



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

CENTRO DE RECUPERAÇÃO E INTERNAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS

Livia Oliveira Mesquita



Fortaleza 2024

LIVIA OLIVEIRA MESQUITA

CENTRO DE RECUPERAÇÃO E INTERNAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Centro Universitário Christus - Unichristus

Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao
curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro Universitário
Christus, como requisito parcial em obtenção do título de
bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

M578c Mesquita, Livia Oliveira.
Centro de Recuperação e Internação para Dependentes
Químicos / Livia Oliveira Mesquita. - 2024.
160 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Arquitetura e
Urbanismo, Fortaleza, 2024.

Orientação: Prof. Esp. Alesson Paiva Matos.

1. Centro Hospitalar. 2. Dependente Químico. 3. Psiquiátrico. 4.
Internação. 5. Recuperação. I. Título.

CDD 720.8

Orientador: Prof. Alesson Paiva Matos

Aprovada em: / /

Fortaleza 2024

LIVIA OLIVEIRA MESQUITA

CENTRO DE RECUPERAÇÃO E INTERNAÇÃO PARA DEPENDENTES QUIMICOS.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro Universitário Christus, como requisito parcial em obtenção do título de bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Orientador: Prof. Alesson Paiva Matos

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Alesson Paiva Matos
Centro Universitário Unichristus

Prof. Ma. Larissa de Carvalho Porto
Centro Universitário Unichristus

Arq. Joanne Alves Ximenes Rodrigues
Avaliadora Externo

Agradecimentos

Agradeço a Deus, pelo seu inefável amor, e por ter me ajudado a me manter firme durante esta caminhada.

Agradeço a minha família, especialmente ao meu pai Pedro que não está aqui de forma física, mas que sempre apoiou meus passos, minha mãe Fátima com seu incondicional apoio e dedicação, e aos meus irmãos: Helena, Ana, Maria Isabel e Pp por sempre torcerem e acreditarem no meu potencial.

Ao Matheus pelo suporte, e companheirismo durante esse processo. Aos amigos e amigas que pude fazer na graduação, em especial: Lara e Léa, pela troca de conhecimento, amizade e alegria.

Aos meus professores, agradeço a todo conhecimento compartilhado, que contribuíram grandemente para a minha formação, em destaque meu orientador Alesson Matos, por toda sua dedicação e suporte ao meu projeto.

Obrigada a todos, que caminharam comigo ou que passaram pelo meu caminho, ao longo desses anos de graduação.

Resumo

O uso das drogas já estiveram presentes em vários períodos da humanidade, desde do uso medicinal, uso em rituais religiosos até o uso recreativo. Ao longo dos anos, o uso dessas substâncias em longa escala vem trazendo prejuízo individual e em sociedade dos seus usuários. Diante do crescente aumento de dependentes químicos, também surgiu a necessidade de ampliar a rede de atendimento e tratamento profissional, destes adictos.

Com esta crescente procura, os locais de tratamento necessitam ampliação e maior infraestrutura, a rede RAPS (Rede de atendimento Psicossocial) necessita cada vez mais de equipamentos mais modernos e maiores para compor a rede de atendimentos vinculada ao SUS (Sistema Único de Saúde). Desta forma, reconhecendo a necessidade urgente de espaços adequados para a reabilitação e tratamento desses indivíduos, este projeto tem a concepção de um Centro Psiquiátrico de Internação e Recuperação para Dependentes Químicos, um centro de tratamento que irá compor a Rede de atendimento Psicossocial (RAPS), Sistema Único de Saúde (SUS). Esta unidade de saúde de nível terciário, contará com a internação, e recuperação (tratamento) de adictos de substâncias químicas, hospedaria para familiares dos utentes que não residem em Fortaleza, possibilitando um tratamento, recuperação e reinserção na sociedade.

Palavras-chave: Centro hospitalar. Psiquiátrico. Dependente Químico. Internação. Recuperação. Tratamento.

Abstract

The use of drugs has been present in various periods of humanity, from medicinal use, use in religious rituals to recreational use. Over the years, the use of these substances on a long scale has caused harm to the individual and society of their users. Faced with the growing number of drug addicts, there was also a need to expand the professional care and treatment network for these addicts.

With this growing demand, treatment sites need expansion and greater infrastructure, the RAPS network (Psychosocial Care Network) increasingly needs more modern and larger equipment to make up the care network linked to the SUS (Unified Health System). Therefore, recognizing the urgent need for adequate spaces for the rehabilitation and treatment of these individuals, this project has the design of a Psychiatric Inpatient and Recovery Center for Drug Dependents, a treatment center that will be part of the Psychosocial Care Network (RAPS). , Unified Health System (SUS). This tertiary level health unit will offer hospitalization and recovery (treatment) for drug addicts, a hostel for family members of users who do not reside in Fortaleza, enabling treatment, recovery and reintegration into society.

Keywords: Hospital center. Psychiatric. Chemical Dependent. Hospitalization. Recovery. Treatment.

Tabela de figuras

Figura 1 - Uso de drogas relacionado a distúrbios	16
Figura 2 - Municípios que executam ações contra o crack e outras drogas	18
Figura 3 - Níveis de complexidade, Política Nacional de saúde mental	20
Figura 4 - Hospitais especializados e outras redes de atendimento	22
Figura 5 - Fases da pesquisa	26
Figura 6 - Locais de atuação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS	33
Figura 7 - Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez/2002 a dez/2013)	33
Figura 8 -Mapa Copperplate de Londres, localização do hospital	35
Figura 9 -Plano do hospital Bethlem	35
Figura 10 -Novo Hospital Bethlem	36
Figura 11 -Lateral Hospital Bethlem	36
Figura 12 -Planta pós intervenção Hospital Bethlem	37
Figura 13 -Fachada atual do Hospital Bethlem	38
Figura 14 -Hospital São Pedro, RS	39
Figura 15 -Hospital São Pedro, vista aérea	40
Figura 16 -Primeira Planta	40
Figura 17 -Imagens internas do Hospital	41
Figura 18 -Imagem da maquete eletrônica proposta	41
Figura 19 -Fachada proposta pelo restauro Hospital Psiquiátrico São Pedro	42
Figura 20 -Corte proposta pelo restauro Hospital Psiquiátrico São Pedro	42
Figura 21 -Fachada HSM	43
Figura 22 -Planta Baixa Unidade de Observação B	44
Figura 23 -Planta Baixa Unidade IV Masculina	44
Figura 24 -Planta Baixa Unidade de desintoxicação	44
Figura 25 -Planta Baixa CAPS AD	45
Figura 26 -Fachada CAPS AD	46
Figura 27 -Fachada 2 - CAPS AD	46
Figura 28 -Influência da natureza nas interações humanas	48
Figura 29 -Ambiente e sua influência, sala infantil de ressonância magnética.....	49
Figura 30 -Humanização de consultórios	51
Figura 31 -Área de descompressão	51
Figura 32 -Qualidade aos ambientes de saúde	55
Figura 33 -A arquitetura afeta o comportamento do indivíduo	59
Figura 34 - 3D do prédio	68
Figura 35 -Planta baixa Centro dia	68
Figura 36 -Pátio	69

Figura 37 -Geometria e uso de cores	69
Figura 38 -Fachada Hospital Copa Star	71
Figura 39 -Fachada Hospital Copa Star a noite	71
Figura 40 -Apartamento Hospital Copa Star	72
Figura 41 -Recepção Hospital Copa Star	73
Figura 42 -Edifício Centro Psiquiátrico Friedrichshafen	74
Figura 43 -Jardim interno do Centro Psiquiátrico Friedrichshafen	75
Figura 44 - Corredor interno do Centro Psiquiátrico Friedrichshafen	75
Figura 45 -Planta baixa quartos Centro Psiquiátrico Friedrichshafen	76
Figura 46 -Vista externa Centro Psiquiátrico Friedrichshafen	77
Figura 47 -Mapa de área de intervenção e seus limites	79
Figura 48 -Número de habitantes e divisão por sexo	80
Figura 49 -IDH	80
Figura 50 -Mapa de equipamentos de saúde	81
Figura 51 -Mapa de localização do terreno de intervenção	82
Figura 52 -Mapa de acesso ao terreno de intervenção	83
Figura 53 -Topografia	84
Figura 54 -Classificação das atividades segundo a LUOS	86
Figura 55 - Atividade Serviço de Saúde	86
Figura 56 - Adequabilidade ao sistema viário	87
Figura 57 -Parâmetros do sistema viário a adequabilidade	88
Figura 58 -Macrozona de Ocupação Urbana	88
Figura 59 -Mapa de abastecimento de água	89
Figura 60 -Mapa de rede de esgoto	90
Figura 61 -Mapa da rede de energia elétrica	91
Figura 62 -Mapa de hierarquia viária	92
Figura 63 -Mapa de Zoneamento Especial	93
Figura 64 -Mapa de Macrozoneamento urbano e ambiental	94
Figura 65 -Mapa de uso do solo	95
Figura 66 -Mapa de cheios e vazios	96
Figura 67 -Mapa de equipamentos públicos urbanos	97
Figura 68 -Mapa geoambiental e espaços verdes livres	98
Figura 69 -Mapa de gabarito das edificações	99
Figura 70 -Mapa de mobilidade	100
Figura 71 -Carta solar de Fortaleza – fachada norte	101
Figura 72 -Carta solar de Fortaleza – fachada leste	101
Figura 73 -Carta solar de Fortaleza – fachada sul	102

Figura 74 -Carta solar de Fortaleza – fachada sul II	102
Figura 75 -Rosa dos ventos	103
Figura 76 -Acolher	106
Figura 77 -Partido	108
Figura 78 -Programa de necessidades macro	111
Figura 79 - Área das atribuições	124
Figura 80 - Fluxograma macro	125
Figura 81 - Fluxograma final	126
Figura 82 - Fluxograma detalhado emergência	128
Figura 83 - Fluxograma detalhado urgência	128
Figura 84 - Fluxograma detalhado farmácia	129
Figura 85 - Fluxograma detalhado reabilitação e patologia	129
Figura 86 - Fluxograma detalhado documentos e serviço administrativo	130
Figura 87 - Fluxograma detalhado internação	130
Figura 88 - Fluxograma detalhado manutenção, limpeza, zeladoria e infra predial.....	131
Figura 89 - Setorização projetual	135
Figura 90 - Setorização projetual 2 Pav.	136
Figura 91 - Fluxos 1	137
Figura 92 - Fluxo 2	138
Figura 93 - Fluxo Intersectorial 1	139
Figura 94 -Fluxo Intersectorial 2	140
Figura 95 -Fachada 1	141
Figura 96 -Fachada 2	141
Figura 97 -Fachada 3	142
Figura 98 -Fachada 4	142
Figura 97 -Corte A	143
Figura 97 -Corte B	143
Figura 97 -Imagem Externa 1	144
Figura 97 -Imagem Externa 2	146
Figura 97 -Imagem Interna 1	148
Figura 97 -Imagem Interna 2	150
Figura 97 - Imagem Recepção.....	152

Tabela de quadros

Quadro 1 - Análise síntese da Residência e Centro Dia para problemas psiquiátricos	70
Quadro 2 -Análise síntese do Hospital Copa Star	73

Quadro3-Análise síntese do Centro Psiquiátrico Friedrichshafen	77
Quadro4-Unidade funcional Emergência.....	112
Quadro5-Unidade funcional Urgência.....	113
Quadro6-Unidade funcional Internação.....	114
Quadro7-Unidade funcional Diagnóstico e Terapia.....	115
Quadro8-Unidade funcional Reabilitação.....	116
Quadro9-Unidade funcional Nutrição Dietética.....	117
Quadro10-Unidade funcional Farmácia.....	118
Quadro11-Unidade funcional Centro de administração de materiais e equipamentos.....	118
Quadro12-Unidade funcional Limpeza e Zeladoria.....	119
Quadro13-Unidade funcional Segurança e Vigilância.....	120
Quadro14-Unidade funcional Manutenção.....	121
Quadro15-Unidade funcional Infraestrutura Predial.....	122
Quadro16-Unidade funcional Processamento e CME.....	123
Quadro17-Unidade funcional Hospedaria.....	123

Tabela de siglas

IPHAE	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico do Estado
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial
HSM	Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
SEINF	Secretaria Municipal de Infraestrutura
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
IPACE	Instituto Pangea de Ação Cultural e Esportiva
SEFIN	Secretaria Municipal de Finanças
SDE	Secretaria de Desenvolvimento econômico
SCSP	Secretaria Municipal de Conservação e Serviços Públicos
SESEC	Secretaria Municipal de Segurança Cidadã
SEUMA	Secretaria Municipal de Urbanismo e Meio Ambiente
LUOS	Lei de Uso e Ocupação do Solo
USP	Universidade de São Paulo
CE	Ceará
MG	Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12	4	4.4.1 Zoneamento	83
	1.1. Tema	13		4.5 Condicionantes legais	83
	1.2 Justificativa	14		4.5.1 Adequabilidade	83
	1.3 Objetivos	22		4.6 Entorno	87
	1.3.1 Gerais	22		4.6.1 Infraestrutura	87
	1.3.2 Específicos	22		4.6.2 Uso do solo	93
	1.4 Metodologia	23		4.6.3 Cheios e Vazios	94
				4.6.4 Equipamentos	95
				4.6.5 Condicionantes Ambientais	96
				4.6.6 Gabarito das Edificações	97
				4.6.7 Mobilidade	98
2	REFERENCIAL TÉORICO	25		4.7 Análise bioclimática	99
	2.1 Políticas na rede de apoio público para dependentes químicos	26		4.7.1 Orientação Solar	99
	2.2 Evolução dos ambientes de saúde no mundo	32		4.7.2 Rosa dos Ventos	101
	2.2.1 Primeiro Hospital Psiquiátrico (Asilo) do Mundo	32	5	O PROJETO	102
	2.2.2 Ambientes Hospitalares no Brasil	37		5.1 Conceito	103
	2.3 Atributos da psicologia ambiental para ambientes de saúde	45		5.2 Partido	105
	2.3.1 Senso de Controle	47	6	PROGRAMA DE NECESSIDADES	107
	2.3.2 Acesso a um Suporte Social Adequado	50		6.1 Programa de necessidades	108
	2.3.3 Distrações Positivas no Ambiente Físico Circundante	51		6.2 Fluxograma	123
	2.4 Conceitos de humanização de espaços de saúde a partir da política nacional de humanização do sus.	52	7	MEMORIAL PROJETUAL	130
	2.4.1 Política Nacional de Humanização	54		7.1 Setorização	131
	2.4.2 A Humanização da Saúde a partir da Percepção Arquitetônica	55		7.2 Fluxos	135
	2.4.3 Apoio e acolhimento das famílias dos dependentes químicos	62		7.3 Intersectorial	137
3	ANÁLISE PROJETUAL	65		7.4 Fachadas	139
	3.1 Residência e centro de dia para problemas psiquiátricos – barcelona	66		7.5 Cortes	141
	3.2 Hospital copa star	69		7.6 Perspectivas	142
	3.3 Centro psiquiátrico friedrichshafen	72		CONSIDERAÇÕES FINAIS	152
4	DIAGNÓSTICO	76		BIBLIOGRAFIA	153
	4.1 Bairro	77			
	4.2 Caracterização da população	77			
	4.3 Justificativa	79			
	4.4 Terreno	82			

1 INTRODUÇÃO

1.1. TEMA

O O trabalho apresentou um anteprojeto arquitetônico de um centro de recuperação e internação para dependentes químicos, localizado no bairro Jangurussu, cidade de Fortaleza - CE, que atenda pessoas que sofrem com dependência química entre 18 a 60 anos. O equipamento proposto foi totalmente especializado para dependentes químicos e possui objetivo financeiro não lucrativo, público, assegurando o direito de todo e qualquer indivíduo brasileiro que por ventura necessite deste atendimento, e que esteja nos padrões exigidos pelo Sistema Único de Saúde. Adotou soluções arquitetônicas de humanizações dos ambientes hospitalares, a fim de contribuir para melhoria de tratamento dos usuários.

1.2 JUSTIFICATIVA

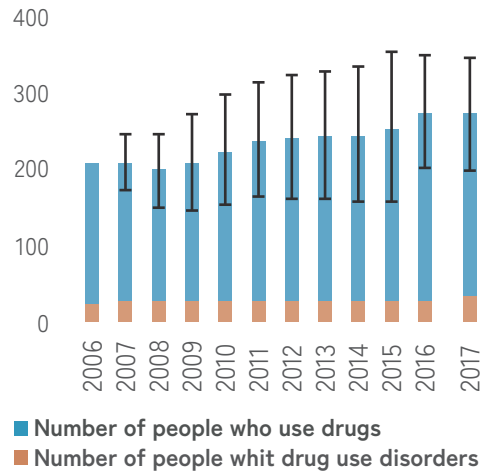
Atualmente, não apenas no Brasil, mas globalmente, não é mais uma ocorrência encontrar alguém que tenha vivenciado ou esteja enfrentando a realidade da dependência química (Portella et al., 2019). Além disso, cresce constantemente o contingente de indivíduos adicto em tabaco e bebidas alcoólicas, principalmente pós pandemia (Leão, 2022).

A dependência química é um fenômeno que não apenas abrange a esfera individual, mas também apresenta

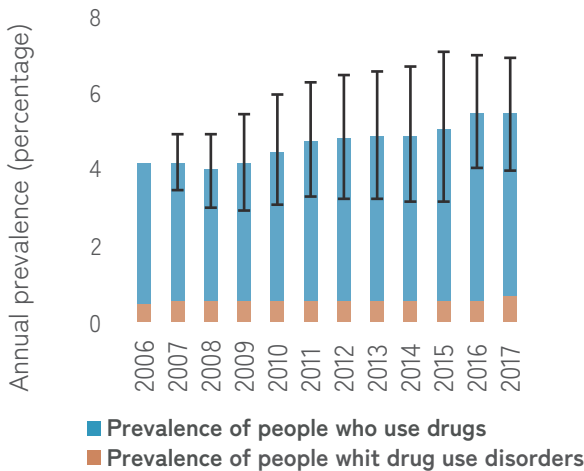
ramificações na sociedade e na saúde pública. O aumento da disponibilidade de substâncias ilícitas, muitas vezes resultado do tráfico internacional, tem contribuído para a escalada desse problema global (Carlini, 2007). A vulnerabilidade dos jovens a essas influências é mais acentuada, visto que muitos estão em uma fase de exploração e experimentação (Figura 1), tornando-os mais propensos a se envolver com drogas (Quintas; Tavares, 2021).

FIGURA 1 – USO DE DROGAS RELACIONADO A DISTÚRBIOS
FONTE: WORLD DRUG REPORT, 2019.

Tendências globais no número estimado de pessoas que usam drogas e aquelas com distúrbios relacionados ao seu uso, 2006-2017



Tendências globais na prevalência estimada de uso de drogas e distúrbios, 2006-2017



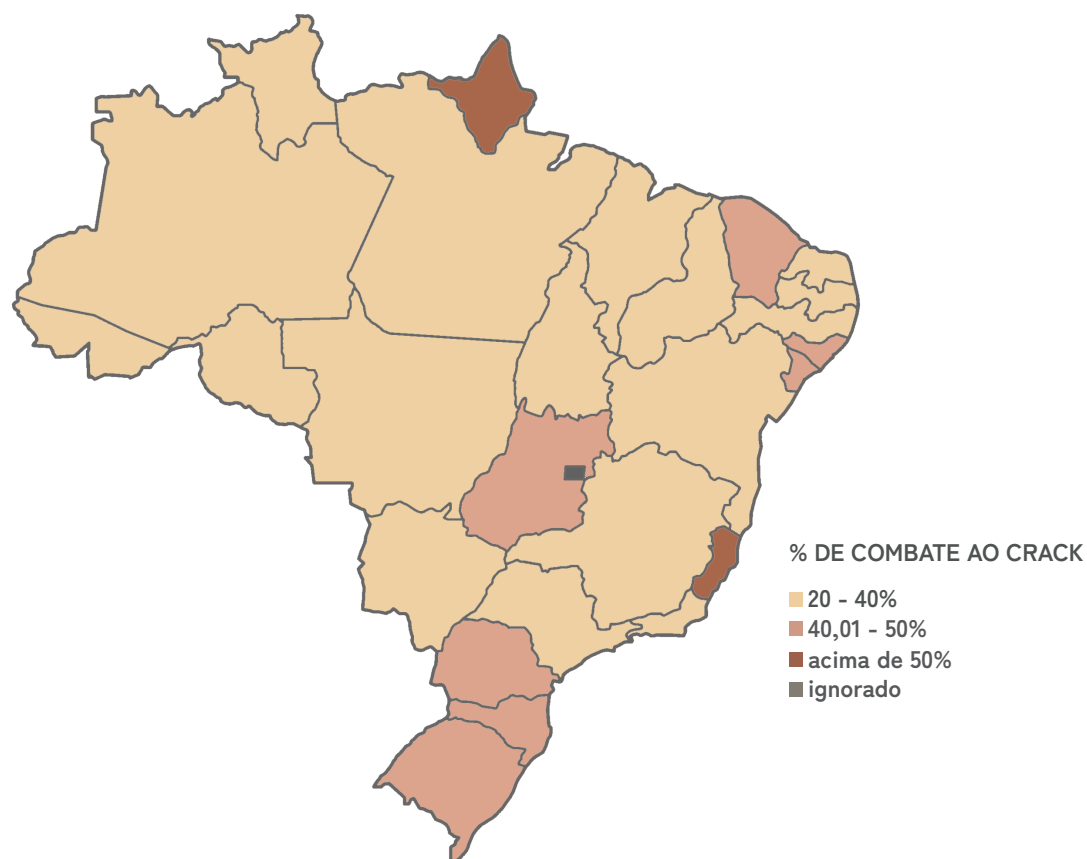
De acordo com um relatório divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), entre 2010 e 2020, 284 milhões de pessoas na faixa etária entre 15 e 64 anos fizeram uso de drogas no ano em questão, o que representou um aumento de 26% em relação à década anterior. Esse crescimento foi resultado de uma maior disponibilidade de substâncias entorpecentes, mudanças nas políticas de controle de drogas e fatores socioeconômicos em constante evolução.

A partir disso, torna-se possível inferir a possibilidade de instabilidade social, o que põe em risco cidadãos em todas as dimensões do termo ‘saúde’. Um comportamento viciante não apenas compromete a qualidade de vida do indi-

víduo, mas também se torna uma questão de responsabilidade social (Quintas; Tavares, 2021).

Quintas e Tavares (2021) ainda consideram que por essa razão tem havido a criação de diversas instituições de recuperação e reabilitação, voltadas para ajudar e reintegrar pessoas nessas circunstâncias na comunidade. Além disso, de acordo com as contribuições de Lima (2022), o uso de drogas aumentou também no Nordeste do Brasil, o que se tornou um problema que coloca em risco o desenvolvimento e a segurança social da região. Desse modo, tornou-se comum os diálogos políticos com relação à necessidade de apresentar ações mais claras no combate às drogas na para os estados nordestinos (Figura 2).

FIGURA 2 – MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AÇÕES CONTRA O CRACK E OUTRAS DROGAS
 FONTE: A SITUAÇÃO DO CRACK NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS, CNM 2011, EDITADO PELA AUTORA.



Com base nos dados CNM (2011), o Ceará é um dos poucos estados brasileiros que tem ações de enfrentamento contra o crack e outras drogas que possui porcentagem acima de 50%. Outro dado positivo exposto na pesquisa é que dos 184 municípios que compõem o território cearense, 117 deles fazem o uso de ações contra o uso de drogas.

Dessa forma, de acordo com Teixeira (2021), existe a necessidade de o Estado garantir não somente maiores meios de impedir o consumo, mas de estabelecer caminhos para que os usuários possam se reabilitarem em caso de vícios com algum tipo de entorpecente. Dessa questão surgem os CAPS. Para Souza et al. (2023), os CAPS AD, ou Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, são

parte da rede de serviços de saúde mental no Brasil (Figura 3).

Eles têm como objetivo oferecer assistência a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Esses centros são conhecidos por fornecer um ambiente acolhedor e multidisciplinar, incluindo profissionais de saúde mental, psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais, que trabalham em conjunto para ajudar os indivíduos a superar suas dependências (Teixeira, 2021).

Outro equipamento que vem para complementar a rede de saúde são as Casas terapêuticas, de acordo com o Ministério da Saúde (2020), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), também conhecidos como residências terapêu-

ticas ou simplesmente “moradias”, são transtornos mentais severos, decorren-
 habitações situadas em áreas urbanas, tes do uso das substancias psicoativas e
 projetadas para atender às demandas alcoólicas, independentemente de esta-
 de moradia de indivíduos que enfrentam rem institucionalizados ou não.

FIGURA 3 - NÍVEIS DE COMPLEXIDADE PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL
 FONTE: POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL ÁLCOOL E OUTRAS DRO-
 GAS 2017, EDITADO PELA AUTORA.



Com base na Figura 3, a Políti-
 ca Nacional de saúde mental classifica os
 equipamentos de saúde quanto a seu ní-
 vel de complexidade, pode-se observar,
 também, que o CAPS está classificado
 quanto ao nível de complexidade como:
 secundário, enquanto as residências e
 comunidades terapêuticas não pertencem
 a nenhum nível, e são serviços com
 fins de saúde.

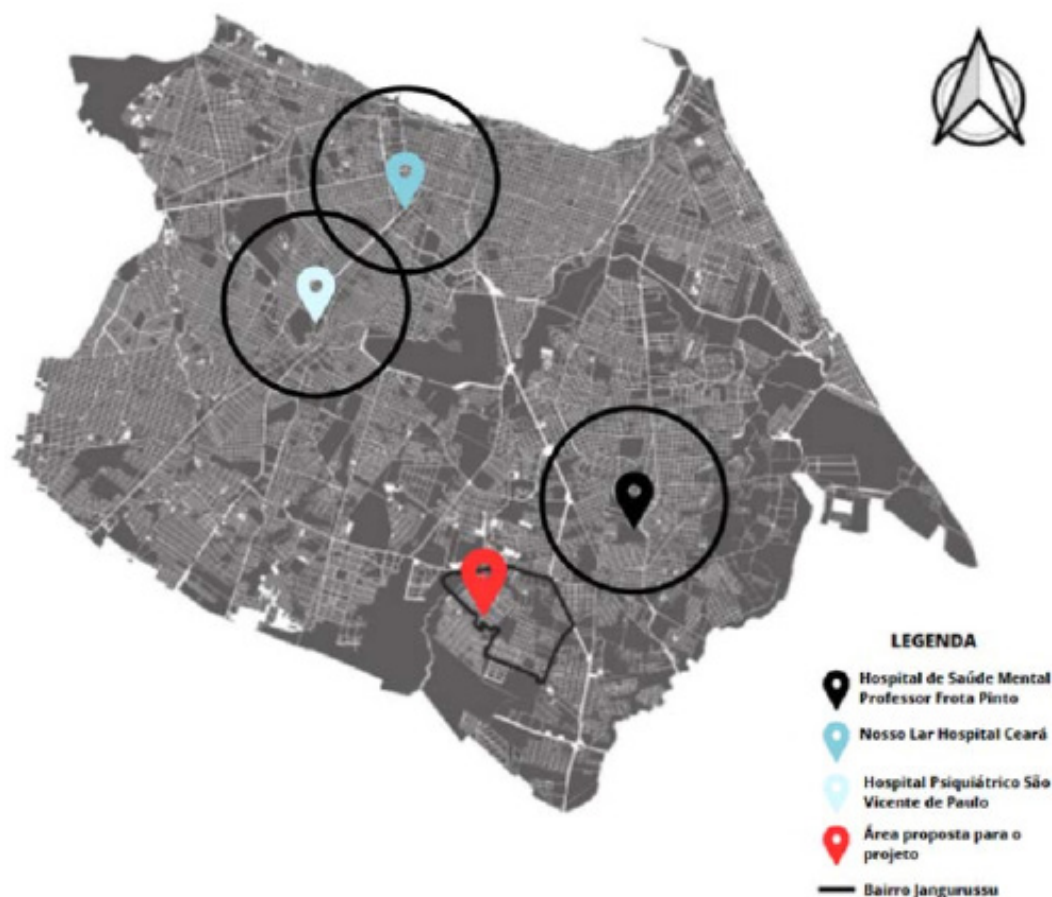
De acordo com Teixeira et al.
 (2021), os CAPS precisam ser construídos
 para proporcionar as ideias de “portas
 abertas”. Assim, não são apenas locais
 físicos onde os usuários recebem servi-
 ços de saúde mental, mas também são
 entendidos como espaços que se conec-
 tam intimamente com a vida dos usuá-
 rios, suas histórias, culturas, projetos e
 rotinas diárias. Isso significa que esses
 locais vão além de simplesmente ofere-
 cer tratamento psicossocial; eles se en-
 volvem ativamente na vida dos usuários,
 reconhecendo a importância do contexto
 social, cultural e comunitário na saúde
 mental.

Dentro desses locais, como ainda
 afirma o autor, podem ser encontrados
 ambientes que visam realizar: colhimen-
 to inicial: Primeiro contato com o usuário,
 oferecendo escuta qualificada, constru-
 ção de vínculo e encaminhamento para
 outros serviços, se necessário; acolhi-
 mento diurno e/ou noturno; atendimento
 individual; atenção às situações de crise;
 atendimento em grupo; práticas corpo-
 rais e expressivas; atendimento para a
 família; atendimento domiciliar; ações de
 reabilitação psicossocial; promoção de
 contratualidade; além de apoio a serviços
 residenciais transitórios.

Para alcançar esse objetivo, os
 ambientes precisam de salas amplas,
 bem iluminadas e com uma equipe mul-
 tidisciplinar capaz de promover o bem-
 estar dos pacientes. Para os CAPS, po-
 dem ser atendidas pessoas com intenso
 sofrimento psíquico, transtornos graves e
 usuários de drogas.

FIGURA 4 – HOSPITAIS ESPECIALIZADOS E OUTRAS REDES DE ATENDIMENTO.

FONTE: SEFIN, 2011, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2023, ELABORADO PELA AUTORA.



A Figura 4, aponta os 3 hospitais existentes especializados em psiquiatria no município de Fortaleza, (Hospital Nosso Lar - filantrópico, Hospital São Vicente de Paula - filantrópico e Hospital Mental de Messejana - Público), ainda pode-se observar que o atendimento não cobre a malha da cidade por completo. Lista-se, também, quanto a natureza dos hospitais: apenas um deles é totalmente público; já o atendimento: todos eles, atendem os usuários que necessitam de atendimento psiquiátrico no geral, mas nenhum voltado exclusivamente para dependência química, o que indica carência de atendimento especializado para estes utentes.

Além disso, percebeu-se que é fundamental expandir e fortalecer a in-

fraestrutura de saúde mental na cidade, incluindo a criação de unidades específicas para tratamento de dependência química. Assim este trabalho propõe um centro de recuperação e internação para dependentes químicos público, com atendimento e tratamento especializado, com nível de complexidade terciário, localizado no Bairro Jangurussu, próximo ao Bairro Messejana onde se localiza um Hospital Geral que facilitará a transferência dos adictos para o Centro especializado, na cidade de Fortaleza. Por fim este equipamento especializado, irá integrar-se com outros serviços da rede de saúde pública, como clínicas de atenção primária e hospitais gerais, garantindo um tratamento completo e abrangente.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 GERAIS

Elaborar um anteprojeto arquitetônico de um centro de reabilitação e tratamento para indivíduos com dependência química, situado no bairro Jangurussu, na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará. Adotando soluções arquitetônicas de humanizações dos ambientes hospitalares.

1.3.2 ESPECÍFICOS

- Compreender as políticas na rede de apoio público para dependentes químicos;
- Compreender a evolução dos ambientes de saúde no mundo e no Brasil dependentes químicos;
- Estudar diretrizes de psicologia ambiental para ambientes de saúde;
- Analisar os conceitos de humanização de espaços de saúde a partir da Política Nacional de Humanização do SUS;
- Buscar referências projetuais alinhadas com o projeto;
- Realizar uma análise física e ambiental no terreno de intervenção.

1.4 METODOLOGIA

Este trabalho consiste em uma pesquisa de natureza aplicada, considerando que todos os dados levantados serão norteadores para a elaboração do anteprojeto. Além do mais tem abordagem exploratória, onde buscou-se investigar uma problemática e quantos aos objetivos se caracteriza como descritiva, pois analisa as características do objeto estudado (Gunther, 2006).

Divididas em três etapas: referencial teórico e conceitual, referencial projetual e diagnóstico. Por fim teremos a proposta de um anteprojeto arquitetônico de um Centro de recuperação e in-

ternação para dependentes químicos em Fortaleza, Ceará.

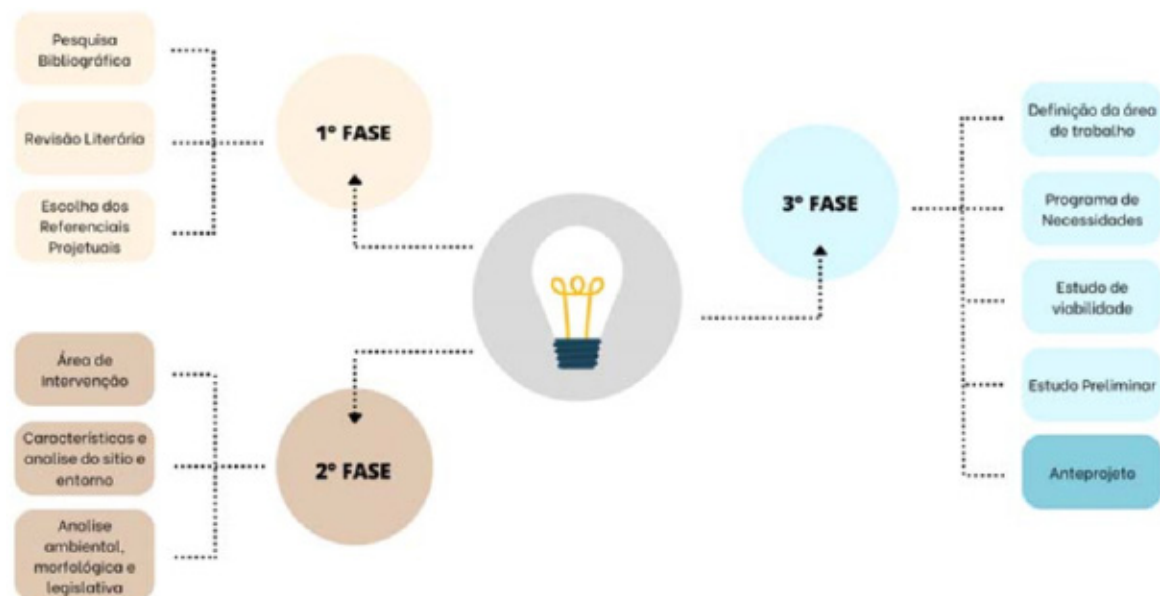
Para primeira etapa o referencial teórico foi iniciado uma pesquisa bibliográfica a fim de entender melhor o usuário quanto a suas características, particularidades, tratamentos e recuperação, assim como políticas públicas e Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS). Posteriormente, a etapa realizou-se pesquisas do referencial projetual, sendo efetuado levantamentos de projetos arquitetônicos com temática próxima a este tema, a fim de auxiliar a decisões de conceito, partido, construtivas e projetuais.

Já na segunda etapa foram definidas a área de intervenção, diagnóstico do entorno, caracterização e particularidades do terreno, análise morfológica e legislação local pertinente.

Na terceira etapa, constitui-se na reunião de informações obtidas nas

etapas anteriores, definição de programa de necessidades. Logo depois da construção do programa de necessidades, foi realizado o estudo de viabilidade do equipamento (a diante, foi finalizado o estudo preliminar e por fim o anteprojeto) (Figura 5).

FIGURA 5 - FASES DA PESQUISA.
FONTE: ELABORADA PELA AUTORA, 2023



2 REFERENCIAL TÉORICO

2.1 POLÍTICAS NA REDE DE APOIO PÚBLICO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS

Foram as políticas proibicionistas dos Estados Unidos, oriundas do movimento de temperança do final do século XIX e início do século XX, que constituíram os alicerces para os sistemas de políticas públicas destinadas a dependentes em todo o mundo. Originadas na classe média, essas políticas adotaram uma ideologia que afirmava que o álcool supostamente levava à dependência de forma inevitável, resultando na degradação do caráter moral e da saúde física e mental dos consumidores (Costa, 2021).

Essa perspectiva moralista e

proibicionista, enraizada na crença de que o consumo de álcool invariavelmente levava à dependência e ao declínio moral e físico, moldou não apenas a política norte-americana, mas também influenciou diretamente a abordagem global em relação ao uso de substâncias (Costa, 2022).

Desde o início, no Brasil, as políticas proibicionistas de controle social espelharam o modelo adotado nos Estados Unidos. O movimento de temperança brasileiro na década de 1920, exerceram pressão sobre os legisladores para esta-

belecer uma política pública que condenasse o consumo de bebidas alcoólicas, embora não tenha obtido sucesso na aprovação da abstinência compulsória (Cunha, 2021).

O aumento do consumo de substâncias para fins recreativos, não mais restrito ao uso terapêutico, levaram a classe médica a buscar restrições a esses usos, enquadrando a questão das drogas como um problema de saúde pública. Por meio de esforços políticos coordenados, o grupo obteve a sanção da primeira lei específica sobre drogas no Brasil, em 1921, fortemente influenciada pela lei seca implementada nos Estados Unidos (Tatmatsu, Siqueira e Prette, 2019).

Das diversas políticas públicas

globais relativas ao uso de substâncias, tais como o controle da oferta e a disponibilidade de serviços sociais e de saúde para os usuários, a prevenção emerge como a estratégia com a relação custo-benefício, contribuindo para a redução tanto do consumo abusivo quanto de suas implicações. Estima-se que, para cada dólar investido em iniciativas preventivas nas escolas, é possível evitar um desembolso médio de 18 dólares associados aos custos sociais decorrentes do abuso de drogas (Tatmatsu, Siqueira e Prette, 2019).

No entanto, apesar de seu potencial, a implementação dessa política muitas vezes não se baseia primariamente em evidências científicas, mas sim nas prioridades percebidas pelos formulado-

res de políticas. Esta discrepância gera divergências que complicam a formulação de uma política pública de prevenção integrada, no que concerne a eficácia das ações (Costa, 2021).

Entretanto, à medida que a compreensão sobre o uso de substâncias e a dependência evoluiu, tornando-se cada vez mais importante repensar e reformular abordagens mais eficazes e compassivas para lidar com essas questões complexas. Isso implica em considerar não apenas a perspectiva moral, mas também a dimensão da saúde pública, e adotar estratégias baseadas em evidências científicas que visem ao bem-estar e à integração social de indivíduos que enfrentam desafios relacionados ao uso de drogas (Costa, 2022).

No Brasil, assim como diversas partes do mundo, enfrentou um desafio significativo no final da década de 80 com o surto de HIV/AIDS, que estava sendo propagado principalmente através da troca de seringas entre dependentes químicos. Essa crise de saúde pública provocou uma reorientação das políticas de saúde em relação às pessoas que faziam uso de drogas (Costa, 2022).

Para lidar com essa situação, o governo brasileiro implementou diferentes estratégias. Uma delas foi a adoção da política de redução de danos, que tinha como objetivo primordial não proibir o consumo de drogas, mas sim minimizar os danos associados ao uso para os usuários. Essa abordagem promove a troca de seringas, distribuição de preservati-

vos e informações sobre o uso seguro de substâncias. (Cunha, 2021).

Por outro lado, também foram adotadas políticas de abstinência, que visavam fazer com que os dependentes parassem imediatamente com o consumo de drogas. Essa abordagem se concentrava na reabilitação e no tratamento dos usuários, buscando a sua completa abstinência (Cunha, 2021). Ela envolvia programas de desintoxicação, apoio psicológico e encaminhamento para grupos de ajuda.

Mas, foi só após os anos 2000 que, no Brasil, as políticas públicas relativas ao controle de drogas tiveram uma maior expansão, com a criação da Lei n. 11.343, datada de 23 de agosto de 2006, com modificações incorporadas pela Lei

n. 13.840, promulgada em 5 de junho de 2019. Importante ressaltar que os dispositivos concernentes à prevenção do abuso de drogas permaneceram inalterados. Ambas as leis abordam medidas de controle tanto da oferta quanto da demanda, embora a ênfase recaia predominantemente na repressão da oferta (Tatmatsu, Siqueira e Prette., 2019).

Há também uma seção específica dedicada à prevenção do abuso de drogas na legislação, a qual aborda particularidades referentes ao financiamento, execução e avaliação das políticas (Costa, 2022). Essas regulamentações refletem a abordagem multifacetada adotada pelo Brasil em relação ao controle de drogas, envolvendo uma série de estratégias.

Na atualidade, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) é um órgão vinculado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, encarregado de coordenar iniciativas voltadas para a prevenção do abuso de substâncias, bem como para o cuidado e reintegração social de usuários, juntamente com a repressão ao tráfico. Fundada em 1998 durante a gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso, inicialmente como Secretaria Nacional Antidrogas, sua criação tinha como objetivo afirmar, perante a comunidade internacional, a adoção do modelo de combate ao tráfico de drogas (Tatmatsu, Siqueira e Prette., 2019).

A SENAD representa um pilar fundamental nas políticas brasileiras relacionadas ao controle de drogas, abrangendo um amplo espectro de abordagens que vão desde a prevenção e o tratamento até a repressão ao tráfico. Contudo, ao longo dos anos, o debate sobre a eficácia dessas políticas tem crescido, impulsionando a necessidade de avaliação e reformulação de estratégias para enfrentar os desafios complexos associados ao uso

de substâncias. É crucial que essas abordagens sejam informadas por evidências científicas e centradas no bem-estar e na dignidade dos indivíduos afetados por essas questões.

Os procedimentos de apoio fomentam, como afirma as contribuições de Cunha (2021), que a implementação de programas preventivos deve ser realizada tanto em instituições de ensino públicas quanto privadas, e para isso, os profissionais em todos os três níveis de ensino devem receber formação contínua através de políticas de educação continuada (Tatmatsu, Siqueira e Prette, 2019).

Neste contexto, no final do ano de 2011 foi integrada uma nova portaria a RDC N°29, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a portaria N° 3.088 que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Figura 6). Essa rede teve como propósito integrar a rede de saúde, com uma diversidade maior de serviços aumentando o número de pessoas atendidas (BRASIL, 2011).

FIGURA 6 - LOCAIS DE ATUAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS.
 FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE E PORTARIA N° 3.088, RDC N° 29, 2011. ELABORADO PELA AUTORA.

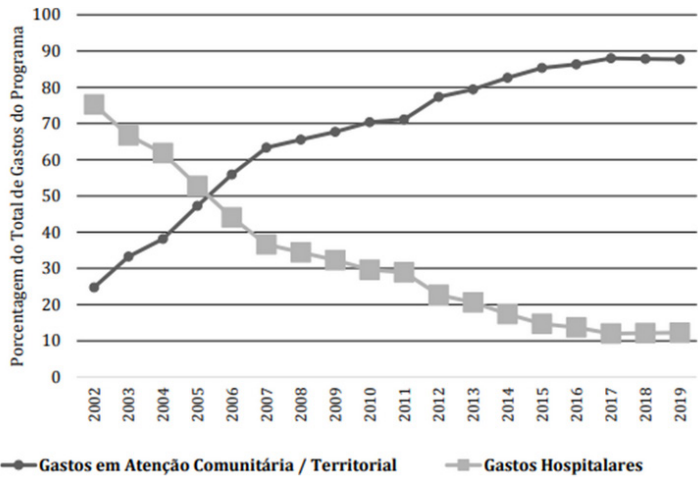


Com base na Figura 6, pode-se analisar que os utentes da rede RAPS têm atendimento especializado, em quase todas as fases de reabilitação, onde tem acessos a serviços da rede SUS, de forma gratuita.

de da criação da rede RAPS, os recursos destinados à investimentos nos serviços hospitalares vem diminuindo ao longo dos anos, o que impossibilita a expansão da rede de atendimento especializado, em contrapartida os gastos em atenção comunitária aumentaram assim como os utentes da rede.

No entanto, a figura 7 traz, des-

FIGURA 7 - PROPORÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS À SAÚDE MENTAL EM SERVIÇOS HOSPITALARES E EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO COMUNITÁRIA/TERRITORIAL (BRASIL, DEZ/2002 A DEZ/2013).
 FONTE: SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023.



2.2. EVOLUÇÃO DOS AMBIENTES DE SAÚDE NO MUNDO

Ao longo da história o homem fez uso de tratativas para o restabelecimento de ações voltadas para a seguridade da 'saúde', os primeiros estabelecimentos de assistências a saúde eram chamados de Latreias (casas de assistência aos enfermos) e templos (com variava de acordo com a geografia, etnia e religião).

Mas foi só no fim da idade moderna que a medicina desenvolveu métodos científicos nas suas tratativas, segundo Foucault (1998), foi no século XVIII foi um período de nascimento da Medicina quanto a ciência, seguido da constituição da sua primeira especialidade, a Mental.

2.2.1 PRIMEIRO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO (ASILO) DO MUNDO

O Bethlem Royal Hospital, anteriormente conhecido como Bedlam, é um famoso hospital psiquiátrico (asilo) localizado em Londres, Reino Unido, o primeiro hospital psiquiátrico datado historicamente (Figura 8). Foi fundado em 1247 e ao longo dos séculos, evoluiu para se tornar um hospital especializado no trata-

mento de doenças mentais e transtornos. Contudo, alguns dos métodos de tratamentos eram questionáveis, por incluir contenção violenta e cuidados inadequados, que atualmente seriam considerados antiéticos, inclusive as pessoas pagavam para ver a “atração” do tratamento dos “loucos” (Ashdown-Franks, 2022).

FIGURA 8 - MAPA COPPERPLATE DE LONDRES, LOCALIZAÇÃO DO HOSPITAL.
FONTE: HARRIET RICHARDSON PARA HISTORIC HOSPITALS, 2016.



Com a grande crescente de usuários do hospital um novo plano de implantação e reajuste foi feito, pode-se ver na Figura 9.

FIGURA 9 - PLANO DO HOSPITAL BETHLEM.
FONTE: HARRIET RICHARDSON PARA HISTORIC HOSPITALS, 2016.



Nesse sentido, ao longo do tempo, houve esforços para melhorar o tratamento e as condições no hospital, refletindo em uma ampla compreensão e no tratamento de doenças mentais. Em 1741, o hospital foi reconhecido como psiquiátrico, ao ter seu primeiro médico. Também é possível citar a melhoria e ampliação nos ambientes ao decorrer dos anos, como inclusão de uma propriedade maior para agricultura, pátios para passeio ao

ar livre, jardins de prazer e hortas (Nicholson, 2023).

A Figura 10, mostra a fachada do edifício podemos observar as grandes torres laterais simétricas, cume do telhado, frontões centrais com projeções avançadas um verdadeiro estilo de arquitetura francesa renascentista. Sua imponência e grandeza era tão grande quanto a de um palácio ou castelo (Figura 11).

Nesse sentido Hooke, projetou uma fachada moderna para a época pois rompia a monotonia, interiormente, a entrada principal era feita pelo edifício central que dava para um hall, na lateral encontrava o corredor de acesso aos escritórios, armazém e às salas de admissão, ali os pacientes eram examinados. O acesso dos doentes era feito a partir do edifício central.

As celas eram distribuídas por dois andares em ambos os lados (Figura 12), os doentes eram enclausurados no piso inferior com esquadrias pequenas viradas para o sul, enquanto no piso superior as esquadrias eram voltadas para o norte as janelas eram locadas de maneira alta para a penetração de luz (Soares, 2019). A justificativa dada por essa diferente locação de esquadrias por Soares (2019): “(...) o edifício, estava propositadamente voltado a norte pois acreditava-se que o frio e o escuro eram benéficos para os portadores de perturbações mentais”.

O Bethlem Royal Hospital continua a existir como uma instituição de saúde mental até os dias de hoje, mas suas práticas e abordagens de tratamento mudaram significativamente ao longo dos anos, à medida que a compreensão da saúde mental progrediu e os padrões de cuidados de saúde mental foram reformados. Atualmente o Hospital abriga uma variedade de serviços, incluindo internação, atendimento ambulatorial, serviços comunitários e especializados, além de unidades especializadas em psicose, autismo, mães e bebês (Ashdown-Franks, 2022).

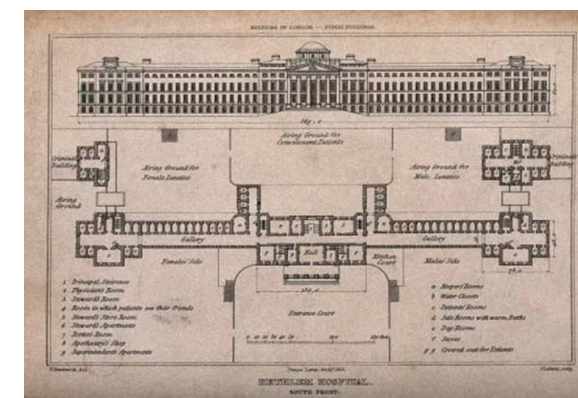
FIGURA 10 - NOVO HOSPITAL BETHLEM
FONTE: FIGURA DE H. FLETCHER, 1750, WELLCOME LIBRARY.



FIGURA 11 - LATERAL HOSPITAL BETHLEM
FONTE: JANELA DA MENTE, 2019.



FIGURA 12 - PLANTA PÓS INTERVENÇÃO
HOSPITAL BETHLEM.
FONTE: JANELA DA MENTE, 2019.



Essa evolução refletiu não apenas uma resposta à crescente complexidade das necessidades em saúde mental, mas também um compromisso com o bem-estar integral dos pacientes (Figura 13).

Ao decorrer dos anos e com a necessidade de ampliação dos hospitais, muitos foram diminuindo seus espaços para paisagem, contudo, o Hospital Real Bethlem continuou a se atualizar e a mudar de local ao longo das gerações e tornou-se um dos hospitais psiquiátricos mais populares do Reino Unido, juntamente com The Retreat York, um hospital psiquiátrico, fundado em 1792 no Reino Unido, a partir de bases de que a paisagem/natureza auxilia no bem-estar

mental, ou seja, paisagem terapêutica. Contudo, a partir do século XX notou-se uma diminuição, como um todo, nas paisagens dos hospitais e a priorização de espaços mais cinzas, para auxiliar na sanitização (Nicholson, 2023)..

FIGURA 13 – FACHADA ATUAL DO HOSPITAL BETHLEM.
FONTE: AVENTURAS NA HISTÓRIA, 2023.



2.2.2 AMBIENTES HOSPITALARES NO BRASIL

Diferentes modelos de assistência marcaram a trajetória da saúde mental no Brasil. As mudanças nas concepções epistemológica e simbólica da loucura e do adoecimento mental no país influenciaram a conformação de variadas práticas e formas organizativas de cuidado (Sampaio et al., 2021).

Inaugurado em 29 de junho de 1884, o Hospício São Pedro (homenagem ao santo do dia e padroeiro da Província) foi o primeiro hospital psiquiátrico de Porto Alegre, e segundo do Brasil. Sua construção, de expressão imperial (Figura 14), foi estimulada pela filantropia (Cheuiche, 2004)

Eram recolhidos os que apresentavam segmentos sociais diferentes dos padrões de comportamento elegidos pela sociedade, até a fundação do Hospício eram alojados em uma ala especial da Santa Casa. Como o número de insanos, provenientes das mais diversas regiões da Província, crescia consideravelmente, foi necessário que os recolhessem a Cadeia Civil. O projeto de construção do Hospício fez parte do processo de sanea-

FIGURA 14 – HOSPITAL SÃO PEDRO, RS.
FONTE: GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2011.



mento social da cidade (Cheuiche, 2004).

A obra foi inaugurada em 1884, mas a construção deu-se em etapas sucessivas, de 1889 a 1903 foi construído mais dois pavilhões e em 1927 realizaram-se “obras de modernização” (IPHAE, 1990) (Figura 16).

Dentro do complexo do Hospital Psiquiátrico São Pedro, cuja área de total é de 13,9 hectares inclui 43.710 m² de área edificada, o prédio histórico do São Pedro, de expressão imperial, está tombado pelos poderes públicos. Por fim, com área de 12.324 m², o conjunto arquitetônico centenário é composto por seis pavilhões de dois pavimentos voltados para o sul e ligados transversalmente por um pavilhão na direção leste oeste. Com linhas ecléticas, predomina na área histórica do São Pedro a arquitetura neoclássica (IPHAE, 1990).

Em 2004, foi criado o Escritório de Restauração e Reabilitação do Con-

FIGURA 15 – HOSPITAL SÃO PEDRO, VISTA AÉREA.
FONTE: IPHAE, 2011.

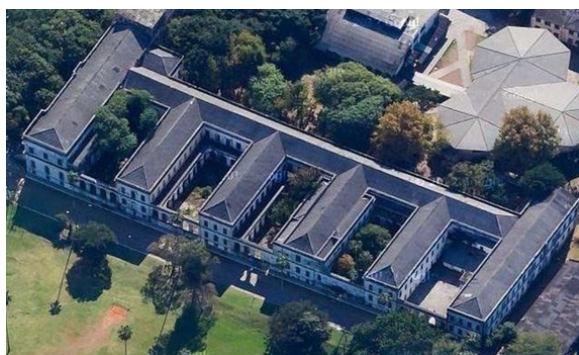
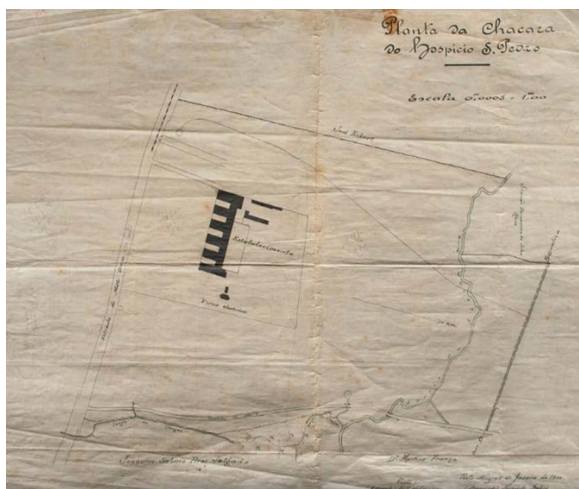


FIGURA 16 – PRIMEIRA PLANTA.
FONTE: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO: LIVRO DE VISITANTES, 2019.



junto Histórico do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Foram identificadas as edificações formadoras do conjunto, definidas aquelas a serem consolidadas e estabelecidas orientações para futuras intervenções (Figura 18) (Bonow et al., 2019, p.92).

Segundo Bonow (2019), no projeto foram definidas uma série de intervenções preventivas e corretivas, como: reforço ou substituição de peças da estrutura de madeira da cobertura comprometidas e execução de tesouras intermediárias em aço para redistribuição de

FIGURA 17 – IMAGENS INTERNAS DO HOSPITAL.
FONTE: ANDRÉ FAURI, 2017.



FIGURA 18 – IMAGEM DA FACHADA ATUAL.
FONTE: GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2007.



esforços; recomposição de entalhamento com telhas brancas do tipo capa e canal; reconstituição do nível original de forros (Figura 19 e 20).

Para atender a legislação e as necessidade do edifício, foram usadas ações de reversibilidade, usando técnicas e linguagem contemporânea, como: construção de acessos de nível de calçada frontal com instalação de plataforma e levadiças, execução de elevadores e escada externa para dar acesso ao segundo pavimento em estrutura metálica, vedações destinadas ao local do café fo-

FIGURA 19 – FACHADA PROPOSTA PELO RESTAURO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO.
 FONTE: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO: LIVRO DE VISITANTES, 2019.

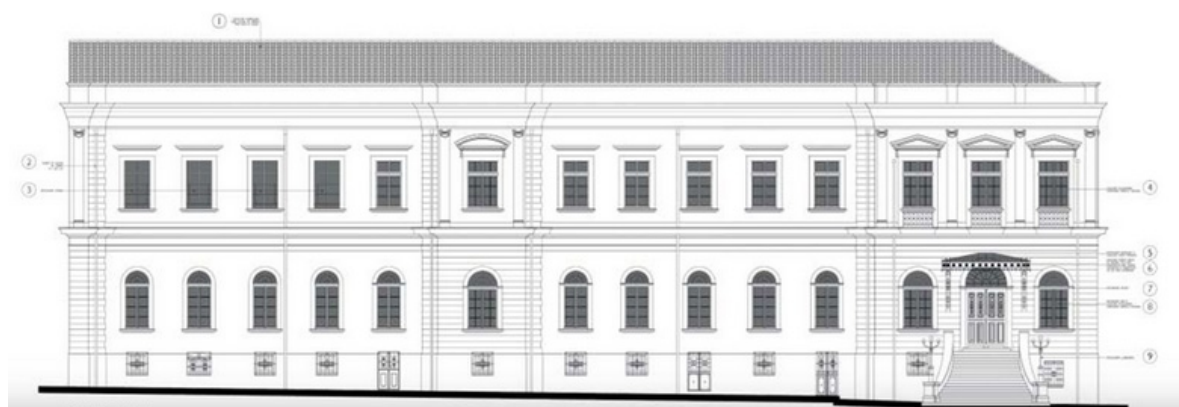
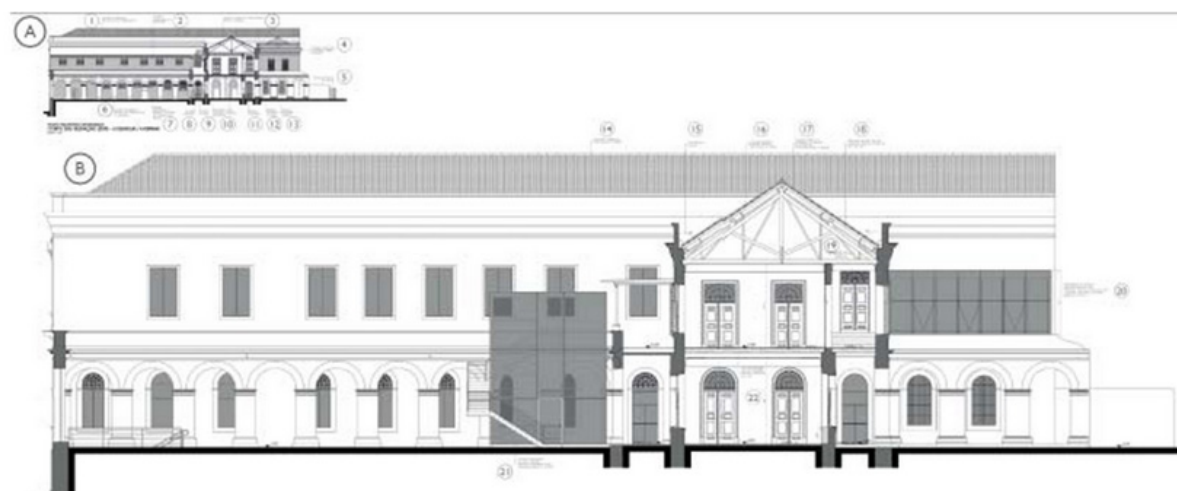


FIGURA 20 – CORTE PROPOSTA PELO RESTAURO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO.
 FONTE: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO: LIVRO DE VISITANTES, 2019.



ram feitas estruturas metálicas e cobertura translúcida, já as escadas metálicas internas foram executadas visando a melhor circulação entre os 3 pavimentos (Bonow et al., 2019).

No Nordeste, é possível trazer o Hospital de Saúde Mental (HSM) Professor Frota Pinto, anteriormente conhecido como Hospital de Saúde Mental de Messejana, uma instituição de saúde mental localizada em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ele desempenha um papel fundamental no atendimento e tratamento de pacientes com transtornos mentais na região (Ceará, 2023).

No tocante ao Hospital, Amaral (2013) afirma que o HSM conta com 180 leitos de internação, divididos em 2 unidades de internação masculino (40 leitos de cada), e 2 unidades de internação feminina (40 leitos de cada), mais 1 unidade masculina de desintoxicação masculina com 20 leitos. Conta ainda com um hospital para pacientes psicóticos adultos e

FIGURA 21 – FACHADA HSM.
 FONTE: YURI LEONARDO PARA GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2023.



outra para dependentes químicos (com 20 leitos cada uma). Amaral (2013) ainda relata que a divisão da unidade total se dar por 5 setores: recepção, emergência, internação, ambulatório e hospital dia.

O hospital é referência no tratamento de diversos transtornos mentais, oferecendo cuidados especializados para pacientes com necessidades psiquiátricas e tem como missão “Realizar o cuidado em saúde mental, por meio do atendimento humanizado e integrado em rede, contribuindo para o ensino, pesquisa e atenção biopsicossocial” (Ceará, 2023, p.1).

FIGURA 22 - PLANTA BAIXA UNIDADE DE OBSERVAÇÃO B.
 FONTE: VIVIANE PICCOLI PARA GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2019, ADAPTADO PELA AUTORA.

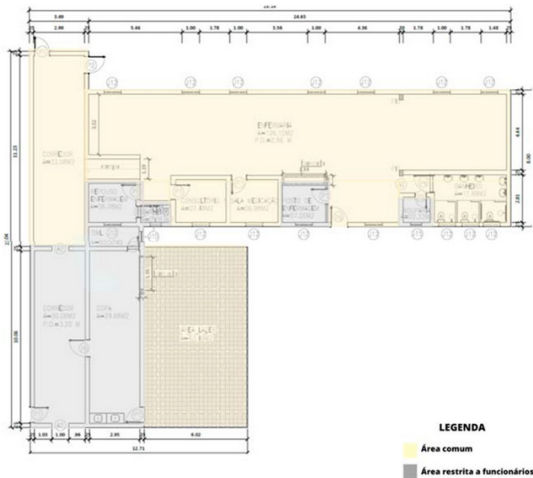


FIGURA 23 - PLANTA BAIXA UNIDADE IV MASCULINA
 FONTE: VIVIANE PICCOLI PARA GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2019, ADAPTADO PELA AUTORA.

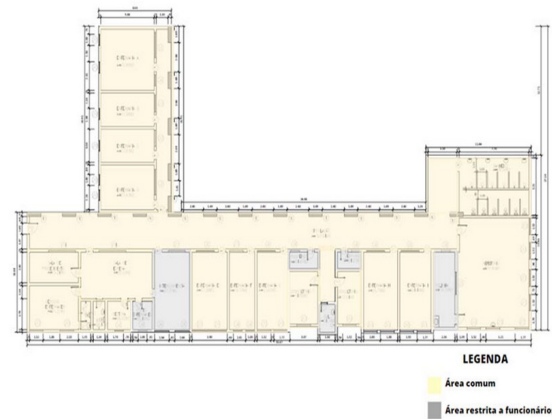
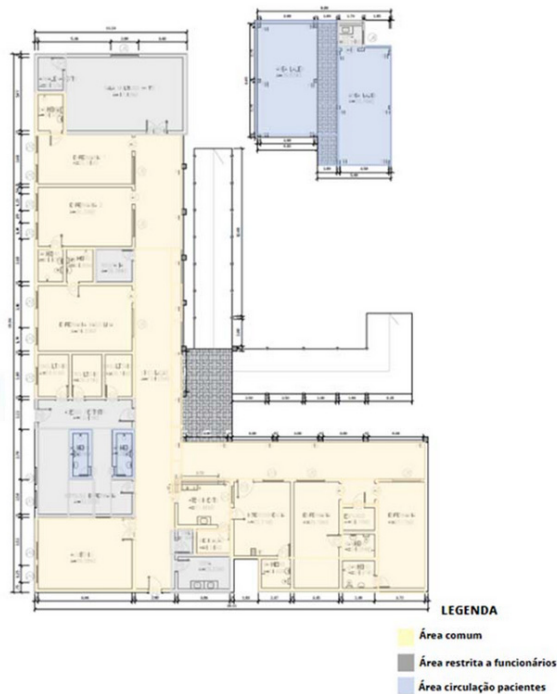


FIGURA 24 - PLANTA BAIXA UNIDADE DE DESINTOXICAÇÃO.
 FONTE: VIVIANE PICCOLI PARA GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2019, ADAPTADO PELA AUTORA.



Com relação aos Centro de Atenção Psicossocial é possível trazer alguns projetos com características mais humanizadas, Gonçalves (2022) traz os seguintes aspectos necessários: cuidado integral, atendimento múltiplo, vida comunitária e reinserção social, além de romper com os padrões do modelo asilar e trazer aspectos comunitários e de acolhimento interdisciplinar e multiprofissional.

Com base nas Figuras, 24, 25 e 26, pode-se observar que a construção do CAPS AD tem formato de caixote, não conta com a locação de leitos para internação, faz o uso e esquadrias em abundância promovendo a entrada de iluminação e ventilação natural aos usuários, usa materiais vernaculares.

FIGURA 25 - PLANTA BAIXA CAPS AD.
 FONTE: JCA PARA SEINF, 2014, ADAPTADA PELA AUTORA.



FIGURA 26 – FACHADA CAPS AD.
FONTE: JCA PARA SEINF, 2014

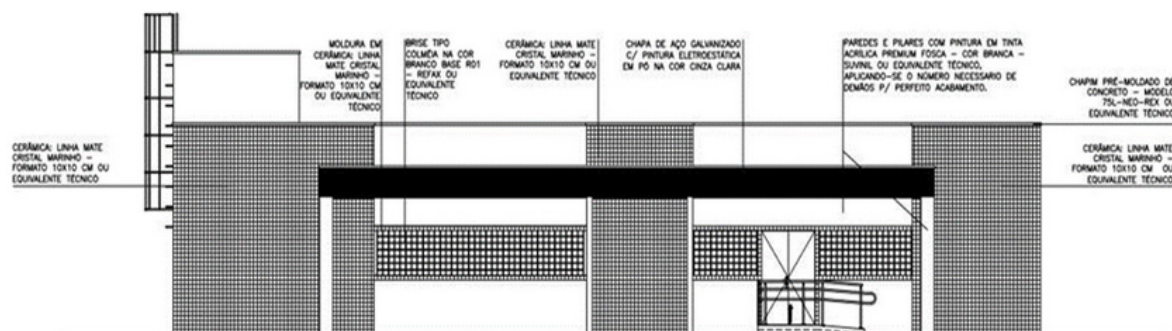
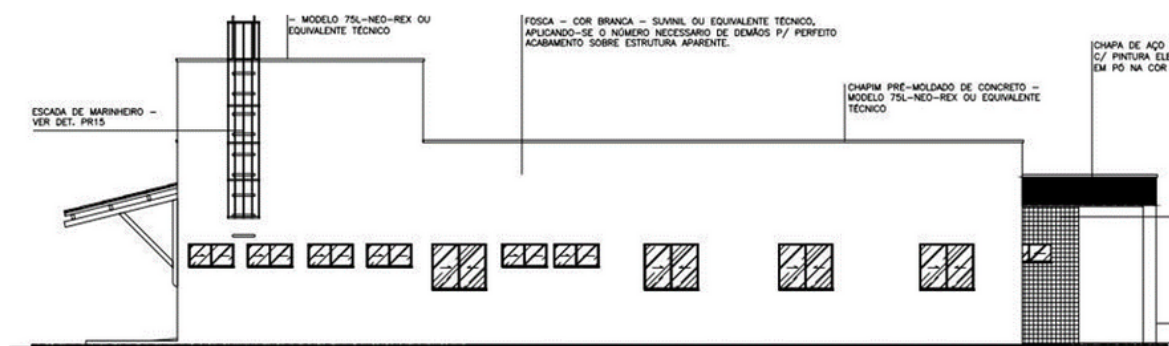


FIGURA 27 – FACHADA 2 - CAPS AD.
FONTE: JCA PARA SEINF, 2014.



2.3 ATRIBUTOS DA PSICOLOGIA AMBIENTAL PARA AMBIENTES DE SAÚDE

A Psicologia Ambiental é um campo de estudo que examina a interação dinâmica entre o indivíduo e o ambiente ao seu redor. Ela reconhece que tanto a pessoa quanto o ambiente são influenciados e moldados um pelo outro, criando uma relação recíproca (Moser, 2018).

Essa perspectiva destaca como o ambiente pode afetar nosso comportamento, emoções e bem-estar, assim como também como nossos pensamentos, atitudes e percepções podem influenciar a maneira como percebemos e interagimos com o mundo ao nosso redor. A Psicologia Ambiental oferece uma lente única para compreender como a relação entre o indivíduo e o ambiente pode moldar nossa experiência e, por sua vez, como os seres humanos, enquanto indivíduos, contribuem para a criação e transformação dos ambientes (Moser, 2018).

A Psicologia Ambiental explora as interações entre o indivíduo e seu entorno em uma variedade de escalas. No microambiente, que se refere ao âmbito privado e pessoal, examina-se como o espaço individual e familiar influencia as emoções e o comportamento de uma pessoa (Medeiros, 2019). Além desses, como afirma Moser (2018), a abordagem do ambiente global na Psicologia Ambiental analisa as influências do ambiente natural. Isso engloba considerações sobre sustentabilidade, impactos ambientais e as complexas interações entre as sociedades humanas e o mundo natural que as cerca.

Tradicionalmente, como dita Medeiros (2019), os projetos de edifícios que estão fora dessa perspectiva têm focado principalmente na complexidade

FIGURA 28 – INFLUÊNCIA DA NATUREZA NAS INTERAÇÕES HUMANAS.

FONTE: INHABITAT, 2011.



de funcional desses espaços, muitas vezes relegando a um segundo plano a sua principal finalidade como local de cura. A humanização desses ambientes emerge como um tema de extrema importância para os arquitetos que buscam conceber

ou intervir em espaços dedicados aos cuidados com a saúde.

A redução das fontes de estresse emerge como um elemento crucial na busca pelo bem-estar, e aqui, o arquiteto desempenha um papel fundamental ao conceber um ambiente físico propício à recuperação dos pacientes. Nesse contexto, o renomado pesquisador Ulrich (1991) dedicou-se a estudos que deram origem à teoria do projeto como um suporte para a promoção do bem-estar.

Segundo ele, um ambiente que almeja reduzir os níveis de estresse e contribuir para a cura deve incorporar alguns fatores essenciais. O primeiro deles é o senso de controle, que abrange tanto as influências físicas quanto sociais que

cercam o indivíduo. Por segundo, destaca-se a importância do acesso a um suporte social adequado, proporcionando um ambiente que encoraje e facilite as interações sociais benéficas para o processo de recuperação.

tor, constituem pilares fundamentais na concepção de um ambiente propício à recuperação e ao bem-estar dos indivíduos sob cuidados de saúde.

2.3.1 SENSO DE CONTROLE

Por fim, Ulrich (1991) sublinha a necessidade do acesso a distrações positivas no ambiente físico circundante, elementos que possam oferecer estímulos positivos e contribuir para a melhoria do estado emocional e físico dos pacientes. Esses três componentes, segundo o au-

De acordo com Ulrich (1990), evidências científicas apontam que os seres humanos possuem uma necessidade substancial de ter controle sobre o ambiente ao seu redor, juntamente com uma necessidade correspondente de acreditar em sua própria capacidade de influenciar



FIGURA 29 – AMBIENTE E SUAV INFLUÊNCIA, SALA INFANTIL DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

FONTE: GE DO BRASIL, 2021.

e efetuar mudanças nas circunstâncias e espaços que os cercam. Esta perspectiva enfatiza a importância do senso de autonomia e eficácia pessoal na promoção do bem-estar e na gestão do estresse em ambientes de cuidados e recuperação.

Um exemplo sobre esse senso de controle e que ilustra os benefícios do controle sobre elementos do ambiente, está relacionado ao volume de reprodução de música. Se em um ambiente adjacente a música está sendo reproduzida em um volume excessivamente alto, isso pode ser considerado como um ruído perturbador. No entanto, se o controle do volume de reprodução está nas mãos do indivíduo, a mesma música pode se transformar em uma melodia agradável.

Ulrich (1991) ressalta a importância de fortalecer o controle do ambiente, oferecendo uma série de considerações essenciais: em primeiro lugar, é crucial

possibilitar a privacidade visual para que os pacientes possam vestir-se confortavelmente em áreas de exames, promovendo assim um ambiente mais respeitoso e acolhedor.

Além disso, permitir o controle de equipamentos eletrônicos, como televisão e sistema de som, nos quartos e salas de visita, proporciona aos pacientes uma sensação de autonomia sobre o ambiente que os cerca, contribuindo para o seu conforto e bem-estar (Ulrich, 1991).

Segundo Ulrich (1991), a disponibilidade de jardins acessíveis para os pacientes é outro aspecto relevante. Ao proporcionar espaços ao ar livre, torna-se possível que os pacientes desfrutem da natureza e do ambiente exterior, o que pode ser benéfico para sua recuperação e estado de espírito. Controlar a temperatura do ambiente, como afirma o autor supracitado, é uma consideração prática

FIGURA 30 – HUMANIZAÇÃO DE CONSULTÓRIOS.
FONTE: RS DESIGNER, 2023.



e fundamental. Ao permitir que os pacientes regulem a temperatura conforme suas preferências, é possível criar um ambiente mais agradável e confortável, adaptado às suas necessidades individuais.

A criação de um local dedicado a atividades específicas, como um hobby, oferece aos pacientes a oportunidade de se engajar em passatempos que possam contribuir para sua distração, relaxamento e entretenimento, promovendo assim

FIGURA 31 – ÁREA DE DESCOMPRESSÃO.
FONTE: T2 ARQUITETURA, S.D.



um ambiente mais acolhedor e personalizado (Ulrich, 1991).

Por fim, Ulrich (1991) relata a disposição das áreas de trabalho da equipe médica de forma acessível aos pacientes, mas sem causar perturbações nos quartos, é uma estratégia importante para promover uma coexistência harmoniosa entre o pessoal de saúde e os pacientes, criando assim um ambiente de cuidados mais colaborativo e centrado no bem-estar de todos os envolvidos.

2.3.2 ACESSO A UM SUPORTE SOCIAL ADEQUADO

O suporte social refere-se ao apoio que indivíduos recebem de suas redes sociais, sejam elas familiares, comunitárias, ou de amigos e colegas. Esse suporte pode ser emocional, instrumental (como ajuda prática) ou informativo (fornecimento de conselhos ou orientações) (Cunha, 2021).

Na psicologia ambiental, reconhece-se que o ambiente social em que uma pessoa está inserida desempenha um papel crucial na promoção ou inibição do suporte social adequado. Por exemplo, comunidades coesas e bem conectadas podem oferecer mais oportunidades para o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais positivos e apoio mútuo (Moser, 2018). Por outro lado, ambientes

urbanos caracterizados por anonimato e alta rotatividade populacional podem dificultar o estabelecimento de laços sociais significativos.

Além disso, a acessibilidade física a recursos e serviços sociais também é importante. Por exemplo, a presença de parques, espaços comunitários e instalações recreativas pode promover encontros sociais informais e fortalecer os laços entre os membros da comunidade. Da mesma forma, a disponibilidade de serviços de saúde mental, assistência social e outras formas de suporte institucional pode ser vital para indivíduos que enfrentam desafios emocionais, financeiros ou de outra natureza (Moser, 2018).

2.3.3 DISTRAÇÕES POSITIVAS NO AMBIENTE FÍSICO CIRCUNDANTE

Referem-se a elementos ou características do ambiente que podem desviar a atenção das pessoas de pensamentos ou sentimentos negativos, proporcionando, assim, um impacto positivo no bem-estar psicológico. Na psicologia ambiental, esse conceito está relacionado ao papel do ambiente físico na regulação das emoções e no gerenciamento do estresse.

A presença de áreas verdes, como parques e jardins, tem sido associada a uma série de benefícios para a saúde mental, incluindo a redução do estresse, o aumento da sensação de conexão com a natureza e a melhoria do humor. Da mesma forma, a exposição a

elementos visuais atraentes, como arte pública, paisagens naturais ou arquitetura interessante, pode estimular emoções positivas e melhorar o estado de espírito das pessoas.

Além disso, a criação de espaços de lazer e áreas de convívio social em ambientes urbanos pode proporcionar oportunidades para interações sociais positivas, distrair as pessoas de preocupações cotidianas e promover um senso de comunidade e pertencimento. A compreensão das distrações positivas no ambiente físico circundante é relevante para o planejamento urbano, o design de interiores e outras áreas relacionadas, pois destaca a importância de considerar não apenas os aspectos funcionais e estéticos dos espaços, mas também seu impacto na saúde mental e no bem-estar das pessoas que os utilizam.

2.4 CONCEITOS DE HUMANIZAÇÃO DE ESPAÇOS DE SAÚDE A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS.

Primeiramente, faz-se necessário entender o conceito de “humanização”. Para Silva et al. (2021) a humanização compreende a reintrodução ou reafirmação da concepção idealizada do ser humano, juntamente com o estímulo a um processo de criação de novas fronteiras na experiência humana. Essa abordagem busca restabelecer e elevar a dignidade, empatia e respeito ao indivíduo, promovendo o florescimento de possibilidades e potencialidades até então inexploradas em sua existência (Leitner; Pina, 2020).

Segundo Pessini (2004), a humanização pode e deve, acima de tudo, ser representada pela presença empática do

profissional, manifestada através de uma compreensão profunda e um olhar sensível. No âmbito das políticas de saúde, “humanização” refere-se à reestruturação dos modelos de atenção e gestão nos serviços e sistemas de saúde.

Isso aponta para a necessidade de estabelecer novas interações entre os usuários e os profissionais de saúde. A humanização na área da saúde concentra-se em práticas concretas dedicadas a formar indivíduos de tal maneira que a melhoria no atendimento ao usuário ocorra em conjunto com melhores condições de trabalho e maior envolvimento de diversos participantes no processo de

prestação de cuidados de saúde (Almeida; Ribeiro, 2023).

A humanização, como uma política pública de saúde contemporânea, está sendo reconhecida como a criação de ambientes que transformam a maneira como a saúde é provida, com a base

na promoção de uma comunicação mais eficaz entre os indivíduos e as equipes de saúde (Silva et al., 2021). Para Almeida e Ribeiro (2023) esse progresso é impulsionado por indivíduos capazes de exercer sua autonomia de forma acolhedora, colaborativa, eficaz e participativa na administração dos procedimentos de trabalho.

FIGURA 32 - QUALIDADE AOS AMBIENTES DE SAÚDE.
FONTE: QUALIDADE CORPORATIVA, 2017.



2.4.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política de Humanização se fundamenta em princípios e estratégias que buscam reformular os métodos de trabalho na área da saúde. Seu objetivo central é promover mudanças nas dinâmicas sociais que permeiam o cotidiano dos profissionais de saúde e gestores na organização e administração dos serviços. Esta abordagem visa, portanto, otimizar tanto as relações entre os profissionais de saúde quanto a qualidade e acessibilidade dos serviços oferecidos à comunidade (Almeida; Ribeiro, 2023).

Desde 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem como objetivo inserir os princípios fundamentais do

Sistema Único de Saúde (SUS) nas práticas cotidianas de atendimento e gestão da saúde. O foco dessa política é elevar a qualidade dos serviços de saúde no Brasil (Toledo et al., 2021). Para efetivar essa missão, a PNH deve ser incorporada em todas as políticas programas do SUS, incentivando uma comunicação eficaz entre esses três grupos e estimulando discussões destinadas a aprimorar a prestação de cuidados e a organização das atividades de saúde (Brasil, 2023).

O acolhimento, por exemplo, traduz na forma como as pessoas são recebidas nos espaços de saúde, independentemente de sua condição social, cultural ou de saúde. A essência do acolhimento reside na empatia, no respeito e na atenção às necessidades individuais dos pa-

cientes e de seus familiares. O objetivo é fazer com que todos se sintam bem-vindos e confortáveis, proporcionando um ambiente onde possam se sentir compreendidos e ouvidos (Toledo et al., 2021).

Além disso, há a construção de um vínculo de confiança entre os profissionais de saúde e os pacientes. Esse vínculo se desenvolve por meio do respeito mútuo e de uma comunicação aberta e transparente. Quando os pacientes se sentem ouvidos e respeitados, eles são mais propensos a se envolver ativamente em seu próprio cuidado (Toledo et al., 2021).

A comunicação clara e acessível surge para garantir que os pacientes compreendam plenamente seu diagnós-

tico, tratamento e procedimentos. A linguagem simples e a promoção da educação em saúde capacitam os pacientes a tomar decisões informadas. Por fim, a atenção à saúde mental é uma preocupação central na humanização. Tanto pacientes quanto profissionais de saúde precisam de cuidado e suporte adequados para lidar com as questões emocionais e psicológicas relacionadas à saúde (Sebben et al., 2023).

2.4.2 A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA PERCEPÇÃO ARQUITETÔNICA

O que se tem, como dita Silva et al. (2021), é que a humanização atua como uma estratégia para influenciar as práticas de saúde, reconhecendo que os mem-

bros da comunidade, enquanto agentes ativos e envolvidos em ações locais, têm o poder de, em conjunto, alterar as circunstâncias, promovendo uma mudança tanto no ambiente como em si mesmos durante esse processo.

Essa perspectiva valoriza a capacidade das pessoas de serem agentes de transformação em suas próprias realidades, quando mobilizadas e engajadas em iniciativas de saúde. Isso destaca a importância de envolver a comunidade no processo de melhoria dos cuidados de saúde, promovendo uma abordagem mais participativa e colaborativa.

Por isso, a humanização desse espaço tem sido objeto de discussões abrangentes tanto na literatura como em

eventos acadêmicos e profissionais mais recentes. Esta atenção reflete o entendimento de que um ambiente acolhedor e propício contribui significativamente para a experiência positiva dos pacientes e para a eficácia dos serviços de saúde. (Valota; Haberland, 2022).

Recentemente, para Valota e Haberland (2022), a humanização dos espaços hospitalares tem se revelado em diversas abordagens. Um exemplo é a busca por uma atmosfera tanto interna quanto externa que fuja completamente da típica sensação ‘institucional’.

É comum depararmos com propostas arquitetônicas e pesquisas acadêmicas que advogam pela incorporação de elementos mais associados a ambien-

tes residenciais, de hotelaria ou comerciais nos edifícios hospitalares. Em estabelecimentos pediátricos, por exemplo, a criação de espaços temáticos também vem sendo adotada como uma prática observável Sebben et al. (2023), Valota e Haberland (2022) e Leitner e Pina (2020).

FIGURA 33 – A ARQUITETURA AFETA O COMPORTAMENTO DO INDIVÍDUO.

FONTE: VALEMAM, 2019.



Estudos na área de psicologia ambiental têm demonstrado que a imagem que construímos de um ambiente influencia como nos apropriamos dele. A percepção do espaço em si envolve um processo de avaliação baseado em nossas expectativas e valores individuais (Leitner; Pina, 2020).

Isso ressalta a importância de considerar não apenas os aspectos físicos de um o espaço, mas também como ele é percebido e interpretado pelos indivíduos que utilizam. Portanto, ao projetar ambientes, é fundamental levar em conta não apenas a funcionalidade e estética, mas também a forma como serão percebidos e vivenciados pelos usuários (Valota; Haberland, 2022).

Além disso, as condições ambientais também podem provocar desconforto no indivíduo, resultando no que é conhecido como estresse ambiental. Dentre as causas mais comuns de estresse ambiental em ambientes hospitalares (Kopec, 2006; Malkin, 1991). A hospitalização muitas vezes traz consigo uma sensação de desconhecimento em relação ao novo ambiente.

Para o indivíduo, esse processo pode se revelar traumático, pois de repente se vê imerso em um local desconhecido, com rotinas e protocolos completamente diferentes do seu cotidiano. A familiaridade desaparece, dando lugar a um sentimento de desorientação e vulnerabilidade. Além disso, a falta de controle sobre o espaço se torna uma realidade

palpável. O ambiente hospitalar frequentemente exige um esforço significativo por parte do indivíduo, impactando diretamente sua autoestima. A dependência de terceiros para as atividades básicas do dia a dia gera uma sensação de impotência, minando a sensação de autonomia e independência que normalmente é valorizada (Kopec, 2006; Malkin, 1991).

A rotina monótona e repetitiva que caracteriza os ambientes internos também contribui para a escassez de estímulos sensoriais. A ausência de variedade e novidade no ambiente pode levar a uma sensação de estagnação, tornando a recuperação mais desafiadora. A falta de estímulos pode afetar não apenas o estado emocional, mas também a motivação e o ânimo do indivíduo.

Por fim, a permanência forçada em espaços compartilhados e a necessidade de depender dos profissionais de saúde para a realização de cuidados pessoais resultam na perda de privacidade e identidade do indivíduo. A intimidade é comprometida, e o espaço pessoal se reduz a limites muitas vezes desconfortáveis. A dependência constante de terceiros para cuidados pessoais pode criar um sentimento de vulnerabilidade e exposição, minando a sensação de dignidade e individualidade do paciente (Kopec, 2006; Malkin, 1991).

O espaço físico exerce igualmente impacto na performance dos profissionais de saúde, devendo promover um ambiente propício ao desempenho de suas funções. Assim, propostos são apresen-

tadas como necessárias dentro de projetos, dentre essas algumas se destacam para garantir a qualidade desejada nos ambientes hospitalares, podemos enfatizar (Kopec, 2006; Preiser, 1991)

Assim, a primeira ideia é conceder ao paciente a autonomia de fazer escolhas e controlar as condições do ambiente é um passo essencial para promover o bem-estar durante o processo de hospitalização (Kopec, 2006; Preiser, 1991). Além disso, tem-se a procura por permitir que o paciente abra janelas, ligue ou desligue luzes e utilize o telefone não apenas fortalece a sensação de controle sobre o próprio espaço, mas também contribui para uma atmosfera mais acolhedora e personalizada.

Também há a integração harmônica entre o interior e o exterior também desempenha um papel no bem-estar do paciente. Permitir que o paciente tenha visão e contato com elementos naturais, como paisagens ou áreas verdes, pode proporcionar uma sensação de conexão com o mundo exterior, aliviando o sentimento de confinamento (Kopec, 2006; Preiser, 1991).

É necessário também incorporar elementos de arte e decoração ao ambiente é uma forma de adicionar personalidade e conforto ao espaço. O uso de cores, quadros e outras formas de expressão artística pode criar uma atmosfera mais acolhedora e humanizada, ajudando a desviar o foco do ambiente hospitalar tradicional. Garantir as condi-

ções necessárias para a privacidade do paciente é fundamental para preservar a dignidade e o bem-estar (Kopec, 2006; Preiser, 1991). Proporcionar espaços reservados e garantir a confidencialidade das interações com profissionais de saúde ajuda a promover um ambiente de respeito e confiança.

Possibilitar que os pacientes personalizem seus quartos e/ou áreas comuns é outra forma de promover uma sensação de pertencimento e conforto. Permitir que tragam objetos pessoais, como fotos, livros ou itens de conforto, cria um ambiente mais familiar e reconfortante. Facilitar a convivência com os familiares também desempenha um papel crucial no processo de recuperação. Disponibilizar acomodações para pernoi-

te e fornecer mobiliário confortável contribui para criar um ambiente acolhedor e propício ao apoio emocional e social, promovendo assim o bem-estar integral do paciente (Kopec, 2006; Preiser, 1991).

Assim, a preocupação em resgatar a escala humana na arquitetura hospitalar e, como resultado, promover o bem-estar dos pacientes e demais usuários, é uma questão cada vez mais relevante no campo da arquitetura hospitalar (Sebben et al., 2023). Isso significa que os profissionais da área estão cada vez mais conscientes da importância de projetar espaços que não apenas atendam às necessidades funcionais, mas também criem ambientes que sejam acolhedores, confortáveis e adaptados às necessidades emocionais e psicológicas das pes-

soas que os utilizam (Valota; Haberland, 2022).

Outro ponto que pode ser destacado é o conceito de wayfinding. Segundo Martins et al. (2014), o termo wayfinding pode ser entendido como o processo de navegação ou orientação em um determinado espaço físico, que envolve tanto a compreensão das informações disponíveis no ambiente quanto a capacidade do indivíduo de interpretar e utilizar essas informações para se situar e se deslocar.

Nessa perspectiva, a orientação pode ser vista em dois níveis básicos que interagem entre si: a orientação espacial como um fenômeno de abstração, ou seja, a capacidade de compreender onde se está e para onde se deseja ir. Dessa

forma, “wayfinding” abrange não apenas a capacidade de encontrar o caminho em um ambiente, mas também a habilidade de compreender e utilizar as informações disponíveis para se orientar e se deslocar de maneira eficaz e segura.

2.4.3 APOIO E ACOLHIMENTO DAS FAMÍLIAS DOS DEPENDENTES QUÍMICOS

Para o desenvolvimento de um processo assertivo de apoio e acolhimento de dependentes químicos, é preciso estabelecer um olhar que foque na pessoa (como indivíduo). Silva e Silva (2023) afirma que a construção desse olhar e a individualização de cada pessoa em seu processo de superação dos problemas relacionados às drogas é o motor na pro-

moção das diferentes ações, que vai desde o primeiro contato com cada indivíduo até a construção das instalações para recepção dessas pessoas.

Para Costa (2018, p. 4) “são pessoas inseridas no contexto sócio-familiar que, por diferentes causas orgânicas, sociais, psíquicas e econômicas se viram envolvidas na questão da drogadição e da dependência química”. Além disso, como ainda sustenta o autor, é necessário entender que a dependência química não tem cura, desse modo, todo o processo de tratamento deve ser realizado de forma a construir um incentivo contínuo para a pessoa que luta contra o problema.

Para Costa (2018), o uso ou

abuso de substâncias químicas e/ou álcool é frequentemente associado a uma série de consequências adversas, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade em geral. Para o autor, o consumo excessivo dessas substâncias pode desencadear condutas antissociais. Isso pode se manifestar de várias maneiras, desde comportamentos impulsivos e agressivos até crimes violentos (Silva et al., 2021).

Além disso, o abuso de substâncias também está associado ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos mais crônicos, como transtorno de personalidade e transtorno de personalidade antissocial. Esses distúrbios podem ter um impacto significativo na vida do indivíduo, afetando suas relações interpessoais, capacidade de funcionar no

trabalho e na sociedade em geral.

Por isso, os ambientes de recepção e apoio o psicológico dessas famílias precisam ser receptivos. Para Silva e Silva (2023), os padrões de comportamento e as dinâmicas familiares são importantes na predisposição e na manutenção de comportamentos antissociais e no uso nocivo de substâncias. Portanto, ao lidar com questões relacionadas à dependência química, é necessário reconhecer o impacto da dinâmica familiar no indivíduo e vice-versa.

O tratamento eficaz para a dependência química não deve se limitar apenas à abordagem do vício em si, mas também deve considerar a psicologia do desenvolvimento individual e familiar. Isso

implica reconhecer e abordar as dinâmicas familiares disfuncionais, traumas passados, padrões de comunicação e outros fatores que possam contribuir para o uso problemático de substâncias. Além disso, é fundamental envolver a família no processo de tratamento, oferecendo apoio e educação para ajudá-los a compreender a natureza da dependência e seu papel no processo de recuperação.

Ao integrar a abordagem familiar ao tratamento da dependência química, é possível promover uma recuperação mais sustentável. Isso envolve não apenas fornecer suporte ao indivíduo que luta contra a dependência, mas também capacitar a família para criar um ambiente de apoio e compreensão. Esse apoio, portanto, deve alcançar toda a família,

com o oferecimento de um ambiente seguro para os familiares também, além de apoio psicológico e locais de recepção para entes que precisam viajar longas distancias para oferecer tratamento aos seus familiares (Silva et al., 2021).com o oferecimento de um ambiente seguro para os familiares também, além de apoio psicológico e locais de recepção para entes que precisam viajar longas distancias para oferecer tratamento aos seus familiares (Silva et al., 2021).

3 ANÁLISE PROJETUAL

3.1 RESIDÊNCIA E CENTRO DE DIA PARA PROBLEMAS PSIQUIATRICOS – BARCELONA

O projeto foi concebido pelo escritório de arquitetura e paisagismo, Alday-jover Arquitectura y Paisaje, sob a liderança do arquiteto Jesús Arcos. Situado na Gran Via de Les Corts Catalanes, em Barcelona, Espanha, a equipe de projeto, composta por Iñaki Alday e Margarita Jover, desenvolveu uma área total de 2.098 m². A execução do projeto transcorreu entre os anos de 2007 e 2009, culminando na criação de uma notável edificação que integra forma e função de maneira excepcional (Archdaily, 2012).

Com essa disposição dos ambientes, praticamente todas as salas do

centro encontram-se no térreo, dando equilíbrio à área de internação tornando o local um ambiente mais privativo. Além do mais, há uma conexão mais próxima a natureza pelos jardins, com a utilização de um pátio interno principal que inicia no térreo e vai até o ultimo pavimento traz um ‘respiro’ para a edificação. Onde é possível a captação de iluminação e ventilação natural para o edifício, trazendo humanização a edificação pois a percepção arquitetônica do usuário é fundamental para a recuperação do indivíduo.

Esse efeito das chapas intercala-

FIGURA 34 – 3D DO PRÉDIO.
FONTE: COM BASE EM ARCHDAILY, 2012.



FIGURA 35 – PLANTA BAIXA CENTRO DIA.
FONTE: COM BASE EM ARCHDAILY, 2012, EDITADO PELA AUTORA.



- LEGENDA
- Área técnica (subsolo)
 - Jardim (subsolo)
 - Recepção (terreo)
 - Salas do centro (terreo)

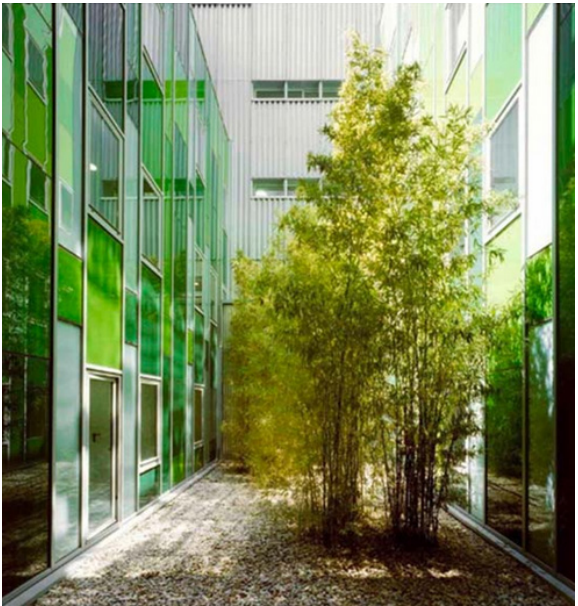
FIGURA 36 – PÁTIO.
FONTE: COM BASE EM ARCHDAILY, 2012.



da metálicas perfuradas lisas cria a percepção de blocos verticais que parecem estar interligados, enquanto a densidade da massa arquitetônica vai se diluindo progressivamente à medida que a altura aumenta, conferindo uma sensação de leveza e harmonia à estrutura (Archdaily, 2012).

Outro fator de interesse, é que mesmo trabalhando com geometrias retas o arquiteto traz a sensação de movimento e a integração das cores, os tons diferentes de verde das chapas remetem

FIGURA 37 – GEOMETRIA E USO DE CORES.
FONTE: COM BASE EM ARCHDAILY, 2012.



a progressão do verde pela edificação o que remete a lembrança psicológica da natureza, é encantador ver como a presença de cores pode ser estimulante no psicológico do homem. É importante ressaltar Pina (2020) discorre que a o ser humano se apropria do espaço, cria expectativas e incorpora valores ao local.

QUADRO 1 – ANÁLISE SÍNTESE DA RESIDÊNCIA E CENTRO DIA PARA PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS.
 FONTE: ELABORADA PELA AUTORA COM BASE EM ARCHDAILY, 2012.

PONTOS POSITIVOS	PONTOS A SEREM APROVEITADOS	IMAGEM DE REFERÊNCIA
Utilização de designer voltado para a natureza, com jardim central	Corredor central conectado a diferentes espaços de contemplação a natureza	
Repetição de verdes para remeter o contato com a natureza replicado por toda a edificação	Utilização da psicologia ambiental das cores	
Criação de layout, separado os ambientes por níveis	Ambiente de internação em área mais restrita respeitado a privacidade	

3.2 HOSPITAL COPA STAR

O Copa Star foi desenvolvido pelo RAF Arquitetura para compor a rede D’Or São Luiz é um hospital de conceito em excelência, estar localizado em Copacabana no Rio de Janeiro, tem área construída de 19.298 m² (Archdaily, 2016). O Hospital recebeu um sistema de fachadas ventiladas Laminum Eliane, que apresenta uma câmara de ar, correspondente ao afastamento das placas para a base do edifício, que permite uma ventilação constante no sentido vertical.

Esse sistema aumenta a eficiência energética do edifício, que reduz entre 30% a 50% o consumo total de energia. Outra característica importante da fachada Laminum Eliane é que a redução da área de rejunte na aplicação das placas, o que facilita a limpeza e reduz a contaminação (Eliane Revestimento, 2016).

FIGURA 38 – FACHADA HOSPITAL COPA STAR.
 FONTE: ELIANE REVESTIMENTOS, 2016.



FIGURA 39 – FACHADA HOSPITAL COPA STAR A NOITE.
 FONTE: LMARTINS FOTOGRAFIA, 2016.



No que concerne, a fachada o modelo de placas utilizadas explora cores naturais (tons de bege e nude) iluminação natural, permite a permeabilidade da ventilação natural, proteção solar e isolamento da acústica interna (o Hospital é inserido em malha urbana adensada), a noite a fachada é iluminada por luzes com tom fortes, para sinalizar o edifício. Esse modelo de fachada também permite os pacientes observarem a paisagem através de seus quartos, e alguns corredores da edificação, e preserva a privacidade do usuário da unidade hospitalar.

A Figura 40 traz o apartamento dos pacientes (padrão), é possível notar a área de estar separada da cama hospitalar (possivelmente para preservar o paciente em momentos de descanso) en-

quanto visitantes podem estar no mesmo ambiente e desfrutarem da companhia, uma esquadria lateral próxima a cama e outra na área de estar para observar o meio externo.

Outro fator é que somente sob a cama a iluminação é aplicada diretamente (para fazer procedimentos médicos), em todo o resto do ambiente a iluminação é aplica indiretamente e com maior foco em paredes, o que muda a percepção dos espaços. No que tange a materialidade vemos a madeira se repetindo seja no piso ou no acabamento, o mobiliário (apesar de ser da mesma paleta de cores) é feito por objetos de texturas diferentes, já o jogo de cheios e vazios são obtidos com a disposição das cores das paredes.

FIGURA 40 – APARTAMENTO HOSPITAL COPA STAR.
FONTE: LMARTINS FOTOGRAFIA, 2016.



FIGURA 41 – RECEPÇÃO HOSPITAL COPA STAR.FONTE:
FONTE: LMARTINS FOTOGRAFIA, 2016.



QUADRO 2 – ANÁLISE SÍNTESE DO HOSPITAL COPA STAR.
FONTE: ELABORADA PELA AUTORA COM BASE EM LMARTINS FOTOGRAFIA, 2016.

PONTOS POSITIVOS	PONTOS A SEREM APROVEITADOS	IMAGEM DE REFERÊNCIA
Sistema de fachadas ventiladas Laminum Eliane	Utilização de fachada inteligente, prezando beleza, economia e redução e contaminação	
Criação de espaços destinados á futuras ampliações	Flexibilidade	
Quartos que despertam sensações, e fazem uso da psicologia na disposição do ambientes	Uso de tons neutros, texturas diferentes e jogo de cheio e vazio	

3.3 CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN

O projeto Centro Psiquiátrico foi construído em 2011 na Alemanha para compor o campus hospitalar (já existente), tem o projeto assinado pelo escritório Huber Staudt Architekten que desenvolveu o equipamento numa área de 3.274m².

O edifício principal do hospital foi construído nos anos de 1960 e complementa a rede de edifícios do campus que conta com outros edifícios como uma creche e os equipamentos residências. A uma proposta de ampliação do campus que contará com: Centro Materno-Infan-

til, Centro Médico e Centro de Radioterapia (Archdaily, 2011).

O novo centro psiquiátrico organiza-se (Figura 43) com a configuração de centros hospitalares. A área da entrada da nova construção e a área já existe antiga complementam-se tanto um espaço de descanso, conta com um sistema arquitetônico do projeto traz um edifício robusto que se ‘fecha’, para um pátio verde explorando a topografia do local proporcionada entrada e dos dois níveis diferentes (Archdaily, 2011).

FIGURA 42 – EDIFÍCIO CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN.
FONTE: WERNER HUTHMACHER PARA ARCHDAILY, 2011.



FIGURA 43 – JARDIM INTERNO DO CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN.

FONTE: WERNER HUTHMACHER PARA ARCHDAILY, 2011.



Há também um grande corredor envidraçado, que proporciona uma visão da paisagem ondulada natural do terreno. As salas de terapia localizadas no térreo têm acesso ao jardim para aproveitar iluminação e ventilação natural (Archdaily, 2011).



FIGURA 44 – CORREDOR INTERNO DO CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN.
FONTE: WERNER HUTHMACHER PARA ARCHDAILY, 2011.

É interessante destacar que o uso dos visuais ofertados pelo paisagismo, comprova que equipamentos de saúde que tem conexão direta com a natureza é benéfico para o tratamento dos pacientes. Outro são as paredes de vidro, sua transparência indica conexão interior/exterior, o projetista traz para um objeto de destaque o piso do corredor, propositalmente imposto para afetar as sensações do usuário (no caso o paciente) o piso vermelho é o limitante,

o impacto e desconforto da cor chamativa no ‘entre o verde’ afeta a emoção do usuário.

Ao analisarmos as Figuras 45 e 46, pode-se ver a disposição do layout das salas de terapias onde todos têm janela para área verde central. Já os quartos dos pacientes levam um corredor central facilitando o controle da equipe medica, a disposição de suas camas está de frente para as janelas.

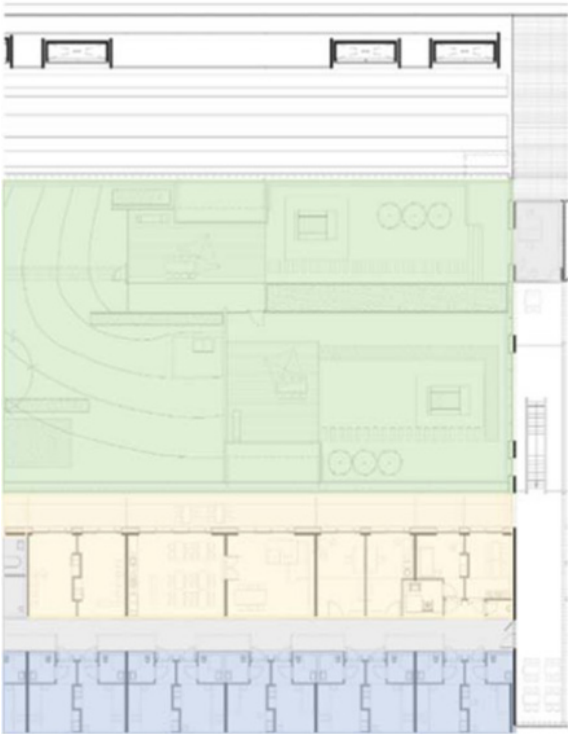


FIGURA 45 – PLANTA BAIXA QUARTOS CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN.
 FONTE: WERNER HUTHMACHER PARA ARCHDAILY, 2011.

- LEGENDA**
- Área comum
 - Área restrita a funcionários
 - Área circulação pacientes
 - Jardim

FIGURA 46 – VISTA EXTERNA CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN.
 FONTE: WERNER HUTHMACHER PARA ARCHDAILY, 2011.



QUADRO 3 – ANALISE SÍNTESE DO CENTRO PSIQUIÁTRICO FRIEDRICHSHAFEN.
 FONTE: ELABORADA PELA AUTORA COM BASE EM WERNER HUTHMACHER PARA ARCHDAILY, 2011.

PONTOS POSITIVOS	PONTOS A SEREM APROVEITADOS	IMAGEM DE REFERÊNCIA
Utilização de vidro nas fachadas	Aproveitar Iluminação e ventilação natural	
Paisagismo interno e externo	Uso da natureza no processo de tratamento	
Utilização de proteção solares	Soluções para o conforto termico	

4.1 BAIRRO

O bairro Jangurussu está localizado na cidade de Fortaleza, faz parte da regional IX (PMF, 2021) a regional mais populosa da capital cearense. Tem sua formação a junção de conjuntos habita-

cionais, e tem divisão de fronteiras com os seguintes bairros: Messejana, Passaré, Pedras, Ancuri e Conjunto Palmeiras (Guimarães; Alves, 2021).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Com base em dados do Censo (2010), realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Jangurussu tem uma população de 50.479 habitantes (numa divisão de proporção de 24.217 homens e 26.262 mulheres), e tem

desproporção quanto a divisão de faixa etária, enquanto as mulheres em sua maioria têm entre 15-19 anos, os homens aparecem com maior número de habitantes em idades mais jovem entre 10-14 anos.

FIGURA 47 - MAPA DE ÁREA DE INTERVENÇÃO E SEUS LIMITES.

FONTE: IPLANFLOR, 2022. ELABORADO PELA AUTORA.

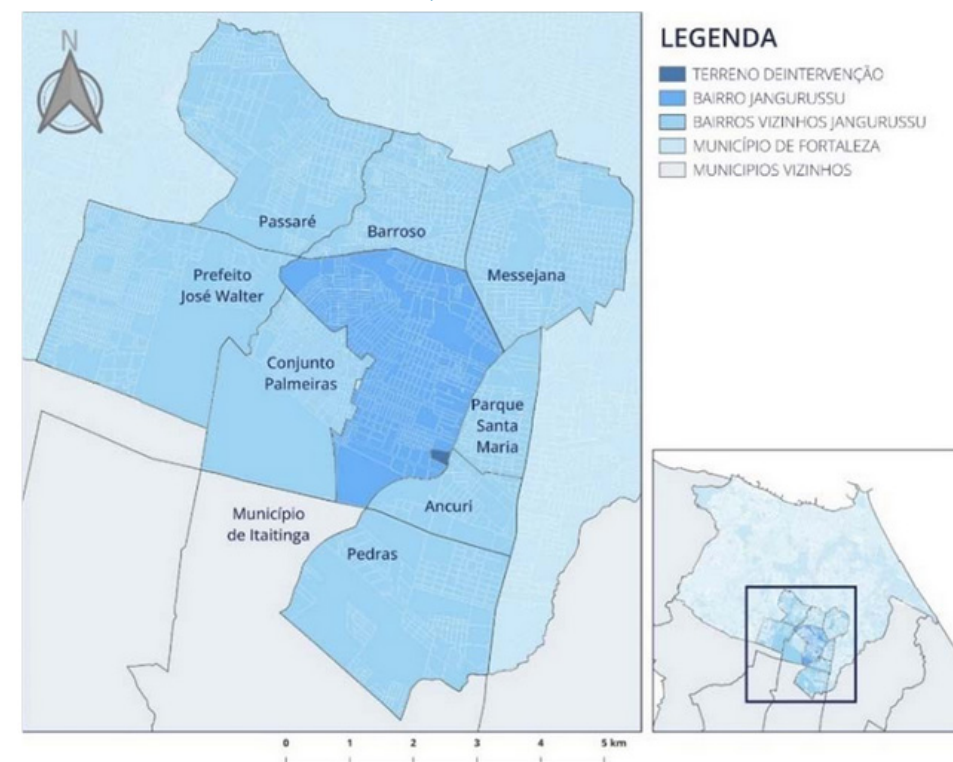
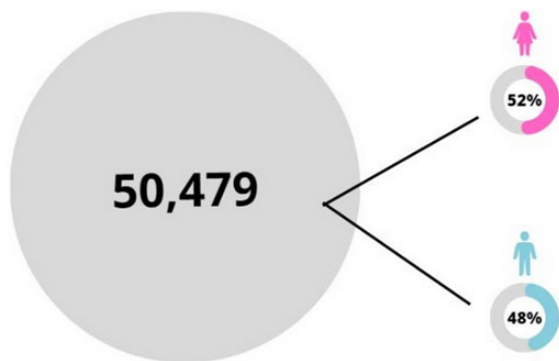


FIGURA 48 - NÚMERO DE HABITANTES E DIVISÃO POR SEXO.
 FONTE: IBGE, 2010. ADAPTADO PELA AUTORA.



O IDH calcula diversos fatores de uma área, é ele que expressa diretamente a qualidade e desenvolvimento de vários setores como: saúde, educação, etc. A Figura 62 traz a posição de divisão dos bairros de Fortaleza por IDH, o Jangurussu aparece na posição 111 como um dos locais de pior IDH da capital cearense.

Com base nos dados IPECE (2012), o Jangurussu possui renda média

de R\$ 416,90 por habitante, o que é uma das menores de Fortaleza, outro ponto tocante é que todos os bairros que fazem divisão territorial com este (apontado) tem também a média de renda baixa que varia entre R\$ 239,25 a R\$ 500,00.

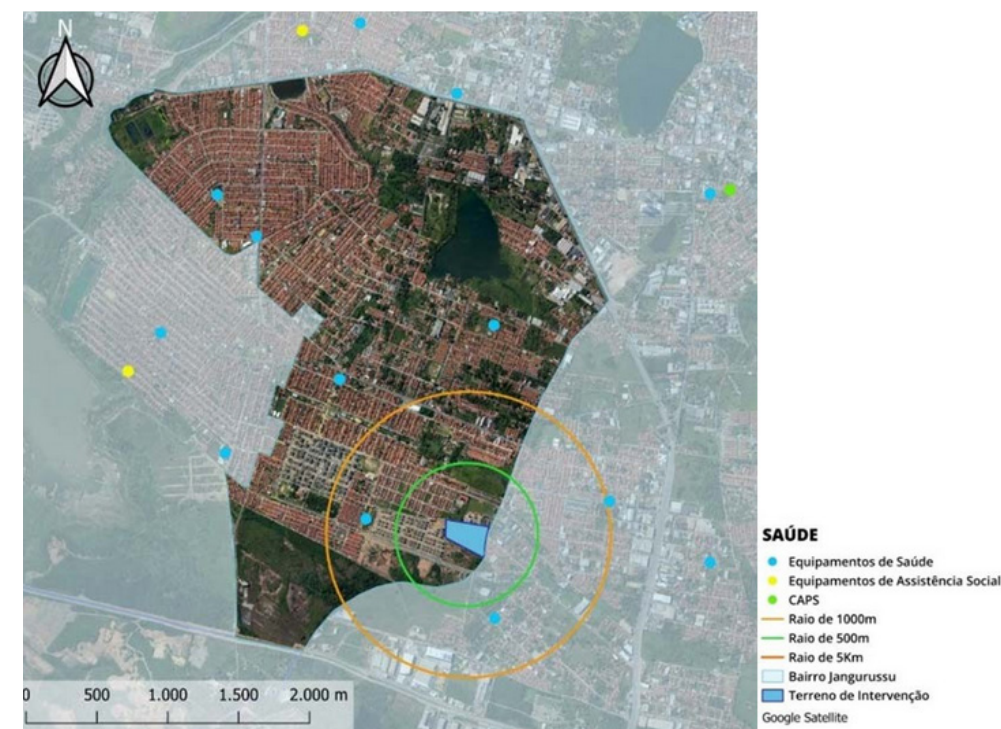
FIGURA 49 - IDH
 FONTE: SDE, 2015. ADAPTADO PELA AUTORA.

Posição/Bairro	IDH
101 Barra do Ceará	0,215707870
102 Ancuri	0,204302295
103 São Bento	0,198287378
104 Bom Jardim	0,194886960
105 Granja Portugal	0,190184768
106 Curió	0,188162399
107 Barroso	0,186868904
108 Autran Nunes	0,182120826
109 Dendê	0,181127137
110 Aeroporto (Base Aérea)	0,176845246
111 Jangurussu	0,172086984

4.3 JUSTIFICATIVA

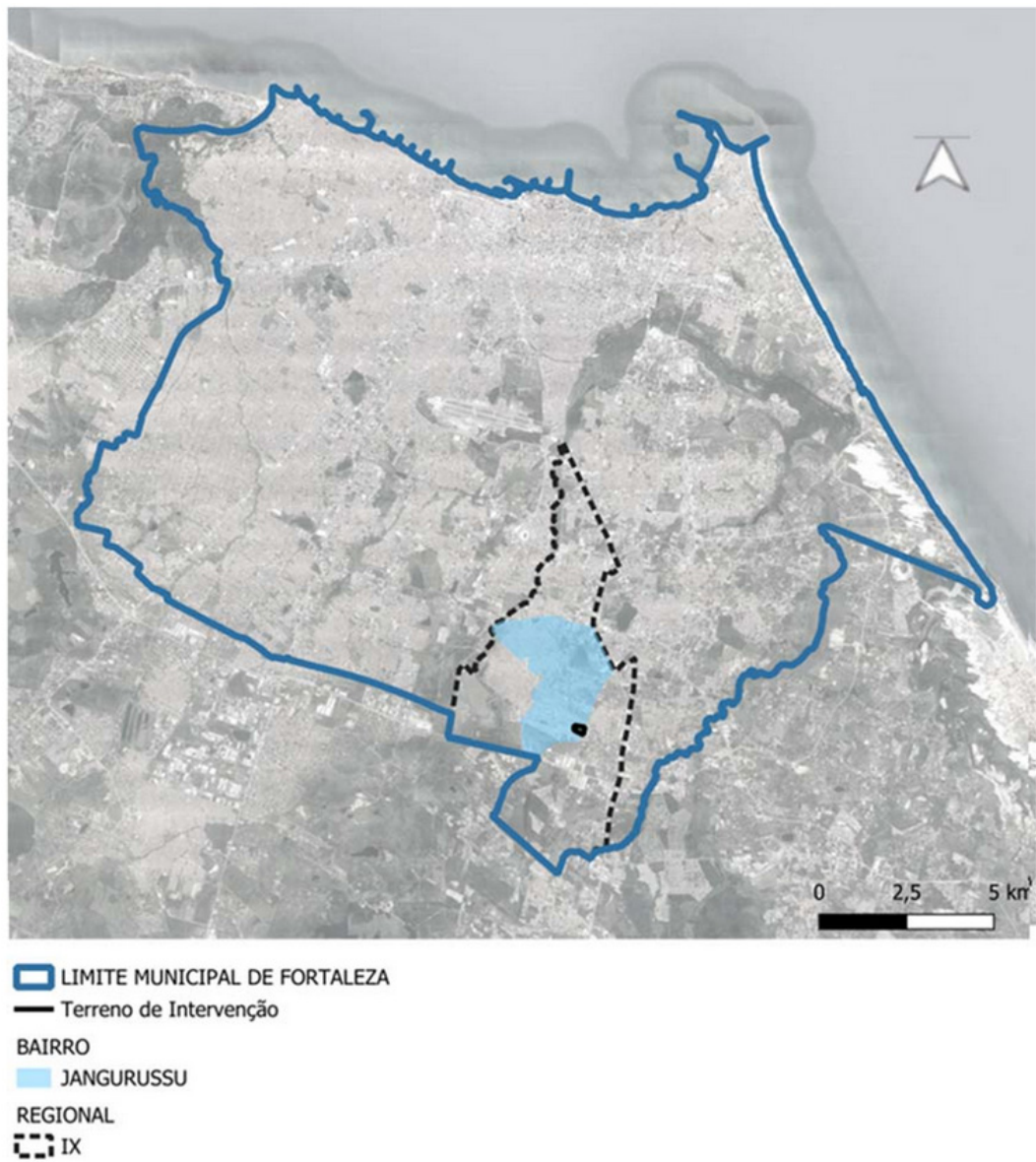
Considerando a intersetorialidade e a transversalidade do atendimento à saúde mental, as articulações da rede de atendimento são cruciais, a definição do terreno tomou base este território, pois nele é ofertado diferentes pontos de atenção (Figura 53) essenciais para funcionamento de um centro de atendimento de nível terciário psiquiátrico. Esta região já dispõe de diversos níveis de atenção primária à saúde, psicossocial, hospitalar, urgência e emergência exigidas pela rede RAPS (instaurada em 2011 pelo Governo Federal, para compor a lei 10.216 de 2001).

FIGURA 50 - MAPA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE.
 FONTE: SMS, 2021. ELABORADO PELA AUTORA.



Dessa forma, propõe-se a implantação de uma EAS público, centro de recuperação e internação para dependentes químicos localizado na cidade de Fortaleza, em uma região que permite a rede de expansão do atendimento (Figura 54).

FIGURA 51 - MAPA DE LOCALIZAÇÃO DO TERRENO DE INTERVENÇÃO.
FONTE: IPLANFLOR, 2022. ELABORADO PELA AUTORA.



Além disso, possibilita também o acesso estratégico para utentes do interior do estado, o equipamento estar localizado em área estratégica próximo à Rodovia 4ª anel viário e BR 116. Esta proposta visa solucionar o déficit no atendimento público para dependentes químicos dentro da capital cearense, e também das regiões metropolitanas e do interior do estado. Com base no nível (e porte) do equipamento e localização do terreno de intervenção estar em rotas de fácil acesso.

FIGURA 52 - MAPA DE ACESSO AO TERRENO DE INTERVENÇÃO.
FONTE: GOOGLE EARTH, 2023. ELABORADO PELA AUTORA.

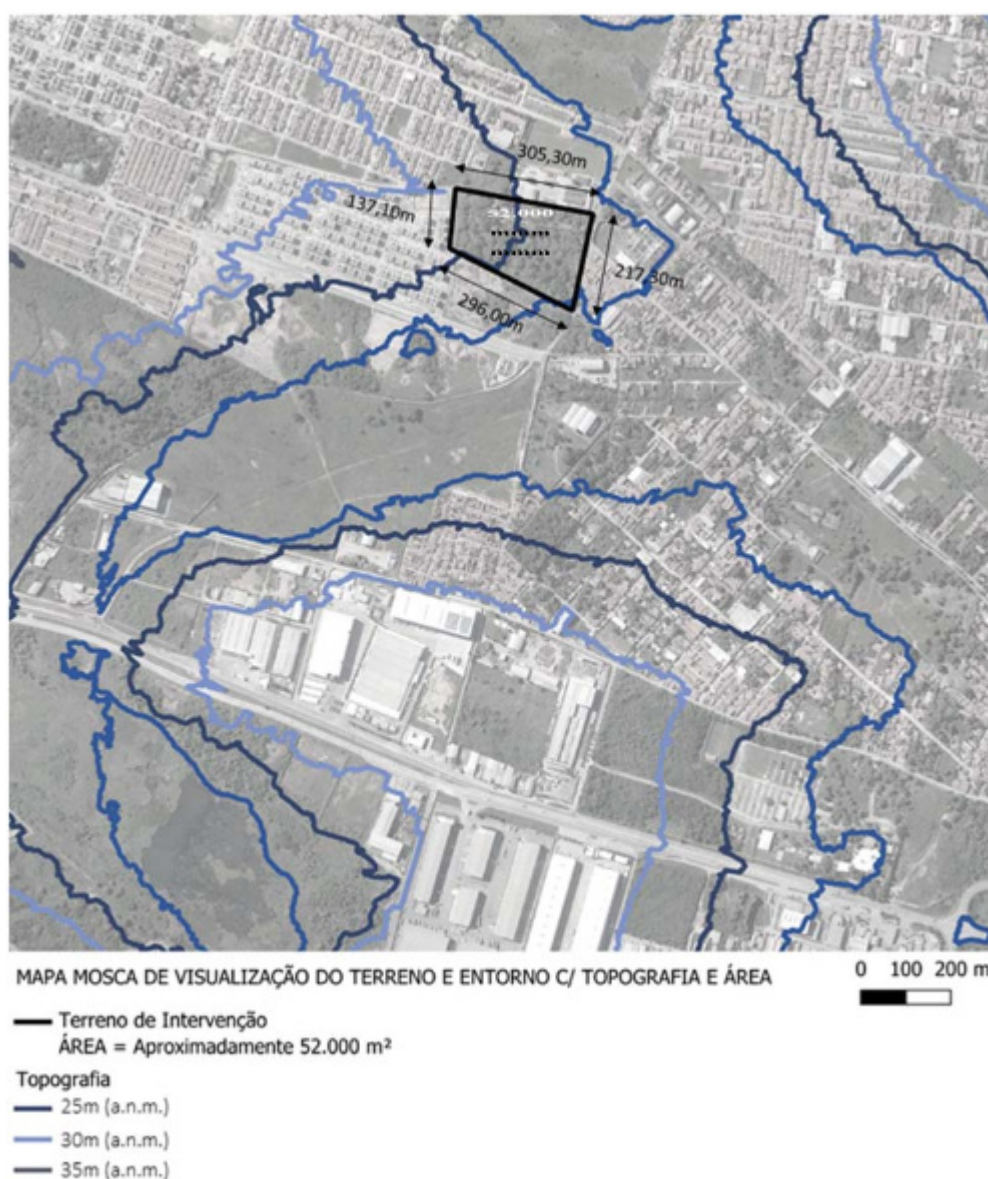


4.4 TERRENO

O terreno de intervenção tem de (com terreno medido 137,10 m), tem área área total de, apresenta topografia aci- total de 52 mil m², este terreno é rema- dentada. Fica entre as vias Av. Dionísio nescente do Residencial Minha Casa Mi- Leonel Alencar (com terreno medindo nha Vida. 217,30 m de largura) e Rua Paisagista 4

FIGURA 53 – TOPOGRAFIA.

FONTE: GOOGLE EARTH PRO, 2023. ELABORADO PELA AUTORA.



4.4.1 ZONEAMENTO

Com base no Sistema Viário Básico de Fortaleza, foi identificado que o terreno estar localizado entre uma Via Arterial I (Av. do Vaqueiro) que tem seu fim próximo ao terreno (Fortaleza, 2017). Coletora (Av. Dionísio Leonel Alencar) e uma via local (R. Projetada 4), existe tam-

4.5 CONDICIONANTES LEGAIS

4.5.1 ADEQUABILIDADE

A partir da Lei Municipal de Uso e Ocupação do Solo (LUOS) nº 7887/1996 e Lei Complementar nº 236/2017, o terreno proposto foi analisado para constatar a ratificação de viabilidade para construção do equipamento. Inicialmente foi classificado a área de intervenção quanto ao grupo (pertencente) após isto analisar subgrupo, atividade, classe, classificação viária, macrozoneamento e zoneamento.

GRUPO	TABELA	SUBGRUPO
SERVIÇOS	5.6	H HOSPEDAGEM
	5.7	PS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
	5.8	SAL SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO E LAZER
	5.9	SP SERVIÇOS PESSOAIS
	5.10	SOE SERVICOS DE OFICINA E ESPECIAIS
	5.11	SE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO
	5.12	SS SERVICOS DE SAÚDE
	5.13	SUP SERVIÇOS DE UTILIDADE PÚBLICA

FIGURA 54 – CLASSIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES SEGUNDO A LUOS.
 FONTE: FORTALEZA, 2017. ADAPTADO PELA AUTORA

Com base tabela 5.12 da LUOS (Fortaleza, 2017) foi desenvolvida a Figura 55, para identificar a atividade do equipamento, no caso: Hospital, para de-

CÓDIGO	ATIVIDADE	CLASSE SS	PORTE m² (obs.1)	Nº MÍNIMO DE VAGAS DE ESTACIONAMENTO
85.15.42	Clínica sem internamento (médica, odontológica, psicológica etc.).	1	Até 250	1 vaga /100 m² A.C.C.
		2	251 a 1000	
		PGV1	1001 a 2500 (obs.3)	Será definido pelo RiST.
85.15.43	Serviços de terapia, fisioterapia e reabilitação.	1	Até 250	1 vaga /100 m² A.C.C.
		2	251 a 1000	
		PGV1	1001 a 2500 (obs.3)	Será definido pelo RiST.
85.16.21	Hospital psiquiátrico.	5PE-EIV	Qualquer	Será objeto de estudo.

FIGURA 55 – ATIVIDADE SERVIÇO DE SAÚDE.
 FONTE: FORTALEZA, 2017. ADAPTADO PELA AUTORA

Desse modo, conforme o anexo 9 da LUOS (2017) a atividade da edificação é adequada ao sistema viário, portanto o terreno designado a construção da EAS é acordante a via de maior porte, Via Coletora (Av. Dionísio Leonel Alencar) (Fortaleza, 2017).

ANEXO 9 - QUADRO RESUMO DA ADEQUAÇÃO DOS USOS AO SISTEMA VIÁRIO														
TABELA 9.4 - VIA COLETORA														
SUBGRUPOS DE USO	CLASSE DAS ATIVIDADES													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PGV1	PGV2	PGV3	PGV4
R	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
CV	A	A	A								A	A	A	
CA	A	I									I	I	I	
INF	A	A	A	A	OE						I	I	I	
CSM	A	A									I	I	I	
H	A	OE									A			
PS	A	A	A	OE							I	I	I	
SAL	A	A	A	A							I	I	I	
SP	A	A	A								I			
SOE	A	A	A	A	OE						A			
SE	A	OE									A	A		
SS	A	A	A	OE	OE						A	A	A	A

FIGURA 56 – ADEQUABILIDADE AO SISTEMA VIÁRIO - VIA COLETORA.
 FONTE: FORTALEZA, 2017. ADAPTADO PELA AUTORA

Conforme LUOS os recuos: lateral, frontal e de fundo será objeto de estudo para aplicação (Fortaleza, 2017).

ANEXO 8 - NORMAS E ADEQUAÇÃO DOS USOS AO SISTEMA VIÁRIO / ANEXO 8.1 - ADEQUAÇÃO DOS USOS AO SISTEMA VIÁRIO

TABELA 8.12 - GRUPO SERVIÇO - SUBGRUPO SERVIÇOS DE SAÚDE - SS

CLASSE	VIA EXPRESSA				VIA ARTERIAL I				VIA ARTERIAL II				VIA COLETORA				VIA COMERCIAL				VIA LOCAL									
	USO	RECUSOS (m)			USO	RECUSOS (m)			USO	RECUSOS (m)			USO	RECUSOS (m)			USO	RECUSOS (m)			USO	RECUSOS (m)								
		FT	LT	FD		FT	LT	FD		FT	LT	FD		FT	LT	FD		FT	LT	FD		FT	LT	FD						
1	A	7	3	3	-	A	7	3	3	-	A	7	3	3	-	A	7	3	3	-	A	7	3	3	-					
2	A	10	5	5	4/5	A	10	5	5	4/5	A	10	5	5	4/5	A	10	5	5	4/5	A	10	5	5	4/5					
3	A	10	10	10	4/5	A	10	10	10	4/5	A	10	10	10	4/5	A	10	10	10	4/5	A	10	10	10	4/5					
4PE	SERÁ OBJETO DE ESTUDO																													
5PE	SERÁ OBJETO DE ESTUDO																													
POV1	A	10	10	10	4/5/6/7	A	10	10	10	4/5/6/7	1	-	-	-	16	A	10	10	10	4/5/6/7	A	10	10	10	4/5/6/7	1	-	-	-	16
POV2	A	10	10	10	4/5/6/7	A	10	10	10	4/5/6/7	1	-	-	-	16	A	10	10	10	4/5/6/7	A	10	10	10	4/5/6/7	1	-	-	-	16
POV3	A	10	10	10	4/5/6/7	A	10	10	10	4/5/6/7	1	-	-	-	16	A	10	10	10	4/5/6/7	A	10	10	10	4/5/6/7	1	-	-	-	16
POV4	A	10	10	10	4/5/6/7	A	10	10	10	4/5/6/7	1	-	-	-	16	A	10	10	10	4/5/6/7	A	10	10	10	4/5/6/7	1	-	-	-	16

FIGURA 57 – PARÂMETROS DO SISTEMA VIÁRIO A ADEQUABILIDADE.
FONTE: FORTALEZA, 2017. ADAPTADO PELA AUTORA

A LUOS (Fortaleza, 2017) traz no do com este anexo a Zona de Ocupação Anexo 4.2 os parâmetros urbanísticos da Moderada 2 (ZOM 2) tem os seguintes in-

ANEXO 4.2 - MACROZONA DE OCUPAÇÃO URBANA									
ZONAS DE OCUPAÇÃO		ZOP 1	ZOP 2	ZOC	ZRU 1	ZRU 2	ZOM 1	ZOM 2	ZOR
		Zona de Ocupação Preferencial 1	Zona de Ocupação Preferencial 2	Zona de Ocupação Consolidada	Zona de Requalificação Urbana 1	Zona de Requalificação Urbana 2	Zona de Ocupação Moderada 1	Zona de Ocupação Moderada 2	Zona de Ocupação Restrita
TAXA DE PERMEABILIDADE (%)		30	30	30	30	30	40	40	40
TAXA DE OCUPAÇÃO TO (%)	SOLO	60	60	60	60	60	50	50	45
	SUBSOLO	60	60	60	60	60	50	50	45
ÍNDICE DE UPROVEITAMENTO (IA)	BÁSICO	3,00	2,00	2,50	2,00	1,50	2,00	1,00	1,00
	MÍNIMO	0,25	0,20	0,20	0,20	0,10	0,10	0,10	0,00
	MÁXIMO	3,00	3,00	2,50	2,00	1,50	2,50	1,50	1,00
FATOR DE PLANEJAMENTO (Fp)		-	0,50	-	-	-	0,75	0,75	-
ALTURA MÁXIMA DA EDIFICAÇÃO (m)		72,00	72,00	72,00	48,00	48,00	72,00	48,00	15,00
DIMENSÕES MÍNIMAS DO LOTE	TESTADA (m)	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	6,00	6,00	6,00
	PROFUNDIDADE (m)	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00
	ÁREA (m²)	125,00	125,00	125,00	125,00	125,00	150,00	150,00	150,00
(1) FRAÇÃO DO LOTE	ÁREAS DE APLICAÇÃO	1	30	30	30	-	-	-	-
		2	45	-	-	45	45	45	-
		3	-	-	-	60	60	-	-
		4	-	-	-	-	75	75	-
		5	-	-	-	100	100	-	100

FIGURA 58 – MACROZONA DE OCUPAÇÃO URBANA
FONTE: FORTALEZA, 2017. ADAPTADO PELA AUTORA

4.6 ENTORNO

4.6.1 INFRAESTRUTURA

O abastecimento de água e rede de esgoto apresentados nas Figuras 50 e 51 se mostram positivos estão presentes no terreno de intervenção.

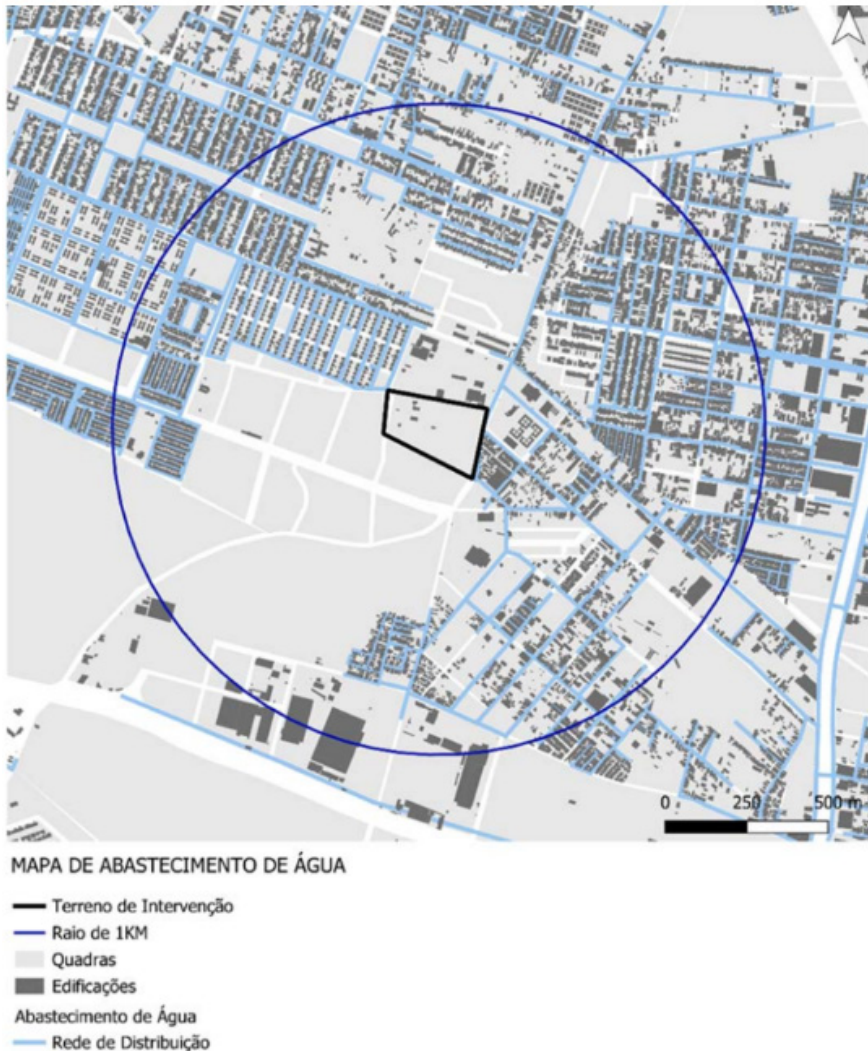
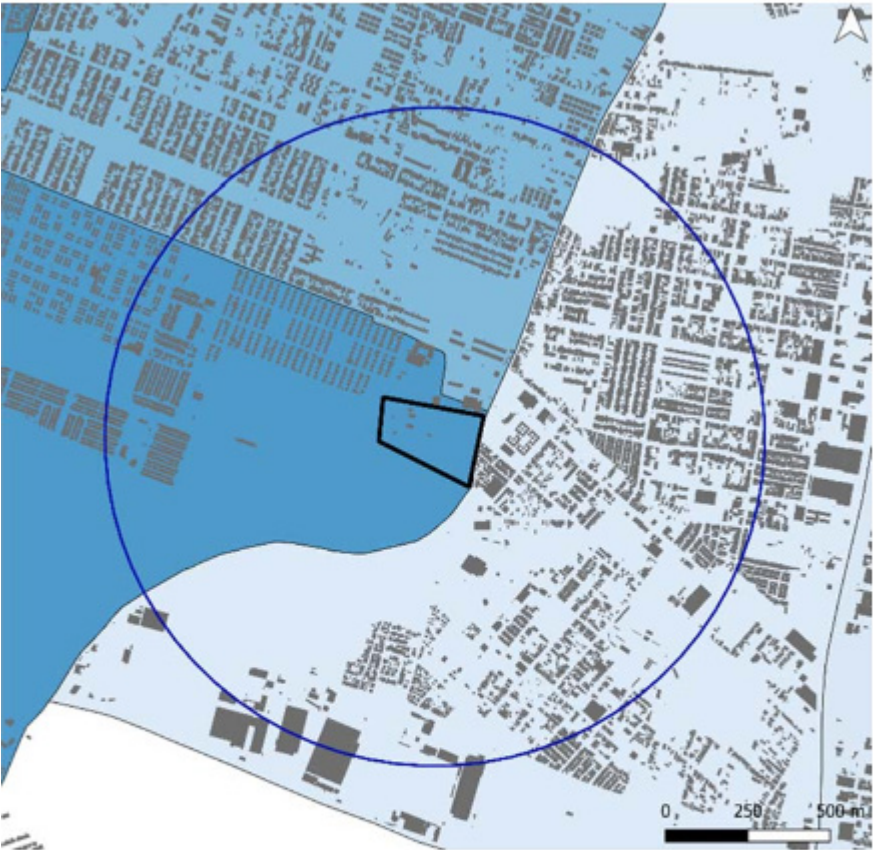


FIGURA 59 – MAPA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA.
FONTE: CAGECE, 2022. ELABORADO PELA AUTORA.

O abastecimento do terreno de água é fundamental para garantir o desenvolvimento de todas as atividades necessárias no equipamento, já a rede de esgoto abastecido acima de 60% é benéfica pois garante que após tratamento de efluentes hospitalares eles sejam direcionados ao saneamento público, gerando economia na construção de sistemas para dispersão de águas negras.



MAPA DE REDE DE ESGOTO

- Terreno de Intervenção
- Raio de 1KM
- Edificações
- Rede de Esgoto
- Até 30,0%
- Entre 30,0 e 60,0%
- Acima de 60,0%

FIGURA 60 – MAPA DA REDE DE ESGOTO.
FONTE: CAGECE, 2022. ELABORADO PELA AUTORA.

No que se refere a rede energia elétrica na área de intervenção garante segurança na chegada da energia unificada de distribuidora. A eletricidade é parte vital na infraestrutura hospitalar, um abastecimento uniforme de energia



MAPA DE COBERTURA DE ENERGIA ELÉTRICA

- Terreno de Intervenção
- Raio de 1KM
- Edificações
- Energia Elétrica
- De 99,0% a 99,3%
- De 99,3% a 99,6%
- Acima de 99,6%

FIGURA 61 – MAPA DA REDE DE ENERGIA ELÉTRICA.
FONTE: COELCE, 2016. ELABORADO PELA AUTORA

No que diz respeito a hierarquia viária, as vias que cortam o terreno se classificam em via coletora, via arterial 1.



FIGURA 62 – MAPA DE HIERARQUIA VIÁRIA.
FONTE: SEFIN, 2017. ELABORADO PELA AUTORA.

Outro ponto importante são as Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS 1 e 2) e Zonas Especiais de Dinamização Urbanística (ZEDUS) e Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS 1 e 2) próximas ao sítio de intervenção, onde encontra-se Zonas Especiais de Dinamização Urbanística (ZEDUS) e Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS 1 e 2) (Fortaleza, 2017).

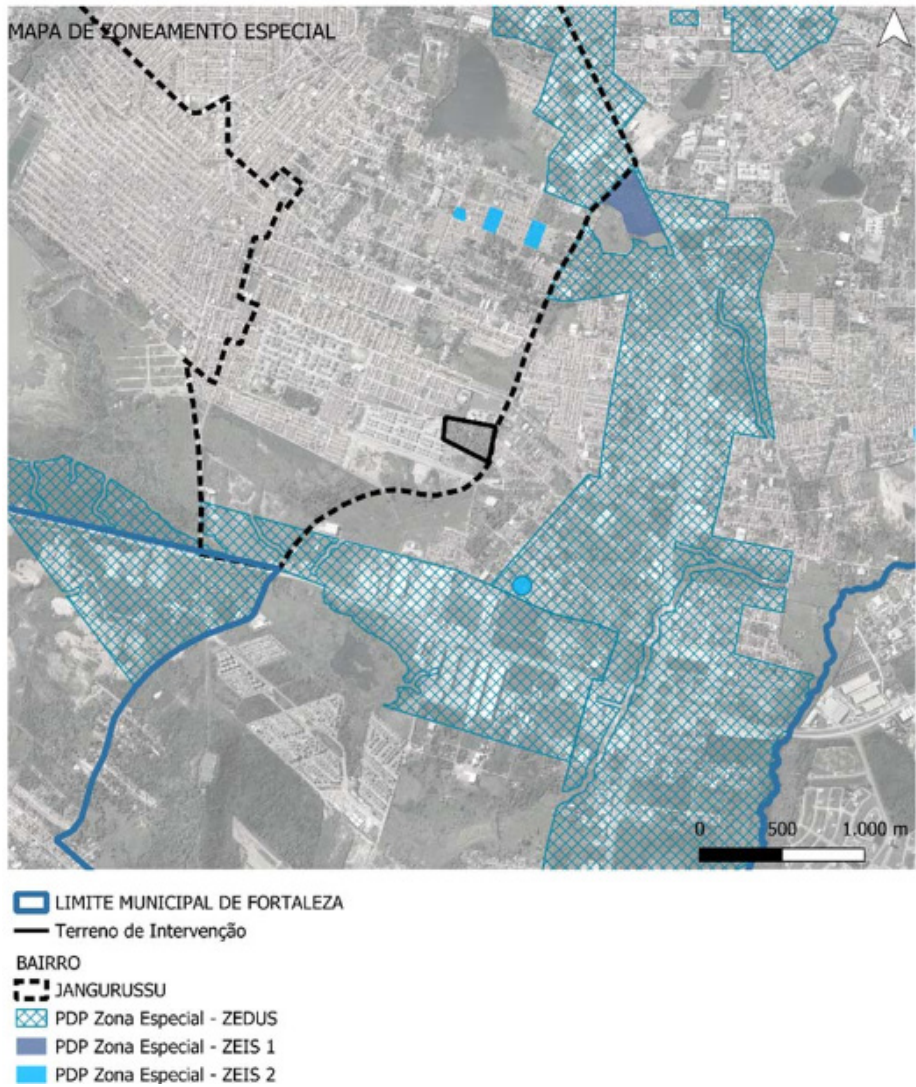


FIGURA 63 – MAPA DE ZONEAMENTO ESPECIAL.
FONTE: SEUMA, 2020. ELABORADO PELA AUTORA

Já o macrozoneamento urbano e ambiental do bairro Jangurussu se classifica em: Zona de Ocupação Moderada 2 (ZOM 2); Zona de Recuperação Ambiental (ZRA); Zona de Preservação Ambiental (ZPA 1); Zona de Ocupação Restrita (ZOR) e Macrozonas Ambientais. Também faz parte das Zonas Especiais: Zona Especial de Interesse Social de Conjuntos (ZEIS); Zonas Especiais de Dinamização Urbanística e Socioeconômica (ZEDUS), já o terreno se insere apenas na Zona de Ocupação Moderada 2 (ZOM), (Fortaleza, 2017).

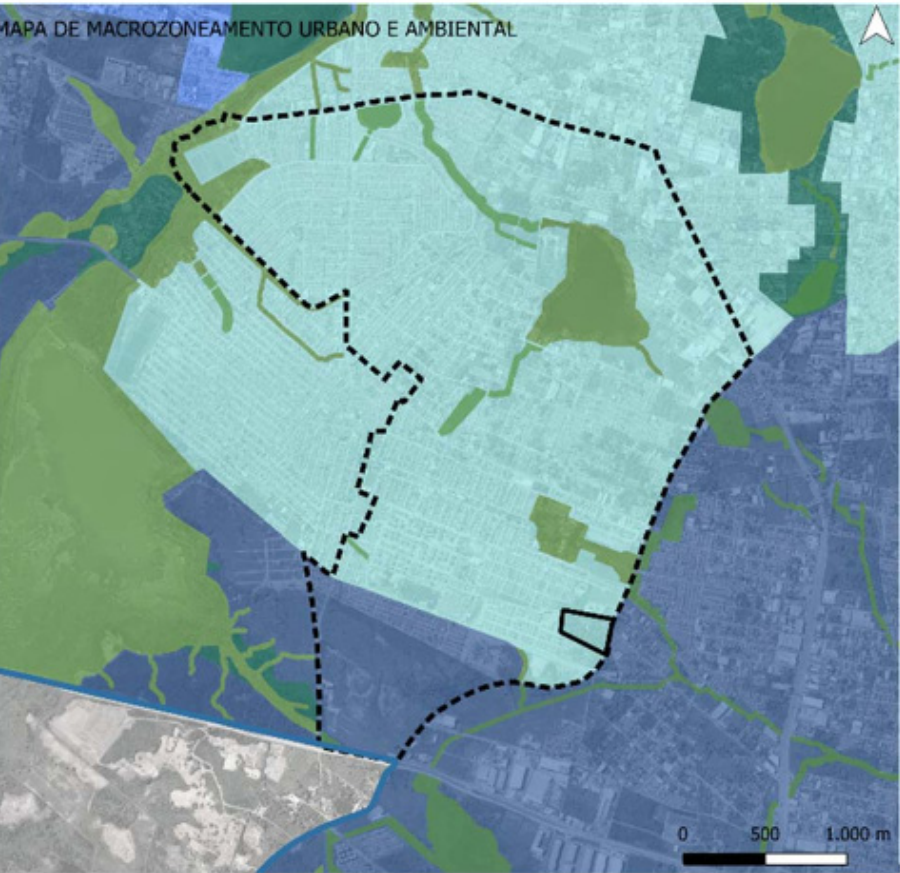


FIGURA 64 - MAPA DE MACROZONEAMENTO URBANO E AMBIENTAL. FONTE: SEUMA, 2020. ELABORADO PELA AUTORA

O terreno estar localizado em uma Zona de Ocupação Moderada 2 (ZOM 2), segundo a LUOS (2017) essa zona caracteriza-se pela insuficiência de infraestrutura, e carência de equipamentos públicos, destina-se ao ordenamento e controle da ocupação do uso do solo condicionados aumentar e ampliar a mobilidade e sistemas de coleta e tratamento sanitário.

4.6.2 USO DO SOLO

A respeito do uso do solo, foram bem característico da região de residências com comércios de pequeno porte, onde temos uso residencial, comercial e misto. As áreas de uso misto estão mais presentes no entorno do terreno, que é (de cozinha).

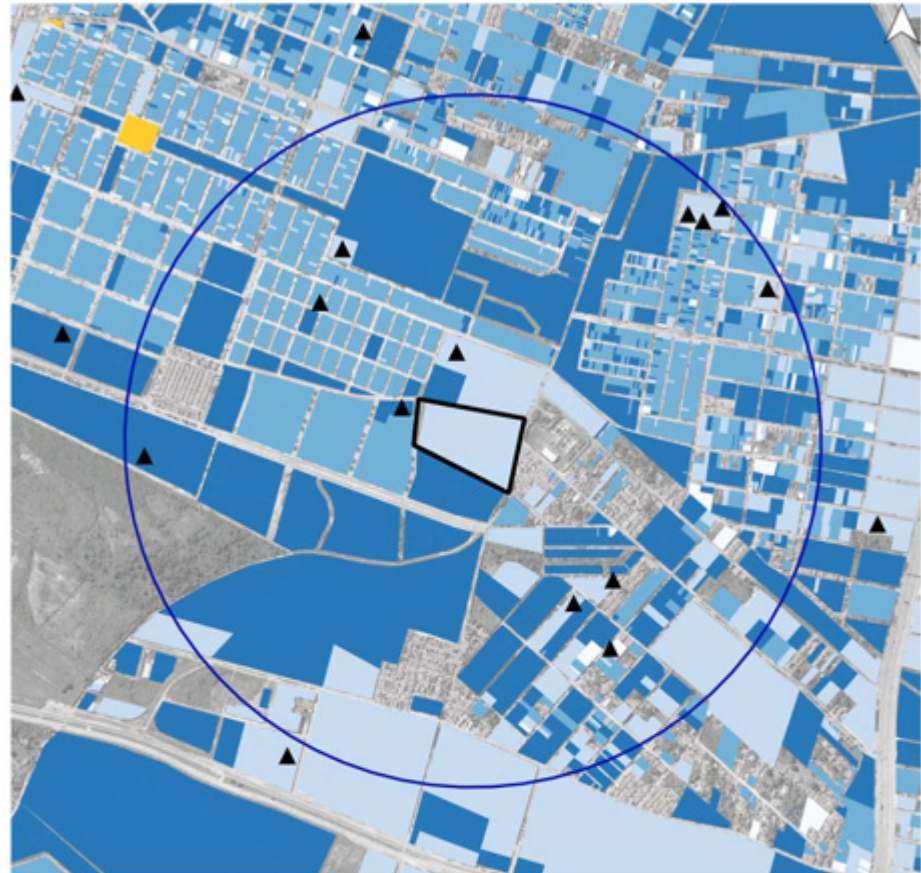


FIGURA 65 - MAPA DE USO DO SOLO. FONTE: SEUMA, 2023. ELABORADO PELA AUTORA.

4.6.3 CHEIOS E VAZIOS

No tocante é possível analisar-
mos também atividades que ocupam o
solo na área de intervenção e entorno,
e assim mapear e notar em quais locais
existem mais ocupações e quais tem

acentuada ausência de edificações (e
seus raios de influência). Os vazios próxi-
mos ao terreno de intervenção são bené-
ficos pois possibilita futuras ampliações
do equipamento.

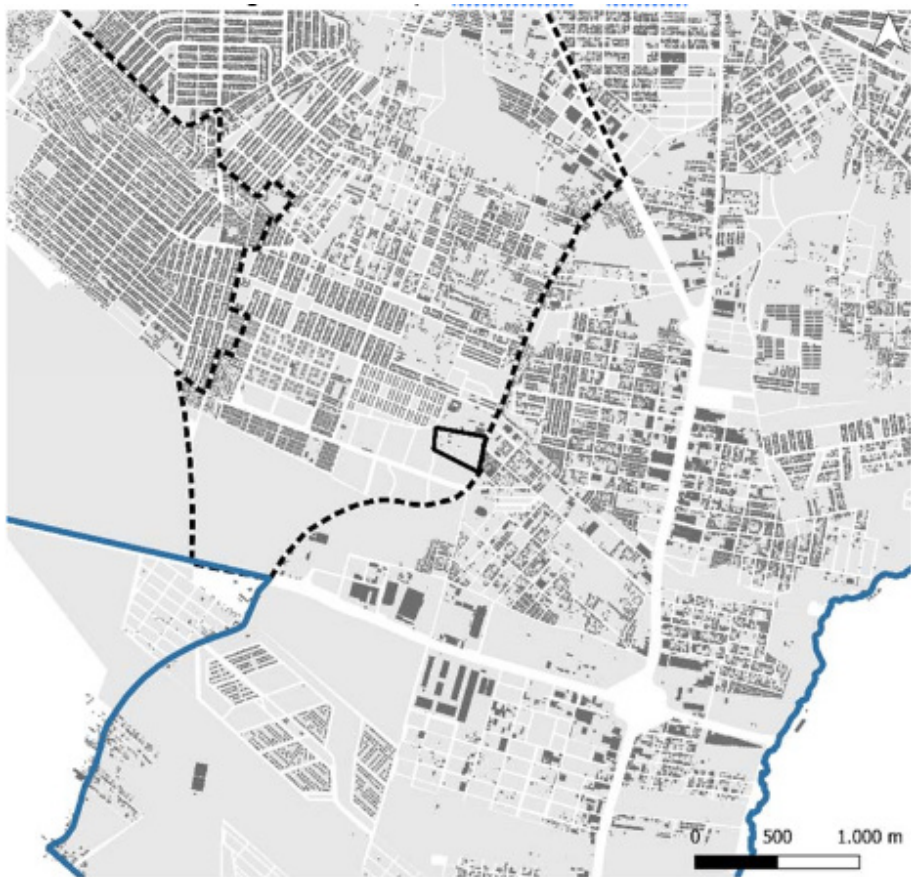
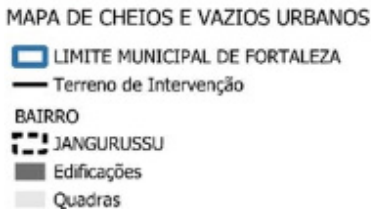


FIGURA 66 – MAPA DE CHEIOS E VAZIOS.
FONTE: SEUMA, 2023.
ELABORADO PELA AUTORA.



A coleta de lixo do local se mostra positiva, para equipamentos do entorno do terreno. Considerando os descartes dos resíduos hospitalares do equipamento as normas técnicas para defini-lo serão NBR 12810 e NR 32.

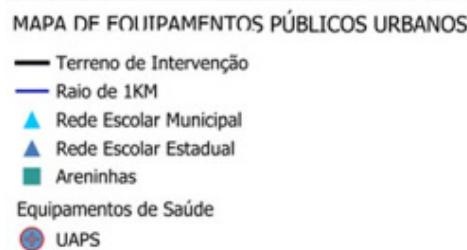
4.6.4 EQUIPAMENTOS

Segundo o Ministério das Cida-
des (Brasil, 2023): “São equipamentos
públicos comunitários as instalações e
espaços de infraestrutura urbana desti-
nados aos serviços públicos de educação,
saúde, cultura, assistência social, espor-
tes, lazer”. A Figura 67, apresenta todos

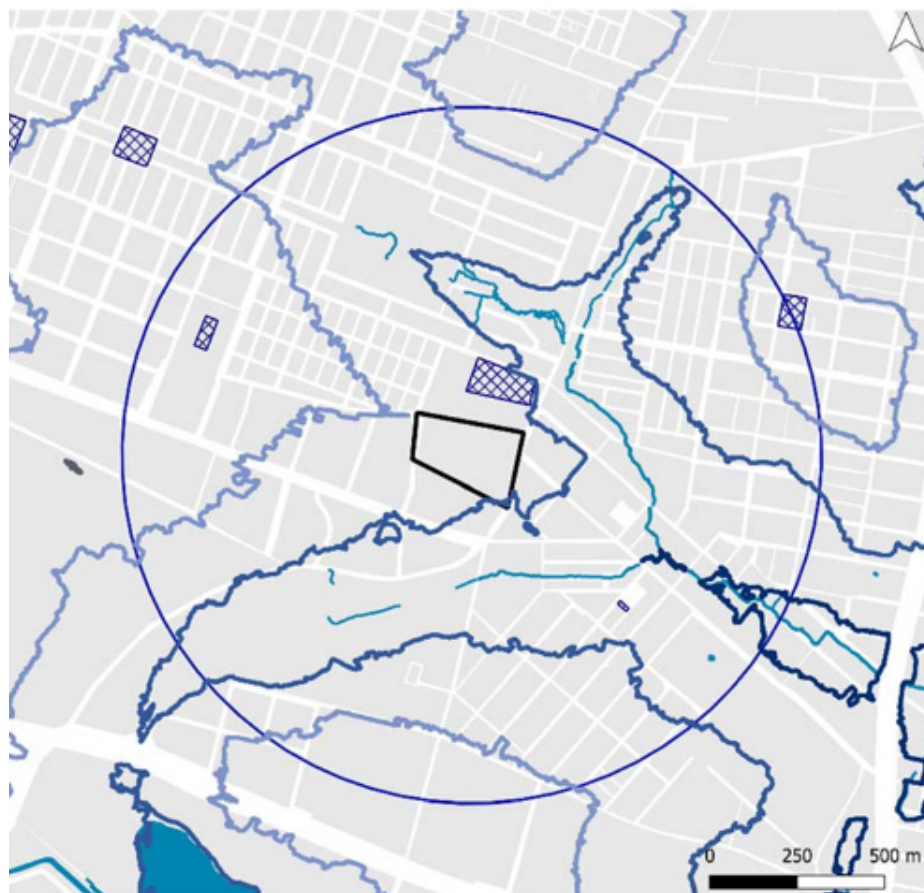
os equipamentos urbanos públicos próxi-
mos onde existe uma grande rede escolar
(municipal e estadual), e também UAPAS
mostrando a rede de saúde e areinhas
que se configuram tanto no setor espor-
tivo como cultural.



FIGURA 67 – MAPA DE EQUIPAMENTOS PÚBLICOS URBANOS.
FONTE: SEFIN, 2017;
SME, 2023; SCSP, 2022.
ELABORADO PELA AUTORA.



4.6.5 CONDICIONANTES AMBIENTAIS



MAPA GEOAMBIENTAL E ESPAÇOS VERDES LIVRES

- Terreno de Intervenção
- Raio de 1KM
- ▨ Praças e Largos Municipais
- Lagoas Urbanas
- Rios Urbanos
- Quadras
- Topografia
- 10
- 20 m
- 30 m
- 40 m

FIGURA 68 – MAPA GEO-AMBIENTAL E ESPAÇOS VERDES LIVRES.
FONTE: SEUMA, 2023.
ELABORADO PELA AUTORA.

4.6.6 GABARITO DAS EDIFICAÇÕES

A respeito da altura das edificações a LUOS (Fortaleza, 2017) permite que áreas de construção localizada em ZOM 2, uma altura máxima e 48 metros. No entanto apesar dessa altura máxima permitida as edificações do entorno do terreno têm altura máxima de até 20 metros. É curioso observar que as edificações em torno



MAPA DE GABARITOS

- Terreno de Intervenção
- Raio de 1KM
- Edificações
- De 1 a 3 pavimentos
- De 4 a 6 pavimentos

FIGURA 69 – MAPA DE GABARITO DAS EDIFICAÇÕES.
FONTE: SEUMA, 2018.
ELABORADO PELA AUTORA.

4.6.7 MOBILIDADE

A mobilidade diz respeito a viabilização dos acessos a cidade, na Figura 70 temos um déficit quanto a falta de oferta de linhas de transporte coletivo público nas vias próximas ao terreno, ciclovias e ciclofaixas não estão próximas ao terreno de intervenção, não foram achados outros modais, vale ressaltar que a legislação (Lei Complementar Municipal nº236 /2017) implementa que áreas de ZOM 2 garante o recebimento de incentivo público para a mobilidade.



MAPA DE MOBILIDADE URBANA

- Terreno de Intervenção
- Raio de 1KM
- ◆ Pontos de Ônibus
- Linha de Ônibus Urbano — Linhas Alimentadoras
- Ciclovias
- Ciclofaixas
- Edificações
- Quadras

FIGURA 70 – MAPA DE MOBILIDADE.
FONTE: AMC, 2023. ELABORADO PELA AUTORA.

4.7 ANÁLISE BIOCLIMÁTICA

4.7.1 ORIENTAÇÃO SOLAR

Com base na carta solar de Fortaleza, podemos analisar a orientação solar do terreno. A primeira carta solar a ser exposta é a carta da fachada norte, que possui orientação de 10º onde a maior incidência solar ocorre entre 28 de agosto a 23 de fevereiro.

A fachada leste orientação de 77º onde o maior horário de incidência solar é de 06:00 às 11:00 horas (entre 22 de dezembro a 22 de junho tem maior concentração solar também), é interessante consolidar que estar seria a posição mais interessante para a implantação da fachada do equipamento, evidenciando a incidência solar atrativa, e por estar em via coletora.

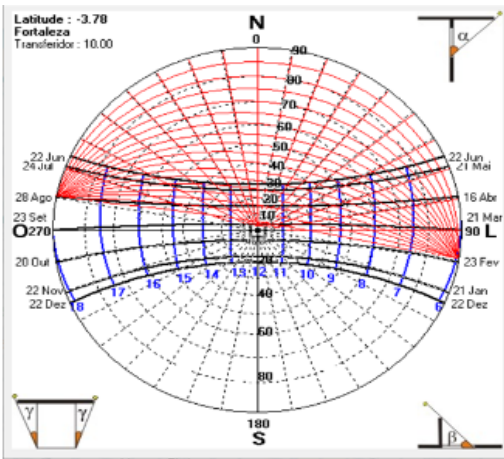


FIGURA 71 – CARTA SOLAR DE FORTALEZA – FACHADA NORTE.
FONTE: ANALYSIS SOL-AR, 2022.

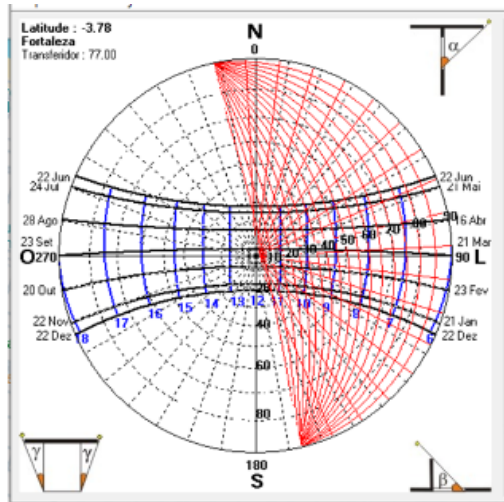
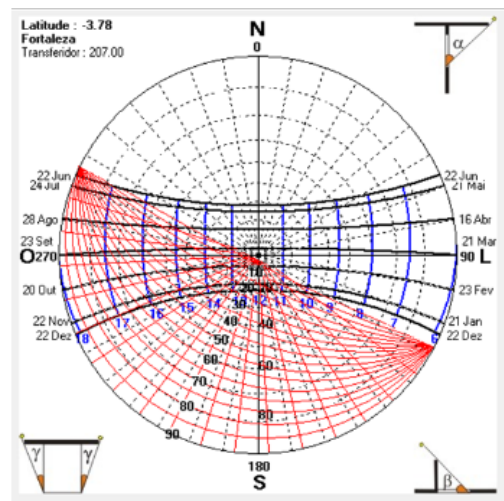


FIGURA 72 – CARTA SOLAR DE FORTALEZA – FACHADA LESTE.
FONTE: ANALYSIS SOL-AR, 2022.

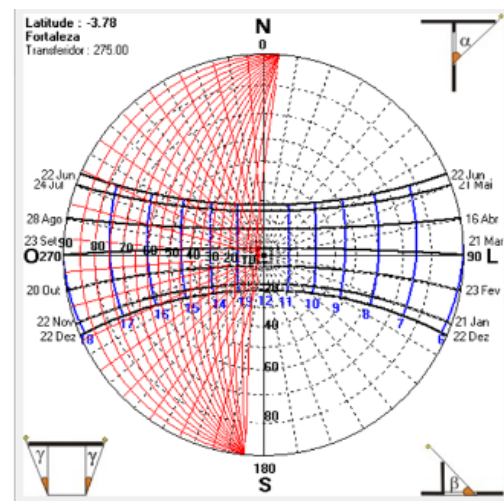
A carta solar da fachada sul de orientação de 77° , tem maior incidência solar entre as 09:00 as 18:00 horas, de dezembro a junho.

FIGURA 73 – CARTA SOLAR DE FORTALEZA – FACHADA SUL.
FONTE: ANALYSIS SOL-AR, 2022.



A fachada oeste tem orientação de 275° e tem incidência solar em grande escala nos horários de 13:00 até as 18:00 horas do dia.

FIGURA 74 – CARTA SOLAR DE FORTALEZA – FACHADA SUL II
FONTE: ANALYSIS SOL-AR, 2022.



4.7.2 ROSA DOS VENTOS

Na Figura 75 se tem a rosa do vento inserida no terreno para ser visto a orientação dos ventos para nortear a construção da edificação e sua implantação no terreno. Com base no estudo da rosa dos ventos pode-se verificar sobre as fachadas: oeste e noroeste não tem incidência de ventilação em nenhuma estação, norte só tem incidência de ventilação no verão, nordeste tem incidência pequena em quase todas as estações menos inverno, a sudeste tem incidência de ventilação uniforme no inverno, outono, menor no verão e nenhuma na primavera, fachada sul tem ventilação uniforme em todas as estações, sudeste e leste tem ventilação em todas as estações do ano e com foco maior na primavera e inverno.



FIGURA 75 – ROSA DOS VENTOS.
FONTE: ANALYSIS SOL-AR, 2022.

LEGENDA

- Primavera
- Verão
- Outono
- Inverno

É evidente que a fachada leste e sudeste tem maiores incidência de ventos, além do que é justamente na fachada leste que temos a via coletora. Portanto após análise legislativa e bio-climática a implantação de ambientes de longa permanência deve priorizar a fachada leste e sudeste.

5.1 CONCEITO

Os custos emocionais sobre profissionais (da saúde) e pacientes em ambientes não seguros impactam diretamente na qualidade de vida de ambos. Desenvolver o conceito de segurança para ambientes psiquiátricos é crucial para garantir o bem-estar de pacientes, equipe multidisciplinar de tratamento, até mesmo os visitantes.

A falta de segurança e violência contra profissionais que trabalham em instituições de saúde, é algo que chama atenção. Estes eventos de violência e falta de segurança, desenvolve patologias na saúde do profissional e reduzem a qualidade de vida do trabalhador.

Um estudo realizado por Vieira (2017) para a Fundação Hospitalar de Minas Gerais, com 125 técnicos de enfermagem em 2 hospitais psiquiátricos, relatou as que agressões contra o profissional ocorrem mais em enfermarias e no período diurno, outro tocante é que dos profissionais que não se sentem seguros tem 4,89 vezes mais chance de sofrer alguma agressão (de pacientes).

Este estudo corrobora que profissionais devem estar seguros no ambiente de trabalho para realizar as suas funções profissionais, um local que o profissional não se sinta seguro prejudica a realização das suas tarefas, trazendo

possíveis prejuízos no tratamento de pacientes, e também sua saúde mental.

Outro conceito é o significado de segurança na perspectiva do paciente, no qual foi adotado a ideia de acolhimento, um artigo da Revista da Escola de Enfermagem da USP (Oliveira, 2021) expõe que elementos da estrutura física, organização do local e equipe, podem ser fundamentais. Segundo o dicionário Oxford, a palavra acolhimento significa o ato ou efeito de acolher, abrigo gratuito, hospitalidade.

O acolhimento em centros de saúde psiquiátricos cria base de confiança entre o paciente e equipe multidisciplinar necessário para facilitar um tratamento eficaz e contribuindo para a recuperação

do utente, proporcionando uma sensação de segurança emocional e física. O ato de acolher do paciente em ambientes de saúde traz a ele a sensação emocional benéfica de não estarem em local para tratamento, reclusos e isolados, mas que estará em local acolhedor com tratamento humanizado e abordagem respeitosa. Além de que é agregador a rede de saúde, um local que a comunicação física (ambiente) e humana (profissional) respeita e reconhece as necessidades individuais (em cada tratamento).



FIGURA 76 – ACOLHER.
FONTE: STAS TOKAREV, S.D.

5.2 PARTIDO

Diante dos conceitos expostos acima uma das premissas de partido tirado foi o layout, insta salientar a disposição do layout em ambientes hospitalares psiquiátricos desempenha um papel crucial na eficácia do tratamento, segurança dos pacientes e profissionais da saúde, garantido também o bem-estar de todos no ambiente e a eficiência operacional do lugar.

Um ambiente com layout bem-disposto pode contribuir para a prevenção de situações de risco, evitando cenários propícios a violências e locais de fuga (dos pacientes). Em um artigo de Oliveira (2021) para a Revista da Escola de Enfermagem da USP, mostra como a estrutura física impacta diretamente na segurança do local como que a disposi-

ção de equipamentos e mobiliário podem levar a episódios de violência contra si mesmo ou ao próximo, outro fator citado no artigo é como ambientes mais abertos fugindo da lógica ‘hospitalocêntrica’ são necessários.

Destarte, a disposição do layout pode ser projetada também para controle de fluxos de pessoas, dentro do ambiente de saúde, facilitando o direcionamento adequado de pacientes, funcionários e até mesmo visitantes, criar rotas de fuga para que profissionais da saúde possam se evadir rapidamente de uma área em segurança. Áreas específicas como de contanto mais extremo com pacientes em crise devem ter disposição mais distante de áreas de espaços de espera, visitas e ambientes comuns. É fundamen-

tal minimizar a aglomeração e dinamismo dos fluxos em ambientes de saúde psiquiátrico, tanto para paciente como para funcionários.

Diante, do conceito segurança outro partido a ser tomado foi adotar na edificação estratégias de iluminação e ventilação natural esquadrias fixas como cobogós e muxarabis, em ambientes de uso comum e de pacientes, essas esquadrias fixas sem o uso de vidro evita que no momento de quebra do produto o usu-

ário se machuque.

Visando atender o acolhimento, foi de partido a criação de ambientes com áreas de jardins e átrios, que ‘abraçariam’ a área interna trazendo a conexão do meio interno e externo. Outro partido tomado foi a criação de visitação distintas, respeitando a complexidade diferente de cada caso, foi criado tipos diferentes de áreas de visitação e com visuais e layout também inovador e particular.

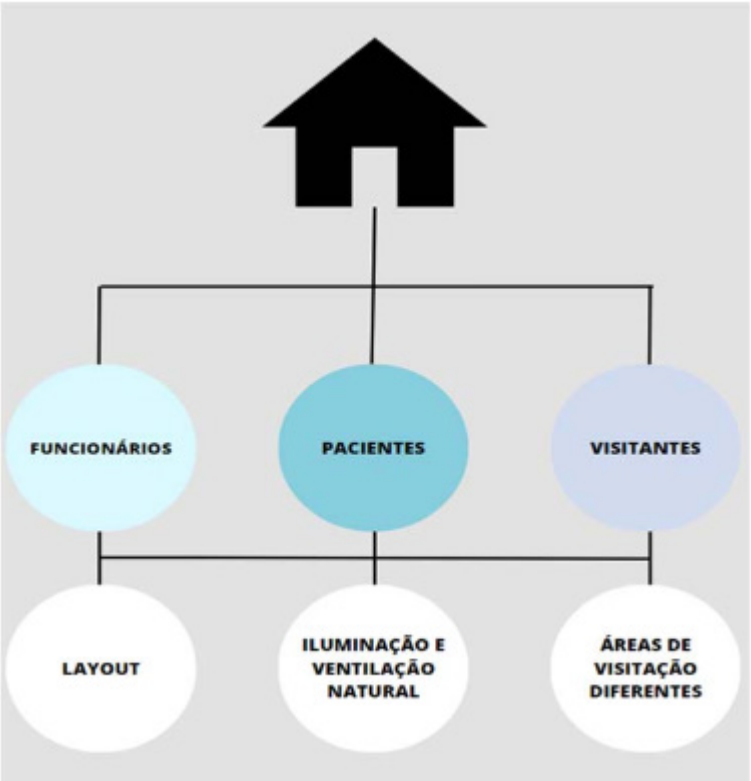


FIGURA 77 – PARTIDO.
FONTE: A AUTORA, 2024.

6 PROGRAMA DE NECESSIDADES

6.1 PROGRAMA DE NECESSIDADES

Para definir a quantidades de leitos na unidade de saúde foi utilizado o panorama das internações e demandas para pacientes psiquiátricos do Hospital de Saúde Mental professor Frota Pinto (HSM) pois este é o único estabelecimen- to de saúde de nível terciário (psiquiátri- co) público de Fortaleza.

Assim, com base na matéria do Thatiany Nascimento para Diário do Nor- deste (2020), usado de fonte o Hospital Professor Frota Pinto, foi mapeado a quantidade atual de leitos 180 leitos to- tais (20 leitos de desintoxicação) ou seja 11% dos leitos são destinados a desintoxi- cação enquanto a demanda por interna- ções é de 484 pacientes por mês.

Como não ouve a especificação para área da psiquiatria que seria cada procura, o programa de necessidades to- mou como base utilizar estáticas seme- lhantes a aplicada no Hospital Professor Frota Pinto, foi então utilizado a quanti- dade de procura por internação (484 pa- cientes ao mês) x 11% (quantidade final

de leitos destinados a desintoxicação química no HSM), por fim foram defini- dos 54 leitos.

Para elaboração do programa de necessidades foi utilizado a Lei 110.216, de 06 de abril de 2001 (Brasil, 2001), da Norma Operacional de Assistência à Saú- de – NOAS 01/2001, juntamente com a portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002, que estabelece normas e diretrizes para assistência hospitalar psiquiátricas e porta de entrada para internações psi- quiátricas na rede SUS.

Juntamente com outras normais e leis também foi utilizado em comple- mento a RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que é um regulamento técnico para planejar, elaborar e avaliar projetos físicos de estabelecimentos de saúde. Na Figura abaixo encontra-se de forma sintetizada o programa de necessidades, assim ela traz a constituição de todos os ambientes, dimensionamentos e a legis- lação que a norteia.

PROGRAMA DE NECESSIDADES	
ATRIBUIÇÕES	UNIDADE FUNCIONAL
Atendimento Imediato	Emergência
	Urgência
Atendimento Internação	Internação
Apoio Diagnóstico e Terapia	Patologia Clínica
	Reabilitação
Apoio Técnico	Farmácia
Apoio Logístico	Central de distribuição
	Limpeza e Zeladoria
	Segurança e Vigilância
	Manutenção
	Infraestrutura predial
	Processamento de roupa
Apoio administrativo	Serviços administrativos
	Documentação e informação
Hospedagem	Hospedaria

FIGURA 78 – PROGRAMA DE NECESSIDADES MACRO.
FONTE: A AUTORA, 2024.

PROGRAMA DE NECESSIDADES-CENTRO (54 leitos)					
SETOR ATENDIMENTO IMEDIATO					
Unidade Funcional: Emergência					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	OUTRAS NORMAS UTILIZADAS
Posto de enfermagem e prescrição médica	1	8,90 m²	8,90 m²	6 m² (1 posto para 12 leitos)	-
Sala de serviços	1	5,80 m²	5,80 m²	5,70 m²	-
Sala de isolamento	1	8,50 m²	8,50 m²	8,00 m²	-
Sala de aplicação de medicamentos	1	6,27 m²	6,27 m²	5,00 m²	-
Sala coletiva de observação de adulto (mas e fem)	2 (5 leitos feminino/ 6 leitos masculino)	12,03 m²	132,16 m²	8,50 m² por leito (leitos)	-
Sala de procedimentos especiais (invasivos)	1	15,00 m²	15,00 m²	15,00 m²	-
Área de escovação	1	3,40 m²	3,40 m²	1,10 m² por torneira (duas torneiras por cada sala de procedimento invasivos)	-
Sala de emergências	2	1- 28,87 m²; 2- 25,87 m²	54,74 m²	12 m² por leito (2 leitos no min.), com distância de 1 m entre estes e paredes, exceto cabeceira e com espaço suficiente para manobra da maca junto ao pé dessa. Pé-direito mínimo = 2,7 m	-
AMBIENTE DE APOIO					
Área de externa para desembarque de ambulâncias	1	21,00 m²	21,00 m²	21,00 m² de área coberta	-
Farmacia satélite	1	5,80 m²	5,80 m²	-	-
Sala de serviços	1	14,60 m²	14,60 m²	-	-
Sala de utilidades	1	8,90 m²	8,90 m²	-	-
DML	1	3,37 m²	3,37 m²	2,00 m²	-
Sala/área para estocagem de hemocomponentes	1	5,23 m²	5,23 m²	-	-
Banheiros para pacientes (salas de observação)	2	4,15 m²	8,30 m²	-	-
Banheiros para pacientes (isolamento)	1	4,10 m²	4,10 m²	-	-
Rouparia	1	6,08 m²	6,08 m²	-	-
Banheiros para funcionarios	2	5,17 m²	10,34 m²	-	-
Quarto plantonistas (mas e fem)	2	7,44 m²	14,88 m²	-	-
DME	1	12,42 m²	12,42 m²	-	-
Sala administrativa	1	6,70 m²	6,70 m²	-	-
Copa (funcionario)	1	9,80 m²	9,80 m²	2,60 m² dim.mín. = 1,15 m	-
Posto policial	1	7,90 m²	7,90 m²	-	-
Sala de higienização (para pacientes)	2	1- 9,25 m²; 2- 12,19 m²	21,44 m²	-	-
TOTAL:			395,63 m		
Circulação e paredes (25%)			98,90 m²		
TOTAL GERAL:			494,53 m²		

QUADRO 4 – UNIDADE FUNCIONAL EMERGÊNCIA.
 FONTE: A AUTORA, 2024.

Unidade Funcional: Urgência					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	OUTRAS NORMAS UTILIZADAS
Posto de enfermagem e prescrição médica	1	8,90 m²	8,90 m²	6 m² (1 posto para 12 leitos)	-
Sala de triagem médica e/ou de enfermagem	1	9,97 m²	9,97 m²	8,00 m²	-
Sala de serviço social	1	9,97 m²	9,97 m²	6,00 m²	-
Sala de suturas / curativos	1	9,00 m²	9,00 m²	9,00 m²	-
Sala de aplicação de medicamentos	1	32,00 m²	36,00 m²	6,00 m² por leito	adotar 6 unid 6 m²/poltrona
Sala de inalação	1	32,00 m²	36,00 m²	6,00 m² por leito	adotar 6 unid 6 m²/poltrona
Sala de reidratação	1	32,00 m²	36,00 m²	6,00 m² por leito	adotar 6 unid 6 m²/poltrona
Sala de atendimento indiferenciado	4	10,65 m²	42,60 m²	6,00 m²	-
Sala de atendimento especializado (psiquiátrico)	1	9,00 m²	9,00 m²	6,00 m²	-
Sala de atendimento especializado (neurologico)	1	9,00 m²	9,00 m²	6,00 m²	-
Sala de atendimento especializado (psicologico)	1	9,00 m²	9,00 m²	6,00 m²	-
Sala de atendimento especializado (nutricional)	1	9,00 m²	9,00 m²	6,00 m²	-
Sala de atendimento especializado (ginecologico)	1	9,00 m²	9,00 m²	6,00 m²	-
WC do atendimento ginecologico	1	5,00 m²	5,00 m²	-	-
Sala de atendimento especializado (urologico)	1	8,25 m²	8,25 m²	6,00 m²	-
WC do atendimento ginecologico	1	5,00 m²	5,00 m²	-	-
Sala de gesso e redução de fraturas	1	16,85 m²	16,85 m²	10 m² quando houver boxer individual 4m² por boxer	-
Sala para exame indiferenciado (gerais)	5	9,00 m²	45,00 m²	7,50 m²	-
Sala de observação (mas e fem)	2 (6 leitos feminino/ 6 leitos masculino)	10,59 m²	127,08 m²	8,50 m² por leito (leitos)	8,50 m² por leito (6 mas e 6 fem)
AMBIENTE DE APOIO					
Área de externa para desembarque de ambulâncias	1	21,00 m²	21,00 m²	21,00 m² de área coberta	-
Área para notificação de pacientes	1	18,00 m²	18,00 m²	1,20 m² externo e 1,30 m² interno	12 leitos = 12 acomp
Área para recepção dos pacientes	1	91,46 m²	91,46 m²	-	-
Sala/área para estocagem de hemocomponentes	1	8,90 m²	8,90 m²	-	-
Banheiros para pacientes (salas de observação)	2	4,90 m²	9,80 m²	-	-
Rouparia	1	7,00 m²	7,00 m²	-	-
Banheiros para funcionarios	2	3,40 m²	6,80 m²	-	-
Quarto plantonistas (mas e fem)	2	11,62 m²	23,24 m²	-	-
DML	1	6,00 m²	6,00 m²	-	-
Banheiros para público	2	4,10 m²	8,20 m²	-	-
Farmacia satélite	1	8,90 m²	8,90 m²	-	-
Sala de serviços	1	14,60 m²	14,60 m²	-	-
Sala de utilidades	1	8,90 m²	8,90 m²	-	-
Sala administrativa	1	6,00 m²	6,00 m²	-	-
Posto policial	1	4,00 m²	4,00 m²	-	-
TOTAL:			683,42 m²		
Circulação e paredes (25%)			170,85 m²		
TOTAL GERAL:			854,27 m²		
TOTAL SETOR:			1.348,80 m²		

QUADRO 5 – UNIDADE FUNCIONAL URGÊNCIA.
 FONTE: A AUTORA, 2024.

PROGRAMA DE NECESSIDADES-CENTRO (54 leitos)					
SETOR ATENDIMENTO INTERNAÇÃO					
Unidade Funcional: Internação Geral					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS UTILIZADAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	
Lobby (na recepção)	1	112,00 m²	112,00 m²	-	-
Apartamento Individuais	10 (total 10 pessoas)	25,33 m²	253,30 m²	-	-
Banheiro dos apartamentos individuais	10	4,10 m²	41,00 m²	-	-
Apartamento duplos	10 (total 20 pessoas)	28,35 m²	283,50 m²	-	-
Banheiro dos apartamentos duplos	10	4,12 m²	41,20 m²	-	-
Sala de televisão	1	33,12 m²	33,12 m²	-	-
Sala de aula	1	27,72 m²	27,72 m²	1,20 m² por paciente ambiente interno	-
Sala de dança	1	33,12 m²	33,12 m²	1,20 m² por paciente ambiente interno	-
Sala de meditação	1	33,12 m²	33,12 m²	1,20 m² por paciente ambiente interno	-
Sala de esportes	2	33,12 m²	33,12 m²	1,20 m² por paciente ambiente interno	-
Sala de jogos	1	33,12 m²	33,12 m²	1,20 m² por paciente ambiente interno	-
Sala de leitura	1	33,12 m²	33,12 m²	1,20 m² por paciente ambiente interno	-
Sala de fotografia	1	47, 57 m²	47, 57 m²	-	-
Ateliê de artes	1	75,12 m²	75,12 m²	-	-
Sala/área para estocagem de hemocomponentes	2	8,90 m²	17,80 m²	-	-
Sala de utilidades	2	8,90 m²	17,80 m²	-	-
Posto de enfermagem e prescrição médica	2	8,90 m²	17,80 m²	6 m² (1 posto para 12 leitos)	-
AMBIENTES DE APOIO					
Sala de armazenagem e distribuição de alimentos	2	7,92 m²	15,85 m²	-	-
Sala de visitas	4	20,70 m²	82,80 m²	30 pessoas 1 m² por pessoa	-
Sala de espera para pacientes e acompanhantes	1	58,43 m²	58,43 m²	50 pessoas 1 m² por pessoa	-
Farmácia satélite	2	8,90 m²	17,80 m²	-	-
Área para registro de pacientes/marcação	1	11,29 m²	11,29 m²	-	1,00 m² por pessoa
Sanitários para público	1	4,10 m²	4,10 m²	-	Código da cidade - PNE
Área para guarda de macas e cadeira de rodas	2	3,00 m²	6,00 m²	1 m² por cadeira de roda, e 2 m² por maca	-
Rouparia	2	7,00 m²	14,00 m²	-	-
Sala de atividades em grupo	3	25,20 m²	75,60 m²	1,20 m² por paciente ambiente interno	-
Refeitório funcionários	1	31,62 m²	31,62 m²	-	-
DML	2	4,40 m²	4,40 m²	-	-
Controle de ponto	2	4,24 m²	8,48 m²	4,00 m² por pessoa	-
Estacionamento visitantes	1 (52 vagas)	12,42 m²	645,84 m²	-	-
Sala de descompressão	1	122,33 m²	122,33 m²	-	-
Vestibário masculino	1	16,76 m²	16,76 m²	-	-
Vestibário feminino	1	16,76 m²	16,76 m²	-	-
Quarto plantonistas (mas e fem)	2	19,03 m²	38,06 m²	-	-
Refeitório coletivo paciente	1	113,00 m²	113,00 m²	-	-
Banheiros para funcionários	2	4,12 m²	8,24 m²	-	-
TOTAL:			2.424,89 m²		
Circulação e paredes (25%)			606,22 m²		
TOTAL GERAL:			3.031,11 m²		

QUADRO 6 – UNIDADE FUNCIONAL INTERNAÇÃO.
FONTE: A AUTORA, 2024.

SETOR ATENDIMENTO DIAGNOSTICO E TERAPIA					
Unidade Funcional: Patologia Clínica					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	OUTRAS NORMAS UTILIZADAS
Box de coleta de material	1	65,78 m²	65,78 m²	1,5 m² por box. Um dos boxes deve ser destinado à maca e com dimensão para tal	-
Sala para coleta de material	1	29,40 m²	29,40 m²	3,60 m²	-
Área para classificação e distribuição de amostras	1	13,40 m²	13,40 m²	3,00 m²	-
Sala de preparo de reagentes	1	7,34 m²	7,34 m²	3,00 m²	-
Sala para lavagem e secagem de vidraria	1	13,03 m²	13,03 m²	3,00 m²	-
Laboratório de hematologia	1 Exclusiva para laboratórios de apoio a atividades hemoterápicas	14,00 m²	14,00 m²	3,00 m²	-
Laboratório de parasitologia (área de preparo e área de microscopia)	1	13,03 m²	13,03 m²	6,00 m² para laboratório específico	-
Laboratório de urinálise	1	15,68 m²	15,68 m²	6,00 m² para laboratório específico	-
Laboratório de imunologia (câmara de imunofluorescência)	1	13,32 m²	13,32 m²	6,00 m² para laboratório específico	-
Laboratório de bacteriologia	1	6,30 m²	6,30 m²	6,00 m² para laboratório específico	-
Laboratório de micologia	1	6,30 m²	6,30 m²	6,00 m² para laboratório específico	-
Laboratório de virologia (antecâmara de paramentação e sala de manuseios de células)	1	13,14 m²	13,14 m²	6,00 m² para laboratório específico	-
Laboratório de bioquímica (área para eletrese)	1	11,33 m²	11,33 m²	6,00 m² para laboratório específico	-
Laboratório de emergência	1	7,83 m²	7,83 m²	16,00 m²	-
AMBIENTES DE APOIO					
Sala para recepção ds pacientes	1	65,80 m²	65,80 m²	-	1,00 m² por pessoa
Área para registro de pacientes/marcação	1	8,65 m²	8,65 m²	-	1,00 m² por pessoa
Sala de espera para pacientes e acompanhantes	1	20,50 m²	20,50 m²	10 pessoas 1 m² por pessoa	-
Sanitários para público	2	4,10 m²	8,20 m²	-	-
Sala administrativas	1 (pessoas)	9,23 m²	9,23 m²	5,50 m² por pessoa	-
DML	1	4,83 m²	4,83 m²	-	-
CME	1	5,73 m²	5,73 m²	-	-
Copa (funcionario)	1	11,47 m²	11,47 m²	2,60 m² dim.mini. = 1,15 m	-
Quarto plantonistas (mas e fem)	2	19,20 m²	38,40 m²	-	-
Bannheiro plantonista	2	4,10 m²	8,20 m²	-	-
Depósito de equipamento e materiais	1	6,47 m²	6,47 m²	-	-
TOTAL:			417,36 m²		
Circulação e paredes (25%)			104,34 m²		
TOTAL GERAL:			521,70 m²		

QUADRO 7 – UNIDADE FUNCIONAL PATOLOGIA CLINICA.
FONTE: A AUTORA, 2024.

Unidade Funcional: Reabilitação					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	OUTRAS NORMAS UTILIZADAS
Box de terapias	1	42,50 m²	42,50 m²	-	-
Sala para turbilhão	1	14,06 m²	14,06 m²	2,4 m² com dimensão mínima = 1,2 m (cada). Ao menos um dos boxes deve possuir dimensão mínima = 1,5 m	-
Salão para cinesioterapia e mecanoterapia	1	43,32 m²	43,32 m²	2,4 m² com dimensão mínima = 1,2 m (cada). Ao menos um dos boxes deve possuir dimensão mínima = 1,5 m	-
Sala de Terapia Ocupacional em grupo	1	21,05 m²	21,05 m²	2,4 m² com dimensão mínima = 1,2 m (cada). Ao menos um dos boxes deve possuir dimensão mínima = 1,5 m	-
Consultório de terapia ocupacional (consulta individual)	1	12,75 m²	12,75 m²	7,50 m²	-
Consultório de fonoaudiologia	2	12,75 m²	25,00 m²	7,50 m²	-
Sala de psicomotricidade e indoterapia	1	13,55 m²	13,55 m²	3,00 m² por paciente com mínimo de 20,0 m²	-
AMBIENTES DE APOIO					
Área para registro de pacientes/marcação	1	8,65 m²	8,65 m²	-	1,00 m² por pessoa
Sala de espera para pacientes e acompanhantes	1	119,27 m²	119,27 m²	10 pessoas 1 m² por pessoa	-
Sanitários para paciente (com vestiário)	2	16,13 m²	32,27 m²	-	-
DML	1	3,25 m²	3,25 m²	-	-
Consutorio de fisioterapia	1	14,10 m²	14,10 m²	-	-
Área para guarda de macas e cadeira de rodas	2	3,00 m²	6,00 m²	1 m² por cadeira de roda, e 2 m² por maca	-
Sala administrativas	1 (pessoas)	14,93 m²	14,93 m²	5,50 m² por pessoa	-
Banheiro da sala administrativa	1	4,10 m²	4,10 m²	-	-
Rouparia	1	5,15 m²	5,15 m²	-	-
Depositos equipamento fisioterapia	1	4,68 m²	4,68 m²	-	-
TOTAL:			384,63 m²		
Circulação e paredes (25%)			96,15 m²		
TOTAL GERAL:			480,78 m²		
TOTAL SETOR:			1.002,48		

QUADRO 8 – UNIDADE FUNCIONAL REABILITAÇÃO.
FONTE: A AUTORA, 2024.

SETOR APOIO TECNICO					
Unidade Funcional: Farmácia					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	OUTRAS NORMAS UTILIZADAS
Área para recepção e inspeção	1	13,75 m²	13,75 m²	10% da área para armazenagem	-
Área para armazenagem e controle (CAF Material prima: inflamáveis e não inflamáveis; Material de embalagem e envase; Quarentena; Medicamentos: temolábeis (23 à 25 grausC), imunobiológicos(4 à 8 grausC e 18 à 20 grausC), controlados, outros;Materiais e artigos médicos descartáveis;Germinicidas;Soluções parentais; Correlatos	1	72,65 m²	72,65 m²	-0,6 m² por leito -Temolábeis = a depender da temperatura e umidade da região e do tipo de embalagem dos medicamentos. -Imunob. = 2,0 m² p/ freezer ou geladeira. A depender do equipamento, no caso do uso de câmaras fria.	-
Área de distribuição	1	5,81 m²	5,81 m²	10% da área para armazenagem	-
Área para dispersão	1	4,60 m²	4,60 m²	4m². Pode ser substituídas por carrinhos de medicamentos ou armários específicos	-
Sala de manipulação, fraco de doses e reconstituição de medicamentos	1	13,70 m²	13,70 m²	12,00 m²	-
Ante câmara da sala de manipulação	1	2,95 m²	2,95 m²	-	-
Área de Descanso	1	6,00 m²	6,00 m²	-	-
Sala para preparo e diluição de germinicidas	1	9,50 m²	9,50 m²	9,00 m²	-
Laboratório de controle de qualidade	1	9,00 m²	9,00 m²	6,00 m²	-
Centro de informação sobre medicamentos	1	7,00 m²	7,00 m²	6,00 m²	-
Sala de limpeza e higienização de isumos (aspepsia de embalagens)	1	7,20 m²	7,20 m²	4,50 m²	-
AMBIENTES DE APOIO					
Sanitários para funcionários	2	3,40 m²	6,80 m²	-	-
Sanitários funcionários	1	3,40 m²	3,40 m²	-	-
Sala administrativa	1	9,30 m²	9,30 m²	-	-
Vestiário (barreira as salas de limpeza e higienização e salas de manipulação)	1	1- 13,55 m²; 1- 14,79 m²	28,74 m²	-	-
Depósito de material de limpeza	1	2,33 m²	2,33 m²	2,0 m² dim.mín.= 1,0 m	-
Sala de esterelização de materiais	1	3,95 m²	3,95 m²	-	-
TOTAL			206,88 m²		
Circulações e paredes (25%)			51,72 m²		
TOTAL GERAL			256,60 m²		
TOTAL SETOR:			256,60 m²		

QUADRO 9 – UNIDADE FUNCIONAL FARMÁCIA.
FONTE: A AUTORA, 2024.

SETOR LOGISTICO					
Unidade Funcional: Limpeza e Zeladonia					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	OUTRAS NORMAS UTILIZADAS
Depósito de material de limpeza com tanque (DML)	1 em cada unidade requerente	6,50 m²	6,50 m²	2,0 m² com dimensão mínima = 1,0 m	-
Sala de utilidades com pia de despejo²		6,50 m²	6,50 m²	4,0 m² com dimensão mínima = 1,5 m. Quando houver guarda temporária de resíduos sólidos acrescer 2 m²	-
Sala de preparo de equipamentos / material		5,64 m²	5,64 m²	4,0 m² com dimensão mínima = 1,5 m	-
Abriço de recipientes de resíduos (lixo)² -Depósito (com no mín. 2 boxes) - resíduos biológicos e comuns) -Depósito de resíduos químicos (2,00 m²) - Higienização de recipientes coletores (0,40 x 0,80)	1 servindo a toda edificação onde estiver localizado o EAS	23,79 m²	23,79 m²	Depósito: Cada box deve ser suficiente para a guarda de dois recipientes coletores Depósito químicos: a depender do PGRSS ² do EAS Higienização: box para1 carro coletor	-
Sala para equipamento de tratamento de resíduos	De acordo com o PGRSS² do EAS	6,46 m²	6,46 m²	ADE	-
Sala de armazenamento temporário de resíduos	1 em cada unidade requerente de acordo com o PGRSS² do EAS	5,28 m²	5,28 m²	ADE. Suficiente para a guarda de dois recipientes coletores	-
TOTAL			54,17 m²		
Circulações e paredes (25%)			13,54 m²		
TOTAL GERAL			67,71 m²		

QUADRO 10 – UNIDADE FUNCIONAL LIMPEZA E ZELADORIA.

FONTE: A AUTORA, 2024.

Unidade Funcional: Segurança e Vigilância					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	OUTRAS NORMAS UTILIZADAS
Área para identificação de pessoas e/ou veículos	1	6,00 m²	6,00 m²	4,0m²	-
Lavabo Guarita	1	2,22 m²	2,22 m²	-	-
TOTAL			8,22 m²		
Circulações e paredes (25%)			2,05 m²		
TOTAL GERAL			10,27 m²		

QUADRO 11 – UNIDADE FUNCIONAL SEGURANÇA E VIGILÂNCIA.

FONTE: A AUTORA, 2024.

Unidade Funcional: Manutenção					
Área de recepção e inspeção de equipamentos, mobiliário e utensílios	1	16,52 m²	16,52 m²	10 % da área das oficinas	-
Oficina de manutenção	1 (de cada) a depender das atividades do EAS e da política administrativa deste	adotar 2m²/pessoa	-	A depender do maquinário utilizado e do nº de pessoal que trabalha nas oficinas	-
Serralharia	3 pessoas	12,91 m²	12,91 m²	-	-
Marcenaria e Carpintaria	3 pessoas	8,03 m²	8,03 m²	-	-
Pintura	4 pessoas	8,03 m²	8,03 m²	-	-
Elétrica	3 pessoas	7,50 m²	7,50 m²	-	-
Hidráulica	2 pessoas	5,05 m²	5,05 m²	-	-
Refrigeração	4 pessoas	8,60 m²	8,60 m²	-	-
Gasotécnica	2 pessoas	5,05 m²	5,05 m²	-	-
Mecânica	4 pessoas	8,71 m²	8,71 m²	-	-
Eletrônica	4 pessoas	8,16 m²	8,16 m²	-	-
Eletromecânica	2 pessoas	5,05 m²	5,05 m²	-	-
Ótica	2 pessoas	5,05 m²	5,05 m²	-	-
Mecânica Fina	2 pessoas	5,05 m²	5,05 m²	-	-
Usinagem	3 pessoas	6,17 m²	6,17 m²	-	-
Estofaria	4 pessoas	8,71 m²	8,71 m²	-	-
Área de guarda e distribuição de equipamentos, mobiliário e utensílios	1	9,51 m²	9,51 m²	-	-
Área de inservíveis (ferro velho)	1	6,67 m²	6,67 m²	A depender da política de alienação de bens	-
AMBIENTES DE APOIO					
Banheiros com vestiários para funcionários	2	16,76 m²	33,52 m²	-	-
Área de armazenagem de peças de reposição	1	4,00 m²	4,00 m²	-	-
Sala administrativa (verificar necessidade)	1	11,62 m²	11,62 m²	-	-
TOTAL			183,91 m²		
Circulações e paredes (25%)			45,97 m²		
TOTAL GERAL			229,88 m²		

QUADRO 12 – UNIDADE FUNCIONAL MANUTENÇÃO.

FONTE: A AUTORA, 2024.

Unidade Funcional: Infraestrutura predial					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	OUTRAS NORMAS UTILIZADAS
Sala para grupo de gerador	1. A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento	59,09 m²	59,09 m²	De acordo com as normas da concessionária local e com o equipamento utilizado	SomaSus
Área para caldeiras	1. A depender das atividades do EAS 1 (de cada). A depender das atividades do EAS	31,27 m²	31,27 m²	A depender dos equipamentos utilizados	SomaSus
Sala para equipamentos de ar condicionado		27,82 m²	27,82 m²		SomaSus
Casa de bombas / máquinas		81,95 m²	81,95 m²		SomaSus
Área para tanques de gases medicinais	1. A depender das atividades desenvolvidas no EAS	8,64 m²	8,64 m²	A depender dos equipamentos utilizados	SomaSus
Área para centrais de gases (cilindros)		8,75 m²	8,75 m²		SomaSus
TOTAL			217,52 m²		
Circulações e paredes (25%)			54,38 m²		
TOTAL GERAL			271,90 m²		

QUADRO 13 – UNIDADE FUNCIONAL INFRAESTRUTURA PREDIAL.
FONTE: A AUTORA, 2024.

Unidade Funcional: Processamento de roupa					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	OUTRAS NORMAS UTILIZADAS
Recepção de carros	1	9,63 m²	9,63 m²		
Sala para recebimento (recebimento da doca)	1	14,70 m²	14,70 m²	-	-
DML	1	5,30 m²	5,30 m²		
Área para distribuição	1	10,08 m²	10,08 m²	-	-
TOTAL			39,71 m²		
Circulações e paredes (25%)			9,92 m²		
TOTAL GERAL			49,63 m²		
Unidade Funcional: Central de distribuição					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	OUTRAS NORMAS UTILIZADAS
Área para distribuição de refeições	1	8,61 m²	8,61 m²	-	-
Área para higienização de utensílios	1	7,05 m²	7,05 m²	3,00 m²	-
Área para armazenagem (Equipamentos, mobiliário, peças de reposição, utensílios, material de expediente, roupa nova, inflamáveis)	1 subdividido em grupos afins	13,95 m²	13,95 m²	A depender da política de compras do estabelecimento	-
Área de distribuição	1	7,60 m²	7,60 m²	10% da área de armazenagem	-
DML	1	5,27 m²	5,27 m²	-	-
Refeitório para funcionários	1	51,56 m²	51,56 m²	-	-
Depósitos de equipamentos, materiais	1	20,45 m²	20,45 m²	A depender dos tipos de equipamentos e materiais	-
TOTAL GERAL			114,49 m²		
Circulações e paredes (25%)			28,62 m²		
TOTAL GERAL			143,11 m²		
TOTAL SETOR			772,50 m²		

QUADRO 14 – UNIDADE FUNCIONAL PROCESSAMENTO DE ROUPA E CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO.
FONTE: A AUTORA, 2024.

Unidade Funcional: Serviços Administrativos/ Serviços Clínicos e técnicos.					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	OUTRAS NORMAS UTILIZAD
Sala de direção geral	1	13,80 m²	13,80 m²	2,00 m² por pessoa	-
Lavabo da sala de direção geral	1	2,46 m²	2,46 m²		
Sala de reunião	1	10,00 m²	10,00 m²	12,00 m²	-
Sala administrativa	1	6,93m²	6,93m²	5,50 m² por pessoa	-
Lavabo da sala administrativa	1	2,46 m²	2,46 m²		
Controle de ponto	1	4,24 m²	4,24 m²	4,00 m² por pessoa	-
Sala de RH	1	10,63 m²	10,63 m²	-	-
Sala de Contabilidade	1	9,95 m²	9,95 m²	-	-
Sala de Controle de patrimônio	1	6,25 m²	6,25 m²	-	-
Ouvidoria	1	8,81 m²	8,81 m²	-	-
Protocolo	1	5,25 m²	5,25 m²	3,00 m²	-
Adm. Financeiro	1	11,32 m²	11,32 m²	-	-
Faturamento	1	8,85 m²	8,85 m²		
Sala TI	1	8,00 m²	8,00 m²		
Sala de atividades	1	23,10 m²	23,10 m²		
Sala de descompressão	1	24,,56 m²	24,,56 m²		
Financeiro	1	7,95 m²	7,95 m²		
Núcleo de qualidade e epidemiologia	1	13,32 m²	13,32 m²	3,00 m² por funcionário	-
AMBIENTE DE APOIO					
Copa	1	11,42 m²	11,42 m²	-	-
Sanitários para funcionários (ambos PNE)	2	4,79 m²	9,58 m²	-	-
DML	1	4,23 m²	4,23 m²	-	-
TOTAL:			203,11 m²		
Circulação e paredes (25%)			50,77 m²		
TOTAL GERAL:			253,88 m²		

QUADRO 15 – UNIDADE FUNCIONAL SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS; SERVIÇOS CLÍNICOS E TÉCNICOS.
FONTE: A AUTORA, 2024.

Unidade Funcional: Documentação e Informação					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	OUTRAS NORMAS UTILIZAD
Área para registro de paciente e marcação	1	7,31 m²	7,31 m²	5,00 m² por pessoa	-
Sala de estatística	1	7,82 m²	7,82 m²	5,00 m² por pessoa	
Arquivo médico (ativo e passivo)	1 de cada	10,00 m²	10,00 m²	A depender da tecnologia utilizada	-
AMBIENTE DE APOIO					
Sala administrativa	1 (2 pessoas)	11,49 m²	11,49 m²	5,50 m² por pessoa	-
Banheiro	1	7,82 m²	7,82 m²		
Sanitários para funcionários (ambos PNE)	2	6,00 m²	12,00 m²	-	-
Sanitários para público (PNE)	1	4,10 m²	4,10 m²	-	-
Sala de espera	1	33,09 m²	33,09 m²	-	-
TOTAL:			93,63 m²		
Circulação e paredes (25%)			23,40 m²		
TOTAL GERAL:			117,03 m²		
TOTAL SETOR ADMINISTRATIVO:			266,19 m²		

QUADRO 16 – UNIDADE FUNCIONAL DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO.
FONTE: A AUTORA, 2024.

SETOR HOSPEDARIA					
Unidade Funcional: Hospedaria					
UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO			RDC 50/2002	OUTRAS NORMAS
	QUANTIFICAÇÃO	DIMENSÃO	TOTAL PARCIAL	DIMENSÃO RDC	OUTRAS NORMAS UTILIZADAS
Quarto	6	11,58 m²	69,48 m²	-	-
Banheiro	6	4,10 m²	24,60 m²	-	-
Sala de Estar (com copa)	1	13,70 m²	13,70 m²	-	-
Sala de grupo de apoio	2	20,15 m²	40,30 m²	-	-
Recepção	1	13,15 m²	13,15 m²	-	-
DML	1	2,05 m²	2,05 m²		-
TOTAL:			163,28 m²		
Circulação e paredes (25%)			40,82 m²		
TOTAL GERAL:			204,10 m²		

QUADRO 17 – UNIDADE FUNCIONAL HOSPEDARIA.
FONTE: A AUTORA, 2024.

Com base no programa de necessidades foi elaborado a Figura 79, afim de mostrar de forma sintetizada a metragem de cada atribuição.

ATRIBUIÇÕES	METRAGEM
Atendimento Imediato	1.348,80 M²
Atendimento Internação	3.031,11 M²
Apoio Diagnóstico e Terapia	480,78 M²
Apoio Técnico	256,60 M²
Apoio Logístico	772,50 M²
Apoio administrativo	266,19 M²
Hospedaria	204,10 M²

*Computado somente o dimensionamentos dos ambientes, sem circulação

FIGURA 79 – ÁREA DAS ATRIBUIÇÕES.
FONTE: A AUTORA, 2024.

6.2 FLUXOGRAMA

A seguir serão apresentados o (descrita no programa de necessidades) fluxograma macro com todas as atribuições que compõe um estabelecimento e as conexões dos seus respectivos ambientes, divididos por cores (tais quais assistencial de saúde, e um fluxograma estão separadas no programa de necessidades), com cada unidade funcional

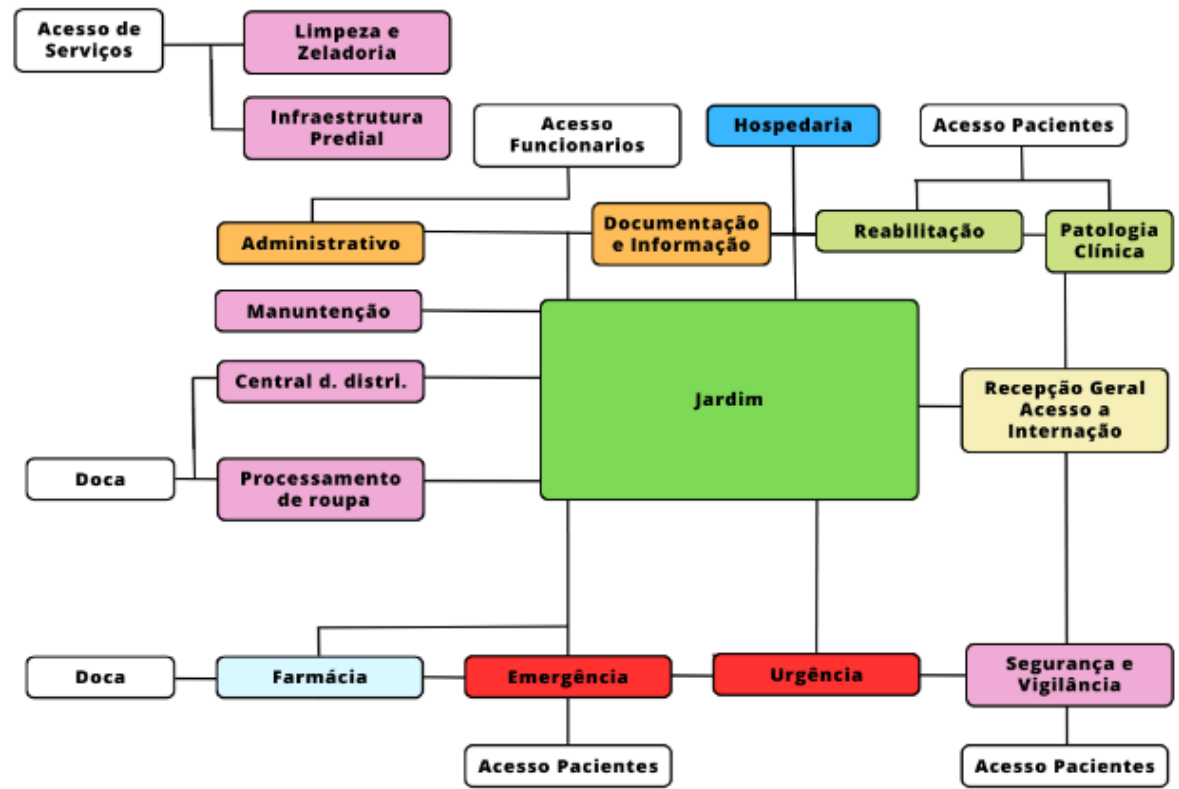


FIGURA 80 – FLUXOGRAMA MACRO.
FONTE: A AUTORA, 2024.

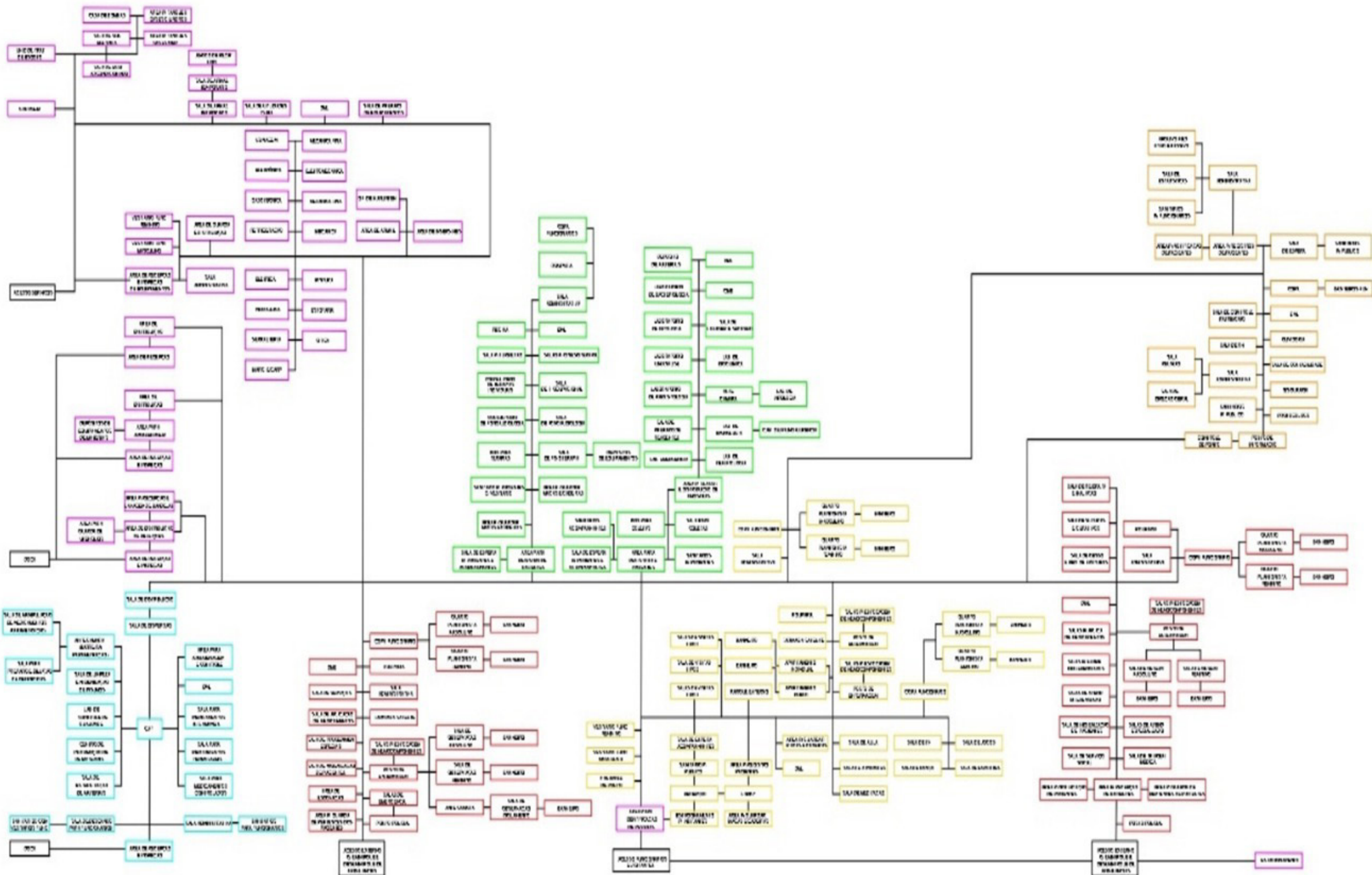
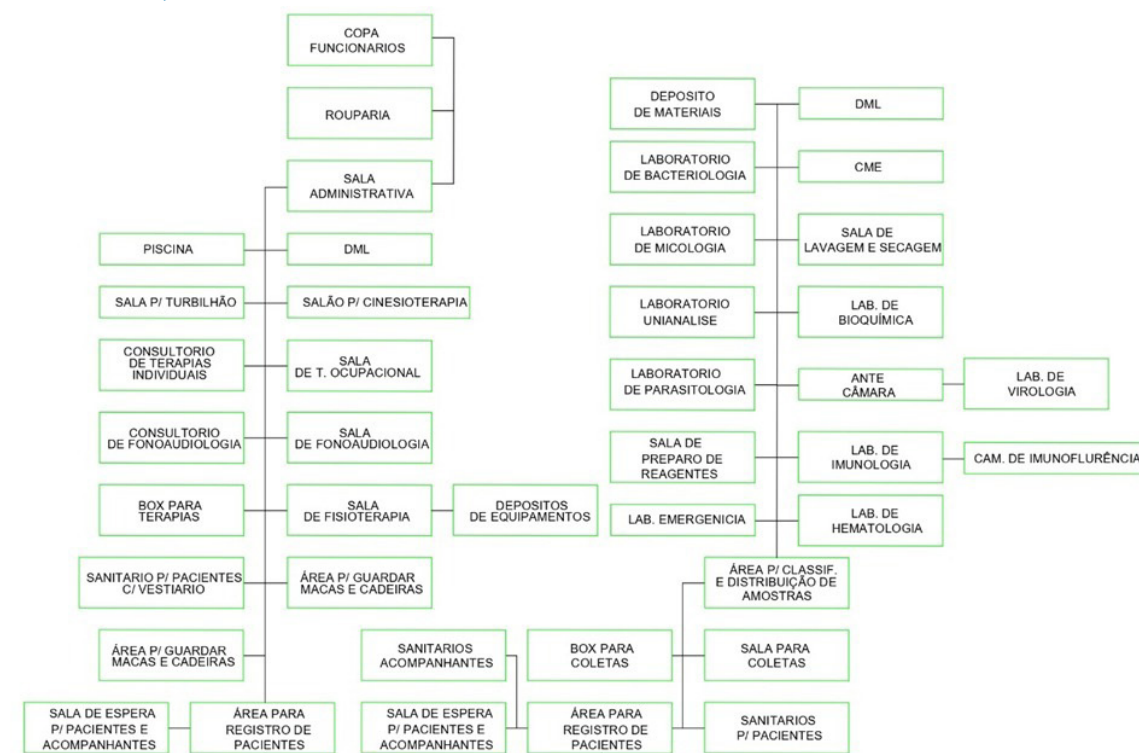
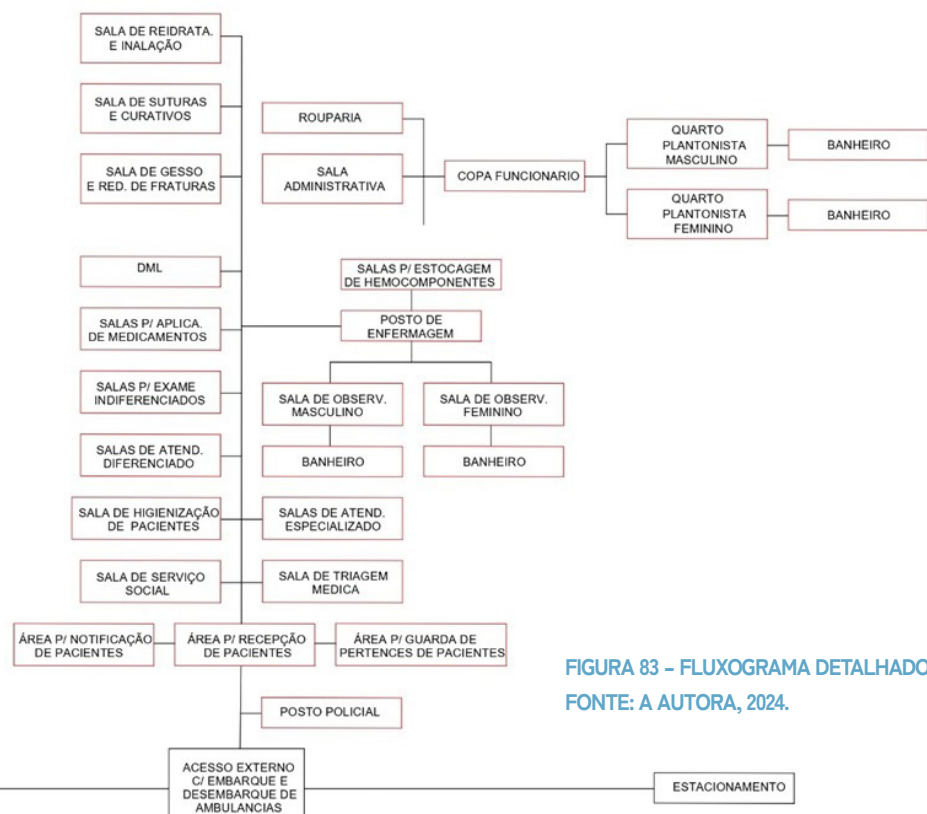
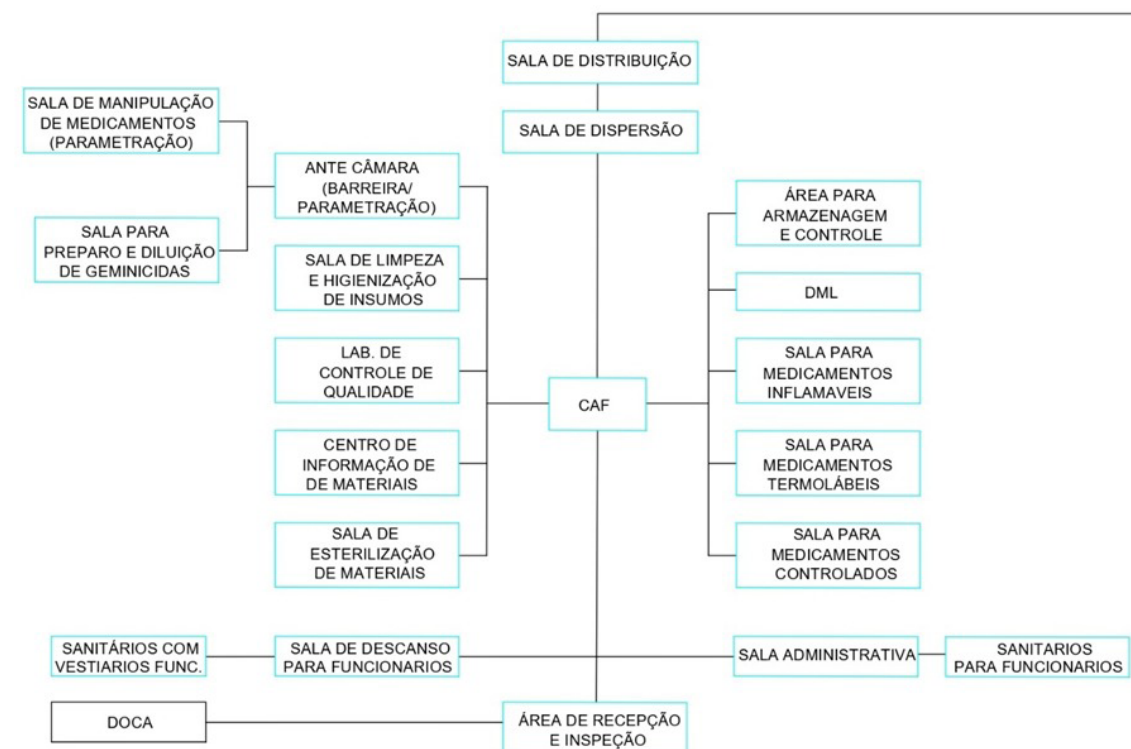
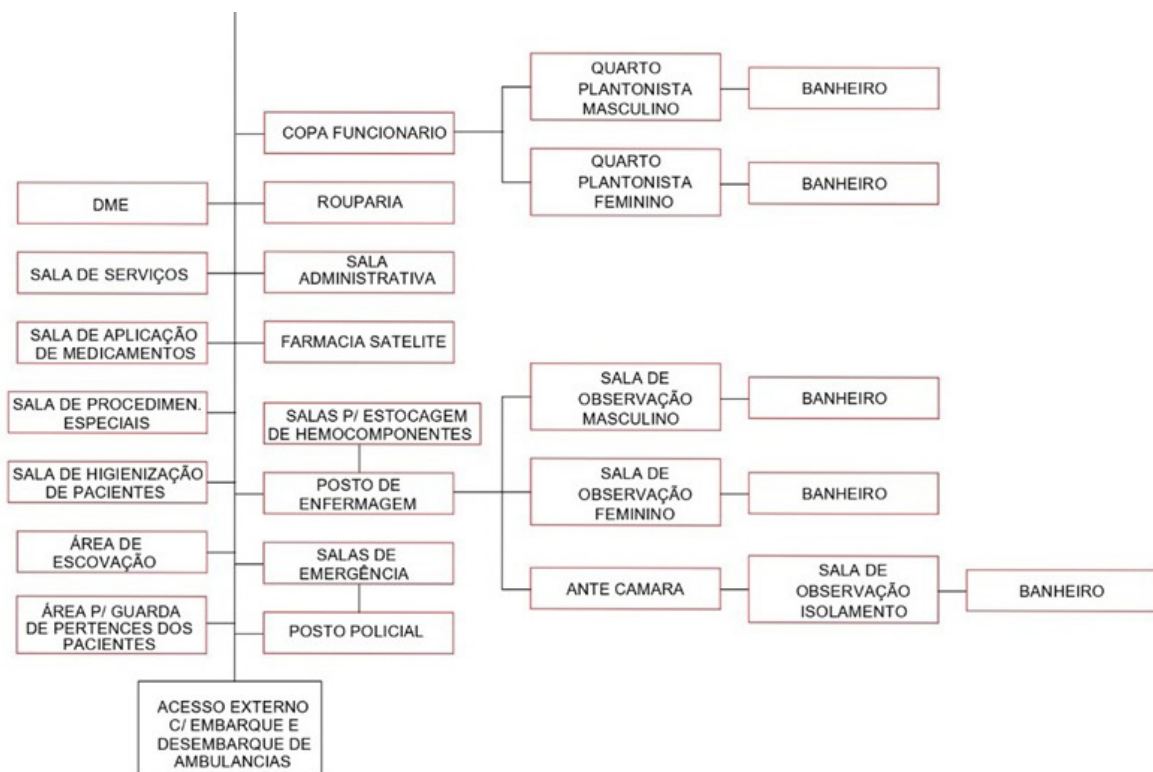


FIGURA 81 - FLUXOGRAMA FINAL.
 FONTE: A AUTORA, 2024.



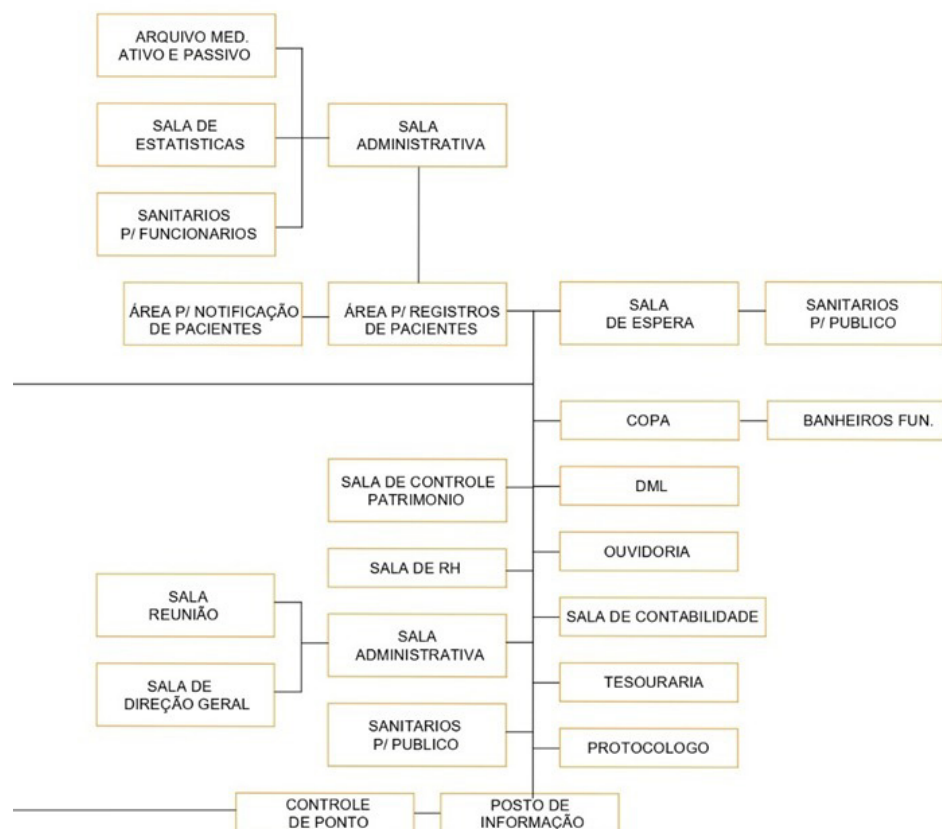


FIGURA 86 – FLUXOGRAMA DETALHADO DOCUMENTOS E SERVIÇO ADMINISTRATIVO.

FONTE: A AUTORA, 2024.

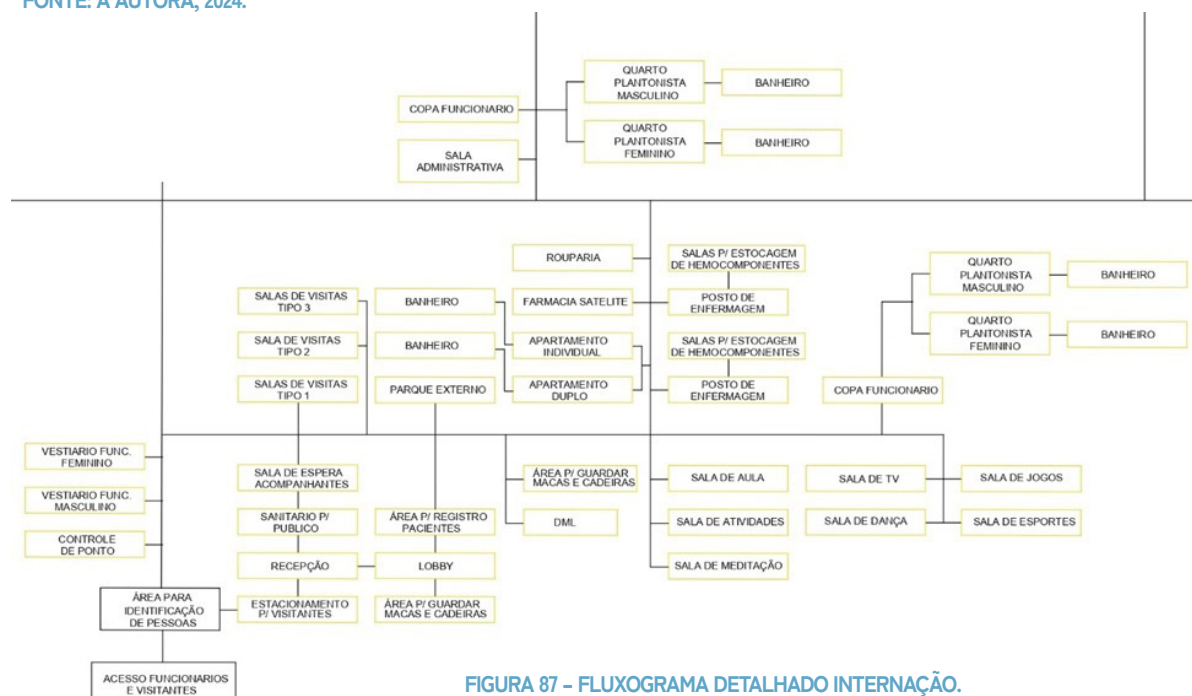


FIGURA 87 – FLUXOGRAMA DETALHADO INTERNAÇÃO.

FONTE: A AUTORA, 2024.

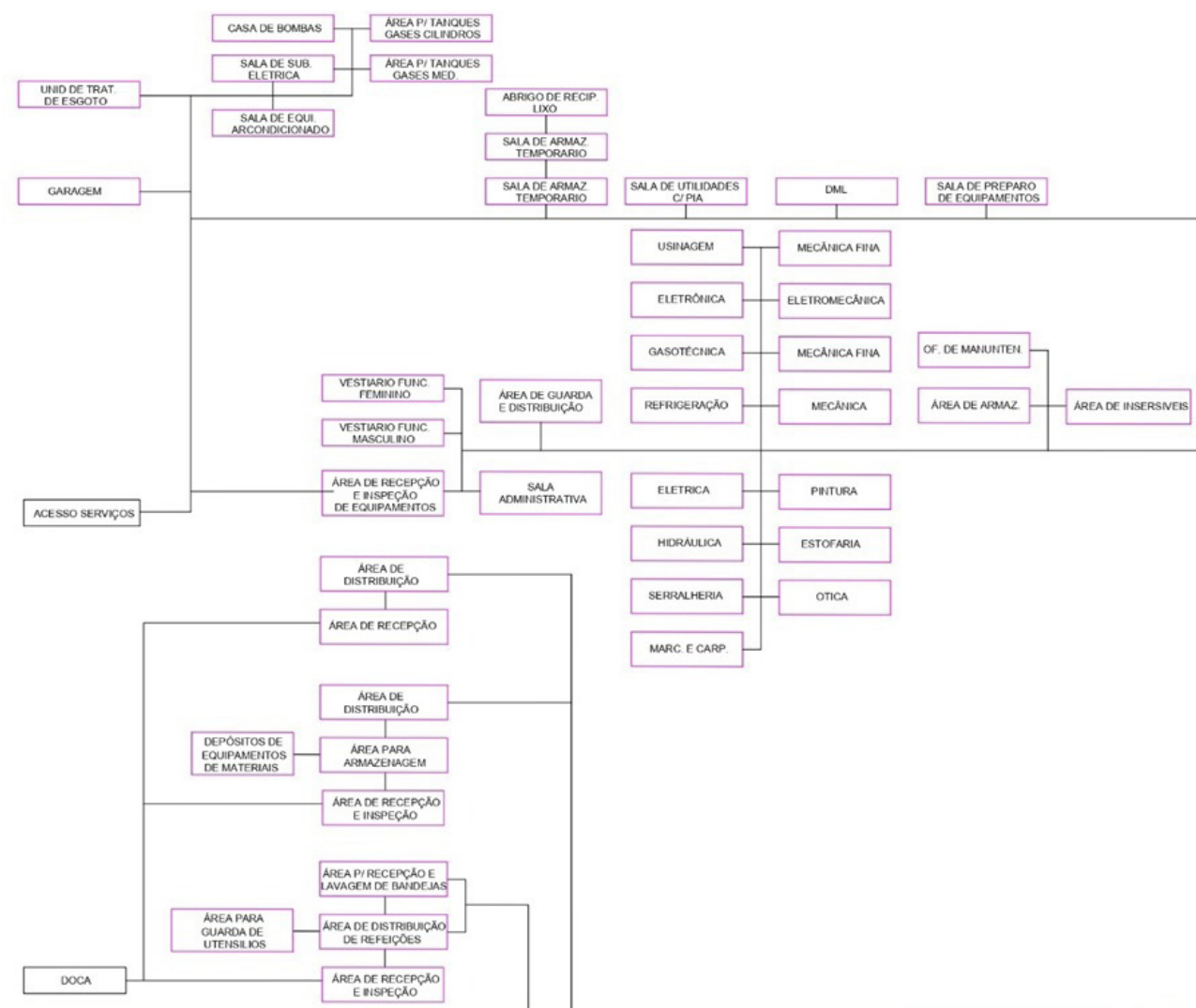


FIGURA 88 – FLUXOGRAMA DETALHADO MANUTENÇÃO, LIMPEZA, ZELADORIA E INFRA PREDIAL.

FONTE: A AUTORA, 2024.

7.1 SETORIZAÇÃO

No que diz respeito a setorização, a atribuição Atendimento imediato (na figura em vermelho) foi priorizada na locação em fachada leste e sudeste do terreno após análise bioclimática já que é a atribuição de maior permanência, nesta atribuição temos a urgência e emergência, sendo elas com entrada independente (da recepção principal), para atendimento maior rápido. O Setor Urgência, tem acesso para pacientes pela fachada principal da recepção, já o Setor Emergência tem acesso para pacientes de forma separada por um acesso rápido na lateral da edificação facilitando o embarque imediato prioritário, já que a situação destes pacientes é grave, estes setores são interligados caso um paciente de um setor piore é rápido a remoção ou que necessite cuidados especiais, exa-

mes, que tem no setor do lado, todos os leitos desse setor tem vista para o jardim interno, a fim de melhorar o bem estar das pessoas que vão estarem internadas.

A atribuição apoio técnico (em azul na figura), conta apenas com uma atribuição a Farmácia, esta atribuição foi locada na parte posterior da edificação, pois conta com entrada de docas, e por questões técnicas estar próxima a emergência.

O apoio logístico conta com vários setores, limpeza e zeladoria, infraestrutura predial, segurança e vigilância, processamento de roupa e central de distribuição é um setor que recebe muitos equipamento e abastecimento, e por isso tem a necessidade de uma doca, é um se-

tor que o barulho é algo que poderia perturbar os pacientes internados, é ser rota de fuga para eles, por isso foi locado de forma mais separada das áreas de convívio dos pacientes ficando somente na ala para acesso de funcionários e por isso foi locado na parte oeste da edificação.

Seguindo o mesmo padrão do setor anterior, o Setor administrativo (em amarelo na figura) fica numa ala somente para funcionários, priorizando a segurança dos funcionários e para lhe dar mais discricção foi incluído um acesso separado.

A hospedaria é uma unidade funcional não tão comumente vista em Unidades de Saúde mas neste caso foi necessário implantação pois a edificação vai atender pacientes de todo o estado, e era necessário a implantação para que

visitantes pudessem ter um local de acomodação, esta unidade a implantação procurou ser bem discreta, foi implantado próximo a unidades que no período noturno não uso, para preservar o bem estar do acomodado, foi lançando na lateral aberturas para promover a ventilação natural dos ambientes, e também trazer um isolamento acústico.

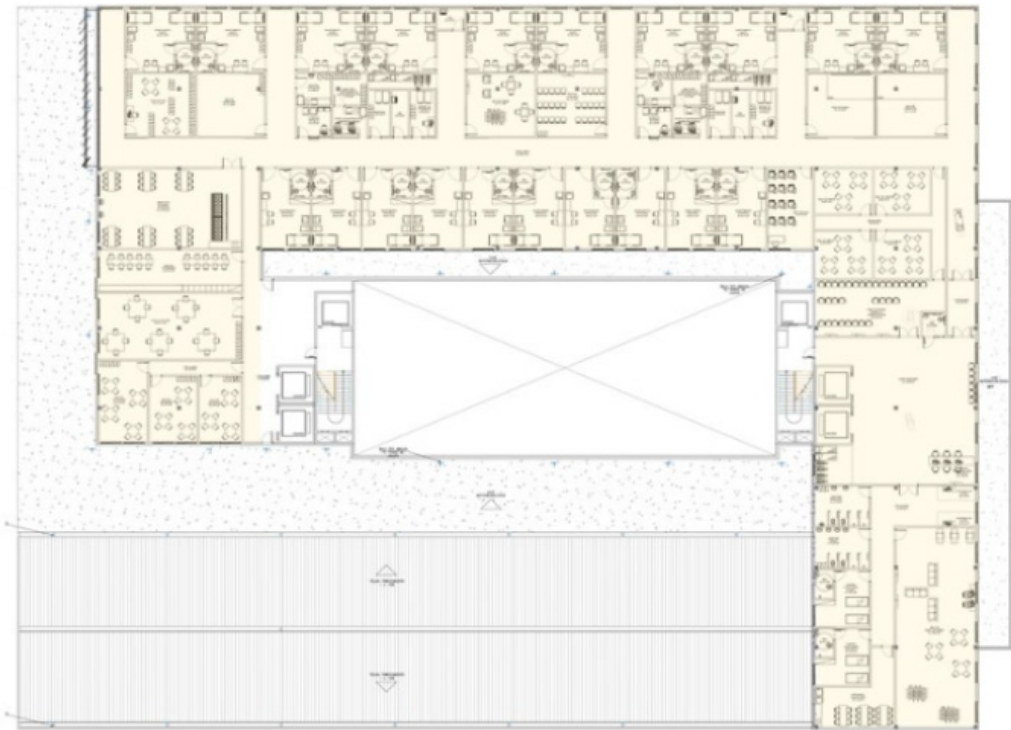
Já a unidade funcional diagnóstico e terapia (na figura em verde) conta com os setores: de Patologia Clínica, que é um setor que tem acesso tanto independente pela entrada principal, quanto pela recepção geral, já o setor de Reabilitação é um setor que tem acesso independente da edificação e estar locado próxima a patologia.



FIGURA 89- SETORIZAÇÃO PROJETUAL.
FONTE: A AUTORA, 2024.

A unidade funcional internação estar no segundo andar, mas seu acesso se dar pela entrada principal que conta com uma enorme recepção e direção de fluxo, neste vemos uma setorização que buscou preservar a segurança e bem estar dos pacientes todos os quartos tem vista para áreas verdes, e conta com ventilação e iluminação natural para melhoria do eu bem estar, já que os quartos serão locais de maior permanência, também foi optado a não instalação de va-

randas promovendo sempre a segurança do utente, as áreas de refeitório e atividades de longa duração foram instaladas em locais com enormes esquadrias, justamente para ter essa iluminação natural, outro ponto foi a instalação da área para funcionários totalmente separada preservando sua segurança e reservando seu local, uma sala de descompressão grande foi instalada com vista para a fachada principal.



LEGENDA
Atendimento Internação

FIGURA 90 - SETORIZAÇÃO PROJETUAL 2 PAV.
FONTE: A AUTORA, 2024.

7.2 FLUXOS

A respeito do fluxo, todos os setores do pavimento térreo, tem acesso ao corredor principal que dar para o jardim interno, o acesso é restrito para funcionários, e pacientes acompanhados de funcionários, o acesso trás rapidez a agi-

lidade para o fluxo intersetorial, e também entre andares, permite entrada de iluminação e ventilação natural na edificação. Além de permitir uma fuga rápida e evacuação do prédio.



FIGURA 91 - FLUXOS.
FONTE: A AUTORA, 2024.

Já o segundo pavimento conta apenas com setor que é a Internação, neste foi pensado estratégias, para fluxos rápidos e eficaz na segurança tanto do paciente como dos funcionários, por motivos de segurança nenhum quarto tem varanda ou sacada, e para ter acesso aos quartos é necessário passar pelo corredor principal, foi pensado na estratégia de um corredor grande onde a partir dele são feito os acessos, como este corredor é ponto principal para ir as acomodações e salas de atividades, é mais fácil o monitoramento do pelos os profissionais de saúde, dificultando a fuga do paciente e até mesmo a segurança. Também foi pensando a rápida evacuação em caso de emergência, por isto os elevadores e escada de emergência foram instalados na lateral.



FIGURA 92 – FLUXOS 2 PAV.
FONTE: A AUTORA, 2024.

7.3 INTERSETORIAL

Alguns setores, necessitam estarem locados próximos a outros setores que podem ser ou não da mesma unidade funcional, para que seu funcionamento seja eficaz e rápido. Assim é o caso da urgência e emergência, que pertencem a mesma unidade funcional Atendimento Imediato, mas que para seu funcionamento eficaz devem estar próximas pois caso um paciente da urgência piore pode ser transferido rapidamente para a emergência ou em caso de procedimentos específicos, por isso no projeto foram

locadas próximas.

Outro tocante é o Setor Farmácia, que é de uma unidade funcional diferente, mas que deve ser locado próximo a emergência, pois o abastecimento daquele setor deve ser feito mais rápido, isto é o funcionamento intersetorial, uma esquadria foi instalada também com acesso ao corredor principal, próximo aos elevadores, para caso haja a necessidade de abastecimento do setor internação locado no segundo andar.



FIGURA 93 – FLUXO INTERSETORIAL 1.
FONTE: A AUTORA, 2024.

Outros setores que sua locação próxima foi estratégica para o funcionamento foram a Central de material esterilizável e Processamento de Roupa próximas a Farmácia, com intuito de facilitar e traz rapidez para o funcionamento, vale ressaltar que estes setores também estão próximos da emergência.



FIGURA 94 - FLUXO INTERSETORIAL 2.
FONTE: A AUTORA, 2024.

7.4 FACHADAS



FIGURA 95. FACHADA 1
FONTE: A AUTORA, 2024.



FIGURA 96. FACHADA 2
FONTE: A AUTORA, 2024.



FIGURA 97. FACHADA 3
FONTE: A AUTORA, 2024.



FIGURA 98. FACHADA 4
FONTE: A AUTORA, 2024.

7.5 CORTES

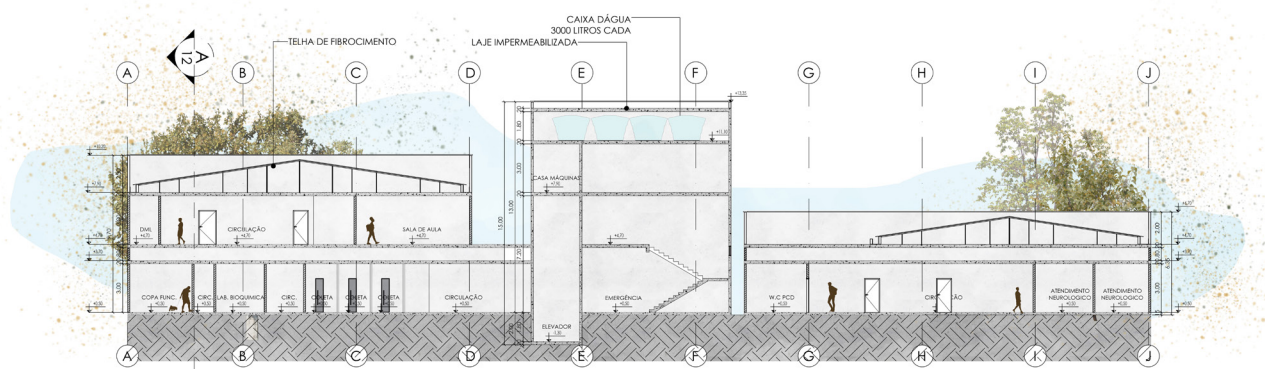


FIGURA 99. CORTE A
FONTE: A AUTORA, 2024.

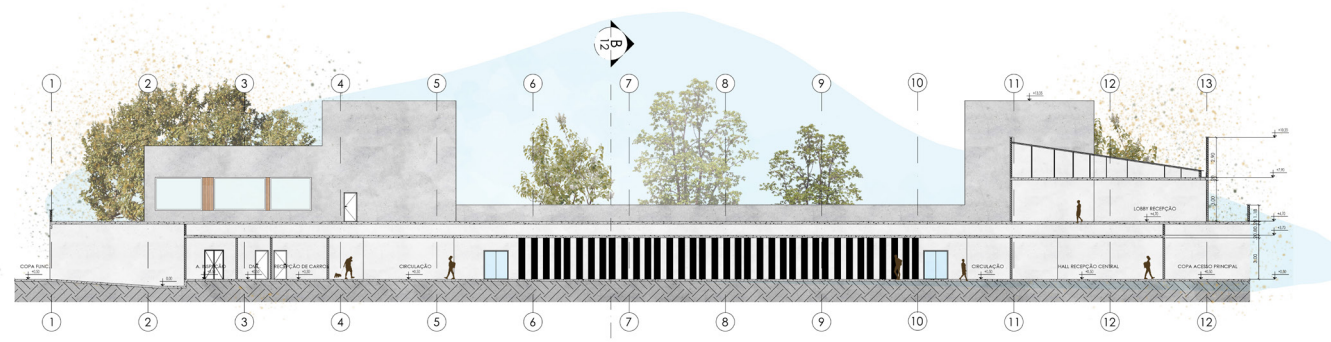


FIGURA 100. CORTE B
FONTE: A AUTORA, 2024.

7.6 PERSPECTIVAS



FIGURA 101. PERSPECTIVA 1
FONTE: A AUTORA, 2024.



FIGURA 102. PERSPECTIVA 2
FONTE: A AUTORA, 2024.



FIGURA 103. PERSPECTIVA 3
FONTE: A AUTORA, 2024.



FIGURA 104. PERSPECTIVA 4
FONTE: A AUTORA, 2024.



FIGURA 105. PERSPECTIVA 5
FONTE: A AUTORA, 2024.

8

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de reflexões acerca do termo ‘saúde’ e posteriormente a saúde mental, foram impostos objetivos neste trabalho os quais foram alcançados.

A edificação se justificou pela falta de equipamentos de saúde mental na região proposta e também déficit na rede RAPS em equipamentos desse modelo no Estado do Ceará. Considerando fatores como a redução do estigma em relação à saúde mental, o trabalho buscou enfatizar a melhoria da qualidade de vida e o fortalecimento das relações interpessoais com a criação do equipamento.

Além das pesquisas sobre: saúde mental, aumento de utentes químicos, e qualidade no desenvolvimento de ambientes a partir do Humaniza SUS, foram propostos conceitos norteadores para o desenvolvimento da edificação. A segurança tanto da perspectiva do profissional da saúde como do usuário, e o acolhimento, a partir disto foram tirados partidos da dinamização do layout possibilitando rotas de fugas e minimizado acidentes dos utentes em meio ao tratamento, criação de átrios dentro das edificações, a fim do usuário manter o contato com a natureza, trazer iluminação e ventilação natural para o edifício

BIBLIOGRAFIA

- AMARAL, Carlos Eduardo M. Rede de atenção em saúde mental no município de Fortaleza: uma análise multidimensional na perspectiva de profissionais de diferentes dispositivos. 2013. 282 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2013
- ARCHDAILY. **Centro de Reabilitação Psicossocial**. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/625185/centro-de-reabilitacao-psicossocial-otxotorena-arquitectos>. Acesso em 20 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. **Portaria Nº 251, de 31 de janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para internações psiquiátricas na rede do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília - DF, v. 1, 01 maio de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, dezembro de 2011.
- BRASIL. Ministério das Cidades. **O que são equipamentos públicos (urbanos e comunitários)?** gov.com [site], 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/cidades/pt-br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/desenvolvimento-regional/reabilitacao-de-areas-urbanas/5-o-que-sao-equipamentos>. Acesso em: 09 nov. 2023.
- BRASIL. **Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS**. gov.com [site], 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o,entre%20gestores%2C%20trabalhadores%20e%20usu%C3%A1rios>. Acesso em: 17 set. 2023.

- CARVALHO, Ícaro. **Cocaína apreendida nos portos do Nordeste é avaliada em R\$ 5 bilhões, Tribuna do Norte [site]**. 2020. Disponível em: <http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/cocaa-na-apreendida-nos-portos-do-nordeste-a-avaliada-em-r-5-bilha-es/566130>. Acesso em 30 ago. 2023.
- CHEUICHE, Edson Medeiros. **120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um pouco de sua história**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 26, p. 119- 120, 2004.
- COSTA, Pedro Henrique Antunes. **Há espaço para a redução de danos em políticas antidrogas? Insurgência: revista de direitos e movimentos sociais**, v. 7, n. 1, p. 226-242, 2021.
- COSTA, Alana. **Neuroarquitetura aplicada a centros de atenção psicossocial**. CAPS. 2022.
- COSTA, Pedro Henrique Antunes. **“Museu de grandes novidades”: A nova-velha política antidrogas no Brasil**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Brazilian Journal of Mental Health, v. 14, n. 39, p. 01-25, 2022.
- CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et al. **Educação popular e prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas: tecendo algumas aproximações**. Universidade Federal da Paraíba. Revista Temas em Educação, v. 28, n. 1, p. 247, 2019.
- CUNHA, Ríclia Nóbrega. **Políticas antidrogas no brasil: os fundamentos do antiproibicionismo à luz da crítica criminológica**. Portal de Trabalhos Acadêmicos, v. 8, n. 3, 2021.
- CARLINI, E.A. II **Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. Brasília: SENAD, 2007.
- CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Perfil Municipal – Tema VII: Distribuição Espacial de Renda Pessoal**. Informe nº 42, outubro 2012.
- CEARÁ. HSM: **O hospital. Secretaria da saúde, Governo do Estado do Ceará, HSM**. ce.gov [site], 2023. Disponível em: <https://www.hsm.ce.gov.br/o-hospital/>. Acesso em: 17 set. 2023.
- CNM. Confederação Nacional de Municípios. **A Situação do Crack nos Municípios Brasileiros**. Porto Alegre – RS. **CNM.org [site]**, 2011. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/A%20situa%C3%A7%C3%A3o%20do%20crack%20nos%20Munic%C3%ADpios%20brasileiros_2011.pdf. Acesso em 05 de set. 2023

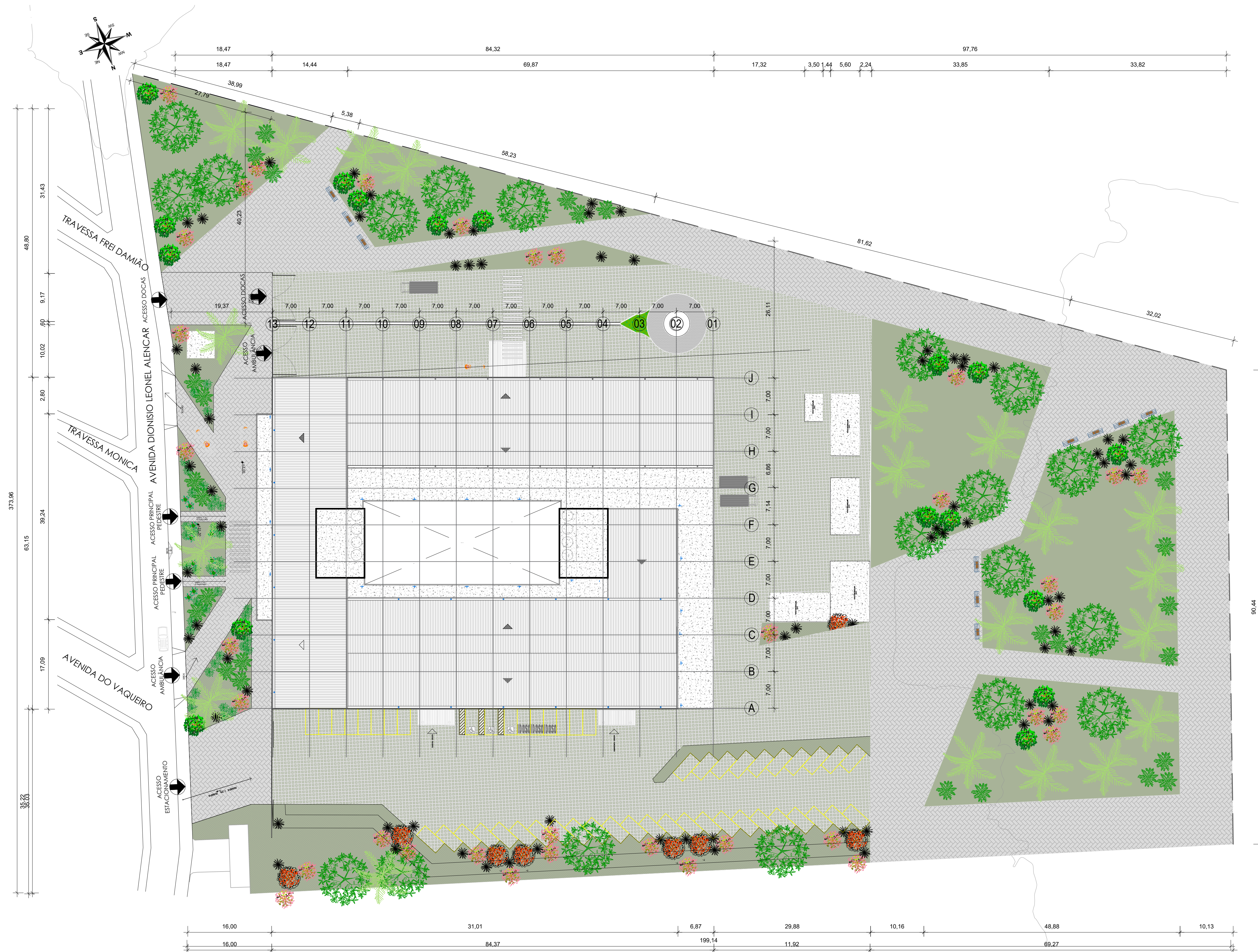
- COSTA, Selma Frossard. **As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química**. Serviço Social em Revista, v. 11, n. 2, p. 1-14, 2018.
- FERNANDES, Ivan Filipe de Almeida Lopes et al. **Os avanços e retrocessos na implementação da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS: Análise da Expansão dos Serviços**. Revista Internacional de Debates da Administração & Públicas- RIDAP, v. 6, n. 1, p. 1-21, 2021.
- FERREIRA, Gabriela da Silva. **Economia política das drogas: uma análise da geopolítica do tráfico da cocaína**. 2020. 116 f. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) – Instituto de Ciências Sociais e Aplicadas, Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2020.
- FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza Secretaria de Governo. **Entenda a nova territorialização administrativa de Fortaleza**. Fortaleza. fortaleza.ce.org [site], 2021. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/entenda-a-nova-territorializacao-administrativa-de-fortaleza>. Acesso em: 28 out. 2023.
- FORTALEZA. **Lei Nº 7987, de 23 de dezembro de 1996**. Dispõe sobre o uso e a ocupação do solo no município de Fortaleza, e adota outras providências. Fortaleza, CE: Diário Oficial do Município, 1990.
- FORTALEZA. **Lei Complementar Nº 236, de 11 de agosto de 2017**. Dispõe sobre o uso e a ocupação do solo no município de Fortaleza, e adota outras providências. Fortaleza, CE: Diário Oficial do Município, 2017.
- FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- GAZZONI, Márcia. **Centro de Reabilitação Para Dependentes Alcoólicos em Cuiabá, MT**. 2020. 153f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo) – Centro Universitário de Várzea Grande, Várzea Grande, 2020.
- GONÇALVES, Ana Beatriz Balbino. **CAPS (Centro de Atenção Psicossocial): A criação de um novo lugar social para pessoas em sofrimento mental em Campos do Jordão**. 2022, 337 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Arquitetura e Urbanismo), Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Pontifícia Universidade Católica de campinas, São Paulo,

2022.

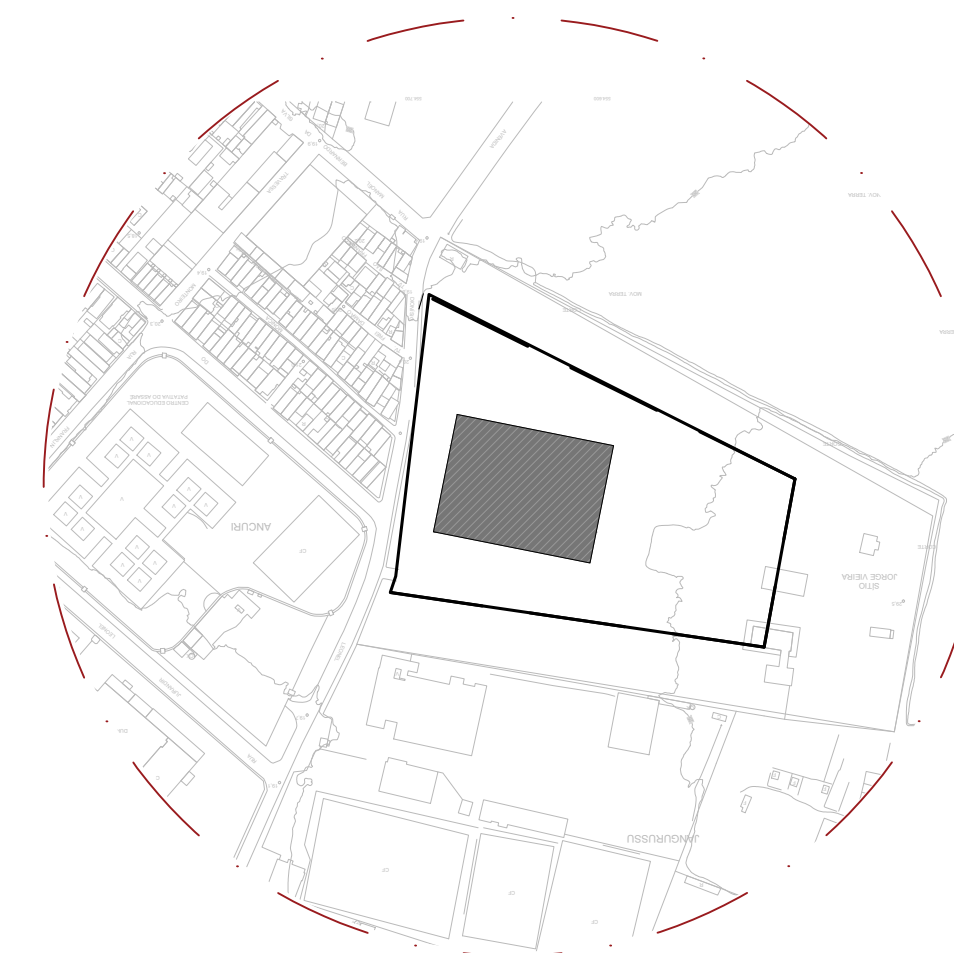
- GUIMARÃES, Marília Duarte; DE OLIVEIRA ALVES, Laís Regina. **Tudo foi a gente indo atrás: histórias e memórias de uma moradora indígena sobre o Jangurussu**. Ensino em Perspectivas, v. 2, n. 4, p. 1-12, 2021.
- GÜNTHER, Hartmut. **Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 22, p. 201-209, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010>. Acesso em 04 set. 2023.
- HDOWN-FRANKS, Garcia. **Emplaced, relational and therapeutic? An exploration of parkrun's role in mental health recovery**. 2022, 120 f. Tese (Doutorado). University of Toronto –Canada, 2022.
- LEÃO, Ana Cláudia Alves et al. **Consumo de álcool em professores da rede pública estadual durante a pandemia da COVID-19**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 71, p. 5-15, 2022.
- LEITNER, Andrea D'Angelo; PINA, Silvia Mikami. **Arquitetura sob a ótica da humanização em ambientes de quimioterapia pediátrica**. Ambiente Construído, v. 20, p. 179-198, 2020.
- KOPEC, Dak. **Environmental Psychology for design**. New York: Fairchild Publications Inc., 2006.
- LIMA, L. **Drogas e sociedade: questionando a proibição e combatendo o preconceito à luz do conhecimento científico**. Drogas: o que sabemos sobre, v. 1, 2021.
- LIMA, Aline Gonçalves dos. **Tráfico de pessoas: políticas de enfrentamento à luz do UNODC**. 2022. 51 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.
- MARTINS, Laura Bezerra et al. **O conceito de wayfinding na concepção de projetos arquitetônicos: Interdisciplinaridade a serviço da inclusão**. ARCHITECTON-Revista de Arquitetura e Urbanismo, v. 4, n. 6, 2014.
- MEDEIROS, Luciana. **Arquitetura e privacidade em edifícios de atenção à saúde: considerações sobre pesquisa e projeto**. Revista Projetar-Projeto e Percepção do Ambiente, v. 4, n. 2, p. 49-60, 2019.

- MORAES, Leila Memória Paiva; BRAGA, Violante Augusta Batista. **O adolescente e as drogas psicoativas: uma abordagem conceitual**. Revista Rene, v. 4, n. 2, p. 10, 2003.
- MOSER, Gabriel. **Introdução à Psicologia Ambiental: pessoa e ambiente**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2018.
- NASCIMENTO, T. **Fortaleza tem apenas dois leitos psiquiátricos ativos em hospital geral**. Diário do Nordeste [site]. Fortaleza, 24 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/fortaleza-tem-apenas-dois-leitos-psiquiaticos-ativos-em-hospital-geral-1.2067518> Acesso em: 05 dez. 2023.
- NICHOLSON, Abigail. **A Best Practices Guideline for Healing Gardens: An Analysis of Design Principles, Modern Herbals, and 19th-Century English Asylum Landscapes**. 2023. Thesis (Master of Landscape Architecture). University of Guelph, Ontario, Canada, 2023.
- OLIVEIRA, Andressa de; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. **Patient safety in a general hospital's psychiatric hospitalization unit: a phenomenological study**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 55, 2021.
- QUINTAS, Ana Caroline de Moraes Oliveira; TAVARES, Priscilla dos Santos Peixoto Borrelli. **Entre CAPS AD e Comunidades Terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um CAPS AD**. Saúde em Debate, v. 44, p. 198-209, 2021.
- RIO GRANDE DO SUL. **IPHAe - Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico do Estado, Governo do Estado do Rio Grande do Sul**. IPHAe.com [site], 2023. Disponível em: <https://www.iphae.rs.gov.br>. Acesso em 15 set. 2023.
- SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2020.
- SEBBEN, Victória Andreis et al. **Espaços criativos para a humanização da internação pediátrica**. PARC Pesquisa em Arquitetura e Construção, v. 14, p. 1-12, 2023.
- SILVA, Solange Ferreira; SILVA, Diego. **Como a psicoterapia de grupos pode auxiliar no tratamento de pacientes dependentes químicos**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 9, n. 6, p. 2224-2243, 2023.

- SILVA, Beatriz Figueredo et al. **Acolhimento terapêutico a dependentes químicos do álcool: Relações familiares.** Acta Scientiae et Technicae, v. 8, n. 2, p. 163-184, 2021.
- SOARES, Marcos Hirata et al. **Conceito psicológico de otimismo e uso de drogas entre estudantes de enfermagem.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 24, p. 393-399, 2011.
- SOARES, Edite Rute dos Santos. **Janela da mente: a influência da arquitetura na saúde mental**, 2019, 120 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Arquitetura) – Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade de Coimbra, Portugal, 2019.
- SOUZA, Olívia Egger de et al. **Tratamento e reabilitação de usuários de CAPS-AD sob a perspectiva dos profissionais do serviço.** Saúde em Debate, v. 37, p. 171-184, 2023.
- SSPDS. Secretária de Segurança Pública e Defesa Social. **Mais de Cinco toneladas de drogas foram apreendidas no Ceará em 2022.** ssps.com [site], 2022 Disponível em: <https://www.sspds.ce.gov.br/2023/01/09/mais-de-cinco-toneladas-de-drogas-foam-apreendidas-no-ceara>. Acesso em 30 ago. 2022
- TATMATSU, Daniely Ildegardes Brito; SIQUEIRA, Carlos Eduardo; PRETTE, Zilda Aparecida Pereira Del. **Políticas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil e nos Estados Unidos.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, p. e00040218, 2019.
- TEIXEIRA, Paulo Tadeu Ferreira. CAPS AD: **A Relevância dos Serviços e as Contribuições da Psicologia.** Revista de psicologia, v. 15, n. 54, p. 699-712, 2021.
- ULRICH, Roger S. **Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research.** In: Journal of Health Care Interior Design: Proceedings from the...Symposium on Health Care Interior Design. Symposium on Health Care Interior Design. 1991. p. 97-109.
- UNODC. **O UNODC e a resposta às drogas.** Disponível em: <https://www.unodc.org/lpobrazil/pt/drogas/index.html>. Acesso em 30 ago. 2023.
- VALOTA, Jaqueline Herrero; HABERLAND, Débora Fernanda. **O ambiente e humanização: contribuições da arquitetura hospitalar na humanização setor de pediatria.** Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 1, p. 474-494, 2022.
- VIEIRA, Gisele Lacerda Chave. **Agressão física contra técnicos de enfermagem em hospitais psiquiátricos.** Revista Brasileira de saúde ocupacional, v. 42, p. e8, 2017.



01 PLANTA IMPLANTAÇÃO
ESC.: 1/400



02 PLANTA SITUAÇÃO
ESC.: 1/4000

QUADRO DE PISOS	
	PISO INTERTRAVADO CINZA COM PAGINAÇÃO ESPINHA DE PEIXE
	CONCREGRAMA
	GRAMA ESMERALDA

QUADRO DE ÁREAS	
MACROZONA	ZOM 2
ÁREA DO TERRENO	52.000 m²
ÁREA CONSTRUÍDA TOTAL	8.336,89 m²
ÁREA CONSTRUÍDA 1 PAV.	5.629,71 m²
ÁREA CONSTRUÍDA 2 PAV.	2.707,18 m²
ÁREA ATENDIMENTO IMEDIATO	1.064,15 m²
ÁREA INTERNAÇÃO	1.927,23 m²
ÁREA DIAGNOSTICO E TERAPIA	805,83 m²
ÁREA APOIO TECNICO	244,73 m²
ÁREA APOIO LOGISTICO	869,02 m²
ÁREA ADMINISTRATIVO	277,09 m²
ÁREA HOSPEDARIA	3.407,25 m²
ÁREA TOTAL CIRCULAÇÃO	2.332,51 m²
NÚMERO DE VAGAS VEICULO	51
NÚMERO DE VAGAS PCD E IDOSO	5
NÚMERO DE VAGAS MOTO	5
TAXA DE OCUPAÇÃO	EXIG.: 40% – UTIL: 22%
TAXA DE PERMEABILIDADE	EXIG.: 50% – UTIL: 78%
TAXA DE APROVEITAMENTO	MIN.: 1 – UTIL: 1.2
ALTURA MAXIMA	ATÉ.: 48M – UTIL: 8,54M

ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PROJETO
PROJETO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

ORIENTADOR(A)
ALESSON MATOS

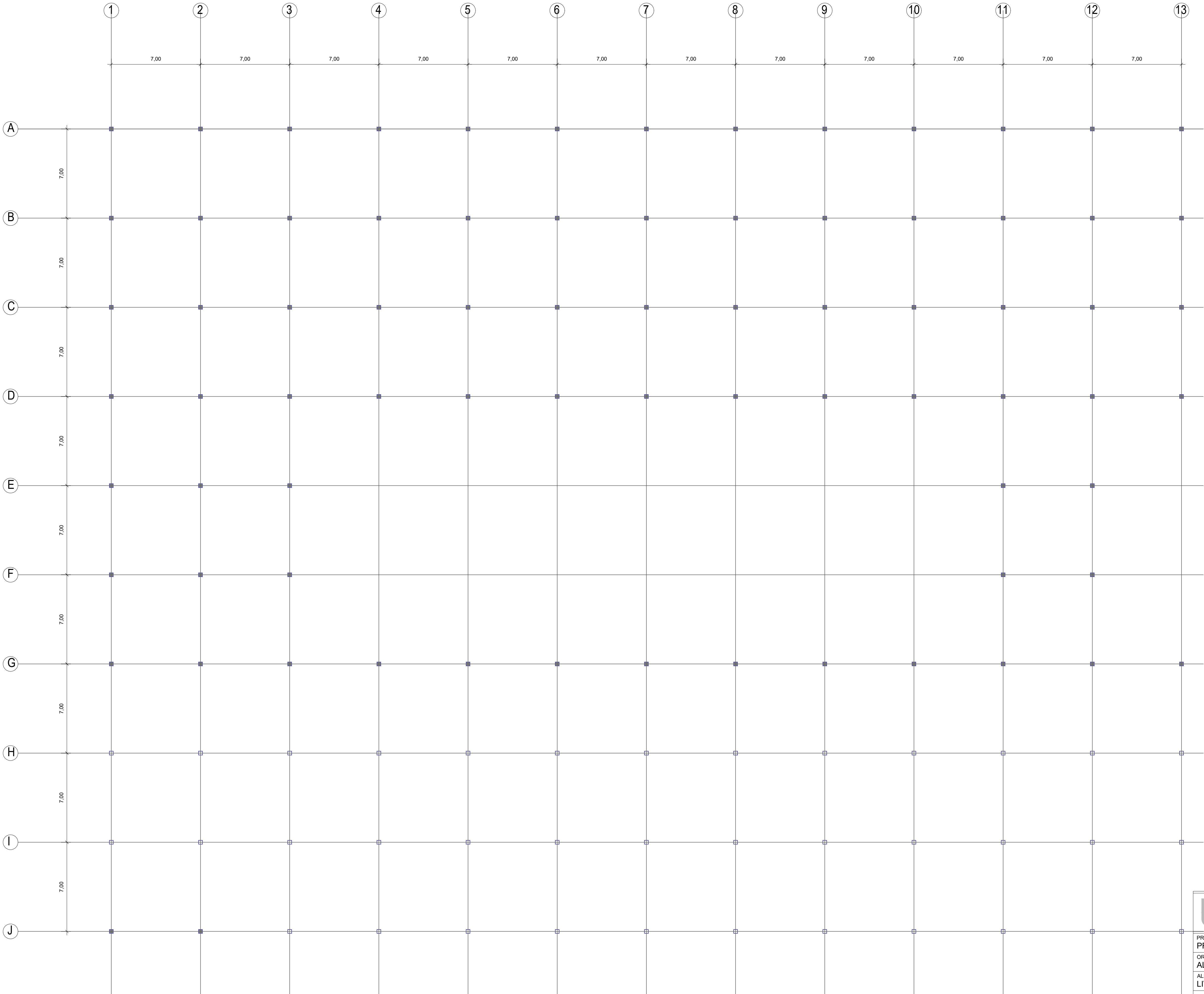
ALUNO(A)
LÍVIA OLIVEIRA MESQUITA

DESENHO DA PRANCHA
PLANTA DE IMPLANTAÇÃO
PLANTA DE SITUAÇÃO


1/400
1/4000

TURMA
PRANCHA
01/11

ARQUIVO
2024.1



01 LANÇAMENTO DE PILARES
ESC.: 1/150



ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PROJETO
PROJETO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

ORIENTADOR(A)
ALESSON MATOS

ALUNO(A)
LÍVIA OLIVEIRA MESQUITA

DESENHO DA PRANCHA
LANÇAMENTO DE PILARES

ARQUIVO

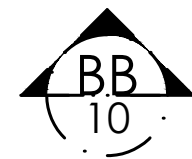
TURMA

PRANCHA

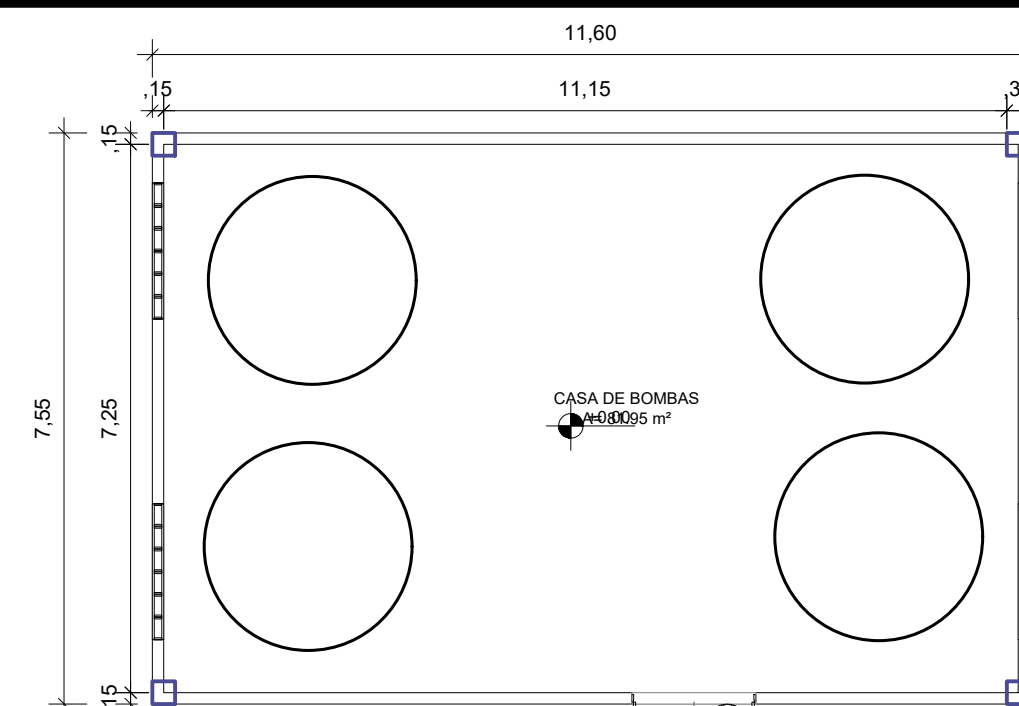
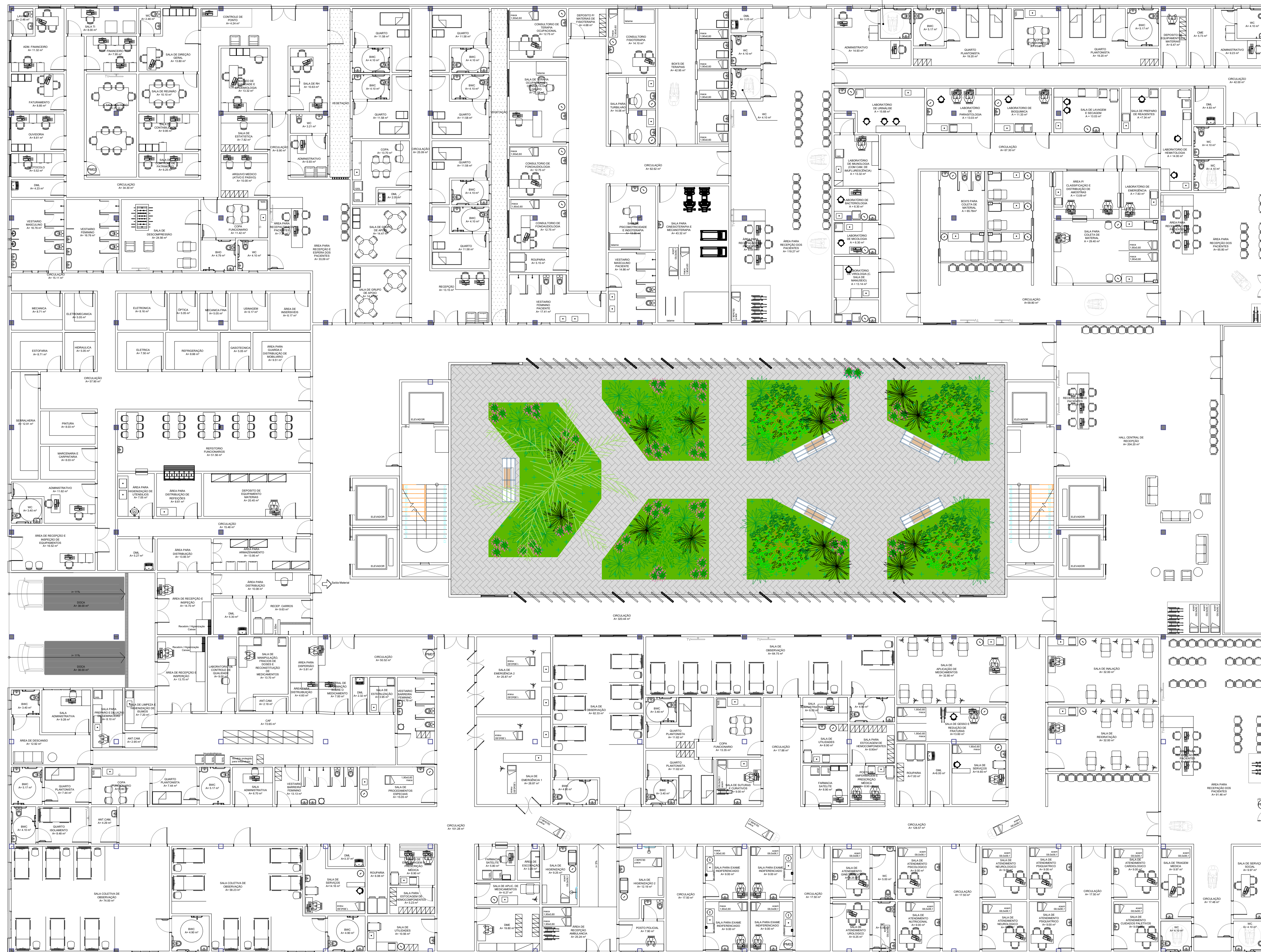
DATA
2024.1

1/150

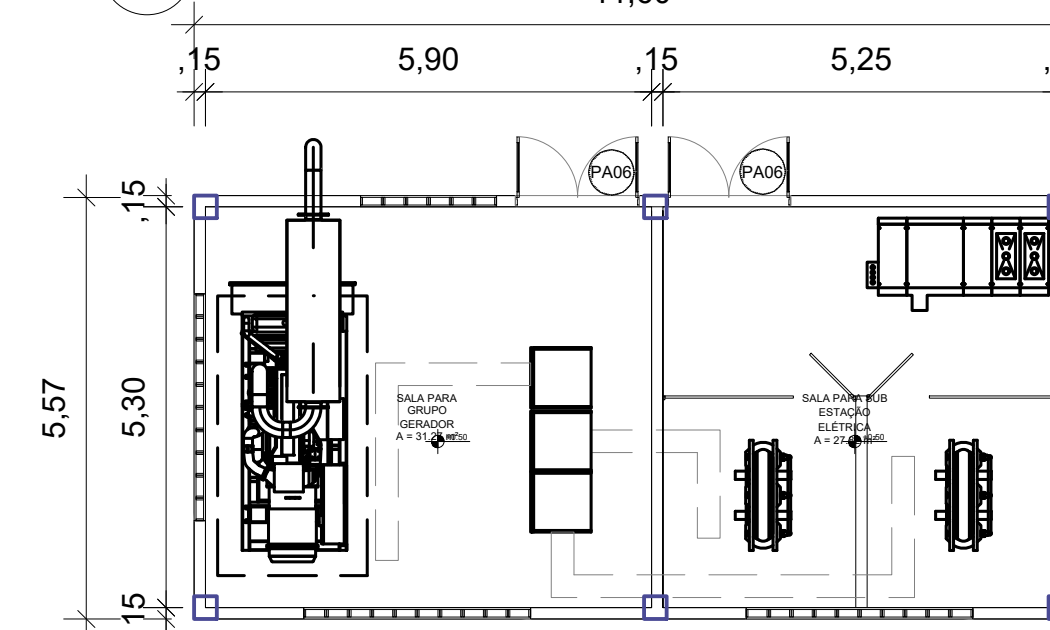
02/11



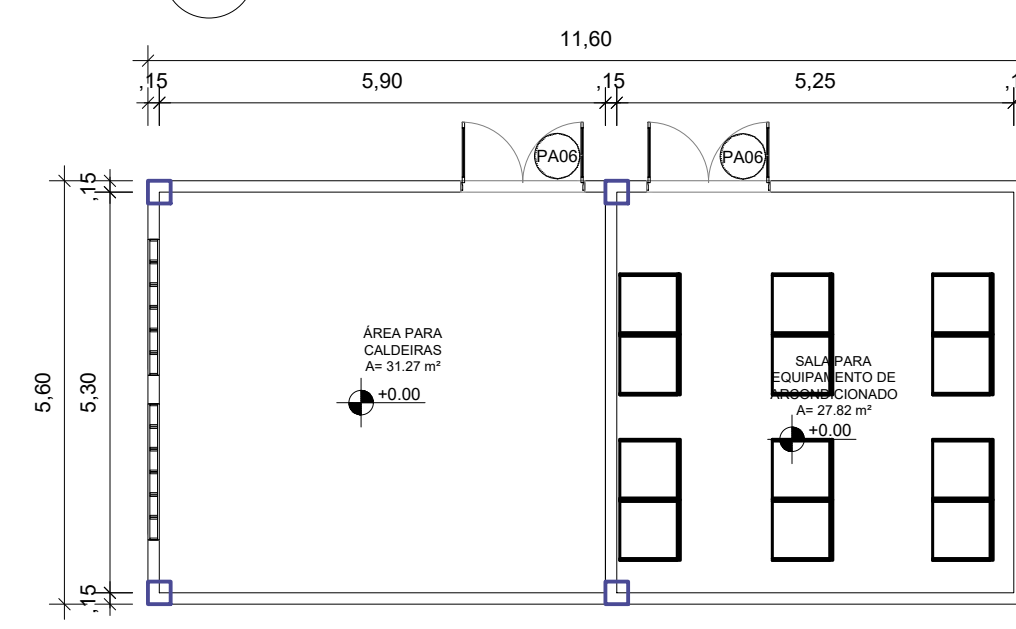
QUADRO DE ESQUADRIAS							
NOM	QTDE	LARG	ALT	PEIT	FLS	MOV	
24 04 em 254 Norees com pintura acrílica cor branco neve ou similar, fix							
CB01	2	1,65	2,500	0,200	-	FIXO	Combogi tipo lã de argemosa preenchida 24 04 em 254 Norees com pintura acrílica cor branco neve ou similar, fix
JA01	44	0,600	0,800	0,01	MAX		Alumínio com pintura eletrolítica branca e Vitrô blindado incolor, com o fechamento em chave retêtil
JA03	5	1,200	0,600	1,800	02	MAX	Alumínio com pintura eletrolítica branca e Vitrô blindado incolor, com tranca em chave retêtil
JA04	5	1,800	0,600	1,800	03	MAX	Alumínio com pintura eletrolítica branca e vitrô blindado incolor, com tranca em chave retêtil
JA05	92	1,800	1,400	1,000	02	CORREIR	Alumínio com pintura eletrolítica branca e Vitrô blindado incolor, bandeirada com vitrô blindado e tranca com chave retêtil
JA06	2	1,000	1,100	1,100	01	FIXO	Visor com perfil de alumínio com pintura eletrolítica branca com vitrô incolor e blindado
JA07	5	1,500	1,400	1,000	02	CORREIR	Alumínio com pintura eletrolítica branca e Vitrô blindado incolor e Ø bandeirada
PM01	4	0,700	2,100	0,000	01	ABSR	Porta em madeira maciça de refortalecimento com MDF e laminado melamínico no cor branco falso
PM02	189	0,800	2,100	0,000	01	GIRO	Porta em madeira maciça de refortalecimento com MDF e laminado melamínico na cor branco falso
PM03	54	0,900	2,100	0,000	01	GIRO	Porta em madeira maciça de refortalecimento com MDF e laminado melamínico na cor branco falso, com barras acessíveis em aço inox
PM04	3	1,400	2,100	0,000	02	GIRO	Porta em vidro temperado incolor e ferragens em aço inox
PM05	30	1,100	2,100	0,000	01	GIRO	Porta em madeira maciça de refortalecimento com MDF e laminado melamínico na cor branco falso com visor de vidro blindado
PM06	12	1,200	2,100	0,000	02	GIRO	Porta em madeira maciça de refortalecimento com MDF e laminado melamínico na cor branco falso
PM07	28	1,600	2,100	0,000	02	GIRO	Porta em madeira maciça de refortalecimento com MDF e laminado melamínico na cor branco falso com visor de vidro blindado
PM08	4	1,600	2,450	0,000	01	GIRO	Porta em vidro blindado incolor e ferragens em aço inox
PM09	3	5,700	2,400	0,000	04	GIRO FIO	Porta em vidro blindado incolor e ferragens em aço inox
PM10	4	1,200	1,650	0,000	02	ABSR	Porta com 1/4 fio
PM11	11	1,000	2,100	0,000	01	CORREIR	Porta em madeira maciça de refortalecimento com MDF e laminado melamínico na cor branco falso com visor de vidro blindado
V01	1	1,000	1,100	1,100	01	FIXO	Visor com perfil de alumínio com pintura eletrolítica branca com vitrô 10mm incolor e blindado



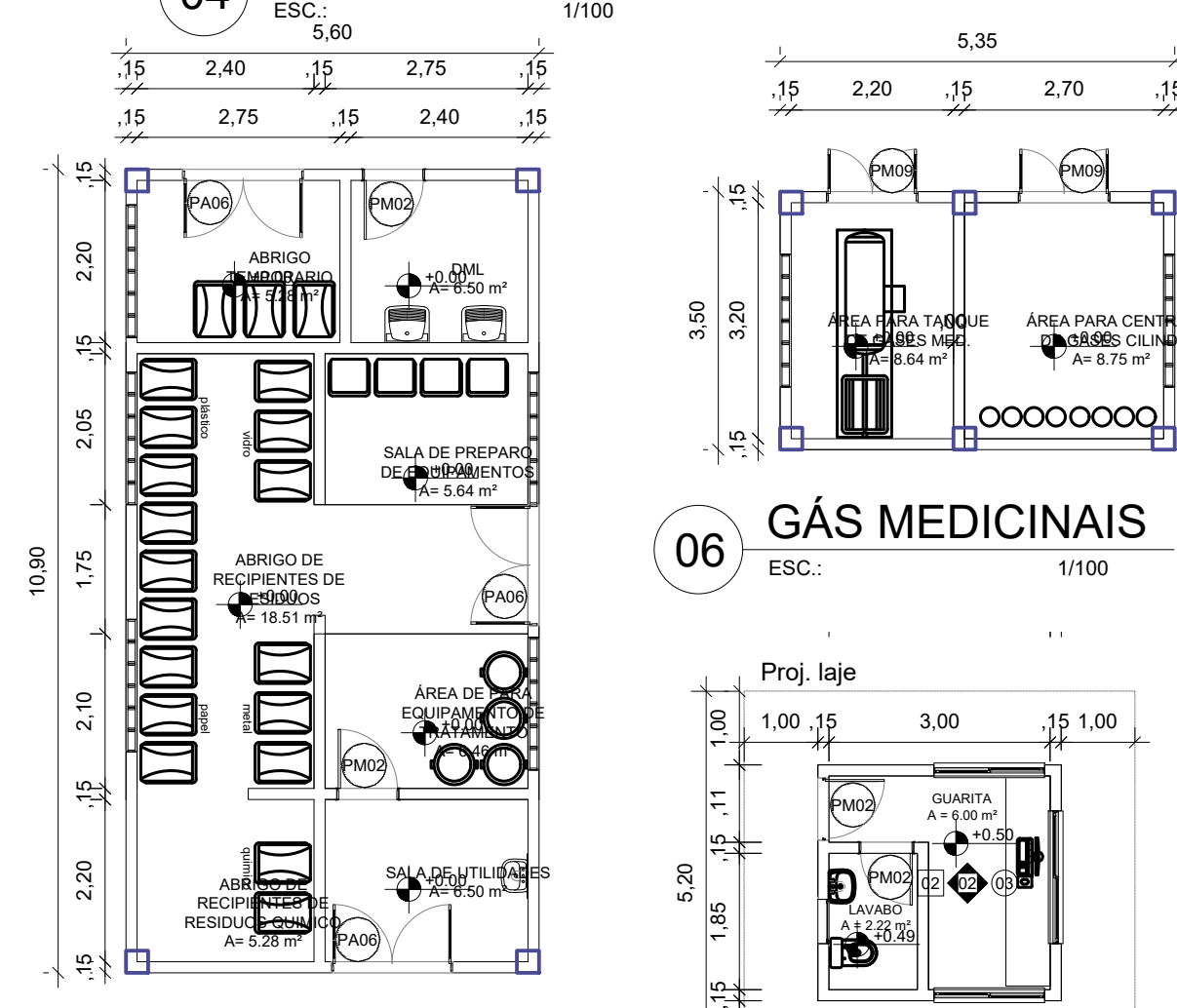
02 PLANTA CASA DE BOMBAS



03 SETOR ENERGÉTICO



04 SETOR CLIMATIZAÇÃO




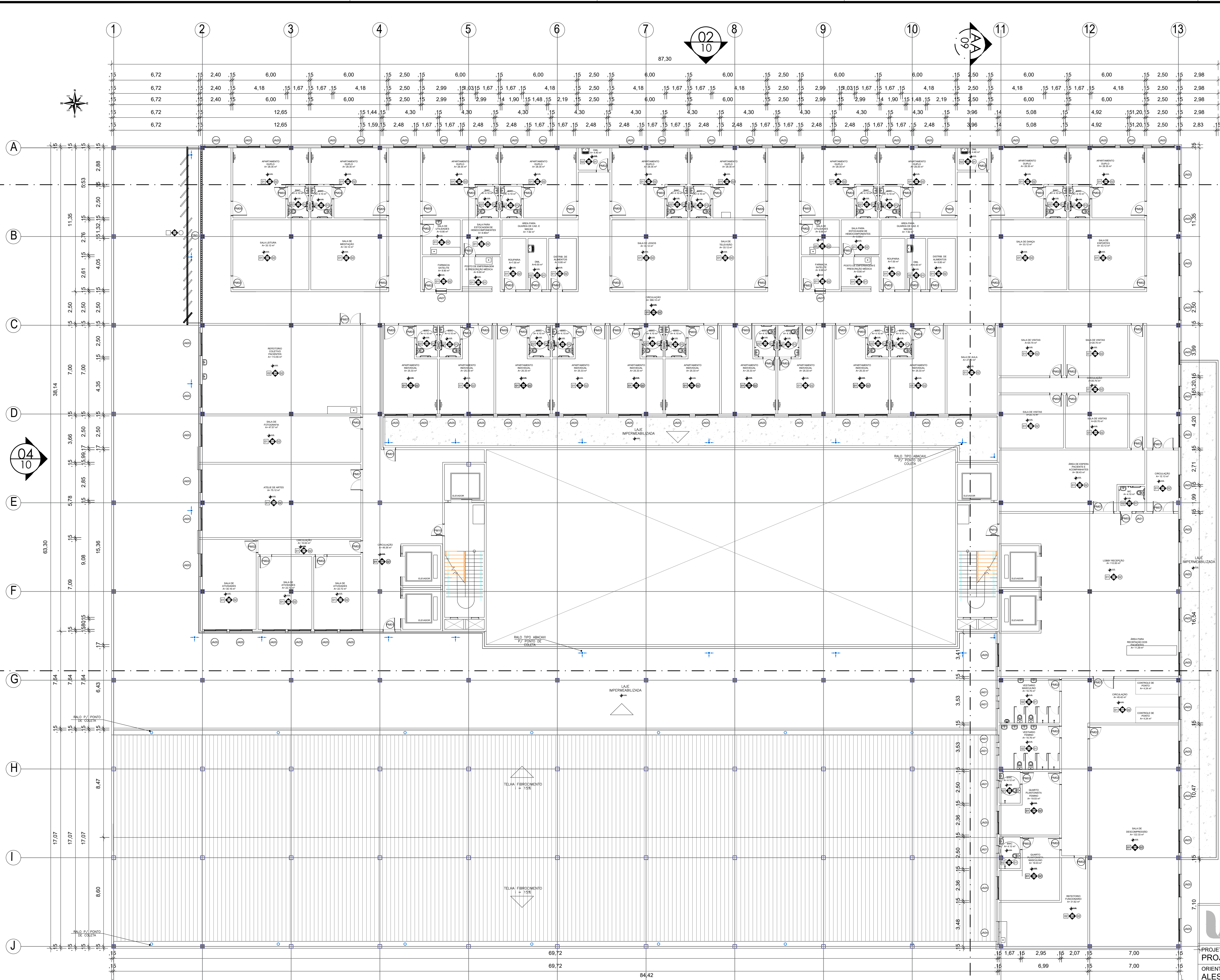
06 GÁS MEDICINAIS

05 SETOR HIGIENE

07 GUARITA

01 PLANTA LAYOUT- TÉRREO

<div></div> <div>ARQUITETURA E URBANISMO</div> <div>TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO</div>			
PROJETO			
PROJETO DE CONCLUSÃO DE CURSO II			
ORIENTADOR(A)			TURMA
ALESSON MATOS			
ALUNO(A)			PRANCHA
LIVIA OLIVEIRA MESQUITA			
DESENHO DA PRANCHA			04/11
PLANTA LAYOUT- TÉRREO			
ANEXOS			
ARQUIVO			DATA
			2024.1



LEGENDA DE REVESTIMENTOS	
	PISO
01	PORCELANATO ESMALTADO COEFICIENTE ATÍRTO = 0,4, BORDAS MARMÔ BRANCO ELIANE OU SIMILAR, ROUPAÇÊ 8 x 10 cm DA MESMA LINHA, CAIXO INDICADO EM PAGINAÇÃO DE PISO (AMBIENTES COM PAREDES COM PINTURA)
02	CERÂMICA ACETINADA BR 45x45cm COR BRANCA CARDO PLUS ELIANE OU SIMILAR, ROUPAÇÊ 8x45cm DA MESMA LINHA
03	MANTA VINÍLICA HOMOGÊNEA ISO 3443, PUR REFORÇADO, 2mm TARKETT FADMAC ECLIPSE PREMIUM SPIRIT OU SIMILAR NA COR VERDE, COM RODAPÊ BOLEADO DE 7,5 cm
04	MANTA VINÍLICA HOMOGÊNEA, ATE 2 mm, TIPO TARKETT FADMAC TORDO SC OU SIMILAR, COR VERDE, COM ATERRAMENTO EM FIO DE COBRE DESPATIVADO ESTATICO CONSTANTE, FIXADO COM ADESIVO CONDUTIVO, RODAPÊ HOSPITALAR DE SOBREPOR 30/70
05	PORCELANATO ANTEERRAPANTE, COEFICIENTE ATÍRTO = 0,5, 60x60cm MARMÔ MARFIM EXT ELIANE OU SIMILAR
06	PISO INTERTRAVADO, UNISTEN 16 FACES, VÍDEO-PRENSADO, PARA ALTO TRAFEGO, 35MPa 8cm NA COR CINZA NATURAL OU SIMILAR
07	PISO CIMENTADO RUSTICO 20MM COM JANTA BECA A CADA 1,20M
PAREDE E REVESTIMENTOS EXTERNOS	
01	PINTA ACRILICA ACETINADA COR BRANCO GELDO, TIPO SHERWIN WILLIAMS LINHA TOTAL CARE, PAREDES E TETOS OU SIMILAR
02	CERÂMICA ACETINADA BR 33,5x50cm FORMA BRANCO OU SIMILAR
03	COMBINADO CERÂMICA BR MONOPOROSA 33,5x50cm FORMA BRANCO ELIANE OU SIMILAR, ATE H = 100,0 cm + BATE-AMACAS EM PVC OU SIMILAR + PAREDE DE ATÉ 0,70 TETO
04	PINTA ACRILICA SEM-BRILHO SHERWIN WILLIAMS STANDARD NOVACOR, OU SIMILAR NA COR BRANCO GELDO
05	TEXTURA ACRILICA NA COR CINZA CLARO SIVINE, OU SIMILAR
06	TEXTURA ACRILICA NA COR BRANCA SIVINE, OU SIMILAR
07	BRISSE LINEAR EM ALUMINIO LC 100 PORTA-PANEL 40° NATURAL, OU SIMILAR
TETO	
01	FORRO GESSO ACARTONADO ESTRUTURADO MONOLITICO, 4 = 12,0 mm, 1200 mm, COM PERFIL DE AÇO GALVANIZADO COM PINTURA LATEX PVA BRANCA, TIPO KNAUF D115 UNIDIRECCIONAL, FIE 57 OU SIMILAR
02	FORRO DE GESSO ACARTONADO REMOVÍVEL, FIBR 6,5mm COM PELÍCULA DE PVC COM PERFIL 1 EM AÇO GALVANIZADO NA COR BRANCA 65x60x9mm KNAUF TECHNIFFOR BORDA QUADRADADA OU SIMILAR, FORRO 61 NA BORDA
03	FORRO TECNOS EM PVC - TEC 251 (200x100x9 - 1,50kg/m²) BRANCO GELDO 156 OU SIMILAR (Banheiros portais)
04	LALJE EM CONCRETO COM ACABAMENTO EM TEXTURA ACRILICA PREMIUM, TIPO SHERWIN WILLIAMS, NA COR BRANCO NEVE OU SIMILAR
05	ESTRUTURA METÁLICA APARENTE

LEGENDA DE ALVENARIAS / DIVISÓRIAS	
	DRYWALL KNAUF W11 100/70 OU SIMILAR COM MONTANTES DUPLAS A CADA 600mm COM DUAS CHAPAS DE 15mm COM MANTA DE LAJE POLIESTER 100mm (VER NOTA 3)
	TIJOLO CERÂMICO 6 FURADO (190x190x60mm)

NOTA:
1. Todas as medidas devem ser confirmadas no local.
2. As dimensões estão cotadas no eixo das alvenarias e cantos de estruturas em osso.
3. De acordo com o fabricante do bate-macac, existe a necessidade de um reforço interno no drywall para sua adequada fixação. Ver plantas de bate-macac.

QUADRO DE ESQUADRIAS							DESCRIÇÃO
NOM	QTD	LARG	ALT	PEIT	FLS	MOV	
CB01	2	15	2.500	0.200	-	FIXO	Combogê tipo tira de argamassa prensada 24 x 24 cm 25A Tecores com pintura acrílica cor branco neve de 5mm, fixo
JA01	44	0.600	0.600	1.800	01	MAX	Alumínio com pintura eletrolítica branca e Vidro blindado incolor, com o fechamento em chave retraiável
JA02	5	1.200	0.600	1.800	02	MAX	Alumínio com pintura eletrolítica branca e Vidro blindado incolor, com o fechamento em chave retraiável
JA04	5	1.800	0.600	1.800	03	MAX	Alumínio com pintura eletrolítica branca e Vidro blindado incolor, com tranca em chave retraiável
JA05	92	1.800	1.400	1.000	02	CORRER	Alumínio com pintura eletrolítica branca e Vidro blindado incolor, com tranca em chave retraiável
JA06	2	1.000	1.000	1.100	01	FIXO	Visor com perfil de alumínio com pintura eletrolítica branca com vidro incolor e blindado
JA07	5	1.500	1.400	1.000	02	CORRER	Alumínio com pintura eletrolítica branca e Vidro blindado incolor c/ Blindado
PM01	4	0.700	2.100	0.000	01	ABRIR	Porta em madeira maciça de reflorestamento com MDF e laminado melamínico na cor branco favela
PM02	189	0.800	2.100	0.000	01	GIRO	Porta em madeira maciça de reflorestamento com MDF e laminado melamínico na cor branco favela
PM03	54	0.900	2.100	0.000	01	GIRO	Porta em madeira maciça de reflorestamento com MDF e laminado melamínico na cor branco favela, com barras acessíveis em aço inox
PM04	1	1.400	2.100	0.000	02	GIRO	Porta em vidro temperado incolor e ferragens em aço inox
PM05	30	1.100	2.100	0.000	01	GIRO	Porta em madeira maciça de reflorestamento com MDF e laminado melamínico na cor branco favela com visor de vidro blindado
PM06	12	1.200	2.100	0.000	02	GIRO	Porta em madeira maciça de reflorestamento com MDF e laminado melamínico na cor branco favela
PM07	28	1.600	2.100	0.000	02	GIRO	Porta em madeira maciça de reflorestamento com MDF e laminado melamínico na cor branco favela com visor de vidro blindado
PM08	4	1.600	2.450	0.000	02	GIRO	Porta em vidro blindado incolor e ferragens em aço inox
PM09	3	5.700	2.400	0.000	04	GIRO/FIXO	Porta em vidro blindado incolor e ferragens em aço inox
PM10	4	1.200	1.600	0.000	02	ABRIR	Porta corta fogo
PM11	11	1.000	2.100	0.000	01	CORRER	Porta em madeira maciça de reflorestamento com MDF e laminado melamínico na cor branco favela com visor de vidro blindado
V01	1	1.000	1.000	1.100	01	FIXO	Visor com perfil de alumínio com pintura eletrolítica branca com vidro 10mm incolor e blindado

ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PROJETO
PROJETO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

ORIENTADOR(A)
ALESSON MATOS

ALUNO(A)
LIVIA OLIVEIRA MESQUITA

DESENHO DA PRANCHA
PLANTA 1º PAVIMENTO

1/150

ARQUIVO

FORMATO A1

TURMA

PRANCHA

05/11

DATA

2024.1



01 PLANTA LAYOUT 1º PAVIMENTO

ESC.: 1/150

ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PROJETO
PROJETO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

ORIENTADOR(A)
ALESSON MATOS

ALUNO(A)
LÍVIA

DESENHO DA PRANCHA

PLANTA LAYOUT- 1º PAVIMENTO

1/150

TURMA

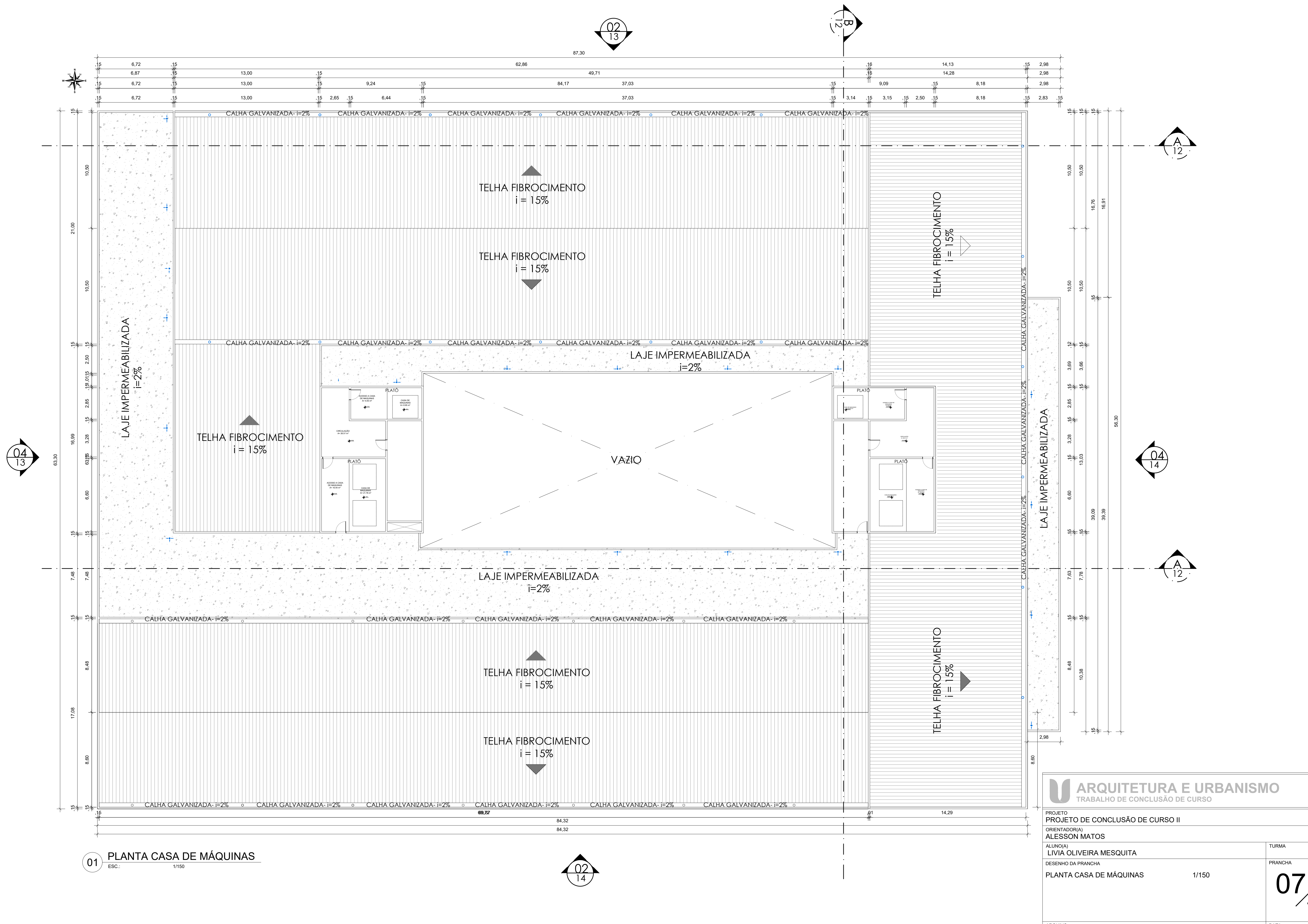
PRANCHA

06/11

ARQUIVO

DATA
DATA

FORMATO A1



01 PLANTA CASA DE MÁQUINAS
ESC.: 1/150

ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PROJETO
PROJETO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

ORIENTADOR(A)
ALESSON MATOS

ALUNO(A)
LIVIA OLIVEIRA MESQUITA

DESENHO DA PRANCHA
PLANTA CASA DE MÁQUINAS

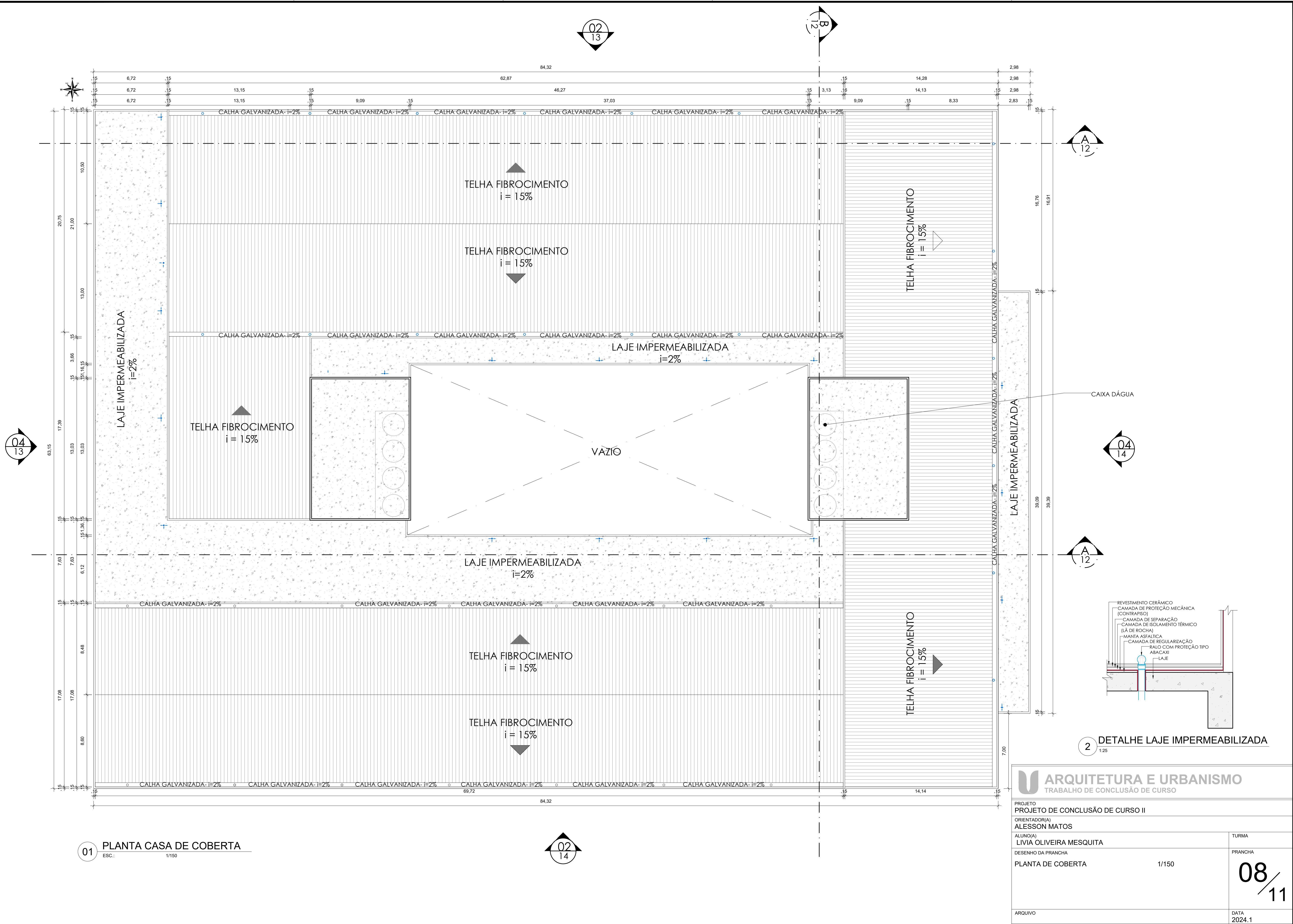
1/150

ARQUIVO

DATA
2024.1

FORMATO A1

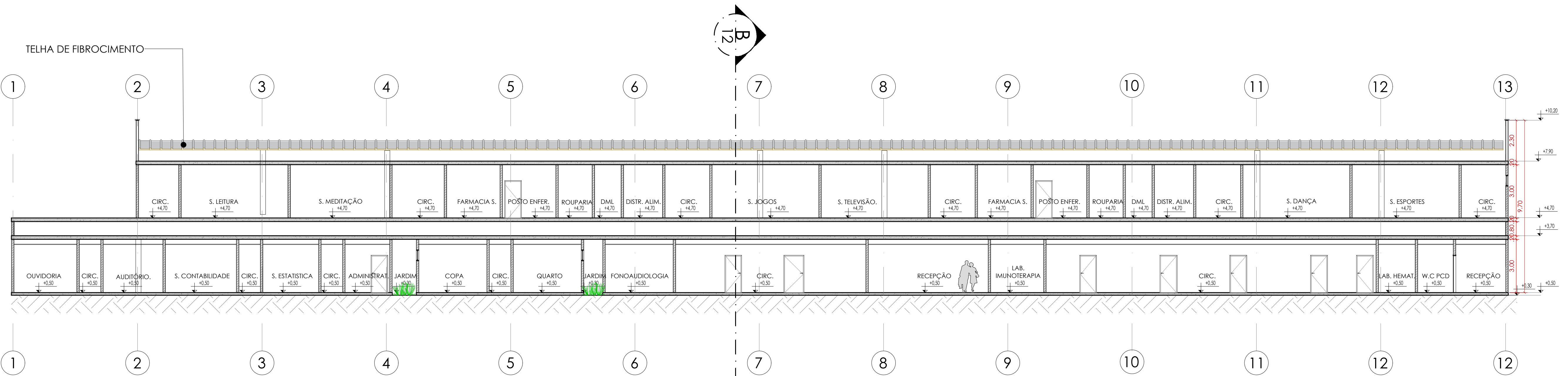
07/11



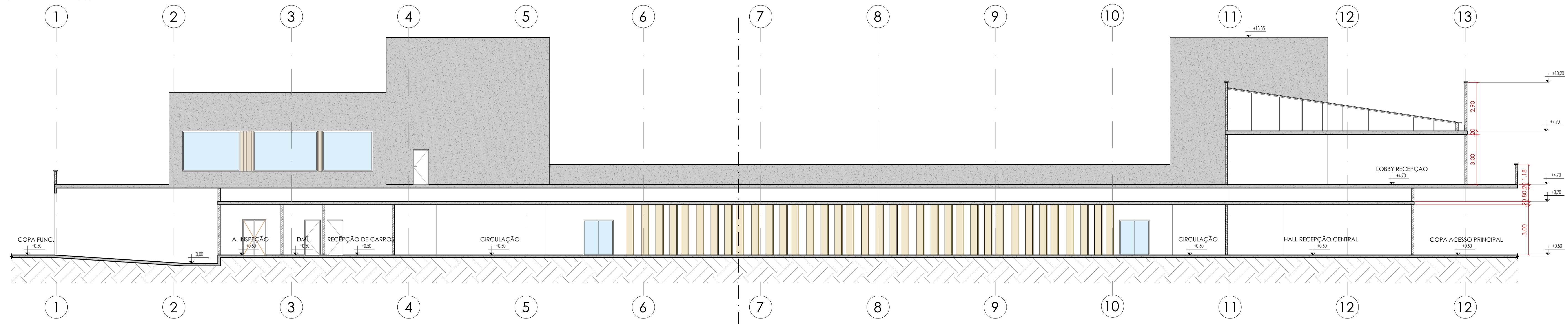
01 PLANTA CASA DE COBERTA

2 DETALHE LAJE IMPERMEABILIZADA

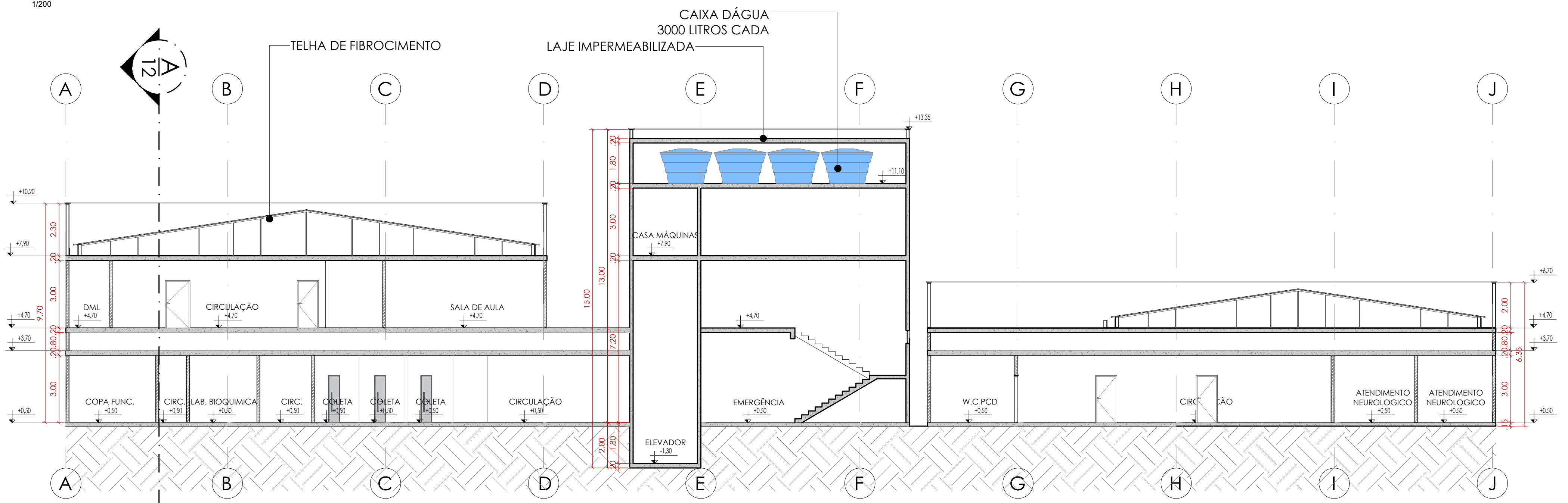
ARQUITETURA E URBANISMO	
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	
PROJETO	
PROJETO DE CONCLUSÃO DE CURSO II	
ORIENTADOR(A)	
ALESSON MATOS	
ALUNO(A)	
LIVIA OLIVEIRA MESQUITA	
DESENHO DA PRANCHA	
PLANTA DE COBERTA	
1/150	
ARQUIVO	
FORMATO A1	
TURMA	
PRANCHA	
08/11	
DATA	
2024.1	



01 CORTE AA
ESC.: 1/200



02 CORTE CC
ESC.: 1/200



03 CORTE BB
ESC.: 1/200

ARQUITETURA E URBANISMO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	
PROJETO PROJETO DE CONCLUSÃO DE CURSO II	
ORIENTADOR(A) ALESSON MATOS	
ALUNO(A) LIVIA OLIVEIRA MESQUITA	
DESENHO DA PRANCHA CORTE AA CORTE BB CORTE CC	TURMA PRANCHA 09/11
ARQUIVO	DATA 2024.1

CONCRETO APARENTE
RIPADO EM ECOMADEIRA
PELE DE VIDRO
LAMINADA E TEMPERADA
INCOLOR

01 FACHADA 01- OESTE
ESC.: 1/125

PINTURA RÚSTICA NA
COR BRANCO GELO

PINTURA RÚSTICA NA
COR BRANCO GELO

CONCRETO APARENTE
RIPADO EM ECOMADEIRA
PELE DE VIDRO
LAMINADA E TEMPERADA
INCOLOR

02 FACHADA 02- SUL
ESC.: 1/125

PELE DE VIDRO
LAMINADA E TEMPERADA
INCOLOR

CONCRETO APARENTE
RIPADO EM ECOMADEIRA

03 FACHADA 03- NORTE
ESC.: 1/125

PINTURA RÚSTICA NA
COR BRANCO GELO

PELE DE VIDRO
LAMINADA E TEMPERADA
INCOLOR

CONCRETO APARENTE
RIPADO EM ECOMADEIRA

04 FACHADA 04- LESTE
ESC.: 1/125

ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PROJETO
PROJETO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

ORIENTADOR(A)
ALESSON MATOS

ALUNO(A)
LÍVIA OLIVEIRA MESQUITA

DESENHO DA PRANCHA

FACHADA 01-- OESTE

1/125

FACHADA 02- SUL

1/125

FACHADA 03- NORTE

1/125

FACHADA 04- LESTE

1/125

ARQUIVO

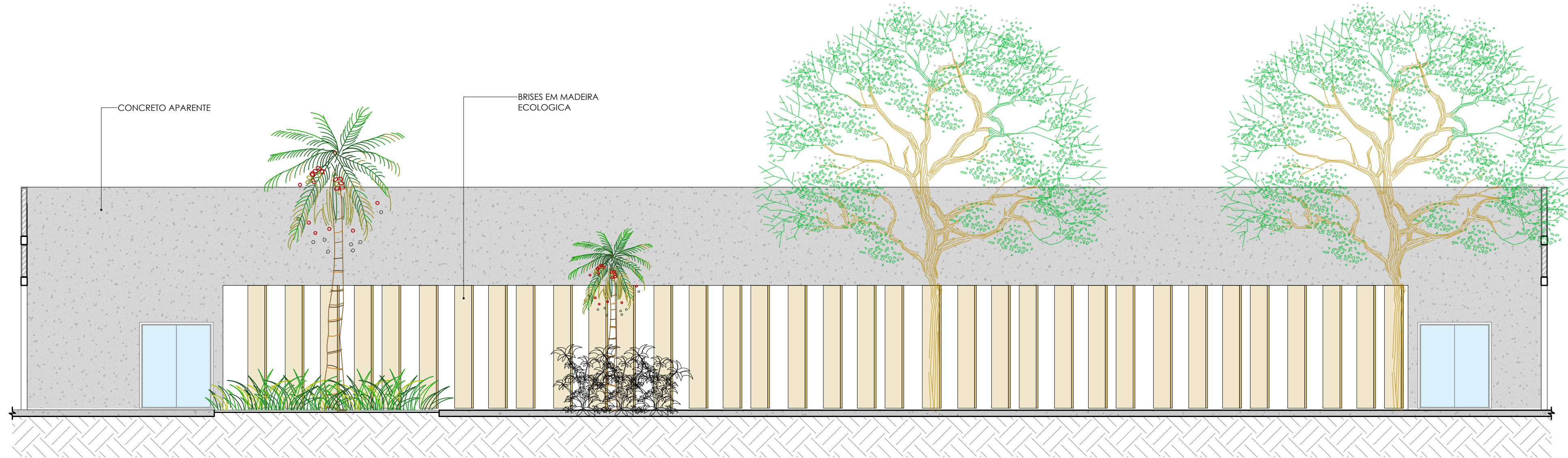
TURMA

PRANCHA

10/11

DATA

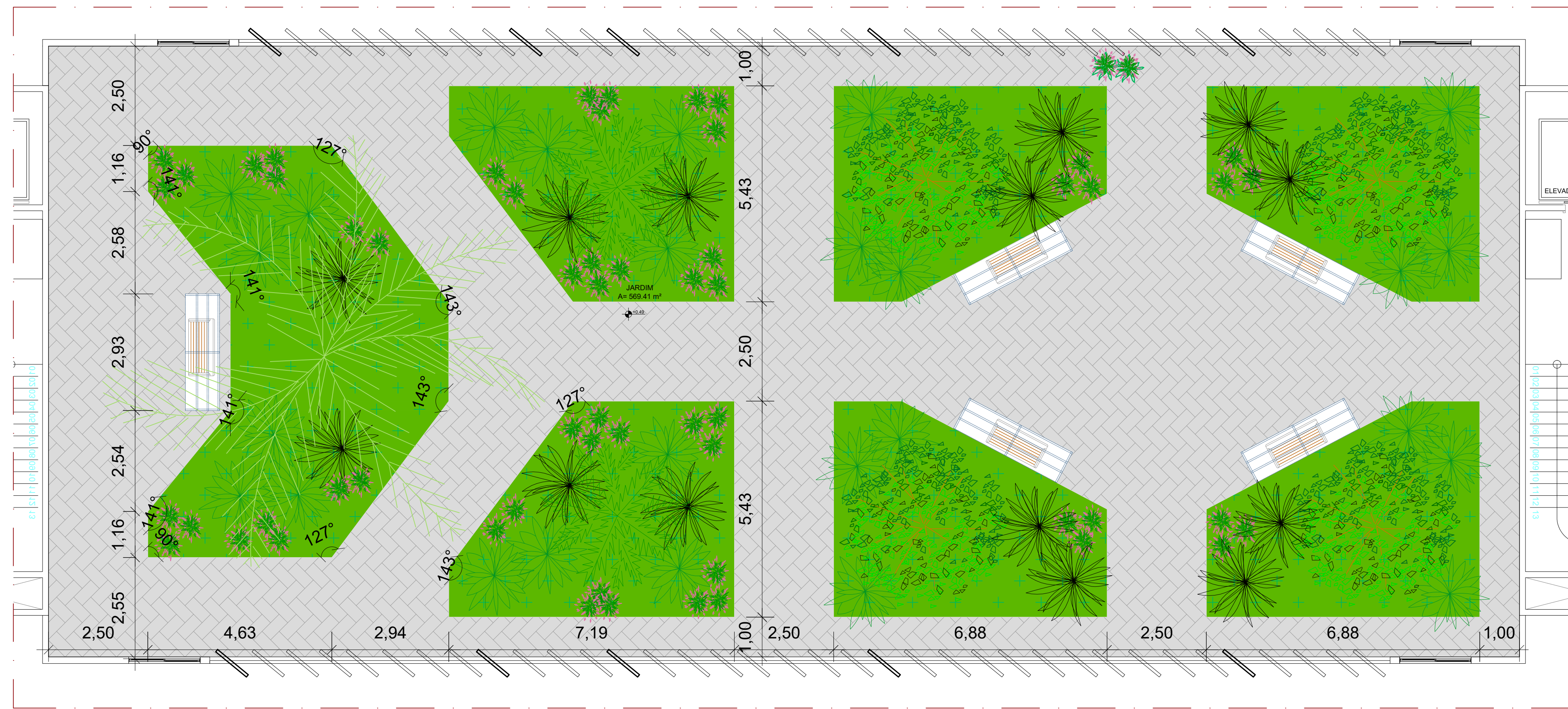
2024.1



01 CORTE AA- JARDIM
ESC.: 1/75



02 CORTE BB- JARDIM
ESC.: 1/75



03 PLANTA JARDIM
ESC.: 1/75