

parque espaço crescer

centro de atenção psicossocial
infantojuvenil em araraquara

giulia maria gomes jardim de lima

parque espaço crescer

centro de atenção psicossocial
infantojuvenil em araraquara

giulia maria gomes jardim de lima

comissão de acompanhamento permanente (CAP)

aline coelho sanches (orientadora)

gisela cunha viana leonelli

joubert josé lancha

luciana bongiovanni martins schenk

paulo César castral

orientador de grupo temático (GT)

paulo yassuhide fujioka (orientador)

trabalho de graduação integrado

universidade de são paulo
instituto de arquitetura e urbanismo

são carlos
novembro de 2024

trabalho de graduação integrado

universidade de são paulo
instituto de arquitetura e urbanismo

parque espaço crescer

centro de atenção psicossocial
infantojuvenil em araraquara

giulia maria gomes jardim de lima

banca examinadora

aline coelho sanches

paulo yassuhide fujioka

catherine otondo

ESTA OBRA É DE ACESSO ABERTO. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E RESPEITANDO A LICENÇA CREATIVE COMMONS INDICADA

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do Instituto de Arquitetura e Urbanismo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Lima, Giulia Maria Gomes Jardim de
Parque Espaço Crescer: centro de atenção
psicossocial infantojuvenil em Araraquara. / Giulia
Maria Gomes Jardim de Lima. -- São Carlos, 2024.
125 p.

Trabalho de Graduação Integrado (Graduação em
Arquitetura e Urbanismo) -- Instituto de Arquitetura
e Urbanismo, Universidade de São Paulo, 2024.

1. Arquitetura. 2. Paisagismo. 3. Saúde Mental. 4.
CAPS. I. Título.

Bibliotecária responsável pela estrutura de catalogação da publicação de acordo com a AACR2:
Brianda de Oliveira Ordonho Sígolo - CRB - 8/8229

agradecimentos

Gostaria de agradecer meus professores e orientadores que me auxiliaram ao longo destes anos de graduação e me possibilitaram chegar até aqui. Agradeço também aos meus amigos que ressignificaram tudo o que eu conhecia de amor e amizade até agora. Bruna, Vi, Joy, Porto, Menck, Débora, Lari, Alice, Marcelo e Welker, jamais teria conseguido enfrentar os anos de graduação sem vocês ao meu lado. Aos meus pais, padrinhos e irmãos por todo o apoio na jornada de ser a primeira pessoa da família a ingressar numa universidade pública. À Jaque, por ser minha guardiã mesmo a 7.870 km de distância. À Tainara, por todo amor, apoio e suporte.

dedicatória

Dedico este trabalho à Tainara, que esteve ao meu lado mesmo nas tempestades mais intensas, e aos meus pais e irmãos mais velhos, que, enfrentando os ventos fortes, me deram asas para alcançar um céu tranquilo

resumo

Este trabalho apresenta o projeto arquitetônico e paisagístico do Parque Espaço crescer, um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) que se estende de edifício para equipamento urbano e paisagístico localizado no município de Araraquara, São Paulo. O objetivo principal é desenvolver um espaço que integre práticas terapêuticas com o ambiente urbano e natural, promovendo o desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes. A proposta aborda a saúde mental sob a perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira, enfatizando a desinstitucionalização e a humanização do cuidado.

O projeto considera diretrizes arquitetônicas e paisagísticas que fortalecem a relação entre os usuários, a comunidade e o território, integrando áreas de convivência, oficinas terapêuticas, práticas expressivas e espaços ao ar livre reforçando o papel do CAPSi como equipamento inclusivo e acessível.

Por meio de um planejamento integrado entre espaços clínicos, administrativos e comunitários, o projeto busca romper estigmas associados à saúde mental, oferecendo um ambiente acolhedor e dinâmico que contribua para a reabilitação psicossocial e a inclusão social.

Palavras-chave: arquitetura, saúde mental, CAPS infantil, arquitetura da paisagem.

sumário

introdução	15
inquietações	16
saúde mental	18
reforma psiquiátrica brasileira	19
rede de atenção psicossocial	23
CAPS	24
saúde mental e território	33
a arquitetura no processo terapêutico	35
referências projetuais	40
cidade	46
a cidade de araraquara	48
a rede de atenção psicossocial da cidade	49
território projetual	59
projeto	65
o parque	68
programa	92
o edifício	96
referências bibliográficas	124

introdução

Peter Zumthor, em seu livro “Atmosferas”, investiga a relevância das experiências sensoriais e emocionais na arquitetura. O autor defende que uma arquitetura bem-sucedida consiste na criação de atmosferas capazes de evocar sensações nos usuários. Para Zumthor, uma atmosfera arquitetônica transcende o ambiente físico, sendo resultado da consideração de todos os aspectos sensoriais em sua concepção.

No contexto dos ambientes de cuidado, a arquitetura exerce um papel estrutural desde a Idade Média, seja adotando uma função de controle e subjugação dos usuários, seja estimulando a liberdade e fruição dos espaços. No âmbito dos espaços voltados à saúde mental, estruturou-se uma postura excludente e estigmatizante em relação ao louco ou ‘desviante’, no caso do Brasil, até a década de 1970, quando ocorreu a reforma psiquiátrica. A partir desse período, começamos a testemunhar a criação de uma estrutura de cuidado e ambientes voltados a potencializar os benefícios terapêuticos, na contramão do regime institucionalizante, fortalecendo vínculos com a comunidade, território e sociedade. É sob esse ideal que este trabalho se insere.

inquietações

No aspecto do bem estar psíquico, no Brasil, ocorre um crescente engajamento nas políticas de saúde mental após a reforma psiquiátrica, entretanto, de acordo com relatório global anual Estado Mental do Mundo 2022 encomendado pela Sapien Labs, o Brasil possui o 3º pior índice de saúde mental levando em consideração respostas de 64 países, o que retoma a latência da importância deste tópico na realidade brasileira vigente.

Nesse contexto, sob a luz da reforma psiquiátrica brasileira a política nacional de humanização do SUS e o atual cenário nacional de saúde mental, é importante questionar de que modo a arquitetura pode colaborar para o bem estar psíquico da população?

Através de referências de estratégias terapêuticas e arquitetônicas, se faz possível expandir o campo da arquitetura para além da prática técnica, de modo a viabilizar a ação projetual que corrobora com processos terapêuticos?

A demanda latente por expansão de cuidados em saúde mental faz efervescer questionamentos como esse, que serão abordados durante o processo de pesquisa e projeto deste trabalho.



saúde mental

reforma psiquiátrica brasileira

A reforma psiquiátrica brasileira eclode em um campo de disputa pelos direitos de cidadania e humanidade, do questionamento da relação entre Estado e sociedade, se expandindo no território nacional e nos aspectos que se esbarram nas singularidades da atenção à saúde mental no Brasil.

O processo reformista brasileiro foi inspirado nos ideais da reforma psiquiátrica italiana baseada na ideologia criada pelo médico italiano Franco Basaglia, em maio de 1978 foi aprovada pelo parlamento italiano a lei 180, conhecida como Lei Basaglia, que decretou o encerramento definitivo dos hospitais psiquiátricos italianos. No mesmo ano, se inicia no Brasil o processo de estruturação da reforma psiquiátrica brasileira, através da fundação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) durante o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú/ SC.

O MTSM era composto por profissionais do movimento sanitário, familiares, sindicalistas, profissionais de saúde mental e indivíduos com extensa experiência de internações psiquiátricas. (Brasil, 2005)

“É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. “(Brasil,2005)

Com inspiração na experiência, crítica antimanicomial e desinstitucionalização em psiquiatria que ocorria na Itália, na década de 80, surgiram propostas iniciais de reorientação assistencial na Colônia Julio Moreira, que no período contava com mais de 2.000 internos, em 1987 ocorre o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro) e surge o primeiro CAPS no Brasil em São Paulo.

Em 1988 se promulga a nova constituição federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), já em 1989 Santos (SP) se torna um marco na estruturação da reforma psiquiátrica brasileira, pois exerce a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta e no mesmo município se instaura o sistema de NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial).

No ano seguinte, em 17 de novembro de 1990 em Caracas, Venezuela é adotada pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-americana de Saúde a declaração de Caracas, documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas, afirmando o modelo voltado à atenção primária e destaca a necessidade de uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, ressaltando a importância de adaptação das leis dos países de modo a respeitar os direitos dos pacientes mentais.

Em 2001 no Brasil, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei 10216, da Reforma Psiquiátrica (Lei Paulo Delgado). É no contexto da promulgação e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica a política de saúde mental do governo federal se consolida.

LINHA DO TEMPO: POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Fonte: Adaptado de SAMPAIO, Mariá L.; BISPO JÚNIOR, José

Modelo higienista de cuidado em saúde; Fragmentação institucional entre medicina previdenciária e saúde pública; Cuidado central no hospital e no encarceramento; Ascensão da psiquiatria científica (após 1889) Preconização de desinternação progressiva (1961)

1841-1964

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

AUTORITARISMO E PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1964-1978

Modelo de atenção centrado na assistência hospitalar, no encarceramento e setor privado; Intensificação da dicotomia entre medicina previdenciária e saúde pública; Agravamento das condições de saúde e desassistência. Privatização e indústria da loucura; Hospitais psiquiátricos superlotados, com serviços de má qualidade e iatrogênicos

Mobilização social pela redemocratização; Movimento da Reforma Sanitária Brasileira; Criação do MTSM; Forte crítica ao modelo asilar, à violência institucionalizada e à privatização da assistência; Fortalecimento do movimento da RPB.

1978-1984

ORIGEM DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

REDEMOCRATIZAÇÃO, CRIAÇÃO DO SUS E ASCENSÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

1984-1990

Fim do regime autoritário; Saúde incluída na pauta política; Criação do SUS; Experiências de desinstitucionalização e novos modelos de atenção em saúde mental (1987-1989)

Implementação do SUS; Descentralização da gestão em saúde; Difusão de nova mentalidade e formas de cuidar em saúde mental Criação do CAPS e mecanismos substitutivos.

1990-2000

IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

AVANÇOS INSTITUCIONAIS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

2001-2016

Coordenação de Saúde Mental conduzida por defensores da Reforma Psiquiátrica; Lei da Reforma Psiquiátrica e criação da RAPS Arcabouço legal e normativo para a desinstitucionalização e redução de leitos em hospitais psiquiátricos.

Restrição orçamentária ao SUS; Valorização do setor privado para prestação de assistência à saúde; Restrição da participação social; Inserção dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas na RAPS; Aumento do incentivo financeiro para internações Proposta de retomada da eletroconvulsoterapia no sistema público; Nova Política Nacional sobre Drogas; Fortalecimento e financiamento para comunidades terapêuticas e foco na abstinência; retirada da sociedade civil da composição do Conselho Nacional sobre Drogas

2016-2019

RETROCESSOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

rede de atenção psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como objetivo criar, expandir e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com transtornos mentais e necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAPS tem como diretrizes:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
 - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
 - Combate a estigmas e preconceitos;
 - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
 - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
 - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
 - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- (Brasil, 2011)

A RAPS se estrutura em serviços de base territorial e comunitária, com participação social dos usuários e familiares. Essa rede busca fortalecer o cuidado para pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, com foco na construção do projeto terapêutico singular.

A RAPS é formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticas (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura.



CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições fundamentais para acolher pacientes com transtornos mentais, promovendo sua integração social e familiar, apoiando-os na busca pela autonomia e oferecendo atendimento médico e psicológico. A principal característica dos CAPS é a integração dos pacientes em um ambiente social e cultural específico, conhecido como “território”, que é o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana dos usuários e suas famílias.

Os CAPS desempenham um papel estratégico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atuando tanto na atenção direta para promover a vida comunitária e a autonomia dos usuários quanto na coordenação do cuidado. Eles trabalham em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, articulando e mobilizando recursos disponíveis em outras redes e territórios. Esses centros são a principal estratégia da reforma psiquiátrica, oferecendo serviços de saúde abertos e comunitários, com uma equipe multiprofissional que atua de maneira interdisciplinar. Eles atendem principalmente pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, assim como aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

O objetivo dos CAPS é proporcionar atendimento à população de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e promovendo a reinserção social dos usuários por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS foram criados para substituir as internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo um modelo de atendimento de saúde mental mais inclusivo e comunitário.

Dentro dessa perspectiva, os CAPS operam nos territórios, entendidos não apenas como espaços geográficos, mas como territórios de pessoas,

instituições e cenários onde se desenvolve a vida cotidiana dos usuários e suas famílias (BRASIL, 2005). Os CAPS se constituem como um “lugar” na comunidade, um ponto de referência e cuidado, que promove a vida e tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários e seus familiares.

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades e bairros. Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), acompanhando o usuário em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam necessariamente o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios. Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivos, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias e outras são comunitárias, podendo acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas.

De acordo com a Portaria SAS/MS nº 854/2012 (BRASIL, 2012a), poderão compor, de diferentes formas, os PTS, de acordo com as necessidades de usuários e familiares, as seguintes estratégias:

1. **Acolhimento inicial:** Primeiro atendimento, 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 responsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

2. **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.

3. **Atendimento individual:** Atenção direcionada aos usuários visando a elaboração do projeto terapêutico singular ou que dele derivam, incluindo o cuidado e acompanhamento nas situações clínicas de saúde, devendo responder às necessidades de cada pessoa.

4. **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. Essas ações exigem disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos, podendo 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.

5. **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.

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

7. **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.

8. **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.

9. **Atendimento domiciliar:** Atenção desenvolvida no local de moradia 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.

10. **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 e direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

11. **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.

12. **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.

13. **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.

14. **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.

15. **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.

16. **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, visando a produção de autonomia e reinserção social.

17. **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.

Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos:

- Consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- Salas para atividades grupais;
- Espaço de convivência;
- Oficinas;
- Refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- Sanitários;
- Área externa para oficinas, recreação e esportes.

As práticas realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são caracterizadas por ocorrerem em um ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade e no bairro. Os projetos desses serviços frequentemente ultrapassam a própria estrutura física, buscando integrar-se à rede de suporte social que potencializa suas ações, preocupando-se com o sujeito em sua singularidade, história, cultura e vida cotidiana (BRASIL, 2011).

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecidas nos CAPS. Esses centros frequentemente promovem mais de um tipo de oficina terapêutica, atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. As oficinas são definidas conforme o interesse dos usuários, as possibilidades dos técnicos do serviço e as necessidades, visando a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, ao desenvolvimento de habilidades corporais, à realização de atividades produtivas e ao exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2005).

De modo geral, as oficinas terapêuticas nos CAPS podem ser classificadas em três categorias principais:

1. Oficinas expressivas: Espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, peças teatrais e letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia e teatro.

2. Oficinas geradoras de renda: Instrumentos de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. Exemplos incluem oficinas de culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias e brechó.

3. Oficinas de alfabetização: Contribuem para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, recursos importantes na (re)construção da cidadania (BRASIL, 2005).

Essas oficinas desempenham um papel crucial na promoção da saúde mental e na reinserção social dos usuários, oferecendo um espaço para expressão, aprendizado e construção de autonomia.

	Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS – Equipes mínimas	Escala do Município	Horário
CAPS I	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental • 1 enfermeiro • 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico • 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão 	Municípios com população entre 20.000 e 70.000	Das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira
CAPS II	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiatra • 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico • 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão 	Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes	Das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, até as 21 horas
CAPS III	<ul style="list-style-type: none"> • 2 médicos psiquiatras • 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior • 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão 	Municípios com população acima de 200.000 habitantes	Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana
CAPSad	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiatra • 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas • 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico • 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão 	Municípios com população acima de 100.000 habitantes	Das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, até as 21 horas
CAPSi	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental • 1 enfermeiro • 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico • 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão 	Municípios com população acima de 200.000 habitantes	Das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, até as 21 horas

saúde mental e território

Ao longo da história, a forma como cada sociedade percebeu e lidou com a loucura sempre imprimiu seus reflexos e expressou-se nos espaços construídos dedicados ao louco. A evolução da concepção de loucura sempre foi acompanhada pelas transformações ocorridas em âmbito arquitetônico, já que sempre houve a necessidade de um espaço físico que pudesse abrigar as diferentes atividades desenvolvidas em torno à loucura e ao louco, nos diversos períodos da história. Nesse sentido, a arquitetura se torna uma peça fundamental para somar-se à trajetória da loucura, já que, colocando-se como uma cúmplice silenciosa, evidencia as práticas destinadas a ela, suas condições e transformações em cada período. (VIECELI 2014)

No contexto brasileiro, anteriormente à reforma psiquiátrica, os espaços destinados à loucura remontavam à lógica europeia do final do século XIX na qual o louco deveria ser tratado pela instituição psiquiátrica e que o conhecimento referente à loucura se localiza no interior do hospital. Entretanto, com a reforma psiquiátrica brasileira, a desinstitucionalização e descentralização do cuidado se tornam pilares da atenção psicossocial e o CAPS atua como elemento estrutural na solidificação das redes de cuidado. (VIECELI,2014)

Conforme descrito anteriormente, o CAPS opera em várias escalas e frentes de ação, entretanto, todas elas estão fundamentadas em um território, dessa forma, é crucial entender como o conceito de território é definido.

O termo “território” nos documentos legais possui múltiplos significados: às vezes é usado como sinônimo de divisão político-administrativa, outras vezes como área geográfica e também como o local onde ocorre a interação entre a população e os serviços no nível local.

O documento de Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde

Suplementar do Ministério da Saúde descreve que o “território é o lugar psicossocial do sujeito”. Emerich, (2007) destaca que o território compreende tanto as delimitações físicas quanto as manifestações produzidas pelo homem, e no caso da atenção psicossocial ultrapassa a simples delimitação geográfica pela qual um serviço é responsável pela população adscrita.

Nesse contexto, o conceito de território utilizado pela Política de Saúde Mental não se resume a um recorte geográfico ou regional, Haesbaert (2009) destaca que o território é um construtor de identidade, que compõe a reprodução dos grupos sociais, na medida em que as relações sociais são mediadas espacial e geograficamente. O território é onde a vida acontece e é importante considerar as “instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território” (Ministério da Saúde, 2005, p.13).

“Acredito que a vida acontece, prioritariamente, nos pequenos momentos e encontros: um bom dia para o dono do bar vizinho, um cigarro aceso pelo aposentado que joga truco na praça, morar em uma casa com piores condições estruturais onde se é conhecido, em vez de morar em uma residência terapêutica. Pensar o sujeito ampliado no local onde habita e utiliza (ou não) seu poder contratual.” (EMERICH 2007).

O Serviço deve mobilizar-se ao máximo, sem protocolos rígidos ou equipes especiais para intervenção. A lógica que define o lugar da loucura como isolamento e disciplinarização é a mesma que age como um mecanismo de controle social, impedindo o acesso pleno à cidadania.

a arquitetura no processo terapêutico

Peter Zumthor, em seu livro “Atmosferas”, explora a importância das experiências sensoriais e emocionais na arquitetura. Ele argumenta que uma arquitetura bem-sucedida consiste na criação de atmosferas que evocam sensações nos usuários, onde a forma final emerge de um processo “escultórico” de dentro para fora. Nesse processo, a função do espaço justifica e molda sua forma, e não o contrário. Para Zumthor, uma atmosfera arquitetônica transcende o ambiente físico, sendo resultado de uma produção que considera todos os aspectos sensoriais em sua concepção. A interseção entre espaço, luz, som, textura e até mesmo aroma influencia a percepção e a vivência de um lugar. Ao fazer essas escolhas, o arquiteto tem o poder de criar atmosferas que moldam o humor, a percepção e até mesmo o comportamento daqueles que habitam ou visitam o espaço, orientando os usuários ou encorajando uma exploração livre e deliberada. Ele descreve a atmosfera como uma presença que pode ser sentida e experimentada.

Em resumo, para Zumthor, as atmosferas na arquitetura são cruciais para gerar espaços com significado que vão além da funcionalidade, oferecendo experiências capazes de provocar respostas sensoriais e memórias.

No contexto da arquitetura como instrumento das práticas terapêuticas, o conceito de Humanização é amplamente discutido, embora seja de difícil definição. Ricardo J. A. S. Ciaco (2010) enfatiza que a humanização na arquitetura não se trata de aplicar estratégias de hotelaria e luxo aos ambientes de saúde, mas sim de compatibilizar o ambiente com as dimensões fisiológicas, psicológicas e morfológicas dos usuários. “Onde quer que o ser humano esteja, em uma casa popular,

em um apartamento, em um escritório, em um consultório ou em um hospital, qualquer que seja este ambiente, se ele interagir positivamente com seu usuário, pode-se entendê-lo como sendo um ambiente humanizado” (Ciaco, 2010). Em ambientes de saúde, o espaço deve proporcionar a sensação de bem-estar, o que, por conseguinte, propicia a sensação de segurança e confiabilidade. Ciaco também destaca que “a arquitetura é somente um elemento na questão da humanização do atendimento como um todo” (Ciaco, 2010). No entanto, apesar de ser apenas um elemento, não é menos importante que os demais, pois o espaço físico e o atendimento são essenciais ao processo de humanização.

Ciaco explicita os principais requisitos básicos para a criação de uma boa arquitetura em ambientes de saúde, mais especificamente hospitalares:

- Adequação do edifício ao local onde será implantado, tanto técnica quanto social e culturalmente.
- O projeto deve resultar de um estudo funcional e técnico do problema.
- Racionalização das circulações e agrupamento de usos e atividades afins.
- Auxílio na prevenção à infecção hospitalar através de artifícios de projeto.
- Flexibilidade dos ambientes para que os espaços possam ser adaptados e transformados conforme as necessidades.
- Preocupações com o conforto ambiental através da iluminação natural e artificial, ventilação, uso de cores, som e água.
- Presença de verde através do paisagismo.
- Relação entre interior e exterior para integrar o espaço de cuidado ao espaço externo.

Um projeto bem-sucedido de estabelecimento assistencial de saúde deve contemplar o edifício pela perspectiva do usuário. Este fator é tão importante que, em qualquer lugar do mundo, com qualquer técnica construtiva e recurso financeiro, torna-se possível conceber a ideia de humanização destes ambientes como uma ideia universal. Essa dimensão se relaciona com os ideais de Zumthor, que descreve a arquitetura como fruto de uma “experiência corporal integral”. A percepção da atmosfera soma os estímulos físicos sobre o corpo às memórias, sensibilidades e particularidades do indivíduo, levando-lhe a atribuir uma identidade a esse lugar.

É crucial ressaltar as dimensões sensoriais dos espaços de saúde para além das sensações físicas promovidas. A presença de elementos que promovem desconpressão, como instalações artísticas, anfiteatros e espaços de convivência, melhora a adaptação e a vinculação do usuário aos espaços assistenciais.

Neste contexto, a produção arquitetônica de João Filgueiras Lima (Lelé) se destaca ao incorporar em seus projetos hospitalares uma variedade de atmosferas voltadas para o conforto dos usuários, vendo a arquitetura do espaço de saúde como um elemento complementar ao processo terapêutico. Nas obras de Lelé, os pacientes desfrutam de diversas possibilidades de bem-estar proporcionadas pelos ambientes. Por exemplo, os espaços coletivos ao ar livre e os solários, projetados para auxiliar na percepção da passagem do tempo, promovem conforto psicológico e oferecem momentos de relaxamento.

A integração visual entre espaços internos e a paisagem externa, aproveitando a ventilação e a iluminação natural, não só contribui para o conforto térmico e a manipulação do microclima interno dos edifícios, mas também para

a economia de energia e a sanitização do ar, além do uso de elementos de vegetação nos espaços internos e a utilização de obras de arte, como os murais de Athos Bulcão no Hospital Sarah Kubitschek em Brasília, acrescenta vivacidade aos ambientes.

A arquitetura terapêutica, ao integrar as perspectivas de Peter Zumthor e Ricardo J. A. S. Ciaco, reforça a importância de um enfoque holístico no projeto de espaços de saúde. Essa abordagem não só enfatiza a funcionalidade e a eficiência, mas também reconhece a dimensão estrutural da arquitetura em promover bem-estar e auxiliar no processo de recuperação. A incorporação de elementos sensoriais e a criação de ambientes humanizados são estratégias essenciais para moldar experiências positivas e memoráveis para os usuários.

Os exemplos de João Filgueiras Lima (Lelé) demonstram como um projeto arquitetônico cuidadoso pode transformar hospitais em espaços que curam e acolhem, em vez de apenas tratar doenças. As atmosferas criadas por Lelé, com seus jardins internos, espaços de convivência e obras de arte, são um testemunho de que a arquitetura pode ser um poderoso aliado no processo terapêutico.

Assim, ao projetar espaços de saúde, é fundamental considerar não apenas os aspectos técnicos e funcionais, mas também as dimensões sensoriais e emocionais que influenciam a experiência dos usuários. A arquitetura deve ser vista como uma ferramenta essencial para a humanização dos ambientes de saúde, capaz de proporcionar conforto, segurança e bem-estar. Ao adotar essa abordagem, se torna possível criar espaços que não apenas atendem às necessidades físicas, mas também promovem a saúde mental e emocional, contribuindo para uma experiência de cuidado mais completa e enriquecedora.

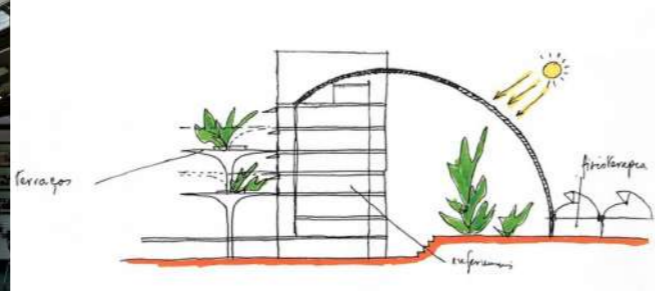
referências projetuais

referências projetuais



PROJETO: Rede SARAH Salvador
ARQUITETO: João Filgueiras Lima
ANO: 1994
TIPO: Hospitalar
LOCAL: Salvador, Bahia.

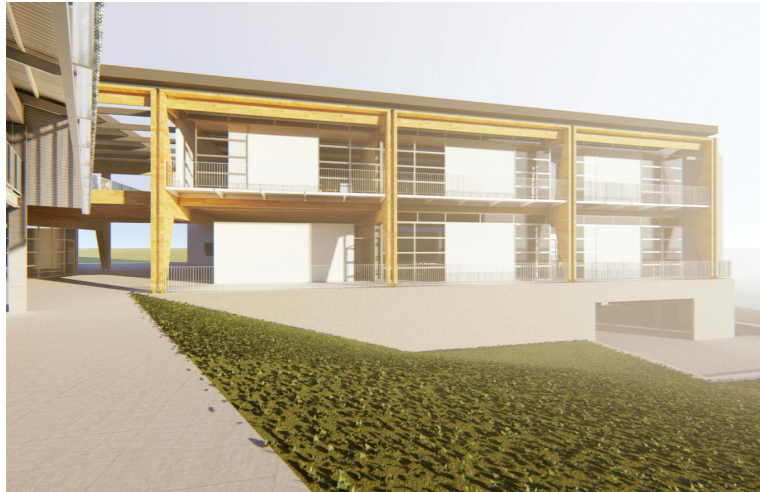
PRINCIPAL ASPECTO REFERENCIAL: estratégias de conforto térmico aplicadas através de sheds e aberturas, relação entre vegetação e espaços internos, conexão interior e exterior através da permeabilidade visual e paisagismo, estrutura pré-moldada.



PROJETO : Galeria Adriana Varejão
ESCRITÓRIO: Tcoa Arquitetos
ANO: 2008
TIPO: Museu
LOCAL: Brumadinho. MG
PRINCIPAL ASPECTO REFERENCIAL: A orientação do projeto teve como objetivo recompor a topografia original do local e inserir nele um elemento artificial: um bloco regular de concreto armado parcialmente inserido na encosta. O edifício também foi concebido como um caminho em espiral que conecta dois níveis diferentes do parque. Conexão entre Arte e arquitetura dentro e fora do edifício.



referências projetuais



PROJETO: Novo IAU
ESCRITÓRIO: BASE URBANA
ANO: 2022-em construção
TIPO: Educacional
LOCAL: São Carlos, SP.
PRINCIPAL ASPECTO REFERENCIAL: Utilização de sistema construtivo em madeira engenheirada, aplicação de varandas e passarelas, fachadas voltadas para praça central.



PROJETO : Galeria Metr pole
ARQUITETOS: Salvador Candia e Gian Carlo Gasperini
ANO: 1960
TIPO: Centro comercial
LOCAL: São Paulo, SP
PRINCIPAL ASPECTO REFERENCIAL: Pátio central vegetado, circula o periférica ao pátio, corredores como ambientes de estar, encontro e descontra o.



cidade

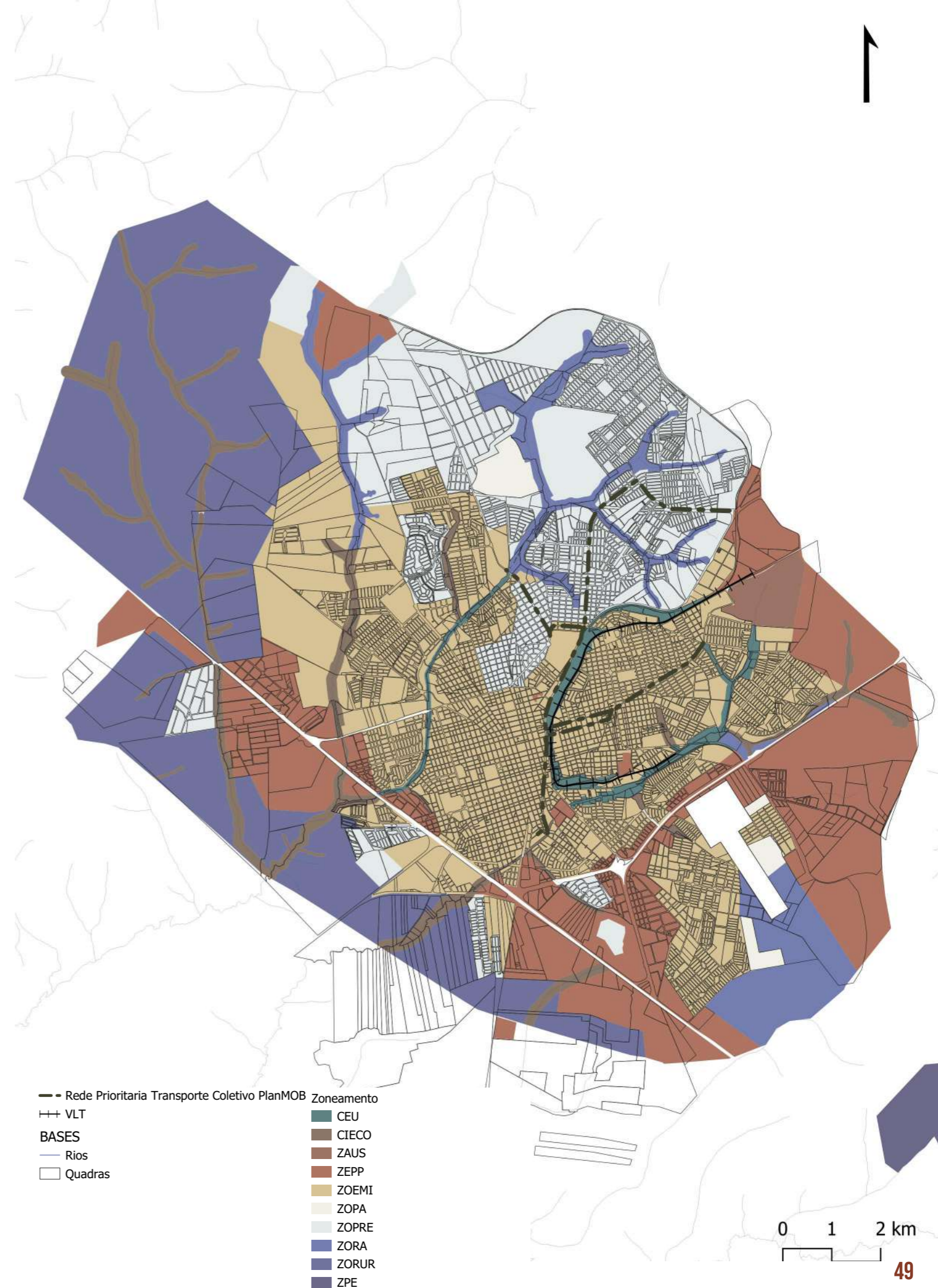
a cidade de araraquara

A escolha município de projeto recai sobre a cidade de Araraquara, localizada no interior paulista. Este município possui 242.228 habitantes e uma densidade demográfica de 241,35 habitantes por km², conforme dados do IBGE de 2022.

A justificativa para essa escolha baseia-se em 3 questões centrais: o forte histórico de planejamento e políticas públicas; a existência de espaços voltados à formação de centralidades urbanas; e a demanda por espaços de saúde que promovam sociabilidade além do ambiente clínico, atuando também como equipamentos urbanos.

No âmbito das políticas públicas e planejamento, destaca-se o Plano Diretor do município, desenvolvido em 2014. Esse plano previa a criação de dois Corredores Estruturais de Urbanidade (CEU), definidos como corredores e pólos de incentivo à formação de novas centralidades e espacialidades urbanas. No entanto, desde o desenvolvimento do Plano Diretor, esses corredores ainda não foram ocupados. Em 2022, Araraquara implementou um novo plano de mobilidade urbana. Esse plano prevê a criação de um eixo de transporte coletivo prioritário e a implantação de uma linha de Veículo Leve sobre Trilhos (VLT) no antigo traçado da ferrovia desativada no centro da cidade.

Com esse contexto, Araraquara apresenta um cenário propício para intervenções projetuais que visem a requalificação urbana e o fortalecimento das centralidades. A combinação de um histórico robusto de planejamento, a disponibilidade de áreas estratégicas ainda não ocupadas e o novo plano de mobilidade configura uma oportunidade única para o desenvolvimento de projetos que possam integrar e dinamizar a cidade, promovendo uma melhor qualidade de vida para seus habitantes.



a rede de atenção psicossocial de araraquara

unidade de acolhimento

A Casa de Acolhida foi fundada em 1º de janeiro de 1948 pela Sociedade Beneficente Obreiros do Bem de Araraquara, inicialmente como um albergue noturno operado por voluntários. Com o aumento da demanda, o albergue foi transferido para a Rua Castro Alves, onde se encontra atualmente. Este novo prédio oferece acomodações e recursos superiores. Devido ao aumento da demanda e à necessidade de profissionais qualificados, a Obreiros do Bem firmou uma parceria com a Prefeitura de Araraquara, cedendo o prédio ao município. Atualmente, a Casa de Acolhida tem capacidade para atender 45 pessoas, oferecendo acolhimento, pernoites ou apenas banho e refeições. Durante a Operação Inverno, a capacidade aumenta para 80 vagas com a utilização do salão.

consultório na rua

Instituído pela Política Nacional de Atenção Básica em 2011, o Consultório na Rua visa ampliar o acesso à saúde para a população em situação de rua, oferecendo atenção integral de forma oportuna a este grupo vulnerável. O serviço é prestado por equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de saúde de maneira itinerante, em parceria com as Unidades Básicas de Saúde quando necessário. Em Araraquara, o projeto é desenvolvido pela Prefeitura por meio da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social.

caps ad e caps II

Funciona de segunda a sexta-feira, das 07 às 19 horas, atendendo adultos e adolescentes a partir de 12 anos usuários de álcool e drogas do município. A equipe é composta por: médico psiquiatra, médico clínico geral, 2 terapeutas ocupacionais, 2 psicólogos, assistente social, 2 enfermeiras, 4 técnicos de enfermagem, 1 agente operacional, 1 agente administrativo, 1 guarda municipal e 1 profissional de limpeza e manutenção.

O CAPS II fornece atendimento especializado em saúde mental para adultos, com diagnósticos de esquizofrenia, transtorno bipolar do humor, transtorno psicótico agudo e transitório, transtornos delirantes persistentes, quadros neuróticos graves e outras comorbidades psiquiátricas graves. Funciona de segunda a sexta-feira, das 07 às 18 horas, atendendo adultos a partir de 18 anos. A equipe é composta por: 2 médicos psiquiatras, 2 terapeutas ocupacionais, 2 psicólogos, 1 assistente social, 1 farmacêutico, 1 auxiliar de limpeza terceirizado, 1 enfermeira, 3 técnicos de enfermagem e 2 agentes administrativos. O cuidado começa com o acolhimento, onde, após ouvir o usuário e/ou familiares, o usuário é direcionado para o técnico presente no serviço e segue a rotina com definição da frequência e esquema medicamentoso. Em alguns casos, há encaminhamento para outras instituições conforme a necessidade.

casa cairbar schutel

O Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel (CASA Cairbar) é uma instituição filantrópica focada na reabilitação psicossocial e reinserção social de indivíduos com transtornos mentais. Fundada em 16 de julho de 1967, a CASA Cairbar começou seu trabalho ambulatorial em 1970 e, em abril de 1972, passou a realizar atividades hospitalares, recebendo pacientes de hospitais públicos como o Sanatório do Juqueri. Até 1985, expandiu sua capacidade para 220 leitos de internação. Com a Portaria MS 224/92, adotou a atenção multiprofissional e projetos terapêuticos individuais em suas três unidades de internação. Em 1995, criou a primeira Moradia Abrigada e, a partir de 1997, alinou-se à Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciando novos serviços como Lares Abrigados, Pensões Protegidas e Oficinas Produtivas. Em 2001, inaugurou o serviço de Internação Dia e, em novembro de 2010, iniciou o Hospital Dia (Oficina de Dependência Química), oferecendo atendimento especializado para usuários abusivos e dependentes de álcool e outras drogas. Em 2013, a Unidade de Dependência Química foi fechada, levando à revisão do modelo de assistência nesta modalidade. (CASA CARIBAR, 2024)

A instituição oferece cinco tipos de serviços diferentes:

1. Internação, com 25 leitos para homens e 15 para mulheres, funcionando 24 horas por dia, todos os dias.
2. Moradia, com 10 leitos, funcionando nas dependências da Casa Cairbar, também 24 horas por dia.
3. Residência Terapêutica, com 10 moradores, localizada no centro da cidade.
4. Lares ou pensões protegidas, que são 3 casas com 5 pacientes cada, para pacientes em transição entre o hospital e a reintegração social.

5. Oficinas Terapêuticas, divididas em Produtivas e Expressivas, com 70 pacientes. As oficinas expressivas oferecem atividades artesanais e são o primeiro estágio do tratamento. As oficinas produtivas visam promover habilidades profissionalizantes. (LUGHI,2019)

crasma

O CRASMA funciona das 07 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, em caráter ambulatorial. Atende adultos acima de 18 anos, de ambos os sexos. Cada profissional atende em média 14 pacientes por especialidade. As patologias atendidas incluem transtornos mentais neuróticos (depressão, ansiedade, fobias, histerias, quadros obsessivos compulsivos, doenças de pânico, descontrole de impulso agressivo, conflitos com sexualidade e identidade, doenças psicossomáticas), quadros reativos situacionais de complexidade moderada, transtornos de personalidade e quadros psicóticos estabilizados.

O ambulatório não atende quadros agudos que requeiram atenção intensiva, como surtos psicóticos, agitação psicomotora, uso de substâncias psicoativas e ideação suicida. Após a inserção no serviço, faz-se o contrato terapêutico e o cartão de retorno, com agendamento de horários, data e profissional de cada atendimento. O atendimento é periódico e agendado conforme a necessidade do paciente. O CRASMA não oferece atividades específicas para a família e comunidade devido à grande demanda de pacientes e número atual de funcionários. Grupos de família e orientação de medicamentos não são realizados, embora sejam considerados importantes pela equipe.

espaço crescer

Em Araraquara, o serviço de atenção à saúde mental infanto-juvenil foi implantado em 1991 no Centro Municipal de Saúde Jardim Paulistano. A equipe inicial era formada pela médica psiquiatra Katia Regina Comito e pela psicóloga Gislaine C. de Oliveira Martins, que atualmente é a gerente de saúde mental da secretaria da saúde do município. Em 1993, as profissionais foram remanejadas para o Centro de Reabilitação, onde a equipe foi ampliada, solidificando o atendimento voltado a crianças e adolescentes. Em 2004, o atendimento aos adolescentes ganhou um espaço separado do Centro de Reabilitação, com a criação do CRJA (Centro de Referência do Jovem e do Adolescente). Em 2006, o atendimento infantil também foi desassociado do Centro de Reabilitação.

Nesse período, o foco do atendimento ainda era prioritariamente a reabilitação. Entretanto, em 7 de junho de 2006, foi inaugurado o Centro Especializado em Recuperação de Araraquara, que reacomodou a reabilitação infantil. Nesse contexto, a saúde mental infantil foi reagrupada ao CRJA, resultando na criação do “Espaço Crescer Infantojuvenil” os atendimentos ocorrem atualmente em uma seção da secretaria municipal de saúde e não tem espaço físico próprio (Araraquara, 2022).

O Espaço Crescer oferece atendimento para distúrbios de saúde mental, como depressão, fobias, luto patológico, transtorno obsessivo-compulsivo, abuso, violência e outros transtornos. O atendimento para uso de álcool e drogas é destinado ao CAPS AD, enquanto o atendimento para Transtorno do Espectro Autista é feito pelo Centro de Referência do Autismo, e os distúrbios de linguagem, aprendizado e deficiências são atendidos pelo CER.

O Espaço Crescer oferece atendimento ambulatorial em saúde mental para crianças e adolescentes de 3 a 17 anos, 11 meses e 29 dias. Os casos chegam por demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento médico para atendimentos terapêuticos; apenas para atendimento psiquiá-

trico é necessário encaminhamento pela rede básica por meio de regulação de vagas. Os atendimentos são marcados por hora, com profissionais atendendo pacientes fixos em uma agenda fechada. À medida que altas ocorrem, novos casos são chamados.

O atendimento ocorre nas seguintes modalidades:

- Acolhimento (triagem)
- Atendimento individual para casos mais graves
- Grupos terapêuticos
- Grupos de orientação aos pais

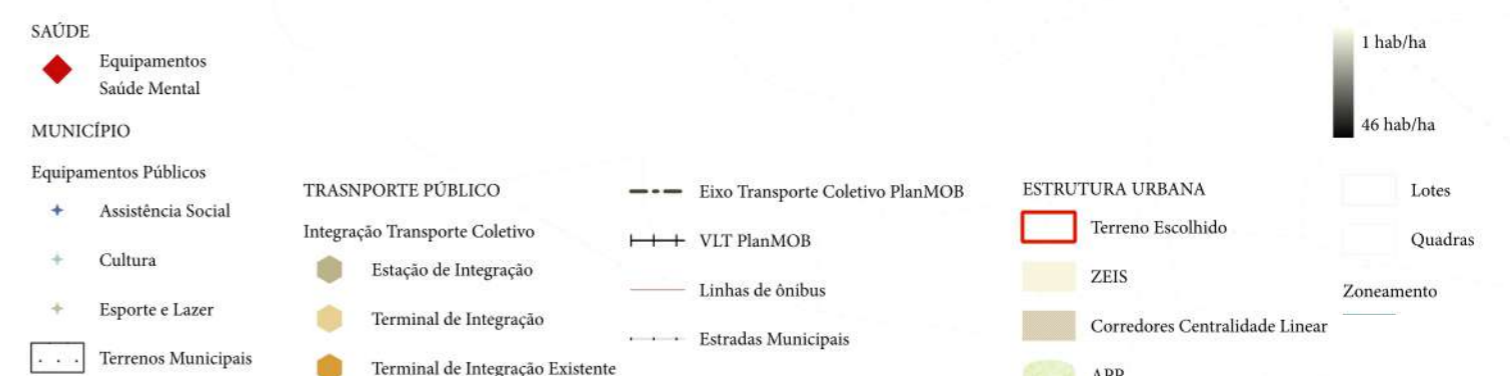
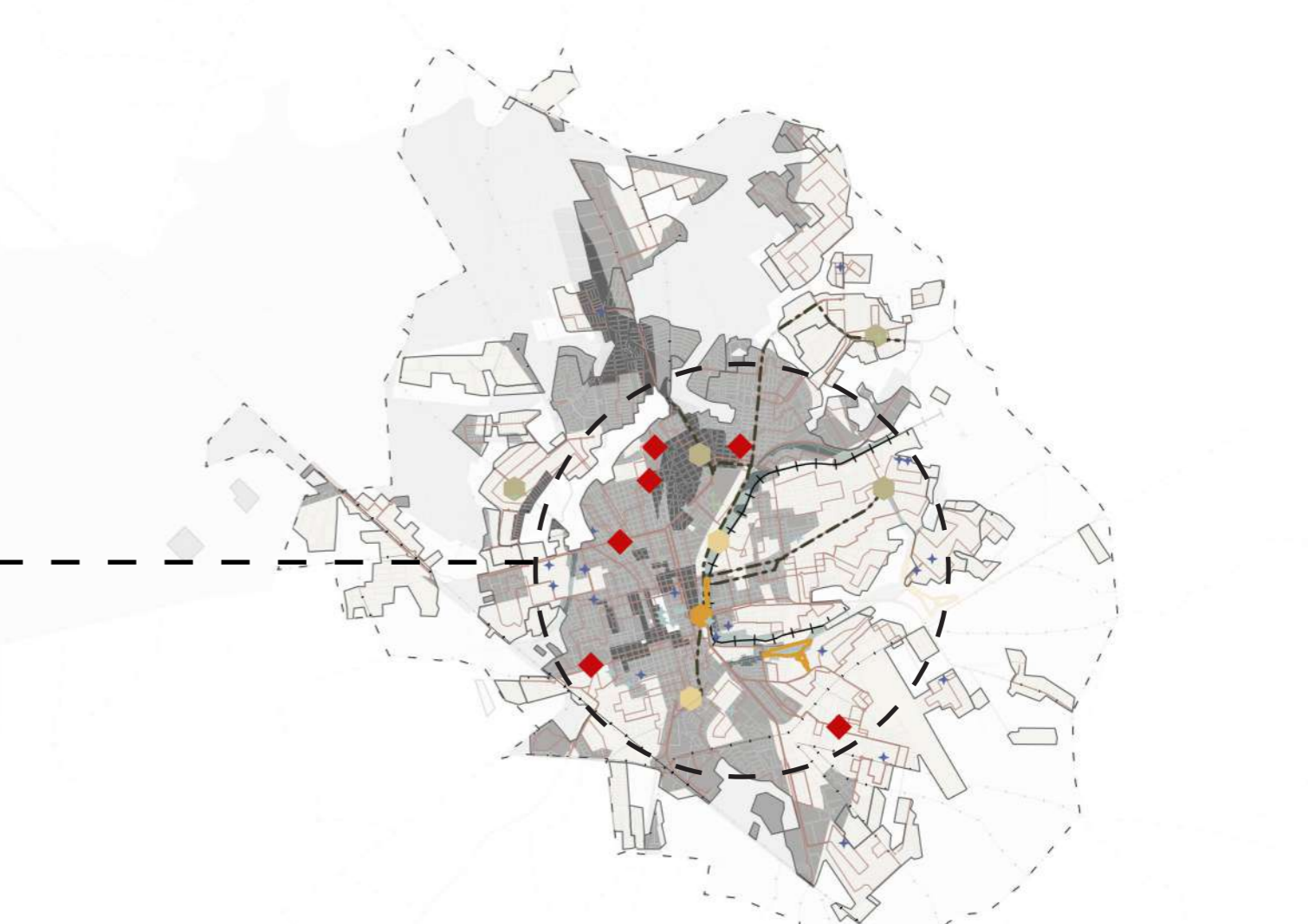
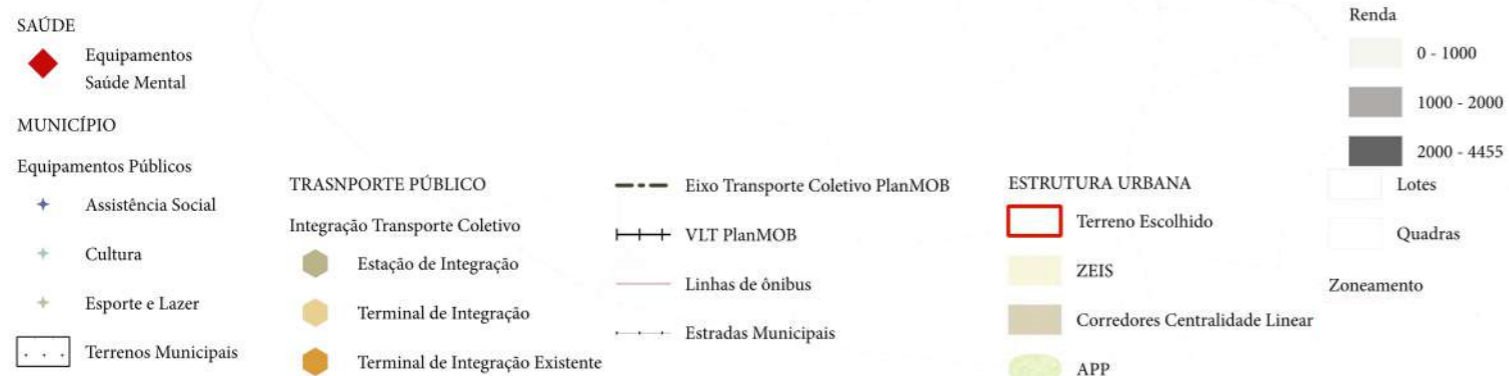
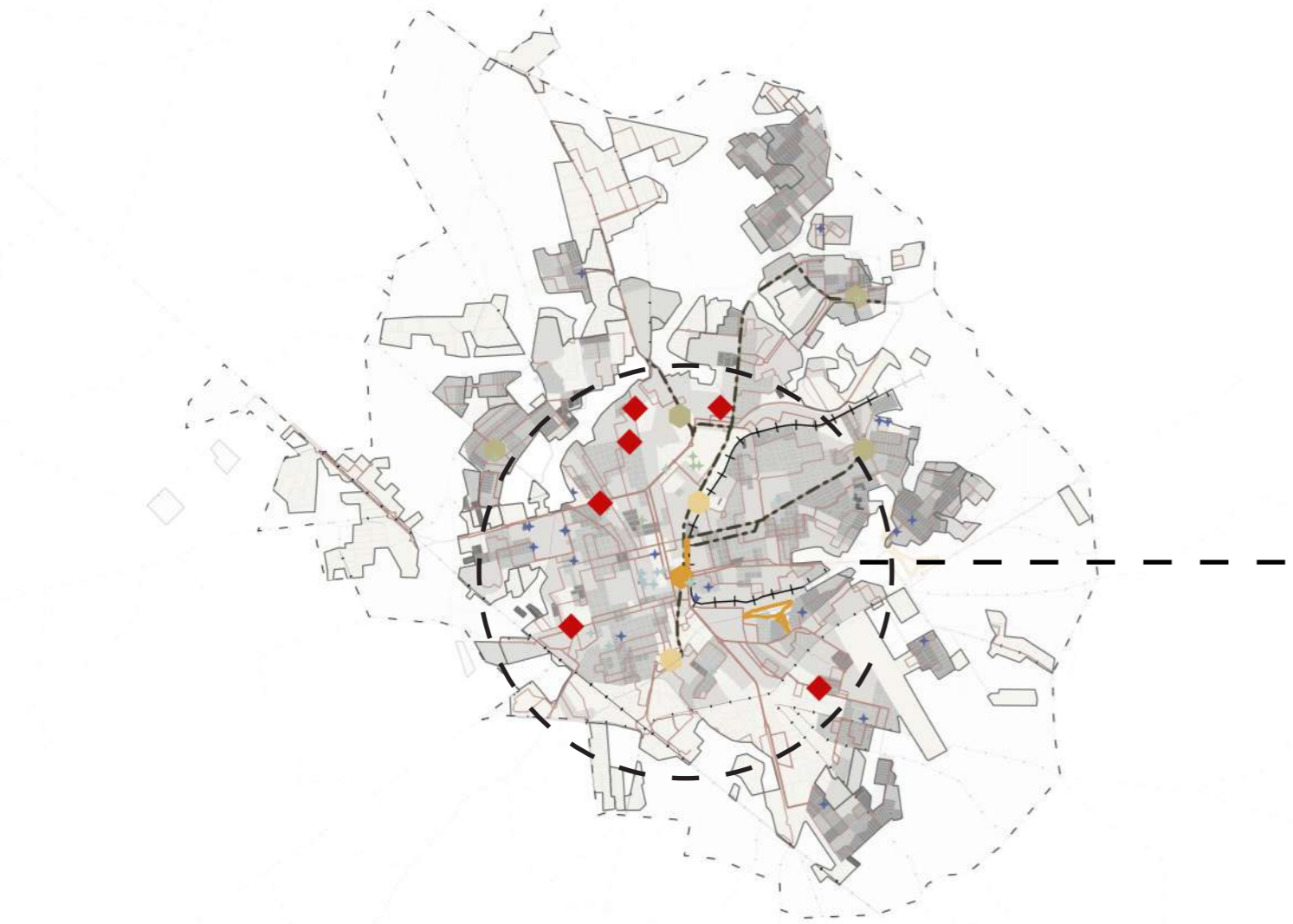
Os atendimentos ocorrem semanalmente e durante o processo de alta, passam a ser quinzenais para facilitar o desligamento do paciente do terapeuta. Antes da pandemia de 2020, o número de atendimentos variava entre 1.200 e 1.500 mensais; entre 1 de janeiro e 20 de abril de 2022, foram realizados 17.839 atendimentos, refletindo a frequência dos pacientes.

A duração do tratamento é determinada pela necessidade do paciente: casos leves duram entre 4 e 6 meses, grupos de orientação aos pais têm duração média de 2 meses, e casos graves permanecem em tratamento por 12 a 24 meses, ou mais, se necessário. O contato inicial ao serviço é o acolhimento, em seguida o caso é encaminhado para lista de espera de 6 a 8 meses para a especialidade de psicologia em casos leves, casos graves, com ideias suicidas e prioritários são atendidos imediatamente. (Araraquara, 2023)

A equipe é composta por 10 psicólogos, psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, além de pessoal administrativo e operacional. Cada profissional de saúde é responsável, em média, por 50 pacientes. A equipe é dividida por turno de 06 horas. O funcionamento é das 07h00 às 19h00 de segunda a quinta-feira e das 07h00 às 18h00 na sexta-feira.

relação entre equipamentos de saúde mental e renda per capita

relação entre equipamentos de saúde mental e demografia



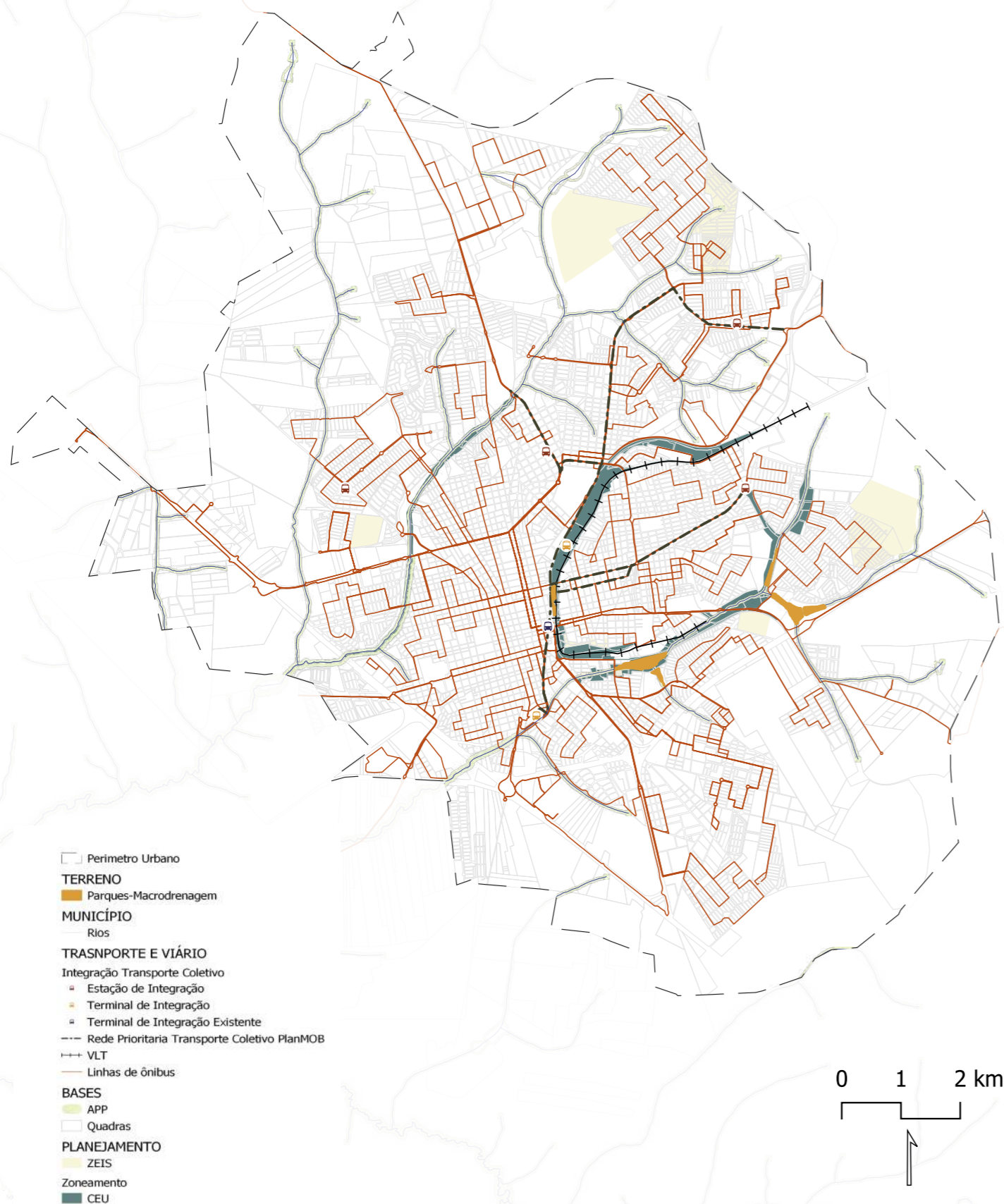
território projetual

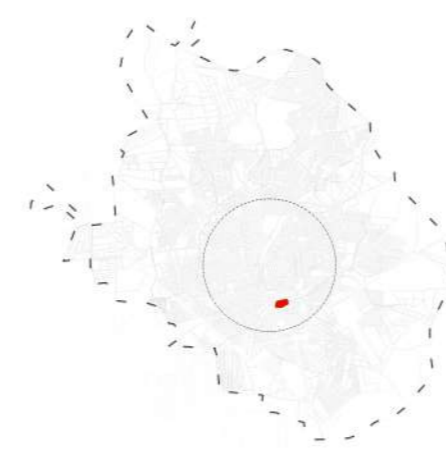
Em 2015, a malha ferroviária de Araraquara foi redesenhada para fora do perímetro urbano e agora faceia o limite do município com Américo Brasileiro. A área da antiga malha ferroviária, que atravessa o centro da cidade, estava ociosa desde então.

No Plano Diretor de 2014, a Prefeitura de Araraquara delimitou toda essa área como um Corredor Estrutural de Urbanidade (CEU) interposto por dois Corredores de Centralidade Lineares, conhecido atualmente como Parque dos Trilhos. Nesse corredor, é previsto um Sistema de Espaços Livres composto por um parque linear, equipamentos urbanos de lazer, cultura e esportes, ciclovias e VLT, além de terminais intermodais de transportes, entretanto com a demanda crescente de questões de macrodrenagem, foi inserido à proposta de zoneamento um sistema voltado à contenção de enchentes.

No dia 22 de maio deste ano, foi apresentada a primeira etapa do projeto denominado Plano de Macrodrenagem da Via Expressa e Reurbanização da Orla Ferroviária. Este plano abrange obras de infraestrutura em regiões de alagamento e novos espaços de lazer, além de promover a conexão entre o Parque dos Trilhos e a Vila Xavier.

A criação do PlanMob em 2022 e a determinação do Eixo Prioritário de Transporte público estruturam as centralidades propostas e preveem uma mudança no sistema de transporte público da cidade, transferindo o atual terminal de integração para o espaço da rodoviária e criando estações de integração espalhadas nos bairros com maior demanda de transporte público, desta forma, o acesso ao novo sistema de centralidade também é abrangido pelo planejamento.





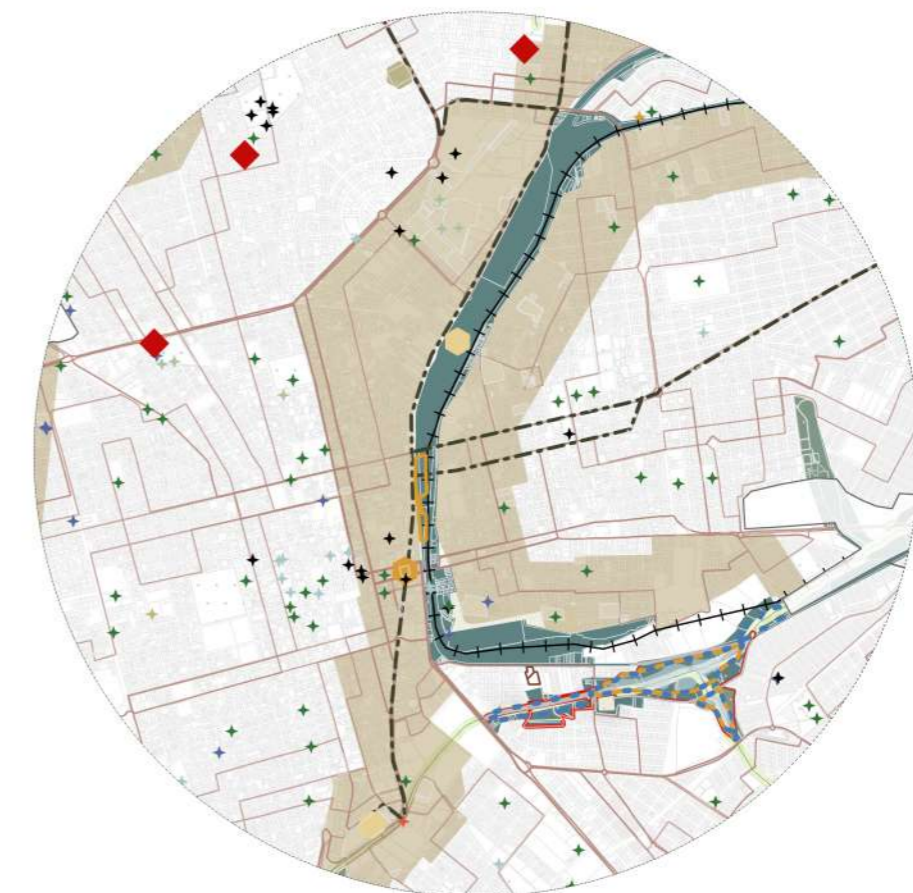
relação entre região e equipamento

A escolha do terreno foi motivada por diversos fatores estratégicos de modo que a localização escolhida assegure que o equipamento atenda às demandas específicas como acesso fácil a transporte público, ambientes que potencializem o processo terapêutico abrigando um espaço que fomente integração social e contato com o ambiente natural, possibilite estratégias de geração de renda e descontração, de modo a tornar o processo terapêutico dos pacientes mais efetivo e desestigmatizado.

O terreno está localizado próximo ao eixo de transporte público definido pelo Plano de Mobilidade de Araraquara e ao terminal de integração de ônibus existente como também com o terminal previsto pelo PlanMob, assegurando conexões eficientes e facilitando a integração com outros pontos da cidade.

O terreno escolhido para a proposta projetual se insere no contexto de estruturação de novas centralidades e reavivação do espaço previamente dedicado aos antigos trilhos do trem e conexão entre centro e bairros proposto pelo Plano Diretor como Corredor Estrutural de Urbanidade e Centralidades Lineares. O terreno escolhido está inscrito na área de várzea do Córrego do Ouro..

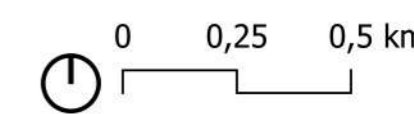
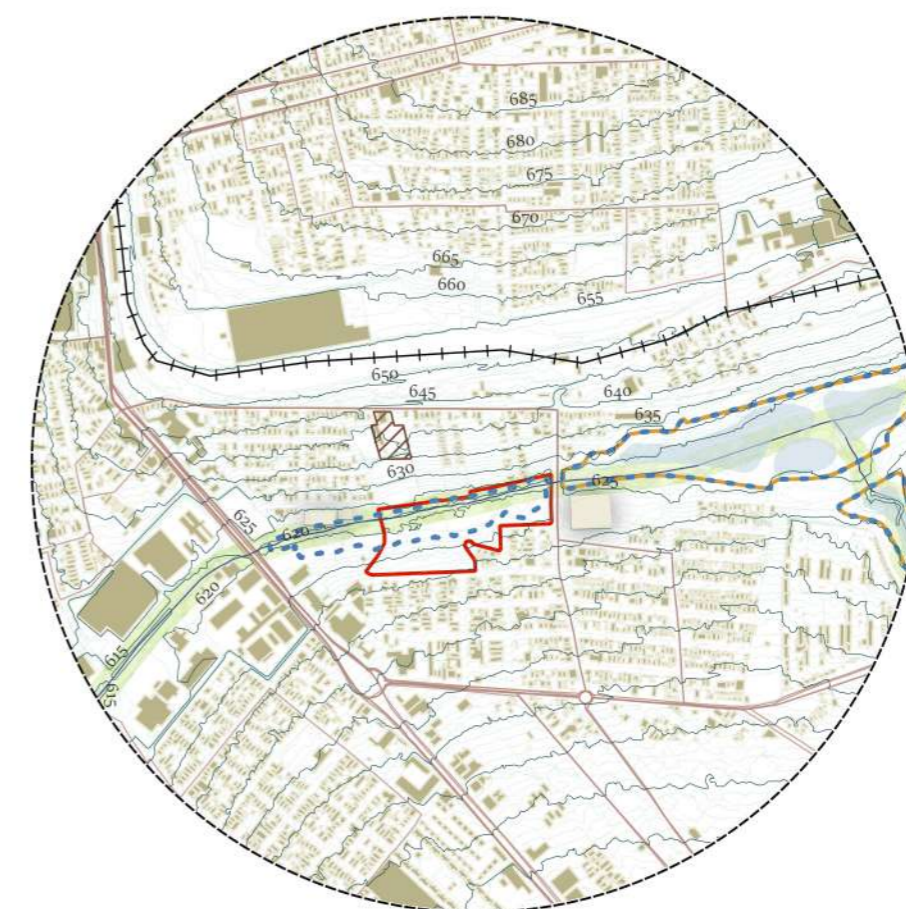
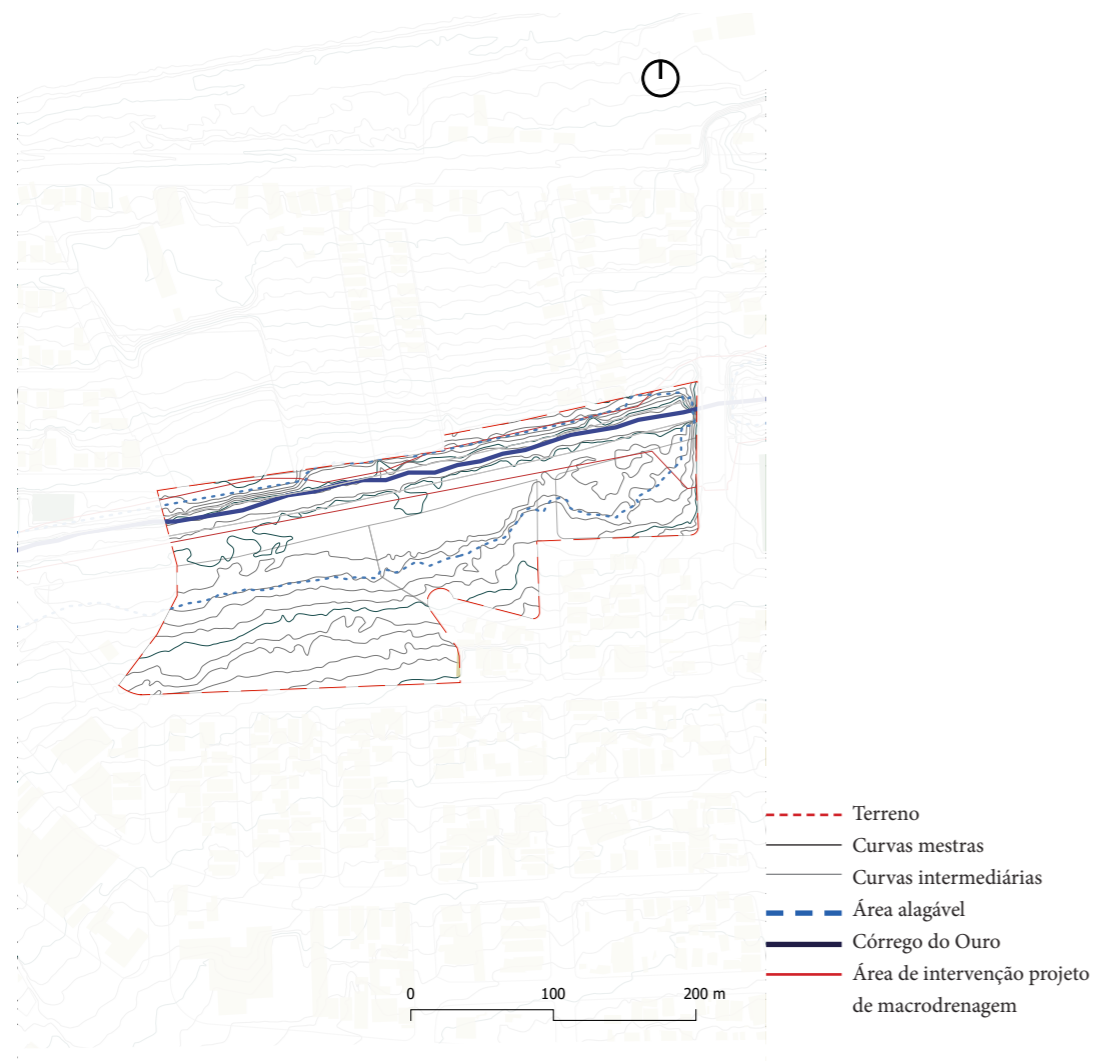
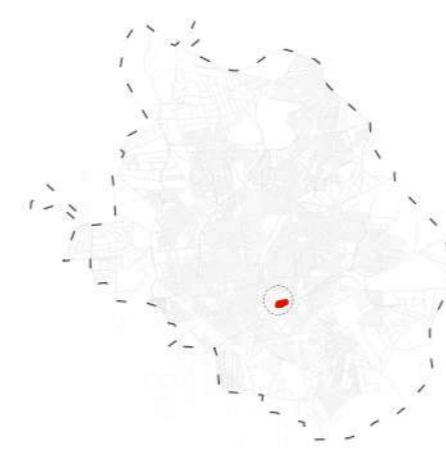
Desta forma, o equipamento proposto é a nova sede do Espaço Crescer, que substituirá o atendimento ambulatorial atual por um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS Infantil).



aproximação e contexto do terreno

O terreno apresenta as seguintes características: inserção em área de declive, localização em uma área urbana em consolidação e presença em uma área parcialmente inundável. Além disso, está situado na margem de uma Área de Preservação Permanente (APP) e é cruzado pelo Córrego do Ouro em sua face norte. O terreno é vizinho ao parque proposto pelo projeto de macrodrenagem urbana, que inclui lagos de retenção associados a contenção de cheias do córrego.

O terreno se insere em área majoritariamente residencial e tem conexão a rede de transporte público em sua face leste.



projeto

O projeto proposto visa criar um Centro de Atenção Psicossocial Infantil que ofereça cuidado psicológico de maneira holística.

O objetivo é atender integralmente às diversas demandas provenientes do processo terapêutico, que incluem não apenas o apoio psicológico e psiquiátrico, mas também a interação social, convivência, práticas de cidadania, e oficinas corporais, produtivas, criativas e possibilidade de geração de renda.

O espaço é concebido não apenas como clínica, mas como um equipamento urbano integrado a um parque de modo a fortalecer as relações sociais dos usuários com a comunidade e que atue como elemento desestigmatizador dos equipamentos de saúde mental.

O projeto se estrutura a partir do eixo de alagamento do parque criando uma via interna para pedestres que conecta as ruas laterais do parque criando um eixo longitudinal de circulação, o parque foi pensado de modo a conectar os dois lados do rio, estabelecendo na região à norte uma estrutura de arquibancadas de gabião que atuam como alagados construídos, colaborando com a drenagem e contenção do terreno em declive.]

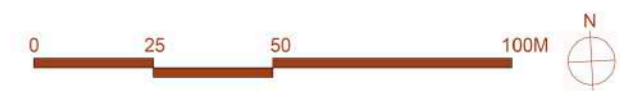
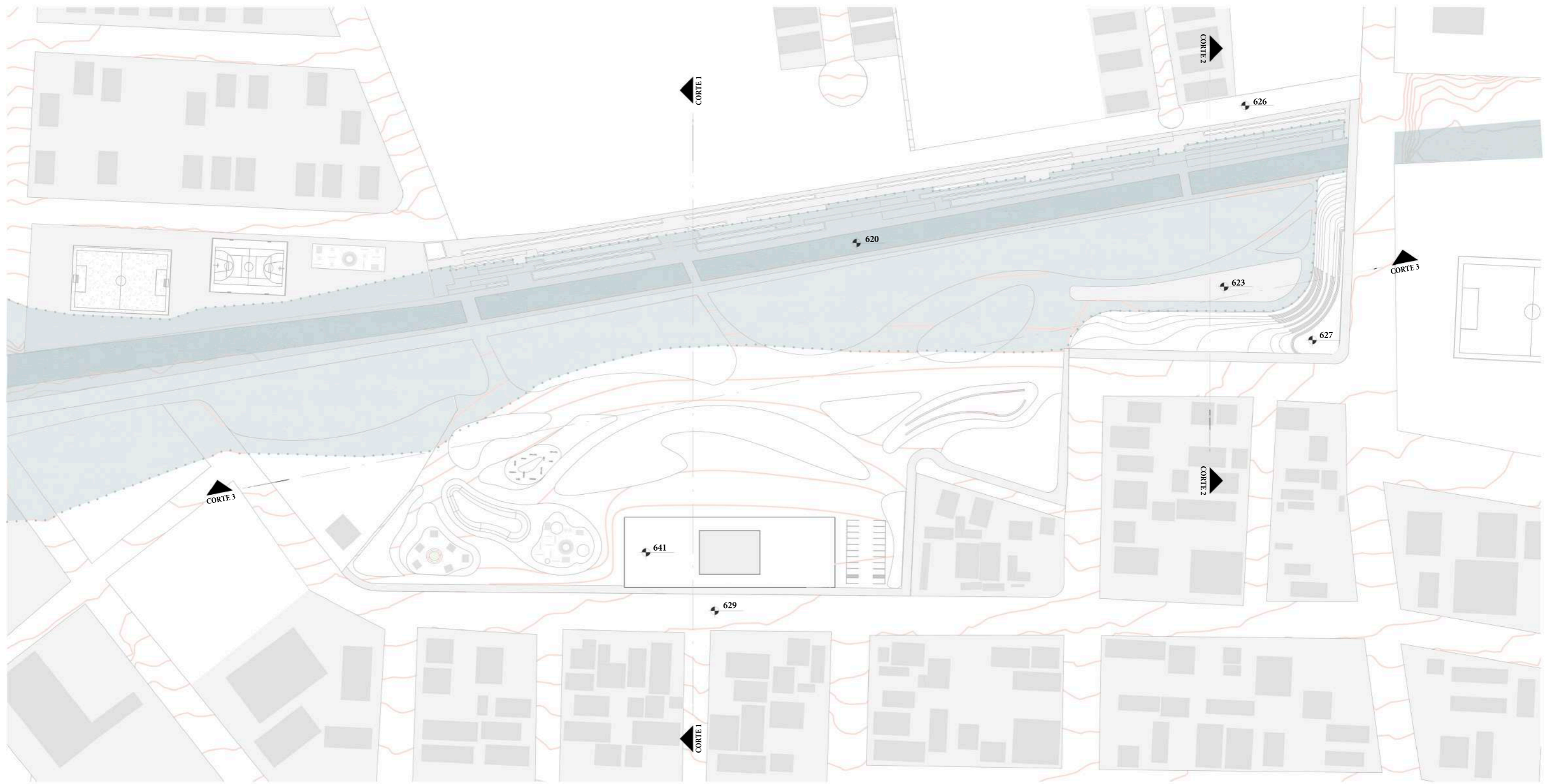


A estruturação dos setores do parque se distribui a partir deste eixo longitudinal concentrando os equipamentos e atividades que demandam estruturas físicas fora da faixa alagável de modo que tais atividades ainda sejam possíveis de serem efetuadas mesmo em períodos de cheia do rio.

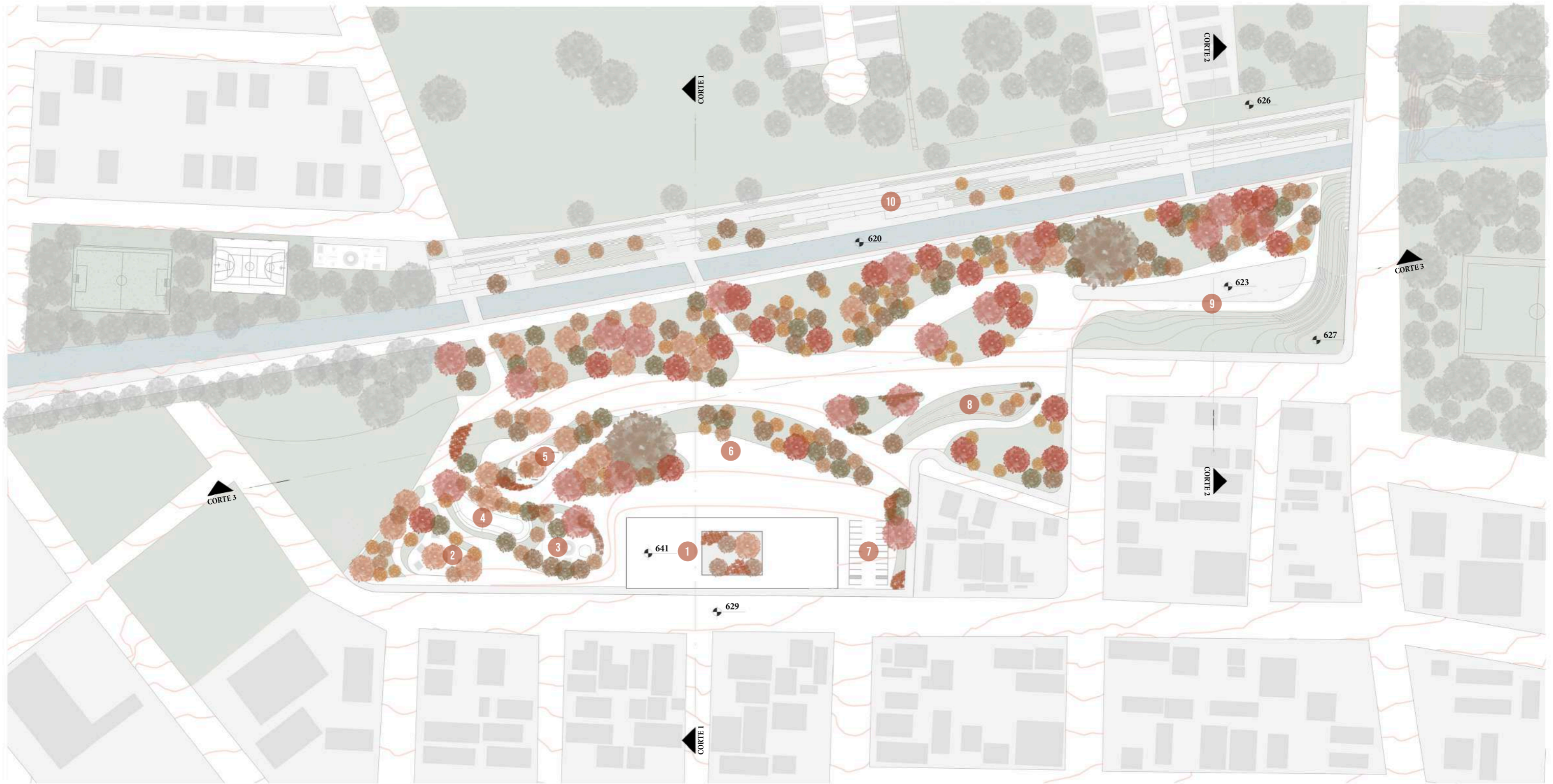
A implantação do parque visa tomar partido das características topográficas do terreno, criando caminhos confortáveis e acessíveis apesar da grande declividade do terreno os espaços dos setores do parque foram pensados para que sua fruição ocorra de diversas formas.

Os espaços foram pensados para expandir a atuação do Caps para o território do parque, com área de academia ao ar livre, área fixa de feira para promoção de renda e um espaço lúdico com playground e pista de skate para desconpressão integração das crianças e adolescentes pacientes do caps ou pela população em geral.

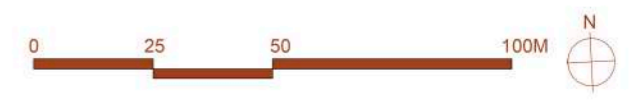




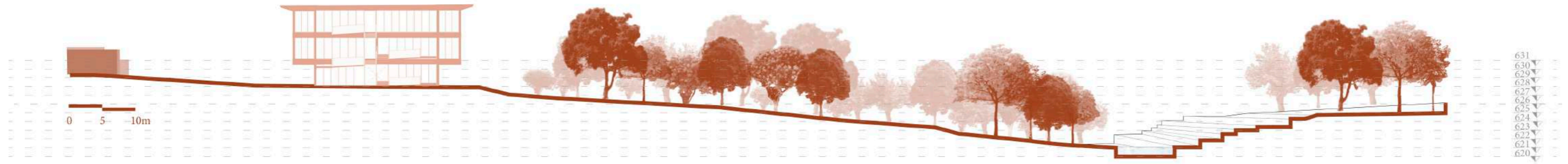
área inundável



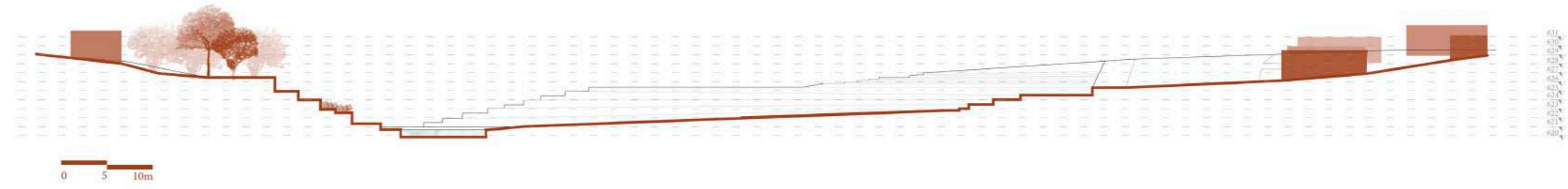
- | | |
|------------------------|-------------------------------------|
| 1 edifício | 6 esplanada central |
| 2 feira | 7 estacionamento |
| 3 playground | 8 horta terapêutica |
| 4 pista de skate | 9 anfiteatro aberto |
| 5 academia ao ar livre | 10 corredor de alagados construídos |



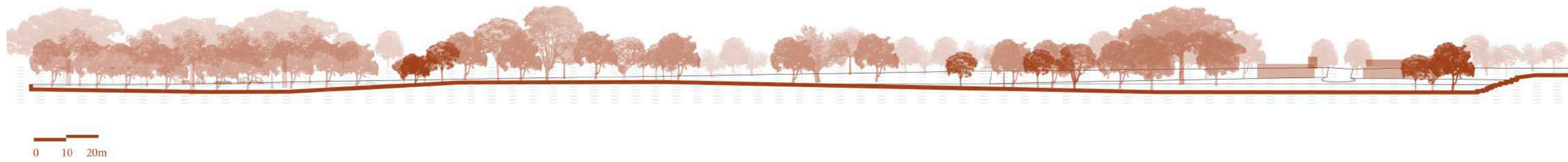
implantação



corte 1



corte 2



corte 3



feira



caminhos



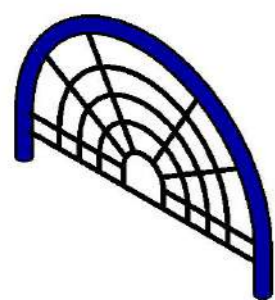
feira



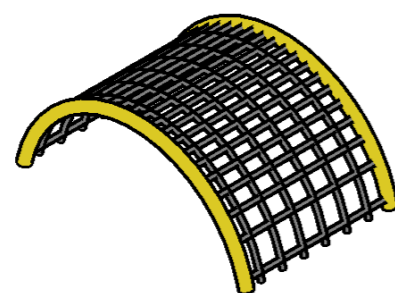
esplanada central

O mobiliário lúdico aplicado foi pensado a partir do manual de playground da Empresa ErêLab, visando os estímulos de: braquiar, equilibrar, escorregar.

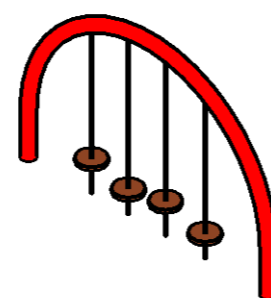
Linha Arco-íris: ErêLab+ ONG Mães Pela Diversidade



arco aranha

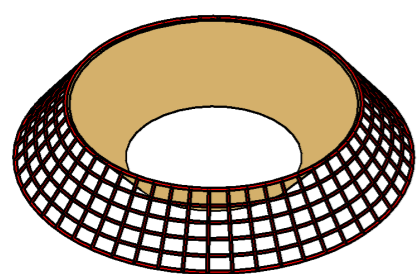


arco ponte

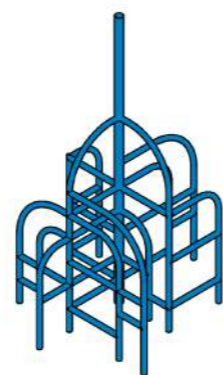


arco cipó

ErêLab



escorregador cestaria



mangue





academia ao ar livre



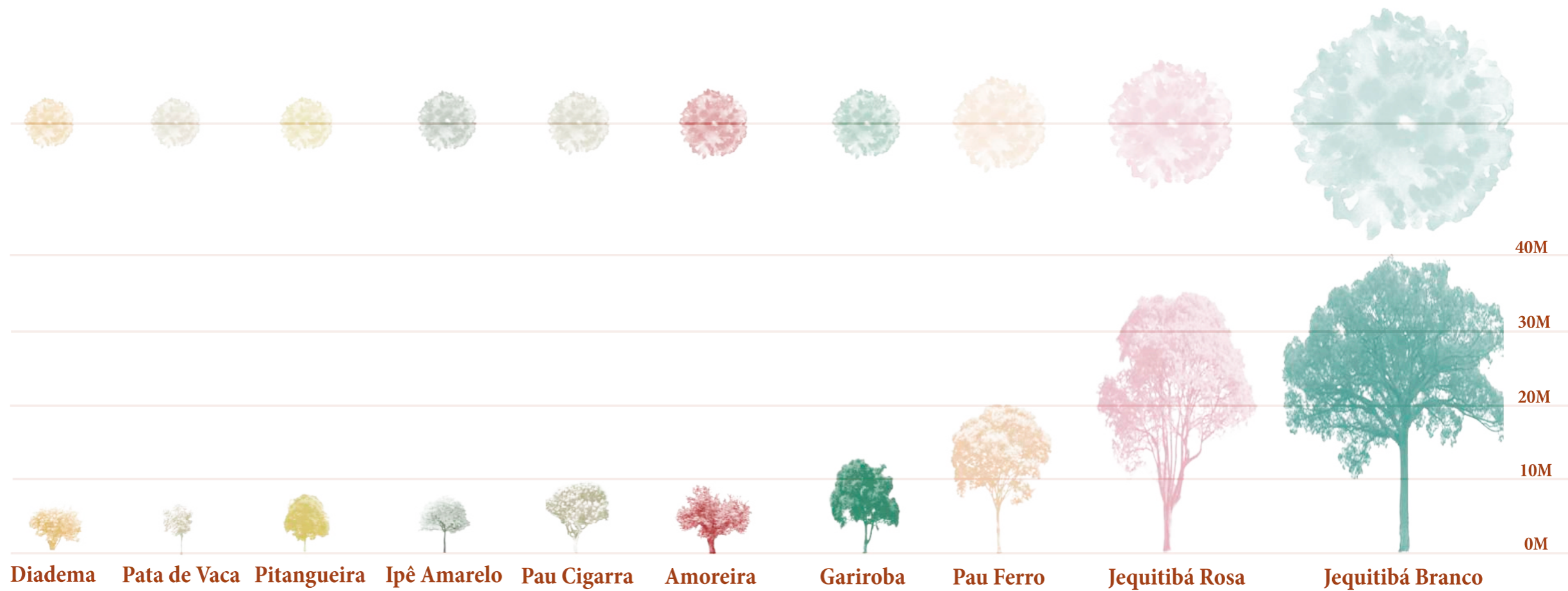
pista de skate



horta terapêutica



anfiteatro aberto



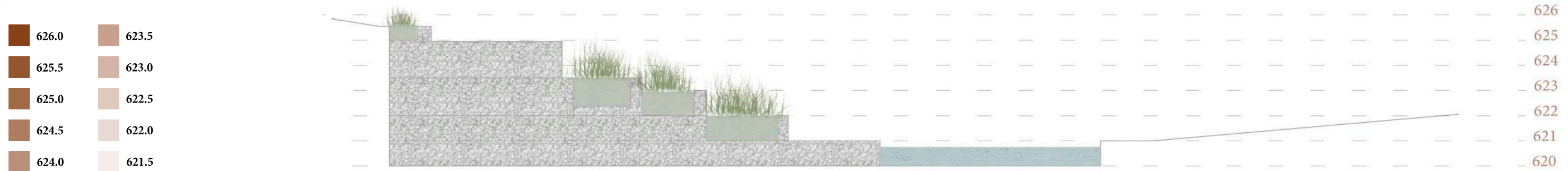
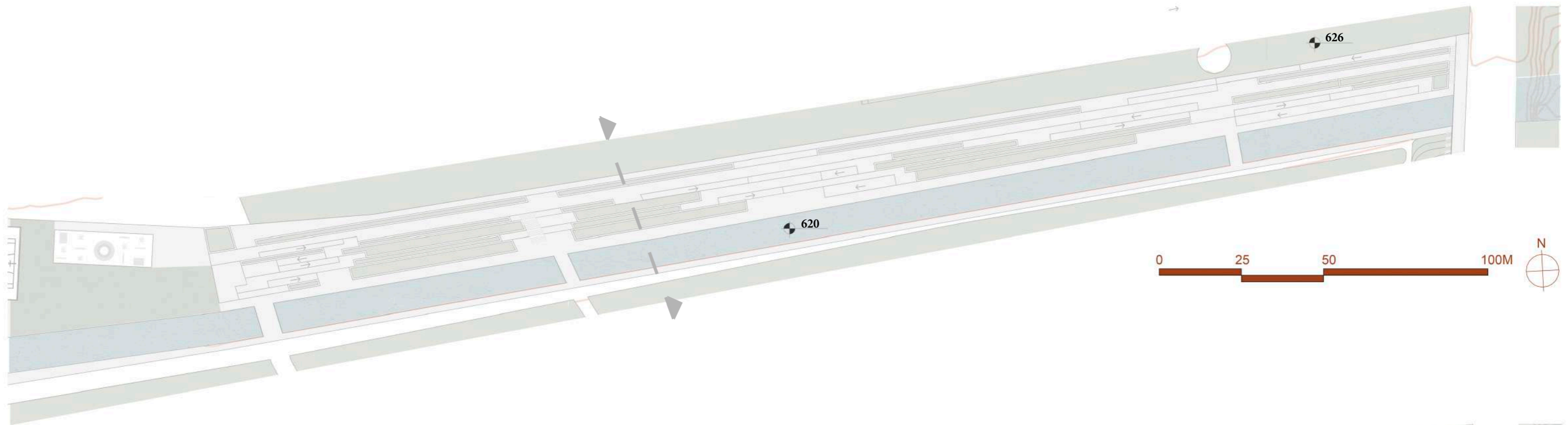
porte	pequeno			médio				grande		
tipo	ornamental	ornamental	frutífera	ornamental	ornamental	frutífera	frutífera	ornamental	ornamental	ornamental
época de floração	jul-set	out-jan	ago-nov	ago-set	dez-abr	ago-set	set-nov	jan-mar	dez-fev	out-dez
cor da floração	amarela	branca	branca	amarela	amarela	branca	branca	amarela	creme / rosa	branca
diâmetro da copa	4 metros	5 metros	4 metros	6 metros	6 metros	8 metros	8 metros	10 metros	12 metros	30 metros

espécies de vegetação



vegetação





corredor de alagados construídos

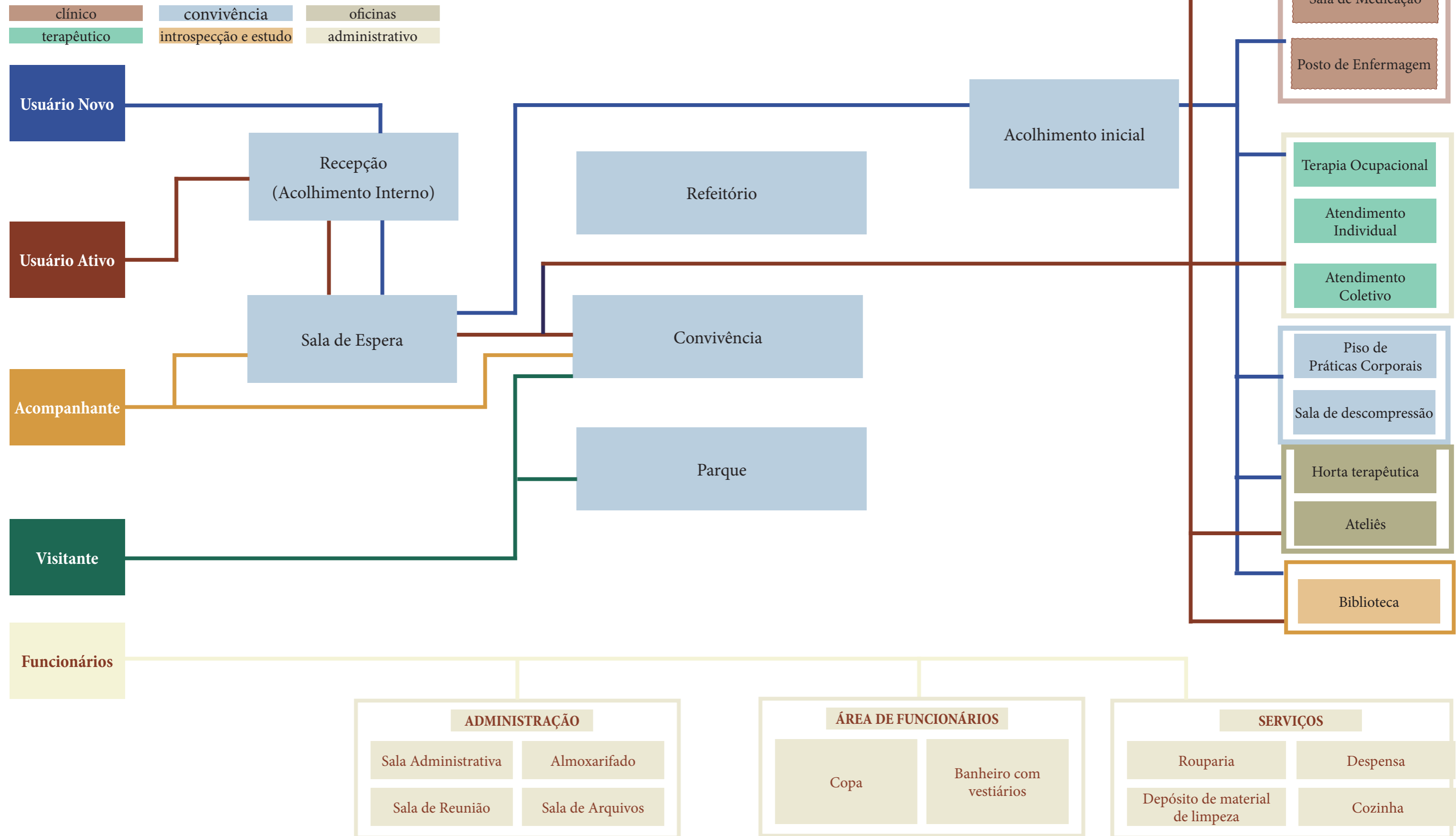




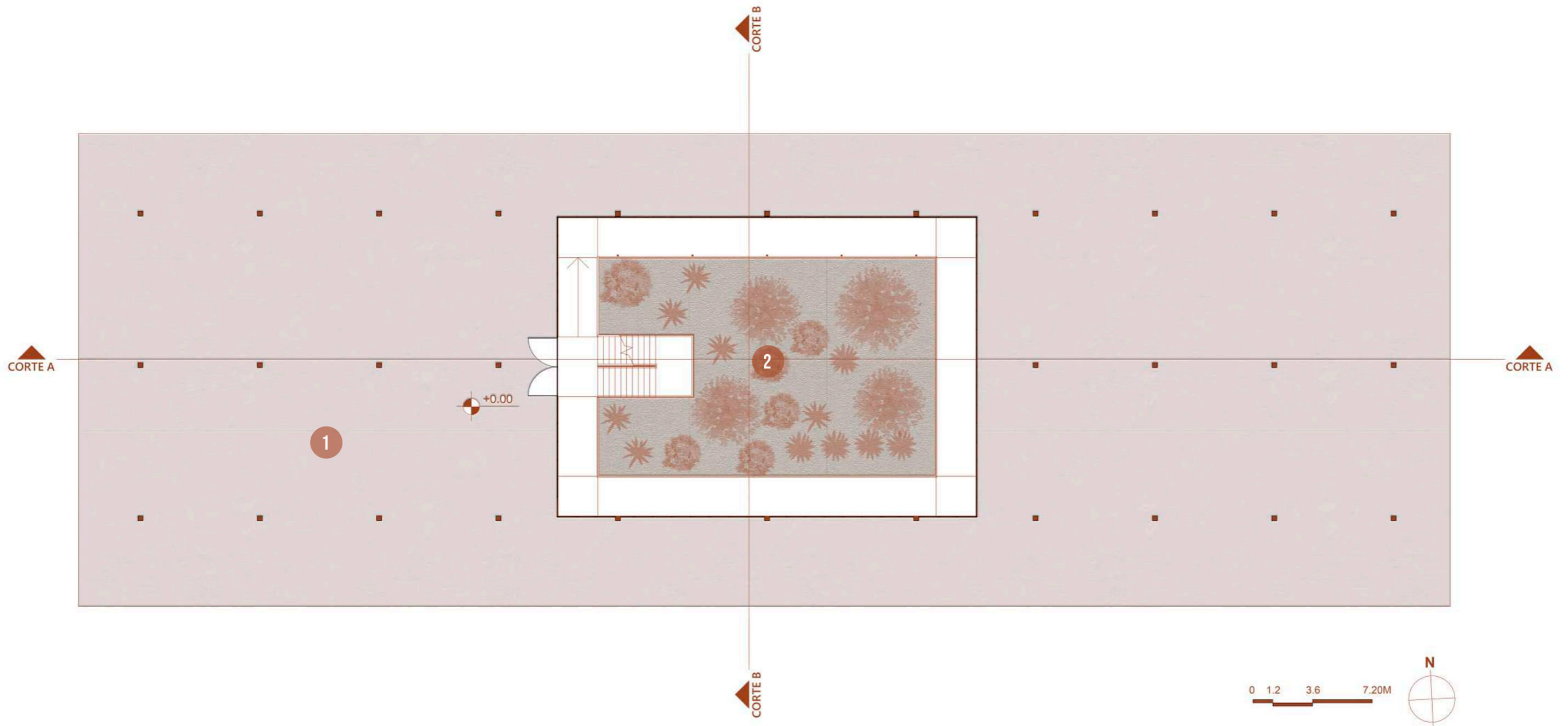
programa base do ministério da saúde CAPSi

ambientes	área mínima (m ²)	quant.
Recepção (Espaço de Acolhimento)	30	1
Sala de atendimento individualizado	9	3
Sala de atividades coletivas	24	2
Espaço de convivência interno	65	1
Banheiro adaptado	4,8	2
Sala de Medicação	5	1
Posto de enfermagem	6	1
Quarto coletivo com acomodações individuais	9	1
Banheiro anexo aos quartos de acolhimento	3,6	1
Sala Administrativa	22	1
Sala de Reunião	20	1
Almoxarifado	5	1
Arquivo (Sala para Arquivos)	5	1
Refeitório	60	1
Copa (cozinha)	16	1
Banheiro com vestiário para funcionários	12	2
Depósito de material de limpeza (DML)	2	1
Rouparia	4	1
Abrigo de recipientes de resíduos (lixo)	4	1
Área externa de convivência	75	1

fluxograma de usos e áreas propostas

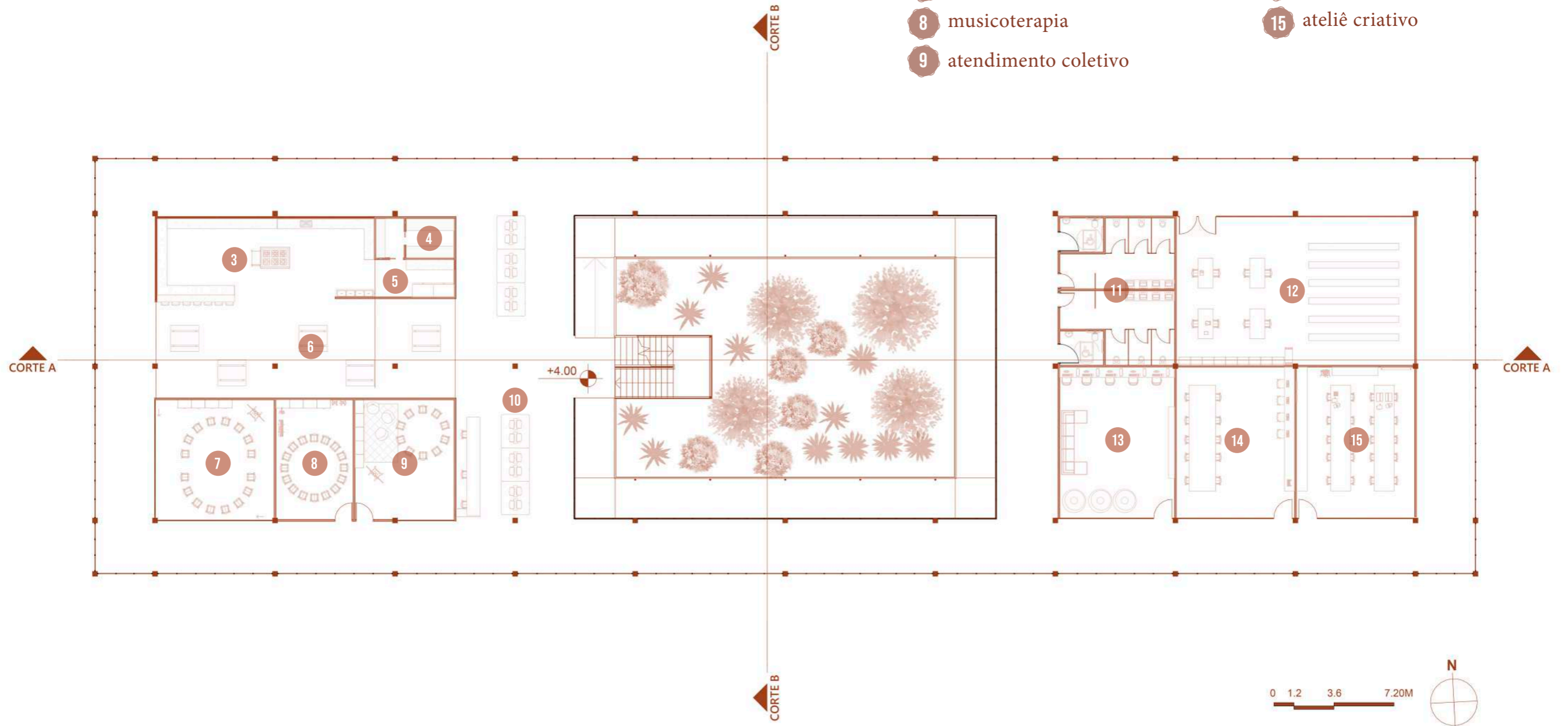


- 1 espaço livre para atividades
- 2 pátio interno



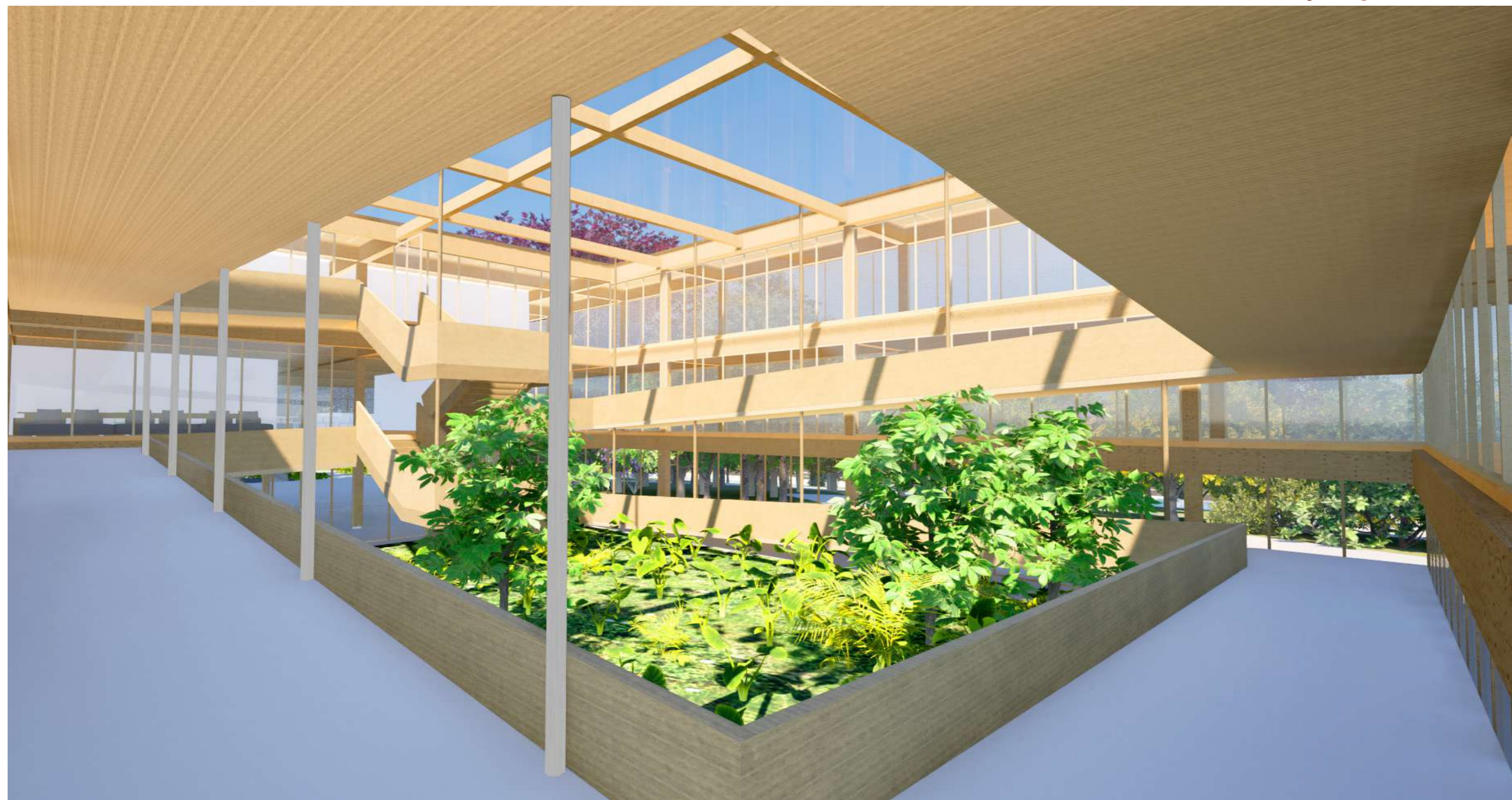
planta baixa térreo

- 3 cozinha
- 4 despensa
- 5 preparo de alimentos
- 6 refeitório
- 7 atendimento coletivo
- 8 musicoterapia
- 9 atendimento coletivo
- 10 recepção e convivência
- 11 sanitários
- 12 biblioteca
- 13 sala de decompressão
- 14 ateliê produtivo
- 15 ateliê criativo

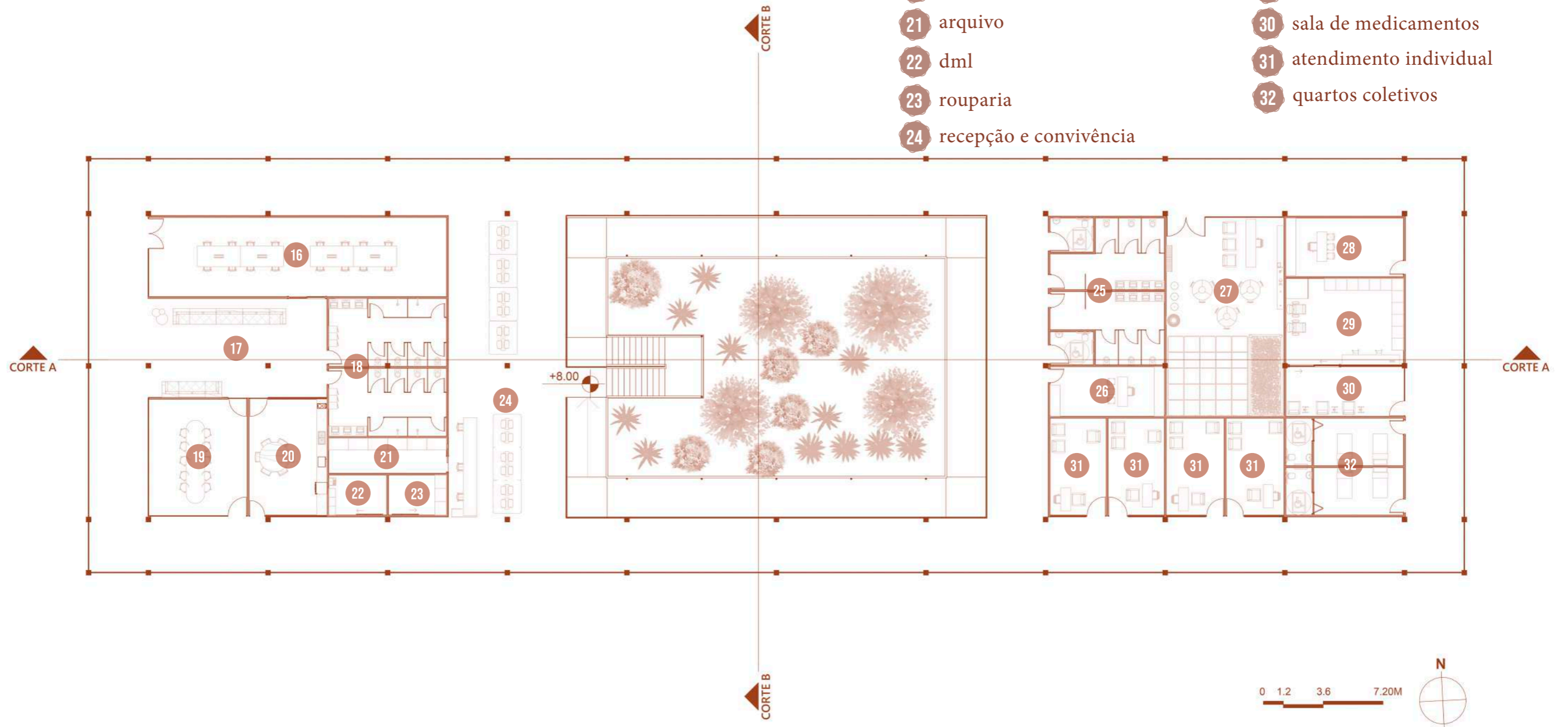


planta baixa 1º pavimento

imagem 1º pavimento



- 16 administração
- 17 convivência funcionários
- 18 sanitários e vestiários
- 19 sala de reuniões
- 20 copa funcionários
- 21 arquivo
- 22 dml
- 23 rouparia
- 24 recepção e convivência
- 25 sanitários
- 26 sala assistência social
- 27 sala terapia ocupacional
- 28 sala psiquiatria
- 29 farmácia
- 30 sala de medicamentos
- 31 atendimento individual
- 32 quartos coletivos



planta baixa 2º pavimento



LAJE PLANA DE OSB COM
PROTEÇÃO TERMOACÚSTICA
E MANTA ALWITRA

ABERTURA ZENITAL COBERTA
COM POLICARBONATO
TRANSLÚCIDO

CORTE A

CORTE A

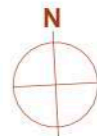
CORTE B

CORTE B

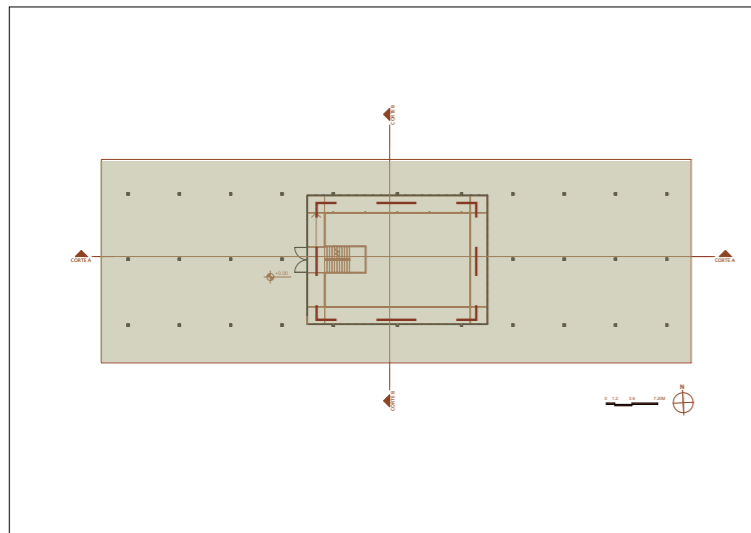
0.55%

+12.00

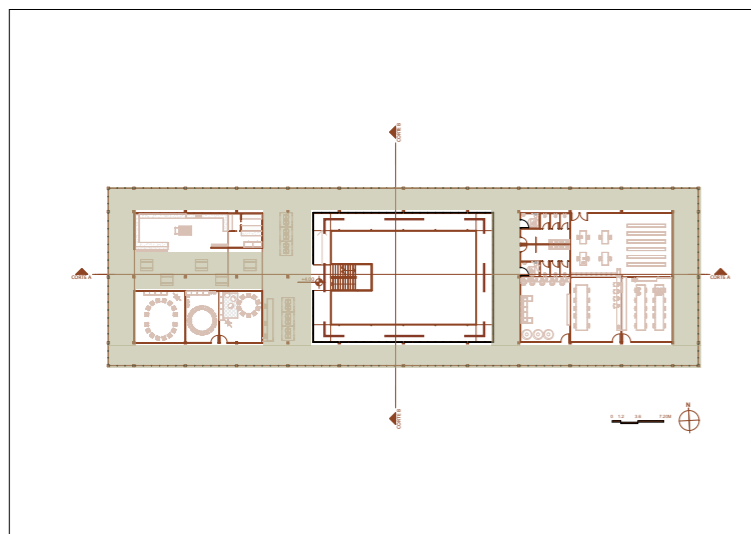
0 1.2 3.6 7.20M



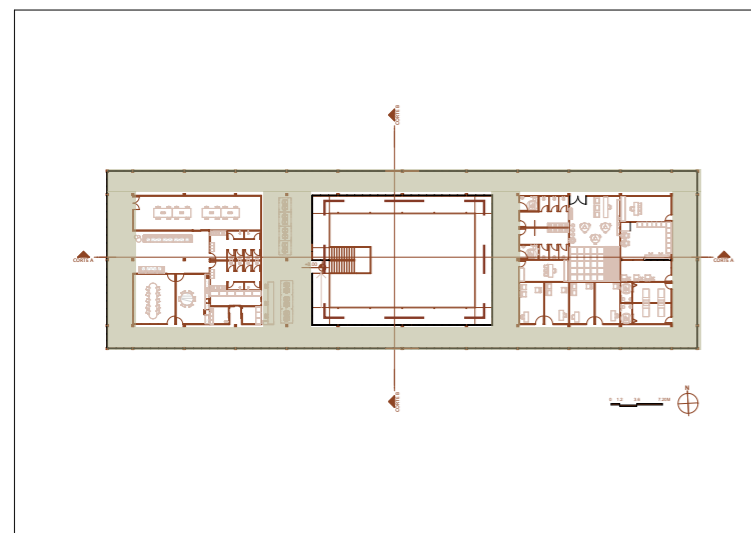
planta de cobertura



A circulação no pavimento térreo ocorre em todo o espaço do piso livre, tendo o pátio central como ponto de observação e reflexão

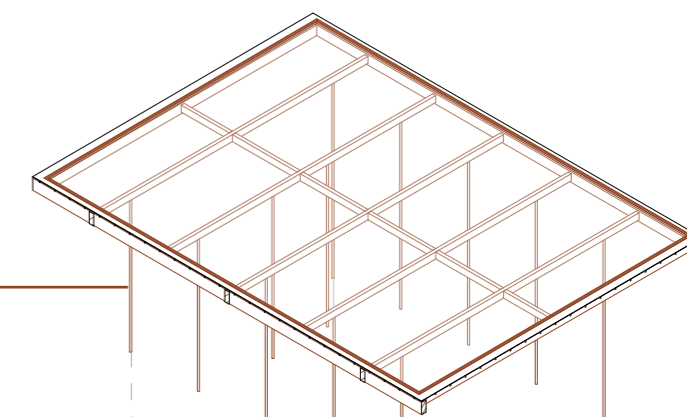


A circulação vertical ocorre através de rampas que circundam o núcleo do edifício ou escadas engastadas a eslas, a estrutura é apoiada nos pilares do edifício e atirantada às vigas de cobertura.

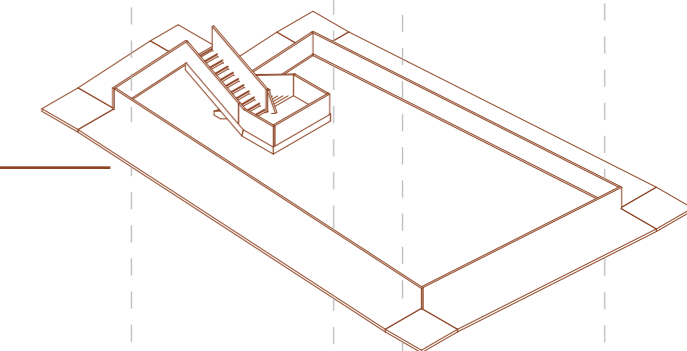


A circulação horizontal nos pavimentos superiores ocorre através de corredores avarandados voltados a paisagem do parque e pátio central de modo a criar uma visão panorâmica da paisagem em que o edifício se insere. Os espaços de circulação também se comportam como espaços de estar e encontro, as interações são estimuladas a acontecer entre salas e atividades

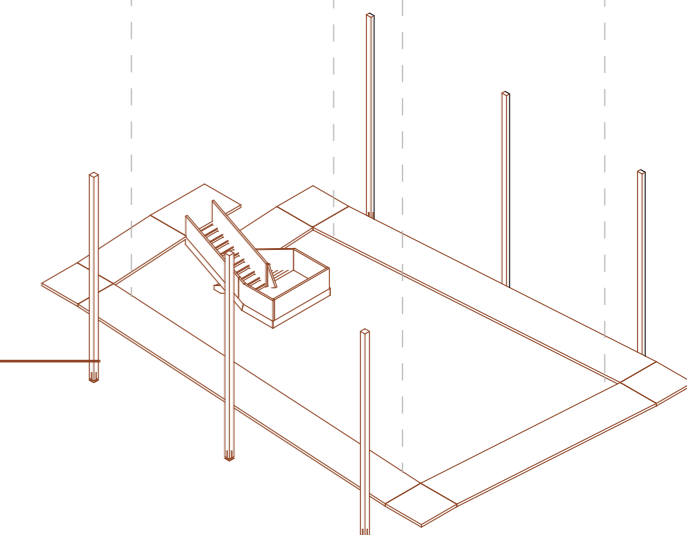
Estrutura da cobertura + tirantes metálicos para sustentação das rampas e patamares das



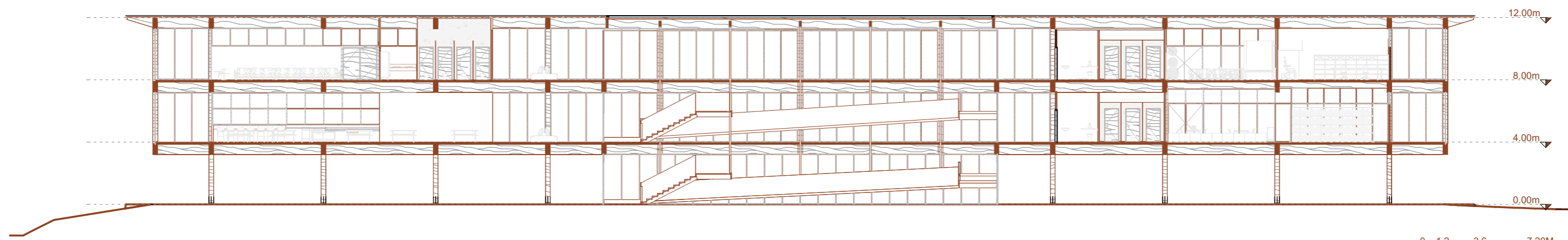
Rampas com inclinação de 6% e patamares nas extremidades



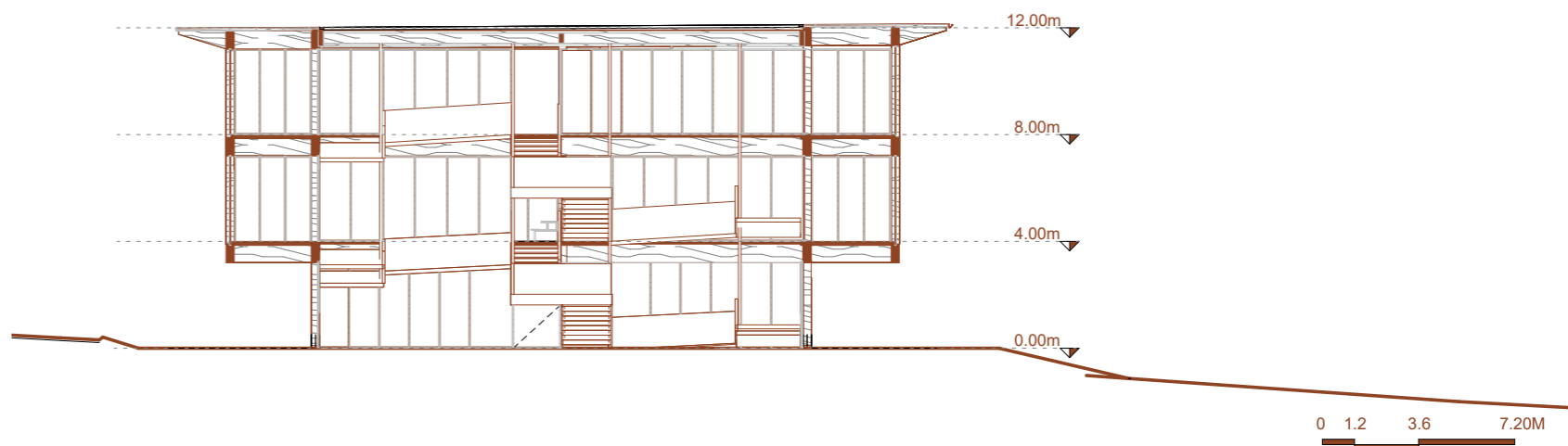
Pilares de apoio das lajes, cobertura e rampas



circulação

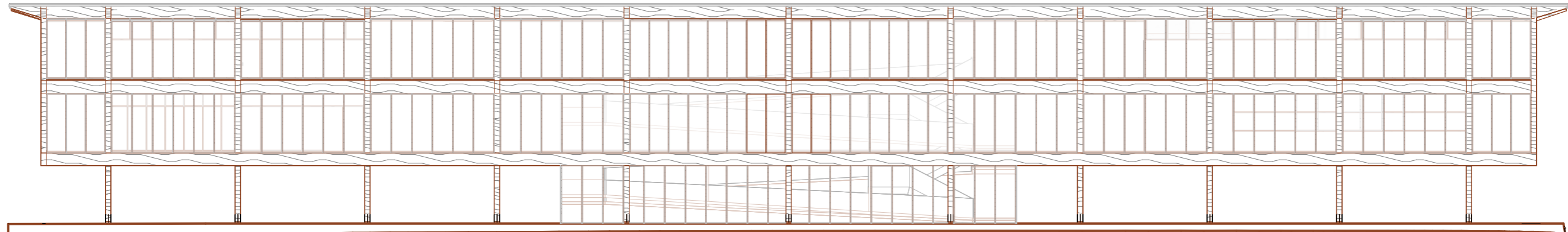


corte a



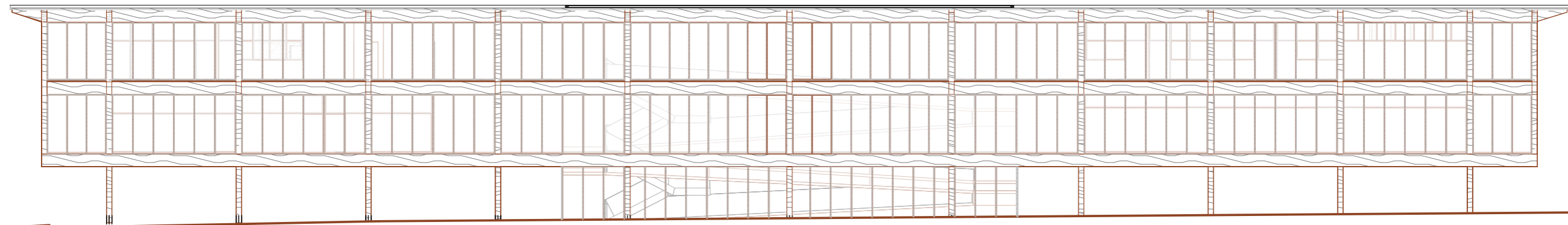
corte b

elevação norte

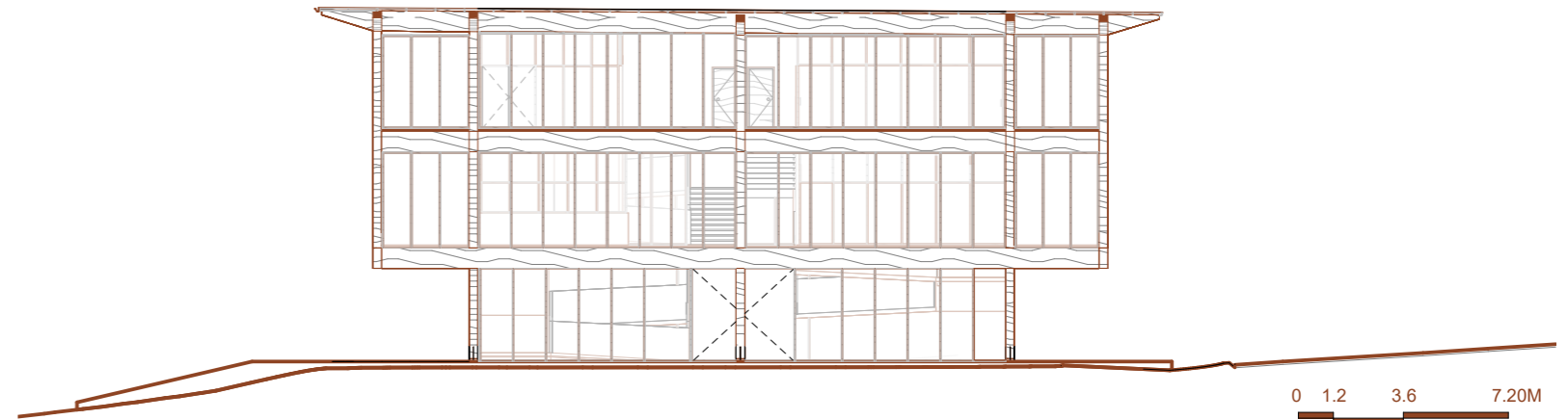


0 1.2 3.6 7.20M

elevação sul



0 1.2 3.6 7.20M



elevação oeste



elevação leste



jardim interno



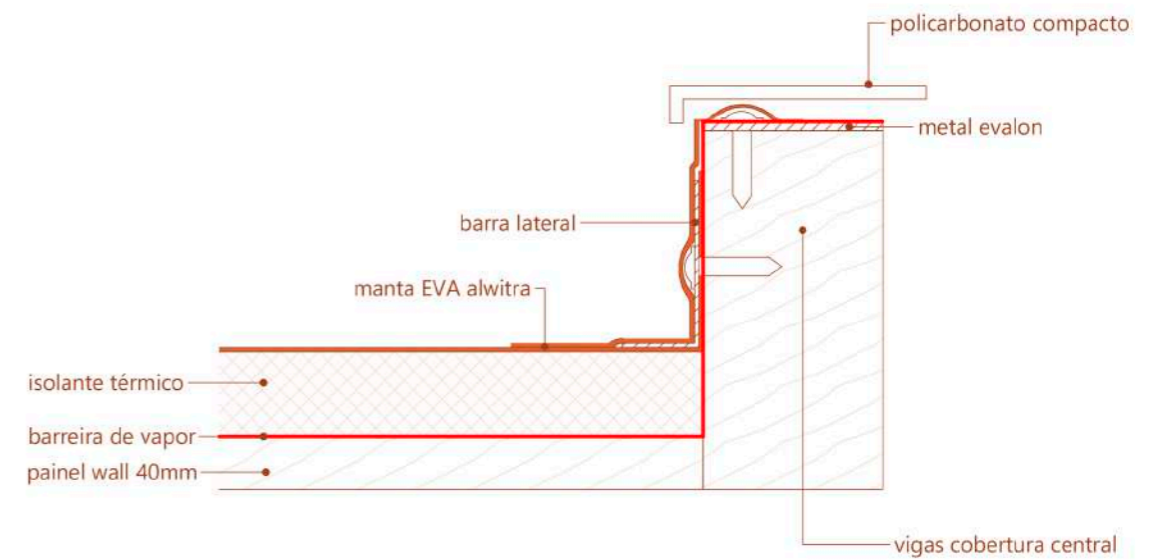
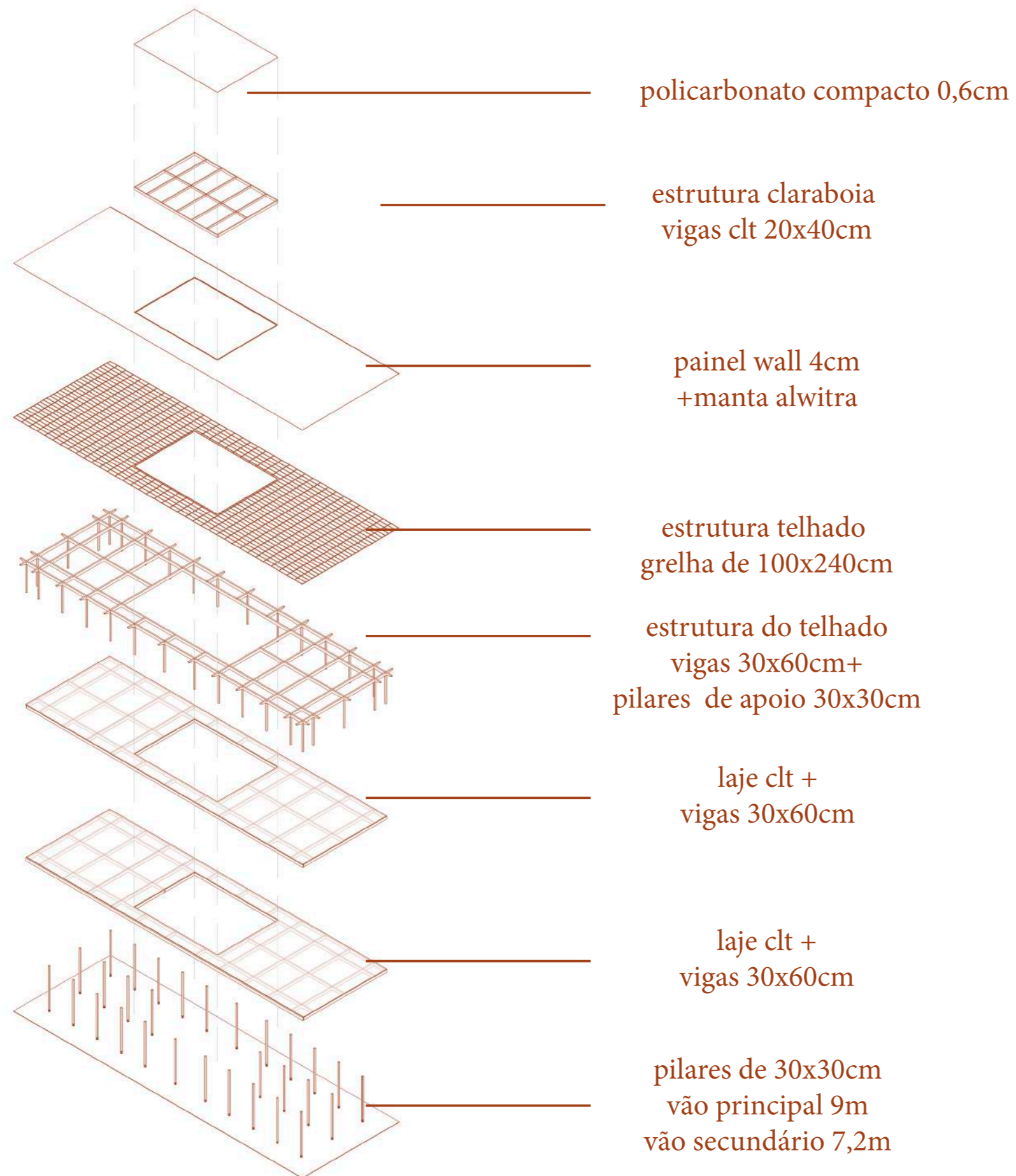
entrada



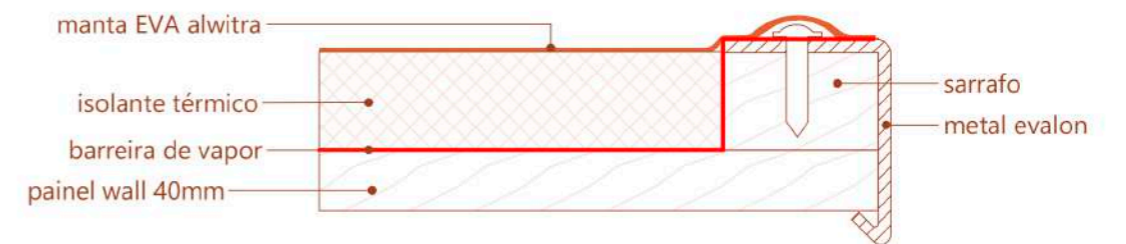
2º pavimento - claraboia



edifício fachada oeste

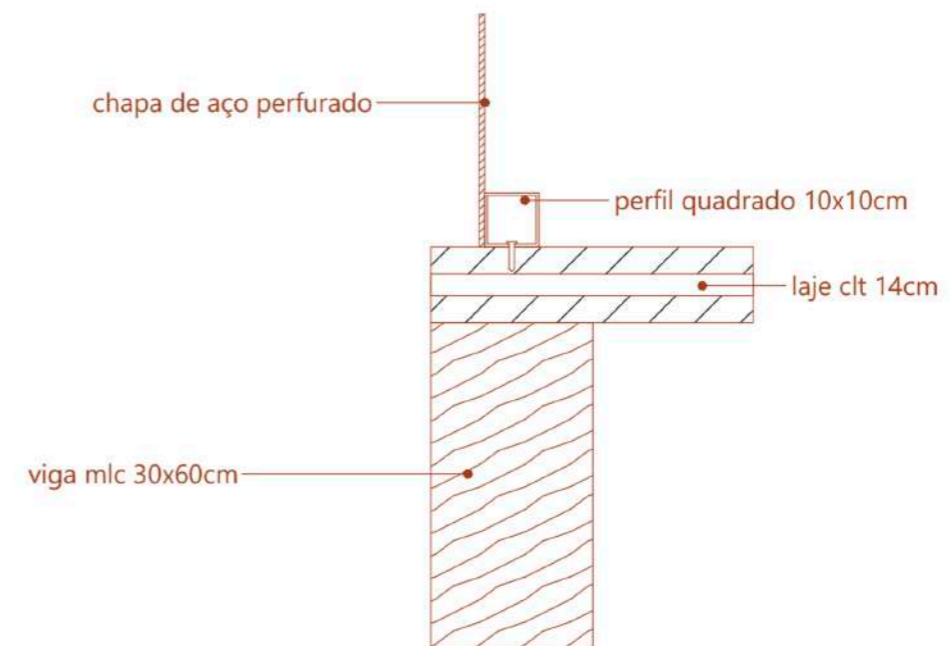
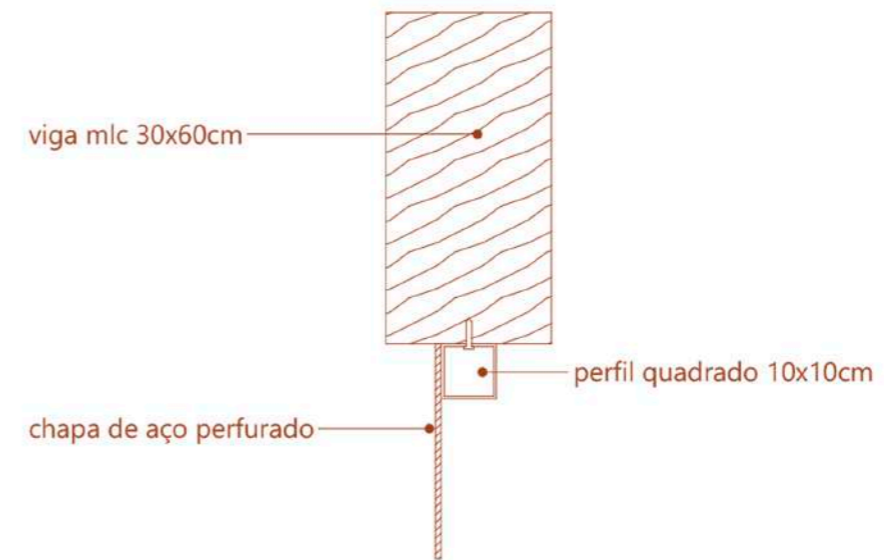
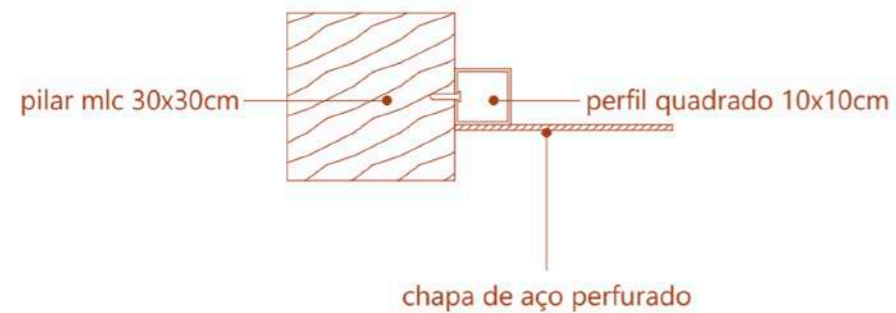
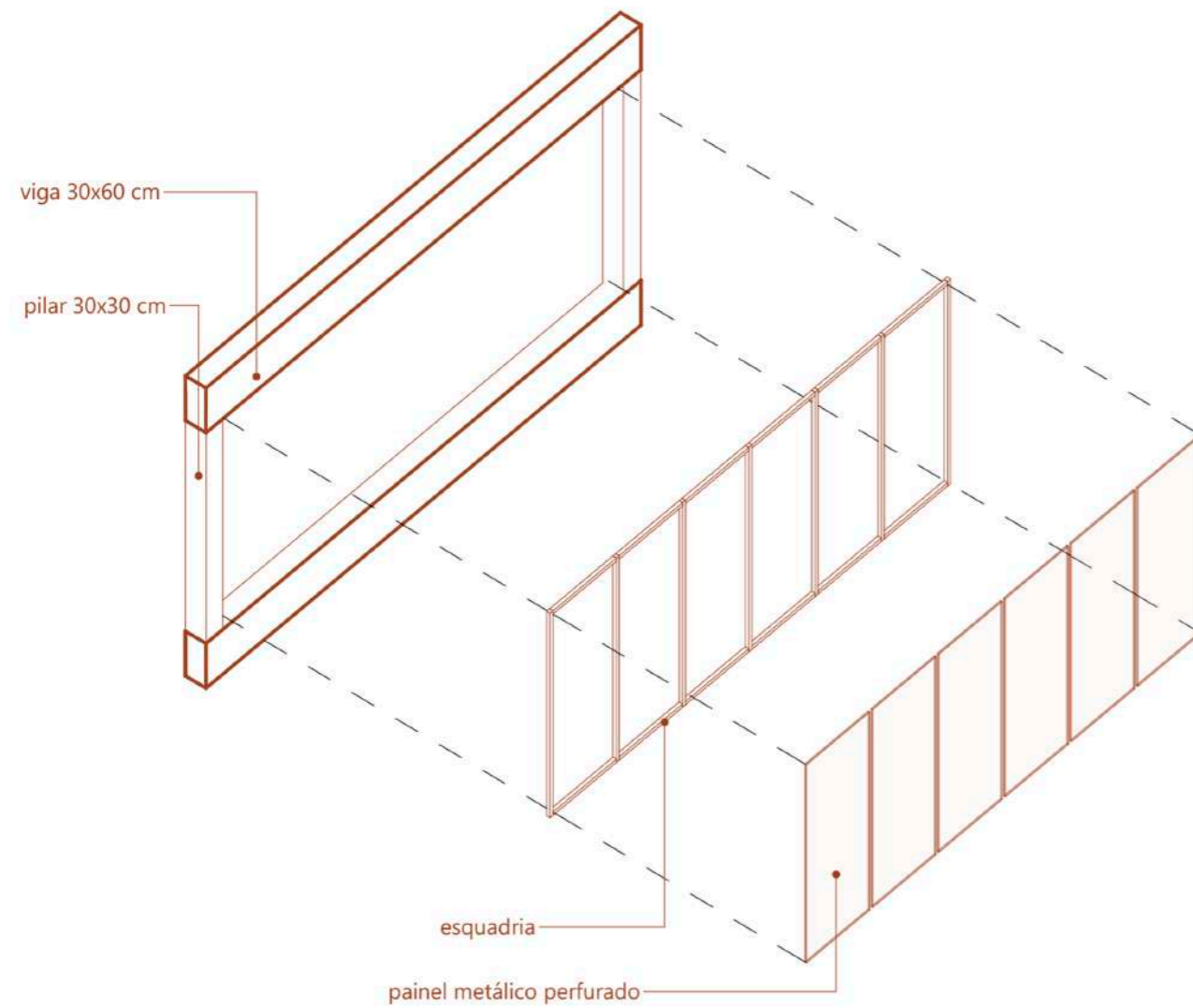


detalhe claraboia



detalhe laje plana da cobertura

estrutura do edifício



Como estratégia para conforto térmico no edifício, foi escolhido o fechamento em placa metálica perfurada, pois este cria uma barreira solar sem impedir a iluminação e ventilação dos ambientes e sem criar reflexos prejudiciais a fauna local

detalhamento dos fechamentos



referências bibliográficas

ARARAQUARA. Câmara Municipal, OFICIO N° 1218/2023 Protocolo: 4531/2023 de 10/05/2023. Acesso em 10/06/2024

ARARAQUARA. Câmara Municipal, OFICIO N° OFÍCIO N° 1251/2022 PROTOCOLO 4669-2022 11/05/2022. Acesso em 10/06/2024

BRASIL, 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 -DF 2013. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf>.

BRASIL, Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas, Brasília -DF 2005. [s.l: s.n.]

CIACO, Ricardo José Alexandre Simon. A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares. 2010. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Urbanismo e Tecnologia) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2010. doi:10.11606/D.18.2010.tde-05012011-155939. Acesso em: 2024-06-18.

EMERICH, Bruno Ferrari. [CAPS NO TERRITÓRIO: CUIDADO ONDE A VIDA ACONTE-

CE]. [Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências Médicas, Campinas], 2007.

HAESBAERT, Rogério. Território e multiterritorialidade: um debate. *Geographia*, [s.l.], a.9, n. 17, p. 19-46, 2007.

LUGHI, Aliceia Celene. A rede de atenção psicossocial e o cuidado ao paciente em sofrimento psíquico do município de Araraquara. 2018. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/13922>.

VIECELLI, A. P. Lugares da loucura : arquitetura e cidade no encontro com a diferença. lume. ufrgs.br, 2014.

ZUMTHOR, P. Atmospheres. [s.l.] Birkhäuser, 2006.

