

CAPS LOCUS

A RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE AMBIENTAL E O TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS

ESTÉFANE TRINDADE | TGI I, IAU.USP 2020

CAPS LOCUS

CENTRO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Caderno elaborado como parte dos produtos realizados na disciplina de **Trabalho de Graduação Integrado II**, desenvolvido no Instituto de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, IAU-USP. Sob acompanhamento do **Prof. Dr. Joubert José Lancha** e orientação da **Profª Drª Simone Helena Tanoue Vizioli**

FEVEREIRO 2021

IAU.USP

ESTÉFANE TAISSE TRINDADE PUPPO

AUTORIZO A REPRODUCAO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRONICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

Folha de aprovação

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

P984c Puppo, Estéfane Taisse Trindade
CAPS LOCUS - A Relação Entre a Qualidade
Ambiental e o Tratamento de Transtornos Mentais /
Estéfane Taisse Trindade Puppo. -- São Carlos, 2021.
87 p.

Trabalho de Graduação Integrado (Graduação em
Arquitetura e Urbanismo) -- Instituto de Arquitetura
e Urbanismo, Universidade de São Paulo, 2021.

1. CAPS. 2. Arquitetura e Psicologia. 3. Relação
comportamento - ambiente construído. 4. Arquitetura
Humanizada . 5. Arquitetura de Saúde. I. Título.

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

Joubert José Lancha

Avaliação

Simone Helena Tanue Vizioli

Avaliação

Júlia Coelho Kotchetkoff

Avaliação

Conceito Final:
Data:



Atribuição-NãoComercial CC BY-NC



INTRODUÇÃO	11
1.A ARQUITETURA E O PROCESSO DE TRATAMENTO	13
2.LEITURA DA ÁREA.....	35
3.AÇÕES PROJETUAIS.....	51
REFERÊNCIAS	82



[...] Não temos tempo para sentir tédio e até mesmo para ter lazer, ou quando temos, nos culpamos por isso, afinal, podíamos estar fazendo algo mais produtivo ao invés de estar perdendo tempo e consequentemente dinheiro. Com isso, não temos chance de significarmos nossas vivências, pois o tempo é corrido e devanear é algo do passado. Vivemos atualmente no automático; num tempo todo preenchido de vazios, já que ele é apenas um somatório de instantes sem sentido. Não nos permitimos nos entristecermos, pois gozar e ser feliz é uma obrigatoriedade e não mais uma escolha. Além disso, abater-se implica a impossibilidade de produzir. Se não produzirmos somos tidos como inúteis dentro da lógica do sistema. [...] Isso por si só se torna fonte de muito “mal-estar”.

- CIELUCK, 2016



INTRODUÇÃO



Ao longo do curso de Arquitetura, com suas diversas disciplinas e leituras, percebe-se que o cerne da área não são as formas arquitetônicas em si, mas sim o ser humano. Projeta-se para alguém, sempre. Para uma pessoa ou para uma multidão. Para atender às suas necessidades, além das noções básicas de abrigo e proteção. Nesse sentido, a Arquitetura é plenamente uma ciência social aplicada, que não se descola do contexto social e que se expressa de maneira multidisciplinar.

O ponto de partida deste trabalho é o ser humano.

O ser humano é complexo em suas funcionalidades biológicas e psíquicas, e é nessa última que me atentarei. Frente à sociedade capitalista contemporânea, assistimos mudanças muito repentinas e velozes. Vivemos em função do trabalho, da produtividade em prol do progresso. Com isso, deixamos em nós um rastro de psicopatologias: crises de ansiedade, abuso de drogas, depressão, distúrbios emocionais e psíquicos.

É importante compreender que o sofrimento habita as diferen-

tes relações que os indivíduos mantêm com o sistema. A capacidade de rejeição ou aceitação da ordem social não determina o grau de sofrimento a que estamos todos passíveis, apenas indica os pontos em que ele nos atinge. Com o aumento da pressão do discurso social e midiático, as consequências são o aumento e a potencialização dos sentimentos de desamparo e tristeza, afinal, em um mundo em que as utopias deixam de existir, a insegurança se faz constante.

Segundo Tavares (2010), o predomínio de determinadas psicopatologias na sociedade é fruto direto das novas configurações simbólicas forjadas pelos discursos sociais vigentes. Estes atravessam os sujeitos, produzindo, assim, determinadas formas de subjetivação (a percepção de um fato, fenômeno ou emoção, e a reprodução desta no meio social).

Como referência o trecho de abertura deste caderno, Cieluck (2016) deixa claro as dinâmicas a que somos submetidos atualmente, mostrando de forma sucinta o comportamento da sociedade, que, diversas vezes, por estar em “modo automático”, não consegue perceber e muito menos compreender o motivo de tanta insatisfação e sofrimento, apesar de ser constantemente afetada por esses sentimentos de maneiras diretas e indiretas.

O trabalho é embasado em autores que discorrem sobre a relação homem-ambiente na tentativa de compreender a fonte ou o potencializador do mal estar psíquico presente na sociedade contemporânea e, posteriormente, adentra na Psicologia Ambiental de forma a entender como funcionam os processos de cognição humana para auxiliar na criação de um ambiente agradável e que integre, de fato, o usuário ao espaço, através de uma arquitetura que promova o bem estar das pessoas.

Este trabalho final de graduação se propõe a encontrar uma arquitetura que proporcione um ambiente capaz de auxiliar na amenização e tratamento das patologias psicológicas geradas pelas formas de organização da nossa sociedade contemporânea. Nesse sentido, é importante afirmar e questionar o papel embrionário do sistema de produção, cada dia mais competitivo, ao qual estamos



todos submetidos, para essa subjetividade depressiva. Dessa forma, discutir os modos de vida atuais implica em discutir o aumento significativo dos diagnósticos de psicopatologias, como depressão e ansiedade.

Corroborando essa linha, Cieluck (2016) indica que para entender esse fenômeno é necessário ir além dos discursos calcados na descrição dos sintomas e tentar compreender a organização dessas doenças psíquicas, pensando em possíveis atendimentos a esses sujeitos.

A ARQUITETURA E O PROCESSO DE TRATAMENTO

Pallasmaa (2011) em seu livro “*Os olhos da pele*” traz como crítica central a primazia do olhar na experiência estética das obras arquitetônicas, sugerindo como alternativa uma arquitetura significativa, na qual somos parte do meio através da estimulação sensorial, não se tratando apenas de seduzir os olhos, gerando uma série de imagens isoladas na retina, mas sim participando ativamente na construção do espaço.

Em uma perspectiva mais humanística, Dilani (2003, apud. NOGUEIRA, 2015, p. 3) diz que “*cabe aos estímulos ambientais despertar reações nos indivíduos, capacitando-os a extrair respostas fisiológicas a partir de respostas psicológicas*”. Assim sendo, caberia ao arquiteto projetar um espaço mais significativo tanto para a estética, como voltado para o ser humano, se utilizando, assim, do conceito de integrabilidade na tentativa de fazer com que o sujeito se sentisse parte do espaço projetado, mediante estímulos multissensoriais. Dessa forma, o indivíduo, através da percepção, poderia ser provocado por tais estímulos, reagindo de maneira positiva em relação ao tratamento.

Por outro lado, seria demasiada prepotência do arquiteto achar



que seu projeto pode influenciar no estado mental de seus usuários?

Segundo Botton (2006), não existe uma arquitetura universal da felicidade, ou seja, não existem passos a serem seguidos para um projeto bem sucedido, porém o mesmo autor afirma que são nos momentos de tristeza ou problemáticas da vida que o homem está mais receptivo a coisas belas, dando à arquitetura e à arte suas melhores oportunidades.

Frente a tais discussões, ao incômodo perante as aflições psíquicas da sociedade e na tentativa de criar uma arquitetura dotada de uma função sensorial atuante no tratamento de diferentes psicopatologias, é que encontro no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, um ambiente propício para o desenvolvimento deste projeto. Essa parceria não se apoia somente no meu desejo em propor uma alternativa, mas também na estrutura metodológica fluida pregada pela instituição. Em conjunto, as inquietações que me movem e as possibilidades que o CAPS oferecem geram um terreno fértil para uma abordagem não convencional.

O CAPS

Segundo o Ministério da Saúde (2017), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da Rede Atendimento Psicossocial, fornecendo serviços de saúde de caráter aberto e comunitário. Implantado em todas as cidades brasileiras com população maior que 15 mil habitantes, possuem uma equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento a indivíduos com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial, surgindo como alternativa aos modelos antigos de hospitais psiquiátricos. Dessa forma, o CAPS se propõe a estimular a integração

cultural, social e familiar, buscando a reinserção dessas pessoas na sociedade de forma autônoma.

Atualmente o CAPS está difundido nos municípios brasileiros e sua implementação é realizada através de critérios populacionais, sendo divididos e definidos do seguinte modo, segundo a Cartilha do Ministério da Saúde (2015):

- **CAPS I:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- **CAPS II:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS i:** Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS ad Álcool e Drogas:** Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS III:** Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- **CAPS ad III Álcool e Drogas:** Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

(Cartilha do Ministério da Saúde, 2015)



Para a realização do projeto, optou-se pelo CAPS II por uma razão burocrática, a quantidade populacional de São Carlos de cerca de 250.000 (2019 - IBGE), e por uma razão estratégica. De acordo com o Ministério da Saúde, cada CAPS possui um nível de rigidez normativa conforme os pacientes que atende. Sendo assim, um CAPS III, por exemplo, que atende a pacientes com psicopatias graves que demandam algum tipo de isolamento social, seriam inadequado para esta proposta. Por outro lado, um CAPS II não atendem indivíduos nesta condição, sendo assim não há limitações quanto à circulação dos pacientes no espaço. Portanto, é estrategicamente importante que se escolha um CAPS II como estrutura de trabalho.

Nesse contexto, é válido lembrar que a cidade de São Carlos já conta com um CAPS II. Entretanto, este novo projeto traz abordagens inéditas para a região, o que poderia significar o surgimento de uma nova referência na cidade.

16

CONTEXTO DE SURGIMENTO DO CAPS

O Centro de Atendimento Psicossocial foi criado como uma alternativa ao modelo de hospitais psiquiátricos existentes no Brasil em meados da década de 1970, com a Reforma Psiquiátrica, a qual foi, segundo Amarante (1992):

“... um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também - e principalmente - uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político social que caracteriza a conjuntura de redemocratização”

(Amarante, *idem*, p. 87)

Como citado por Amarante, a Reforma Psiquiátrica questiona-



va incisivamente as políticas públicas de saúde mental e o modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos e em estratégias de exclusão dos pacientes. Além disso, sua organização se deu através da crítica ao modelo hospitalocêntrico e à desconstrução de modelos asilares para a criação de novas alternativas assistenciais. (Amarante, 1992, 1995, 1998; Goulart, 1992, 2006). Dessa maneira, a Reforma se configurou como um conjunto de iniciativas políticas, sociais e culturais que visavam a modificar a situação e a tecer novas alternativas.

Esse não foi um processo linear, pois, apesar de haver diversos debates e iniciativas, também houveram embates que exigiram mudanças socioculturais profundas e de longo prazo. Ainda segundo Amarante (1998), a reforma psiquiátrica no Brasil pode ser caracterizada por 3 grandes momentos.

A primeira fase, que o mesmo chama de **trajetória alternativa**, ocorreu nos últimos anos do regime militar, na qual o atenuação da censura faz emergir insatisfações e o aumento da participação política dos cidadãos em diversas esferas relacionadas às condições de vida. É no decorrer dessa fase que surgem, em 1976, o Movimento de Renovação Médica (REME), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), os quais tinham como objetivo discutir e organizar a política no setor de saúde, além de debater as práticas das categorias profissionais. Segundo Ribeiro (2004), esses movimentos foram os responsáveis por criar as bases para a reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil, além de sistematizar as primeiras graves denúncias relacionadas ao sistema nacional de assistência psiquiátrica, como corrupção, fraudes, violência, tortura e a tentativa de utilizar a psiquiatria como instrumento de controle social através de práticas referentes à psiquiatria preventiva comunitária e do higienismo que existia na época da ditadura. Também foi nessa época em que foi dada uma maior atenção aos trabalhos de Foucault, Goffman, Bastide, Castel, Basaglia, entre outros, que produziram um pensamento crítico sobre a natureza do ser e de sua função social, guiando-se



através de práticas psiquiátricas-psicológicas.

Já a segunda fase foi considerada por Amarante (1998) como **trajetória sanitarista** e teve início na década de 80, quando parte significativa do movimento de reforma sanitária se une ao movimento de reforma psiquiátrica e ambos passam a ser incorporados como política pública. Tal período se caracteriza por ser um momento fortemente institucionalizante, tendo por um lado o movimento sanitário, que visava uma forma de ocupação dos espaços públicos de poder e tomada de decisão para introduzir mudanças na saúde, e por outro lado, o Estado que, ao ceder, tentava acalmar os ânimos das mobilizações, seja para alcançar a legitimidade ou para reduzir denúncias e as críticas.

A terceira fase é intitulada de **trajetória de desinstitucionalização**, a qual teve início na segunda metade da década de 80 e foi marcada por diversos eventos importantes, tais como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (em 1986), a I Conferência Nacional de Saúde Mental (em 1987) e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (em 1987). A grande relevância desses eventos foi o estabelecimento de uma nova proposta para a saúde mental, não mais realizando apenas macro-reformas, mas uma reforma de base, que implicaria em alterações nas relações entre profissionais e pacientes, além de mudanças nas instituições psiquiátricas e também na cultura e nas mentalidades. Assim, nasce o movimento da luta antimanicomial, constituído por trabalhadores, usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, além de ter sido apoiado pela Reforma Sanitária brasileira, impulsionando, portanto, um novo olhar sobre a loucura e problematizando o lugar social do manicômio ao trazer questionamentos acerca dos saberes que legitimam a sua existência e prática. Desde então, o dia 18 de maio foi instituído como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, visando a envolver uma parcela mais ampla da sociedade nesse debate.

“Não se trata mais de aperfeiçoar ou melhorar as estruturas existentes (ambulatórios e hospitais psiquiátricos), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, exigindo, assim, uma rediscussão da clínica psiquiátrica em suas bases. O objetivo maior passa a ser

substituir uma saúde mental centrada no hospital por outra, sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária e territorial, rompendo-se definitivamente com o modelo sanitarista.”
(Ribeiro, 2004, pág 95)

E foi em meio a esse contexto de intensos debates que surgiram novas propostas capazes de substituir o modelo asilar. Dentre essas propostas, destaca-se o CAPS, escolhido como proposta projetual nesse Trabalho.

No final da década de 1970, o movimento se juntou a outras demandas relacionadas à saúde, como a Reforma Sanitária e, posteriormente, à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, segundo Goulart (1992), tais ideais e conquistas já vinham sendo reivindicadas pela nascente psiquiatria desde o final da década de 30, com a insurgência de conhecimentos trazidos pela psicanálise freudiana.

Nesse período, foi criado o Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte, com o intuito de ser referência no tratamento e em pesquisas relacionados à saúde mental, mas que, devido ao pensamento retrógrado dos diretores da época, acabou se tornando mais um local que se limitava a seguir o modelo de hospital psiquiátrico. Entre os diretores da instituição, houve uma exceção que não seguiu esses modelos: Lopes Rodrigues, o qual anteriormente ocupava o cargo de Livre-Docente na Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro e trabalhava no Hospital Nacional de Alienados (Rio de Janeiro), juntamente com Juliano Moreira (psiquiatra ligado a diversas iniciativas reformistas sintonizadas com o higienismo e a psicanálise). Lopes Rodrigues assumiu a direção do instituto em 1929 guiando-se pelo ideário reformista de inspiração humanista, porém, devido às suas convicções que seguiam a linha mais atual de tratamentos psicológicos, seu cargo durou apenas um ano.

Outro exemplo muito conhecido e importante é a psiquiatra Nise da Silveira, que se opôs radicalmente aos processos agressivos



e invasivos realizados nos hospitais psiquiátricos da época, a exemplo o confinamento, a lobotomia, o eletrochoque e a insulino-terapia. Em decorrência de suas opiniões, Nise foi redirecionada para o cargo de terapeuta ocupacional, no qual, através da arteterapia, conseguiu resultados inovadores com os pacientes internados. Com essas experiências, Nise fundou o Museu do Inconsciente, no Rio de Janeiro, em 1952, o qual, além de preservar as obras de seus pacientes, funcionava também como um centro de pesquisas que buscava compreender melhor o universo interior do esquizofrênico.

Além disso, é importante ressaltar também que Nise da Silveira é reconhecida mundialmente por revolucionar os tratamentos relacionados à saúde mental no Brasil e por ser a pioneira nas pesquisas das relações emocionais entre pacientes e animais.

A CRÍTICA AO CAPS



Segundo a Cartilha do Ministério da Saúde (2015) projetar o “espaço CAPS” requer considerar, em particular:

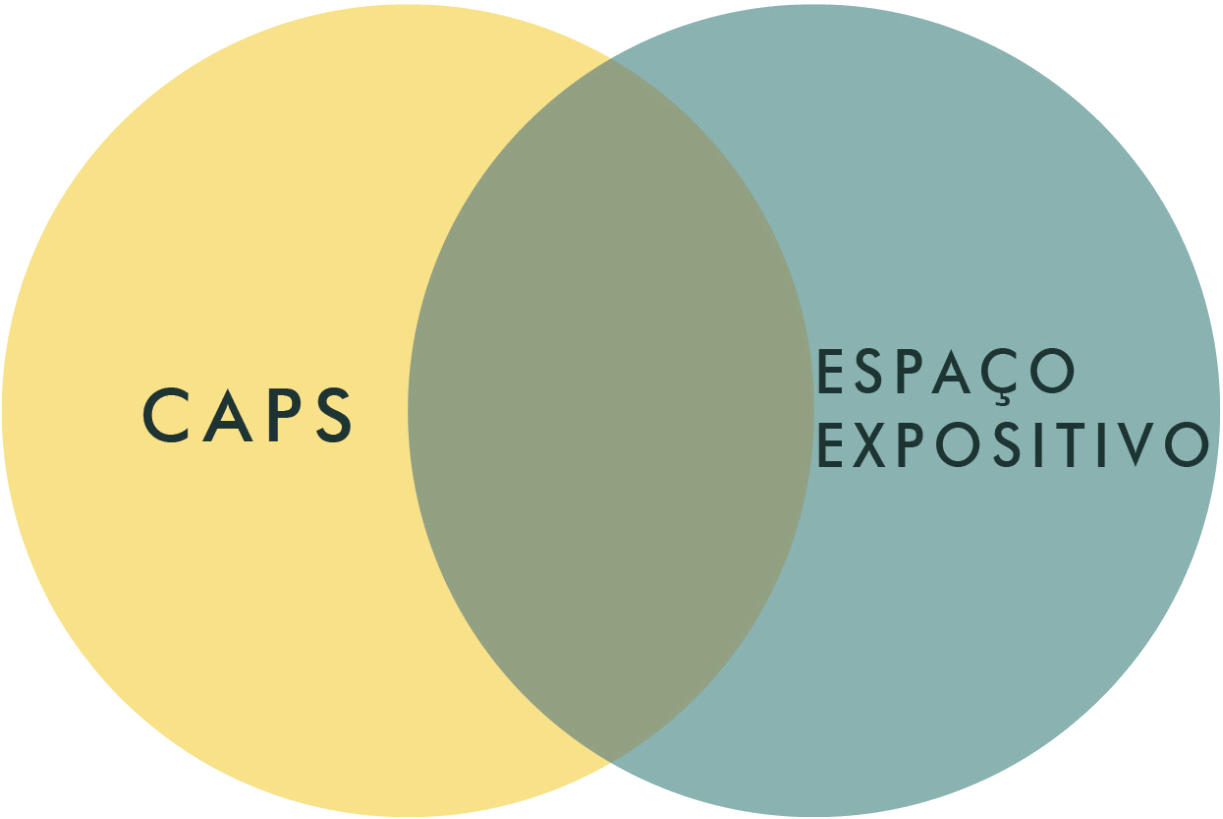
- A afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas”;
- A disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte;
- A configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário;
- Espaços 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;
- A permeabilidade entre “espaço do serviço” e os territórios no sentido de produzir serviços de referência nos territórios.

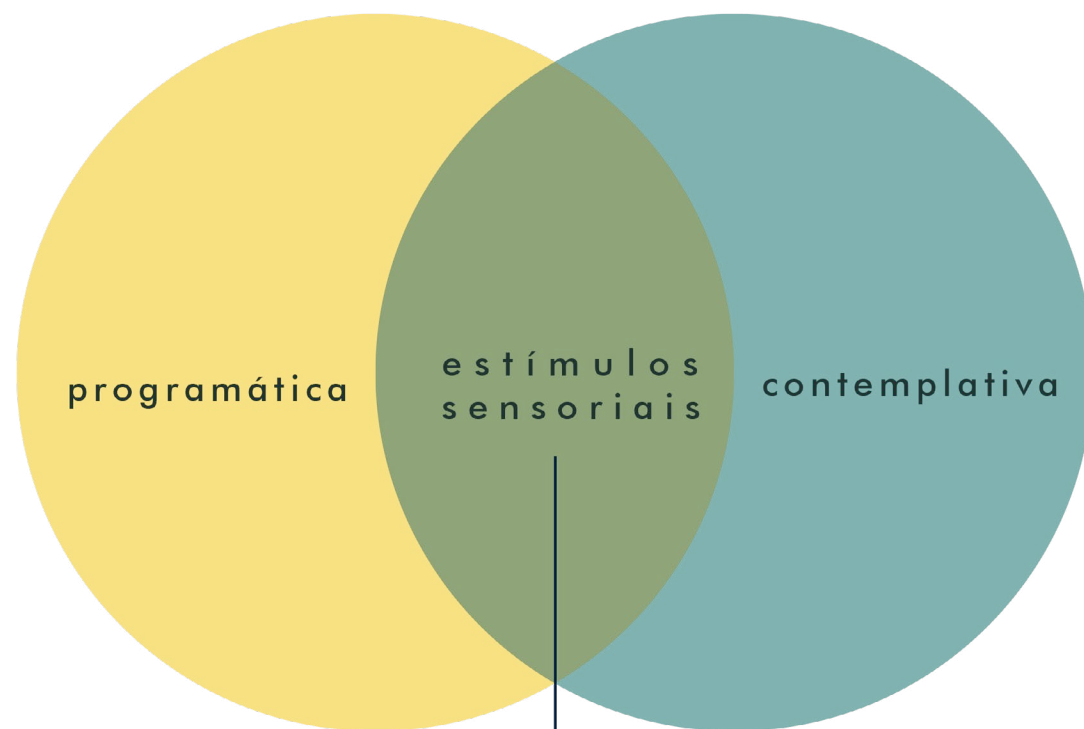
Apesar de ter diretrizes fortes e bem marcadas pelo Ministério da Saúde, como pode ser visto pelos itens acima, essa não é a realidade observada pelo estudo de caso de Jesus (2018) e nem na cidade de São Carlos. Isso porque a maioria dos edifícios utilizados como CAPS funcionam como casas antigas adaptadas, contendo apenas o programa mínimo necessário, sem explorar ao máximo a arquitetura como um mecanismo multidisciplinar pensado para tal funcionalidade.

Além disso, a análise cuidadosa do programa revela que há poucas áreas destinadas à saúde. A maior parte do espaço está destinado à interação social, como mostra a tabela a seguir:

	NOME DO AMBIENTE	QTD. MÍN. OBRIGATÓRIA	ÁREA UNIT. MÍN. OBRIGATÓRIA
ADMINISTRAÇÃO	Arquivo	1	4m²
	Sala Administrativa	1	12m²
	Sala de reunião	1	16m²
PRIVADO	Almoxarifado	1	4m²
	Banheiro com vestiário para funcionários	2	9m²
	Área de serviços	1	4m²
	Depósito de material de limpeza (DML)	1	2m²
ALIMENTAÇÃO	Cozinha	1	35m²
	Refeitório	1	50m²
SAÚDE	Farmácia	1	7m²
	Posto de enfermagem	1	6m²
	Quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com duas camas) com banheiro contíguo	1	12m² / 3m²
	Sala de aplicação de medicamentos (Sala de Medicação)	1	6m²
	Salas de atendimento individualizado	3	9m²
ÁREAS EXTERNAS	Abrigo externo de resíduos comuns	1	1,5m²
	Abrigo GLP	1	1m²
	Área externa de Embarque e Desembarque	1	20m²
ESPAÇOS PÚBLICOS	Área externa de convivência	1	50m²
	Espaço de acolhimento	1	30m²
	Espaço interno de convivência	1	50m²
	Sala de utilidades	1	3m²
	Sala de atividades coletivas	2	24m²
	Sanitários públicos - adaptados para pessoas com necessidades especiais	1	1,5m²

Diante dessas questões, o projeto proposto aqui traz um novo modo de pensar esse espaço.





CAPS LOCUS



Na chave proposta pelo primeiro diagrama apresentado, entende-se que o CAPS exige uma dimensão programática, mas também está aberto para essa nova dimensão a ser trabalhada que busca uma abordagem mais contemplativa e lúdica dos espaços. Assim, o CAPS proposto trabalha nesse interseção entre ambas as esferas, na qual ele age como a junção de um edifício extremamente programático e um edifício extremamente lúdico.

Enquanto isso, o segundo diagrama também traz uma proposta fundamental deste projeto, ao indicar a união entre o CAPS e o Espaço Expositivo, pois reafirma o compromisso de fomentar a interação social e artística entre as pessoas que ocuparem esses espaços.

Para explicar melhor o que são os estímulos sensoriais, e evitar que estes fiquem entregues à subjetividade de cada leitor, exploro aqui os conceitos e ideias que guiam o meu entendimento.

O ponto de partida são os cinco sentidos básicos dos seres humanos: audição olfato, paladar, tato e visão. Cada um destes sentidos possui características próprias que serão abordadas no projeto, conforme o esquema a seguir:

VISÃO:

luzes | espelhos | imagens | projetual

OLFATO:

jardim aromático | umidade | vento

AUDIÇÃO:

água | eco | natureza

TATO:

pedras | água | conforto

PALADAR:

pomar | junção de sentidos

A partir deste alicerce sensorial, pretendo criar um novo programa que trabalhe de forma dinâmica e integrada estes cinco sentidos.

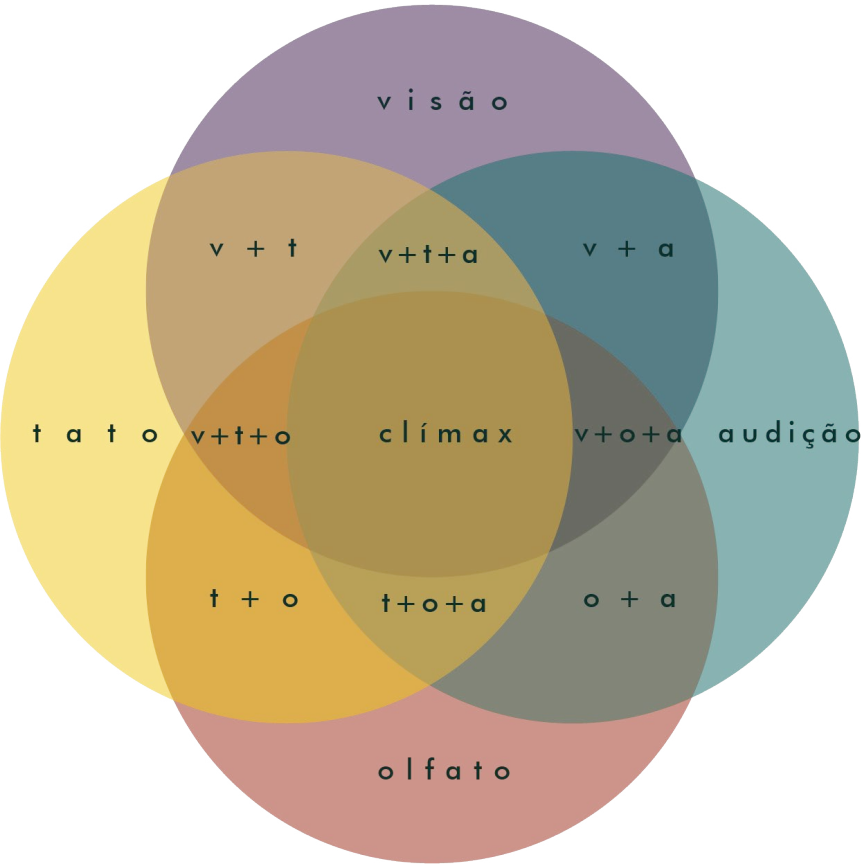


UM NOVO PROGRAMA

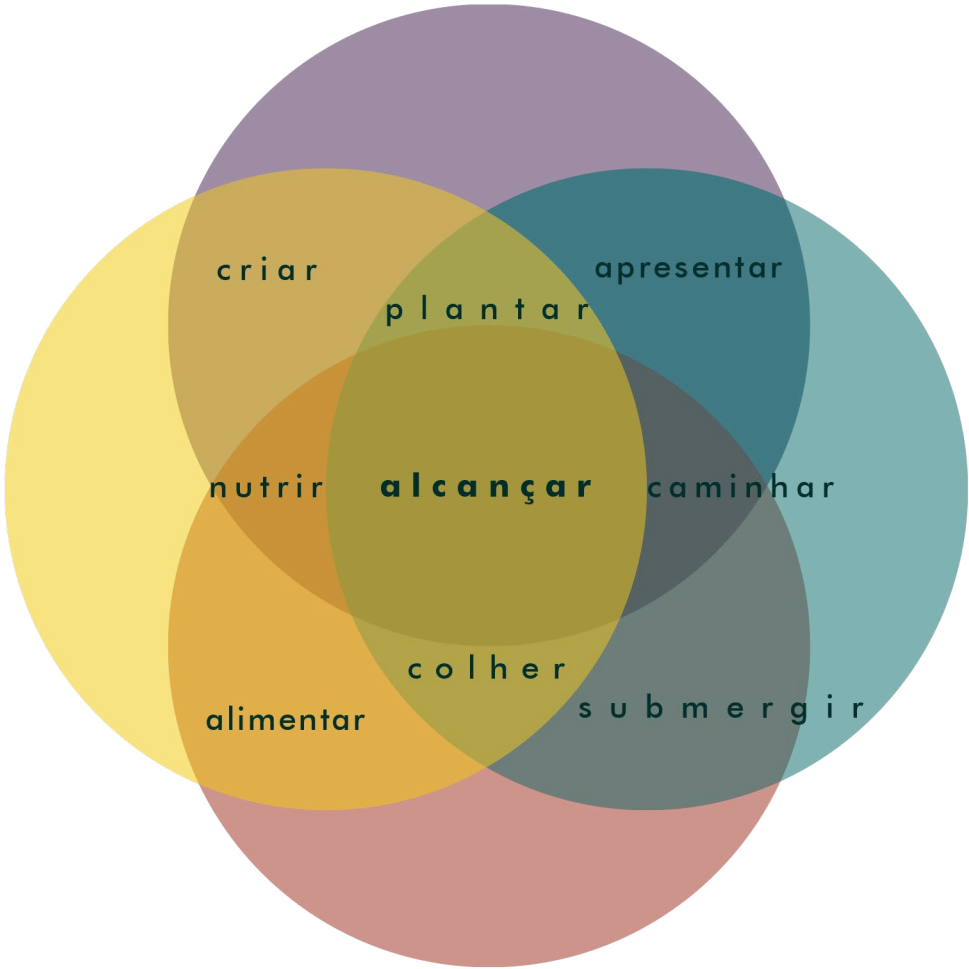
A Interseção proposta pelo novo programa entende que (1) cada sentido está conectado a um receptor de estímulos específico e que (2) neste conjunto é possível unir olfato e paladar dentro de uma única esfera. A respeito dos receptores, a visão trabalha com foto receptores, a audição com fonoreceptores, o tato com mecano-receptores, e o olfato e paladar trabalham com quimiorreceptores. Essas distinções são importantes para entender que olfato e paladar constituem processos sensoriais semelhantes e que podem estar conjugados em uma única experiência.

Tendo este entendimento, foi elaborado o seguinte diagrama:

26



27



O objetivo norteador deste projeto é propor uma arquitetura ativa, que traga as sensações e os movimentos expostos nos diagramas anteriores, e que faça com que as pessoas entrem em contato com o espaço físico e que esse processo as leve a um maior contato consigo mesmas.

Além disso, a arte é o coração deste projeto. A combinação dos elementos arquitetônicos confluindo para um espaço de fruição artística passa pelo entendimento da arte como um processo fundamental para a recuperação dos pacientes do CAPS. Por isso, o projeto contemplo áreas reservadas para o contato com o outro e a prática do criar.

Por fim, é necessário frisar que esta construção não foi pensada apenas para os usuários do CAPS. A intenção é que ele seja um espaço que atenda a toda a população, indo além de uma instituição de saúde, se propondo como um espaço público de qualidade.



REFERÊNCIAS CONCEITUAIS

Como referência conceitual trago a Galeria Cosmococas situada no Instituto Inhotim, em Brumadinho, Brasil. O projeto data de 2008, tendo sido concluído em 2010 e de realização do estúdio Arquitetos Associados.

O projeto chama a atenção ao trabalhar com maestria a união entre o sensorial e o lúdico dentro de um espaço expositivo, visto que a galeria foi criada especialmente para abrigar cinco obras da série Cosmococa (1973) de Hélio Oiticica e Neville d’Almeida.

30 “O edifício é uma intervenção radical na topografia que reforça sua presença ambígua como um artefato de pedra construído, quando visto de baixo, e como uma cobertura verde que é uma continuidade da paisagem com sutis limites ortogonais, quando visto do alto, o que macula intencionalmente os limites entre edifício e paisagem. A organização não hierárquica dos acessos e das salas expositivas para estimular indeterminação é associada com uma seqüência de mudança de escala e luz – a extensão da natureza, a transição coberta das entradas, o hall escuro e baixo e as salas expositivas.”

(Arquitetos Associados)



GALERIA COSMOCOCAS | ARQUITETOS ASSOCIADOS



Como referência conceitual apresento o projeto a seguir. Dentro do rol de referências consultadas e estudadas essa foi selecionada, não por representar um resumo das consultas, mas por terem sido o ponto de partida, a faísca inicial para o desenrolar dos meus processos.



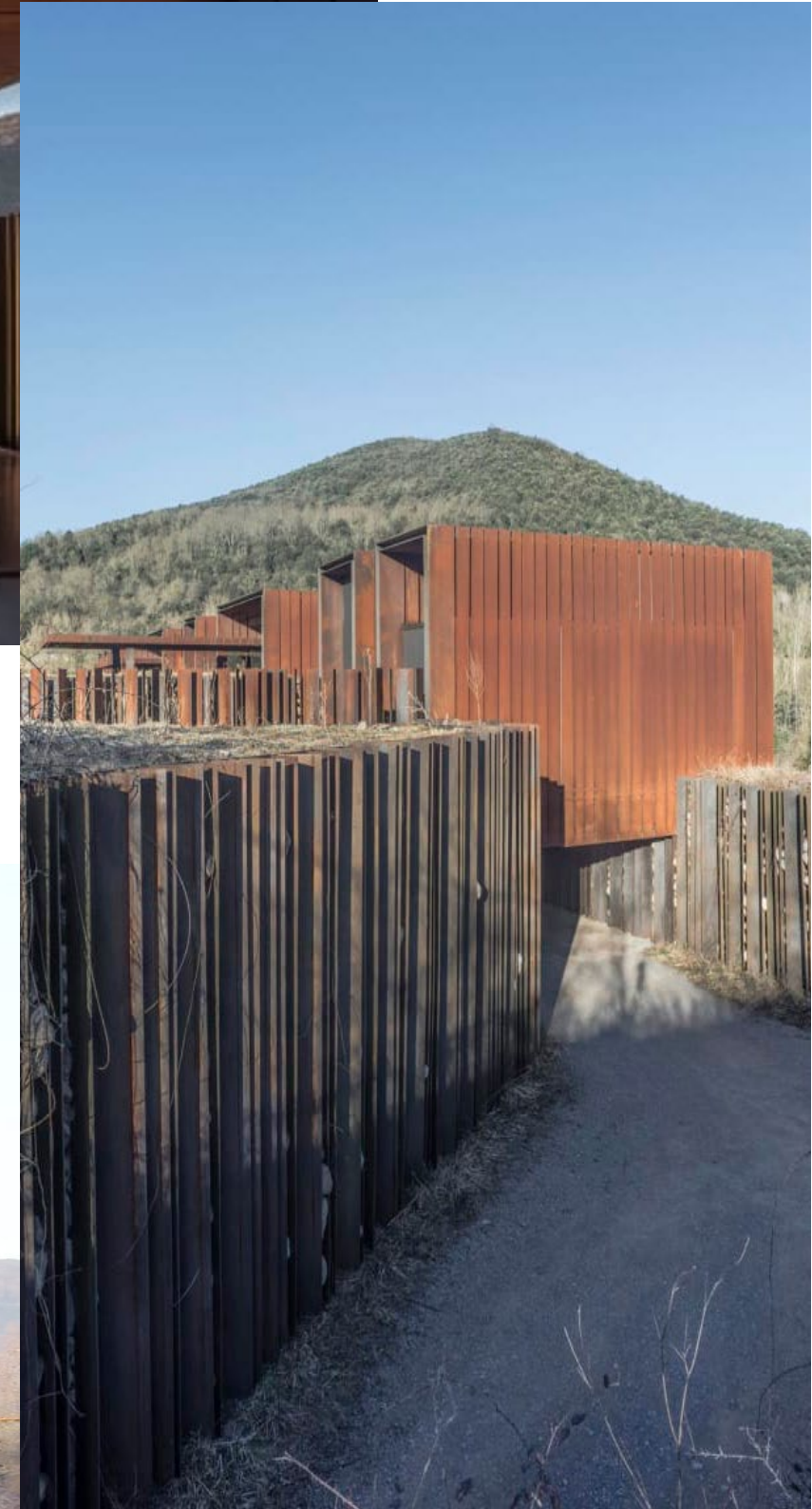
32

REFERÊNCIA PROJETUAL

RCR, ARCHITECTURES | CASA RURAL

LOCALIZAÇÃO:
LA VALL DE BIANYA,
ESPANHA
ANO DO PROJETO : 2003

QUESTÕES PROJETUAIS:
desnível do terreno como partido
ênfase às visuais
material utilizado

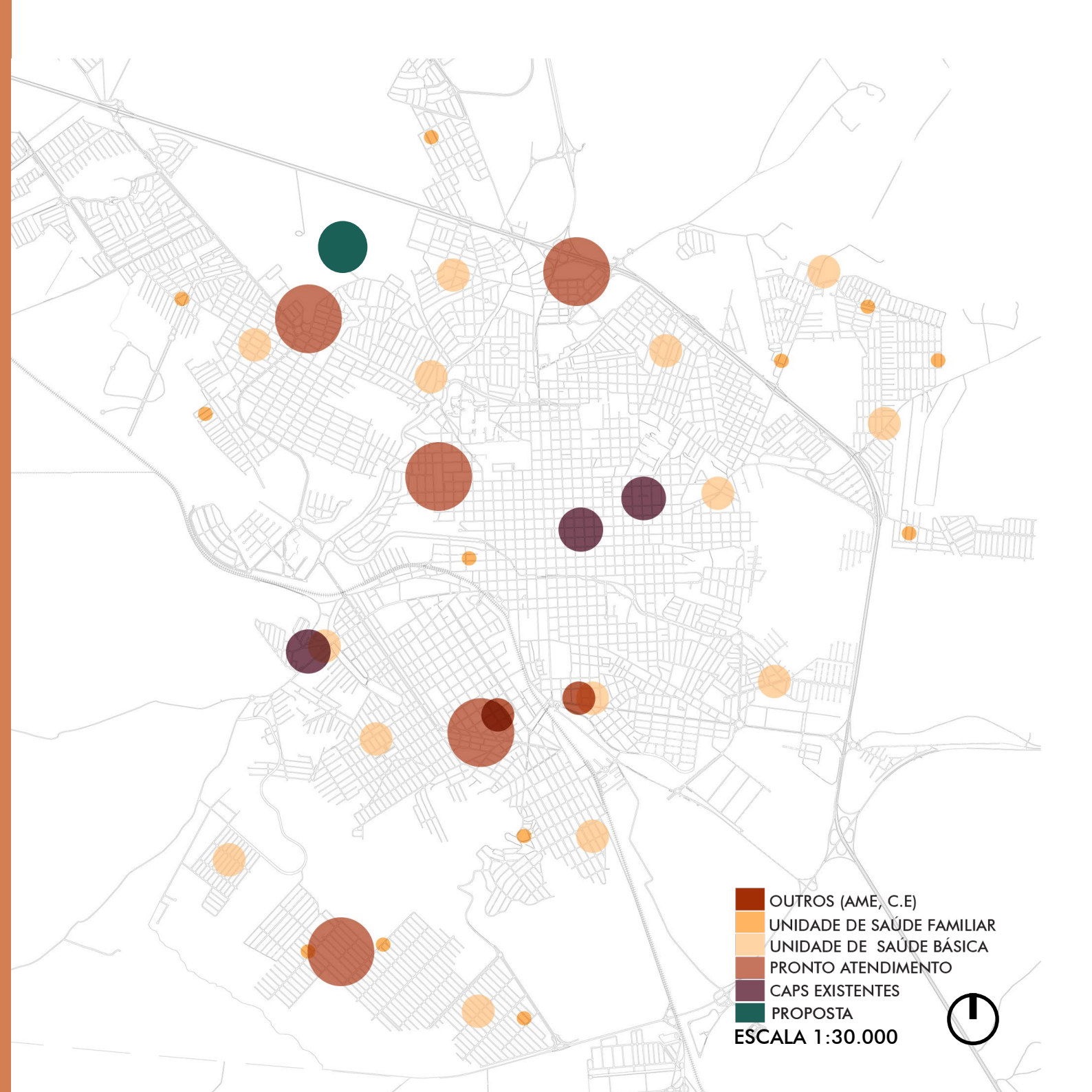


TONIN

GRAAL

LEITURA DA ÁREA





ÁREA DE INTERVENÇÃO

são carlos

são paulo

rod. whashington luiz

miguel petroni

38



400m



Como já dito anteriormente a cidade escolhida para receber o atual projeto foi a cidade de São Carlos e a área escolhida, fica intencionalmente afastada da cidade. A proposta é que esse distanciamente crie um momento de desaceleração durante o percurso para chegar ao CAPS, fazendo com que as pessoas passem por uma área de preservação permanente e entrem em contato com a natureza até realmente chegar no local escolhido.

Sabendo que a falta de urbanização pode constituir um problema, a escolha por esse espaço também levou em consideração o vetor de crescimento da cidade. Conforme aponta o plano diretor da cidade de São Carlos (2011), a área escolhida encontra-se dentro do vetor de crescimento estimado para o município. Nesse contexto, com a futura urbanização desta área, o terreno escolhido ficaria exatamente entre uma área urbanizada e outra permanentemente preservada, mantendo a intenção inicial do projeto. Além disso, antecipando o crescimento futuro, o projeto já contempla a criação de uma rua, para viabilizar o acesso ao CAPS e demarcar esse território.

Conhecido comumente como mirante do vermelhão a área escolhida está situada em cima de um morro com aproximadamente 150 metros de comprimento, 10m de altura e variando a sua largura entre 30 a 50 metros dependendo do local. Devido a altura, o terreno incita a contemplação e estimulado esse momento de voltar-se para si e revigorar-se.



MIRANTE DO VERMELHO





SKYLINE





AÇÕES PROJETUAIS

LEGENDA:

- UPA - Santa Felicia
- Bosque do Cambuí
- Ruas Criadas
- Acesso Atual

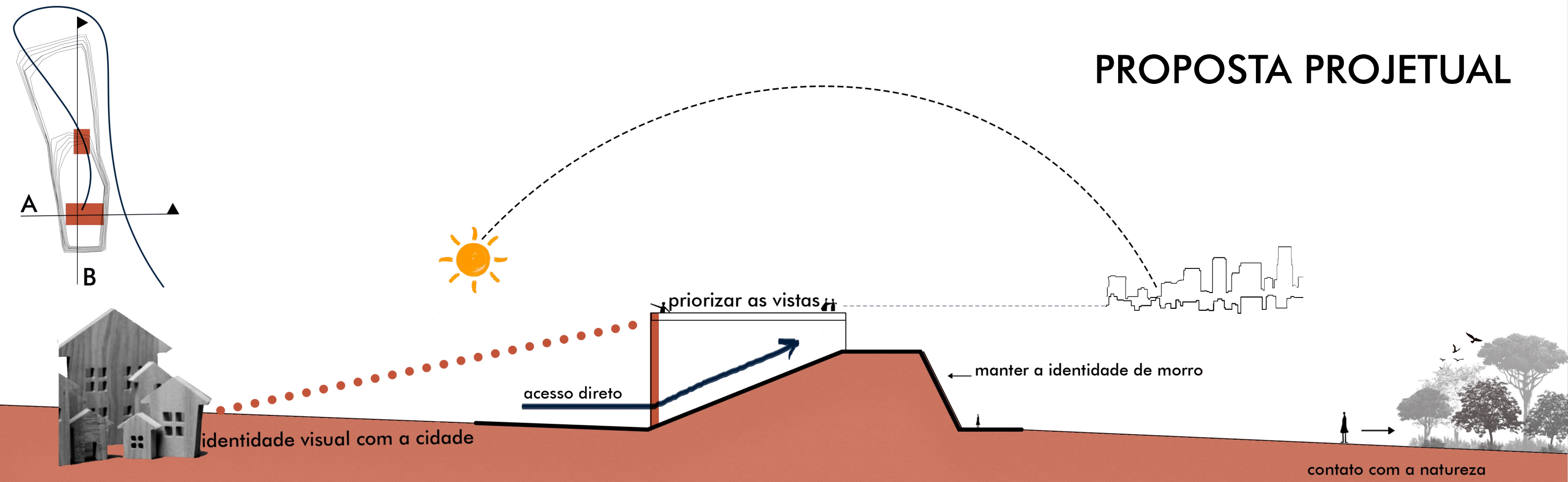


Miguel Petroni

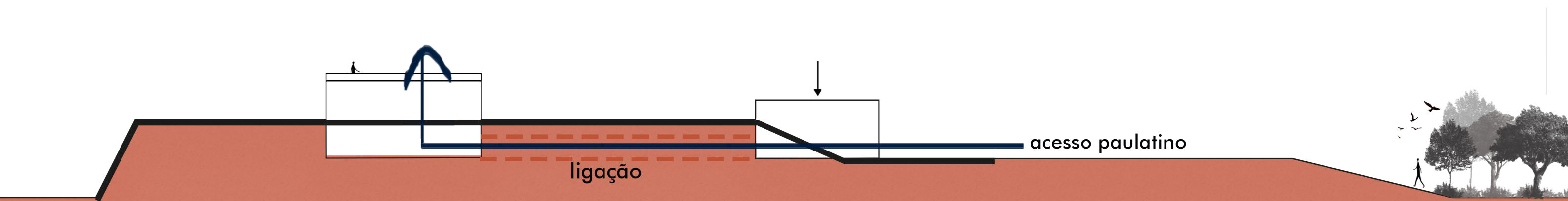
MAPA DE ACESSOS



PROPOSTA PROJETUAL

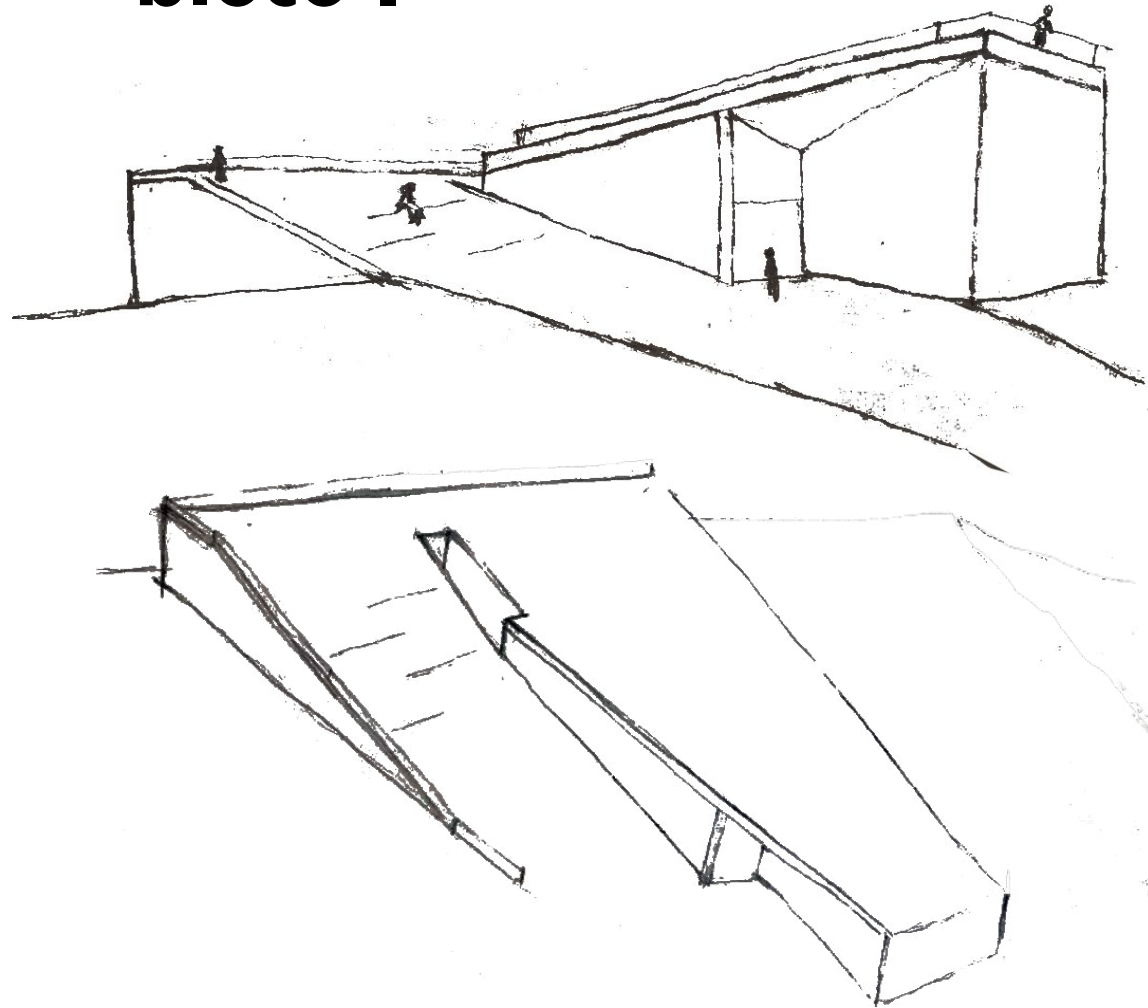


CORTE AA'



CORTE BB'

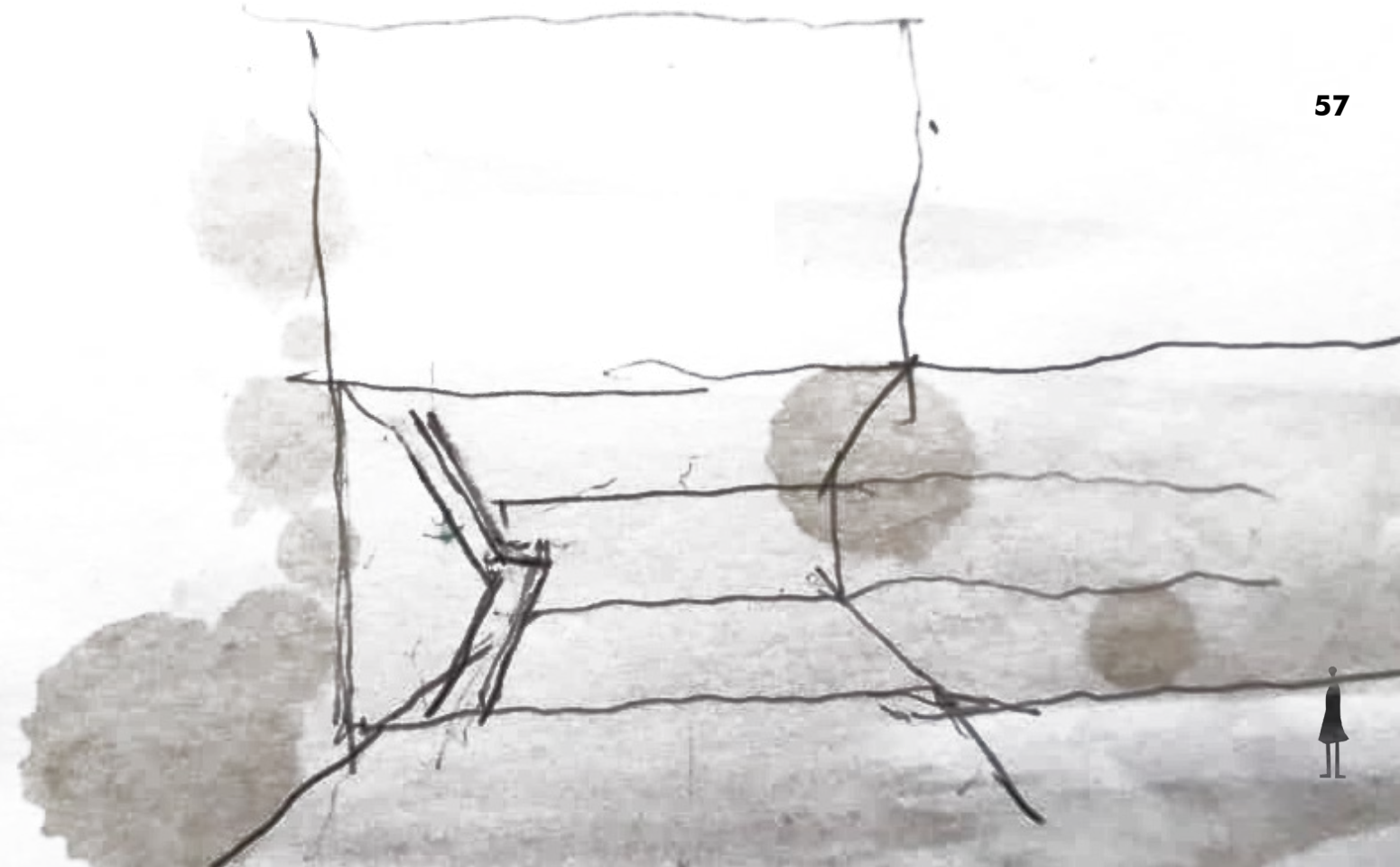
bloco I



56



bloco II



57



B2

alimentação
administração
saúde
acolhimento
área expositiva
convivência externa
banheiros
serviços

B1

auditório e apoio
convivência interna
área expositiva
atêlie
sala multiuso
banheiros

FIXOS

acesso paulatino

As edificações possuem uma relação visual com ambiente externo, além de mini áreas de estar que permeiam toda a área.

acesso direto

FLUXOS

1. playground
2. bosque
3. área de estar
4. jardim "secreto" (área de convivência externo)
5. praça seca
7. área de estar
6. jardim de pedras
8. área de estar

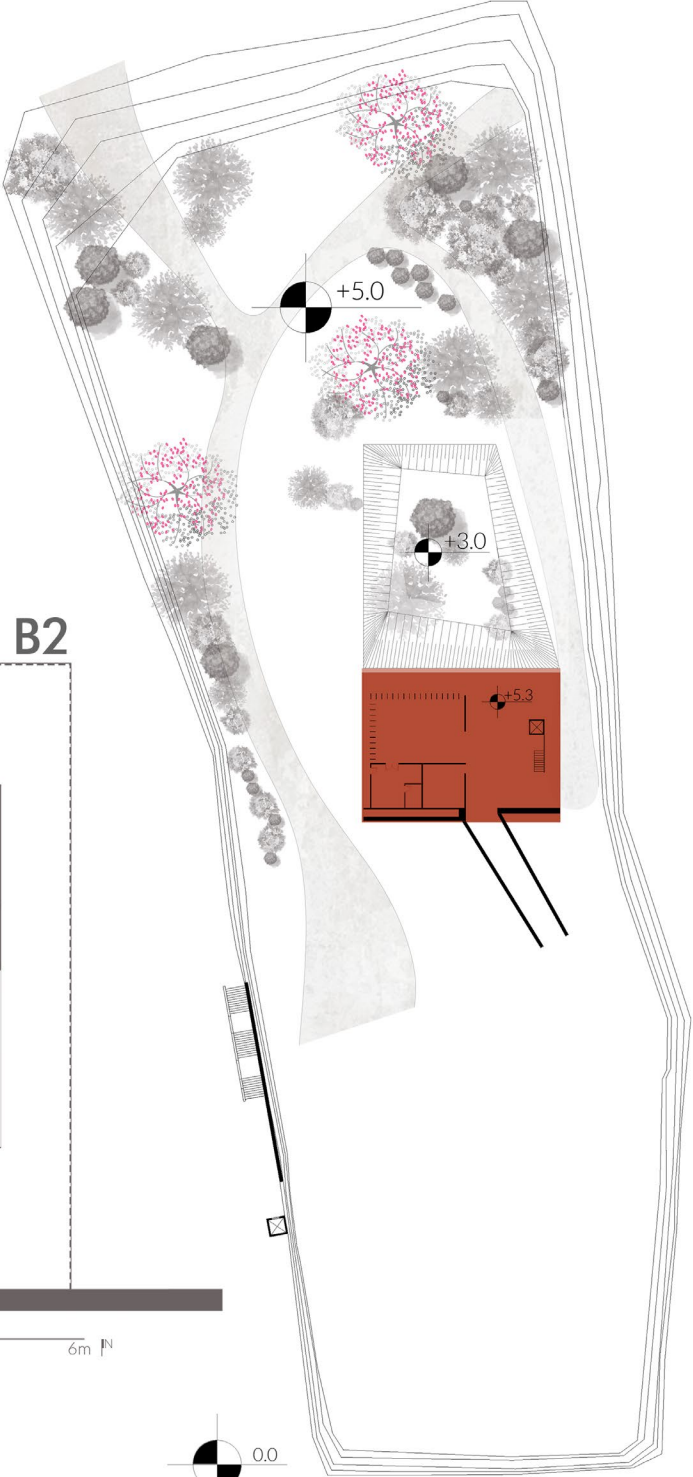
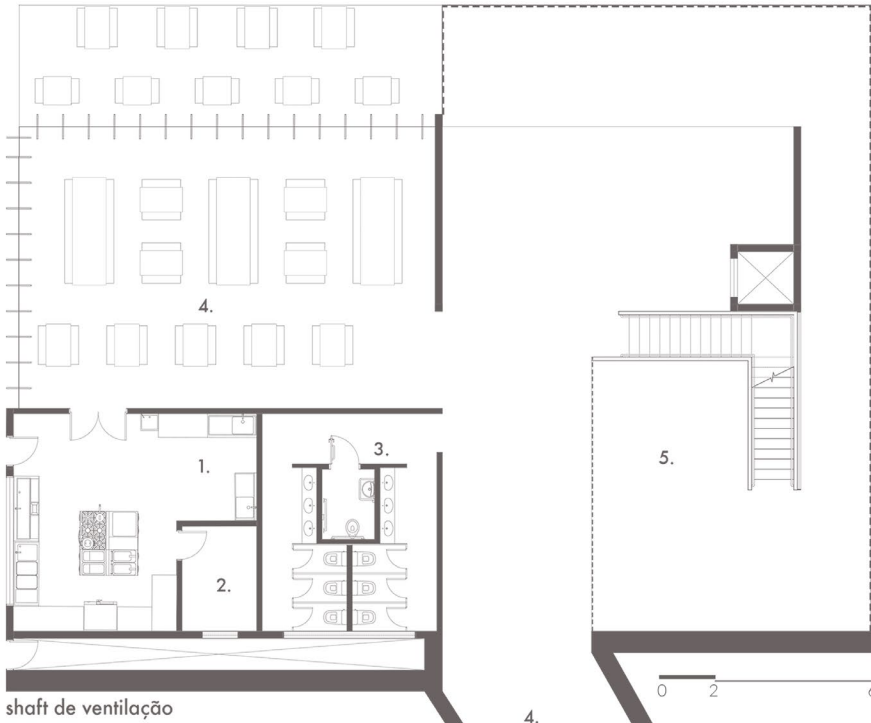
LEGENDA:

- passagem sensorial
- fluxos de pedestres
- fluxo de carros e pedestres
- acessos ao terreno
- acessos ao edifício

NÍVEIS | PLANTAS



- 1.cozinha
- 2.despensa
- 3.banheiros
- 4.refeitório
- 5. acolhimento e espaço expositivo

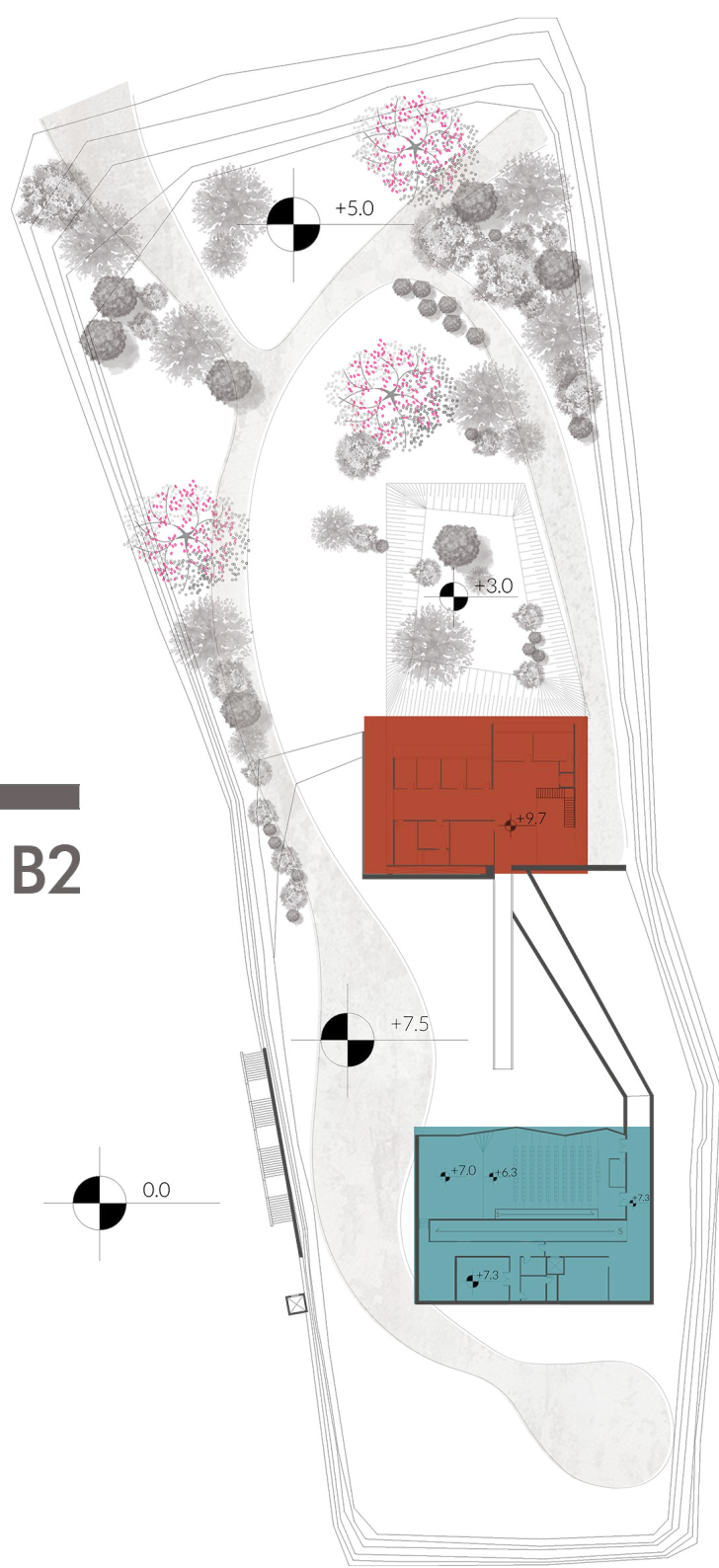




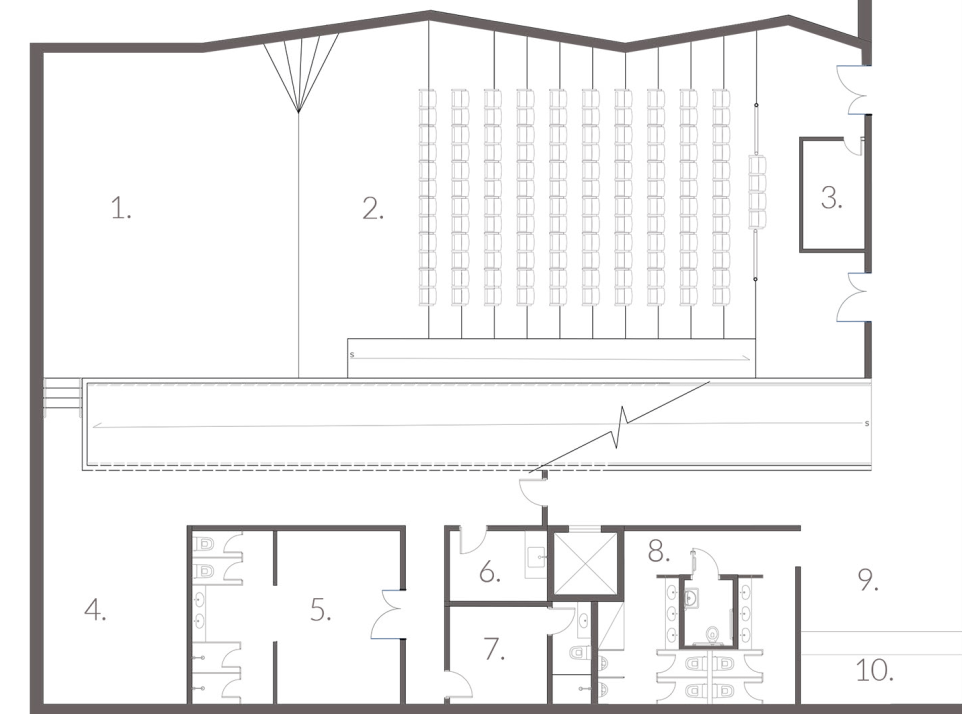
1 PAVIMENTO | B2

0 2 6m |N

- 1.2.3. atendimento individual
4. aplicação de medicamentos
5. reunião
6. administração
7. arquivo
8. farmácia
9. quarto com banheiro
10. banheiros

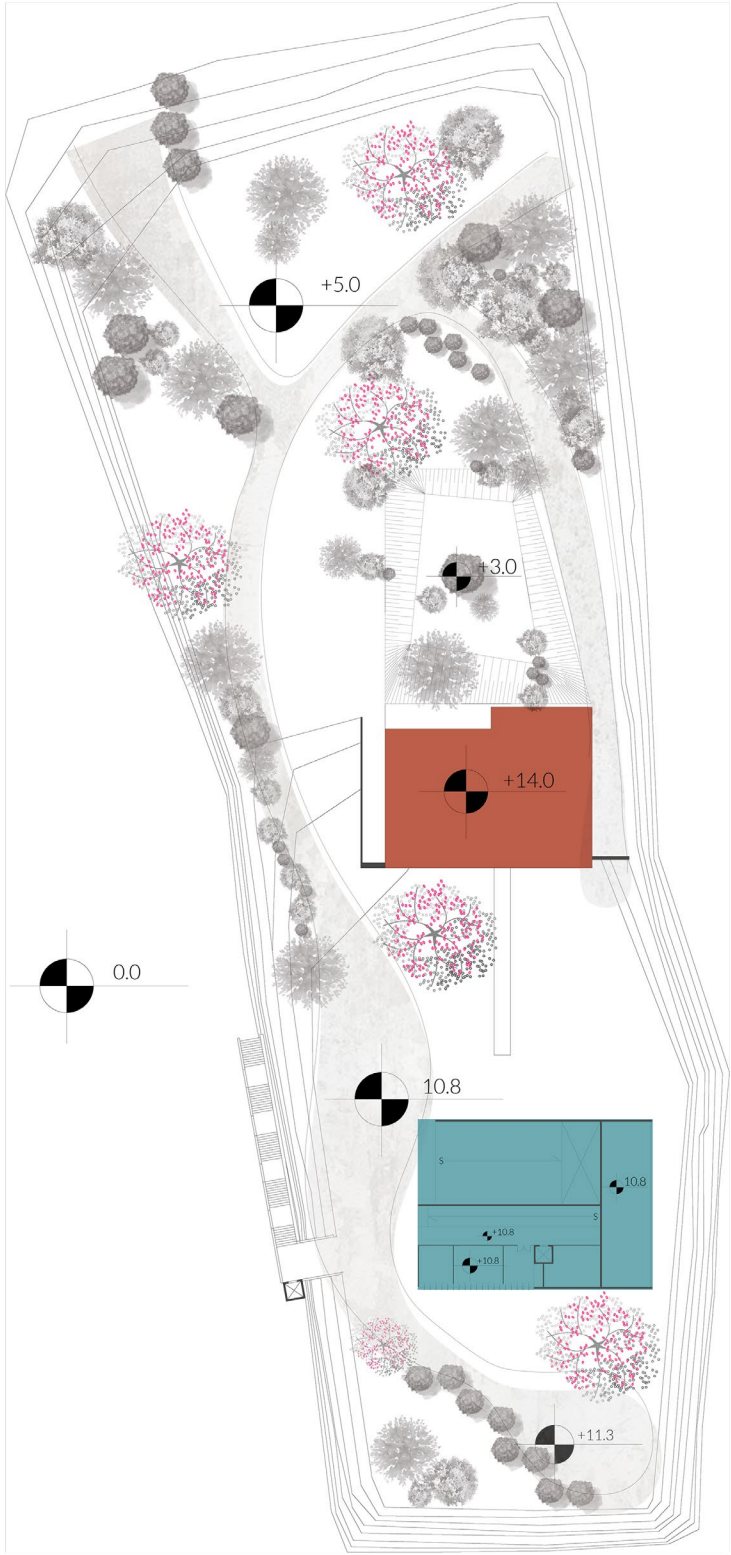


1. palco
2. auditório
3. apoio técnico
4. backstage
5. camarim coletivo
6. copa
7. camarim individual
8. banheiros
9. foyer
10. café
11. passagem sensorial



SUBSOLO | B1

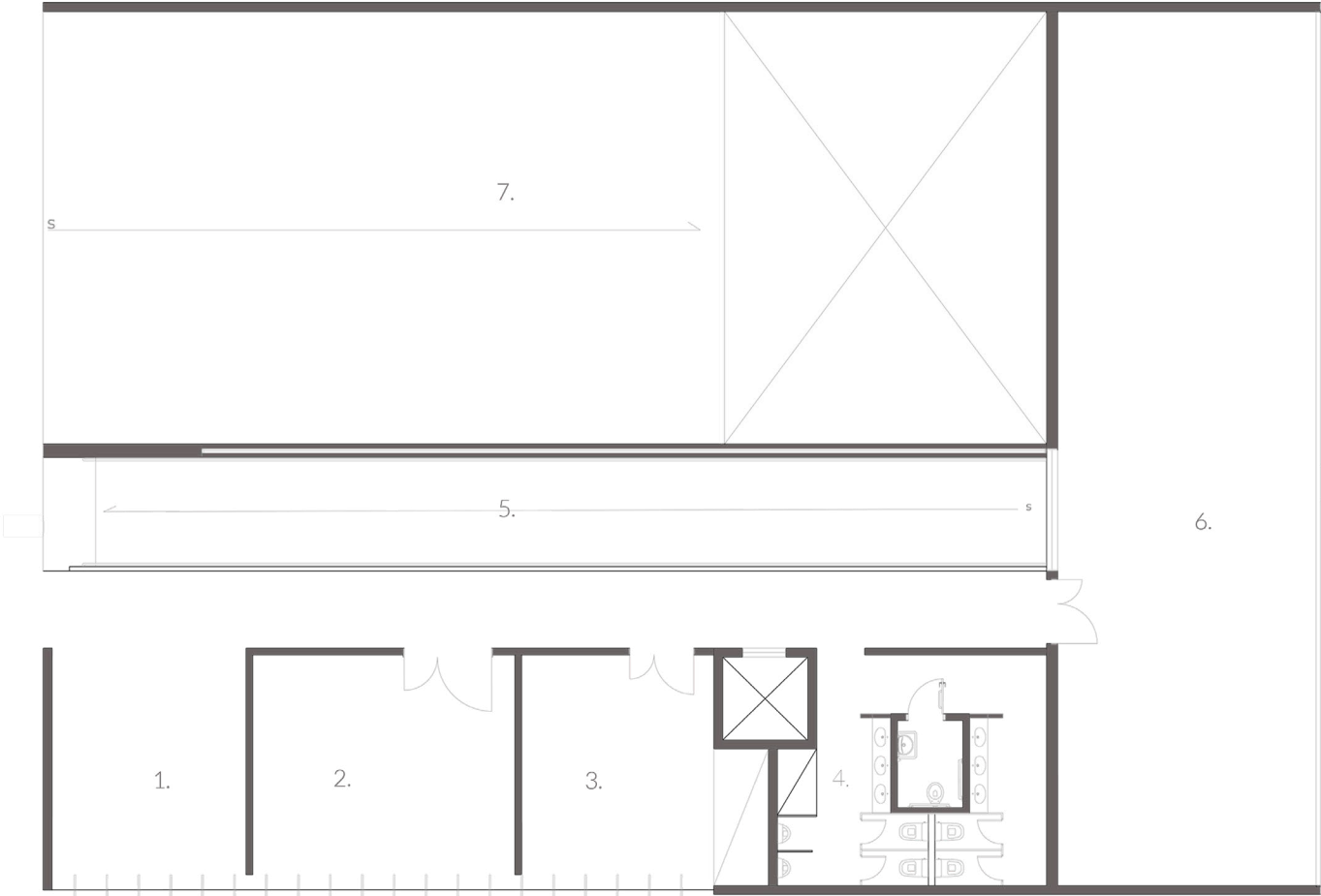
0 3 9m |N



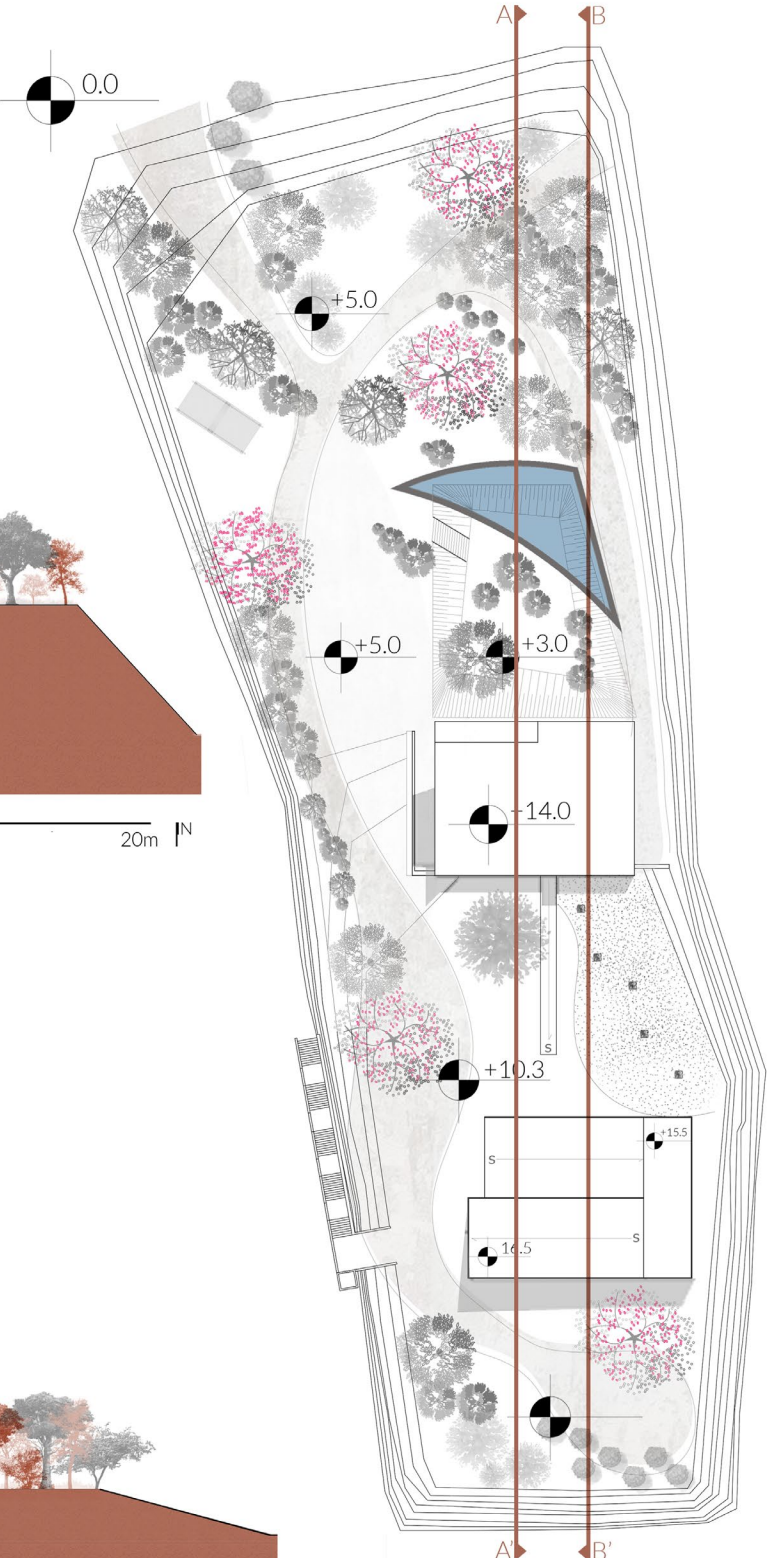
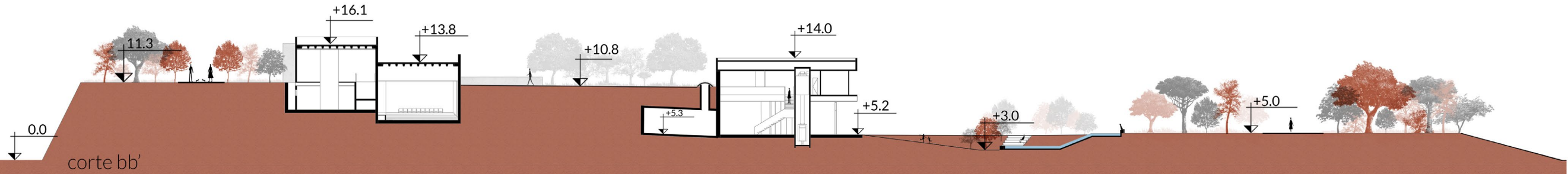
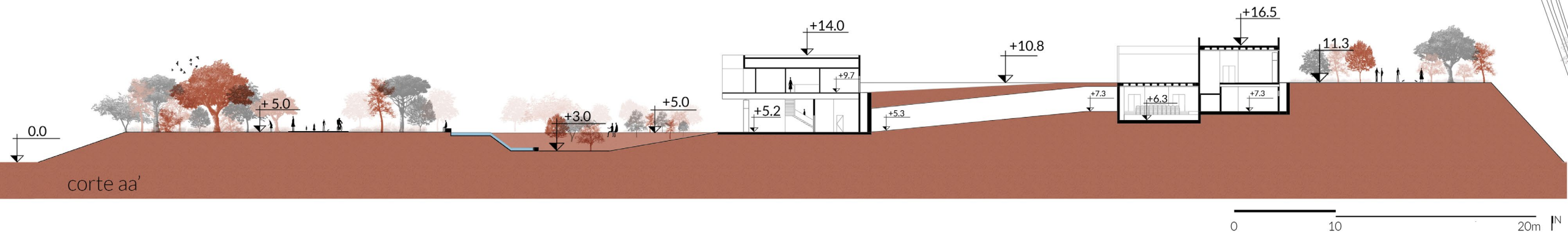
- 1.convivência interna
- 2. ateliê
- 3. multiuso
- 4.banheiros
- 5.rampa
- 6.exposição
- 7.cobertura

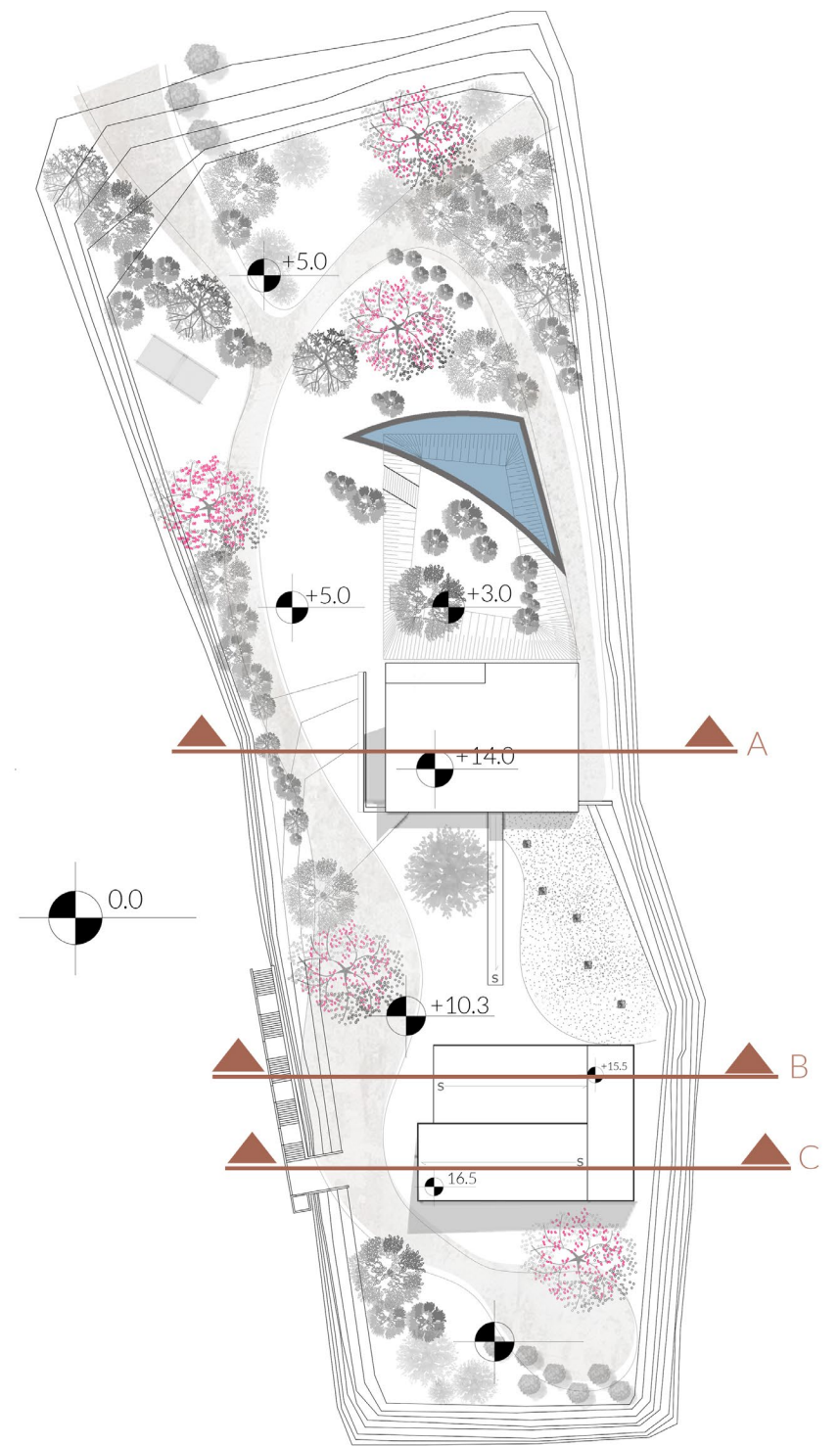
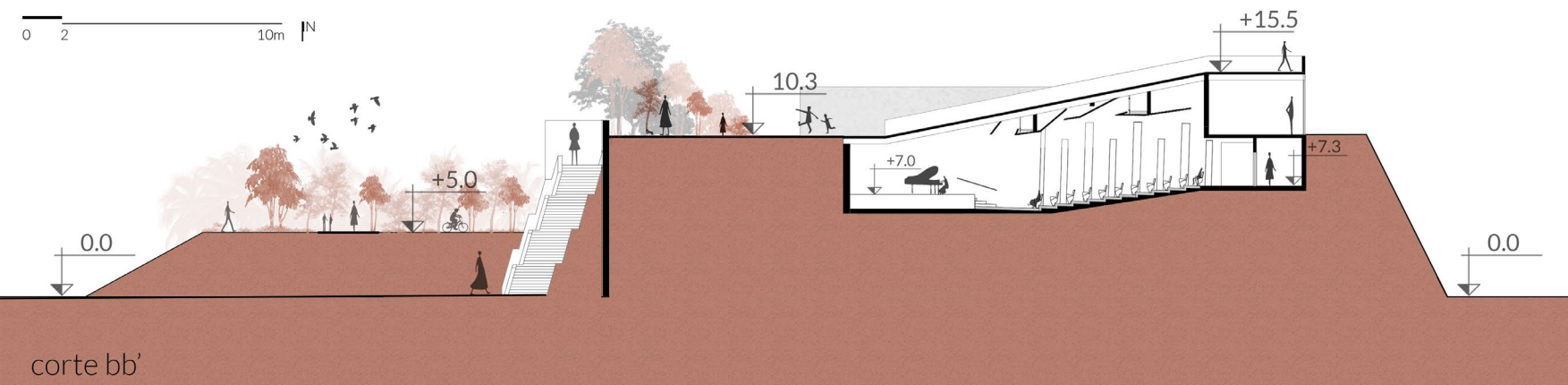
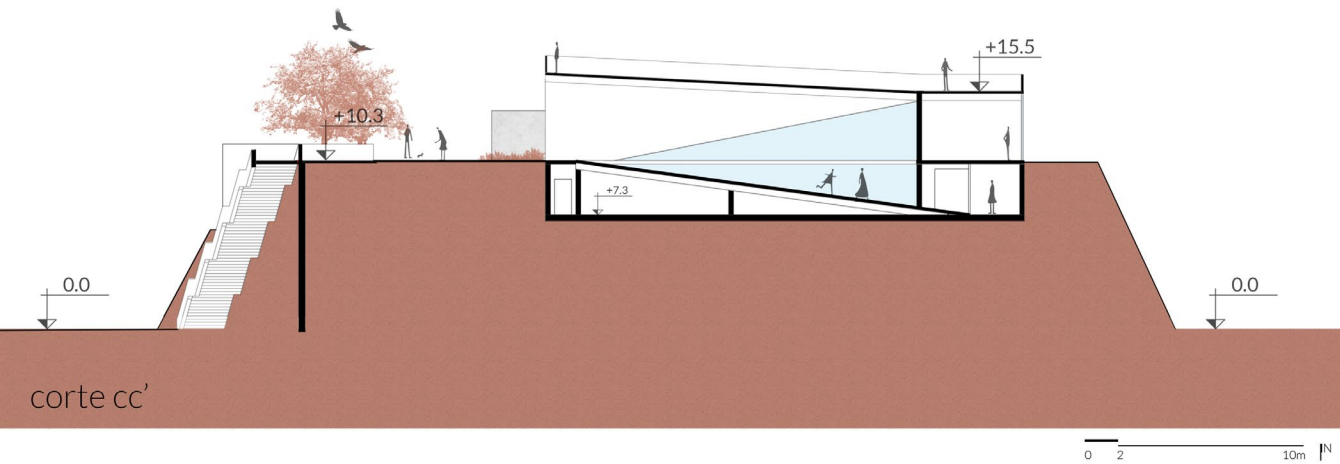
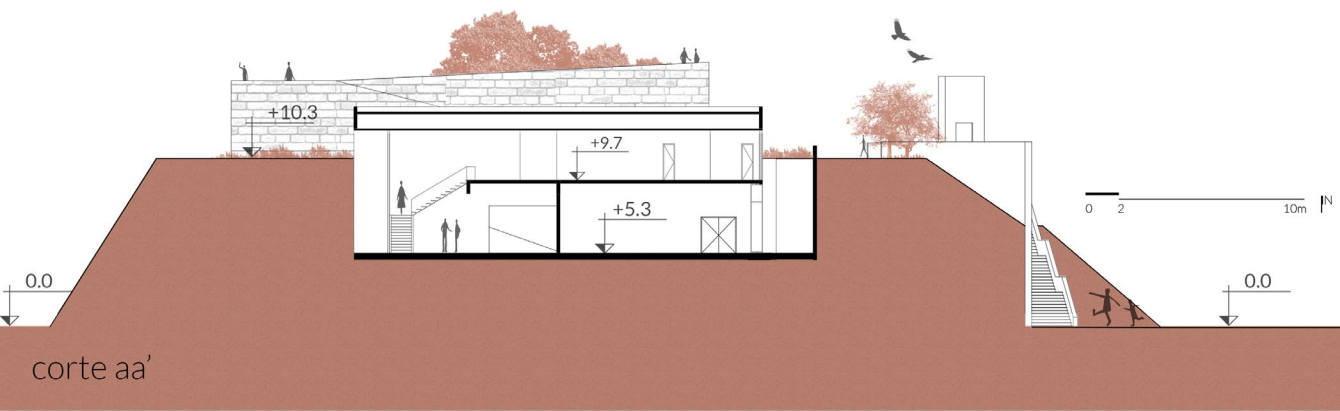


TÉRREO | B1



CORTES



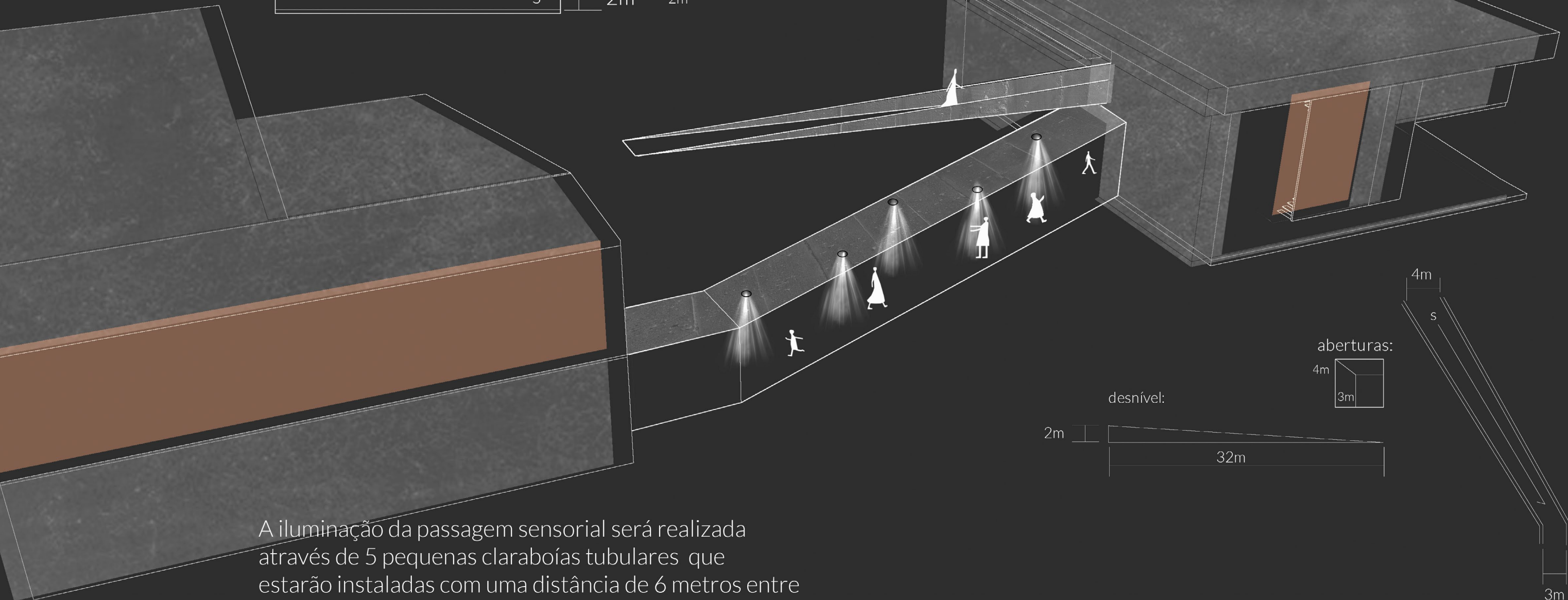
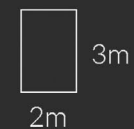


CANALETA

desnível



abertura:



A iluminação da passagem sensorial será realizada através de 5 pequenas claraboias tubulares que estarão instaladas com uma distância de 6 metros entre si (de forma que a luz de uma não interfira na outra).

PASSAGEM SENSORIAL

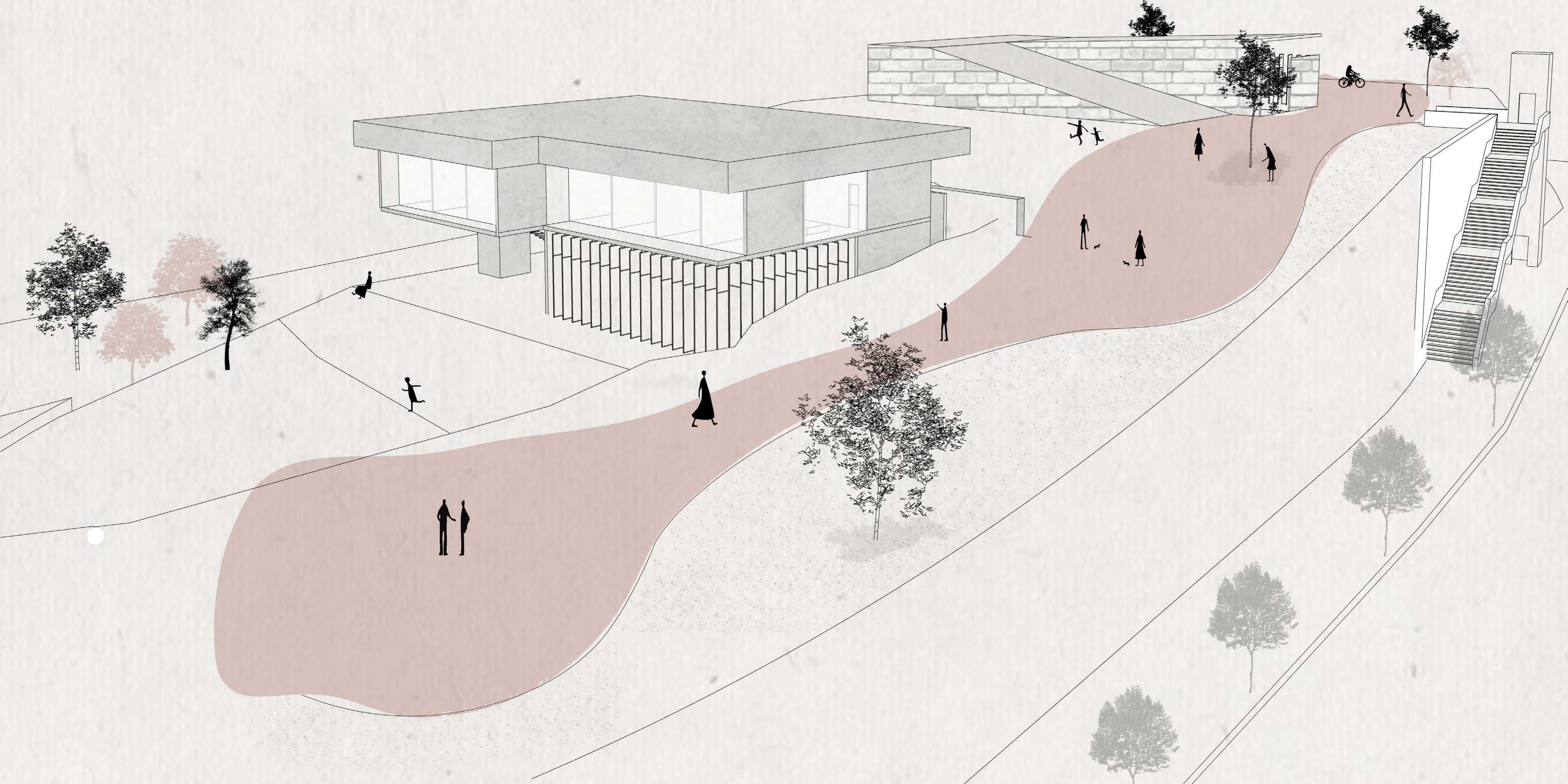


A escadaria, juntamente com a grande parede, se apresentam como um marco visual para a cidade que será construída ao redor. Priorizando assim, o visual proporcionado pelo pôr do sol.

Entende-se também que a grande parede em branco abre espaço para a criação artística, que é o intuito do projeto.

Inseridos estrategicamente na paisagem, ambos os edifícios foram concebidos como esculturas marcantes e imponente na paisagem. Aspectos esses que são reforçados através da escolha dos materiais. Sendo o B1 totalmente revestido de tijolo a vista e vidro, enquanto o B2 possui uma estrutura de concreto com fechamentos de vidro. E para reforçar esses aspectos optei por não arborizar muito o espaço entre eles. Vale ressaltar também que todos os espaços foram pensados de maneira a enquadrar a paisagem, como uma fotografia.









REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 13 nov. 2019

CIELUCK, L. D. C. A depressão é um sintoma social na contemporaneidade? Trabalho de Conclusão de Curso Parcial, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/148257/001001038.pdf?sequence=1>. Acesso em: 3 nov. 2019.

82

JESUS, I. J. A. D. PROPOSTA ARQUITETÔNICA DE UM CAPS PARA O MUNICÍPIO DE FREI PAULO-SE. Trabalho de Conclusão de Curso, LARANJEIRAS-SE, v. 1, n. 1, p. 1-77, nov./2018. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/10024/2/Ingrid_Joyce_Almeida_Jesus.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

REVISTA FAEF. ESVAZIAR-SE PARA “RENASCER”: O processo de ressignificação existencial. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/ju34Hn2Nd7OHUM_2017-10-18-17-46-0.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/693-aco-es-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>. Acesso em: 12 nov. 2019.

TAVARES, LAT. A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistêmica do sujeito depressivo [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 371 p. 1-113, nov/2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/j42t3/pdf/tavares-9788579831003.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

CORBANEZI, Elton. TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO. Caderno C R H, Salvador, v. 31, n. 83, p. 335-353, mai./2018. Disponível em: <http://www.scielo.org>

lo.br/pdf/ccrh/v31n83/0103-4979-ccrh-31-83-0335.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019.

VIAPIANA, Vitória Nassar; GOMES, Rogério Miranda; ALBUQUERQUE, G. S. C. D. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: : notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde doença. SAÚDE DEBATE, RIO DE JANEIRO, v. 42, n. 4, p. 175-186, dez./2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0175.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019.

BOTTON, Alain de. A Arquitetura da Felicidade. Tradução: Talita M. Rodrigues. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

DUARTE, Rovenir Bertola; GONÇALVES, Aurora Aparecida Fernandes. Psicologia e arquitetura: uma integração acadêmica pela construção perceptiva do ambiente. Simpósio Nacional sobre Geografia, Percepção e Cognição do Meio Ambiente. Londrina 2005

LYRA, Gabriele Pugliesi. A humanização da arquitetura hospitalar em centros de reabilitação infantil. Revista Especialize online IPOG. Goiânia - 8ª Edição nº 009 Vol.01/2014 dezembro/2014.

83

PALLASMAA, Juhanni. Os olhos da pele: A arquitetura e os sentidos. Tradução: Alexandre Salvaterra. Porto Alegre: Bookman, 2005

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. Humanização de Ambientes Hospitalares: Características Arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior. 2004. 177f. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

ARNALDO, Tayná Rosal; MELO, A. C. C. D; ANDRADE, A. V. A. A influência do ambiente no usuário: Aplicação para um centro de tratamento de transtornos do humor. XIV Fórum Ambiental, Alta Paulista, v. 1, n. 1, p. 915-930, jul./2018.

NISE: Coração da Loucura. Direção de Roberto Berliner. Rio de Janeiro: Imagem Filmes, 2015. (1h46min.).



Agradecimentos

Sempre brinquei que se eu conseguisse entregar o caderno de TGI II ia começar os agradecimentos com: “Agradeço primeiramente a mim por ter conseguido finalizar, mesmo sem acreditar que fosse possível, por ter conseguido seguir firme e não ter desistido.”

Porém hoje vejo que não desistir está e sempre esteve atrelado a todos que me apoiaram desde o começo.

Começo esse que se iniciou lá atrás, quando desisti de tudo para fazer Arquitetura. E nesse meio tempo muitas foram as pessoas que fizeram a diferença na minha vida.

Então hoje quero agradecer primeiramente a Deus por sempre ter colocado pessoas tão maravilhosas no meu caminho. Agradeço também à minha mãe, por todo o esforço feito para chegarmos até aqui.

Dedico esse a todos que um dia confiaram e viram potencial em mim (nas muitas vezes que eu não achei que era capaz). Amigos que depositaram seu tempo em mim, me explicando, ensinando e reexplicando sempre que necessário.

Um muitíssimo obrigada a Acsa, por acreditar que eu conseguiria passar em Arquitetura quando nem eu acreditava ainda. Ao Paul pelos mil atendimentos de projeto e cronogramas. A Marina por todos os textos revisados e atendimentos de estruturas. A Carolina e Vanessa que, mais do que projeto, escolheram compartilhar suas vidas comigo. Ao Taka e ao Wes por tornarem o fardo mais leve, sempre. A Dani, por emprestar não somente sua casa, mas também seu coração, para que eu ficasse durante esse período difícil que é a finalização de um curso.

Aos professores um muito obrigada especial a Simone, Joubert e Luciano. Os dois primeiros por me ajudar nessa trajetória durante esse ano. E ao Luciano por acreditar na pesquisa que desenvolvemos, por insistir na minha ida a um congresso que me abriria portas jamais imagináveis.

De coração, um muito obrigada a todos que direta ou indiretamente tornaram esse momento possível!

