

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS TECNOLÓGICAS
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

KARLYANNE SILVA SERRA

UMA ARQUITETURA EM PROL DA VIDA:

A participação popular na psicologia do espaço de saúde para o tratamento da
depressão.

São Luís
2019

KARLYANNE SILVA SERRA

UMA ARQUITETURA EM PROL DA VIDA:

A participação popular na psicologia do espaço de saúde para o tratamento da depressão.

Monografia apresentada ao Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual do Maranhão para a obtenção do grau de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Prof^a. Clara Raissa Pereira de Souza.

Coorientadora: Prof^a. Nairama Pereira Barriga.

São Luís
2019

Universidade Estadual do Maranhão. Sistema Integrado de Bibliotecas da UEMA

S487u

SERRA, Karlyanne Silva.

Uma arquitetura em prol da vida: a participação popular na psicologia do espaço de saúde para o tratamento da depressão. / Karlyanne Silva Serra. – São Luís, 2019.

107 f. : il.

Monografia (Graduação) – Universidade Estadual do Maranhão, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, 2019.

Orientadora: Profa. Clara Raissa Pereira de Souza.

1. Arquitetura Social. 2. Psicologia Ambiental. 3. Equipamentos de Saúde Mental. 4. Depressão. I. Título.

CDU: 725.53

KARLYANNE SILVA SERRA

UMA ARQUITETURA EM PROL DA VIDA:

A participação popular na psicologia do espaço de saúde para o tratamento da depressão.

Monografia apresentada ao Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual do Maranhão para a obtenção do grau de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Clara Raissa Pereira de Souza (Orientadora)

Mestre em Desenvolvimento Socioespacial e Regional
Universidade Estadual do Maranhão

Prof^a. Nairama Pereira Barriga

Arquiteta e Urbanista
Universidade Estadual do Maranhão

Thiscianne Mesquita Viana

Arquiteta e Urbanista

DEDICATÓRIA

A Deus, por todo o seu amor e graça.

Aos meus pais e irmãos, apoiadores dos meus sonhos.

Aos portadores de Transtorno Depressivo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e especialmente, a Deus, por suavizar os meus fardos nos momentos mais cansativos, ser o meu auxílio, pai e amigo, me fazendo ver uma força e capacidade em mim, por todo o seu imenso e incondicional amor e por surpreender-me a cada dia.

Aos meus pais, pelas palavras de conforto, pelo apoio e incentivo para a conclusão de mais esse capítulo da minha vida.

Aos meus irmãos, Jaciara e David, pelo apoio, momentos de risos e descontração e, assim, por tornarem os meus dias mais leves.

À minha orientadora, Clara Raissa Souza, por toda atenção, disponibilidade e direcionamento durante a execução dessa pesquisa. E à professora Nairama Barriga, pelas observações e conselhos nesse processo.

A Adriane Mendonça, Letícia Monteiro, Carol Prudêncio e Camila Calixto, por me fazerem companhia em todos esses anos de curso e me permitirem viver dias tão memoráveis, por me apoiarem, compreenderem e fazerem parte de minha evolução e conquista.

Ao meu amigo Felipe, pelo companheirismo, por se dispor a ouvir os meus lamentos, por toda a paciência e compreensão durante esses meses e em todos os anos de amizade.

A todos que participaram de todo esse processo, professores, colegas de classe, amigos, familiares, meus sinceros agradecimentos. E, mais uma vez, agradeço a Deus por me proporcionar todos esses momentos vividos durante os 5 anos e por colocar em meu caminho pessoas e amigos como apoio nessa jornada.

RESUMO

Em geral, associa-se a arquitetura aos problemas urbanos de escassez habitacional, assentamentos precários, favelização, o que fortalece o vínculo da Arquitetura Social à produção de habitações sociais, entretanto, esta pode ser estendida à diversas questões, como à saúde pública. Uma das questões públicas de saúde enfrentadas atualmente é a depressão, a qual atinge 11,5 milhões de brasileiros, segundo dados da OMS, 2017, apesar da distribuição de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o país e de outros equipamentos com serviços de saúde mental. Diante da capacidade de um espaço de intervir psicologicamente no homem, atenuada positivamente com a integração de identidade e confortabilidade aos aspectos físicos, potencializada pela participação popular, busca-se diagnosticar vínculos arquitetônicos com tratamentos de transtornos mentais e, a partir da aliança entre arquitetos, profissionais de saúde, pacientes e familiares, levantar métodos participativos para a produção arquitetônica de equipamentos de saúde mental.

Palavras-chaves: Arquitetura Social, Psicologia Ambiental, Equipamentos de Saúde Mental, Depressão.

ABSTRACT

Generally, architecture is associated with urban problems of housing shortage, precarious settlements, slumming, which strengthens the link between social architecture and the production of social housing, however, it can be extended to various issues, such as public health. One of the public health issues currently facing is depression, which affects 11.5 million Brazilians, according to WHO 2017, despite the distribution of Psychosocial Care Centers (CAPS) throughout the country and other equipment with services. of mental health. Given the capacity of a space to intervene psychologically in man, positively attenuated with the integration of identity and comfort with physical aspects, enhanced by popular participation, seeks to diagnose architectural links with treatment of mental disorders and, based on the alliance between architects, Health professionals, patients and families, raise participatory methods for the architectural production of mental health equipment.

Keywords: Social Architecture, Environmental Psychology, Mental Health Equipment, Depression.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Interface com uso de maquete desmontável, textos e imagens.	27
Figura 2 – Interface com o jogo Ocupe.	28
Figura 3 – Projeto participativo da cozinha sob assistência do grupo Usina - CTAH	29
Figura 4 – Projeto do Base Habitat de Unidade Habitacional em Sunderpur.	31
Figura 5 – Atribuições dos estabelecimentos assistenciais de saúde.	38
Figura 6 – Etapas da elaboração do programa de necessidades do EAS.	40
Figura 7 – Eixos estruturantes do CRAS.	43
Figura 8 – Atividades de implantação de um CRAS.	45
Figura 9 – Etapas que podem conter no processo de implantação do CREAS.	48
Figura 10 – Hospital Colônia de Barbacena.	55
Figura 11 – Espaços clínicos e hospitalares com aspectos arquitetônicos semelhantes à moradia.	56
Figura 12 – Sarah Kubitschek Hospital Salvador.	57
Figura 13 – Casas tradicionais de Tenejapa.	59
Figura 14 – Interface com utilização de peças baseadas em sistemas construtivos tradicionais de Tenejapa.	60
Figura 15 – Rede de Atenção à Saúde Mental	66
Figura 16 – Oficinas terapêuticas de pintura em tela e artesanato em CAPS.	73
Figura 17 – Centro Hospitalar Adolescente em Corvallis, EUA.	77
Figura 18 – Painel positivo (à esquerda) e negativo (à direita) utilizado na aplicação do Jogo de Imagens e Palavras com funcionários.	87
Figura 19 – Exemplo de cartas de um naipe do jogo.	91
Figura 20 – Tabuleiro preenchido na simulação do processo participativo.	92
Figura 21 – Exemplo de compilação do programa arquitetônico.	93

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	– Atenção Primária à Saúde
CAPS	– Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	– Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CAPSad	– Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CIAM	– Congresso Internacional da Arquitetura Moderna
CRAS	– Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	– Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EAS	– Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
MTSM	– Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	– Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PAEFI	– Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias
Indivíduos	
PAIF	– Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PNAS	– Política Nacional de Assistência Social
PNASH	– Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PNS	– Pesquisa Nacional de Saúde
PRH	– Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar
Psiquiátrica	
PSF	– Programa Saúde da Família
PTS	– Projeto Terapêutico Singular
RAPS	– Rede de Atenção Psicossocial
SUAS	– Sistema Único de Assistência Social
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBS	– Unidade Básica de Saúde
WONCA	– Organização Mundial de Médicos de Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	COMPREENSÃO DA ARQUITETURA SOCIAL	17
2.1	Contextualização Histórica	17
2.2	Conceito, objetivos e campo de atuação	22
2.3	Práticas Arquitetônicas Sociais	26
3	O PLANEJAMENTO URBANO ESTATAL PARA EQUIPAMENTOS DE SAÚDE	33
3.1	O Projeto Arquitetônico de Equipamentos de Saúde	37
3.1.1	Regulamentação dos Projetos de EAS	38
3.2	Participação nos Centros Assistenciais CRAS e CREAS	42
4	IDENTIDADE EM ARQUITETURA DE SAÚDE	49
4.1	Psicologia ambiental e participação popular	51
4.1.1	Psicologia Ambiental e a Arquitetura	51
4.1.2	A psicologia dos espaços de saúde	54
4.2	Estudo de Caso	58
4.2.1	Casas de Parto – México	58
5	ARQUITETURA PSICOSSOCIAL	62
5.1	Política de Atenção à Saúde Mental	64
5.2	Depressão e Estrutura dos Centros de Atendimento Psicossocial	68
5.2.1	Depressão, breve contexto	69
5.2.2	Estabelecimentos de Saúde com Serviços à Depressão	71
5.3	Interferência da Arquitetura no Quadro de Depressão	75
6	LEVANTAMENTO DE MÉTODOS PARA ABORDAGEM PARTICIPATIVA NA PRODUÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE MENTAL	78
6.1	Métodos de Exploração e Análise	79
6.1.1	Entrevista	80
6.1.2	Observação	82
6.1.3	Poema dos Desejos	84
6.2	Métodos de Avaliação e Criação	86
6.2.1	Jogo de Imagens e Palavras	86
6.2.2	Seleção Visual	88
6.2.3	Jogos de Geração de Ideias	90
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

99

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

107

1 INTRODUÇÃO

Um espaço é construído a partir de elementos estruturais, funcionais ou decorativos, apresentados em diversas cores e texturas, fatores que estimulam diversas sensações naqueles que os experimentam. A arquitetura de espaços construídos é desenvolvida para além de uma estética atrativa, é baseada, principalmente, em sua função social a ser desempenhada e nos estímulos de valores e impactos idealizados. Tais valores intrínsecos estão vinculados ao bem-estar e conforto de um ambiente familiar, à melhoria da saúde física e emocional, ao desenvolvimento da educação, ao fortalecimento cultural, desse modo, é notável que os espaços possuem a capacidade de relacionar o indivíduo a sua realidade e conjuntura.

Em um ambiente privado relativo a uma família encontra-se a identidade e particularidade desta, seguindo seus princípios e seu desempenho funcional, como pode ser visto nas variedades habitacionais, diferenciadas em estrutura, disposição de espaços internos, materiais e elementos utilizados. Quanto ao espaço público, do mesmo modo, deve revelar a identidade cultural e valores da população, além de exercer a função a ele destinada e contribuir, através de seus impactos positivos, com a vitalidade urbana e desenvolvimento da cidade. Assim como o processo de produção arquitetônica habitacional possui como embasamento as individualidades dos residentes, é importante a inclusão social na produção urbanística e gestão pública, de modo a suscitar o exercício de cidadania e a interrelação do indivíduo com a cidade, como consta no Estatuto da Cidade como uma das diretrizes gerais da Lei 10.257/2001, fato reafirmado no conceito de direito à cidade definido por Lefebvre, citado em escrito de Kapp:

O direito à cidade se manifesta como forma superior dos direitos: direito à liberdade, à individualização na socialização, ao habitat e ao habitar. O direito à obra (à atividade participante) e o direito à apropriação (bem distinto do direito à propriedade) estão implicados no direito à cidade. (Lefebvre, 2001 [1968], p. 135; grifos do autor). (KAPP, 2012a, p. 464)

Os equipamentos públicos são locais de prestação de serviços diretamente ligados à necessidade populacional, adequados aos seus interesses e às características encontradas nas localidades, segundo o inciso V do Art. 2º da Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001 (Brasil, 2001), portanto, para o planejamento destes, deve-se haver o conhecimento aprofundado da realidade pública em seus diferentes

contextos, em suas diversas classes, estes, por sua vez, são definidos geralmente por um modelo administrativo “Top-Down”, sem uma aplicação efetiva do “Modelo Bottom-Up”, ou seja, sem envolver diretamente a população nos processos produtivos. As cidades, especialmente as brasileiras, são fortemente marcadas pela segregação socioespacial, pelas desigualdades entre classes, aspectos advindos do processo político e econômico (MARICATO, 2000), as quais intensificam as disparidades entre necessidades e problemas enfrentados por cada parcela da sociedade, com evidência na acessibilidade aos serviços básicos, nas condições de moradia e na qualidade de vida. Essa exclusão urbanística, ressaltada ainda pelas ocupações irregulares, marca a falta de equipamentos urbanos e comunitários em certas áreas menos abastadas da cidade, a ausência de manutenção e suporte, e a indução ao maior deslocamento para o acesso a estes, “embora os equipamentos sociais se concentrem nos bairros de baixa renda” (MARICATO, 2000).

Diante das realidades urbanas, dos inúmeros problemas sociais enfrentados pelas cidades, provenientes de suas formações e consolidações, destina-se a arquitetura e urbanismo social, concomitantemente, à questão da escassez habitacional, dos assentamentos precários, da favelização e de formações de palafitas, como o Programa Minha Casa, Minha Vida no Brasil, entretanto, assim como a estruturação da cidade é realizada a partir de processos de planejamento urbano, ainda que parte seja desenvolvida irregularmente, pode-se integrar a arquitetura às diversas questões sociais, como à precariedade na saúde e educação, à mortalidade infantil, à violência, entre outros problemas, mediante a aliança entre a arquitetura e outras áreas relevantes ao combate destas circunstâncias, visualizado no projeto Casas de Parto em Tenejapa, México, conforme será visto mais adiante, e nos Parques Bibliotecas de Medellín.

A associação direta da Arquitetura Social à habitação social é ressaltada nas ações de escritórios e arquitetos que atuam nessa vertente da arquitetura, a moradia é o foco principal da ONG Soluções urbanas, é evidenciada nas principais soluções projetuais da assessoria Usina CTAH, do escritório Elemental, assim como nas legislações vigentes relativas ao interesse social em áreas urbanas, como a lei nº 12.424, de 2011, que dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida e sobre a regularização fundiária de assentamentos, a Lei nº 11.124, de 2005, que criou o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social, a Lei nº 11.481, de 2007, que antevê ações relativas à provisão habitacional e à regularização fundiária de interesse

social em imóveis da União. Diante disso, pouco se aplica dos conceitos arquitetônicos participativos em projetos de espaços de uso coletivo; apesar da determinação no Estatuto da Cidade da inclusão pública nos planos urbanos, são priorizados os conhecimentos dos profissionais em detrimento das experiências vividas pela população.

Dentre os espaços produzidos sem maior interferência da Arquitetura Social, podem ser destacados os equipamentos comunitários de saúde, como hospitais, postos de saúde, centros de tratamento, os quais têm grande impacto nas comunidades em que se inserem, tanto relacionado aos serviços prestados, quanto à estrutura física instalada, devendo refletir a identidade dessas parcelas da população para a melhor aceitação e funcionalidade dessas instituições. Uma das questões de saúde pública enfrentadas no Brasil e no mundo é o alto índice de depressão e transtorno de ansiedade, que resulta no aumento de ocorrências de suicídio, segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), 2017, a depressão atinge 322 milhões de pessoas em todo o mundo e 5,8% da população brasileira, correspondente a 11,5 milhões, apesar da distribuição de 2.594 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, conforme o Ministério da Saúde (2019). A partir dos dados, é notável o aproveitamento reduzido dos serviços de cuidados primários mentais e a pouca apropriação desses espaços pela maioria da população, diante dessa conjuntura, arquitetos podem contribuir com a humanização dos espaços hospitalares voltados ao apoio psicológico, mediante projetos com o envolvimento prático e intelectual da sociedade, a fim de inserir a identidade pública nesses equipamentos e proporcionar maior aproveitamento desses espaços e serviços.

Este trabalho busca instigar a extensão do olhar arquitetônico participativo à produção dos equipamentos de saúde, especialmente de saúde mental, a fim de que as questões de saúde pública tomem devida importância nos projetos físicos desses espaços e, assim, que estes contribuam com a saúde humana e com a prestação dos serviços da área, através das respostas às seguintes questões:

- Como o planejamento de EAS baseado na Arquitetura Social pode contribuir com os serviços de saúde pública?
- Qual a interferência da arquitetura no psicológico e comportamento humano?
- Que aspectos da configuração física do espaço de saúde pode auxiliar os tratamentos à depressão?

Busca-se, portanto, salientar o valor da aliança entre a arquitetura, área da saúde e a população na elaboração de espaços terapêuticos, da interferência da psicologia ambiental na saúde mental, tomando como foco os transtornos depressivos e os equipamentos de atendimento. Isso, a partir da compreensão dos benefícios da participação na arquitetura, dos processos de planejamento e execução dos equipamentos comunitários de saúde, da relação pessoa-ambiente, análise de projeto voltado à saúde desenvolvidos com apoio da coletividade, de estudo sobre a depressão e os espaços de saúde mental. Ao final dos estudos, intenciona-se levantar métodos para a produção arquitetônica de equipamentos de saúde mental com participação popular, a fim de servir como subsídio para o engajamento de arquitetos na produção de estabelecimentos de saúde a partir da compreensão das problemáticas e necessidades com auxílio dos usuários.

A pesquisa será concebida a partir do estudo bibliográfico de livros, publicações digitais de artigos, revistas, jornais com abordagem das temáticas: arquitetura social e participativa, equipamentos comunitários de saúde, psicologia ambiental, depressão, saúde mental e centros de tratamento psicossocial. No capítulo dois, serão abordados, após uma breve contextualização histórica, os conceitos, objetivos e métodos de atuação aplicados à arquitetura social, analisando alguns escritórios que atuam em cenários urbanos precários aliados às comunidades e apresentando seus principais campos de atuação, sendo ainda compreendidos o direito à cidade e a gestão democrática. No terceiro capítulo, será analisada a concepção dos equipamentos comunitários de saúde no planejamento estatal, a regulamentação dos projetos, a atuação participativa do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

No quarto capítulo, serão analisados a psicologia ambiental aliada à identidade do espaço, a relação pessoa-ambiente, com base em estudos da área da Psicologia, a Psicologia Ambiental, artigos científicos sobre a interferência da arquitetura na saúde humana e a abordagem participativa em projeto de espaço de saúde através de estudo de caso das Casas de Parto em Tenejapa, México, de modo a expor a viabilidade da produção arquitetônica de equipamentos coletivos de saúde com a colaboração efetiva populacional. O quinto capítulo será centrado em estudos sobre a Política de Atenção à Saúde Mental, depressão, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a relação da arquitetura na saúde dos portadores de

transtornos depressivos. No sexto capítulo serão levantados métodos para a produção de equipamentos de saúde mental com a participação popular a partir da análise dos dados apresentados nessa pesquisa e, no sétimo capítulo, serão discorridas as considerações finais relevantes a esse estudo.

2 COMPREENSÃO DA ARQUITETURA SOCIAL

2.1 Contextualização Histórica

A arquitetura sempre esteve inserida no contexto social, partindo primeiramente da necessidade de moradia, abrigo, e posteriormente, com a institucionalização da cidade, adquiriu amplas proporções, sob os poderes e diretrizes da Igreja, Estado, grandes instituições e população de classe alta. Segundo Benevolo (2001), a arquitetura e a sociedade estabeleciam entre si um relacionamento absoluto e invariável até o decorrer do século XVIII, apesar das distintas soluções arquitetônicas quanto à forma, técnicas projetuais e conduta profissional do arquiteto e cliente, as quais variavam em função do tempo e lugar, havia uma padronização das atividades exercidas pelo projetista, preestabelecida pela sociedade.

Desde o início do século XIX, novos métodos e ideais passaram a reger o campo arquitetônico, influenciados pela Revolução Industrial, pelo contexto pós-guerra e, conseqüentemente, pelas transformações técnicas, sociais e culturais deste período. A partir desse século, a arquitetura conquistou uma nova dimensão, um novo campo de atuação, partindo dos grandes projetos, destinados a altas classes, empresas e governo, para projetos em menor escala, como habitações unifamiliares, casas populares, alcançando um público com menor renda.

A profunda transformação cultural ocorrida na sociedade mundial diante dos confrontos ocorridos entre os anos 1914 e 1945, as duas Guerras Mundiais, devia-se à desestabilidade e à visível necessidade de reconstrução das cidades. Suscitavam, então, discussões acerca dos ideais de desenvolvimento que norteariam essas intervenções, pontuando questões imprescindíveis como a importância da preservação e controle ambiental, estabelecimento de melhores padrões habitacionais, entretanto a vasta demanda exigia alto financiamento e agilidade na reedificação, o que conduziu a uma produção racional da arquitetura, simples e geométrica, diretamente ligada à industrialização.

Defensores do movimento moderno tiveram notoriedade nesse período, a partir de suas propostas de produção habitacional em massa, visando maior equilíbrio social quanto às necessidades de moradia. Arquitetos vinculados a essa ideologia eram norteados pela ideia de que, segundo Diane Ghirardo (2002), as questões urbanas de habitação e outros problemas sociais podiam ser solucionados mediante

a estruturação física racionalista dos espaços. Em conformidade com essa linha de pensamento, em vários países do mundo sucederam-se práticas de renovação urbanística e produção de aglomerados habitacionais, com forte impacto sobre a sociedade, nem sempre de modo positivo, como será relatado nos parágrafos seguintes.

Com visibilidade aos problemas sociais urbanos, na segunda metade do século XIX, o Congresso Internacional da Arquitetura Moderna (CIAM), em sua primeira conferência, no ano 1928, visto as recorrentes reivindicações da classe operária por moradia, enfatizou as habitações em suas discussões. Com o objetivo de atribuir qualidade de vida aos espaços dentro dos padrões econômicos dos operários, propôs “mudança no design das unidades habitacionais, na tipologia dos blocos, nos novos padrões dos serviços, na hierarquia da circulação”. Em sua segunda conferência também retratou as moradias, a partir do tema: Habitação para o mínimo nível de vida (MARICATO, 2000, p.127). Apesar de posterior mudança de seus princípios de atuação, os ideais iniciais do CIAM contribuíram para a consolidação do direito à moradia e fortalecimento das políticas sociais. (MARICATO, 2000)

Seguindo os ideais modernistas de Le Corbusier, a respeito da pureza da forma e evidência à mecanização, Walter Gropius mostrou preocupação com a escassez de moradia e executou projetos de conjuntos habitacionais de baixo custo. Entre seus projetos está o Gropiusstadt, em Neukölln, Berlim, uma cidade-satélite idealizada com prédios baixos, circundados por um belo espaço verde, que, devido à grande demanda, foi implantada como um grande complexo residencial, com edificações de até 30 andares capazes de comportar 50 mil pessoas, servindo de moradia para a população de baixa renda. (RAJA, 1986)

Frente ao racionalismo, em Saint Louis, Estados Unidos, foi projetado o conjunto habitacional público Pruitt-Igoe, por Minoru Yamasaki, composto por 33 prédios de 11 pavimentos para comportar até 10.000 habitantes. O projeto foi idealizado com o intuito de fazer separação entre brancos e negros, com destinação destes para os prédios Pruitt e daqueles para os Igoe, porém a integração dos edifícios resultou na desvinculação das famílias de renda média e permanência de apenas moradores sem poder aquisitivo para custear uma moradia em outro lugar. Em consequência, o desfalque financeiro contribuiu para falta de manutenção e o abandono dos edifícios causou a instalação de vasta insegurança, com isso, em 1972, o governo americano determinou a demolição de todo o conjunto. A decadência do

projeto direcionou a arquitetura à psicologia, à sociologia, às ciências sociais e humanas, a partir da comprovação de que o racionalismo puro não é autossuficiente diante das diversidades da sociedade moderna. (RAJA, 1986)

Outras demandas do contingente populacional alcançaram perceptibilidade no desenvolvimento das políticas sociais, com alcance ao campo escolar e de saúde pública. Destacam-se as obras do consultor do Comitê de Design de Obras Públicas (1943–1945) e arquiteto Richard Neutra, o qual elaborou projetos para escolas, com variedade em tamanhos e formas, e clínicas de saúde, ambas urbanas e rurais, para a cidade de Porto Rico; devido ao grande contingente, Neutra desenvolveu protótipos padronizados passíveis de adaptações para atender às diversidades locais. O processo construtivo igualmente foi adaptado às condições locais, à disponibilidade de recursos financeiros e aos quesitos populacionais, conciliando acréscimos e outras alterações.

Dentro da ideologia modernista, no Estado estava centralizada a racionalidade e, portanto, este detinha o dever de garantir o desenvolvimento territorial, econômico e social. Apesar do engajamento na aplicação de políticas sociais e do grande avanço relativo ao desenvolvimento das cidades, a “ciência moderna se mostrara incapaz de impedir catástrofes” (KAPP, 2005, p.125), as disparidades socioespaciais se intensificaram e se sobressaíram a exclusão territorial, a precariedade dos espaços, a pobreza, crises econômicas e ecológicas, desastres ambientais e instabilidades em muitos aspectos sociais (MARICATO, 2000; BECK, 1997). Diante dessa conjuntura, Del Rio (1990) relata que:

A partir do crescente descontentamento dos habitantes submetidos a ambientes modernistas e dos movimentos de protesto e resistência aos programas de intervenção urbana (...), as populações das grandes cidades dos países desenvolvidos foram conquistando importantes reivindicações. Assim como nos EUA, as principais cidades europeias seriam palco de movimentos sociais semelhantes e suas administrações se veriam pressionadas a inserir maior participação comunitária em seus processos de planejamento e, principalmente, nos programas habitacionais. (DEL RIO, 1990, p. 28)

No decorrer dos anos 70, o pensamento antropológico, aceito pela arquitetura e urbanismo, induziu os arquitetos a desenvolverem “soluções alternativas aos vigentes critérios culturais, econômicos, tecnológicos, urbanos e de projeto” (MONTANER, 2001, p. 127), concordantes com os diferentes padrões culturais e sociais. Vê-se, então, que a arquitetura passa de uma proposta estrutural e previamente estipulável, para uma proposta humanitária, moldável e diversificada,

submetida ao indivíduo e ao entorno em que está inserida, e, a partir do retorno dessa antiga visão do modo de construir, entre outros fatores sociais e ambientais, eclodem os modelos arquitetônicos humanistas e ecologistas.

Uma arquitetura participativa, desenvolvida a partir dos anos cinquenta, propôs liberdade e autonomia no planejamento arquitetônico e urbanístico, pregada pela Internacional Situacionista (1957) como “uma arquitetura sem arquitetos”, a fim de envolver as mais diversas atividades humanas e construir coletivamente o espaço urbano. Influenciados por esta linha de pensamento, com auge nos anos 70, teóricos buscaram novos métodos de desenvolver a arquitetura, buscando envolver o interesse e a participação dos usuários na edificação dos ambientes públicos e privados. (MONTANER, 2001)

Entre os teóricos mais relevantes nessa discussão está o arquiteto britânico John F. Turner, o qual realizou uma análise dos movimentos de autoconstrução e ocupação ilegal do solo nos bairros periféricos de cidades dominantes da América Latina, em um período de oito anos, tais pesquisas foram um direcionador do olhar arquitetônico para a realidade dos menos privilegiados, para os moradores de assentamentos precários e isentos de infraestrutura, sendo divulgadas por revistas como a *Architectural Record* e a *Architectural Design*, concluindo a proposta de que devia-se entender a habitação como um processo ativo e valorizar os materiais construtivos de cada cultura. (MONTANER, 2001)

Christopher Alexander, arquiteto e matemático vienense, é outro teórico de grande destaque no contexto da aproximação da arquitetura aos pensamentos sociológicos, antropológicos e psicológicos, este apresentou, em 1977, a proposta do “pattern language”, ou linguagem de padrões, a qual evidenciava sua preocupação quanto ao resgate dos princípios arquitetônicos populares. A configuração em *patterns* surgiu com base em suas pesquisas científicas quantitativas, que tinham por finalidade a padronização dos métodos operacionais relativos à forma arquitetônica e a sua contextualidade, ou seja, procurava definir um modelo invariável de construir. Alexander acreditava que o produzir da arquitetura não estava apenas na mente dos arquitetos, mas podia ser manifesta, sentida e desenhada por cada indivíduo, e objetivava restaurar a criatividade do homem quanto a produção de seus espaços de forma harmoniosa, relacionando-os ao ambiente em que está inserido. (MONTANER, 2001)

Os principais momentos de engajamento social no campo da arquitetura são decorrentes de desastres naturais, quando as diversas classes da sociedade se empenham para a reconstrução dos espaços destruídos, como pode ser visto nos países latinoamericanos, durante os anos setenta, em que houve ocorrências de reformas em bairros autoconstruídos¹ e estímulo ao desenvolvimento participativo da população, sendo estabelecidas como políticas de autoconstrução. Nota-se que o estreitamento entre arquitetura e os aspectos locais de uma sociedade induz à produção baseada nos fatores climáticos, nos padrões de construções locais, com a utilização de materiais, ornamentos e coloração típicos da região, ressaltando as características culturais particulares de cada povo. (MONTANER, 2001)

No Brasil, o desenvolvimento da arquitetura em projetos sociais teve reconhecimento também com a ideologia modernista, com implantações de conjuntos habitacionais, sendo um destes o Conjunto Residencial Prefeito Mendes de Moraes de 1947, conhecido como Pedregulho, projeto de moradia para funcionários públicos do Distrito Federal no Rio de Janeiro, realizado pelo arquiteto Affonso Eduardo Reidy. Diante da impactante favelização em grandes estados brasileiros e forte discrepância arquitetônica, várias iniciativas de combate a essa realidade são executadas por arquitetos, escritórios e ONGs, com apoio do poder público, como o Núcleo habitacional da Rocinha, no Rio de Janeiro, edifícios planejados a partir do Programa de Verticalização de Favelas PROVER, em São Paulo, incluindo o Conjunto Habitacional Zaki Narchi (1994). Destacam-se nesses projetos sociais, além das favelas, outros assentamentos precários, cortiços, comunidades rurais, espaços ocupados pela população marginalizada.

Além de práticas intervencionais no âmbito social, as diretrizes políticas brasileiras direcionaram-se à gestão participativa com a institucionalização do Estatuto da Cidade e a criação do Ministério das Cidades, entre outros instrumentos, seguindo parâmetros estabelecidos pela Constituição Federal. Segundo Rolnik (2009, p. 5 apud MOSCARELLI e KLEIMAN, 2017, p. 159):

[...] a criação do Ministério das Cidades representava a possibilidade de avançar na democratização da gestão urbana, fazendo dela um dos pilares institucionais de sua agenda, ampliando os espaços de democracia participativa, até então experimentados sobretudo no âmbito local.

¹ Caso do Programa de Renovação Habitacional Popular no México após terremoto de 1985. (MONTANER, 2001)

2.2 Conceito, objetivos e campo de atuação

A arquitetura pode ser entendida, segundo Silke Kapp (2005, p.116), como “todo espaço modificado pelo trabalho humano”, sendo estes formados através de “processos sociais” e formadores das “relações sociais”, portanto, este é um instrumento de representação e modificação dos aspectos de uma coletividade sistematizada territorialmente. Dentro desse conceito, a arquitetura social pode ser vista como meio de transformação de espaços e realidades sociais, operacionalizada através de propostas alternativas à construção e utilização dos espaços físicos, com fins na melhoria da qualidade de vida da parcela da população menos privilegiada e na redução das contradições socioespaciais, esta operação é relativizada como uma produção formal em conexão aos padrões mais informais da produção, possuindo caráter positivo ao estabelecimento de equilíbrio na sociedade.

[...] A produção formal se transformou paradoxalmente numa gigantesca indústria que não satisfaz as necessidades espaciais elementares da sociedade a que pertence, mas que é um mecanismo eficaz de extração de mais-valia. Em contrapartida, prolifera uma produção informal – não reconhecida socialmente, nem legitimada por direito – que funciona no sentido inverso. Ela cria alto valor de uso e, proporcionalmente, exige pouco dispêndio de forças produtivas e meios de produção, gerando pouco valor de troca. Se bem que de modo aleijado e precário, essa produção informal é a que confere alguma estabilidade à atual ordenação da sociedade no espaço. Ela impede o colapso imediato desse espaço e, com ele, o colapso da própria formação social. [...] (KAPP, 2005)

A arquitetura social tem por objetivo atender demandas sociais de moradia, espaços coletivos, com fornecimento de qualidade de vida através de transformações construtivas dentro das realidades comunitárias, com utilização de materiais alternativos e acessíveis às populações locais, ou seja, baseados nas construções existentes ou ainda, em alguns casos, com técnicas inovadoras e materiais incomuns propostos pelos arquitetos. Atuando como mediadora na interação do homem ao ambiente, a arquitetura social conduz a uma dinâmica de produção do espaço baseada na racionalidade do homem comum, defendendo que, mesmo que estes não possuam embasamento técnico da construção, são dotados de conhecimento fundamentado em experiências vividas nas áreas. Além dos materiais empregados, são levados em consideração a disponibilidade de mão-de-obra e de fundos financeiros, considerando a situação econômica e social da população local.

Um dos princípios eminentes na Arquitetura Social está inserido no conceito de “direito à cidade” proposto por Lefebvre, o qual afirma (2001 [1968], p. 135 apud KAPP, 2012a, p.464), que no tal direito está implícito um conjunto de outros direitos, sendo estes o “direito à liberdade, à individualização na socialização, ao habitat e ao habitar”, assim como o “direito à obra (à atividade participante) e o direito à apropriação (bem distinto do direito à propriedade)”. Para Purcell (2002 apud KAPP, 2012a, p.464), essa ideia é uma “convocação para uma reestruturação radical de relações sociais, políticas e econômicas na cidade e para além dela”. A definição apresentada enfatiza a necessidade tanto da instituição e suprimento das questões básicas de educação, saúde, moradia, através dos equipamentos públicos, quanto do engajamento individual popular nos processos urbanísticos de desenvolvimento.

Nesse contexto, é importante relatar que diante do cenário político de reforma urbana, o estabelecimento do Estatuto da Cidade, com adesão da interferência popular em decisões governamentais de planejamento, mediante princípios da Constituição Federal Brasileira, contribuiu para a adesão do “direito à cidade” ao sistema governamental (FERNANDES, 2007, p. 202 apud KAPP, 2012a). Apesar disso, as práticas de concretização desse preceito são ainda consideradas aquém às determinações legislativas, e alguns autores, como Tushnet (1984) e Souza (2006), afirmam que a instituição da participação popular na política de desenvolvimento do Estatuto da Cidade é relatada de modo vago, apenas consultivo, e prioriza o poderio estatal (KAPP, 2012a). Sobre a devida abordagem para a consolidação do direito à cidade, Kapp (2012a, p. 468) afirma:

Ampliar e concretizar o direito à cidade para além das legislações exige criar possibilidades, não apenas de maior participação popular, mas de autonomia socioespacial, isto é, possibilidades para que diferentes coletividades adquiram o direito e a capacidade de definir a produção do espaço, em contraposição à heteronomia ou à definição dessa produção por instâncias alheias.

Dentro do quesito participação popular, vale entender, primeiramente, qual a relação entre a arquitetura e a sociedade e como ela é potencializada na produção dos espaços com auxílio de arquitetos. A apropriação territorial é condicionada por aspectos ambientais, formação social e cultural, questões religiosas, os quais interferem nas conformações espaciais. Assim, as cidades são delimitadas em espaços coletivos e particulares, definidos arquitetonicamente por culturas, princípios, identidades e necessidades, a partir disso, é possível afirmar que o vínculo da

propriedade com o indivíduo parte da função e significado que aquela fomenta sobre este. Segundo Ferreira (2002, p.54), “o lugar não só adquire identidade e significado através das intenções humanas em relação a ele, mas também os reflete em seus atributos físicos objetivos”, como em sua organização espacial e na instituição das atividades desempenhadas.

Considerando que o espaço é base das relações sociais e impulsionador do desenvolvimento de suas identidades, tanto as moradias quanto os equipamentos coletivos introduzem um diálogo com o ser humano. O espaço habitacional é instituído pelo modo de vida, pelo fator econômico e é formulado como uma representatividade do caráter individual dos moradores, o que reflete em um sentimento de pertencimento e real apropriação dos espaços físicos, adquirindo o sentido de “lugar”. Essa interpretação do espaço revela sua autenticidade e o intenso significado das experiências proporcionadas por meio dele. Tratando dessa interação do homem com o ambiente através da função e qualificação dos espaços, assim como o local familiar, o espaço coletivo pode ser “apropriado” pela população, não no sentido de sua ocupação, mas na utilização adequada dos espaços e equipamentos e no aproveitamento dos serviços oferecidos, mediante projetos que adicionem “ritmo, orientação e identidade ao homem” (RELPH, 1980, p. 146 apud FERREIRA, 2002, p. 53), que estimulem as interações sociais e proporcionem bem-estar, considerando a opinião daqueles a quem os espaços são destinados.

A adequação dos espaços construídos ao indivíduo confirma a heterogeneidade social e espacial, com notoriedade a nível global, nacional, municipal e comunitário, entretanto tal diferenciação muitas vezes é construída pela falta de acessos e recursos financeiros, transportando a uma realidade de ausência de qualidade de vida em contrariedade com o conforto, funcionalidade e harmonia espacial. É perceptível que a arquitetura é desenvolvida principalmente para a sociedade com maior poder aquisitivo, onde o arquiteto tem mais liberdade de expressão profissional, em formas, materiais e disposição espacial, assim como possui maior retorno financeiro; entretanto, a multiplicidade das problemáticas sociais decorrentes da precariedade dos locais privados e públicos de acesso à sociedade de baixa renda, conduziu ao desenvolvimento social da profissão.

A arquitetura social considera a relação do ser humano com o espaço e potencializa-a no processo de produção espacial, com a introdução da participação popular, uma inclusão que abrange a compreensão da área, obtenção do programa

de necessidades, a idealização do projeto e a execução deste. Guiado pelo princípio de assistência técnica, incorpora os conhecimentos dos moradores sobre as potencialidades e carências do território, suas capacidades em idealizar propostas de soluções e em executá-las. A partir disso, objetiva-se construir um território funcional, de baixo custo, que revele a identidade social.

A lei de assistência técnica referida, Lei Nº 11.888, de 24 de dezembro de 2008, está vinculada à habitação de interesse social e garante assistência gratuita na produção, acompanhamento e execução de moradias para as famílias de baixa renda com serviços arquitetônicos, urbanísticos e de engenharia, como cumprimento constitucional relativo ao direito à moradia. Entre seus objetivos, dispostos no parágrafo 2º do artigo 2º, estão: “otimizar e qualificar o uso e o aproveitamento racional do espaço edificado e de seu entorno, bem como dos recursos humanos, técnicos e econômicos empregados no projeto e na construção da habitação”, e assegurar que áreas que oferecem risco à população e de preservação ambiental permaneçam desocupadas. (BRASIL, 2008)

O investimento social da arquitetura no Brasil é praticado por ações de arquitetos, escritórios e ONGs, como podem ser citados a ONG Soluções Urbanas, Usina CTAH, Associação Arquitetos Sem Fronteiras, Boldarini Arquitetos Associados, além de departamentos universitários de arquitetura e urbanismo. Essa vertente humanitária da arquitetura é aplicada, em maioria dos casos, no campo habitacional, em assentamentos precários, em favelas, como pode ser contemplada no projeto “Redondinhos” do arquiteto Ruy Ohtake em Heliópolis, São Paulo, no Conjunto Residencial Duarte Murtinho em São Bernardo do Campo, porém, também está inclusa no desenvolvimento escolar, evidente nos projetos participativos de escolas públicas no Jardim Fortaleza e no Bairro Varginha da arquiteta Mayumi Lima, além de centros comunitários, espaços culturais e de lazer.

A arquitetura social é mais retratada em produções de habitações de interesse social, mas abrange produção de equipamentos coletivos, como dito anteriormente, entretanto raros são os relatos de projetos direcionados à promoção da saúde pública, poucos equipamentos coletivos de saúde são desenvolvidos dentro de comunidades seguindo os princípios de inclusão social. O direito à saúde está relacionado ao acesso aos serviços públicos, aos profissionais especializados, assim como aos espaços estruturados para assistência a saúde, apesar de ser uma área dotada de normas rígidas e fixas, comunidades carecem de maior auxílio e o arquiteto,

como projetista desses equipamentos no território urbano, pode desenvolver métodos de produção que possibilitem estas instalações com maior apropriação dos moradores e maior identidade social. Como foco da presente pesquisa, o assunto será aprofundado aos longo dos capítulos.

2.3 Práticas Arquitetônicas Sociais

Trata-se a arquitetura social como uma nova abordagem dos processos construtivos, se comparados aos tradicionais modos de impor a arquitetura dos espaços, a qual busca a viabilidade de restituir a capacidade popular de produzir seus próprios ambientes, não permitindo que a sociedade apenas submeta-se aos contextos instituídos pelo Estado. Fundamentada na proposta de fornecer dignidade às famílias distantes economicamente de técnicos construtivos, segundo Kapp et. al. (2012b), a arquitetura em comunidades é disposta em três modos de atuação “tecnocrático”, “missionário” e “artístico”, diferenciados pela forma de abordagem da arquitetura e envolvimento popular.

A “atuação tecnocrática” diz respeito à prática de profissionais em assentamentos precários como agentes responsáveis por instituir a formalidade, seguindo os objetivos e procedimentos predefinidos pelo Estado. Suas ações são destinadas a implementação de melhorias emergenciais ou projetos grandiosos, com alcance individual ou global, através de processos participativos ou impositivos. Essa flexibilidade de porte e aplicação projetual não se estende ao método de trabalho, sendo sempre conduzido pelas diretrizes das políticas públicas, ou seja, não há intervenção dos profissionais ou moradores. (KAPP et. al. 2012b)

O “modelo missionário” retrata o atendimento técnico às famílias ou comunidades de modo direto, podendo ser intermediado por ONGs, instituições humanitárias ou outras entidades. Nessas intervenções, o arquiteto é encarregado de transpassar conhecimentos e hábitos arquitetônicos, por meio de esquemas mentais, à população desvinculada dos processos construtivos formais. Kapp et. al. (2012b) expõe crítica ao modo superficial dessa aplicação, alegando que os “processos de socialização e aprendizado” não permitem o conhecimento mais aprofundados dos processos. (KAPP et. al. 2012b)

A “atuação artística” não está direcionada à solução de problemas específicos e não se refere a uma intervenção arquitetônica concreta, mas procura

mudar a percepção dos assentamentos precários por meio de iniciativas públicas de embelezamento, a fim de induzir ao desenvolvimento da cultura, instigar uma visão de pacificidade e dissipar a criminalidade, caso de favelas. Nesse modo de atuação os artistas recebem destaque, através da imposição de suas artes, sejam pinturas abstratas ou retratos de integrantes das comunidades, sem o devido enaltecimento da cultura dos moradores. Kapp et. al. (2012b, p.06) afirma que a monumentalização fotogênica dos projetos públicos exalta os autores e investidores, porém invalida os moradores, e “reforça a classificação dos favelados como trabalhadores manuais que precisam de orientação intelectual por portadores da cultura legítima”.

Em análise aos modos de intervenção apontados, surgem novas perspectivas de abordagem arquitetônica para transformações comunitárias e a participação popular ganha uma imagem mais intrínseca de autonomia. As práticas participativas evidenciam a importância popular nos processos de produção dos espaços, não tomando como base primordial os conceitos dos agentes externos mas os interesses sociais. Através da observação direta da vida comunitária, realizações de entrevistas e atividades reflexivas e estimuladoras das memórias (as chamadas interfaces), o arquiteto media a relação produtiva da sociedade com seus espaços. (KAPP et. al. 2012b)

As interfaces são ferramentas idealizadas pelo profissional da construção para proporcionar independência aos indivíduos e comunidades no planejamento projetual. Por meio desta, os moradores podem interagir com os materiais, de acordo com a funcionalidade da interface proposta, alcançar a compreensão das liberdades e restrições projetuais ou maior engajamento na concepção do projeto e, assim, criar seus espaços (BALTAZAR, KAPP, 2016). As interfaces podem ser desenvolvidas com uso de maquete desmontável, quebra-cabeça, kits de materiais ou moldes, jogos, entre outras maneiras, como podem ser vistas nas imagens abaixo.

Figura 1 – Interface com uso de maquete desmontável, textos e imagens.



Fonte: Baltazar e Kapp (2016).

Figura 2 – Interface com o jogo Ocupe.



Fonte: Baltazar e Kapp (2016).

Para melhor abordagem da prática arquitetônica no âmbito social com envolvimento popular, serão analisadas as atuações do grupo Usina CTAH, da ONG Soluções Urbanas e do Estúdio Base Habitat, os quais estão vinculados à vida em comunidades, com foco, sobretudo, às questões habitacionais, porém com a realização de projetos de espaços educacionais, horta comunitária, centros comunitários e, de modo pouco expressivo, locais de fornecimento de serviços de saúde.

A Usina - Centro de Trabalhos para o Ambiente Habitado é uma assessoria técnica, composta por vários profissionais arquitetos e urbanistas motivados à proporcionar assistência aos habitantes de assentamentos rurais organizados e integrantes de movimentos sociais, mediante mobilização de recursos públicos referentes a Reforma Urbana e Agrária. Métodos de envolvimento da comunidade no processo produtivo são aplicadas com uso de interfaces, a fim de exercerem suas competências no planejamento, projeto e construção de seus espaços. Dentre as obras desenvolvidas por eles estão escolas, creches, centros comunitários e mais de 5.000 habitações, construídos por meio de processos alternativos, estando ainda atuante em projetos urbanísticos de favelas, entre outras práticas, envolvendo “experiências sociais, espaciais, técnicas e estéticas contra-hegemônicas”. (USINA CTAH, 201-)

A estudo do modelo de atividades executadas pelo grupo Usina, será abordado o projeto da Escola Popular de Agroecologia Egídio Brunetto, proposto como um centro de formação do MST no extremo sul da Bahia, servindo como um local comunitário de ensino da agroecologia, com aplicação de atividades de manejo

e recuperação dos solos e agroecossistemas degradados. Como parte inicial do processo foi aplicada a “cartografia apropriada”, instrumento didático de coleta de dados da região com participação dos moradores, com o objetivo de impulsionar a apropriação da área a nível cartográfico e detectar vias, áreas dos assentamentos, locais de proteção ambiental e de práticas de agricultores.

A segunda dinâmica empregada foi a “atividade dos triângulos”, por meio de pequenos papéis em formato triangular postos sob papel em branco, forma esta que contribuiria para a extração da noção de espacialização na comunidade envolvida, de modo que não se limitassem aos formatos das construções e distribuição atual dos espaços, mas dispusessem conforme suas funções e importâncias à coletividade. Centrada na definição da espacialidade, do sentido dos fluxos e hierarquização dos espaços, a atividade conduziu-os a determinar como centralidade o refeitório, cozinha, biblioteca e praça.

Na produção interna dos equipamentos foi adotado o método com utilização de móveis em planta baixa adequados a cada espaço (Figura 2), escalados em 1:50, conforme a escala da área total dos edifícios, tanto para as áreas residenciais quanto coletivas, incluindo o auditório, biblioteca, refeitório, cozinha e salas de aula. Essas atividades realizadas proporcionaram melhor visão espacial interna e melhor disposição do mobiliário pela própria comunidade.

Figura 3 – Projeto participativo da cozinha sob assistência do grupo Usina - CTAH



Fonte: Usina CTAH (2016)

Em análise à metodologia utilizada, a construção da coletividade na idealização projetual por meio de interfaces transparece um modo flexível de projetar, um padrão não enrijecido e compacto de transpor a arquitetura, mas favorável à adaptações e adequações conforme as situações e diversidades. Assim, demonstra o distanciamento da ideologia de imposição da forma arquitetônica por técnicos de construção e a proximidade com os valores das comunidades locais, por meio do reconhecimento da capacidade criativa e da atuação como impulsionador do desenvolvimento de suas imaginações.

A Soluções urbanas é uma organização que atua no planejamento de espaços habitacionais e em projetos de desenvolvimento socioambiental, e faz vínculo à população de baixa renda, através da aplicabilidade de técnicas que podem ser executadas pelos moradores. A ONG habilita-se, não apenas a auxiliar tecnicamente em práticas arquitetônicas, mas a fornecer estratégias elaboradas para a arrecadação de fundos, sendo elas a Feira de Trocas Solidárias, Microcrédito Habitacional, Subsídios, aplicadas de acordo com cada demanda, essas iniciativas facilitam a obtenção de materiais construtivos e de mão-de-obra.

Acerca das estratégias de produção habitacional, a organização fornece equipes técnicas para acompanhamento das construções familiares conduzidas pelos próprios moradores, em caso de “Autoconstrução”; ou auxiliam em práticas de “Mutirões”; ou, ainda, contratam profissionais especializados para executar as intervenções previstas, estratégia nomeada “Empreitadas”. Com fins na elevação da qualidade de vida e preservação ambiental, suas práticas ocorrem com a racionalização de materiais e de recursos naturais.

A respeito das produções sociais fora do Brasil, será analisado o Estúdio Base Habitat, laboratório do Departamento de Arquitetura na Universidade de Arte e Design em Linz, Áustria, o qual se aprofunda no desenvolvimento espacial e nos aspectos sociais da arquitetura, com foco em práticas de construção com utilização de materiais sustentáveis. Entre projetos e construções estão hortas comunitárias, centro agrícola, hospitais, escolas e unidades habitacionais, incluindo moradias em vila de portadores de hanseníase, as quais serão estudadas como embasamento dos métodos projetuais aplicados pela equipe.

No vilarejo de hanseníase Sunderpur, na Índia, as habitações encontravam-se danificadas estruturalmente após um terremoto, devido ao uso de matérias e métodos de construção inadequados, além das péssimas condições

sanitárias. Diante dessa conjuntura, para nortear os projetos das unidades habitacionais, o Base Habitat realizou pesquisas geográficas e conversas com habitantes, coletando dados sobre os modos de vida, irregularidade e problemáticas dos edifícios. A partir das informações foram extraídas as necessidades de uso de material de construção local, como o adobe e o bambu, de resistência a terremotos, de melhorias sanitárias e de flexibilidade construtiva para adaptar às mudanças dos habitantes.

A edificação dos apartamentos foi inicializada pelas mãos dos universitários de Linz, voluntários internacionais e trabalhadores locais, acompanhados por um profissional especializado em obras. Durante as construções, foi aplicada a estratégia de treinamento de moradores da vila, com o objetivo de fornecer maior conhecimento construtivo para que outros aglomerados habitacionais pudessem ser desenvolvidos por eles de maneira independente.

Figura 4 – Projeto do Base Habitat de Unidade Habitacional em Sunderpur.



Fonte: Base Habitat (2016)

De modo prático ou por meio de entrevistas, questionários e outros meios, os projetos sociais são desenvolvidos com considerações das condições de vida e das realidades aprofundadas dos moradores, constituindo projetos únicos e autênticos com respeito às diversidades de cada povo. O arquiteto respeita o conhecimento de uso dos espaços, extraído de relatos dos moradores, e os considera como raízes do programa de necessidades e da programação arquitetônica. Em geral, a arquitetura

social é praticada com aplicação de atividades simples e ilustrativas, com utilização de papéis, moldes, jogos, que estimulam a compreensão dos espaços e o entendimento de técnicas construtivas por parte dos integrantes das comunidades, ou com uso de estratégias assistencialistas e auxílio construtivo.

O objetivo do estudo da arquitetura social foi apresentar como os profissionais, na programação e construção dos espaços, podem agir com melhorias às vidas da população de baixa renda com inserção direta dos destinatários. Assim como, evidenciar a necessidade de aprofundar o conhecimento do modo de vida e de como ocorre a interação dos indivíduos com seus espaços, a fim de que os padrões projetuais sejam flexíveis e moldáveis aos padrões sociais e culturais.

3 O PLANEJAMENTO URBANO ESTATAL PARA EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. ART. 182. A política de desenvolvimento urbano, executada pelo poder público municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em Lei, tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem estar de seus habitantes. (BRASIL, 1988)

O Estado detém a função de garantir os direitos individuais e coletivos, comandar ações fundamentais para o bem-estar comum e promover a ordenação territorial, fatores que vinculam-no ao planejamento de equipamentos urbanos e comunitários.

A infraestrutura urbana, gerida pelo poder público, em apoio à saúde, educação, lazer é significativa na promoção de qualidade de vida à sociedade, denota-se, então, que houve uma concentração de investimentos e benefícios em certas áreas das cidades brasileiras, ao longo dos anos, em detrimentos de outras, sendo, assim, fortalecidas as disparidades socioeconômicas e espaciais.

[...] Para Moraes et al. (2008), os equipamentos urbanos comunitários são os componentes físicos básicos de infraestrutura urbana de uma cidade ou bairro, sendo a existência desses um fator determinante de bem-estar social e de apoio ao desenvolvimento econômico, além da potencialidade de ordenação territorial e de estruturação dos aglomerados humanos. [...] (NEVES, 2015a)

Couto (1981 apud ROMANINI, 2012) afirma que os equipamentos coletivos contribuem para o estabelecimento de equilíbrio social, político e psicológico na sociedade, servindo como refúgio diante das tensões provocadas pelo modo de vida comunitário. As comunidades buscam nas áreas comunitárias a provisão de suas necessidades básicas, a qualidade de vida, o bem-estar atrelado ao lazer, estejam elas em seus próprios bairros ou em bairros vizinhos. Desse modo, o acesso e alcance populacional aos serviços prestados são efetivados por uma boa distribuição dos equipamentos, em conformidade com os índices populacionais e demandas, devendo ser proporcionais ao crescimento das cidades. (ROMANINI, 2012)

Segundo Secchi (2003), conforme citado por Neves (2015a, p 504), “os espaços de uso público são entendidos como lugar de experiência social, no qual os equipamentos comunitários² funcionam como locais de socialização”. A função

²A Lei 6.766, de 1979 (art. 4º parag. 2º), define equipamentos comunitários como: equipamentos públicos de educação, cultura, saúde, lazer e similares.

desses espaços no desenvolvimento das relações sociais é atenuada no processo de planejamento dos equipamentos no Brasil, porém é atribuída maior ênfase às normativas do espaço físico, sem a devida atenção aos aspectos qualitativos dos equipamentos comunitários.

Os equipamentos comunitários, por meio de suas funções e impactos sobre a sociedade, são destinados a atender demandas sociais estabelecidas nas áreas urbanas; portanto, em sua gestão devem ser avaliadas as realidades dos espaços e suas configurações sociais, assim como, reavaliadas as prestações de serviços já impostas sobre as áreas. Torres (2000 apud Neves, 2015a, p.26-27) afirma que a implantação de equipamentos urbanos deve ser antecedida de observações acerca da conservação e manutenção, para acrescentar e melhorar a oferta de serviços e usufruir da capacidade máxima de suas instalações; da reestruturação dos edifícios e instalações, para o fornecimento de melhores serviços com implantação de inovações; e da produção de novas unidades, locadas e dimensionadas apropriadamente, em conformidade com as carências existentes, “os desejos da sociedade” e “as tendências do crescimento demográfico”.

Para o melhor entendimento da responsabilização estatal quanto às redes de saúde no Brasil vale relatar que, em meados dos anos 60, eram restritos os acessos a serviços médicos de saúde, somente trabalhadores com carteira assinada e participantes ativos nas taxas da Previdência Social poderiam ser beneficiados com os serviços. A atenção à saúde era desfocada da população pobre, portanto esta deveria arcar com suas despesas para acessar a estes serviços ou ir em busca de serviços alternativos ofertados em Casas de Saúde, organizadas por irmandades (BARBOSA, CARVALHO, 2012 apud CAETANO, 2013; GOLÇALVES, 2014). “Nessa fase, os fundos de seguridade à saúde dos trabalhadores foram estabelecidos pelas companhias privadas”. (GOLÇALVES, 2014, p. 14).

Pressões e reivindicações de movimentos sociais sobressaíram-se diante da centralização da saúde no autoritarismo político do país, na luta em prol da extensão dos direitos sociais aos demais trabalhadores e classes da sociedade. Nesse contexto de luta, medidas administrativas³ instituídas guiaram as políticas públicas de saúde a um processo de reformulação, com foco no desenvolvimento dos

³Foram criadas leis e institutos significativos à saúde: Lei Orgânica de Previdência Social de 1960, Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) de 1966, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) de 1977, Ações Integradas de Saúde (AIS) de 1983.

municípios e na descentralização do sistema de saúde, por meio da responsabilização estatal e municipal na prestação desses serviços (FIGUEIREDO, 2005 apud CAETANO, 2013; GOLÇALVES, 2014). Como resultado das pressões sociais e da mudança do caráter administrativo, foi criado, na década de 80, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que estendeu aos poderes públicos estatais e municipais a gestão em saúde, iniciando a conquista da descentralização.

Em 1988, a reconfiguração da Constituição Federal induziu à reorganização institucional da saúde pública, por meio da estruturação federativa. A partir dessa Carta o Estado adquiriu o dever de prover o condicionamento adequado para a saúde de todos cidadãos, conduzindo-os ao bem-estar social, físico e mental. A assistência à saúde foi sistematizada com a instituição do SUS – Sistema Único de Saúde –, comandado no âmbito nacional, estadual e municipal a partir da distribuição de competências, comuns ou específicas, para cada esfera do governo. Os Municípios passaram a coordenar, dentre outras atribuições, o planejamento, organização e avaliação dos serviços de saúde locais.

Após a Carta Magna de 1988, passaram a estar sob responsabilidade da União, Estados e Municípios :

[...] definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, elaborar normas para regular a contratação de serviços privados, gerenciar recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas e planos de saúde, entre outros. (BRASIL, 2016)

Referente à estrutura funcional da saúde, a mudança política nesse campo é exposta pela substituição do modelo hospitalocêntrico, no qual prevalecia o individualismo, os processos mecânicos, a tecnicidade, a especialização e atribuía menor relevância a proximidade com o paciente; a prática médica, centrada no princípio doença-cura, enaltecia os testes laboratoriais e exames em detrimento das informações sociais e do estado emocional do paciente (MENDES, 1996 e MERHY, 2002 apud CARDOSO, 2006). O novo modelo assistencial da saúde aborda o modo saúde-prevenção, com evidência ao fornecimento de serviços de atenção primária; cujos fundamentos englobam a gestão democrática, por usuários, fornecedores e Estado, e o entendimento da saúde como direito social, assegurando vida ao indivíduo e coletividade. (ABDALLA, BORGES e OLIVEIRA, 2010; MERHY, 1991 apud CARDOSO, 2006)

[...] Com a nova Constituição (Constituição Brasileira de 1988) a área da saúde teve uma mudança geral, principalmente em função da questão da participação popular, do planejamento e sobretudo da prevenção. Estabelece-se com clareza o dever do Estado de atender toda a população na questão de saúde. Estes avanços decorreram, para quem conhece a estória da saúde, do movimento chamado Reforma Sanitária, que culminou em 90 com a Lei Orgânica da Saúde, onde está definido o Sistema Único de Saúde, com suas competências nos níveis federal, estadual e municipal. (BARCELLOS, 2002)⁴

Campos (1996-7, p. 02 apud CARDOSO, 2006, p. 46) afirma que a comutação do foco da doença para o doente, este como “sujeito concreto, social e subjetivamente construído”, trata-se de uma ampliação conceitual e prática do sistema de saúde, quando o indivíduo e seu contexto são inclusos aos processos de estudos clínicos das doenças. A inserção do usuário na conjuntura médica, firmada na garantia do direito à informação e na relevância à autonomia do sujeito, segundo Fortes (2000, apud CARDOSO, 2006), é de extrema importância para o desenvolvimento do controle social⁵.

As considerações anteriores apontam para o desenvolvimento da saúde com participação do sujeito em questão, diante disso, pode-se vincular ao processo de planejamento a humanização dos equipamentos comunitários de saúde, de modo a fortalecer a gestão democrática e estabelecer uma relação de cooperação entre os usuários e as construções. O impacto dessa aliança transpõe-se na alteração do “ato de ‘cuidar’ através da mudança no ver o outro” e da “maneira de vivenciar o ambiente, seja ele arquitetônico ou urbanístico”. (ABDALLA, BORGES e OLIVEIRA, 2010, p. 07)

Atualmente, o planejamento de estabelecimentos de saúde pelo SUS é regulamentado pela Lei Nº 8080/1990, a qual dispõe sobre os parâmetros de promoção, proteção e recuperação da saúde; regularizando as ações e serviços no território nacional, aplicados por “pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado” (Art. 1º) . A legislação não aponta raios de abrangência para a implantação dos variados equipamentos, mas baseia-se em dados epidemiológicos, referente às diversidades regionais, na densidade demográfica, e orienta-se a um planejamento assistencial atendendo as demandas regionais (NEVES, 2015). As distribuições dos equipamentos comunitários de saúde são definidas mediante o controle epidemiológico populacional, fundamentado em pesquisas territoriais, em

⁴ BARCELLOS, Regina. Falando sobre as normas. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, p 162-174, 2002. Entrevista concedida a Luiz Carlos Toledo.

⁵ Refere-se controle social às ações participativas da sociedade nos processos estatais.

informações geopolíticas locais e em referências normativas direcionadas às redes assistenciais. (ABDALLA, BORGES e OLIVEIRA., 2010).

3.1 O Projeto Arquitetônico de Equipamentos de Saúde

Para a compreensão da configuração física dos estabelecimentos assistenciais de saúde, aqui será analisada as diretrizes que regem o desenvolvimento dos projetos. O documento normativo vigente atualmente que diz respeito às metodologias de projeto de saúde é a Portaria GM/MS nº 554 de 19 de março de 2002, a qual consolida a RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, alterada pela RESOLUÇÃO-RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002.

As complexidades características do planejamento físico dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde são decorrentes de estudos dos aspectos geográficos, da estruturação sistêmica da saúde, dos parâmetros dos serviços de saúde e da programação arquitetônica. Aspectos sociais, geográficos, econômicos, históricos, políticos e o contexto epidemiológico são diretrizes que interferem na implantação dos equipamentos de saúde. (CARVALHO, 2002 apud TOLEDO, 2002). Acerca da construção projetual dos EAS, Carvalho afirma:

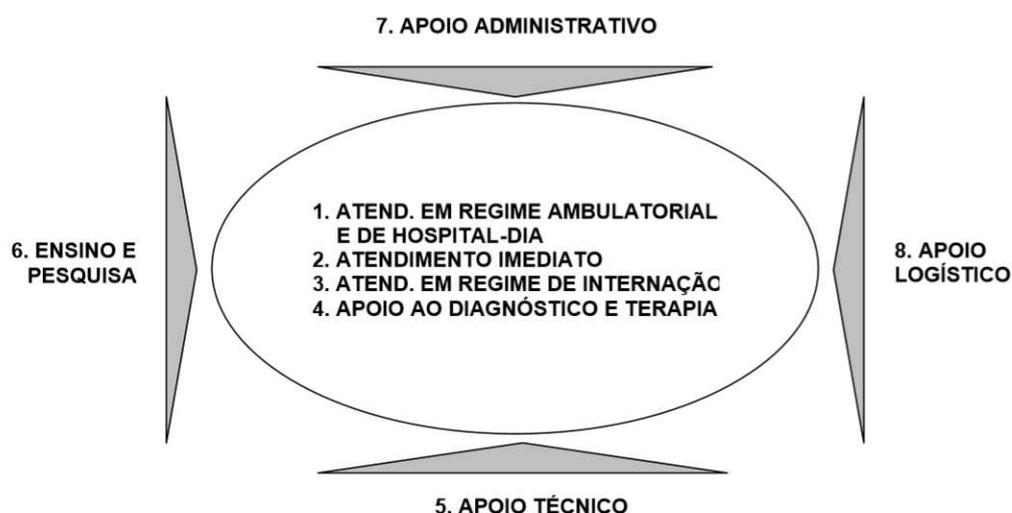
A fase de programação arquitetônica, num projeto de EAS, é a que engloba todos os trabalhos de fundamentação do programa arquitetônico, que não se constitui apenas numa relação de espaços ou atividades, mas de um complexo estudo que torna claras as condicionantes funcionais e estéticas entre esses espaços e suas funções. O papel do arquiteto no projeto arquitetônico de um Estabelecimento Assistencial de Saúde será, primordialmente, o de idealizador dos espaços. Não poderá, contudo, desempenhar a contento sua tarefa se não dominar e participar de todas as fases do planejamento do edifício (CARVALHO, 2002, p. 15 apud TOLEDO, 2002, p. 83).

As arquiteturas dos estabelecimentos de saúde são diversificadas conforme suas funções e demandas, sendo guiadas pela variedade de níveis assistenciais – primário, secundário e terciário –, prestação de atendimento, especialidades e complexidades desses equipamentos. Dentre os edifícios de atenção à saúde estão Posto de Saúde, Unidade Básica de Saúde, Hospital Geral e Especializado, Pronto Socorro Geral e Especializado, Farmácia, Centro de Apoio à Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial.

3.1.1 Regulamentação dos Projetos de EAS

Segundo a Resolução – RDC nº 50 (2002, p.22), o planejamento físico-funcional dos EAS é orientado por um Plano de Atenção à Saúde já existente, o qual define quais as ações a serem aplicadas e objetivos a serem cumpridos, as tecnologias operacionais e a estruturação das redes físicas de atenção à saúde. Este, ainda, apresenta uma listagem de atividades e atribuições para cada estabelecimento, assim, um estabelecimento para certa especificidade é determinado por um conjunto de “atribuições-fim” vinculadas a “atribuições de apoio”, sendo estas últimas relevantes para o desenvolvimento eficaz das primeiras.

Figura 5 – Atribuições dos estabelecimentos assistenciais de saúde.



Fonte: Brasil, 2002.

As atribuições-fim, correspondentes às funções relativas à atenção e assistência à saúde, são: Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia; Prestação de atendimento imediato de assistência à saúde; Prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação; Prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia. As atribuições de apoio às atribuições-fim são: Prestação de serviços de apoio técnico; Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa; Prestação de serviços de apoio à gestão e execução administrativa; Prestação de serviços de apoio logístico. (BRASIL, 2002, p. 24-25).

Para cada atribuição é apontada na Resolução – RDC nº 50 (2002) uma lista de atividades e subatividades para nortear suas aplicações. A exemplo, as atividades apontadas para a *Prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação* são: Internação de pacientes adultos e infantis; Internação de recém-nascidos até 28 dias (neonatologia); Internação de pacientes em regime de terapia intensiva; Internação de pacientes queimados em regime intensivo. Correspondem às subatividades da *Internação de pacientes em regime de terapia intensiva*:

- proporcionar condições de internar pacientes críticos, em ambientes individuais ou coletivos, conforme grau de risco, faixa etária (exceto neonatologia), patologia e requisitos de privacidade;
- executar e registrar a assistência médica intensiva;
- executar e registrar a assistência de enfermagem intensiva;
- prestar apoio diagnóstico laboratorial, de imagens, hemoterápico, cirúrgico e terapêutico durante 24 horas;
- manter condições de monitoramento e assistência respiratória 24 horas;
- prestar assistência nutricional e distribuir alimentação aos pacientes;
- manter pacientes com morte cerebral, nas condições de permitir a retirada de órgãos para transplante, quando consentida;
- prestar informações e assistência aos acompanhantes dos pacientes. (BRASIL, 2002, p. 26)

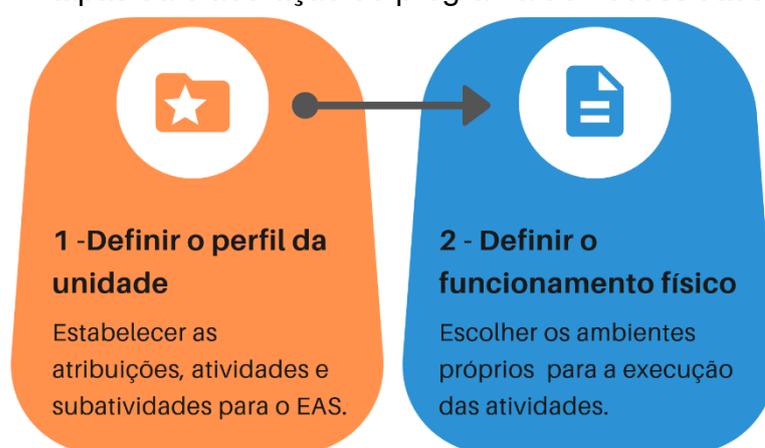
A partir das definições das atividades a serem desenvolvidas nos estabelecimentos assistenciais de saúde são determinados os ambientes necessários, podendo, em certos casos, ser suprimido algum ambiente, quando a “atividade eventualmente” for “executada junto com outra atividade em outro ambiente” (BRASIL, 2002, p. 37). Os ambientes são especificados fisicamente em quantificação e dimensionamento, baseados nas atividades e instalações necessárias para cada especificidade; tais informações são dispostas em tabelas, sendo apresentadas como dados mínimos e flexíveis à adequação, a fim de serem ajustados às demandas determinadas por cada Plano.

O arquiteto como projetista dos ambientes hospitalares pode ser orientado através do uso de fichas técnicas, além das tabelas indicadas na RDC nº 50 (TOLEDO, 2002). A ficha técnica reúne informações específicas para cada ambiente do estabelecimento de saúde, indicando setor e unidade dos ambientes, o tipo de usuário, a localização, as condicionantes ambientais recomendadas, as quais são baseadas nas leis e normas de projeto desses edifícios, recomendações especiais,

equipamentos, mobiliários e instalações, fluxo e simulação dos ambientes em planta baixa⁶.

A Resolução aponta que no processo de programação arquitetônica dos EAS é imprescindível que a descrição das atividades seja precedente à identificação dos ambientes, ou seja as tabelas só podem ser consultadas após a definição da lista de atribuições, atividades e subatividades do estabelecimento. Portanto, o processo inicial de planejamento do espaço físico dos EAS são realizados nas seguintes etapas:

Figura 6 – Etapas da elaboração do programa de necessidades do EAS.



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

O desenvolvimento dos projetos de construção, reforma ou ampliação das edificações de EAS são realizados por meio de três etapas, as quais constituem o processo construtivo de qualquer projeto arquitetônico, incluindo projetos de instalações, estrutura e fundações: estudo preliminar, projeto básico e projeto executivo. Tais etapas são desenvolvidas com base no programa de necessidades que dispõe das características dos ambientes convenientes à execução das atividades propostas.

O Estudo Preliminar é a etapa de análise e seleção da solução mais adequada para o atendimento do Programa de Necessidades⁷, em consideração às perspectivas legais, técnicas, econômicas e ambiental do empreendimento. Esse estudo no quesito arquitetura é realizado com base na caracterização dos espaços,

⁶ Manual para Elaboração de Projetos de Edifícios de Saúde na Cidade do Rio de Janeiro: posto de saúde, centro de saúde e unidade mista. Rio de Janeiro, IBAM/CPU, PCRJ/SMU, 1996. 120 p.

⁷ Segundo a RDC nº 50 (2002, p.03), o programa de necessidades consiste em:

“Conjunto de características e condições necessárias ao desenvolvimento das atividades dos usuários da edificação que, adequadamente consideradas, definem e originam a proposição para o empreendimento a ser realizado. Deve conter a listagem de todos os ambientes necessários ao desenvolvimento dessas atividades”.

atividades e equipamentos hospitalares e de infraestrutura e nas normas correspondentes ao uso e ocupação do solo. No estudo preliminar da arquitetura dos EAS é determinado graficamente o partido arquitetônico, com uso de plantas, cortes e fachadas. Além dos desenhos técnicos, este é composto por um relatório de projeto, o qual deve conter o memorial justificativo do partido arquitetônico e da solução escolhida, a descrição, as necessidades a serem atendidas e o dimensionamento prévio do estabelecimento.

O Projeto Básico é a fase de avaliação e apresentação da viabilidade técnica do estabelecimento, embasado no Programa de necessidades e Estudo Preliminar. Neste são avaliados os custos dos serviços e obras, definidos os métodos de construção e os prazos executivos da edificação e resolvidas as interferências encontradas entre os sistemas e os elementos do empreendimento. O projeto básico de arquitetura, correspondente ao anteprojeto, deve conter a representação gráfica e o relatório técnico, servindo de base para projetos de estrutura e instalações. Alguns dos itens da representação gráfica são, segundo a RDC nº 50 (2002, p. 8): plantas baixas, cortes e fachadas; listagem de ambientes; dimensionamento. O relatório técnico é constituído de: dados cadastrais do EAS; memorial; listagem de atividades principais e de apoio; especificação básica de materiais e equipamentos (BRASIL, 2002, p. 8-9).

O Projeto Executivo deve conter os elementos necessários, em totalidade, para a implantação e desenvolvimento do estabelecimento, apresentando as interfaces dos sistemas e seus componentes. Nesta etapa é feita a “compatibilização final entre a arquitetura e os projetos complementares” (TOLEDO, 2002, p. 101). A norma aponta elementos que devem compor o projeto executivo, dentre os quais estão: detalhamento da implantação do edifício; plantas, cortes e elevações; e todos as representações e detalhamentos necessários para a execução e realização da obra, incluindo posicionamento de aparelhos, materiais de acabamento. Ainda, pode conter “o orçamento analítico da obra e cronograma físico-financeiro”, se solicitado. (BRASIL, 2002, p. 12)

Em análise, as diretrizes do planejamento do EAS reportam-se a uma estrutura física centrada nas atividades e objetivos a serem desenvolvidas e alcançados, respectivamente, nos ambientes. Esta norma não enrijece os programas arquitetônicos das tipologias dos equipamentos de saúde – postos de saúde, centros de saúde, hospitais –, mas apresenta listas de ambientes correspondentes as

atividades a serem executadas nos EAS. Desse modo, vê-se uma flexibilidade no planejamento físico de cada estabelecimento, podendo ser considerados os parâmetros de cada região, como epidemiológicos, populacionais e geográficos, na determinação do projeto pelas equipes de planejamento.

Referenciando-se ao conhecimento comum acerca da finalidade principal de um estabelecimento de saúde como sendo comportar os serviços destinados ao bem-estar físico e mental de uma comunidade, nota-se a ausência de princípios operacionais para o desenvolvimento de estudos e pesquisas junto às comunidades, ideais para uma maior precisão no conhecimento das realidades e necessidades enfrentadas pelos agrupamentos de famílias. Desse modo, os perfis das unidades, definidos com o processo de estabelecimento das necessidades, são facilmente traçados baseados em padrões universais, sem portarem identidades e particularidades do local de implantação.

3.2 Participação nos Centros Assistenciais CRAS e CREAS

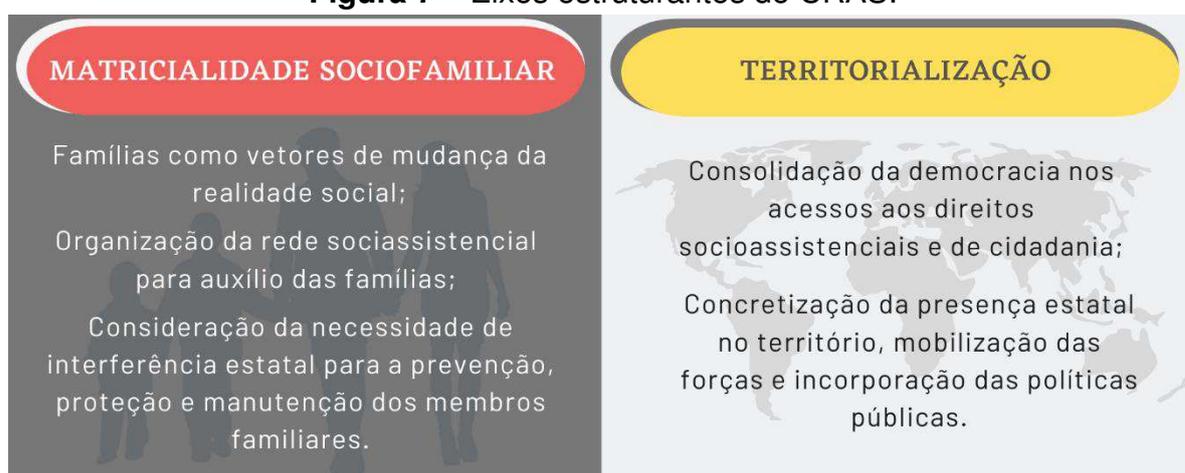
Visando a importante integração da população nas questões de saúde pública, observa-se que, apesar de seu distanciamento com relação ao planejamento da estruturação física, os serviços de saúde do SUS possuem princípios participativos, o que pode ser contemplado nos centros socioassistenciais direcionados à população mais vulnerável, CRAS e CREAS. Para análise desses centros serão considerados os princípios normativos de funcionamento, eixos estruturantes, vínculos de referenciamento dos serviços, métodos de implantação e estruturação dos estabelecimentos.

Os Centros Assistenciais foram instituídos no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) pela Lei nº 12.435 de 6 de julho de 2011, para oferta de proteções sociais, básica e especial às famílias e indivíduos em situações de risco pessoal ou social. O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública instituída municipalmente, destinada à prestação de serviços socioassistenciais às famílias no âmbito da proteção social básica, esta deve estar localizada em áreas com os mais altos índices de vulnerabilidade e risco social. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública administrada pelo poder municipal, estadual ou regional, vinculada à proteção

social especial de famílias e indivíduos subordinados a situações de riscos pessoal ou social, à transgressão de direitos ou contingência.

O CRAS configura-se em dois eixos estruturantes do SUAS, a matricialidade sociofamiliar e a territorialização, a primeira faz alusão à centralidade da família como núcleo social essencial para a eficácia dos serviços socioassistenciais, a segunda refere-se à centralidade do território como elemento primordial para a ampliação do conhecimento das situações de vulnerabilidade e risco social, e dos meios de combatê-las. Algo importante a se considerar é que a democratização do acesso aos direitos é induzida, também, pela política participativa em reuniões e fóruns nos processos de elaboração dos planos socioassistenciais e na avaliação dos serviços ofertados. (BRASIL, 2009)

Figura 7 – Eixos estruturantes do CRAS.



Fonte: Autora adaptado de Brasil (2009).

Os serviços referenciados aos CRAS mantêm principal articulação com o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), o qual representa o trabalho social destinados às famílias, cujos objetivos são “fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida”, segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2013). As atividades do PAIF de referenciamento ao CRAS facilitam a prestação de auxílio às famílias, devido ao reconhecimento de suas necessidades e potencialidades baseado em relatos dos próprios familiares, o que ressalta a política de descentralização do sistema socioassistencial. A contextualização da conjuntura real dos indivíduos, diante de suas vulnerabilidades sociais, permite a organização e hierarquização dos serviços

de assistência social no território e contribui para a efetivação das diretrizes do SUAS, quanto à garantia de proteção social. (BRASIL, 2013)

A articulação da proteção social básica também pode abranger o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, o qual atende as famílias conectadas ao PAIF nas unidades do CRAS ou outros centros específicos referenciados ao CRAS. Os serviços deste têm por objetivo complementar o trabalho social no âmbito familiar e prevenir situações de risco social; por meio da organização em grupos visa garantir evolução progressiva aos usuários, orientando à reconstrução de suas histórias individuais e familiares; e a partir das trocas culturais, expandir o sentimento de pertencimento e de identidade, fortalecer laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2013)

Desde os eixos estruturantes até a configuração dos serviços articulados do CRAS, as famílias são o foco do assistencialismo social e possuem vozes valorizadas e reconhecidas. Além dos princípios de oferta de serviços, outros fatores do CRAS são relevantes à presente pesquisa, as diretrizes de implantação com base territorial, que fortalece a particularidade no planejamento dos edifícios, e a concepção dos espaços físicos, visando o acolhimento e a propagação do sentimento de pertencimento.

As ações de implantação das unidades do CRAS partem do planejamento específico para cada estabelecimento, por consideração da unicidade característica das unidades e por objetivar a centralidade territorial, seguindo o Plano Municipal (ou do DF) de Assistência Social. Todo estabelecimento CRAS deve estar localizado em áreas identificadas pelo cenário de vulnerabilidade e risco social, sendo a localização um fator determinante para assegurar a acessibilidade aos direitos socioassistenciais de modo descentralizado. (BRASIL, 2009)

Considerando os portes dos municípios, os CRAS podem ser localizados em áreas centrais das cidades, com maior índice populacional, ou em áreas mais periféricas, de modo a sempre garantir acesso facilitado à população vulnerável. A distinção municipal induz ao planejamento criterioso das unidades, dentre as particularidades encontradas nas cidades está a dispersão territorial, seja pela presença de comunidades indígenas ou outros motivos, o que evidencia a necessidade de planos específicos de implantação desses estabelecimentos, como a utilização de equipes volantes ou de unidades itinerantes para a cobertura de todas as áreas vulneráveis. Dessa forma, mesmo os municípios de pequeno porte podem

necessitar de mais de um CRAS, dispostos nas centralidades ou periferias das cidades. Enquanto os municípios de médio e grande porte podem distribuí-los nos territórios de vulnerabilidade ou nas proximidades, dependendo de cada situação.

A implantação do CRAS é realizada por meio de etapas, cronologicamente controladas, detalhadas em séries de atividades, as quais devem ser descritas com apontamento dos agentes responsáveis e dos prazos de execução. A figura abaixo especifica as atividades necessárias à implantação das unidades do CRAS e à prestação de serviços de assistência social, principalmente referente ao PAIF.

Figura 8 – Atividades de implantação de um CRAS.



Fonte: Autora, 2019.

Considerando que a organização dos espaços são decorrentes da concepção dos serviços socioassistenciais, as estruturas físicas das unidades do CRAS são estimadas mediante:

(...) as rotinas e metodologias adotadas; as características do território e da população a ser atendida; a importância dada à participação das famílias no planejamento e avaliação dos serviços prestados e ações desenvolvidas; a incidência de determinadas vulnerabilidades no território; os recursos materiais e equipamentos disponíveis; o papel desempenhado pela equipe de referência e sua concepção sobre famílias etc. (BRASIL, 2009)

O espaço físico é o elemento principal que possibilita o reconhecimento do CRAS como mediador da garantia dos direitos socioassistenciais, para isso a infraestrutura e configuração espacial interna são instituídas seguindo requisitos mínimos para a boa oferta de serviços. O objetivo do modo de concepção dos espaços dessa unidade é propiciar o reconhecimento pelas famílias, pertencentes ao território de abrangência do CRAS, como estabelecimento propulsor dos direitos. (BRASIL, 2009)

Outro instrumento socioassistencial é o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que trata de serviços de proteção social de média e alta complexidade, buscando atender famílias e indivíduos que vivenciam violações de direito. Entre seus objetivos estão contribuir para a identificação e redução das transgressões dos direitos socioassistenciais, assegurar a proteção e qualidade de vida a familiares e comunidades. Os serviços do CREAS são destinados a conjuntos familiares, que necessitam do trabalho social especial, e a indivíduos especiais, portadores de deficiências, idosos, moradores de rua, entre outros.

Os serviços ofertados pelo CREAS são orientados mediante definição de seguranças socioassistenciais, previstas na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, as quais são: Segurança de Acolhida; Segurança de Convívio ou Vivência Familiar, Comunitária e Social; e Segurança de Desenvolvimento de Autonomia Individual, Familiar e Social. A primeira está centrada na capacitação técnica dos profissionais para qualificar o atendimento às famílias e indivíduos e, principalmente, na concepção adequada da infraestrutura das unidades, a fim de proporcionar ambiência digna e favorável à expressão e ao diálogo. A segunda é referente ao fornecimento de serviços contínuos às famílias e comunidades, de modo a fortalecer vínculos entre eles, e à facilitação do acesso à outras políticas públicas. A terceira está pautada no respeito à autonomia das famílias e indivíduos, instigando o desenvolvimento das capacidades e potencialidades dos sujeitos em enfrentar e superar seus riscos e vulnerabilidades. (BRASIL, 2011)

O trabalho social fornecido pelo CREAS são organizados e desenvolvidos através de alguns eixos, orientados pelos princípios e parâmetros da PNAS e SUAS, os quais são: atenção especializada e qualificação do atendimento; território e localização; acesso a direitos socioassistenciais; centralidade na família; mobilização e participação social; e trabalho em rede. Esses eixos norteiam a consolidação dos processos de implantação, ordenação e funcionamento dos estabelecimentos do CREAS, além de orientar a prática profissional dos assistentes sociais.

O Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) é o principal serviço fornecido pelas unidades do CREAS, sendo obrigatória a sua oferta por esses estabelecimentos. Este compreende serviços de apoio, orientação e acompanhamento a famílias ou indivíduos com direitos violados ou ameaçados, sendo articulados com outros serviços socioassistenciais de políticas

públicas ofertados às famílias. O PAEFI deve prestar atendimentos eficazes na inclusão das famílias aos programas socioassistenciais e na restauração de seus direitos, baseando tais atendimentos no respeito às diversidades, valores e identidades das famílias.

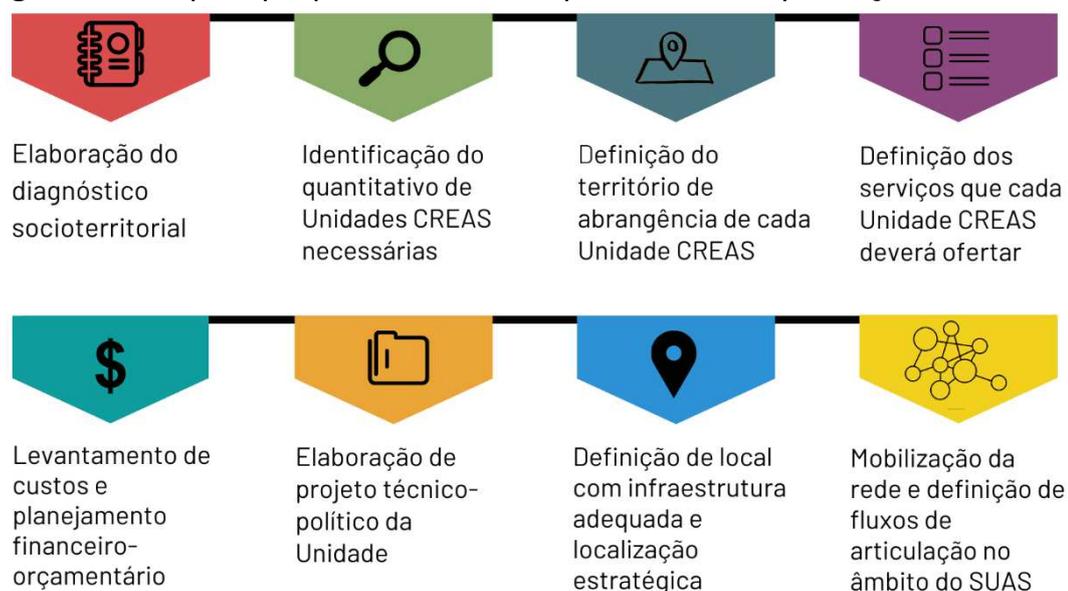
O trabalho social do CREAS é desenvolvido mediante escuta e compreensão da conjuntura de vida das famílias e indivíduos, atribuindo relevância à vida familiar, social, econômica e cultural. Os usuários são vistos como agentes contribuidores no desenvolvimento efetivo desse trabalho social, estando inseridos na construção de novas perspectivas de vida e na elaboração do Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar⁸. A metodologia aplicada na execução do trabalho social do CREAS parte de três dimensões principais: Acolhida, Acompanhamento Especializado e Articulação em Rede. (BRASIL, 2011)

A implantação desse estabelecimento é antecedida pelo desenvolvimento de um diagnóstico socioterritorial de responsabilidade do órgão gestor de Assistência Social, devendo ser composto por dados relativos ao índice de famílias/indivíduos suscetíveis ou subordinados à violação de direitos, bem como por listagem das demandas e mapeamento dos serviços, programas e projetos locais. Na elaboração do diagnóstico são analisadas as potencialidades e dinâmicas territoriais, associando-as às questões econômicas, culturais, políticas, históricas e sociais, e a competência de organização dos usuários na elaboração de estratégias fortalecedoras da cidadania.

A partir do diagnóstico apontado é definida a quantidade de unidades CREAS a serem distribuídas em cada localidade, suficientes para atender as demandas identificadas, a abrangência e as áreas de implantação. As etapas de implantação do CREAS são estabelecidas pelo órgão gestor de Assistência Social e devem assegurar o cumprimento dos requisitos de instalação, dependendo do contexto territorial e serviços elegidos à oferta. A figura abaixo aponta algumas das etapas definidas pela Secretaria Nacional de Assistência Social.,

⁸ Plano traçado para cada família ou indivíduo referenciados ao CREAS, dispoendo objetivos, estratégias e recursos contribuintes para o desenvolvimento do trabalho social a cada usuário.

Figura 9 – Etapas que podem conter no processo de implantação do CREAS.



Fonte: Autora, adaptado de Brasil (2011).

A infraestrutura física do CREAS é idealizada para proporcionar uma ambiência acolhedora e sigilosa para seus usuários, de modo que possa estimular a eficácia dos atendimentos familiares, individuais e comunitários. Os espaços devem comportar todos os equipamentos, materiais e favorecer a dinâmica necessária para a oferta dos serviços socioassistenciais, possuindo metragem adequada para a capacidade de suporte preestabelecido. Alguns dos requisitos que norteiam a configuração física dos espaços do CREAS são:

- Atendimento em condições de privacidade e sigilo;
- Adequada iluminação, ventilação, conservação, salubridade e limpeza;
- Segurança dos profissionais e público atendido;
- Acessibilidade a pessoas com deficiência, idosos, gestantes e crianças, dentre outros; (BRASIL, 2011, p. 81-82)

Os dois centros de referência socioassistenciais evidenciam a importância dos indivíduos sobre as problemáticas enfrentadas por eles, a partir da centralização da população beneficiária na concepção dos serviços, do estímulo à sua autonomia e da priorização de sua participação na idealização de planos. Ressalta-se o indivíduo também no planejamento estrutural das unidades quando abordado o condicionamento acolhedor e a dignidade para concepção estrutural, apesar de não ser relatado a integração das informações adquiridas junto à população no programa de necessidades do projeto físico das unidades.

4 IDENTIDADE EM ARQUITETURA DE SAÚDE

Nos séculos XIX e XX, propagou-se a visão de uma arquitetura como instrumento de cura, aplicando-a no planejamento de ambientes de saúde, como pode ser percebido em projetos de hospitais com integração de jardins, iluminação natural, utilização de cores diversas, com o propósito de ser estabelecido uma ambiência terapêutica, e na iniciativa governamental de humanização de ambientes hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Humanização (PNH). Essa percepção da arquitetura está interligada ao fato de que o espaço interfere no psicológico humano, a respeito disso, Malkin (2012 apud OLIVEIRA; PINHEIRO; ABDALLA, 2011) afirma que os sentidos humanos reagem ao ambiente, portanto o cuidado aos pacientes está associado aos espaços físicos de saúde, não podendo ser dissociados.

Primeiramente, em compreensão à ambiência, conceituada como espaço arquitetônico vinculado aos aspectos físicos, estéticos e morais por Olschowsky et. al. (2009), segundo os mesmo autores, esta é constituída de três eixos principais a confortabilidade, a subjetividade e o processo de trabalho. A confortabilidade está relacionada à forma, dimensões e volumes espaciais, à luminosidade, à percepção sensorial de cheiros e ruídos, à sinestesia e às cores, assim como à privacidade e individualidade. A subjetividade em uma nova ambiência é reflexo do conjunto de ações e saberes manifestos no espaço a partir das relações sociais. Levando em consideração que a fluidez do processo de trabalho é condicionada pela conformação espacial, esse processo serve como um instrumento participante da avaliação e reconfiguração dos ambientes, permitindo a contribuição dos pacientes e trabalhadores sobre informações de avanços e limitações à dinâmica dos serviços impostos pelo ambiente. (OLSCHOWSKY et. al., 2009)

A valoração do espaço, segundo Fischer (1984 apud OLIVEIRA; PINHEIRO; ABDALLA, 2011), é estabelecida por uma troca mútua entre o ambiente e o ser humano, afirmando que o espaço exerce influência sobre o homem que também atua sobre os fatores espaciais, com a mesma afirmativa ele aborda a interferência do ambiente na conduta humana. O valor atribuído ao espaço, ao mesmo tempo em que é decorrente de experiências vividas neste, proporciona novas experiências, sendo elas agradáveis ou não. Segundo Oliveira, Pinheiro e Abdalla (2011), Ficher (1984) ressalta, acerca da relação do ambiente, que:

Uma forma de compreender a relação do espaço é a partir da maneira como o homem utiliza o lugar, como o trata afetiva e cognitivamente. Trata-se de um espaço vivido, ou seja, carregado por experiências sensori-motora, tátil, visual, afetiva e social, determinando através das relações estabelecidas com ele, um conjunto de significações impregnadas de valores culturais próprios. Nesta relação, o espaço arquitetônico não se reduz às suas propriedades materiais: é estruturado como uma linguagem que comunica uma mensagem sobre seus ocupantes, sobre as suas funções.

A geração de experiências no espaço parte de uma gama de fatores, além das trocas sociais, quesitos agregados ao ambiente, como a qualidade estrutural, a dinâmica espacial, a funcionalidade e a confortabilidade, colaboram com a avaliação das práticas executadas e dos sentidos realçados por meio do espaço, permitindo a definição de seu valor. A valoração, portanto, é medida a partir da soma da funcionalidade com o conforto, bem-estar e identidade do espaço e é determinada pela percepção ambiental.

De acordo com Goldstein (2002 apud CAVALCANTE, MARCIEL, 2008, p. 150), a percepção⁹ é formada através “do contato ou estimulação dos órgãos dos sentidos pelo ambiente”, em um processo de identificação e reconhecimento das informações, e pelas “influências contextuais e experiências do sujeito”, as quais articulam os estímulos dos sentidos, estando tais agentes, portanto, interligados entre si. A partir da percepção, o indivíduo analisa as informações visuais e afetivas de seus ambientes, constata suas demandas e qualifica os seus espaços, baseando-se em suas vivências, culturas e conhecimentos.

A relação mantida entre pessoa e ambiente aponta a necessidade de existir uma certa identificação para a acentuação do conforto¹⁰ e bem-estar, assim como nos projetos de edifícios são consideradas as especificidades físicas do lugar, como o tipo de solo, topografia e questões climáticas, a identidade e cultura da população são relevantes ao processo de planejamento. Nesse quesito, não está sendo desconsiderado o fato de que cada indivíduo e família possuem uma identidade própria, mas busca-se a particularidade derivada das perspectivas comuns, providas das experiências partilhadas, do contexto social e territorial, como observado no modo de produção e nas características das habitações de um povo.

⁹ A percepção referida pelos autores é conceituada como: “o processo básico de apreensão da realidade interna e externa ao indivíduo”. (CAVALCANTE, MARCIEL, 2008, p. 150)

¹⁰ Entende-se aqui que o conforto não está atrelado apenas às questões materiais, mas também às questões psicológicas.

Considerando as informações citadas, pretende-se, neste capítulo, ressaltar a importância da inclusão popular na psicologia ambiental dos estabelecimentos de saúde, ou seja, abordar o valor da propiciação de identidade ao espaço para o fornecimento de conforto e bem-estar aos usuários. Serão analisados aspectos arquitetônicos do espaço de saúde desumanizado e alguns elementos utilizados para a criação de espaços terapêuticos, baseados na psicologia ambiental e relação pessoa-ambiente.

4.1 Psicologia ambiental e participação popular

A expressão “psicologia ambiental”, exposta no subtítulo, faz alusão a uma contextualização cognitiva do espaço e não à subárea da Psicologia intitulada Psicologia Ambiental, entretanto esta não está desvinculada da pesquisa, sendo discorrida abaixo. Os benefícios da psicologia do espaço na saúde humana serão analisados com base em artigos científicos e analisada a mudança da arquitetura hospitalar sob o método da humanização.

4.1.1 Psicologia Ambiental e a Arquitetura

A Psicologia Ambiental é uma área em processo de desenvolvimento que estuda o inter-relacionamento entre o comportamento humano e o espaço físico natural e construído (FISHER, BELL, BAUM, 1984 apud GÜNTHER, ROZESTRATEN, 1993) principalmente por meio de análise durante processos de ocupação (BECHTEL, 1996; STOKOLS, 1996 apud ELALI, 1997). Em suas complexidades e faces interdisciplinares, Günther e Rozestraten (1993, p.110) apontam em seus estudos os temas abordados na área:

[...] efeito do ambiente no comportamento; ambientes diferenciados para crianças, jovens, adultos, trabalhadores; ambientes específicos como cidades; construção de ambientes para obter determinados efeitos sobre o comportamento; mudanças de atitudes, percepções e comportamento frente ao ambiente; mudanças e planejamento do ambiente e preservação do meio ambiente.

Os objetos de pesquisas da Psicologia Ambiental são organizados em três categorias por Gifford (1987 apud GÜNTHER, ROZESTRATEN, 1993): processos individuais, sociais e societais. Os primeiros se referem à personalidade e o espaço, numa visão avaliativa; os segundos são relativos aos espaços pessoais, privacidade, territorialidade; e os terceiros, à comunidade, espaços de trocas sociais, como

ambientes de trabalho, de lazer, e engloba também o ambiente natural. Os estudos desenvolvidos atentam-se à relação do homem com o espaço sociofísico, à percepção espacial e aos aspectos afetivos relativos aos ambientes (BOMFIM, 2003 apud ALVES, BASSANI, [20--]).

Entre as razões de criação dessa área da Psicologia está a vinculação com os problemas sociais emergentes e o estudo do indivíduo como parte da conjuntura problemática (PROSHANSKY, ITTELSON E RIVLIN, 1970 apud GÜNTHER, ROZESTRATEN, 1993). Alguns dos temas de estudo, aplicados por Seymour Wapner e Jack Demick (2002), estão relacionados à diabete, AIDS, hospitalização psiquiátrica e contextos urbanos para crianças. Neste contexto, contempla-se os pretextos para a multidisciplinaridade, característica dessa área, ou seja, para a articulação com outros campos de estudo, sendo um deles a Arquitetura.

Focalizando uma arquitetura espacial não apenas para influenciar o comportamento humano, mas ser concebido por influência deste, um campo estudado da Psicologia Ambiental integrada à arquitetura é a programação arquitetônica baseada no comportamento. Em consideração ao fato de que o arquiteto e até clientes e administradores de equipamentos coletivos não possuem um completo entendimento acerca das necessidades e valores dos indivíduos, no planejamento arquitetônico são adotados métodos para obtenção de dados, que incluem pesquisa e revisão de literatura, entrevista diagnóstica, observação diagnóstica (observação geral, observação detalhada, inventário de espaço, observação de rastreamento, observação sistemática), questionários e pesquisas, sessões de trabalho (HERSHBERGER, 2002). Os métodos citados foram criados por cientistas sociais e comportamentais no desenvolvimento de pesquisas sobre comportamentos humanos em relação ao ambiente físico, estando descritos no livro *Handbook of Environmental Psychology* (BECHTEL, CHURCHMAN, 2002).

As informações obtidas com as várias abordagens de pesquisa são então reunidas, analisadas estatisticamente e resumidas em um documento do programa que tenta cobrir todos os requisitos humanos da organização. De fato, as folhas de programas espaciais são desenvolvidas para todos os espaços da instalação proposta. Essa abordagem sistemática da programação fornece informações altamente confiáveis de valor considerável para o projetista na preparação de planos para atender às necessidades do cliente e dos vários grupos de usuários do edifício. (HERSHBERGER, 2002, p. 293, tradução nossa)

Hershberger (2002) revela o alto custo e o consumo de grande quantidade de tempo na aplicação dos métodos, pelo planejamento dos estudos, realização dos

estudos e análise dos dados obtidos, principalmente diante dos demais custos e tempo de investimento em questões estruturais, tecnológicas, legais, de segurança, entre outros. Entretanto, propõe a solução de se investir nas variáveis críticas do problema e realizar as pesquisas por meio de uma abordagem sistemática, aponta também que os altos custos da pesquisa devem ser aplicados nas áreas onde o custo do erro é alto, enquanto nas outras áreas podem ser utilizados métodos de abordagem mais baratos.

Ainda segundo Hershberger (2002), os grandes equipamentos, incluindo prisões, hospitais, aeroportos e prédios governamentais, foram os que apresentaram mais benefícios quando aplicados métodos da programação baseada em comportamento. Assim, diante das complexidades da programação arquitetônica dos hospitais e da contribuição da psicologia desses ambientes com os serviços de saúde, vê-se a necessidade de maiores aprofundamentos sobre os benefícios das práticas de projeto com embasamento em comportamento. Entretanto já pode-se vislumbrar que os estudos da Psicologia Ambiental, relativos ao vínculo pessoa-ambiente, são essenciais para o planejamento de espaços de saúde mais humanizados.

Por meio da integração da psicologia espacial à arquitetura, segundo Elali (1997, p.353), os edifícios passaram a ser notados como espaço “sujeito à ocupação, leitura, reinterpretação e/ou modificação pelos usuários”, significando a inclusão dos aspectos comportamentais e sociais à concepção estrutural e funcional dos edifícios e uma atribuição de valor à visão do usuário. Com relação aos ambientes dos estabelecimentos de saúde, pode-se afirmar que deixaram de ser vistos apenas sob a ótica da função estrutural, de servir meramente para comportar as ações e atividades predeterminadas e atender a um sistema proposto, e passaram a ser ressaltados como espaços de trocas sociais e com capacidade terapêutica, transpondo o foco para o indivíduo.

Para se explorar a capacidade terapêutica dos espaços de saúde, de modo que comportem o sentido de contribuir para o bem-estar e cura das pessoas, atendendo as necessidades perante às problemáticas enfrentadas e fornecendo espaços adequados, é imprescindível a inclusão dos usuários no processo. O conhecimento das realidades vivenciadas por um povo e das questões comportamentais e afetivas não é melhor obtido senão por relatos ou até demonstração/exibição pelos próprios protagonistas. Portanto, em favor a oferta de ambientes adequados, favoráveis a recuperação dos pacientes, e ao melhor

aproveitamento dos serviços de saúde pelos usuários, a inclusão destes não deve estar dissociada dos processos projetuais.

4.1.2 A psicologia dos espaços de saúde

A proposição de humanização e acréscimo de identidade aos estabelecimentos de saúde induzem ao questionamento sobre os impactos da arquitetura na saúde humana. Sabendo que o acesso aos espaços parte de um contexto, como por exemplo, a procura de hospitais pelos usuários pode ser provocada pela presença de alguns sintomas, ou o acesso ao espaço de lazer pode ser motivada pela busca por convivência com amigos e familiares, como a ambiência arquitetônica pode contribuir com mudanças nos aspectos comportamentais e afetivos do ser humano?

Pesquisas feitas por equipes da Texas A&M University e da Georgia Tech, de acordo com Ulrich et al (2004), revelam que mais de 600 artigos científicos abordam estudos que comprovam os impactos do design hospitalar nos resultados clínicos. A iluminação, ventilação, ruído, designs ergonômicos, layout, individualidade e coletividade dos quartos foram analisados nesses estudos e apresentam como resultado que a aprimoração dessas características pode contribuir para a redução de erros, estresse, melhoria do sono, redução de dores e uso de medicamentos. Os resultados gerais encontrados foram o aumento da eficácia na prestação dos serviços, melhoria na segurança dos pacientes, redução do estresse e aprimoração dos resultados clínicos e da qualidade geral da saúde.

Outro estudo, a respeito do papel da arquitetura na saúde humana, com foco no estresse, aponta que a estimulação, coerência, disponibilidade, controle e restauração, entre excessos e carências, são grandezas espaciais diretamente ligadas ao estresse. Por exemplo, referente à estimulação (ou quantidade de informações no espaço), ele aborda que a falta de estímulo induz ao tédio ou privação sensorial, enquanto o estímulo excessivo causa distração e sobrecarga (EVANS e MCCOY, 1998). Portanto as intensidades e variedades dos elementos arquitetônicos no espaço, entre outros aspectos, refletem nos comportamentos e sentidos humanos.

A arquitetura hospitalar, anteriores ao processo de humanização, não comportava a primazia do conforto e bem-estar, nem mesmo por possuir o sentido de hospedagem e internamento, como os hospitais psiquiátricos. Apesar da finalidade de

dar assistência aos pobres e doentes, conforme Foucault (2010), esses espaços eram locais de separação e exclusão e não de acolhimento, resultando em precariedade estrutural, não atendimento das demandas espaciais dos internos e funcionais da instituição e em espaços frios e desumanos, como pode ser contemplado no Hospital Colônia de Barbacena, relatado no documentário Holocausto Brasileiro (2016).

Figura 10 – Hospital Colônia de Barbacena.



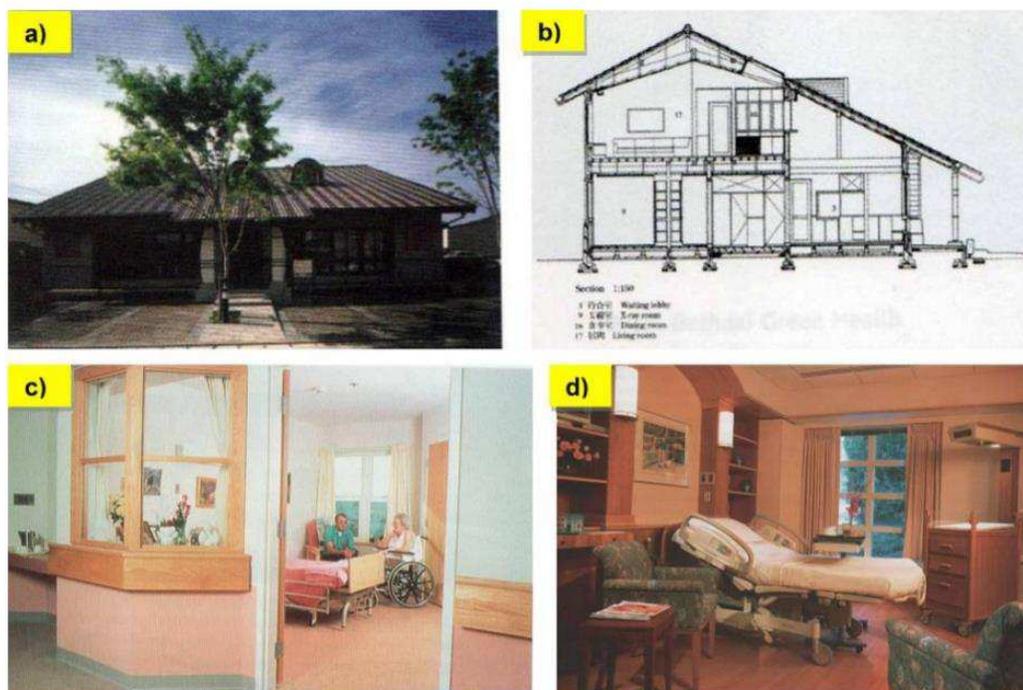
Fonte: Luiz Alfredo, 1961.

Alas superlotadas, pátios sem condições mínimas de conforto, infraestrutura sem manutenção, longos corredores sem permeabilidade, paredes essencialmente brancas são algumas características encontradas em hospitais onde o usuário não é o foco da proposição espacial, mas sim a funcionalidade e a tecnicidade arquitetônica. A desconsideração do potencial arquitetônico na cura e bem-estar dos pacientes e usuários em geral impactam no acesso destes às instituição de saúde, na permanência dos pacientes nesses espaços e, assim, na qualidade de vida destes.

Com o sentido de humanizar os equipamentos de saúde, alguns aspectos arquitetônicos foram evidenciados em projetos desses espaços desde o século XX, como: “a orientação do edifício, de forma a garantir a melhor insolação para as enfermarias; a proteção contra as intempéries; sua correta localização na estrutura urbana; seu dimensionamento; cuidado com os fluxos hospitalares” (TOLEDO, [20--], p. 04). Expressões estéticas que remetem às habitações, adição de cores diversas e conectividade com elementos naturais são medidas tomadas em prol de uma ambiência terapêutica, saudável e curativa.

A adoção da habitação como referência em projetos de edifícios de saúde demonstra uma inclinação dos projetistas à integração da identidade cultural como parâmetro de projeto arquitetônico desses estabelecimentos. Com isso, vê-se uma incorporação de aconchego, descontração e confortabilidade aos espaços de saúde, por meio de um conceito familiar, como ressalta as imagens abaixo.

Figura 11 – Espaços clínicos e hospitalares com aspectos arquitetônicos semelhantes à moradia.



Fonte: Machado, Azevedo e Abdalla, 2011.

Um arquiteto brasileiro reconhecido por essa iniciativa de humanização hospitalar é o João Filgueiras Lima, conhecido como Lelé, o qual projetou as unidades hospitalares da Rede Sarah. A arquitetura característica desses equipamentos é composta por elementos estruturais proporcionadores de boa iluminação e ventilação,

organização espacial favorável ao conforto térmico e à continuidade visual, jardins e áreas arborizadas preservadas, além de seguir a diversidade territorial e os contextos locais. Os edifícios da Rede Sarah são ainda caracterizados pela permeabilidade entre os ambientes, pela volumetria das coberturas (*sheds*, marquises e abóbadas) e pelo uso de cores variadas. (WESTPHAL, 2007)

Figura 12 – Sarah Kubitschek Hospital Salvador.



Fonte: Nelson Kon, [20--].

Em comparação à arquitetura dos dois hospitais, Hospital Colônia de Barbacena e Sarah Kubitschek Hospital Salvador, apenas por análise das imagens já é possível perceber a discrepância dos sentidos humanos ressaltados pela ambiência destes e a intensidade da influência das cores, formas, elementos naturais, configuração espacial, iluminação e conforto térmico no psicológico humano. É notado o valor dos projetos arquitetônicos, a sua importância na saúde mental do homem e, conseqüentemente, na saúde física e a relevância da arquitetura na proposição de ambientes seguros e curativos.

Considerando as normas de projetos de EAS e a caracterização de muitos desses equipamentos, vê-se ainda uma arquitetura fundamentada essencialmente na funcionalidade, sem a devida conectividade com os usuários, revelando um *conceito*

*estático*¹¹ do projeto e o distanciamento existente entre o poder público, arquitetos e os usuários quanto a produção desses estabelecimentos. Portanto, além de serem tomadas medidas projetuais para a humanização dos espaços de saúde, é necessário que essas medidas partam das demandas e propostas dos usuários, traduzindo-as em elementos arquitetônicos, após análise dos arquitetos.

A inserção da arquitetura e seus elementos estruturais e estéticos em um contexto cultural e social, em contraposição ao isolamento arquitetônico às diretrizes normativas projetuais, revela o apreço e relevância aos servidos com os tratamentos de saúde e desperta a identificação com o ambiente, que, aliado ao atendimento oferecido, pode trazer melhores respostas aos tratamentos. A troca da rigidez dos projetos por uma ambiência terapêutica, ainda em conformidade com as normas a que são submetidas, fortalecem a proposição de um ambiente fundamentado não apenas na funcionalidade, mas também no conforto e humanização. Além disso, o distanciamento da visão de frieza e desconforto dos ambientes de saúde é essencial para o maior aproveitamento e valorização dos serviços.

4.2 Estudo de Caso

Como estudado no segundo capítulo do presente trabalho, a Arquitetura Social possui campo de atuação principalmente habitacional e apresenta um distanciamento da área da saúde. Em pesquisas bibliográficas realizadas para o presente trabalho, foi encontrado apenas um projeto de estabelecimento de saúde elaborado com a participação popular por meio de interface, com a apresentação dos detalhes do processo de construção projetual, o qual será exposto abaixo.

4.2.1 Casas de Parto – México

O alto índice de mortes infantis e maternas durante os trabalhos de parto em Tenejapa, Chiapas, e a escassez de serviços de saúde pública instigaram parteiras tradicionais locais à formação da Rede Comunitária de Saúde e Meio Ambiente da Tenejapa “Un Solo Corazón” AC, esta rede foi composta por parteiras de

¹¹ Projeto em conceito estático são projetos vistos como produto, como “um conjunto de elementos gráficos e descritivos (plantas, memoriais, etc.), sistematizados e em linguagem própria, visando atender às necessidades da fase de execução”. (BERTEZINI, A. N. Métodos de Avaliação do Processo de Projeto de Arquitetura na Construção de Edifícios sob a ótica da Gestão da Qualidade. 2006. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Construção Civil) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. p. 20)

22 comunidades sob o objetivo de possibilitar a preservação das vidas através da atenção, assistência e cuidados adequados durante a realização de partos na região. Como resultado à iniciativa, segundo Zatarain (2018), a taxa de mortalidade referente a esta causa foi reduzida à zero ante a prestação de serviços a 98% das mães em trabalho de parto, entretanto a Rede demandava espaços adequados aos atendimentos.

Diante do parâmetro de carência de ambientes apropriados ao desenvolvimento dos serviços das parteiras, a Fundação Mesoamérica Profunda aliada à rede de parteiras de Tenejapa iniciou o projeto “Casa de la partera”. O projeto visava proporcionar estrutura física adequada para comportar as atividades relativas ao parto, atendendo as condições de higiene exigida, através da utilização de método participativo, ou seja, com envolvimento ativo das parteiras nas fases de projeto. Demonstrava-se com a consultoria às parteiras o objetivo de “reconhecer, valorizar e preservar a prática das parteiras tradicionais, além de aprender com ela para recuperar gradualmente a solidariedade e o espírito comunitário” (Zatarain, 2017).

Os projetos das Casas de Parto foram realizadas por meios das fases pesquisa tipológica, ferramenta de trabalho e sessões de projeto, e projeto arquitetônico. A fase inicial de investigação e pesquisa, baseada na descrição de usos e costumes relativos à habitação extraída de entrevistas com a comunidade Tzeltales, proporcionou o conhecimento da tipologia habitacional vernacular, dos tradicionais sistemas e materiais construtivos, da configuração dos solares locais e dos modos de ocupação territorial. Foi realizado, em conjunto, acompanhamentos a consultas prestadas pelas parteiras e entrevistas com elas, para o maior aprofundamento da pesquisa acerca de suas necessidades espaciais, sendo diagnosticado a demanda de áreas destinadas à consulta e parto, instrumento para esterilização, área externa para espera e alguns utensílios (Zatarain, 2018).

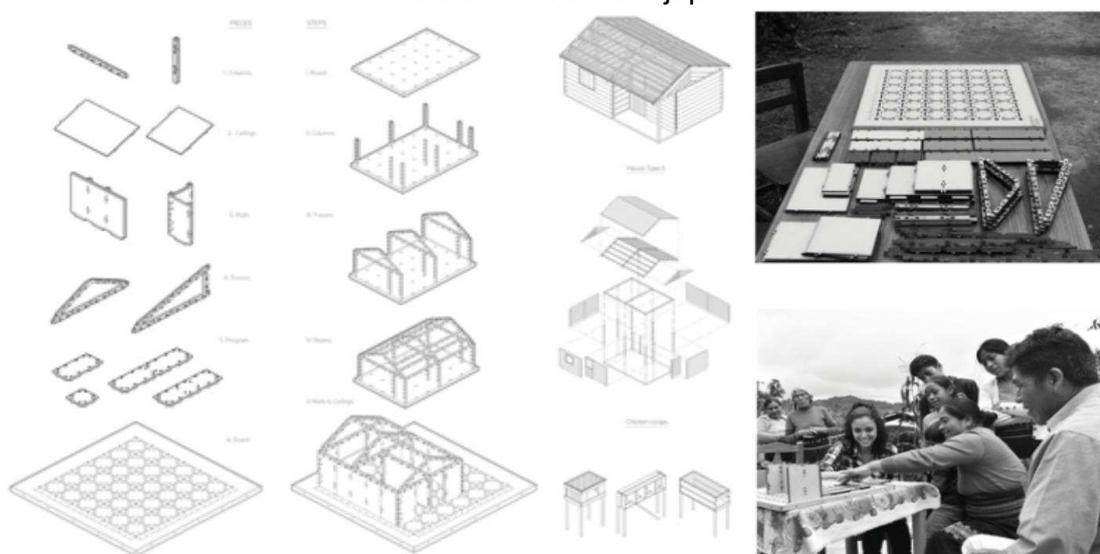
Figura 13 – Casas tradicionais de Tenejapa.



Fonte: ArchDaily, 2018.

A segunda fase foi marcada pela aplicação de uma interface lúdica e ilustrativa, criada junto ao arquiteto Roberto Rodríguez, em sessões com participação de mulheres e homens da comunidade, incluindo as parteiras. A ferramenta elaborada faz alusão aos sistemas construtivos tradicionais locais e ao modelo arquitetônico relatados por integrantes da Rede e comunidade, resultando em peças variadas em tamanho e formato, como símbolo dos elementos aplicados nas construções locais, que permitem a flexibilidade construtiva, funcional e das formas dos edifícios. Após as sessões participativas, no processo de elaboração do projeto arquitetônico, foram discutidos e determinados mecanismos para potencializar os métodos tradicionais locais de construir, em favor à vitalidade dos materiais. (Zatarain, 2018).

Figura 14 – Interface com utilização de peças baseadas em sistemas construtivos tradicionais de Tenejapa.



Fonte: ArchDaily, 2018.

Ainda que o projeto tenha ligação com uma atividade primitiva de saúde, se comparada às complexidades encontradas nos serviços de saúde dos dias presentes, este evidencia a importância do estudo territorial, cultural e da aproximação dos profissionais aos moradores, para a compreensão real das necessidades e para adoção dos meios apropriados para a construção e manutenção dos espaços. Do mesmo modo, outros projetos de equipamentos de saúde podem ser elaborados sob as particularidades e tradições do território e contexto social sem distanciar-se da normatização prevista em lei, da boa organização espacial, qualidade dos materiais construtivos e questões higiênicas.

O vínculo da comunidade com o espaço projetado foi criado pela valorização da tradição local, dos conhecimentos advindos de experiências dos moradores e fortalecido pela atuação destes no desenvolvimento do projeto arquitetônico. A partir disso, baseado nos estudos apresentados sobre a relação pessoa-ambiente, pode ser afirmado que os espaços das Casas de Parto, além de atender as demandas relatadas pelas próprias usuárias, proporcionam maior conforto às pacientes durante o atendimento e às parteiras.

5 ARQUITETURA PSICOSSOCIAL

A ampliação do conceito de saúde pela Constituição da Organização Mundial de Saúde (1946), passando a ser considerada “um estado de bem-estar físico, mental, e social completo e não meramente a ausência de doença ou incapacidade” (OMS, WONCA, 2008, p.10), refletida na Constituição Federal Brasileira, possibilitou a aplicação de maior ênfase no tratamento da saúde mental. Transtornos e distúrbios mentais tratados, na antiguidade e Idade Média, como doenças decorrentes de forças sobrenaturais ou da ira divina¹², nos últimos anos, têm sido focos de estudos e pesquisas que visam tratamentos mais humanitários e eficazes a seus respeitos.

A periculosidade social relativizada aos portadores de transtornos mentais tornou-se indício à criação de hospitais psiquiátricos, os quais serviam de espaço de internação para esse tipo de paciente, e assim, concretizava-se a exclusão social e limitação da liberdade desses sujeitos (CORREIA JR, VENTURA, 2014). Em pesquisa recente da OMS e Wonca (2008), é relatado que nos hospitais psiquiátricos, em muitos casos, os pacientes, das variadas faixas etárias, são submetidos a abusos dos direitos humanos, por meio de aplicações excessivas de medicamentos, acorrentamento a camas, violência física e violação. Além dos tratamentos abusivos aos pacientes, as condições de vida e dos ambientes nesses hospitais são apontados como degradantes, o que pode ser contemplado em carta enviada por uma mãe de um portador de deficiência mental à OMS, em ano entre 1994 e 2002:

As condições eram miseráveis. Assim que eu entrei, senti-me esmagado pela atmosfera de pesadelo: pacientes sujos; pacientes desgrehados e muito magros que me cercaram e pediram algum pão. Quanto ao edifício, era terrível: imensas janelas partidas, paredes não pintadas e, ainda pior, nem sequer uma cama por paciente, o que levava à necessidade de dormir em colchões colocados diretamente no chão. As casas de banho estavam totalmente fora de serviço, sem água corrente. A maior parte do tempo cozinhava-se com água da chuva. O pior era, e continua a ser, a comida. É comum ver-se pés ou cabeças de porco nos pratos dos internados. (OMS, WONCA, 2008, p. 42)

Nos anos 70, eclodiu o movimento de Reforma Sanitária internacionalmente, em prol de novos padrões de atenção e gestão na atuação da saúde, de ofertas igualitárias de serviços e de maior inserção dos trabalhadores e usuários dos serviços na construção dos parâmetros de saúde e na produção de

¹² OMS; SNU. Fundação Torino. Guia de Estudos: Saúde Mental. Belo Horizonte, 2018. 38p.

tecnologias. No Brasil, diante do cenário internacional de transformação da abordagem asilar, da crise nacional do modo assistencial do hospital psiquiátrico e das reivindicações dos movimentos sociais pelos direitos dos usuários dos serviços psiquiátricos, iniciou-se a Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi constituída à base de manifestos do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), mediante denúncias dos maus-tratos em manicômios, da superioridade da rede privada assistencialista, além de críticas ao modelo hospitalocêntrico quanto às ofertas de serviços aos pacientes com transtornos mentais (BRASIL, 2005). Essa Reforma visava a reconstituição dos direitos desses pacientes, com tratamentos mais humanitários em espaços distintos dos hospícios, propondo mudanças na gestão, na estrutura dos serviços e dos espaços de tratamento de saúde mental.

Os ideais reformistas foram aplicados na criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), implantado primeiramente na cidade de São Paulo, em 1987, na reestruturação da Casa de Saúde Anchieta da cidade de Santos, SP, em 1989, e na implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), também em Santos, com residências para pacientes desvinculados dos hospitais. Tais práticas intervencionistas foram significativas para comprovação da viabilidade desse processo reformador. (BRASIL, 2005)

Nos anos 90, novas normas foram sancionadas a partir da assinatura da Declaração de Caracas pelo Brasil e da II Conferência Nacional de Saúde Mental, nesse processo buscava-se a prática do Atendimento Primário de Saúde, firmada em serviços de saúde comunitária, e salvaguardar os direitos e dignidade durante tratamentos de saúde mental (BRASIL, 2005; OMS, 1990). Foram implementadas normas federais para o estabelecimento de serviços de atenção diária, através de CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Em 2001, foi sancionada a Lei Paulo Delgado ou Lei 10.216, a qual assegura a proteção e direitos de pacientes portadores de transtornos mentais e redireciona a abordagem assistencial em saúde mental, o projeto desta lei direcionou à aprovação de leis estaduais que estabeleciam uma extinção gradativa dos manicômios, apesar da lei em questão não apontar diretrizes para a concretização dessa substituição. (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica passa a ser uma política federal num contexto de ações governamentais, nos âmbitos federal, estadual e municipal, e de movimentos

sociais em favor da mudança do modelo assistencial hospitalocêntrico para a atenção comunitária. O Ministério da Saúde desenvolveu linhas de financiamento para a aplicação de serviços fora dos hospitais psiquiátricos e foram criados meios de vistoria, gestão e diminuição progressiva de leitos psiquiátricos. A partir da mobilização governamental e normatização das diretrizes da Reforma, a rede de atenção diária referente à saúde mental tomou maior visibilidade e amplitude, estendendo-se a locais tradicionais hospitalares e sem serviços de assistência comunitária nessa área da saúde. (BRASIL, 2005).

A diminuição da quantidade de leitos psiquiátricos avançou, ao longo dos anos, principalmente, por meio de mecanismos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, devendo ser considerados nesse panorama o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) e o Programa de Volta para Casa. Com a mesma contribuição para a desinstitucionalização dos serviços de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas foram expandidos pelos estados brasileiros. (BRASIL, 2005)

5.1 Política de Atenção à Saúde Mental

Transtornos mentais afetam pensamentos, emoções, comportamentos e relacionamentos com as pessoas, circunstâncias sociais, econômicas, políticas, e são provocados por variados fatores, tais como questões hereditárias, biológicas, psicológicas, contexto social, transgressões dos direitos humanos e discriminações. Dentre as doenças mentais estão depressão e ansiedade, dependências alcóolicas ou outras drogas, deficiência intelectual, transtornos afetivos e psicoses. Estratégias para o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes dos transtornos mentais, fundamentados na atenção primária, foram elaboradas, ao longo dos anos, com princípios reformadores e vêm sendo aplicadas e aperfeiçoadas no Brasil.

Para a compreensão dos princípios, objetivos e vantagens do desenvolvimento dos Cuidados Primários para a saúde mental em substituição às internações prolongadas, serão analisados os conceitos dessa política defendida pela Organização Mundial da Saúde. A OMS, em relatório realizado em 2008 junto a Wonca – Organização Mundial de Médicos de Família –, refere-se aos cuidados primários de saúde mental como a integração dos serviços mentais primários aos

serviços gerais, para o alcance de todos os portadores de transtornos mentais. Fazem parte desses serviços, as assistências básicas iniciais incorporadas aos serviços gerais e os cuidados concedidos por atuação de profissionais qualificados de cuidados primários.

A conjuntura dessa política de atenção primária engloba “cuidados primários, serviços baseados na comunidade incluindo equipas comunitárias, e serviços ambulatoriais, hospitais gerais” (OMS, WONCA, 2008, p.19), além de “dispositivos de longa estadia” para uma pequena parcela dos pacientes, alguns desses serviços são especificados na citação abaixo. Esses serviços são prestados por uma variedade de profissionais, como médicos clínicos gerais e outros cuidadores primários, profissionais de saúde comunitários, psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais. (OMS, WONCA, 2008).

[...] Serviços essenciais a este nível incluem a identificação precoce de perturbações mentais, o tratamento de perturbações mentais comuns, a gestão de pacientes psiquiátricos estabilizados, a referenciação para outros níveis quando necessário, a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas físicos, e a promoção e prevenção de saúde mental. [...] (OMS, WONCA, 2008, p. 19)

A introdução dos cuidados mentais na prestação de serviços dos hospitais gerais repercute positivamente no assistencialismo oferecido aos pacientes com perturbações mentais, tais equipamentos são dispostos para o fácil acesso, fornecem serviços 24 horas por dia, o que viabiliza o tratamento perante os estados mais agravantes, além da acessibilidade facilitada aos serviços para problemas físicos, os quais podem ser decorrentes dos transtornos mentais. Algo importante a ser considerado na integração desses serviços aos hospitais gerais é a localização e organização dos espaços destinados a eles, devido a necessidade de constante acompanhamento pelos riscos de suicídios e outras ocorrências, as salas para os tratamentos devem ser configuradas visando o monitoramento e cuidados adequados. (OMS, WONCA, 2008).

A disponibilidade de serviços de saúde mental nos hospitais gerais, pela atuação de profissionais especializados na área, reduzem o encaminhamento aos serviços especializados e prolongados, por facilitar a avaliação, diagnóstico e reabilitação dos pacientes, entretanto não exclui totalmente a necessidade desses outros serviços. Casos mais agravantes e complexos exigem maiores cuidados, portanto devem ser encaminhados aos centros especializados, em casos de maior

acompanhamento e observação ou outras situações, como a ausência de apoio familiar, pacientes são conduzidos a residências terapêuticas. Outros serviços especializados são destinados aos tratamentos comunitários. (OMS, WONCA, 2008).

Os benefícios da reconfiguração da assistência à saúde mental, por meio dos cuidados primários, revelam forte impacto na saúde pública, principalmente por facilitar o acesso aos tratamentos diante de grande demanda e pela probabilidade de maiores respostas positivas. Essa estruturação beneficia os habitantes com menor poder aquisitivo e sem acesso aos serviços particulares de saúde, ainda assegura os direitos dos cidadãos tanto do acesso aos serviços especializados quanto de serem tratados de maneira humanitária durante os tratamentos mentais. Outro ponto a ser considerado é a viabilidade de acompanhamento dos pacientes, devido à implantação estratégica dos equipamentos e formações de equipas comunitárias, de modo a serem alcançados o indivíduo, famílias e comunidades.

No Brasil está em vigor a Política Nacional de Saúde Mental sob domínio do SUS, nesta são apontadas diretrizes e estratégias para o amplo fornecimento de tratamentos específicos para a saúde mental, aplicadas mediante Rede de serviços fundamentados em dados científicos, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), abarcando das simples às mais complexas demandas. A Política tem por objetivo induzir à maior integração social e participação daqueles que têm sua saúde mental afetada, com promoção da autonomia e protagonismo. (MS, 2017)

A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, esta possui base comunitária, com princípios de adequação às necessidades dos usuários e familiares, e opera sob perspectiva territorial, defendendo o território como fundamento para o alcance dos parâmetros de autonomia e cidadania dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2005; 201-). O desenvolvimento de trabalhos em territórios equivale a “trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns” (BRASIL, 2005). A Rede é composta por Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

Figura 15 – Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: Brasil, 2005.

Os serviços de Atenção à Saúde Mental da RAPS, fornecidos pelo SUS, são executados em diversos equipamentos de saúde pública, como pode ser citado os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Unidades de Acolhimento, Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Comunidades Terapêuticas e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.

A RAPS e o SUS empregam princípios do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual representa um instrumento único idealizado de modo coletivo por equipes, com participação do usuário e outros envolvidos, esta ferramenta é exclusiva para cada indivíduo. O PTS é passível de revisões e alterações ao longo dos atendimentos, ainda com o envolvimento do usuário em sua concepção. Neste, é necessário a delimitação dos limites de ações, possíveis e impossíveis, com base nos ideais primários da política aplicada. (MEDEIROS et. al., 2016)

Parte integrante dessa Rede é o Programa Saúde da Família (PSF), voltado à provisão de saúde à indivíduos e famílias, relacionando-os às comunidades a que pertencem e ao meio ambiente. Os serviços do PSF são

ofertados por meio de Equipes de Atenção Básica, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, e por atuação de agentes comunitários de saúde. O contato estreito com famílias e comunidades representa uma estratégia para a prevenção e combate ao uso excessivo de álcool, drogas, a outros transtornos psíquicos e outras questões de saúde pública. (BRASIL, 2005)

Em municípios com menos de 20.000 habitantes, a rede de saúde mental é sistematizada pela Atenção Básica, equipes pequenas de saúde mental proporcionam suporte técnico em locais específicos para as equipes de Atenção Básica responsáveis pelas famílias e comunidades das áreas, podendo agir em conjunto em favor dos casos encontrados. As equipes de saúde mental podem situar-se em ambulatórios do município em questão ou CAPS de cidades próximas. Em municípios com presença de CAPS ou outros equipamentos voltados aos cuidados de saúde mental, o atendimento é estruturado da mesma maneira, à base do apoio matricial, de modo que as equipes do CAPS atuem em conjunto com equipes de Atenção Básica, com ações de supervisão, capacitação e atendimento. (BRASIL, 2005)

A configuração da saúde mental brasileira demonstra um grave avanço e ênfase aos portadores de transtornos mentais diante da complexidade do sistema empregado, nota-se a nítida conformidade com as diretrizes da Atenção Primária da OMS. As estratégias firmadas na base territorial e em projetos estratégicos individualizados sustentam a primazia do sistema de saúde de assegurar o livre acesso aos estabelecimentos de saúde, sob a perspectiva de desinstitucionalização, e de prestar atendimento qualificado sob domínio participativo, em fortalecimento dos laços sociais e valorização da autonomia do usuário.

5.2 Depressão e Estrutura dos Centros de Atendimento Psicossocial

Os transtornos mentais são problemas de saúde pública com grande impacto sobre a sociedade e, nas últimas décadas, têm sido objetos de estudo e pesquisa com fins em precisões diagnósticas e tratamentos eficazes. A depressão, considerada um transtorno mental, tem se tornado frequente e comum à nível global, segundo dados do Relatório Depressão e Outros Transtornos Mentais (OMS, 2017), é estimado um aumento de 18,4% de pessoas com transtornos depressivos entre os

anos 2005 e 2015. O mesmo documento aponta que cerca de 322 milhões de pessoas no mundo sofrem com a doença e, dentre estes, 11,5 milhões são brasileiros, número correspondente a 5,8% da população do país.

Tendo em vista os princípios do SUS de integralidade, equidade e universalidade, a apropriação de toda a conjuntura dos transtornos depressivos pela saúde pública e a prática dos cuidados primários, vê-se necessário uma análise da adequabilidade dos espaços físicos aos serviços de tratamento à depressão. A essência do estudo não está centralizada meramente na conformação espacial e acomodação dos equipamentos primordiais aos serviços, mas na contribuição à eficácia dos tratamentos e regressão do índice populacional acometido de depressão.

5.2.1 Depressão, breve contexto

Uma doença de grande notoriedade na atualidade é a depressão, como comprovado pela OMS (2017), esta afeta milhões de pessoas no Brasil e em todo o mundo. A depressão, assim como as demais doenças mentais, interfere não somente na vida do portador isoladamente, mas no seu contexto social, os relacionamentos familiares, em comunidade e no trabalho tornam-se comprometidos, devido aos sintomas relacionados a ela. Além dos relacionamentos, a funcionalidade das pessoas é reduzida, tanto nos afazeres diários, quanto no trabalho e escola, o que permite apontar a depressão como uma das causas de limitações e incapacitação humana.

Os transtornos depressivos são alterações cognitivas advindas de estresse, ansiedade, traumas psicológicos, dependências químicas, contexto social, econômico, entre outras causas, e estão diretamente ligados às condições físicas dos portadores da doença, desse modo, fatores mentais são expressos em alterações físicas. A depressão é diagnosticada, em geral, por presença de humor depressivo, sensação de inutilidade, irritabilidade, desregulação do sono, desempenho lógico em retardo, dificuldade de concentração, ausência de satisfação para executar atividades, entre outros sintomas, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5 (APA, 2014).

Uma grave consequência dos distúrbios da depressão, que a torna ainda mais visível para seu controle e tratamento, é o suicídio, o qual é resultado dos pensamentos assíduos de morte, ideação, planejamento e tentativa de suicídio provocados pela doença. Segundo o Relatório Depressão e Outros Transtornos Mentais (OMS, 2017), já apontado, o suicídio foi causa de quase 1,5% de todas as

mortes no mundo, em 2015, e correspondeu à segunda maior causa de morte entre a faixa etária de 15 a 29 anos, no mesmo ano. Enquanto, segundo Arantes (2007), 66% das ocorrências de suicídio são precedidas por depressão.

Levando em consideração a natureza psicológica da doença, a fragilidade mental dos depressivos e a multiplicidade dos fatores que a originam, os tratamentos devem ser prescritos pautados nas evidências de cada caso e, assim, construídos com auxílio dos pacientes, e não serem apenas impostos pelo médico. Além disso, do mesmo modo que a depressão é resultado de um contexto de experiências e aspectos físicos, sociais e culturais, os meios de tratamentos devem estar alinhados a essa complexidade, desde o atendimento, o espaço físico, até toda a prestação de serviços e procedimentos referentes à depressão. A configuração dos tratamentos será relatada abaixo.

Psicólogos e psiquiatras geralmente são os profissionais responsáveis pelo atendimento e acompanhamento desses pacientes, podendo serem realizados também pelo clínico geral em política de Atenção Primária, o qual deve encaminhá-los a especialistas caso necessário. Na rede SUS, o acesso aos profissionais e tratamentos é viabilizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e em ambulatórios especializados.

Toda a conjuntura dos casos de depressão, individualmente, são relevantes à elaboração dos tratamentos, incluindo a complexidade do caso, os sintomas, as condições desencadeadoras, os recursos disponíveis, as prioridades do paciente e a experiência do profissional com os métodos a serem empregados. Os tratamentos são concedidos via psicoterapias e medicamentos, além de atividades físicas, acompanhamentos ambulatoriais semanais, e, caso haja necessidade, higiene do sono e métodos de controle de ansiedade. (UFRGS, 2017).

Os métodos psicoterápicos são eficazes e diversos, podendo ser do tipo cognitivo, interpessoal, comportamental e psicodinâmico breve, entre outros. Os tratamentos farmacológicos são realizados por meio de prescrição de antidepressivos, os mais utilizados são os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores seletivos da recombinação da serotonina (ISRS) (UFRGS, 2017). Observa-se que técnicas são estudadas e aprimoradas para o bom desenvolvimento dos serviços de saúde mental, com especializações para o tratamento de depressão, e são viabilizadas a toda população através da estruturação da rede SUS.

5.2.2 Estabelecimentos de Saúde com Serviços à Depressão

O Sistema Único de Saúde (SUS) fornece, mediante a Atenção Primária à Saúde (APS), serviços de saúde mental aos depressivos em Unidades Básicas de Saúde, Prontos Socorros Gerais, Unidades de Saúde da Família, além dos cuidados primários, são ofertados tratamentos em centros especializados ao atendimento psicossocial, os CAPS, em residências terapêuticas, entre outros estabelecimentos. Apesar da multiplicidade de meios de acesso aos serviços psicossociais, estudo populacional fundamentado em dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013, aponta que, dentre os avaliados diagnosticados com depressão, 78,8% não recebiam tratamento e apenas 14,1% eram tratados com farmacoterapia (LOPES et. al. 2016).

Na Atenção Primária, estima-se que a depressão é referida nos atendimentos de 5 a 10% dos pacientes, enquanto 60% dos pacientes depressivos recebem tratamento (ARANTES, 2007). Pesquisa em duas unidades de saúde de Porto Alegre informa que pessoas com sintomas depressivos apresentam maior tendência à utilização dos serviços de saúde em APS em relação aos indivíduos sem histórico de depressão. Entretanto, a maior procura não refletiu em significativo retrocesso dos quadros da doença, pois aponta prevalência de depressão entre os hiperutilizadores dos serviços de saúde. (CARVALHO I.P.A., CARVALHO C.G.X., LOPES, 2015)

Os serviços prestados em APS para o tratamento dos depressivos são destinados principalmente à gravidade leve, contribuem para o diagnóstico nas fases iniciais da doença, apesar de que, segundo Arantes (2007), há significativa deficiência na ação do diagnóstico e tratamento. Quando se trata da depressão nas fases moderada e grave, por meio da rede de atenção psicossocial, o atendimento em CAPS é mais recomendado, pela disponibilização de serviços especializados e pela capacidade de atendimento nas unidades. Dados publicados pelo Ministério da Saúde (2019) revelam que entre os anos 2015 e 2018 houve um aumento de 52% nos atendimentos ambulatorial e de internação pelo SUS referentes à depressão.

Com relação aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ferramentas estratégicas no processo de desinstitucionalização da saúde mental, os serviços são instituídos sob princípio interdisciplinar para assistir a parcela da sociedade que sofre com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo alcóolicos e usuários de

outras drogas; segundo o Ministério da Saúde (2019), os CAPS forneceram um total de atendimentos, em 2018, de 3,3 milhões, sendo a depressão uma das razões pela busca desses. As funções do CAPS são fornecer serviço de atendimento clínico diário, favorecer a inserção social dos portadores de perturbações mentais por meio de atividades intersetoriais, dar apoio aos cuidados de saúde mental na rede básica e ordenar o acesso à rede de assistência em saúde mental nos municípios. (BRASIL, 2005; MEDEIROS et al., 2016)

O CAPS é composto por uma equipe multiprofissional e atua com ações de base territorial, de modo estratégico, opera de acordo com as necessidades locais de saúde mental e identifica a parcela populacional em maior vulnerabilidade, oferecendo cuidados específicos a esta. O fornecimento dos serviços do CAPS não se limita aos espaços das unidades, conectam-se a outros serviços públicos e a parceiros na comunidade, possuindo como objetivo a reabilitação psicossocial, a partir do estreitamento das relações dos usuários com instituições e outras pessoas. (MEDEIROS et. al., 2016).

Fundamentado na territorialidade, os CAPS são implantados conforme a demanda dos municípios, diferenciados pela capacidade de atendimento e pelos destinatários dos serviços, as modalidades distribuídas que atendem as ocorrências de depressão, além de outras doenças, são CAPS I (pequeno porte), CAPS II (médio porte), CAPS III (grande porte), CAPSi (infanto-juvenil); existindo ainda os espaços específicos para o tratamento de transtornos psíquicos por ingestão de bebidas alcólicas e outras drogas, os quais são CAPSad (médio porte), CAPSad III (grande porte). O total de CAPS distribuídos pelos 26 estados e Distrito Federal é de 2.594 estabelecimentos, segundo o Ministério da Saúde (2019).

Os CAPS I, II e III oferecem atendimento para a população, incluindo todas as faixas etárias, que sofre de transtornos psíquicos intensivos, considerados impossibilitados de formar vínculos sociais e constituírem projetos de vida. Estes são diferenciados pelo aglomerado populacional a serem atendidos, o CAPS I é destinado aos municípios com população acima de 15 mil habitantes; o CAPS II é para o atendimento em municípios com mais de 70 mil habitantes. Já o CAPS III, além de possuir maior porte e ser instituído para atender municípios com mais de 150 mil habitantes, fornece serviços contínuos, 24 horas por dia, finais de semana e feriados, oferecendo acolhimento noturno. O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) é destinado ao atendimento exclusivo de crianças e adolescentes com grave

sofrimento psíquico, servindo para municípios com população acima de 70 mil habitantes. (BRASIL, 2015)

A atenção à saúde no CAPS é estruturada com utilização de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), com acompanhamentos longitudinais de acordo com os casos de cada usuário (BRASIL, 2015). O desenvolvimento do atendimento e tratamento firmado em PTS viabiliza em ações práticas a diretriz participativa da rede de saúde, demonstra a valorização da subjetividade, da cultura e do cotidiano dos usuários, expressa uma raiz humanitária na prestação de serviços, em uma ultrapassagem do conceito de imposição de tratamentos predeterminados para o estudo particularizado aos casos de cada indivíduo.

Na prática assistencial de reabilitação psicossocial do CAPS são realizadas oficinas terapêuticas, como atividades de socialização e inserção social efetuadas em grupo, servindo também como meios de exercício da autonomia, de externalização das emoções e competências, de expressão artística dos usuários (RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008). Estão inseridas nas execuções das oficinas as artes plásticas, atividades teatrais, costura, artesanato, oficinas de beleza ou higiene pessoal, entre outras atividades, categorizadas como oficinas expressivas, geradoras de renda e de alfabetização (MS, 2004). Em análise, as oficinas terapêuticas favorecem o tratamento com o fortalecimento das individualidades, proporcionando bem-estar em meio às dinâmicas realizadas e interação em grupo, permitem a ampliação do conhecimento pessoal, quanto às habilidades praticadas, e de higienização e cuidados, além de beneficiar os usuários quanto ao sustento próprio.

Figura 16 – Oficinas terapêuticas de pintura em tela e artesanato em CAPS.



Fonte: Imagem da esquerda – Ribeiro (2017); Imagem da direita – Prefeitura Municipal de Xinguara (2015?)

Observa-se que a idealização dos serviços do CAPS, visto nos Projetos Terapêuticos Singulares e nas oficinas terapêuticas, e do RAPS em geral são firmados na ideologia humanitária e participativa, com introdução ativa dos usuários, o que remete aos princípios e conceitos da Arquitetura Social, induzindo a presente pesquisa a uma análise do espaço e ambiência do CAPS, baseada em estudos avaliativos publicados a respeito.

Uma pesquisa foi realizada no primeiro semestre do ano 2012 em 21 CAPS de municípios brasileiros, de modalidades CAPS I, CAPS II, CAPSi e CAPSad, possuindo em maior número 5 a 9 anos de funcionamento. Esta aponta que a estrutura mínima exigida para a execução das atividades dos CAPS é atendida pela maioria das unidades analisadas, estando presente em todas elas as salas de atendimento individual, salas para atividade em grupo e oficinas (LEAL; ANTIONI, 2013). O espaço físico mínimo referido é previsto pelo Ministério da Saúde (2004) com os seguintes ambientes: consultórios para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para oficinas, recreação e esportes.

Em outro estudo, realizado em 2006 no Centro de Atenção Psicossocial II Flávio Dantas de Araújo da cidade Foz do Iguaçu, no Paraná, com participação de profissionais, usuários e familiares, é relatado que o ambiente é caracterizado como limpo e agradável, porém com desconforto térmico e com necessidades de reparos estruturais. O pesquisador conclui que o CAPS possui ambiência terapêutica, ainda em busca de maior conforto e qualidade agregando estrutura física, recursos humanos e relações entre profissionais e usuários. (OLSCHOWSKY et. al., 2009)

Considerando a dinâmica dos serviços prestados nos CAPS, a composição espacial das unidades proporcionam o bom funcionamento, já previsto pelo Ministério da Saúde; quanto ao objetivo de servir como espaços de interações sociais, através da funcionalidade das oficinas e demais atividades é percebida a ênfase nas relações sociais, os ambientes viabilizam essa prática, podendo ainda ser potencializada a humanização e estrutura desses espaços em favor dos tratamentos e trocas sociais. A adesão de uma prática de concepção arquitetônica baseada nos mesmos princípios da prestação de serviços, humanitário e participativo, pode ser um caminho para a conquista do ambiente recuperativo, confortável e acolhedor.

5.3 Interferência da Arquitetura no Quadro de Depressão

A estrutura de hospitais, postos de saúde e outros estabelecimentos de saúde englobam, em suas complexidades, as variedades de “critérios técnicos e de compatibilidades físico-funcionais”, abrangendo as tecnologias da área médica, as particularidades climáticas das localidades, a dinâmica espacial requisitada pela diversidade de tratamentos; além da funcionalidade médica, abrange ou deve abranger a satisfação do usuário e o conforto ambiental (SANTOS e BURSZTYN, 2004, p. 29). Além de comportar os equipamentos, pacientes e profissionais, os ambientes, junto a pessoas e outros fatores, influenciam o psicológico humano, permitindo afirmar que a familiaridade dos usuários com o ambiente e a propiciação de confortabilidade têm significância no desempenho mental de pacientes.

A sensação de conforto pela ótica da arquitetura é contribuída, entre outros fatores, pela proximidade com a natureza, pela associação com obras de arte, pela semelhança à moradia, pela integração do estabelecimento de saúde com o espaço urbano. Espaços projetados com usufruto de iluminação e ventilação natural, visibilidade ou presença de jardins e com uso de obras de arte mantêm correlação com o processo de cura dos pacientes. A semelhança do ambiente hospitalar ao espaço íntimo familiar, por meio de pessoas, objetos, incluindo artes plásticas dos próprios pacientes, adicionam um conceito mais intimista ao ambiente. (LUKIANCHUKI, SOUZA, 2010 apud RAMOS, LUKIANCHUKI, 2015). O convívio social entre pacientes e a sociedade, através da interação do ambiente hospitalar com o espaço urbano, é importante para o fortalecimento da capacidade de interação dos pacientes e corresponde ao conforto vinculado à liberdade, a qual não era proporcionada pelos hospitais psiquiátricos.

O ambiente natural em sua diversidade de formas, cores, sons e cheiros, composto por vegetação, animais e outros elementos, estimula os sentidos humanos e propicia a sensação de bem-estar e tranquilidade. Em arquiteturas hospitalares, os jardins terapêuticos são meios utilizados para a introdução da natureza nesses ambientes. Sombra (2018) afirma que em trabalho da Universidade de Essex é detectado uma redução considerável da pressão sanguínea a partir da interação direta com os ambientes naturais e a contribuição para a redução do estresse, elevação da autoestima e redução dos casos de depressão, quando somado a atividades físicas.

Esses espaços ainda favorecem a comunicação e vínculo social quando viabilizado uma permanência confortável por adição de mobiliários.

Com ação de influência no psicológico humano, as cores também se integram à arquitetura dos espaços e devem ser utilizadas em adequação à funcionalidade dos ambientes e como instrumento terapêutico. A cromoterapia, segundo Sui (1992 apud SILVA, MONTEIRO, 2006, p. 660), é uma “ciência que usa a cor para estabelecer o equilíbrio e a harmonia do corpo, da mente e das emoções”, favorecendo a cura emocional. Algumas cores proporcionam sentido de alegria, tranquilidade, calma aos ambientes, induzem ao desenvolvimento da criatividade e comunicação, como base nisso, os tratamentos de transtornos mentais, incluindo a depressão, podem ser potencializados com a introdução de elementos arquitetônicos com tonalidades terapêuticas. A tabela abaixo lista uma seleção de cores favoráveis ao tratamento psicológico, principalmente à depressão, apontando seus efeitos.

Tabela 1 – Efeitos das cores em usuários de espaços hospitalares.

COR	EFEITOS	OBSERVAÇÕES
VERMELHO	Motivador, energizante. Eleva a pressão arterial.	Deve ser usado com cautela nos ambientes internos, pois pode causar alterações nas emoções dos pacientes.
LARANJA	Estimula a alegria, a movimentação, a criatividade e a comunicação. Considerada uma cor antidepressiva.	Indicado para casos de instabilidade emocional, medo, depressão e melancolia. Equilibrar com tons de azul esverdeado para não causar nervosismo.
AMARELO	Afeta a mente e transmite alegria.	Em excesso, pode causar tensão e agitação.
VERDE	Tem efeito calmante e relaxante.	Utilizado no tratamento de doenças mentais e insônias, além de outras doenças. Dá acesso as emoções profundas, podendo ajudar na superação de traumas.
AZUL	Transmite tranquilidade, relaxamento, sono e anestesia (tons esverdeados aliviam estresse e tensão).	Deve ser usado com cuidado em depressivos e pessoas em situação de apatia. Se colocada com uma cor quente, trará equilíbrio ao ambiente.
ROXO	Em longas exposições, proporciona efeito analgésico. Remete a magia e meditação.	Deve ser usado em casos onde seja necessário levantar o ânimo sem causar irritabilidade. Em excesso, gera ou agrava a depressão.
AZUL TURQUESA	Acalma o sistema nervoso, aliviando o estresse e a tensão. Liberta dos sentimentos de inaptidão ou insuficiência.	Ajuda a pessoa a lidar com a vida. Ideal para ser usado em estabelecimentos de saúde, principalmente se utilizado junto a cores quentes, como o laranja.

Fonte: Sombra, 2018 com base em Lacy, 2000.

Alguns desses aspectos arquitetônicos são contemplados no projeto de uma clínica de internamento para adolescente com problemas de saúde mental e comportamental, o Centro Hospitalar Adolescente, localizado em Corvallis, Estados Unidos. O projeto, realizado pelo grupo TVA Architects com participação de funcionários e pacientes, com a finalidade de conceber ambientes seguros,

terapêuticos e não opressivos, foi criado com a presença de claraboias e vidros com peitoril rebaixado, para favorecer a entrada de luz natural e integrar a natureza preservada ao ambiente interno. Elementos estruturais e mobiliários receberam cores vibrantes, proporcionando maior conforto e alegria ao ambiente e o layout do edifício facilita as interações entre os pacientes e profissionais, devido à flexibilidade espacial e presença de áreas coletivas. (CAVALCANTE, 2017)

Figura 17 – Centro Hospitalar Adolescente em Corvallis, EUA.



Fonte: ArchDaily Brasil, 2017.

O aproveitamento dos critérios apresentados e outros, influenciadores positivamente do estado emocional e psicológico do homem, na construção dos espaços e equipamentos urbanos, em especial hospitais e unidades de saúde, é significativo para o desenvolvimento de uma arquitetura com função terapêutica. Por meio do auxílio da contextualização arquitetônica, baseada na sensibilidade e fragilidade dos pacientes e em métodos de restabelecimento do equilíbrio desses, melhorias e respostas positivas aos tratamentos podem suceder em maior incidência.

6 LEVANTAMENTO DE MÉTODOS PARA ABORDAGEM PARTICIPATIVA NA PRODUÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE MENTAL

Com base nos estudos do inter-relacionamento entre o ser humano e o espaço, comprovado pela interação dos comportamentos pessoais com as características ambientais, presume-se que sejam realizados estudos avaliativos particularizados para cada contexto projetual, para o levantamento de dados precisos em favor à construção adequada do Programa de Necessidades. A qualidade do Programa de Necessidades reflete na qualidade do projeto executivo e na funcionalidade pós-ocupação, portanto nas análises devem estar inclusas as visões dos usuários e as relações destes com os espaços e entornos, para compreensão de seus valores, interesses, culturas, necessidades e suas reações sobre os estímulos da configuração espacial.

A execução de pesquisas avaliativas são precedidas pela seleção de métodos viáveis e qualificados para a obtenção dos dados importantes ao projeto, para isso algumas informações devem ser conhecidas previamente pelos arquitetos e pesquisadores, como o perfil da unidade a ser estabelecida, leis e normativas que regem o projeto estrutural e de implantação, a população-alvo, a localização geográfica, delimitação da área de projeto, locais de aplicação dos métodos, entre outros dados. E, segundo H. Günther e Pinheiro (2008, p. 370), é necessário ainda o conhecimento do “conhecimento prévio da temática, a quantificação do tempo disponível e dos recursos existentes (financeiros, materiais e humanos) e o domínio do arsenal de ferramentas passíveis a serem utilizadas”.

Após levantamento de dados legislativos regulamentadores, geográficos, dos contextos gerais da população em foco e de outras informações imprescindíveis às pesquisas, devem ser definidos métodos e ferramentas adequados para o envolvimento da população no processo de projeto, desde a extração de informações culturais e sociais, formas de relacionamento com o espaço, até meios de participação ativa na elaboração do projeto arquitetônico. Portanto, o estudo do comportamento deve ser compreendido considerando seus dois níveis de ocorrência, objetivo e subjetivo, como afirmado por Bins Ely (1997 apud BERTOLETTI, 2011). Segundo a autora, no nível objetivo o comportamento é reflexo das condições de conforto do espaço, sendo portanto necessários métodos centrados no ambiente, e no nível

subjetivo o comportamento é influenciado pelo valor do ambiente atribuído através dos fatores interpessoais, podendo ser coletados por métodos centrados na pessoa.

A abordagem participativa por meios de vários métodos é defendida por vários autores¹³, conforme H. Günther e Pinheiro (2008), por proporcionar maior precisão dos dados obtidos. A adesão de diversificadas óticas das situações em observação favorece a correção dos desvios e lacunas que os métodos tratados isoladamente podem permitir, a coleta mais ampla das informações e o resultado erros minimizados. A partir dessa visão, o presente capítulo abordará métodos oriundos de pesquisas bibliográficas, coletados para possíveis aplicações em projetos de estabelecimentos de saúde mental com participação dos usuários.

Os métodos serão categorizados de acordo as informações e finalidades a serem extraídas e alcançadas, com isso, foram definidas as seguintes categorias: Métodos de exploração e análise e Métodos de avaliação e criação. A primeira referente à investigação de determinantes interpessoais e estímulos espaciais e a segunda à avaliação do ambiente e concepção arquitetônica. Sobre as ferramentas, serão abordadas suas funcionalidades e objetivos, modos de aplicação e resultados obtidos, baseados em relatos de pesquisas com utilização das metodologias. É considerado na pesquisa a visita e estudos em instituições locais já estabelecidas a possibilidade de aliança os serviços familiares do CRAS e CREAS, para contato com as pessoas em vulnerabilidade.

6.1 Métodos de Exploração e Análise

A primeira categoria a ser apresentada é referente à compreensão dos aspectos culturais, sociais, vulnerabilidades e demandas dos usuários correlacionadas com os espaços, tomando como foco as pessoas. Deve ser considerado na pesquisa a possibilidade de retração de alguns envolvidos na pesquisa, sendo necessárias ferramentas para a compreensão da conjuntura e percepção do participante sem a expressão oral ou indução de prática dos sujeitos, podendo, ainda, serem adaptadas as atividades para instigar o interesse destes, considerando faixas etárias. Os métodos a serem analisados nesse tópico serão: entrevista, observação e poema dos desejos.

¹³ Autores como: Bechtel, Marans e Michelson, 1987; Preiser, 1989; Sanoff, 1991; Sommer e Sommer, 2002.

6.1.1 Entrevista

Uma das ferramentas mais utilizadas em pesquisas é a entrevista, por meio de questionamentos breves, simples e diretos, esse método é utilizado para obter informações sistemáticas do campo de pesquisa. A entrevista é veiculada mediante interação pessoal, estando, portanto, centrada na dinâmica interpessoal, e possui três classificações com base em sua estruturação: entrevista não-estruturada, estrutura semiestruturada e entrevista estruturada. As duas primeiras categorias são conduzidas por questões abertas, enquanto a última, por questões fechadas, tais questões dependem dos conteúdos da pesquisa, os resultados objetivados, as amostras para estudo e demandas situacionais (GÜNTHER, I. 2008).

A entrevista não-estruturada é realizada através de uma listagem de temas seguindo o objetivo da pesquisa, inicialmente sem métodos de classificação, após a aplicação, os dados são registrados e sistematizados em categorias. A entrevista semiestruturada parte de uma lista onde são apresentados questões e tópicos em certa sequência, sendo estes elaborados com base em “observações ou entrevistas informais, exploratórias” (GÜNTHER, I. 2008, p.61). Já a estruturada é formulada a partir de perguntas com alternativas de respostas, como questionários e formulários, o que facilita a execução da fase de sistematização dos dados coletados, requerendo ainda em menor tempo, porém impõe limites às respostas dos entrevistados. Ainda sobre a entrevista estruturada, I. Günther (2008, p. 61) acrescenta: “A ideia central deste técnica é a de controlar o estímulo apresentado a todos os sujeitos com o objetivo de comparar sua validade”.

Especificando o estudo da interrelação pessoa-ambiente, a participação popular por meio do método entrevista ressalta a importância da diversidade e/ou similaridade entre as pessoas e grupos com base em seus espaços. A entrevista ainda auxilia no diagnóstico dos problemas sociais e vulnerabilidades dos grupos entrevistados, e suas dificuldades perante as situações e espaços propostos na pesquisa, com base nas opiniões e experiências relatadas por eles.

Uma aplicação do método no campo da saúde mental ocorreu no CAPS de Alegrete (RS), com o objetivo de avaliar qualitativamente a ambiência do espaço, foi aplicada a entrevista semiestruturada como ferramenta de coleta de dados, com participação de funcionários, usuários e familiares. Nessa avaliação foram considerados estrutura física, material, alimentação, segurança e transporte. A

configuração do espaço apresenta uma variedade de salas de atendimento, cada uma com uma cor específica, horta, jardim, quadra de futebol, áreas com bancos para banho de sol, entre outros espaços. (KANTORSKI et al., 2011)

Com relação aos espaços, foram considerados agradáveis, comportando confortabilidade, privacidade e individualidade, porém com necessidade de ampliação para maior número de atendimentos, as limitações estruturais, segundo os profissionais, refletem na conduta destes quanto ao controle de casos de surtos de pacientes, permitindo sensações de insegurança. A partir da pesquisa constatou-se uma ambiência terapêutica e a necessidade de espaços acolhedores para momentos de crise dos usuários. (KANTORSKI et al., 2011)

Tabela 2 – Resultados da pesquisa avaliativa acerca da ambiência no CAPS de Alegrete (RS).

Estudo de caso	Familiares	Usuários	Equipe
Caps Alegrete	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente físico: agradável; boa higiene no local; poderia ser ampliado, criar sala de esportes; - Alimentação: boa qualidade; variedade; - Equipe: necessidade de mais profissionais para supervisionar os usuários; - Apoio da Brigada Militar: qualificar pessoas da equipe para o relacionamento com o usuário e seus sintomas; - Banheiro: faltam toalhas; cada usuário deve ter o seu sabonete; - Medicação: às vezes não há. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente físico: agradável; poderia ser ampliado, criar sala de esportes; há espaços para lazer e prática de atividades físicas; - Alimentação: proveniente de um dos melhores restaurantes da cidade; ótima qualidade; - Higiene: há a possibilidade de realizarem a higiene corporal no serviço; decidem por conta própria realizar ou não; - Oficinas terapêuticas: alguns usuários participam, gostam e referem que não há falta de material; outros dizem que a quantidade de material é insuficiente e que os oficinairos não estão suficientemente capacitados; - Equipe: trata bem; sem preconceitos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente físico: falta de salas maiores para atender todos os usuários; - Equipe: falta de pessoal; - Situações de crise: falta de materiais para atendimento; despreparo da equipe; necessidade de capacitação; há o auxílio da Brigada Militar; contratar mais funcionários do sexo masculino.

Fonte: Kantorski et al., 2011.

A entrevista pode ser utilizada para uma maior exploração das informações culturais e sociais das pessoas envolvidas na pesquisa, para o conhecimento mais aprofundado das questões interpessoais que podem contribuir com os projetos terapêuticos dos espaços. Outro método que pode auxiliar no alcance desse objetivo é Auto-relatos, realizado por meio de gravações de relatos pessoais dos participantes,

extraindo informações de suas experiências e percepções individuais e em grupo, como apontado no livro “A abordagem Multimétodos em Estudos Pessoa-Ambiente” de H. Günther e J. Pinheiro (2008).

6.1.2 Observação

A observação é uma ferramenta utilizada para o acompanhamento e compreensão das situações vividas no espaço, das atividades desenvolvidas e das características dos grupos de pessoas que o frequentam. Conforme Corraze (1982, p.23 apud PINHEIRO, ELALI, FERNANDES, 2008, p.77), o “comportamento de uma pessoa, o que ela expressa não-verbalmente através de gestos intencionais ou não, revela sobre si muito mais do que ela seria capaz de contar”, a partir da afirmativa entende-se a necessidade de compreender os aspectos intrínsecos no comportamento não revelados pela consciência humana. Apesar da afirmativa de certa forma diminuir o valor da expressão verbal dos usuários, a intenção dessa pesquisa é acrescentar complexidade e precisão às informações coletadas, por meio de modos variados de abordagem.

A observação pode ser participante ou não-participante, na segunda o pesquisador possui uma visão externa às situações observadas, sem que o participante perceba a execução da atividade, facilitando a análise do contexto habitual, sem interferência. Já na primeira, o observador integra-se à situação observada, permitindo que o participante tenha conhecimento sobre a pesquisa, são observadas as expressões verbais e não verbais dos participantes e espaços e podem ser registradas por meios de anotações, gravações de áudios e vídeos e, a partir disso, podem ser formuladas hipóteses sobre o contexto da pesquisa. Essas observações podem ter uma estruturação prévia ou não. (FERREIRA, TORRECILHA, MACHADO, 2012)

Outra forma prática da observação é executada mediante um planejamento, denominada observação sistemática, nesta é selecionada uma categoria da pesquisa para a análise, desse modo não observa-se toda a conjuntura ocorrida no espaço, mas um aspecto em foco em cada etapa da aplicação da metodologia. Para a utilização dessa tipologia é elaborado previamente um plano com a listagem de categorias relevantes à pesquisa e são estipulados os objetivos. Essa observação planejada possibilita o levantamento de dados quantitativos. (FERREIRA,

TORRECILHA, MACHADO, 2012). Independente da tipologia, o observador deve posicionar-se como ouvinte, sem influenciar ou manipular os resultados da pesquisa com sua própria perspectiva ou opinião.

As observações possibilitam o conhecimento acerca das causas dos comportamentos e de outras informações importantes ao contexto da pesquisa. Para o alcance do resultado esperado, de acordo com Bechker (1972 apud FERREIRA, TORRECILHA, MACHADO, 2012, p. 03), o método deve portar características como:

[...] possibilidade de coleta de dados durante longos períodos; coletar as informações de maneira discreta e reservada, a fim de evitar que as respostas sejam inverídicas; coletar informações que possibilitem uma predição do fenômeno e produzir dados que possam ser aplicados em larga escala, ou seja, em vez de trazer regularidades de uma característica para generalização, deve ser passível de, se necessário, comparar com diversos outros casos.

A análise da aplicação desse método será baseada em um estudo sobre a arquitetura de Centros de Atenção Psicossocial Infantil realizado no CAPSi de Cuiabá, apresentado na dissertação da arquiteta Juliana Demartini (2007). O Centro atende crianças e adolescentes, principalmente, com quadros de depressão e hiperatividade, correspondentes às maiores incidências no diagnóstico inicial. Quanto ao espaço físico, a arquitetura se caracteriza como simples e simétrica, apresentando planta baixa em forma de “U”, a qual contribui para o acompanhamento dos pacientes pelos profissionais por meio da facilitação na visualização das salas. Outra característica é a monotonia das cores, devido ao emprego da cor azul em todo o prédio.

Um dos métodos aplicados na pesquisa foi a observação participativa, com o objetivo de compreender a relação entre a conjuntura dos indivíduos com as questões funcionais e estruturais do edifício. Foram observados crianças, adolescentes, responsáveis e funcionários em atividades coletivas e reuniões, com análise de seus comportamentos nos ambientes, as atividades executadas, a acessibilidade, o conforto ambiental e as dimensões e formas dos espaços. A atividade proporcionou mudanças de comportamento de alguns pacientes inicialmente e recusas à prática do método por parte de usuários, entretanto, com a frequência da atividade, posteriormente os usuários foram se acostumando com a presença da pesquisadora e facilitando a observação.

Todas as observações em cada visita foram registradas em relatórios e, a partir da aplicação do método, de acordo com a observadora, foi possível entender os

fenômenos relativos ao comportamento dos participantes, tanto entre eles quanto dos usuários com os ambientes do CAPSi de Cuiabá.

6.1.3 Poema dos Desejos

Este instrumento foi desenvolvido por Henry Sanoff, neste aos usuários é entregue uma sentença como “Eu gostaria que o meu ambiente...”, em modelo de formulário, a partir desta os participantes expõem seus desejos, necessidades e sentimentos através de escritas ou desenhos. Aos usuários é permitida a livre expressão, declarações espontâneas, resultando na reunião de informações diversas sobre as demandas, preferências e expectativas dos participantes, relacionadas ao ambiente em análise, e na exposição de seus valores (RHEINGANTZ et al., 2009). O método é importante para a compreensão das percepções dos espaços pelos usuários e de suas experiências, pois são os instigadores das sensações de conforto ou insatisfações diante dos aspectos arquitetônicos.

O método pode abranger diferentes faixas etárias, incluindo crianças, segundo Rheingantz et al. (2009), a aplicação com a categoria citada preferencialmente deve ser realizada por meio de desenhos, de modo ainda mais atrativo, podendo ser disponibilizados lápis de cores para a melhor expressão e execução dos desenhos. Algo importante a ser percebido nas respostas, além do significado explícito das imagens produzidas, é a relação das cores, pois facilita a compreensão dos traços desenhados e da percepção ambiental por parte das crianças.

A interação do pesquisador com o participante é importante para a fase de análise dos dados e interpretação dos “poemas”, principalmente referente aos desenhos, pois facilita o entendimento prévio das propostas e evita erros interpretativos posteriormente. Análise dos resultados é feita por agrupamentos das informações seguindo determinadas categorias extraídas das respostas, as quais devem ser registradas separadamente, devendo-se levar em consideração a duplicidade ou multiplicidade de categorias de um mesmo formulário quando apontados mais de um desejo. As categorias podem ser transposta em formato de gráfico para melhor visualização e comparação das frequências das respostas, ressaltando as maiores demandas do espaço. (RHEINGANTZ et al., 2009)

Para o entendimento prático do método, será estudada uma pesquisa realizada em um Centro de Reabilitação de Alta Complexidade, AACD, em Nova Iguaçu, com foco no relacionamento entre as pessoas e seus espaços. O equipamento de saúde é destinado ao atendimento ortopédico por terapias e aparelhos de reabilitação. Os participantes da atividade foram 13 terapeutas, 33 pacientes e 20 acompanhantes, os quais foram submetidos aos formulários, a maioria foram respondidos com informações escritas e, considerando os destinados aos adultos, apenas um foi expressado em desenho. (MACHADO, AZEVEDO, ABDALLA, 2011)

Entre os respondentes estavam crianças, entretanto os pesquisadores relataram dificuldades de aplicação, devido a necessidade de maior expressão verbal para a compreensão dos desenhos e, portanto, maior acompanhamento dos pacientes. A partir disso, oito formulários não puderam ser traduzidos, nem mesmo por meio da oralidade dos participantes, e foram subtraídos da análise dos dados, finalizando um total de 58 formulários integrados ao estudo diagnóstico. (MACHADO, AZEVEDO, ABDALLA, 2011)

Após a categorização dos dados das fichas, foram evidenciados três desejos principais, entre eles está “o apoio para áreas de espera prolongada”, este corresponde ao acréscimo de lanchonete ou copa disponível para os usuários, de mobiliário confortável para áreas de longas esperas e estabelecimento de atividades (cursos, palestras, horta, oficinas, entre outros) para acompanhantes, pacientes em espera ou em momento de pausa das atividades terapêuticas. Os pesquisadores citaram que as áreas de espera possuem configuração espacial satisfatória, com boa acessibilidade e conforto ambiental, apesar disso, cerca de 85% dos acompanhantes consultados sinalizaram tais desejos. (MACHADO, AZEVEDO, ABDALLA, 2011)

Outra categoria foi “jardins”, apresentado como desejo de 48% dos pacientes, relatados com os termos “flores, grama, árvores, céu, sol”, entre outros, devido a maior parte das áreas livres serem ocupadas por estacionamento, ao uso de apenas uma área ajardinada para terapias e à falta de acessibilidade desses espaços livres. O terceiro desejo foi o desenvolvimento de “atividades de lazer infantil”, com acréscimo de playground, atividades esportivas e para-esportivas, sendo relatado por 48% dos pacientes e 55% dos acompanhantes.

Apesar dos aspectos positivos do projeto arquitetônico executado, a vivência nos espaços ressaltaram novas necessidades, portanto as experiências e

percepções dos usuários foram de extrema importância para a análise das condições reais proporcionadas pelo espaço.

6.2 Métodos de Avaliação e Criação

A segunda categoria é referente à avaliação dos espaços, tendo como foco principal os aspectos arquitetônicos contribuintes ao comportamento e sensações humanos, podendo ser instigada por meios comparativos e referenciais. Através da avaliação e compreensão do espaço, pode ser extraída as demandas do projeto e, assim, os conceitos e parâmetros a serem incorporados, passando então para a fase de concepção arquitetônica do espaço em planejamento. Portanto, serão estudados métodos que induzam os participantes à reflexão sobre seus espaços, discussão sobre os aspectos arquitetônicos e definição das diretrizes de projeto. As ferramentas inclusas no estudo foram: Jogo de Imagens e Palavras, Seleção Visual e Jogo de Geração de Ideias.

6.2.1 Jogo de Imagens e Palavras

O método foi desenvolvido por um arquiteto argentino chamado Saddek Rehal e consiste em uma reflexão da perspectiva dos participantes sobre suas experiências de vida e sobre possíveis melhorias nos espaços que utilizam. O Jogo de Imagens e Palavras, como o próprio nome expõe, é uma ferramenta aplicada com utilização de imagens, sejam ilustrações ou fotografias, com objetivo de prestar auxílio na expressão de emoções e sentimentos dos participantes e de proporcionar maior abertura no tratamento das questões em pesquisa. O método facilita a expressão verbal dos participantes, devido ao contato com as imagens e à interação entre eles, trazendo maior precisão aos resultados e evitando equívocos na interpretação do que for exposto pelo participante. (REHAL, 2002 apud DEMARTINI, 2007)

O método é aplicado diante de um grupo de pessoas em um espaço que deve corresponder aos seguintes princípios: os diálogos devem ser realizados em ambiente com tranquilidade, não deve conter no espaço objetos que interfiram ou interrompam o andamento da atividade, como telefone, deve ser proporcionado conforto aos participantes e contato visual entre eles. A aplicação em grupo favorece a interatividade entre os participantes e, conseqüentemente, à coleta de informações mais profundas e detalhadas. A execução da ferramenta dura em torno de duas horas

e é administrada por um moderador, o qual é responsável pelo controle da condução das discussões, a fim de que seja retilínea e sem desvios. (DEMARTINI, 2007)

Utilizando como referência o mesmo estudo abordado no método observação, a análise do CAPSi de Cuiabá, o Jogo de Imagens e Palavras foi aplicado para a eliminação dos obstáculos da expressão verbal encontrados no grupo pesquisado e devido à maior objetividade na compreensão de emoções e sentimentos expressos pelos participantes relacionados aos aspectos dos ambientes. O Jogo foi realizado junto a crianças, adolescentes, responsáveis e funcionários, os quais foram divididos em grupos. Para cada grupo foram distribuídos dois painéis com ilustrações que representassem sentimentos e expectativas relacionados aos espaços do Centro, um abordando aspectos positivos e outro negativos. (DEMARTINI, 2007)

Figura 18 – Painel positivo (à esquerda) e negativo (à direita) utilizado na aplicação do Jogo de Imagens e Palavras com funcionários.



Fonte: Demartini, 2007.

Para a execução dos painéis, no total foram escolhidas 100 imagens, as quais tiveram vínculo com os dados coletados com os métodos aplicados anteriormente (análise documental, análise espacial, observação participativa e entrevistas). Os critérios utilizados para a seleção das imagens foram: representação dos espaços do Centro em questão, de acontecimentos do cotidiano, de aspectos favoráveis ao diálogo e à expressão subjetiva dos participantes. Através das imagens foram abordados o colorido e o monocromático, a presença móvel e carência destas, ambientes de hospitais, escolas e casas, a boa e a má iluminação, praças, salas de dança, felicidade, tristeza, calor e frio, entre outros aspectos referentes ao espaço.

Durante as sessões, após a exposição do questionamento, era possibilitada a comunicação verbal de cada participante, como um diálogo, registradas

por meio de gravações de áudios. Após toda a coleta, os dados foram processados por meio da transcrição das gravações com associação às imagens dos painéis e às características espaciais do CAPSi. A partir da metodologia, foram encontrados “justificativas, anseios, expectativas e sensações de bem-estar ou mal-estar em relação aos espaços avaliados” (DEMARTINI, 2007, p. 73), como por exemplo, em todas as sessões o ambiente e mobília coloridos foram indicados como melhoria ao ambiente, considerado frio devido à monocromia, sendo acrescentadas as sugestões de pinturas de paisagens e de temas infantis, sendo a última direcionados aos ambientes para crianças. Apesar da indicação de temas infantis, ao longo da atividade com os funcionários foi vetada a ideia de serem pintados nas paredes desenhos ilustrados, assim como cores vibrantes, explícito no relato de uma participante, jogadora 1:

[...] tem cores, a gente sabe, que excitam... e nessa figura por exemplo, um psicótico pode de repente pensar que essas carinhas estão olhando pra ele, e pode piorar o estado do surto! (DEMARTINI, 2007, p. 78)

Foram compreendidos, ainda, a necessidade da existência de ambientes externos para a prática de atividades terapêuticas, como para o cultivo de hortaliças, atividades esportivas e outras dinâmicas, correspondendo a espaços abertos ou coberto, este último direcionado à prática esportiva. Outro resultado foi o vínculo do CAPSi ao espaço habitacional por maioria dos participantes, com menor indicação de imagens de clínica e escola, sendo defendido pelo sentido de acolhimento, entretanto foi exposto o desejo de uma fachada mais chamativa e alegre para a menor intimidação dos pacientes que acessam o Centro. Esses e outros resultados foram diagnosticados por meio da aplicação do Jogo. (DEMARTINI, 2007)

6.2.2 Seleção Visual

O presente método possui semelhança ao Jogo de Imagens e Palavras, por meio do qual é selecionado um conjunto de imagens que referenciam-se aos aspectos objetivos e subjetivos do ambiente em estudo, possibilitando o entendimento das preferências e vínculos culturais dos participantes por meios de representações visuais, além da percepção dos impactos das expressões arquitetônicas e configurações espaciais sobre a mente e vida dos usuários dos ambientes. A ferramenta foi proposta por Henry Sanoff (1991 apud Rheingantz et al., 2009), por

consideração à essência visual como potencializadora das expressividades e por favorecer a comparação de aspectos, facilitando a declaração das preferências pelos usuários.

O instrumento foi escolhido como referência à pesquisa não em favor à repetitividade, devido à semelhança com outro método citado, mas principalmente pela coleta bibliográfica referente a uma aplicação do método, sendo relevante ao estudo pela associação de plantas baixas à interação participativa. O caso relatado é um projeto de reforma de uma unidade de alojamento conjunto do Método Canguru de Santa Catarina, a qual acolhe mães e bebês recém-nascidos com quadro clínico instável, neste tipo de estabelecimento são feitos apenas acompanhamentos dos bebês, sem atendimentos médicos.

O ambiente do alojamento era configurado com presença de posto de enfermagem, copa, sala de estar e jantar, banheiro e um quarto coletivo, este último servia para acomodar as mães e bebês, com presença de leitos, berços aquecidos, poltronas de amamentação e pequenos móveis para guarda de objetos pessoais. A configuração dos ambientes, segundo os pesquisadores, refletiam aspectos distantes das habitações, com tipologia fielmente de instituições, com ambiência pouco acolhedora. (ELY et al., 2015)

Com o intuito de realizar um projeto participativo, o grupo adotou alguns métodos de abordagem participativa, incluindo a Seleção Visual. A atividade foi realizada em duas etapas, na primeira foi feita uma seleção de imagens, organizadas como alternativas aos questionamentos propostos, as ilustrações expunham cores, formas, texturas e outros elementos correspondentes ao espaço do alojamento, a partir da visualização destas, os participantes (mães e funcionários) relataram suas preferências. Um dos resultados da primeira fase foi a preferência por cores azuladas e tons terrosos, devido à sensação de tranquilidade transmitida e à harmonia entre as cores. (ELY et al., 2015)

Posteriormente, foram elaboradas duas plantas baixas como propostas ao projeto do alojamento, fundamentadas nos resultados da primeira fase, estas foram exibidas aos participantes, a fim de que expusessem suas opiniões sobre os projetos, selecionando o mais correspondente às suas expectativas, relatando seus critérios de escolha e indicando possíveis alterações ao projeto selecionado. Em comparação aos argumentos acerca das duas plantas, foram ressaltados em ambas a positividade do isolamento da área de atendimento ambulatorial em relação ao alojamento conjunto,

pois proporciona maior privacidade às mães e bebês e controle dos acessos à área. A privacidade também foi apontada como benefício pela presença de boxes individuais como divisórias no quarto coletivo e pela proposta de sala para visitas, em ambos os projetos. (ELY et al., 2015)

Com relação à proposta “A”, o maior número de participantes a selecionaram, devido a proximidade do acesso entre o quarto coletivo e a unidade intensiva neonatal, o que atribui maior facilidade à prestação dos serviços aos bebês e ainda maior segurança. As alterações propostas foram a subtração de um consultório para a ampliação da sala de espera da ala ambulatorial, afim de que seja acrescentada área com brinquedos, e o isolamento da sala de estar destinada às mães, para que haja maior controle e segurança. A proposta “A” ainda possuía como vantagem o menor custo para a realização e menor quantidade de alterações da estrutura já implantada. (ELY et al., 2015)

A proposta “B” foi a menos aceita e demandava variadas intervenções na unidade. As justificativas apresentadas foram o distanciamento do acesso do quarto coletivo à unidade neonatal, o que interfere no andamento dos atendimentos, e o posicionamento descentralizado do posto de enfermagem, levando em consideração a posição do quarto coletivo, pois não permitiria a efetuação do controle visual pelos profissionais. “Esses dois aspectos relacionam-se ao que foi denominado como segurança pelos usuários e se referem a um ambiente que favoreça a eficiência, a qualidade e a rapidez no atendimento” (ELY et al., 2015, p. 130)

Como finalização, foi definida a proposta “A” para a reforma da unidade de alojamento. Pode-se perceber através do estudo a relevância da contribuição dos usuários para a execução de projetos mais adequados às atividades praticadas e às particularidades e identidades dos mesmos.

6.2.3 Jogos de Geração de Ideias

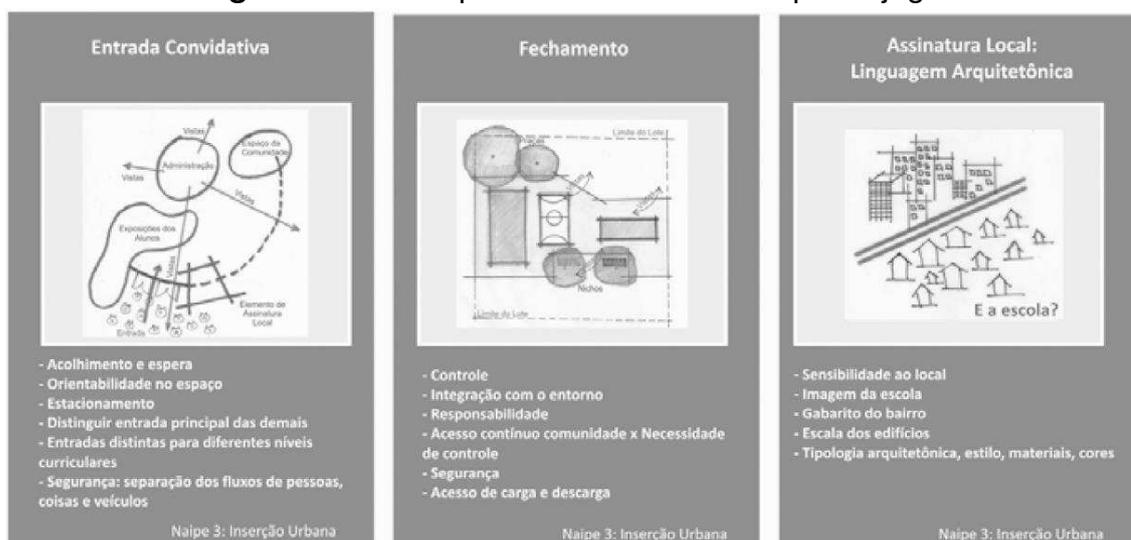
Para instigar a criatividade e interesse dos usuários no processo participativo, com envolvimento ainda maior sobre a concepção do projeto arquitetônico, foi selecionado o método Jogos de Geração de Ideias (*Ideation Game*) exposto em Kumar (2013 apud SCHERER, 2017). A ferramenta estimula a geração de conceitos ao projeto através da diversão, interações didáticas e desenvolvimento de competências, permitindo maior eficiência na exploração ideias. Ainda conforme a

mesma referência, é afirmado: “Projetar e jogar pode elevar os participantes para um novo nível de pensamento não convencional, permitindo que os participantes atravessam as barreiras da criatividade e pensem mais abertamente sobre o futuro” (p. 336).

O jogo é desenvolvido com inserção de desafios de ideação, baseados em percepções, princípios e estruturas extraídos do contexto dos usuários estudado previamente. A etapas de elaboração, aplicação e conclusão da metodologia se resumem em: determinar o objetivo do jogo e coletar as informações iniciais necessárias; definir e entender os participantes; estipular a tipologia do jogo; estabelecer os elementos norteadores e criar o jogo; aplicar o jogo; e discutir as questões a partir dos conceitos. (SCHERER, 2017)

Com base nesses princípios e objetivos, será estudado um jogo desenvolvido no formato de baralho, elaborado em cartas, para integração ao processo participativo arquitetônico em projetos de escolas públicas de São Paulo, intitulado Desembaralhando a Arquitetura Escolar. É estruturado em quinze naipes, correspondentes aos temas principais do estudo embasados nos parâmetros de projeto, por meio dos quais devem ser extraídas soluções conceituais à cada problema, de modo que cada uma resulte em várias alternativas projetuais. Devido à complexidade, esse jogo não inclui a participação de crianças. (DELIBERADOR, KOWALTOWSKI, 2018)

Figura 19 – Exemplo de cartas de um naipe do jogo.

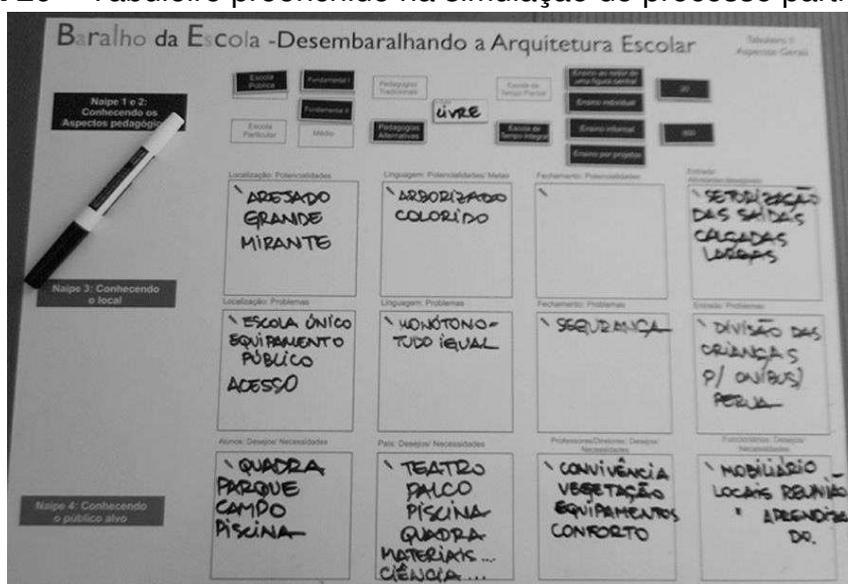


Fonte: Deliberador, Kowaltowski, 2018.

A aplicação do método foi feita em uma simulação de projeto escolar para o ensino fundamental I e II, para comportar 500 alunos. Participaram da atividade duas professoras e uma diretora de escolas públicas, uma pedagoga, pai de um aluno de escola pública, um engenheiro, um arquiteto, um observador e um mediador da discussão, alunos não foram selecionados devido à faixa etária escolhida para o projeto. O terreno de implantação escolhido foi o de uma escola pública em funcionamento, pertencente a um bairro na periferia e a um contexto comum às escolas públicas.

Entre os naipes definidos estavam inserção urbana, espaço de ensino, pátio escolar, áreas sociais, ambientes de apoio, conforto ambiental e psicologia ambiental. Cada naipe foi discutido pelos integrantes do grupo focal, sendo definida a incorporação dos parâmetros do naipe 2 ao projeto, correspondente às modalidades Ensino ao Redor de uma Figura Central, Ensino Individual, Ensino por Projetos e Ensino Informal; além de outros parâmetros dos demais naipes. Durante as discussões, os conceitos definidos foram registrados em tabuleiros, como mostra a imagem abaixo.

Figura 20 – Tabuleiro preenchido na simulação do processo participativo.

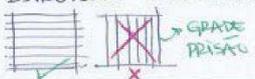
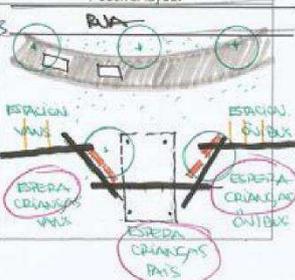


Fonte: Deliberador, Kowaltowski, 2018.

Após a definição dos conceitos e encerramento das sessões, os pesquisadores elaboraram um documento do programa arquitetônico, o qual continha as informações condensadas da etapa participativa, sendo que, em casos oficiais de elaboração arquitetônica, essa fase deve ser executada por profissionais de projeto. O documento foi estruturado em fichas e portava um importante significado para o

processo de projeto. A imagem abaixo é um recorte da ficha do naípe: inserção urbana.

Figura 21 – Exemplo de compilação do programa arquitetônico.

	Metas	Materiais possíveis	Indicadores de Avaliação
Fechamento	<ul style="list-style-type: none"> * OFERECER SEGURANÇA ÀS CRIANÇAS, SEM A ESCOLA PARECER UM PRESÍDIO 	<ul style="list-style-type: none"> * MATERIAIS VAZADOS * VEGETAÇÃO INTEGRADA * DESENHOS PARA OS PORTÕES COM ESTRUTURA HORIZONTAL: 	<ul style="list-style-type: none"> * GARANTE-SE A SEGURANÇA FÍSICA DAS CRIANÇAS SEM PARECER UM PRESÍDIO? * NÃO TEM GRADES?
Entrada Convitativa	<ul style="list-style-type: none"> * ORGANIZAR A ENTRADA E SAÍDA DAS CRIANÇAS SETORIZADA DE ACORDO COM O MEIO DE TRANSPORTE * ACOLHER * SER BONITA <p>↓ MARCOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> * RECEBER AS CRIANÇAS ORGANIZADAMENTE * ESPERA AOS PAIS 	

Fonte: Deliberador, Kowaltowski, 2018.

O jogo para aplicação pode ser estruturado de forma ainda mais lúdica no processo de elaboração projetual, com uso de peças modulares, como no projeto estudado no tópico 4.2.1 deste trabalho, Casas de Parto, em formato de tabuleiro, como o Jogo Ocupe, indicado na Figura 2, ou outras maneiras, de modo que o participante interaja e possa desenvolver sua criatividade. Outro método que pode ser aderido à pesquisa é Prototipagem, para testes dos conceitos e avaliação dos aspectos definidos através da criação de modelos tridimensionais, método descrito em Scherer, 2017.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo abordará as conclusões desta pesquisa, retomando os objetivos e questionamentos apresentados inicialmente, e considerações sobre a aplicação dos métodos de pesquisa recomendados.

Para estimular a adoção de métodos participativos no planejamento de equipamentos de saúde, adotou-se uma metodologia teórica de pesquisa, executada por meio de revisões bibliográficas e estudo de caso. A exploração do tema proporcionou a descoberta de iniciativas para o envolvimento dos usuários no projeto de EAS, ainda que de modo pouco expressivo.

A compreensão da Arquitetura Social, seu campo de atuação e seus parâmetros participativos demonstrou que esta desenvolve-se no contexto, principalmente, de vulnerabilidade social, atuando como transformador dessas realidades, e ressaltou a ideia inicial de que a área da saúde ainda é pouco explorada nesse campo. A participação popular, com base nos estudos, é vinculada aos processos iniciais de investigação das demandas, podendo ser estendida às fases de concepção final do modelo arquitetônico.

O estudo das diretrizes de planejamento de equipamentos de saúde, introduzido pela análise do modelo de abordagem da saúde pelo governo, o qual evidencia a gestão participativa no desenvolvimento de planos dos serviços, ressaltou que os métodos de programação do espaço físico não instigam uma investigação aprofundada do contexto social ou a humanização dos projetos, o que poderia induzir a execução de projetos participativos. Entretanto, os princípios de regulamentação dos projetos de EAS proporcionam liberdade aos projetistas para a integração dos ambientes a cada projeto, não fixando uma configuração espacial para cada tipologia edilícia de saúde, a fim de que sejam acrescentados os espaços que atendam a demanda de acordo com o perfil estipulado da unidade.

A abordagem participativa em saúde pelas ações governamentais foi analisada a partir dos serviços dos centros socioassistenciais CRAS e CREAS, através dos quais foi possível compreender a centralidade na família e a territorialização como principais parâmetros dos serviços. Apesar dos edifícios não serem projetados por meio da participação, estes são implantados com adoção de critérios centrados na vulnerabilidade social, para melhor assistir as famílias, e aborda ativamente a participação na elaboração dos serviços. O estudo do CRAS e CREAS

contribui à pesquisa com a questão da proximidade já estabelecida com as famílias e com uma contextualização mais aprofundada de suas vulnerabilidades, fatores que podem ser integrados ao processo de elaboração arquitetônica participativa de equipamentos de saúde, supondo-se aqui uma aliança dos serviços destes estabelecimentos com as pesquisas projetuais para implantação de EAS.

Para a compreensão da importância da abordagem participativa e humanização dos espaços de saúde, estudou-se a relação pessoa-ambiente, por meio da exploração da Psicologia Ambiental, seus métodos de abordagem e relação com a arquitetura, através do estudo de uma pesquisa sobre a programação arquitetônica baseada no comportamento. Para o mesmo fim, analisou-se estudos científicos que comprovam intervenções dos aspectos arquitetônicos na saúde humana, incluindo a contribuição para a redução do tempo de permanência nos equipamentos de saúde. As informações das temáticas ressaltadas apresentam respostas ao questionamento inicial acerca da interferência da arquitetura no psicológico e comportamento humano, revelando que as sensações de estresse, tédio, bem-estar e correspondência aos tratamentos ofertados são influenciados pelos aspectos de iluminação, ventilação, ruído, designs ergonômicos, layout, individualidade, coletividade, entre outros.

O estudo mostra alguns aspectos integrados à arquitetura hospitalar direcionada à humanização comparados ao modelo arquitetônico centrado na funcionalidade, perpetuado em hospitais de séculos passados, caso do Hospital Colônia de Barbacena analisado, evidenciando a acentuação da preocupação com a psicologia do espaço e produção de ambientes terapêuticos na metodologia de projetos mais recentes. É ressaltada a questão das cores, permeabilidade e outros aspectos apontados nos estudos científicos, além de elementos estéticos extraídos do cotidiano humano, caso de projetos referenciados na habitação, com integração de personalidade e identidade à configuração arquitetônica dos equipamentos.

A produção participativa de estabelecimento de saúde com integração de identidade cultural, aliada à funcionalidade, em prol da adequada prestação de serviços e atendimento das demandas, é vista no projeto Casas de Parto, selecionado para estudo de caso. O estudo permitiu vislumbrar a viabilidade da prática do método participativo na arquitetura da área da saúde e os benefícios desse modo de produção, respaldados nos estudos teóricos. O conhecimento deste projeto foi um dos fatores que instigou o desenvolvimento dessa pesquisa.

Com base nos estudos das temáticas apresentadas acima, incluindo o estudo de caso, pode-se concluir que a contribuição do planejamento participativo de estabelecimentos de saúde com os serviços prestados é o conhecimento e atendimento das necessidades; a aproximação dos pacientes aos espaços, pela menor opressão da arquitetura hospitalar; além da acentuação de respostas positivas aos tratamentos, devido aos benefícios psicológicos e comportamentais já citados anteriormente. Outra contribuição é com a continuidade do andamento dos serviços, pois a adoção de sistemas construtivos adequados à cada localidade, considerando os elementos encontrados na região, facilita a manutenção estrutural e a redução de maiores transtornos aos pacientes.

Para o aprofundamento da aplicação da abordagem participativa e para fortalecer a ideia e importância da produção de projetos terapêuticos de espaços de saúde, estudou-se uma doença com grande notoriedade e impacto sobre a sociedade atual, a depressão, a qual direcionou a pesquisa à análise da Política de Atenção à Saúde Mental, fortalecida pelo método de descentralização da saúde, e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que atendem pacientes com transtornos depressivos. A pesquisa revelou que, apesar do alto índice de pessoas com depressão, os equipamentos dos CAPS atendem em grande quantidade essa demanda, sendo implantados com critérios de territorialidade e vulnerabilidade, semelhante aos CRAS e CREAS.

Outro aspecto encontrado, com relação ao CAPS, é que os serviços são proporcionadores de interações sociais, ressaltados ainda pelas atividades das Oficinas Terapêuticas, seus espaços comportam essas interações, porém, por visão da pesquisadora, não são estimuladores destas. Percebe-se que não há uma uniformidade dos projetos desses espaços, o que por um lado é considerado positivo pela possibilidade de adequação dos estabelecimentos às demandas de cada região, porém, por outro lado, nota-se que grande parte são projetados com centralidade na função do estabelecimento, enquanto alguns apresentam uma arquitetura mais humanitária e terapêutica.

A influência da psicologia ambiental nos quadros clínicos de portadores de transtornos depressivos é comprovada com a integração da natureza e cromoterapia aos espaços, além da propiciação de liberdade e interação social e da adequação de outros aspectos arquitetônicos, como iluminação, o que permite maior visualização da relação da arquitetura com a saúde humana, principalmente a saúde mental. Além de

estudos de artigos, o projeto estudado de uma clínica de internamento para adolescentes com transtornos mentais e comportamentais, projetada com método participativo, norteia a produção de equipamentos de saúde com serviços para tratamento da depressão, pelos aspectos terapêuticos dos espaços. O projeto citado não foi integrado à pesquisa como estudo de caso por não ser relatado na referência textual informações detalhadas sobre a participação.

O levantamento de métodos participativos para a produção de equipamentos de saúde mental, o objetivo geral da pesquisa, partiu da condução metodológica abordada no estudo da relação pessoa-ambiente e das interfaces adotadas na prática da Arquitetura Social, sendo adotados como critérios a multiplicidade de métodos, para possibilitar a coleta de dados mais precisos; a centralidade em pessoas e no ambiente; e a abordagem lúdica, para maior interatividade dos participantes. Foi considerado como locais de abordagem participativa equipamentos de saúde já implantados e espaços do cotidiano da população-alvo, aderindo também a possibilidade de integração das atividades de pesquisa às atividades do CRAS, CREAS ou CAPS ocorridas fora das unidades, com finalidade de maior vínculo com as famílias.

Através dos métodos estudados – entrevista, observação, poema dos desejos, jogo de imagens e palavras, seleção visual e jogos de geração de ideias – busca-se a obtenção de informações sobre a identidade cultural e necessidades dos futuros usuários dos espaços a serem instalados, suas percepções ambientais e reações aos aspectos arquitetônicos, além de conceitos e ideias para a elaboração física dos espaços. A partir disso, com o emprego desses instrumentos ou outros, pretende-se uma maior realização de projetos arquitetônicos para saúde centrados no usuário, não apenas na funcionalidade, e maior incentivo à procura de serviços de saúde por parte da população. Busca-se, ainda, estimular a investigação da influência arquitetônica nos quadros clínicos, não apenas com relação à depressão e outros transtornos mentais, mas aos demais problemas de saúde, considerando que o estado físico humano é influenciado pelo estado mental.

Apesar da comprovação teórica da importância da abordagem participativa na psicologia dos espaços de saúde e, conseqüentemente, na saúde humana e nos serviços hospitalares, reconhece-se aqui a dificuldade de aplicação dessa metodologia de projeto, devido a demanda de verbas, tempo e de pessoas para coordenar as atividades, as quais, dependendo da ferramenta de pesquisa, precisam

ser submetidas a treinamentos. Considera-se ainda o corte de verbas para área da saúde pelo governo atual, o que pode suceder em maior impacto na área da saúde mental e, conseqüentemente, na impossibilidade de propagação da metodologia participativa dos estabelecimentos de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLA, José; BORGES, Marcos.; OLIVEIRA, Juliana. Arquitetura para equipamentos públicos e as redes em Saúde. In: I ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO, 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: [s. n.], 2010.

ALVES, Maria C. L.; BASSANI, Marlise A. **A Psicologia Ambiental como Área de Investigação da Inter-relação Pessoa-Ambiente**. São Paulo. [20--]. Disponível em: <<http://legacy.unifacef.com.br/novo/publicacoes/IIforum/Textos%20EP/Marlise%20e%20Maria%20Cherubina.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2019.

ARANTES, Daniel Victor. Depressão na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.2, nº 8, jan / mar 2007. p. 261-270.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. ; Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BASEhabitat. Sunderpur Housing. 2016?. Disponível em: <<http://www.basehabitat.org/projekte/sunderpur-housing>>. Acesso em: 05 set. 2019.

BECK, Ulrich. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva, pp. 11-71. In U Beck, A Giddens & S Lash. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: Editora Unesp, 1997.

BENEVOLO, Leonardo. **História da Arquitetura Moderna**. 3. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

BERTOLETTI, Roberta. **Uma Contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica**: Estudo no Residencial Terapêutico Morada São Pedro em Porto Alegre. 2011. 212 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF, 2002. p.144.

Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema Único de Assistência Social. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social - CRAS. 1. ed. Brasília, 2009. 72 p.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS. Brasília: Gráfica e Editora Brasil LTDA, 2011. 120 p.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social; Conselho Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**: Reimpressão 2014. Brasília-DF. 2013. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília-DF: Editora MS, 2015. 44 p.: il.

BRASIL. Ministério da saúde; Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed., 138 p.: il., rev. Brasília-DF: Editora MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial**. [201-]

CARDOSO, Carmen Fabiana. **Atenção Primária à Saúde**: Arquitetura e Urbanismo, Instrumentos de sua Materialização Físico-espacial. 2006. 161 p. Dissertação (Pós Graduação em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

CARVALHO, Iana; CARVALHO, Cesar; LOPES, José. Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, jan-mar 2015, 10(34). p.1-7.

CASTELNOU. Antonio Manuel Nunes. Arquitetura e Sustentabilidade na Sociedade de Risco. **Terra e Cultura**, ano XIX, nº 37, p. 131-146, 2006.

CAU/BR. **Arquitetura Social: o mal-entendido que levou Ruy Ohtake a Heliópolis em São Paulo**. 2018. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/br/896166/arquitetura-social-o-mal-entendido-que-levou-ruy-ohtake-a-heliopolis-em-sao-paulo>>. Acesso em: 04 set. 2019.

CAVALCANTE, Sylvia; MACIEL, Regina H. Métodos de Avaliação da Percepção Ambiental. (p. 149-180). In: PINHEIRO, J. Q. e GÜNTHER, H. (org.). **Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

CAVALCANTE, Lis M. **Centro Hospitalar Adolescente / TVA Architects**. 2017. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/873646/centro-hospitalar-adolescente-tva-architects?ad_medium=gallery>. Acesso em: 13 nov. 2019.

CORREIA JR, Rubens; VENTURA, Carla. O Tratamento dos Portadores de Transtorno Mental do Brasil – Da legalização da exclusão à dignidade humana. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v.15 n.1, p. 40-60, mar/jun. 2014.

COSTA, Renato Gama-Rosa. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol. 18. supl. 1, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000500004>. Acesso em: 01 out. 2019.

DEL RIO, Vicente. **Introdução ao desenho urbano no processo de planejamento**. São Paulo, Pini. 1990.

DELIBERADOR, M. S.; KOWALTOWSKI, D. C. C. K. Importância dos agentes para a arquitetura escolar: aplicação de jogo de apoio ao processo participativo. **Ambiente Construído**. vol.18, n. 2, Porto Alegre, abr./jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-86212018000200273>. Acesso em: 03 dez. 2019.

DEMARTINI, Juliana. **Um Olhar Arquitetônico sobre Centros de Atenção Psicossocial Infantil: O caso do Capsi de Cuiabá**. 2007. 140p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

ELALI, Gleice Azambuja. Psicologia e Arquitetura: em busca do locus interdisciplinar. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 2, n. 2, p. 349-362, dez. 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1997000200009&lng=en&nrm=iso>. acesso em 22 de novembro de 2019.

ELY, V. H. M. B et al. Atributos ambientais desejáveis a uma unidade de alojamento conjunto Método Canguru a partir de uma experiência de projeto participativo. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 119-134, abr./jun. 2017.

FERREIRA, Luiz Felipe. **Iluminando o Lugar: três abordagens (Relph, Buttimer e Harvey)**. Boletim Goiano de Geografia. Goiânia, jan/julho de 2002. v. 22, n.01. p. 43-72.

FERREIRA, L. B.; TORRECILHA, N.; MACHADO, S. H. S. A Técnica de Observação em Estudos de Administração. In: XXXVI ENCONTRO DA ANPAD, 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_EPQ482.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2019.

FIEDERER, Luke. **Clássicos da Arquitetura: Projeto Habitacional Pruitt-Igoe / Minoru Yamasaki**. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/br/871669/classicos-da-arquitetura-projeto-habitacional-pruitt-igoe-minoru-yamasaki>>. Acesso em: 09 maio 2019.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do Hospital. In _____. **Microfísica do Poder**. 28ª reimpressão. Rio de Janeiro: Graal, 2010. Cap. VI, p. 99-112.

GHIRARDO, Diane. **Arquitetura Contemporânea: Uma história concisa**. 2 ed. São Paulo, Editora WMF Martins Fontes, 2002.

GONÇALVES, Márcio Augusto. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis. 2014. 132p.

GÜNTHER, Hartmut; ROZESTRATEN, Reinier. J. A. Psicologia Ambiental: Algumas considerações sobre sua área de pesquisa e ensino. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, vol. 9, n.21, pp.107-122. 1993. Disponível em: <<https://psiambiental.files.wordpress.com/2016/03/1993-gunther-rozenstraten-psi-amb.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

GÜNTHER, Hartmut; PINHEIRO, Gleice A. E. A abordagem Multimétodos em Estudos Pessoa-Ambiente: Características, definições e implicações (p. 369-396). In: PINHEIRO, J. Q. e GÜNTHER, H. (org.). **Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

GÜNTHER, Isolda A. O Uso da Entrevista na Interação Pessoa-Ambiente. (p. 53-74). In: PINHEIRO, J. Q. e GÜNTHER, H. (org.). **Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

HERSHBERGER, Robert. Behavioral-Based Architectural Programming. p. 292-305. In: BECHTEL, Robert. B.; CHURCHMAN, Arza (org.). **Handbook of Environmental Psychology**. New York: John Wiley & Sons, Inc. 2002

HOLOCAUSTO BRASILEIRO. Produção HBO e Vagalume Filmes. 2016. 90mi

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, RS, vol. 16, n. 4, p. 2059-2066, 2011.

KAPP, Silke. Por que Teoria Crítica da Arquitetura? Uma explicação e uma aporia. In: Maria Lúcia Malard. (Org.). **Cinco Textos Sobre Arquitetura**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005, p. 115-167.

KAPP, Silke. Direito ao espaço cotidiano: moradia e autonomia no plano de uma metrópole. **Caderno Metrópole**, São Paulo, v. 14, n. 28, pp. 463-483, jul/dez 2012a.

KAPP, Silke et.al. Arquitetos nas favelas: três críticas e uma proposta de atuação. Florianópolis: 2012b. IV CONGRESSO BRASILEIRO E III CONGRESSO IBEROAMERICANO HABITAÇÃO SOCIAL: ciência e tecnologia “Inovação e Responsabilidade”.

LEAL, Bruna M.; ANTONI, Clarissa De. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, n. 40, abr. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008>. Acesso em: 29 out. 2019.

LOPES, Claudia S. et. al. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. **International Journal for Equity in Health**. 2016.

LORENTZ, Rafael De Conti. Arquitetura como ferramenta de construção da cidadania, p. 99-110. In: II CONGRESSO INTERNACIONAL UMA NOVA PEDAGOGIA PARA A SOCIEDADE FUTURA: Protagonismo Responsável, Rio Grande do Sul, set. 2016. **Anais...** Rio Grande do Sul, 2016. p. 99-110. Disponível em: <<https://reciprocidade.emnuvens.com.br/novapedagogia/article/view/145>>. Acesso em: 20 maio 2019.

MACHADO, E. S.; AZEVEDO, G. A. N.; ABDALLA, G. F. **A Importância do Olhar dos Usuários em Ambientes da Arquitetura Hospitalar**: uma aplicação do Poema dos Desejos. In: 2º Simpósio Brasileiro de Qualidade do Projeto no Ambiente Construído. Rio de Janeiro, 2011. **Anais...** Rio de Janeiro, 2011. p 390-400.

MARICATO, Ermínia. As ideias fora do lugar, e o lugar fora das ideias. In: ARANTES, Otília Beatriz Fiori; VAINER, Carlos; MARICATO, Ermínia. **A cidade do pensamento único. Desmanchando consensos**. Coleção Zero à esquerda, Petrópolis, Vozes, 2000. Disponível em: <<http://labcs.ufsc.br/files/2011/12/07.-MARICATO-E.-As-ideias-fora-do-lugar-e-o-lugar-fora-das-ideias.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MARTINS, Karina Tatiane da Costa. A realidade da Assistência Social no âmbito dos CRAS e CREAS do Rio Grande do Norte identificada em ações fiscalizatórias do Ministério Público Estadual. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 19, v.1, p. 44-65, jul/dez. 2016.

MEDEIROS, Pollyanna F. P. et. al. **Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS)**: Eixo Políticas e Fundamentos. 2016. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdf>> Acesso em: 21 out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>>. Acesso em: 18 out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Governo federal lança campanha de valorização da vida e de combate à depressão**. 2019. Disponível em: <<http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45805-governo-federal-lanca-campanha-de-valorizacao-da-vida-e-de-combate-a-depressao>>. Acesso em: 30 out. 2019.

MONTANER, Josep Maria. **Depois do movimento moderno: Arquitetura da segunda metade do século XX**. 1 ed. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, SL, 2001.

MULKE, Wolfgang. **De cidade-modelo a gueto: ida e volta**. Disponível em: <<https://www.goethe.de/ins/br/pt/kul/fok/bau/21319032.html>>. Acesso em: 06 maio 2019.

NEVES, Fernando Henrique. **Critérios de Planejamento e Implantação de Equipamentos Urbanos Comunitários de Educação e Saúde**: Estudo de caso em

Curitiba de 2010 a 2014. 2015. 120 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Construção Civil) – Universidade Federal de Paraná, Curitiba, 2015a.

NEVES, Fernando Henrique. Planejamento de equipamentos urbanos comunitários de educação: algumas reflexões. **Caderno Metrópole**, São Paulo, v. 17, n. 34, pp. 503-516, nov. 2015b.

NOGUEIRA, Priscilla Silva. **Práticas de Arquitetura para Demandas Populares: A experiência dos Arquitetos da Família**. 2010. 186p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

OLIVEIRA, Juliana. S.; PINHEIRO, Ethel; ABDALLA, José G. F. Identidade e Território sob a Ótica do Paciente Pediátrico: Uma aplicação do Poema dos Desejos.. In: 15º ERGODESIGN & USIHC , vol. 2, num. 1. **Anais...** São Paulo: Blucher, 2015. p. 23-33. Disponível em: <<http://www.proceedings.blucher.com.br/article-list/8ergodesign-usihc-250/list#articles>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

OLSCHOWSKY, Agnes et. al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 781-787, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Genebra, Suíça. 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=F1B3FE6B7035FD08F590B3FCF52B45F5?sequence=1>. Acesso em: 17 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global**. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2019.

PINHEIRO, J. Q; ELALI, Gleice A.; FERNANDES, O. S. Observando a Interação Pessoa-Ambiente: Vestígios Ambientais e Mapeamento Comportamental (p. 75-104). In: PINHEIRO, J. Q. e GÜNTHER, H. (org.). **Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

RAJA, Raffaele. **Arquitetura Pós-industrial**. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1986.

RAMOS, Katiúcia M.; LUKIANTCHUKI, Marieli A. Edifícios Hospitalares: A Contribuição da Arquitetura na Cura. IX EPCC – ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA UNICESUMAR, 9, 2015, Maringá. **Anais...** Maringá, PR, 2015, p. 4-8. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2015/anais/katiucia_megda_ramos_1.pdf> Acesso em: 05 nov. 2019.

RHEINGANTZ, Paulo A. et al. **Observando a Qualidade do Lugar**: Procedimentos para a avaliação pós-ocupação. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Pós-Graduação em Arquitetura, 2009.

RIBEIRO, Lorena A.; SALA, Ariane L. B.; OLIVEIRA, Alice G. B. **As oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial**. Cuiabá. 2008. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/296>>. Acesso em: 02 nov. 2019.

ROMANINI, Anicoli. Planejamento urbano & equipamentos urbanos: o caso de Passo Fundo/RS. **Revista de Arquitetura da IMED**, [S. l.], 2012, v. 1, n. 1, p. 58-70, jan/jun 2012.

SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ívani. **Saúde e Arquitetura**: Caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2004. 108 p.

SCHERER, Fabiano de Vargas. **Sistematização e Proposição de Metodologia de Projeto para Sinalização Espaço–Usuário–Informação**. 2017. 388 p. Tese (Doutorado em Design) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SILVA, Raquel C.; MONTEIRO, Cláudia F. **Cromoterapia**: um importante recurso terapêutico para a terapia ocupacional. X ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E VI ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO – Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2006. p. 660-662. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/inic/inic/03/Sa%FAde%20inic%20X008.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2019.

SOMBRA, Caroline A. **Centro de Apoio para Adolescentes com Depressão**. 2018. 152 p. Monografia (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2018.

TOLEDO, Luiz Carlos. **Feitos para Curar**: Arquitetura Hospitalar e Processo Projetual no Brasil. 2002. 200 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/33558747-Feitos-para-curar-arquitetura-hospitalar-processo-projetual-no-brasil-161.html>>. Acesso em: 17 set. 2019

TOLEDO, Luiz C. M. **Humanização do Edifício Hospitalar**: Um Tema Em Aberto. [20--]. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/humanizacao_edificio_hospitalar.pdf> Acesso em: 26 nov. 2019.

ULRICH, Roger et al. **The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity.** 2004. Disponível em: <https://www.healthdesign.org/system/files/Ulrich_Role%20of%20Physical_2004.pdf> Acesso em: 22 nov. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS- UFRGS. **TeleCondutas:** depressão. Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Depressao_20170428.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

USINA CTAH. [201-]. Disponível em: <<http://www.usina-ctah.org.br/sobre.html>>. Acesso em: 28 ago. 2019

USINA CTAH. **Escola Popular de Agroecologia Egídio Brunetto.** [201-]. Disponível em: <usina-ctah.org.br/escolamst.html>. Acesso em: 30 ago. 2019

WAPNER, Seymour; DEMICK, Jack. The Increasing Contexts of Context in the Study of Environment Behavior Relations. p. 3-14. In: BECHTEL, Robert. B.; CHURCHMAN, Arza (org.). **Handbook of Environmental Psychology.** New York: John Wiley & Sons, Inc. 2002

WESTPHAL, Eduardo. **A Linguagem da Arquitetura Hospitalar de João Filgueiras Lima.** 2007. 130 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ZATARAIN, Karina. **Workshop universitário realiza projetos para a construção de casas de parto no México.** 2017. Disponível em: <<https://www.archdaily.mx/mx/871883/taller-universitario-realiza-proyectos-para-la-construccion-de-casas-de-parto-en-chiapas>>. Acesso em: 13 nov. 2019.

ZATARAIN, Karina. **Arquitetura que transcende barreiras de linguagem: Casas de Parto no México.** 2018. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/br/887681/arquitetura-que-transcende-barreiras-de-linguagem-casas-de-parto-no-mexico>>. Acesso em: 13 nov. 2019.