



UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS

O CUIDADO SOB A ÓTICA DA REDUÇÃO DE DANOS

BRENO DE LAVOR CAVALCANTE

Breno de Lavor Cavalcante

**UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO PARA
DEPENDENTES QUÍMICOS: O CUIDADO SOB A ÓTICA
DA REDUÇÃO DE DANOS**

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

Orientador: Profa. Ma. Larissa de Carvalho Porto

Fortaleza
2024

Breno de Lavor Cavalcante

**UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO PARA DEPENDENTES
QUÍMICOS: O CUIDADO SOB A ÓTICA DA REDUÇÃO DE DANOS**

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

Orientador: Profa. Me. Larissa de Carvalho Porto

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Ma. Larissa de Carvalho Porto
Centro Universitário Christus
Orientadora

Prof. Esp. Alesson Paiva Matos
Centro Universitário Christus

Prof. Me. Ugo Santana
Convidado

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)

C376u Cavalcante, Breno de Lavor.
UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO PARA
DEPENDENTES QUÍMICOS: O CUIDADO SOB A ÓTICA DA
REDUÇÃO DE DANOS / Breno de Lavor Cavalcante. - 2024.
122 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro
Universitário Christus - Unichristus, Curso de Arquitetura e
Urbanismo, Fortaleza, 2024.
Orientação: Profa. Ma. Larissa de Carvalho Porto.

1. Unidade de Acolhimento Adulto. 2. Dependentes Químicos. 3.
Redução de Danos. I. Título.

CDD 720.8

agradecimentos

Agradeço à minha família por todo o apoio e motivação para que hoje eu possa estar concluindo este ciclo importante.

Aos amigos que pude fazer durante a graduação, e que estiveram comigo, participando no meu processo de formação, Guilherme, Matheus, Francielen, Larissa, Gabrielli, Raphaela, Débora, Mariana e Tainara, vocês tornaram o processo mais leve, com as melhores risadas, mesmo com a incerteza de que tudo daria certo. A minha parceira e companheira, Stefany por ter compartilhado muito do seu bom gosto e conhecimento durante todo o curso.

Agradeço aos amigos Luis, Letícia, Sávio, Jordan, Wilson, Walmir, Napoleão e Aquiles. Obrigado pelas conversas, ajuda e companheirismo, e por sempre se fazerem presentes, mesmo quando distantes.

Agradeço aos professores e professoras que me acompanharam nessa jornada acadêmica, sempre me ajudando e ensinando, em especial à Larissa Porto, Mariana Quezado, Mateus de Medeiros, Clarissa Salomoni, Alesson Matos e Cláudia Sales. Também agradeço aos profissionais com quem pude trabalhar e aprender para muito além da arquitetura e urbanismo, Camila Aldigueri, Daniel Rodrigues, Diego Amora, Gérsica Goes, Victor Costa Maia e Graça Martins, sou muito grato por todo o aprendizado e conhecimento que vocês me proporcionaram durante todos esses anos.

resumo

As substâncias psicoativas já desempenharam diversos papéis ao longo do contexto história, sendo utilizadas com fins recreativos, medicinais ou religiosos. Contudo, seu uso pode se tornar progressivamente prejudicial, resultando na dependência e em consequentes danos à vida do indivíduo. Diante do aumento no consumo e abuso de álcool e outras substâncias, observa-se que apenas uma em cada oito pessoas afetadas por tais transtornos busca ajuda ou tratamento profissional, o que gera uma demanda crescente por serviços especializados. No entanto, muitos desses centros de tratamento enfrentam carências em termos de infraestrutura adequada e adotam abordagens fundamentadas no proibicionismo e nas restrições. Nesse cenário, o presente projeto visa à implementação de uma Unidade de Acolhimento Adulto, componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e integrante do Sistema Único de Saúde, com caráter residencial transitório. O objetivo dessa unidade é proporcionar acolhimento voluntário e cuidados contínuos a indivíduos que sofrem com o uso e abuso de substâncias psicoativas, oferecendo, quando necessário, moradia, educação e possibilidades de reintegração social e familiar, por meio da abordagem de redução de danos.

Palavras-chave: Unidade de Acolhimento Adulto. Dependentes Químicos. Redução de Danos.

abstract

Psychoactive substances have played various roles throughout history, being used for recreational, medicinal or religious purposes. However, their use can become progressively harmful, resulting in dependence and consequent damage to the individual's life. Faced with the increase in the consumption and abuse of alcohol and other substances, it is observed that only one in eight people affected by such disorders seek professional help or treatment, which generates a growing demand for specialized services. However, many of these treatment centers lack adequate infrastructure and adopt approaches based on prohibition and restrictions. In this scenario, this project aims to implement an Adult Reception Unit, part of the Psychosocial Care Network (RAPS) and part of the Unified Health System, with a transitional residential character. The aim of this unit is to provide voluntary reception and ongoing care for individuals suffering from the use and abuse of psychoactive substances, offering, when necessary, housing, education and possibilities for social and family reintegration, using a harm reduction approach.

Keywords: Adult Reception Unit. Chemical Dependents. Harm reduction.

lista de figuras

Figura 01 – Centro de Saúde PAMS
Figura 02 – Centro de Saúde PAMS
Figura 03 – Esquadrias metálicas
Figura 04 – Sombra das esquadrias
Figura 05 – Planta Baixa Centro de Saúde PAMS
Figura 06 – Cortes Centro de Saúde PAMS
Figura 07 – Perspectiva Centro de Saúde em Copenhagen
Figura 08 – Fachada principal - Centro de Saúde em Copenhagen
Figura 09 – Pátio intimista - Centro de Saúde em Copenhagen
Figura 10 – Planta baixa térreo - Centro de Saúde em Copenhagen
Figura 11 – Circulação - Centro de Saúde em Copenhagen
Figura 12 – Térreo - Centro de Saúde em Copenhagen
Figura 13 – Fachada - Academia Escola Unileão
Figura 14 – Implantação - Academia Escola Unileão
Figura 15 – Sombra tijolos cerâmicos - Academia Escola Unileão
Figura 16 – Sombra tijolos cerâmicos - Academia Escola Unileão
Figura 17 – Sombra tijolos cerâmicos - Academia Escola Unileão
Figura 18 – Localização do bairro Montese na cidade de Fortaleza
Figura 19 – Mapa de cheios e vazios no entorno do terreno
Figura 20 – Mapa de macrozoneamento do bairro Montese
Figura 21 – Mapa de Zonas Especiais do bairro Montese
Figura 22 – Mapa de equipamentos de saúde, lazer e praças
Figura 23 – Mapa de infraestrutura
Figura 24 – Mapa de transporte público
Figura 25 – Mapa do sistema ciclovitário
Figura 26 – Mapa de sistema viário
Figura 27 – Mapa do gabarito do entorno imediato
Figura 28 – Mapa de usos do solo
Figura 29 – Mapa do terreno de intervenção e topografia
Figura 30 – Vista do terreno na Av. João Pessoa
Figura 31 – Vista do terreno na R. Zacarias Gondim
Figura 32 – Carta solar da cidade de fortaleza
Figura 33 – Análise de insolação do terreno de intervenção
Figura 34 – Rosa dos ventos da cidade de Fortaleza
Figura 35 – Programa de Necessidades e pré-dimensionamento dos ambientes

Figura 36 – Fluxograma
Figura 37 – Volumetria
Figura 38 – Diagrama setor de serviço
Figura 39 – Diagrama setor de alojamento
Figura 40 – Diagrama setor reabilitação e convivência
Figura 41 – Implantação da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 42 – Setor 1 da planta baixa da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 43 – Setor 2 da planta baixa da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 44 – Setor 3 da planta baixa da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 45 – Setor 4 da planta baixa da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 46 – Planta de cobertura da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 47 – Corte 2 da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 48 – Corte 3 da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 48 – Corte 2 da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 49 – Corte 2 da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 50 – Fachada 4 da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 51 – Fachada 2 da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 52 – Fachada 3 da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 53 – Fachada 1 da Unidade de Acolhimento Adulto
Figura 54 – Fachada frontal na via local
Figura 55 – Perspectiva da fachada frontal na via local
Figura 56 – Fachada frontal na via arterial
Figura 57 – Perspectiva da fachada frontal na via arterial
Figura 58 – Perspectiva da calçada de acesso criada na fachada lateral sul
Figura 59 – Fachada lateral sul
Figura 60 – Perspectiva do pátio de funcionários criada na fachada lateral norte
Figura 61 – Quarto coletivo
Figura 62 – Pátio 01
Figura 63 – Pátio 01
Figura 64 – Pátio 02
Figura 65 – Pátio 02

lista de quadros

- Quadro 01 – Ambientes mínimos necessários. 33
- Quadro 02 – Centro de Saúde PAMSFonte: Elaborada pelo autor. 44
- Quadro 03 – Ficha técnica do Centro de Saúde em Copenhagen 50
- Quadro 04 – Ficha técnica da Academia Escola Unileão 54
- Quadro 05 – Quadro Síntese 57
- Quadro 06 – Parâmetros Urbanos de Ocupação 64
- Quadro 07 – Classificação das atividades por grupo e subgrupo 66
- Quadro 08 – Adequação dos usos ao sistema viário 66
- Quadro 09 – Classificação das atividades por grupo e subgrupo / Adequação dos usos ao sistema viário 67

sumário

1 INTRODUÇÃO | 16

1.1 Tema | 17

1.2 Justificativa | 18

1.3 Objetivos | 20

1.3.1 Objetivo Geral | 20

1.3.2 Objetivos Específicos | 20

1.4 Metodologia | 21

2 REFERENCIAL TEÓRICO | 23

2.1 A História e a Política sobre Drogas no Brasil | 25

2.2 Unidades de Acolhimento | 30

2.3 Conceito de Humanização no SUS | 34

2.4 Apropriação do espaço e apego ao lugar | 37

3 REFERENCIAL PROJETUAL | 41

3.1 Centro de Saúde PAMS | 43

3.2 Centro para a Saúde e Câncer | 49

3.3 Academia Escola Unileão | 53

4 DIAGNÓSTICO | 59

4.1 Escolha do terreno | 61

4.2 Área de intervenção | 71

5 PROPOSTA | 81

5.1 Programa de Necessidades | 83

5.2 Fluxograma | 86

5.3 Conceito e Partido | 89

5.4 Setorização e implantação | 89

5.5 Planta baixa (Setor 1) | 95

5.6 Planta baixa (Setor 2) | 97

5.7 Planta baixa (Setor 3) | 99

5.8 Planta baixa (Setor 4) | 101

5.9 Planta de cobertura | 103

5.10 Cortes | 105

5.11 Fachadas | 107

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 60

REFERÊNCIAS | 61

1.introdução



1.1 Tema

Na política para o enfrentamento de questões relacionadas ao consumo de drogas no Brasil, é possível identificar duas principais vertentes: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos. As políticas proibicionistas são focadas em reprimir e criminalizar a produção e o consumo de drogas, utilizando o modelo da abstinência como condição, meio e finalidade do tratamento da dependência química. A política de redução de danos, por sua vez, busca minimizar os danos físicos, sociais e econômicos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (Alves, 2009).

O presente trabalho tem como finalidade elaborar um anteprojeto arquitetônico de uma Unidade de Acolhimento Adulto para Dependentes Químicos, em Fortaleza, Ceará. Esta unidade é um dos serviços e equipamentos que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se caracteriza pela atenção humanizada de base comunitária, substitutiva ao modelo de asilo, possui caráter Residencial Transitório, que tem como finalidade o acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, fazendo parte do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2012).

Com o intuito de estimular o sentimento de pertencimento e acolhimento aos pacientes, serão utilizados conceitos da psicologia ambiental relacionados à linguagem arquitetônica contemporânea, apropriando-se de materiais regionais e explorando suas materialidades, além de realizar uma forte conexão entre o ambiente interno e externo, garantindo conforto térmico. Buscando romper com a lógica de hierarquia entre os profissionais da saúde e os pacientes, a planta do projeto propõe integração, racionalidade e fluxos simples, com o objetivo de estimular vivências e trocas sociais.

1.2 Justificativa

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas, lançado em 2021 pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), os dados coletados mostram que mais de 275 milhões de pessoas consumiram drogas em 2021, tendo havido um aumento de 23% nos últimos 10 anos, enquanto o número de pessoas que sofrem de transtornos associados ao uso de drogas subiu para 36 milhões, totalizando um aumento de 45% desde a última década (Brasil, 2021).

No âmbito nacional, o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2017, mostra que aproximadamente 3,2% dos brasileiros já fizeram uso de algum tipo de droga durante os últimos 12 meses à realização da pesquisa, o que equivale a 4,9 milhões de pessoas (FIOCRUZ, 2017).

Para entender o atual cenário brasileiro no que diz respeito à existência de equipamentos voltados ao tratamento de dependentes químicos, faz-se necessário compreender a diferenciação entre as Comunidades Terapêuticas e as Unidades de Acolhimento. De acordo com o Instituto Terra, Trabalho e Cidadania, as Comunidades Terapêuticas são uma modalidade de intervenção clínica voltada para dependentes químicos, tendo como objetivo fazer com que os pacientes interrompam completamente o consumo de drogas, a partir do modelo da abstinência, em oposição ao modelo defendido pela redução de danos, que propõe um uso responsável e consciente a partir da redução de forma gradativa (ITTC, 2020). As Unidades de Acolhimento, por outro lado, utilizam o modelo da redução de danos, oferecendo acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, que estejam sendo acompanhadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e estejam em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2011; 2012b).

Ainda na escala nacional, as questões relacionadas às Comunidades Terapêuticas voltaram a ser amplamente discutidas devido à aprovação da legislação para a regulamentação definitiva dessas instituições, em 2019, por meio da Confederação das Comunidades Terapêuticas e do Ministério da Cidadania do governo de Jair Bolsonaro (Brasil, 2019). Além disso, o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad) regulamentou a possibilidade de acolhimento de adolescentes e jovens entre 12 e 18 anos em comunidades terapêuticas, o que fortaleceu a discussão em torno da aplicação do método de abstinência, utilizado por essas instituições, como forma de punição e não de reabilitação (ITTC, 2020).

Em oposição ao fortalecimento dessas instituições, foi criado, no governo atual, o Projeto de Lei 6227/23, da deputada Tabata Amaral (PSB-SP), que busca combater as práticas abusivas ocorrentes nas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, devido às diversas acusações de violações dos direitos humanos, da liberdade religiosa, do sigilo de correspondência, além de violência, retenção de documentos e dinheiro dos internos (Brasil, 2023).

Tendo em vista o crescimento do número de usuários de drogas no mundo, atrelado às discussões sobre as políticas de tratamento de dependentes químicos no Brasil, o presente trabalho busca fortalecer o modelo de redução de danos por meio do desenvolvimento de uma Unidade de Acolhimento Adulto para Dependentes Químicos, objetivando socializar as pessoas usuárias de drogas de forma crítica, para que se tornem protagonistas do seu próprio tratamento, além de promover o autocuidado com a saúde e a busca por direitos, pela discussão de políticas governamentais e políticas de Estado, numa perspectiva que considera o individual e o coletivo.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Elaborar um anteprojeto de arquitetura de uma Unidade de Acolhimento Adulto para Dependentes Químicos em Fortaleza, Ceará.

1.3.2 Objetivos específicos

- Estudar as políticas públicas a respeito do tratamento de pessoas com dependência química, os tipos de tratamento e a legislação vigente acerca dessa temática;
- Elaborar histórico da evolução dos equipamentos de apoio a dependentes químicos no Brasil;
- Compreender o conceito de humanização do SUS, de modo a aplicar suas diretrizes no projeto;
- Estudar os conceitos de apropriação e apego ao lugar da Psicologia Ambiental, de modo a aplicar suas diretrizes;
- Analisar projetos de referência, cujas soluções possam contribuir com o desenvolvimento do projeto arquitetônico;
- Elaborar um diagnóstico da área de intervenção para uma adequada inserção do equipamento;

1.4 Metodologia

1



REFERENCIAL TEÓRICO

2



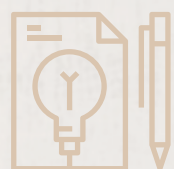
REFERENCIAL PROJETUAL

3



DIAGNÓSTICO

4



PROJETO

A pesquisa para este estudo é classificada como qualitativa, sendo desenvolvida a partir de um estudo exploratório. Com base nos objetivos propostos, a metodologia deste trabalho se estrutura em três seções principais: o referencial teórico e conceitual, o referencial projetual e o diagnóstico da área de intervenção.

Para a primeira etapa, foi feita uma revisão bibliográfica a respeito do tema, onde foram levantadas informações a respeito da conjuntura e histórico dos tipos de equipamentos de apoio voltados para dependentes químicos na cidade de Fortaleza, as políticas públicas voltadas para os tipos de tratamento disponíveis para os usuários de drogas, o conceito de humanização do espaço segundo a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), através de pesquisas bibliográficas e da legislação.

A segunda seção se trata do referencial projetual, no qual foi feita a análise de projetos arquitetônicos que se assemelham ao tema deste trabalho, escolhidos por suas características arquitetônicas, construtivas e seus programas de necessidades, auxiliando na definição dos conceitos e partidos arquitetônicos a serem adotados.

A terceira etapa, que se refere ao diagnóstico, se constituiu na definição e descrição da área de intervenção, levantamento fotográfico, análise bioclimática do terreno, produção de mapas para compreender as características da área onde o equipamento foi inserido.

Por fim, após o levantamento de todas as informações, na etapa de projeto foram definidos conceito e partido, a criação do programa de necessidades, fluxograma, o estudo preliminar e o anteprojeto.

2.referencial teórico



2.1 A História e a Política sobre Drogas no Brasil

Foucault (1978), em seu livro *História da Loucura*, destaca a prática do internamento no século XVII, quando instituições como casas de força, casas de correção e de trabalho começam a se proliferar em toda a Europa, por uma política que buscava controlar os indivíduos que não pertenciam ao mundo do trabalho. Desse modo, o louco passa a ser conduzido, assim como os mendigos, os libertinos e os feiticeiros, à política do enclausuramento, a qual não pode ser considerada terapêutica. Segundo o autor, o nascimento dos asilos e da disciplina psiquiátrica se insere em um cenário de culpa e de castigo, seguindo o raciocínio de que a loucura só poderia ser curada quando o indivíduo sentisse arrependimento e remorso pelos seus comportamentos.

Levando em consideração esse cenário retratado por Foucault (1978), pode-se dizer que as problemáticas resultantes do uso de drogas no cenário brasileiro foram tratadas pelo Estado de forma análoga às questões relacionadas à loucura, baseando o tratamento dos usuários em um regime compulsório de internação pautado na abstinência e na culpabilização dos dependentes químicos. Cabe destacar, ainda, que assim como os indivíduos com transtornos mentais, os usuários de drogas também foram vítimas do movimento higienista. Desse modo, com o objetivo do próprio Estado de realizar uma limpeza territorial nas cidades, esses indivíduos eram levados para antigos manicômios, sanatórios e hospitais psiquiátricos, sendo internados sob condições desumanas (Moura et al., 2012). Desse modo, entendendo as semelhanças e intersecções dessas pautas, estudar a história da Saúde Mental no Brasil torna-se extremamente importante para que se possa compreender a conjuntura nacional no que diz respeito às políticas sobre drogas. Esse tópico busca, assim, traçar um breve histórico das políticas públicas voltadas à Saúde Mental no Brasil, destacando as formas de cuidado e os equipamentos que foram criados para dar assistência aos indivíduos.

A Saúde Mental no contexto de Saúde Pública brasileira é um assunto recente, de modo que, foi somente a partir do ano de 1852, que os primeiros hospitais psiquiátricos foram criados. Esses hospitais eram instituições destinadas à internação de doentes mentais e buscavam afastá-los da sociedade ao invés de realmente tratá-los (Ribeiro, 1999). Segundo Medeiros (1977), os hospitais psiquiátricos mantiveram as práticas de maus-tratos, espancamentos, falta de higiene, sujeira e fome.

Durante o período historicamente conhecido como República Velha até o Estado Novo de Getúlio Vargas, o pensamento psiquiátrico esteve atrelado e influenciado pelo pensamento político dominante. Em 1923, destaca-se a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, no Rio de Janeiro, que possuía como objetivo aperfeiçoar e reformar a assistência psiquiátrica, influenciando a Psiquiatria no Brasil por muitos anos (Ribeiro, 1999). O autor destaca, ainda, que essa filosofia cedeu lugar, por volta de 1926, à eugenia, inspirada no nazismo europeu e caracterizada como um conjunto de métodos que visavam melhorar o patrimônio genético da humanidade, impedindo a reprodução de genes considerados desvantajosos. Apesar de amplamente difundida, essa metodologia nunca foi comprovada cientificamente (Ribeiro, 1999).

O Hospital Colônia de Barbacena, localizado em Minas Gerais e com funcionamento por mais de oito décadas, constitui-se como um forte exemplo da dura realidade das instituições psiquiátricas que funcionavam no Brasil. A jornalista Daniela Arbex publicou, em 2013, um livro com testemunhos do que ocorreu em Barbacena, nomeando o ocorrido como “Holocausto Brasileiro” e destacando que mais de 60 mil pessoas morreram nessa instituição. Esse hospital, segundo os escritos de Arbex, parecia abrigar pessoas sem nenhuma função terapêutica, de modo que muitos indivíduos eram enviados à Barbacena como forma de punição, silenciamento e sem nem mesmo receberem um diagnóstico que comprovasse distúrbios mentais.

A estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (Arbex, 2013, pp. 25-26).

Manzi (2019) afirma que o Hospital Colônia de Barbacena é uma expressão visível do autoritarismo brasileiro e destaca que as pessoas eram desumanizadas, transformadas em bichos, em “mortos-vivos”. O autor ressalta que tirar a humanidade do homem e afastar esses “mortos-vivos” do convívio social e da cidade é uma verdadeira eugeniação. Além disso, Manzi (2019) destaca que o hospital foi planejado para receber 200 pacientes, mas que, em sua lotação máxima, encontrava-se com cerca de 5 mil pessoas, comprometendo as possibilidades de higiene ou de uso de cama, de modo que dormiam em cima de capim. Segundo Arbex (2019), o Hospital Colônia de Barbacena foi fechado somente ao final da década de 80, após denúncias e mobilizações sociais, o que revela que a humanização da saúde pública é uma pauta recente.

Nesse contexto de descaso e violência, surgem movimentos relacionados à assistência psiquiátrica no Brasil. Cabe destacar, assim, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), primeiro coletivo criado com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica e responsável por ampliar e democratizar o debate acerca das questões de saúde mental no Brasil. O MTSM promoveu e participou de diversos debates, conferências e manifestações, lutando contra a violência, discriminação e segregação do sistema. O coletivo transforma-se, posteriormente, em um movimento social denominado Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), englobando não somente profissionais da área da saúde, mas toda a sociedade como um todo, buscando lutar pela extinção de instituições e concepções manicomiais (Amarante; Nunes, 2018).

Uma vez constituído como Movimento da Luta Antimanicomial, o coletivo passou a organizar núcleos nas capitais e em praticamente todas as grandes cidades do país. Elemento decisivo para esta ampliação foi a criação, já em Bauru, do Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O dia 18 de Maio serviria para despertar o pensamento crítico na sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Pode-se considerar que o objetivo teve êxito na medida em que, desde então, são realizadas atividades políticas, científicas, culturais e sociais não apenas no dia em questão, mas por todo o mês de maio, que passou a ser considerado o Mês da Luta Antimanicomial (Amarante; Nunes, 2018, p. 2069).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, a saúde passa a ser enunciada, segundo o Art.196, como um direito que o Estado deve assegurar a todos, por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, além de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). Em 1990, é publicada a Lei Nº 8.080, a Lei Orgânica da Saúde, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e garantindo a universalidade e a igualdade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (Brasil, 1990).

É somente no ano de 2001, porém, que medidas são tomadas especificamente em prol da saúde mental, com a aprovação da Lei Nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Essa Lei significou um redirecionamento do modelo assistencial em saúde, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e estabelecendo que o tratamento destas deverá ser realizado em ambientes terapêuticos, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, por meios menos invasivos (Brasil, 2001). Em relação à internação, essa Lei afirma que só deverá ser indicada quando os recursos extra-hospitalares, como Residências Terapêuticas, Unidades de Acolhimento e os CAPS se mostrarem insuficientes.

O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Portaria N° 816, de 30 de abril de 2002) foi instituído no Sistema Único de Saúde (SUS), visando a necessidade de ampliar a oferta de atendimento aos dependentes químicos na rede do SUS, com o objetivo de promover atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas. A implementação da rede estratégica de serviços extra-hospitalares, articulada com a rede de atenção psicossocial, realização de ações de assistência a pacientes e familiares, com atendimento individual e em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, entre outros (Brasil, 2002).

Além disso, em 2006, foi criado o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), instituído pela Lei N° 11.343 de 23 de agosto de 2006, prescrevendo medidas de prevenção do uso indevido de drogas, atenção e reinserção social, por meio de programas e ações, nas áreas de saúde, educação e trabalho, promovendo autonomia ao usuário, atuando juntamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Brasil, 2006).

Em relação à normatização do funcionamento das instituições, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária adotou a RDC N° 29, em 2011, estabelecendo requisitos de segurança sanitária para o funcionamento desses equipamentos (Brasil, 2011). Cabe destacar a Portaria N° 3.088, também instaurada em 2011, constituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de ampliar a oferta e diversificar os serviços do SUS para assistência de pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas e de garantir que haja atendimento humanizado, com a promoção de reabilitação e reinserção social.

Nesse cenário, é possível perceber a complexidade e a abrangência do SUS. Levando-se em consideração que o presente trabalho propõe o desenvolvimento de uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), que faz parte da Atenção Residencial de Caráter Transitório, o próximo tópico discorre acerca das UAAs, expondo a definição, bem como os princípios e critérios que guiam o funcionamento desses equipamentos.

2.2 Unidades de Acolhimento

A Unidade de Acolhimento (UA) foi instituída em 25 de janeiro de 2012, pela Portaria MS/GM nº 121, de forma a oferecer cuidados contínuos de saúde, sob um ambiente residencial e com regime de 24h de funcionamento. O objetivo da UA é acolher, englobando os dois sexos, pessoas com problemáticas relacionadas ao uso decorrente de crack, álcool e outras drogas, que sejam acompanhadas pelo CAPS e estejam em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar. Esses equipamentos focam nos indivíduos que necessitam de acompanhamento terapêutico de caráter transitório, de forma a fornecer um período de permanência nessas unidades por até seis meses (Brasil, 2011; 2012b).

Os usuários encaminhados às Unidades de Acolhimento passam por um Projeto Terapêutico Singular elaborado pela equipe do CAPS pela qual são acompanhados. Tem-se, assim, uma conexão entre as redes de atenção à saúde, de modo que as UAAs têm funcionamento articulado tanto à rede de Atenção Básica à Saúde, responsáveis pelo apoio clínico dos usuários, como também pelos CAPS, que se responsabilizam por indicar o acolhimento, acompanhar o tratamento e planejar o projeto de alta do usuário. Tudo isso, visando a reinserção dos indivíduos à comunidade (Brasil, 2011).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), desenvolvido pelos CAPS e com a participação da Unidade de Acolhimento devem seguir orientações que, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2015), podem ser definidas como:

- Acolhimento humanizado, com estímulo à grupalização e à socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas;
- desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar;
- desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão ao tratamento, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas;
- acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família;
- atendimento psicoterápico e de orientação, entre outros, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular;
- atendimento em grupos, tais como psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, entre outros;
- oficinas terapêuticas;
- atendimento e atividades sócio familiares e comunitárias;
- promoção de atividades de reinserção social;
- articulação com a Rede intersetorial, especialmente com a assistência social, a educação, a justiça e os direitos humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída;
- articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e de renda;
- saída programada e voltada à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda

Cabe destacar a existência de dois tipos de Unidades de Acolhimento, sendo uma voltada para adultos e a outra para o público infantojuvenil. No presente trabalho, o equipamento que será desenvolvido será destinado a adultos, atendendo, assim, indivíduos maiores de 18 anos. Com isso, é importante, para o entendimento da organização espacial do projeto, compreender como se compõe a equipe mínima de profissionais das Unidades de Acolhimento para adultos. O Ministério da Saúde (Brasil, 2015) afirma que a equipe mínima deverá ser composta por 56 horas semanais realizadas por profissionais com nível universitário da área da saúde, com turno distribuído de domingo a domingo, para que sempre haja a presença de um profissional por período. Esses profissionais poderão pertencer às seguintes categorias: assistente social, educador físico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e médico. Além disso, deve haver, também, profissionais de nível médio, com a presença mínima de dois em todos os dias da semana e nas 24 horas do dia.

O “habitar” é considerado um dos eixos centrais na reabilitação psicossocial dos indivíduos, considerando os contextos sociorrelacionais desses pacientes, além de objetivar promoção de autonomia, fortalecimento das trocas sociais e ampliação do acesso e exercício de direitos (Rotelli et al., 1990). Nesse sentido, a UA pode ser entendida como uma casa, projetada para o acolhimento, a hospitalidade e a convivência dos indivíduos. A reabilitação como cidadania possui, assim, eixos fundamentais que são embasados no “habitar” e no “trocar identidades”, buscando garantir uma produção e enriquecimento de trocas sociais (Saraceno, 1999).

A afirmação da proposição de casa busca enfatizar a complexidade de experiências concretas de aquisição e/ou aprendizagem de habitar os espaços, de vivenciar as oportunidades da vida cotidiana, de compartilhar um local. É importante ter presente, ainda, que nos processos de reabilitação, a noção de casa remete, também, à “possibilidade de revisitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades” (Saraceno, 1999 *apud* Brasil, 2015).

Para garantir que esse equipamento transmita a ideia de casa e seja acolhedor, componentes fundamentais devem ser considerados, como: locais próximos, inseridos nos territórios; entrada aberta, acessível e facilitada; ambientes agradáveis, espaços adaptados para as pessoas com deficiência e áreas externas com jardins. Recomenda-se o aproveitamento da ventilação e luminosidade naturais, buscando garantir conforto térmico sem a dependência de uso de aparelhos, tornando o equipamento mais agradável e, também, sustentável. Em relação a facilitar os processos de limpeza e manutenção, recomenda-se utilizar materiais fáceis de serem higienizados (Brasil, 2015).

Nome resumido ambiente	Quant. Mínima obrigatória		Área unit. mínima (aproximada) obrigatória (m²)	
	UAA	UAI	UAA	UAI
Sala de estar	1	1	35	35
Quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas (03 Quartos de Acolhimento Noturno - com 03 camas cada um)	3	2	16	16
Quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas, adaptado para PNE (02 Quartos de Acolhimento Noturno - com 03 camas cada um)	2	2	18	18
Banheiros contíguos aos quartos coletivos	3	3	3	3
Banheiros PNE contíguos aos quartos coletivos	2	2	5	5
Espaço lúdico/Sala Multiuso	0	1	0	16
Escritório	1	1	9	9
Sala de convivência	1	1	30	30
Despensa	1	1	4	4
Sala de jantar	1	1	18	18
Cozinha	1	1	14	14
Quarto de plantão/repouso dos funcionários	1	1	10	10
Banheiro contíguo ao quarto de plantão para funcionários	1	1	3	3
Área de Serviço	1	1	5	5
Armários	1	1	4	4
Lavabo	1	1	2	2
Área externa de convivência	1	1	20	20
Abrigo GLP	1	1	1	1

Quadro 01 – Ambientes mínimos necessários
Fonte: Portaria N 615/2013.

Haja vista que essas unidades funcionam como residências temporárias para os indivíduos, deve-se pensar na garantia da privacidade destes, estimulando o sentimento de pertencimento. Para além disso, deve-se estimular as interações sociais e o fortalecimento de vínculos, por meio do desenvolvimento de espaços em que possam ocorrer visitas de familiares e amigos, ações e projetos sociais (Brasil, 2015).

2.3 Conceito de Humanização no SUS

Apesar dos avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com a ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho dificultam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e os usuários; o trabalho em grupo, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado. Diante disso, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada com o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) nas práticas de atenção e gestão, com a intenção de qualificar a saúde pública no Brasil e incentivar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, devendo estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS (Brasil, 2004).

A humanização, na rede de atenção à saúde, busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas, ofertando atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. O HumanizaSUS tem como princípio valorizar os indivíduos e proporcionar maior independência, aprimorando sua capacidade de transformar a realidade em que moram, por meio da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários e da participação em conjunto nos processos de gestão e produção de saúde (Brasil, 2004).

A Política Nacional de Humanização estabelece prioridades e traça estratégias, além de fornecer orientações e diretrizes gerais para sua implementação nos diferentes níveis de atenção à saúde, objetivando garantir que os princípios norteadores criados pela PNH possam ser, de fato, assegurados.

Esses princípios se constituem em:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (Brasil, 2004).

Nesse contexto, cabe citar a discussão acerca da Reforma Psiquiátrica (RP) que, segundo Rotelli et al. (1990), se constitui como um processo social complexo que tem sido adotado no Brasil no processo de reforma dos serviços e das tecnologias de cuidado, buscando também ampliar o debate a respeito dessas mudanças estruturais. Destacando a importância desse movimento, o quinto dos cadernos temáticos da Política Nacional de Humanização é dedicado aos debates voltados a Reforma Psiquiátrica, de modo a priorizar o tratamento em ambientes terapêuticos, preferencialmente comunitários, dentre eles as Residências Terapêuticas, as Unidades de Acolhimento, CAPS entre outros (PNH, CADERNO 5, 2015; Brasil, 2001). Pode-se dizer, assim, que a RP é considerada uma quebra de paradigma no que diz respeito aos serviços voltados à saúde mental.

Falando-se das contribuições da arquitetura no processo de humanização do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde (Brasil, 2010, p.5) insere a ambiência como uma importante diretriz constituinte do PNH, definindo-a como “o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana”. A adoção desse conceito nos espaços da saúde reflete o importante avanço que ocorreu no processo de humanização dos territórios de saúde, englobando não somente a configuração técnica, formal e simples dos espaços, mas também o contexto no qual estão inseridos, dando atenção aos indivíduos inseridos nesses territórios (Brasil, 2010). O conceito de ambiência, nesse sentido, é estruturado em três eixos que podem ser delimitados como:

- O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...–, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.
- O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática (Brasil, 2010).

Esses eixos serão conceituados e discutidos de forma ampla no tópico referente ao espaço de apropriação e apego ao lugar, de modo a destacar a importância dos conceitos da Psicologia Ambiental no processo de humanização do Sistema Único de Saúde e de definir os principais elementos que devem ser levados em consideração no processo de idealização dos espaços de cuidado.

2.4 Apropriação do espaço e apego ao lugar

Estudar a Psicologia Ambiental e a sua contribuição para a arquitetura é de extrema importância, haja vista que, ao se desenvolver um projeto, busca-se gerar conforto para os usuários, identificando suas necessidades e traçando estratégias que possam garantir conforto ambiental e contribuir para a boa qualidade de vida dos indivíduos. Nos tópicos anteriores, foi possível entender que uma Unidade de Acolhimento deve proporcionar espaços confortáveis, acolhedores e humanizados aos pacientes, de modo a se levar em consideração, no processo de projeto do equipamento, as necessidades e desejos dos usuários, além das condicionantes e variantes do local. Para que a arquitetura contribua de forma positiva no processo de tratamento dos usuários, é importante utilizar os conceitos da Psicologia Ambiental, compreendendo a influência dos espaços sobre a saúde mental e física. Desse modo, o presente tópico busca expor os conceitos de apropriação e apego ao lugar, da Psicologia Ambiental, a serem incorporados ao projeto.

A Psicologia Ambiental é um campo interdisciplinar que estuda a relação entre os seres humanos e seus ambientes físicos. Ela explora como o ambiente construído, como edifícios e espaços urbanos afetam o comportamento, as emoções e o bem-estar das pessoas. Na arquitetura, a aplicação da Psicologia Ambiental pode influenciar o design de espaços que promovem a saúde mental e física, facilitando processos de recuperação e melhorando a qualidade de vida (Harrouk, 2021).

A humanização dos espaços, segundo Boing (2003), envolve muitos aspectos e aproxima-se muito da área do design de interiores, levando em consideração o uso das cores, dos revestimentos e texturas, objetos de decoração e mobiliário, iluminação, contato com o exterior e integração com elementos naturais.

A apropriação é um fenômeno psicossocial essencial que ocorre quando um indivíduo interage com o ambiente ao seu redor. Nesse processo, a pessoa se estende para o espaço, moldando-o para refletir sua identidade e criar um local pessoal. Isso envolve estabelecer controle sobre espaços e objetos, independentemente da propriedade legal. Pode-se afirmar que cada ação humana é uma forma de apropriação, manifestada através de variadas formas de percepção, orientação e ação, nas quais o indivíduo se insere no espaço e simultaneamente o assimila (Cavalcante, Elias, 2017).

A intensidade com que nos apropriamos do ambiente ao nosso redor pode variar. No nível mais básico, essa apropriação acontece através da observação, que nos familiariza com o objeto ou espaço, gerando uma sensação de posse e intimidade. A fotografia serve como um registro tangível dessa apropriação visual, enquanto a decoração reflete a personalidade funcional e estética do indivíduo. O delineamento do espaço, por sua vez, atua como uma fronteira de segurança e um ponto de referência pessoal, representando níveis progressivos de apropriação (Cavalcante; Elias, 2017).

Compreendendo esses aspectos, pode-se dizer que é importante desenvolver ambientes que não sejam intimidadores e imponentes, mas sim acolhedores e confortáveis, permitindo que os usuários se sintam à vontade para estabelecer conexões pessoais e se apropriarem dos ambientes. O objetivo é fazer com que os indivíduos possam se sentir na sua própria casa, e não em um local institucional dotado de elementos frios.

Um outro conceito importante é o de apego ao lugar, cujo estudo deve levar em consideração as características físico-espaciais do local e os significados simbólicos/afetivos a ele associados pelos indivíduos. Os estudos desse conceito possuem como foco as relações entre as características físico-espaciais do local e as vinculações simbólicas e afetivas inerentes ao relacionamento das pessoas com o ambiente (Elali; Medeiros, 2011).

O entendimento desse conceito está também atrelado a três dimensões: funcional, simbólica e relacional. A dimensão funcional é o papel do espaço físico como um elemento de atração, encorajamento e inibição dos movimentos das pessoas, interferindo nos comportamentos (Hidalgo; Hernandez, 2001). A dimensão simbólica é referente ao conteúdo simbólico sociocultural e individual que influencia as relações entre pessoa-ambiente, influenciando a forma como cada pessoa compreende e age em determinadas situações (Elali; Medeiros, 2011). A dimensão relacional, por fim, corresponde à interação existente entre o envolvimento social do cotidiano, como com amigos e familiares, e as características do ambiente em que essas interações acontecem, auxiliando na formação de identidade pessoal e comunitária (Hummon, 1992). Tendo em vista essas dimensões, é importante que os espaços projetados possam estimular comportamentos positivos nos usuários, respeitando as particularidades sociais e culturais e contribuindo para fortalecer as interações sociais e a formação de uma identidade tanto pessoal como coletiva.

3.referencial projetal



Para este capítulo, foram selecionados três projetos de referência, sendo dois internacionais e o outro regional. O primeiro projeto é o Centro de Saúde Pams, em Newman, na Austrália. O segundo é o Centro de Saúde localizado em Copenhagen, na Dinamarca. Por último, foi escolhida a Academia Escola Unileão, localizada na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará.

3.1 Centro de Saúde PAMS

O Centro de Saúde PAMS (Figura 1 e 2) é a primeira unidade de saúde primária a ser construída na cidade de Newman, na Austrália, que conta com uma população predominantemente aborígene, sendo a principal do Condado de Pilbara Oriental. O projeto atende a todo o condado com foco no povo aborigene, sendo o primeiro equipamento que oferece serviços de saúde controlados pela comunidade e culturalmente apropriados. O projeto coloca a comunidade no centro da prestação de serviços de saúde e tem como objetivo melhorar a saúde preventiva da população. Apesar disso, a edificação inclui também espaços adicionais focados em questões de saúde mais graves da comunidade (Archdaily, 2021).



Figura 01 – Centro de Saúde PAMS
Fonte: Robert Frith (2020).

FICHA TÉCNICA	
Localização	Newman, Austrália
Arquitetos	Kaunitz Yeung Architecture
Área	970 m²
Ano	2020

Quadro 02 – Centro de Saúde PAMS
Fonte: Elaborada pelo autor.

O projeto coloca o bem-estar no centro da comunidade, acolhendo as pessoas, conectando-se ao país e incorporando-se à cultura local, tudo isso fornecendo um atendimento de alto padrão. Um dos objetivos principais desse projeto era minimizar os impactos negativos sobre a saúde mental dos indivíduos de Martu e Niaboli que deixam seus países para realizar tratamentos (Archdaily, 2021).



Figura 02 – Centro de Saúde PAMS
Fonte: Robert Frith (2020).

Os materiais utilizados para desenvolver esse projeto reforçam a ideia de acolhimento e fortalecimento do senso de comunidade. O volume é executado predominantemente em taipa, que é um material de construção abundante, gratuito e sustentável, utilizando-se a terra da própria região e reduzindo a energia incorporada à edificação. Essa terra compactada é capaz de criar uma maior conexão dos indivíduos com o local, proporcionando o sentimento de pertencimento, que é muito importante para o povo aborígine (Archdaily, 2021). Além disso, a edificação conta com esquadrias metálicas com paginações que remetem aos desenhos e símbolos da cultura do povo aborígine (Figura 3 e 4). Esses desenhos, ao receberem incidência solar, geram efeitos e sombras dinâmicas nos espaços.



Figura 03 – Esquadrias metálicas
Fonte: Robert Frith (2020).



Figura 04 – Sombra das esquadrias
Fonte: Robert Frith (2020).

Em relação ao programa de necessidades, a edificação incorpora uma clínica de saúde primária, a sede do PAMS e quatro salas de hemodiálise. A edificação inclui clínica geral, saúde infantil/materna, odontologia, tratamento e instalações de saúde para médicos visitantes de Perth (Archdaily, 2021).

A edificação (Figura 5 e 6) é executada somente em um pavimento, com dois blocos principais que são separados por meio de um amplo pátio arborizado. Os blocos são interligados por meio da coberta, que possui um átrio central que ilumina e ventila o pátio e os ambientes da edificação. Com isso, para além do entorno ser arborizado, há também uma forte presença de vegetação entre os blocos da edificação, de modo que as visuais dos espaços tornam-se agradáveis aos usuários, havendo maior sombreamento e ventilação. Toda essa conexão entre a edificação e a natureza fortalece a ideia de acolhimento e de pertencimento.

Este projeto foi escolhido como referência por conta da sua integração à cultura do local e à natureza, formando uma atmosfera de acolhimento e respeito ao utilizar os materiais da região e fazer referência a elementos que fazem parte das manifestações culturais da população. Além disso, a utilização de um pátio interno arborizado também foi um fator que motivou a escolha deste projeto, haja vista que essa decisão projetual proporciona uma melhor qualidade do espaço, gerando maior ventilação e iluminação natural para o edifício, além de trazer maior contato dos usuários com a natureza, promovendo maior bem-estar mental e físico.



Figura 05 – Planta Baixa Centro de Saúde PAMS
Fonte: Kaunitz Yeung Architecture, 2020.



Figura 06 – Cortes Centro de Saúde PAMS
Fonte: Kaunitz Yeung Architecture, 2020.

3.2 Centro para a Saúde e Câncer

Pesquisas comprovam que a arquitetura pode contribuir positivamente para o processo de recuperação dos pacientes com câncer. Por meio da escala humana e da promoção de ambientes acolhedores, os indivíduos podem apresentar melhoras ao sentirem-se mais confortáveis e pertencentes ao espaço. Contudo, os hospitais geralmente se configuram como espaços desumanizados e desconfortáveis. Buscando romper com essa realidade e criar um espaço de saúde realmente acolhedor, o escritório Nord Architects projetou o Centro para a Saúde e Câncer, localizado em Copenhagen, na Dinamarca (Archdaily, 2019).

O Centro se configura como um edifício que, apesar de mostrar iconicidade, procura conscientizar e dar suporte à população, rompendo com os estigmas que são atribuídos aos pacientes. O edifício é projetado como uma junção de pequenas casas que se integram umas às outras, de modo que respeita a escala confortável dos indivíduos. Para conectar as casas, tem-se uma cobertura moldada que faz referência ao origami japonês, gerando uma caracterização dinâmica para as fachadas (Figuras 07 e 08) (Archdaily, 2019).



Figura 07 – Perspectiva Centro de Saúde em Copenhagen
Fonte: Adam Mork, 2019.

FICHA TÉCNICA	
Localização	Copenhagen, Dinamarca
Arquitetos	Nord Architects
Área	2250 m²
Ano	2011

Quadro 03 – Ficha técnica do Centro de Saúde em Copenhagen
Fonte: Elaborada pelo autor.



Figura 08 – Fachada principal - Centro de Saúde em Copenhagen
Fonte: Nord Architects, 2011.

Ao entrar no edifício, tem-se um pátio que funciona como uma área de convivência e contemplação. Apesar da centralidade desse pátio e do efeito de integração que ele proporciona entre as “casas”, tem-se uma configuração espacial que cria cantos intimistas que promovem a privacidade dos usuários. Assim, além de garantir ventilação e iluminação natural, a presença do pátio promove a formação de “cantos” mais resguardados, em que o espaço pessoal dos pacientes pode ser assegurado (Figura 09).

Os ambientes do edifício se dispõem nas extremidades (Figura 10), de forma que a área central fica reservada ao pátio anteriormente citado. O edifício é composto também por espaços para se exercitar, uma cozinha comum em que os pacientes podem cozinhar, além de salas coletivas para reuniões e outras atividades desenvolvidas por grupos de pacientes (Archdaily, 2019).



Figura 09 – Pátio intimista - Centro de Saúde em Copenhagen
Fonte: Adam Mork, 2019.

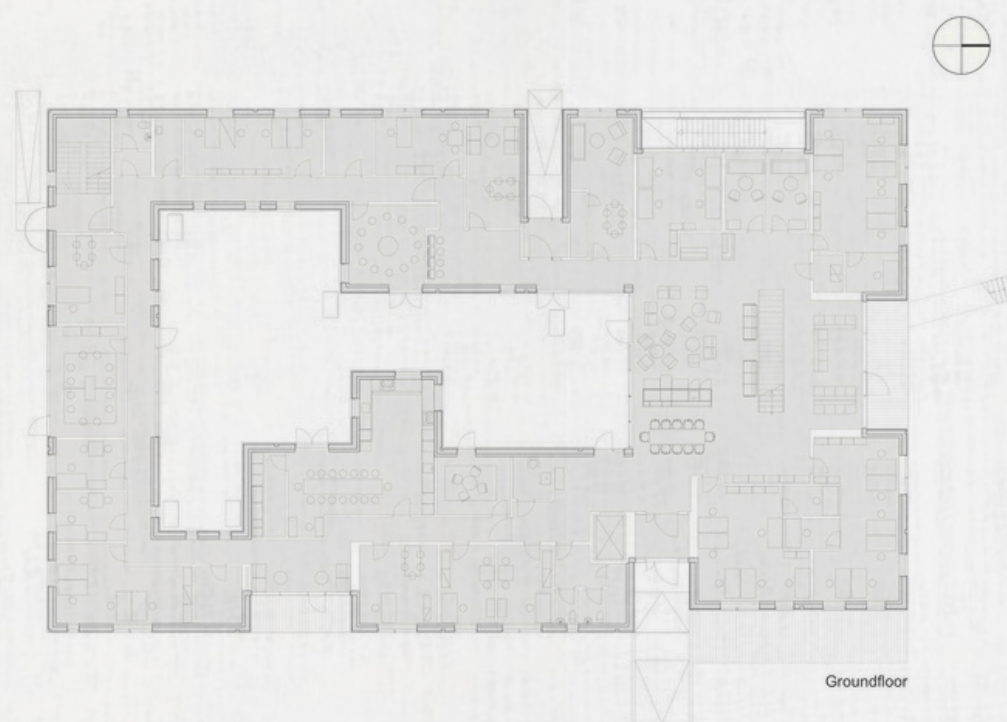


Figura 10 – Planta baixa térreo - Centro de Saúde em Copenhagen
Fonte: Nord Architects, 2011.

Em relação aos materiais, a edificação é desenvolvida em concreto, aço e madeira. A materialidade da madeira é explorada em muitos ambientes internos, como revestimento de piso, parede e teto, para proporcionar conforto, promovendo a sensação de aconchego para os pacientes (Figura 11). Há ambientes que são compostos majoritariamente por elementos brancos, mas que se combinam às paisagens e iluminação natural do exterior por meio das diversas aberturas presentes nas paredes (Figura 12).



Figura 11 – Circulação - Centro de Saúde em Copenhagen
Fonte: Adam Mork, 2019.



Figura 12 – Térreo - Centro de Saúde em Copenhagen
Fonte: Adam Mork, 2019.

A escolha desse projeto como referência se deu pela dinamicidade que as fachadas e volumetria proporcionam, utilizando-se da forma tradicional da “casa” para formar um conjunto que traz iconicidade ao mesmo tempo que acolhe os pacientes com a ideia de estarem em uma residência. Além disso, destaca-se a formação do pátio interno que, apesar de se constituir como uma área de convivência, forma reentrâncias que promovem privacidade aos pacientes. A promoção dessa privacidade e o respeito ao espaço pessoal dos pacientes serão aspectos que serão trabalhados no desenvolvimento do projeto da Unidade de Acolhimento.

3.3 Academia Escola Unileão

O escritório de arquitetura Lins Arquitetos tem sede na cidade de Juazeiro do Norte, na região do Cariri, no meio do sertão nordestino no estado do Ceará. O escritório tem como objetivo realizar uma arquitetura que respeite o espaço de intervenção, se adaptando às condicionantes bioclimáticas e socioespaciais. Para isso, utilizam materiais característicos da região, incorporando a cultura e gerando mão de obra para os trabalhadores locais.

A Academia Escola da Unileão funciona como um apoio para os alunos e funcionários do curso de Educação Física do Centro Universitário Unileão. A edificação foi implantada sobre um platô pré-existente, de modo que ficou localizada no sentido Leste-Oeste, recebendo forte incidência solar sobre suas principais fachadas durante todo o ano. Para lidar com esse fator e proporcionar conforto térmico aos usuários do espaço, estratégias de conforto ambiental foram aplicadas para garantir a redução da temperatura no interior da edificação (Lins Arquitetos, 2018).



Figura 13 – Fachada - Academia Escola Unileão
Fonte: Joana França, 2022.

FICHA TÉCNICA	
Localização	Lagoa Seca, Juazeiro do Norte-CE
Arquitetos	Lins Arquitetos Associados
Área	950 m²
Ano	2018

Quadro 04 – Ficha técnica da Academia Escola Unileão
Fonte: Elaborada pelo autor.

O projeto é constituído por cinco blocos em formato circular, com raio de 7,80 metros cada um, sendo 6 metros de área útil e 1,80 metros de jardins. A setorização do edifício segue a lógica dos círculos, de modo que dois círculos são destinados às atividades de musculação, um é para a recepção e cantina, um para atividades aeróbicas e outro para funções de serviço e administração (Lins Arquitetos, 2018).

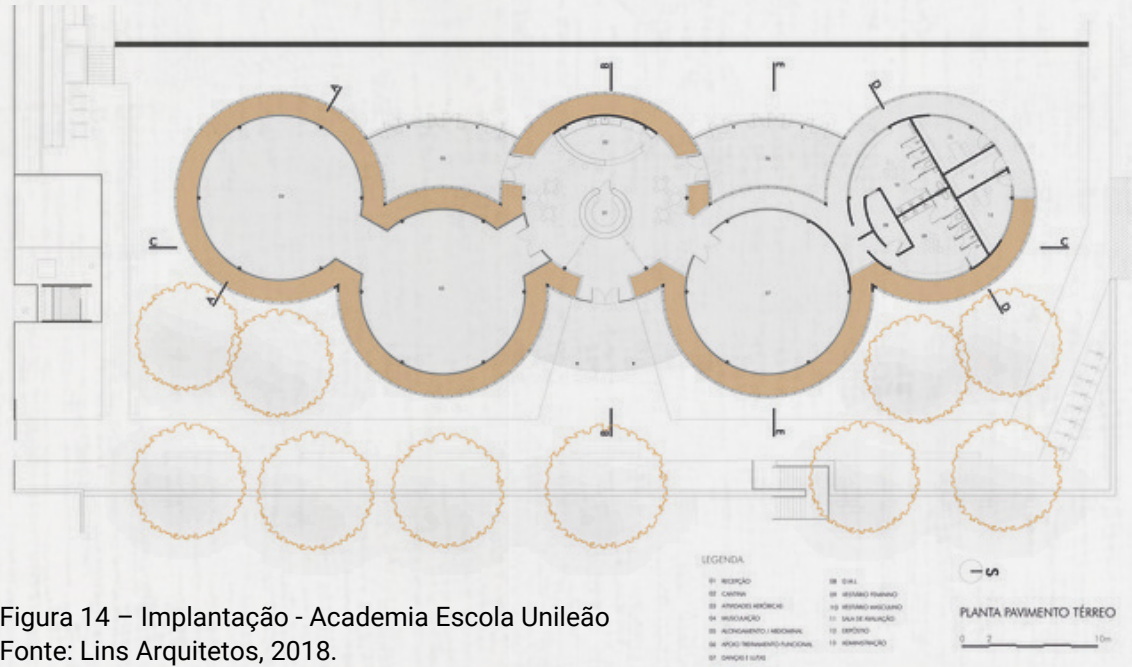


Figura 14 – Implantação - Academia Escola Unileão
Fonte: Lins Arquitetos, 2018.

Para reduzir a incidência solar no interior do edifício, as fachadas foram compostas por três camadas. A primeira camada foi realizada por uma composição de tijolos cerâmicos, formando uma paginação que permite que a luz solar seja filtrada, sem barrar a ventilação. Para além dessa função, a paginação permite a formação de sombras interessantes no interior da edificação, como pode ser observado na Figura 15 (Lins Arquitetos, 2018).



Figura 15 – Sombra tijolos cerâmicos - Academia Escola Unileão
Fonte: Joana França, 2022.

Um jardim inteiro compõe a segunda camada, com espécies de vegetação nativa da região, formando um microclima que proporciona maior conforto aos usuários (Figura 16). A terceira camada é formada por esquadrias de vidro incolor, que permitem que os espaços sejam vedados para serem refrigerados quando necessário (Figura 17) (Lins Arquitetos, 2018).

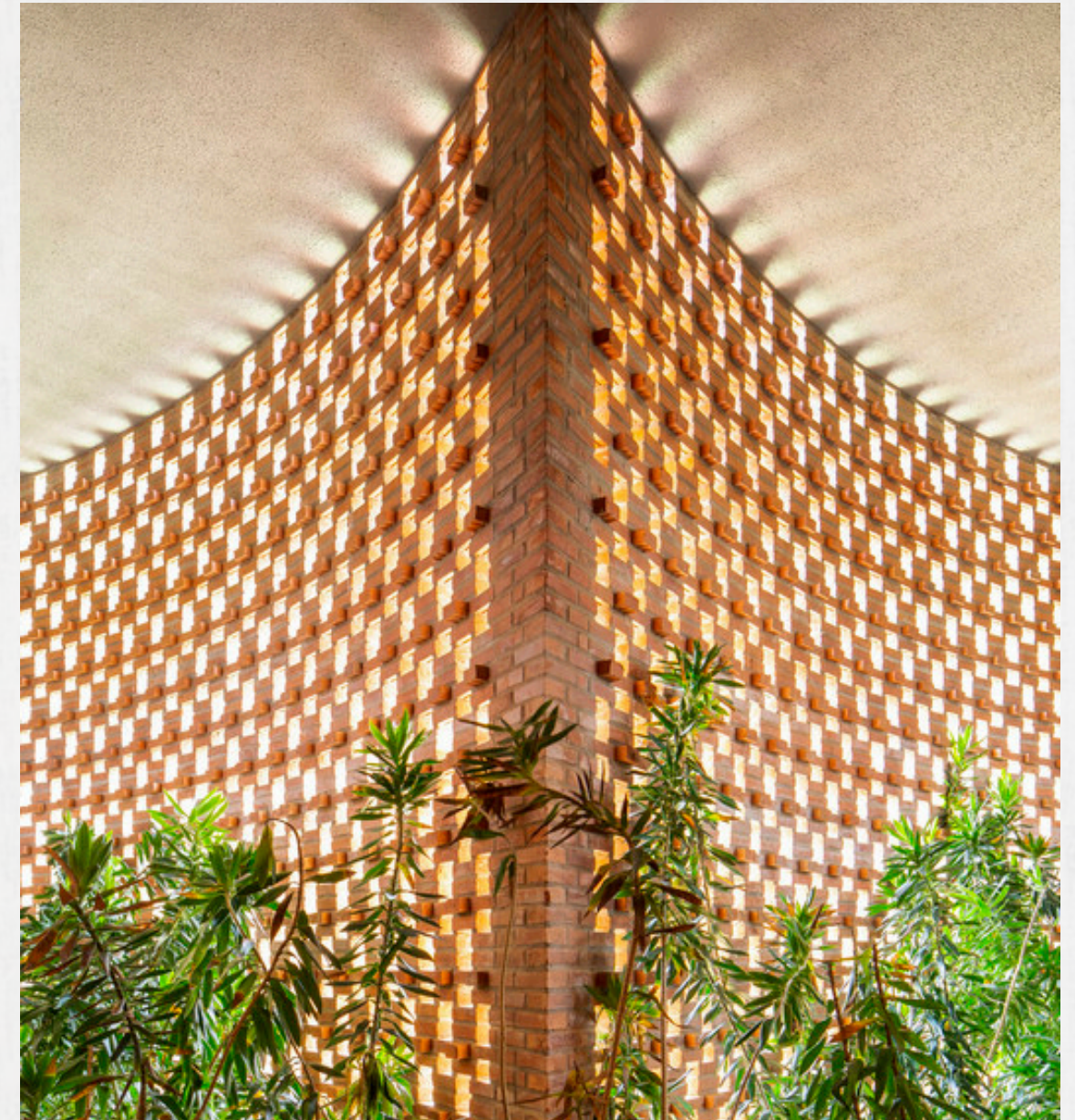


Figura 16 – Sombra tijolos cerâmicos - Academia Escola Unileão
Fonte: Joana França, 2022.

Esse projeto foi escolhido como referência principalmente pela questão da adequação ao clima semiárido, com a utilização de materiais e estratégias que garantem um bom conforto térmico aos usuários, garantindo permeabilidade visual, iluminação e ventilação natural. Além disso, a utilização de materiais característicos da região promovem a conexão do edifício com o contexto em que ele é inserido, o que faz com que os usuários possam se reconhecer em um espaço que respeita e se integra à cultura local.

QUADRO SÍNTESE REFERÊNCIAS PROJETOAIS	
Centro de Saúde PAMS	1. Integração à cultura 2. Integração à natureza 3. Pátio interno
Centro de Saúde	1. Associação à imagem de casa 2. Formas dinâmicas 3. Pátio interno
Academi a Escola Unileão	1. Implantação setorizada 2. Estratégias bioclimáticas de conforto ambiental 3. Uso de materiais locais

Quadro 05 – Quadro Síntese
 Fonte: Elaborado pelo autor.

4. diagnóstico



4.1 Escolha do terreno

A Unidade de Acolhimento para Dependentes Químicos será localizada no bairro Montese, limite com o bairro Demócrito Rocha, na cidade de Fortaleza, Ceará (Figura 18). A escolha dessa área considerou a necessidade de estabelecer uma relação com a sociedade, com o objetivo de promover a reinserção social dos usuários.

A escolha da localização do terreno em uma área residencial, entre os bairros Montese e Demócrito Rocha, se deu para aproximar o equipamento das famílias dos usuários, facilitando o acesso e a participação ativa da comunidade no processo de recuperação, também diminuindo o estigma associado à dependência química, por normalizar o tratamento e promover a aceitação social.

O bairro está inserido na Secretaria Executiva Regional IV, fazendo fronteira com os bairros Aeroporto, Parreão, Bom Futuro, Damas, Bela Vista, Couto Fernandes, Demócrito Rocha, Parangaba e Itaoca (Fortaleza, 2019).

De acordo com o último Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o bairro Montese possui uma população residente de 28.630 habitantes e o bairro Demócrito Rocha, que faz fronteira com a área de intervenção, possui uma população de 11.817 habitantes (SMS, 2024).

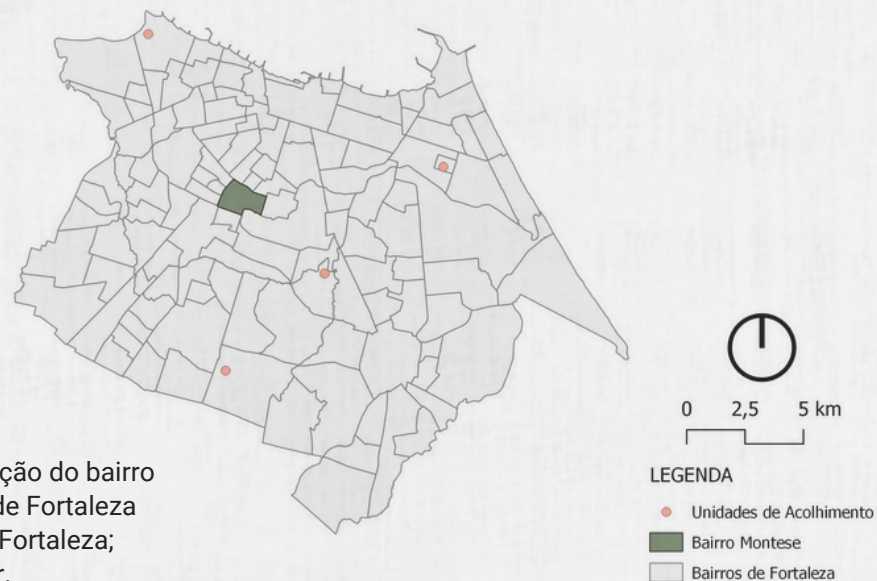


Figura 18 – Localização do bairro Montese na cidade de Fortaleza
Fonte: Prefeitura de Fortaleza;
Elaborado pelo autor.

A densidade populacional nos bairros é significativa: o Montese possui 14,99 habitantes por quilômetro quadrado, enquanto o Demócrito Rocha tem 14,77 habitantes por quilômetro quadrado. Ambos os bairros têm predominância de uso residencial (SMS, 2024). O entorno do terreno apresenta áreas subutilizadas e vazios urbanos (Figura 19), incluindo imóveis abandonados, terrenos murados e locais para estacionamento e guarda de veículos. O lote escolhido, anteriormente um terreno vazio murado, será transformado na Unidade de Acolhimento para Dependentes Químicos.



Figura 19 – Mapa de cheios e vazios no entorno do terreno
Fonte: IPLANFOR (2020), SEFIN (2012), METROFOR (2020), ETUFOR (2022); Elaborado pelo autor.

Segundo o Plano Diretor Participativo de Fortaleza, o bairro se divide em três macrozonas (Figura 20). O terreno escolhido está inserido na macrozona Zona de Requalificação Urbana 1, que segundo o Plano Diretor Participativo de Fortaleza:

Art. 7.IV - A Zona de Requalificação Urbana 1 (ZRU 1) caracteriza-se pela insuficiência ou precariedade da infraestrutura e dos serviços urbanos, principalmente de saneamento ambiental, carência de equipamentos e espaços públicos, pela presença de imóveis não utilizados e subutilizados e incidência de núcleos habitacionais de interesse social precários; destinando-se à requalificação urbanística e ambiental, à adequação das condições de habitabilidade, acessibilidade e mobilidade e à intensificação e dinamização do uso e ocupação do solo dos imóveis não utilizados e subutilizados (Fortaleza, 2009, p.41);

Essa zona tem como objetivo a requalificação urbana e ambiental, melhorando as condições de habitabilidade, acessibilidade e mobilidade. Além disso, busca intensificar e dinamizar o uso e ocupação do solo nos imóveis não utilizados e subutilizados.

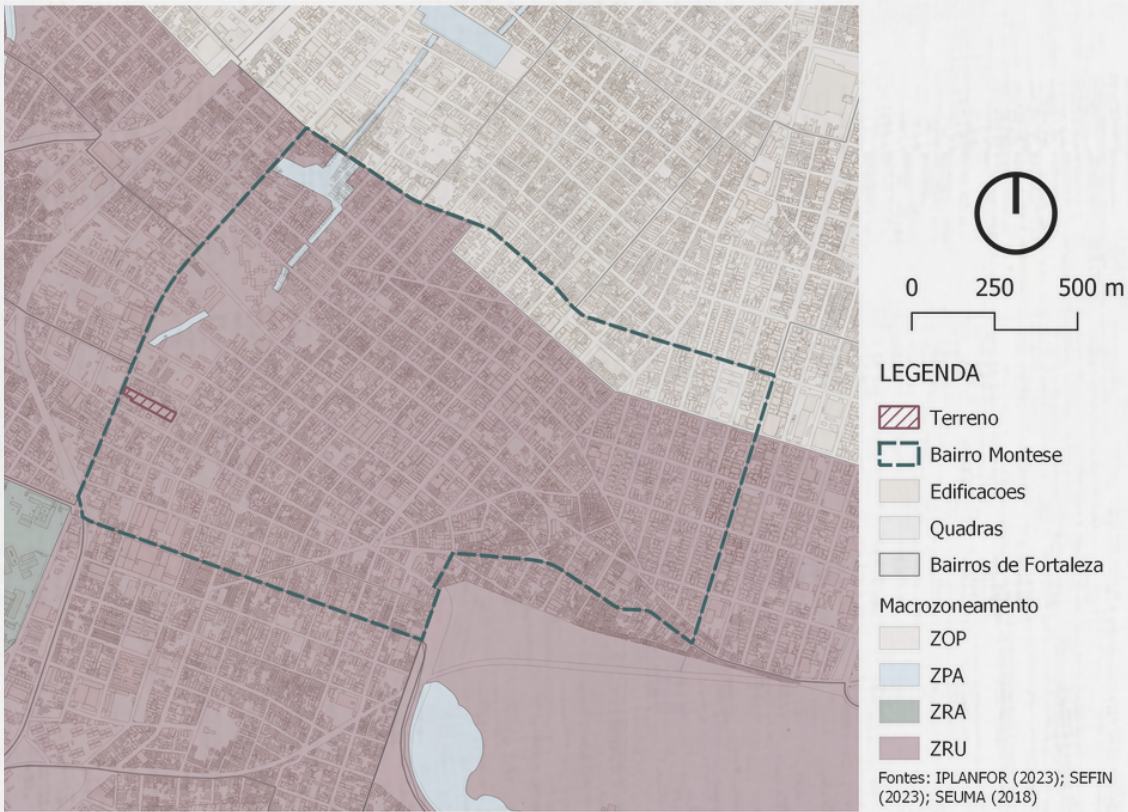


Figura 20 – Mapa de macrozoneamento do bairro Montese
Fonte: IPLANFOR (2023), SEFIN (2023), SEUMA (2018); Elaborado pelo autor.

De acordo com a LUOS (2017), os parâmetros urbanísticos para esta zona estão descritos no Quadro 06:.

Parâmetros Urbanos de Ocupação		
Anexo 4.2 - Macrozona de Ocupação Urbana		
Zona de Ocupação	Zona de Requalificação Urbana 1	
Taxa de Permeabilidade (%)	30	
Taxa de Ocupação (%)	Solo	60
	Subsolo	60
Índice de Aproveitamento (IA)	Básico	2
	Mínimo	0.2
	Máximo	2
Altura máxima das edificações (m)	48	
Dimensões mínimas do lote	Testada (m)	5
	Profundidade (m)	25
	Área (m²)	125

Quadro 06 – Parâmetros Urbanos de Ocupação
Fonte: LUOS (2017). Elaborado pelo autor.

Ainda na área de zoneamento, o bairro apresenta quatro Zonas Especiais, o terreno está inserido em uma ZEIS 3 (Figura 21), que segundo o Plano Diretor Participativo de Fortaleza:

Art. 133. - As Zonas Especiais de Interesse Social 3 (ZEIS 3) são compostas de áreas dotadas de infraestrutura, com concentração de terrenos não edificados ou imóveis subutilizados ou não utilizados, devendo ser destinadas à implementação de empreendimentos habitacionais de interesse social, bem como aos demais usos válidos para a Zona onde estiverem localizadas, a partir de elaboração de plano específico. (Fortaleza, 2009, p.55);

O objetivo desta Zona é incentivar o uso de terrenos não edificados e imóveis subutilizados ou não utilizados para a construção de empreendimentos habitacionais de interesse social. A implantação do equipamento neste tipo de zona possui o potencial de aproveitar uma área subutilizada para garantir o acesso da população a políticas públicas de desenvolvimento urbano, saúde e assistência social, promovendo uma abordagem integrada e multidisciplinar para enfrentar o problema da dependência química, assim como aproveitar da infraestrutura existente, reduzindo o custo de sua implementação e facilitando a reintegração social, reduzindo a marginalização e estigmatização dos usuários devido a proximidade com oportunidades de trabalho

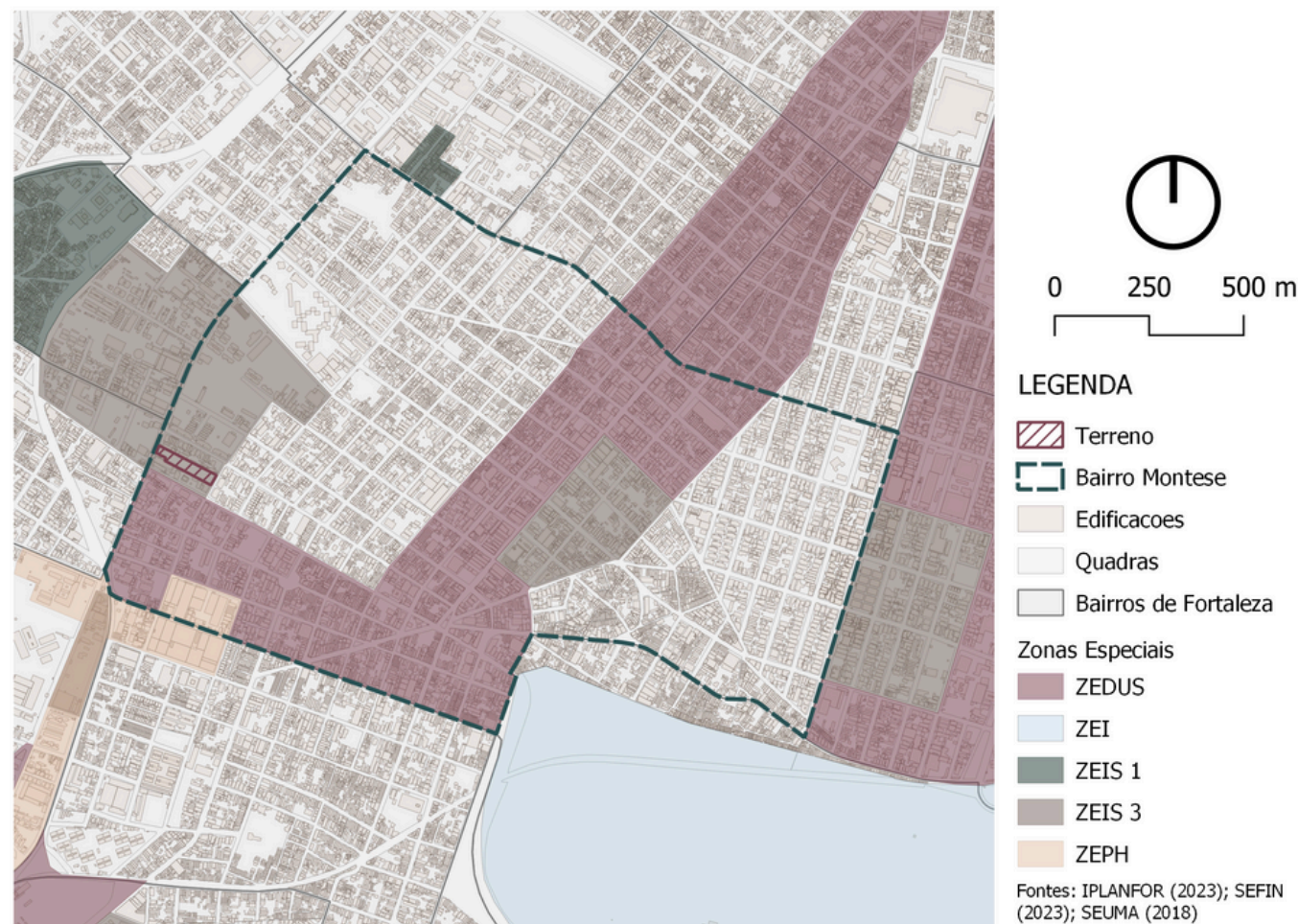


Figura 21 – Mapa de Zonas Especiais do bairro Montese
 Fonte: IPLANFOR (2023), SEFIN (2023), SEUMA (2018). Elaborado pelo autor.

Com base nas informações da LUOS (2017), o terreno da Unidade de Acolhimento está localizado entre uma via do tipo Arterial II e outra do tipo Local. Com a análise da classificação das atividades, no Anexo 5 da LUOS, o equipamento se enquadra no grupo de Serviço, subgrupo Serviços de Saúde (SS), de acordo com o Quadro 07. O equipamento é classificado como “Clínica de repouso, reabilitação, desintoxicação etc”. Sua classe é definida como 4PE, caracterizando-se como um Projeto Especial.

Classificação das atividades por grupo, subgrupo e atividade				
Anexo 5 - Classificação das atividades por grupo e subgrupo				
Tabela	Grupo	Subgrupo		
5.12	Serviço	SS - Serviço de Saúde		
Anexo 5 - Tabela 5.12 - Subgrupo - Serviço de Saúde - SS				
Código	Atividade	Classe - SS	Porte (m²)	Nº mínimo de vagas de estacionamento
85.16.22	Clinica de repouso, reabilitação, desintoxicação etc	4PE	Qualquer	Será objeto de estudo

Quadro 07 – Classificação das atividades por grupo e subgrupo
 Fonte: LUOS (2017). Elaborado pelo autor.

Após a identificação da via e da atividade que o equipamento se enquadra, a adequação da atividade ao terreno se dá pela identificação do seu macrozoneamento ou das zonas especiais, que no caso da Zona Especial de Interesse Social 3 (ZEIS 3), é necessário a elaboração de plano específico. Seguindo com a análise de adequação ao sistema viário (Quadro 08) no Anexo 8.1, o terreno se encontra entre uma Via Arterial II e uma Via Local, conforme já analisado, o equipamento possui classe 4PE, então mesmo se encontrando em uma Via Arterial II, a Tabela 8.12 mostra que os recuos serão objeto de estudo, onde serão adotados estabelecidos de acordo com o equipamento escolhido.

Anexo 8.1 - Adequação dos usos ao sistema viário				
Tabela 8.12 - Grupo Serviço - Subgrupo Serviços de Saúde - SS				
CLASSE	Via Arterial II			
	Uso	Recuos		
		FT	LT	FD
4PE	Será objeto de estudo			

Quadro 08 – Adequação dos usos ao sistema viário
 Fonte: LUOS (2017). Elaborado pelo autor.

A escolha dos recuos adotados baseou-se na análise da adequação dos usos ao sistema viário, considerando um equipamento com características semelhantes à Unidade de Acolhimento para Dependentes Químicos. No Anexo 5 da LUOS (2017), o subgrupo de Hospedagem (Quadro 09), apresenta atividades com uso e porte comparáveis, como a atividade Hotel. Com base nisso, avaliou-se a adequação ao sistema viário (Quadro 09). A Tabela 8.6 da LUOS (2017) recomenda recuos de 10,0 metros para a frente e 5,0 metros para as laterais e fundo do lote.

Classificação das atividades por grupo, subgrupo e atividade					
Anexo 5 - Classificação das atividades por grupo e subgrupo					
Tabela	Grupo	Subgrupo			
5.6	Serviço	H - Hospedagem			
Anexo 5 - Tabela 5.6 - Subgrupo - Hospedagem - H					
Código	Atividade	Classe - SS	Porte (m²)	Nº mínimo de vagas de estacionamento	
55.13.11	Hotel	1	Até 2500	1 vaga / 5 unid. de hospedagem	
Anexo 8.1 - Adequação dos usos ao sistema viário					
Tabela 8.6 - Grupo Serviço - Subgrupo Hospedagem - H					
CLASSE	Via Arterial II				
	Uso	Recuos			Normas (Anexo 8.2)
		FT	LT	FD	
1	A	10	5	5	2 / 5/ 10

Quadro 09 – Classificação das atividades por grupo e subgrupo / Adequação dos usos ao sistema viário
Fonte: LUOS (2017). Elaborado pelo autor.

Outro motivo para a escolha da área de intervenção, foi a escassez de equipamentos de lazer, saúde e educação (Figura 22), havendo necessidade de serviços próximos, o equipamento se enquadra como um serviço de saúde. A proximidade do terreno com uma área residencial de fácil acesso proporciona um ambiente mais tranquilo e menos estressante, podendo ser benéfico para o processo de recuperação dos dependentes químicos.

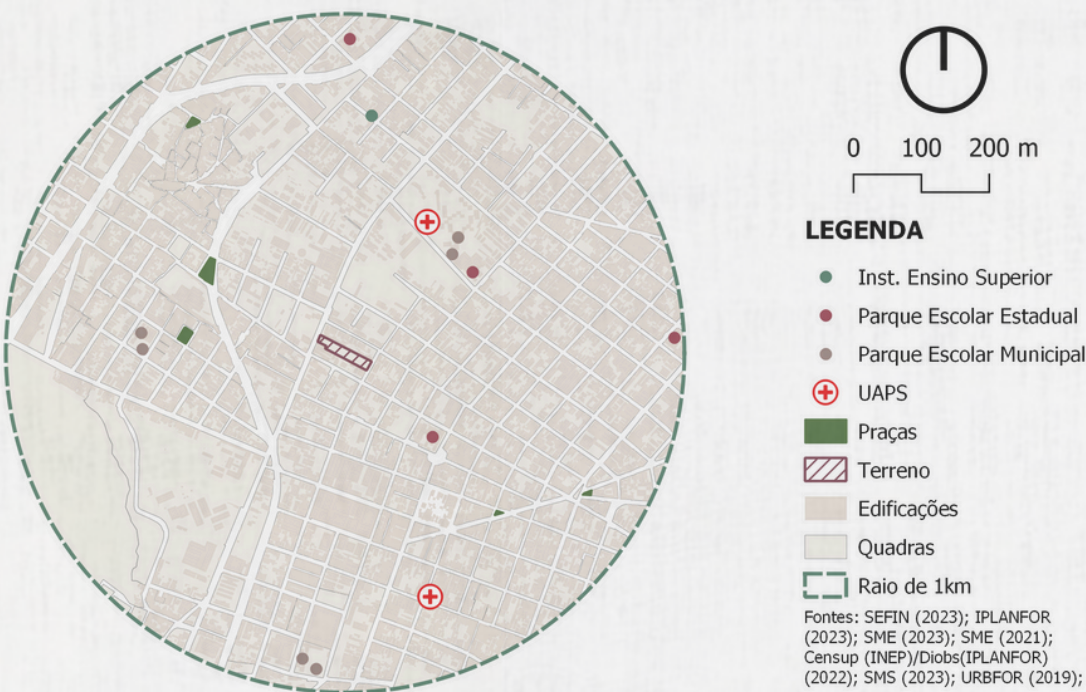


Figura 22 – Mapa de equipamentos de saúde, lazer e praças
Fonte: SEFIN (2023); IPLANFOR (2023); SME (2021, 2023); Censup (INEP)/Diobs(IPLANFOR) (2022); SMS (2023); URBFOR (2019).
Elaborado pelo autor.

O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH - é utilizado para avaliar anualmente o grau de desenvolvimento de países, composto por três dimensões: renda, educação e longevidade. A classificação do IDH varia de 0 a 1, onde quanto mais próximo de 1, melhor o grau de desenvolvimento, enquanto mais próximo de 0, pior o grau de desenvolvimento (Fortaleza, 2022).

De acordo com o Censo realizado em 2010, o bairro Montese possui o IDH de 0,46, enquanto o bairro Demócrito Rocha possui o IDH de 0,36, ambos possuindo uma classificação baixa. Em suas subcategorias, temos o IDH de renda, onde o Montese possui 0,17 e o Demócrito Rocha 0,097, classificados como baixos. O IDH de longevidade está na categoria média, possuindo 0,53 no Montese e 0,64 no Demócrito Rocha. Já na subcategoria IDH de educação, se mostrou na categoria muito alta, com ambos os bairros que se relacionam com o terreno possuindo 0,96 (IBGE, 2010).

Em relação a pontos básicos de infraestrutura da área (Figura 23), como abastecimento de água, coleta de lixo, energia elétrica e rede de esgoto, o local apresenta uma boa infraestrutura.

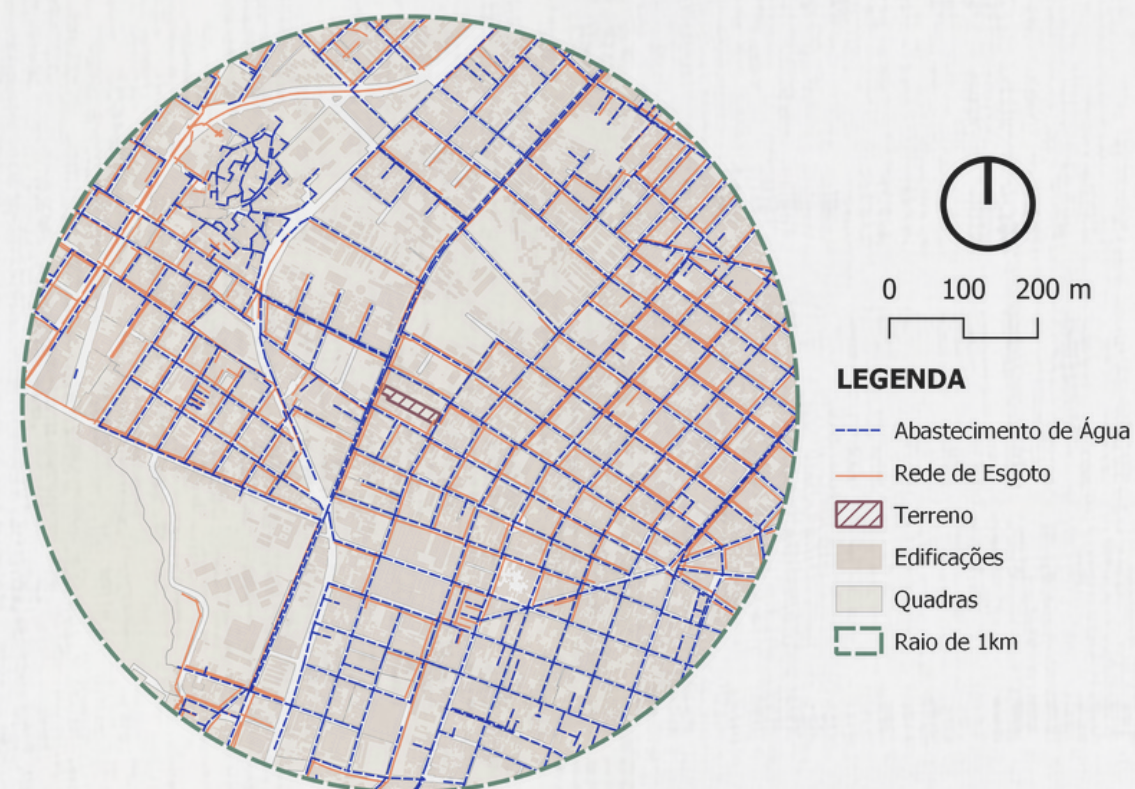


Figura 23 – Mapa de infraestrutura
Fonte: SEFIN (2023); IPLANFOR (2023); CAGECE (2024). Elaborado pelo autor.

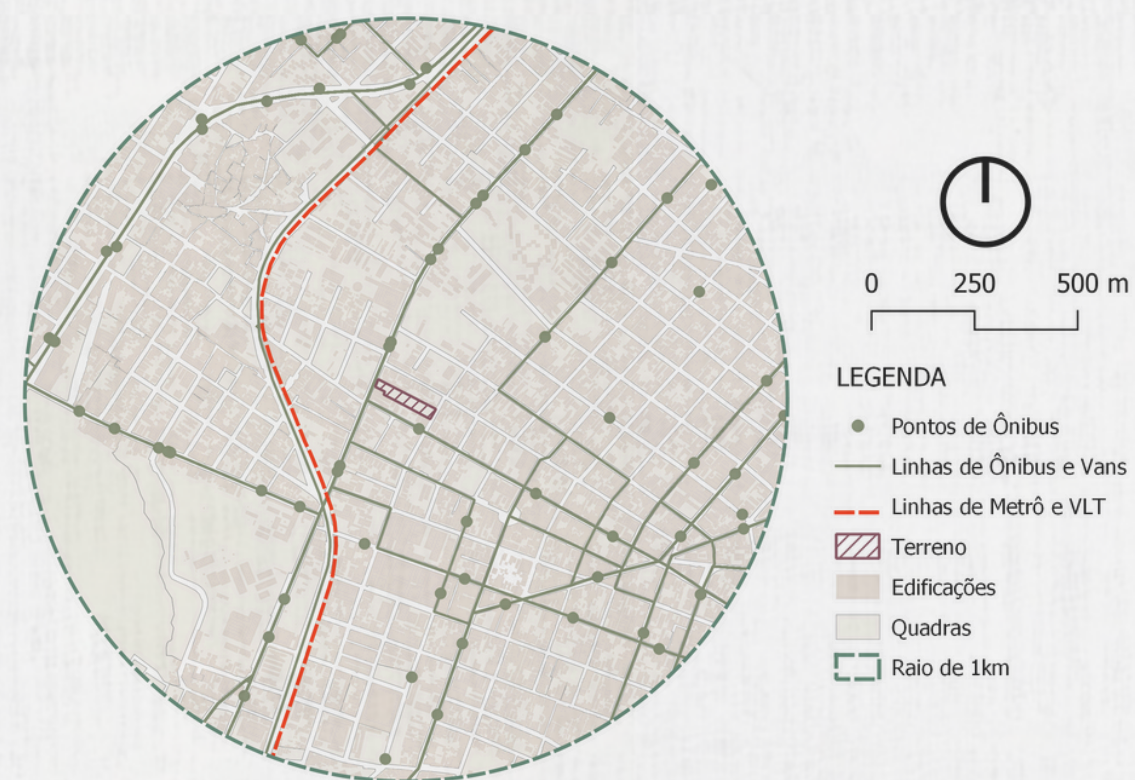


Figura 24 – Mapa de transporte público
Fonte: SEFIN (2017); IPLANFOR (2023); METROFOR (2020); ETUFOR (2022). Elaborado pelo autor.

No quesito mobilidade, a área de entorno do terreno apresenta ampla infraestrutura de transporte público. O Padrão de Qualidade do Desenvolvimento Orientado ao Transporte Sustentável - DOTS (2017) considera a distância máxima aceitável até um ponto de ônibus com 500 metros, na Figura 24 é possível observar que as linhas de ônibus percorrem diversas vias do bairro, de modo que as distâncias máximas percorridas pelos indivíduos, estão dentro da média de 500 metros (DOTS, 2017).

O entorno do terreno apresenta uma rede cicloviária (Figura 25) bem estruturada, possuindo uma distância caminhável até as ciclofaixas e ciclovias mais próximas, proporcionando uma maior segurança viária para os ciclistas, visto que é uma área com tráfego intenso. Além disso, a área conta com oito estações do Bicicletar, o que incentiva o uso do transporte não motorizado pela população. Essa opção de transporte é gratuita para indivíduos cadastrados por meio do bilhete único de transporte.

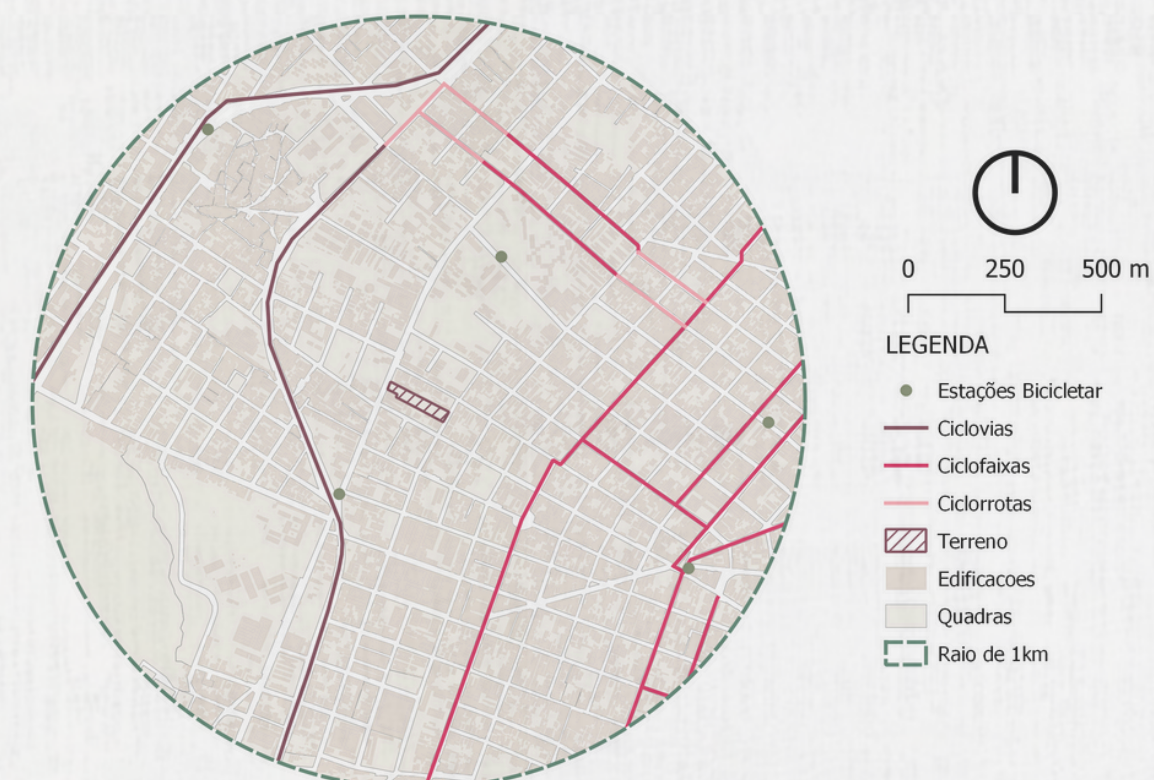


Figura 25 – Mapa do sistema cicloviário
Fonte: SEFIN (2017); IPLANFOR (2023); METROFOR (2020); AMC (2023). Elaborado pelo autor.

4.2 Área de intervenção

Adotando um raio de 500 metros a partir do terreno escolhido para o estudo, segundo a LUOS (2017), localiza-se entre uma Via Arterial II, a Avenida João Pessoa, e uma Via Local, a Rua Zacarias Gondim (Figura 26). Como a Avenida João Pessoa possui um fluxo intenso, o acesso por esta via será feito apenas para pedestres, enquanto a Rua Zacarias Gondim receberá o acesso de transportes, pedestres e carga e descarga.

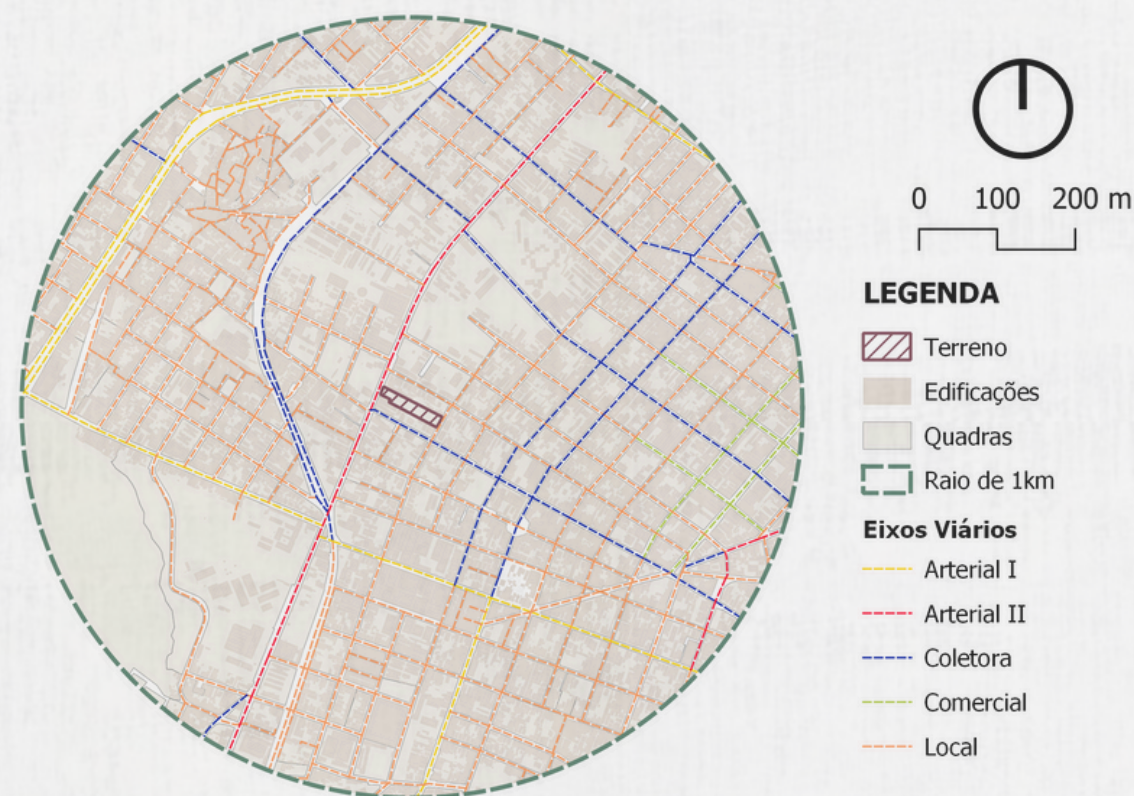


Figura 26 – Mapa de sistema viário
Fonte: SEFIN (2017); IPLANFOR (2023); METROFOR (2020); ETUFOR (2022). Elaborado pelo autor.

O gabarito de entorno imediato (Figura 27) possui, em sua maioria, edificações de 1 a 2 pavimentos, sendo predominantemente uma área horizontalizada, possibilitando uma boa convivência respeitando a escala humana e do pedestre, gerando um melhor convívio social, havendo poucas edificações que passam de 4 pavimentos.

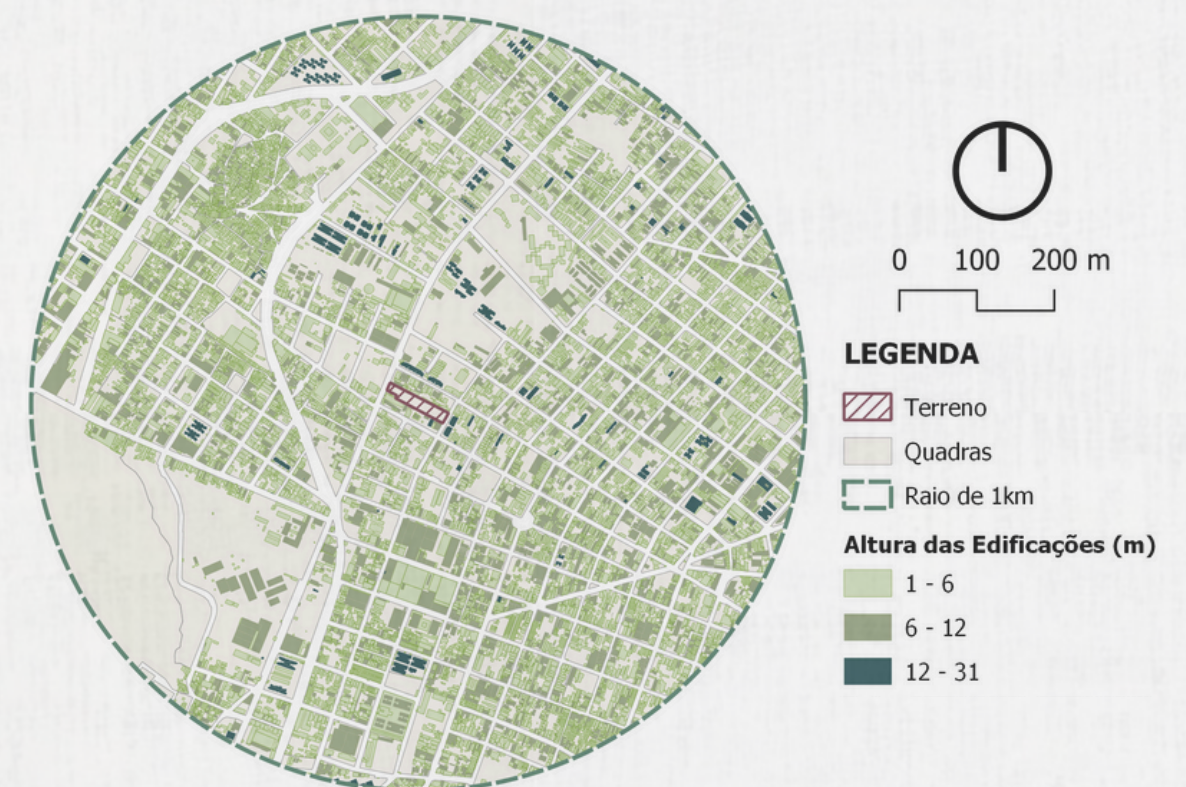


Figura 27 – Mapa do gabarito do entorno imediato
Fonte: SEFIN (2016); SEFIN (2023); IPLANFOR (2023). Elaborado pelo autor.

Os bairros no entorno do terreno são caracterizados por usos residenciais, comerciais e mistos, com uma variedade de atividades econômicas (Figura 28). Os usuários da Unidade de Acolhimento terão oportunidades de trabalho e renda nesse ambiente, auxiliando na sua reinserção social.

Adotando um raio de 500 metros a partir do terreno escolhido para o estudo, segundo a LUOS (2017), localiza-se entre uma Via Arterial II, a Avenida João Pessoa, e uma Via Local, a Rua Zacarias Gondim (Figura 26). Como a Avenida João Pessoa possui um fluxo intenso, o acesso por esta via será feito apenas para pedestres, enquanto a Rua Zacarias Gondim receberá o acesso de transportes, pedestres e carga e descarga.

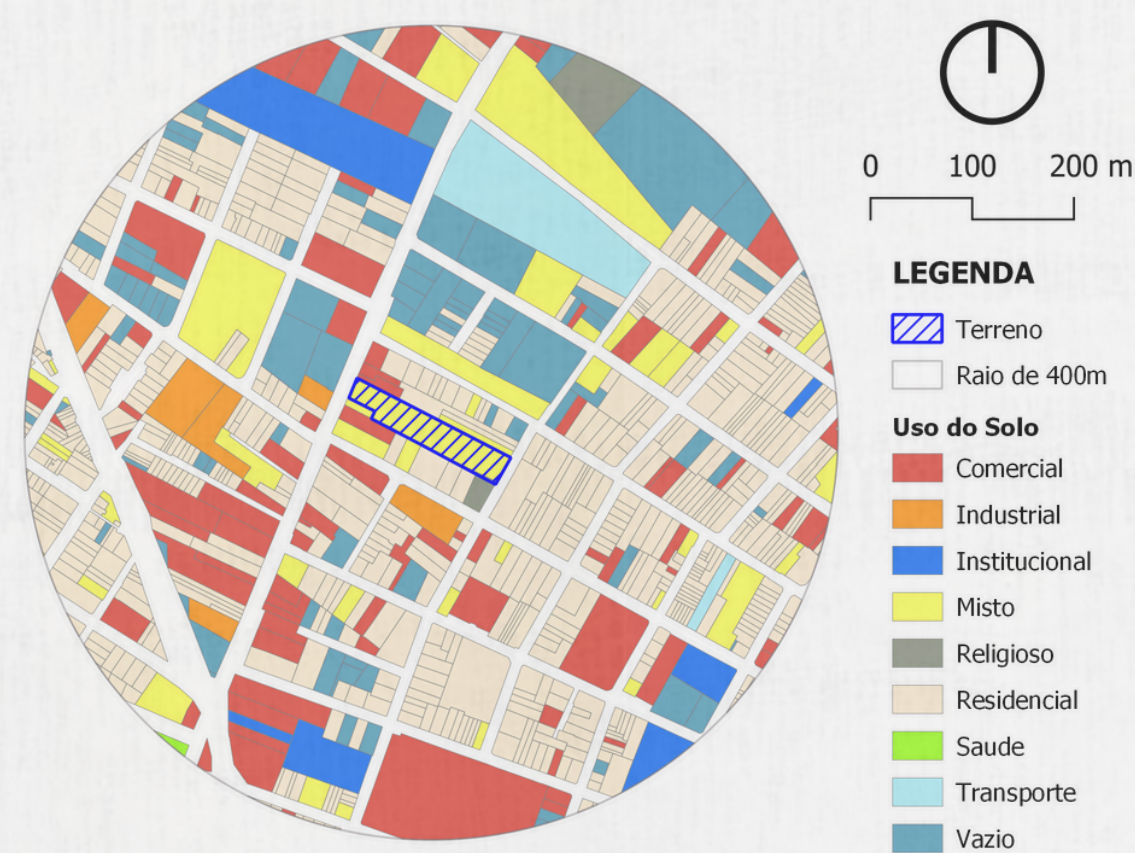


Figura 28 – Mapa de usos do solo
Fonte: SEFIN (2022). Elaborado pelo autor.

A área de intervenção fica localizada entre a Av. João Pessoa e R. Zacarias Gondim (Figura 29). O lote se encontra subutilizado, sendo um terreno vazio murado, possuindo uma área de aproximadamente 4.729,56m² e uma topografia, em grande parte, plana, havendo apenas um desnível de 3 metros entre a fachada noroeste e a metade do lote.



Figura 29 – Mapa do terreno de intervenção e topografia
Fonte: SEFIN (2023). Elaborado pelo autor.

Como observado na Figura 30, a Av. João Pessoa, onde se localiza a fachada noroeste, mostra ser uma avenida bastante movimentada, com alta intensidade de fluxo de veículos. Já a R. Zacarias Gondim, na fachada sudeste, se mostra ser uma via de fluxo mais calmo (Figura 31).



Figura 29 – Mapa do terreno de intervenção e topografia
Fonte: SEFIN (2023). Elaborado pelo autor.

Adotando um raio de 500 metros a partir do terreno escolhido para o estudo, segundo a LUOS (2017), localiza-se entre uma Via Arterial II, a Avenida João Pessoa, e uma Via Local, a Rua Zacarias Gondim (Figura 26). Como a Avenida João Pessoa possui um fluxo intenso, o acesso por esta via será feito apenas para pedestres, enquanto a Rua Zacarias Gondim receberá o acesso de transportes, pedestres e carga e descarga.

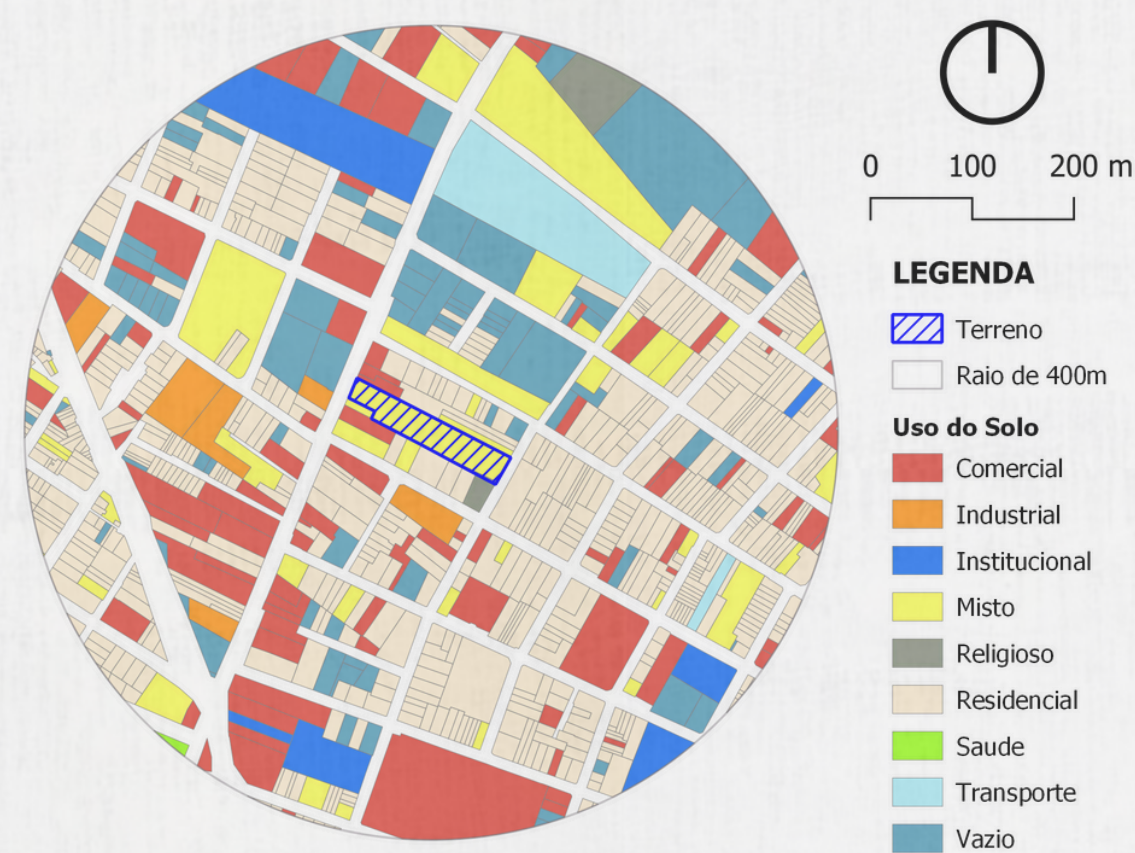


Figura 28 – Mapa de usos do solo
Fonte: SEFIN (2022). Elaborado pelo autor.

A área de intervenção fica localizada entre a Av. João Pessoa e R. Zacarias Gondim (Figura 29). O lote se encontra subutilizado, sendo um terreno vazio murado, possuindo uma área de aproximadamente 4.729,56m² e uma topografia, em grande parte, plana, havendo apenas um desnível de 3 metros entre a fachada noroeste e a metade do lote.



Figura 29 – Mapa do terreno de intervenção e topografia
Fonte: SEFIN (2023). Elaborado pelo autor.

Como observado na Figura 30, a Av. João Pessoa, onde se localiza a fachada noroeste, mostra ser uma avenida bastante movimentada, com alta intensidade de fluxo de veículos. Já a R. Zacarias Gondim, na fachada sudeste, se mostra ser uma via de fluxo mais calmo (Figura 31).



Figura 30 – Vista do terreno na Av. João Pessoa
Fonte: Google Street View (2023).



Figura 30 – Vista do terreno na Av. João Pessoa
Fonte: Google Street View (2023).

Para garantir a melhor adaptação do equipamento ao terreno, é fundamental analisar os aspectos climáticos da região, incluindo ventilação, insolação e o zoneamento bioclimático, estabelecido pela NBR 15220-3, subdividido em 8 Zonas Bioclimáticas (ABNT, 2005).

Cada zona possui diretrizes construtivas em relação ao tamanho de esquadrias, sombreamento necessário, tipo ideal de paredes, coberturas e estratégias bioclimáticas mais recomendadas para o lugar (Lamberts; Dutra; Pereira, 2014).

A cidade de Fortaleza está situada na Zona Bioclimática 8, caracterizada como clima tropical quente e úmido. Nessa região, as principais diretrizes projetuais e construtivas incluem o uso de aberturas amplas e totalmente sombreadas, paredes e coberturas leve e refletoras, além da ventilação cruzada permanente durante todo o ano (ABNT, 2005; Lamberts; Dutra; Pereira, 2014).

Foi realizado um estudo de insolação com base na carta solar para identificar quais fachadas do equipamento receberão maior incidência de luz solar, visando garantir uma melhor proteção aos ambientes. A partir da carta solar da cidade de Fortaleza (Figuras 32 e 33), podemos perceber que as fachadas nordeste e noroeste recebem insolação durante boa parte do ano, entre os meses de abril a agosto. Durante esse período, a fachada nordeste recebe insolação pela manhã, chegando próximo das 13 horas, enquanto a fachada noroeste começa a receber insolação a partir das 13 horas e vai até próximo das 18 horas.

A fachada oeste é mais exposta ao sol entre agosto e outubro, especialmente após as 14 horas. A fachada sudoeste recebe luz solar de outubro a dezembro, das 10 da manhã até quase 18 horas. Já a fachada sudeste é iluminada pelo sol entre dezembro e abril, durante o período da manhã, até pouco antes das 10 horas.

Para o estudo de análise da ventilação, foi utilizada a rosa dos ventos (Figura 34). Através dela, percebe-se que os maiores fluxos de ventilação provêm de três direções: leste, sudeste e sul, mostrando maior intensidade e frequência.

O equipamento será implantado de forma a priorizar o aproveitamento da ventilação predominante, orientando suas principais aberturas para as direções leste, sudeste e sul. Isso permitirá uma maior entrada de ventilação natural. Além disso, será feita a captação de iluminação natural e a proteção contra a insolação direta no edifício, visando adequar o equipamento ao clima da região e proporcionar um melhor conforto térmico.

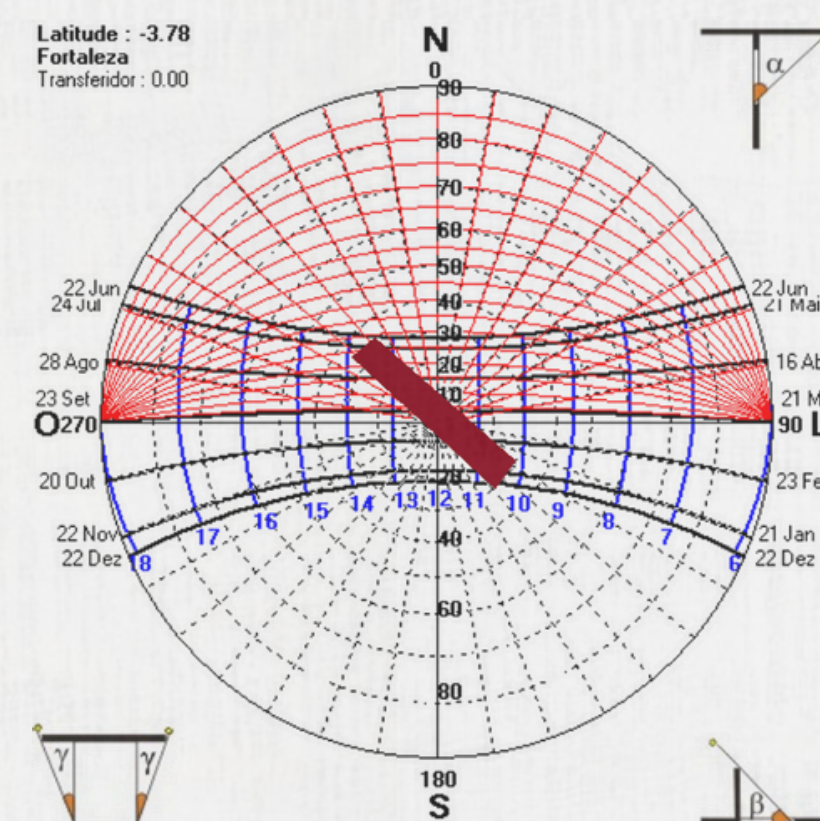


Figura 32 – Carta solar da cidade de Fortaleza
Fonte: Software Sol-Air; Elaborado pelo autor.

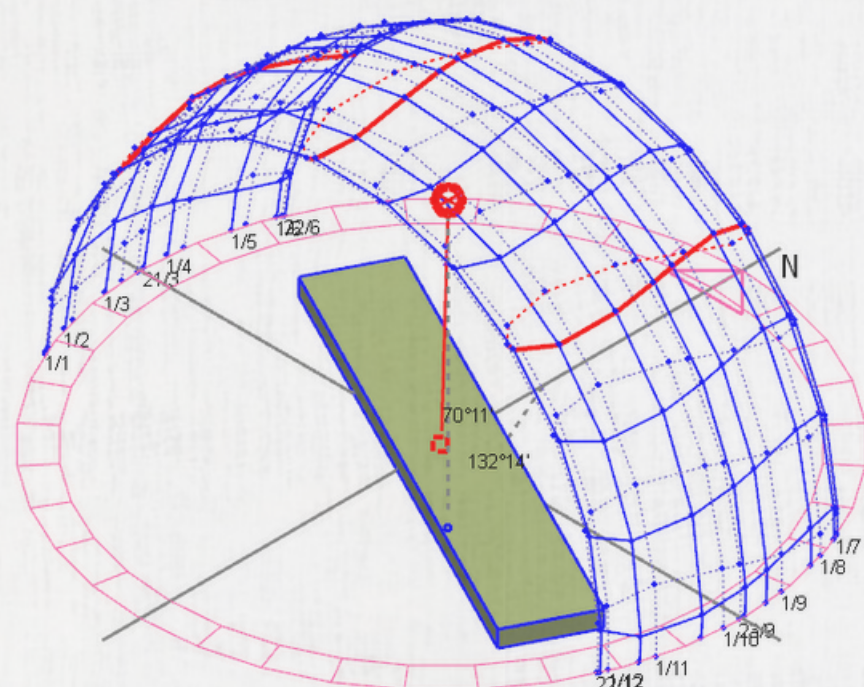


Figura 33 – Análise de insolação do terreno de intervenção.
 Fonte: Software Sketchup, plugin Curic Sun. Elaborado pelo autor.

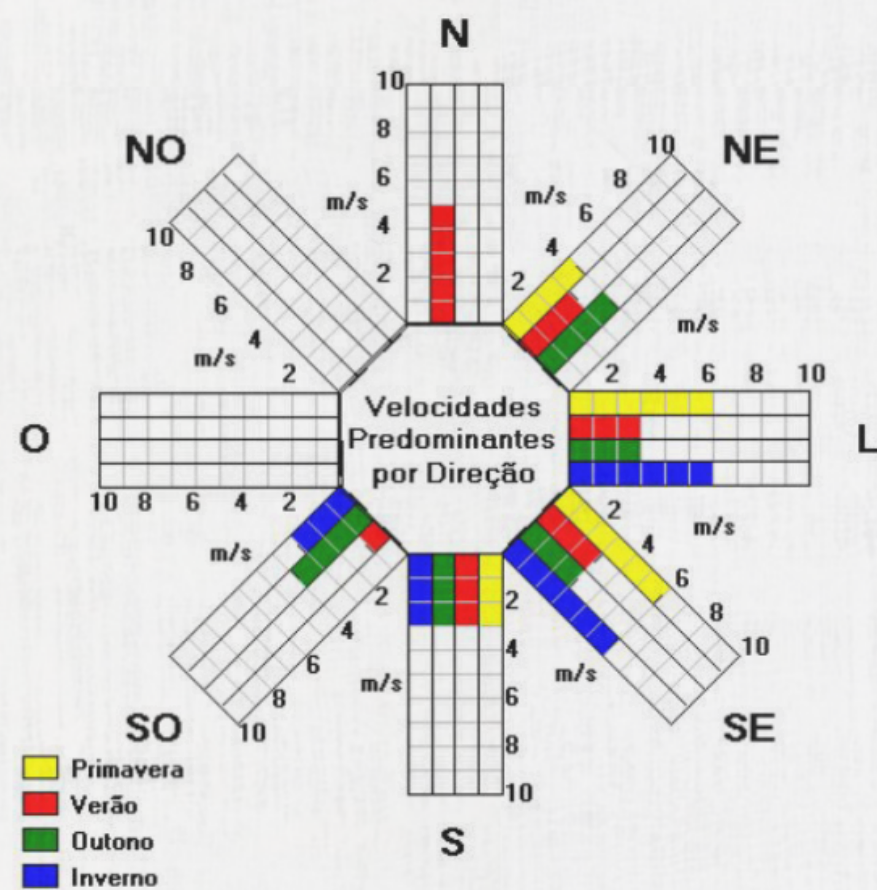


Figura 34 – Rosa dos ventos da cidade de Fortaleza
 Fonte: Software Sol-Air;

5. proposta



5.1 Programa de Necessidades

Como supracitado, o Ministério da Saúde estabelece, por meio das portarias N°121 e N°615 e da RDC N°29, os requisitos de segurança sanitária para instituições que desempenham serviços de atenção a indivíduos com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Desse modo, o programa de necessidades desenvolvido para a Unidade de Acolhimento Adulto levou em consideração essas disposições, de modo a englobar todos os ambientes obrigatórios e a atender às suas respectivas áreas exigidas. Além disso, também foram adicionados ambientes com foco em diversificar as atividades oferecidas aos residentes, proporcionando maiores oportunidades de capacitação e ocupação.

O projeto é destinado a pessoas de ambos os sexos, acima de 18 anos de idade, devendo atender dezesseis residentes, além de dar suporte a cerca de 15 funcionários por turno.

O programa foi idealizado em cinco setores: setor de alojamento, setor de reabilitação e convivência, setor administrativo, setor de serviço e setor de apoio a funcionários. O setor de acolhimento é aquele em que os residentes irão se acomodar, possuindo suítes coletivas, sala de estar, além de espaços de apoio como rouparia e DML. O setor de reabilitação e convivência abriga as salas de atendimento, como consultórios, além de salas destinadas a estudos, capacitação, diversão e interação dos indivíduos. A parte administrativa do programa é destinada aos funcionários que irão realizar a coordenação do equipamento, cuidando das atividades burocráticas atreladas a admissão e alta de pacientes, além de questões financeiras e organizacionais. O setor de serviço é destinado aos espaços de manutenção das atividades básicas do equipamento. Por fim, o setor de apoio dos funcionários, englobando ambientes que possam dar suporte aos profissionais, possibilitando espaços de descanso e repouso, espaço para refeições, além de uma área externa de convivência. Com isso, o programa de necessidades do equipamento resultou em uma área de 1917,5 m², englobando as circulações.

SETOR	NOME RESUMIDO AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA UNID. MÍNIMA (APROX.)	ÁREA TOTAL
ALOJAMENTO	Sala de Estar	1	35	35
	Suíte coletiva com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas (02 camas por quarto)	5	19	95
	Suíte coletiva com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas, adaptado para PCD (02 camas por quarto)	2	23	46
	DML	1	5	5
REABILITAÇÃO E CONVIVÊNCIA	Consultório Médico	1	16	16
	Sala de Atendimento Individual (Psicólogo)	1	16	16
	Sala de Atendimento Coletivo	1	16	16
	Sala de Terapia Ocupacional (Individual)	1	16	16
	Sala de Terapia Ocupacional (Coletivo)	1	16	16
	Sala de Enfermagem	1	16	16
	Sala de Nutricionista	1	16	16
	Sala de Educador Físico	1	16	16
	Sala de Assistente Social	1	16	16
	Espaço lúdico/Sala Multiuso	1	16	16
	Sala de Oficinas	1	30	30
	Academia	1	100	100
	Pilates/Yoga	1	16	16
	Biblioteca	1	100	100
	Sala de Estudo em Grupo	2	6,62	13,24
	Sala de Estudo Individual (6 cabines)	1	10	10
	Sala de Jogos	1	30	30
	Pátios Maiores	2	157	314
	Pátios Menores	2	62	124
	Refeitório	1	30	30
	Banheiro PCD	1	9	9

ADMINISTRATIVO	Recepção e Acolhimento (Famílias, Residentes e Visitantes)	1	120	120
	Banheiro PCD	1	9	9
	Escritório Administrativo	1	9	9
	Arquivo	1	6	6
	Diretoria	1	10	10
	Financeiro	1	10	10
	Almoxarifado			
	Sala de Reuniões			
	Banheiro Funcionários	2	9	18
	Copa	1	10	10
	DML	1	5	5
	Ponto Funcionários	1	5	5
SETOR SERVIÇO	Área de Serviço	1	15	15
	Casa de Lixo	1	5	5
	Cozinha Coletiva	1	15	15
	Despensa	1	5	5
	Casa de Gás (Abrigo GLP)	1	5	5
	Sala de convivência	1	30	30
	DML	1	5	5
	Depósito de roupas de cama e banho	1	5	5
	Lavadeira Coletiva	1	20	20
APOIO FUNCIONÁRIOS	Copa/Sala de convivência	1	20	20
	Quarto de plantão/repouso dos funcionários	2	10	20
	Banheiro contíguo ao quanto de plantão para funcionários	1	3	3
	Banheiro	1	9	9
	Área externa de convivência	1	20	20
				1496,24

Figura 35 – Programa de Necessidades e pré-dimensionamento dos ambientes
Fonte: Elaborada pelo autor.

5.2 Fluxograma

O fluxograma foi desenvolvido para auxiliar na compreensão da relação entre os ambientes do programa de necessidades. O acesso principal da edificação se dá por uma área verde que se interliga a todos os setores existentes. O ambiente ao qual os visitantes e pacientes são direcionados ao chegar no equipamento é a recepção e sala de acolhimento, que dá acesso tanto à área administrativa, como para o amplo pátio central presente na unidade.

Por meio do pátio central é possível acessar as áreas de alojamento, reabilitação e convivência, de modo que o pátio serve como um elemento central estruturador dos fluxos e conexões entre os ambientes voltados aos residentes, promovendo maior contato desses com ambientes naturalizados. O setor de serviço e de apoio aos funcionários também pode ser acessado pela entrada principal, mas possui um acesso específico para funcionários, localizado próximo a área de estacionamento, permitindo uma separação entre os fluxos dos funcionários e dos residentes e visitantes. Além disso, todos os setores voltados aos trabalhadores possuem pequenas áreas verdes privativas, permitindo que eles possam descansar em áreas naturais com maior privacidade.

LEGENDA SETORES

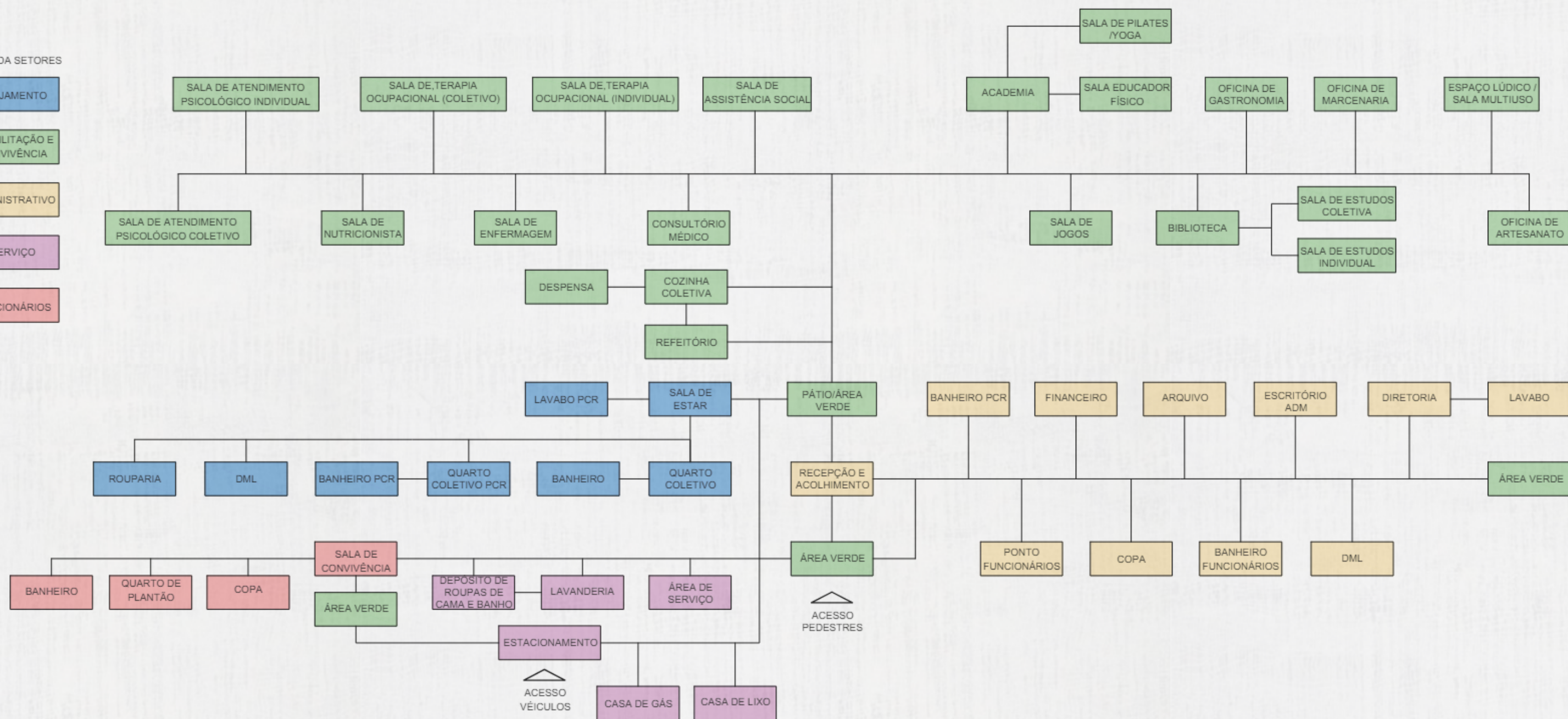
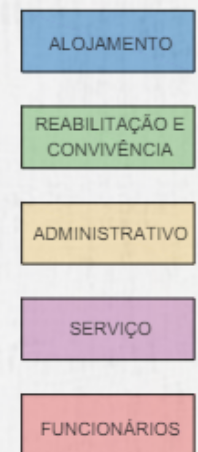


Figura 36 – Fluxograma
Fonte: Elaborada pelo autor.

5.3 Conceito e partido

A Unidade de Acolhimento, por ser um equipamento de caráter residencial transitório, deve garantir que os indivíduos possam se sentir confortavelmente abrigados, como se estivessem em uma agradável e acolhedora casa, possuindo ambientes sociais, privativos e de serviços. Além disso, deve ser um espaço que estimule a convivência entre as pessoas, inclusive entre os residentes e os funcionários, proporcionando um ambiente em que não haja hierarquização de poder. Garantir que os indivíduos interajam e formem conexões sociais é extremamente importante para o processo de tratamento de pessoas com dependência química, haja vista que possibilita a formação de uma rede de apoio e trocas de experiências. Apesar da grande importância das atividades coletivas e interações entre os residentes, é necessário assegurar que cada indivíduo possa ter o seu espaço pessoal respeitado, podendo se refugiar em lugares mais privativos e realizar atividades individuais quando sentir vontade.

O conceito do projeto é, portanto, proporcionar aos indivíduos a sensação de que eles estão em casa e de que possuem o seu próprio espaço e a sua própria identidade, além de garantir possibilidades de experimentações dos mais diversos tipos de atividades.

Diante disso, o projeto toma partido de uma volumetria com reentrâncias que formam pequenos pátios, gerando maior privacidade e intimismo para os usuários e respeitando o espaço pessoal deles. A volumetria (Figura 37) gera também dois amplos pátios que interligam os setores, possibilitando maior conexão entre os indivíduos, além de um maior contato com o ar livre e a natureza. Desse modo, os usuários podem ficar reclusos quando sentirem necessidade. A existência dos pátios também permite uma maior circulação de ar, garantindo maior conforto térmico, além de proporcionar iluminação natural.

Com o objetivo de evitar emparedamentos e garantir permeabilidade visual, foi decidido que o projeto utilizará cobogós, possibilitando maior contato visual e conexão entre os espaços. Para estimular e fortalecer os sentimentos de apropriação e de apego ao lugar, serão utilizados materiais regionais com acabamentos comumente conhecidos, a exemplo do reboco baiano, o que também pode contribuir para o barateamento do custo de obra e de manutenção.

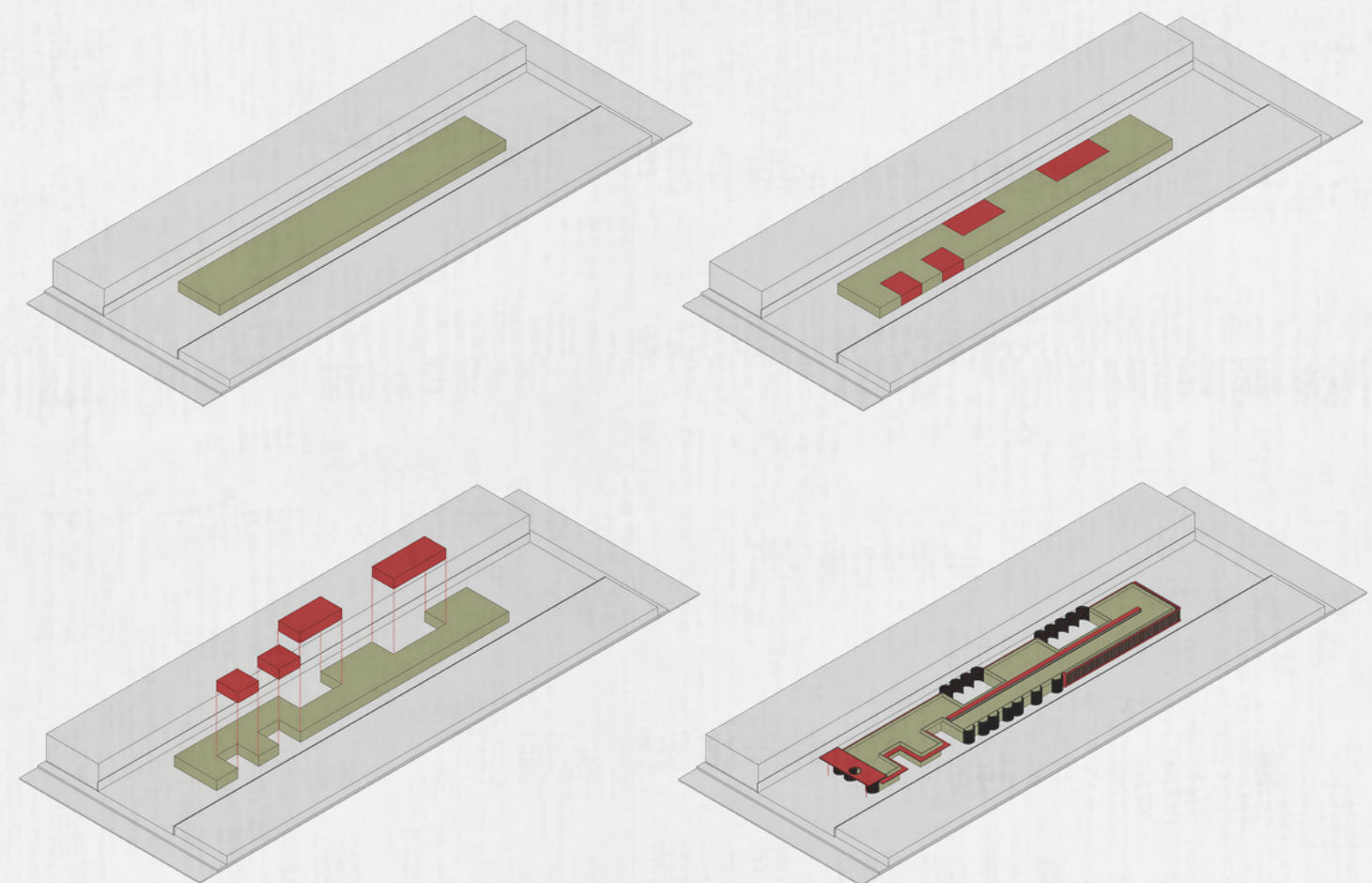


Figura 37 – Volumetria
Fonte: Elaborada pelo autor.

5.4 Setorização e implantação

Com o objetivo de espacializar as ideias e análises realizadas ao longo deste trabalho, a proposta espacial é exposta neste tópico. Por conta do formato longitudinal do terreno e do seu grande comprimento, foi criada uma via lateral que conecta a Avenida João Pessoa à Rua Zacarias Gondim e que possui o acesso principal da edificação, permitindo que os pedestres possam acessar o equipamento por meio das duas vias. A via criada também permite que os funcionários e visitantes acessem o estacionamento, que fica localizado na parte sudeste do terreno, do lado em que há a via local. Por ser uma via arterial II e possuir grande movimentação e fluxo, o acesso principal de veículos não pode acontecer pela Avenida João Pessoa, o que também justifica a entrada de automóveis pela Rua Zacarias Gondim.

A parte oeste do terreno, onde se localiza a Av. João Pessoa, caracterizada por suas fachadas inativas e falta de áreas de lazer, foi destinada à criação de uma praça para proporcionar um espaço de convivência e lazer à população. Além disso, o amplo espaço disponível em frente ao edifício foi aproveitado para a implantação de uma pequena área de lazer próxima ao estacionamento, promovendo mais qualidade de vida para os moradores da região e incentivando a apropriação e apego ao lugar. Já a porção leste do equipamento foi reservada para o setor administrativo, garantindo aos funcionários uma conexão visual com a rua.

Os setores de acolhimento e de reabilitação e convivência foram dispostos na parte central do terreno, sendo conectados por meio de um pátio central que será amplamente arborizado e proporcionará visuais acolhedores para os residentes. Além disso, a localização central desses setores também se deu em função da poluição sonora advinda das vias, que afetam com maior intensidade os espaços localizados nas extremidades do terreno.

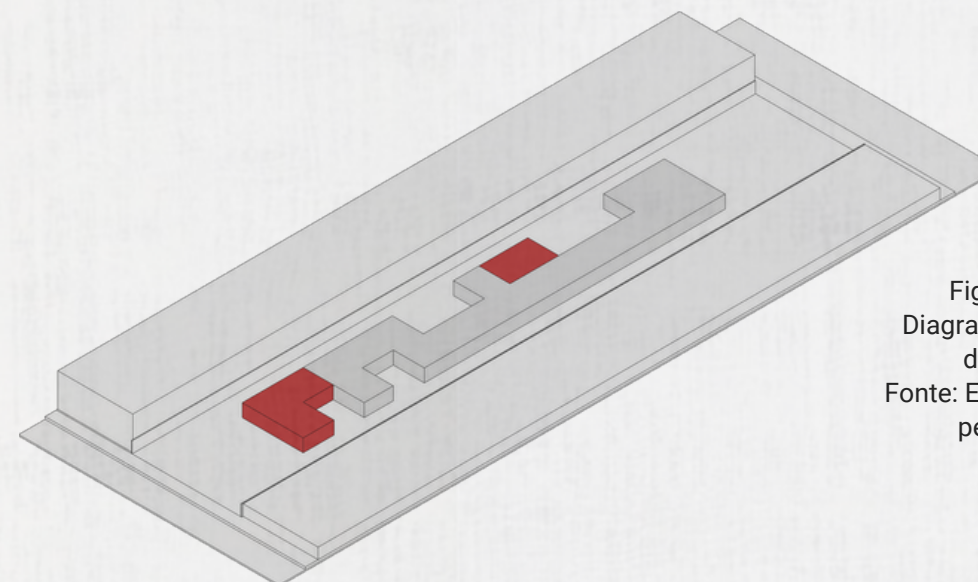


Figura 38 –
Diagrama setor
de serviço
Fonte: Elaborada
pelo autor.

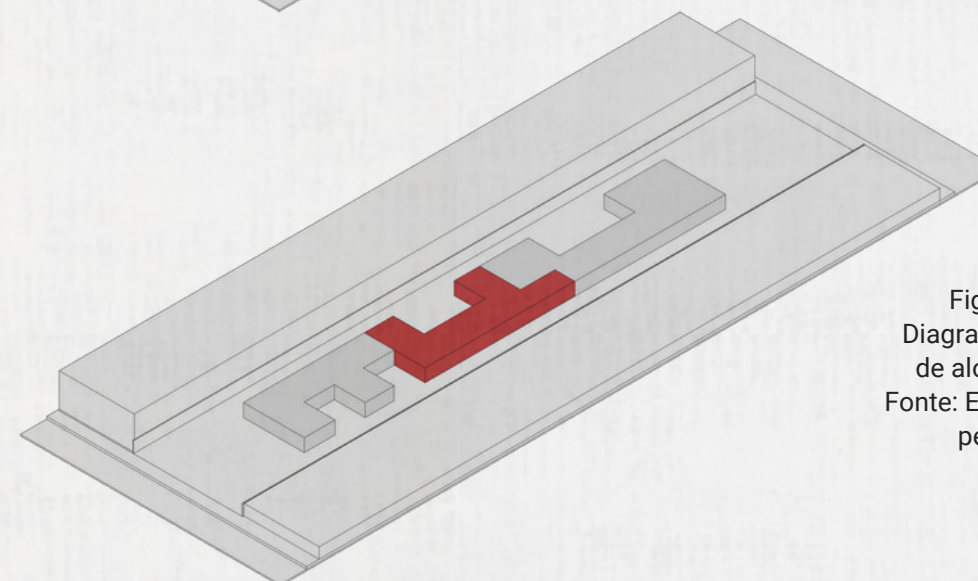


Figura 39 –
Diagrama setor
de alojamento
Fonte: Elaborada
pelo autor.

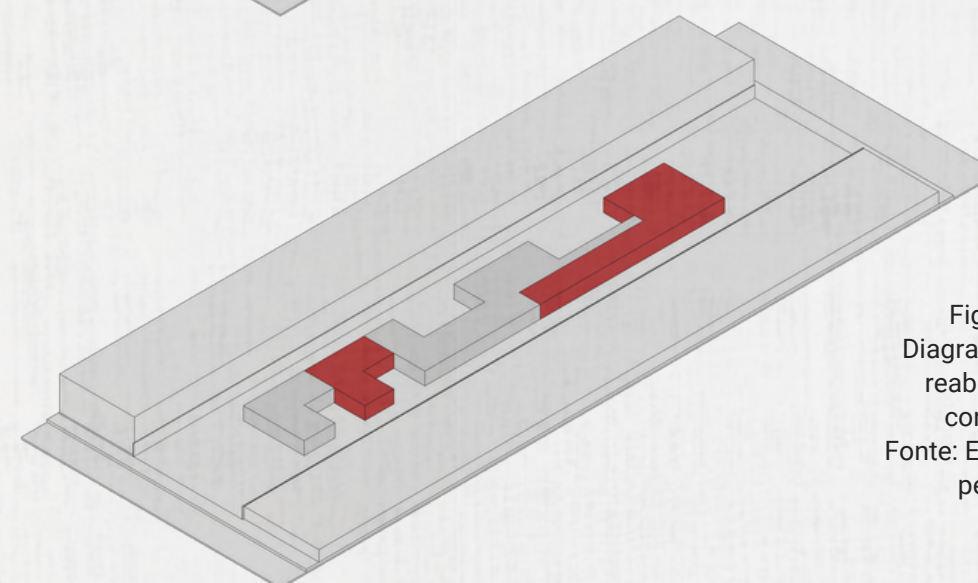
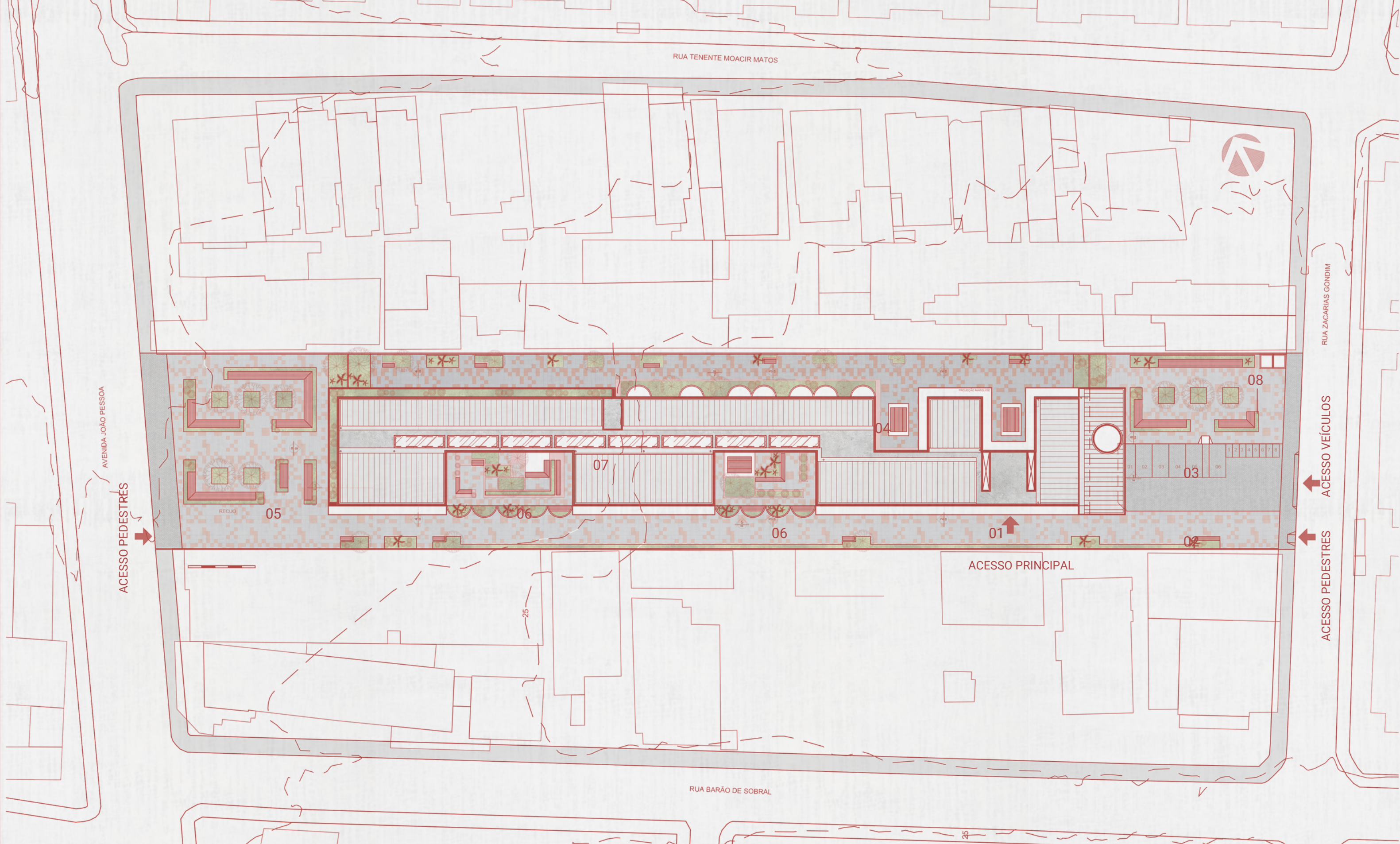


Figura 40 –
Diagrama setor
reabilitação e
convivência
Fonte: Elaborada
pelo autor.



- 01. Unidade de Acolhimento Adulto
- 02. Estacionamento
- 03. Praça Pública (via local)
- 04. Pátio dos funcionários

- 05. Praça Pública (via arterial)
- 06. Pátio dos pacientes
- 07. Caixa d'água
- 08. Casa de lixo e gás

Figura 41 – Implantação da Unidade de Acolhimento Adulto
Fonte: Elaborada pelo autor.

5.5 Planta baixa (setor 01)

O setor 1 é referente ao setor administrativo da edificação, reunindo salas de reuniões, administração, diretoria, arquivo, além de espaços de apoio para os funcionários, como copa e banheiros. Por meio da copa, é possível os funcionários acessarem o amplo jardim existente na lateral da edificação, possuindo um paisagismo aconchegante com a presença de mobiliários de descanso e observação. Além disso, é por meio do setor administrativo que se tem o acesso principal da edificação, por meio da recepção (ambiente 10).

A localização do setor administrativo na parte frontal da edificação se deu por questões de privacidade. Por entender que os outros setores precisam estar mais resguardados por conta das atividades desempenhadas e acolhimento dos pacientes, o setor mais “exposto” da edificação foi o da administração. Além disso, as salas ficam com as vistas resguardadas por cobogós, de modo que as pessoas da rua não conseguem visualizar com exatidão o que está acontecendo dentro das salas. Isso permite um certo nível de permeabilidade e ao mesmo tempo privacidade.

01. Diretoria

02. Financeiro

03. Arquivo

04. Administração

05. Copa
06. Sala de reuniões

07. WC PCD

08. DML

09. Almoxarifado

10. Recepção

SETORIZAÇÃO

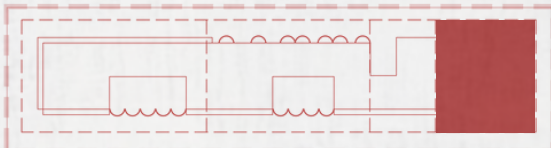
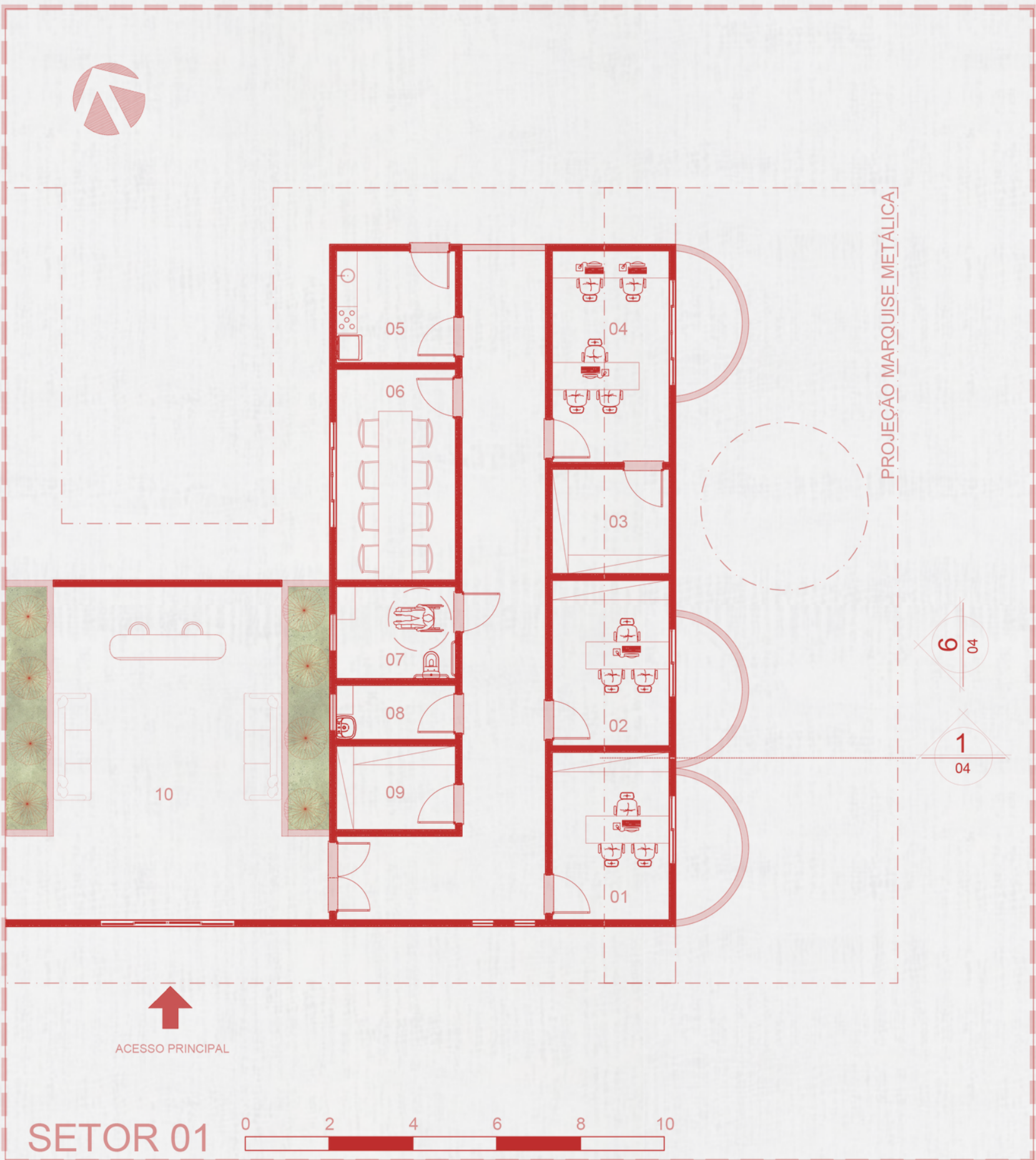


Figura 42 – Setor 1 da planta baixa da Unidade de Acolhimento Adulto
Fonte: Elaborada pelo autor.



5.6 Planta baixa (setor 02)

Esse setor reúne os ambientes do setor de reabilitação, com salas de atendimento médico, enfermagem, terapia ocupacional individual e coletiva, nutricionista, psicólogo, educador físico, além de banheiros que servem também para quem está visitando a edificação e utilizando a recepção administrativa. O layout dos consultórios está disposto para assegurar uma possível rota de fuga, de modo que as mesas estão posicionadas próximas da entrada das salas. Além disso, as portas dos consultórios abrem para os dois lados e são executadas em madeira, evitando estilhaços em casos de acidentes. O corredor de circulação entre os consultórios termina em uma porta que dá acesso ao jardim lateral da edificação, sendo direcionado para os profissionais que estão trabalhando, servindo como local de descanso e convivência.

11. WC feminino

12. WC masculino

13. Sala assistente social

14. Sala psicólogo(a)

15. Sala educador físico

16. Sala nutricionista

17. Sala médico
18. Sala enfermagem

19. Sala de terapia ocupacional individual

20. Sala de atendimento coletivo

21. Sala de terapia ocupacional coletiva

SETORIZAÇÃO

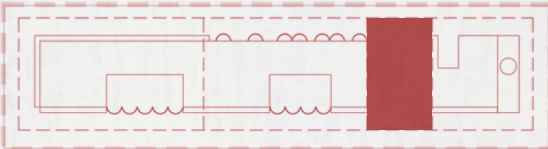


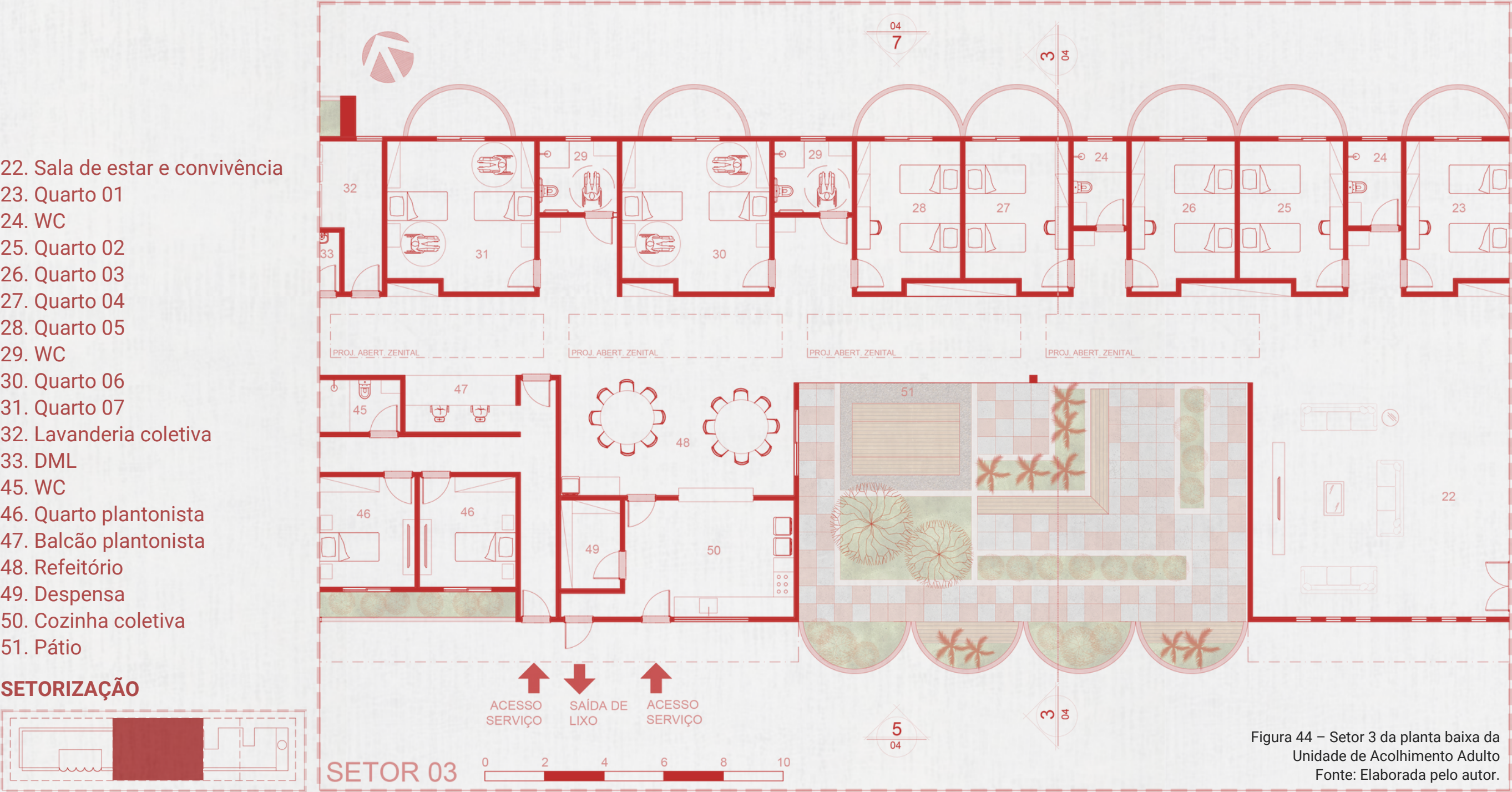
Figura 43 – Setor 2 da planta baixa da Unidade de Acolhimento Adulto
Fonte: Elaborada pelo autor.



5.7 Planta baixa (setor 03)

O setor 3 se constitui como o setor de alojamento e de convivência. Inicialmente, tem-se uma ampla sala de estar para os pacientes. Ao longo do corredor existem os acessos para os quartos e banheiros. Quartos e banheiros acessíveis foram desenvolvidos para assegurar que pessoas com limitações e deficiências possam receber tratamento. Cada quarto possui um pequeno jardim privativo delimitado por cobogós que formam arcos.

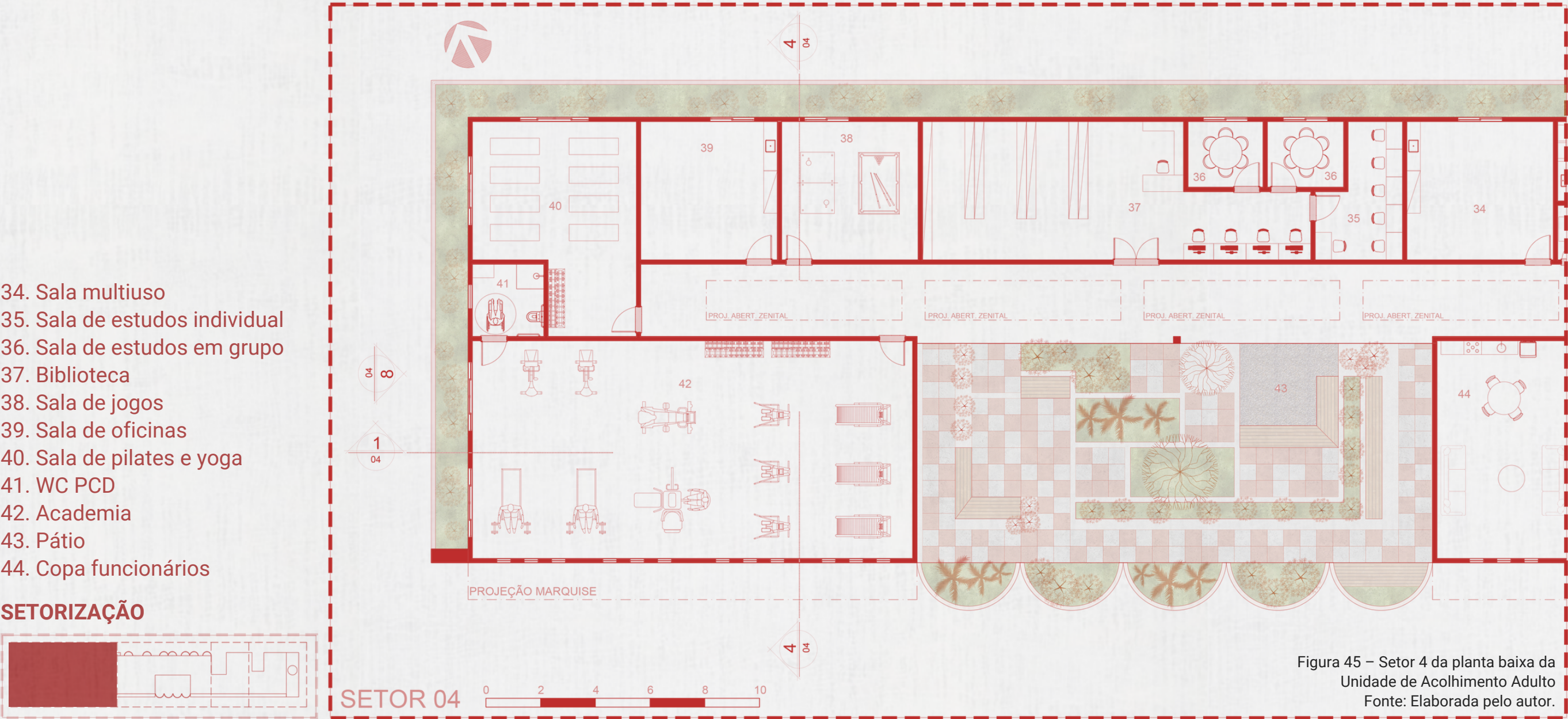
Nesta seção da planta também é possível observar a cozinha coletiva e os ambientes de serviço, como o balcão e quartos de plantonista. A cozinha, ao anoitecer, deve ser fechada para evitar possíveis acidentes envolvendo objetos cortantes, de modo que há alguns equipamentos de apoio fora da cozinha, como mesas para as refeições, frigobar e microondas. Jardins internos foram criados, servindo de espaço de lazer e convivência para os pacientes.



5.8 Planta baixa (setor 04)

O setor 4 reúne principalmente os ambientes de convivência, como salas multiuso, biblioteca, salas de jogos, oficinas, além de academia e salas voltadas para yoga e pilates. Além disso, nesta seção da planta também há um jardim interno que permite que os pacientes possam estar em contato com a natureza, além de facilitar as interações sociais por ser um ambiente coletivo dotado de mobiliários e sombra da vegetação que compõe o paisagismo.

A preocupação com o conforto ambiental se deu de forma que a grande maioria dos ambientes da edificação ficam com aberturas, seja por meio de esquadrias ou cobogós, voltadas para a área externa, permitindo a circulação de ar e garantindo tanto ventilação quanto iluminação natural. A ventilação e iluminação também são facilitadas pela existência de aberturas zenitais que acompanham toda a circulação principal do setor de alojamento e convivência.



5.9 Planta de cobertura

A cobertura da edificação foi executada em telha sanduíche embutida na platibanda de alvenaria, assegurando um visual mais limpo para a edificação. Para garantir um sombreamento na circulação ao redor do edifício, foi projetada uma marquise de concreto que acompanha lateralmente a edificação. A fachada frontal da edificação possui um detalhe executado em uma coberta em um nível mais alto, executada em estrutura metálica com telha zipada, possuindo um átrio circular que permite a passagem de uma árvore, integrando a edificação com um elemento natural e proporcionando uma estética aconchegante e criativa.

Para assegurar iluminação e ventilação natural, foram executadas aberturas zenitais ao longo de toda a circulação do setor de alojamento e convivência. Isso gera uma economia de energia, além de assegurar um bom conforto térmico para os usuários do espaço. Os jardins internos não possuem cobertura, funcionando como um espaço livre natural para os pacientes e funcionários.

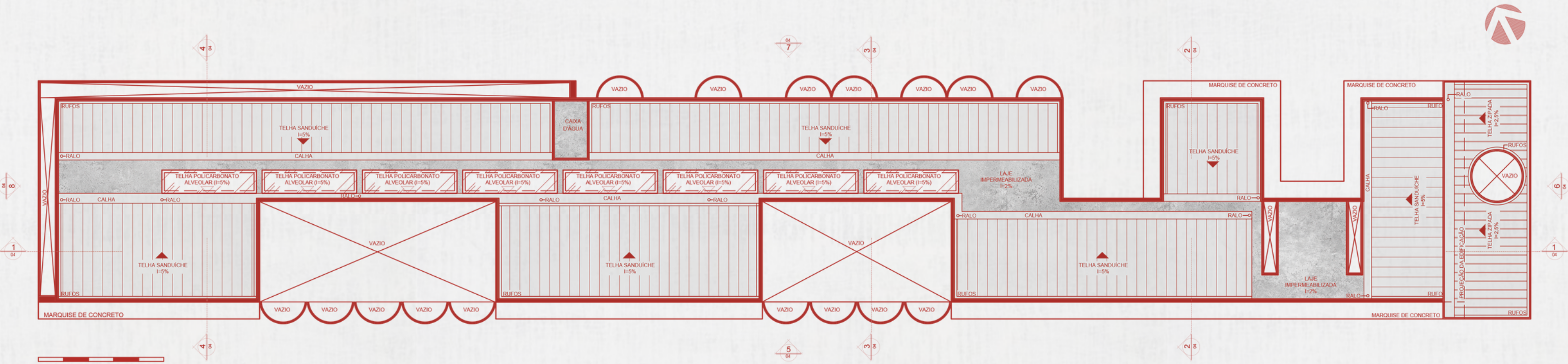


Figura 46 – Planta de cobertura da Unidade de Acolhimento Adulto
Fonte: Elaborada pelo autor.

5.10 Cortes

Por meio dos cortes é possível compreender o funcionamento da coberta, com suas inclinações e abertura zenital. Além disso, o corte longitudinal da edificação permite uma visualização da relação entre os cheios e vazios existentes, compreendendo que os ambientes são intercalados com os jardins, formando espaços naturais de respiro e evitando sensação de enclausuramento.

Além disso, por meio do corte longitudinal é possível entender a escala e distância da cobertura da fachada frontal em relação ao restante da coberta da edificação.

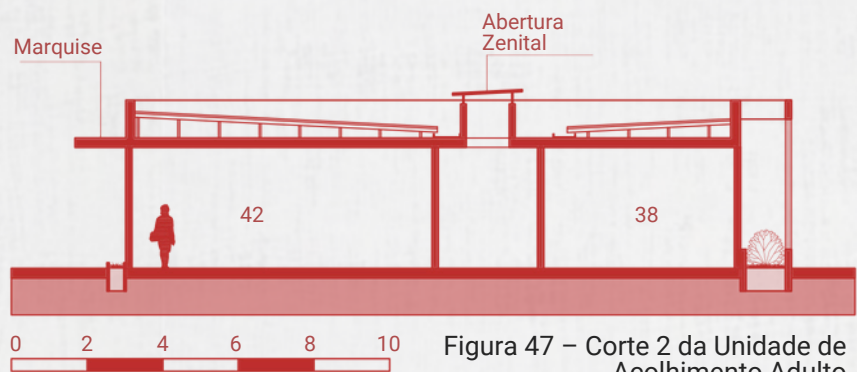


Figura 47 – Corte 2 da Unidade de Acolhimento Adulto
Fonte: Elaborada pelo autor.

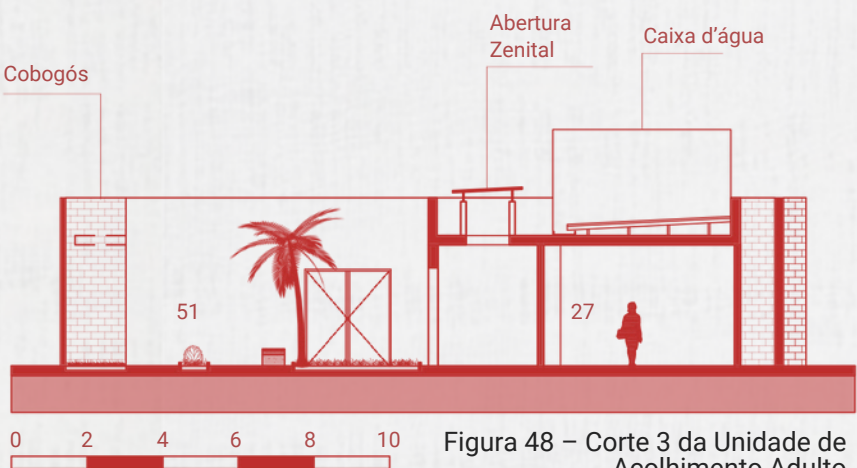


Figura 48 – Corte 3 da Unidade de Acolhimento Adulto
Fonte: Elaborada pelo autor.

- | | | |
|--------------------------|--|------------------------|
| 01. Diretoria | 18. Sala enfermagem | 43. Pátio |
| 09. Almoxarifado | 19. Sala de terapia ocupacional individual | 44. Copa funcionários |
| 10. Recepção | 21. Sala de terapia ocupacional coletiva | 46. Quarto plantonista |
| 11. WC feminino | 27. Quarto 04 | 48. Refeitório |
| 15. Sala educador físico | 22. Sala de estar e convivência | 51. Pátio |
| 16. Sala nutricionista | 38. Sala de jogos | |
| 17. Sala médico | 42. Academia | |

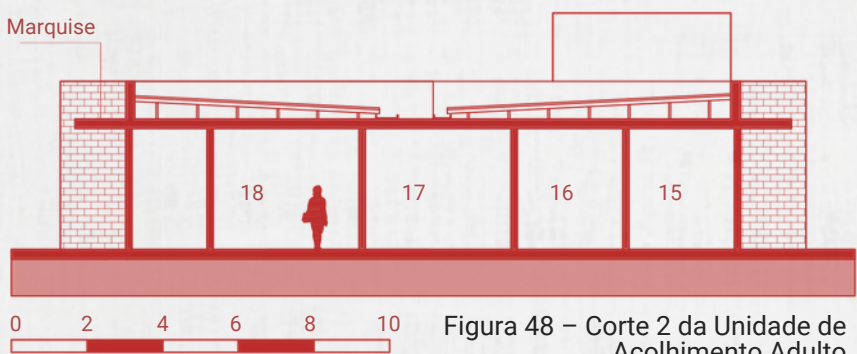


Figura 48 – Corte 2 da Unidade de Acolhimento Adulto
Fonte: Elaborada pelo autor.

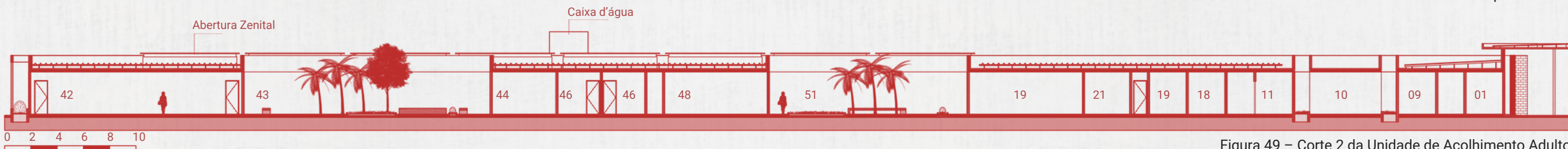


Figura 49 – Corte 2 da Unidade de Acolhimento Adulto
Fonte: Elaborada pelo autor.

5.11 Fachadas

A fachada 1 recebeu cobogós de alvenaria com acabamento em reboco baiano, integrando-se as paredes que possuem a mesma cor e acabamento e permitindo entrada de luz e ventilação. A adoção desse elemento criou um ritmo na fachada. Na parte dos pátios, há cobogós curvos gerando movimento e dinamicidade. A fachada 3 recebe os mesmos elementos anteriormente citados, de modo que os cobogós dispostos em curvas criam pequenos jardins privados para os quartos. A fachada 2 é composta pelas volumetrias de cobogós formando arcos, com o detalhe da coberta que engloba uma árvore, promovendo mais humanização e aconchego. A fachada 4 é emoldurada por um detalhe em concreto e recebe cobogós ao longo de toda a sua extensão.

- 01. Coberta estruturada em aço com revestimento laminado na cor neve e fechamento em telha zipada
- 02. Cobogós a receber acabamento de reboco baiano na cor coral
- 03. Marquise a receber acabamento de reboco baiano na cor neve
- 04. Cobogós em tijolo ecológico branco
- 05. Abertura zenital com telha de polycarbonato alveolar ($i = 5\%$)
- 06. Caixa d'água
- 07. Cobogós a receber acabamento de reboco baiano na cor coral
- 08. Parede a receber acabamento de reboco baiano na cor neve
- 09. Parede a receber acabamento de reboco baiano na cor coral

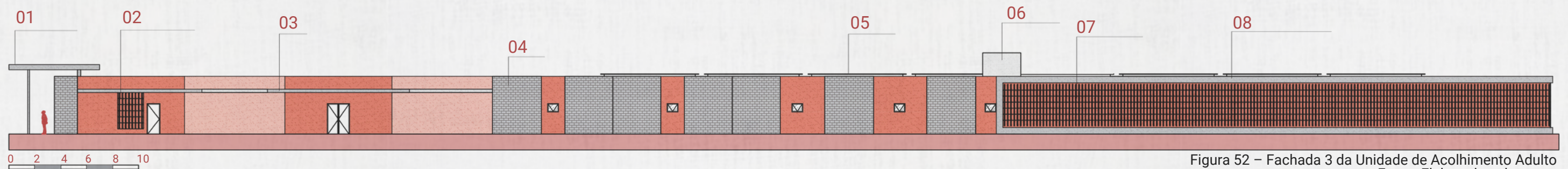


Figura 52 – Fachada 3 da Unidade de Acolhimento Adulto
Fonte: Elaborada pelo autor.

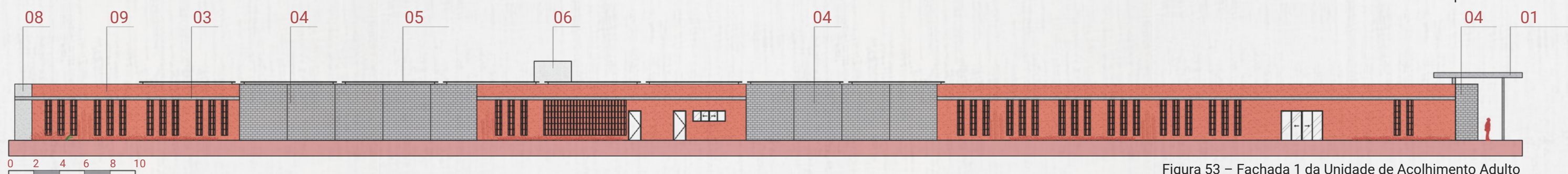


Figura 53 – Fachada 1 da Unidade de Acolhimento Adulto
Fonte: Elaborada pelo autor.

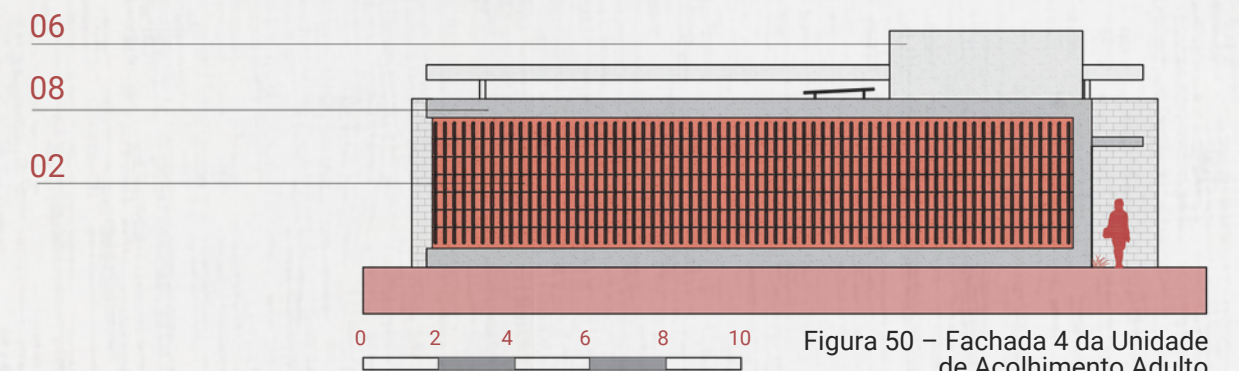


Figura 50 – Fachada 4 da Unidade de Acolhimento Adulto
Fonte: Elaborada pelo autor.

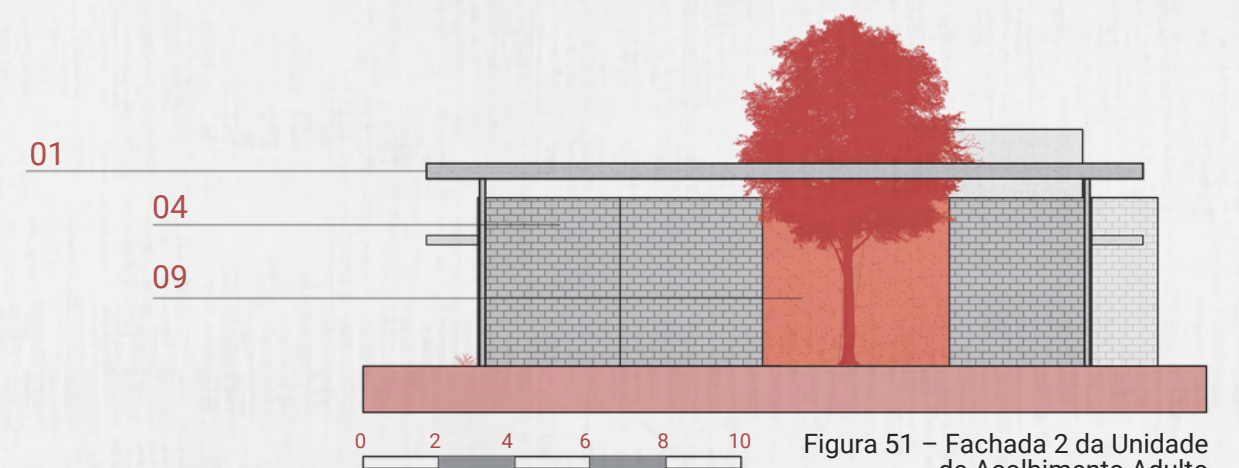


Figura 51 – Fachada 2 da Unidade de Acolhimento Adulto
Fonte: Elaborada pelo autor.

5.7 Fachadas



Figura 54 – Fachada frontal na via local
Fonte: Elaborada pelo autor.



Figura 56 – Fachada frontal na via arterial
Fonte: Elaborada pelo autor.



Figura 55 – Perspectiva da fachada frontal na via local
Fonte: Elaborada pelo autor.



Figura 57 – Perspectiva da fachada frontal na via arterial
Fonte: Elaborada pelo autor.

5.7 Fachadas



Figura 58 – Perspectiva da calçada de acesso criada na fachada lateral sul
Fonte: Elaborada pelo autor.

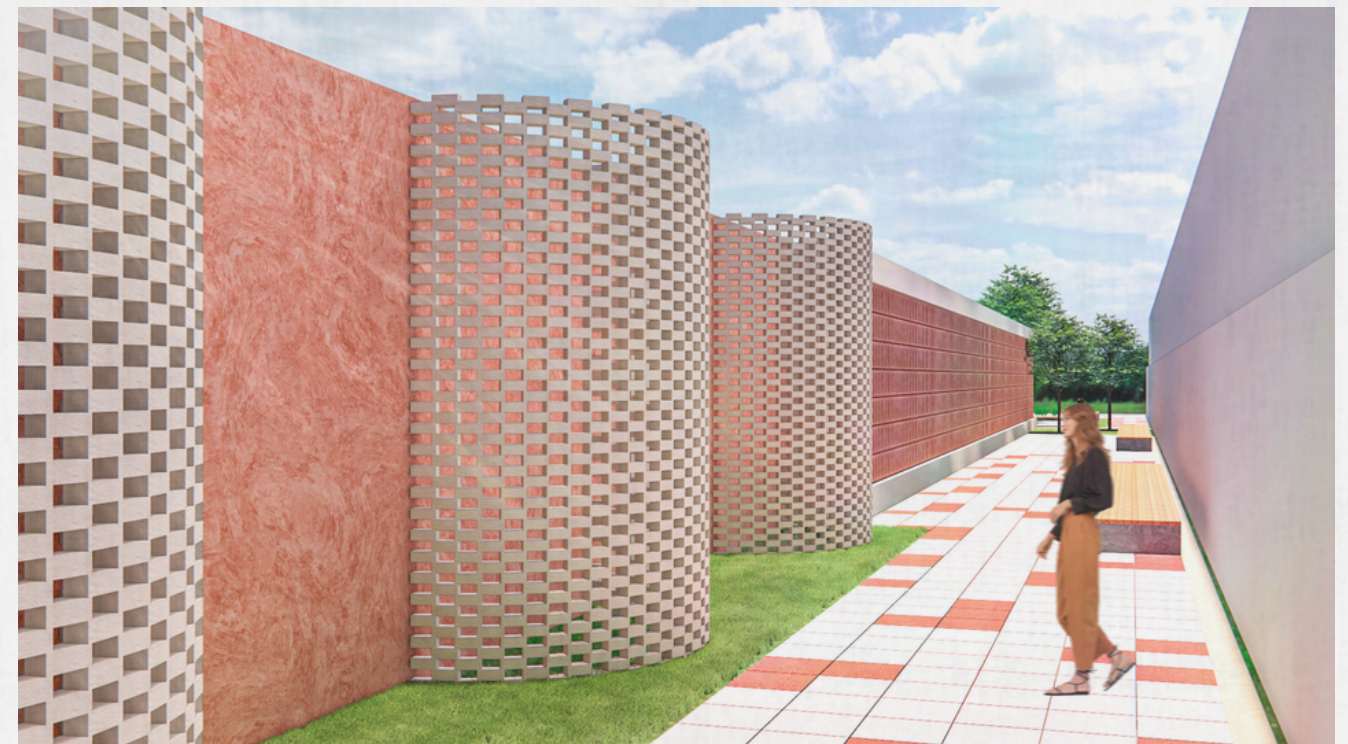


Figura 60 – Perspectiva do pátio de funcionários criada na fachada lateral norte
Fonte: Elaborada pelo autor.



Figura 59 – Fachada lateral sul
Fonte: Elaborada pelo autor.



Figura 61 – Quarto coletivo
Fonte: Elaborada pelo autor.

5.7 Fachadas



Figura 62 – Pátio 01
Fonte: Elaborada pelo autor.



Figura 64 – Pátio 02
Fonte: Elaborada pelo autor.



Figura 63 – Pátio 01
Fonte: Elaborada pelo autor.



Figura 65 – Pátio 02
Fonte: Elaborada pelo autor.

6. considerações finais

Por meio da pesquisa e estudo das referências bibliográficas, foi possível compreender as estratégias adotadas pelas Unidades de Acolhimento em contraste com as abordagens proibicionistas que pregam a abstinência como principal método de tratamento para dependentes químicos, como nas Comunidades Terapêuticas. Essas unidades desempenham um papel fundamental na desestigmatização do tema, adotando uma abordagem humanizada que prioriza a redução de danos e a acolhida voluntária dos pacientes, proporcionando-lhes moradia temporária, suporte educacional e um ambiente propício para interações positivas entre funcionários e usuários. Essa pesquisa também permitiu uma análise mais aprofundada das políticas públicas de saúde direcionadas ao apoio de usuários de drogas, bem como dos diversos tipos de tratamentos atualmente disponíveis. Adicionalmente, foi possível observar o impacto da Política Nacional de Humanização do SUS no processo de recuperação dos pacientes nos diferentes ambientes criados pelas Unidades de Acolhimento.

Foi realizado um diagnóstico técnico do terreno e do seu entorno imediato, avaliando as características morfológicas, sócio-econômicas e dos parâmetros urbanísticos que incidem sobre a área. A etapa seguinte foi o desenvolvimento do programa de necessidades, respeitando as exigências das legislações pertinentes às instituições de atenção à saúde. Um fluxograma foi criado para estabelecer as relações de conexão e hierarquização entre os ambientes.

A partir do entendimento dessas questões, foi desenvolvido um anteprojeto arquitetônico de uma Unidade de Acolhimento, buscando contemplar as diretrizes estudadas e assegurar um espaço que seja humanizado e promova o sentimento de pertencimento aos pacientes.

The background of the entire page is a light beige color with a fine, vertical ribbed texture. On the right side, there is a large, abstract graphic element. It consists of a solid red shape that is irregular and organic, resembling a splash or a stylized flame. Overlaid on this red shape are several white, flowing, and swirling lines that create a sense of movement and depth. These lines vary in thickness and form, some curving around the red shape while others extend outwards.

referências

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: v. 25, n. 11, nov. 2009. pp. 2309-2319

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciência & saúde coletiva, v. 23, p. 2067-2074, 2018.

ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro - Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. Edição 1º. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca Ltda. 2013.

BOING, C. V. A Influência da configuração dos sistemas de circulação vertical e horizontal no deslocamento dos funcionários em edifícios hospitalares. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BRASIL, Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 6227, de 2023. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre mecanismos de combate a práticas irregulares, abusivas ou violadoras de direitos em Comunidades Terapêuticas Acolhedoras. Brasília: Câmara dos Deputados, 2023.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Artigo nº 196, de 1988. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Brasília, 1988.

BRASIL, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL, Nações Unidas Brasil, 24 de junho de 2021. Relatório Mundial sobre Drogas 2021 avalia que pandemia potencializou riscos de dependência. As Nações Unidas no Brasil, 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 1.241, de 2019. Estabelece as diretrizes para o atendimento das Comunidades Terapêuticas como Política Pública permanente no Território Nacional, garantindo o cuidado de qualidade aos pacientes com dependência química, em regime de residência transitória, e de outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça, Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, Ministério da Fazenda. Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD. Brasília – DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília – DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2012.

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 da Saúde. Portaria Nº 816, de 30 de abril de 2002. Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília – DF, 2002.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília – DF, 2015

BRASIL. Ministérios da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. Edição 2º. Brasília - DF, 2010.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília - DF, 2004.

CAVALCANTE, Sylvia; ELIAS, Gleice A. Temas Básicos em Psicologia Ambiental. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira. Rio de Janeiro, 2017.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura. Edição X. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

HARROUK, Christele. "Psicologia do espaço: as implicações da arquitetura no comportamento humano" [Psychology of Space: How Interiors Impact our Behavior?] 29 Mai 2021. ArchDaily Brasil. (Trad. Libardoni, Vinicius) Acessado 4 Abr 2024. <<https://www.archdaily.com.br/br/936143/psicologia-do-espaco-as-implicacoes-da-arquitetura-no-comportamento-humano>> ISSN 0719-8906

LAMBERTS, R.; DUTRA, L.; PEREIRA, F.O.R. Eficiência energética na arquitetura. 3. Ed. Rio de Janeiro, 2014.

ITTC, Instituto Terra, Trabalho e Cidadania. ITTC Explica: O que são comunidades terapêuticas?. São Paulo, 2020.

MANZI FILHO, Ronaldo. Hospital Colônia de Barbacena: um passo que insiste em se repetir. Revista Ideação, v. 1, n. 39, p. 272-286, 2019.

MEDEIROS, T., "Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil". Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1977.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 615, de 15 de abril de 2013. Retificada em 23 de maio de 2015. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013

MOURA, Renata Heller de; BOARINI, Maria Lucia. A saúde da família sob as lentes da higiene mental. História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan-mar. 2012. P.217-235.

Prefeitura Municipal de Fortaleza, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. Desenvolvimento humano, por bairro, em Fortaleza. Fortaleza, 2013.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. Saúde mental no Brasil. Arte & Ciência, 1999.

ROTELLI, F. Riabilitare la riabilitazione. In: ROTELLI, F. Per la normalità. Trieste: Asterios Editore, 1999. p. 104-113.

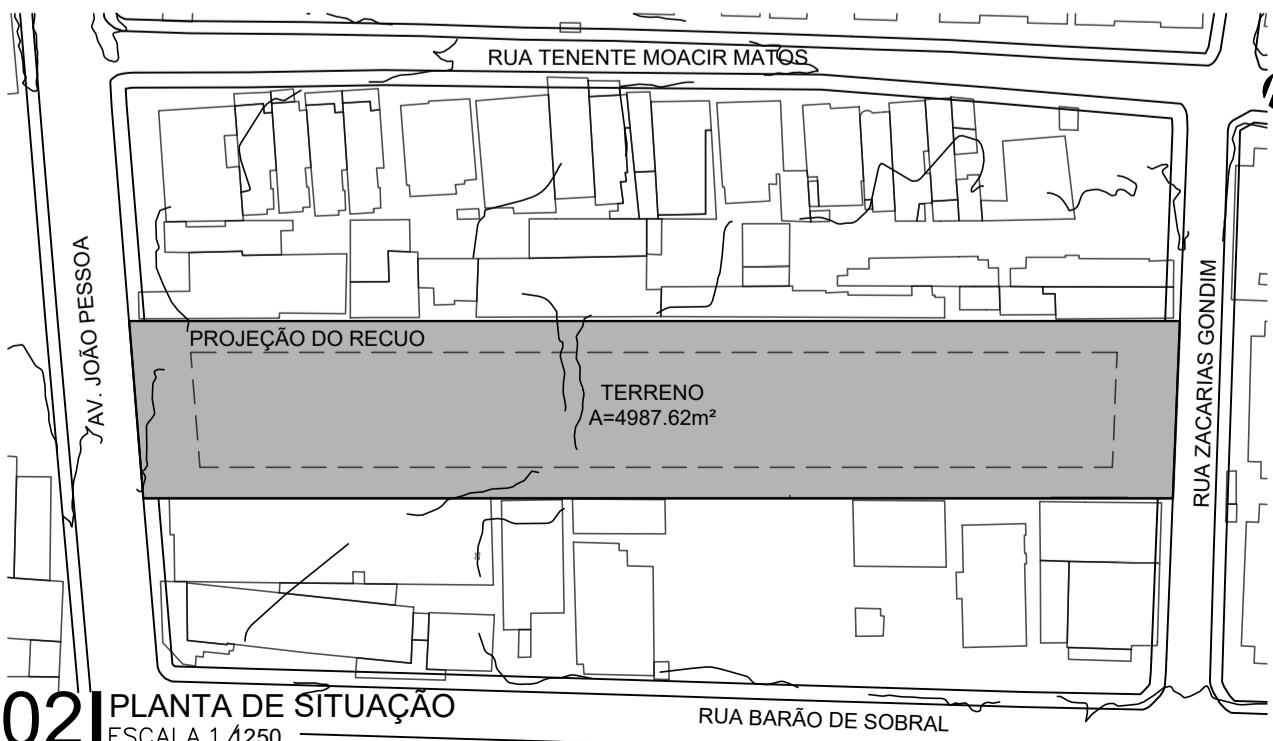
SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível. [La fine dell'intrattenimento: manuale di riabilitazione psichiatrica] Trad. Lúcia H. Zanetta, M. do Carmo Zanetta, Willians Valentini. Belo Horizonte; Rio de Janeiro; Te Corá; Instituto Franco Basaglia, 1999





01 VISTA 1 RECEPÇÃO







ESCALA 1/100



02 PLANTA DE SITUAÇÃO


ESCALA 1/1250

QUADRO DE ESPÉCIES		
SIMBOLOGIA	NOME	QUANT.
	PAU-FERRO	29
	Libidibia ferrea	
	PALMEIRA RABO DE RAPOSA	43
	Wodyetia bifurcata	
	HELICONIA-PAPAGAIO	90
	Heliconia psittacorum	
	AGAVE-DRAÇÃO	312
	Agave attenuata	

PAGINAÇÃO DE PISO (ÁREA EXTERNA)			
MATERIAL		PERMEABILIDADE	ÁREA PERMEÁVEL
	GRAMA	100%	537,89
	BRITA	100%	58,32
	PISO NATURAL	100%	77,80
	ECODRENO COR CINZA	100%	859,10
	ECODRENO COR TERRACOTA	100%	462,57
	PISO INTERTRAVADO COR CINZA	25%	109,10
ÁREA PERMEÁVEL TOTAL		42,2%	2104,78

LEGENDA	ÁREA (m²)
1. UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO	1707,04
2. ESTACIONAMENTO	245,23
Nº DE VAGAS PARA CARRO	6
Nº DE VAGAS PARA MOTO	8
3. PRAÇA PÚBLICA (VIA LOCAL)	386,33
4. PÁTIO DOS FUNCIONÁRIOS	741,61
5. PRAÇA PÚBLICA (VIA ARTERIAL)	680,40
6. PÁTIO DOS PACIENTES	248,85
7. CAIXA D'ÁGUA	13,80
8. CASA DE LIXO E GÁS	8,30

PARÂMETROS URBANÍSTICOS		
MACROZONEAMENTO	ZONA DE REQUALIFICAÇÃO URBANA 1 - ZRU 1	
ÁREA TOTAL DO TERRENO	4987,62m²	
ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA	1778,33m²	
TAXA DE OCUPAÇÃO - SOLO	60%	35,65%
TAXA DE PERMEABILIDADE	30%	50,17%
ÍNDICE DE APROVEITAMENTO BÁSICO	2	0,35
RECUOS FRONTAIS	10	25
RECUOS LATERAIS	5	5
ALTURA	48	6,35



ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO 2

PROJETO
ANTEPROJETO

PROFESSOR
CLÁUDIA SALES

ALUNO
BRENO DE LAVOR CAVALCANTE

DESENHO DA PRANCHA

PLANTA DE IMPLANTAÇÃO
PLANTA DE SITUAÇÃO

1/250
1/1250

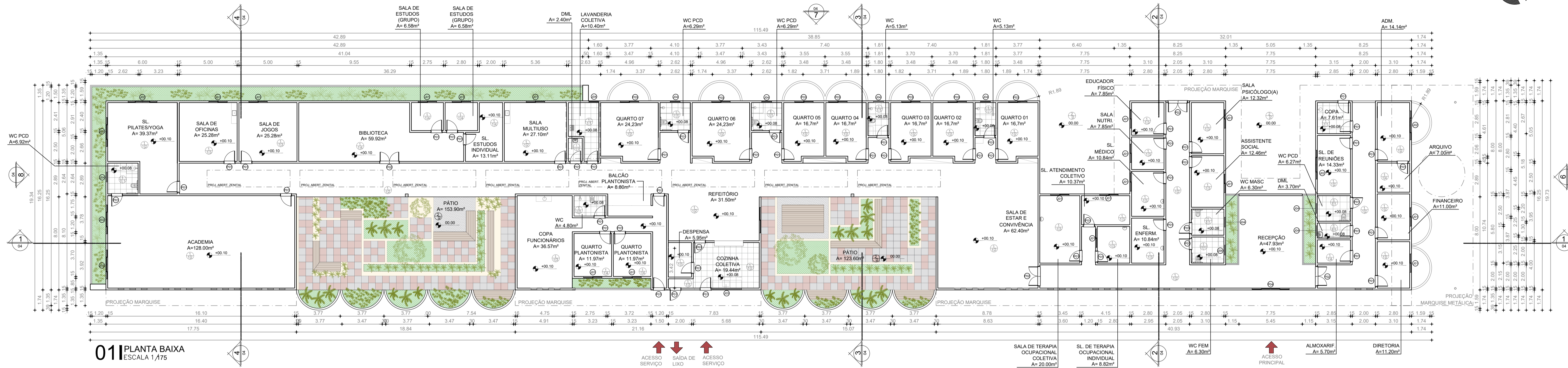
TURMA
2510N01

PRANCHA
01/04

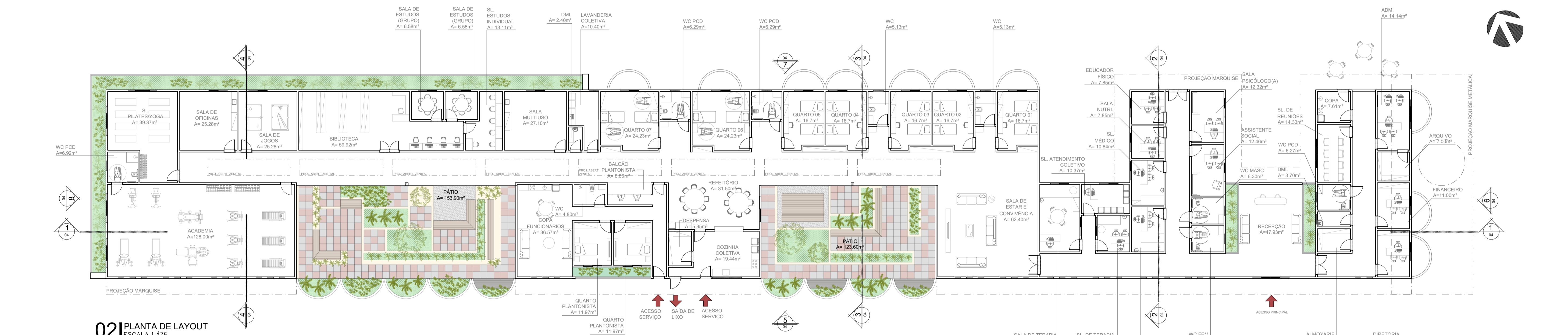
ARQUIVO
anteprojeto_breno_lavor_tcc2_np3_correções_finais.dwg

DATA
01/12/2024

FORMATO A1



01 PLANTA BAIXA
ESCALA 1/175



02 PLANTA DE LAYOUT
ESCALA 1/175

RED 0.10
YELLOW 0.20
GREEN 0.30
CYAN 0.40
BLUE 0.50
MAGENTA 0.60
WHITE 0.70
COR 8 0.05
COR 9 0.09
COR 10 0.15
COR 11 0.13
DEMAIS CORES
COLORIDO...10

QUADRO DE ESQUADRIAS				
PORTAS (P)				
COD.	QUANT.	PEITORIL	DIMENSÕES	TIPOLOGIA
P1	50	—	(0.90x2.30)	1 FOLHA DE ABRIR
P2	04	—	(1.70x2.30)	2 FOLHAS DE ABRIR
P3	07	—	(1.60x2.30)	2 FOLHAS DE CORRER
P4	01	—	(3.20x2.30)	4 FOLHAS DE CORRER
JANELAS (J)				
COD.	QUANT.	PEITORIL	DIMENSÕES	TIPOLOGIA
J1	17	1.10	(1.60x1.20)	2 FOLHAS DE CORRER
J2	05	1.10	(3.20x1.20)	4 FOLHAS DE CORRER
J3	01	1.50	(2.50x0.85)	3 FOLHAS DE CORRER
J4	10	1.70	(0.85x0.60)	1 FOLHA MAXIM-AR

QUADRO DE ACABAMENTOS	
PISO	
1	PORCELANATO CEMENT BLOCK WHITE (80x80)cm ACABAMENTO ACETINADO
2	PISO INTERTRAVADO CINZA
PAREDE	
1	PORCELANATO CEMENT BLOCK WHITE (80x80)cm ACABAMENTO ACETINADO
2	TEXTURA REBOCO BAIANO PINTADO NA COR CORAL
3	PORCELANATO CEMENT BLOCK WHITE (80x80)cm ACABAMENTO ACETINADO ATÉ UMA ALTURA H=1.50 DO PISO E RESTANTE DA PAREDE A SER PINTADO C/TINTA ACRILICA ACETINADA BRANCO NEVE – SUVINIL
4	PINTURA C/TINTA ACRILICA ACETINADA BRANCO NEVE – SUVINIL
TETO	
1	FORRO EM GESSO ACARTONADO PINTADO C/ TINTA ACRILICA ACETINADA BRANCO NEVE – SUVINIL

ARQUITETURA E URBANISMO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO 2

PROJETO

ANTEPROJETO

PROFESSOR

CLÁUDIA SALES

ALUNO

BRENO DE LAVOR CAVALCANTE

DESENHO DA PRANCHA

PLANTA BAIXA

PLANTA DE LAYOUT

1/175

1/175

102510N01

PRANCHA

02/04

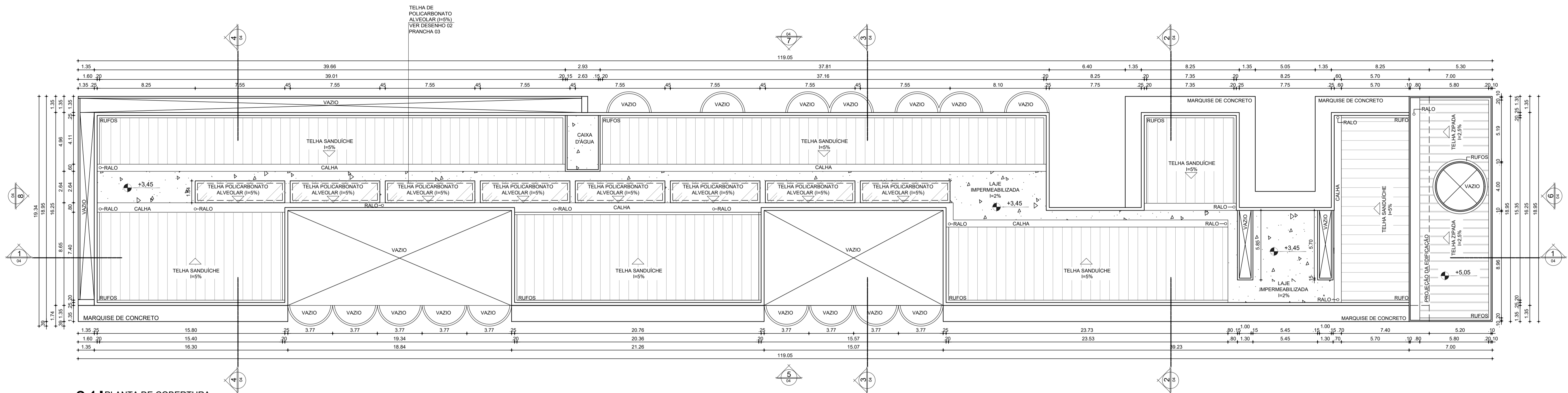
ARQUIVO

anteprojeto_breno_lavor_tcc2_np3_correções_finais.dwg

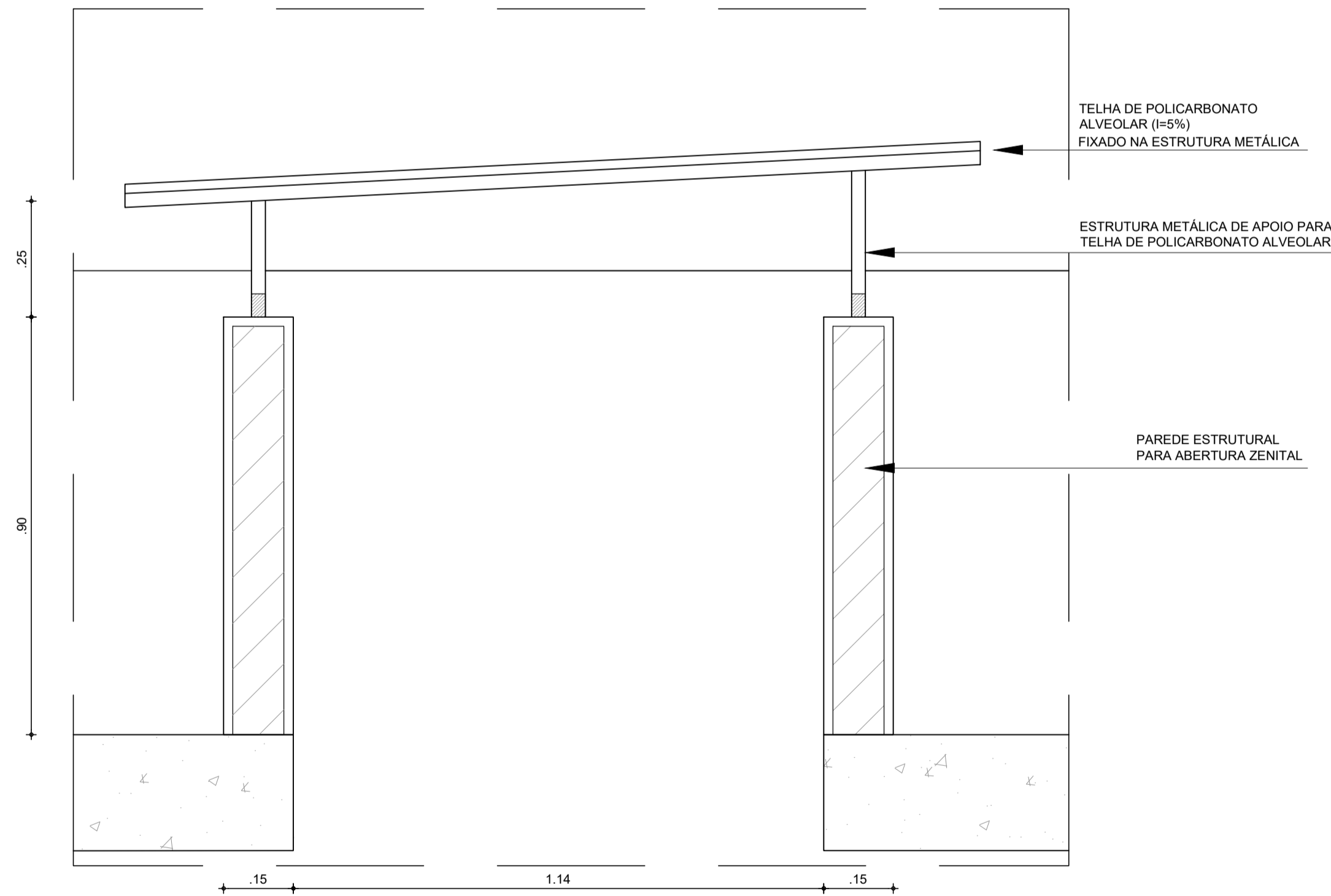
DATA

01/12/2024

FORMATO A1



01 PLANTA DE COBERTURA
ESCALA 1/175

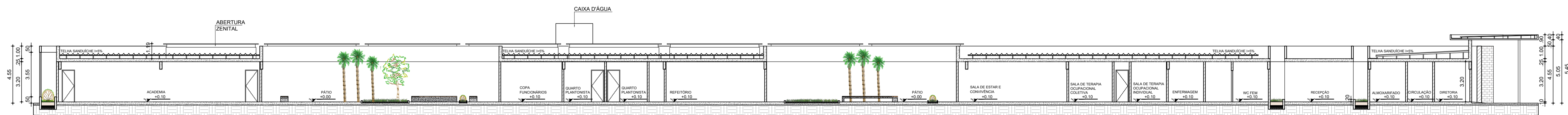


02 DET. ABERTURA ZENITAL
ESCALA 1/10

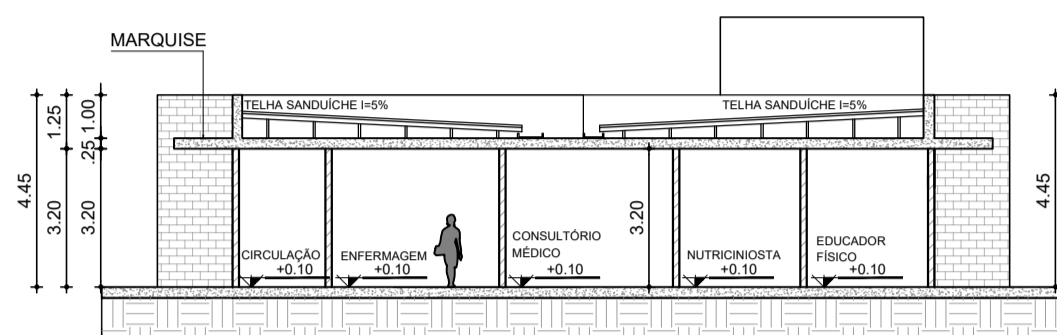
RED 0.10
YELLOW 0.20
GREEN 0.30
CYAN 0.40
BLUE 0.50
MAGENTA 0.60
WHITE 0.70
COR 8 0.05
COR 9 0.09
COR 10 0.15
COR 11 0.13

DEMAIS CORES
COLORIDO, -10

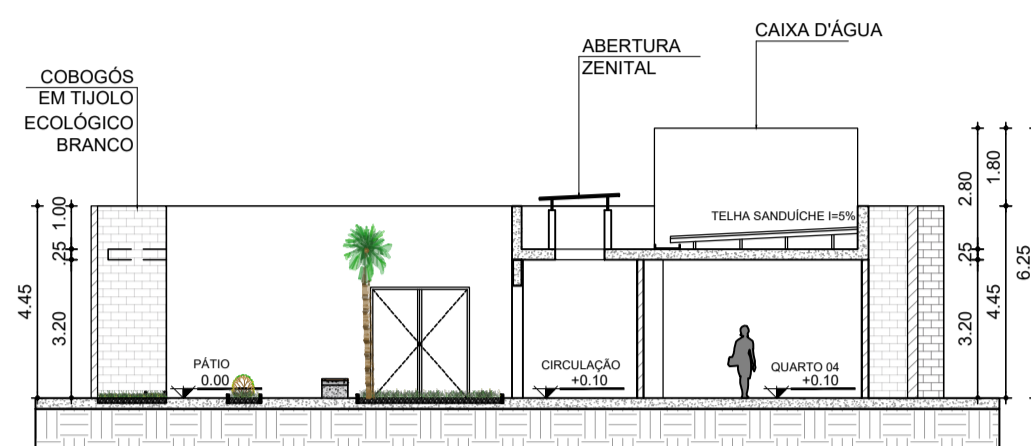
ARQUITETURA E URBANISMO			
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO 2			
PROJETO ANTEPROJETO			
PROFESSOR CLÁUDIA SALES			
ALUNO BRENO DE LAVOR CAVALCANTE			TURMA 2510N01
DESENHO DA PRANCHA			PRANCHA
PLANTA DE COBERTURA		1/175	03/04
DETALHE ABERTURA ZENITAL		1/10	
ARQUIVO anteprojeto_breno_lavor_tcc2_np3_correções_finais.dwg			DATA 01/12/2024
FORMATO A1			



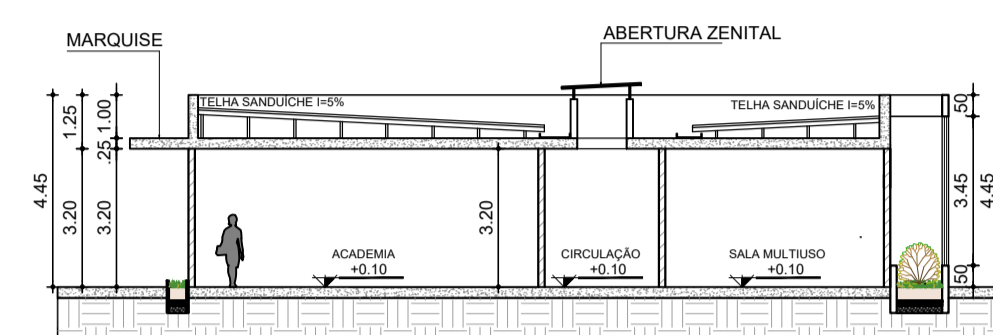
01 | CORTE 1
ESCALA 1/175



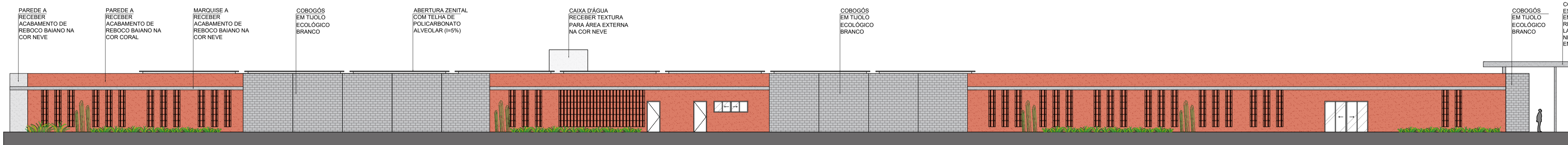
02 | CORTE 2
ESCALA 1/175



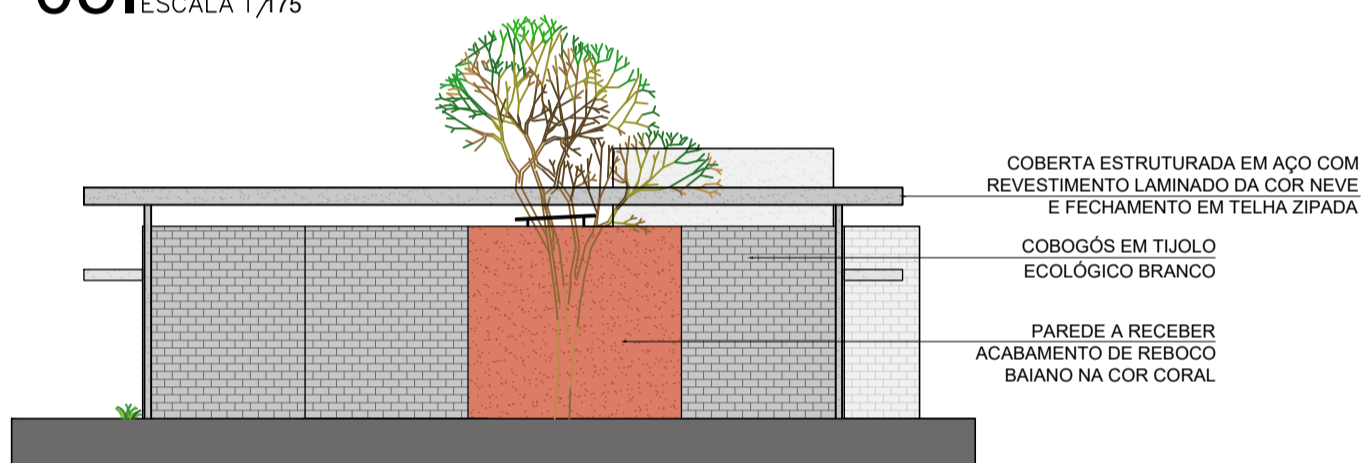
03 | CORTE 3
ESCALA 1/175



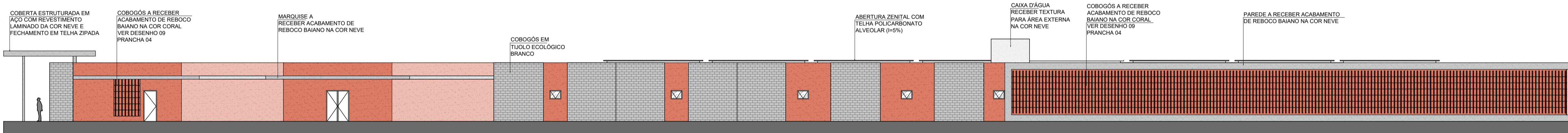
04 | CORTE 4
ESCALA 1/175



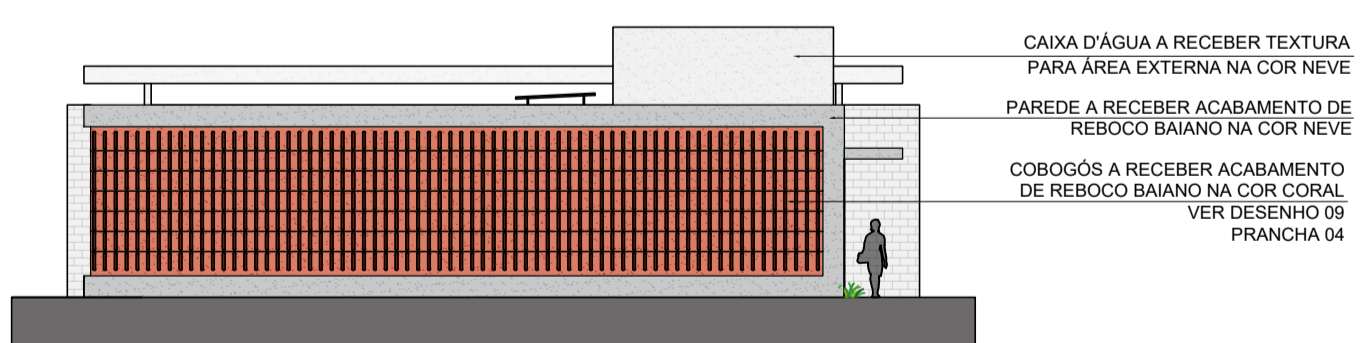
05 | FACHADA 1
ESCALA 1/175



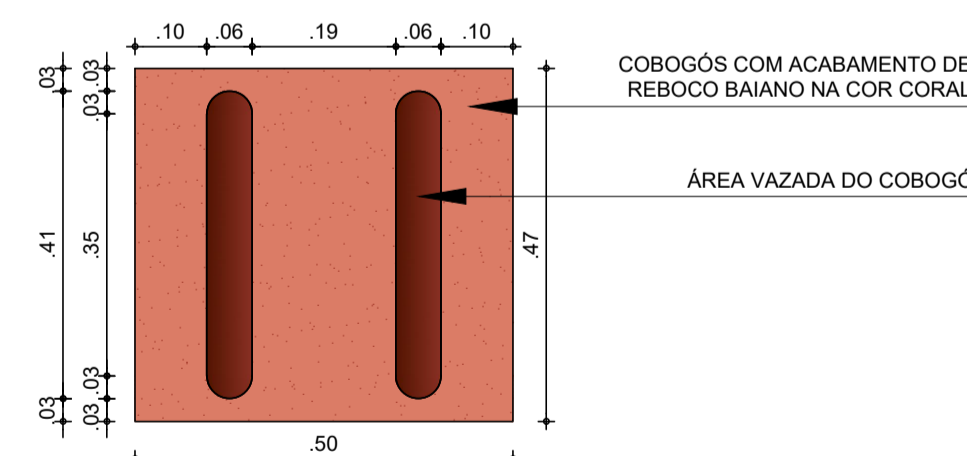
06 | FACHADA 2
ESCALA 1/175



07 | FACHADA 3
ESCALA 1/175



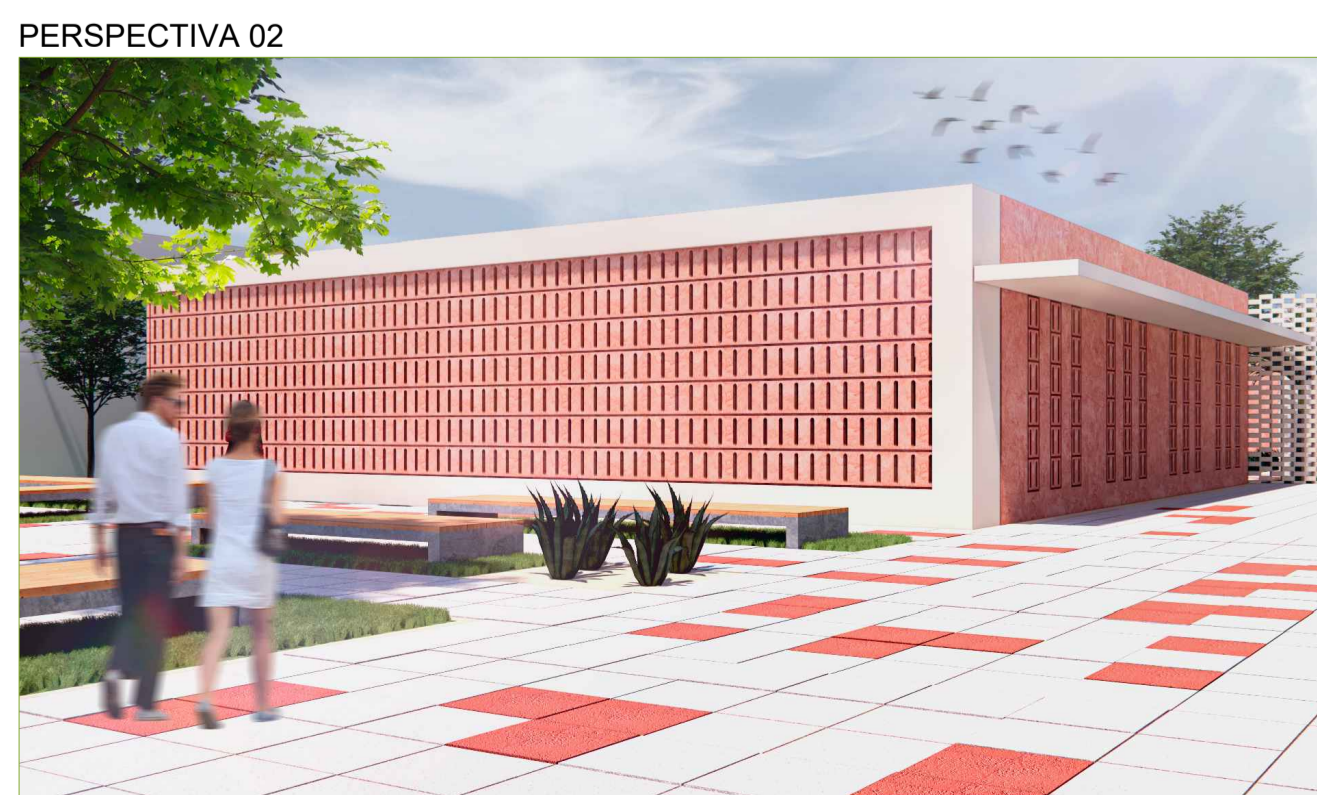
08 | FACHADA 4
ESCALA 1/175



09 | DET. COBOGÔ
ESCALA 1/10



PERSPECTIVA 01



PERSPECTIVA 02



PERSPECTIVA 03

RED 0.10
YELLOW 0.20
GREEN 0.30
CYAN 0.40
BLUE 0.50
MAGENTA 0.60
WHITE 0.70
COR 8 0.05
COR 9 0.09
COR 10 0.15
COR 11 0.13
DEMAIS CORES COLORIDO, -10

ARQUITETURA E URBANISMO			
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO 2			
PROJETO ESTUDO PRELIMINAR			
PROFESSOR CLÁUDIA SALES			
ALUNO BRENO DE LAVOR CAVALCANTE			TURMA 2510N01
DESENHO DA PRANCHA			PRANCHA
CORTE 01	1/175	FACHADA 01	1/175
CORTE 02	1/175	FACHADA 02	1/175
CORTE 03	1/175	FACHADA 03	1/175
CORTE 04	1/175	FACHADA 04	1/175
ARQUIVO anteprojeto_breno_lavor_tcc2_np3_correções_finais.dwg			DATA 02/12/2024
FORMATO A1			