

Trabalho de Conclusão de Curso
Arquitetura e Urbanismo
Universidade Federal de Santa Catarina
Semestre 2022.2

Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina: A Arquitetura Como Agente na Recuperação de Pacientes Psiquiátricos

Stefani da Silva
Orientação: Profa. Dra. Maíra Longhinotti Felipe
Florianópolis
Março, 2023

SUMÁRIO

1

introdução	03
objetivos	03
estrutura e metodologia	03

2

referencial histórico	04
2.1 o hospital psiquiátrico como instituição	04
2.2 a instituição psiquiátrica no brasil	04
2.3 a reforma psiquiátrica no brasil	04
2.3.1 rede de atenção psicossocial	05

3

aspectos teóricos	05
3.1 conceitos fundamentais	05
3.2 ambientes restauradores	05
3.2.1 teoria psicoevolucionista da restauração a partir do estresse	05
3.2.2 teoria da restauração da atenção	05
3.3 arquitetura hospitalar e bem-estar	06
3.3.1 ambientação	06
3.3.2 luz	06
3.3.3 cor	06
3.3.4 som	06
3.3.5 facilitadores de interação social	06
3.3.6 distrações positivas	07

4

estudo de caso	07
----------------	----

5

local de intervenção	08
5.1 o hospital psiquiátrico como instituição	08
5.2 análise do entorno	09
5.3 funcionamento do edifício	10
5.4 setorização atual	12

6

projeto de intervenção	12
6.1 justificativa projetual	12
6.2 diretrizes	12
6.3 programa de necessidades	13
6.4 partido arquitetônico	13
6.5 representação gráfica	14

7

referências	31
-------------	----

1 INTRODUÇÃO

O chamado louco sempre esteve presente na história humana. A concepção de loucura como doença, por outro lado, só se fez presente recentemente. O sujeito louco, independentemente de como era entendido, se um ser místico ou amaldiçoado pelo divino, ou até mais recentemente o doente, sempre esteve à margem da sociedade. O caráter segregador com os quais os cidadãos em sofrimento psíquico eram tratados começou então a se modificar a partir do século XX, a partir da luta antimanicomial que surgiu em defesa da inclusão social e da garantia de direitos a estes cidadãos (AMARANTE, 1995).

No Brasil, os avanços acerca das políticas de desmanicomialização obtiveram um marco no ano de 2001, com a sanção da Lei N 10.216, referente a reforma psiquiátrica. A lei em questão refere-se à desativação gradual dos manicômios, a garantia de um um tratamento de qualidade, humanizado, livre de abusos, inserindo e reintegrando os pacientes na sociedade (BRASIL, 2001).

Apesar dos notórios avanços pelos quais a psiquiatria passou nas últimas décadas, ainda se faz presente um certo grau de negligência e estigma com as pessoas em sofrimento psíquico. No Brasil, em especial nos últimos anos, a partir da conjuntura política conservadora que faz-se presente no país, os retrocessos e tentativas de desmonte das políticas antimanicomiais têm-se intensificado. Nesse sentido, faz-se necessário assegurar aos neuroatípicos que no processo terapêutico haja acolhimento, segurança e integração com a sociedade (BARROS, 2019).

1.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho é realizar um projeto de reestruturação para o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ), a fim de que o espaço físico contribua para a promoção do bem-estar e influencie de forma positiva na recuperação dos pacientes. .

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contextualizar a evolução do tratamento de saúde mental e a sua condição atual na sociedade;
2. Analisar as diretrizes do Ministério da Saúde para os estabelecimentos assistenciais de saúde mental;
3. Compreender os conceitos de Psicologia Ambiental, como também dos Ambientes Restauradores e sua aplicação em espaços hospitalares;
4. Identificar de que modo os aspectos físicos das Instituições Psiquiátricas são percebidos pelos pacientes no que diz respeito à restauração a partir do estresse.

“ Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas [...] É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade...”

Nise da Silveira

Sabendo-se que o momento de procura por ajuda psiquiátrica por si só pode já ser desgastante, situação que é agravada pelas condições físicas dos estabelecimentos assistenciais de saúde mental, buscou-se nesse trabalho identificar de qual modo o ambiente construído pode influenciar de maneira positiva na recuperação e acolhimento dos pacientes psiquiátricos. Torna-se necessária a ressignificação desses espaços, tanto para tornar a experiência do paciente mais agradável, quanto para alterar no imaginário público a ideia de espaços amedrontadores e desagradáveis, contribuindo para a diminuição do estigma que cerca a saúde mental.

Dessa forma, procura-se entender o papel da arquitetura no tratamento e reinserção das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade, primeiramente buscando entender a necessidade de espaços que garantam o acolhimento e integração do paciente. Em sequência, busca compreender a partir dos preceitos dos Ambientes Restauradores, de que forma a arquitetura pode promover ambientes agradáveis, que sejam capazes de fomentar boas relações e sensação de pertencimento, tornando o tratamento mais descomplicado e garantindo a recuperação dos pacientes.

1.3 METODOLOGIA

O presente trabalho será estruturado em seis etapas:

1. A primeira relativa à revisão histórica da Psiquiatria, desde seu surgimento até os dias atuais e a evolução dos processos terapêuticos;
2. A segunda concentra a delimitação do campo de estudo, tendo a Instituição Psiquiátrica como enfoque, bem como a relação pessoa-ambiente;
3. Em seguida, são apresentados os conceitos fundamentais relacionados à Psicologia Ambiental que serão abordados para o estudo e posterior elaboração de diretrizes projetuais;
4. A quarta etapa é referente ao objeto de estudo, o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ), histórico, evolução, condicionantes ambientais e aspectos sociais que envolvem o seu contexto;
5. Subsequentemente, é apresentado o público alvo do projeto direcionado, que são os internos e funcionários do Instituto de Psiquiatria. Para esse intuito, o método utilizado consistirá na observação do ambiente e seu contexto, a partir da documentação do projeto arquitetônico e fotografias existentes, além da análise de literatura que compreenda o histórico da relação humana com o ambiente do IPQ;
6. Por fim, a análise dos dados obtidos resultará em diretrizes projetuais e, conseqüentemente, na concepção de um projeto de intervenção e reestruturação no IPQ.

2 REFERENCIAL HISTÓRICO

2.1 O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO COMO INSTITUIÇÃO

Na idade média, os ambientes hospitalares nada mais eram do que depósitos de enfermos à espera da morte, com a finalidade de confinar os doentes, separando-os dos saudáveis, a fim de evitar a proliferação das doenças. Nesse sentido, esses ambientes eram insalubres, com ventilação e iluminação precárias e de forma alguma eram construídos com a finalidade de auxiliar na recuperação e bem estar dos pacientes, tão pouco havia alas específicas para pessoas em sofrimento psíquico. Foi no período do Iluminismo que a instituição hospitalar contemporânea surge, juntamente com a ideia de manicômio. Anteriormente, as práticas relacionadas a tratamento de pacientes psiquiátricos aconteciam em espaços vinculados a práticas filantrópicas e religiosas, que além dos doentes abrigava todos os tipos de pessoas marginalizadas.

Os processos associados à revolução industrial no século XIX levaram à disseminação do termo psiquiatria, quando a loucura passou a ser um desvio de conduta do que era aceito como normal para a sociedade. A partir de então, passou a se observar que não era apenas necessário separar essa parte da população, como também estudar e tratá-la. Foi nesse mesmo período, chamado de medicalização, que começaram a surgir os primeiros espaços destinados ao tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, estes fundamentados nos conceitos de disciplina e vigilância (FOUCAULT, 1997 apud FONTOURA, 1997).

Esse modelo arquitetônico guiado pelos preceitos da disciplina e vigilância foi amplamente utilizado não somente nas primeiras edificações psiquiátricas, mas também em escolas e prisões, criando ambientes isolados do exterior, configurando-os como segregadores e reclusos. Esses espaços, portanto, buscavam a ordem social contra a desordem dos loucos (DA SILVA, 2008; FOUCAULT, 1985 apud BERTOLETTI, 2011).

Ao fim do séc XVIII, intensificou-se o que os estudiosos consideram ser o primeiro movimento que visava modificar os padrões aos quais as práticas de atendimento aos pacientes em sofrimento psíquico eram submetidos, juntamente com outras reformas baseadas nos pensamentos humanistas. Os primeiros passos do movimento se deram na França e Inglaterra, principalmente, seguindo iniciativas de menor porte em outros países da Europa. Nomes como G. F. Jaegerschmid e Vincenzo Chiarugi e, posteriormente, Willian Tuke e Philippe Pinel, surgem com ideias que iam contra as práticas que eram aplicadas até então, buscando maior liberdade aos pacientes, a eficácia de um ambiente familiar e o uso de atividades físicas como forma de terapia, respectivamente (BERTOLETTI, 2011).

Apesar das alterações sugeridas por Jaegerschmid e os que vieram após ele, as instituições, em sua maioria, mantiveram o caráter isolador. Esse cenário apenas se alterou no pós Segunda Guerra Mundial, onde os desdobramentos acerca da reforma psiquiátrica em contexto mundial se intensificaram, a partir da comparação das instituições asilares aos campos de concentração nazistas, juntamente com o repúdio a qualquer prática que desrespeitasse os direitos humanos (DA SILVA, 2008).

O processo da reforma seguiu três principais preceitos: o primeiro sendo o surgimento das comunidades terapêuticas, por volta de 1946, e da psicologia institucional, seguidos pelo surgimento da psiquiatria de setor e da preventiva, que buscava a redução

seguidos pelo surgimento da psiquiatria de setor e da preventiva, que buscava a redução do número de doentes mentais e, por último, o surgimento da anti psiquiatria, nos anos 60 na Inglaterra, com os ideais de modificar as filosofias e normas instauradas a cerca da psiquiatria até então, buscando a integração dos portadores de doenças mentais na sociedade (AMARANTE, 1995).

2.2 A INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

No Brasil, a história da psiquiatria tem início no período imperial, por volta da metade do século XIX, onde a sociedade estava dividida em dois blocos principais: uma pequena parcela de senhores detentores de terra e um grande percentual de escravos. Neste contexto, os doentes mentais pertencentes à parte rica da população eram tratados em casa por suas famílias, já o percentual de escravos eram aprisionados nos chamados asilos, estes com caráter reclusivo, e que em sua maioria eram administrados pela Igreja (DA SILVA, 2008).

A pressão, tanto por parte da população - que não queria os chamados “insanos” circulando pelas cidades -, quanto por parte dos intelectuais da medicina - que desaprovava as formas em que os internos dessas instituições eram submetidos -, levou a criação do primeiro Hospício do país, em 1852 no Rio de Janeiro, o Hospício de Pedro II. Foi esta a primeira instituição no país voltada para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, mas que ainda não apresentava diretrizes fundamentadas nos saberes psiquiátricos, mais uma vez sendo administrada pela igreja. Em 1889, com a implantação da república, deu-se início a entrada de profissionais da saúde nesses ambientes, os separados da igreja e dando início a psiquiatria médica (SANTOS, 1994 apud DA SILVA, 2008).

Nos anos seguintes, impulsionada pelos processos de higienização, surge a tentativa de retirar a população mais pobre dos centros urbanos, destruindo os chamados cortiços, julgados como foco de doenças. Nesse período a psiquiatria passa a adotar a construção de hospícios-colônias, afastados dos centros urbanos, indo de encontro aos interesses do estado, que buscava diminuir os gastos com os insanos, buscando nesses ambientes a auto-suficiência dos internos (SANTOS, 1994 apud DA SILVA, 2008). Ao fim dos anos 40, o país, seguia a luta antimanicomial que se iniciava na Europa e passou a questionar os moldes dos hospícios-colônias, por manterem um caráter mais segregador com os doentes, os excluindo do convívio social e desrespeitarem os direitos humanos.

2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início nos anos 70, dentro do contexto de mudança referente às práticas asilares, induzida pela crise do modelo hospitalocêntrico¹ e pelos movimentos sociais que buscavam melhores condições e direitos aos pacientes psiquiátricos (BERTOLETTI, 2011).

Foi a partir da criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) - primeiro grupo responsável pela movimentação em torno do pensamento crítico e reformulação dos saberes psiquiátricos -, que a reforma ganhou força e posteriormente

também com a criação de outras associações que lutavam pela causa, como o Movimento Luta Antimanicomial (BERTOLETTI, 2011). Essas associações não lutavam apenas pela Reforma Psiquiátrica, mas também contra a “indústria da loucura” instaurada no país durante o período militar, onde se intensificou a hospitalização e medicalização, tornando crônico o quadro dos pacientes, a fim de enriquecer a indústria farmacêutica e instituições privadas.

Sendo assim, entre os anos 1987 e 1989, surgiram duas intervenções na rede hospitalar nacional: a criação do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e significativas mudanças na Casa de Saúde Anchieta, local conhecido por constantes denúncias de maus tratos e morte, ambos na cidade de São Paulo. Foi em 1989 que a Reforma Psiquiátrica teve início no âmbito legislativo a partir do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que pretendia regularizar os direitos aos pacientes em sofrimento psíquico e promover a extinção dos manicômios no Brasil. Em 1990 foi firmado um documento entre os países da América, intitulado “Declaração de Caracas”, em que exige a desinstitucionalização da saúde mental.

[...] marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS3 e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005, p.8)

É a partir dessa declaração que surgem diversas iniciativas pelo país sobre novos critérios de abordagem no atendimento aos pacientes em sofrimento psíquico. O estado do Rio Grande do Sul se tornou o pioneiro na Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir da primeira lei referente ao assunto, a lei estadual nº 9716/1992. A lei em questão diz respeito a substituição dos leitos nos hospitais psiquiátricos por redes de atenção em saúde mental, a partir da proteção dos pacientes psiquiátricos, especialmente no que diz respeito às internações compulsórias.

A partir de 1992, diversos estados do país passaram a adotar leis referentes ao incentivo de criação de centros de atenção diária, a destinação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais e a definição dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Porém, foi em 2001 que o projeto de desinstitucionalização passou a ser federal, consolidando então a reforma psiquiátrica no Brasil. O ponto principal da reforma psiquiátrica no Brasil foi o gradual fechamento dos manicômios no país e a criação de serviços extra-hospitalares.

No ano seguinte, em 2002, foi instaurada a Portaria /GM nº 251 a fim de expandir a reestruturação do sistema, a partir da reclassificação dos hospitais. Essa portaria estabelece que os hospitais psiquiátricos devem atender as internações somente de indivíduos em quadro agudo, sendo os que estão acometidos por doenças em caráter recente ou temporário, e não mais em estado crônico, além de, em teoria, acontecer somente quando todos os outros recursos extra hospitalares não forem suficientes. São apresentadas três modalidades de internação: a voluntária, sendo aquela que acontece a partir do consentimento do usuário; a involuntária, sendo a que acontece sem o consentimento do usuário e a pedido de outros; e por fim a compulsória,

¹ O modelo hospitalocêntrico tem como característica a atuação centrada no hospital e nas ações do médico.

inserido. Acontece quando se é observada uma paisagem ou obra de arte. Já a fascinação hard, exige do indivíduo um maior nível de intensidade atencional, não havendo a promoção de pensamentos e reflexões. Neste caso também ocorre o processo de restauração, mas menos intenso do que o que ocorre quando acontece a fascinação soft.

A fascinação, por sua vez, é dividida em dois tipos: a fascinação soft e a fascinação hard. A fascinação soft é caracterizada por ser moderadamente intensa e fruto de estímulos esteticamente agradáveis. É o modo mais propício para que ocorra a restauração, uma vez que o indivíduo é induzido a pensamentos e reflexões sobre si e o meio em que está inserido. Acontece quando se é observada uma paisagem ou obra de arte. Já a fascinação hard, exige do indivíduo um maior nível de intensidade atencional, não havendo a promoção de pensamentos e reflexões. Neste caso também ocorre o processo de restauração, mas menos intenso e de diferente forma do que ocorre na fascinação soft.

Além da fascinação, a ART diz que é necessário outros três fatores para que ocorra a restauração: afastamento, extensão e compatibilidade. O afastamento diz respeito mais a um afastamento psicológico do que físico, uma vez que para um ambiente ser considerado restaurador, ele precisa levar o usuário a uma fuga mental dos seus pensamentos e demandas diárias, mesmo que este ambiente seja muito frequentado pelo indivíduo. A extensão diz respeito a capacidade dos ambientes de promover características suficientes para engajar a mente do usuário, promovendo mais distrações do que aparenta à primeira vista, se mostrando um ambiente rico e possível de exploração. Por último, a compatibilidade diz respeito ao encontro das intenções e inclinações do indivíduo com o ambiente, os quais apresentam uma relação recíproca entre o ambiente e o usuário, um em complemento do outro. As quatro características necessárias para que haja a promoção da restauração são frequentemente observados em ambientes naturais.

3.3 ARQUITETURA HOSPITALAR E BEM-ESTAR

Não restam dúvidas de que a relação que os pacientes estabelecem com o ambiente físico pode influenciar de maneira positiva ou negativa no seu estado de saúde. É crescente o número de investigações que buscam conhecer os diversos aspectos que podem estar envolvidos nessa relação. Essas investigações fazem parte do campo de estudo conhecido como Design Baseado em Evidência - *Evidence-based Design* ou EBD -, que defende há cerca de 3 décadas a aplicação dos conhecimentos acerca das relações pessoa-ambiente nas práticas em arquitetura e design, dando ênfase nos ambientes hospitalares, para promover ambientes com maior sensação de bem-estar e segurança. Foi proposto por Ulrich e colegas uma estrutura que relaciona as variáveis envolvidas nos estudos da relação do ser humano - o paciente, a família e os funcionários, com o ambiente construído. Os pesquisadores apresentaram uma estrutura que relacionava os diferentes aspectos do ambiente físico (variáveis independentes) com os aspectos os quais o ambiente físico poderia exercer algum tipo de influência direta ou indireta (variáveis dependentes ou outcomes). As variáveis independentes compreendem tanto características do ambiente visual e sonoro, quanto aspectos referentes ao espaço, sua configuração e

equipamentos. Já a respeito das variáveis dependentes, constam uma série de aspectos ligados ao bem estar físico e psicológico dos usuários, as interações sociais e demandas das instituições (FELIPPE, 2015).

3.3.1 AMBIENTAÇÃO

Goulart e Ono (2021), em seu trabalho de revisão de literatura, expõem que a composição ambiental dos estabelecimentos de saúde exerce extrema influência na recuperação dos pacientes em sofrimento psíquico. É necessário que os estabelecimentos assistenciais à saúde mental se mostrem um lugar de acolhimento e amparo, para que os pacientes sintam-se confortáveis para seguir com o tratamento. Nesse sentido, Goulart e Ono pontuam que é necessário que instituições apresentem características de ambientes mais familiares e residenciais e menos institucionais, resultando em ambiências propícias para que os pacientes sintam-se à vontade.

A tradição de construção das instituições psiquiátricas, as quais são construídas para desestimular a sociabilidade e facilitar a circulação do corpo médico, comumente caracterizadas por paredes brancas, mobiliários rígidos e dormitórios grandes e compartilhados, voltados para longos corredores, não apresenta evidências científicas de vantagens sobre o estado clínico nos pacientes. Em contrapartida, ambientes com caráter mais familiar e residencial apresentam uma contribuição significativa para a redução de comportamentos agressivos e uma diminuição de episódios psicóticos. Elementos como a presença de cortinas, revestimentos cerâmicos e paredes coloridas e com texturas, móveis estofados e confortáveis, presença de vegetação e a possibilidade de inserção de itens pessoais nos locais são exemplos de elementos presentes nas residências que auxiliam na sensação de acolhimento e segurança nos pacientes.

3.3.2 LUZ

A qualidade da iluminação, principalmente a iluminação natural, exerce um importante papel na recuperação dos pacientes em sofrimento psíquico. Os benefícios da luz vão além da função visual, sendo importante na regulação do sistema endócrino, do relógio biológico e na regulação do estresse (FONSECA, 2000 apud HOREVICZ & CUNTOM, 2007). A presença de grandes aberturas que possibilitem a entrada da luz natural promovem um aumento das habilidades sensoriais dos pacientes e contribuem para a diminuição de delírios e paranoias. Em contraponto, grandes corredores, sem janelas e decorações, são locais propensos a eventos de distorção perceptiva. Por sua vez, a iluminação artificial deve ser usada de forma indireta e difusa, com condições de dimerização (GOULART & ONO, 2021), auxiliando no bom funcionamento do ciclo circadiano e controlando os níveis de cortisol na corrente sanguínea.

3.3.3 COR

A cor desempenha um papel importante na concepção dos ambientes de assistência médica mental, sendo capaz de aumentar a sensação de aconchego tanto aos pacientes quanto aos funcionários, influenciando o ser humano psicológica e fisiologicamente. Nesse sentido, é necessário que as cores sejam usadas baseadas nos

seus efeitos sobre os usuários. Em uma unidade de saúde é necessário que haja uma combinação de cores, havendo equilíbrio entre as tonalidades frias e quentes, possibilitando uma maior variedade de estímulos sensoriais (SOUZA, 2019). As cores quentes causam sensações de aproximação, calor e densidade, além de serem mais estimulantes, já as cores frias promovem distanciamento e transparência, sendo calmantes. O uso das cores pode ser utilizado para ressaltar as atividades propostas para cada ambiente, sendo cores frias usadas em dormitórios e consultórios, por exemplo, e cores quentes usadas em salas comuns e de atividades terapêuticas (GOULART & ONO, 2021).

COR	EFEITO DE TEMPERATURA	DISPOSIÇÃO PSÍQUICA
azul	frio	tranquilizante
verde	frio e neutro	muito tranquilizante
vermelho	quente	muito irritante e intranquilizante
laranja	muito quente	estimulante
amarelo	muito quente	estimulante
marrom	neutro	estimulante

TABELA 1. Efeitos psicológicos das cores. Fonte: Adaptado de Grandjean (2008)

3.3.4 SOM

A qualidade do som é de extrema importância em estabelecimentos assistenciais de saúde mental. Esses espaços necessitam de ambiências sossegadas e protegidas de ruídos e ecos (GOULART & ONO, 2021). Sons indesejados aumentam os níveis de estresse e irritação, afetando a percepção visual e capacidade cognitiva dos usuários. É necessário uma atenção especial para o posicionamento de portas e janelas, além da escolha de materiais e revestimentos que possam evitar problemas acústicos. O uso de fontes de água é um exemplo de boa solução para os ambientes hospitalares, uma vez que o efeito sonoro produzido é capaz de distrair os pacientes de situações de desconforto (HOREVICZ & CUNTOM, 2007).

3.3.5 FACILITADORES DE INTERAÇÃO SOCIAL

A sensação de controle é um fator crucial na recuperação de pacientes psiquiátricos, diminuindo níveis de estresse e aumentando a sensação de bem-estar. As unidades de atendimento psicossocial devem ser construídas e operadas a fim de dar autonomia aos pacientes, permitindo aos mesmos maior poder de escolha sobre os locais em que desejam estar e as condições do seu tratamento. Esse tipo de política institucional, em que os pacientes são livres para circular dentro e fora das instituições, se chama “política portas abertas” (MOSHER, 1980 apud GOULART & ONO, 2021).

Pacientes de instituições de assistência médica mental desejam o máximo de liberdade e controle de decisões, ao mesmo tempo em que demonstram a necessidade de conviver em ambientes com menor agressividade e maior socialização. Os comportamentos

4 ESTUDOS DE CASO

agressivos são comumente mais frequentes em ambientes em que existe maior privação de circulação nas instituições. Nesse sentido, é necessário criar uma atmosfera que permita a circulação mais livre dos pacientes, ao mesmo tempo em que estimule a boa socialização, permitindo aos pacientes o afastamento de grandes grupos nos momentos em que se sintam sobrecarregados e indispostos, evitando conflitos com os de mais internos e a equipe médica.

Do ponto de vista projetual, isso quer dizer que as unidades de saúde necessitam de espaços privativos e de introspecção, para descansar e relaxar, e áreas de uso comum, amplas e convidativas, para que haja a socialização com os colegas. Quartos menores, com menor quantidade de pacientes, possibilitam aos internos a regulação de atividades e a oportunidade de passar momentos sozinhos, o que aumenta a percepção de privacidade. Nas áreas comuns, recomenda-se o uso de mobiliário móvel, aumentando as possibilidades de regulação do espaço social. As unidades de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico necessitam desmistificar a ideia de cárcere, contribuindo para a autonomia e desejo dos internos GOULART & ONO, 2021).

3.3.6 DISTRAÇÕES POSITIVAS

Distrações positivas, por definição, são o conjunto de elementos que produzem estímulos capazes de proporcionar bons sentimentos aos pacientes, afastando-os dos pensamentos negativos, aumentando a sensação de bem-estar e redução do estresse (ULRICH, 1995). Além disso, são responsáveis também pela valorização estética das unidades, tornando o ambiente mais estimulante e interessante. Portanto, as unidades de saúde devem contar com espaços de convivência, locais que estimulem a interação e locais que permitam a reclusão, quando esta for necessária.

A presença de átrios, pátios internos ou espaços abertos ao exterior, com presença de vegetação, são bem avaliados pelos pacientes. A exposição visual a elementos naturais traz benefícios significativos a condições de estresse e fadiga, porém mais interessante e relevante é a possibilidade de acesso físico a esses ambientes, pois além dos benefícios já citados, ainda promovem espaços diversificados para realizar atividades terapêuticas, como atividades físicas ao ar livre ou o contato direto com a natureza no manuseio de hortas, por exemplo (TISSOT et al., 2020; GOULART & ONO, 2021).

Por fim, obras de arte ou elementos de apelo estético também são consideradas distrações positivas, pois além de aumentar a sensação de bem estar dos internos, ainda podem promover a interação da comunidade hospitalar. Nas unidades de atendimento psicossocial, a fim de diminuir os níveis de estresse e controlar a ansiedade, é recomendado o uso de artes que venham a promover sensações calmantes, como imagens da natureza. As artes abstratas devem ser evitadas por serem mais passíveis a desencadear lembranças e sentimentos ruins nos pacientes em sofrimento psíquico. Artes produzidas pelos próprios internos, além de proporcionarem momentos terapêuticos, ainda reforçam o sentimento de pertencimento e acolhimento dos pacientes com o ambiente (GOULART & ONO, 2021).



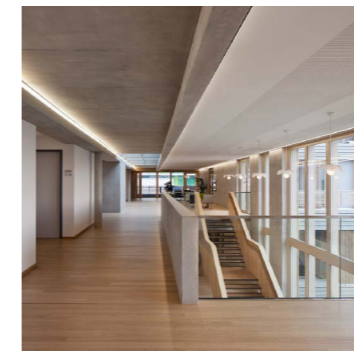
O Centro de Reabilitação Psicossocial é constituído por dois diferentes setores: a residência para portadores de transtornos mentais que não necessitam de internação; e o Centro de Reabilitação e Integração Social (CRIS), que conta também com centro de estadia diurna para pessoas que apresentam casos graves de deterioração das suas capacidades funcionais e sociais. A primeira modalidade abriga cerca de 50 usuários vivendo na edificação que funciona como um internato, uma comunidade residencial que funciona para reintegrar os pacientes ao meio social após um período de internação. O CRIS possui capacidade para 50 usuários, apresentando serviços e atividades para pessoas em estado crônico, com significativa deterioração das suas capacidades funcionais. Já

Centro de Reabilitação Psicossocial

Ano: 2014
Projeto: Otxotorena Arquitecto
Local: Alicante, Espanha
IMAGEM 2 E 3. Fonte: Pedro Pegenaute

o centro diurno, por sua vez, oferece programas de recuperação funcional e atividades diárias para cerca de 25 pessoas.

O projeto buscou otimizar a utilização do terreno, concentrando todas as atividades em um único edifício. O complexo conta com um jardim recreacional e pátios internos que proporcionam a presença de luz natural aos ambientes do lado externo. Do lado interno, os dois setores são divididos a partir do hall de entrada, de um lado estão as salas de terapia individual e em grupos, espaços recreativos e salas para atividades físicas. Do lado oposto se localiza o setor residencial, composto por leitos e ambientes de entretenimento individual e em grupo.



Centro Psiquiátrico Friedrichshafen

Ano: 2011
Projeto: Huber Staudt Architekten
Local: Friedrichshafen, Alemanha
IMAGEM 4 E 5. Fonte: Werner Huthmacher

O Centro Psiquiátrico Friedrichshafen, localizado na cidade de mesmo nome, na Alemanha, está situado em área rural rodeado por vasta vegetação. O centro faz parte do complexo que contempla o hospital da cidade, possuindo acesso direto aos serviços oferecidos no local. Apesar de estar situada na área rural, a edificação mantém conexão com a comunidade, estando situado também próximo a um bairro residencial. A instituição oferece tratamento para adultos e idosos portadores de transtornos mentais, prestando serviços de reabilitação e apoio social, proporcionando aos usuários a oportunidade de manter o contato familiar. O espaço físico conta com ambientes de terapia individual e em grupo, oficinas e atividades físicas, além de 45 dormitórios. O ambiente construído faz integração com o ambiente natural, tanto através das diversas aberturas, que dão visibilidade constante a natureza e proporcionam a entrada de luz natural, quanto através do pátio interno. No térreo do edifício situam-se as enfermarias, dormitórios individuais e compartilhados e as áreas de apoio, como copa, refeitório e sanitários. Já no pavimento superior, estão as salas de atividades terapêuticas, como salas de oficinas de arte e música.



IMAGEM 6. PÁTIO DO HOSPITAL - DÉCADA DE 1970
Fonte: Acervo CEDOPE, HCS



IMAGEM 7 . BELICHES - DÉCADA DE 1970
Fonte: Acervo CEDOPE, HCS

5 LOCAL DE INTERVENÇÃO

5.1 A INSTITUIÇÃO: DO HOSPITAL COLÔNIA SANTANA AO IPQ

Localizado no município de São José (SC), o Hospital Colônia Santana foi inaugurado em 1941 marcando o início da institucionalização da loucura a partir de um respaldo científico em Santa Catarina, visando ampliar as políticas de assistência médica à saúde mental no estado. O período de construção e inauguração do hospital foi marcado por uma ampla campanha sanitária, realizada pelo então governador do estado Nereu Ramos, que visava a modernização e higienização das cidades, a partir de uma campanha pautada em ideias que direcionava a segregação da parcela indesejada da população. Nesse mesmo período, foram criados também outras instituições no estado que seguiam a mesma proposta de isolamento, o Abrigo para Menores (1940), o Hospital Santa Tereza (1940) - este destinado a pacientes de hanseníase, e o Hospital Nereu Ramos (1943), destinado a pacientes de tuberculose e outras doenças infectocontagiosas (BORGES, 2012; VIANA, 2013, MALUF et al., 2020).

Na sua época de criação, o HCS era visto como uma forma de diminuir o sofrimento dos ditos loucos, os tirando do convívio social e protegendo a cidade da sua presença. Até então, essa parcela da população era destinada a diferentes locais: encarcerados nas cadeias públicas ou enviados a outras instituições pelo estado, que eram encarregadas de abrigar os pacientes vindos de diversas cidades, como o Asilo de Azambuja, em Brusque, e o Abrigo Municipal de Alienados Oscar Schneider, em Joinville. Nesse sentido, o HCS seria responsável por suprir a necessidade de assistência médica aos pacientes em sofrimento psíquico, prometendo um suposto tratamento mais humano que as demais instituições existentes no estado.

A instituição foi construída inteiramente com recursos públicos e prometia trazer o que havia de mais moderno, tanto em questão de equipamentos, quanto em questão de tratamentos, referentes aos cuidados com a saúde mental para a época. Logo após a sua inauguração, o hospital passou a ser comandado pelas irmãs da Divina Providência, as quais também eram responsáveis pela administração do Asilo de Azambuja. As irmãs eram responsáveis por todas as tarefas da instituição, desde a administração, tarefas de limpeza e culinária, como também as tarefas relacionadas à enfermagem, como aplicação de medicamentos e higiene dos internos. Mesmo os profissionais de enfermagem que trabalhavam no hospital eram treinados pelas irmãs, até meados dos anos 70, quando os primeiros profissionais de enfermagem especializados na saúde mental chegaram à instituição, marcando o momento em que as irmãs passaram a dividir a administração e tarefas do hospital com esses profissionais.

Na sua inauguração, a instituição já contava com 310 pacientes vindos de diversos locais do estado. O número aumentou para 800 até o final da década de 50, e chegou a 2.200 na década de 70, considerado o ápice da lotação (MALUF et al., 2020 apud BORGES, 2011). O espaço era caracterizado pelo descaso e as condições desumanas a que os internos eram sujeitos, situação que não era exclusiva do HCS, mas se repetia por todas as instituições psiquiátricas no país. Os relatos da época contam a ineficiência do estado em promover tratamento de qualidade aos pacientes em sofrimento psíquico.

Foi na década de 70 que diversas denúncias referentes a situação dos manicômios do país começaram a aparecer, situação que não foi diferente no HCS. As denúncias expunham as condições em que os internos estavam sujeitos, situações essas de trabalho escravo, agressões, estupros e mortes. Essa série de denúncias resultou na crise do Departamento Nacional de Saúde Mental, em 1978, levando a criação de diversos movimentos que lutavam

pela qualidade do tratamento e segurança dos pacientes nessas instituições, dando o pontapé inicial à Reforma Psiquiátrica, que visava principalmente a diminuição progressiva das vagas de internação nos hospitais psiquiátricos e a criação de redes psicossociais.

“O hospital que eu encontrei em 1971 era um hospital com seis ou sete médicos e com 2.156 pessoas. Havia lugares onde os doentes eram lavados em grupo, lugares onde os pacientes passam o dia inteiro dando volta numa estrutura que a gente chamava de sombrinha, onde havia enfermarias que, para você entrar, você tinha que chamar os guardas para ir junto, onde os pacientes estavam entregues à própria sorte. Era algo muito feio, muito triste, muito doloroso. Então se entrar em uma instituição com 2.156 pessoas hospitalizadas, onde só tinha cama para 1.200, onde havia beliches em que um deitava por cima do outro, e onde dado o fato que aquilo existia por tanto tempo, então se observava que aquilo era visto como natural, que as pessoas dormissem no chão, naquela condição. Isto só acontecia na psiquiatria (Gonçalves, 2009).”

Relatos retirado do artigo “Um “depósito de gente”: as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant’Ana e na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996

Como resultado, em 1995 o Hospital Colônia Santana perdeu o seu credenciamento do SUS, o que levou a comunidade, o corpo técnico e os familiares dos pacientes a se mobilizarem para que os atendimentos fossem mantidos. Devido a isso, o HCS foi extinto e em seu lugar foram criados dois estabelecimentos de saúde mental: o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (Ippq/SC) e o Centro de Convivência Santana, ambos novamente credenciados pelo SUS.

Os estabelecimentos deveriam passar a funcionar a partir das seguintes orientações do Ministério da Saúde:

1. Extinção progressiva das políticas de internação asilares;
2. Criação do Instituto de Psiquiatria com 160 leitos totais, divididos em 4 unidades, destinados a pacientes em situação de surto psiquiátrico e dependência química, através de regime de internação de curta duração;
3. Criação do Centro de Convivência destinado a pacientes institucionalizados e que perderam o vínculo com a família e seus locais de origem, não tendo outra opção sem ser continuar na instituição. O Centro de Convivência trabalha com a ideia de desativação progressiva dos leitos, conforme os pacientes falecem. No seu momento de criação, contava com 600 internos.

Atualmente, o Ipq/SC recebe pacientes de todo o estado de Santa Catarina, sendo a principal instituição de atendimento emergencial de psiquiatria na região. Os atendimentos oferecidos são centrados em psiquiatria, neurologia e clínica geral, além de contar com serviços de apoio como fisioterapia, nutrição e psicologia. Também são oferecidos aos internos atividades de terapia ocupacional e educação física como parte do tratamento. Hoje estão internadas na instituição em torno de 200 pessoas, sendo por volta de 100 delas pacientes do Centro de Convivência, que estão no local desde a criação do estabelecimento.

5.2 ANÁLISE DO ENTORNO

USO DO SOLO

O bairro da Colônia Santana surgiu a partir da implementação do hospital psiquiátrico na região. O entorno imediato do atual Instituto de Psiquiatria é caracterizado em grande parte por áreas residenciais (IMAGEM 8), sendo estas originadas em sua maioria a partir do desmembramento de áreas do antigo hospital que foram doadas aos funcionários pelo estado e posteriormente vendidas para os novos moradores. A origem do bairro partindo de um parcelamento desordenado e sem planejamento urbano repercute atualmente nos problemas da região, além de possibilitar a presença de grandes vazios urbanos, que são aproveitados pelas atividades agropastis. A Carta de Aptidão a Urbanização elaborada pela Universidade Federal de Santa Catarina em 2014 para o município de São José afirma que, devido a questões ambientais, as áreas de aptidão à urbanização do bairro atualmente são poucas. Apesar da forte influência que o Ipq/SC teve na formação e consolidação do bairro, hoje a relação entre o bairro e o instituto é praticamente inexistente, passando despercebido no dia a dia da grande parte da população, principalmente por estar escondido atrás de muros. O contato com a natureza e a paisagem por parte dos internos da instituição também é prejudicada pela atual dinâmica do entorno.

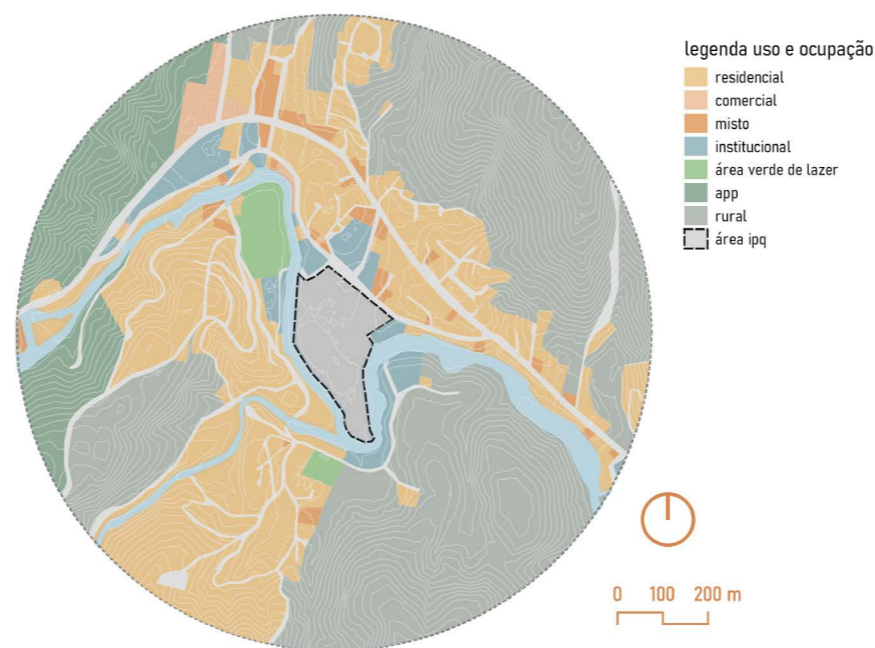


IMAGEM 8 . Uso do Solo
Elaboração própria.

EQUIPAMENTOS E SISTEMA VIÁRIO

O sistema viário se originou a partir da atual SC-281, que funcionava como uma via arterial de conexão com a BR-101. Por ser uma via de fluxo rápido e passar dentro do bairro, ela entra em conflito com os pedestres pela falta de calçadas adequadas. No entorno da SC-281 se concentra a maior parte da população do bairro, além de abrigar grande parte dos comércios e serviços. A Rua Engelberto Koerich, paralela a SC-281, leva ao centro do bairro e a área do Instituto de Psiquiatria. Assim como a SC-281, a Rua Engelberto Koerich não conta com passeios adequados, gerando conflito entre os automóveis e pedestres. As vias locais, em sua maioria, são pavimentadas com paralelepípedos e as calçadas são praticamente inexistentes. A rota do transporte público passa logo em frente ao IPQ, o que o torna um local de fácil acesso, apesar da ineficiência da companhia de ônibus que atende a região.

O bairro conta com equipamentos básicos de assistência à comunidade, como unidades de atenção básica à saúde, escolas e creches. No entanto, o que diz respeito a lazer, a região sofre com a carência de infraestrutura.

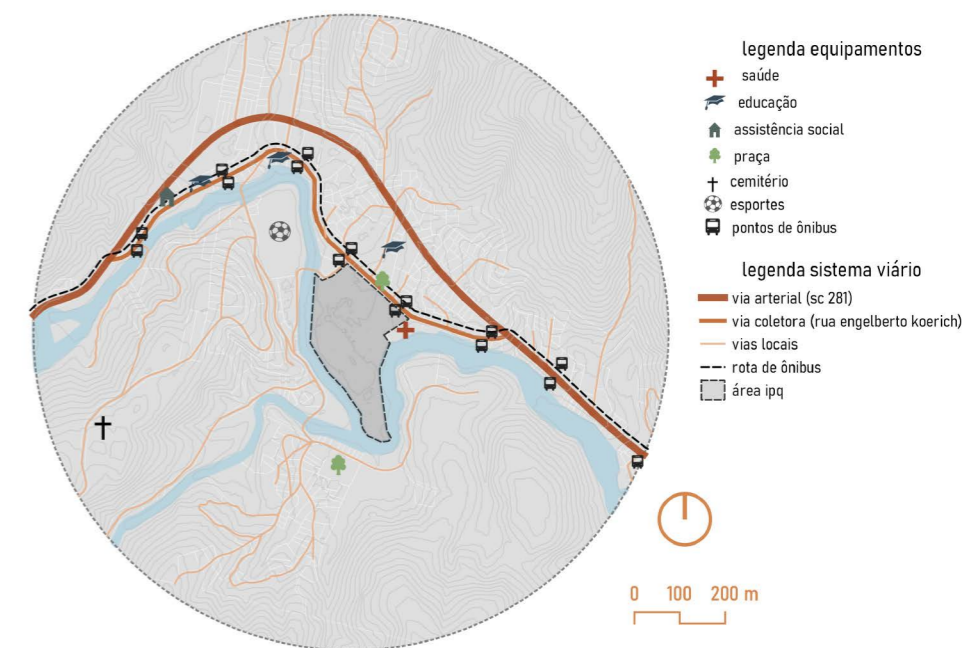


IMAGEM 9 . Sistema Viário e Equipamentos
Elaboração própria.

5.3 FUNCIONAMENTO DO EDIFÍCIO

O acesso principal se dá a partir da Rua Engelberto Koerich, sendo antecedido por um pátio arborizado. É por este acesso que chegam a instituição pacientes e funcionários, como também visitantes e os casos emergenciais. A partir do acesso principal, se dá o acesso ao estacionamento, sendo esse dividido entre funcionários e visitantes, e também o acesso a emergência. Todos os acessos são claros e bem direcionados, tornando esse primeiro contato fácil.

A implantação da construção no terreno tende a transparecer que está dessa forma para seguir os conceitos de simetria, mas por outro lado não leva em consideração a trajetória solar, deixando as alas de internação mais ao fundo sem receber o sol da manhã.

A massa construída do edifício é caracterizada por pavilhões retangulares e inicialmente simétricos, seguindo os ideias de Pinel, interligados por corredores cobertos e externos que são intercalados com espaços verdes. A simetria se perdeu no tempo devido às constantes ampliações necessárias para abrigar o grande número de internos que o Ipq/SC recebeu durante os anos desde a sua inauguração.

A circulação entre os blocos do edifício acontecem em sua maioria a partir de longos corredores horizontais externos e cobertos. Apenas dois blocos do edifício contam com dois pavimentos, o bloco da recepção e o bloco que divide a triagem com a ala de internação dos dependentes químicos. Nesses setores, a circulação vertical acontece através de escadas e rampas, que pela data de construção do edifício não estão dentro da norma, causando difícil locomoção de pacientes com mobilidade reduzida ou o deslocamento de macas.

A técnica construtiva dos blocos datados dos anos 40 se faz a partir da alvenaria autoportante, com paredes espessas de até 50cm. Já as ampliações posteriores foram construídas de estrutura convencional de vigas e pilares.

A divisão dos ambientes através dos corredores externos traz aos edifícios a possibilidade da presença de um grande número de aberturas, de diferentes tamanhos e padrões, devido às reformas ocorridas ao longo de 80 anos de existência. Apesar da quantidade de aberturas ser generosa, muitos ambientes não apresentam iluminação natural suficiente, precisando ser compensada com iluminação artificial. O mesmo se repete na questão da ventilação natural, que nos ambientes com aberturas pouco generosas, se torna insuficiente.

No que diz respeito a cores e texturas, as paredes em sua maioria são pintadas de branco ou azul, que apesar de ser considerada uma cor tranquilizante, o tom usado traz um aspecto depressivo. O piso, em geral, é cerâmico e branco, o que traz a sensação de limpeza que um ambiente hospitalar precisa, mas por outro lado, combinado com as cores das paredes, reforça a sensação de melancolia.

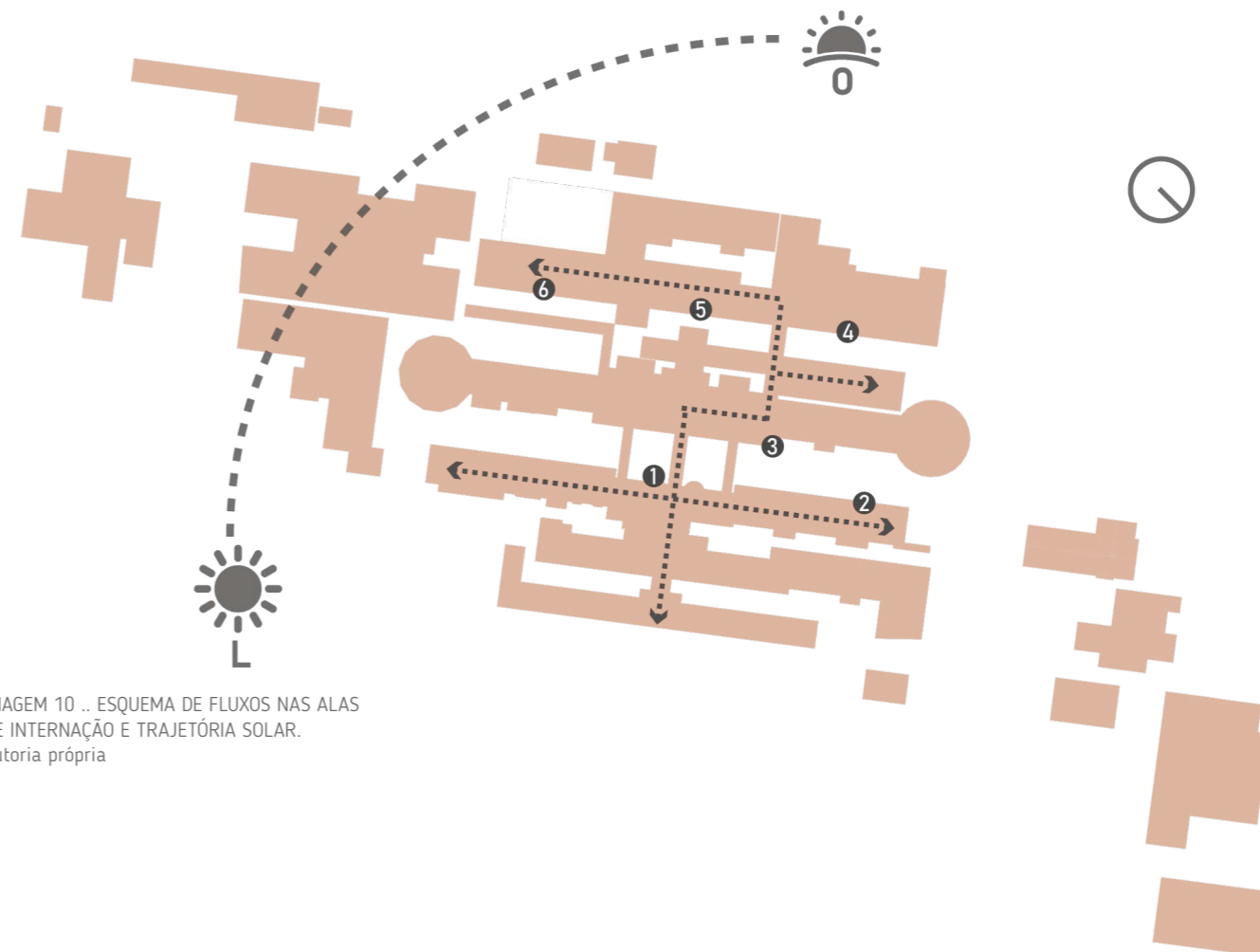


IMAGEM 10 .. ESQUEMA DE FLUXOS NAS ALAS DE INTERNAÇÃO E TRAJETÓRIA SOLAR. autoria própria



1 IMAGEM 11. LIGAÇÃO ENTRE BLOCOS autoria própria



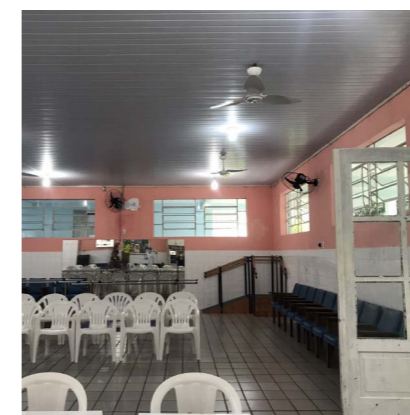
2 IMAGEM 12 . CIRCULAÇÃO EXTERNA autoria própria



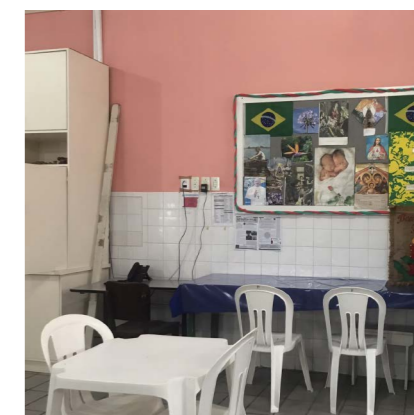
3 IMAGEM 13 . VISTA EXTERNA INTERNAÇÃO autoria própria



4 IMAGEM 14 . CIRCULAÇÃO EXTERNA autoria própria



5 IMAGEM 15 . ACADEMIA autoria própria



6 IMAGEM 16 . TERAPIA OCUPACIONAL autoria própria

5.4 SETORIZAÇÃO ATUAL

- apoio
- manutenção
- adm, consultórios e emergência
- internação
- internação desativada
- casa mortuária
- residência terapêutica
- padaria desativada
- horta
- capela



0 50 100 m

IMAGEM 17. ESQUEMA DE IMPLANTAÇÃO ATUAL IPQ. autoria própria, 2023

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

5.3 SETORIZAÇÃO ATUAL

A disposição dos ambientes acontece através de alas. Os volumes frontais abrigam a parte administrativa, de serviços médicos eletivos e de emergência. Nos fundos, se encontra a cozinha, onde são preparadas todas as refeições oferecidas aos internos e uma das alas de internação. As demais alas de internação estão espalhadas pela implantação. Inicialmente, as internações pertencentes ao Centro de Convivência Santana seriam alocadas do lado direito do edifício e as demais do lado esquerdo, mas devido aos constantes problemas estruturais e a necessidade de reformas, atualmente essa divisão não é tão clara, o que acaba causando também uma maior sensação de isolamento.

Apesar de o instituto possuir estrutura física para abrigar todos os pacientes atuais, esses são alocados em poucas alas, devido a falta de recursos para manter todas as alas funcionando, tanto em recursos para contratação de funcionários quanto recursos para o ambiente físico.

As alas de internação do Centro de Convivência, que abrigam os pacientes idosos, são bastante similares no que diz respeito à disposição de seus ambientes e os usos, assim como as duas alas masculinas do Instituto de Psiquiatria. Os leitos são todos dispostos em um mesmo espaço, não havendo divisória entre os mesmos. Nos mesmos ambientes funcionam também os refeitórios, que fora dos horários de refeição são usados como ambiente de estar. Os leitos não estão dispostos de forma que haja espaço suficiente para a circulação confortável, o que dificulta a locomoção de pacientes com mobilidade reduzida. Os banheiros estão dispostos nos fundos das enfermarias e não estão em quantidade suficiente para atender a demanda de pacientes atual. Seguindo a rotina diária dos pacientes, todos eles tomam banho ao mesmo tempo, não havendo qualquer privacidade entre os internos.

quais acontecem em um ambiente próprio para tal, além dos banheiros que não ficam centralizados em um mesmo local, sendo possível encontrar banheiros dentro dos próprios dormitórios em casos específicos na UDQ.

Em todas as enfermarias os pacientes não possuem acesso a qualquer item pessoal, decoração, roupas e acessórios. Todas as roupas são alocadas em um mesmo ambiente. Dessa forma, as alas de internação não possuem qualquer tipo de decoração que enriqueça o lugar. A disposição e dinâmica atual das enfermarias tira dos pacientes qualquer traço de individualidade e privacidade.

Além dos espaços já citados, as enfermarias contam também com o posto de enfermagem, centralizado para que os funcionários exerçam uma função de controle com os internos, como também um consultório médico, para atendimentos dentro da própria ala de internação. No que diz respeito ao mobiliário, este em sua maioria é composto por mesas e cadeiras plásticas, além de bancos de madeira, o que torna possível a fácil alteração do layout. Além das alas de internação, os pacientes têm acesso a salas de apoio para realização de atividades de terapia ocupacional, com atividades de costura e pintura, como também espaços para atividades físicas.

Na parte administrativa, além das funções referentes a administração do instituto, estão também alocados consultórios médicos e odontológicos, farmácia e atendimento social, como também um auditório e o Centro de Documentação e Pesquisa (Cedope/Ipq), que abriga um centro de estudos, fora toda a documentação histórica da instituição. Os pátios externos, apesar de serem em boa quantidade, não são aproveitados no que diz respeito ao enriquecimento do espaço. Não apresentam projeto de paisagismo e nem mobiliários de apoio.

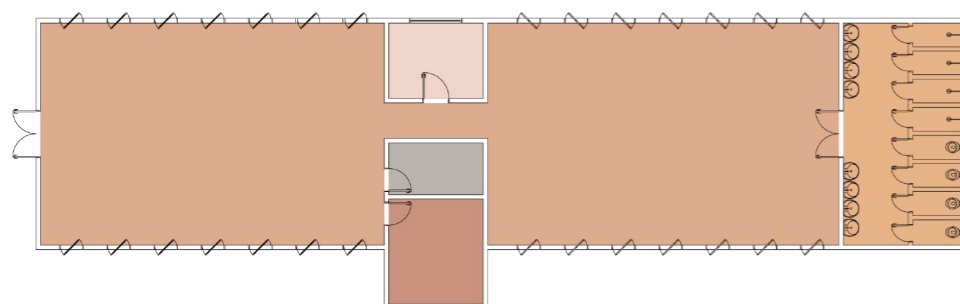


IMAGEM 18. Esquema setorial ala de internação Centro de Convivência e Unidades Masculinas. sem escala
Fonte: Adaptado Acervo Ipq/SC

- leitos coletivos
- posto de enfermagem
- consultório
- sala de apoio
- banheiros

Diferente das alas citadas anteriormente, a Unidade Feminina e a Unidade de Dependentes Químicos (UDQ) são divididas em dormitórios, os quais abrigam números variados de pacientes, dependendo do seu tamanho, mas que devida a alta ocupação do hospital, não apresentam espaço de circulação suficiente, semelhante as demais enfermarias. Nessas duas unidades também há diferenciação no espaço para refeições, as

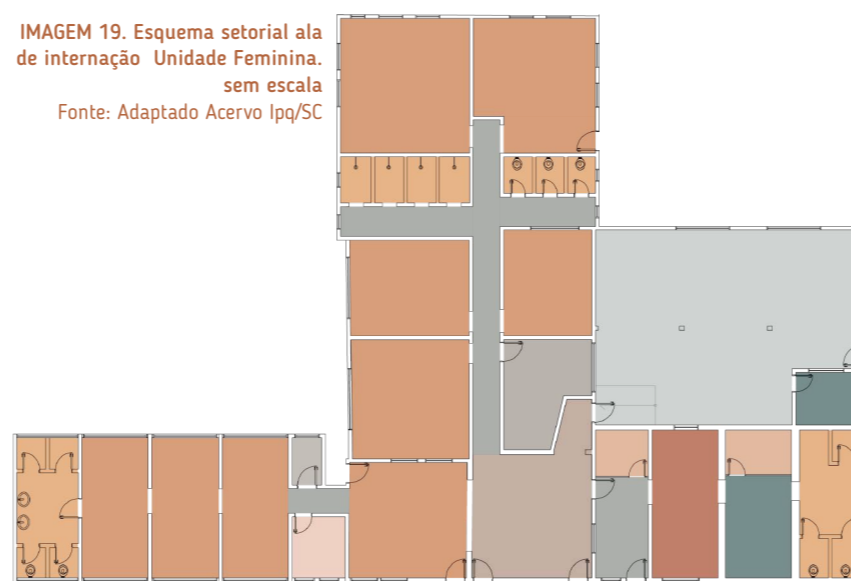


IMAGEM 19. Esquema setorial ala de internação Unidade Feminina. sem escala
Fonte: Adaptado Acervo Ipq/SC

- dormitórios coletivos
- convivência
- sala de curativos
- salas de apoio
- banheiros
- copa
- posto de enfermagem
- dormitórios
- circulação
- refeitório

6.1 JUSTIFICATIVA PROJETUAL

Reconhecendo os estudos feitos até aqui e a pesquisa realizada no Ipq/SC, propõe-se uma reestruturação da instituição como um todo, com foco principal nas alas de internação.

Entende-se que a dinâmica atual da entidade não traz aos pacientes institucionalizados condições dignas de tratamento e de vida. Os pacientes do Centro de Convivência estão há mais 25 anos vivendo em um ambiente que retira qualquer traço de individualidade, perdendo pouco a pouco a sua identidade e o que os torna seres únicos. Essa mesma dinâmica se repete também com os pacientes de internação de curta duração, mesmo que em escala menor.

Nesse sentido, uma vez que não é possível a retirada dos pacientes mais antigos da instituição, por não possuírem condições de viver sem apoio médico integral e não terem apoio familiar, se faz necessário remodelar o espaço atual para que seja possível oferecer o mínimo de dignidade no fim de suas vidas, garantindo que não se perca a sua individualidade e autonomia. Como também, aos pacientes que passam pelo estabelecimento por um menor período de tempo, oferecer condições propícias para que haja de fato uma recuperação da saúde mental.

Além disso, se faz necessária também a reconexão do bairro com o Instituto. É necessário recriar o vínculo entre o instituto e a comunidade, o qual foi perdido ao longo dos anos, garantindo que com a comunidade se importe com o que acontece dentro dos muros da instituição e se lembrem de todas as vidas que estão sendo cuidadas naquele espaço, para que haja a indignação com as formas de internação que não promovam tratamentos eficazes e humanos.

6.2 DIRETRIZES

Diretrizes do Entorno

- Fortalecer a conexão do Instituto de Psiquiatria com o entorno imediato;
- Promover o vínculo com a comunidade, possibilitando a integração da população com a edificação.

Diretrizes de Implantação

- Implementar praças abertas e jardins de uso comum entre internos e visitantes;
- Setorizar a instituição para que haja clareza quanto aos usos, garantindo a funcionalidade independente dos diferentes setores.

Diretrizes das áreas de Uso Comum

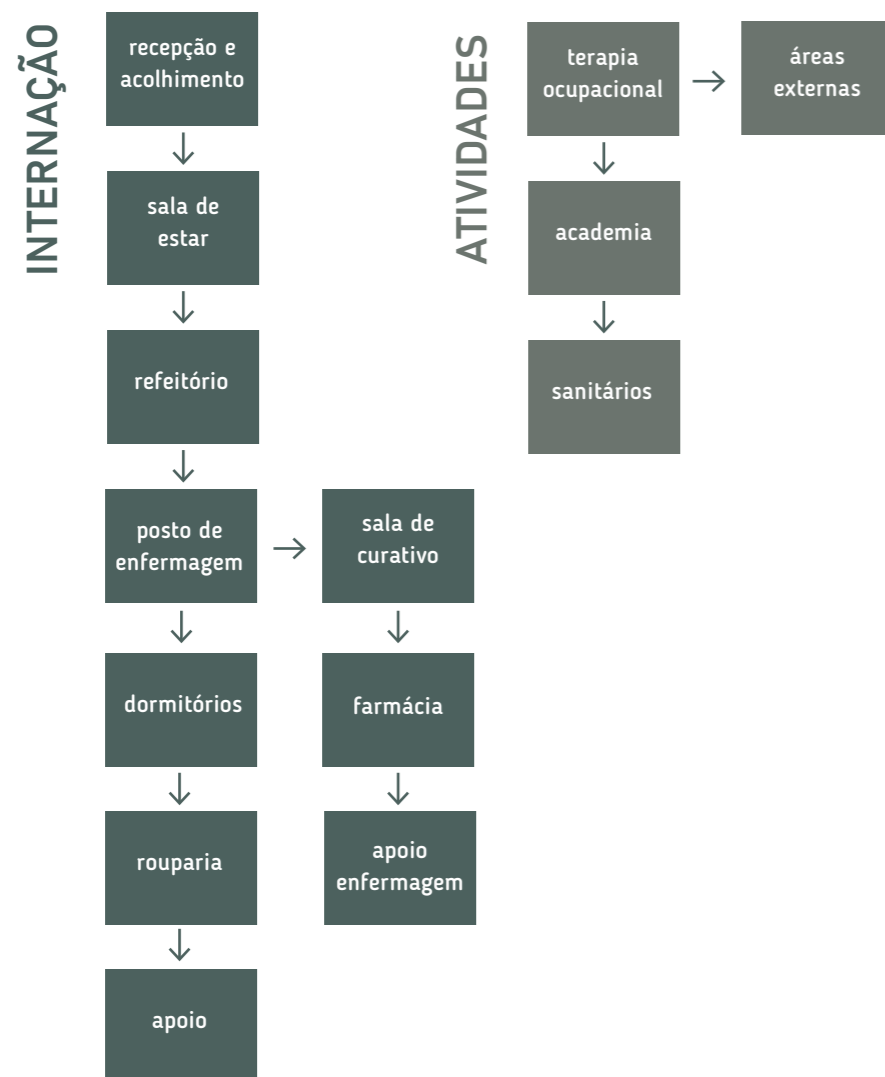
- Requalificar os ambientes de uso comum garantindo que haja suporte adequado para as atividades propostas;
- Garantir que haja relação interno-externo das áreas de uso comum;
- Requalificar as áreas abertas a partir da inserção de elementos naturais e mobiliário adequado.

Diretrizes das áreas de Internação

- Reestruturação total das alas de internação buscando proporcionar ambientes com privacidade dentro do possível para que haja segurança para os internos e o corpo clínico;
- Garantir o contato com o meio natural;
- Buscar diminuir o aspecto hospitalar da instituição, a fim de amplificar a sensação de bem-estar dos pacientes.

6.3 PROGRAMA DE NECESSIDADES

Sendo o foco principal do projeto as alas de internações, estimou-se como programa de necessidades dois grupos principais: a áreas compostas pelos ambientes referentes a internação e as áreas destinadas a atividades em grupo.



6.4 PARTIDO ARQUITETÔNICO

O projeto contempla a remodelação total das áreas de internação do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, mantendo as alas administrativas e de apoio.

A principal condicionante analisada para o concepção do projeto arquitetônico é a necessidade de intensa relação entre os internos e o ambiente externo. Dessa forma, buscou-se na criação da forma do edifício propor espaços em que o contato com o externo acontecesse em tempo integral, tanto em questão de acesso físico, quanto referente ao contato visual. Sendo assim, o projeto contempla as alas de internação nas extremidades e, entre elas, as áreas de uso comum. Tanto as alas de internação quanto as alas de uso comum apresentam conexões com o meio natural. Na parte central do edifício está localizado um jardim principal, o qual pode ser acessado através de todos os componentes do edifício. O jardim central serve como uma espaço de livre acesso dos internos ao ambiente externo.

Na concepção do projeto, buscou-se criar uma relação do equipamento proposto com os prédios já existentes, procurando manter aspectos da linguagem dos edifícios do local para que a nova edificação fosse inserida de forma sutil na paisagem atual. Para essa conexão, optou-se por igualar as alturas do novo edifício com o topo dos telhados dos edifícios atuais, além do uso do concreto armado e da alvenaria convencional como sistema estrutural.

As formas em 'L' foram propostas a fim de transmitir a ideia de que os prédios de internação 'abraçassem' os ambientes de uso comum e os ao ar livre, intensificando assim a importância dessas áreas para os internos.

Por fim, a partir das informações coletadas durante a pesquisa, mostrou-se a importância da diminuição dos leitos de internação a partir das diretrizes na reforma psiquiátrica, incentivando assim outras formas de tratamento, sendo a internação o último recurso. Dessa forma, sabendo que os pacientes institucionalizados ocupam hoje quase 50% das vagas totais da instituição, propõe que parte dos leitos oferecidos a eles sejam revertidos em um CAPS IV, a partir do fechamento progressivo desses leitos (setor indicado na IMAGEM 20).

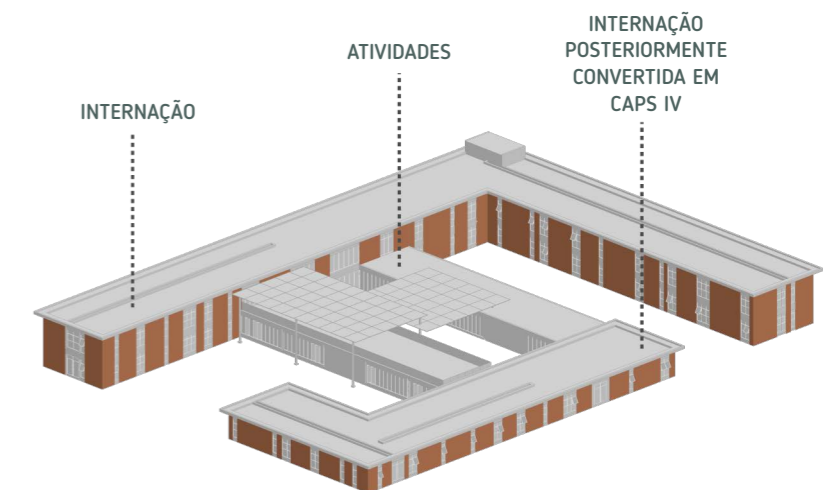


IMAGEM 20 Esquema de USOS
autoria própria, 2023

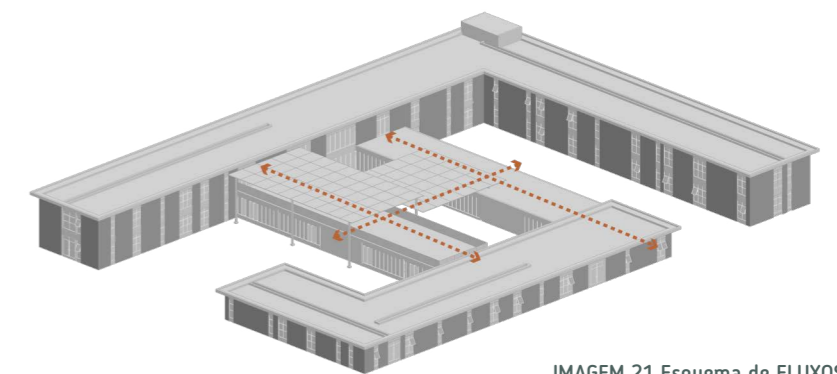


IMAGEM 21 Esquema de FLUXOS
autoria própria, 2023



IMPLANTAÇÃO

A implantação geral do Instituto buscou recriar a aproximação da instituição com a comunidade. Os muros foram recuados somente para a área de internação e emergência, possibilitando a criação de uma grande praça. Os edifícios sem uso foram remanejados para a implementação de equipamentos de suporte ao bairro, sendo um Centro Comunitário e um Centro de Artes, além da implementação da Casa da Memória, agindo como nova sede do CEDOPE/lpq, com o intuito de relembrar os anos de existência da instituição, a fim de manter viva na memória da comunidade a sua importância e a necessidade de lutar por melhores condições de tratamento em saúde mental.

Nas áreas externas, foram projetados caminhos orgânicos com o intuito de formar áreas mais livres e de apropriação da comunidade, a partir de feiras e eventos públicos, formando percursos e vivências mais dinâmicas e integradas a natureza. Além disso, a horta que já existia dentro dos muros do Instituto foi realocada para a borda de transição entre o público e privado, a fim de ser um equipamento de uso tanto da população quanto dos internos. Ao se aproximar do equipamento proposto, as linhas se tornam mais ortogonais, a fim de explicar a transição entre o que é público e o que é privado.

LEGENDA

- 1 CENTRO DE ARTES
- 2 ENTRADA PARA EMERGÊNCIA
- 3 ESTACIONAMENTO FUNCIONÁRIOS
- 4 ESTACIONAMENTO PÚBLICO
- 5 CASA DA MEMÓRIA
- 6 HORTA COMUNITÁRIA
- 7 CENTRO COMUNITÁRIO
- 8 QUADRA POLIESPORTIVA



rua engelberto koerich

0 50 100 150 m

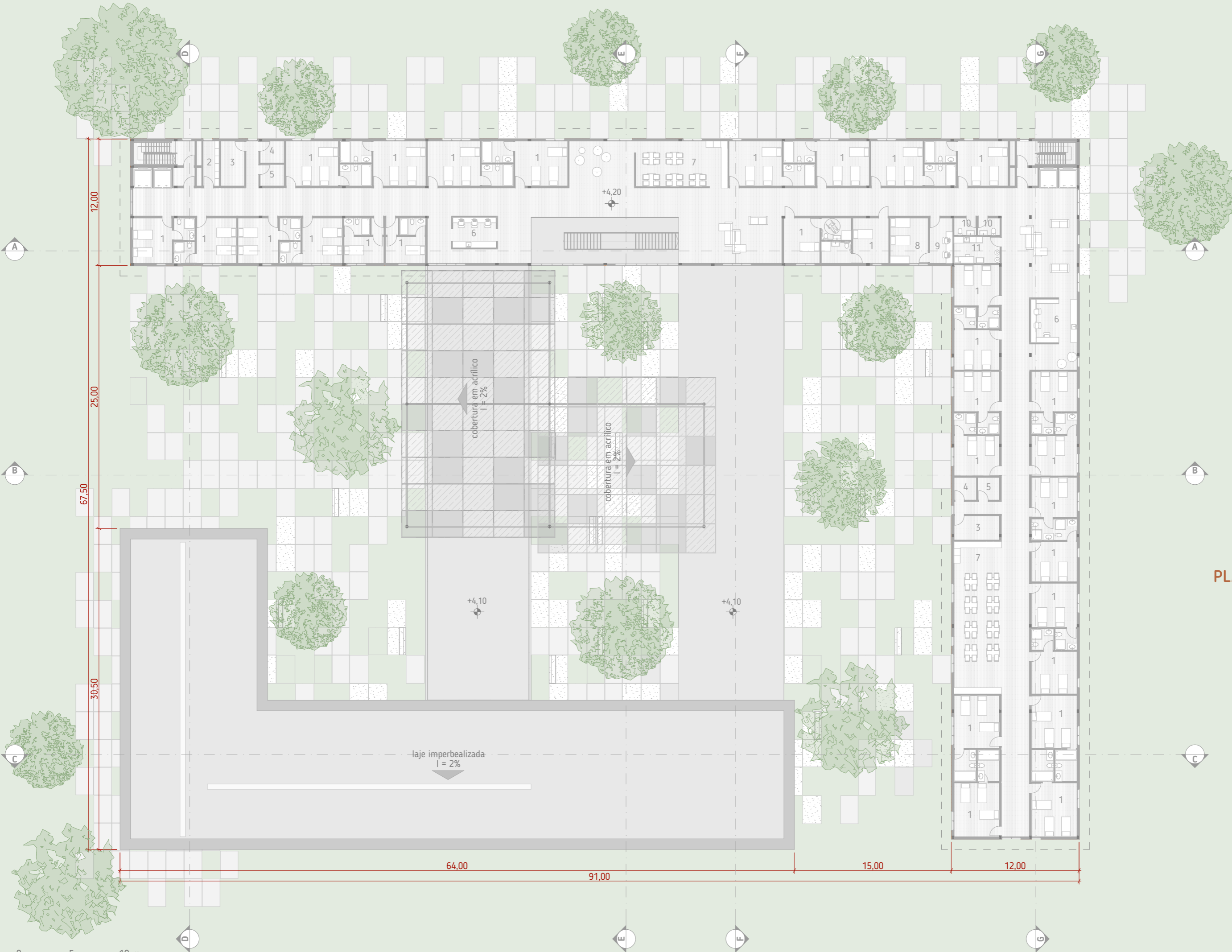


PLANTA BAIXA TÉRREO

LEGENDA

- 1. Dormitório
- 2. Farmácia
- 3. Rouparia
- 4. DML
- 5. Sala de serviço
- 6. Posto de enfermagem
- 7. Refeitório
- 8. Quarto platonista
- 9. Apoio enfermagem
- 10. Sanitários funcionários
- 11. Sala de curativo
- 12. Acolhimento e espera
- 13. Terapia ocupacional
- 14. Sanitários coletivos
- 15. PNE
- 16. Academia



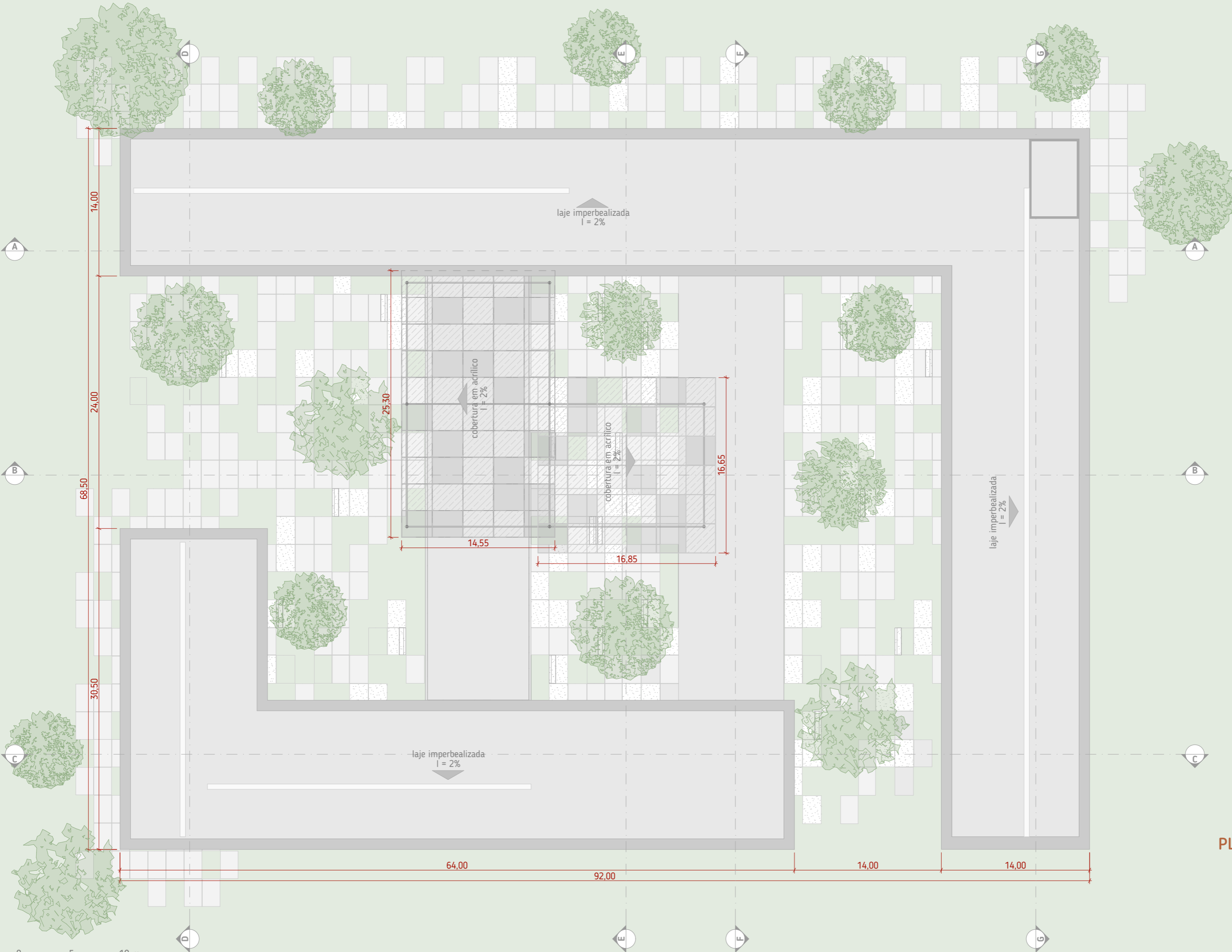


PLANTA PAV. SUPERIOR

LEGENDA

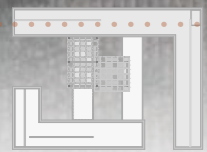
- 1. Dormitório
- 2. Farmácia
- 3. Rouparia
- 4. DML
- 5. Sala de serviço
- 6. Posto de enfermagem
- 7. Refeitório
- 8. Quarto plantonista
- 9. Apoio enfermagem
- 10. Sanitários funcionários
- 11. Sala de curativo
- 12. Acolhimento e espera
- 13. Terapia ocupacional
- 14. Sanitários coletivos
- 15. PNE
- 16. Academia





PLANTA DE COBERTURA

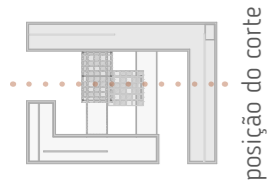




posição do corte

CORTE AA'
0 5 10 m

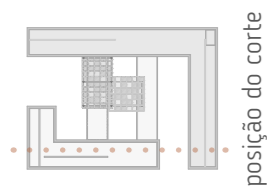




posição do corte



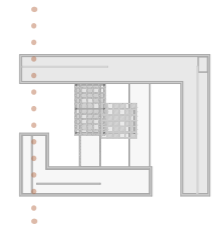
CORTE BB'



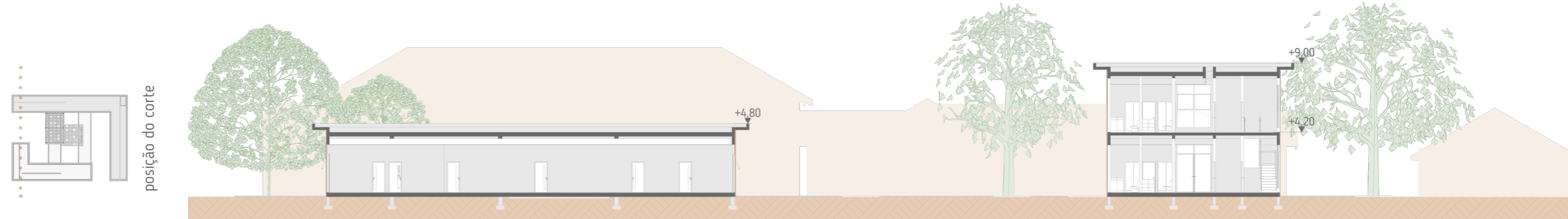
posição do corte



CORTE CC'

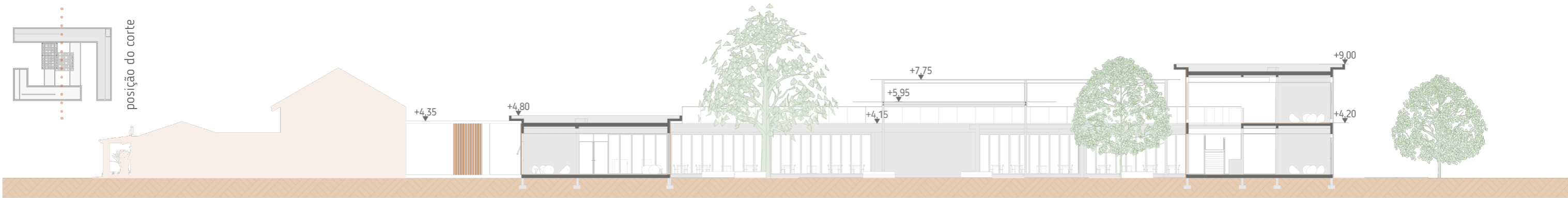


posição do corte



CORTE DD'





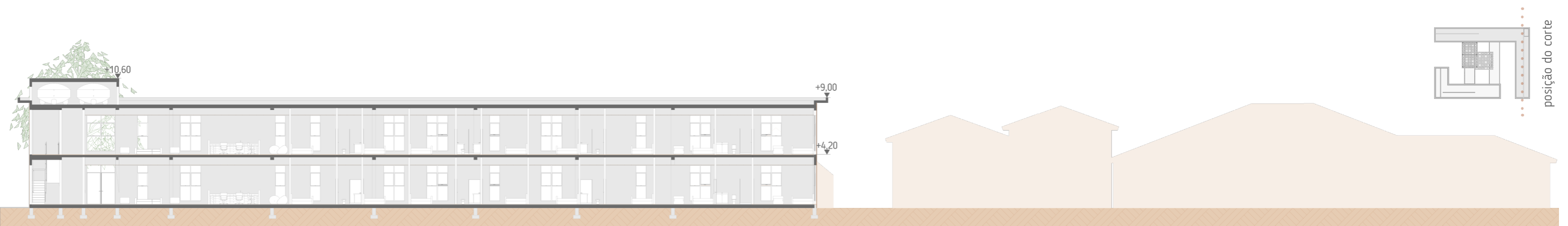
CORTE EE'

0 5 10 m



CORTE FF'

0 5 10 m



CORTE GG'

0 5 10 m

Printed version 0.7.100.100

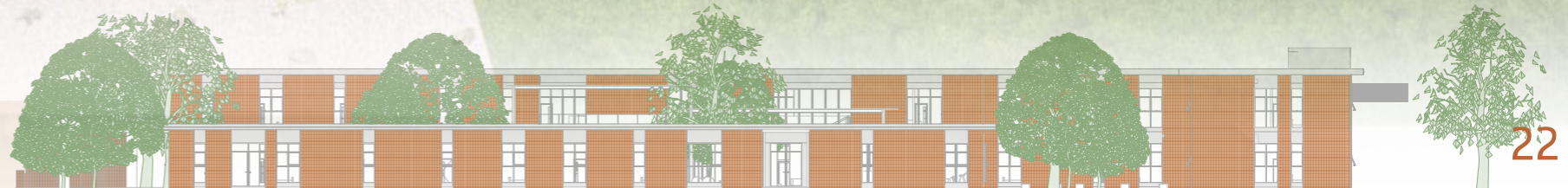


ELEVAÇÃO NORDESTE
esc 1:500





ELEVAÇÃO NOROESTE
esc 1:500







A materialidade empregada na proposta tem como objetivo diminuir o aspecto hospitalar da instituição, buscando fazer uso de materiais e texturas que são comumente usados em residências, para trazer aos internos uma maior sensação de conforto e pertencimento ao local. O uso de texturas de madeira tanto nos pisos como nos forros amplia a sensação de aconchego. Além disso, para o mobiliário foi pensado o uso de cores que promovem estímulo nos ambientes de atividades comuns e cores tranquilizantes para os ambientes de reclusão.

Os estudos mostram que a iluminação, por sua vez, é de extrema importância para o processo de cura. Sendo assim, buscou-se trazer a presença da luz natural em todos os ambientes possíveis. Em casos de corredores, optou-se pela criação de aberturas zenitais para que houvesse a presença da luz, além de diminuir a sensação de afunilamento que esses ambientes costumam gerar. A luz artificial também foi trabalhada para promover a sensação de conforto, a partir do uso de iluminação indireta, explorando a criação de atmosferas intimistas.















7 REFERÊNCIAS

- ALVES, S. M. (2011). Ambientes restauradores. In S. Cavalcante & G. A. Elali (Orgs.), Temas básicos em psicologia ambiental (pp. 44-52). Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- AMARANTES, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1995.
- BARROS, Ana Leticia Avelino Silva. Centro de saúde mental pelos princípios da biofilia: anteprojeto de um centro de saúde mental para a cidade de Natal/RN / Ana Leticia Avelino Silva Barros. - Natal, RN, 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Portaria/GM no 251, de 31 de janeiro de 2002.
- FELIPPE, M. L. (2015). Ambiente fisico e linguaggio ambientale nel processo di rigenerazione affettiva dallo stress in camere di degenza pediatrica (Tese de Doutorado, Università degli Studi di Ferrara).
- FELIPPE, M. L.; SILVEIRA, B. B. Ambientes Restauradores: conceitos e pesquisas em contextos de saúde. Florianópolis: UFSC, 2019.
- GOULART, F. M.; ONO, R. Aspectos Ambientais que influenciam o tratamento da saúde mental: Uma revisão de literatura. Gestão & Tecnologia de Projetos. São Carlos, v16, n4, 2021.
- Gressler, S. C., & Günther, I. A. (2013). Ambientes restauradores: Definição, histórico, abordagens e Pesquisas. Estudos de Psicologia, 18(3), 487-495.
- PESSOTI, Isaias. O século dos manicômios. São Paulo: Editora 34, 1996.
- SILVA, Leonora Cristina da. Diretrizes para a Arquitetura Hospitalar Pós-Reforma Psiquiátrica sob o olhar da Psicologia ambiental. Florianópolis, 2008. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto

APÊNDICE | PRÉ-DIMENSIONAMENTO

SETOR	UNIDADE ESPACIAL	OBSERVAÇÕES	ÁREA	QTDE	TOTAL
internação	quarto 2 leitos	minímo 6m ² por leito	15	35	525
	quarto 3 leitos	mínimo 6m ² por leito	30	20	600
	quarto BWC acessível	minímo 6m ² por leito	20	5	100
	quarto de isolamento	minímo 6m ² por leito	20	5	100
	refeitório	1,2m ² por paciente	50	5	250
	recreação	minímo 40m ² + 20m ² para cada 100 leitos	20	5	100
	posto de enfermagem	1 posto a cada 30 leitos	6	5	30
	sala de exames e curativos	-	9	3	27
apoio	sala de serviço	1 para cada posto de enfermagem	5,7	5	28,5
	sanitário funcionários	-	3	5	15
	quarto platonista	-	6	3	18
	DML	dimensão mínimo 1m	2	5	10
	rouparia	-	2,2	5	11

Área Total + 20% de Circulação: 1281m²