

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO
UNIDADE DE TRATAMENTO SOLARE: A INSERÇÃO DA BIOFILIA E
DA SUSTENTABILIDADE NO PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO
DO INDIVÍDUO**

AGATHA STEFANI NUNES

**LAVRAS-MG
2021**

AGATHA STEFANI NUNES

**UNIDADE DE TRATAMENTO SOLARE: A INSERÇÃO DA BIOFILIA E
DA SUSTENTABILIDADE NO PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO
DO INDIVÍDUO**

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Metodologia da Pesquisa II, curso de graduação em Arquitetura e Urbanismo.

ORIENTADORA

Prof^a. Ma. Nayhara Camila Andrade

**LAVRAS-MG
2021**

Ficha Catalográfica preparada pelo Setor de Processamento Técnico da Biblioteca Central do
UNILAVRAS

Nunes, Agatha Stefani.

N972u Unidade de tratamento Solar: a inserção da biofilia e da sustentabilidade no processo ressocialização do indivíduo / Agatha Stefani Nunes. – Lavras: Unilavras, 2022.

85f.:il.

Portfólio acadêmico (Graduação Arquitetura e Urbanismo) – Unilavras, Lavras, 2022.

Orientador: Prof.^a Nayhara Camila Andrade.

1. Reabilitação. 2. Ressocialização. 3. Sustentabilidade. 4. Biofilia. I. Andrade, Nayhara Camila. (Orient.). II. Título.

AGATHA STEFANI NUNES

**UNIDADE DE TRATAMENTO SOLARE: A INSERÇÃO DA BIOFILIA E
DA SUSTENTABILIDADE NO PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO
DO INDIVÍDUO**

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Metodologia da Pesquisa II, curso de graduação em Arquitetura e Urbanismo.

Aprovado em 01 / 12 / 2022

ORIENTADORA
Prof^a. Ma. Nayhara Camila Andrade

LAVRAS-MG
2021

Dedico este portfólio primeiramente aos meus pais Iara Aparecida Stefani de Sousa e Paulo Nunes Silva; aos meus irmãos Gabriel Alvarenga Rocha e Pedro Marques de Melo Neto. Aos meus amigos do Clubinho do Chá e do Chopp & Chilly, por dividirem comigo o mesmo anseio de transformar este mundo em um local melhor e mais digno. Aos profissionais e aspirantes de arquitetura, paisagismo e artes, por acreditarem nessas ferramentas como potencialidades modificadoras de espaços e vidas; aos profissionais e cidadãos que acreditam e que se voluntariam em projetos sociais; e aos indivíduos que necessitam de visibilidade e ajuda para recuperarem sua determinação, dignidade e força de viver.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente os meus pais, Iara e Paulo, por fazerem o possível e o impossível para tornar realidade o meu sonho de ser arquiteta. Aos meus irmãos Gabriel e Pedro, por toda fraternidade. Ao meu tio Rodrigo, pelo auxílio profissional e pela motivação, e minha tia Patrícia e prima Sofia. Família, vocês nunca permitiram que a distância nos separasse, e jamais deixaram faltar amor.

À minha orientadora Nayhara Camila Andrade, por me ajudar a construir esse projeto.

Ao Jhonatan e ao Weverton, que se tornaram meus irmãos. Crescemos juntos, desenvolvemos nossas habilidades, e fomos além. Obrigada por estarem presentes desde o início do curso, pelos ensinamentos, pela amizade sem limites.

Ao Clubinho do Chá, que proporcionou crescimento conjunto, reflexões, e sendo apoio para todo momento e vivência. Formamos a mais doce fraternidade que pude conhecer. Vocês me ensinaram a ter garra, determinação, e me mostraram o quão forte eu posso ser. Desde já admiro os profissionais que vamos nos tornar.

Aos amigos do “Chopp e Chilly”, vocês me ensinaram sobre vivências, sobre a rua, o urbano, o sistema, e principalmente sobre a vida. Com vocês, meu anseio de mudar o mundo cresceu cada vez mais, pois cada uma de nossas conversas reflexivas alimentavam meus sonhos.

À minha amiga Livia, por toda parceria sólida desde quando nos conhecemos. Obrigada pela presença, pela motivação, por nos tornarmos irmãs! Um brinde a nós!

À família Rep. Katakumba, Fellipe, Mônica e Matheus, não havia lugar melhor para chamá-lo de lar. Sempre lembrarei de todas as refeições aos domingos, e de todos os debates sobre a vida.

À Marisa Alvarenga de Melo, por confiar em todo meu potencial e nunca me permitir desistir. Sem seu apoio, não teria chegado tão longe.

Por fim, agradeço de forma ampla a todos que estiveram presentes comigo nesta caminhada. A arquitetura nos faz observar os detalhes e dar a devida importância a interferência deles para com o ambiente. Sendo assim, cada pessoa que esteve comigo, cada conversa que construímos, me trouxe até aqui. Obrigada!!

“Desejo ver um mundo melhor, mais fraternal, em que as pessoas não queiram descobrir os defeitos das outras, mas, sim, que tenham prazer de ajudar o outro.”

(NIEMEYER, 1907-2012)

RESUMO

Atualmente, o crescimento do abuso de substâncias lícitas, ilícitas e psicoativas ocorre de maneira acelerada ao redor do mundo. No Brasil cerca de 16,5% das pessoas sofrem com a dependência alcoólica, 33,5% com dependência em produtos de tabaco, e pelo menos 4,9 milhões de pessoas fazem uso de alguma substância ilícita. Sabendo que a dependência química afeta a saúde, a dignidade, a vivacidade do usuário, seus vínculos sociais, profissionais e familiares, surgem diversas formas de tratamento no decorrer cronológico da história, como as Fazendas de Recuperação e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Porém, a maioria dos CAPS e demais centros de reabilitação geralmente são implantados em edifícios adaptados, apresentando ambientes que não são capazes de suprirem as reais necessidades dessas pessoas, deixando a desejar em quesitos como acessibilidade, conforto ambiental e espaços humanizados.

Neste contexto o objetivo geral do trabalho é desenvolver a Unidade de Tratamento Solare, focada no tratamento em dependência química para o gênero feminino, em Campo Belo/MG. Assim, com a elaboração desse projeto foi possível utilizar da biofilia e da sustentabilidade como ferramentas auxiliares na reabilitação humanizada, potencializando seus fatores terapêuticos, tornando possível ao paciente reconstruir sua integridade física, sensorial, emocional e social.

Palavras chave: 1. Reabilitação. 2. Ressocialização. 3. Sustentabilidade. 4. Biofilia.

LISTAS DE ABREVIATURAS

Nº - número

M² – metro quadrado

Km – quilômetros

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APP – Área de Preservação Permanente
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
CAPS/AD – Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EUA – Estados Unidos da América
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
LEED – *Leadership in Energy and Environmental Design* (Liderança em Energia e Design Ambiental)
LNUD – Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira
NA – Narcóticos Anônimos
OMS – Organização Mundial de Saúde
PROVIN – Projeto Vida Nova
SED – Síndrome do Edifício Doente
SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas
SENAPRED – Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas
SNC – Sistema Nervoso Central
UNIFESP – Faculdade de São Paulo
UNODC – Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes
ZRDS – Zona Rural de Desenvolvimento Sustentável

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1– Localização do terreno do Projeto Cidade Viva.....	36
Imagem 2 – Entorno Imediato	38
Imagem 3 – Localização do Groot Klimmendaal	46
Imagem 4 – Groot Klimmendaal.....	48
Imagem 5 – Área de circulação.....	50
Imagem 6 – Interiores	51
Imagem 7 – Estrutura aparente.....	54
Imagem 8 – Setorização das alas por gênero	57
Imagem 9 – Ambientes do setor masculino.....	58
Imagem 10 – Ambientes do setor feminino	59
Imagem 11 – Ambientes do setor masculino.....	60
Imagem 12 – Dormitórios	61
Imagem 13 - Acessos principais ao terreno	64
Imagem 14 - Principais equipamentos urbanos	65
Imagem 15 - Hierarquia viária	66
Imagem 16 – Mapa de sistema viário.....	67
Imagem 17 – Mapa de figura e fundo.....	68
Imagem 18 – Mapa de figura e fundo.....	69
Imagem 19 – Aspectos Paisagísicos.....	70
Imagem 20 – Esquemas de insolação e ventilação	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Setorização do Projeto Cidade Viva	37
Figura 2 – O Projeto Cidade Viva.....	38
Figura 3 – Implantação Centro de Reabilitação Cidade Viva	39
Figura 4 – Cruz de Lorena/ Cruz Patriarcal	40
Figura 5 – Desenho de Antônio Cláudio Massa do Centro de Reabilitação Cidade Viva	41
Figura 6 – Fachadas sudeste e noroeste	42
Figura 7 – Setorização	42
Figura 8 – Cortes AA e BB	43
Figura 9 – Planta baixa	44
Figura 10 – Sistema Estrutural	45
Figura 11 – Fases do masterplan de van Vesen	47
Figura 12 – Implantação do Groot Klimmendaal	47
Figura 13 – Fachadas leste e oeste	49
Figura 14 – Planta baixa pavimentos -1, 0, 1, 2, 3 e 4	52
Figura 15 – Localização do município de Campo Belo/MG.....	63
Figura 16 - Características geográficas e topográficas	72

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA	15
1.1 Conceitos de saúde, doença e droga no processo histórico da humanidade	15
1.1.1 Tipos de usuários e a dependência química	19
1.1.2 Drogas, suas tipologias e as principais consumidas no Brasil.....	22
1.2 Combate as drogas no Brasil e no mundo	24
1.3 Conceitos de reabilitação e os tipos de tratamento.....	28
1.3.1 PROVIN – Projeto Vida Nova	30
1.4 Influência do espaço no comportamento humano.....	33
CAPÍTULO II – ESTUDOS DE CASOS	35
2.1 Centro de recuperação para dependentes químicos Cidade Viva	35
2.2 Centro de Reabilitação Groot Klimmendaal	46
CAPÍTULO III – PROBLEMÁTICA	56
CAPÍTULO IV – DIRETRIZES PROJETOuais	63
4.1 Localização e Diretrizes Legislativas.....	63
4.2 Análise e Diagnóstico do Entorno Imediato.....	66
4.3 Conceito	73
4.4 Programa de Necessidades	74
4.5 Fluxograma e setorização.....	77
CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS	80

INTRODUÇÃO

Diante do cenário mundial do século XXI, no qual o crescimento do abuso de substâncias lícitas, ilícitas e psicoativas ocorre de maneira acelerada, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o vício em substâncias químicas como doença, e deve ser tratada como as demais outras, recebendo tratamento especializado e suporte (OMS, 2004). Segundo o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC), eram estimados, entre 15 a 64 anos, 210 milhões de usuários em 2009, obtendo crescimento de 28% em 2018, totalizando estimados 269 milhões de usuários, representando cerca de 5,3% da população mundial (UNODC, 2020). No panorama nacional, de acordo com uma pesquisa realizada pela fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e demais parcerias como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Nacional de Câncer (INCA), e a Universidade de Princeton dos EUA, 16,5% dos brasileiros sofriam com a dependência alcoólica, 33,5% com dependência em produtos de tabaco, e pelo menos 4,9 milhões de pessoas fizeram uso de alguma substância ilícita (ICICT/FIOCRUZ, 2017).

Sabendo dos riscos que a dependência química traz consigo, e abrangendo que afeta tanto a saúde, dignidade e vivacidade do usuário, quanto seus vínculos sociais, profissionais e familiares, surgem diversas formas de tratamento no decorrer cronológico da história, que refletem diretamente a visão tida pela consciência coletiva da época diante as substancias psicoativas, seus usuários e os conceitos sobre a saúde e a doença. De acordo com o Manual de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Tratamentos, o sistema brasileiro disponibiliza o CAPS, um programa criado pelo governo que funciona como um hospital dia, afim de dar o suporte necessário ao paciente, não ocorrendo a internação do mesmo. Já para casos em que sejam de própria escolha/necessidade, surgem os centros de reabilitação, que são espaços onde ocorre a internação, se decorrendo em longos meses, possuindo um tratamento mais intensivo e integral (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

É o caso da unidade de tratamento PROVIN – Projeto Vida Nova, programa de iniciativa privada situado na cidade de Campo Belo/MG, que oferece tratamento gratuito, com o auxílio do SENAPRED/Governo Federal (Secretaria Nacional de

Cuidados e Prevenção às Drogas), para a população que necessita de ajuda e suporte neste momento frágil. Já foram atendidos em seu complexo mais de 1900 homens e, com a construção da ala feminina em 2018, mais de 100 mulheres, o que torna o PROVIN um centro de referência estadual, confirmado com o recebimento da Medalha do Mérito da Saúde em 2014 (PROVIN, 2019).

Porém, assim como a maioria dos CAPS e demais centros de reabilitação que geralmente são resididos em edifícios adaptados, ocorrendo de seus ambientes não suprirem as reais necessidades, muitas das vezes deixando a desejar em quesitos como acessibilidade, conforto ambiental e espaços humanizados, a realidade não se torna diferente no PROVIN: mesmo que tenha se tornado referência, a instituição conta com demasiado déficit quanto as questões anteriormente mencionadas, além de espaços ociosos, inacabados e segregatórios.

Neste contexto, o objetivo geral do presente trabalho é desenvolver a Unidade de Tratamento Solare, focada no tratamento em dependência química para o gênero feminino, em Campo Belo/MG. Os objetivos específicos compreendem: estudar sobre as substâncias químicas, sua história e influência na sociedade no decorrer dos anos, seus tipos de usuários e os tipos de tratamentos, para que se obtenha o conhecimento e suporte necessário; compreender a história, o funcionamento e as necessidades dos centros terapêuticos; entender quais e como são as influências do espaço arquitetônico para o comportamento do indivíduo, e a partir disso desenvolver uma leitura crítica da edificação já existente; verificar o potencial terapêutico do complexo, e aproveitar suas potencialidades espaciais, paisagísticas e profissionais; proporcionar ferramentas, elementos e sistemas que promovam a maior independência subsistencial da comunidade, afim de que conceitos como a autossustentabilidade se torne parte do complexo; desenvolver ambientes que integrem os pacientes, e prosperem em seu espectro senso de pertencimento, comunidade, autonomia, independência e confiança; utilizar da neuro arquitetura, da psicologia das cores e da biofilia como ferramentas auxiliares na reabilitação humanizada, tornando possível ao paciente reconstruir sua integridade física, sensorial, emocional e social.

Dessa maneira, a importância do desenvolvimento da Unidade de Tratamento Solare na cidade de Campo Belo se dá a sua grande atuação local, uma vez que a cidade é um centro de referência local, possuindo a capacidade de atuar e modificar

diretamente a vida das pessoas. Assim, torna-se inevitavelmente urgente proporcionar uma unidade terapêutica mais humanizada, que preze pela saúde mental de seus pacientes, que acolha e desperte a autonomia dos mesmos, inserindo-os novamente na sociedade, recuperados e aptos a realidade.

Para conseguir atingir os objetivos geral e específicos, esse portfólio se desdobrará em quatro capítulos. O capítulo I aborda o processo histórico que permeia os conceitos e significados da saúde, da doença e das substâncias psicoativas desde a antiguidade até a contemporaneidade. A partir dos avanços que abrangem esses conceitos, de forma cronológica nascem os tipos de tratamento e estes se moldam de acordo com a visão de cada época em que estão inseridos. Diante disso, estuda-se os tratamentos existentes no século XXI, incluindo o complexo do PROVIN em Campo Belo, e as ações arquitetônicas que auxiliam a esculpir o ambiente terapêutico.

Posteriormente, o capítulo II segue com uma análise arquitetônica de dois estudos de caso, sendo um nacional e um internacional, afim de compreender as técnicas, ações, elementos e padrões utilizados em obras notáveis e de extrema relevância para o desenvolvimento da futura proposta.

A problemática elaborada no capítulo III abrange os motivos que justificam a escolha do tema e do objeto do estudo. Acontece uma breve análise arquitetônica, que é um agregado das informações obtidas no estudo de caso em contrapartida com o atual estado físico do PROVIN, afirmando a importância da proposta de uma nova unidade feminina para a comunidade de Campo Belo/MG.

Finalmente, o capítulo IV apresenta as premissas projetuais, as análises do entorno e do objeto de estudo, as leis e normas técnicas, programas de necessidades, e demais informações que são de extrema necessidades para a elaboração, desenvolvimento e funcionamento do projeto.

A seguir, inicia-se o processo histórico que compreende o percurso das substâncias psicoativas no decorrer da cronologia humana.

CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Conceitos de saúde, doença e droga no processo histórico da humanidade

O processo saúde-doença vem sendo discutido desde a antiguidade, obtendo diversos significados ao decorrer da história. Segundo Sevalho, na Mesopotâmia os primeiros significados desse composto eram vinculados a magia, tinham explicações ligadas ao sobrenatural e a espiritualidade, portanto as doenças eram castigos enviado pelos deuses e a saúde era a maior benção que recaía sobre os súditos. No Egito, seu significado foi composto pela naturalização da doença, além de ainda manterem os ideais sobrenaturais e religiosos. Sobre as substâncias químicas, elas eram usadas de formas ritualísticas, festivas e medicinais, tendo momentos e grupos de pessoas específicos para tal ato (SEVALHO, 1993).

Adiante, pela visão dos gregos e romanos, além de permanecer seus significados místicos e mágicos, havia a necessidade de compreender além, buscar questões e respostas filosóficas além de mitológicas, portanto, com as ideias de Hipócrates, fora formulada a primeira proposta de que a doença era algo genuinamente natural, reflexo de causas mundanas (SEVALHO, 1993). De acordo com a teoria Hipocrática, o homem se constituía de quatro humores corporais, sendo o sangue, a bílis amarela, a bílis negra e a fleuma, portanto a saúde era o equilíbrio entre esses quatro eixos, e a doença era a ausência de um ou mais deles. (CAIRUS; RIBEIRO, 2005). Dentro desse panorama, as substâncias eram, ao mesmo tempo, remédio e veneno, vistas que seu efeito curativo ou sua letalidade dependiam exclusivamente de suas dosagens. (MACRAE, 2001; TOSCANO JR., 2001).

Logo mais, na Idade Média (século V ao XV), diante da influência da Igreja Católica, foram retomados os ideais de que a doença era algo sagrado. Assim, o tratamento pelos terapeutas partia do meio social, e era focado na relação do corpo com a alma (CAPRA, 1982). Nesse contexto, foram desenvolvidos hospitais que serviam como casas de assistências ou abrigos, e seguiam de forma que excluía seus pacientes doentes do meio da população (SEVALHO, 1993). Sobre o uso de drogas, a Igreja Católica condenou todo o uso de plantas e substâncias medicinais ou psicoativas, que eram vistas de forma “diabólica”, seguido de heresia, tendo seus

usuários e boticários perseguidos pela inquisição, sendo permitido apenas o álcool (vinho) com seu viés sagrado, considerado sangue de Cristo (MACRAE, 2001; TOSCANO JUNIOR, 2001). Por mais que as restrições seguissem firmemente, foram adquiridos diversos conhecimentos e saberes populares diante das substâncias e plantas medicinais (TOSCANO JUNIOR, 2001), e diante a pandemia da Peste Bubônica, no final do século XV, a medicina galênica precisou abraçar os conhecimentos empiristas, desenvolvendo dois novos modos de tratamento: empirismo clínico, que consiste no ato da observação, e a nova classificação das doenças (adotada até hoje) como crônica e aguda (ORNELLAS, 1999).

Diante da necessidade de se criar novos olhares frente a doença, em conjunto com os últimos acontecimentos da época, veio junto ao Renascimento (final do século XV ao início do século XVI) o avanço científico, acompanhado da laicização da ciência. O enfraquecimento da Igreja Católica permitiu o contato com os conhecimentos culturais orientais, que permaneciam desenvolvendo seus domínios farmacológicos, assim o uso de drogas veio a ser gradualmente retomado (MACRAE, 2001). Surgia, assim, a medicina moderna, com novas normas e regras tendo como premissas básicas a observação, descrição e classificação (ORNELLAS, 1999).

Caracterizado pela Revolução Científica, principalmente o alto desenvolvimento da biologia, o século XVII, período conhecido como Iluminismo, que antecede a Revolução Industrial, traz à tona o conceito mecanicista da vida. Foi Descartes que propôs o conceito da dualidade entre mente e corpo, no qual entende-se que o corpo pode ser comparado a uma máquina, permitindo assim ser estudado e explorado. Fora abandonada a crença fortalecida na Idade Média de que o corpo era sagrado e inviolável (PRATTA, 2009). Nesse momento, a doença era vista de maneira “a parte” ao corpo, como se fosse o mal funcionamento das peças de uma máquina, como se pudessem ser consertadas por quem entende do funcionamento e das leis desse aparelho (ORNELLAS, 1999; SEVALHO, 1993), e a reflexão sobre a morte consistiu na paralização dessa máquina (CAPRA, 1982). Diante esses acontecimentos, torna-se notável a mudança epistemológica da medicina, onde o papel do médico passa a ser disciplinar as doenças, não curar os indivíduos (ORNELLAS, 1999). Esse fato acaba distanciando os outros aspectos importantes a respeito da saúde-doença, os sociais, ambientais e psicológicos

(CAPRA, 1982), e torna o paradigma mecanicista uma visão reducionista da doença (PRATTA, 2009). Nesse momento, os médicos passaram a ter seus conhecimentos valorizados socialmente, passando a ter autonomia e poder sobre a questão da doença, o que leva a reflexão de que a mudança epistemológica fazia cada vez mais sentido: “a teoria da medicina assumiu a concepção biológica da doença, passando a ser a teoria das doenças. A saúde, a partir desse foco, passou a ser encarada como a ausência de doenças e o processo de cura, como a eliminação dos sintomas evidenciados” (PRATTA, 2009, p. 206).

Se por um lado houve essa mudança epistemológica da medicina, por outro, segundo Queiroz (1986), no período da Revolução industrial (século XVIII) ouve ainda uma maior divisão entre o fator saúde e a medicina. Cada vez mais os olhos da medicina estavam focados na questão da doença, e nesse momento os fatores sociais, psicológicos, ambientais e os problemas que surgiram com o início do capitalismo industrial foram definitivamente desvinculados da saúde. Sevalho (1993) afirma que, em momento nenhum, os problemas sociais desenvolvidos com o início do capitalismo industrial foram relacionados com os problemas de saúde da época. Ainda neste mesmo século é retomada a utilização das drogas de forma medicinal e lúdica, já que as perseguições aos seus usuários e adeptos já não era tão agressiva (MACRAE, 2001), o que possibilitou um maior desenvolvimento científico sobre as substâncias.

A partir do desenvolvimento do método científico no século XIX, que se discorre dentro de uma filosofia positiva, e diz “que todo e qualquer fenômeno deve ser explicado de uma forma objetiva, experimental” (PRATTA, 2009, p. 206), surge uma nova leitura da medicina nesse aspecto, e segundo Ornellas (1999), ao considerar a neutralidade do indivíduo, a medicina se torna função, e a saúde se transforma num processo. Simultaneamente, ocorreram os primeiros avanços científicos tratando-se de isolar os princípios psicoativos de determinadas plantas, e sua produção dos fármacos como codeína, cocaína, morfina, cafeína, além do uso dos anestésicos do éter, clorofórmio e óxido nitroso (MACRAE, 2001).

Também surge nesse período a Psiquiatria, que, de acordo com Capra (1982), era baseada na biomedicina, e por esse motivo focava principalmente em buscar explicações biológicas, materiais, a lesão cerebral, para resolver os problemas mentais. Surgem diversos hospitais psiquiátricos, e os mesmos seguiam

também o modelo positivista, o que leva aos reforços das ideias de exclusão social. Pratta afirma:

Os mesmos [hospitais psiquiátricos] atendiam os mais diversos tipos de problemática relacionados ao campo da saúde mental ou de pessoas que deveriam ser retiradas do convívio social, segundo os interesses vigentes na época (mendigos, leprosos, tuberculosos, portadores de sífilis, usuários de drogas etc). (p. 206).

Diante dos avanços na medicina moderna como consequência ao desenvolvimento da biologia (que descobriu elementos cada vez menores) a preocupação dos médicos, no século XIX, passou a ser o indivíduo em si, não a população (QUEIROZ, 1986). Dessa maneira, Capra (1982) afirma que o século XIX foi um período de avanço na tecnologia médica, já que suas descobertas microscópicas, fisiológicas, respostas de como realmente surgiam as doenças, elevavam ainda mais a individualidade, a busca pelo menor, pelo micro. Como resposta a novas pesquisas, no século XX os avanços foram mais químicos, “desenvolvimento de uma série de medicamentos e vacinas para o combate de doenças infecciosas, e descobertas importantes como a penicilina em 1928 e a produção de medicamentos psicoativos a partir da década de 50.” (PRATTA, 2009, p. 206).

Além do mais, Pratta (2009) observa que o modelo biomédico ainda tem presente em seu íntimo os mesmos conceitos de biologismo e mecanicismo desenvolvidos no século XII na Revolução Industrial, o que torna a sua visão reducionista muito presente. Isso agrava quando se percebe que a roupagem capitalista do século XX contribuiu para o surgimento das especializações médicas, o que divide o corpo humano em diferentes e separadas partes e impede que o profissional veja o paciente em sua totalidade, muitas das vezes desconsiderando os outros aspectos importantes como o social, ambiental e psicológico. Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2006) afirmam que, nesse momento, a doença passou a ser tratada de forma externa ao ser que a contém e a progride. Pratta (2009) esclarece

(...) a doença enquanto foco de interesse, passou a ser dotada de objetividade, cuja causa era orgânica. Assim, o processo de adoecer estava reduzido ao biológico (visão reducionista), enquanto que a saúde era diretamente associada ao conhecimento disponível sobre a doença, ou seja, saúde era igual à ausência de doenças. (p. 207).

É nesse momento que sobrevém a desumanização na saúde, ou melhor, na sociedade, que segundo Queiroz (1986), essa visão desumanizada não supria as reais necessidades sobre saúdes que condiziam para com a população. Pratta (2009) complementa que ao se evidenciar a racionalização do tratamento, a subjetividade da relação médico-paciente é apagada, portanto o tratamento se torna desvitalizado. Isso é evidenciado quando se observa a relação da drogadição com o aspecto histórico:

O uso de álcool, por exemplo, vem desde a pré-história até a atualidade. Porém, o mesmo somente começou a aparecer na literatura como uma condição clínica, a partir dos séculos XVIII e XIX. Um dos motivos para isso diz respeito à urbanização decorrente da Revolução Industrial, a qual possibilitou que os médicos observassem mais os pacientes com consumo excessivo de álcool, produzindo os primeiros textos referentes aos problemas de saúde advindos do uso de bebidas alcoólicas. (PRATTA, 2009, p. 207).

Bucher (1992) afirma que as drogas acompanham o processo evolutivo de acordo com suas relações socioculturais que transforma a sociedade, ou seja, seus padrões, tipologias e frequência de utilização depende do momento que estão inseridas. E ainda complementa que o que difere o uso das drogas no passado e atualmente é que, anteriormente, seus usos eram vinculados a relações de integração, social e espiritual, e hoje são reflexos de uma doença-social, de fragmentação.

1.1.1 Tipos de usuários e a dependência química

Tendo em vista que a drogadição é o reflexo da desumanização dos ambientes, tratamentos e do próprio indivíduo no decorrer da história, em todos os âmbitos de vivência, mas principalmente no viés familiar, social e individual (KALINA et al., 1999), e não deixando de lado as radicais mudanças que ocorram no período de industrialização e as novas formas de organização da sociedade (TOSCANO JUNIOR, 2001), entende-se que a drogadição vem como uma resposta também radical a partir das novas formas de se viver. Nas palavras de Pratta “essas

transformações levaram a um modo de vida racional, materialista e normatizador, no qual o uso de drogas assumiu a forma de evasão, de contestação e/ou transgressão.” (PRATTA, 2009, p. 207).

Sabendo do constante crescimento de usuários no último século, e também devido a maior visibilidade desse tema e demais desenvolvimentos em pesquisas, torna-se possível entender como esse tema, drogadição, mobiliza mundialmente todo o sistema de saúde e a sociedade em si (CANOLETTI; SOARES, 2005). Além disso, é considerada também em parâmetro mundial como uma doença crônica que acompanha o indivíduo em toda sua vida, porém pode ser tratada e controlada, com seus sintomas reduzidos, podendo ou não voltar a atuar na vida do paciente. (AGUILAR; PILLON, 2005; LEITE, 2000).

Há diferença entre os usuários de drogas e o dependente químico. O primeiro consiste no uso eventual, em que a inserção da droga não afeta seus comportamentos e não altera no modo como conduz sua vida, enquanto o dependente químico transforma o uso em um hábito, no qual se obtém diversas interferências em seu ser e no seu modo de viver. Murad (2007) explica sobre os diferentes tipos de usuários de drogas:

Usuário eventual/experimentador: como diz seu próprio nome, o uso da substância se dá de forma esporádica, eventual. O uso acontece de forma social, normalmente em festas e eventos. Seu uso não causa nenhum distúrbio no modo de viver e em seu comportamento, nem profissional nem social. O usuário tem confiança que pode largar a substância a qualquer momento, não afirma dependência, o usuário eventual pode se tornar um dependente no futuro (MURAD, 2007).

Usuário dependente: considera-se dependente quando o uso da substância se torna rotina na vida do usuário, além do desconforto que surge quando o mesmo se encontra sem a droga. Quando o desconforto é psicológico, considera-se a dependência psíquica/mental, e é vinculada ao uso de maconha, por exemplo. Quando esse desconforto é acompanhado de fatores físicos (sudorese, tremores, náuseas, vômitos, perturbação mental, etc) considera-se dependência física/orgânica, e é associada a drogas como a cocaína, heroína e hipnóticos (MURAD, 2007).

Usuário crônico: quando o usuário é acompanhado pelo sentimento nomeado de “*craving*” pelos ingleses, que é a compulsão pela droga. A substância passa a ser o centro da vida do usuário, e seu uso se dá todos os dias, podendo ocorrer diversas vezes ao dia. O usuário apresenta tolerância, o que faz com que aumente sua frequência de uso e suas dosagens (MURAD, 2007).

Usuário traficante: é o usuário que também trafica para manter a dependência e talvez seu status entre o meio social (MURAD, 2007).

Foi a partir da metade do século XX que a dependência química começou a ser considerada mais do que um desvio de caráter ou apenas sintomas devido ao uso das substâncias (RIBEIRO, 2004). Em 2004, a OMS considerou a dependência química como uma doença médica crônica e como um problema de âmbito social (AGÊNCIA BRASIL, 2004). De acordo com Occhini e Teixeira (2006) esse fenômeno vai além dos parâmetros psicológicos e orgânicos, o mesmo está associado a questões sociais, políticas, econômicas, legais, culturais, além de suas próprias consequências físicas e psicológicas a partir de seu uso.

Ressalta-se que a utilização da droga por si só não garante que o usuário desenvolva a dependência. Isto está ligado intrinsecamente a outros fatores além do usuário, como o local, a substância, a circunstância, a frequência de uso e sua quantidade, dessa forma torna-se impossível afirmar que o usuário se tornará dependente. O conceito da síndrome da dependência se diz respeito a relação mental e física que o ser vivo tem com a substância, estando associada a compulsão gerada pelo uso da mesma, tanto para experimentar seu efeito psíquico quanto para não sentir o desconforto gerado pela sua ausência no organismo. E indo além, é preciso entender os motivos que levam o indivíduo a essa busca, pois esses são os motivos que geram subsídio e suporte para que o tratamento tenha efeito (OMS, 2001).

A dependência pode agir de forma física e psicológica, sendo que a física pode ser tratada de forma mais rápida e direcional, e a psicológica demanda maior tempo de tratamento. São inúmeras as consequências do uso das substâncias psicoativas, podendo afetar tanto seus usuários quanto os familiares, de modos social e profissional. Há o risco de sua saúde física, considerando que o abuso das substâncias afeta o corpo de diversas maneiras, podendo levar a sintomas fisiológicos, como convulsões, calafrios, tremores, entre outras patologias mais

graves. Seus vínculos sociais também ficam fragilizados, pois a inconsequência acompanha as decisões do indivíduo, e coloca em risco seus laços sociais, familiares e profissionais. Apesar do indivíduo saber de seus graves riscos tanto individuais quanto sociais, a busca relacionada a mesma ainda continua, e o padrão de autoadministração é repetido, gerando tolerância, abstinência e compulsividade. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), a síndrome vem acompanhada de sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais. Ainda assim, sabe-se que a droga passa a atuar de forma essencial na vida do paciente, preenche lacunas na medida que proporciona prazer, o que altera seus funcionamentos psíquicos (SILVEIRA FILHO, 1995).

O diagnóstico do dependente químico necessita de acompanhamento médico profissional especializado, incluindo o estudo e a consideração de demais aspectos importantes já especificados (social, ambiental e psicológico), além de ter um tratamento prolongado. É importante considerar que o dependente já vivencia dores e traumas psíquicos e físicos relacionados a droga, e tem seus vínculos familiares, sociais e profissionais fragilizados diante desse processo, o que torna a interrupção desse ciclo algo delicado (PRATTA, 2009).

1.1.2 Drogas, suas tipologias e as principais consumidas no Brasil

O conceito da palavra “droga” pode ser demasiado abrangente, como visto no Léxico de Termos de Álcool e Drogas disponibilizado pela OMS (1994), e seu significado depende de qual contexto está inserido. De acordo com a visão da medicina, por exemplo, significa alguma substância que tem potencial de prevenir, curar qualquer doença ou provocar bem-estar físico ou mental (farmacológico), como também qualquer substância que, pela sua natureza química, é capaz de provocar alteração na estrutura e no funcionamento do organismo de um ser vivo. Aqui corresponde as drogas lícitas e ilícitas, sendo as lícitas exemplificadas pelo álcool, tabaco, cafeína e alguns medicamentos, e as ilícitas (que são proibidas pela legislação brasileira) como maconha, cocaína, crack, heroína, entre outras (OMS, 1994).

A visão popular do termo “drogas” diz respeito as substâncias psicoativas ou psicotrópicas, que a OMS define como substâncias que alteram e provocam o Sistema Nervoso Central (SNC), os processos mentais, capacidades cognitivas, humor e comportamento. São utilizadas para estimular as sensações tanto com o ambiente externo quanto com o emocional do usuário. Aqui, considera-se tanto as ilícitas quanto os antidepressivos ou neurolépticos. Portanto, entende-se como droga psicoativa todo o conjunto de tipologias divididos entre depressores, alucinógenos e estimulantes. De acordo com a OMS (1994):

Depressores: elas reduzem a atividade cerebral, provoca o organismo a agir de forma mais lenta, afetando sua atividade psicomotora e ritmo cardíaco, provoca sonolência, diminui a atenção, concentração, capacidade de memorização e intelectual. Fazem parte dessa tipologia as substâncias como álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, inalantes e opiáceos (OMS, 1994).

Estimulantes: ao contrário dos depressores, a tipologia dos estimulantes acelera o SNC, causando sintomas como o nervosismo, aceleração cardíaca, insônia, estado de alerta exagerado, sentimento de perseguição, e aceleração dos processos psíquicos. Os sintomas são acompanhados de um estado de euforia, o que pode auxiliar no desempenho de atividades físicas, mas ao mesmo tempo provocar irritabilidade e “paranoia”. Compõe essa tipologia as substâncias como anfetaminas, cocaína e tabaco (OMS, 1994).

Alucinógenos: essa tipologia faz com que a percepção do SNC seja distorcida e modificada, acompanhada de delírios, devaneios, alucinações, alteração nas sensopercepções. Também são chamadas de perturbadoras. Diferente dos depressores e dos estimulantes, os alucinógenos possuem uma relação mais qualitativa com o SNC, e não quantitativa. Fazem parte desse grupo as substâncias como maconha, alucinógenos, LSD, ecstasy e anticolinérgicos (OMS, 1994).

A pesquisa de 2017, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD), teve como entrevistados pessoas em todo o território nacional, entre 12 e mais de 65 anos, que responderam sobre o uso de diversas substâncias lícitas e ilícitas (tabaco, álcool, cocaína, maconha, crack, solventes, heroína, ecstasy, tranquilizantes benzodiazepínicos, esteroides anabolizantes, sedativos barbitúricos, estimulantes anfetamínicos, analgésicos opiáceos, anticolinérgicos, LSD, quetamina,

chá de ayahuasca e drogas injetáveis) e suas possíveis relações com a violência (causada ou sofrida), suas opiniões sobre o risco das drogas e sobre as políticas públicas relacionadas com a área (BASTOS, 2017).

Como resultado dessa pesquisa, notou-se que o álcool é a substância mais utilizada, com estimadas 46 milhões de pessoas com uso frequente nos 30 dias anteriores a pesquisa, e com 2,3 milhões de pessoas apresentando sinais de dependência, além de ter relação direta com diferentes formas e violência. Estima-se que 14% dos homens brasileiros conduziram sob o efeito da substância, e cerca de 4,4 milhões de pessoas afirmaram ter alguma discussão com alguém também sob efeito, ambos nos 12 meses anteriores a pesquisa (BASTOS, 2017). A pesquisa de cargas de doenças da OMS (2018) associa o álcool como a substância mais danosa e que tem mais vínculo com riscos a saúde que podem levar à morte. Em segundo lugar vem o tabaco, de acordo com o III LNUD (2017), com estimados 51 milhões de pessoas entre 12 a 65 anos que utilizaram da substância em algum momento da vida, e 26, 4 milhões de pessoas que fizeram uso nos 12 meses anteriores a pesquisa. De acordo com a OMS (2018), são 1,1 bilhões de fumantes em todo o mundo, e 10% de seus usuários já apresentam problemas relacionados a saúde desde o seu primeiro uso.

Sobre as drogas ilícitas, é estimado que 4,9 milhões de brasileiros utilizaram alguma substância, sendo 5% entre homens e 1,5% entre mulheres. Ocupando o primeiro lugar, com 7,7% dos brasileiros entre 12 a 65 anos fazendo uso pelo menos uma vez na vida, está a maconha, seguida pela cocaína em pó com 3,1%, e posteriormente pelo crack e similares com 0,9%. Esse último possui uma discrepância em seu valor comparado a Pesquisa nacional do Uso do Crack (FIOCRUZ, 2013), pois o LNUD foi feito a domicílio, e sabe-se que o consumo dessa substância é um fenômeno do espaço público (BASTOS, 2017).

1.2 Combate as drogas no Brasil e no mundo

O início do século XX foi marcado por uma constante mobilização mundial para o combate as drogas, de acordo com Rodrigues (2004). A primeira reunião internacional aconteceu em 1909, em Xangai, focada no combate ao Ópio (alcaloides retirados da planta da papoula, com efeitos analgésicos, narcóticos e

hipnóticos; substância base para morfina, codeína, heroína), acompanhada de outros sucessivos tratados internacionais adiantes (GEHRING, 2012). Os Estados Unidos da América (EUA) foram pioneiros no movimento, acompanhados fielmente pelo Brasil e demais países latino-americanos como México, Colômbia e Argentina, os quais desenvolveram seus próprios códigos penais, surgindo assim as leis antidrogas para identificar e capturar as pessoas que agiam com tal anormalidade. Os usuários representavam um risco à sociedade, como um “perigo sanitário”, e ao mesmo tempo, junto dos que forneciam as substâncias ilegais, também faziam parte as classes de minorias (pobres, negros, minorias estrangeiras), e esses eram a maioria dos capturados pelo sistema penal. Na década de 70 houve uma explosão no sistema de tráfico, dando início a indústria do narcotráfico, e por conta desse acontecimento, começou nos EUA inúmeras iniciativas para o seu combate, que se estendeu na maioria dos países latino-americanos, assim iniciando-se a violenta e infundável guerra contra as drogas (RODRIGUES, 2004).

No Brasil, por exemplo, após um acordo sul-americano, foi aderida a lei nº 6.368/1976, na qual separa o traficante do usuário, e adiante a constituição determina que não há possibilidade de soltura mediante a fiança para o traficante. Logo mais, foi fundada a secretaria nacional antidrogas (SENAD), e anos à frente a lei 11.343/06 revoga a lei anterior, e não permite mais a prisão para dependentes químicos. Até aqui, nota-se que o proibicionismo vigora como diretriz principal, o que faz com que, mesmo que a preocupação com os dependentes ainda exista na legislação, não acontece nada além do papel. Não estavam disponibilizados lugares públicos para tratamento, dessa forma as classes baixas se encontravam desamparadas, e mesmo as clínicas de terapias privadas, nas quais os preços normalmente eram exorbitantes, não eram acessíveis nem para as classes médias (GEHRING, 2012).

Antes da reforma psiquiátrica que acontecia em meados da década de 80, as pessoas que necessitavam de auxílio em saúde mental e que eram consideradas com um “desvio moral e perigos sanitários” eram excluídas da sociedade, encaminhadas e internadas em hospícios (incluem-se aqui os mendigos, leprosos, tuberculosos, portadores de sífilis, usuários de drogas etc). No momento da reforma, buscava-se criar dispositivos que pudessem substituir a internação, e em 1986 fora inaugurado na cidade de São Paulo o primeiro Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)

no Brasil, nomeado Professor Luís da Rocha Cerqueira, e para sua implantação fora utilizado um espaço adaptado da antiga Divisão de Ambulatório.

Os CAPS foram pensados como uma forma de oferecer o tratamento diário e mais humanizado, um atendimento que acompanhasse os pacientes, tendo consciência que a consulta uma vez por semana ou por mês era ineficiente, e que a internação violava os direitos humanos (RIBEIRO, 2004). Com a lei da saúde mental de 2001, os CAPS foram desinstitucionalizados e consolidados, e adiante, em 2002, fora criado o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), que tem como diretriz a redução de danos, considerando em primeiro lugar a autonomia e a liberdade dos pacientes, e são oferecidos atendimento psiquiátrico, psicólogo e oficinas terapêuticas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Há também os centros de tratamentos como as antigas colônias agrícolas e comunidades terapêuticas, e as atuais fazendas de recuperação. Estes consistem, numa visão geral, em utilizar o trabalho como fonte de cura. Queiroz (2001) explica cada uma dessas três tipologias:

Colônias agrícolas: surgiram logo após a reforma, na primeira metade do século XX, e eram consideradas as “colônias dos alienados”. Tinham como objetivo a recuperação por meio da liberdade, mas em seu íntimo não se diferenciavam muito dos asilos antes da reforma psiquiátrica. A ideia de que o trabalho vinha como a fonte de cura (praxiterapia) seguiu os moldes da dialética da burguesia, enquanto se enxergava os indivíduos dependentes como anormais, ociosos e incapazes de trabalhar. Portanto, o objetivo era devolver para a sociedade os internos aptos para o trabalho (QUEIROZ, 2001).

Comunidades terapêuticas: logo após a segunda guerra surgiram indagações sobre o modo de tratamento para saúde mental, e comparativos entre os asilos e as colônias agrícolas com os campos de concentração. Diante disso, surge a terapia ocupacional nos centros de tratamento, ainda com o trabalho como fator de cura incluso. Porém havia a integração entre os pacientes, discussões em grupo onde podia-se debater e compartilhar seus problemas, incrementando então a ressocialização. Dessa forma era possível abandonar a hierarquia tradicional dos hospitais e propor uma organização em comunidade, democrática e igualitária. Porém as críticas diante dessa tipologia se dão ao fato da utopia que é proporcionada na comunidade: suas vivências não podem ser reproduzidas além

dos muros, e faz com que o paciente se encontre deslocado quando reinserido na sociedade (QUEIROZ, 2001).

Fazendas de recuperação: consiste-se no modelo atual (século XXI), e ao mesmo tempo que retomam alguns conceitos das colônias agrícolas e comunidades terapêuticas também possuem como proposta terapêutica a vida em comunidade em conjunto de valores espirituais, disciplinares e de trabalho. Não é admitido nenhuma violência, seja ela física ou verbal, e os direitos humanos são altamente respeitados nesse modelo. Todos esses aspectos visam a melhor reinserção do indivíduo na sociedade, já que são valores imprescindíveis para sua recuperação, aprendizado e crescimento. A crítica diante dessa tipologia se dá ao fato de, assim como nos outros modelos, ainda acontece a imposição para sua entrada no tratamento, a adequação nos moldes estabelecidos e a abstinência completa. (QUEIROZ, 2001).

Quando se nega o tratamento/acolhida a um paciente que não se adequa a esses planos, acontece a desqualificação dele como cidadão, e a privação da sua própria liberdade. Queiroz (2001) também explica que o fator frustrante leva o paciente a buscar novamente a substância para preencher as lacunas e o mal-estar provocado por essa desqualificação, e ao retornar ao tratamento, encontra-se no mesmo ciclo no qual fez recorrer à droga.

Entende-se a criação dos CAPS e CAPS ad como um grande avanço no tratamento, assim como suas redes substitutivas e os centros de tratamentos, porém os mesmos necessitam de maior exploração científica, assim como mudanças significativas baseadas nos levantamentos de necessidades (LARENTIS, 2012). São abundantes os materiais encontrados quando se diz a respeito à prevenção e estudos acerca dos farmacológicos (CANOLETTI, 2015), porém são escassos os materiais e literaturas sobre a visão espacial da arquitetura e revisões críticas sobre os ambientes onde acontecem os tratamentos. Além disso a implantação desses espaços ocorre em ambientes adaptados e não condizem com a sua finalidade, pois muito do que é produzido e proposto são formas experimentais e recentes.

1.3 Conceitos de reabilitação e os tipos de tratamento

Durante a história foram desenvolvidas diversas formas de tratamentos dedicados aos dependentes químicos, mas não se pode afirmar que há um método totalmente eficiente, pois cada indivíduo possui sua individualidade e especificidades, que dependem das circunstâncias na qual ele está inserido, sua própria história, meio social, econômico, etc (PRATTA, 2009). Em 1830, nos EUA, foi inaugurado por dependentes de álcool o grupo Alcoólicos Anônimos (AA), no qual difundiu-se por todo o mundo, pois foi notado que a conversa e o apoio que se era recebido por pessoas que dividiam a mesma experiência trazia um relevante resultado no tratamento, aliada a filosofia dos 12 passos para se alcançar o livramento do vício. Mais tarde, em meados do século XX, inspirado no AA, foi inaugurado um segundo grupo, também de renome mundial, conhecido como Narcóticos Anônimos (NA) (BURNS, 1997).

Porém, no fim do século XIX, o movimento proibicionista impossibilitava que pesquisas e novas descobertas continuassem a serem feitas em torno da doença, assim o indivíduo passou a ser responsabilizado e culpado pela dependência, e a droga começou a ser associada com diversos crimes e acidentes. Só alguns anos mais tarde que a psicologia começou a ser vinculada no tema da dependência química, o que causou o surgimento de clínicas e novas formas de tratamentos vinculadas a psiquiatria que iam além do sistema carcerário. No século XIX considerava-se que a dependência química era um conjunto de vários fatores, sendo eles o contexto histórico, sócio-político, econômico e cultural. Assim, o tratamento desenvolveu-se de forma a aliar uma equipe multidisciplinar, e pode-se separar as formas desse tratamento em modelos comportamentais e psicossociais (ARAÚJO, 2008), ainda existindo modelos alternativos, novos e experimentais, definidos pelo autor das seguintes formas:

Modelo Comportamental: Visto como tradicional e muito utilizado pela psiquiatria, centros e clínicas de tratamento, ocorre a internação do usuário e a adoção da cura pelo trabalho, relaxamento e a ajuda mútua do grupo. A desintoxicação é almejada pela abstinência (*craving*) e reclusão, enquanto ocorre a internação por um longo período de tempo, onde são utilizadas estratégias para que o indivíduo mude certos comportamentos, hábitos, lugares e pessoas a fim de não

utilizar novamente da substância, porém nesse caso pode ocorrer um confronto entre a vontade do próprio paciente e as regras estabelecidas. As chances de recaídas são altas, pois nesse modelo não é levado em consideração os aspectos sociais, familiares e profissionais. Por esse motivo o processo de ressocialização é de extrema importância para que se obtenha resultado satisfatório no tratamento. (ARAÚJO, 2008)

Modelo Psicossocial: Esse modelo diz respeito ao estudo introspectivo do indivíduo, baseando-se nos conceitos da psicanálise, buscando em seu inconsciente qual o motivo que o levou utilizar da substância, e assim, resolvê-lo. Ao contrário do modelo comportamental, considera-se principalmente a história do paciente, suas vivências e experiências. Com isso, obtém-se um processo de readaptação e ressocialização, pois busca-se resolver os problemas externos que os levaram a cometer tal atitude do uso da droga. É utilizada no Brasil por alguns profissionais desde a década de 1990 e demonstra grandes resultados, pois sua postura não autoritária não entra em conflito com as próprias vontades do paciente e assim o motiva. É necessário que tenha acolhimento e que se crie vínculos, tanto na terapia em grupo quanto do usuário com o profissional, pois o paciente se encontra fragilizado de forma social, portanto todas as decisões diante do tratamento são feitas de modo consensual, e a ressocialização é considerada parte importante no processo de cura. (ARAÚJO, 2008)

Redução de Danos: Sabendo das dificuldades que o usuário pode ter quando se desprende da droga abruptamente, como por exemplo as fortes crises de abstinência e os maiores riscos de numerosas recaídas, surge esse modelo que se consiste na conscientização dos danos que a utilização da substância química provoca, a fim de permitir que o usuário minimize esses danos e seja possível uma melhor convivência consigo mesmo, e de formas sociais, familiares e profissionais. A conscientização também age de forma a prevenir doenças, como o vírus do HIV e a hepatite B. Adotada pelo CAPS e CAPS ad, atrai usuários que não querem ou não conseguem interromper o uso de repente. Ao contrário dos métodos impositores, aqui é avaliado as melhorias do paciente com seus relacionamentos sociais, além de sua melhor relação com a substância. Considera-se o tempo todo a própria vontade do paciente. Porém, na realidade, não são muitas das vezes que o paciente chega na decisão de parar definitivamente com o uso da substância (QUEIROZ, 2001).

Contudo, entende-se que cada paciente possui uma forma de tratamento mais adequada e desejada, e cabe aos profissionais orientá-los da melhor e da mais humana maneira possível.

1.3.1 PROVIN – Projeto Vida Nova

Situada na zona rural de Campo Belo-MG, encontra-se o Centro de Tratamento em Dependência Química PROVIN – Projeto Nova Vida, a primeira fazenda de recuperação instalada na cidade. Localiza-se a 30 minutos de carro a partir da entrada principal da cidade e recebe pacientes de todo município e região. O processo de internação ocorre de maneira espontânea do paciente (não se considera aqui as possíveis pressões que o paciente possa ter sofrido, tanto familiares e sociais, quanto profissionais e individuais). São disponíveis 110 vagas, sendo 50 femininas e 60 masculinas. Suas bolsas sociais para a internação são disponibilizadas em parceria com o SENAPRED/Governo Federal (FERREIRA, 2017).

O PROVIN existe desde 1998 como um projeto social que visa proporcionar um espaço para as pessoas que precisam de tratamento em dependência química. A partir de iniciativas próprias, indivíduos fundaram o projeto com o auxílio da prefeitura e demais ajudas e doações, os atendimentos eram feitos aos pacientes em uma casa na zona urbana. Inicialmente, eram realizadas reuniões em comunidade com os poucos pacientes, inspiradas nos moldes dos AA e dos NA. No decorrer dos anos, foi-se obtendo o crescimento do projeto e maior atendimento de pacientes, ocorrendo a primeira transferência para a zona rural, para um local alugado (PROVIN, 2019).

No ano de 2007, o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) registrou as comunidades terapêuticas de Campo Belo, e com o apoio do governo de Minas conseguiu recursos para a construção e equipamentos da comunidade PROVIN (FERREIRA, 2017). Em 2009, através da doação de um terreno, iniciou-se a construção de suas unidades próprias. Em 2010 ocorreu a terraplanagem e a construção do refeitório, seguindo em 2011 com a implantação do seu primeiro chalé

masculino e em 2012 a construção da cozinha e a doação de seu primeiro veículo próprio para apoio (PROVIN, 2019).

Logo em seguida, no ano de 2013, foi efetuado um convênio com o estado através da Subsecretaria de Políticas sobre Drogas, o que permitiu a contratação da equipe “Programa Aliança pela Vida” do Projeto Território Aliança, que era formada por um Psicólogo, Assistente Social, Enfermeira e um profissional de nível médio. A equipe segue as diretrizes do “Humaniza Social”, um projeto de extensão universitária, que consiste na conscientização sobre o uso de drogas para com as pessoas mais fragilizadas socialmente e economicamente, sua prevenção e tratamento; a integração de uma rede socioassistencial; abordagens e tratamentos adequados e intervenção adequada a famílias e usuários (FERREIRA, 2017). No mesmo ano também se obtém o segundo chalé masculino e a doação de um segundo veículo.

No ano de 2014 foi implantado o ambulatório, e com o reconhecido sucesso de seus tratamentos foi recebida a Medalha do Mérito de Saúde. Em 2015 prosseguiram as construções, com a implementação de mais um chalé masculino e uma academia, além da reforma da cozinha e do refeitório. Percebendo o sucesso do tratamento masculino, foi implantada em 2017 a primeira unidade de acolhimento feminina, e em 2019 a construção da piscina e da praça da comunidade (PROVIN, 2019).

Além dos espaços citados, implantou-se também jardins, horta, campo esportivo, uma churrasqueira ao ar livre para reuniões familiares próximo a lagoa para pesca, espaço para avicultura, um pomar com espécies arbóreas frutíferas e criação de mudas de plantas ornamentais, um sistema próprio de tratamento de esgoto e sistema de composteira e uma oficina para solda e serralheria.

Entende-se a comunidade com inúmeras potencialidades espaciais, visto que além de todos os ambientes citados ainda possuem visão de sustentabilidade e ecologia. Sua tipologia de tratamento se inclui no modelo de fazenda de recuperação, e possui um cronograma do percurso que o paciente faz desde sua internação até a sua reinserção na sociedade que adere aos modelos comportamentais e psicossociais.

A estadia do paciente no tratamento dura seis meses. Na primeira fase do tratamento acontece a triagem, momento onde o paciente caminha em direção a

assumir sua dependência, inicia-se a sua abstinência a ilícitos e álcool (no PROVIN, permite-se a utilização do cigarro, mesmo que o incentivo ao seu abandono seja constante), e a criação de elos dentro da comunidade. É aqui que ele é inserido nas reuniões em grupos de mútua-ajuda (o que auxilia nas suas primeiras percepções de comunidade), reuniões com missionários (a fim de desenvolver a espiritualidade), e criar afinidades com os monitores (objetiva-se inspirar o paciente, a imagem dos monitores são imagens a serem seguidas e almejadas). Cada paciente leva seu tempo individual para acostumar-se com o novo ambiente: o indivíduo encontra-se fragilizado, pois a abstinência (*craving*) atormenta-o constantemente, causando sensações de mal-estar e culpa; sente-se exilado e solitário, pois além de estar longe de seu normal ciclo social, familiar, amigável e profissional, tem consciência que demorará encontra-los.

A segunda fase é quando o paciente inicia seus trabalhos dentro da comunidade. Agora, o paciente já assumiu sua dependência, a noção de comunidade já está estabelecida, e começa-se a trabalhar o corpo e mente para a sua desintoxicação. O indivíduo começa a trabalhar em prol de sua saúde e da comunidade, e são divididas e repassadas tarefas diárias para cada paciente. São responsáveis por sua vivência e manutenção dentro da fazenda, ou seja, a cocção e plantio dos alimentos, limpeza dos ambientes, manutenção e construção do local, entre outros. Existem também as oficinas, atividades em grupo, elementos preparatórios para que o usuário se sinta preparado quando sair da comunidade. Aqui, inicia-se a preparação para a ressocialização. Com três meses de tratamento, o paciente deixa a comunidade e passa um tempo com sua família, volta à sociedade, e nesse momento pode ou não acontecer recaídas.

A terceira fase é quando retorna à comunidade após sua visita. Nesse momento, observa se o paciente obteve recaídas com sua saída ou se manteve-se firme em abstinência. Caso a recaída foi presente, inicia-se o processo de desintoxicação. Caso contrário, dá-se prosseguimento com os trabalhos dentro da comunidade, até que o tempo de tratamento seja concluído e o paciente seja liberado e possa reintegrar à sociedade novamente.

1.4 Influência do espaço no comportamento humano

De acordo com os últimos estudos, entende-se que a arquitetura pode afetar diretamente no comportamento humano de formas positivas ou negativas e refletir na saúde do indivíduo que ali está inserido. Fuente (2013) cita que a Geobiologia pode ser utilizada para fazer dos ambientes, lugares mais saudáveis, visto que os problemas de saúde manifestados historicamente (devido a presença de chumbo, amianto, fume do tabaco) e também as recém descobertas das doenças ambientais procedentes da SED (Síndrome do Edifício Doente, doenças causadas/estimuladas pela poluição do ar de lugares fechados) são provocadas por parâmetros ambientais: “a qualidade do ar interior, as radiações, a radioatividade, a luz, a cor, a humidade e a temperatura” (FUENTE, 2013, p. 5). O autor ainda vai além das doenças manifestadas de forma física quando afirma que fatores como “a harmonia das formas, a luz, a cor, a sensação de segurança, a introdução de vegetação natural nos edifícios ou a integração destes no lugar” (FUENTE, 2013, p. 5) podem causar influências positivas nas emoções e no psicológico dos usuários daquele espaço, auxiliando assim no seu tratamento (DEL RIO, 2002).

A bio-construção pode auxiliar no tratamento das doenças físicas, assim como a arquitetura afeta a saúde mental e emocional dos usuários. Disciplinas como a Psicologia Ambiental e a Neuroarquitetura (considerado substituto científico do *Feng Shui*) vem estudando as questões da saúde humana em relação ao espaço (FUENTE, 2013).

A Neuroarquitetura é a utilização estratégica do espaço de maneira que vá além dos parâmetros funcionais, considerando o conforto, ergonomia, a estética, e outros elementos a fim de permitir a assimilação do espaço pelo paciente, e sua interação com o mesmo, de forma que suas provocações ambientais sejam potencializadas e benéficas, agindo diretamente no bem-estar do usuário (MILANEZE, 2013). O papel do arquiteto é propor essas estratégias enquanto se conhece bem as necessidades do usuário que vão utilizá-la, para que as propostas tenham resultados satisfatórios (GOULART, 2019).

Bertolleti cita demasiadas formas de como o ambiente afeta os seres humanos. De acordo com o autor, a iluminação, tanto natural quanto artificial, afeta o ciclo fisiológico e psicológico do usuário, portanto seu bem-estar também; os sons,

positiva ou negativamente, trazem principalmente respostas emocionais; a privacidade dos usuários é também de extrema importância, para que não se sintam invadidos e fiquem à vontade, podendo escolher quando e com quem querem interagir (BERTOLLETI, 2011). Goulart complementa que a estética/arquitetura tem vínculo direto com a produção de emoções no usuário, e é necessário levar em consideração os conceitos de ordem, proporção e harmonia para provocar sensações de bem-estar psíquico (GOULART, 2019).

Dentro da visão Biofílica, a relação do interior/exterior, e inclusive a presença dos elementos naturais também no interior dos ambientes é benéfica para os usuários e suas emoções. A luz, iluminação natural e ventilação por exemplo, afetam a saúde tanto física quanto mental dos indivíduos (GOULART, 2019). A inserção de demais elementos naturais trata o psicológico, provocando calma e bem-estar. Os sons naturais como cascatas, ventos, plantas e pássaros possuem reações calmantes e relaxantes; o aroma pode provocar diversas sensações, quando desagradável pode ocorrer o mal estar, irritabilidade e aceleração dos batimentos cardíacos, mas quando agradáveis provocam efeitos semelhantes aos sons naturais, de relaxamento e calma, o que pode ser provenientes de plantas e flores (BERTOLLETI, 2011).

Sobre a visão da Psicologia das Cores, entende-se que as composições cromáticas interferem na sensação térmica que os ambientes provocam (BERTOLLETI, 2011). A luz e iluminação utilizadas na visão estética também provocam sensações nos usuários, principalmente quando em composição com as cores (GOULART, 2019). Cada cor promove sentimentos diferentes, por exemplo: vermelho e laranja provocam a sensação de apetite; verde, violeta e azul causam relaxamento e calma; o amarelo incita a atividade cerebral; o rosa, assim como o amarelo, é estimulante e tem potencial de cura antidepressivo; o preto é considerado deprimente, fatigante, enquanto o branco é inspirador, e provoca vitalidade (GOULART, 2019; HELLER, 2013).

CAPÍTULO II – ESTUDOS DE CASOS

O atual capítulo tratará de análises de edificações semelhantes ao projeto previsto, cujas reflexões, discussões, técnicas e contextos obtidos servirão de subsídio para a elaboração da proposta futura. Objetiva-se compreender os aspectos norteadores para os projetos seguintes, envolvendo reflexões sobre suas escolhas diante contextos, implantação, materiais, técnicas e estratégias.

Para ser atingida uma maior variedade referencial, foram escolhidas edificações de cunho nacional e internacional: o Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Fundação Cidade Viva, que compõe a cidade do Projeto Cidade Viva, fundação de multidisciplinaridade com cunho social e o centro de reabilitação Groot Klimmendaal, prestigiado por inúmeros prêmios e finalista do Prêmio Mies van der Rohe 2011.

As obras foram escolhidas devido suas notoriedades, o que se deve aos espaços amplamente humanizados e tipologias e entende-se que acrescentarão informações relevantes e significativas.

Adiante, seguiremos com a primeira análise com o Projeto Cidade Viva.

2.1 Centro de recuperação para dependentes químicos Cidade Viva

O centro de recuperação para dependentes químicos Cidade Viva localiza-se na região metropolitana de João Pessoa, capital do estado de Paraíba, ao nordeste brasileiro. A metrópole, com estimados 817.511 habitantes (IBGE, 2020), é a terceira mais antiga do país e já foi detentora do título da cidade mais verde do mundo (PREFEITURA DE JOÃO PESSOA, 2021).

A obra faz parte do complexo da Fundação Cidade Viva, uma instituição religiosa de viés social, que teve seu início com uma única igreja em 2002, que a partir de 2004 passou a ser liderada por Sérgio Queiroz e sua família. Após ouvir o relato de uma religiosa sobre o seu filho dependente químico, e notar as poucas opções de tratamento no estado paraibano, iniciou-se a intenção de construir um centro de reabilitação para dependentes químicos (CIDADE VIVA, 2021).

Localiza-se no município de Conde, na região metropolitana de João Pessoa, e para chegar ao local é levado, em média, 27 minutos a partir do centro de João Pessoa, e 10 minutos a partir do centro de Conde. O percurso se dá a partir da capital, pela BR-101, como mostra na imagem 1:

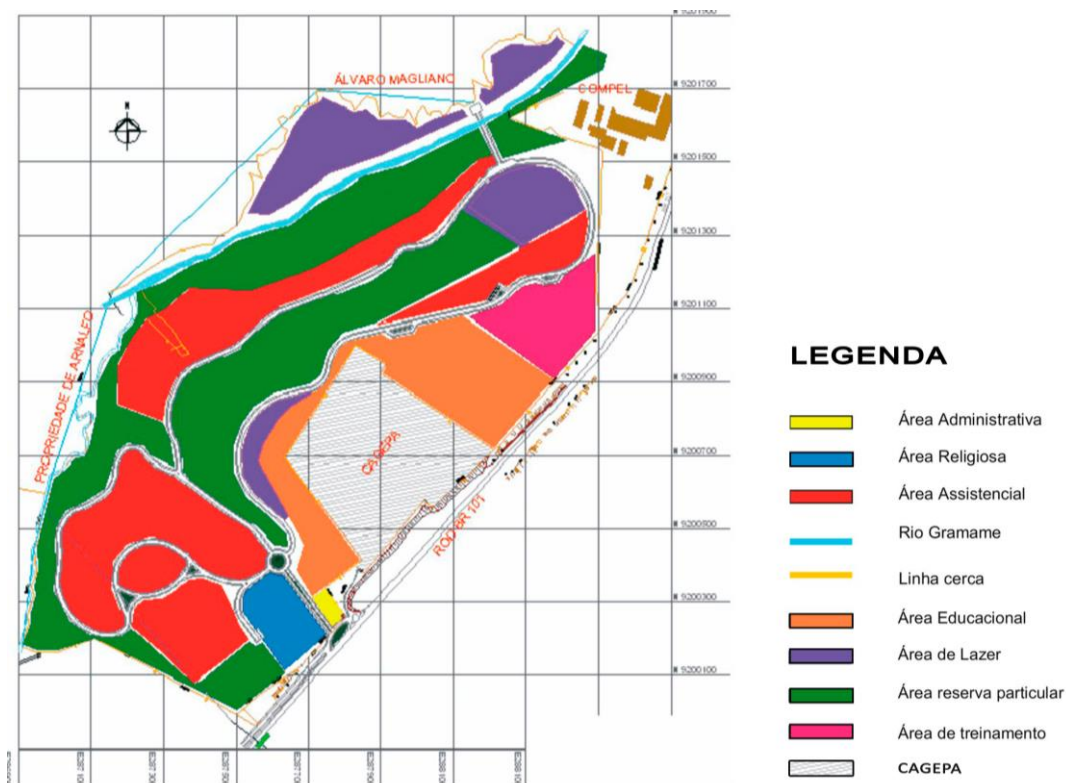
Imagem 1– Localização do terreno do Projeto Cidade Viva



Fonte: Adaptado de Google Earth (2021).

O terreno possui um total de 150 hectares, quase um milhão e quinhentos mil metros quadrados de extensão, e a partir dessa dimensão surgiu a ideia do Projeto Cidade Viva, que visa ser um local multifuncional de projetos sociais, capaz promover amparo e acolhimento pra crianças, adultos e idosos (CIDADE VIVA, 2021). Lançada em 2004 pelos arquitetos responsáveis pelo projeto Antônio Cláudio Massa e Kleimer Martins, a “cidade” conta com setores administrativos, assistenciais, educacionais, religiosas e de treinamento, dispostos em meio a área de reserva ambiental, como demonstrado na figura 1.

Figura 1 – Setorização do Projeto Cidade Viva



Fonte: Adaptado de Kleimer Martins (2009).

Nota-se como a setorização age diante da existência do rio Gramame, que abastece grande porcentagem da capital, e da estação de tratamento de água Cagepa – ETA Rio Gramame que está inserida bem ao meio do terreno. A vegetação nativa acompanha todo o percurso do rio, e envolve toda a área assistencial. Em meio as florestas são dispostas trilhas que percorrem e ligam as praças e áreas de lazer (CIDADE VIVA, 2021). A estação de tratamento é situada distante do centro de reabilitação, ao meio da área educacional, que possui uma permanência menor do que as áreas assistenciais. Deduz-se que sua inserção ali acomete ao entorno demais incômodos sonoros e olfativos.

Na figura 2 é possível visualizar a previsão das áreas de apoio infantil, abrigo para pessoas idosas, centro de reabilitação química, centros profissionalizantes e universitários, além de prever centros de lazer, cultura e esportes. O centro de reabilitação química está localizado a noroeste do terreno, em vermelho.

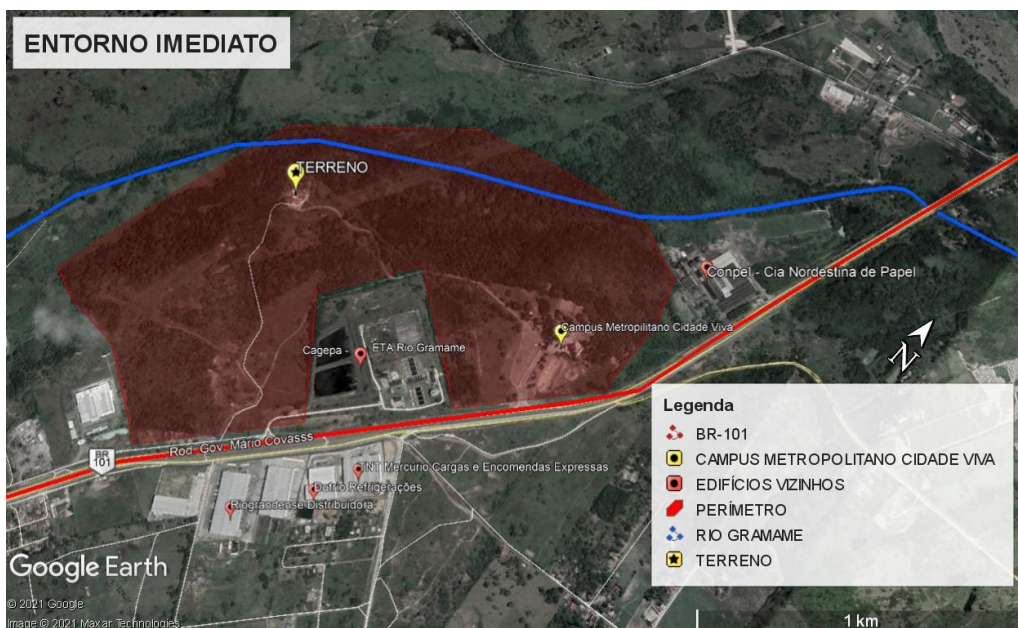
Figura 2 – O Projeto Cidade Viva



Fonte: Adaptado de Kleimer Martins (2009).

Já edificados até o ano de 2021, encontram-se o Campus Metropolitano e o Centro de Reabilitação (CIDADE VIVA, 2021). Nas proximidades de seu entorno, além do centro de tratamento de água Cagepa, existem demais edifícios pertencentes ao setor industrial, como apresenta a imagem 2:

Imagem 2 – Entorno Imediato

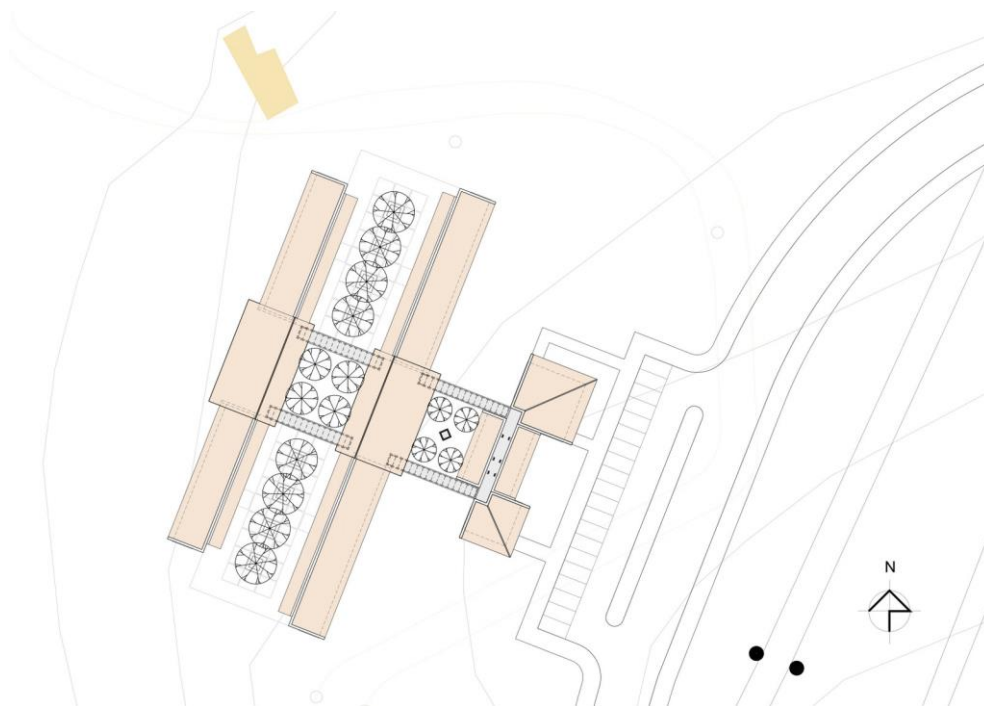


Fonte: Adaptado de Google Earth (2021).

Também projetado pelos arquitetos Antônio Cláudio Massa e Kleimer Martins em 2006 (CIDADE VIVA, 2021), o Centro de Reabilitação Química Cidade Viva é localizado no noroeste do terreno, próximo ao rio Gramame e cercado pela vegetação nativa. Por ser implantado a 27km do centro de João Pessoa, na área agrícola com seu terreno cercado, não possui ligação alguma com a malha urbana, e percebe-se a semelhança com a maioria das fazendas de reabilitação em relação ao exílio e distanciamento da sociedade. Por outro lado, a perspectiva do projeto da Cidade Viva, que tem como lema “Liberdade com Responsabilidade”, prevê que os espaços sejam multidisciplinares e multifuncionais, e que aconteça a interação de seus setores, o que diminui a segregação vista pelo indivíduo, mesmo que ela permaneça existente tanto no centro de reabilitação com ou demais setores, quanto no projeto Cidade Viva com as cidades ao redor.

A implantação da obra se dá por quatro eixos, o central de leste-oeste, e os três paralelos entre si, perpendiculares ao eixo central no sentido norte-sul, como pode ser observado através da figura 3.

Figura 3 – Implantação Centro de Reabilitação Cidade Viva



Fonte: Kleimer Martins (2009).

Indo em direção a sua essência religiosa, sua implantação e forma se inspira nas plantas das igrejas renascentistas, seguindo uma assinatura cruciforme, assemelhando-se a cruz de Lorena ou cruz de duas traves, representada na figura 4.

Figura 4 – Cruz de Lorena/ Cruz Patriarcal



Fonte: Os Lorenas Blogspot (2008).

Possui área construída totalizada em 1465m², e seus eixos são dispostos de forma a prever suas ampliações. Devido a inclinação natural do terreno, o projeto foi implantado em 3 níveis no sentido norte-sul, sendo eles o acesso principal, seguido pelo setor íntimo e por último o setor de serviços e oficinas. Estes são intermediados por áreas de vegetação. Os três eixos são ligados por um eixo central que conecta os demais e possui rampas, passarelas e coberturas estendidas, que produzem grandes vãos e provocam as sensações de amplitude, e de conexão entre o interno e externo, como demonstrado na figura 5.

Figura 5 – Desenho de Antônio Cláudio Massa do Centro de Reabilitação Cidade Viva



Fonte: Kleimer Martins (2009).

Ainda pela sua conceptualização religiosa, sua inserção ainda se assemelha brevemente as diretrizes das igrejas em relação poética relacionada aos eixos cartesianos. A entrada do edifício compõe a fachada sudeste, majoritariamente virada em direção ao sol nascente, e com a visão religiosa, também a direção da vinda de Cristo ao leste (GOMBRICH, 1997), e diante desse aspecto leva o paciente estar a sempre voltado a vislumbrar sua recuperação e retorno a sociedade, enquanto alinhado a espiritualidade e ao divino.

Na figura 6 é possível observar que a obra segue os princípios do ritmo e simetria, assim como ordem, proporção e harmonia, e como afirmado por Goulart (2019), esses aspectos levam ao observador a sensação de bem-estar e conforto estético visual. Os elementos foram inseridos e inspirados na arquitetura vernacular nordestina, com a utilização de cores, formas retangulares para as aberturas e telhados aparentes da arquitetura rural. Os materiais destacáveis usados em sua composição são o vidro em suas janelas que criam um ritmo nas paredes de concreto pintadas de amarelo, e principalmente a madeira que compõe as águas dos telhados de alta inclinação, que se estendem para projetar sombras através dos beirais, em áreas de convivência e entram em composição com a vegetação do entorno.

Figura 6 – Fachadas sudeste e noroeste



Fonte: Adaptado de Kleimer Martins (2009).

A figura 7 traz o estudo sobre como os setores estão dispostos em meio aos volumes da obra. O eixo central abriga as áreas de vivência, os corredores e passarelas, que conectam os demais eixos. O primeiro volume, onde localiza-se os acessos, possuem setores de serviço, administrativos e uma área de convívio. O segundo eixo, centraliza dentro de toda a obra, o setor íntimo que abriga os quartos de pacientes e monitores, e uma área relacionada a saúde. Na extremidade noroeste ficam as oficinas e os serviços, localizados no terceiro e último volume.

Figura 7 – Setorização



Fonte: Adaptado de Kleimer Martins (2009).

A ventilação predominante de João Pessoa se dá ao ano, majoritariamente, do sentido leste (WEATHER SPARK, 2021), portanto a partir dos cortes AA e BB

apresentados na figura 8 percebe-se a dimensão do pé direito, que traz a amplitude aos ambientes em grandes vãos e auxiliam em sua ventilação natural de forma cruzada, propiciada pelas janelas de grandes alturas, próximas a cobertura, e peitoril médio na altura do observador. Seus beirais que se projetam em torno de todo o volume provocam sombreamento nos ambientes, que combinados a locação dos jardins com suas árvores de grande porte deixam claro a preocupação em relação as questões bioclimáticas.

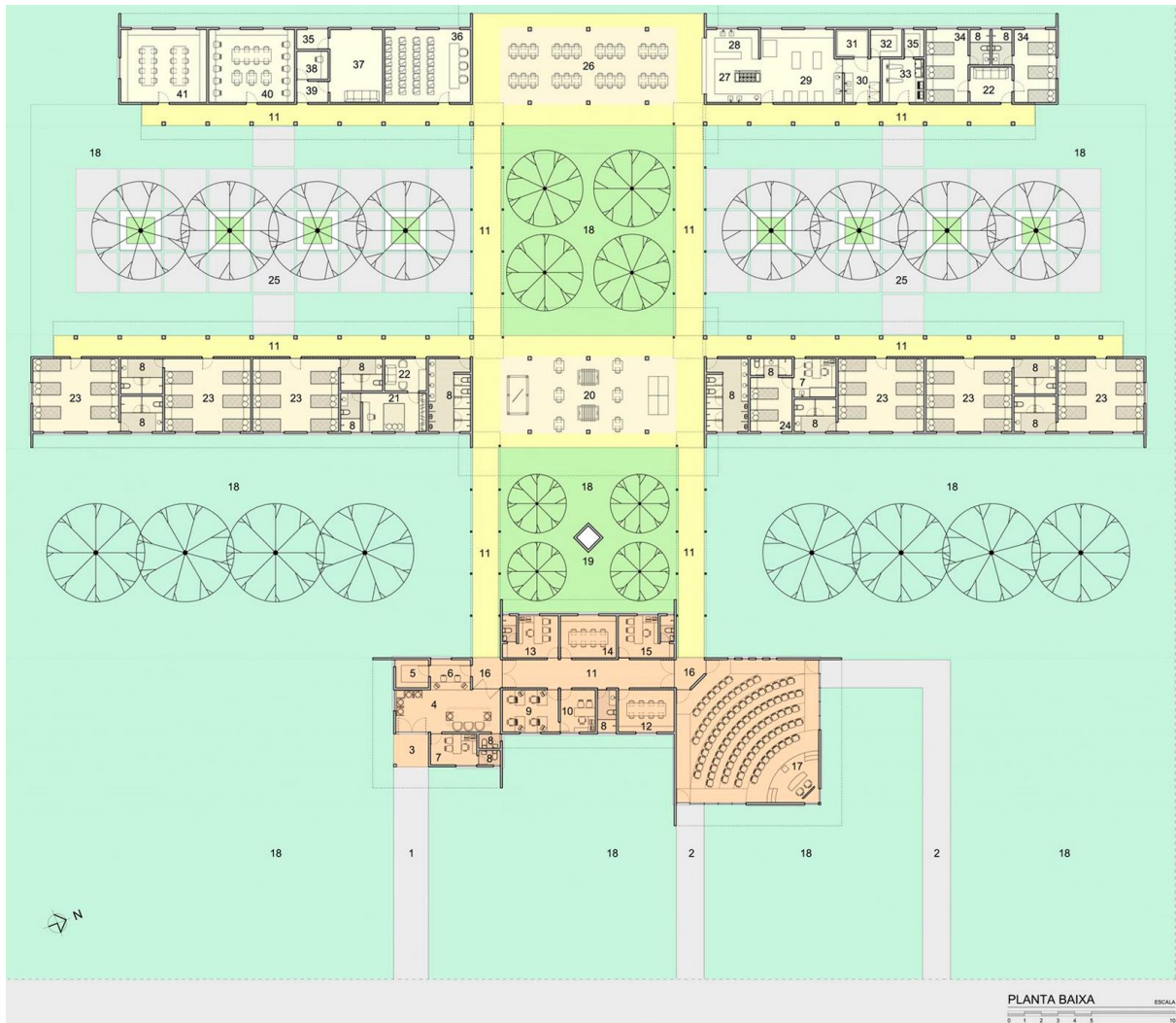
Figura 8 – Cortes AA e BB



Fonte: Adaptado de Kleimer Martins (2009).

Suas aberturas promovem a interação do interno com externo, enquanto se altera entre ambientes fechados e jardins, integrados pelos vãos e passarelas. Pela figura 9 nota-se que, devido a dimensão do terreno, o projeto possui um programa de necessidades extenso, composto por 3 áreas de vivência, sendo elas o refeitório, área de jogos e o auditório, quartos para pacientes e monitores, salas para a oficina, áreas administrativas e demais salas para o completo funcionamento do complexo. Pela sua disposição, entende-se que os fluxos são bem divididos, áreas administrativas e áreas de tratamento não se cruzam. Não se observa a existência de estacionamento no centro de reabilitação, apenas na entrada da Cidade Viva, já que a sua localização não permite acesso direto a malha urbana.

Figura 9 – Planta baixa



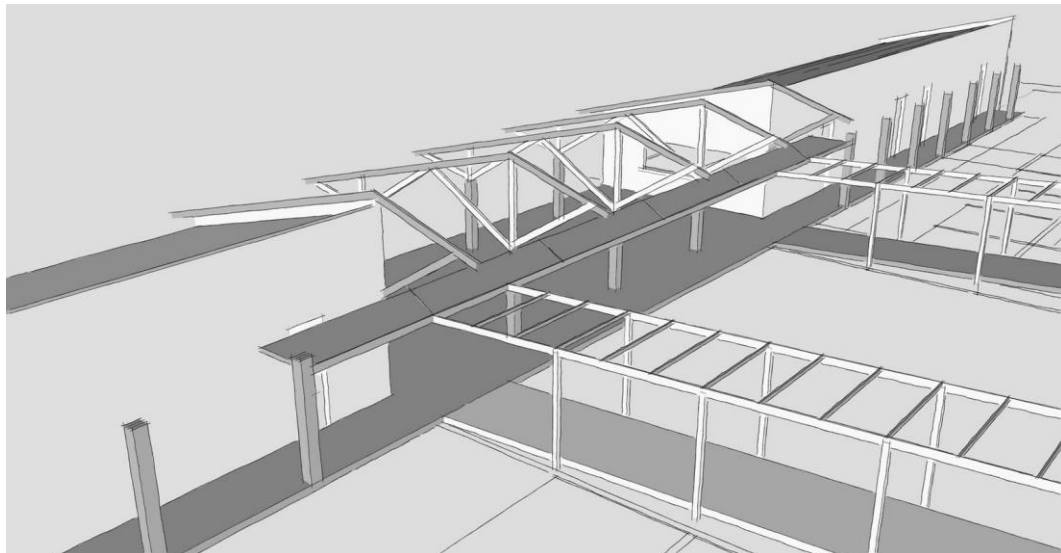
LEGENDA | LEGEND

- | | | |
|---|--|---|
| 01 – ACESSO PRINCIPAL MAIN ACCESS | 16 – HALL HALL | 31 – CÂMARA FRIGORÍFICA COLD CHAMBER |
| 02 – ACESSO AUDITÓRIO ACCESS AUDITORIUM | 17 – AUDITÓRIO (100 PESSOAS) AUDITORIUM (100 PEOPLE) | 32 – DESPENSA STOREROOM |
| 03 – HALL DE ENTRADA FOYER | 18 – JARDIM GARDEN | 33 – LAVANDERIA LAUNDRY |
| 04 – SALA DE ESPERA WAITING ROOM | 19 – CAIXA D'ÁGUA WATER BOX | 34 – DORMITÓRIO FUNCIONÁRIOS BEDROOM STAFF |
| 05 – ARQUIVO ARCHIVE | 20 – JOGOS & VIVÊNCIA GAME & AREA OF EXPERIENCE | 35 – DEPÓSITO DEPOSIT |
| 06 – RECEPÇÃO RECEPTION ROOM | 21 – SUÍTE SUITE | 36 – SALA DE AULA CLASSROOM |
| 07 – CONSULTÓRIO DOCTOR'S OFFICE | 22 – SALA DE ESTAR LIVINGROOM | 37 – SALA DE MÚSICA MUSIC ROOM |
| 08 – BANHEIRO BATHROOM | 23 – DORMITÓRIO BEDROOM | 38 – SALA DE SOM ROOM SOUND |
| 09 – TESOURARIA MANAGEMENT | 24 – ENFERMARIA INFIRMARY | 39 – ANTE CÂMARA ANTE CHAMBER |
| 10 – SECRETARIA SECRETARIAT | 25 – PRAÇA SQUARE | 40 – OFICINA DE ARTES STUDIO ARTS |
| 11 – CIRCULAÇÃO MOVEMENT AREA | 26 – REFEITÓRIO CAFETERIA | 41 – OFICINA DE MARCENARIA CARPENTRY WORKSHOP |
| 12 – SALA DE MONITORES HALL MONITORS | 27 – COZINHA KITCHEN | |
| 13 – DIRETORIA DIRECTORS | 28 – LAVAGEM WASHING | |
| 14 – SALA DE REUNIÕES BOARDROOM | 29 – PANIFICAÇÃO BAKERY | |
| 15 – COORDENAÇÃO COORDINATION | 30 – RECEPÇÃO RECEIPT | |

Fonte: Adaptado de Kleimer Martins (2009).

Foram utilizados para a construção do edifício materiais comuns para edificação de equipamentos públicos e materiais típicos regionais, sendo eles a alvenaria de tijolos, o concreto, e estrutura metálica.

Figura 10 – Sistema Estrutural



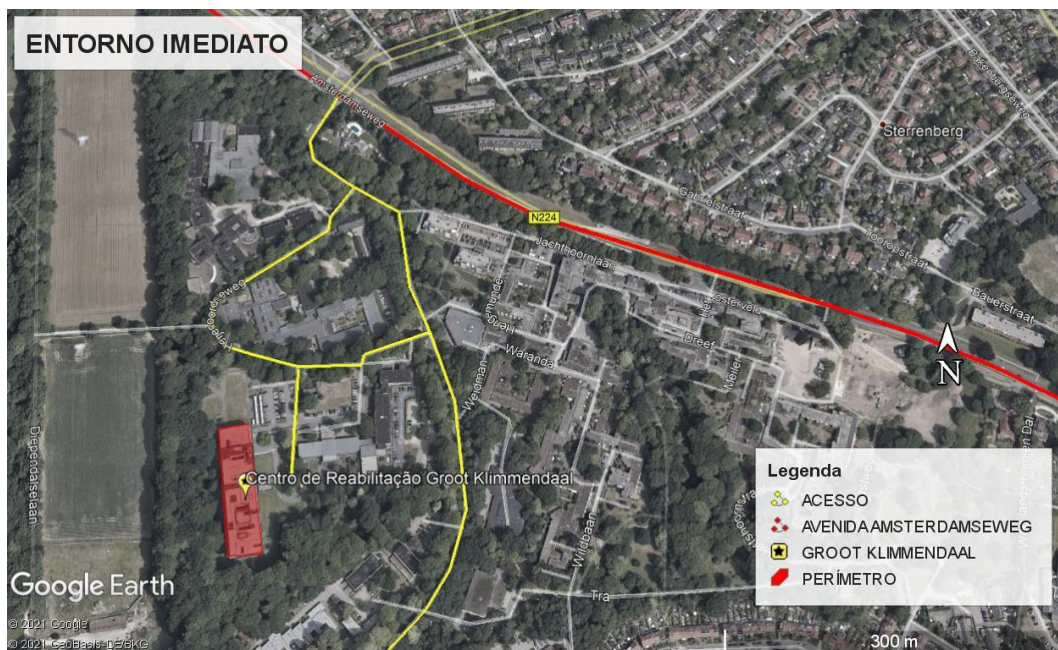
Fonte: Adaptado de Kleimer Martins (2009).

Contudo, conclui-se que o projeto analisado alcança seus objetivos de tratamento humanizado, ao inserir o indivíduo em ambientes aliados a natureza e a noção de comunidade. Como foram utilizados elementos da arquitetura nordestina, associados a estética agradável, a identidade do local promove a confiança ao paciente, deixando-o à vontade. Nota-se que, mesmo com os ambientes divididos em blocos, as conexões fazem com que todos os ambientes sejam integrados, e ao mesmo tempo traz a natureza para mais perto do usuário intercalando os volumes com jardim e praças. Torna-se relevante para o estudo pois apresenta semelhanças as áreas do PROVIN de Campo Belo-MG, e utiliza de estratégias projetuais interessantes quanto a visão ecológica, questões bioclimáticas, questões estéticas e de comunidade.

2.2 Centro de Reabilitação Groot Klimmendaal

Localizado na cidade de Arnhem, Holanda, o centro de reabilitação Groot Klimmendaal projetado por Koen van Velsen, finalizado em 2011. Considerado projeto de referência internacional. Finalista do Prêmio Mies van der Rohe 2011, considerado Edifício do Ano em 2010 pela Associação Holanesa de Arquitetos, vencedor dos prêmios Hedy d’Ancona 2010, Arnhem Heuvelink 2010 e do Prêmio Público de Design Holandês do mesmo ano (ARCHITECTURAL DESIGNS SCHOOL, 2021), o projeto conta com reconhecimento mundial quando se trata de espaços humanizados e em simbiose com o ambiente.

Imagem 3 – Localização do Groot Klimmendaal



Fonte: Adaptado de Google Earth (2021).

O projeto faz parte de um plano desenvolvido por van Velsen, que prevê um conjunto de três grandes edifícios autônomos dispostos na extensão de uma área restaurada do parque em meio ao sítio florestal ao noroeste da cidade, que irão auxiliar a restaurar o ambiente que se encontra em desarmonia entre as árvores e os prédios existentes (GREGORY, 2011). A figura 11 traz a proposta de como a área vai se adaptar de acordo com cada fase prevista, e o edifício Groot Klimmendaal está inserido na fase 1.

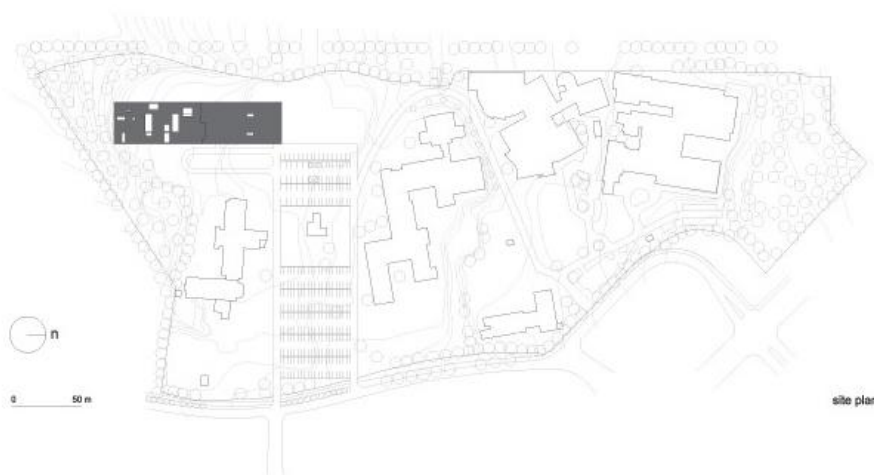
Figura 11 – Fases do masterplan de van Vesen



Fonte: Ricci (2017)

Nota-se que, para a implantação do edifício, houve a demolição de alguns outros, dando espaço ao plantio de novas árvores faias. Entende-se que o objetivo de van Velsen foi sintetizar em três edifícios todos os serviços e utilidades que eram necessários para os usuários que ali frequentam, permitindo assim a restauração do parque e um maior equilíbrio e harmonia entre a natureza e as construções (ETHERINGTON, 2011). A figura 12 traz essa relação da vegetação ao redor do edifício, além das edificações ainda já existentes no entorno, que futuramente se transformarão em mais duas grandes obras.

Figura 12 – Implantação do Groot Klimmendaal



Fonte: Van Velsen (2010)

Em sua implantação, o volume do Groot Klimmendaal segue em direção ao topo do terreno. Mesmo possuindo 14.000m², o edifício se mistura e se encontra camuflado em meio a paisagem devido a escolha dos seus materiais de fachada (ARCHITECTURAL DESIGNS SCHOOL, 2021). Gregory (2011) afirma que essa camuflagem se torna possível devido a escolha do arquiteto em compor os cheios e vazios do edifício, sua estrutura e revestimento juntos da variação de níveis de iluminação devido a vegetação do entorno: o conjunto desses elementos permite o controle do impacto visual da obra. A imagem 4 traz a composição do alumínio anodizado castanho-dourado, do vidro e de sua volumetria em meio a floresta:

Imagem 4 – Groot Klimmendaal



Fonte: Rob 't Hart

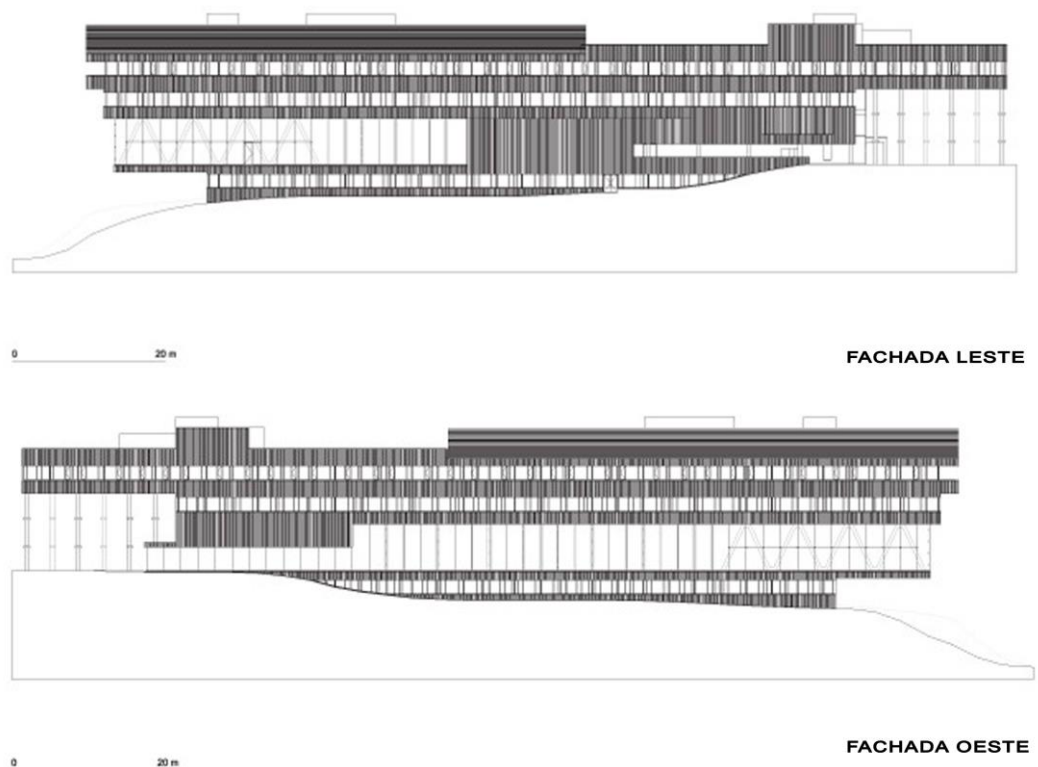
Arnhem, sendo uma cidade europeia, possui variantes climáticas diferentes do Brasil. Sua temperatura varia com máximas de 29°C e mínimas de -7°C, possui ventos predominantes vindos de sentido oeste, na maior parte do ano seu céu é coberto por nuvens, com chuvas durante o ano inteiro, e a duração de luz solar varia de acordo com a época do ano, chegando em torno de 8 horas em 21 de dezembro e 17 horas em 21 de junho (WEATHER SPARK, 2021).

Com essas variantes, torna-se possível a utilização de amplas aberturas revestidas com vidros, devido a insolação menos agressiva, além de sua inserção em meio as grandes faixas que sombreiam toda sua fachada oeste. O vento predominantemente oeste atinge o edifício em seu sentido transversal, o que possibilita uma ventilação natural bem eficiente, atravessando o bloco.

As escolhas dos materiais construtivos foram focadas em sustentabilidade e baixa manutenção, além de sua longevidade. Devido ao seu design tanto físico quanto das instalações elétricas e mecânicas, a utilização de energia se tornou mais eficiente, e logo, reduzida (ETHERINGTON, 2011).

Seus materiais notáveis na fachada são o ferro estrutural, o vidro e o alumínio. Neste projeto, também estão presentes os conceitos de simetria, harmonia e ritmo, mesmo esse último sendo um pouco diferente no Centro de Reabilitação Cidade Vida, possuindo um ritmo próprio e pessoal que é construído em meio às suas aberturas e pilares, como demonstra a figura 13.

Figura 13 – Fachadas leste e oeste



Fonte: Van Veslsen (2010)

Diante da escolha da utilização de extensas vidraças em sua fachada e do pé direito duplo em todo o térreo, a conexão entre os ambientes internos e externos torna-se intrínseca, demonstrado na imagem 5, de forma que a natureza está sempre presente na obra e na experienciação do espaço pelo seu usuário, principalmente pela escada que percorre todos os andares e possibilita diversas formas de caminhabilidade e descoberta dos ambientes (ETHERINGTON, 2011).

Imagem 5 – Área de circulação

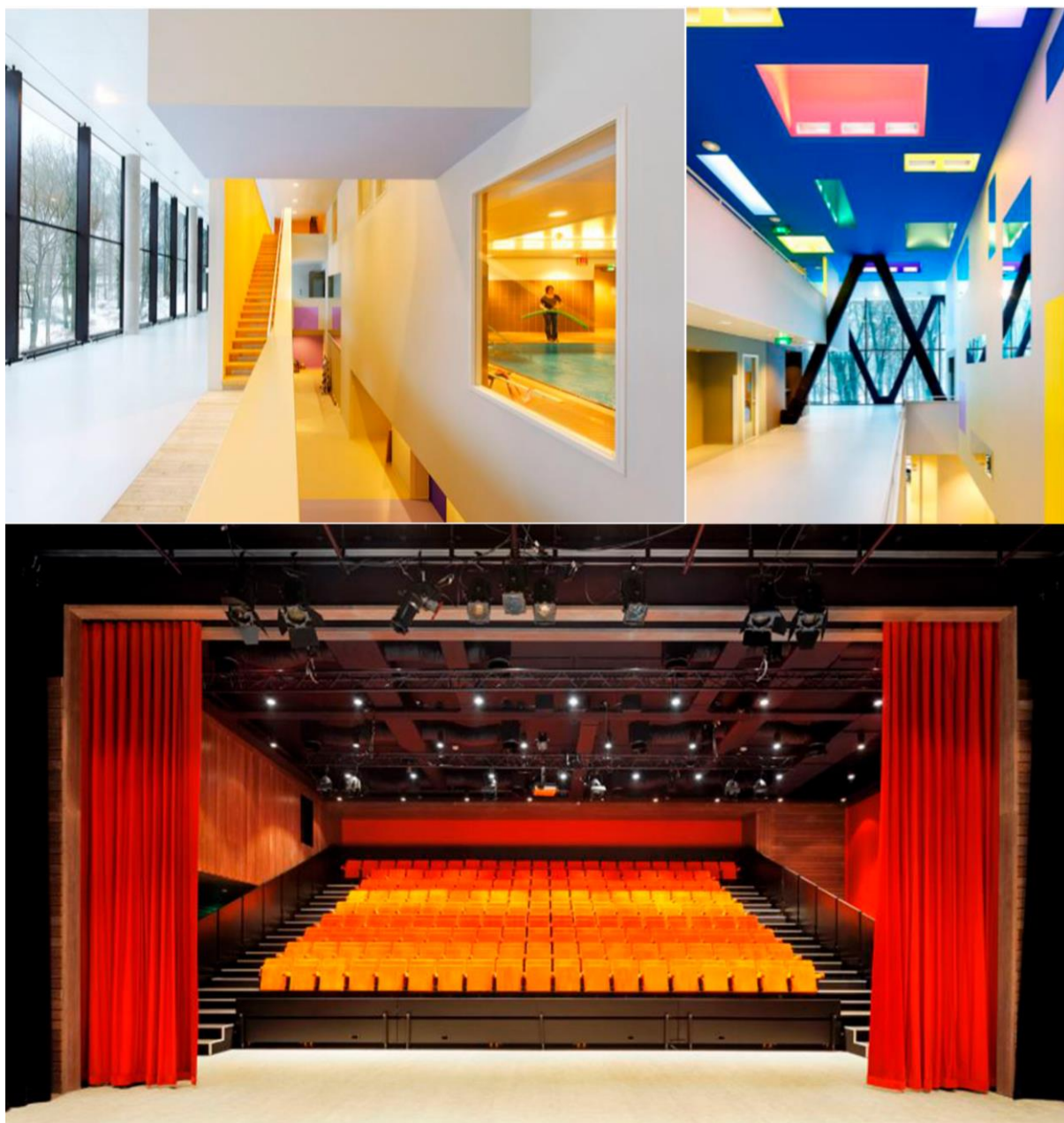


Fonte: Van Veslsen (2010)

A neuroarquitetura está presente a todo momento, visto que o conceito da obra consiste na ideia de os ambientes promoverem o bem estar do paciente, trazendo com seus elementos, materiais e cores o efeito terapêutico e a potencialização do processo de revalidação. Os espaços tem efeito principal no tratamento, e inclui o entorno e a comunidade em todo seu cronograma. A imagem 6

exemplifica alguns desses ambientes, na qual a harmonia das cores, em conjunto com suas aberturas e funcionalidades transformam a experiência dos usuários em algo lúdico e despertador dos sentidos.

Imagem 6 – Interiores



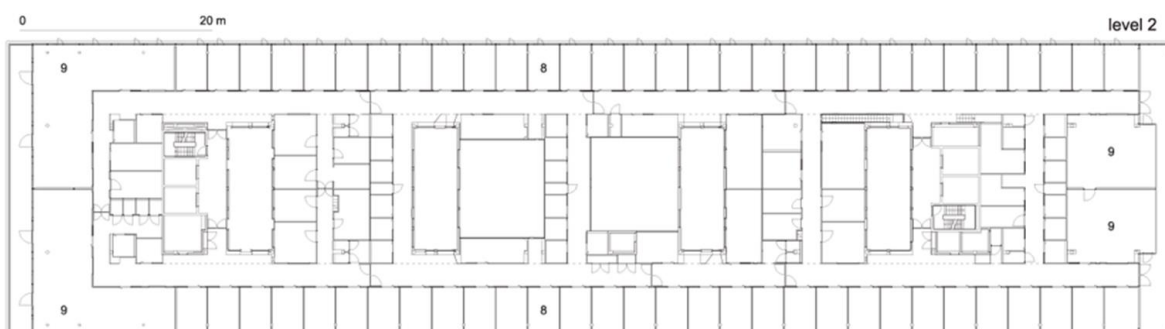
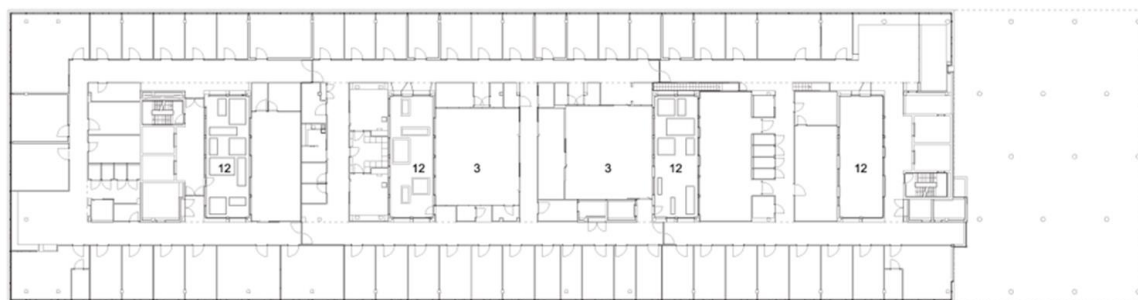
Fonte: Van Veslsen (2010)

Para sua implantação devido ao desnível, a obra foi dividida em seis pavimentos empilhados de forma a respeitar a topografia. Foi aderido um balanço a fim de tornar a estética mais suave e a inserção mais sutil, otimizando a matéria e

volumetria da obra e do terreno. As plantas baixas apresentadas na figura 14 demonstram como foram adotadas medidas não convencionais para criar ambientes mais humanizados e que promovam a descoberta e percurso do edifício, na medida em que o autor propõe diversas rotas e vistas, fugindo dos grandes corredores e poucas aberturas costumeiras para edifícios na área da saúde (GREGORY, 2011).

Figura 14 – Planta baixa pavimentos -1, 0, 1, 2, 3 e 4





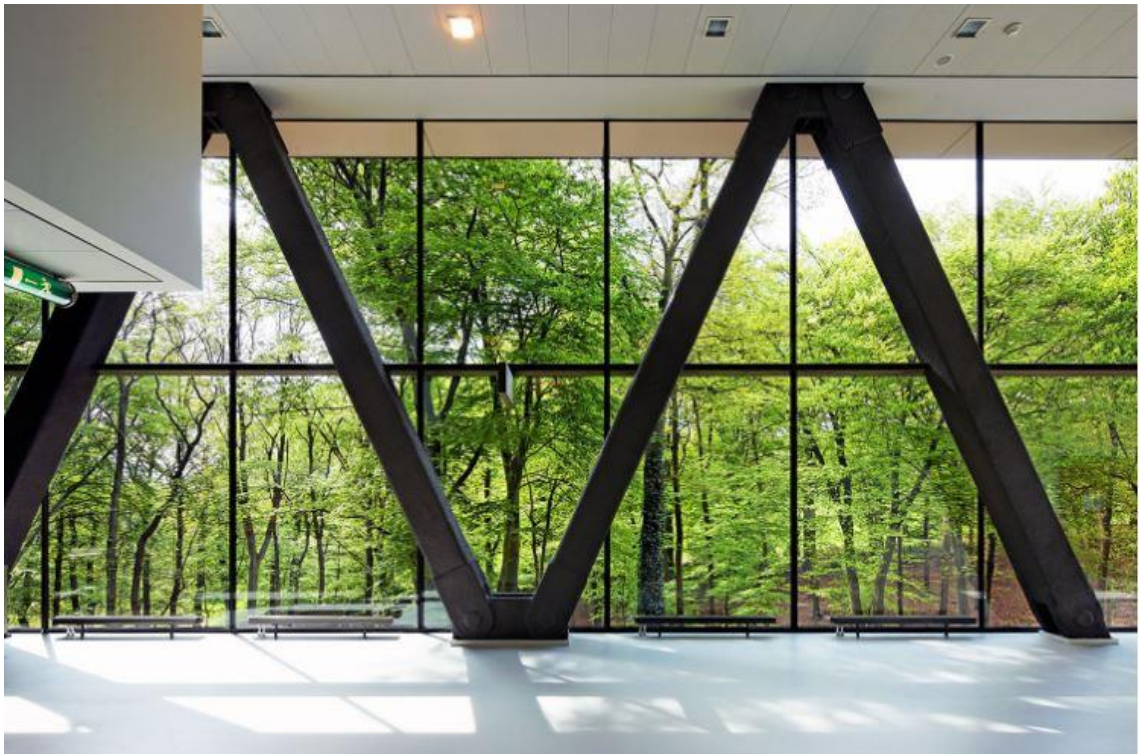
- 1- ENTRADA
- 2- ESCRITÓRIO
- 3- GINÁSIO
- 4- PISCINA
- 5- TEATRO
- 6- RESTAURANTE
- 7- ACADEMIA
- 8- QUARTO DO PACIENTE
- 9- SALA DE ESTAR
- 10- CASA RONALD MCDONALD
- 11- CIRCULAÇÃO
- 12- PATIO

Fonte: Van Veslsen (2010)

O programa de necessidades do Groot Klimmendaal, além de abrigar os ambientes necessários para o desenvolver da terapia, também prevê a utilização desses elementos por outras pessoas usuárias do parque. Devido a escolha do arquiteto de dispor de diversos caminhos possíveis a serem feitos ao percorrer a obra, não há conflitos de fluxos dentro do edifício.

Sobre as questões estruturais, foram utilizados pilares aparentes de modo a compor a obra. A verticalidade das estruturas auxilia a harmonia com as árvores do ambiente externo. De estrutura metálica, como demonstra a imagem 7, os pilares seguem compondo a estética de todo o prédio,

Imagem 7 – Estrutura aparente



Fonte: Van Veslsen (2010)

Portanto, diante das análises acerca do Groot Klimmendaal conclui-se que a obra é merecedora de todo o reconhecimento mundial. O arquiteto alcançou o objetivo de sintetizar no prédio toda a terapia humanizada, agregar a comunidade usuária do parque e ainda harmonizar a natureza do entorno, sem agredir o terreno com sua implantação, enquanto respeita questões ambientais e de sustentabilidade ao prever sua eficiência energética. Mesmo sendo um edifício de grande extensão,

ele repousa sutilmente em meio as árvores, e simultaneamente convida os usuários a descobrir seu interior. Torna-se de extrema importância para o estudo ao utilizar com maestria em sua proposta conceitos como a neuroarquitetura, biofilia e a psicologia das cores, já previstos a serem utilizados na futura proposta.

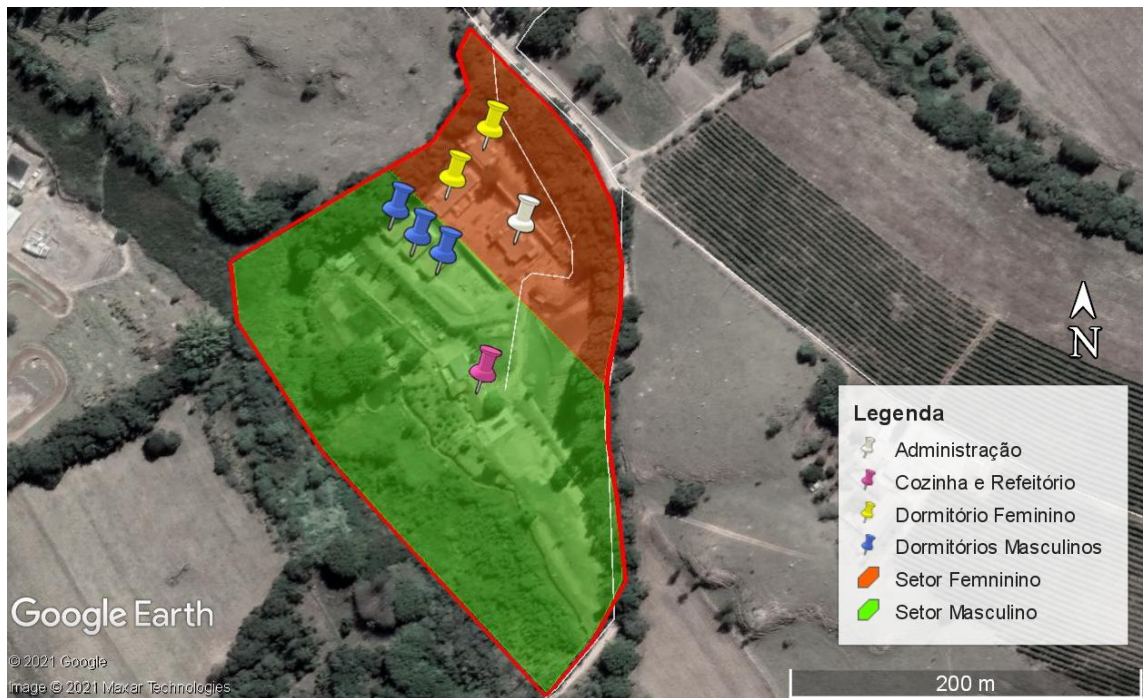
CAPÍTULO III – PROBLEMÁTICA

A evolução histórica das clínicas de reabilitação sugere uma leitura dos espaços voltada aos trabalhos como parte da terapia, porém essa escolha normalmente invisibiliza os demais elementos arquitetônicos que podem auxiliar no processo terapêutico, o que causa desarmonias e desumanização dos edifícios. A maioria dos prédios dessa tipologia sofrem com suas condições atuais, diretamente vinculadas as suas estruturas, infraestrutura e estados precários dos ambientes. Esses fatos são reflexos de suas adaptações ineficientes devido à falta de investimentos.

Como mencionado no capítulo 1 deste portfólio, o Centro de Tratamento em Dependência Química PROVIN está localizado na zona rural do município de Campo Belo, MG, e fornece tratamento para a cidade e região. Em 2021, são ofertadas um total de 110 vagas, sendo 60 masculinas e 50 femininas (PROVIN, 2019).

Também como já mencionado no decorrer do trabalho, a instituição passou por diversas mudanças em sua localidade, até chegar ao determinado local consolidado, onde iniciou a construção de suas estruturas. Segue sendo mantida através da renda obtida pelos tratamentos e por doações, e mesmo com o convênio efetuado entre o PROVIN e o governo de Minas, nota-se ainda o déficit projetual, falta de planejamento a longo prazo, ineficiência dos espaços existentes, além de suas adaptações que implicam na funcionalidade dos espaços e desconsideram os fatores sensoriais, terapêuticos e estéticos. O processo histórico da comunidade é de extrema importância para compreender os porquês dos espaços e suas distribuições. De acordo com a imagem 8 é possível notar a discrepância entre a oferta de espaços diante do gênero.

Imagem 8 – Setorização das alas por gênero



Fonte: Adaptado de Google Earth (2021).

Diante ao espaço oferecido aos setores, observa-se que o setor masculino abriga a maioria dos equipamentos e dinâmicas, sugerida pela localização da cozinha, espaço de avicultura, pomar, piscina, campo esportivo, lagoa e oficinas de soldagem e serralheria, o que denota em como o desenvolvimento dessas atividades são destinados, em sua maioria, aos homens. A seguir, na imagem 9, são apresentados alguns desses ambientes:

Imagem 9 – Ambientes do setor masculino



Fonte: Autor (2021).

É possível observar algumas precariedades diante das imagens, como ambientes inacabados, aberturas insuficientes que resultam em iluminação e ventilação inadequadas, problemas relacionados a falta de planejamento projetual como infiltrações e rachaduras, avarias nos revestimentos, distribuição espacial ineficaz, falta de incentivos visuais estéticos e de estímulos sensoriais, entre outros.

Já o setor feminino divide sua organização interativa com a área administrativa, o que diminui os espaços disponíveis para as pacientes, além de interferir diretamente na privacidade e sensação de encarceramento, inclusive devido a utilização de grades e serpentinas, como demonstra a imagem 10. As atividades disponíveis abrangem uma biblioteca, uma pequena academia e o cultivo de mudas ornamentais e ervas.

Imagem 10 – Ambientes do setor feminino



Fonte: Autor (2021).

Diante dessa disparidade, torna-se nítida a invisibilidade do setor feminino diante ao tratamento. Também é evidente que as atuais condições do complexo, não oferecem o melhor conforto e qualidade de vida para seus pacientes, profissionais e

monitores, sendo indispensável um planejamento de seus espaços para seu melhor funcionamento e tratamento. Questões relacionadas a acessibilidade encontram-se inexistentes em todos os espaços, o que torna preocupante a situação do tratamento para pessoas com necessidades especiais.

O desenvolvimento de suas construções sempre foi focado nas relações de funcionabilidade a curto prazo (este sendo reflexo das dificuldades da comunidade) logo as questões e potencialidades estéticas, sensoriais e terapêuticas que poderiam ser providas por meio da arquitetura não foram, em momento nenhum, discutidas, planejadas ou se quer consideradas. Em toda sua dimensão nota-se que não há um espaço adequado e destinado a receber os familiares em caso de visitação, nem um espaço de convivência dentro dos setores, assim como a inexistência de um centro ecum nico ou semelhante, para serem trabalhadas as questões de espiritualidade dos pacientes. Como apresenta a imagem 11 onde é possível observar a tipologia arquitet nica de seus edifícios já existentes.

Imagem 11 – Ambientes do setor masculino



Fonte: Autor (2021).

Mesmo considerando a necessidade de adaptação dos espaços, tanto por se passar por dificuldades financeiras quanto por necessidades administrativas e de gestão, percebe-se que a instituição deixa muito a desejar. Existem inúmeros ambientes e atividades interativas, porém a sua maioria só é disponibilizada para o setor masculino, gerando uma segregação espacial preocupante. Além disso, a privacidade do paciente deve ser colocada em discussão: em ambos os setores se nota que a adaptação dos espaços não respeita os espaços mínimos para conforto individual, portanto o paciente pode se sentir constantemente invadido. A seguir, a imagem 12 mostra como são dispostas as instalações dos dormitórios:

Imagem 12 – Dormitórios



Fonte: PROVIN (2021).

Em relação as técnicas construtivas e conforto ambiental, entende-se que a comunidade poderia obter maior tecnologia, iniciativas e ações que permitam mais economia em suas construções, maior participação dos pacientes no

desenvolvimento da comunidade e uma visão ainda mais sustentável e ecológica dos ambientes.

Levando em consideração os fatos mencionados, principalmente em relação a discrepância entre a oferta de espaços diante do gênero, e atentando que o PROVIN foi a primeira fazenda de recuperação instalada na cidade (FERREIRA, 2017) e não atende as necessidades e demandas da região, entende-se a relevância da nova implantação da instituição feminina para a região, equipados de espaços capazes de retornar a sociedade indivíduos recuperados e com conhecimento profissionalizante, o que auxilia na diminuição da reincidência e na conscientização coletiva. Sendo assim surge o questionamento: seria possível elaborar uma Unidade de Tratamento e Reabilitação com ambientes planejados afim de auxiliar o tratamento deixando-o mais efetivo, humanizado e agregador diante de iniciativas arquitetônicas que visam a inclusão da sustentabilidade, da natureza, a harmonia e estímulos sensoriais e estéticos?

CAPÍTULO IV – DIRETRIZES PROJETAIS

4.1 Localização e Diretrizes Legislativas

Como exposto em outros capítulos anteriores do presente portfólio, o terreno no qual virá ser implantada a nova unidade feminina de reabilitação de drogas (RE)Habilit, localiza-se na cidade de Campo Belo/MG.

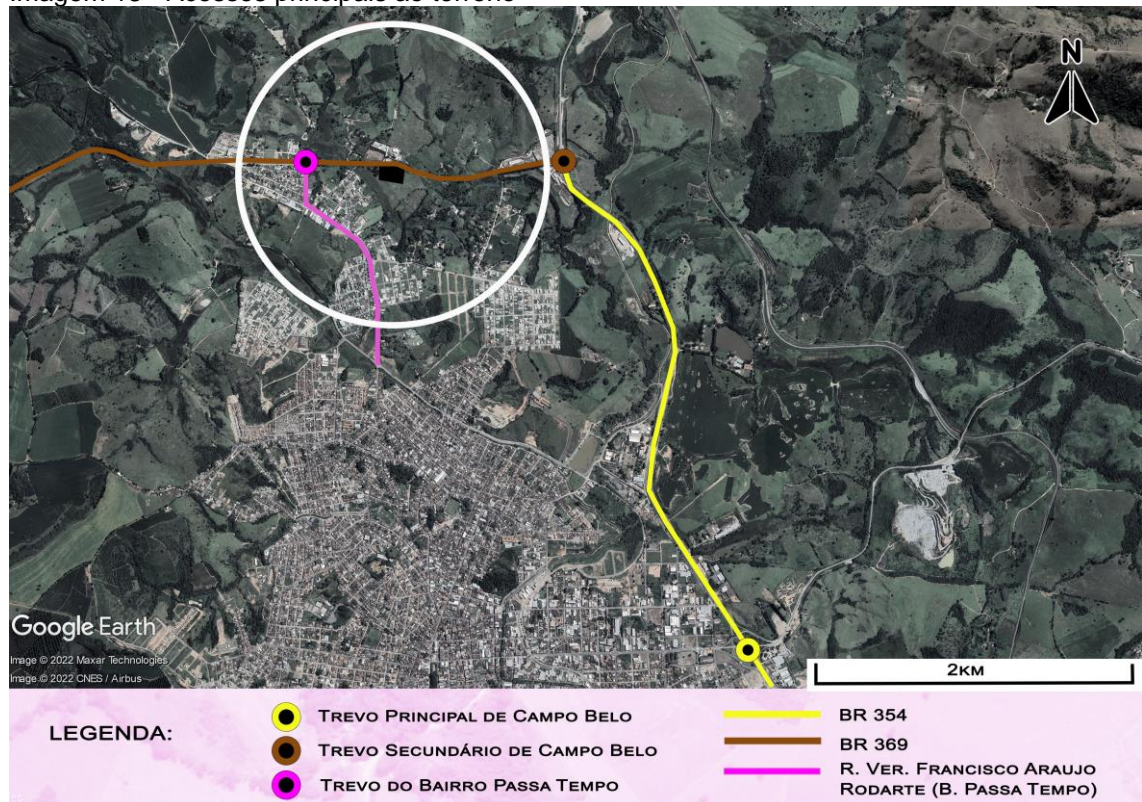
Figura 15 – Localização do município de Campo Belo/MG



Fonte: Adaptado de Google Earth (2021); IBGE (2021).

A cidade, com população de 54.186 habitantes estimada para 2020 (IBGE, 2010), é a de maior influência para seus municípios vizinhos, recebendo diariamente turistas, pacientes, trabalhadores e demais pessoas, o que torna Campo Belo/MG um centro de referência em sua região imediata. Isso demonstra o quanto a cidade interfere, em grande escala, nas vidas dos cidadãos. A imagem 13 a seguir mostra a localização do terreno escolhido para a implantação em relação a cidade.

Imagem 13 - Acessos principais ao terreno



Fonte: Adaptado de Google Earth (2021).

O objeto de estudo está a 4,47km do trevo principal da cidade a 1,00km a partir do trevo secundário e a 495 metros do trevo do bairro Passa Tempo. De acordo com a Lei Complementar nº 85, de 25 de março de 2010, a implantação acontece na Zona de Atividades Econômicas – ZAE, onde são permitidos os usos

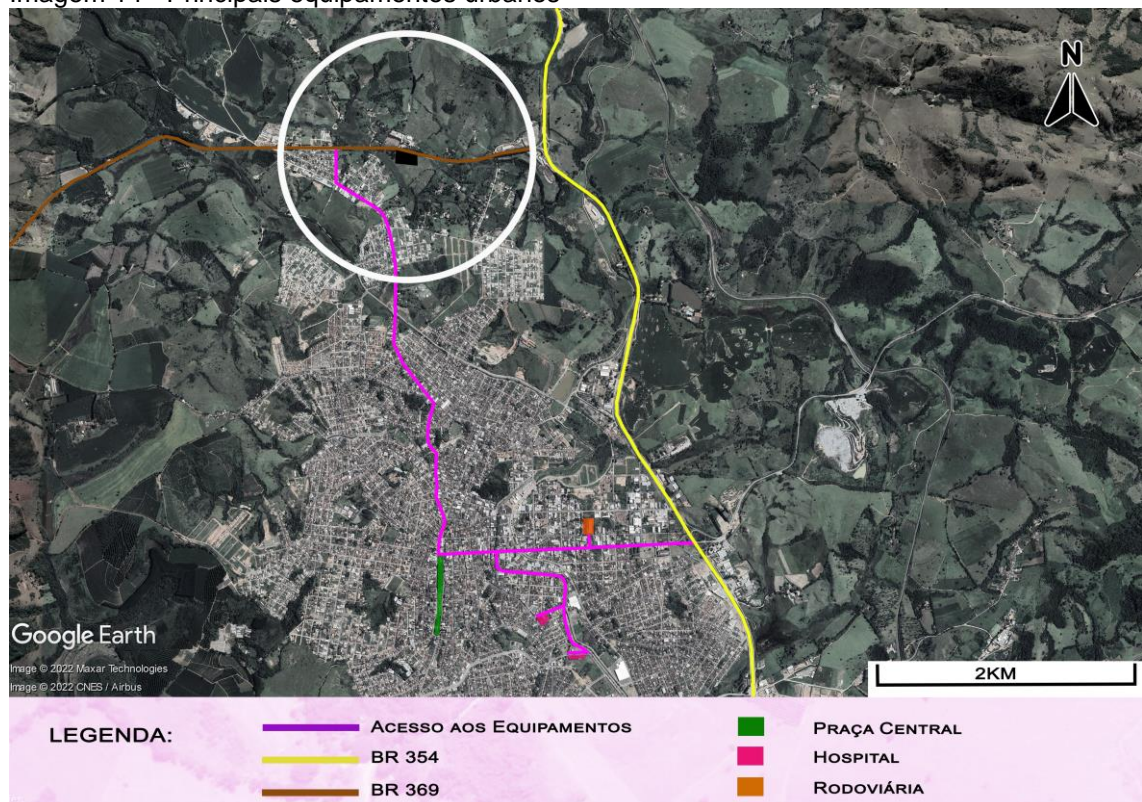
prioritariamente, atividades econômicas de médio e grande porte geradoras de tráfego pesado, com raio de atendimento com abrangência regional, estadual e interestadual, tais como instalações industriais de pequeno e médio porte, que usem tecnologias limpas, grandes atacadistas, mega distribuidoras, prestadores de serviços como distribuidoras de combustíveis, o uso institucional relacionado a grandes equipamentos de infra-estrutura urbana, terminais de transporte e similares e, ainda, o uso misto comercial e de serviços de médio e grande porte. (...) (CAMPO BELO, 2010, p. 9).

Sobre seus parâmetros referentes a ocupação do solo das ZAE, a taxa de ocupação máxima é de 80%, o coeficiente de aproveitamento máximo é de 2,5, afastamento lateral mínimo de 1,5m, afastamento frontal mínimo de 5,0m e taxa de permeabilidade de 20% (CAMPO BELO, 2010). Também serão consultadas as leis

de vigilância sanitária, do Dnit e a NBR 9050 que dispões sobre quesitos e parâmetros de acessibilidade.

Quanto ao acesso do terreno para com os equipamentos urbanos e suas organizações, a imagem 14 mostra como é feito esse percurso para com os elementos mais importantes para a instituição.

Imagem 14 - Principais equipamentos urbanos



Fonte: Adaptado de Google Earth (2021).

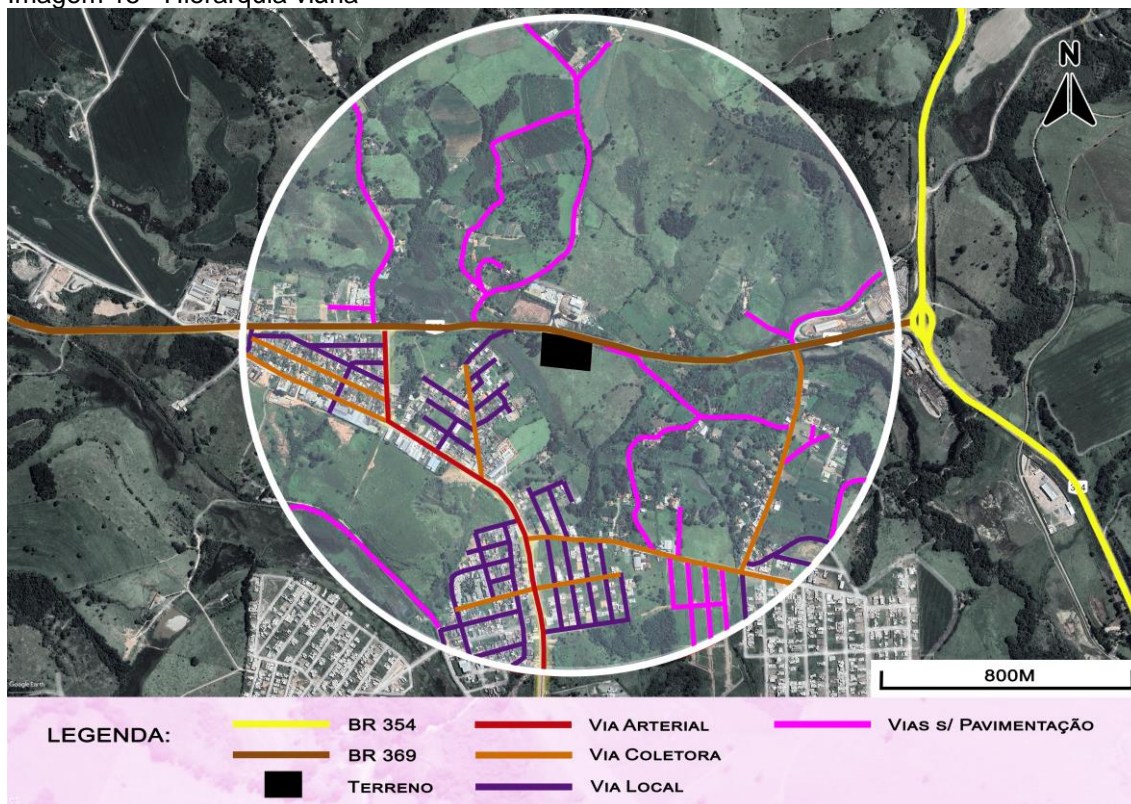
Sobre a imagem acima, é importante ressaltar que foram demarcados os principais pontos referenciais, porém o entorno da praça central e a avenida que dá acesso a ela são compostos por inúmeros comércios, farmácias, bancos, lanchonetes, escolas e demais outros edifícios tipicamente centrais. Foram demarcados também os principais hospitais da cidade com atendimento gratuito, mas existe também um hospital particular próximo à praça central. A rodoviária encontra-se em um local de fácil acesso aos visitantes, turistas e trabalhadores das cidades vizinha, e seu entorno é marcado, em sua maioria, por edifícios residenciais e oficinas automobilísticas.

4.2 Análise e Diagnóstico do Entorno Imediato

Para prosseguir com as análises relativas ao entorno imediato, fora demarcado um raio de 1000m em relação ao eixo central do terreno.

O lote escolhido está localizado na BR 369, que leva a cidade de Aguanil no sentido sudoeste. No sentido leste, a BR 369 faz ligação com a BR 354, esta que conecta até a cidade de Candeias. O fluxo de veículos em ambas rodovias é intenso, sendo realizado por veículos particulares, ônibus e caminhões. Além de ambas mencionadas, o entorno demarcado é composto por uma via arterial que conecta o bairro com os demais espaços da cidade em conjunto com vias coletoras e vias locais. Devido a área ser afastada do centro urbano e ter proximidade com a zona rural da cidade, nota-se a formação de diversas vias não pavimentadas em seu entorno imediato, estas que levam a propriedades particulares e/ou a indústrias.

Imagem 15 - Hierarquia viária

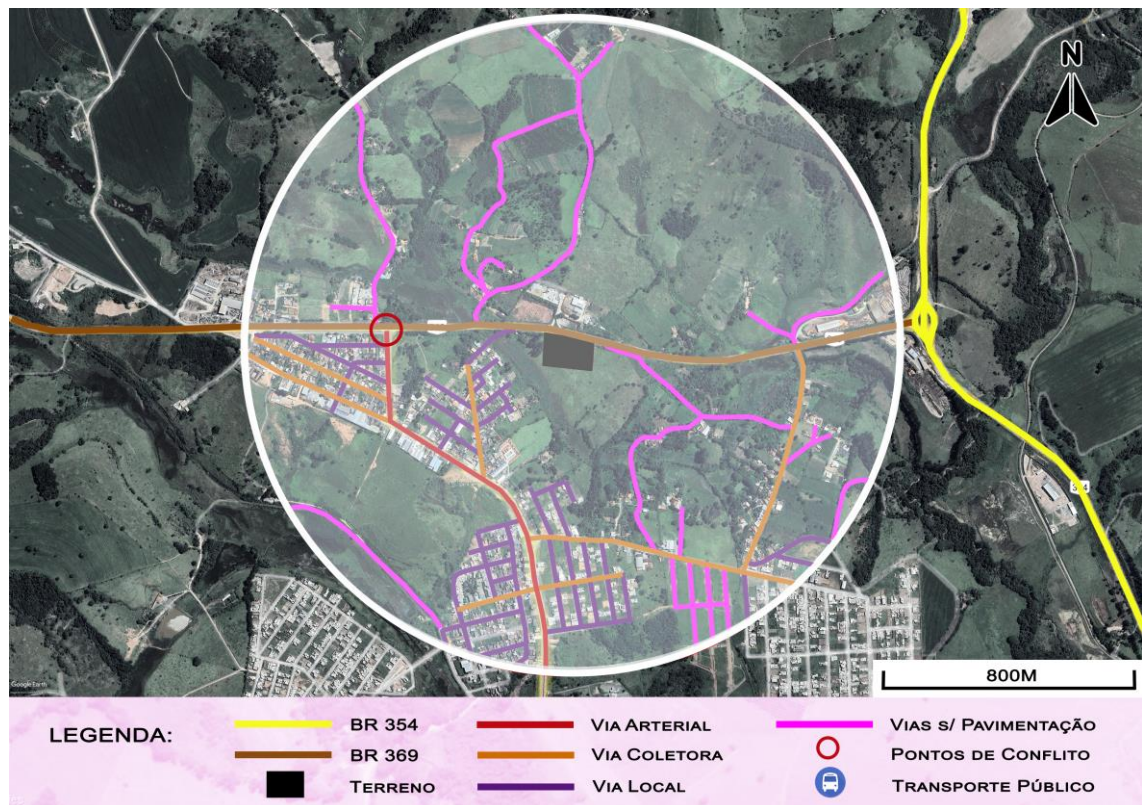


Fonte: Adaptado de Google Earth (2021)

A topografia das vias segue o declive natural do ambiente. A BR 369, no qual se encontra o terreno escolhido, não possui nenhum declive acentuado na área de análise. A via arterial e as vias coletoras e locais são todas pavimentadas e sua maioria em bom estado de conservação e sinalizadas com placas e no piso em alguns cruzamentos, porém não se percebe nenhum tipo de acessibilidade existente, como rampas e pisos tácteis. A calçada é inexistente no limiar do terreno, devido estar na rodovia. Na via arterial, a calçada possui dimensão de 2,5m, e nas demais vias coletoras e locais variam entre 1m a 1,80m, enquanto em alguns pontos estão em estado precário ou são inexistentes.

No que diz a respeito de sistema viário, transporte público e pontos de conflito dentro da área de estudo, a imagem 16 apresenta a seguir seus aspectos:

Imagem 16 – Mapa de sistema viário



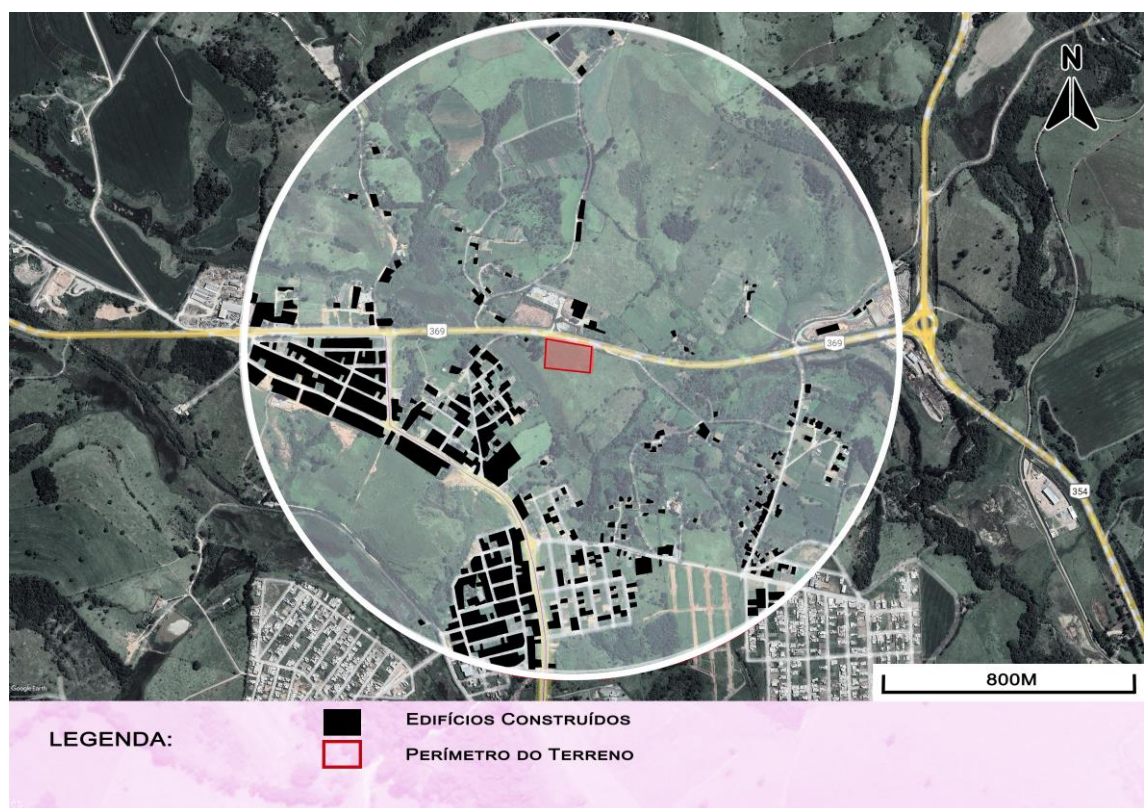
Fonte: Adaptado de Google Earth (2021).

A partir da imagem acima, nota-se que os pontos de transporte público se concentram na extensão de toda via arterial, não adentrando os bairros adjacentes. Além disso, fora analisado um ponto de conflito no trevo do bairro Passa Tempo,

onde mesmo com a presença da sinalização o fluxo de automóveis tende a bagunçar-se pela forma como fora projetado o desenho viário no local.

Devida a sua longínqua localização em relação a malha urbana, os edifícios em seu entorno imediato são poucos e distantes, como apresenta a imagem 17, com raio de análise de 1000m que traz a relação de figura e fundo entre o objeto de estudo e seu entorno:

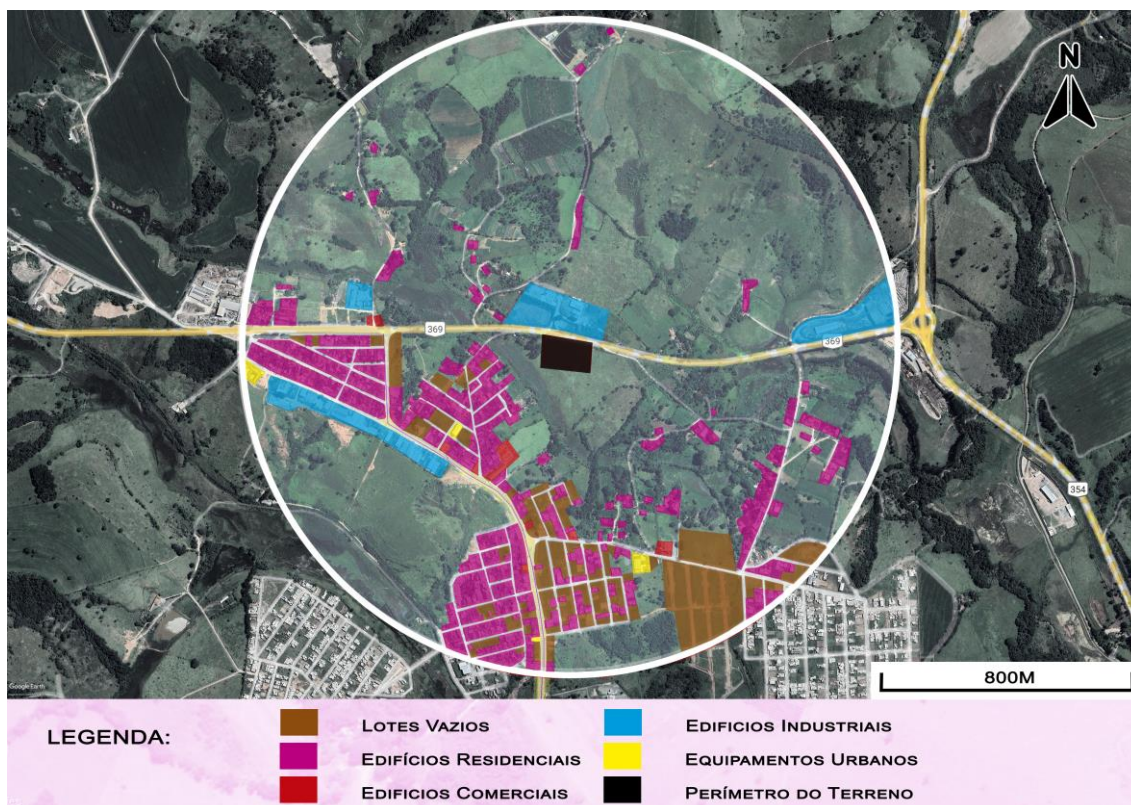
Imagem 17 – Mapa de figura e fundo



Fonte: Adaptado de Google Earth (2021).

Nota-se que não há o adensamento de edifícios em nenhum local na vizinhança imediata do objeto de estudo. A concentração de edifícios se dá ao sentido leste e sudoeste do terreno escolhido, ainda sim com inúmeros vazios em seu meio, obtendo poucas quadras construídas em sua totalidade. A seguir, a imagem 18 traz a análise a respeito do uso e ocupação do solo, a fim de complementar os estudos da relação figura x fundo:

Imagem 18 – Mapa de figura e fundo



Fonte: Adaptado de Google Earth (2021).

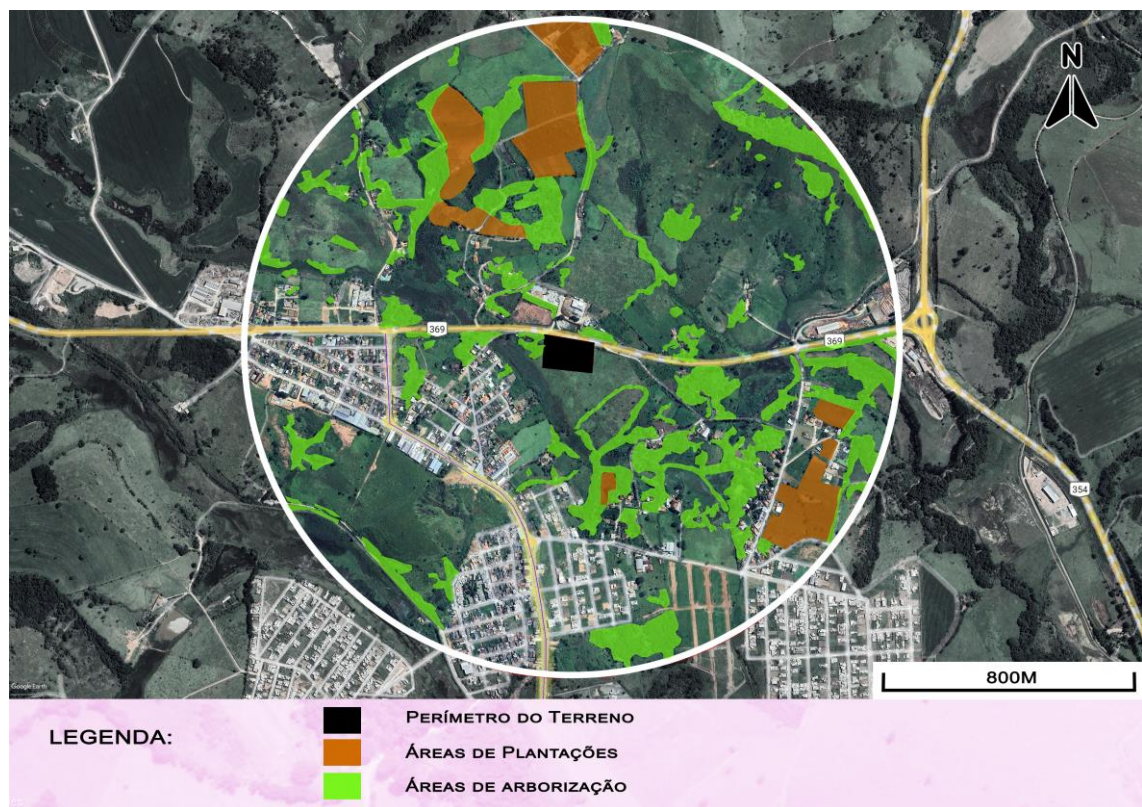
Como vizinho mais próximo, localizado ao norte do terreno, analisa-se a existência de uma indústria. Ao leste do terreno, próximo ao trevo secundário da cidade de Campo Belo, também se encontra uma mesma tipologia. Já ao sudoeste existe uma concentração de diversas indústrias e distribuidoras. Todo o espaço norte adiante ao terreno não possui muitos edifícios, e com exceção a indústria já mencionada, são em sua maioria sítios e áreas residenciais.

A concentração de edifícios localiza-se sudoeste, onde são bairros mais antigos, e ao sul no sentido central da cidade. Em sentido sul e sudeste encontra-se demasiados lotes vazios e residências recém construídas, considerando que são loteamentos novos na cidade. Como áreas institucionais, podemos citar o presídio que está ao oeste, a igreja Nossa Senhora das Dores ao sudoeste, e ao sul estão a Escola Municipal Eliza Alvarenga Casarino e a Secretaria de Estado de Segurança

Pública. Em sua grande maioria, os edifícios ali encontrados são residenciais, de classe média ou média /baixa, de um ou dois pavimentos. Há também um loteamento recente, sem pavimentação e sem algum edifício no momento.

Diante do apresentado, entende-se que a área analisada está em expansão, de uso majoritariamente residencial, com pontuais indústrias distribuídas nos bairros mais antigos. As áreas comerciais ou de uso misto são poucas, e não existe praças ou parques em toda a extensão analisada. No mais, seu entorno é provido de algumas residências rurais, algumas plantações agrícolas e pecuárias.

Imagem 19 – Aspectos Paisagísticos

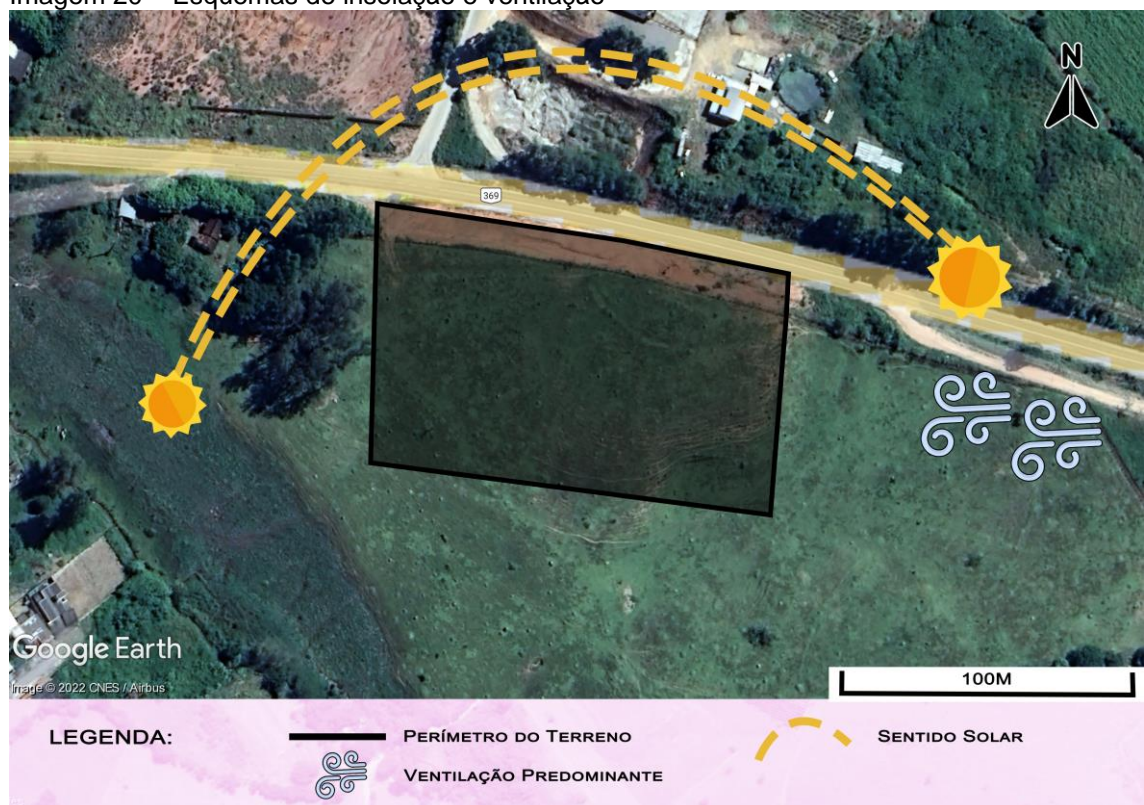


Fonte: Adaptado de Google Earth (2021).

No que diz respeito aos aspectos paisagísticos da área de análise, verifica-se que não há nenhum local específico de Área de Preservação Permanente – APP, porém encontra-se agrupamentos de densas áreas verdes nos quais ainda sobreviveram as expansões de pastos, plantações ou loteamentos. Dentro do perímetro do terreno não é possível encontrar nenhuma vegetação nativa, além da própria grama destinada a pastagem do gado. Ao norte e sudeste do lote escolhido existem algumas áreas destinadas ao plantio de pequenos agricultores da região.

Como sua situação se dá próximo a indústrias, questões de poluição atmosférica e sonora podem estar presentes. Além disso, o alto fluxo viário da rodovia causa ruídos constantes, deixando clara a necessidade de se pensar em elementos e estratégias para amenizar e interagir com o espaço. Não há edifícios de alto gabarito em seu entorno, e mesmo com a pouca vegetação de seu entorno, a insolação se torna direta e constante, pois a dimensão do terreno é maior do que o sombreamento que a vegetação proporciona. O vento predominante se dá pela direção leste na maior parte do ano (WEATHER SPARK, 2021). O esquema demonstrado na imagem 20 simboliza como se dá o funcionamento desses aspectos ambientais.

Imagem 20 – Esquemas de insolação e ventilação

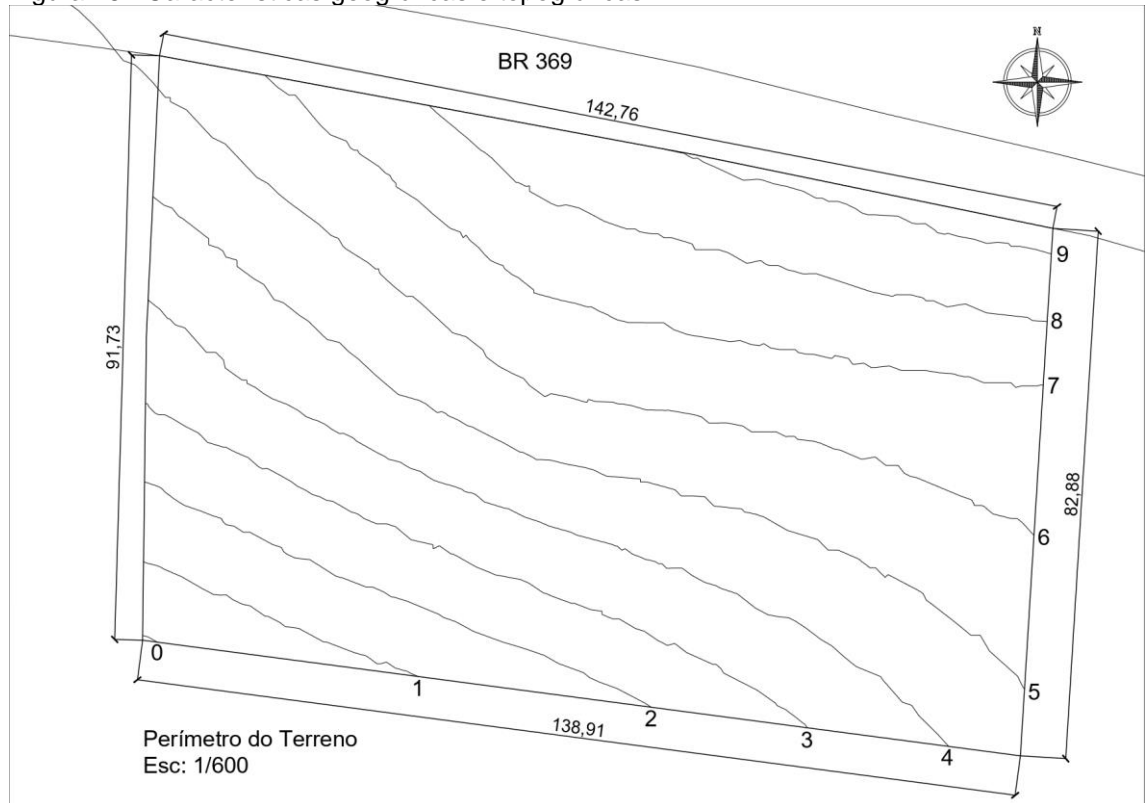


Fonte: Adaptado de Google Earth (2021).

Adentrando sobre as características geográficas e topográficas, o objeto de estudo é composto por um declive no sentido sul de 9 metros em toda a sua extensão, e possui uma área total de 12.288,27m², e descontando os afastamentos do Dnit e da Lei Complementar nº 85, de 25 de março de 2010 resulta uma área de

9.729,42m² para a edificação. É possível notar na figura ?? como se dá a organização das curvas de nível, assim como suas dimensões perimetrais:

Figura 16 - Características geográficas e topográficas



Fonte: Autor(a) (2022).

Entende-se que é possível a manipulação do terreno acontecer de forma suave com a implantação de platôs em diferentes níveis, a fim de aproveitar as potencialidades volumétrica que se pode obter a partir deste desnível. Do ponto mais alto do terreno é possível visualizar parte da cidade que se estende ao sul, portanto é interessante pensar na relação dos pontos de vistas do observador com os ambientes internos x externos.

4.3 Conceito

Diante de reflexões acerca dos fragilizados pelo tema, em conjunto com as análises realizadas sobre os significados da Saúde x Doença em todo o decorrer da história, entende-se que a reabilitação surge como ciência para devolver o indivíduo ao seio da comunidade.

Aqui, inspira-se na figura Solar, aquele que aquece, ilumina, energiza. Mesmo em sua constante resplandecência, há momentos do raiar e momentos do se por. O indivíduo, ao entender-se como possuidor de seu próprio brilho, compreende sua momentaneidade fosca e busca um novo raiar, alçando cada vez mais longe, e mais alto. É a compreensão do seu próprio processo, seus aprendizados, seus caminhos e bagagens, unidos com a aplicação de novas habilidades e novas perspectivas. É perceber que a dualidade da agitação e da quietude são naturais, e mesmo tendo os poderes da criação e imensa força, o recomeço e a persistência são necessários a cada novo dia.

4.4 Programa de Necessidades

Para que se dê início ao desenvolvimento projetual, foram buscados materiais que estabelecem critérios para o desenvolvimento do programa de necessidades. De acordo com a RESOLUÇÃO - RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011 da ANVISA que “dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”, há um programa de necessidades mínimo exigido, no qual se segue na figura 17:

Figura 17 - Programa de necessidades mínimos exigidos pela ANVISA
Gestão de Infraestrutura

Art. 11. As instalações prediais devem estar regularizadas perante o Poder Público local.

Art. 12. As instituições devem manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.

Art. 13. As instituições devem garantir a qualidade da água para o seu funcionamento, caso não disponham de abastecimento público.

Art. 14. As instituições devem possuir os seguintes ambientes:

I- Alojamento

- a) Quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas e de pertences com dimensionamento compatível com o número de residentes e com área que permita livre circulação; e
- b) Banheiro para residentes, dotado de bacia, lavatório e chuveiro com dimensionamento compatível com o número de residentes;

II- Setor de reabilitação e convivência:

- a) Sala de atendimento individual;
- b) Sala de atendimento coletivo;
- c) Área para realização de oficinas de trabalho;
- d) Área para realização de atividades laborais; e
- e) Área para prática de atividades desportivas;

III- Setor administrativo:

- a) Sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes;
- b) Sala administrativa;
- c) Área para arquivo das fichas dos residentes; e
- d) Sanitários para funcionários (ambos os sexos);

IV- Setor de apoio logístico:

- a) cozinha coletiva;

27/10/2021 03:18

Ministério da Saúde

- b) refeitório;
- c) lavanderia coletiva;
- d) almoxarifado;
- e) Área para depósito de material de limpeza; e
- f) Área para abrigo de resíduos sólidos.

§ 1º Os ambientes de reabilitação e convivência de que trata o inciso II deste artigo podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos.

§ 2º Deverão ser adotadas medidas que promovam a acessibilidade a portadores de necessidades especiais.

Art. 15. Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples, sem o uso de trancas ou chaves.

Fonte: ANVISA, RDC nº 29 (2011).

Diante do exposto, fora projetado um novo programa de necessidades, visando novas áreas a serem incluídas em seu complexo de acordo com a necessidade projetual.

ENTRADA – 105m²

- Portaria – 5,00m²
- Estacionamento
- Pátio de recepção – 100m²

ÁREA ADMINISTRATIVA – 205m²

- Secretaria – 25m²
- Sala administrativa – 20m²
- Arquivo – 9m²
- Sala de acolhimento para residentes, familiares e visitantes – 49m²
- Triagem – 12m²
- Copa – 25m²
- Sala de reuniões – 25m²
- Loja – 20m²
- Banheiro fem. – 10m²
- Banheiro masc.– 10m²
- Banheiro P.C.D. – 9m²

ALOJAMENTOS – 1.120m²

- Quarto coletivo com acomodação individual (guarda roupas e armários para pertences pessoais) – 1 alojamento a cada 30 mulheres, quartos coletivos no máximo para 6 residentes, área mínima de 5,5m² por cama individual ou beliche (já inclui área para pertences).

Considerando 8,00m² por acomodação individual ou beliche e quartos para 6 residentes – 48m² por quarto.

- Banheiro para residentes – 5 bacias, lavatórios e chuveiros a cada 30 residentes (a cada alojamento) – 20m²
- Banheiro P.C.D. – 1 unidade a cada alojamento – 12m²
- Área de estar e convivência (interna e externa) – 250m²

SETOR DE REABILITAÇÃO E CONVIVÊNCIA – 1.014m²

- Sala de atendimento individual – 18m²
- Sala de atendimento coletivo – 42m²
- Sala psicólogo – 20m²
- Sala assistente social – 20m²
- Sala de enfermagem – 25m²
- Sala de dentista – 25m²
- Sala dos monitores/agente comunitários – três agentes a cada 30 residentes (9 agentes), um quarto a cada alojamento – 10m² (individual)
- Banheiros de ambos os sexos
- Banheiro PCD – 1 unidade a cada platô – 9m²
- Espaço ecumênico – 130m²
- Sala multiuso (interação interno x externo) – 100m²
- Biblioteca – 50m²
- Centro esportivo (academia) – 100m²
- Área de oficinas (pintura, dança, artesanato, estética, costura, culinária, serralheria/marcenaria, soldaria, alfabetização) – 4 espaços de 35m² - 140m²
- Avicultura – 25m²
- Pomar / horta – 100m²
- Espaço para cultivo de mudas – 20m²

- Área de eventos (receber familiares, comemorações, apresentações e comercialização de produtos ali produzidos) – 100m²

SETOR DE APOIO LOGÍSTICO – 390m²

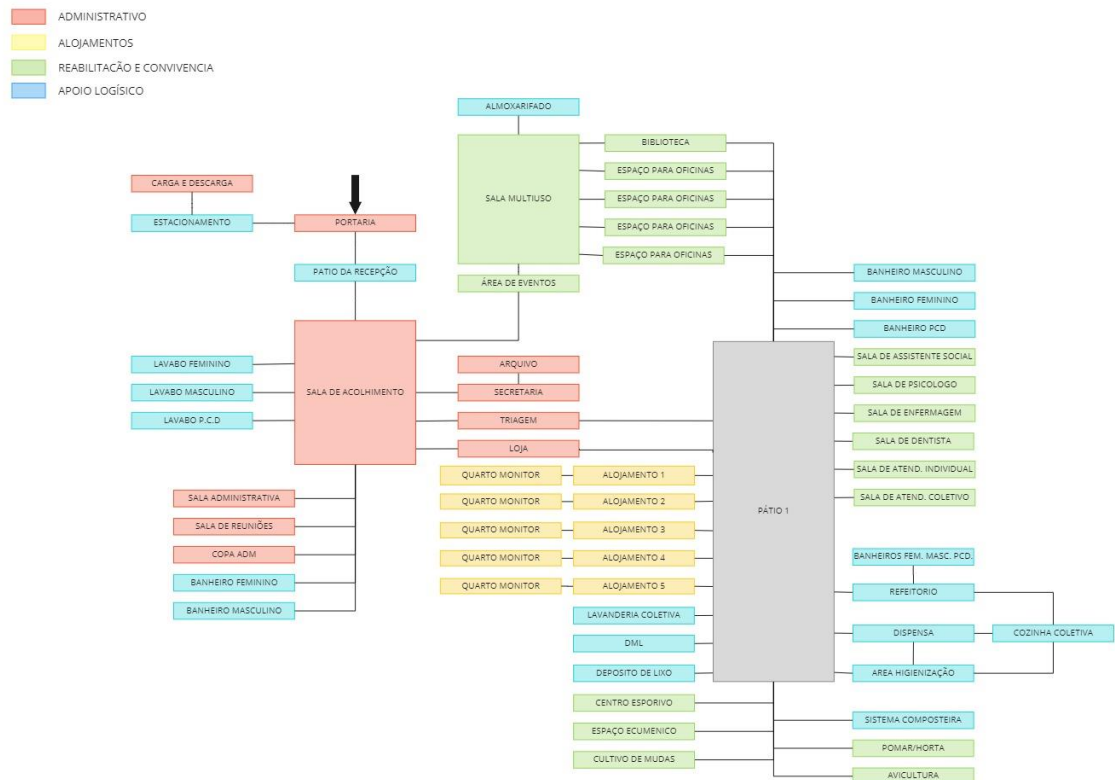
- Cozinha coletiva – 90m²
- Dispensa – 20m²
- Área para higienização – 15m²
- Refeitório – 140m²
- Lavanderia Coletiva – 50m²
- DML – 15m²
- Depósito de lixo – 15m²
- Banheiros
- Almoxarifado – 20m²
- Sistema de composteira – 25m²
- Carga e descarga
- Pátio central

Contudo, a área total do programa encontrada foi de **??m²**, e em contra partida a área total do terreno de 9.729,42m² permitida a ser construída, descontando os afastamentos estabelecidos pelo código de obras da cidade de Campo Belo e a norma do DNIT.

4.5 Fluxograma e setorização

A partir dos estudos realizados sobre o programa de necessidades, fora desenvolvido um fluxograma com a setorização dos ambientes, como apresentado na figura 18 a seguir, com a finalidade de definir os melhores fluxos, usos, ligações e bloqueios físicos necessários para o melhor funcionamento de toda a unidade.

Figura 18 - Fluxograma e setorização



Fonte: Autor(a) (2022).

Sobre a imagem acima, vale ressaltar os três ambientes que recebem os maiores fluxos, sendo eles a sala de acolhimento, a sala multiuso e o pátio.

A sala de acolhimento possui ligação direta com a triagem, e esta última com o pátio, sendo este o caminho feito pelas novas pacientes. A sala de acolhimento possui ligação direta também com a sala de eventos, onde será encaminhados os visitantes em momentos de eventos, confraternizações e outras reuniões sociais, sendo o único momento dos visitantes dentro de toda a unidade. É importante frisar também sobre a ligação direta do pátio com as salas de tratamento, que fora desenvolvida dessa forma para que os ambientes sejam convidativos para o tratamento a longo prazo.

Ademais, todos os ambientes da unidade (exceto o bloco composto pela sala de acolhimento e diversas salas do setor administrativo) podem e devem ser utilizados livremente por todas as pacientes e monitores que estão utilizando do espaço projetado.

CONCLUSÃO

Diante do objetivo de desenvolver uma Unidade de Tratamento e Reabilitação na cidade de Campo Belo – Minas Gerais, fora estudado sobre o papel das substâncias e quais foram seus vínculos com os ambientes de tratamento, clínicas e afins. A partir disso, notou-se a desumanização do tratamento a partir da Revolução Industrial, um afastamento das circunstâncias externas sejam elas familiares, econômicas, sociais ou pessoais, e a falta de estudos no diagnóstico que abrangem as esferas da sociedade e cidade. Já atualmente, os estudos que são desenvolvidos sobre a Saúde x Doença promovem a interdisciplinaridade, ou seja, são utilizados os serviços de diversos profissionais e áreas para que o tratamento seja mais abrangente, considerando todas as esferas necessárias para um diagnóstico e tratamento correto.

Porém, assim como a maioria dos CAPS e demais centros de reabilitação que geralmente são resididos em edifícios adaptados, ocorrendo de seus ambientes não suprirem as reais necessidades, muitas das vezes deixando a desejar em quesitos como acessibilidade, conforto ambiental e espaços humanizados, a realidade não se torna diferente no PROVIN: mesmo que tenha se tornado referência, a instituição conta com demasiado déficit quanto as questões anteriormente mencionadas, além de espaços ociosos, inacabados e segregatórios.

Com a finalidade de propor uma Unidade de Tratamento que seja interdisciplinar, propôs-se ambientes que promovem o tratamento e capacitação profissional dos pacientes, afim de reabilitar, ressocializar e tratar as internas, além de espaços para a longa permanência acompanhados de conforto e estímulos sensoriais e estéticos vindos da biofilia e sustentabilidade, como forma de transformar o tratamento em algo mais interativo, intuitivo e humanizado. Acredita-se que o objetivo proposto inicialmente neste trabalho fora alcançado, visto que a Unidade de Tratamento Solare se desenvolve intrinsecamente ligadas a biofilia e a sustentabilidade, ou seja, sem a existência de um deles o conjunto não faz seu sentido completo, e a inserção destes dois conceitos potencializam o fator terapêutico de forma benéfica, visto que influencia diretamente no comportamento humano.

REFERÊNCIAS

Agência Brasil. **Estudo da OMS considera dependência química um transtorno mental** (Internet). 18 mar. 2004. (acesso em 12 mar. 2021). Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2004-03-18/estudo-da-oms-considera-dependencia-quimica-um-transtorno-mental>

ARAUJO, Renata Brasil et al. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 57-63, 2008.

ARCHITECTURAL DESIGNS SCHOOL. **Centro de reabilitação Groot Klimmendaal / Koen van Velsen**. (Internet). 2021. (acesso em 10 abr. 2021). Disponível em: <https://por.architecturaldesignschool.com/rehabilitation-centre-groot-klimmendaal-92650>

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 132-135, 2006.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BERTOLETTI, Roberta et al. **Uma Contribuição da arquitetura para a reforma psiquiátrica: estudo no Residencial Terapêutico Morada São Pedro em Porto Alegre**. 2011.

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: Ministério da Saúde, 2015.

BUCHER, Richard. Drogas e drogadição no Brasil. In: **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BURNS, John E. **Caminho dos doze passos (O)**. Edições Loyola, 1997.

CAIRUS, Henrique F.; RIBEIRO JR, Wilson A. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005.

CAMPO BELO (MG). **Lei Complementar nº 85/2010**. Dispõe sobre normas de uso e ocupação do solo no Município de Campo Belo. Campo Belo, MG: Sistema de Leis

Municipais, 2021. Disponível em:
<https://campobelo.atende.net/?pg=transparencia#!/grupo/8/item/2/tipo/1>. Acesso em:
27 mai. 2021

CANOLETTI, Bianca; SOARES, Cássia Baldini. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 115-129, 2005.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CIDADE VIVA. **História** (Internet). 2021. (acesso em 27 mar. 2021). Disponível em:
<https://cidadeviva.org/historia/inicio-de-tudo>

DEL RIO, Vicente; DUARTE, Cristiane Rose; RHEINGANTZ, Paulo Afonso. **Projeto do lugar: colaboração entre psicologia, arquitetura e urbanismo**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

ETHERINGTON, Rose. Dezeen. **Centro de Reabilitação Groot Klimmendaal por Architectnbureau Koen van Velsen** (Internet). 25 mar. 2011. (acesso em 10 abr. 2021). Disponível em: <https://www.dezeen.com/2011/03/25/rehabilitation-centre-groot-klimmendaal-by-architectnbureau-koen-van-velsen/>

FERREIRA, A. M. O processo de elaboração do Plano Municipal de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. In: MOREIRA, Denis da Silva. **Cuidado integral ao usuário de drogas: um campo em construção**. Alfenas-MG: Unifal, 2017.

FUENTE, Javier Antonio Alvariño de la. **O edifício doente: relação entre construção, saúde e bem-estar**. 2013. Tese de Doutorado.

GEHRING, Marcos Roberto. **O Brasil no contexto dos acordos e políticas internacionais para o combate às drogas: das origens à atualidade**. Revista LEVS, n. 10, 2012.

GOMBRICH, Ernst Hans; TORROELLA, Rafael Santos; SETÓ, Javier. **Historia del arte**. New York: Phaidon, 1997.

GOULART, Lays Emerich Oliveira; ESPINDULA, Lidiane; PAPA, Mariana de Castro Pereira Pontes. **A neuroarquitetura aplicada a instituições de longa permanência para idosos: estudo de caso em Chalé-mg**. Anais do Seminário Científico do UNIFACIG, n. 5, 2019.

GREGORY, Rob. The Architectural Review. **Centro de Reabilitação Groot de Architectnbureau Koen van Velsen, Klimmendaal, Arnhem, Holanda** (Internet). 27 mai. 2011. (acesso em 10 abr. 2021). Disponível em: <https://www.architectural->

review.com/today/rehabilitation-centre-groot-by-architectenbureau-koen-van-velsen-klimmendaal-arnhem-the-netherlands

HART, Rob't. Archidaily. **Centro de Reabilitação Groot Klimmendaal/ Koen van Velsen** (Internet). 08 abr. 2011. (acesso em 10 abr. 2021). Disponível em: <https://www.archdaily.com/126290/rehabilitation-centre-groot-klimmendaal-koen-van-velsen>

HELLER, Eva. **A psicologia das cores: como as cores afetam a emoção e a razão**. São Paulo: Gustavo Gili, 2013.

KALINA, Eduardo et al. **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

IBGE. **Cidades e estados**, João Pessoa. (Internet). 2021. (acesso em 27 mar. 2021). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/joao-pessoa.html>

LARENTIS, Chalana Piva; MAGGI, Alice. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. **Aletheia**, b. 37, pág. 121-132, 2012.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 21, n. 4, p. 2-15, 2001.

QUEIROZ, Marcos de Souza. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de saúde pública**, v. 20, p. 309-317, 1986.

MACRAE, Edward. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. **Dependência de drogas**, p. 25-34, 2001.

MARTINS, Kleimer. MARTINSLUCENA Arquitetura&Construção Blog. **Centro de Recuperação para Dependentes Químicos Cidade Viva** (Internet). 10 nov. 2009. (acesso em 27 mar. 2021). Disponível em: <http://kmarquitetos.blogspot.com/2009/11/centro-de-recuperacao-para-dependentes.html>

MILANEZE, Giovana Letícia Schindler et al. **Contribuições para projetos de arquitetura das instituições de longa permanência para idosos (ILPI), com base na análise de instituições em Criciúma-SC**. 2013. Dissertação de Mestrado

MURAD, Elias. O Tempo. **Tipos de usuários de drogas**. (Internet). 01 ago. 2007. (acesso em 12 mar. 2021). Disponível em: <https://www.otempo.com.br/opiniao/elias-murad/tipos-de-usuarios-de-droga-1.219031>

OCCHINI, Marli Ferreira; TEIXEIRA, Marlene Galativicis. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 11, n. 2, p. 229-236, 2006.

ORNELLAS, Cleuza. As doenças e os doentes: a apreensão das práticas médicas no modo de produção capitalista. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 19-26, 1999.

OS LORENAS Blog. **Cruz de Lorena** (Internet). ago. 2008. (acesso em 27 mar. 2021). Disponível em: <https://oslorenas.blogspot.com/2008/08/cruz-de-lorena-cruz-de-lorena-com-duas.html>

PRATTA, Elisângela Maria Machado et al. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

PREFEITURA DE JÃO PESSOA. **Quatro séculos de história**. (Internet). (acesso em 27 mar. 2021). Disponível em: <http://antigo.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/setur/historia/>

PROVIN. **Projeto Vida Nova** (Internet). 2019. (acesso em 20 mar. 2021). Disponível em: <http://provin.org.br/>

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004.

RICCI, Amanda Bonetti. **Centro de treinamento e reabilitação no antigo campo de aviação do Campeche**. Arquitetura-Florianópolis, 2017.

RODRIGUES, Thiago. **Política e drogas nas Américas**. Univ Pontifica Comillas, 2004.

SEVALHO, Gil. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 349-363, 1993.

SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da. **Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências**. 1995. p. 80-80.

TOSCANO JR, Alfredo. Um breve histórico sobre o uso de drogas. **Dependência de drogas**, p. 7-23, 2001.

UNITED NATIONS, UNODC. **Resumo Executivo | Impacto da COVID-19 | Implicações Políticas:** Relatório Mundial sobre Drogas 2020. (Internet). 2020. (acesso em 12 mar. 2021). Disponível em: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/exsum.html>

VAN VELSEN, Koen. **Revalidatiecentrum** (Internet). (acesso em 10 abr. 2021). Disponível em: <https://www.koenvanvelsen.com/nl/projects/15/groot-klimmendaal>

WEATHER SPARK. **Condições meteorológicas médias de Arnhemia.** (Internet). 2021. (acesso em 10 abr. 2021). Disponível em: <https://pt.weatherspark.com/y/52642/Clima-caracter%C3%ADstico-em-Arnhemia-Holanda-durante-o-ano>

WEATHER SPARK. **Condições meteorológicas médias de Campo Belo.** (Internet). 2021. (acesso em 27 mai. 2021). Disponível em: <https://pt.weatherspark.com/y/30430/Clima-caracter%C3%ADstico-em-Campo-Belo-Brasil-durante-o-ano>

WEATHER SPARK. **Condições meteorológicas médias de João Pessoa.** (Internet). 2021. (acesso em 27 mar. 2021). Disponível em: <https://pt.weatherspark.com/y/31438/Clima-caracter%C3%ADstico-em-Jo%C3%A3o-Pessoa-Brasil-durante-o-ano#Sections-Summary>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, OMS. **Léxico de Termos de Álcool e Drogas** (Internet). 03 nov. 1994. (atualizada em 2021; acesso em 12 mar. 2021). Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544686>