

INFLUÊNCIA DO AMBIENTE ARQUITETÔNICO NO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Luísa Destefani Pinheiro da Silva (IC) e Maria Pronin (Orientadora)

Apoio: PIBIC Mackenzie

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são estabelecimentos que propõem oferecer serviços ambulatoriais de atenção diária realizados por equipes multidisciplinares, com o intuito de possibilitar o desenvolvimento de atividades terapêuticas e estimular a formação de grupos de convivência, visando a substituição dos hospitais psiquiátricos. O presente Projeto de Pesquisa objetiva investigar o ambiente arquitetônico do CAPS III Adulto Itaim Bibi com o propósito de compreender de que forma a arquitetura pode influenciar no tratamento dos indivíduos que apresentam transtornos mentais. A avaliação do ambiente físico do CAPS foi baseada na metodologia de abordagem qualitativa, a partir do *walkthrough*, instrumento metodológico que se constitui por um passeio pelos ambientes da instituição, possibilitando a identificação de pontos positivos e negativos dos espaços. A avaliação dos ambientes foi feita com base nas percepções da própria autora através de uma visita presencial à instituição. A presença da natureza, da iluminação, de ventilação, dos materiais de acabamento e do mobiliário foram aspectos observados durante a visita. Contudo, concluiu-se que a arquitetura é capaz de oferecer possibilidades para auxiliar positivamente no tratamento de indivíduos com transtornos mentais no ambiente do CAPS possibilitando que os usuários se apropriem dos espaços conforme suas necessidades, afim de buscar as melhores alternativas para atendê-las.

Palavras-chave: Arquitetura. Humanização. Centros de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centers (CAPS) are establishments whose purpose is to offer outpatient daily care services carried out by multidisciplinary teams, in order to enable the development of therapeutic activities and encourage the formation of coexistence groups, aiming at the replacement of psychiatric hospitals. This Research Project aims to investigate the architectural environment of CAPS III Adult Itaim Bibi in order to understand how architecture can influence the treatment of individuals with mental disorders. The evaluation of the physical environment of the CAPS was based on a qualitative approach methodology, based on the *walkthrough*, a methodological instrument that consists of a walk through the institution's environments, enabling the identification of positive and negative points in the spaces. The evaluation of the environments was based on the author's own perceptions through a face-to-face visit to the institution. The presence of nature, lighting, ventilation,

finishing materials and furniture were aspects observed during the visit. However, it was concluded that architecture is able to offer possibilities to positively assist in the treatment of individuals with mental disorders in the CAPS environment, allowing users to appropriate spaces according to their needs, in order to seek the best alternatives to meet them.

Keywords: Architecture. Humanization. Psychosocial Care Centers.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Osvaldo Lopes de Amaral (2011), transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho do indivíduo na vida familiar, social, pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Os transtornos mentais são resultado da soma de diversos fatores incluindo causas genéticas, alterações no funcionamento do cérebro, agressões de ordem física e psicológica, perdas, decepções, frustrações e sofrimentos físicos ou psíquicos que perturbam o equilíbrio emocional do indivíduo. A Organização Pan-Americana da Saúde (2018) considera que tais distúrbios podem ser classificados como depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo.

Em meados do século XVII, os indivíduos que apresentavam tais distúrbios citados eram marginalizados e tidos como alienados, o que “poderia significar estar fora da realidade, fora de si, sem controle de suas próprias vontades ou desejos” (AMARANTE, 2007, p. 30).

Até o século XVIII, o local destinado à assistência aos doentes e marginalizados, em sua maioria, encontrava-se vinculado às práticas religiosas consideradas capazes de proporcionar aos seus fiéis a salvação de suas almas e o reconhecimento divino. Contudo, com o desenvolvimento de um pensamento mais racional e científico, o hospital deixou de ser o lugar onde se aguardava a morte e passou a representar um espaço que visa a cura (FONTES, 2003).

Em relação ao processo de transformação da arquitetura hospitalar decorrente de um processo acelerado da evolução de ciências médicas, a evolução dos espaços destinados à assistência à saúde mental se deu de forma mais lenta. Pode-se considerar como uma das causas dessa demorada evolução, a própria dificuldade da Psiquiatria em desvendar os misteriosos processos da mente humana. Ao contrário de doenças físicas, os distúrbios mentais se manifestam de maneira subjetiva e individual, podendo levar a consequências imprevisíveis no comportamento do paciente (FONTES, 2003).

Determinava-se que o primeiro e mais importante passo para o tratamento dos indivíduos que apresentavam transtornos mentais seria isolá-los do mundo exterior. Desta forma, progressivamente, esses indivíduos foram sendo retirados do contexto social e isolados nas clínicas psiquiátricas, denominadas asilos (AMARANTE, 2007).

As dificuldades apresentadas para a definição de tratamentos eficazes para situações individuais levaram à adoção de meros procedimentos de marginalização e confinamento dos indivíduos que apresentavam esses distúrbios. Dessa forma, a psiquiatria possui uma história

pontuada por inúmeros insucessos, principalmente quando se utilizam práticas de isolamento e exclusão (FONTES,2003):

“Pois é aqui, por trás dos muros dos manicômios, que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência, no sentido em que resolveu negativamente o problema do doente mental, excluindo-o portanto, de sua própria humanidade.” (BASAGLIA, 1985, p. 120 apud FONTES, 2003, p. 27)

Um exemplo que ilustra as práticas de tratamentos psiquiátricos utilizadas para tratar os internos é o “Colônia”, maior manicômio brasileiro, que funcionou a partir de 1903 até o fim da década de 1980, em Barbacena, Minas Gerais (ALONSO; CASTILHO; SANT’ANNA, 2017).

Devido à absoluta ausência de dignidade humana, nasceram as primeiras experiências de reformas psiquiátricas e se deu início à discussão sobre a forma de tratamento psiquiátrico desses indivíduos (AMARANTE, 2007).

As primeiras iniciativas ocorreram na Europa, com mais intensidade na França, na última década do século XVIII, com Philippe Pinel como um de seus principais nomes, no que se refere à Psiquiatria, ou Medicina Mental, termo anteriormente utilizado. Pinel promoveu nas instituições em que atuou, um processo de humanização do tratamento e acreditava na eficácia de um ambiente familiar, exercícios e atividades em detrimento da violência e do enclausuramento dos indivíduos. Esse primeiro movimento pela humanização se estende por vários países, inclusive no continente americano. Os novos modelos de hospitais psiquiátricos visavam a melhoria dos padrões profissionais, além de introduzir formas mais humanas de tratamento (FONTES, 2003).

Após a Segunda Guerra Mundial, o movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou força nos países ocidentais. De acordo com Ana Paula Vieceli (2014), tal movimento pode ser entendido como um processo histórico que objetiva questionar e elaborar propostas para a transformação do modelo clássico da Psiquiatria.

A Reforma Psiquiátrica combatia o modelo manicomial e visava uma revisão das formas de tratamento utilizadas, as quais incluíam o isolamento e a exclusão social, além de práticas ainda mais violentas como lobotomia e eletrochoque (FONTES, 2003).

No Brasil, o processo da Reforma Psiquiátrica contou com a atuação percussora da psiquiatra Nise da Silveira, que na década de 1940 se destacou por se rebelar contra os métodos da psiquiatria tradicional (FONTES, 2003).

Nise da Silveira reconheceu a importância da liberdade dos pacientes e tinha como grande objetivo uma proposta de humanização dos locais destinados à assistência à saúde mental, ou seja, desejava retomar os valores humanos, trazendo aos pacientes novas alternativas de tratamento (GONÇALVES, 2013).

O início do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira ganhou força apenas no final da década de 1970, no contexto dos últimos anos do Regime Militar. Foi um período em que a estratégia autoritária começa a chegar ao seu fim, com o crescimento da insatisfação popular decorrente da falta de liberdade e da perda de participação social (VIECELI, 2014).

Nesse contexto, surgem diversos movimentos sociais de oposição à ditadura, que começam a demandar serviços e melhorias de condição de vida. Um deles, é o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), seguido da formação do movimento da Luta Antimanicomial. Tais grupos lutavam não só pela reforma em si, mas também contra a chamada “indústria da loucura” que havia se constituído no país a qual intensificava a medicalização, a hospitalização e conseqüentemente a cronificação dos quadros, visando o crescimento dos lucros das instituições e indústrias farmacêuticas (FONTES, 2003).

No entanto, somente a partir da década de 1990 que o movimento atinge a esfera do legislativo, o qual começa a propor leis que regulamentam as novas formas de assistência à saúde mental, incentivando a criação de centros de atenção diária, a distinção de leitos em hospitais gerais e a definição dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Porém, essas leis não abordam questões referentes à arquitetura desses novos espaços de atendimento (FONTES, 2003).

O Ministério da Saúde apresenta também algumas resoluções e portarias publicadas neste período que procuravam estabelecer novos parâmetros da assistência psiquiátrica, incluindo a criação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, composta por usuários, familiares, gestores prestadores de serviços e associações de profissionais de saúde incorporando então, novos serviços de assistência à saúde (FONTES, 2003).

Em resposta à luta antimanicomial, houve o surgimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O modelo do CAPS visa a substituição dos hospitais psiquiátricos e evita a internação do paciente que, ao invés de ser internado por tempo indeterminado e de permanecer isolado, recebe atendimento humanizado em regime diário e com equipes multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiros e psicólogos, entre outros profissionais. Hoje em dia, o CAPS está relacionado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e confere modalidades que o define de CAPS I a III caracterizados de acordo com a densidade demográfica da região onde se encontra e de acordo com seu horário de funcionamento, que varia entre horários comerciais e atendimentos de vinte e quatro horas. Além desses, existe o CAPSi, que atende especificamente crianças e adolescentes e o CAPSad que atende indivíduos com problemas com álcool e outras drogas (AMARANTE, 2007).

Em relação ao seu programa arquitetônico, os CAPS em geral contam com consultórios individuais e oficinas diversas para trabalhos em grupo, espaços que possibilitam

a convivência, além de contar com áreas para atividades ao ar livre, sanitários, vestiários e refeitório (FONTES, 2003).

Neste contexto, insere-se a humanização do espaço arquitetônico que é capaz de possibilitar o bem-estar dos pacientes e funcionários da instituição e então, promover uma relação entre indivíduo e espaço físico (FONTES, 2003).

O principal questionamento que deu início ao presente Projeto de Pesquisa foi elaborado com base no comportamento do indivíduo com transtornos mentais em relação aos ambientes de atenção psicossociais e como o espaço físico destes locais influenciam no tratamento do paciente-usuário. Como o espaço físico é capaz de influenciar o psicológico e o comportamento dos indivíduos com transtornos mentais?

A fim de responder a tal pergunta, o objetivo da pesquisa é investigar o ambiente do CAPS em relação à sua arquitetura, tendo-a como objeto da humanização dos ambientes com o propósito de compreender de que forma esta pode influenciar no comportamento, na percepção e no bem-estar de indivíduos que apresentam transtornos mentais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

“A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social” (AMARANTE, 2007, p. 18). Diante dessa afirmação, a arquitetura de ambientes relacionados à área da saúde tem passado por um processo de transformação nos últimos anos devido ao início da preocupação com o bem-estar dos pacientes. Tal preocupação abrange o conceito de Humanização, ponto de partida atribuído para esse Projeto de Pesquisa.

A humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana (MEZZOMO, 2002 apud HOREVICZ; DE CUNTO, 2007).

A humanização em ambientes assistenciais de saúde engloba, além de questões relacionadas à assistência, aspectos que dizem respeito à estrutura físico-espacial do edifício, gerada a partir do processo arquitetônico. Difundida a partir das últimas décadas do século XX, a humanização em ambientes hospitalares busca por estratégias projetuais que ajudam no processo de recuperação dos pacientes e que proporcionam a satisfação e o bem-estar dos seus usuários (MEDEIROS, 2004).

No Brasil, durante o início da década de 1940, as práticas de tratamento desumanas ainda eram realizadas nos hospitais psiquiátricos. Diante desse cenário, a médica psiquiatra Nise da Silveira empregou formas simples de tratamento aos pacientes com transtornos mentais a partir de atividades de cunho artístico, visando a desmistificação das práticas de

uma psiquiatria voltada para o tratamento considerado desumano. A psiquiatra reconheceu a importância da liberdade dos pacientes e tinha como grande objetivo uma proposta de humanização dos locais destinados à assistência à saúde mental, ou seja, desejava retomar os valores humanos, trazendo aos pacientes novas alternativas de tratamento. Nise se referia à um espaço acolhedor onde os indivíduos poderiam se expressar livremente, podendo realizar atividades diversas e assim, realizar o tratamento. Deste modo, o período no qual Nise se manifestou contra as práticas terapêuticas aplicadas nas clínicas psiquiátricas desencadeou o início de um processo de mudança e reforma na prática psiquiátrica no Brasil (GONÇALVES, 2013).

Em outras palavras, Nise da Silveira se apropriou de novas técnicas de terapia, como a arte, que permitiram a relação entre o paciente, tido como protagonista, com o ambiente físico, onde se propunham atividades variadas para realização do tratamento psiquiátrico.

Os hospitais construídos durante esse mesmo período tinham como base o estilo internacional, predominante na arquitetura. Tal estilo se caracteriza pela rejeição dos aspectos estéticos, ou seja, pela ênfase em praticidade, flexibilidade e economia da edificação, priorizando a sua função, com o emprego de elementos padronizados e abolindo a ornamentação (MEDEIROS, 2004).

Uma característica projetual da arquitetura dos ambientes de saúde até o final do século XX foi a incorporação de revestimentos com neutralidade cromática. O hospital devia ser branco a fim de transmitir e refletir limpeza. Porém, de acordo com a arquiteta italiana Isabela Romanello (2006), o ambiente monocromático, que possui apenas cores neutras, muros brancos e materiais frios, é muito negativo ao paciente, porque o seu estado o leva a uma maior fragilidade emocional e a uma necessidade de calor humano e de comunicação (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014).

A partir dos anos 1980, aspectos presentes nos projetos e construções da época sofreram uma série de críticas e foram modificados a partir de uma perspectiva mais humanista. Essas críticas baseavam-se em algumas observações: as decisões de projeto e planejamento eram tomadas com base apenas nas perspectivas de arquitetos, engenheiros e administradores, sem consultar o paciente ou o usuário. O uso de modelos padronizados para a organização espacial e do mobiliário do edifício, como se as pessoas também fossem padronizadas e, por fim, a falta de interesse em conhecer as implicações do ambiente hospitalar no comportamento dos usuários (MEDEIROS, 2004).

A partir desse momento, a arquitetura dos estabelecimentos assistenciais à saúde passa por diversas transformações em relação às novas políticas de saúde e às críticas ao

hospital modernista e assim, o projeto passa a priorizar o cuidado com o paciente (MEDEIROS, 2004).

Na medida em que a saúde é reconhecida como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença, o propósito almejado no âmbito da área de saúde pública no Brasil, é proporcionar uma vida com qualidade (PAIM, 2009).

Dessa maneira, com a Constituição de 1988, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é o sistema de saúde pública vigente atualmente no Brasil. Foi constituído tendo como seus princípios básicos a descentralização das ações de saúde, a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação social (CIACO, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, anos mais tarde, em 2002, foi desenvolvida a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH). Denominada também pelo termo 'HumanizaSUS', tal política aposta em inovações na área da saúde como o aperfeiçoamento da autonomia e do protagonismo de seus usuários e trabalhadores, a proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo e o enfrentamento de desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde (MOREIRA, 2017).

Visto isso, a arquitetura, se bem projetada, pode ser aliada a um gesto médico e um instrumento terapêutico em relação ao bem estar físico do paciente, desenvolvendo condições de convívio mais humanas (MOREIRA, 2017).

“Além de sua constituição na experiência pessoal, a arquitetura faz a mediação entre o mundo externo e o mundo interno da identidade pessoal, criando estruturas de percepções e entendimento. Esse intercâmbio é necessariamente uma troca: quando entro em um espaço, o espaço entra em mim, minha experiência e minha autocompreensão” (PALLASMA, 2017, p. 107).

Quando se fala de humanização de ambientes assistenciais à saúde, os arquitetos devem considerar a interação das pessoas com seus ambientes físicos e conseqüentemente, o estado emocional e psicológico no qual se encontram os pacientes. Visto isso, de acordo com Juhani Pallasma (1996):

“Toda experiência comovente com a arquitetura é multissensorial; as características de espaço, matéria e escala são medidas igualmente por nossos olhos, ouvidos, nariz, pele, língua, esqueleto e músculos. A arquitetura reforça a experiência existencial, nossa sensação de pertencer ao mundo, e essa é essencialmente uma experiência de reforço da identidade pessoal” (PALLASMA, 1996, p. 39).

O ser humano em todas as suas atividades está sempre estabelecendo relações com o espaço que o cerca, apropriando-se deste espaço e nele imprimindo as suas experiências (FONTES, 2003).

“Aqui o espaço é tudo, pois o tempo já não anima a memória. A memória – coisa estranha! – não registra a duração concreta, (...). É pelo espaço, é no espaço que encontramos os belos fósseis de duração concretizados por longas permanências. O inconsciente permanece nos locais. As lembranças são imóveis, tanto mais sólidas quanto mais bem especializadas.” (BACHELARD, 1993, P. 28-29 apud FONTES, 2003, p. 60)

De acordo com Marilice Costi (2002), a qualidade de um projeto arquitetônico provém de um conjunto de elementos que devem agir de maneira positiva quanto às necessidades fisiológicas e psicológicas dos usuários. A autora aborda, por exemplo, o impacto da luz e da cor nos ambientes destinados à área da saúde e como atribuí-los como um fator de humanização. Logo, o principal objetivo do projeto deve ser a promoção da cura de seus pacientes, além da sua beleza e funcionalidade. Outros pesquisadores no assunto, também concordam com essa abordagem:

“Apesar de não haver nenhuma prescrição para criar um ambiente que promova a cura, pelo menos há uma grande concordância entre os pesquisadores no assunto no que se refere aos fatores que causam reações fisiológicas no corpo humano e ajudam na recuperação dos pacientes” (HOREVICZ; DE CUNTO, 2007, p. 19).

Renata Bertoletti (2011) recomenda que para tomada de decisões em projetos arquitetônicos, o profissional deve considerar os indicadores de qualidade de vida relacionados ao ambiente construído tanto no aspecto físico, quanto de conforto psicológico para a satisfação dos seus usuários.

Dessa forma, nos edifícios de assistência à saúde, a arquitetura pode ser um instrumento terapêutico uma vez que contribui para o bem-estar físico do paciente. Um indivíduo está confortável em um ambiente quando se sente em neutralidade em relação a ele (CORBELLA, 2003 apud MARTINS, 2004).

O bem-estar físico e emocional do indivíduo pode ser influenciado por fatores tais como luz e cor. Esses elementos, quando inseridos adequadamente no ambiente de saúde, ocasionam grande impacto físico e psicológico nos indivíduos, sendo considerados fatores importantes para o tratamento do paciente. Os elementos como a cor e a luz estão intimamente ligados, uma vez que a intensidade da luz afeta substancialmente o resultado da cor (VASCONCELLOS, 2004).

Os elementos e propriedades da arquitetura tais como forma, volume, luz, cor, textura despertam a percepção dos observadores e os edifícios poderiam ser mais “humanos” quando projetados com base na vida a ser neles vivida (RASMUSSEN, 1986 apud FONTES, 2007).

A iluminação natural traz benefícios para a saúde pois oferece a sensação psicológica do tempo, tanto climático quanto cronológico no qual se vive (CORBELLA, 2003 apud MARTINS, 2004).

A iluminação natural e a artificial são importantes para a qualificação dos espaços de saúde, principalmente quando são considerados o estado fragilizado do paciente e sua longa permanência no ambiente (VASCONCELOS, 2004).

Nos ambientes de longa permanência em locais de assistência à saúde, as condições de iluminação natural e a visualização do ambiente externo podem trazer conforto, além da importante percepção ou orientação do tempo em face ao relógio biológico do indivíduo, que funciona de acordo com o conhecimento das oscilações das 24 horas do dia, trazendo uma sensação de segurança ao usuário (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014).

De acordo com Ricardo Ciaco (2010), a luz natural funciona como um estímulo aos pacientes e auxilia no conforto dos funcionários, evitando o estresse, pela permanência continuada em um ambiente fechado. Inúmeras doenças e desajustes psicológicos são relacionados à ausência de luz. Dessa maneira, janelas quando projetadas adequadamente, podem contribuir com o aumento da produtividade e com a saúde psicológica de seus ocupantes. Assim, a iluminação natural permite a entrada de luz no ambiente, a conservação de energia, traz benefícios físicos e psicológicos, além de aumentar a comunicação entre o ambiente exterior com o interior.

A presença de arborização nos ambientes de assistência à saúde é benéfica pois proporciona efeito relaxante, diminui o nível de ansiedade e estresse, além de favorecer o conforto térmico, visual e psicológico (CIACO, 2010).

A cor é um estimulante psíquico que tem a capacidade de afetar o humor, a sensibilidade, produzir emoções e reflexos sensoriais nos pacientes. Os efeitos psicológicos das cores vinculam as reações humanas às respectivas características de cada percepção e composição cromática. As reações de alegria, tristeza, angústia, calma ou irritabilidade estão comprovadas em estudos que apontam distintamente determinadas tonalidades a manifestações de sensações físicas e emocionais. Além disso, a cor pode ser entendida como um poderoso idioma com capacidade de afetar não apenas as nossas sensações psicológicas, mas também a percepção de tempo, volume, forma, espaço e perspectiva (CIACO, 2010).

Nesse contexto, as cores influenciam fortemente o psicológico e o emocional humano. Segundo Renata Vasconcelos (2004), elas podem ser classificadas como quentes (tons de vermelho, laranja e amarelo) e frias (tons de azul e verde). O vermelho, por exemplo, aumenta a atividade cerebral, acelera os batimentos cardíacos e a respiração enquanto a cor azul causa um efeito tranquilizante. Além disso, as cores afetam a percepção dos objetos e espaços: as tonalidades frias parecem se distanciar, os objetos parecem menores causando

a sensação de que o ambiente é maior, enquanto os tons quentes parecem avançar, causando o efeito contrário.

Ainda segundo a autora, as cores também podem afetar a sensação térmica do ambiente: as cores quentes proporcionam a sensação de calor, já as cores frias trazem a sensação de frieza, embora a temperatura do ambiente seja a mesma.

Além da luz e da cor, a textura e a forma do ambiente também podem influenciar no seu tratamento. A qualidade tátil do espaço pode ser enriquecida pelo uso da variedade de tecidos, acabamentos e versatilidade do mobiliário, proporcionando conforto através da utilização de móveis ergonomicamente adequados evitando pontas, por exemplo. Em relação à forma do espaço físico, o desenho da planta arquitetônica pode afetar a satisfação do paciente: uma planta radial com quartos ao redor do posto de enfermagem proporciona redução de estresse no paciente pois a proximidade com os enfermeiros traz a sensação de segurança e bem estar (VASCONCELOS, 2004).

Nesse contexto, Paulo Amarante (2007) relata que propostas atuais estão delineando novas possibilidades no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Segundo o autor:

“Os serviços de atenção psicossocial devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com as pessoas e sim com as doenças” (AMARANTE, 2007, p. 85)

De acordo com Maria Paula Zambrano Fontes (2003), os CAPS são estabelecimentos que têm como proposta oferecer serviços ambulatoriais de atenção diária e com a finalidade de possibilitar o desenvolvimento de atividades terapêuticas e estimular a formação de grupos de convivência. Segundo a autora, o exercício da convivência mostra-se como um dos mais importantes pilares da reabilitação psicossocial.

Desta maneira, os serviços de atenção psicossocial procuram integrar profissionais de categorias distintas tais como: músicos, artistas plásticos, artesãos, dentre outras, para realização do tratamento de seus usuários (AMARANTE, 2007).

Além disso, é necessário que o CAPS possibilite o acolhimento dos indivíduos que apresentam transtornos mentais e que todos possam ser ouvidos, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É importante que vínculos entre pacientes e profissionais sejam estabelecidos para que os pacientes possam se sentir realmente cuidados pelos profissionais, de forma que esses estejam dispostos e compromissados a ajudá-los (AMARANTE, 2007).

Assim, no planejamento da arquitetura da saúde, a incorporação da humanização demanda uma nova percepção de projeto, capaz de incorporar considerações dos efeitos do

ambiente sobre os seus usuários, explorando seu potencial a fim de contribuir com o seu o bem-estar e para o restabelecimento da sua saúde (FONTES, 2007).

3. METODOLOGIA

O presente Projeto de Pesquisa segue uma abordagem metodológica de caráter qualitativo, que propõe a avaliação do ambiente físico do CAPS Adulto III Itaim Bibi, localizado na Avenida Horácio Lafer, número 560, a partir das percepções da própria avaliadora.

O desenvolvimento da pesquisa foi organizado em determinadas etapas distintas sendo que a primeira se baseou na revisão do referencial teórico a partir de textos publicados em livros, trabalhos acadêmicos, artigos em periódicos e endereços eletrônicos. Os textos consultados abordam um panorama histórico do tratamento psiquiátrico, suas transformações ao longo da história, conceitos de Centros de Atenção Psicossocial e da importância da humanização dos elementos arquitetônicos.

Na etapa seguinte foi realizada visita presencial ao local, registrada através de documentos fotográficos e croquis arquitetônicos. Devido à pandemia do Covid-19, foi necessário fazer uma alteração dessa etapa em relação ao que foi proposto no Projeto de Pesquisa inicial.

O instrumento utilizado para análise e coleta de dados durante a visita ao CAPS foi o *walkthrough*, o qual se constitui em um passeio pela instituição que possibilita a identificação descritiva dos pontos positivos e negativos dos ambientes, acompanhados por um funcionário do local. Esse método consiste no percurso pelo local abrangendo todos os ambientes, sendo complementado por fotografias, croquis, para proporcionar a compreensão da edificação, o seu estado de conservação e seus usos. Por ser relativamente fácil e rápido de aplicar, o *walkthrough* é muito utilizado em Avaliações Pós Ocupação (APOs) para avaliar o desempenho do ambiente construído, possibilitando a identificação descritiva dos aspectos positivos e negativos dos espaços analisados. Através de plantas e fichas de registros, é realizado um desenho do percurso de reconhecimento ou ambientação, considerando o estudo do local em questão. (RHEINGANTZ et al, 2009).

Por ocasião dessa visita, foram observados os seguintes aspectos abordados no referencial teórico:

- Relação entre o interior com o exterior;
- Presença da natureza;
- Iluminação natural e artificial;

- Ventilação natural;
- Materiais de acabamento;
- Mobiliário.

Para a realização da visita ao CAPS e continuidade da pesquisa, esse trabalho foi autorizado pela Secretaria Municipal da Saúde através da submissão da pesquisa e da solicitação da Universidade à Coordenadoria Regional de Saúde Oeste.

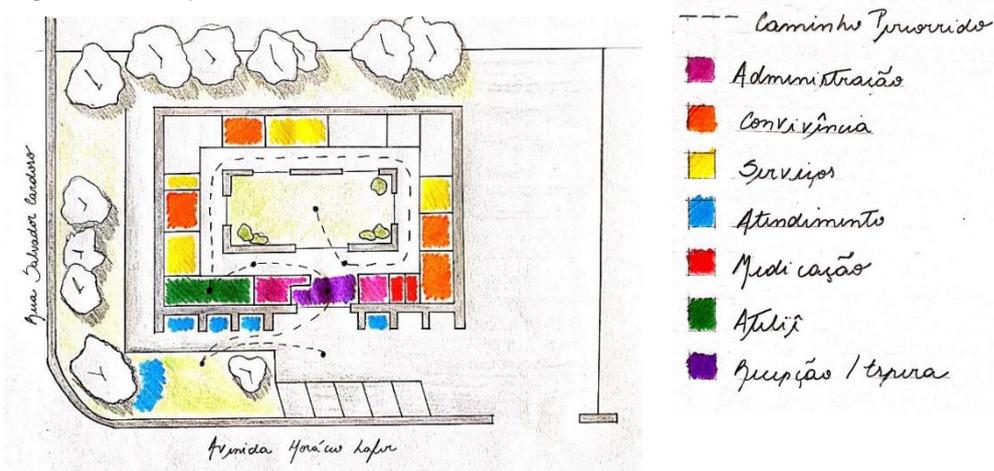
4. RESULTADO E DISCUSSÃO

O CAPS Itaim Bibi está inserido na modalidade III. Segundo o Ministério da Saúde (2013) os CAPS III atendem prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais persistentes e outras situações clínicas que impossibilitam o indivíduo de estabelecer laços sociais. Essa modalidade de CAPS é indicada para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes. Dispõe de atendimento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, oferecendo retaguarda clínica e acolhimento noturno aos pacientes.

A visita ao CAPS foi realizada no dia 16/08/2021, com duração de aproximadamente uma hora (das 9:00 às 10:00 horas). O trajeto percorrido dentro do CAPS foi guiado pela gerente que ofereceu algumas informações sobre a unidade. Foi relatado que durante a pandemia, alguns ambientes tiveram que ser adaptados por conta dos cuidados de distanciamento social e circulação de ar. Além disso, não houve a possibilidade de realizar atendimentos em grupo, o que retardou o tratamento de alguns pacientes. Atualmente, os atendimentos em grupo estão sendo retomados de forma gradual, com um número reduzido de pessoas.

O atendimento no CAPS Itaim Bibi não se restringe apenas aos limites do seu espaço físico. São realizadas atividades semanais em outros locais, tais como, o Parque do Povo e o Centro Cultural da Diversidade. Um diferencial terapêutico da unidade é o cordão de samba Bibi Tantã, que consiste na cooperação dos CAPS participantes, o Itaim Bibi e o Butantã. O grupo, composto por mais de cinquenta pessoas, oferece um espaço de expressão cultural e apresenta seus enredos nas ruas. A participação não é restrita aos pacientes, mas sim, aberta à diversidade de indivíduos presentes na sociedade. Atualmente ocorrem atividades coletivas de até quatro pessoas, pequenos grupos e encontros virtuais.

Figura 1 – Croqui da Planta do CAPS



Fonte: Luísa Destefani, 2021.

O CAPS Itaim Bibi está instalado numa edificação térrea em cujo programa estão incluídos: recepção, salas de atendimento, salas de terapia em grupo, ambientes de convivência, quartos de acolhimento noturno, cozinha experimental, sanitários, farmácia e jardins (Figura 01). Não foi possível acessar todos os ambientes, sendo que a análise se restringiu aos seguintes locais: recepção/espera, ateliê e espaços de atendimento externos.

Junto à parede externa e próximo à entrada, há uma área coberta que contém quatro nichos, atualmente utilizados para atendimentos individuais e em grupo (Figura 2). Em decorrência da pandemia do Covid-19, as salas de atendimentos se tornaram quartos de acolhimento integral, diante das necessidades de cuidados e medidas de prevenção contra o vírus.

O jardim externo do edifício é arborizado com presença de sombra e vegetação rasteira, que possui algumas cadeiras e troncos de madeira utilizados como bancos, onde também são realizados atendimentos em grupo (Figura 3). As fachadas do edifício são revestidas com pastilhas em cores branco e azul cobalto, dando destaque e ritmo aos pilares e profundidade aos nichos. As janelas basculantes e portas metálicas são pintadas de bege claro.

Os atendimentos realizados nos nichos cobertos juntos à fachada ou no jardim externo, se apresentaram como uma solução encontrada para adequar o espaço em um momento de pandemia da Covid-19. Pode-se considerar essa solução bastante adequada, por tornar o ambiente de atendimento mais arejado, com um maior distanciamento entre os pacientes, além de proporcionar-lhes um maior contato com a natureza, mantendo a sua privacidade.

A recepção é o primeiro ambiente com o qual o visitante entra em contato ao adentrar o interior da edificação (Figura 4). Nele, há apenas um balcão para atendimento, um pequeno móvel onde se apoia uma televisão e três conjuntos de poltronas metálicas do tipo longarinas,

sendo que apenas uma delas está voltada para a frente da televisão, fazendo com que as pessoas que estão sentadas fiquem desconfortáveis e muito próximas umas das outras. Por estar localizado entre a porta de entrada e a porta que dá acesso ao jardim interno, o ambiente possui bastante entrada de luz e ventilação natural. Porém, os vidros das janelas basculantes são foscos, inibindo a vista ao exterior.

Figura 2 – Entrada do CAPS e nichos



Fonte: Luísa Destefani, 2021.

Figura 3 – Jardim externo onde são realizados atendimentos em grupo



Fonte: Luísa Destefani, 2021.

Figura 4 – Recepção/Espera



Fonte: Luísa Destefani, 2021.

Figura 5 – Corredor



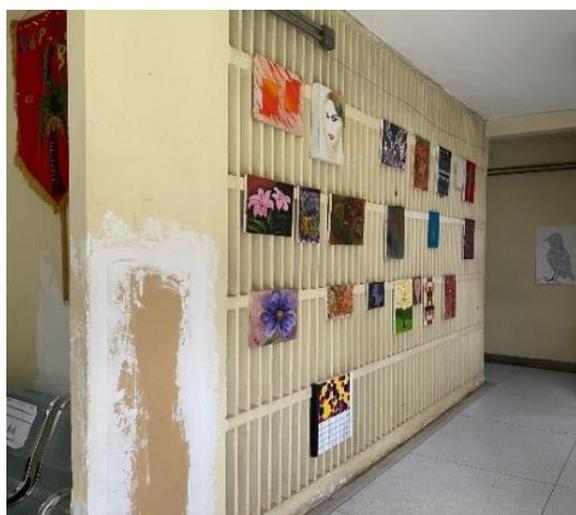
Fonte: Luísa Destefani, 2021.

Ao longo dos corredores que dão acesso ao jardim interno e a outros ambientes, há a presença de móveis, tais como: mesas e cadeiras de madeira, armários metálicos e um sofá de couro bastante desgastado (Figura 5). Os móveis são desconfortáveis e estão danificados. Por toda a extensão dos corredores, estão expostos trabalhos artísticos elaborados no ateliê pelos pacientes, trazendo um ar mais descontraído ao ambiente (Figura 6). Os corredores de circulação envolvem todo o jardim interno retangular que possui gramado e alguns arbustos

(Figura 7). Os pisos que circundam o jardim interno são de pedras portuguesas coloridas, que estão danificadas necessitando de manutenção (Figura 8).

O ateliê (Figura 9) é um dos ambientes destinados ao desenvolvimento de atividades terapêuticas em grupo e armazenamento de materiais artísticos. O ambiente possui janelas metálicas basculantes que não dão vista ao exterior, mas permitem a entrada de luz e ventilação naturais. Como a luz natural é insuficiente para a realização das atividades, faz-se uso de lâmpadas fluorescentes com luminárias fixadas no forro, mesmo durante o dia. Prateleiras e armários metálicos, mesas com tampo de madeira com estruturas metálicas e cadeiras de plástico estão presentes de forma desorganizada neste ambiente tornando-o poluído visualmente.

Figura 6 – Trabalhos artísticos realizados pelos pacientes.



Fonte: Luísa Destefani, 2021.

Figura 7 – Jardim interno



Fonte: Luísa Destefani, 2021.

Figura 8 – Jardim interno



Fonte: Luísa Destefani, 2021.

Figura 9 – Ateliê



Fonte: Luísa Destefani, 2021.

Todos os ambientes possuem suas paredes pintadas com cores de tons neutros como branco e bege claro. Apesar dos trabalhos artísticos expostos nas paredes trazerem um toque de cor aos espaços, a utilização de apenas uma cor nas paredes torna os ambientes monótonos e desestimuladores. Além disso, não há o uso de diferentes texturas nas paredes e o mobiliário não apresenta materiais que combinam entre si, o que torna os ambientes mais desordenados e menos acolhedores.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da possibilidade de realizar a visita ao CAPS Itaim Bibi presencialmente, houve limitações no momento da visita devido às restrições causadas pela pandemia da Covid-19, impossibilitando a produção de uma pesquisa mais abrangente e minuciosa. Independente desse fator, o objetivo do presente Projeto de Pesquisa foi atendido, com base na nova metodologia proposta.

A análise do espaço físico do CAPS Itaim Bibi apresentou aspectos positivos quanto à possibilidade de adaptação e flexibilização de uso do espaço conforme as necessidades dos pacientes.

A setorização da planta é simples, tornando o ambiente mais fácil de ser compreendido uma vez que há uma circulação periférica circundando o jardim interno que dá acesso a todos os ambientes. A presença dos trabalhos de atividades artísticas expostos nos corredores transmite uma valorização dos esforços realizados pelos pacientes.

Em geral, as portas e as janelas metálicas encontram-se em um bom estado de conservação. Não há nenhuma vidraça quebrada que pode vir a colocar o paciente em risco. Os jardins da instituição estão preservados, onde se notam diferentes tipos de arbustos e árvores.

Os espaços no interior do edifício em questão apresentam falta de manutenção de alguns elementos tais como móveis, pisos e pintura das paredes, deixando os ambientes menos atraentes, o que caracteriza em um aspecto negativo.

Desta forma, as cores presentes na edificação visitada não foram bem exploradas como estimulantes psicológicos que ajudam no tratamento dos pacientes. Em geral, nos interiores todas as paredes são de textura lisa e cores neutras criando uma atmosfera monótona aos ambientes. Além das cores, as diferentes texturas e materiais também poderiam ser utilizadas de maneira mais adequada tais como a madeira, com o intuito de torná-los mais acolhedores.

Assim, cabe ao arquiteto, ao projetar o ambiente do CAPS, adequar as necessidades e os usos dos ambientes tendo em mente as características dos pacientes que irão utilizá-los, proporcionando um espaço físico adequado para que possam ter um atendimento humanizado.

6. REFERÊNCIAS

AMARAL, Osvaldo Lopes/Instituto de Estudos e Orientação da Família. **Transtornos Mentais**. São Paulo: 2011. Disponível em: <<http://www.inef.com.br/Transtornos.html>> Acesso em: 10 out. 2020.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BERTOLETTI, Renata. **Uma Contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica: Estudo no Residencial Terapêutico Morada São Pedro em Porto Alegre**. 2011. Dissertação (Métodos e Técnicas Aplicadas ao Projeto em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/95966/296412.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 18 out. 2020.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Conforto Ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: <https://conforlab.com.br/legislacao/manual_conforto_ambiental.pdf> Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de CAPS e UA como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf> Acesso em: 28 jul. 2021.

CASTILHO, Ana Flavia de Andrade Nogueira; SANT'ANNA, Camila; ALONSO, Ricardo Pinha. **A Supressão dos Direitos Humanos Dentro do Maior Manicômio do Estado Brasileiro**. REGRAD – Revista Eletrônica de Graduação UNIVEM, São Paulo, v. 10 n. 01 2017. Disponível em: <<https://revista.univem.edu.br/REGRAD/article/view/2183>> Acesso em: 08 nov. 2020.

CIACO, Ricardo José Alexandre Simon. **Arquitetura no Processo de Humanização de Ambientes Hospitalares**. 2010. Dissertação – Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, São Carlos, 2010. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18141/tde-05012011-155939/publico/Mestrado_RicardoCiaci_BAIXA.pdf> Acesso em: 20 out. 2020.

COSTI, Marilice. **A Influência da Luz e da Cor em Salas de Espera e Corredores Hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

FONTES, Maria Paula Zambrano. **Humanização dos Espaços de Saúde: Contribuições para a Arquitetura na Avaliação da Qualidade do Atendimento**. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp041718.pdf>> Acesso em: 18 nov. 2020.

FONTES, Maria Paula Zambrano. **Imagens da Arquitetura da Saúde Mental: Um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira**. 2003. Dissertação (Racionalização do Projeto e da Construção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/5462854-Imagens-da-arquitetura-da-saude-mental.html>> Acesso em: 18 nov. 2020.

GONÇALVES, Rudialan Rodrigues. **Imagens e vivências da expressão na terapia ocupacional: narrando Nise da Silveira**. 2013. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/8786>> Acesso em: 17 nov. 2020.

HOREVICZ, Elisabete Cardoso Simão; DE CUNTO, Ivanoé. **A Humanização em Interiores de Ambientes Hospitalares**. Revista Terra e Cultura, Londrina, n. 45, p. 17-23, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/397/339>> Acesso em: 18 abr. 2021.

MARTINS, Vânia Paiva. **A Humanização e o Ambiente físico Hospitalar**. 2004. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2004. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_ambiente_fisico.pdf> Acesso em: 08 ago. 2021.

MEDEIROS, Luciana de. **Humanização Hospitalar, Ambiente Físico e Relações Assistenciais: A Percepção de Arquitetos Especialistas**. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17547/1/LucianaM.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2021.

MOREIRA, Felipe Dias. **A Arquitetura com Gesto Médico: Humanização do Edifício Hospitalar Através de uma Unidade de Pronto Atendimento**. 2017. Monografia (Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo) – Centro Universitário UNIFACVEST, Lages, Santa Catarina, 2017. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/137708773-A-arquitetura-como-um-gesto-medico-humanizacao-do-edificio-hospitalar-atraves-de-uma-unidade-de-pronto-atendimento.html>> Acesso em: 17 dez. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>> Acesso em: 11 dez. 2020.

PALLASMAA, Juhani. **Essências**. São Paulo: Editora G. Gili, 2018.

PALLASMAA, Juhani. **Os Olhos da Pele: A Arquitetura dos Sentidos**. Porto Alegre: Editora Bookman, 2011.

RHEINGANTZ, Paulo Afonso et al. **Observando a Qualidade do Lugar: Procedimentos para Avaliação Pós Ocupação**. 2009. Tese (Doutorado em Arquitetura) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/308740248_Observando_a_Qualidade_do_Lugar_procedimentos_para_a_avaliacao_pos-ocupacao> Acesso em: 18 ago. 2021

VASCONCELOS, Renata Thaís Boom. **Humanização de Ambientes Hospitalares: Características Arquitetônicas Responsáveis pela Integração Interior/Exterior**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/87649/226212.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 08 ago. 2021.

VIECELI, Ana Paula. **Lugares da Loucura: Arquitetura e Cidade no Encontro com a Diferença**. 2014. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/95996/000918618.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 20 dez. 2020.

Contatos: luisa18.pinheiro@gmail.com e maria.pronin@mackenzie.br