, elaborado em linguagem acessível, explicando os objetivos e métodos da pesquisa (Apêndices 1, 2 e 3), participando apenas aqueles que espontaneamente aceitaram. Evitou-se a realização de registros fotográficos na presença de usuários nos ambientes de estudo. Quando estes registros foram considerados indispensáveis, assumiu-se o compromisso de editar as fotografias por meio de programas de computador, de modo a preservar a identidade de todos.

Todas as pessoas que de algum modo convivem dentro da instituição analisada são consideradas importantes para a avaliação do ambiente, portanto, todos foram convidados a participar da pesquisa, desde que previamente autorizados pelo gestor da unidade, excluindo-se, apenas, aquelas que por algum motivo não quiseram ou não puderam participar das atividades propostas. Optou-se por uma amostra de conveniência (SOMMER e SOMMER, 1997), onde os instrumentos foram aplicados com o maior número possível de pessoas dentro do período de realização da pesquisa, considerando-se o contingente relativamente pequeno da instituição, que conta com equipe técnica de quarenta e seis profissionais e tem capacidade para atendimento de até sessenta pessoas por dia.

Tratando-se de um trabalho que visa contribuir com a qualidade dos espaços destinados ao tratamento da dependência química, de maneira que atuem como suporte no processo terapêutico, a aplicação dos instrumentos não se deu apenas com os pacientes, que são os diretamente beneficiados, mas também com os funcionários, que em melhores condições de trabalho acabam por produzir práticas profissionais mais humanizadas, o que se reflete diretamente sobre o paciente e seu tratamento.

A pesquisa não gerou riscos aos participantes, ou pode-se considerar que os riscos foram mínimos, pois trata-se de uma pesquisa qualitativa que inclui ferramentas utilizadas para avaliar o nível de satisfação dos usuários em relação aos espaços estudados. Os riscos são semelhantes aos de atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. O autor da pesquisa comprometeu-se com o mínimo de danos e riscos, fossem eles individuais ou coletivos. Ressalta-se que os participantes da pesquisa tiveram total autonomia em colaborar, assim como foi assegurada a sua vontade de contribuir e permanecer na pesquisa por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida.

A APO, referenciada principalmente pela abordagem do grupo ProLUGAR, foi estruturada, basicamente, segundo dois níveis de avaliação sistemática: avaliação técnica e avaliação comportamental. No primeiro nível o pesquisador avaliou as condições construtivas e funcionais do edifício e no segundo colheu a opinião dos ocupantes e mapeou seus comportamentos em áreas chave da edificação.

A abordagem escolhida foi a da estratégia multimétodos, adotando-se, além de visitas exploratórias, mais seis ferramentas de APO na instituição estudada. Na referida estratégia, diversos meios de coleta e análise de dados são integrados em uma concepção ampla e abrangente do objeto em estudo (PINHEIRO, ELALI e FERNANDES, 2008). É um método que, embora represente um significativo trabalho na coleta dos dados, tem a intenção de diminuir os vieses que podem surgir quando se ressalta apenas um aspecto do problema e deixa-se de lado fatores fundamentais que podem interferir na situação. Há de se esclarecer, no entanto, que não se trata apenas de uma questão de ampliação dos esforços na coleta de dados, mas de uma estratégia que exige a integração dos resultados na análise elaborada pelo pesquisador (GÜNTHER, ELALI e PINHEIRO, 2008).

A escolha dos instrumentos deve ser realizada com base naquilo que se procura descobrir ou investigar. No caso do presente trabalho, são aspectos comportamentais que estejam relacionados a manifestações de **apropriação e afetividade**.

De acordo com Günther, Elali e Pinheiro (2008), no planejamento de qualquer pesquisa deve-se levar em conta o conhecimento prévio da temática, a quantificação do tempo e dos recursos disponíveis (financeiros, materiais e humanos) e o domínio dos instrumentos a serem utilizados. Nesta pesquisa, foram escolhidos métodos e técnicas que pudessem otimizar o tempo de permanência do pesquisador na instituição, considerando-se as características dos grupos participantes. Para tanto, optou-se pela organização do trabalho de campo em duas fases: **(1) análise do pesquisador**, que contou com aplicação da análise *walkthrough*, com o objetivo de verificar o estado de conservação da instituição, sua localização, dimensionamento e adequação dos espaços, aspectos de conforto ambiental, princípios de humanização em arquitetura, levantamento fotográfico (preservando a identidade dos envolvidos na pesquisa), entre outros aspectos; e do mapa comportamental, buscando identificar formas de apropriação dos ambientes; e **(2) análise dos usuários da edificação**, buscando compreender os processos de percepção dos espaços por seus usuários (pacientes e funcionários), além de seu grau de satisfação, apropriação e relações de afetividade com o ambiente construído. Optou-se pela aplicação das ferramentas de entrevista e questionário com os profissionais e, com os pacientes, buscou-se a adoção de instrumentos que pudessem ser mais facilmente compreendidos e que favorecessem a espontaneidade de suas respostas, tendo em vista que são, na maioria, pessoas em situação de rua, com baixa escolaridade e por vezes sob efeito de medicação ou até mesmo uso de drogas. As ferramentas escolhidas para estes foram o mapa mental e o poema dos desejos; instrumentos que usualmente são aplicados com crianças e que se assemelham, também, a algumas atividades que os pacientes já desenvolvem nas oficinas.

4) **Etapa de análise dos resultados:**

Mediante o cruzamento dos dados obtidos, a etapa de análise dos resultados se deu com a utilização das ferramentas matriz de descobertas e matriz de recomendações (RHEINGANTZ et al, 2009). A primeira permitiu a apresentação das informações obtidas e sua respectiva sintetização expressa graficamente, a fim de se obter uma visão global das condições qualitativas, aspectos positivos e negativos da edificação estudada. A última permitiu, também graficamente, o fornecimento de recomendações para o aprimoramento dos espaços analisados e servir de orientação para futuros projetos de construção e reforma de instituições de mesmo fim.

4.2. Instrumentos de pesquisa: definição

Os instrumentos de pesquisa adotados no presente trabalho foram, na respectiva ordem de aplicação: análise *walkthrough*, mapa comportamental, entrevista, questionário, mapa mental e poema dos desejos. Ao final, para agrupar os resultados e facilitar a interpretação e a ilustração dos mesmos, bem como para propor recomendações, foram utilizadas, respectivamente, mais duas ferramentas: matriz de descobertas e matriz de recomendações. Foi utilizado ainda, durante todo o processo de avaliação e aplicação das ferramentas, um diário de campo, com o intuito de registrar informações sensíveis e relevantes que emergissem espontaneamente das relações pesquisador-ambiente e pesquisador-usuários, ou seja, da observação incorporada.

O **diário de campo** é importante para o registro de emoções, sensações, percepções e comportamentos relativos à experiência do pesquisador e também dos usuários do ambiente durante a aplicação dos métodos, auxiliando na compreensão de aspectos relativos à vivência e à apropriação dos usuários. As anotações podem contribuir para que se evitem interpretações equivocadas por parte do pesquisador, à medida que agregam informações não previstas nas ferramentas adotadas, mas que são relevantes para o entendimento e a análise das respostas proporcionadas pelas mesmas. Por exemplo, comentários feitos espontaneamente pelos respondentes durante a aplicação de algum instrumento podem auxiliar sensivelmente na interpretação posterior de suas respostas (CAVALCANTI, 2011).

A **análise *walkthrough*** é um instrumento de APO que geralmente precede outros estudos e levantamentos, sendo capaz de fornecer uma visão geral acerca do desempenho ambiental do edifício. Trata-se de uma ferramenta analítica que combina simultaneamente observação e entrevista, podendo ser utilizada tanto na avaliação do ambiente construído quanto na programação arquitetônica. Além de fornecer um panorama da situação espacial, permite identificar principais pontos positivos e negativos, levantar aspectos a serem aprofundados e auxiliar na aplicação das demais ferramentas (RHEINGANTZ et al, 2009). Uma de suas principais utilidades é levantar os aspectos físicos identificados pelos pesquisadores que, posteriormente, serão relacionados com a percepção e os sentimentos dos usuários.

Esse instrumento é uma análise do pesquisador sobre o ambiente estudado, portanto, de certa maneira, não há um contato amplo com os participantes da pesquisa nessa etapa, apenas com o gestor e funcionários a fim de obter informações e permissões para o acesso aos ambientes da instituição.

As informações obtidas a partir das observações pessoais do pesquisador em conjunto com os relatos do funcionário acompanhante no percurso foram complementadas com um levantamento fotográfico (preservando a identidade dos envolvidos na pesquisa), desenhos e croquis armazenados no diário de campo.

O **mapa comportamental** é um instrumento que possibilita a obtenção de um registro sistematizado do comportamento dos usuários de um espaço. Esse instrumento é expresso pela representação gráfica dos comportamentos e atividades pessoais em determinado ambiente de estudo. A partir da aplicação dessa ferramenta é possível analisar condutas, usos, *layouts* e demais relações usuário-ambiente. São objetivos do mapa comportamental: registrar as

atividades realizadas em um ambiente por meio de mapas esquemáticos e gráficos; ilustrar o espaço e o tempo de permanência ou percurso dos indivíduos; e permitir a verificação da correspondência ou não entre os ambientes planejado e construído (RHEINGANTZ et al, 2009).

A coleta de dados exige, ainda, a definição do período de observação (em termos de dias, horários e similares) e da periodicidade do registro (a cada cinco minutos, dez minutos, meia hora), dependendo do tipo de fenômeno estudado. Ressalta-se que geralmente trabalha-se a partir da noção de ‘instante congelado de tempo’, ou seja, as anotações representam ‘fotografias mentais’ de momentos específicos, embora a observação durante o período intermediário seja importante para a compreensão da situação (PINHEIRO, ELALI e FERNANDES, 2008, p. 92).

O mapeamento comportamental pode ser centrado no ambiente ou na pessoa. No primeiro caso, as pessoas que passam por um determinado ambiente são observadas nesse momento, enquanto no segundo o foco está nas pessoas, seus percursos e modos de utilização do espaço (PINHEIRO, ELALI e FERNANDES, 2008).

No presente trabalho, que busca compreender as relações de afetividade e apropriação dos usuários para com os espaços da instituição, foi adotada a variação centrada no ambiente, realizada nos locais de maior convívio social, que são os espaços de convivência, interno e externo.

Como o mapa comportamental é um instrumento de análise do pesquisador, os resultados obtidos foram complementados com os instrumentos de análise dos usuários. Por tratar-se de um instrumento apenas de observação, o único contato que sua aplicação envolve entre o pesquisador e os participantes da pesquisa é o de sua interferência presencial.

A **entrevista** é uma das técnicas de trabalho mais utilizadas em pesquisas na área das ciências sociais, sendo geralmente empregada para aprofundar e/ou confirmar informações adquiridas através de outros instrumentos de coleta. A interação entre o pesquisador e o entrevistado é preponderante para o sucesso da sua aplicação. Os aspectos comportamentais dos entrevistados devem ser levados em consideração para a validação das respostas obtidas nas entrevistas, como sinais, gestos, ações não verbais, hesitações, entre outros aspectos (RHEINGANTZ et al, 2009).

A utilização da entrevista nos estudos pessoa-ambiente é importante por ter o potencial de salientar a relevância da dimensão físico-espacial do ambiente, integrante de experiências e ações humanas nos níveis intrapessoal e interpessoal, grupal e intergrupal (GÜNTHER, 2008b, p. 64).

Günther (2008b) recomenda a utilização da técnica da entrevista em pesquisas voltadas ao estudo das relações pessoa-ambiente e recomenda, ainda, que sejam incorporados a sua estrutura conceitos como o de espaço pessoal, territorialidade e privacidade.

A entrevista se divide nos seguintes formatos: estruturado, semiestruturado e não estruturado. No primeiro, o entrevistador segue um roteiro previamente programado e anotado, enquanto no segundo, o roteiro serve apenas como um esquema básico, em que as perguntas não precisam, necessariamente, seguir uma sequência estabelecida e o desenrolar da conversa permite a

inserção ou supressão de questões. Já no terceiro, o poder está muito mais nas mãos do entrevistado, que fica mais livre para guiar o rumo da conversa (RHEINGANTZ et al, 2009).

Nesse trabalho, optou-se pelo formato semiestruturado, aplicado com representantes de todas as classes profissionais da instituição (médicos, enfermeiros, técnicos, responsáveis pela segurança e responsáveis pela limpeza), além, é claro, do diretor, que, por sua posição, respondeu a uma entrevista diferenciada, sendo, portanto, impossível garantir o anonimato de suas respostas. As principais perguntas versaram acerca da qualidade, percepção e adequação do ambiente físico do CAPSad.

O **questionário** é um instrumento de pesquisa que contém uma série ordenada de perguntas relacionadas com um determinado assunto ou problema. A diferença básica entre o questionário e a entrevista é o procedimento de resposta. Enquanto o questionário deve ser respondido sem a presença do pesquisador, na entrevista, onde a presença do mesmo é obrigatória, há a possibilidade de esclarecimento tanto de perguntas, quanto de respostas (RHEINGANTZ et al, 2009).

Para aumentar as chances de que o questionário seja respondido por completo e eficazmente, devem-se minimizar os esforços físico e mental do respondente e maximizar as recompensas para fazê-lo, que podem ser, por exemplo, no sentido de tornar o instrumento interessante (GÜNTHER, 2008a).

O primeiro princípio de estruturação de um questionário é partir de perguntas mais gerais e, posteriormente, ir para as mais específicas. Não se deve começar a interação com perguntas burocráticas, como nome, sexo, idade, mas sim com perguntas que já se enquadrem no tema da pesquisa. Se o respondente concordou em participar é porque achou a temática interessante e, assim, deve ser mantido iniciando-se com perguntas dentro do assunto, deixando as perguntas burocráticas, que servem apenas para caracterizar a amostra, para o fim. O segundo princípio é seguir uma ordem lógica, de maneira a sugerir uma “conversa com objetivo”, mantendo-se o interesse do respondente em continuar. Outra dica é pensar em um diálogo com o respondente, mesmo tratando-se de uma ferramenta de auto aplicação, por exemplo, escrevendo-se a pergunta “qual a sua idade?” ao invés de simplesmente escrever “idade: ____” (GÜNTHER, 2008a).

Nesse trabalho, o questionário contou com perguntas sobre a importância de determinadas características da instituição e perguntas fechadas de múltipla escolha com escalas de valores (escala Likert²⁷) em muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim, além de questões para o conhecimento do perfil do respondente e campo para sugestões.

O **mapa mental** ou **cognitivo** é um dos instrumentos utilizados em APO baseado na elaboração de desenhos ou relatos de um ou mais indivíduos acerca de um determinado lugar. A aplicação desta ferramenta permite ao pesquisador identificar o quanto o respondente conhece seu ambiente e quais são os elementos e aspectos físicos mais fortes na estruturação de sua imagem mental (RHEINGANTZ et al, 2009, p. 58).

27 Escala Likert é um tipo de escala de resposta bastante utilizada em levantamentos de opiniões e avaliações. Nela, pede-se ao respondente que avalie um fenômeno numa escala de, geralmente, cinco alternativas que, dependendo do tema, podem seguir dimensões como “bom-ruim” (GÜNTHER, 2008a).

Para a obtenção de um mapa mental, solicita-se que os participantes desenhem um determinado local, acompanhados por comentários. Juntos, exprimem a imagem que certos grupos têm relacionada àqueles ambientes, permitindo que o pesquisador compreenda o seu significado para os usuários (FISCHER, 1994).

Nesse trabalho o mapa mental foi adotado sob a abordagem do modelo sócio interativo ou experiencial, em que o pesquisador acompanha todo o processo, interagindo com os respondentes e registrando suas explicações e comentários acerca dos desenhos e relatos produzidos (RHEINGANTZ et al, 2009, p. 59).

O **poema dos desejos** foi desenvolvido por Henry Sanoff e consiste em um instrumento não estruturado e de livre expressão, utilizado em APO, que incentiva e se baseia na espontaneidade das respostas. Sua aplicação tem como ponto de partida a seguinte sentença: “eu gostaria que o edifício/ambiente...”. A partir das respostas (desenhos e/ou sentenças escritas) obtém-se a imagem do ambiente ideal na opinião dos usuários (RHEINGANTZ et al, 2009, p. 43).

Nesse trabalho o poema dos desejos foi adotado como forma de identificar a opinião dos usuários acerca dos pontos que caracterizam um CAPSad ideal, com base em suas experiências nos espaços reais por eles vivenciados.

A **matriz de descobertas** é um meio de representar graficamente informações a partir do cruzamento dos resultados obtidos com a aplicação das diversas ferramentas de avaliação do ambiente construído. É uma ferramenta que surgiu diante da dificuldade de registro do volume das informações produzidas no trabalho de campo²⁸ (RHEINGANTZ et al, 2009) e foi adotada no presente trabalho visando à facilitação da demonstração dos resultados, por meio de uma visão simultânea das principais descobertas de ordem técnica, funcional e comportamental obtidas na APO. Além dela, utilizou-se também a **matriz de recomendações**, instrumento semelhante, onde as recomendações, resultantes do olhar do pesquisador e dos informativos de satisfação dos usuários, são apresentadas por meio de tabelas, diagramas ou outros recursos gráficos (RHEINGANTZ et al, 2009).

28 A ferramenta matriz de descobertas foi concebida em 2001 por Helena da Silva Rodrigues, enquanto aluna de graduação em arquitetura da Universidade Federal Fluminense, e posteriormente incorporada à metodologia de trabalho do Grupo ProLUGAR (RODRIGUES et al, 2006).

CAPÍTULO 5

ESTUDO DE CASO

O CAPSad é, atualmente, o principal serviço de saúde voltado ao tratamento da dependência química no Brasil, no âmbito do SUS, por isso, foi escolhido como estudo de caso do presente trabalho. Os capítulos anteriores definiram o CAPSad, o perfil do público atendido nesse tipo de instituição, o conceito de humanização – relacionando-o também a conceitos de psicologia ambiental – e a metodologia e os instrumentos adotados. Este capítulo traz os resultados do estudo de caso.

Primeiramente apresenta-se o CAPSad escolhido, trazendo sua localização, características do entorno, planta da edificação, número de funcionários e pacientes, dentre outras particularidades. Em seguida, explica-se como se deu a adoção de cada ferramenta na instituição, seguindo a ordem cronológica de aplicação. Por fim, faz-se um apanhado das descobertas provenientes de cada um dos instrumentos utilizados e os resultados são expostos por meio de uma matriz, cujas informações são expressas graficamente.

5.1. CAPSad III Miriam Makeba

O CAPSad III Miriam Makeba situa-se no bairro de Bonsucesso, atendendo às áreas da AP 3.1 (Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral), com função ordenadora em álcool e outras drogas. Inaugurado em abril de 2014, o centro é fruto de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro com a Organização Social Viva Rio, sendo a primeira unidade 24 horas especializada no cuidado a usuários de álcool e drogas da Zona Norte. Atende, em média, sessenta pacientes por dia e conta com equipe multidisciplinar de quarenta e seis profissionais, composta por um diretor, um coordenador técnico, dois supervisores, três auxiliares de administração, três psiquiatras, um clínico geral, sete psicólogos, sete enfermeiros, dois assistentes sociais, dois terapeutas ocupacionais, um educador físico, um músico-terapeuta, um farmacêutico, dez técnicos de enfermagem, um técnico em farmácia, um auxiliar de jardinagem (ministra oficina de hortas) e duas copeiras. Incluindo-se seguranças, porteiros, responsáveis pela limpeza e residentes, a instituição tem setenta funcionários.

É um CAPSad que atende um público muito específico, em sua maioria pessoas em situação de rua, e que foi estrategicamente implantado próximo à Avenida Brasil, na altura de Bonsucesso, local que concentra alto número de pontos de consumo e venda de drogas, junto a diversas comunidades do Complexo da Maré (Figura 52). Foi escolhido como estudo de caso por sua localização de fácil acesso para o autor, em decorrência da grande quantidade de linhas de ônibus que circulam próximo ao local.



Figura 52. Localização do CAPSad III Miriam Makeba.

Fonte: Adaptada de <<http://redesdamare.org.br/blog/desenvolvimento-territorial/retrato-da-mare/>>
Acesso em: 23 fev. 2016.

De acordo com seu Projeto Terapêutico Singular, realizado em conjunto com diversos profissionais da equipe técnica, os pacientes recebem atendimento médico, participam de oficinas (autocuidado, cinema, horta, escrita, jornal, culinária, etc.), praticam atividades esportivas (em áreas próximas à unidade) e realizam passeios mensais (como ida à praia e visitas à espaços culturais), além de tomarem banho, realizarem as refeições diariamente e terem a oportunidade de descansar. Aqueles que se encontram em situação mais crítica, seja por crise de abstinência, por apresentarem outro transtorno mental além da dependência química, por estarem ameaçados nas áreas em que circulam ou moram, entre outros, são acolhidos e pernoitam na instituição por um tempo que, na teoria, não poderia exceder catorze dias, mas na prática, às vezes, acaba sendo maior. O número de acolhimentos noturnos também está acima dos nove estabelecidos como limite da instituição, que na realidade costuma acolher doze pacientes à noite, já havendo ocasião em que acolheu dezesseis. O acolhimento para novos usuários ocorre no horário de 8 às 19 horas.

O nome Miriam Makeba é uma homenagem à cantora sul-africana e ativista política, conhecida popularmente como “Mama África”, que fez sucesso nas décadas de 1950 e 1960. Seu nome representa união, resistência, igualdade e liberdade. Por sua crítica ao regime segregacionista do *Apartheid*, a cantora viveu em exílio por trinta e um anos em países como Estados Unidos, França, Guiné e Bélgica, até que em 1990 voltou ao seu país a pedido de Nelson Mandela²⁹. A relação dos dois é exposta como destaque em uma das paredes do CAPSad (Figura 53).

Assim como os demais CAPSad da cidade do Rio de Janeiro, o CAPSad III Miriam Makeba funciona em edificação adaptada, em prédio de três pavimentos, além de um mezanino no térreo (Figura 54). Alugado pela prefeitura, situa-se em área predominantemente industrial, na Rua João Torquato, nº 248. Segundo levantamento feito junto a vizinhos, o prédio já funcionou como

29 Fonte: Site da Jornal Estadão. Disponível em: <<http://cultura.estadao.com.br/noticias/musica,mama-africa-cantora-miriam-makeba-morre-na-italia,274904>>. Acesso em: 20 fev. 2016

uma marcenaria e, anteriormente à instalação do CAPSad, estava alugado para a Companhia Estadual de Águas e Esgotos (CEDAE).



Figura 53. Recepção/espaço de convivência.
Fonte: Acervo do autor, 2016



Figura 54. Fachada do CAPSad III Miriam Makeba.
Fonte:
<<http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=4686701>>. Acesso em: 16 maio. 2015.

5.2. Instrumentos de pesquisa: aplicação e resultados

A APO teve início no dia 8 de outubro de 2015, quando a análise *walkthrough* foi iniciada, no mesmo dia em que se obteve permissão do responsável pela instituição para a realização da pesquisa. Posteriormente, nos dias 25 de outubro de 2015 e 25 de janeiro de 2016, o pesquisador participou de reunião com funcionários e pacientes, respectivamente, para explicar o trabalho que seria realizado na instituição e deu continuidade à análise *walkthrough*. A aplicação dos demais instrumentos, que envolviam a participação dos usuários da edificação e careciam de termo de assentimento por eles assinado (Apêndices 1, 2 e 3), ocorreram nos dias 6, 7, 10, 11, 12 e 18 de fevereiro, posteriormente à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 2). Ao todo, nove visitas foram feitas à instituição, nas quais o pesquisador permaneceu das 09:00 da manhã às 17:00 da tarde (Quadro 5).

Quadro 5. Quadro síntese com as etapas da pesquisa de campo

ATIVIDADES / APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS	DATA								
	08/10/15	25/10/15	25/01/16	06/02/16	07/02/16	10/02/16	11/02/16	12/02/16	18/02/16
Walkthrough: análise do pesquisador acerca do desempenho ambiental do edifício									
Mapa comportamental: registro do comportamento dos usuários num ambiente									
Entrevista: perguntas sobre a rotina de atividades e aspectos ambientais da instituição									
Questionário: perguntas sobre aspectos ambientais da instituição									
Mapa mental: identificação da imagem real da instituição									
Poema dos desejos: identificação da imagem ideal da instituição									

Fonte: Fonte: Acervo do autor, 2016

5.2.1 Análise *walkthrough*

A primeira impressão ao chegar à instituição, na tarde do dia 8 de outubro de 2015, foi a estranheza com relação ao muro (Figura 55), que não transmite de nenhuma maneira a mensagem de espaço de funcionamento 24 horas e muito menos de “portas-abertas”. Por uma pequena fresta no portão, o porteiro que estava a poucos metros foi chamado, só permitindo o acesso do pesquisador após explicação de que havia um encontro marcado com o coordenador técnico da unidade. Ao entrar, mais um estranhamento: um segurança parado bem na porta de entrada. Houve receio quanto aos perigos que poderiam ocorrer no interior da instituição, ao invés de se pensar que o local era seguro. De forma involuntária, essas primeiras impressões, de certa forma, reproduzem os estigmas que socialmente os usuários de drogas carregam.



Figura 55. Muro do CAPSad III Miriam Makeba.
 Fonte: <<http://vivario.org.br/saude/centros-de-atencao-psicossocial-caps/enderecos-caps/>>.
 Acesso em: 16 maio. 2015.

Na conversa com o coordenador técnico, cujo intuito foi explicar o trabalho a ser realizado na instituição, descobriu-se que, coincidentemente, o diretor gostaria de realizar mudanças nos espaços, o que favoreceu o acolhimento da pesquisa. Dessa maneira, no mesmo dia os ambientes foram apresentados ao pesquisador que, de posse da planta da instituição, iniciou a análise *walkthrough* acompanhado pelo coordenador técnico e por uma psicóloga, que mostraram todos os ambientes, descrevendo suas funções. Posteriormente, nos dias 25 de outubro de 2015 e 25 de janeiro de 2016, a análise foi complementada com o registro fotográfico e as impressões e descobertas foram descritas em um diário de campo.

Para facilitar a compreensão, os resultados foram separados de acordo com os diferentes aspectos relacionados à qualidade ambiental, complementados pelas informações obtidas com o diário de campo.

Aspectos relativos à setorização e funcionalidade:

A área externa (Figura 56) é pavimentada com blocos intertravados e ainda contém a marcação das vagas de estacionamento proveniente do antigo uso da edificação. Por conta da pavimentação, todas as plantas estão em vasos e a horta, em containers de plástico. O espaço conta com duas áreas cobertas: uma com bancos, onde ocorrem as reuniões com os pacientes, e outra com cadeiras e mesa de totó. A área também é usada para a secagem das roupas que os pacientes lavam e é o espaço onde estes e funcionários fumam cigarro.



Figura 56. Área externa.
 Fonte: Acervo do autor, 2016.

No pavimento térreo estão o refeitório, duas salas de atendimento individualizado, uma sala de procedimentos, uma lavanderia e um espaço de convivência, que funciona simultaneamente como recepção (Figura 57).

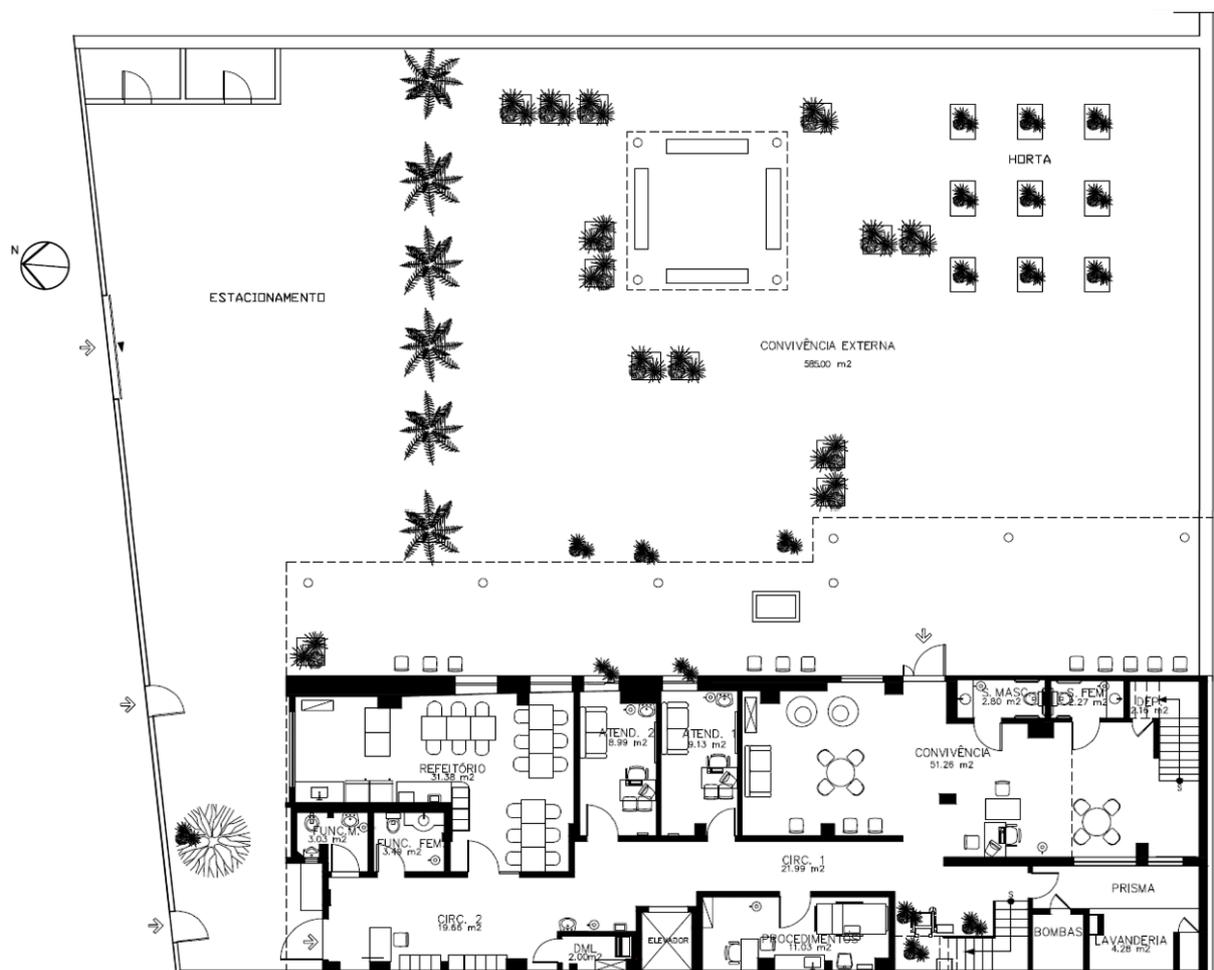


Figura 57. Planta do pavimento térreo.

Fonte: Setor de Engenharia e Arquitetura da Secretaria Municipal de Saúde, 2015.

O acesso ao interior da edificação se dá a partir de uma circulação (Figuras 58 e 59) e no final desse ambiente localiza-se a área da recepção, junto à área de convivência interna. A localização da recepção longe da entrada dificulta o cadastro e controle dos pacientes no interior da instituição, que por vezes chegam nos horários de refeições e tentam primeiramente comer ou juntar-se a outros pacientes, já cadastrados, na área de convivência externa. O profissional da recepção sempre relembra aos pacientes que logo ao chegarem precisam ser identificados e passar pela triagem para saber se realizarão consulta ou apenas permanecerão para convivência, mas a localização da recepção dificulta o seu trabalho.

O espaço de convivência interno (Figura 60) contém estante com livros, sofá, poltronas, duas mesas circulares com quatro cadeiras e outras cadeiras soltas, que os pacientes ora deixam nesse espaço, ou ora deixam na convivência externa, que interliga-se à convivência interna. Geralmente é aqui que os pacientes permanecem quando aguardam pelo atendimento médico. Sua área está abaixo do que determina a Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013, fato agravado pela presença da recepção no local. Nesse espaço também localizam-se dois sanitários destinados aos pacientes.



Figura 58. Circulação na entrada da edificação.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

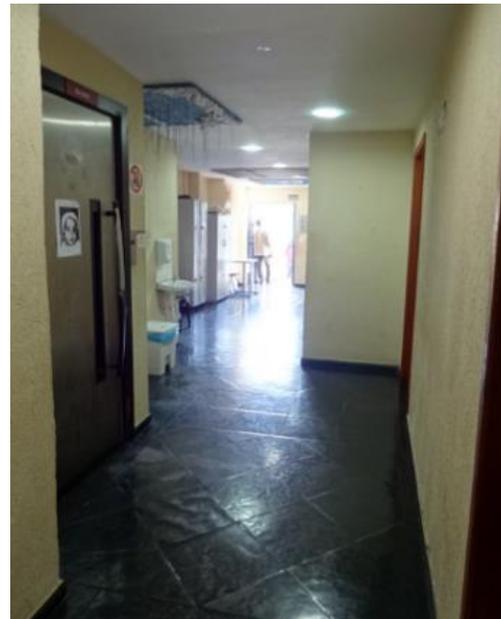


Figura 59. Circulação na entrada da edificação.
Fonte: Acervo do autor, 2016.



Figura 60. Espaço de convivência/recepção.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

O refeitório (Figura 61), que é utilizado apenas pelos pacientes, tem capacidade para dezoito pessoas e permanece aberto somente nos horários do café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, permanecendo trancado nos demais horários. São fornecidas apenas trinta refeições diárias, obtidas com fornecedor terceirizado, com prioridade para os pacientes que estão acolhidos. O espaço também é utilizado esporadicamente para a realização de oficinas de culinária, onde são reaproveitadas as sobras de alimentos.



Figura 61. Refeitório.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

As salas de atendimento individualizado (Figura 62) não possuem maca, apenas um sofá, mais adequado para consultas com psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. Possuem também pia para lavagem de mãos e mesa com computador. Há ocasiões em que as três salas de atendimento existentes na edificação não são suficientes para atender a demanda por atendimento e as consultas são realizadas na área de convivência externa.



Figura 62. Sala de atendimento 2.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

A sala de procedimentos (Figura 63) possui mais que o dobro da área determinada pela Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013, porém funciona simultaneamente como sala de aplicação de medicamentos e sala de suturas e curativos. Enquanto ambiente destinado à aplicação de medicamentos, é utilizada para execução de assistência médica de enfermagem por até 24 horas, havendo, quase sempre, um paciente fazendo uso da maca. Os quartos de acolhimento contam apenas com camas, não havendo um quarto com leitos, como a portaria anteriormente citada determina. Logo, a única opção na instituição para os pacientes em estado mais grave é a sala de procedimentos.



Figura 63. Sala de procedimentos.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

O pavimento térreo conta também com lavanderia (Figura 64) destinada aos pacientes, para que possam lavar suas roupas, localizada no prisma de ventilação e iluminação. As roupas de cama são lavadas em lavanderia que presta serviço terceirizado.



Figura 64. Lavanderia.

Fonte: Acervo do autor, 2016.

Há ainda no térreo uma escada de acesso ao mezanino que serve como depósito, ao qual o pesquisador não teve acesso. O vão embaixo da escada funciona como área para guarda de cadeira de rodas (Figura 65).

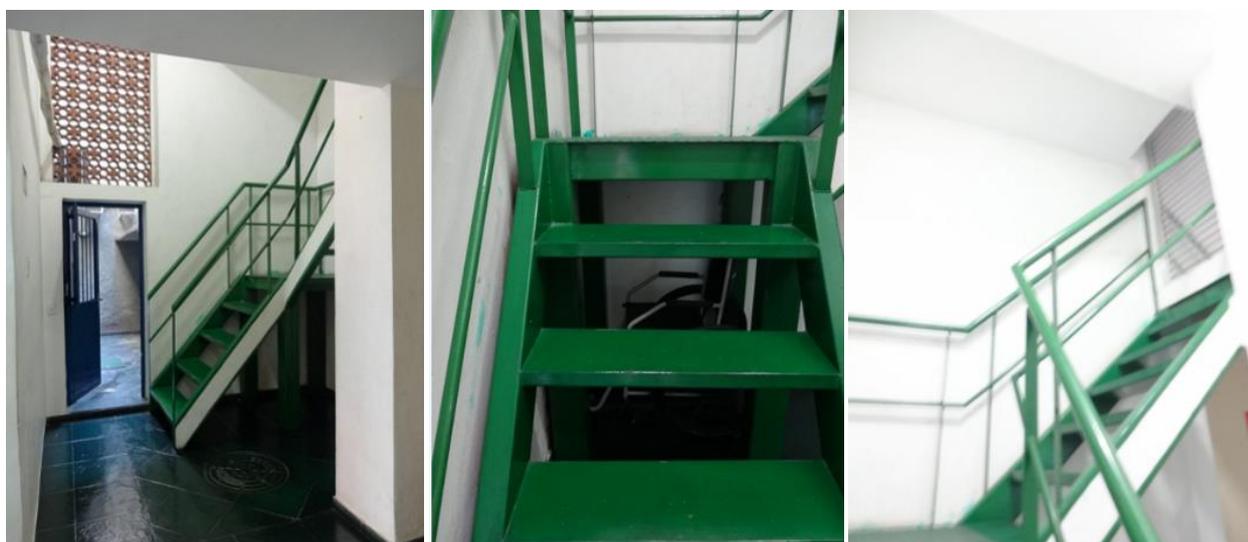


Figura 65. Escada do mezanino.

Fonte: Acervo do autor, 2016.

No segundo pavimento encontram-se duas salas de oficinas, outra sala de atendimento individualizado, uma sala de reunião de grupos, o arquivo, a farmácia, um quarto de descanso para funcionários, a copa e dois banheiros (Figura 66).

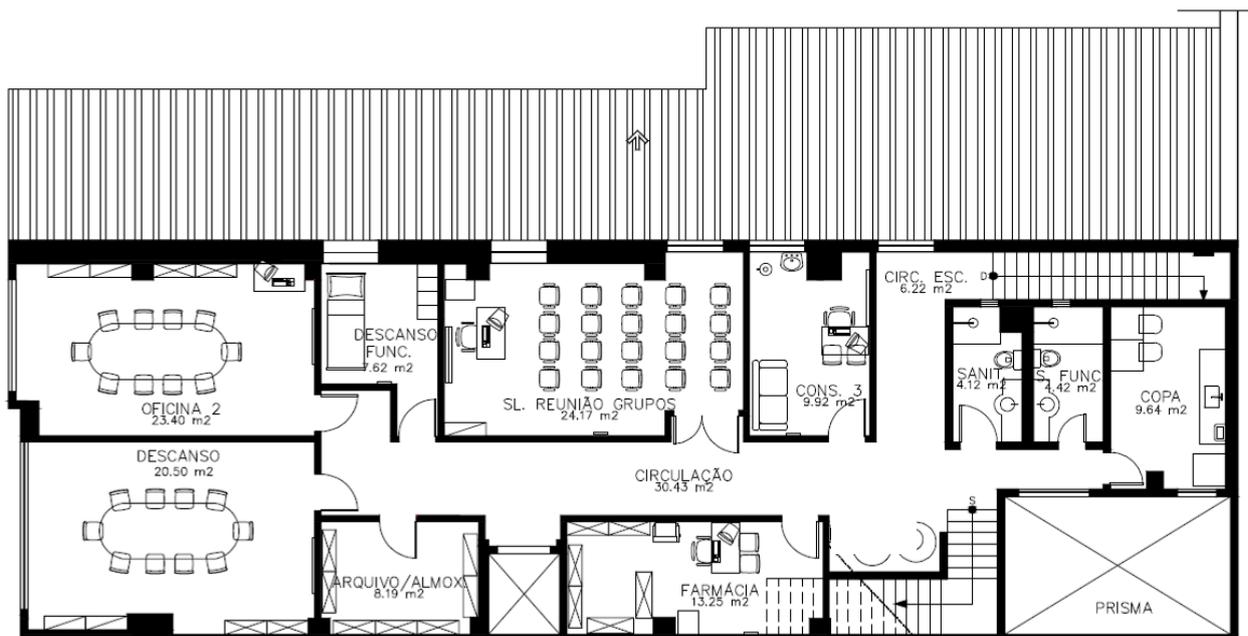


Figura 66. Planta do segundo pavimento.
 Fonte: Setor de Engenharia e Arquitetura da Secretaria Municipal de Saúde, 2015.

Uma das salas de oficinas não exerce mais a função para a qual foi planejada, funcionando atualmente como sala de descanso (Figura 67). É um local para pacientes que não estão acolhidos poderem descansar, seja por efeito de medicação ou consumo de drogas, por passarem noites em claro nas ruas, etc. É um espaço importante e bastante utilizado, considerando que muitos se encontram em situação de rua. Apesar de não funcionar mais como sala de oficina, o espaço não foi adaptado para o novo uso; há nele mesa e cadeiras que atendiam à função anterior e os pacientes descansam deitados em colchonetes ou cobertores dispostos sobre o chão. O espaço é utilizado por homens e mulheres, havendo apenas a recomendação para que a porta fique aberta, no intuito de evitar que os pacientes utilizem o local para manter relações sexuais ou fazer uso de drogas.

Para garantir, a maçaneta foi retirada, mesmo assim, por vezes a porta é fechada pelos pacientes.



Figura 67. Sala de descanso.
 Fonte: Acervo do autor, 2016.

A sala de oficinas dois (Figura 68) é a única utilizada para as atividades coletivas. Tem mesa com capacidade para oito pessoas, armário para guarda de material e estante para exposição dos trabalhos dos pacientes.



Figura 68. Sala de oficinas 2.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

A sala de reunião de grupos (Figura 69) é utilizada para exibição de filmes e também funciona como sala de TV. Havendo necessidade de acolhimento de algum adolescente na instituição, ela é utilizada como quarto, já que a lei não permite misturar adultos e adolescentes.



Figura 69. Sala de reunião de grupos.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

Mas essa sala não exerce apenas esse uso, ela é utilizada também para as reuniões de equipe que ocorrem toda segunda-feira, na parte da manhã (Figura 70). No horário da reunião, o acesso à unidade fica restrito aos acolhidos, assim como nos fins de semana e feriados. A reunião conta com a presença de todos os profissionais que trabalham na instituição e o tamanho da sala mostra-se inadequado para este fim.



Figura 70. Reunião de equipe.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

Há apenas uma farmácia (Figura 71), do tipo satélite, que possui geladeira, armários e estantes para armazenamento de medicação e uma mesa com computador. Sua porta não é do tipo guichê e os pacientes precisam entrar para serem atendidos.

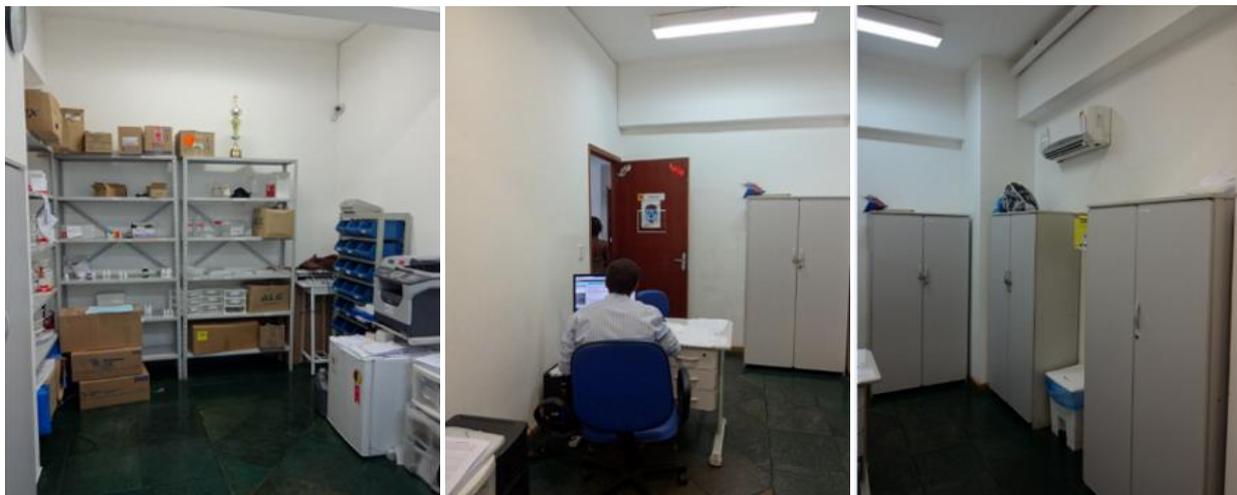


Figura 71. Farmácia.

Fonte: Acervo do autor, 2016.

Na copa (Figura 72), os funcionários realizam suas refeições e tomam água. Possui mesa com quatro cadeiras, geladeira, bancada com pia, bebedouro e micro-ondas.



Figura 72. Copa.

Fonte: Acervo do autor, 2016.

No segundo pavimento há ainda dois banheiros, um para funcionários e outro para pacientes, além do arquivo e do quarto de descanso de funcionários, aos quais o pesquisador não teve acesso.

No terceiro pavimento localizam-se o setor de acolhimento, que conta com três quartos (dois masculinos e um feminino), e o setor administrativo, que conta com sala administrativa, sala de equipe e sala de reuniões (Figura 73). Este pavimento deveria ser acessado apenas pelos funcionários e pelos pacientes acolhidos, mas, na prática, todos os pacientes acabam circulando no andar, principalmente para obter informações com o diretor e demais profissionais. Há uma nota na planta da edificação, obtida no Setor de Engenharia e Arquitetura da Secretaria Municipal de Saúde, determinando que o elevador permaneça desligado, sendo utilizado apenas por pacientes que não tenham condições de subir as escadas, sempre acompanhados de funcionário, mas ele permanece sempre ligado e livre para todos, o que dificulta o isolamento do setor de acolhimento.

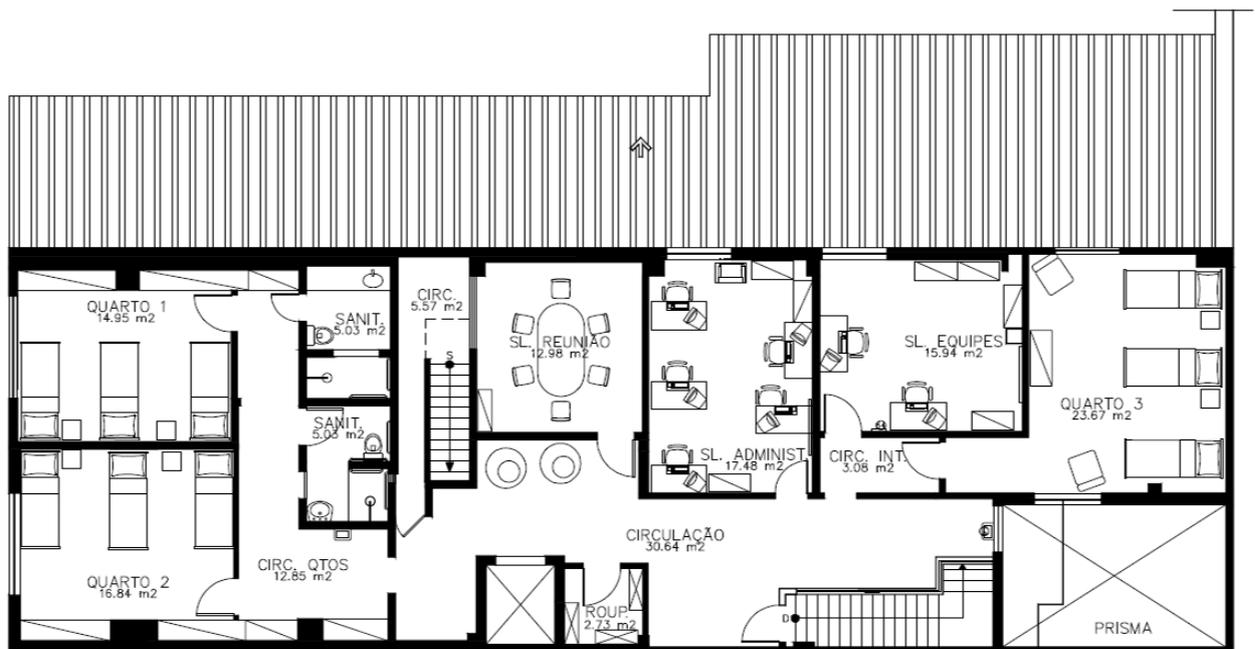


Figura 73. Planta do terceiro pavimento.

Fonte: Setor de Engenharia e Arquitetura da Secretaria Municipal de Saúde, 2015.

O acesso ao quarto feminino se dá através de uma circulação interna da área administrativa, o que confere maior controle sobre as pacientes, mas não há banheiro contíguo ao quarto. Os dois banheiros do pavimento, ambos destinados aos pacientes, encontram-se próximos apenas dos quartos masculinos. Esse é um problema grave, pois afeta a privacidade das pacientes e favorece a prática de relações sexuais no recinto, problema mencionado por alguns funcionários. Além disso, dificulta o uso pelas pacientes, que precisam percorrer um longo corredor ou optar pelo banheiro do pavimento inferior, favorecendo a ocorrência de acidentes, já que por vezes os pacientes estão com os reflexos comprometidos devido à medicação.

Os quartos são amplos e com área bem acima dos 9 m² estipulados como área mínima pela Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013. Na teoria, possuem capacidade para três pessoas cada, mas na prática acabam acolhendo quatro pacientes. O quarto feminino (figura 74) conta com quatro camas e os quartos masculinos um e dois (Figura 75) contam com três e duas camas, respectivamente, mas em ambos há também colchões no chão.



Figura 74. Quarto de acolhimento feminino.

Fonte: Acervo do autor, 2016.



Figura 75. Quartos de acolhimento masculinos.
Fonte: Acervo do autor, 2016.

No quarto feminino há apenas um armário de duas portas para guarda de objetos, o que não é suficiente. Por conta disso, a sala de equipe também é utilizada para guarda de pertences das pacientes. Já os quartos masculinos contam com espaçosos armários embutidos, inclusive na circulação que dá acesso a eles (Figura 76).

A sala administrativa (Figura 77) conta com cinco mesas com computadores destinadas ao diretor, ao coordenador técnico e aos supervisores e auxiliares administrativos. É um espaço com dimensões reduzidas, que não permite a inclusão de mais uma cadeira para que o diretor ou outro funcionário atenda alguma pessoa na sala, enquanto a sala de equipe (Figura 78), que fica ao lado e tem mais duas mesas com computadores, está quase sempre vazia ou pouco ocupada. A sala de equipe também conta com armários para guarda de materiais e pertences de funcionários e pacientes e nela fica a máquina de ponto dos funcionários, e não próxima à entrada, como usualmente costuma ser.



Figura 76. Armários embutidos nos quartos masculinos e circulação de acesso a eles.
Fonte: Acervo do autor, 2016.



Figura 77. Sala administrativa do CAPSad III Miriam Makeba.
Fonte: Acervo do autor, 2016



Figura 78. Sala de equipe.
Fonte: Acervo do autor, 2016

O terceiro pavimento conta ainda com rouparia e sala de reuniões (Figura 79), que contém mesa para apenas oito pessoas e que, portanto, não contempla as reuniões de equipe que são realizadas semanalmente na instituição com todos os funcionários, sendo usada apenas para pequenas reuniões.



Figura 79. Rouparia e sala de reuniões.
Fonte: Acervo do autor, 2016

A circulação que dá acesso à cobertura é utilizada como depósito de roupa de cama suja (Figura 80).



Figura 80. Acesso à cobertura.
Fonte: Acervo do autor, 2016

Como o andar conta com grande área de circulação, com mais de 40 m², foram criadas áreas de estar ao longo dela, para aproveitamento da área (Figura 81).



Figura 81. Aproveitamento das circulações do terceiro pavimento. Fonte: Acervo do autor, 2016

Alguns espaços possuem área menor do que a Portaria nº 615, de abril de 2013, estipula como área mínima, por essa razão, foi elaborado um quadro comparativo de áreas (Quadro 6). Há, ainda, ausência de alguns ambientes que compõem a estrutura física mínima desse tipo de instituição.

Quadro 6. Comparativo de áreas da Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013, e do CAPSad III Miriam Makeba

AMBIENTE	Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013		CAPSad III Miriam Makeba	
	QUANTIDADE MÍNIMA	ÁREA UNITÁRIA MÍNIMA (m ²)	QUANTIDADE	ÁREA UNITÁRIA (m ²)
Recepção	1	30	1	10,00
Sala de atendimento individualizado*	3	9	3	9,35
Sala de atividades coletivas	2	24	1	23,4
Sala de descanso	-	-	1	20,5
Espaço de convivência	1	65	1	41,26
Banheiro adaptado	2	4,8	-	-
Banheiro comum*	-	-	3	3,06
Sala de aplicação de medicamentos	1	5	1	11,03
Posto de enfermagem	1	6	-	-
Quarto coletivo para acolhimento noturno (2 camas)* **	4	9	3	18,5
Quarto coletivo para acolhimento noturno (2 leitos)	1	14	-	-
Banheiro anexo aos quartos de acolhimento*	5	3,6	2	5,03
Quarto de plantão de funcionários	1	9	1	7,62
Sala administrativa	1	22	1	17,48
Sala de equipe	-	-	1	15,94
Sala de reunião*	1	20	2	18,58
Almoxarifado	1	5	1	****
Arquivo	1	5	1	8,19
Refeitório	1	60	1	31,38
Cozinha (copa)	1	16	1	9,64
Banheiro com vestiário para funcionários* ***	2	12	3	3,65
DML	1	2	1	2
Rouparia	1	4	1	2,73
Abrigo de lixo	1	4	-	-
Área externa de convivência	1	75	1	585,00
Área externa para embarque e desembarque de ambulâncias	1	21	-	-
Abrigo externo de resíduos sólidos	1	4	1	4

Fonte: Fonte: Acervo do autor, 2016

* Adotou-se a média das áreas.

** Os quartos coletivos do CAPSad III Miriam Makeba possuem 3 camas.

*** Os banheiros de funcionários do CAPSad III Miriam Makeba não possuem vestiário.

**** Considerou-se o mezanino como almoxarifado, entretanto, não houve acesso do pesquisador ao local.

Aspectos técnico-construtivos:

Por tratar-se de instituição com pouco tempo de funcionamento, que passou por reforma recente para adaptação, a maior parte dos problemas é pequena. O problema mais relevante é quanto à acessibilidade da edificação. A existência do elevador permite acesso a todos os pavimentos, mas não há um banheiro que esteja totalmente de acordo com a Norma de Acessibilidade a Edificações – NBR 9050, além da existência de desnível inadequado entre áreas internas e externas (Figura 82). Os banheiros localizados no terceiro pavimento possuem barras de apoio para acessibilidade de pessoas com deficiência, porém não estão em concordância com a referida norma; em um dos banheiros, para acessar o chuveiro é necessário pular degrau com vinte centímetros de altura, assim como no banheiro do segundo pavimento, e no outro, o lavatório impede o acesso ao chuveiro por cadeirante, além do problema com a abertura da porta, que deveria ser para fora. No térreo, a largura de 1,10 m dos sanitários não permite nenhuma manobra com a cadeira de rodas.



Figura 82. Problemas de acessibilidade.

Fonte: Acervo do autor, 2016

O piso de intertravado da área de convivência externa está irregular, ocasionando a formação de poças na área central (Figura 83).



Figura 83. Problemas no piso de intertravado.

Fonte: Acervo do autor, 2016

Ainda com relação à área externa, constata-se outro problema, que é a ausência de área coberta para embarque e desembarque de ambulância, que, de acordo com a RDC ANVISA nº 50/2002, deve ser de 21 m².

Apesar da natureza desse estudo de caso não permitir avaliações tão precisas, aparentemente as instalações elétricas e hidro-sanitárias estão em boas condições, assim como o estado da pintura, pisos e demais materiais de acabamento. A única exceção é um *shaft* localizado em frente ao refeitório, que se encontra danificado, provavelmente devido a um reparo na tubulação (Figura 84).



Figura 84. *Shaft* danificado.
Fonte: Acervo do autor, 2016

Um dos problemas identificados é frequente na instituição: vidros de janelas quebrados por pedras que pacientes jogam quando são impedidos de entrar (Figura 85). Conforme já mencionado, embora seja uma unidade de saúde 24 horas, o atendimento ininterrupto é apenas para os pacientes acolhidos; os demais são atendidos das 8 às 19 horas diariamente, à exceção de sábados, domingos, feriados e, atualmente, também nas manhãs de segunda-feira, quando ocorrem as reuniões de equipe. Anteriormente era permitido o acesso nos horários de reunião, mas a mesma era prejudicada, já que os pacientes interrompiam sempre e não tinham paciência para esperar.



Figura 85. Janelas com vidros quebrados.
Fonte: Acervo do autor, 2016

Demais problemas verificados são relativos à manutenção: o elevador apresentou problemas diversas vezes no decorrer das visitas; muitos adesivos que formam frases de incentivo nas paredes estão incompletos (Figura 86); e há mobiliários que precisam ser trocados, como a mesa de totó, que está quebrada, e as poltronas da área de convivência interna, que estão com o estofado rasgado.



Figura 86. Adesivos com frases incompletas.
Fonte: Acervo do autor, 2016

Aspectos relativos ao conforto ambiental:

No primeiro dia de visita à instituição, ao aguardar o atendimento na área de convivência interna, o cheiro desagradável que o local exalava não passou despercebido. Era um cheiro muito forte de urina, proveniente do sanitário próximo, misturado com um odor não identificado, mas também muito desagradável. Os sanitários da área de convivência não tem janela, embora estejam localizados na extremidade da edificação; a ventilação se dá por veneziana acima da porta. O sanitário feminino para funcionárias, também no térreo, sofre com o mesmo problema, porém a ventilação se dá por veneziana na porta (Figura 87).



Figura 87. Solução de venezianas para sanitários sem janelas.

Fonte: Acervo do autor, 2016

Diversas vezes os pacientes também cheiram mal, já que muitos estão em situação de rua, e, por consequência, o local em que se encontram também, independente da limpeza que constantemente é feita em todos os ambientes. O mau cheiro é a primeira coisa que se nota ao entrar na instituição; passado algum tempo, ele não é mais tão forte, mas é sempre presente.

O cheiro de cigarro também é constante. Seu consumo é permitido de acordo com as estratégias da política de redução de danos e seu uso se dá na área de convivência externa, tanto para pacientes quanto para alguns funcionários que também fumam. Às vezes, sente-se cheiro de maconha, embora o consumo na unidade seja proibido.

Outro ponto negativo relativo ao conforto é o ruído gerado pelos pacientes – muitos não falam, apenas se comunicam gritando; gritam em conversas casuais, gritam em brigas e discussões, gritam por dores, gritam por fome, gritam para sair³⁰, gritam para entrar, etc. Uma paciente grávida gritou muito em um dos dias de visita. Há, também, barulho de música, já que alguns pacientes têm celular e nenhum têm fone de ouvido.

Os pacientes são, sem dúvida, a maior fonte de ruído, mas não a única: quando alguém toma banho no segundo pavimento, na área de convivência interna ouve-se muito alto o barulho da água do chuveiro. Os funcionários também acabam produzindo ruído, já que estão sempre à

³⁰ Alguns acolhidos são impedidos de sair no período de acolhimento, enquanto outros tem um número limitado de saídas. Dessa maneira, a permanência no acolhimento nunca oferece liberdade total.

procura de algum paciente, chamando seu nome pelos ambientes da instituição, ou o advertindo por alguma razão.

A iluminação artificial nas salas e também nas circulações é adequada, com exceção do elevador, que é bastante escuro. Já a iluminação natural é prejudicada, por conta do tamanho reduzido dos vãos de janelas e também por muitas destas possuírem película de controle solar.

As dimensões das janelas e sua altura de instalação não permitem integração com a área externa (Figura 88). Os únicos locais em que as janelas são adequadas são as salas de descanso e de oficinas e os quartos de acolhimento. Nas salas de atendimento, no refeitório, no quarto de descanso dos funcionários e nas salas administrativa e de equipe as janelas foram instaladas a 1,60 metros do piso, funcionando apenas como fonte de iluminação.



Figura 88. Janelas pequenas e instaladas em altura inadequada.

Fonte: Acervo do autor, 2016

A sala de procedimentos não tem janela e, por consequência, o paciente que permanece nela por até 24 horas não tem noção nenhuma da hora do dia ou de como está o tempo.

Na área de convivência a janela foi instalada com peitoril de 1,10 metros, mas não foi suficiente para oferecer boa integração com o exterior, assim como a porta que dá acesso à área externa, em chapas de ferro e que nem sempre fica aberta (Figura 89).

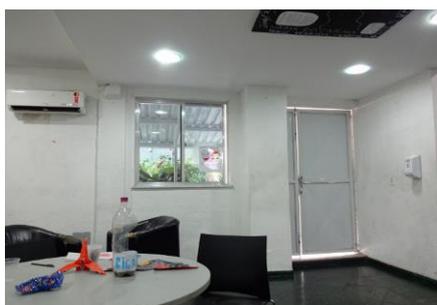


Figura 89. Janela e porta da área de convivência.

Fonte: Acervo do autor, 2016

O edifício é bem quente, mas há aparelhos de ar-condicionado em todos ambientes, exceto na copa, onde os funcionários sofrem para comer em dias de calor. Em razão do tamanho das janelas e também do tipo (a maioria de duas folhas, sendo uma fixa), a ventilação natural não satisfaz os usuários.

A área externa é bastante agradável na parte da tarde, pois é sombreada pela altura do edifício. Embora receba apenas o sol da manhã, é bem quente nesse horário, até mesmo nas áreas cobertas, devido à telha metálica, que, mesmo com superfície de cor clara, absorve muito calor.

Nos dias de visita, ventava muito na área externa e também na circulação do térreo, onde permanecem o porteiro e o segurança, mas os funcionários informaram que nem sempre esses locais são tão frescos.

Aspectos relativos à segurança:

Os pacientes não tem acesso liberado a todos os espaço. No terceiro pavimento, apenas os quartos e os banheiros ficam destrancados; no segundo pavimento, apenas a sala de descanso, a farmácia e o sanitário de pacientes, e no térreo, apenas a sala de procedimentos, a lavanderia e os banheiros. Por essa razão, há um quadro na sala administrativa que contém todas as chaves das salas da instituição. O problema é que frequentemente as chaves estão em posse de alguém que as esquece de devolver ou não avisa que as pegou. Logo, constantemente os profissionais se veem “caçando” as chaves da edificação, o que atrasa o trabalho deles e faz com que os pacientes se dispersem ao, por exemplo, esperar a chegada da chave para iniciarem uma oficina ou uma consulta.

Para garantir a integridade física dos pacientes, há grades nas janelas do segundo e terceiro pavimento e há, também, redes de proteção nas escadas, mesmo havendo guarda corpo (Figura 90).

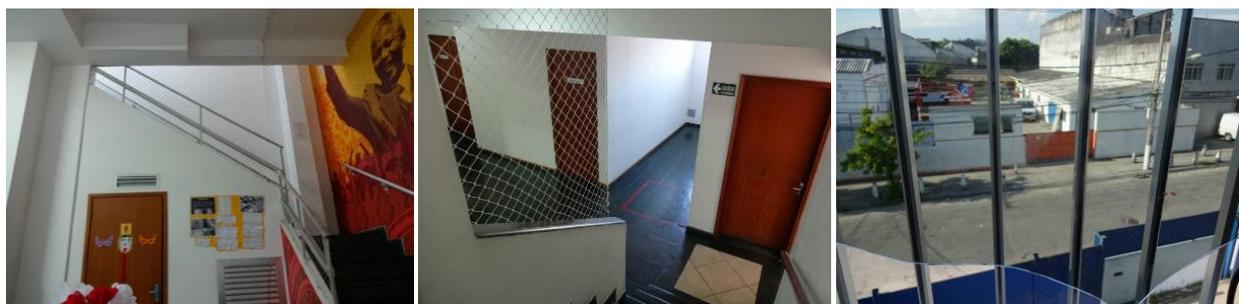


Figura 90. Redes nas escadas e grades nas janelas.

Fonte: Acervo do autor, 2016

Uma boa solução para a proteção contra quedas, adotada apenas no terceiro pavimento, foi a colocação de painéis de vidro (Figura 91), que não remetem a um aspecto manicomial.



Figura 91. Painéis de vidro no vão do terceiro pavimento.

Fonte: Acervo do autor, 2016

Também para evitar acidentes, nenhum banheiro de pacientes contém espelho. Como solução, utilizam o espelho do elevador, apesar do problema, já mencionado, de pouca iluminação no local quando a porta está fechada (Figura 92).



Figura 92. Banheiros sem espelho e elevador.

Fonte: Acervo do autor, 2016

Há sinalização de segurança contra incêndio e pânico, mas não há extintores nos locais indicados (Figura 93).



Figura 93. Ausência de extintores de incêndio.

Fonte: Acervo do autor, 2016

Outro problema detectado foi um erro de indicação de rota continuada de saída no segundo pavimento, onde uma placa aponta a saída para o andar superior (Figura 94).

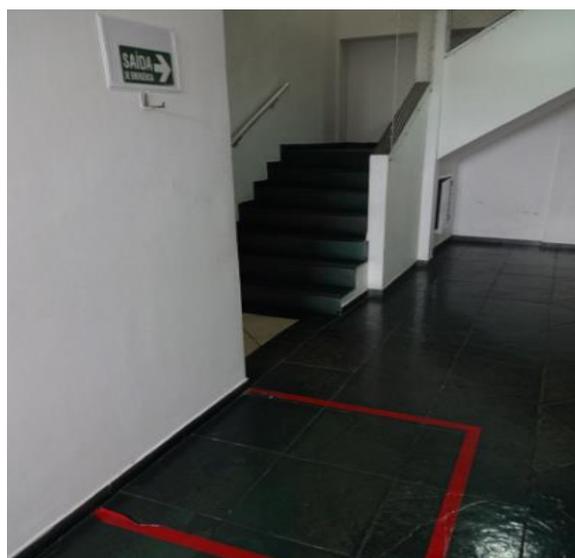


Figura 94. Erro em indicação de rota de saída.

Fonte: Acervo do autor, 2016

Aspectos comportamentais:

Os pacientes passam a maior parte do tempo deitados em algum canto da instituição, independentemente do local, onde chegam a dormir por horas. Deitam no sofá ou no chão da convivência interna, deitam embaixo da escada do mezanino e também da escada de acesso ao terceiro pavimento e deitam até no chão da área externa. São constantemente repreendidos pelos funcionários por esse

comportamento inadequado, já que há a sala de descanso especificamente para isso, mas é uma atitude difícil de ser alterada, já que a maioria está acostumada a dormir na rua. Aqueles que possuem residência geralmente vão acompanhados por algum familiar. Os pacientes acolhidos também passam a maior parte do tempo deitados, mas nos quartos. No horário das refeições os funcionários vão até lá para acordá-los.

Mesmo quando não estão dormindo, parecem estar com sono. Diversos pacientes ficam parados olhando para o nada. Para quem não está habituado com o local, parece que estão sempre entediados, sem ter o que fazer, mas na verdade esse comportamento é reflexo da medicação que tomam e também de seus hábitos fora da instituição. Muitos dormem nas ruas próximas à unidade, ou até mesmo na calçada em frente, alguns saem e retornam com feridas, outros apanham ao saírem, dependendo da área em que circulam, e há ainda os que estão acolhidos em abrigos da cidade e que são trazidos cedo por van da unidade de acolhimento. Às vezes, alguns têm também dificuldades para andar, se locomovendo bem devagar e demorando muito tempo nos banheiros, que são muito utilizados e, por consequência, também difíceis de se manterem limpos.

Mas o desânimo não é a principal característica dos pacientes, e sim a alegria. Tem sempre alguém cantando na instituição (e alguns cantam muito bem, por sinal!). Quando algum deles pega o violão, até os funcionários são contagiados e fazem parte da cantoria, que geralmente acontece na área externa. As canções mais tocadas são clássicos da MPB, louvores ou pagode.

O sentimento de amizade entre eles é claramente perceptível, são muito carinhosos entre si e sempre se abraçam. Há famílias também: alguns são marido e mulher, pais e filhos ou irmãos. Às vezes há discussões, principalmente quando um pertence de alguém desaparece, mas há também demonstrações de solidariedade: cigarros e biscoitos são sempre divididos por todos, por exemplo.

Há também comportamentos que evidenciam as relações de apropriação e afetividade, foco do presente trabalho. Há fotos coladas em diversas paredes da instituição (Figura 95), o que favorece a apropriação dos espaços, e constantemente os pacientes procuram a si e a amigos nas imagens. São fotos tiradas no próprio local ou durante passeios realizados com a equipe.



Figura 95. Fotos de pacientes na parede da área de convivência e ao lado da mesa do diretor.
Fonte: Acervo do autor, 2016

E não são apenas por meio das fotos que eles estão representados no lugar, seus trabalhos produzidos nas oficinas também são expostos por toda parte, inclusive no teto. Na sala de oficinas há um móbile de origami feito por paciente que não tem uma das mãos (Figura 96).



Figura 96. Trabalhos produzidos nas oficinas expostos na instituição.
Fonte: Acervo do autor, 2016

Em um dos trabalhos expostos em um mural, uma paciente expressa o sentimento de afetividade que tem com o lugar:

“O CAPS tem muita importância para nós, moradores de rua. Quando nós não vimos para cá, ficamos perdidos na rua, bebendo ou usando drogas e esperando a hora passar. Aqui, temos um lugar em que nos sentimos seguros. Cada um de nós tem um problema. Aqui, vimos para a convivência, sentimos o vento soprando em nosso rosto e essas flores bonitas”³¹

Esse sentimento de afeto também foi expresso por uma paciente que possuía celular e entregou o aparelho a outro, pedindo que esse tirasse uma foto sua; mas que não poderia ser tirada em qualquer lugar, teria que ser na escada para que aparecesse a foto da Miriam Makeba. Não querendo desmerecer o trabalho da cantora sul-africana, mas será que a escolha do local para a foto foi porque a paciente é fã da mesma? Muito provavelmente não, e sim porque sua imagem representa o lugar que exerce tanta importância na sua vida. Os pacientes gostam de estar lá. Em um caso presenciado de cadastramento de novo paciente, um paciente antigo puxa assunto com a seguinte frase: “aqui é bom, você vai gostar”.

Os espaços são cheios de personalidade. Em datas comemorativas há oficinas temáticas, como no carnaval, por exemplo, época em que o estudo de caso foi realizado, em que houve oficinas de máscaras, que foram coladas nas portas da instituição. Na área externa, o muro de fundo e os vasos foram grafitados pelos pacientes, que escreveram seus nomes e frases com mensagens de Natal, ano novo e incentivo (Figura 97).



Figura 97. Grafitagem feita por pacientes em muro e vasos da área externa.
Fonte: Acervo do autor, 2016

Os funcionários estimulam a personalização dos espaços pelos pacientes. Em um dos dias de visita, por exemplo, uma funcionária pedia que cada um dissesse uma frase sobre o que quisesse. A frase foi anotada, impressa com o nome do autor e entregue a ele para que a colasse no local em que desejasse da instituição.

A apropriação dos espaços pelos pacientes é tanta, que foi proibido o uso do refeitório pelos funcionários. Apesar do bom relacionamento entre ambos, os pacientes reclamavam que os funcionários estavam comendo a comida deles, quando, no início, utilizavam o refeitório em conjunto. Para evitar brigas, determinou-se que o espaço, que contém ar-condicionado, deveria

31 Frase escrita por uma paciente em trabalho exposto em um mural na área de convivência. Apenas correções gramaticais foram alteradas na frase.

ser utilizado apenas pelos pacientes e os funcionários passaram a comer na copa, que é o local mais quente da edificação.

Embora haja casos de vandalismo, roubo e depredações, há também casos de zelo com as instalações. Em uma ocasião durante a pesquisa, um paciente que jogou lixo no chão da área de convivência interna foi repreendido por outro, que limpou o local e disse: “isso aqui não é lixo não!”. Outra ocasião que chamou atenção foi quando, durante uma assembleia³², os pacientes manifestaram sua preocupação com a limpeza da área externa, devido ao grande número de “bitucas” de cigarro jogadas no chão. Eles próprios apresentaram uma solução: uma espécie de lixeira ecológica, feita com garrafa pet, pintada com a seguinte frase: “jogue aqui sua bituca”. Apesar da ideia não ter dado certo, pois os cigarros eram jogados acesos e derretiam as garrafas, reflete a preocupação dos pacientes com os espaços do CAPSad e os sentimento de afetividade que têm pelo local.

A paciente grávida mencionada anteriormente, que numa visita inicial gritava o tempo todo, posteriormente retornou com o marido, que também é atendido na instituição, e a filha de poucos dias, para mostrá-la aos funcionários, com quem construiu laços de amizade. Outra, em uma conversa entre pacientes, disse a seguinte frase: “quando eu morrer, quero morrer aqui dentro do CAPS. Se eu morrer aqui, quem vai no meu enterro? Todo mundo, não é?”. Os pacientes valorizam não só o lugar, mas também os relacionamentos que nele se constroem. São também as relações construídas com as pessoas que justificam o apego aos lugares.

5.2.2 Entrevista

As entrevistas foram realizadas apenas com os funcionários e sua aplicação se deu entre os dias 6 e 12 de fevereiro de 2016. Ao todo, vinte e duas pessoas foram entrevistadas e todos os profissionais convidados aceitaram participar prontamente, dentre eles, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, profissionais da área administrativa, recepcionista, seguranças, porteiros e profissionais responsáveis pela limpeza.

A identidade de todos foi preservada, à exceção do diretor da unidade, Daniel Elia. Em decorrência de seu cargo na instituição, sua entrevista conteve algumas perguntas diferenciadas.

No primeiro dia de entrevistas realizou-se um pré-teste para aferição do tempo de duração e da relevância das respostas. Alguns problemas foram constatados, como perguntas que davam margem a respostas parecidas, além do fato de ter ficado muito cansativa, levando-se cerca de trinta minutos para realizá-la. Após ajustes, a entrevista voltou a ser aplicada no dia seguinte, agora ideal e com duração entre dez e quinze minutos. O tipo adotado foi o semiestruturado, no qual perguntas eram adicionadas e suprimidas, ou ainda, feitas em ordem diferente do roteiro pré-estruturado que serviu para guiar o diálogo (Apêndice 4), montado com base nas descobertas da *walkthrough*. As mudanças dependiam da situação, do cargo e do andamento de cada conversa.

32 Assembleia é uma reunião semanal entre funcionários e pacientes, em que discutem sobre temas apontados por ambos, como, por exemplo, a escolha de roteiro do passeio mensal ou tema de oficinas. Há, ainda, reuniões diárias matinais denominadas Bom Dia, em que os pacientes conversam sobre como foi o dia anterior. Ambas as reuniões ocorrem na área externa de convivência, na área coberta em que há bancos de madeira dispostos formando uma espécie de círculo.

Por meio das entrevistas, constaram-se duas principais insatisfações dos funcionários com relação à estrutura física. A primeira diz respeito às dimensões do edifício e, principalmente, a sua verticalidade. Os funcionários não conseguem ocupar todos os espaços e ter o controle desejável sobre os pacientes porque o prédio é muito grande. Além disso, precisam subir e descer as escadas várias vezes por dia, já que o elevador não dá vazão ou está sempre apresentando problemas. A outra questão apontada pela maioria foi a inexistência de um espaço específico para a recepção, localizada na área de convivência, que fica no final do prédio. Afirmaram que essa localização gera transtornos, já que os pacientes que chegam pela primeira vez acabam tendo, primeiramente, contato com pacientes antigos, acolhidos ou não. Muitos não procuram a recepção para fazer o cadastro e vão logo para a área externa ou tentam entrar no refeitório. Isso acontece também com os pacientes antigos que não estão acolhidos, que por vezes esquecem de informar sua presença ao funcionário responsável pelo controle.

A dimensão do edifício, contraditoriamente, aparece também como uma das principais características positivas. Segundo o diretor, Daniel Elia, o CAPSad III Miriam Makeba é o maior CAPSad da cidade do Rio de Janeiro, o que é bom para os pacientes, mas traz dificuldades para o trabalho prestado pelos profissionais, que não conseguem acompanhar o que acontece em todos os espaços. De acordo com o entrevistado, o segundo pavimento é pouco ocupado pela equipe e os pacientes acabam ficando sozinhos na sala de descanso.

Outros aspectos positivos do local foram citadas pelos funcionários, como a localização, a área externa de convivência, o tamanho dos quartos de acolhimento, a existência do elevador e a climatização dos ambientes. São características que proporcionam conforto aos pacientes, que na maioria das vezes não estão acostumados com essa qualidade ambiental.

Com relação aos aspectos negativos, a lista foi bem mais extensa: existência de um único leito para casos de maior gravidade; número de consultórios não supre a demanda por atendimento; os quartos estão dispostos em localização isolada; o profissional que utiliza o consultório do segundo pavimento precisa sempre descer ou subir ao fim de cada consulta, já que não há área de espera para os pacientes nesse andar; a forma de controle das chaves; o controle ponto dos funcionários localizado distante da entrada; problemas com a manutenção dos ar-condicionados, com as instalações elétricas (quedas de energia) e sanitárias (retorno dos gases pelos ralos do térreo quando chove); a copa muito quente; ambientes burocratizados e com pouca vida; ausência de espaço adequado para as reuniões; e o muro, com seu aspecto prisional. Este, aliás, povoa o imaginário dos profissionais, em busca de uma solução, e também dos pacientes, que pulam para sair e também para entrar. O diretor conta que no carnaval, inclusive, essa situação foi representada pelos próprios pacientes, que prenderam um manequim (“que ninguém sabe de onde surgiu!”) nele junto com um cartaz que dizia: “Pulei o muro e fiquei dura!”. Explica que a relação que os pacientes tem com o local é muito forte e que o comum em instituições de saúde mental é o paciente pular para fora, mas lá eles querem pular também para dentro.

Os funcionários acreditam que os pacientes se sentem parte do lugar, principalmente porque não costumam ser aceitos em outros espaços, mesmo em unidades de saúde. Para o diretor, a relação de pertencimento dos pacientes se deve a duas causas principais: por considerarem o CAPSad como a casa deles e porque está localizado em uma área em que eles já estavam antes. Acredita que a principal razão que os leva a procurar o CAPSad não é tratamento, mas sim o acolhimento:

“procuram um local em que possam ser acolhidos nos momentos de dificuldade, que sejam bem tratados, que possam descansar e, só então, que possam se tratar”.

Perguntados se também sentiam-se parte do lugar, todos os funcionários responderam que sim e as razões foram diversas: por trabalharem no local desde o início do funcionamento; pelos vínculos criados com os pacientes, por sentirem que estão ajudando a quem precisa, por terem vivido na instituição situações tensas que reforçaram os laços de afetividade com o local, por serem respeitados e valorizados, por ser uma nova experiência em suas vidas, porque gostam do que fazem, ou até mesmo por razões que eles mesmo desconhecem, já que às vezes apanham ou são xingados por pacientes.

Perguntados sobre os locais que mais gostam da instituição, as respostas variaram bastante, mas a grande maioria escolheu a área externa – local das reuniões com os pacientes (onde os problemas geralmente são apaziguados), local das festas (onde podem estar com os pacientes de uma forma mais espontânea), onde se sentem livres e onde tem menos barulho. Outros locais apontados como favoritos foram: sala de oficinas (onde só vai para a atividade quem realmente quer participar), quarto de descanso dos funcionários (por motivos óbvios), copa (local de fuga da demanda de trabalho), farmácia (por ser o local mais gelado e também um dos mais tranquilos), sala de equipe (também pela tranquilidade), consultório dois (pela localização estratégica, próximo à entrada e ao elevador, de onde se vê todo o movimento), sala da administração (os dois que disseram não souberam explicar o porquê) e áreas de convivência em geral (onde acontecem as confusões e onde os pacientes expõem características não identificadas nos consultórios).

Quando a pergunta foi o local que menos gostam, em primeiro lugar ficou o refeitório, por diversas razões, entre as quais: acúmulo de moscas, espaço claustrofóbico, onde sempre ocorrem brigas e porque o funcionário que fica no local precisa determinar quem pode ou não comer, situação extremamente difícil, considerando que há muita procura para pouca oferta. Outros locais mencionados foram: consultórios (para os que não gostam de trabalhar trancados), segundo pavimento (que é pouco ocupado pela equipe), terceiro pavimento (que não oferece segurança para os funcionários, próximos ao acolhimento), quarto de acolhimento feminino (devido ao cheiro ruim no local), quarto de descanso dos funcionários (por ser o local de menor estadia), sala administrativa (porque é obrigatório passar um tempo lá), sala onde ocorrem as reuniões de equipe (por ficar apertada e pelo entra e sai nas reuniões), copa (por ser quente e pequena), espaço da recepção (por ser um local triste), escadas (porque o prédio não deveria ter tantos andares) e área do portão (local quente, onde pacientes brigam, tacam pedra e estão sempre pedindo para entrar).

Sobre os espaços que acham mais importantes para o atendimento prestado, em primeiro lugar ficaram empatados a área de convivência externa e os consultórios (mencionados oito vezes, cada), a sala de oficinas (mencionada seis vezes), refeitório e áreas de convivência em geral (mencionados quatro vezes, cada), sala de procedimentos (mencionada três vezes), farmácia, acolhimento e sala de descanso (mencionados duas vezes, cada) e, por último, mencionados apenas uma vez cada, banheiro que permite que pacientes tomem banho e também o espaço da rua/território. Os números superam o de respondentes porque a pergunta permitia mais de uma resposta.

Quanto aos espaços que os pacientes mais gostam, na opinião dos funcionários, são a sala de descanso (mencionada dez vezes), o refeitório (mencionada seis vezes), as áreas de convivência interna e externa (mencionadas cinco vezes, cada), os quartos e local para tomar banho (mencionados uma vez, cada).

Mesmo com tanto apego pelo lugar, há casos de vandalismo. Muitos objetos e equipamentos foram roubados ou destruídos, desde lâmpadas e chuveiros, até mesmo a televisão. Na opinião dos funcionários, isso ocorre porque os pacientes precisam chamar atenção e, assim, acabam conseguindo o que querem. Às vezes, também se deve ao uso ou falta de drogas. Além disso, reconhecem que muitos têm a violência como única forma de vida. Um funcionário entrevistado deu uma interessante sugestão na tentativa de diminuir o problema. Acredita que o mobiliário deveria ser construído com a participação dos pacientes, favorecendo a apropriação por eles. Opina que estes deveriam participar mais ativamente na organização de reuniões e eventos, no funcionamento do refeitório e também na limpeza dos espaços, de maneira que fossem menos “pacientes”. Muitos deles parecem entediados na instituição. Perguntados quanto a possíveis distrações positivas que pudessem ser implementadas, funcionários afirmaram que os momentos de “tédio” também são necessários ao tratamento, para que descansem e se reestruturem mentalmente. Entretanto, alguns acreditam que uma maior oferta de oficinas e atividades ao ar livre possa contribuir.

Quando questionados sobre a necessidade das redes de proteção instaladas nas escadas, mesmo já existindo guarda corpo, a maioria defende que são necessárias como medida preventiva de segurança. O diretor, entretanto, não vê necessidade, embora também não veja como problema. Acredita que estejam ali por uma razão exclusivamente manicomial, assim como a ausência de espelhos nos banheiros, tão contraditória, já que todos comem com garfo, faca e prato cerâmico no refeitório, sem nunca ter havido problema. Defende que as grades nas janelas sim, são necessárias, já que alguns tem comportamento suicida.

Foram também questionados se algum ambiente deveria ser maior, considerando-se que alguns apresentam área abaixo do que a Portaria nº 615, de 15 abril de 2013, estipula como mínimo. Os ambientes citados foram a sala de procedimentos, refeitório, copa, farmácia, sala de reunião, auditório, área de convivência interna e a recepção, que consideram nem existir, já que fica junto da convivência interna.

Diversas foram as sugestões para melhoria dos espaços; algumas inclusive contraditórias, como com relação ao muro. A maioria sugeriu aumentar sua altura, enquanto um acredita que o problema dele é que o portão deveria ficar sempre aberto. Outra sugestão dada foi dividir espacialmente melhor os setores de atendimento e convivência, de maneira que a recepção pudesse ficar próxima à entrada, separada da convivência, e que os pacientes não passassem primeiro pelo refeitório, evitando-se também o cruzamento de fluxos de pacientes novos e antigos.

Sugeriram ainda que o acesso ao acolhimento fosse mais restrito e que alguns ambientes, e também o equipamento de controle de ponto, passassem a funcionar no pavimento térreo, como banheiro com chuveiro, sala de oficinas, sala de equipe (para acesso mais rápido ao computador), farmácia e sala administrativa.

Para a área externa, as sugestões foram quadra para prática de esportes, como futebol, por exemplo (os jarros atrapalham, segundo entrevistado), mais árvores e vegetação em geral, redário, academia e estacionamento seguro (menos sujeito a pedradas).

Outras sugestões foram: instalação de pia na farmácia, criar área de espera para atendimento no consultório do segundo pavimento, mais consultórios e revisão da disposição de seu mobiliário (de maneira que o profissional não fique preso em situações de urgência), mais leitos para pacientes em crise, mais quartos de acolhimento, acesso à edificação coberto, paredes sem textura (a circulação de acesso possui textura, que pode machucar os pacientes), mais privacidade para a sala administrativa, solução para o problema das chaves (que somem), salas de oficinas interligadas e local próprio para descanso. Uma sugestão específica para o descanso é que fossem criados pontos de descanso, em locais abertos da edificação, com pufes e almofadões, por exemplo, de forma que os pacientes não ficassem simplesmente jogados no chão como se estivessem na rua e que não ficassem muito isolados (para evitar relações sexuais e uso de drogas). Alguns aspectos que poderiam contribuir para a humanização dos espaços também foram citados: ambientes que transmitissem mais acolhimento, janelas maiores (melhoraria a integração interior-exterior) e ambientes mais coloridos e lúdicos.

Com relação à proximidade entre CAPSad e UA, a maioria acredita que devem ser próximos, mas não contíguos, para que os pacientes não confundam os serviços. O diretor defende esse ponto de vista e reforça que a UA deve ter força própria.

Quanto à adaptação de locais para o funcionamento de CAPSad, expressaram que se os espaços fossem inicialmente planejados para esse fim, não teriam mencionado tantos problemas em suas respostas, assim como tantas sugestões de mudança. Para a maioria, o prédio em que trabalham aparenta ser um edifício industrial, comercial ou escolar, mas não um CAPSad. Acrescentaram, ainda, que é preciso que haja maior comunicação entre funcionários da instituição e planejadores (projeto participativo), visando à qualidade do projeto.

5.2.3 Questionário

Infelizmente, o questionário (Apêndice 5) foi um instrumento de avaliação que não deu certo, devido aos baixos índices de retorno. Foi entregue aos vinte e dois funcionários que participaram da entrevista no momento de conclusão da mesma, solicitando-se que fossem preenchidos e deixados na portaria, mas apenas sete foram devolvidos. Felizmente, a entrevista conseguiu levantar bastante informações.

Além disso, a primeira questão, que solicitava que numerassem alguns itens por ordem de importância, não foi bem compreendida, sendo respondida corretamente apenas por três pessoas. Os resultados, porém, foram bem diferentes, não sendo possível estabelecer um padrão. A questão discursiva só foi respondida por cinco dos sete que devolveram a ferramenta, mas somente mostrou informações já descobertas na entrevista. Apenas a última questão pôde ser avaliada, mas os baixos índices de retorno fazem com que as respostas não sejam representativas do grupo, embora decidiu-se apresentá-las a seguir (Quadro 7), identificando o número de pessoas que escolheu cada opção.

Quadro 7. Avaliação da qualidade ambiental pelos funcionários.

Descrição do item	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
1) Quanto ao tamanho	3	2	1		1
2) Quanto à temperatura no verão		1	2	2	2
3) Quanto à temperatura no inverno	2	5			
4) Quanto à qualidade do ar (odores/fumaça)	2		2	2	1
5) Quanto ao isolamento de ruídos internos	2	1	2	2	
6) Quanto ao isolamento de ruídos externos*	2		3	1	
7) Quanto à qualidade da iluminação natural	2	2	1	2	
8) Quanto à qualidade da iluminação artificial	2	5			
9) Quanto à privacidade dos funcionários	2	1	3		1
10) Quanto à privacidade dos pacientes	3	1	2		1
11) Quanto à adequação/conforto do mobiliário	2	2	2	1	
12) Quanto a local para guarda de seus pertences	2	2	1	1	1
13) Quanto a local para guarda de pertences dos pacientes*	1		2	2	1
14) Quanto a ambientes de apoio (copa e banheiros)*	1	1	3	1	
15) Quanto às circulações (corredores, escadas e elevador)**	-	1	1	-	-
16) Quanto à aparência de pisos, paredes e tetos	4	2	1		
17) Quanto à aparência externa do edifício	3	1	3		
18) Quanto ao uso de cores	4	3			
19) Quanto à integração interior-exterior do edifício	3	2	1	1	
20) Quanto à facilidade de contato pessoal entre funcionários	4	1	2		
21) Quanto à facilidade de contato pessoal entre pacientes	2	2	2	1	
22) Quanto à facilidade de contato pessoal entre funcionários e pacientes	4	2	1		
23) Quanto à limpeza	2	4	1		
24) Quanto à manutenção		2	3	2	
25) Quanto à segurança	2	2	1	1	1
26) Quanto à segurança contra incêndio	2	2	2		1
27) Quanto ao número de vagas para estacionamento	1	3		2	1

Fonte: Acervo do autor, 2016

*Um respondente deixou o item e branco.

**Esse item foi acrescentado após pré-teste e apenas dois dos respondentes que devolveram o instrumento receberam o questionário atualizado.

Mesmo com o insucesso da ferramenta, alguns pontos chamaram atenção: a temperatura da edificação no verão varia principalmente de regular a muito ruim e, no inverno, de boa a muito boa; a iluminação artificial também varia de boa a muito boa; a privacidade de funcionários e pacientes varia, principalmente, de regular a muito boa; a adequação do mobiliário também varia de regular a muito boa; local para guarda de pertences de pacientes varia, principalmente de

regular a muito ruim; a aparência de pisos, paredes e tetos e também a aparência externa variam de regular a muito boa; o uso de cores varia de bom a muito bom; a facilidade de contato pessoal entre todos os usuários varia de regular a muito boa; a limpeza varia de regular a muito boa; e a manutenção varia de boa a ruim. Já algumas informações demonstraram falta de percepção dos funcionários, que avaliaram a integração interior-exterior principalmente como muito boa, mesmo quase não havendo janelas e com sua altura de instalação inadequada, bem como a segurança contra incêndio, que variou, principalmente, de regular a muito boa, mesmo não havendo extintores no prédio.

5.2.4 Mapa comportamental

O mapa comportamental é uma maneira de demonstrar graficamente os comportamentos dos usuários. Foram construídos dois mapas comportamentais para as áreas de convivência interna e externa, que são os principais espaços ocupados pelos pacientes, com exceção dos quartos de acolhimento, descanso e consultórios. A aplicação da ferramenta apenas teve início após os usuários estarem mais acostumados com a presença do pesquisador na instituição e não foram tiradas fotos no desenvolvimento da mesma, a fim de interferir o mínimo possível em seus comportamentos.

O instrumento primeiramente foi realizado na parte da manhã, no dia 10 de fevereiro, entre às 09:00 e 09:30, na área de convivência interna (Figura 98). O mapa representa bem os principais comportamentos que acontecem no ambiente com certa frequência. É uma área bastante ocupada e, por consequência, com muito ruído. Geralmente há pacientes dormindo no sofá, nas cadeiras e até mesmo no chão; funcionários sobem e descem as escadas diversas vezes, assim como os pacientes, e há um entra e sai tanto para a área de convivência externa, quanto para a circulação que dá acesso aos consultórios. Alguns pacientes parecem andar sem rumo, por isso o fluxo nessa área é intenso. A maioria dos que se encontram no ambiente aguarda o atendimento nos consultórios. O uso dos sanitários também costuma ser intenso e cada paciente permanece nele bastante tempo.

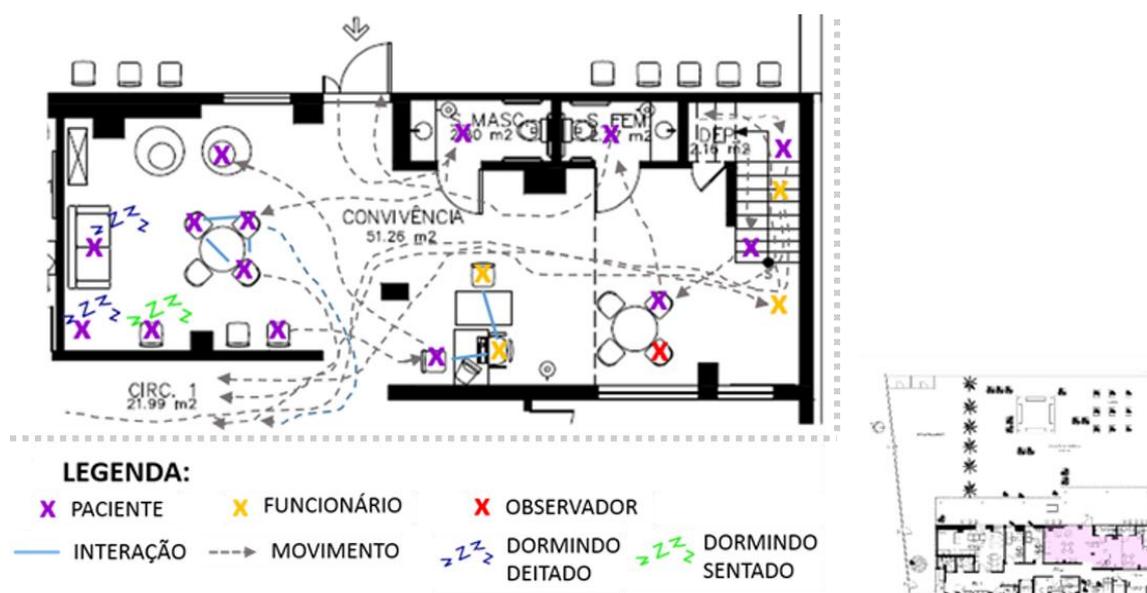


Figura 98. Mapa comportamental da área de convivência interna - manhã.
Fonte: Acervo do autor, 2016

Na parte da tarde a aplicação da ferramenta se repetiu (Figura 99), entre 14:00 e 14:30, e o comportamento foi basicamente o mesmo, assim como presenciado nos demais dias.



Figura 99. Mapa comportamental da área de convivência interna - tarde.

Fonte: Acervo do autor, 2016

Na área de convivência externa, a aplicação se deu no mesmo dia, na parte da manhã (Figura 100), entre 11:00 e 11:30. No canto próximo ao prédio e junto ao muro dos fundos sempre há pacientes fumando enquanto conversam. Raríssimas são as vezes em que nenhum paciente está fumando nesse espaço. Usualmente, costumam dividir o cigarro, por isso sempre há uma aglomeração maior nessa área. Um paciente chama atenção por estar lendo um livro. É um comportamento manifestado exclusivamente por ele, que interage pouco com os demais e mais com os funcionários. Sempre que foi visto pelo pesquisador carregava um livro. Pacientes conversam com um funcionário, sentados sobre o abrigo de um medidor que fica junto à entrada. Geralmente há pacientes ou funcionários sentados conversando nesta área. Alguns pacientes dormem nos bancos da área coberta e um paciente que estava no interior do edifício vai, meio sem rumo, em direção à horta, onde permanece por alguns instantes, até que retorna para dentro.

À tarde, entre 16:00 e 16:30, o mapa foi refeito (Figura 101). Na área coberta e com bancos de madeira, um paciente toca violão e divide os vocais com outros que estão na mesma área. Pacientes fumam e interagem no “cantinho do cigarro”, enquanto outro dorme no chão ao lado. Dois funcionários conversam, até que um deles se junta aos que cantam e o outro entra. Um terceiro funcionário fuma próximo à entrada, no local em que os funcionários costumam utilizar para fumar. Mais uma vez, pacientes conversam com um funcionário na área próxima à entrada.

Uma descoberta importante proveniente da aplicação da ferramenta refere-se à divergência de comportamento dos pacientes, que varia da hiperatividade à apatia. Ou caminham de um lado para outro sem rumo, ou permanecem parados com olhar sem direção ou dormindo em qualquer canto da instituição.

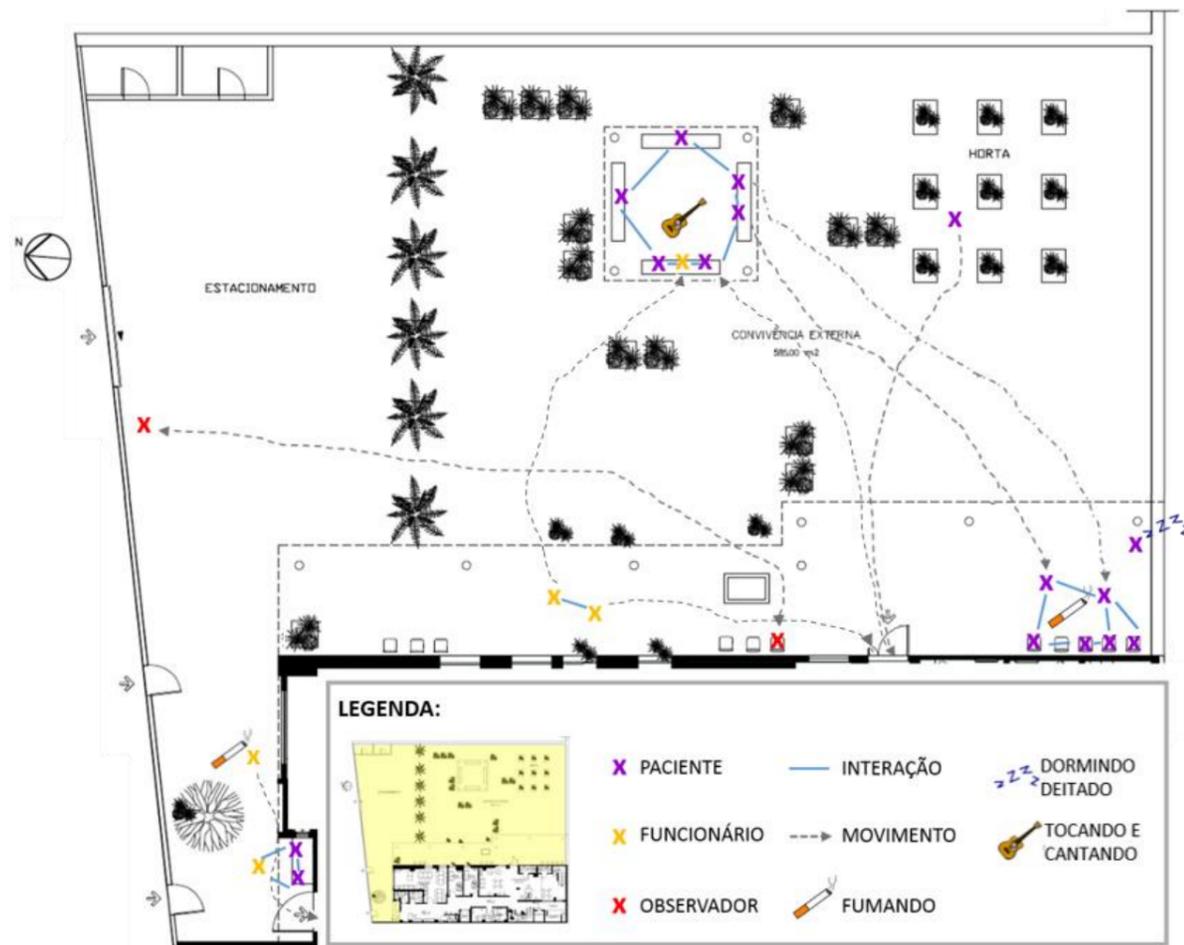


Figura 100. Mapa comportamental da área de convivência externa - manhã.
 Fonte: Acervo do autor, 2016

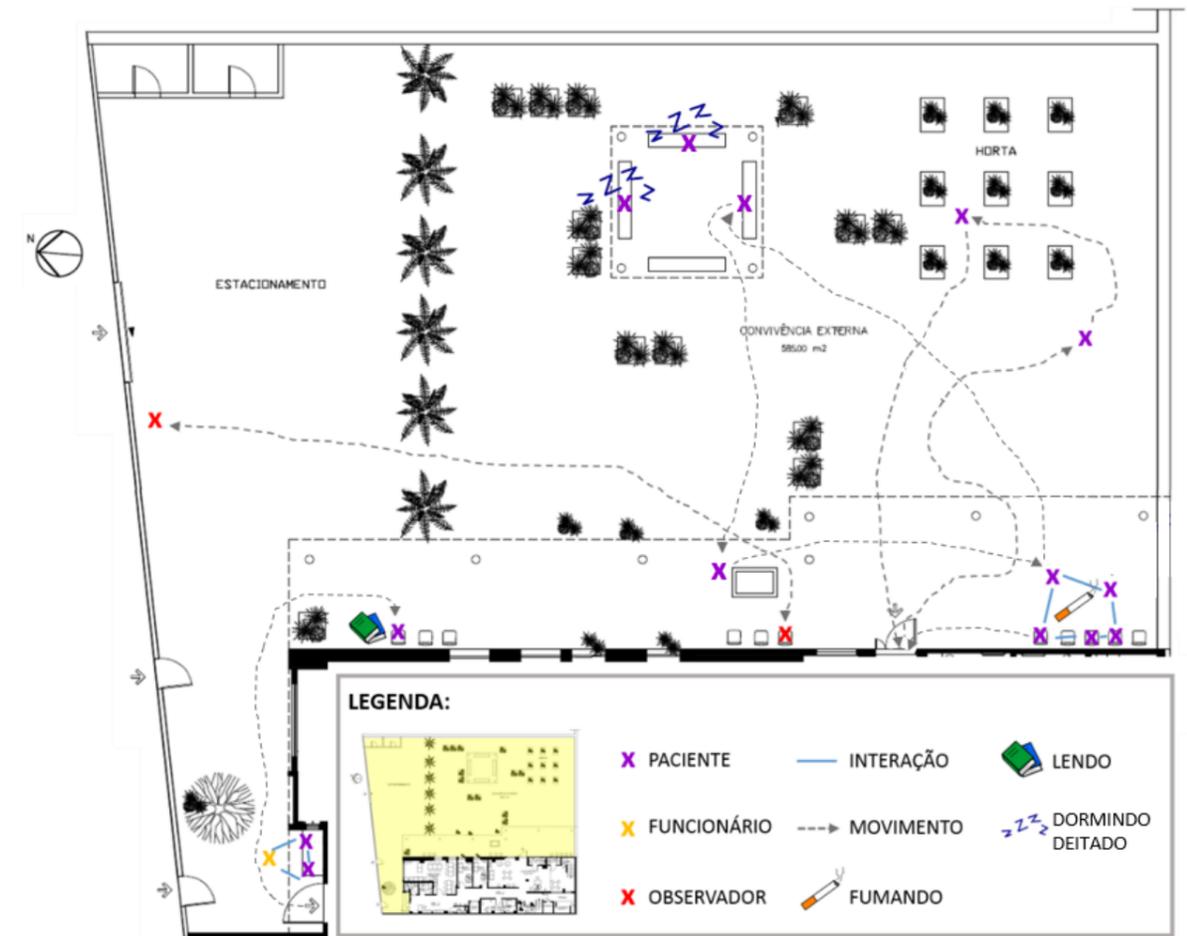


Figura 101. Mapa comportamental da área de convivência externa - tarde.
 Fonte: Acervo do autor, 2016

5.2.5 Mapa mental

O mapa mental foi aplicado nos dias 11 e 12 de fevereiro. Em ambos os dias o pesquisador participou da reunião do Bom Dia e explicou novamente o trabalho, que foi apresentado como uma “oficina diferente”, e convidou todos a participarem.

A atividade teve início na parte da tarde, horário em que não havia nenhuma outra atividade programada com os pacientes. Foi realizada na sala de oficinas e contou com a presença de uma psicóloga da instituição.

Somente com a aplicação dessa ferramenta compreendeu-se que os pacientes não ficam entediados por falta de oficinas e outras atividades, mas sim porque não se dispõem com facilidade a participar das ações propostas. Havia cerca de trinta pacientes na unidade no horário da atividade, todos foram convidados, mas apenas cinco aceitaram. Número que ainda superou ao de uma oficina realizada no dia anterior por um funcionário, na qual apenas três pacientes participaram. Os que rejeitaram, alegaram não estar com cabeça naquele momento ou estar cansados, mas se propuseram a participar no dia seguinte.

A aplicação do instrumento (Apêndice 6) consistiu na entrega de uma ficha em que era solicitado que o participante fizesse um desenho que representasse o CAPSad III Miriam Makeba. Foi explicado que poderiam responder por meio de desenho, escrita ou conciliando as duas formas. Ao final, cada participante explicou o que havia desenhado ou leu o que havia escrito.

A mesma dinâmica foi feita na manhã seguinte, porém, por sugestão da psicóloga que havia acompanhado a atividade no dia anterior, desta vez o mapa mental foi aplicado em uma mesa na área interna de convivência, se estendendo ao longo do dia. A ideia era que fosse mais fácil a participação se a atividade se desse já no local em que pacientes se encontravam, ao invés de direcioná-los para outros espaços. Deu muito certo e atingiu-se o número de treze participantes.

No total, dezoito mapas mentais foram aplicados, entretanto, nem todos mostraram-se relevantes para o presente trabalho, motivo pelo qual apenas alguns serão apresentados. Quatro foram descartados (mapas de número 2, 5, 12 e 17): um no qual um paciente apenas copiou o desenho de outro respondente, dois que preferiram expressar-se por meio da escrita e explicaram apenas seus problemas com a dependência química e outro que não quis explicar seu desenho.

Para apresentação dos resultados, os mapas foram separados em dois grupos: um grupo que continha referências espaciais e outro grupo sem, ou cujas referências mostraram-se vagas. O grupo cujas respostas não apresentam referência espacial não foi descartado por mostrar relações afetivas dos pacientes com a instituição, que é um dos focos do trabalho, mesmo que não diretamente relacionadas ao lugar.

Em quatro mapas desse grupo o CAPSad III Miriam Makeba é definido como uma casa, explicando ser também um lugar acolhedor, cheio de “espaços legais”, sempre aberto para todos e uma árvore que sempre dá bons frutos. Em um destes, o paciente não descreve o local

como uma simples casa, mas como a sua própria casa. Três utilizaram o desenho (Figura 102) e o outro optou pela escrita.

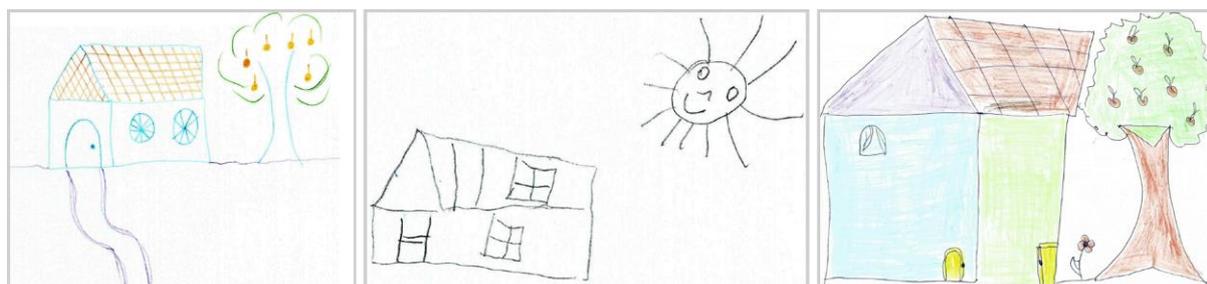


Figura 102. Mapas mentais de número 10, 14 e 18, respectivamente.
Fonte: Acervo do autor, 2016

Em outro mapa mental do mesmo grupo, um paciente deu a seguinte explicação sobre seu desenho (Figura 103): “É uma família, tudo que não tenho: atenção, carinho, cuidado. Representa paz. Desenhei uma criança no balanço rindo e outra chorando, representando a união, onde todo mundo está junto, na mesma luta, na mesma busca”. Outro, que preferiu responder escrevendo, também demonstrou relação com o acolhimento, informando que é o local que busca quando está “sozinho e sem ninguém”.



Figura 103. Mapa mental de número 4.
Fonte: Acervo do autor, 2016

No grupo cujas respostas tiveram referências espaciais, três desenhos foram semelhantes pelo fato dos pacientes terem definido o ângulo de visão que utilizaram (Figura 104). O primeiro desenhava a instituição vista da rua, representando também o muro, e outros dois desenharam o local visto da área externa, em que foram representados apenas o prédio e a vegetação. São desenhos de pacientes não acolhidos e que frequentam o local há pouco tempo.

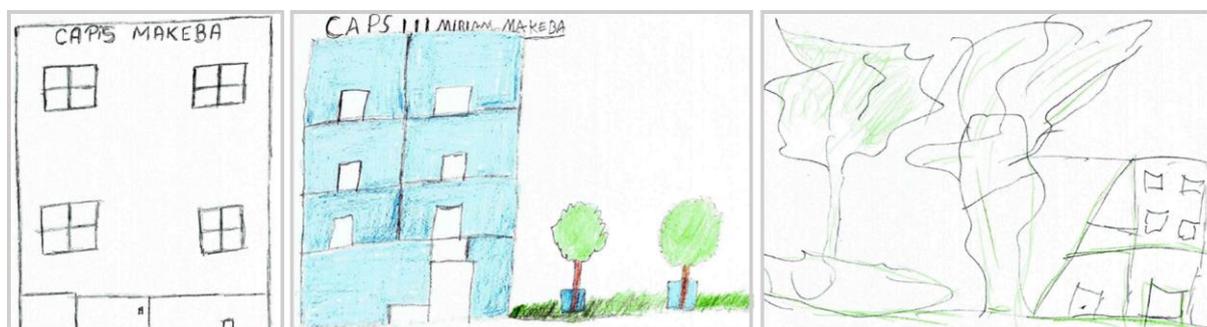


Figura 104. Mapas mentais de número 1, 7 e 9, respectivamente.
Fonte: Acervo do autor, 2016

Outros três mapas apresentaram uma forma bem própria de desenho (Figura 105). No primeiro, o paciente fez um contorno quadrado na cor azul, afirmando que prédios da prefeitura são geralmente azuis, e representou alguns espaços no seu interior: no primeiro andar, a recepção e a sala de convivência, que ele denominou de espera e desenhou um sofá;

no segundo andar, as salas de oficinas um e dois, ignorando que uma delas agora funciona como sala de descanso; e no terceiro andar os quartos de acolhimento, representados por três camas. Escreveu ainda que trata-se de um espaço muito legal, onde realizam atividades, podem descansar e são ouvidos. O segundo desenho é o mais abstrato, mas com a explicação do paciente a compreensão ficou mais fácil. Cada área colorida representa um espaço: o amarelo, que ele disse ser o maior, é a área externa, o rosa é a convivência interna, o verde de cima é o refeitório, o vermelho é a lavanderia, o outro verde são os quartos e o azul é onde fica a TV, segundo ele, o melhor espaço. Foi o desenho que justificou melhor a importância de se oferecer o lápis de cor. No último, o paciente explicou que desenhou a porta de entrada, o muro, os três quartos, a administração e a sala de equipe. Na parte de baixo, embora não tenha representado, ele disse estarem a sala de descanso, os consultórios, a farmácia, o banheiro masculino, o auditório e o elevador. Em todos os desenhos, os pacientes representaram, à sua maneira, os ambientes que consideram mais importantes na instituição.

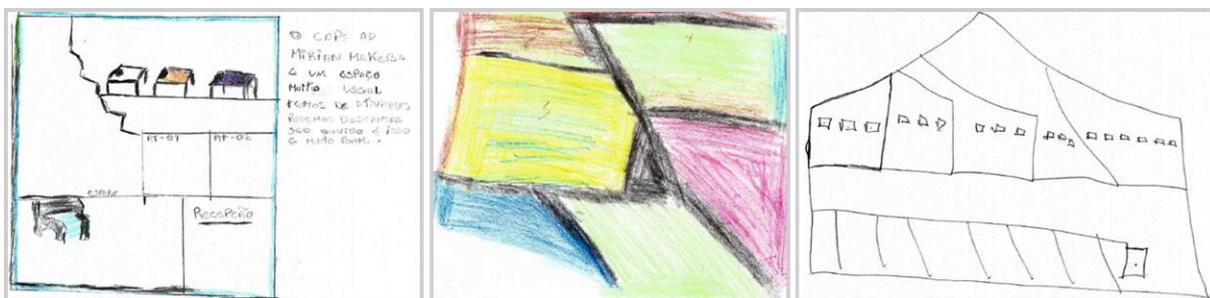


Figura 105. Mapas mentais de número 3, 6 e 11, respectivamente.
Fonte: Acervo do autor, 2016

Os dois últimos desenhos foram os mais detalhados (Figura 106). No primeiro o paciente explicou que no último andar estavam a administração e o acolhimento; no segundo andar, as salas de oficinas; e no térreo, o refeitório, dois consultórios e a porta da área externa, onde desenhou a área coberta com os bancos, que classificou como um espaço gostoso, o muro ao fundo, lembrando que muitos pulam, e a horta. No último, o paciente levou cerca de uma hora desenhando, enquanto os outros não demoraram nem dez minutos. Representou a vista da rua, acrescentando que quem passa lá fora não tem como observar o que acontece dentro da instituição, “a menos que seja escândalo”. E, embora não tenha sido pedida nenhuma sugestão, desenhou espinhaços de ferro sobre o muro, para que as pessoas pensem melhor antes de pular sobre ele.

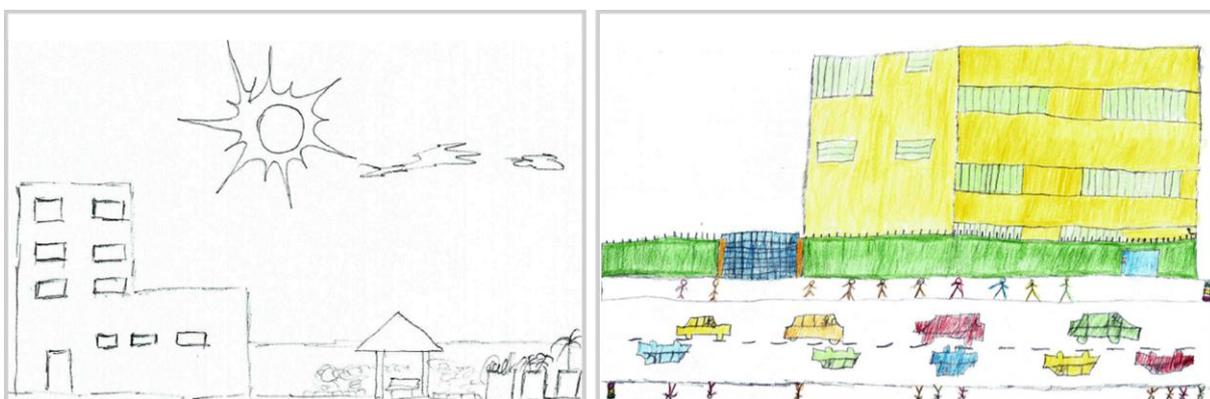


Figura 106. Mapas mentais de número 8 e 13, respectivamente.
Fonte: Acervo do autor, 2016

A aplicação dessa ferramenta proporcionou as seguintes descobertas: o significado que a instituição representa na vida dos pacientes enquanto sua casa e a forte relação de afetividade que estes possuem com o lugar; a importância de áreas verdes para a qualidade ambiental; a importância da fachada como imagem do local; o grau de relevância de determinados ambientes; e o muro como um aspecto manicomial, que impede a livre circulação dos pacientes e dificulta a integração com o território.

5.2.6 Poema dos desejos

O poema dos desejos foi aplicado no dia 18 de fevereiro, seguindo a mesma aplicação do mapa mental. Os pacientes foram informados na reunião do Bom Dia sobre a atividade e convidados a participar. Alguns que já haviam participado do mapa mental, participaram novamente. Na parte da manhã, a atividade foi realizada na área de convivência externa e, na parte da tarde, na área de convivência interna.

A aplicação do instrumento (Apêndice 7) consistiu na entrega de uma ficha contendo a frase: “Eu gostaria que o CAPSad III Miriam Makeba fosse/tivesse/oferecesse...”, a ser completada por meio de desenho, escrita ou os dois. Ao todo, dezenove pacientes participaram e, assim como no mapa mental, ao final, cada participante explicou o que havia feito.

Novamente os resultados foram separados em dois grupos, de acordo com a presença ou ausência de referências espaciais. Dezenove poemas foram aplicados e apenas um foi descartado por mostrar-se superficial, tratando apenas de problemas com funcionários.

No grupo que não apresenta referências espaciais ou que estas não mostraram-se tão específicas, todos os seis poemas foram respondidos por meio da escrita. Os desejos variaram entre mais opções de oficinas e de diversão, oferta de cursos profissionalizantes, maior aproximação com o dependente, mais organização, com menos brigas e atos de vandalismo, que os pacientes respeitassem a proibição de uso de drogas no local, um tratamento mais humano e sem diferenças. Estas referem-se à incompreensão dos pacientes com relação a quem pode entrar ou sair, aos que são ou não acolhidos e aos que podem ou não comer. Em um dos poemas desse grupo, os desejos foram predominantemente sem referência espacial, mas um dos desejos é que o local tivesse um jardim florido.

Doze poemas enquadraram-se no grupo que apresentou referências espaciais, sendo apenas dois destes respondidos somente por meio da escrita. Nestes, os pacientes desejaram uma piscina bem grande e que voltasse a ter a mesa de pingue-pongue, que foi destruída, e o totó, que ainda está lá, porém quebrado.

No dia da aplicação da ferramenta estava muito quente e, talvez por isso, o desejo por uma piscina tenha sido manifestado tantas vezes, aparecendo em mais sete poemas além do já citado. Em dois destes, os únicos desejos foram piscina e quadra de esportes (Figura 107).

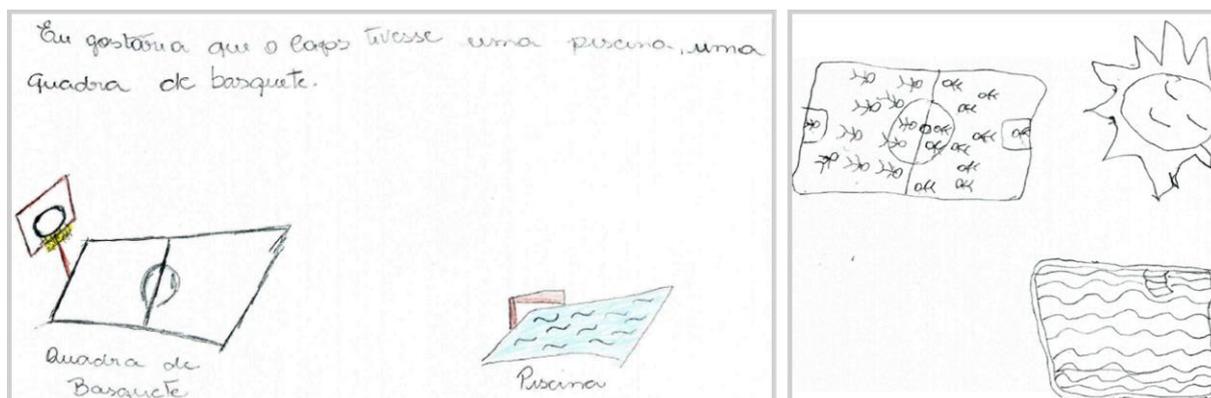


Figura 107. Poemas dos desejos de número 2 e 14, respectivamente.
Fonte: Acervo do autor, 2016

Apenas pelo estilo do desenho percebe-se que alguns participantes também participaram da ferramenta do mapa mental. Dois dos que apresentaram um estilo bem próprio de desenho (Figura 105 – mapas mentais 3 e 6), novamente imprimem essa característica (Figura 108). No primeiro, o paciente deseja, além da piscina, uma fachada bonita, mais dormitórios (desenhando, então, uma cama a mais) e mais árvores, pois diz que há apenas uma, na entrada (ele não considera as palmeiras em vasos como árvores). Já o segundo, sem a explicação do autor parece ser apenas um rabisco, mas na verdade são árvores frutíferas (“mangueira, jaqueira e goiabeira”) cercadas por um “matagal”.



Figura 108. Poemas dos desejos de número 5 e 9, respectivamente.
Fonte: Acervo do autor, 2016

Em outros três poemas a participação no mapa mental também é evidente (Figura 109). No primeiro (mapa mental 7 da Figura 104), o paciente, ainda representando o local visto da área externa, deseja uma praça maior, com mais árvores, mais verde, mais áreas para se sentarem, quadra com cesta de basquete, piscina e pista de skate. No segundo (mapa mental 8 da Figura 106), o paciente deseja que o prédio tenha mais andares, para que aumente o número de acolhimentos, um banco na entrada, uma ala maior para os serviços administrativos, horta maior, para que seus produtos possam ser distribuídos para outros lugares, um chafariz, mais árvores para que a área externa seja mais fresca, quadra poliesportiva e piscina para lazer e competições. No terceiro (mapa mental 13 da Figura 106), que novamente levou cerca de uma hora para ser concluído, o paciente apresenta um desejo curioso: propõe dois prédios, ligados por um corredor central, com duas entradas separadas por sexo. Diz que misturar homens e

mulheres gera problemas, fazendo menção a relações sexuais. Em seu desenho, o corredor central é utilizado apenas pelos funcionários. Nos demais andares estão uma sala exclusiva para o diretor e outra para a coordenadora técnica (em laranja e roxo), demais salas (quadrados coloridos menores) e sala de descanso (branco com listras). Mais uma vez representou o muro, com entrada para carros no meio e com pessoas a sua frente querendo entrar.

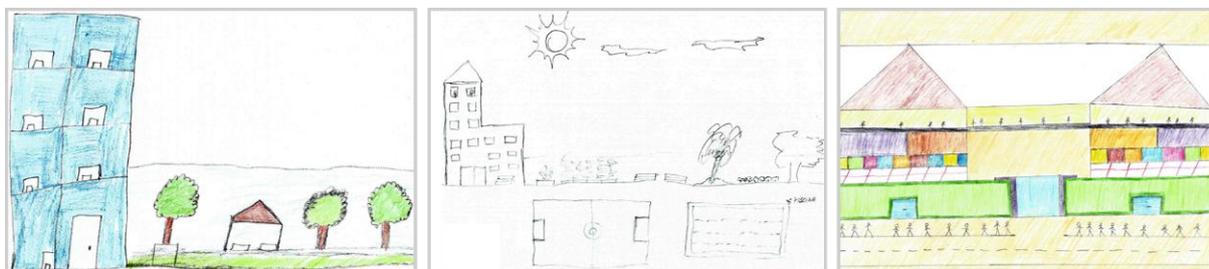


Figura 109. Poemas dos desejos de número 6 e 13 e 19, respectivamente.
Fonte: Acervo do autor, 2016

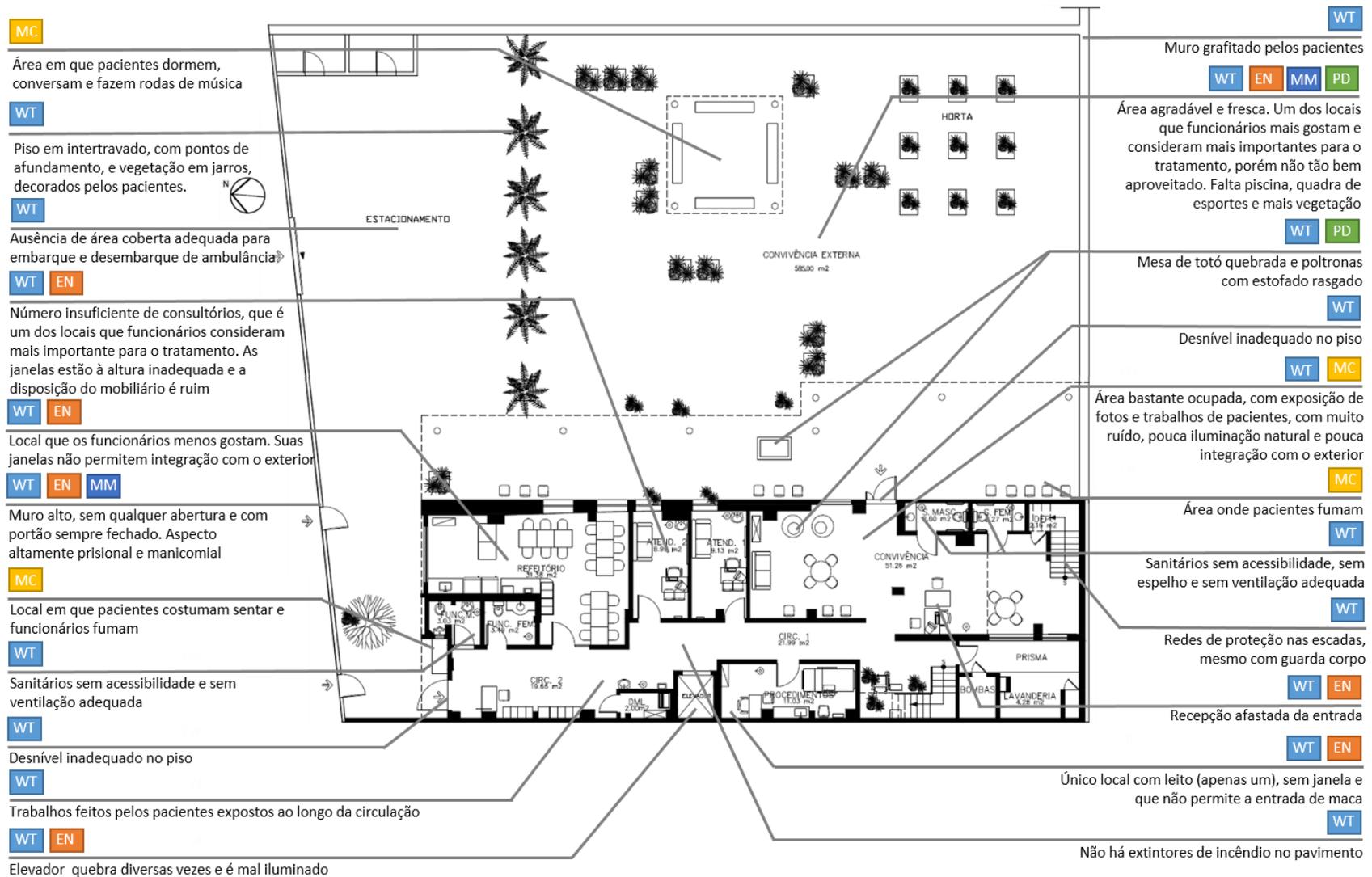
Os últimos três poemas (Figura 110) apresentam, dentre outros, desejo de modificação da área externa. No primeiro, o paciente deseja uma piscina, mais plantas e árvores frutíferas, além de mais quartos, pois nunca há vagas suficientes, e mais espaços para descanso e com TV. No segundo, o paciente deseja que a área externa seja valorizada, com piscina e pingue-pongue que não esteja quebrado. Deseja, também, que a área coberta e com bancos seja mantida, assim como a horta. No último, o paciente deseja que o espaço seja como uma casa comum, com TV, que tenha mais vegetação e local em que ele possa soltar pipa.



Figura 110. Poemas dos desejos de número 11 e 15 e 17, respectivamente.
Fonte: Acervo do autor, 2016

5.2.7 Matriz de descobertas

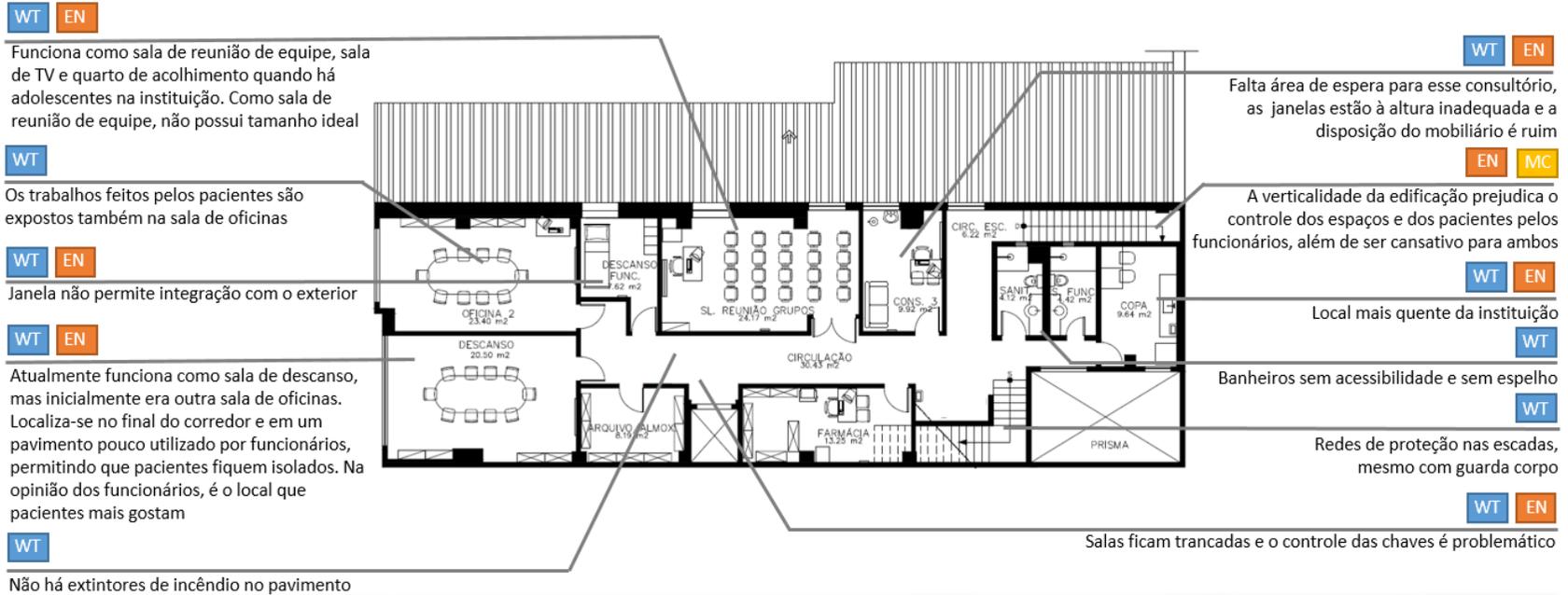
Para sintetizar as informações de ordem técnica, funcional e comportamental descobertas por meio da aplicação das ferramentas, foram construídas matrizes de descobertas, uma para cada pavimento (Figuras 111, 112 e 113). As informações são expressas graficamente, associadas simultaneamente ao instrumento adotado e ao espaço a que se referem.



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

Figura 111. Matriz de descobertas do pavimento térreo.

Fonte: Acervo do autor, 2016



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

Figura 112. Matriz de descobertas do segundo pavimento.
 Fonte: Acervo do autor, 2016

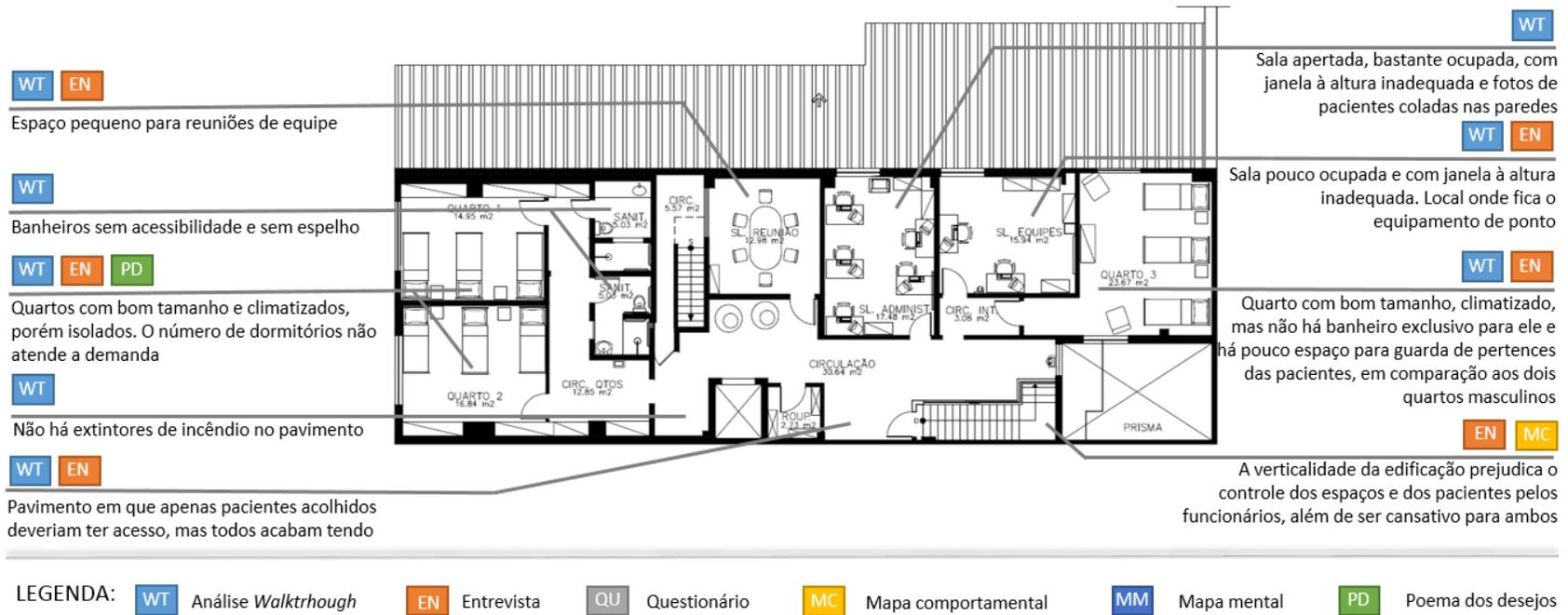


Figura 113. Matriz de descobertas do terceiro pavimento.
Fonte: Acervo do autor, 2016

CAPÍTULO 6
RECOMENDAÇÕES PROJETAIS

As recomendações projetuais foram estabelecidas com base na pesquisa teórica e, principalmente, com base no estudo de caso realizado no CAPSad III Miriam Makeba. Para este, foram descritas recomendações específicas, limitadas pela configuração do local. Foram construídas, ainda, recomendações projetuais gerais para instituições destinadas ao tratamento da dependência química, elaboradas com o intuito de expandir as informações contidas no Manual de Estrutura Física de CAPS e UA, que já apresenta premissas importantes quanto à qualidade ambiental de CAPS, entretanto de maneira geral, sem focar nos CAPSad. As recomendações, que correspondem a um dos objetivos específicos do presente trabalho, foram elaboradas no sentido de identificar características indispensáveis, ou no mínimo desejáveis, a esse tipo de instituição, a partir da compreensão do funcionamento de cada ambiente, considerando as necessidades de seus usuários e a humanização dos espaços. São informações que buscam auxiliar a elaboração de projetos futuros e contribuir para propostas de reforma de unidades existentes, de maneira que a arquitetura possa ser um suporte nos processos de tratamento e de reinserção dos pacientes.

6.1. Recomendações para o CAPSad III Miriam Makeba

Um dos objetivos específicos do presente trabalho é investigar a qualidade e a adequação dos espaços arquitetônicos do CAPSad utilizado no estudo de caso. Esse objetivo foi alcançado com a APO realizada na instituição e seu resultado foi expresso por meio das matrizes de descobertas. Entretanto, buscou-se trazer, também, soluções para os problemas descobertos com essa investigação. Dessa maneira, optou-se pela elaboração de recomendações projetuais em vez da construção de um projeto de requalificação dos espaços do estudo de caso porque acredita-se que este corresponderia apenas a soluções paliativas para o problema e não a uma solução de fato.

As recomendações, elaboradas principalmente com base nas matrizes de descobertas e baseadas em preceitos de humanização de ambientes de saúde, foram organizadas em duas matrizes de recomendações, com informações referentes aos ambientes internos (Quadro 8) organizadas em um quadro síntese e, indicadas em planta (Figura 114), as questões referentes à área externa. Embora possam ser úteis também para o planejamento e reforma de instituições com a mesma finalidade, são, na maioria, recomendações mais pontuais; recomendações genéricas serão apresentadas na seção 6.2.

Quadro 8. Matriz de recomendações para ambientes internos.

LOCAL	PROBLEMAS	RECOMENDAÇÕES
Recepção	Afastada da entrada e inserida na área de convivência	Deve localizar-se em área exclusiva, junto à entrada, de maneira a permitir ou impedir o acesso dos pacientes aos demais espaços da instituição. Para isso, refeitório e salas de atendimento devem ser redistribuídos. O equipamento que marca o ponto dos funcionários deverá localizar-se neste local
Refeitório	Pequeno e muito próximo à entrada	Além do aumento de suas dimensões, seu acesso poderia se dar pela área de convivência externa, que é coberta, de maneira que pacientes não autorizados a realizarem suas refeições tivessem menor contato com o local, visualizando-o menos e, também, sentindo menos o cheiro da comida
Área interna de convivência	Muito ruído, pouca iluminação natural e pouca integração com o exterior	Instalação de forros específicos para melhorar o conforto acústico no local e substituição da porta de ferro por porta de material translúcido
Salas de atendimento	Número insuficiente de consultórios e disposição ruim do mobiliário	Sugere-se a criação de local adequado na área externa para a realização de consultas nos momentos em que os três consultórios existentes não forem suficientes para satisfazer a demanda por atendimento. Poderá ser utilizado, também, para acolhimentos iniciais e outras situações em que pacientes mostrarem-se desconfortáveis em locais fechados, de maneira que não sintam-se presos. Essa solução já é adotada, entretanto em locais inadequados, que não proporcionam conforto nem para o profissional, nem para o paciente. Além disso, a disposição do mobiliário das salas de atendimento deve ser alterada, de maneira que o profissional que presta atendimento tenha acesso rápido à porta em caso de possível urgência
Sala de procedimentos	Ambiente pequeno, sem janela e que não permite entrada de outra maca	Deve ser utilizada apenas como sala de suturas e curativos, de maneira que a maca presente no local seja utilizada por curtos períodos de tempo. A sala de reuniões do terceiro pavimento poderia ser adaptada de maneira a contemplar um quarto com leito e um pequeno posto de enfermagem. As reuniões poderiam se dar na sala de reuniões de grupos ou até mesmo na sala de oficinas, que é pouco utilizada
Sala de descanso	Localizada ao final do corredor do pavimento menos ocupado por funcionários	Sua porta deve ser retirada em vez de apenas solicitar aos pacientes que a mantenham aberta. O espaço também deve contar com camas do tipo beliche, em vez de colchonetes e cobertores dispostos sobre o chão, de maneira a contemplar mais usuários e garantir maior conforto
Copa	Local mais quente da instituição	Instalar ar-condicionado a ser ligado nos horários de refeições
Sala administrativa	Ambiente de dimensões reduzidas	Deveria integrar-se à sala de equipe, que fica ao lado e é pouco utilizada, de maneira a proporcionar um ambiente mais espaçoso e com melhor disposição do mobiliário
Sanitários e banheiros	Sem acessibilidade, sem espelhos e mal ventilados	Colocação de espelhos em todos os banheiros, abertura de janelas nos sanitários localizados no térreo destinados a pacientes, bem como tornar acessível ao menos um sanitário do térreo e um dos banheiros do terceiro pavimento. Este pavimento, por sinal, também necessita de mais um banheiro, que seja contíguo ao quarto de acolhimento feminino, a ser construído em parte da área da sala de equipe



O muro possui aspecto prisional

Infelizmente o fechamento do muro é necessário ao tratamento, devido à particularidade do grupo atendido. Como sugestão para amenizar sua aparência prisional, o mesmo poderia ser grafitado, em ambos os lados, pelos próprios pacientes, assim como foi o muro de fundos



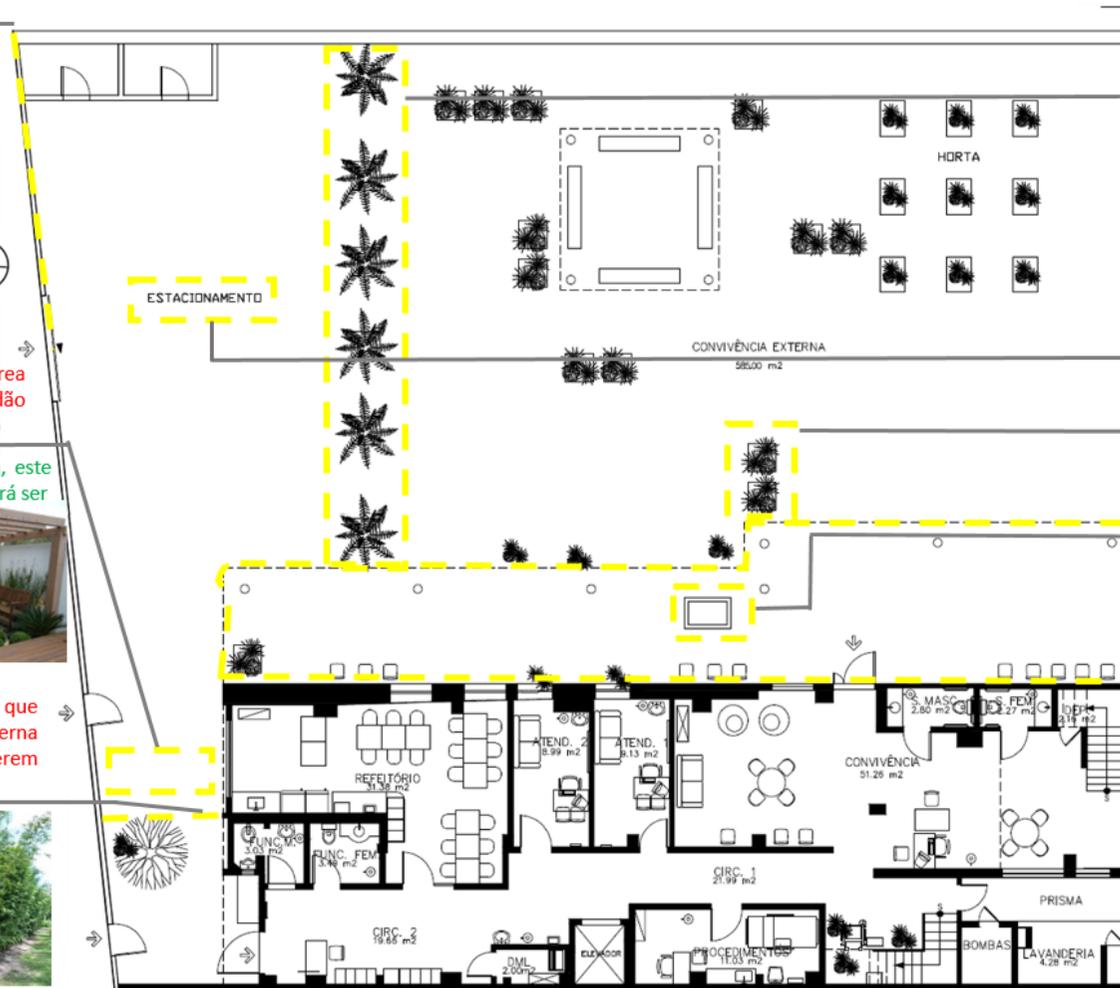
Consultas são realizadas na área externa quando consultórios não dão conta da demanda por atendimento

Com o fechamento com cerca viva, este será um espaço reservado que poderá ser utilizado para consultas ou por pacientes em busca de mais privacidade. Sugere-se a instalação de bancos embaixo de pergolado com trepadeira



A abertura nessa área permite que pacientes tenham acesso à área externa e demais ambientes antes de serem identificados na recepção

Fechamento com cerca viva, que, além de não ser uma barreira de aspecto prisional, proporcionará melhor qualidade visual à área de entrada da edificação



Piso de intertavadado com pontos danificados e palmeiras e outras plantas dispostas em jarros

Corrigir problemas no piso e relocar os jarros de maneira a permitir a entrada da ambulância até a área coberta e de maneira a possibilitar um melhor aproveitamento da área para a prática de esportes e criação de área para descanso com redário

Localizados junto à entrada, os carros estão expostos às pedras que são jogadas por pacientes impedidos de entrar

Prever cobertura

Pouca vegetação no local

Prever mais vegetação na área externa e, também, área com gramado

Mesa de totó quebrada

Substituir

Área quente em função da cobertura metálica

Prever telhado verde



LEGENDA:

VERMELHO Indicativo do problema

AMARELO Indicativo de área de atenção

VERDE Sugestão para melhoria

Figura 114. Matriz de recomendações para a área externa.

Fonte: Acervo do autor, 2016

A principal dificuldade da instituição é a ausência de área disponível para a criação de alguns espaços que compõem a estrutura física mínima necessária para o funcionamento de um CAPSad, mas que não existem no CAPSad III Miriam Makeba (Quadro 6 da página 118), como a recepção com área exclusiva, posto de enfermagem e quarto com leitos (além dos quartos com camas) para acolhimento noturno. Esse é um problema decorrente da adaptação de uso e não há como ser solucionado, entretanto, outras recomendações, elaboradas com base tanto no estudo de caso, quanto na fundamentação teórica, foram pensadas para a solução de outros problemas e humanização de seus espaços.

As janelas, por exemplo, devem ser reinstaladas a uma altura que permita a visibilidade do exterior. Na área interna de convivência, salas de atendimento, sala administrativa e também no refeitório, que são locais onde os usuários costumam ficar sentados, estas devem ser instaladas a uma altura que considere os limites de alcance visual de uma pessoa sentada. Em ambientes onde a privacidade é um item necessário, como nos consultórios do térreo, a baixa altura de instalação das janelas pode vir a ser tornar um problema, entretanto, uma possível solução para que a integração visual com o exterior não seja prejudicial é a construção de canteiros elevados construídos embaixo das janelas, onde se plantem maciços arbustivos que funcionem como “cortinas verdes” para os consultórios (Figura 115).



Figura 115. Exemplo de canteiros elevados

Fonte: <http://mulher.uol.com.br/casa-e-decoracao/album/rodolfogeiser_coberturasp_album.htm#fotoNav=8>. Acesso em: 10 mar. 2016

Considerando que o portão fica sempre trancado, havendo um controle de entrada e saída dos pacientes por funcionário responsável, faz-se necessária a criação de uma portaria junto à entrada, de maneira a garantir melhores condições de trabalho aos porteiros de cada turno, que atualmente trabalham expostos às intempéries. Caso não seja possível e o porteiro necessite ficar na área da recepção, sugere-se que, ao menos, sejam instalados um porteiro eletrônico e uma câmera de segurança no muro.

O trabalho de manutenção deve ser uma constante na instituição, principalmente relacionado às instalações elétricas, que costumam sofrer queda de energia, aos aparelhos de ar-condicionados, que são muitos e costumam apresentar problemas, e ao elevador, que constantemente para de funcionar e que necessita também de melhor iluminação. Os adesivos que formam as frases de incentivo de algumas paredes da instituição também devem receber manutenção, sendo substituídos sempre que necessário.

Não apenas sanitários e banheiros acessíveis devem ser previstos. Para garantir o desenho universal, devem ser construídas rampas nas portas de acesso às áreas externas, acabando com os desníveis inadequados que atualmente existem.

Para garantir a segurança, extintores de incêndio devem ser distribuídos nos espaços sinalizados já existentes. Também para este fim, redes de proteção foram instaladas nas escadas, entretanto, as mesmas devem ser retiradas, já que há guarda corpo. A maioria dos funcionários posicionou-se, nas entrevistas, a favor da necessidade das redes, por afirmarem que pacientes sob efeito de medicação podem cair das escadas e outros podem até mesmo empurrar alguém. Mas essas justificativas são insuficientes, pois as redes não impedem a queda dos degraus nem que pacientes empurrem outras pessoas escada abaixo.

Uma das queixas dos funcionários tem relação com o controle do acesso aos ambientes, que se dá por meio de chaves, que muitas vezes estão perdidas. Uma solução possível, porém um pouco onerosa, seria a utilização de fechaduras eletrônicas com abertura através de senha³³.

No segundo pavimento, uma pequena área de espera poderia ser implantada embaixo da escada, de maneira a facilitar o aguardo por atendimento no consultório localizado no andar, facilitando também, por consequência, o trabalho do funcionário que estiver prestando atendimento no local, que não necessitará subir e descer as escadas em busca do próximo paciente. Esta área de espera pode ser planejada de maneira a funcionar também como um ambiente aberto para descanso, com pufes e almofadões, seguindo uma boa sugestão dada por um dos funcionários na entrevista.

O mobiliário, em geral, está em boas condições, à exceção das poltronas da área de convivência interna, que apresentam problemas no estofado, e da mesa de totó, que devem ser trocadas. Outra interessante ideia de um funcionário que deve ser adotada é a participação de pacientes na construção ou reforma do mobiliário, de maneira a favorecer a apropriação dos espaços e evitar possíveis atos de vandalismo.

Perceptivelmente, o CAPSad III Miriam Makeba é uma instituição que busca romper com o antigo paradigma manicomial da saúde mental e seus espaços quase não possuem características asilares. A apropriação pelos pacientes é permitida e também incentivada, conforme apresentado anteriormente, pela capacidade de deslocarem cadeiras para onde quiserem, por meio das fotos e trabalhos expostos na edificação e pelas intervenções na área externa, que auxiliam, também, na afetividade que pacientes demonstram ter pelo lugar. O que ainda pode melhorar é a adoção de distrações positivas, de maneira que os pacientes pensem menos no consumo de drogas. Uma sugestão seria a implantação de mais oficinas. Atualmente os pacientes contam com muitos horários ociosos (Quadro 9). Além disso, por conta da utilização de apenas uma sala de oficinas, a realização de atividades distintas em horários simultâneos é inviabilizada. Talvez houvesse maior adesão dos pacientes em participar das atividades se tivessem mais opções de escolha.

33 Fechaduras eletrônicas com abertura através de senha tem valor bem maior se comparadas a fechaduras convencionais, entretanto, atualmente há modelos de valor acessível.

Quadro 9. Horário de oficinas e demais atividades do CAPSad III Miriam Makeba.

OFICINAS/ATIVIDADES							
	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
08:00	Café	Café	Café	Café	Café	Café	Café
09:00	Bom dia	Bom dia	Bom dia	Bom dia	Bom dia	Bom dia	Bom dia
10:00	-	Futebol	Oficina de auto-cuidado	Oficina de cinema	-	-	-
11:00	-	Grupo terapêutico	-	-	-	-	-
12:00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
13:00	-	-	-	-	-	-	-
14:00	Oficina de corpo	Oficina de horta	-	-	Cinema ponto de cultura redutora de danos	Oficina de culinária	-
15:00	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche
16:00	Assembleia	Oficina de jornal	Oficina de escrita	-	Oficina de auto-cuidado	-	-
17:00	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar
18:00	-	-	-	-	-	-	-
19:00	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Acervo do autor, 2016

Um maior contato com áreas verdes também é um tipo de distração positiva, assim como ver televisão e ouvir música. A colocação de uma TV na área de convivência interna seria uma boa distração, considerando que é nesse espaço que pacientes costumam aguardar o atendimento, bem como a adoção de música ambiente, aproveitando o interesse que eles têm por música.

Mesmo com essas sugestões para melhoria dos espaços do CAPSad III Miriam Makeba, o maior dos problemas, que é a verticalidade da edificação, não pode ser solucionado. É uma consequência da adaptação do uso. Ele acarreta, entre outros, a dificuldade de controle do acesso de pacientes ao terceiro pavimento. Medidas podem auxiliar, como o uso de sinalização de maior destaque – em vez de uma simples folha de papel com fundo branco colada sobre parede de mesma cor (Figura 116) – e restrição do uso do elevador a funcionários e pacientes com dificuldades de locomoção, mas a ação mais eficaz neste caso seria a presença de funcionário no terceiro pavimento para evitar pacientes não acolhidos no local.

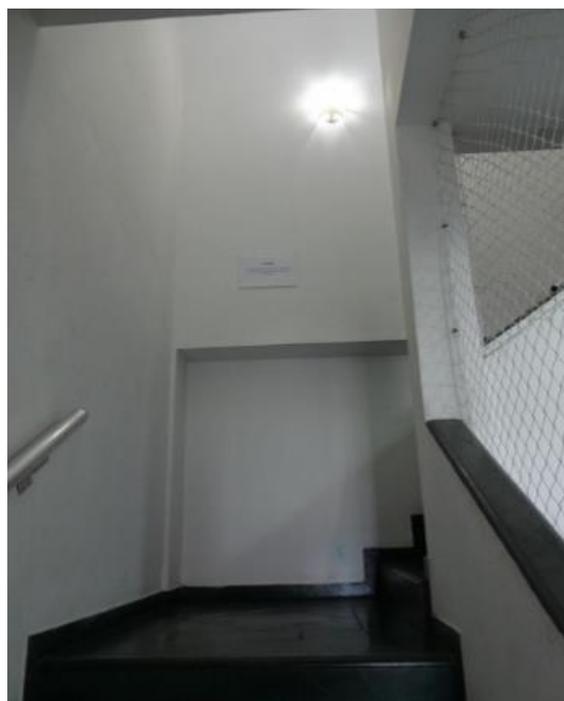


Figura 116. Sinalização sem destaque.
Fonte: Acervo do autor, 2016

6.2. Recomendações para novos projetos

As recomendações foram elaboradas com base no conceito de humanização de ambientes de saúde, que reconhece o valor inerente ao ser humano em suas dimensões biológica, psicológica e social e considera a importância da percepção e a influência que o espaço físico exerce sobre seus usuários. Dessa maneira, foram identificados atributos espaciais que podem vir a potencializar os benefícios dessa relação, servindo de suporte ao tratamento ofertado em instituições destinadas ao tratamento da dependência química. Os atributos foram construídos a partir do levantamento das especificidades espaciais desse tipo de instituição, considerando as necessidades de seus usuários e a humanização dos espaços, respondendo, assim, ao objetivo geral do trabalho.

Embora a maioria das recomendações elaboradas especificamente para o CAPSad III Miriam Makeba tenha um caráter mais pontual, algumas são genéricas e, portanto, válidas e desejáveis para quaisquer instituições de mesma finalidade. São elas: instalação de janelas em altura que permita a visibilidade do exterior considerando os limites de alcance visual de uma pessoa sentada, exceto locais onde devam prevalecer a segurança e a privacidade; construção de canteiros elevados que funcionem como “cortinas verdes” sob janelas cuja visualização do exterior prejudique a privacidade como, por exemplo, os consultórios; utilização de fechaduras eletrônicas com abertura através de senha em ambientes de acesso restrito como, por exemplo, a farmácia; participação dos pacientes na construção ou reforma do mobiliário, de maneira a favorecer sua apropriação e evitar possíveis atos de vandalismo; adoção de mobiliário que permita flexibilidade de usos; exposição de fotos e trabalhos feitos por pacientes nos ambientes da instituição; incentivo à personalização dos espaços pelos pacientes; adoção de distrações positivas como, por exemplo, oferta de mais de uma atividade grupal em mesmo horário (o que implicará na necessidade de, no mínimo, duas salas de oficinas), contato com áreas verdes, instalação de TV e adoção de música ambiente nas áreas de convivência; e criação de espaço em área externa destinado a atendimento médico (voltado para acolhimentos iniciais e outras situações em que a evidência do cuidado em liberdade possa ser necessária).

Outra recomendação, e também uma das mais importantes, é que o edifício tenha preferencialmente apenas um pavimento. Embora seja muito comum a verticalização de unidades de saúde, esse é um tipo muito específico onde não se consegue controlar o acesso a determinadas áreas apenas com avisos, por exemplo. Essa orientação visa um melhor controle dos pacientes e também dos espaços pelos funcionários e um maior conforto aos usuários, considerando que subir e descer escadas, além de ser cansativo, gera riscos à segurança, principalmente em um CAPSad, onde usualmente pacientes se encontram sonolentos. A implantação linear traz vários benefícios: permite a ausência de grades nas janelas, que conferem aspecto manicomial a instituições voltadas ao tratamento da dependência química, porém fazem-se necessárias em edificações com mais de um pavimento, já que comportamentos impulsivos e violentos podem ser manifestados em decorrência do consumo de drogas (ver seção 1.3 do capítulo 1); promove maior integração com o exterior, que pode ser disfrutada não apenas visualmente; além de ser condizente com a horizontalidade das relações entre pacientes e funcionários deste tipo de instituição. Quando essa premissa não for possível, o ideal é a existência de até dois pavimentos, sendo o superior destinado exclusivamente ao setor de acolhimento.

A partir dessa recomendação, atesta-se que CAPSads desejavelmente sejam implantados em terrenos de grandes dimensões, principalmente considerando-se a importância de suas áreas externas, utilizadas como espaços de convivência e locais para prática de esportes e atividades ao ar livre. O ideal é que possuam espaços e equipamentos destinados à prática de esportes e jardins planejados com o intuito de garantir percursos variados, com mobiliário flexível, contemplando áreas privativas para relaxamento e áreas de convívio social, que permitam se adequar a diferentes possibilidades de uso, bem como satisfazer diferentes estados de espírito ocasionados por efeitos das drogas (ver seção 1.3 do capítulo 1), dentre eles, euforia, depressão, ansiedade e alterações de humor. O contato com áreas verdes é terapêutico em todos esses casos, pois reduz o estresse e promove relaxamento (ver seção 2.2 do capítulo 2).

Não só as áreas externas, mas também os espaços internos devem proporcionar diferentes maneiras de utilização, garantindo a possibilidade de controle pelos usuários, sobre a temperatura, a iluminação, a TV, a música ambiente, a flexibilidade do mobiliário, entre outros. Essas características proporcionam locais personalizados, permitindo que os ambientes sejam ajustados às necessidades de quem os utiliza, promovendo a apropriação dos espaços e a autonomia dos pacientes, que é uma das premissas do tratamento.

As salas de atividades devem ser projetadas de maneira a integrarem-se com as áreas de convívio, permitindo que pacientes se interessem em participar ao ver o que está sendo realizado. Durante a aplicação das ferramentas mapa mental e poema dos desejos, no estudo de caso, por exemplo, quando as atividades se deram na sala de oficinas, que é um espaço fechado, a adesão foi baixa, mas quando as mesmas foram realizadas nas áreas de convivência, os próprios pacientes que inicialmente negaram participar, acabaram mudando de ideia.

Algumas variações podem ocorrer em função da especificidade do grupo atendido, como a configuração do muro, por exemplo. Há CAPSads que atendem, na maioria, pessoas em situação de rua, como o CAPSad do estudo de caso; há outros cujo maior público são adolescentes; outros que não oferecem acolhimento noturno, etc. O muro varia de acordo com cada caso. O ideal é que ele seja o mais permeável possível, refletindo o cuidado em liberdade e mostrando ao máximo o caráter de local de “portas abertas” tão específico da proposta, sendo apenas um limite de propriedade e favorecendo a integração com a comunidade. Integração essa que deve ser iniciada justamente a partir da arquitetura, já que usualmente não há adesão da vizinhança em participar de atividades abertas ao público, como comemorações festivas. O CAPSad Miriam Makeba, por exemplo, promove eventos abertos à comunidade, mas não recebe retorno da mesma.

Em casos onde a permeabilidade se mostrar prejudicial ao tratamento, outras soluções poderão ser adotadas, contanto que não reflita aspecto asilar ou prisional. Uma solução, por exemplo, seria a escolha por um muro de cerca viva, ou até mesmo um muro de alvenaria, mas que de alguma forma refletisse o significado do lugar, como por exemplo, por meio de pinturas feitas pelos próprios pacientes, representando sua apropriação e imprimindo sua identidade no local. Mas as características da unidade só poderão ser conhecidas quando houver interação entre profissionais e arquitetos, ou ainda quando o projeto for desenvolvido de forma participativa com todos os usuários. O empoderamento destes é imprescindível para que sejam concebidos espaços verdadeiramente humanizados.

Diferentemente dos antigos locais destinados à saúde mental, os CAPSad não devem ter como objetivo principal o controle dos pacientes, apesar de muitas vezes algum controle mostrar-se necessário. O mais importante nesse tipo de instituição é trabalhar a autonomia e o protagonismo dos que recebem atendimento, que podem ser incentivados a personalizarem os espaços. A exemplo do CAPSad do estudo de caso, exposição de fotos de pacientes e funcionários, bem como dos trabalhos realizados nas oficinas, resultam numa ambiência acolhedora, onde usuários se reconhecem como parte do Lugar. Dessa forma, algumas das experiências vividas são representadas nos espaços e revividas cotidianamente, agregando afetividade aos locais, dotados de valores emocional e existencial.

Considerando a especificidade de um CAPSad que trabalha, em sua maioria, com pessoas em situação de rua, o problema da estigmatização do dependente químico é ainda maior e deve ser trabalhado de modo que o espaço se configure da maneira mais acolhedora possível, com espaços humanizados, com uso de cores que transmitam tranquilidade e também descontração, com características e dimensões residenciais, que evoquem aspectos emocionais da casa, e com ambientes destinados não apenas ao tratamento, mas à oferta de serviços assistenciais, como banheiros com chuveiro e espelho, refeitório, áreas de descanso e locais para guarda de pertences. Sobre as áreas de descanso, apesar de não previstas no Manual de Estrutura Física de CAPS e UA, devem ser contempladas nessas instituições, compreendendo espaço específico, que garanta privacidade, e também espaços integrados às áreas de convivência e espera. O estudo de caso demonstrou que usualmente os pacientes costumam dormir em qualquer local da instituição, inclusive no chão, muitas vezes sendo repreendidos, por haver sala própria para descanso. O sono e o esgotamento físico são, além de efeitos do uso de drogas (ver seção 1.3 do capítulo 1) e de medicações recebidas na própria instituição, um comportamento condizente com a realidade de vida de muitos pacientes, que moram nas ruas. Por essas razões, devem ser criadas, também, pequenas áreas de descanso em locais de convivência, com mobiliário adequado para este fim, como pufes, almofadões e redes, de maneira que pacientes possam descansar onde preferirem sem que pareçam estar fazendo algo errado ou reproduzindo seus modos de vida nas ruas.

Outra premissa decorrente de atendimento a pessoas em situação de rua é a fundamental existência de UA próxima ao CAPSad. Como transmitir uma imagem de serviço 24 horas de “portas abertas” se à noite, para a grande maioria, as portas estão fechadas? No Brasil, a legislação do SUS segrega esses dois tipos de serviço, mas em outros países, como foi demonstrado por meio das referências arquitetônicas (ver seção 2.4 do capítulo 2), é comum a junção dessas funções numa única instituição.

Pensando especificamente nos efeitos de determinadas drogas (ver seção 1.3 do capítulo 1), alguns cuidados devem ser tomados durante o planejamento arquitetônico. Um dos efeitos que implica diretamente sobre os ambientes é a desorientação no tempo e no espaço, que pode ser ocasionada também pela medicação que os pacientes recebem. Para a primeira, tem-se como solução a integração com áreas externas, de maneira que o paciente possa ter, ao menos, a noção de dia e noite por meio de um janela, principalmente em locais onde permanecem em leitos. Para a segunda, uma solução é a adoção de uma setorização clara, com marcações em paredes e pisos (diferenciados por cores ou tipo de material), e elementos de comunicação visual que se destaquem e que permitam fácil compreensão, semelhante a soluções de espaços voltados ao

público infantil, por exemplo, que deve conseguir orientar-se espacialmente mesmo sem saber ler. Pessoas desorientadas provavelmente não lerão informações.

A humanização dos espaços também relaciona-se ao conforto ambiental, cuja preocupação vai muito além do uso de aparelhos de ar-condicionado, por exemplo, embora estes também sejam necessários. Os ambientes devem ser dispostos adequadamente na edificação, de maneira a receber o mínimo de exposição solar à tarde e também de acordo com as fontes de ruído. Devem ser bem ventilados e iluminados naturalmente e, ainda, promover integração com o exterior e com áreas verdes, já que o conforto visual também é importante e o contato com vegetação gera, comprovadamente, benefícios terapêuticos, além de melhorar o conforto térmico e ser um tipo de distração positiva.

Teoricamente, a exigência de acessibilidade não deveria ser uma recomendação projetual presente neste trabalho, já que é necessária a qualquer espaço, determinada pela Norma de Acessibilidade a Edificações – NBR 9050. Entretanto, ratifica-se aqui sua necessidade em decorrência das inadequações detectadas no estudo de caso.

Com base no Manual de Estrutura física de CAPS e UA, recomendações adicionais foram elaboradas para cada ambiente de CAPSad (Quadro 10).

Quadro 10. Recomendações para CAPSad.

AMBIENTE	MANUAL DE ESTRUTURA FÍSICA DE CAPS E UA	NOVAS RECOMENDAÇÕES
Recepção	Onde ocorre o primeiro contato com a instituição. Deve ser acessível, acolhedora, com sofá, poltronas e cadeiras e mesa para recepcionista.	Deve ser disposta de maneira a permitir ou impedir o acesso dos pacientes aos demais ambientes da instituição. Trabalhos realizados nas oficinas podem ser expostos nessa área, bem como em todos os locais, de maneira que pacientes imprimam sua personalidade no lugar. É importante, também, que tenha integração com áreas verdes, mesmo que apenas visualmente.
Sala de atendimento individualizado	Espaço acolhedor e privativo, contendo pia para higienização das mãos, armário, mesa, cadeiras, sofá e, em ao menos uma sala, maca.	Deve ter isolamento acústico adequado e integração visual com áreas verdes.
Sala de atividades coletivas	A disposição dos móveis deve ser flexível, permitindo a formação de rodas, mini grupos, fileiras, espaço livre, etc. Poderá contar com equipamentos de projeção, TV, DVD, armário para recursos terapêuticos e pia para higienização das mãos.	Deve ser integrada às áreas de convivência interna e externa, de maneira a facilitar a adesão de pacientes às atividades propostas. Também deve expor trabalhos realizados pelos pacientes.
Espaço de convivência	Ambiente atrativo e aprazível, que permita encontros informais entre pacientes, visitantes e profissionais, e promova troca de experiências, “bate-papos”, realização de saraus e outros momentos culturais.	Local onde pacientes permanecem maior tempo. Muitos encontram-se sonolentos, seja por medicação ou outras razões, e, em função disso, este local acabará sendo também uma espécie de sala de descanso. Assim, deverá prever pequenas áreas com pufes e almofadões dispostos em cantos mais isolados ou em reentrâncias nas paredes, já projetadas para este fim. Deve ser integrada à área de convivência externa e conter TV e estante com livros
Banheiro adaptado	Com número de sanitários e chuveiros adequado ao fluxo de pessoas. Poderá conter também vestiário.	Todos os banheiros e sanitários devem conter espelhos. A usual inexistência de espelhos nesses locais tem razão exclusivamente manicomial e deve ser abolida.
Sala de aplicação de medicamentos e posto de enfermagem	Preferencialmente próximos aos quartos. Deverão conter porta do tipo guichê, para maior interação entre profissionais e pacientes, bancada com pia, armários e mesa com computador.	O posto de enfermagem deve localizar-se entre as alas de acolhimento feminina e masculina, de maneira que o profissional presente nesse local tenha controle da entrada e saída nos quartos.
Quarto coletivo para acolhimento noturno com banheiro anexo	Espaços acolhedores e que expressem a perspectiva da hospitalidade. Deverão conter armários individuais para guarda de objetos pessoais dos pacientes.	Devem ter integração visual com áreas verdes e localizar-se na edificação de maneira a ficarem expostos apenas ao sol da manhã, considerando que são ambientes habitados todas as horas do dia. Além das camas e armários, devem ter poltronas, possibilitando mais formas de uso e vivência.
Quarto de plantão de funcionários	Ambiente com beliche, cadeiras confortáveis e armários individuais para guarda de objetos pessoais.	Deve localizar-se próximo ao posto de enfermagem e aos quartos de acolhimento, de maneira que os funcionários possam resolver rapidamente possíveis situações de emergência na parte da noite.

AMBIENTE	MANUAL DE ESTRUTURA FÍSICA DE CAPS E UA	NOVAS RECOMENDAÇÕES
Sala administrativa	Espaço com mesa, cadeiras e armários.	O mobiliário deve ser disposto de maneira a integrar a equipe, que está sempre trocando informações sobre os projetos terapêuticos dos usuários. Também deve ter integração visual com áreas verdes e estar localizada de maneira a receber apenas exposição solar matinal.
Sala de reunião	Com mesa grande para reuniões com a equipe, com pacientes e pessoas externas à unidade, ações de educação permanente, etc. Deverá contemplar espaço para retroprojeção.	Deve ser dimensionada de maneira a contemplar reuniões com toda a equipe de funcionários.
Refeitório	Deverá permanecer aberto durante todo o dia e não apenas em horário de refeições. Poderá ter uma mesa grande ou mesas pequenas organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.	Deve localizar-se, preferencialmente, em área anexa à edificação, com acesso por circulação exclusiva, de maneira a evitar que pacientes não autorizados a realizarem as refeições tenham contato com a área e fiquem expostos aos odores das refeições servidas.
Cozinha	Preparo de alimentos e realização de ações coletivas com pacientes.	No caso de fornecimento de refeições por empresa terceirizada, o espaço utilizado para ações coletivas com pacientes, relacionadas à culinária, poderá ser o do refeitório, sendo a cozinha voltada apenas para armazenamento e realização de refeições dos funcionários.
Banheiro com vestiário para funcionários	Preferencialmente próximo ao quarto de plantão. Recomenda-se que o banheiro comum seja compartilhado por profissionais e pacientes.	Na prática, não é viável o compartilhamento dos sanitários entre pacientes e funcionários. Primeiramente porque, inevitavelmente, pacientes não mantêm o local limpo e, também, porque estes permanecem longos períodos nos sanitários, em decorrência de sua sonolência.
Área externa de convivência	Projetada como espaço de convívio, no qual os usuários possam compartilhar momentos em grupo ou sozinhos, que permita o desenvolvimento de ações coletivas (reuniões, oficinas, ações culturais e comunitárias, etc.) e individuais (descanso, leitura, etc.). Pode ser um gramado, uma varanda, semelhante a uma praça pública, com bancos, jardins, redes, etc.).	Área gramada, com horta, jardim sensorial e árvores frutíferas. Deve, sempre que possível, permear todos os ambientes internos da edificação. Deve prever, ainda, local para prática de esportes e atividades ao ar livre.
Área para embarque e desembarque de ambulâncias	Espaço externo suficiente para entrada e saída de ambulâncias.	Com 21 m ² de área coberta (de acordo com a RDC ANVISA nº 50/2002) e com acesso direto à sala de aplicação de medicamentos.

Fonte: Acervo do autor, 2016

O consumo de drogas para fins recreativos é uma prática milenar, mas a compreensão de seus efeitos, não apenas físicos, como também psicológicos e comportamentais, é relativamente recente, datando de poucos séculos. Atualmente a dependência química é vista como doença; mesmo assim, o dependente é estigmatizado, sofrendo preconceito até mesmo em unidades de saúde. Apenas naquelas destinadas exclusivamente ao tratamento do vício em drogas ele encontra um atendimento sem julgamentos. No setor público, esses locais são os CAPSad, que por acolherem sem distinção aqueles considerados como um problema pela sociedade, por trabalharem dentro da perspectiva de integração social e por oferecerem serviços que vão muito além das práticas médicas convencionais, sejam talvez um dos tipos de unidades de saúde que representam o cuidado mais humanizado, e que, portanto, também poderiam melhor representar a prática da humanização em arquitetura, que defende que os espaços influenciam no processo de tratamento. Essa influência se dá a partir de soluções projetuais que proporcionam conforto aos usuários e favorecem seu bem estar psicológico.

Os CAPSad são unidades de saúde muito particulares, como são de fato aquelas voltadas à saúde mental. São locais que interferem não apenas na saúde dos pacientes, mas também em sua própria identidade, deteriorada em função das práticas estigmatizadoras, já que sabe-se que esta é também construída a partir da opinião do outro. São espaços onde a convivência constitui-se como parte significativa do tratamento e a implementação de distrações positivas, como a psicoterapia e a prática de esportes, é também uma de suas atividades fim. Além disso, sua estrutura física difere das unidades de saúde em geral, por demandar menos restrições na configuração dos ambientes. Nesses espaços, mais importantes que a assepsia e a tecnologia adotada são a ambiência de acolhimento e a valorização de aspectos emocionais da residência.

A importância de se estudar a humanização desse tipo específico de unidade de saúde se deve à especificidade dos pacientes. Os funcionários exercem, basicamente, as mesmas funções em qualquer instituição de saúde, mas o público atendido é sempre diferente, sejam crianças, pessoas com dificuldades motoras ou portadores de transtornos mentais.

Os dependentes químicos se diferenciam de outros portadores de transtornos mentais porque são, na maioria das vezes conscientes, ou, quando não, estão por razões de ordem passageira e reversível. Claro que há também aqueles que, além da droga, apresentam outros distúrbios cognitivos, mas são poucos. A maioria está consciente do cuidado que se tem com eles e também com a qualidade ambiental da instituição de tratamento. Ao serem-lhes oferecidos espaços quaisquer, mal planejados e não humanizados, a sociedade reafirma a maneira como sempre os enxergou: apenas como um problema ou algo sem importância.

Com um olhar direcionado à humanização dos espaços e considerando as necessidades dos usuários, buscou-se investigar atributos espaciais necessários a este tipo de instituição, expressos por meio de recomendações projetuais (ver seção 6.2 do capítulo 6) que visam contribuir com o planejamento de futuros projetos e reformas de instituições voltadas ao tratamento da dependência química, de maneira que a arquitetura seja trabalhada como um suporte nos processos de tratamento e de reinserção dos pacientes. Buscou-se, ainda, investigar a qualidade e a adequação dos espaços arquitetônicos de um CAPSad III da cidade do Rio de Janeiro, verificando, também, as relações de afetividade e apropriação dos seus usuários. Os pacientes são compreendidos aqui como os usuários principais, mas a importância dos funcionários é também reconhecida, pois sua satisfação reflete diretamente na qualidade do atendimento

prestado e seu conhecimento sobre o funcionamento das instituições, baseado na vivência, é sempre enriquecedor para aqueles que projetam os espaços.

Coincidentemente, o CAPSad III Miriam Makeba foi uma excelente escolha para tratar dos conceitos de apropriação e afetividade, evidenciados no local de diversas maneiras, onde verificou-se uma postura mais ativa por parte dos pacientes, nem sempre verificada em ambientes de saúde. Quanto à apropriação, a instituição mostrou-se como um local onde pacientes são valorizados, expostos nos ambientes por meio de suas fotos e de seus trabalhos desenvolvidos nas oficinas, incentivados a personalizar os espaços e onde têm opinião válida. Quanto à afetividade, mostrou-se um local onde são construídas diariamente relações que dão suporte a própria existência dos pacientes. Mostrou-se, na verdade, como o local de maior importância em suas vidas, um dos únicos aos quais eles têm realmente acesso, e onde disfrutam de condições de conforto, até mesmo básicas, às quais usualmente não usufruem, já que a maioria se encontra em situação de rua.

O espaço do CAPSad para os dependentes químicos tem um significado maior do que qualquer outro espaço de saúde para outros pacientes. É o único lugar em que são vistos como cidadãos. Muitos não o procuram prioritariamente pelo tratamento, mas para serem tratados com dignidade e terem oferta de serviços e equipamentos que não dispõem em outros locais. Mas a importância se deve também às relações construídas no Lugar, seja entre pacientes ou pacientes e funcionários.

O estudo de caso comprovou que dificilmente edificações adaptadas proporcionarão o funcionamento ideal de um CAPSad. Essa solução, adotada usualmente nesse tipo de instituição e que reflete a importância que o poder público dá à saúde mental, foi uma das justificativas do presente trabalho e acabou se constatando como fator que influencia negativamente a qualidade ambiental dessas unidades de saúde. Alguns dos problemas que o CAPSad III Miriam Makeba apresenta em decorrência desse fato, por exemplo, são a verticalidade da edificação – que afeta o trabalho dos profissionais e dificulta a restrição de pacientes a determinados espaços –, má localização da recepção e ausência de banheiro exclusivo para o acolhimento feminino. Existe uma ideia de que as pessoas que não tem nada, precisam de qualquer coisa. Mas esse trabalho questiona isso. Será que não é justamente por viverem em condições tão difíceis, que essas pessoas precisam de muito mais?

Situações constatadas no estudo de caso alertaram não só para essa problemática, mas também para a importância do projeto participativo, apontando a limitação dos projetistas. Certamente o arquiteto busca projetar o melhor espaço, mas poucas vezes tem o conhecimento necessário para o planejamento desse tipo específico de instituição, não bastando o conhecimento técnico para satisfazer necessidades que caracterizam esses ambientes de saúde como humanizados. Grande parte dos espaços projetados por um arquiteto são, querendo ou não, influenciados pela sua vivência; o que é mais fácil quando são projetadas residências e escolas, por exemplo; locais que todos sabem sobre o funcionamento em decorrência da experiência vivida. Mas quantos arquitetos possuem esse tipo de conhecimento adquirido acerca de um CAPSad? Certamente pouquíssimos e, à falta de vivência, soma-se a escassez de trabalhos sobre o tema. Estes precisam não apenas definir o funcionamento dessas instituições, mas também suas características ambientais, ilustrando soluções espaciais adequadas. Por essa razão, ratifica-se a importância do projeto participativo, que no caso específico de CAPSad deve ser realizado tanto

com funcionários, que esclarecerão muito sobre a funcionalidade, quanto com pacientes, enquanto usuários principais da instituição. A ausência dessa participação gera problemas que vão muito além da mera funcionalidade do local, interferindo na ambiência que se deseja alcançar, que nesse caso é de espaço acolhedor e de porta abertas.

A adoção da abordagem multimétodos para o estudo de caso mostrou-se adequada, embora talvez um pouco cansativa, já que não houve retorno do questionário. Procurou-se utilizar ferramentas centradas na percepção, para entender a afetividade, e também no comportamento, para entender a apropriação. Mesmo com pouco tempo na unidade estudada, os resultados foram promissores, à medida em que cada instrumento esclareceu as lacunas deixadas pelo outro. A aplicação de vários métodos também se justificou por sua natureza exploratória, num contexto em que são escassos trabalhos voltados especificamente à temática da arquitetura desse tipo de instituição, que ainda é relativamente nova.

A metodologia empregada, baseada em revisão bibliográfica e estudo de caso em um CAPSad III, no qual foram aplicadas ferramentas de avaliação pós-ocupação, trouxe bons resultados, porém, poderia ter incluindo alguns outros pontos. Devido à escassez de bibliografia sobre o tema, por exemplo, entrevistas com arquitetos com experiência em projetos desse tipo de instituição teriam enriquecido o trabalho, bem como a avaliação de um número maior de unidades.

O conteúdo e a ordem dos capítulos representaram a própria evolução das pesquisas do autor, que, inicialmente, buscou caracterizar o principal usuário desse tipo de instituição, tentando entender seu sofrimento para, posteriormente, descobrir como os espaços poderiam suprir suas necessidades. Depois, procurou aprofundar-se no conceito de humanização – conceito norteador quando o assunto é arquitetura de ambientes de saúde –, buscando referenciais arquitetônicos que ilustrassem espaços humanizados voltados ao tratamento da dependência química. Procurou embasar-se, também, em conceitos de psicologia ambiental, tão importantes para a compreensão da relação usuário-ambiente. Em seguida, escolheu a instituição pública de maior relevância no cenário atual dentro da temática desse tipo de tratamento, buscando conhecer suas normas, funcionamento e características ambientais. Posteriormente, definiu os instrumentos para realização de um estudo de caso, empregando-os por fim e determinando, então, recomendações projetuais e considerações sobre esse tipo de instituição.

A contribuição da arquitetura para o tratamento da dependência química está na importância da humanização de seus espaços de tratamento, que devem apresentar as seguintes características: transparecer o cuidado em liberdade (muro permeável, integração entre espaços internos e externos); incentivar a personalização dos espaços por seus usuários (de maneira que se apropriem melhor e se identifiquem mais com os lugares); permitir a criação de pequenos territórios nas áreas de convívio, que atendam diferentes necessidades (isolamento/trocas sociais e estados de dormência/hiperatividade), como espaços de descanso inseridos nas áreas de convivência, por exemplo (que permitam diferentes formas de uso e apropriação em um mesmo espaço); garantir a oferta de espaços acolhedores (projetados priorizando o conforto dos usuários, dentro da perspectiva de hospitalidade); e prever espaços destinados não apenas à saúde, mas também à assistência social (refeitório, banheiros com chuveiro, áreas de descanso e quartos de acolhimento).

Uma das preocupações do trabalho foi não transparecer posicionamentos fundados em “achismos” e não questionar práticas de tratamento, como a adoção ou não de abstinência ou de internação. Outras pesquisas podem ater-se a essas e outras questões mais complexas, como identificar quais aspectos diferenciam-se nas relações pessoa-ambiente em usuários de um CAPSad e comunidades terapêuticas religiosas ou clínicas particulares voltadas à reabilitação, por exemplo, ou ainda, descobrir, com base em estudos comparativos, se espaços adaptados para CAPSad funcionam da mesma maneira que espaços inicialmente projetados para esse fim e quais as influências dessa diferenciação sobre o comportamento dos usuários e sua vivência.

Espera-se que o presente trabalho suscite novas investigações quanto a esses espaços tão pouco explorados e tão pouco valorizados no país. E que as recomendações aqui presentes idealmente sejam adotadas nas etapas de planejamento e projeto, sendo mais difícil a adaptação posterior. Também não devem ser adotadas de maneira maquinal, desconsiderando-se os contextos que influenciarão as propostas a serem desenvolvidas, mas de forma a permitir a compreensão de que os ambientes de um CAPSad não devem ser vistos com função exclusivamente medicinal, mas principalmente como lugares que favorecem experiências de convívio e superação, locais onde pacientes não só são aceitos independentemente do que representem socialmente, mas também são respeitados e ouvidos, onde não são o reflexo da doença, mas sim indivíduos de voz e direitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; VARANDA, Walter. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, 2004, p. 56-69. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7108>>. Acesso em: 30 set. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC n° 50**, de Fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2050-2002.pdf>> Acessado em 20/02/2013.

ALVES, Hamer Nastasy Palhares; RIBEIRO, Marcelo; CASTRO, Daniel Sócrates de. Cocaína e crack. In: DIEHL, Alessandra et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 170-179.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050**: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_i_magens-filefield-description%5D_164.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

BARBOSA, Guilherme Correa; COSTA, Tatiana Garcia da; MORENO, Vânia. Movimentos da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 8, jan./jun. 2012, p. 45-50. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2017/2299>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

BASAGLIA, Franco. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”. In: _____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Org. Paulo Amarante. Trad. Joana Angélica d’Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 23-34.

BATISTA, Luciana de Sousa Siqueira; BATISTA, Manoel; CONSTANTINO, Patrícia. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do CAPSad em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. **Perspectivas Online: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 7, n. 2, 2012, p. 23-38. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2017/2299>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

BECKER, Howard S. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Trad. Maria Luiza X. de Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BETTINELLI, Luiz Antonio; WASKIEVICZ, Josemara; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O Mundo da Saúde**, ano 27, v. 27, n. 2, abr./jun., São Paulo, 2003, p. 231-239. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2015.

BRASIL. **Portaria/SAS nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. 1992. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>. Acesso em: 4 mar. 2015.

_____. **Lei nº 9.294**, de 15 de julho de 1996. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm>. Acesso em: 4 mar. 2015.

_____. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. 2001a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 3 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. 2002a. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-gmms-no-336-de-19-de-fevereiro-de-2002/>>. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. **Portaria/GM nº 816**, de 30 de abril de 2002. 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html>. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. **Portaria SAS nº 305**, de 3 de maio de 2002. 2002c. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-no-305-de-03-de-maio-de-2002/>>. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. **Portaria/GM nº 52**, de 20 de janeiro de 2004. 2004a. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. **Portaria nº 1.935/GM**, de 16 de setembro de 2004. 2004b. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-gmms-no-1935-de-16-de-setembro-de-2004/>>. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. **Portaria 2.197/GM**, de 14 de outubro de 2004. 2004c. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Sa--de-Mental-no-SUS---Os-Centros-de-Aten---o-Psicossocial--2004-.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

_____. **Portaria nº 1.028/GM**, de 1º de julho de 2005. 2005. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. 2006a. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. **Decreto nº 5.912**, de 27 de setembro de 2006. 2006b. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**, 3. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2015.

_____. **Portaria nº 1.190/GM**, de 4 de junho de 2009. 2009. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. **Decreto nº 7.179**, de 20 de maio de 2010. 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. **Portaria nº 2.841**, de 20 de setembro de 2010. 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.html>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. **Lei nº 12.760**, de 20 de dezembro de 2012. 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 12 abr. 2013.

_____. **Portaria nº 130**, de 26 de janeiro de 2012. 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. 2012c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Drogas: cartilha sobre tabaco**. 2. ed. 6. reimpr. Brasília: Ministério da Justiça, 2013a. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/328196.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Drogas: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes**. 2. ed. 6. reimpr. Brasília: Ministério da Justiça, 2013b. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/328191.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2015.

_____. **Portaria nº 615**, de 15 de abril de 2013. 2013d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Brasília, 2013e. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf> Acesso em 25 ago. 2014.

BULHÕES, Ariane Brum de Carvalho; VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria; ESCÓSSIA, Liliana da. Processos de desinstitucionalização em CAPSad como estratégia da humanização da atenção e gestão da saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**, v. 5, saúde mental, Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 41-64. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2015.

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

CARDOSO, Gessi Maria; LAZZAROTTO, Elizabeth Maria; ZANELA, M. S. Viviane. Paciente: cliente ou cidadão? In: Seminário Nacional de Estado e Políticas Sociais no Brasil,

2003, Cascavel. **Anais do Seminário Nacional de Estado e Políticas Sociais no Brasil**, Cascavel: EDUNIOESTE, 2003. Disponível em: <[http://cac-
php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo1/71gessimariacardoso.pdf](http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo1/71gessimariacardoso.pdf)>. Acesso em: 30 dez. 2015.

CARDOSO, Marcela Berrio. **Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas** (Graduação em Arquitetura) – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

CARLINI, Elisaldo Araújo et al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **IMESC**, São Paulo, n. 3, p. 9-35, 2001. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/imesc/rev3.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

CARNEIRO, Henrique. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUCMinas, 2005.

CARVALHO, Laís; SILVA, Débora. Arquitetura do cuidado em saúde mental: o CAPS AD. In: **Revista Ambiente Hospitalar**, n. 9, 2012, p. 21-32. Disponível em: <http://www.abdeh.org.br/revista_9/>. Acesso em: 8 dez. 2013.

CASTRO, Luís André Pianco de Góes e. Opioides. In: DIEHL, Alessandra et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 189-80.

CAVALCANTE, Sylvia; MACIEL, Regina Heloisa. Métodos de Avaliação da percepção ambiental. In: PINHEIRO, José de Queiroz; GÜNTHER, Hartmut (Org.). **Métodos de pesquisa nos estudos pessoa ambiente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p. 149-180.

CAVALCANTI, Patrícia Biasi. **A humanização de unidades clínicas de hospital-dia: vivência e apropriação pelos usuários**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências em Arquitetura) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/333670-A-humanizacao-de-unidades-clinicas-de-hospital-dia-vivencia-e-apropriacao-pelos-usuarios-patricia-biasi-cavalcanti.html>>. Acesso em: 30 out. 2015.

CORDEIRO, Daniel Cruz. Alucinógenos. In: DIEHL, Alessandra et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 208-220.

DILANI, Alan. Psychosocially supportive design: as a theory and model to promote health. In: **World Congress and Exhibition for Design and Health (WCDH)**, Suécia, 2005. Disponível em: <<http://www.designandhealth.com/health-promotion-design-1>>. Acesso em: 7 mar. 2016.

DUARTE, Cristiane; PINHEIRO, Ethel. Imagine uma tarde chuvosa... pesquisas sobre ambiência, alteridade e afeto. In: VI **Projetar: o projeto como instrumento para a materialização da arquitetura - ensino, pesquisa e prática**, 2013, Salvador. **Anais do VI Projetar: o projeto como instrumento para a materialização da arquitetura**. Salvador: Gráfica Press Color - FAUFBA, 2013. v. 1. p. 40-50. Disponível em:

<<http://projedata.grupoprojetar.ufrn.br/dspace/bitstream/123456789/1759/1/CE04.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2016.

ELALI, Gleice Azambuja. Relações entre comportamento humano e ambiências: uma reflexão com base na Psicologia Ambiental. In: Colóquio Internacional Ambiências compartilhadas: cultura, corpo e linguagem, Rio de Janeiro, 2009. In: **Anais do Colóquio Internacional Ambiências Compartilhadas**. Rio de Janeiro: ProArq - UFRJ, 2009. v. 1. p. 1-17. Disponível em: <<http://0602.nccdn.net/000/000/04e/cb0/Artigo-GLEICE-ELALI-FULL.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

FARIA, Jeovane Gomes de; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia e Sociedade**, v. 21, n. 3, 2009, p. 324-333. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a05v21n3.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

FERRER, Mario. **Manual da Arquitetura das internações hospitalares**. Rio de Janeiro: Rio Book's, 2012, p. 90-97.

FIOCRUZ. **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013a. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 30 set. 2013.

_____. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013b. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 30 set. 2013.

FISCHER, Gustave. **Psicologia social do ambiente**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

FONSECA, Ingrid Chagas da; PORTO, Maria Maia; CLARKE, Cynthia. Qualidade da luz e sua influência sobre o estado de ânimo do usuário. In: DEL RIO, V.; DUARTE, C.; RHEINGANTZ, P. **Projeto do Lugar**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002, p. 183-188.

FONSÊCA, Cícero José Barbosa da. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. In: **Psicologia e saberes**, v.1, n.1, 2012, p. 11-36. Disponível em: <[http://conselheiros6.nute.ufsc.br/ebook/medias/pdf/redução de danos uma proposta ética.compressed.pdf](http://conselheiros6.nute.ufsc.br/ebook/medias/pdf/redução%20de%20danos%20uma%20proposta%20ética.compressed.pdf)>. Acesso em: 5 maio 2015.

FONTES, Maria Paula Zambrano. **Imagens da arquitetura da saúde mental: um estudo sobre a requalificação dos espaços da Casa do Sol**, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/imagens_arquitetura_saude_mental.pdf>. Acesso em: 30 set. 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979.

FREIRE, Vítor Albuquerque. Chaves de leitura. In: _____. **Panóptico, vanguardista e ignorado**: o pavilhão de segurança do hospital Miguel Bombarda. Lisboa: Livros Horizonte, 2009, p. 29-38.

FREIRE, Vítor Albuquerque. **Panóptico, vanguardista e ignorado**: o pavilhão de segurança do hospital Miguel Bombarda. Lisboa: Livros Horizonte, 2009, p. 29-38.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

_____. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

GONÇALVES, Tatiane Santiago; NUNES, Marilene Rivany. Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad. **Perquirere**, v. 2, dez. 2014, p. 169-179. Disponível em:

<http://perquirere.unipam.edu.br/documents/23456/612187/Perfil+dos+++usu%C3%A1rios+do+c+entro+de+aten%C3%A7%C3%A3o+psicossocial+%C3%A1lcool+e++drogas+_+CAPS+AD.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2015.

GUELLI, Augusto; ZUCCHI, Paola. A influência do espaço físico na recuperação do paciente e os sistemas e instrumentos de avaliação. **RAS**, vol. 7, n. 27, abr-jun, 2005. Disponível em: <<http://www.bross.com.br/artigos/PaperRAS.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2016.

GÜNTHER, Hartmut. Como elaborar um questionário. In: PINHEIRO, José de Queiroz; GÜNTHER, Hartmut (Org.). **Métodos de pesquisa nos estudos pessoa ambiente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008a, p. 105-147.

GÜNTHER, Isolda de Araújo. O uso da entrevista na interação pessoa-ambiente. In: PINHEIRO, José de Queiroz; GÜNTHER, Hartmut (Org.). **Métodos de pesquisa nos estudos pessoa ambiente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008b, p. 53-74.

GÜNTHER, Hartmut; ELALI, Gleice A.; PINHEIRO, José P.. A abordagem multimétodos em estudos pessoa-ambiente: características, definições e implicações. In: PINHEIRO, José de Queiroz; GÜNTHER, Hartmut (Org.). **Métodos de pesquisa nos estudos pessoa ambiente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p. 369-396.

HALL, Edward. **A dimensão oculta**. Trad. Sônia Coutinho. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

HOWARD, Jan. Humanization and dehumanization of health care: a conceptual view. In: HOWARD, Jan; STRAUSS, Anselm. **Humanizing health care**. John Willey & Sons, 1975, p. 57-101.

INCA. **Tabagismo: um grande problema de saúde pública**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2015.

LAROUSSE Cultural. **Grande Enciclopédia**. São Paulo: Nova Cultural, 1998, p. 5724.

LEMOS, Tadeu; FONSECA, Vila Aparecida da Silva. Anfetaminas e metanfetaminas. In: DIEHL, Alessandra et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 200-207.

LOPES, Marco Antônio. Drogas: 5 mil anos de viagem. **Super Interessante**, São Paulo, n. 223, fev. 2006. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/ciencia/drogas-5-mil-anos-viagem-446230.shtml>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, mar. 2010, p. 17-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 out. 2015.

MACHADO, Ernani Simplício. **Relações entre ambientes externos e internos em centros de reabilitação motora**: um estudo na Associação de Assistência à Criança Deficiente de Nova Iguaçu-RJ. 2012. Tese (Doutorado em Ciências da Arquitetura) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.fau.ufrj.br/prologar/assets/tese-ernani-ufrj.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015.

MALKIN, J. **A Visual Reference for Evidence-Based Design**. Concord: The Center for Health Design, 2008.

MARCUS, Clare Cooper. Gardens and health. In: **World Congress and Exhibition for Design and Health (WCDH)**, Estados Unidos, 2000. Disponível em: <<http://www.designandhealth.com/the-effect-of-gardens-on-health-and-wellbeing-1>>. Acesso em: 7 mar. 2016.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 43-68. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2015.

MOLINA, Maria Carmen. Evolución histórica del consumo de drogas: concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. **International e-Journal of Criminal Sciences**, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.ehu.es/ojs/index.php/inecs/article/view/42/254>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

MOSER, Gabriel. Psicologia ambiental. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 1, p. 121-130, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X1998000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 7 jan. 2016.

MOTA, Leonardo de Araújo. **Pecado, crime ou doença?** Representações sociais da dependência química. 2008. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/1491/1/2008_TESE_LAMOTA.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2014.

MOURA, Laura Raso. Reversão e adaptação de uma edificação residencial para uma Clínica de Medicina Preventiva: dificuldades e possíveis soluções. **IPOG Especialize On Line**. Ed. n° 4. Belo Horizonte, 2012, p. 1-23. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/3464196-Reconversao-e-adaptacao-de-uma-edificacao-residencial-para-uma-clinica-de-medicina-preventiva-dificuldades-e-possiveis-solucoes.html>>. Acesso em: 22 out. 2015.

NIEL, Marcelo. Aspectos históricos sobre o uso de drogas. In: DIEHL, Alessandra et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p.139-142 (CD-ROM).

NIEMEYER, Maria Lygia; MOREIRA, Adriana; MORGADO, Claudio. Integração paisagística de barreiras. In: MARTINS, Ângela Maria; CARVALHO, Mirian de. (Org.). **Novas visões: Fundamentando o espaço arquitetônico e urbano**. 1ed. Rio de Janeiro: Book Link e PROARQ, 2001, v. 1, p. 155-164.

OKAMOTO, Jun. **Percepção ambiental e comportamento**. São Paulo: Plêiade, 1996.

OLIVEIRA, Beatriz Rosan Gonçalves; COLLET, Neusa; VIEIRA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 14, n. 2, Ribeirão Preto, 2006, p. 277-284. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2015.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 23 dez. 2015.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde); CICAD (Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas). **Normas de atención para el tratamiento de la dependencia de las drogas: una experiencia en las Américas**. Guías y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas. OPAS/CICAD, 1999. Disponível em: <http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/Normas/documentos.htm>. Acesso em: 4 maio 2015.

ORNSTEIN, Sheila Walbe. **Avaliação pós-ocupação (APO) do ambiente construído**. São Paulo: Studio Nobel: Editora da Universidade de São Paulo, 1992.

PECHMAN, Robert. **Cidades estreitamente vigiadas: o detetive e o urbanista**. 1999. Tese (Doutorado em História) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000182750>>. Acesso em: 20 maio 2014.

Pinheiro, José Q.; ELALI, Gleice A.; FERNANDES, Odara S.. Observando a interação pessoa-ambiente: vestígios ambientais e mapeamento comportamental. In: PINHEIRO, José de Queiroz; GÜNTHER, Hartmut (Org.). **Métodos de pesquisa nos estudos pessoa ambiente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p. 75-104.

PITTA, Ana (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. Hucitec: São Paulo, 2001.

RESENDE, Beatriz (Org.). **Cocaína: literatura e outros companheiros de ilusão**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.

RHEINGANTZ, Paulo Afonso et al. **Observando a qualidade do lugar: procedimentos para a avaliação pós-ocupação**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Pós-graduação em Arquitetura, 2009. Disponível em: <https://fenix.tecnico.ulisboa.pt/downloadFile/3779578828566/observando_a_qualidade_do_lugar.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface**, v. 19, Botucatu, 2015, p. 515-526. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0515.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, 2004, p. 92-99. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009, p. 7-26. Disponível em: <http://pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/CAMINHOS_DA_HUMANIZACAO_NA_SAUDE.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2015.

RODRIGUES, Helena da Silva et al. Matriz de descobertas: uma ferramenta para avaliação pós-ocupação. In: XI Encontro Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído, 2006, Florianópolis. **Anais do XI Encontro Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído**, Florianópolis, 2006, p. 1299-1308. Disponível em: <http://www.infohab.org.br/entac2014/2006/artigos/ENTAC2006_1299_1308.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico: um esboço histórico. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUCMinas, 2005.

SAITO, Danielle Yuri Takauti et al. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 175-183, mar., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100021&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 30 dez. 2015.

SCHENKER, Miriam. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

SCHMID, Aloísio Leoni. **A ideia de conforto**: reflexões sobre o ambiente construído. Curitiba: Pacto Ambiental, 2005.

SCHWEITZER, Marc; GILPIN, Laura; FRAMPTON, Susan. Healing spaces: elements of environmental design that make an impacto on health. **The Journal of alternative and complementary medicine**, v. 10, 2004, p. 71-83. Disponível em: <<https://www.samueliinstitute.org/File%20Library/Knowledge%20Center/Publications/Sweitzer-Gilpin-and-Frampton.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2016.

SILVA, L. C.; ELY, V. H. M. B. Métodos para o estudo do sistema humano x ambiente em enfermaria de hospital psiquiátrico. In: **NUTAU - Núcleo de Pesquisa em Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo**, 2008, São Paulo. NUTAU 2008. Disponível em: <<http://www.usp.br/nutau/CD/106.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

SOARES, Luis Eduardo et al. **Cabeça de porco**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

SOMMER, Barbara; SOMMER, Robert. **A practical guide to behavioral research**: tools and techniques. New York: Oxford University Press, 1997.

SOMMER, Robert. **Espaço pessoal**: as bases comportamentais de projetos e planejamentos. São Paulo: Pedagógica Universitária, 1973.

SOUSA, Gardênia Machado; SILVA, Liana Dantas da Costa; MOURA, Paula Taíde Vilarinho. Perfil de usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas: possíveis relações entre comorbidades e álcool. **Revista Interdisciplinar**, v. 5, 2012, p. 9-14. Disponível em: <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n2/pesquisa/p1_v5n2.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2015.

THIBAUD, Jean-Paul. O devir ambiente do mundo urbano. **REDOBRA**, n. 9, ano 3, 2012, p. 30-36. Disponível em: <http://www.redobra.ufba.br/wp-content/uploads/2012/04/redobra9_O-devir-ambiente-do-mundo-urbano.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2016.

TOLEDO, Luiz Carlos. **Feitos para curar**: arquitetura hospitalar e processos projetuais no Brasil. 2002. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em:

<http://www.fau.ufrj.br/prologar/assets/1_dissert_toledo_2002_compactado.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. **Feitos para curar:** a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar. 2008. Tese (Doutorado em Ciências da Arquitetura) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.fau.ufrj.br/prologar/assets/tese_toledo.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

TUAN, Yi-fu. **Topofilia:** um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. Trad. Livia de Oliveira. São Paulo/Rio de Janeiro: Difel, 1980.

_____. **Espaço e lugar:** a perspectiva da experiência. Trad. Livia de Oliveira. São Paulo: Difel, 1983.

ULRICH, Roger S. et al. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. **Journal of Environmental Psychology**, v. 11, 1991, p. 201-230. Disponível em: <<http://www.mdpi.com/1660-4601/7/3/1036/pdf>>. Acesso em: 31 dez. 2015.

ULRICH, Roger S. How design impacts wellness. In: **Healthcare Forum Journal**, set./out. 1992, p. 20-25. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/publication/13177406>>. Acesso em: 31 dez. 2015.

_____. Evidence Based Healthcare Design. In: WAGENAAR, Cor (Ed.) **The architecture of hospitals**. Rotterdam: NAI Publishers, 2006.

VERDERBER, S.; FINE, D. J. **Healthcare Architecture:** in an era of radical transformation. New Haven and London: Yale University Press, 2002. p. 3-15.

VIDAL, Tomeu Moranta; POL, Enric Urrútia. La apropiación del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares. **Anuário de Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Barcelona**, v. 36, n. 3, 2005, p. 281-297. Disponível em: <<http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61819/81003>>. Acesso em: 7 jan. 2016.

WAGENAAR, Cor. Five revolutions: a short history of hospital architecture. In: WAGENAAR, Cor (Ed.) **The architecture of hospitals**. Rotterdam: NAI Publishers, 2006.

XIBERRAS, Martine. **A sociedade intoxicada**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

ZUARDI, Antonio Waldo; CRIPPA, José Alexandre de Souza. Maconha. In: DIEHL, Alessandra et al. **Dependência química:** prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 161-169.

Anexo 1 – Autorização da Superintendência de Saúde Mental da Prefeitura do Rio de Janeiro



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Evaristo da Veiga, 16 – sobreloja – Centro
Rio de Janeiro. CEP: 20.031-040
Tel: (21) 2215-1485

Comitê de Ética em Pesquisa/SMS-RJ

Termo de Autorização da Superintendência de Saúde Mental

Autorizo o pesquisador CAMILA MENDES MARTORELLI, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado HUMANIZAÇÃO EM ARQUITETURA COMO SUPORTE NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde CAPS AD III MIRIAM MAKEBA como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pela Direção da Unidade e por este CEP/SMS-RJ.

Rio de Janeiro, 14 / 09 / 15.

Camila Mendes Martorelli

Assinatura do Pesquisador Responsável

Hilgo Marques Fagundes Junior
Superintendente de Saúde Mental
Matr. 11/225.988-5
SUBHUE/SSM

Assinatura e Carimbo do Responsável pelos Projetos na Área da Saúde Mental

**Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino
Fraga Filho da UFRJ**

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Humanização em arquitetura como suporte no tratamento da dependência química: afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Pesquisador: CAMILA MENDES MARTORELLI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50468615.0.0000.5257

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.364.550

Apresentação do Projeto:

Protocolo 289-15 do grupo III. Respostas recebidas em 2.12.2015.

Introdução:

A história do consumo de drogas esteve presente na própria história da humanidade e, embora o discurso atual seja o da abstinência, não houve período em que o homem tivesse abandonado o consumo dessas substâncias (MOTA, 2008). O problema na atualidade são os números alarmantes de consumidores. No Brasil, por exemplo, há cerca de um milhão de usuários de drogas ilícitas, com exceção da maconha, sendo trezentos e setenta mil usuários de crack (FIOCRUZ, 2013a). Esse comportamento desviante, daqueles que infringem regras estabelecidas pela sociedade e estão sujeitos a avaliações morais por parte tanto dos grupos legitimados que construíram as normas, quanto dos grupos que as ratificam (BECKER, 2008), tem fugido do controle das autoridades e, atualmente, o enfrentamento dessa problemática constitui uma demanda mundial. Entretanto, ações políticas eficazes, que devem basear-se tanto na prevenção quanto no tratamento, podem reduzir o nível de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas que são vivenciados pela sociedade e que se relacionam, também, aos índices de violência de uma determinada região.

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
((HUCFF/ UFRJ))



Continuação do Parecer: 1.364.550

Atualmente, esse problema insere-se na área da psiquiatria e o dependente ganhou status de doente mental. Isso se deve à ampliação das fronteiras do saber psiquiátrico – tendência dos últimos tempos – que passou a encarar certos conflitos sociais sob uma ótica médica. "[...] a psiquiatria transformou-se no espaço de saber privilegiado para garantir a defesa das sociedades de qualquer fato que possa representar uma ameaça à ordem interior, seja o crime, seja o alcoolismo, a loucura ou a degeneração da raça. [...] O campo de ação dessa psiquiatria ampliada refere-se fundamentalmente às populações, e sua tarefa principal será a de antecipar e administrar as diversas formas de manifestação da loucura que podem vir a afetar, mais cedo ou mais tarde, a ordem social" (CAPONI, 2012, p. 16)". O atual paradigma do cuidado em saúde mental consiste na desinstitucionalização e no tratamento centrado no paciente, que visa à convivência familiar e à integração do indivíduo com o meio social. Essa foi uma conquista do movimento da Reforma Psiquiátrica, que lutou pelo fim do modelo hospitalocêntrico e assegurou o direito à cidadania dos pacientes e à saúde integral (AMARANTE, 1995), que hoje vai além da ausência de doença, estando relacionada também à qualidade de vida.

A Reforma Psiquiátrica acabou por originar também o movimento de humanização da assistência hospitalar que, segundo Verderber e Fine (2002), preconiza os seguintes aspectos: o reconhecimento do valor inerente ao ser humano; a visão de que cada ser é único e insubstituível; a abordagem holística do ser; o incentivo à liberdade de ação e de escolha; a promoção da igualdade de status e acesso ao sistema; o compartilhamento das decisões e responsabilidades; o estabelecimento da empatia entre profissional e usuário; e valorização dos efeitos positivos da interação e do envolvimento emocional.

A defesa da desinstitucionalização partiu da área da psiquiatria, devido aos casos de maus tratos e condições precárias de atendimento nos antigos manicômios, mas trouxe mudanças para a área da saúde em geral. O reconhecimento da cidadania e da individualidade dos pacientes, que passam a ser reconhecidos como pessoa e deixam de ser apenas a representação de sua doença, origina o anseio pela humanização do tratamento e, também, de seus respectivos espaços. Hoje o termo humanização é largamente empregado na área da saúde para remeter ao cuidado centrado no paciente, proporcionando um atendimento de qualidade e individualizado. Esse movimento partiu do reconhecimento das necessidades psicológicas dos pacientes, e não apenas das biológicas e fisiológicas (ULRICH, 2006). Somente foi possível pensar em humanização a partir de reflexões sobre a desumanização do tratamento na área da saúde que, segundo Howard (1975), está associada a diversas situações

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 1.364.550

vivenciadas frequentemente nos hospitais, tais como: pacientes sendo tratados como objeto e não como sujeitos; pacientes servindo de cobaias para tratamentos experimentais altamente agressivos; pacientes submetidos ao isolamento ou abandono; pacientes sob cuidados abaixo do padrão; frieza e falta de acolhimento dos profissionais para com os pacientes; e, entre outros, ambientes hospitalares estáticos e estéreis, cuja preocupação se dá apenas com a funcionalidade e a assepsia dos espaços, esquecendo-se a importância da ambiência e do caráter afetivo do Lugar (TUAN, 1983). Em arquitetura, o trabalho de humanização em EAS (Estabelecimentos Assistenciais de Saúde) está voltado para aspectos ambientais que promovam o bem-estar psicológico dos pacientes, com o intuito de influenciar positivamente seu processo terapêutico, e dos profissionais, que acabam por desenvolver, também, práticas profissionais mais humanizadas. Essa preocupação com aspectos ambientais reflete-se no uso adequado das cores, na integração com áreas verdes, na busca por conforto acústico, térmico e lumínico e no empenho em proporcionar ambientes que promovam uma ambiência afetiva e acolhedora. Quanto ao tratamento de dependentes químicos, na rede pública brasileira este consiste em internação de até quatorze dias, quando necessário, e tratamento ambulatorial em CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) – unidades estratégicas da Rede da Atenção Psicossocial que oferecem serviços de saúde de caráter aberto e comunitário – por meio de acompanhamento clínico, incentivo ao convívio familiar e serviços terapêuticos, visando à reinserção social (BRASIL, 2013c). Nos casos de internação, estas se dão em leitos reservados em hospitais gerais ou em CAPS AD III (CAPS AD 24 horas). Após a internação, caso o paciente seja um usuário em situação de rua, o mesmo é encaminhado para uma UAA (Unidade de Acolhimento Adulto), que oferece abrigo de caráter transitório e apoio profissional, visando à reinserção social dos residentes. Essas instituições, em sua maioria, funcionam em edificações adaptadas, ou seja, espaços que talvez não atendam às necessidades do novo uso, podendo apresentar problemas tanto quanto a aspectos funcionais, quanto com relação à humanização do ambiente hospitalar. Verifica-se que ainda há uma lacuna relacionada à investigação das características desses ambientes, justificando-se, assim, a importância de pesquisas que visem levantar as especificidades espaciais dessas instituições e as necessidades de seus usuários, contribuindo com o planejamento de futuros projetos e reformas de instituições voltadas ao tratamento da toxicomania, de maneira que a arquitetura possa contribuir nos processos de cura e de reinserção dos pacientes. Esse é o objetivo do presente trabalho, que se embasará em

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 1.364.550

conceitos que tratam da interação usuário-ambiente e de preceitos da humanização em arquitetura e, a partir da realização de um estudo de caso em um CAPS AD da cidade do Rio de Janeiro, irá verificar quais os atributos espaciais que são relevantes para a qualidade do lugar dessas instituições. De acordo com o número de habitantes do município de implantação, os CAPS AD classificam-se em: CAPS AD I (até 80 mil), CAPS AD II (entre 80 e 200 mil) e CAPS AD III (acima de 200 mil – atendimento 24 horas). Por sua maior complexidade, optou-se pela escolha de um CAPS AD III para o estudo de caso deste trabalho, sendo escolhido, dentre os quatro existentes até o presente momento na cidade do Rio de Janeiro, o CAPS AD III Miriam Makeba, situado no bairro de Bonsucesso, pela maior facilidade de acesso do pesquisador à instituição.

Hipótese:

O conceito Healing Environment corresponde a uma ideia mais ampla de atenção à saúde, onde o espaço influencia e contribui no processo de cura. Entende-se que, além das práticas médicas, outra variável a ser considerada na busca pela excelência na atenção à saúde é o valor da percepção subjetiva do espaço físico e sua influência sobre os pacientes, acompanhantes e profissionais dos EAS. Esta influência positiva do espaço na

recuperação dos pacientes vem sendo documentada em estudos publicados pelo Center of Health Design, uma organização norte-americana sem fins lucrativos focada na pesquisa e promoção de boas práticas em saúde, promovendo o desenvolvimento de uma nova ciência chamada Projeto Baseado em Evidências (GUELLI, 2010). Diversos estudos relacionados a unidades de saúde comprovam a influência positiva do espaço na recuperação dos pacientes. Com relação a instituições psiquiátricas, Ferrer (2012, p. 91) afirma que “as condições de conforto térmico, acústico, luminoso e ergonômico devem ser as melhores, uma vez que podem ser coadjuvantes poderosos na ambiência terapêutica”. Como hipótese, supõe-se que, no caso específico de instituições voltadas ao tratamento da dependência química, a arquitetura desses espaços pode não apenas contribuir nos processos de cura, mas também no de reinserção social dos pacientes, aspecto particular das instituições voltadas à saúde mental que, neste ponto, em comparação às demais unidades de saúde, seriam mais complexas.

Metodologia Proposta:

Com relação à metodologia adotada, a pesquisa se desenvolverá em quatro etapas: 1) Objetivando um maior conhecimento do principal usuário das instituições de saúde foco deste trabalho, primeiramente abordar-se-á uma breve perspectiva histórica acerca do consumo de drogas no Brasil e no mundo, seguida por reflexões sobre a questão da estigmatização que o dependente

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 1.364.550

químico carrega aos olhos da sociedade. Serão apresentados, também, esclarecimentos sobre os tipos mais comuns de drogas, com o intuito de compreender melhor os efeitos dessas substâncias no organismo humano e as especificidades das crises de abstinência que os pacientes podem vir a sofrer dentro das instituições. Essa etapa se encerra com a definição do atual modelo de atendimento a dependentes químicos do governo federal. 2) Nesta etapa iniciam-se as questões relativas à arquitetura dos espaços para tratamento da dependência química. As discussões abordarão questões relacionadas à percepção ambiental e à humanização de ambientes de saúde. 3) Etapa de trabalho de campo: Observação, mapeamento e tratamento das informações e descobertas em campo. Aplicação de estudos de percepção ambiental relacionados com a compreensão das relações usuário-ambiente e de avaliação de desempenho do ambiente

construído, ou avaliação pós-ocupação (APO). 4) Redação do relatório final de pesquisa que deverá ser entregue à instituição que serviu como estudo de caso para essa pesquisa e desenvolvimento da dissertação de mestrado acadêmico que deverá ser submetida à avaliação do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (PROARQ/FAU/UFRJ). (Vide projeto em anexo para metodologia detalhada)

Critério de Inclusão:

Todas as pessoas que de algum modo convivam dentro da instituição analisada são importantes para a avaliação do ambiente, portanto, todos os usuários serão convidados a participar da pesquisa, desde que previamente autorizados pelo gestor da unidade, respeitando-se o limite imposto de sessenta participantes da pesquisa (vinte funcionários e quarenta pacientes).

Critério de Exclusão:

Serão excluídos da pesquisa pessoas que por algum motivo não queiram ou não possam participar das atividades propostas.

Metodologia de Análise de Dados:

Quanto à fase de análise dos resultados, esta se dará utilizando as seguintes ferramentas: Matriz de descobertas é um meio de representar graficamente informações obtidas a partir do cruzamento dos resultados obtidos com a aplicação das diversas ferramentas de avaliação do ambiente construído. É uma ferramenta que surgiu diante da dificuldade de registro do volume das informações produzidas no trabalho de campo

(RHEINGANTZ et al, 2009, p.91). Matriz de Recomendações é um instrumento semelhante à matriz de descobertas, onde as recomendações, resultantes do olhar do pesquisador e dos informativos de satisfação dos usuários, são apresentadas por meio de tabelas, diagramas ou outros recursos gráficos.

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-46

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 21.941-913

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-2480

Fax: (21)3938-2481

E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 1.364.550

Desfecho Primário:

Espera-se que o trabalho possa contribuir com a melhora dos espaços para atendimento especializado ao usuário de drogas, trazendo maior concretude às discussões e à montagem de cenários para a idealização de um componente da Rede de Atenção Psicossocial que, de fato, proporcione atenção integral e contínua aos seus pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar, com base nos preceitos de humanização do ambiente hospitalar, quais as especificidades arquitetônicas que uma instituição para tratamento da dependência química deve apresentar para que o espaço possa contribuir nos processos de cura e reinserção social dos pacientes.

Objetivo Secundário:

Os objetivos secundários são: investigar a qualidade e a adequação do espaço arquitetônico do CAPS AD utilizado como estudo de caso; verificar as relações de afetividade e de apropriação dos espaços por seus usuários participantes da pesquisa (pacientes e funcionários); e elaborar recomendações e diretrizes projetuais de maneira a contribuir com o planejamento de futuros projetos e reformas de instituições voltadas ao tratamento da dependência química.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador:

Riscos:

Não há riscos previstos ou os riscos são mínimos, pois trata-se de uma pesquisa qualitativa que inclui ferramentas que pretendem avaliar o nível de satisfação dos usuários em relação aos espaços estudados. Os riscos são semelhantes ao de atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Os integrantes da pesquisa comprometem-se com o mínimo de danos e riscos, sejam eles individuais ou coletivos. Ressalta-se que o participante da pesquisa terá total autonomia para responder ou não às perguntas, assim como será assegurado a sua vontade de contribuir e permanecer na pesquisa por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida.

Benefícios:

Contribuir para a melhora dos espaços de instituições de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Serão realizadas visitas em um CAPS AD III da cidade do Rio de Janeiro para análise de seus

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 1.364.550

espaços arquitetônicos por meio de observação local e de aplicação de entrevistas semi-estruturadas, questionários, mapa mental e poema dos desejos com funcionários e pacientes da instituição, convidados a participar da pesquisa, com o objetivo de identificar suas percepções acerca do espaço físico da unidade de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item “Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações”.

Recomendações:

Vide item “Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Em todos os documentos do protocolo, deve-se substituir as palavras "integrante de pesquisa" e "paciente" por participantes de pesquisa. Solicita-se adequação.

Resposta:

- A carta de apresentação foi revisada, alterando-se os termos “pacientes e funcionários” (8ª linha) e “integrantes da pesquisa” (11ª linha) para o termo “participantes da pesquisa”.
- O cronograma foi revisado, alterando-se o termo “pacientes” (7ª linha da etapa 1) para o termo “participantes da pesquisa”. As datas do cronograma também sofreram alteração, em função das pendências emitidas pelo CEP/HUCFF/FM/UFRJ e, por consequência, do maior prazo para obtenção da aprovação pelo respectivo CEP.
- O orçamento foi revisado, alterando-se os termos “pacientes” e “profissionais” (1ª linha) para o termo “participantes da pesquisa”.
- O projeto de pesquisa foi revisado, alterando-se os termos “pacientes” e “funcionários” (2ª linha do 5º parágrafo da página 10 e 4ª linha do 1º parágrafo da página 11) para o termo “participantes da pesquisa”.

Análise: pendência atendida

Consideração 2 do parecer do CEP/HUCFF/FM/UFRJ (quanto ao projeto):

Resposta:

O título anterior era “Humanização em arquitetura como suporte no tratamento da dependência química: afetividade e apropriação por usuários de um CAPS AD” e foi alterado para “Humanização em arquitetura como suporte no tratamento da dependência química: afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas”. Por conta dessa alteração, todos os demais documentos em que constava o título foram corrigidos (4ª linha da carta de

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 1.364.550

apresentação; rodapé do cronograma; rodapé do documento com currículo dos pesquisadores; 4ª linha da declaração de custos; rodapé do modelo da entrevista; rodapé do modelo do mapa mental; rodapé do modelo do poema dos desejos; rodapé do modelo do questionário; rodapé do orçamento; primeira linha do TCLE e na folha de rosto).

Análise: pendência atendida

2.2. No arquivo intitulado Informações Básicas, no item Risco, lê-se: "Nenhuma maleficência". Solicita-se adequação.

Resposta:

Atualmente, no item Risco, lê-se: "Não há riscos previstos ou os riscos são mínimos, pois trata-se de uma pesquisa qualitativa que inclui ferramentas que pretendem avaliar o nível de satisfação dos usuários em relação aos espaços estudados. Os riscos são semelhantes ao de atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Os integrantes da pesquisa comprometem-se com o mínimo de danos e riscos, sejam eles individuais ou coletivos. Ressalta-se que o participante da pesquisa terá total autonomia para responder ou não às perguntas, assim como será assegurado a sua vontade de contribuir e permanecer na pesquisa por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida."

Análise: pendência atendida

Consideração 3 do parecer do CEP/HUCFF/FM/UFRJ (quanto ao TCLE):

3. Segundo a Res CNS n. 466 de 2012, item II.23 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em LINGUAGEM CLARA E OBJETIVA (grifo nosso), de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar. Diante do exposto, solicita-se esclarecimento, pois os textos dos três TCLEs são similares e dirigidos a participantes de pesquisa com diversos graus de cognição (p.ex. pacientes, funcionário da limpeza, etc.).

Resposta:

Todos os TCLEs foram revisados, de maneira a explicar a pesquisa da forma mais clara possível. Termos e expressões mais formais foram substituídos por termos e expressões coloquiais e de fácil entendimento, principalmente no TCLE dos pacientes. O TCLE destinado aos profissionais foi revisado, agora com linguagem acessível a todos, mas continua destinado a funcionários em geral (sejam eles funcionários da limpeza, médicos ou outros), pois há receio de que funcionários

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-46

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 1.364.550

possam sentir-se discriminados por sua formação acadêmica ou cargo na instituição caso o TCLE seja também diferenciado dentro da especificidade dos profissionais.

Análise: pendência atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n.º 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos. Esses relatórios devem conter informações detalhadas nos moldes do relatório final contido no Ofício Circular n. 062/2011:

<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/conep/relatorio_final_encerramento.pdf>

2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_486025.pdf	02/12/2015 15:24:39		Aceito
Outros	MODELO_QUESTIONARIO_R1.doc	02/12/2015 15:21:02	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Outros	MODELO_POEMA_DOS_DESEJOS_R1.doc	02/12/2015 15:20:39	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Outros	MODELO_MAPA_MENTAL_R1.doc	02/12/2015 15:20:07	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Outros	MODELO_ENTREVISTA_R1.doc	02/12/2015 15:19:45	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Outros	LISTA_DE_DOCUMENTOS_ANEXADOS_R1.doc	02/12/2015 15:19:22	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_CUSTOS_R1.pdf	02/12/2015 15:18:31	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_CUSTOS_R1.doc	02/12/2015 15:17:39	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Outros	CURRICULO_DOS_PESQUISADORES_R1.doc	02/12/2015 15:17:09	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Outros	CARTA_DE_APRESENTACAO_R1.pdf	02/12/2015 15:16:25	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Outros	CARTA_DE_APRESENTACAO_R1.doc	02/12/2015	CAMILA MENDES	Aceito

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255 Sala 01D-46

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481

E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 1.364.550

Outros	CARTA_DE_APRESENTACAO_R1.doc	15:15:32	MARTORELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS_R1.doc	02/12/2015 15:12:35	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTES_R1.doc	02/12/2015 15:12:06	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DIRETOR_R1.doc	02/12/2015 15:11:43	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_RESPOSTA.doc	02/12/2015 15:11:15	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_R1.doc	02/12/2015 15:10:46	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_R1.doc	02/12/2015 15:10:26	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_R1.doc	02/12/2015 15:09:14	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_R1.pdf	02/12/2015 15:03:58	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_SMS.doc	27/10/2015 12:29:50	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_SMS.pdf	19/10/2015 01:33:18	CAMILA MENDES MARTORELLI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Carlos Alberto Guimarães
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do diretor



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROARQ – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Versão 05/02/2016

Olá! Gostaria de convidá-lo a participar, por livre e espontânea vontade, da pesquisa **"Humanização em arquitetura como suporte no tratamento da dependência química: afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas"**. Trata-se de uma pesquisa relacionada ao mestrado acadêmico desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (PROARQ) da UFRJ, sob a orientação da Professora Giselle Arteiro Nielsen Azevedo. O motivo que nos leva a fazer esta pesquisa é descobrir a qualidade dos ambientes de uma instituição para tratamento da dependência química. Com esta pesquisa podemos propor recomendações de melhoria e orientar novos projetos de edifícios de instituições do mesmo tipo. Aplicaremos a você entrevista individual ou coletiva, com duração de cerca de 15 minutos, com perguntas sobre a rotina de atividades da instituição e sobre os espaços da mesma. A entrevista poderá ser gravada para guarda do material, mantendo-se o anonimato do entrevistado. Haverá também aplicação de questionário com duração de cerca de 10 minutos contendo perguntas sobre as características ambientais da instituição. E, por último, aplicaremos outras duas ferramentas para completarmos a avaliação dos ambientes, com duração de cerca de 15 minutos cada, nas quais você responderá, por meio de textos ou desenhos, duas perguntas sobre os espaços do CAPS AD III Miriam Makeba.

Não são previstas despesas e este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem garantido o direito a ressarcimento ou indenização no caso de qualquer dano que possa ser gerado pela pesquisa. Também não há benefício direto ao participante, embora ao participar você estará ajudando na melhoria dos espaços de CAPS AD construídos ou reformados futuramente. Em qualquer momento você pode recusar-se a responder as perguntas que ocasionem mal-estar de qualquer natureza. Se você tiver qualquer consideração ou dúvida, ou mesmo se quiser ser informado a respeito dos resultados do trabalho, ou ainda retirar seu consentimento na participação desta pesquisa, pode entrar em contato, em qualquer etapa do estudo, com o pesquisador responsável (Camila Mendes Martorelli – tel. 21. 98237-9489 ou pelo e-mail: camila-martorelli@hotmail.com) e com o orientador da pesquisa (Giselle Arteiro Nielsen Azevedo – tel. 21. 3938-1661 ou pelo e-mail: gisellearteiro@globocom). Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ (Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, nº 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão – Sala 01D-46/1º andar – tel. 21.3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas, ou pelo e-mail: cep@hucff.ufrj.br) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Rua Evaristo da Veiga, nº 16 – Sobreloja – Centro – RJ – tel. 2215-1485 ou pelo e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos participantes de pesquisas. Esse comitê tem a função de avaliar os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos.

Em razão de seu cargo na instituição, não será possível garantir seu anonimato quando a pesquisa for publicada.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. **Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Eu receberei uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROARQ – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura

Eu discuti com a pesquisadora Camila Mendes Martorelli, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que não haverá nenhuma forma de pagamento pela minha participação, que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso ao andamento da pesquisa e informações coletadas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos nesta Instituição. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Nome do Participante da Pesquisa

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do representante legal

Data: ____/____/____

Assinatura do representante legal

Nome do Pesquisador Responsável

Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos funcionários



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROARQ – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Versão 05/02/2016

Olá! Gostaria de convidá-lo a participar, por livre e espontânea vontade, da pesquisa "**Humanização em arquitetura como suporte no tratamento da dependência química: afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**". Trata-se de uma pesquisa relacionada ao mestrado acadêmico desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (PROARQ) da UFRJ, sob a orientação da Professora Giselle Arteiro Nielsen Azevedo. O motivo que nos leva a fazer esta pesquisa é descobrir a qualidade dos ambientes de uma instituição para tratamento da dependência química. Com esta pesquisa podemos propor recomendações de melhoria e orientar novos projetos de edifícios de instituições do mesmo tipo. Aplicaremos a você entrevista individual ou coletiva, com duração de cerca de 15 minutos, com perguntas sobre a rotina de atividades da instituição e sobre os espaços da mesma. A entrevista poderá ser gravada para guarda do material, mantendo-se o anonimato do entrevistado. Haverá também aplicação de questionário com duração de cerca de 10 minutos contendo perguntas sobre as características ambientais da instituição. E, por último, aplicaremos outras duas ferramentas para completarmos a avaliação dos ambientes, com duração de cerca de 15 minutos cada, nas quais você responderá, por meio de textos ou desenhos, duas perguntas sobre os espaços do CAPS AD III Miriam Makeba.

Não são previstas despesas e este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem garantido o direito a ressarcimento ou indenização no caso de qualquer dano que possa ser gerado pela pesquisa. Também não há benefício direto ao participante, embora ao participar você estará ajudando na melhoria dos espaços de CAPS AD construídos ou reformados futuramente. Em qualquer momento você pode recusar-se a responder as perguntas que ocasionem mal-estar de qualquer natureza. Se você tiver qualquer consideração ou dúvida, ou mesmo se quiser ser informado a respeito dos resultados do trabalho, ou ainda retirar seu consentimento na participação desta pesquisa, pode entrar em contato, em qualquer etapa do estudo, com o pesquisador responsável (Camila Mendes Martorelli – tel. 21. 98237-9489 ou pelo e-mail: camila-martorelli@hotmail.com) e com o orientador da pesquisa (Giselle Arteiro Nielsen Azevedo – tel. 21. 3938-1661 ou pelo e-mail: gisellearteiro@globocom). Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFFQFRJ (Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, nº 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão – Sala 01D-46/1º andar – tel. 21.3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas, ou pelo e-mail: cep@hucff.ufrj.br) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Rua Evaristo da Veiga, nº 16 – Sobreloja – Centro – RJ – tel. 2215-1485 ou pelo e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos participantes de pesquisas. Esse comitê tem a função de avaliar os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros usuários da edificação, não sendo divulgada a identificação de nenhum usuário. Desta maneira, não há necessidade de preencher seu nome em nenhuma folha de resposta.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. **Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Eu receberei uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROARQ – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura

Eu discuti com a pesquisadora Camila Mendes Martorelli, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que não haverá nenhuma forma de pagamento pela minha participação, que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso ao andamento da pesquisa e informações coletadas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos nesta instituição. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Nome do Participante da Pesquisa

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do representante legal

Data: ____/____/____

Assinatura do representante legal

Nome do Pesquisador Responsável

Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pacientes



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROARQ – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Versão 05/02/2016

Olá! Gostaria de convidá-lo a participar, por livre e espontânea vontade, da pesquisa "**Humanização em arquitetura como suporte no tratamento da dependência química: afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**". Trata-se de uma pesquisa relacionada ao mestrado acadêmico desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (PROARQ) da UFRJ, sob a orientação da Professora Giselle Arteiro Nielsen Azevedo. O motivo que nos leva a fazer esta pesquisa é descobrir a qualidade dos ambientes de uma instituição para tratamento da dependência química, ou seja, o que os seus espaços tem de bom e ruim. Com esta pesquisa podemos sugerir recomendações de melhoria e ajudar na construção de novas instituições do mesmo tipo. Sua participação na pesquisa será da seguinte maneira: você responderá, por meio de textos ou desenhos, duas perguntas sobre os espaços do CAPS AD III Miriam Makeba. Essas perguntas são ferramentas usadas para avaliarmos a qualidade dos espaços. A primeira pergunta é para descobrirmos o que o CAPS AD representa para você e a segunda pergunta é para descobrirmos como você gostaria que ele fosse. Para responder cada pergunta você levará cerca de 15 minutos.

Você não terá nenhum tipo de **gasto** ou lucro financeiro ao participar da pesquisa. O benefício que você terá ao participar é poder ajudar na melhoria dos espaços de CAPS AD construídos ou reformados futuramente. Este estudo apresenta risco mínimo, ou seja, o mesmo risco que você corre ao conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem garantido o direito a ressarcimento ou indenização no caso de qualquer dano que possa ser gerado pela pesquisa. Em qualquer momento você pode se recusar a responder as perguntas, caso sinta-se desconfortável por qualquer motivo. Se você tiver qualquer consideração ou dúvida, ou mesmo se quiser ser informado a respeito dos resultados da pesquisa, ou ainda desistir e proibir sua participação nesta pesquisa, pode entrar em contato, em qualquer etapa do estudo, com o pesquisador responsável (Camila Mendes Martorelli – tel. 21. 98237-9489 ou pelo e-mail: camila-martorelli@hotmail.com) e com o orientador da pesquisa (Giselle Arteiro Nielsen Azevedo – tel. 21. 3938-1661 ou pelo e-mail: gisellearteiro@globocom). Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFFQUFRJ (Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, nº 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão – Sala 01D-46/1º andar – tel. 21.3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas, ou pelo e-mail: cep@hucff.ufrj.br) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Rua Evaristo da Veiga, nº 16 – Sobreloja – Centro – RJ – tel. 2215-1485 ou pelo e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos participantes de pesquisas. Esse comitê tem a função de avaliar os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos.

As informações obtidas com a sua participação serão analisadas juntamente com as de outros participantes, não sendo divulgado o nome ou nenhuma identificação de nenhum participante. Desta maneira, não há necessidade de preencher seu nome em nenhuma folha de resposta. Você precisa apenas assinar este documento, autorizando a sua participação na pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. **Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Eu receberei uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa.**

Eu discuti com a pesquisadora Camila Mendes Martorelli, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROARQ – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura

realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de segredo da identidade e de esclarecimentos a qualquer hora. Ficou claro também que não haverá nenhuma forma de pagamento pela minha participação, que minha participação não gera despesas e que tenho garantia de acesso ao andamento da pesquisa e informações coletadas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos e sem a perda de atendimento nesta instituição ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Nome do Participante da Pesquisa

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do representante legal

Data: ____/____/____

Assinatura do representante legal

Nome do Pesquisador Responsável

Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Apêndice 4 – Roteiro base para entrevista semiestruturada

Entrevista semiestruturada (aplicada com funcionários do CAPSad)

- 1) Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? Qual sua escala/regime de horário? Qual seu cargo/função?
- 2) Comente sobre seu cotidiano na instituição (perguntar sobre tarefas, caso não sejam mencionadas):
- 3) Cite aspectos positivos e aspectos negativos acerca dos espaços da instituição:
- 4) Os ambientes da edificação atendem suas necessidades de trabalho? O que poderia melhorar?
- 5) Quanto ao mobiliário/equipamentos, o que você acha que é preciso melhorar ou que está faltando?
- 6) Qual o lugar que você mais gosta da instituição? Por quê?
- 7) Qual o lugar que você menos gosta da instituição? Por quê?
- 8) Você sente que faz parte desse lugar/possui laços de afetividade com o lugar? Por quê?
- 9) E sobre os pacientes, você acha que eles se sentem fazendo parte deste lugar/possuem laços de afetividade com o lugar? Por que?
- 10) Você acha que os pacientes têm livre acesso a todos os andares da instituição? Qual sua opinião sobre isso?
- 11) Quais os espaços que são mais importantes para o tratamento ofertado na instituição? Por que?
- 12) Quais os espaços que os pacientes mais gostam? Por quê?
- 13) Há casos de vandalismo nos ambientes da instituição (vidros quebrados, etc.) pelos pacientes? A que motivo você atribui esses casos?
- 14) Você acha que os pacientes ficam entediados ao longo do dia? Na sua opinião, quais as distrações positivas que poderiam ser implementadas na tentativa de solucionar isso?
- 15) Você acha que são necessárias as redes de proteção nas escada? Por quê?
- 16) Você acha que algum ambiente deveria ter área maior (considerando que alguns ambientes possuem área menor do que a Portaria nº 615, de abril de 2013, estipula como área mínima) para que as atividades pudessem ser atendidas de maneira mais adequada?
- 17) Quais os principais motivos que, na sua opinião, levam os pacientes a procurarem o CAPSad?
- 18) Imagine a seguinte situação: você passa em frente ao CAPSad III Miriam Makeba na época em que ele está prestes a ser inaugurado, mas ainda não consta placa de identificação. Que palpites a sobre o uso, considerando apenas sua fachada?

- 19) O que você pensa sobre o fato desse edifício ter sido adaptado para contemplar um outro uso em vez de ser projetado inicialmente para ser um CAPSad? A reforma atendeu às necessidades? Algo ficou faltando ou algum problema foi gerado por conta disso?
- 20) Você é a favor da existência de Unidades de Acolhimento (UA) anexas a CAPSad? Por quê?
- 21) Dê sugestões para a melhoria dos ambientes internos e externos da instituição:
- 22) Tem alguma observação a fazer/algo a acrescentar?

Entrevista semiestruturada (perguntas a mais para o diretor)

- 1) Quantos funcionários trabalham na instituição?
- 2) Qual a média diária ou mensal de pacientes atendidos?
- 3) Qual a diferença entre os pacientes que vêm para o atendimento, os que vem para convivência e os acolhidos?
- 4) Como se dão as ações da política de redução de danos na instituição?
- 5) Como é trabalhada a questão da reinserção social dos pacientes?
- 6) Quais as características dos pacientes ao iniciarem o tratamento na instituição?
- 7) Qual o perfil do público atendido na instituição?
- 8) Como se dá o controle de entrada e saída de pacientes? E quanto aos acolhidos?
- 9) Qual a capacidade máxima para acolhimento na instituição?
- 10) O CAPSad III Miriam Makeba tem algum tipo de relacionamento direto com outras unidades da rede pública de saúde? Como se dá?
- 11) Houve alguma mudança nos espaços desde a inauguração da instituição? Quais?
- 12) Parte dos adesivos que formam as frases motivacionais espalhadas pelas paredes instituição foi retirada. Foram os pacientes ou desgaste natural?
- 13) Nunca existiram espelhos nos banheiros ou eles foram retirados? Por quê?
- 14) Existe alguma razão para que os pacientes não utilizem o espaço do refeitório em horário integral?
- 15) Há alguma terapia/atividade/serviço que você acredita que seria importante para o tratamento dos pacientes e que não consegue realizar por ausência/deficiência de espaço na instituição? Explique:

Apêndice 5 – Questionário



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO PROARQ – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura

Esse questionário faz parte da avaliação de desempenho ambiental do CAPS AD III Miriam Makeba desenvolvida pelo Programa de Pós-graduação em Arquitetura da UFRJ.

SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE e irá contribuir com a identificação das necessidades arquitetônicas para os ambientes de CAPS AD, de maneira a auxiliar no planejamento de futuros projetos e reformas desse tipo de instituição.

Não há necessidade de identificação!

Para preenchimento do pesquisador:

Data: ___/___/___

Questionário n°: _____

Para preenchimento do respondente:

A) Numere, por ordem de importância, (ex: 1-mais importante; 2-segundo mais importante... 12-menos importante) os pontos que você considera mais importantes desta edificação:

- | | |
|-------------------------|---|
| () Aparência interna | () Exposição dos trabalhos produzidos nas oficinas |
| () Aparência externa | () Exposição de fotos de pacientes e funcionários |
| () Ventilação adequada | () Iluminação adequada |
| () Controle acústico | () Acessibilidade (para pessoas com deficiência) |
| () Segurança | () Manutenção |
| () Limpeza | () Outro (especificar: _____) |

B) Como você avalia o lugar onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho? **Especifique qual é o lugar e faça críticas, elogios e/ou dê sugestões** (se precisar, use o verso da folha):

Humanização em arquitetura como suporte no tratamento da dependência química:
afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROARQ – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura

C) Como você avalia os ambientes em geral da instituição? **Marque com um X:**

Descrição do item	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
1) Quanto ao tamanho					
2) Quanto à temperatura no verão					
3) Quanto à temperatura no inverno					
4) Quanto à qualidade do ar (odores/fumaça)					
5) Quanto ao isolamento de ruídos internos					
6) Quanto ao isolamento de ruídos externos					
7) Quanto à qualidade da iluminação natural					
8) Quanto à qualidade da iluminação artificial					
9) Quanto à privacidade dos funcionários					
10) Quanto à privacidade dos pacientes					
11) Quanto à adequação/conforto do mobiliário					
12) Quanto a local para guarda de seus pertences					
13) Quanto a local para guarda de pertences dos pacientes					
14) Quanto a ambientes de apoio (copa e banheiros)					
15) Quanto às circulações (corredores, escadas e elevador)					
16) Quanto à aparência de pisos, paredes e tetos					
17) Quanto à aparência externa do edifício					
18) Quanto ao uso de cores					
19) Quanto à integração interior-exterior do edifício					
20) Quanto à facilidade de contato pessoal entre funcionários					
21) Quanto à facilidade de contato pessoal entre pacientes					
22) Quanto à facilidade de contato pessoal entre funcionários e pacientes					
23) Quanto à limpeza					
24) Quanto à manutenção					
25) Quanto à segurança					
26) Quanto à segurança contra incêndio					
27) Quanto ao número de vagas para estacionamento					

D) Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? _____

E) Qual o cargo/função você exerce nesta instituição? _____

F) Qual a sua idade? _____ J) Qual seu sexo? () Masculino () Feminino

G) Sugestões/comentários (se precisar, use o verso da folha):

Humanização em arquitetura como suporte no tratamento da dependência química:
afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Agradecemos sua participação!

Apêndice 6 – Mapa mental



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROARQ – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura

Mapa mental

Essa ferramenta faz parte da avaliação de desempenho ambiental do CAPSad III Miriam Makeba desenvolvida pelo Programa de Pós-graduação em Arquitetura da UFRJ.

SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE e irá contribuir com a identificação das necessidades arquitetônicas para os ambientes de CAPSad, de maneira a auxiliar no planejamento de futuros projetos e reformas desse tipo de instituição. Não há necessidade de identificação!

Data: ____/____/____

Mapa mental nº: _____

1) Faça um desenho que represente o CAPSad III Miriam Makeba:

Humanização em arquitetura como suporte no tratamento da dependência química:
afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Pesquisadora: Camila Mendes Martorelli

Apêndice 7 – Poema dos desejos



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROARQ – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura

Poema dos desejos

Essa ferramenta faz parte da avaliação de desempenho ambiental do CAPSad III Miriam Makeba desenvolvida pelo Programa de Pós-graduação em Arquitetura da UFRJ.

SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE e irá contribuir com a identificação das necessidades arquitetônicas para os ambientes de CAPSad, de maneira a auxiliar no planejamento de futuros projetos e reformas desse tipo de instituição. Não há necessidade de identificação!

Data: ____/____/____

Mapa mental nº: _____

1) Eu gostaria que o CAPSad III Miriam Makeba fosse/tivesse/oferecesse:

Humanização em arquitetura como suporte no tratamento da dependência química:
afetividade e apropriação por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Pesquisadora: Camila Mendes Martorelli