

AOS LOUCOS, A CIDADE
PROJETO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

AOS LOUCOS, A CIDADE

Projeto de Residência Terapêutica

RAPHAELLE TAVARES DE CARVALHO
ORIENTADOR: MAURO SANTOS
OUTUBRO/2021



É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade".

Nise da Silveira

RESUMO

As Residências Terapêuticas são uma alternativa de moradia para a desinstitucionalização de pacientes com transtornos mentais advindos de longas internações em instituições psiquiátricas. Estas Residências buscam superar a ideia do hospital psiquiátrico como principal espaço para a atenção e o morar terapêutico das pessoas em sofrimento mental. Neste modelo o espaço hospitalar como moradia dá lugar a um lar de fato.

A implantação das Residências Terapêuticas vai ao encontro das premissas de desinstitucionalização, promoção de autonomia, reinserção social e oferta de tratamento digno previstas na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta Reforma foi formalmente instituída em 2001 pela Lei Federal nº 10.216, que redirecionou o modelo assistencial da saúde mental após mais de 20 anos de reivindicações do Movimento da Luta Antimanicomial e após mais de 50 anos da notável empreitada da psiquiatra Nise da Silveira, que ofereceu a seus clientes assistência terapêutica com olhar humanizado em uma época que ainda se acreditava no isolamento, nos eletrochoques e nas camisas de força como tratamento adequado.

Este trabalho final de graduação explora a relação entre produção arquitetônica residencial e saúde mental. Como resultado almeja propor um projeto de Residência Terapêutica para um recorte específico da cidade do Rio de Janeiro, no bairro do Engenho de Dentro, a fim de suprir as necessidades básicas e existenciais do habitar de seus potenciais clientes, auxiliando assim no seu processo de desinstitucionalização.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Desinstitucionalização; Habitação; Humanização.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
11. APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	06
12. JUSTIFICATIVAS.....	08
13. OBJETIVOS.....	08
14. OBJETO.....	09
15. METODOLOGIA.....	09
2. FUNDAMENTAÇÃO.....	10
2.1. CONTEXTO HISTÓRICO.....	10
2.1.1. A LOUCURA AO LONGO DA HISTÓRIA MUNDIAL.....	10
2.1.2. A LOUCURA AO LONGO DA HISTÓRIA BRASILEIRA.....	14
2.2. REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	17
2.2.1. ESPAÇO PESSOAL E ESPAÇO EXISTENCIAL.....	17
2.2.2. CIDADES SAUDÁVEIS E HABITAÇÕES SAUDÁVEIS.....	18
2.2.3. HUMANIZAÇÃO.....	19
2.3. REFERÊNCIAS PROJETUAIS.....	20
3. ANÁLISES.....	22
3.1. RAPS NO TERRITÓRIO CARIOCA.....	22
3.2. ESTUDOS DE CASO.....	27
3.3. PERFIL DOS CLIENTES.....	32
3.4. RECORTES POTENCIAIS.....	34
4. PROPOSTA DE PROJETO.....	41
4.1. DEFINIÇÃO DO RECORTE E DO LOTE.....	41
4.2. CARACTERIZAÇÃO DO LOTE.....	48
4.3. DIRETRIZES PROJETUAIS.....	50
4.4. PROGRAMA DE NECESSIDADES E SETORIZAÇÃO.....	50
4.5. ESTUDOS INICIAIS.....	52
4.5. PROPOSTA.....	53
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO DO TEMA

Como trabalho final de graduação é abordada a relação entre saúde mental e produção arquitetônica residencial, tendo como foco as Residências Terapêuticas (RTs). Esta escolha se insere no contexto da Luta Antimanicomial, que impulsionou a Reforma Psiquiátrica em busca da humanização na atenção às pessoas com transtornos mentais.

O Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil foi encabeçado por trabalhadores da saúde mental na década de 80 e até hoje está articulado. Algumas conquistas foram o Projeto de Lei 3657/1989 que previa a extinção progressiva dos manicômios e em 2001 a instituição da Lei 10.216, a Lei da Reforma Psiquiátrica, também conhecida como Lei Antimanicomial. Estas leis versam sobre a proteção dos direitos das pessoas em sofrimento mental e redirecionam o modelo de assistência psiquiátrica brasileira rumo a desinstitucionalização e a humanização do tratamento. (SANTOS, 2018)

Nesse contexto de Reforma, constitui-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é composta por equipamentos e serviços diversos que visam a atenção e o atendimento plenos a saúde mental através do SUS. O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é um serviço que faz parte dessa estratégia de redirecionamento e é uma alternativa de moradia que permite a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos advindos de longas internações e que não tenham condições de ser reintegrados as suas famílias de origem por motivos diversos.

As Residências Terapêuticas são moradias implantadas no meio urbano em imóveis novos ou já existentes que comportam de 1 a 8 moradores e contam com suporte profissional de acordo com as necessidades individuais. Assim, substituem a internação prolongada e promovem a reinserção social na vida em comunidade. (BRASIL, 2004)

Essas moradias precisam atender às necessidades e anseios dos pacientes, que são pessoas institucionalizadas por muitos anos e com isso perdem a referência do lar como base, da autonomia, da privacidade, da individualidade e da vida em comunidade. As longas internações se devem não somente a gravidade das suas condições psicológicas mas também por muitos não terem suporte familiar e nem mesmo condições financeiras adequadas. Após anos de internação essas pessoas carecem de espaços para chamarem de seus, que atendam não só as suas necessidades mais básicas mas também as suas necessidades existenciais, que também expressem suas identidades, que permitam novas experiências, que sejam espaços da vida em movimento, de tratamento e de cura. Espaços a que elas pertençam de fato e que propiciem a recuperação de sua autonomia em condições de vida dignas. (FONTES, 2004)

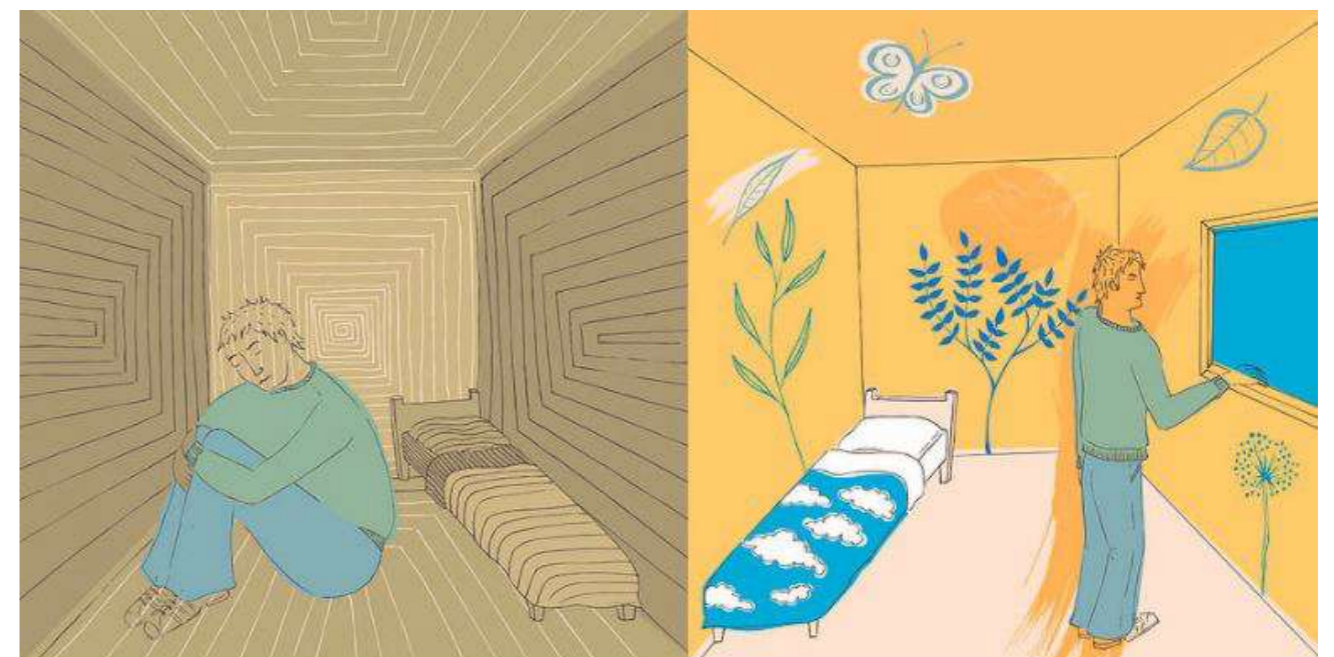
A oferta de vagas em Residências Terapêuticas impacta na diminuição do número de leitos para internação nos Hospitais Psiquiátricos, contribuindo no processo de desinstitucionalização e humanização da assistência. Ainda assim, mesmo que sua implantação seja incentivada desde o início dos anos 2000 com programas como o “De Volta para Casa”, existem poucas residências projetadas especificamente para este fim, sendo a maioria estabelecida em imóveis já existentes. (RODRIGUES, 2019, COSTEIRA, 2019)

No Rio de Janeiro metade dessas residências se concentram na região da antiga Colônia Juliano Moreira na Zona Oeste, lugar ainda muito estigmatizado por conta de seu passado como local de isolamento de loucos e pessoas com desvios sociais que eram indesejadas na vida em sociedade (alcoólatras, por exemplo). (RODRIGUES, 2019)

Assim, para um novo panorama no estabelecimento das RTs o pensamento arquitetônico deve acompanhar seu desenvolvimento desde a escolha do local até sua adequação às necessidades dos moradores

designados a estas Residências. A escolha consciente da localização das residências é fundamental já que a integração à malha urbana e à comunidade é uma de suas diretrizes. Já no desenvolver do projeto, o entendimento de que os transtornos mentais podem ser de natureza diversa e a busca de pontos em comum entre essas condições também é importante para atender as necessidades dos clientes e traduzi-las em soluções arquitetônicas.

Contudo, há um grande impasse no processo de reintegração social que é o que Santos (2018) chama de “intrusão da loucura no território da normalidade”. A reinserção desses clientes na sociedade não passa despercebida pela comunidade em convívio direto com eles e muitas vezes gera conflitos, sendo então contestada e repulsada conforme observado em seus estudos de caso de RTs inseridas no meio urbano. Estes conflitos estão relacionados a situações reais em que os clientes agem em discordância das regras socialmente estabelecidas, como episódios de nudez pública e gritos em horários inadequados. Mas também se relacionam ao estigma social, em que a aparência ou apenas a presença dos loucos incomoda. (SANTOS, 2018)



Fonte: Trina Dalziel via Getty Images.

1.2. JUSTIFICATIVAS

A escolha do tema é motivada pela relevância social das Residências Terapêuticas, que se propõem a reintegrar as pessoas em sofrimento mental à cidade e a sociedade, oferecendo suporte terapêutico adequado através da articulação da residência à Rede de Atenção Psicossocial da comunidade em que está inserida.

Ainda no que diz respeito a relevância social do tema, em nossa sociedade aqueles que sofrem de transtornos psiquiátricos até os dias atuais são pessoas mal vistas e estigmatizadas. Existe um senso comum que considera que os “malucos” ou “loucos” são pessoas que não têm condições de viver em sociedade. Com a gradual reinserção social dessas pessoas - em condições adequadas de moradia e suporte psiquiátrico - é possível diminuir a segregação existente e ultrapassar a ideia de que não podemos conviver todos em comunidade apesar das diferenças e individualidades. (RODRIGUES, 2019)



Fonte: Estudio Anemona. Disponível em: goo.gl/LcZDr4

Quanto à relevância para os clientes, as Residências Terapêuticas são uma alternativa que oferece aos pacientes em processo de desinstitucionalização uma moradia que se afaste da ideia de instituição e se aproxime de um caráter mais residencial. O morar terapêutico para esses pacientes ganha assim um novo sentido, mais próximo do conceito de moradia que é familiar a maioria de nós e daquele estabelecido pela Declaração Universal de Direitos Humanos quando trata do direito à moradia e que prevê que todo ser humano tem direito a um lar seguro, digno e que promova a saúde física e mental. É importante considerar que o processo terapêutico desses pacientes é diretamente influenciado pelos espaços que eles vivenciam e as RTs podem auxiliar ou atrapalhar nesse processo, que é contínuo.

Por último, a saúde mental é um tema ainda pouco explorado nos trabalhos finais de arquitetura, contando com um acervo que consiste em sua maioria de projetos para os CAPS, que são os Centros de Atenção Psicossocial, um dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. Apesar de existirem teses e dissertações de mestrado e doutorado sobre o SRT, não há projeto final de graduação na FAU-UFRJ que trate deste tema. A possibilidade de trazer para discussão uma questão pouco debatida na graduação e explorá-la sob o ponto de vista arquitetônico também baseia essa escolha, dada sua relevância teórico-acadêmica e em termos de continuidade de pesquisa na UFRJ.

1.3. OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho é desenvolver uma proposta de projeto arquitetônico para Residência Terapêutica de forma que o projeto se adeque ao contexto existente e que possa contribuir na qualidade do morar terapêutico de pacientes egressos de longas internações psiquiátricas que estejam no processo de reinserção social, a fim de atender suas necessidades e anseios.

Tem-se como objetivos mais específicos:

- Trazer para discussão a Reforma Psiquiátrica sob o ponto de vista das possíveis contribuições arquitetônicas no que diz respeito a humanização da assistência na saúde mental e a desinstitucionalização;
- Desenvolver uma proposta de projeto que possibilite a integração dos clientes a comunidade e ao convívio social, que contemple acessibilidade e a possibilidade de usos e apropriações diversos, e que ofereça privacidade e o estímulo a autonomia dos clientes;
- Trabalhar o espaço arquitetônico com enfoque fenomenológico, com base nas necessidades existenciais que o habitar envolve, levando em consideração os conceitos de espaço existencial e do ser-no-mundo.
- Desenvolver um projeto com base nas premissas da arquitetura bioclimática, considerando também os conceitos de habitação e cidade saudáveis.
- Projetar Residência Terapêutica com características e soluções arquitetônicas compatíveis com o contexto específico em questão mas que conceitualmente possam atender a concepção de RTs em outros contextos.

14. OBJETO

O estudo consiste em projeto prático, sendo ele uma proposta de projeto arquitetônico para uma nova edificação em recorte específico do Rio de Janeiro onde será implantada a Residência Terapêutica, propondo soluções arquitetônicas que visem atender as necessidades básicas, as necessidades existenciais e os anseios dos clientes, bem como a adequação a esse contexto.

A implantação de uma nova edificação é justificada pela inexistência de projetos arquitetônicos bem sucedidos para RTs. Não existe nenhum manual ou guia arquitetônico para projetar esse dispositivo, então parte-se da premissa que a Residência Terapêutica, apesar de estar diretamente relacionada com a área da saúde mental, é uma habitação e não um hospital ou instituição.

As experiências dos clientes e da equipe de profissionais que os acompanham no espaço arquitetônico das RTs conhecidas através de bibliografia são o ponto de partida para pensar esse objeto.

15. METODOLOGIA

Para o processo de construção da proposta arquitetônica foram utilizadas as seguintes abordagens metodológicas:

QUANTITATIVA:

- PESQUISA DOCUMENTAL: Análise de dados e estatísticas sobre a saúde mental no território carioca e sobre seus clientes potenciais.

QUALITATIVA:

- PESQUISA BIBLIOGRÁFICA: Baseada em autores que discorrem sobre saúde mental em geral e sobre as residências terapêuticas para o entendimento do estado-da-arte, do contexto histórico e familiarização com os conceitos pertinentes.

- ESTUDOS DE CASO: Revisão bibliográfica de estudos existentes para aproximação da realidade das Residências e seus clientes.

- REFERÊNCIAS PROJETUAIS: Análise de projetos no campo arquitetônico.

- ANÁLISE DE RECORTES POTENCIAIS: Escolha do lote para projeto a partir da análise de recortes da cidade do Rio de Janeiro que mais atendam às necessidades de uma RT e escolha daquele com maior potencial.

- PESQUISA DE CAMPO: Visita e levantamento do recorte escolhido e do lote de projeto.

2. FUNDAMENTAÇÃO

2.1. CONTEXTO HISTÓRICO

2.1.1. A LOUCURA AO LONGO DA HISTÓRIA MUNDIAL

Ao longo da História a loucura ocupou diversos espaços e lugares sociais, sempre refletindo o contexto e o pensamento de cada época. Na maior parte do tempo, os loucos recebiam assistência de caráter religioso ou filantrópico. Somente com o nascimento da Psiquiatria no século XVIII que a loucura atingiu o status de doença e passou a ser estudada com o intuito de consolidar um saber que levasse ao seu tratamento. Nesse momento nascem os primeiros conceitos e formas de tratamento da loucura, bem como os primeiros espaços pensados especificamente com essa finalidade. (FONTES, 2004; AMARANTE, 2011)

ANTIGUIDADE (2000 a.C – 476 d.C)

Neste período, as práticas medicinais eram associadas às práticas religiosas. Não havia um espaço específico para a assistência à saúde, que era realizada em templos pelos próprios sacerdotes. (FONTES, 2004)



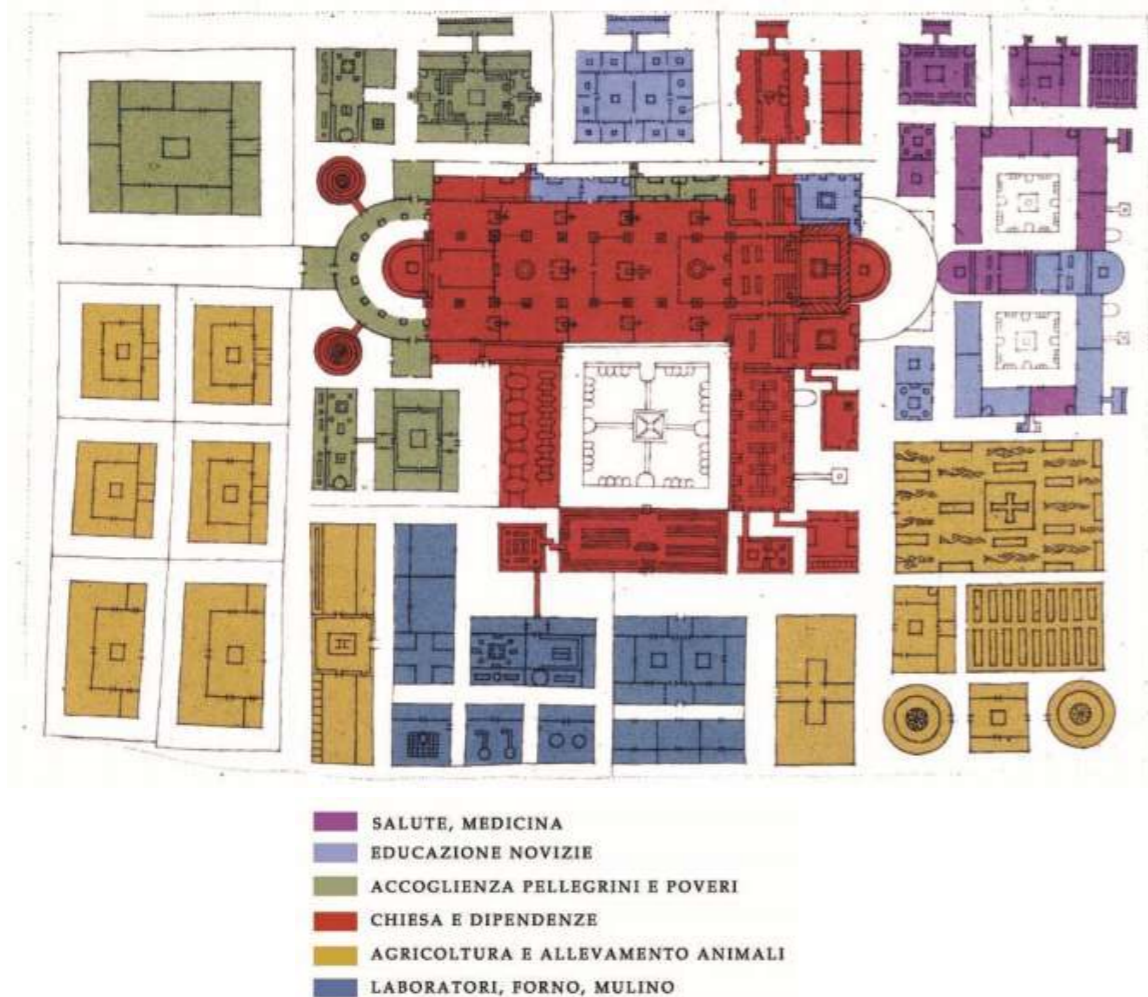
Planta esquemática de arquitetura templária. Fonte: Miquelin, 1992.

Existia uma visão mística e positiva acerca da loucura. Para os gregos, por exemplo, a loucura era considerada divina e por isso o louco era visto como um indivíduo superior e com dons sobrenaturais. (FONTES, 2004)

IDADE MÉDIA (500 a 1500 d.C)

Já na Idade Média, acreditava-se que as doenças de uma maneira geral eram punições por pecados ou até mesmo manifestações demoníacas. A assistência à saúde continuou sendo prestada por religiosos e o pensamento filosófico vigente relacionava fé e razão. (FONTES, 2004)

No século VIII, buscando atender o crescente número de peregrinos nas rotas religiosas e comerciais, passou a ser obrigatória a construção de um hospital junto de cada catedral. Os denominados Domus Dei abrigavam não só esses peregrinos, mas também idosos, doentes, loucos e desabrigados. Configurava-se assim um espaço especificamente voltado para a hospitalidade e a assistência à saúde, mas ainda sob domínio religioso. Quanto a arquitetura, era adotada a morfologia em nave e a absorção dos conceitos de separação entre funções (alojamento x logística) e a divisão dos pacientes por sexo e patologia. (FONTES, 2004)



Planta da Abadia de Saint Gallen (820). Fonte: Revista Territórios e Fronteiras, 2014.

Os loucos que não perturbassem a ordem pública tinham liberdade para circular. Caso contrário, eram recolhidos aos hospitais ou banidos da cidade, o que implicava em uma vida errante para alguns deles. Foucault (1972) descreve como a “Nau dos Loucos” os barcos repletos de loucos que foram banidos e que os levavam de uma cidade a outra. (FONTES, 2004)

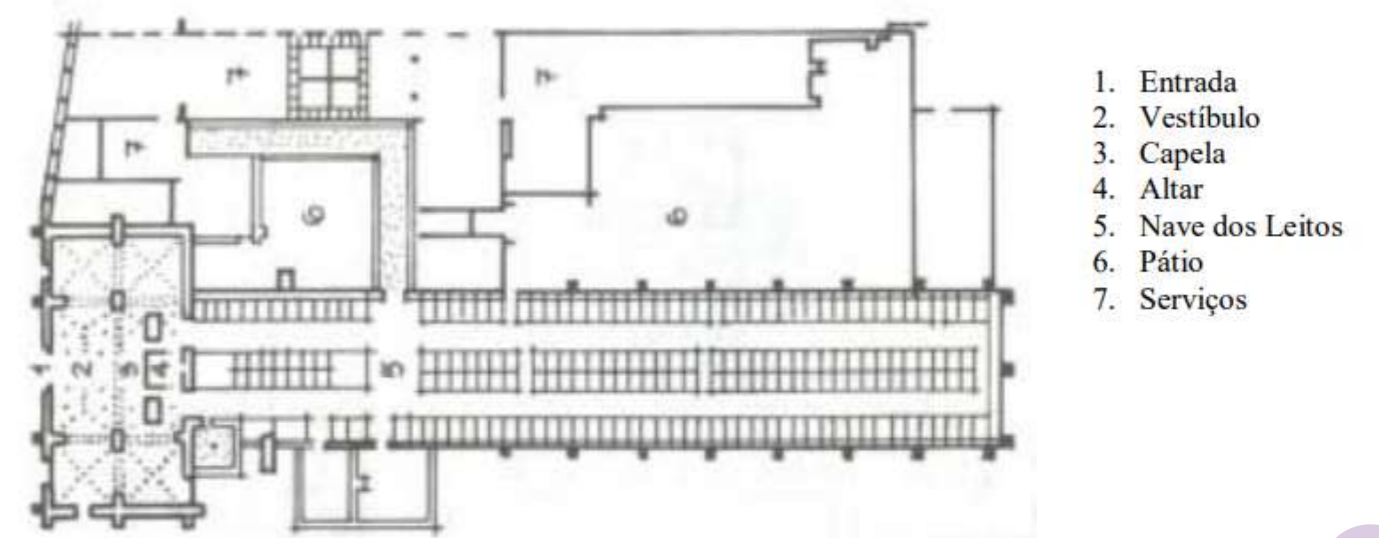
Nesse período, a epidemia de lepra foi uma importante questão de saúde pública e para enfrentá-la foram construídos hospitais por toda a Europa, os leprosários. Pela primeira vez experimentou-se em ampla escala o conceito de isolamento social para lidar com uma doença. (FONTES, 2004)

IDADE MODERNA

• Renascimento

Na transição para a Idade Moderna, o Renascimento foi um movimento fértil no campo das artes, da literatura e da ciência. Naquele momento, a visão da loucura era de certa forma positiva e existia um grande interesse no tema, que era frequente nas artes e na literatura sendo abordado em oposição à razão. (FONTES, 2004)

Na arquitetura, as construções hospitalares tem um aumento em sua complexidade, se apresentando em planta cruciforme e com claustros. Os claustros eram empregados como elementos organizadores de outros espaços. (MIQUELIN, 1992)



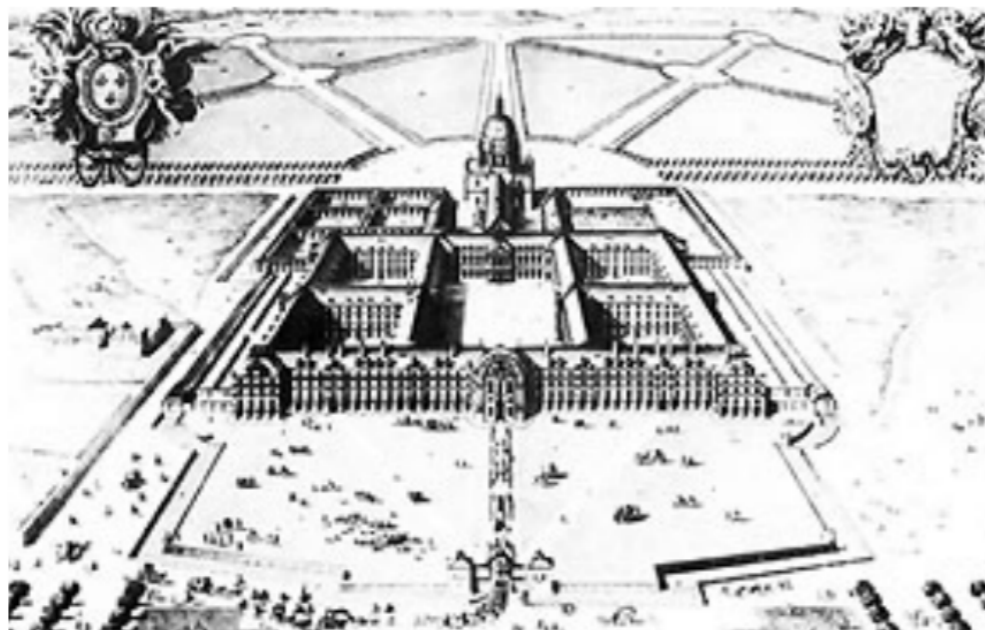
Planta do Hospital do Santo Espírito de Lubeck (1286). Fonte: Miquelin, 1992.

No campo econômico e político, surge o Estado Moderno e a sociedade passa a ser conduzida sob a lógica mercantilista, demandando certa produtividade dos indivíduos. Com a disponibilidade das estruturas dos leprosários - que se tornaram ociosas com o fim da lepra ainda na Idade Média - teve início um tímido processo de internação daqueles que fossem considerados improdutivos, dentre eles os loucos. (FONTES, 2004)

- Absolutismo

Com a ascensão das monarquias absolutistas a Igreja perdeu poder político sobre a saúde pública. Há uma valorização cada vez maior da razão e da ciência, então a loucura passa a se desassociar da concepção sobrenatural da Idade Média e a ser vista sob uma concepção naturalista. Nesse momento começa o controle da loucura, já que ela se torna medida da razão.

Foram criadas novas instituições assistenciais e hospitalares, todas de controle do Estado. Dentre elas, os primeiros Hospitais Gerais que surgem na França com característica asilar para assistir aos pobres, idosos e incapazes. Nessas estruturas e nos antigos leprosários, passam a ser internados de forma espontânea ou compulsória qualquer indivíduo considerado louco ou que estivesse à margem da sociedade. Essa prática absolutista ficou conhecida como “A Grande Internação”. (FONTES, 2004)



Hospital dos Inválidos, 1670. Fonte: Fontes, 2004.

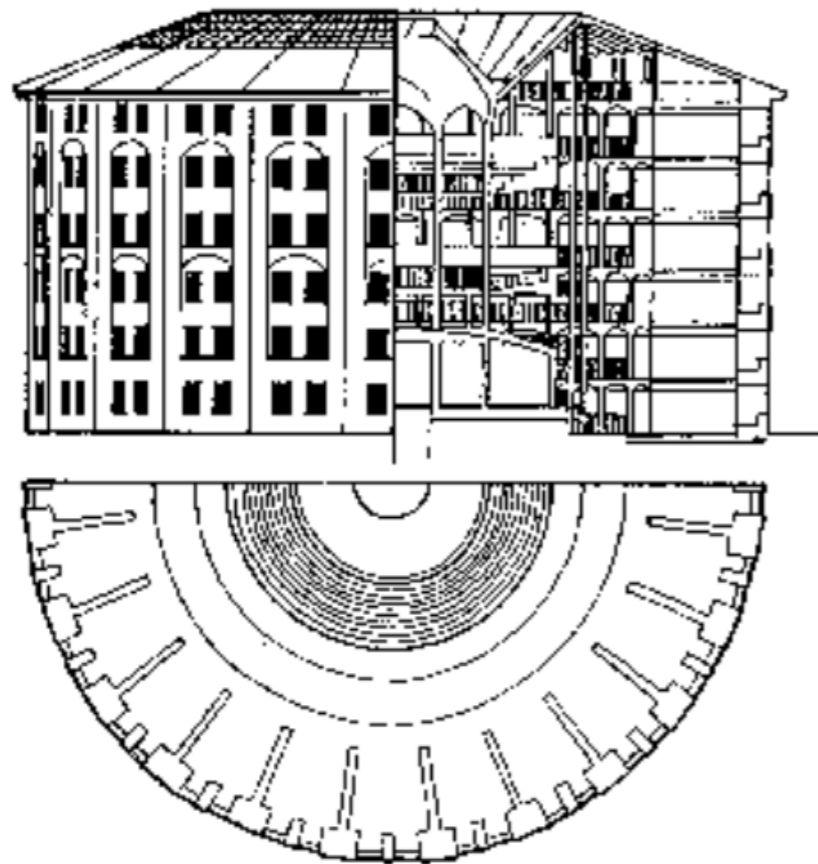
Com isso, os hospitais deixam de ter função de caridade e passam a ter a função de controle social. A prática da internação era realizada de forma generalizada, contribuindo para definir um novo lugar social para o louco. (AMARANTE, 2011)

- Iluminismo

Nesse momento se consolida uma nova perspectiva, em que o homem e o mundo ao seu redor são o foco do pensamento e não mais Deus. Todas as áreas de conhecimento sofrem grandes transformações e o progresso da humanidade se pauta agora na inteligência, na ciência e na razão. (FONTES, 2004)

A chegada da Era Industrial é marcada pela urbanização e industrialização e coloca o indivíduo como força de trabalho vital para o sistema, o que pôs em voga os conceitos de eficiência, ordem e disciplina. A prática do controle social e a ciência da polícia médica foram responsáveis por combater os males decorrentes da urbanização. O louco, que era visto como um indivíduo improdutivo, continuaria sendo recolhido. (FONTES, 2004)

Nesse contexto, Jeremy Bentham cria um dispositivo arquitetônico conhecido como Panóptico que passou a ser muito utilizado em projetos institucionais de quartéis, hospitais, prisões e até mesmo nas escolas ao passo que personificava os princípios do controle e da vigilância. A tipologia é composta por uma construção de formato circular na periferia e com uma torre no seu núcleo, de onde se pode observar tudo e todos que estão nas periferias. (FONTES, 2004)



Panóptico de Bentham. Fonte: Fontes, 2004.

IDADE CONTEMPORÂNEA

- Revolução Francesa

Na transição para a Idade Contemporânea, Philippe Pinel, figura importante na Revolução Francesa, foi o responsável pelos primeiros passos da ciência que hoje conhecemos como psiquiatria, que nasceu ao final do séc. XVIII acompanhando o processo de medicalização dos hospitais. A loucura passa a ser considerada uma doença mental e é apropriada pelo discurso médico. Surgem então os primeiros conceitos e tratamentos sobre os chamados “transtornos mentais” e é estabelecida uma relação de tutela com o louco, já que a alienação mental estava relacionada a perda da razão e a periculosidade. Este foi o primeiro momento em que a cura se torna propósito na assistência à loucura. (AMARANTE, 2011; FONTES, 2004)

O processo de medicalização é característico pela mudança na função do hospital, que deixa de lado o controle social e passa a ter o intuito de tratar os doentes. Também, os médicos passam de presença pontual para um papel fundamental no cotidiano do hospital, atuando para humanizá-los e adequá-los aos novos ideais que trouxe a Revolução. (AMARANTE, 2011)

Pinel atuou na medicalização dos hospitais gerais e propôs certa liberdade aos loucos, que consistia em liberá-los das correntes e um trato mais humano, mas ainda sob regime asilar. O tratamento moral proposto por Pinel tinha como conceito o isolamento do mundo exterior para que o alienado fosse observado e recebesse seu tratamento sem interferências e também a disciplina. Além de atuar nos Hospitais Gerais, Pinel depois fundou os primeiros hospitais psiquiátricos. Esse modelo psiquiátrico perdurou por bastante tempo até os movimentos de reforma psiquiátrica no século XX. (AMARANTE, 2011)

- Início do século XX

Ao longo do século XX surgiram as primeiras críticas ao modelo psiquiátrico então adotado por conta da superlotação dos hospícios, a dificuldade de entender os limites entre loucura e sanidade, além de questionamentos sobre a adequação das formas de tratamento. (AMARANTE, 2011)

- Pós-Guerras Mundiais

Mesmo com as críticas ao modelo psiquiátrico tradicional, apenas após a 2ª Guerra Mundial ganha força um movimento de Reforma Psiquiátrica. Isto porque com a experiência da guerra a violência e falta de humanidade do modelo manicomial se evidencia e é comparada aos campos de concentração com suas práticas de isolamento, prisão, lobotomia e eletrochoque. (FONTES, 2004)

Uma das vertentes reformistas foi a da Antipsiquiatria, com as propostas de Franco Basaglia para a psiquiatria democrática italiana. O conceito de desinstitucionalização foi introduzido com o objetivo de desconstruir a realidade existente e a criação de novas realidades. Nesse momento é proposta uma ruptura com a instituição hospitalar como principal espaço de tratamento e o olhar passa da doença para o indivíduo. (FONTES, 2004)

Duas experiências de Reforma Psiquiátrica foram conduzidas por Basaglia na Itália em busca da desinstitucionalização. A primeira delas foi em Gorizia, onde foi adotado um modelo de comunidade terapêutica baseado na humanização do tratamento e a despsiquiatrização. A vida em comunidade e a participação de todos na busca por resultados no tratamento individual fizeram parte do processo. Após essa experiência, foi iniciada outra em Trieste que foi responsável pela desmontagem do aparato manicomial com a criação de centros de saúde pelo território da cidade, dos “grupos apartamento” para moradia e também de cooperativas de trabalho. A segunda experiência foi muito bem-sucedida, e ambas influenciaram fortemente a Reforma Psiquiátrica Brasileira. (AMARANTE, 2011; FONTES, 2004)

2.1.2. A LOUCURA AO LONGO DA HISTÓRIA BRASILEIRA ATÉ O SÉC. XIX – BRASIL COLONIAL

No Brasil colonial, a assistência à saúde tinha caráter religioso e filantrópico, sendo prestada nas Santas Casas. Elas atendiam aos mais pobres no intuito de prepará-los religiosamente para uma morte tranquila, e não para sua cura e tratamento. Depois passariam a atender também viajantes, soldados e marinheiros. (FONTES, 2004)

Devido às epidemias no final do século XVII foram realizadas as primeiras intervenções do poder público nas questões de saúde. No Rio de Janeiro, a epidemia de lepra levou à criação de um plano de combate baseado no isolamento e na exclusão, que consistia no afastamento dos doentes da cidade e a criação de lazaretos para abrigá-los. O recolhimento dos doentes era uma política de saúde pública e poderia ser determinado pelos médicos a fim de proteger a cidade. (FONTES, 2004)

Quanto aos loucos, até o século XIX a sociedade brasileira era principalmente rural e até por isso eles desfrutavam de liberdade para viver e circular. A não ser aqueles que oferecessem perigo ou cometessem crimes, que eram recolhidos às cadeias. (FONTES, 2004)

1808 – A CHEGADA DA CORTE

Com a chegada da corte em 1808 foi instituída a polícia médica, com a finalidade de continuar a recolher os doentes. No Brasil, diferentemente da Europa, não foi a industrialização e a organização produtivista da sociedade que mudou a situação de liberdade dos loucos, afinal, esse processo aqui ocorreu tardiamente. Foi o esgotamento do sistema escravocrata, já que restavam poucas opções de trabalho para aqueles que não fossem escravos ou senhores de terra. Assim, um grande contingente de desocupados passa a ocupar as ruas da cidade. Com a pressão da sociedade, a polícia médica passa a recolher os desocupados, loucos e qualquer marginalizado aos precários hospitais, com a justificativa de que perturbavam a ordem social. (FONTES, 2004)

1830 – AOS LOUCOS, O HOSPÍCIO

Os loucos começaram a ser considerados perigosos e para contribuir na política do seu recolhimento e isolamento, a Sociedade de Medicina e Cirurgia carioca passa a divulgar em 1830 a palavra de ordem “Aos Loucos, o Hospício”. (FONTES, 2004)

1852 – INAUGURAÇÃO DO HOSPÍCIO PEDRO II

Em 1852 é inaugurado o Hospício Pedro II na Praia Vermelha, que teve sua criação determinada por Dom Pedro II. A criação do primeiro hospício marca o nascimento da Psiquiatria brasileira, sendo ele o primeiro espaço totalmente projetado e destinado aos doentes mentais. (FONTES, 2004)

Com arquitetura inspirada nos hospícios europeus e nos conceitos de isolamento e vigilância sustentados por Pinel, os pacientes eram organizados por suas classes sociais e comportamentos, o que aos poucos contribuiu para a perda do caráter filantrópico da instituição. Até o final do século XIX outras críticas surgiram, a principal sobre a arquitetura que valorizou a questão estética em detrimento das questões terapêuticas, tornando limitado o processo de tratamento. A superlotação, a falta de médicos e a mistura de

internos com doenças e idades distintos também foi frequente alvo de críticas. (FONTES, 2004)

1890 – HOSPÍCIO NACIONAL DE ALIENADOS

Em 1890 o Hospício foi desvinculado da Santa Casa, passando para administração médica e se tornando Hospício Nacional de Alienados. Além de sua estatização também foi criada a Assistência Médico-Legal a Alienados e as Colônias de Alienados da Ilha do Governador.

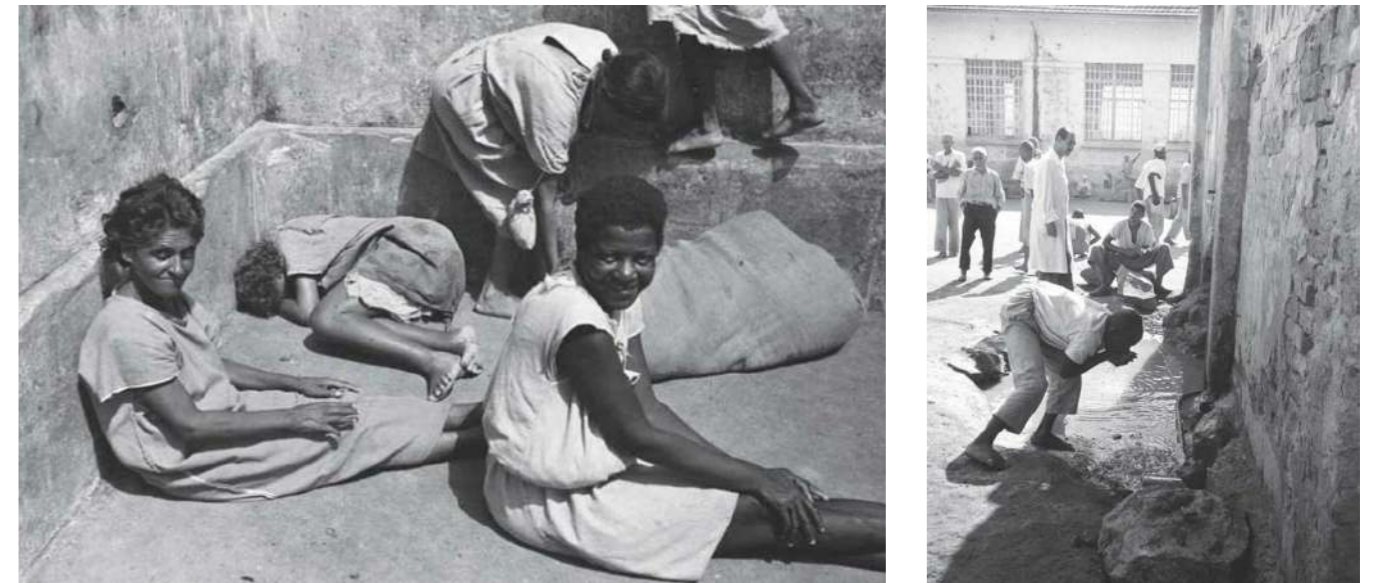
As Colônias eram afastadas do centro e nelas eram desenvolvidas práticas agrícolas, sendo uma delas feminina e a outra masculina. Algum tempo depois elas foram desativadas e os pacientes transferidos. A colônia feminina originou a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro e masculina originou a Colônia Juliano Moreira. (FONTES, 2004)

1903 – HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA

Em 1903 teve início o funcionamento do Hospital Colônia de Barbacena, atual Centro Hospitalar de Barbacena. A instituição mineira recebeu milhares de pessoas de todo país ao longo dos anos, ultrapassando sua capacidade interna e dispendendo na maior parte de sua história tratamento desumano aos seus internos. A maioria deles sequer tinham diagnóstico de doença mental, bastando um atestado médico para indicar a internação de qualquer pessoa. (ARBEX, 2003)

Dentre essas pessoas estavam alcóolatas, mendigos, homossexuais, prostitutas, mães solteiras ou qualquer pessoa indesejada. Segundo Arbex, essa foi considerada a maior tragédia da loucura no país. (ARBEX, 2003)

Em 2013, com 12 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica, a instituição já havia desativado diversos prédios e vivia um processo enxugamento de sua estrutura, contando com menos de 200 pacientes.



As condições dos pacientes no Hospital Colônia. Fonte: Arbex, 2003.

1930 – NOVAS TÉCNICAS

Na década de 1930 foram introduzidas novas técnicas terapêuticas no tratamento à loucura: o choque insulínico, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia.

1940 – NISE DA SILVEIRA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve seus primeiros ecos com a atuação precursora da psiquiatra Nise da Silveira na década de 40 contra os métodos de psiquiatria vigentes, tais quais o eletrochoque e a lobotomia. Nise acreditava no tratamento terapêutico através da humanização das relações e da expressão artística dos seus pacientes, por ela chamados de clientes. Foi uma figura singular, que revolucionou a psiquiatria brasileira com sua atuação no Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro e lutou contra as violências psiquiátricas normalizadas como tratamento terapêutico. (FONTES, 2004)

1950/1960 – MEDICALIZAÇÃO E INDÚSTRIA DA LOUCURA

Já nas décadas de 1950 e 1960 a doença mental passa a ser vista como objeto de lucro: são feitos os primeiros neurolépticos e os serviços psiquiátricos passam a ser privatizadas. Nasce a indústria da loucura, que cresceu junto do processo de medicalização e hospitalização. (FONTES, 2004)

1970 ATÉ HOJE – A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Somente na década de 1970 a Reforma foi de fato adiante, impulsionada pelas experiências de reforma em outros países, mas principalmente pela atuação italiana de Franco Basaglia. A partir disso e das inquietações causadas pela realidade manicomial brasileira surgiram movimentos reformistas. (FONTES, 2004)

O contexto brasileiro era de construção do estado democrático, com a transição democrática e a luta contra a ditadura militar, que em muito se relacionava com a luta pelos direitos humanos para as vítimas de violência, a psiquiátrica inclusive. A luta pelos direitos humanos e contra a indústria da loucura era pauta dos movimentos de reforma. (FONTES, 2004; AMARANTE e NUNES, 2018)

O primeiro sujeito coletivo que se articulou foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que surge em 1978 com a organização de profissionais da saúde insatisfeitos com o cenário precário, de negligência e violência. (AMARANTE E NUNES, 2018)

Em meados dos anos 1980 surge o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que diferente do MTSM era composto não só por profissionais de saúde, mas também por loucos, familiares e ativistas. Além disso, sua denominação torna específica a luta contra o modelo manicomial dentro das diversas pautas Reforma Psiquiátrica. (AMARANTE E NUNES, 2018)

O início da Reforma Psiquiátrica é marcado pela I Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorre em 1987, tendo como antecedentes diretos esses movimentos em busca de mudanças na assistência à saúde mental. Neste momento foi criado o Dia da Luta Antimanicomial, no 18 de Maio, para despertar o debate e o pensamento crítico sobre a violência psiquiátrica, a exclusão social dos doentes mentais e outros pontos da luta antimanicomial. (FAGUNDES JÚNIOR et al, 2016; AMARANTE E NUNES, 2018)

Também na década de 1980, a Previdência Social entra em crise financeira, o que demanda medidas de racionalização e reformulação. Surgem propostas não só no âmbito financeiro, mas também no da saúde. Em 1988 o SUS, Sistema Único de Saúde, é incluído na Constituição como o Artigo 196 e é melhor delineado com a Lei 8.080/1990. (AMARANTE e NUNES, 2018)

Em 1990, na Conferência de Caracas, foi produzida uma Declaração que recomendava a reestruturação da assistência psiquiátrica no sentido de descentralizar o hospital psiquiátrico e adotar modelos alternativos, e proteger os direitos humanos dos pacientes. Baseado nessas recomendações a Reforma Brasileira atingiu nível Legislativo com a tramitação do projeto de lei do deputado federal Paulo Delgado.

Ainda na década de 1990, foram estabelecidas leis estaduais que direcionavam a assistência à saúde mental para um novo modelo que substituía o modelo manicomial pela criação de outros dispositivos como os centros-dia, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a notificação de internações involuntárias e a definição dos direitos das pessoas em sofrimento mental. (FONTES, 2004)

A nova perspectiva era de criação de serviços em saúde mental, de uma rede com práticas inovadoras que pudesse auxiliar no processo de desinstitucionalização e de atendimento. Assim, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) brasileiro em São Paulo e em 1996 foi implantando o primeiro CAPS carioca. Foram então surgindo outras iniciativas, alternativas ao modelo hospitalar ou mesmo intermediárias a ele. (AMARANTE e NUNES, 2018, FAGUNDES JÚNIOR et al, 2016)

O projeto de lei de Paulo Delgado foi aprovado apenas em 2001 como a Lei 10.216, que passou a ser conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. A lei delibera sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental de acordo com as seguintes premissas: “assegurar os direitos destas pessoas, sem qualquer tipo de discriminação; garantir o esclarecimento a seus familiares ou responsáveis, acerca das suas condições; responsabilizar o Estado pelo desenvolvimento de política de assistência à saúde mental; limitar a internação somente aos casos em que foram esgotados todos os recursos extra hospitalares; promover a reabilitação social planejada dos doentes internados há longo tempo; impedir internações involuntárias arbitrárias”. (BRASIL, 2001; FONTES, 2004)

Através da Portaria 106/2000 e da Portaria 1.220/2000 foi constituído o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que teve a construção de sua rede impulsionada com o Programa de Volta para Casa (Lei 10.708 de 31/07/2003). (AMARANTE E NUNES, 2018)

Ao analisar alguns dados verificamos o impacto positivo da Reforma Psiquiátrica na assistência à saúde mental. Em 1979 cerca de 96% dos recursos destinados a essa assistência eram gastos com os leitos psiquiátricos de internação, quase 80 mil leitos nessa época. A Reforma levou a uma diminuição expressiva de leitos, o que reflete o processo de desinstitucionalização e a descentralização do atendimento hospitalar em prol de outros dispositivos. Em 2014 esse número de leitos passou para cerca de 26 mil, enquanto isso o número de SRT's chegou a 700 no Brasil e o de CAPS a mais de 2 mil. (AMARANTE E NUNES, 2018)

2.2. REFERENCIAIS TEÓRICOS

Neste subcapítulo serão trazidos alguns conceitos do campo filosófico e teórico da arquitetura para dar luz a relação entre sujeito e espaço arquitetônico/cidade que se busca nesse estudo.

2.2.1 ESPAÇO PESSOAL E ESPAÇO EXISTENCIAL

O conceito de espaço pessoal proposto por Sommer (1969) diz respeito a uma área com limites invisíveis e indefinidos que circundam o corpo das pessoas, uma espécie de território portátil que se expande ou se retrai de acordo com o ambiente e as pessoas que nele estão. Em um primeiro uso, esse espaço pessoal é entendido como uma “zona nervosa”, carregada de emoções em torno da pessoa e por isso regulador da distância entre ela e outros indivíduos. Além disso, em um segundo uso, esse espaço pessoal também diz respeito a maneira com que demarcamos e personalizamos os espaços que habitamos.

Em situações que sentimos que temos nossos espaços pessoais invadidos apresentamos comportamentos de insatisfação como afastamento, desvio de olhar, batucar em alguma superfície, etc. Algumas dessas situações podem até mesmo causar reações mais intensas fisicamente ou verbalmente, que podem criar conflitos entre indivíduos. (SOMMER 1973)

O conceito de espaço pessoal se relaciona ao ato de habitar, que para Pallasmaa é o modo básico de alguém se relacionar com o mundo. É ao mesmo tempo um intercâmbio e uma extensão. O habitante se acomoda no espaço e o espaço se acomoda em sua consciência. Assim, fisicamente e mentalmente esse lugar se converte em uma exteriorização e uma extensão de seu ser.

Nessa mesma linha de raciocínio, Schulz (2006) define que o conceito de espaço existencial é psicológico e se relaciona com os esquemas que o

homem cria com seu entorno, suas percepções, os simbolismos. Para o autor, essas relações entre o homem e o meio em que se insere que definem o espaço existencial.

Mais além, Aris e Ruiz (2015) consideram que a arquitetura tem seu significado existencial baseado em um conceito de lugar que não trata só da arquitetura como espaço interior e nem só como uma preexistência ambiental, mas sim como a relação entre ambos. É essa relação que traz expressividade para a obra arquitetônica, que a situa como um centro que supre as necessidades do habitar e do ser-no-mundo para o homem, configurando o espaço existencial.

Diante dos conceitos de espaço pessoal e espaço existencial, evidencia-se que a arquitetura projetada deve incentivar a relação entre o morador e o meio criando um senso de pertencimento. É essa relação física e mental que torna um espaço centro do ser-no-mundo de um indivíduo, e esse espaço passa a ser entendido e apropriado como lar, e não como uma instituição ou um espaço qualquer. Nesse sentido, incentivar através da arquitetura a apropriação, a individualidade e a autonomia são essenciais para que o projeto vá ao encontro das ideias de espaço pessoal e espaço existencial.

2.2.2 CIDADES E HABITAÇÕES SAUDÁVEIS

O conceito de Cidade Saudável tem origem no Movimento Cidade Saudável surgido em 1978 no Canadá, sendo uma estratégia para promoção da saúde com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população local. (ADRIANO et al, 2000)

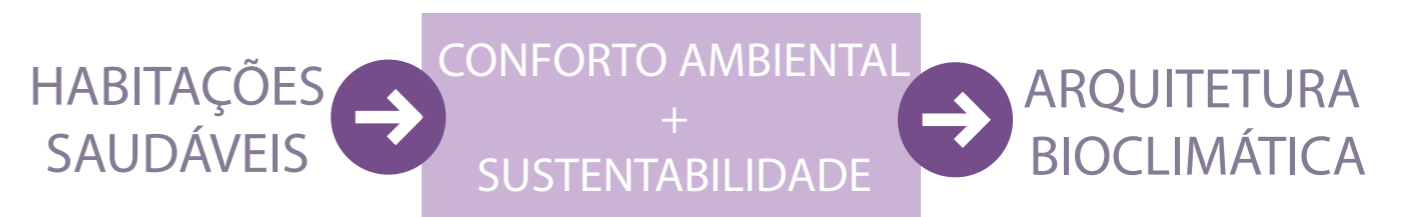
A qualidade de vida de uma população está relacionada as suas condições de existência, traduzidas através de seu acesso a bens e serviços econômicos e sociais. São eles: emprego e renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte público de qualidade, entre outros. (ADRIANO et al, 2000)

Quanto ao conceito de saúde, com a elaboração da Carta de Ottawa em 1986 surge uma ideia mais ampla que relaciona ele não apenas a ausência de doenças, mas a um estado adequado de bem-estar físico, mental e social. (ADRIANO et al, 2000)

Segundo a OMS, uma cidade saudável deve proporcionar:

- 1) um ambiente físico limpo e seguro;
- 2) um ecossistema estável e sustentável;
- 3) alto suporte social, sem exploração;
- 4) alto grau de participação social;
- 5) necessidades básicas satisfeitas;
- 6) acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações;
- 7) economia local diversificada e inovativa;
- 8) orgulho e respeito pela herança biológica e cultural;
- 9) serviços de saúde acessíveis a todos e
- 10) alto nível de saúde.

Certamente a habitação é um dos principais ambientes que consolida essa ideia de promoção de saúde dentro do conceito mais amplo de cidade saudável. Assim, ideia de habitação saudável sugere um ambiente de morar favorável à saúde, ao bem-estar e à qualidade de vida dos usuários. Sob o ponto de vista arquitetônico, para desenvolver uma habitação saudável algumas características são desejáveis para aplicação em projeto de acordo com os princípios do conforto ambiental e da sustentabilidade, fortalecendo a premissa de desenvolver uma proposta baseada na arquitetura bioclimática desde o início do processo.



Para Lamberts et al (1997), a sustentabilidade não é um item à parte em um projeto arquitetônico, mas sim um princípio a ser seguido através das escolhas projetuais tomadas desde o início de sua concepção. Um edifício sustentável emprega estratégias e sistemas que privilegiam o uso racional dos recursos finitos como energia e água, bem como emprega materiais de baixo impacto ambiental. (LAMBERTS et al, 1997; SÃO PAULO, 2014)

Já o conceito de conforto ambiental pode ser bastante amplo, mas para Lamberts et al (1997) pode ser entendido como um conjunto de condições ambientais que proporcionam aos usuários uma relação de bem-estar com o espaço. Para Corbellas e Yannas (2009) o conforto ambiental é atingido quando o usuário tem relação de neutralidade com o ambiente. Na prática, o conforto ambiental está relacionado a experiência do usuário a partir das condições luminosas, térmicas, acústicas ou táteis do ambiente.

A arquitetura bioclimática tem uma abordagem projetual orientada pela natureza e se baseia tanto na sustentabilidade quanto no conforto ambiental. Tem como principais objetivos a otimização de uso dos recursos naturais e o alcance de um bom nível de conforto ambiental em uma edificação. Considera o clima, o microclima e a análise das condições e características do terreno para dessa forma conhecer as condicionantes envolvidas e explorar suas potencialidades e fragilidades nas soluções arquitetônicas. (LAMBERTS et al, 1997; CORBELLAS e YANNAS, 2009; ZAMBRANO, 2008)

Desenvolver uma habitação saudável é pensar uma arquitetura bioclimática, adotando estratégias que aproveitem ao máximo o uso da iluminação e ventilação naturais - recursos de muito valor para uma arquitetura saudável - potencializando as soluções arquitetônicas e diminuindo o uso de recursos não renováveis e não sustentáveis, resultando em uma experiência de bem-estar para os usuários dos ambientes. (LAMBERTS et al, 1997; ZAMBRANO, 2008)

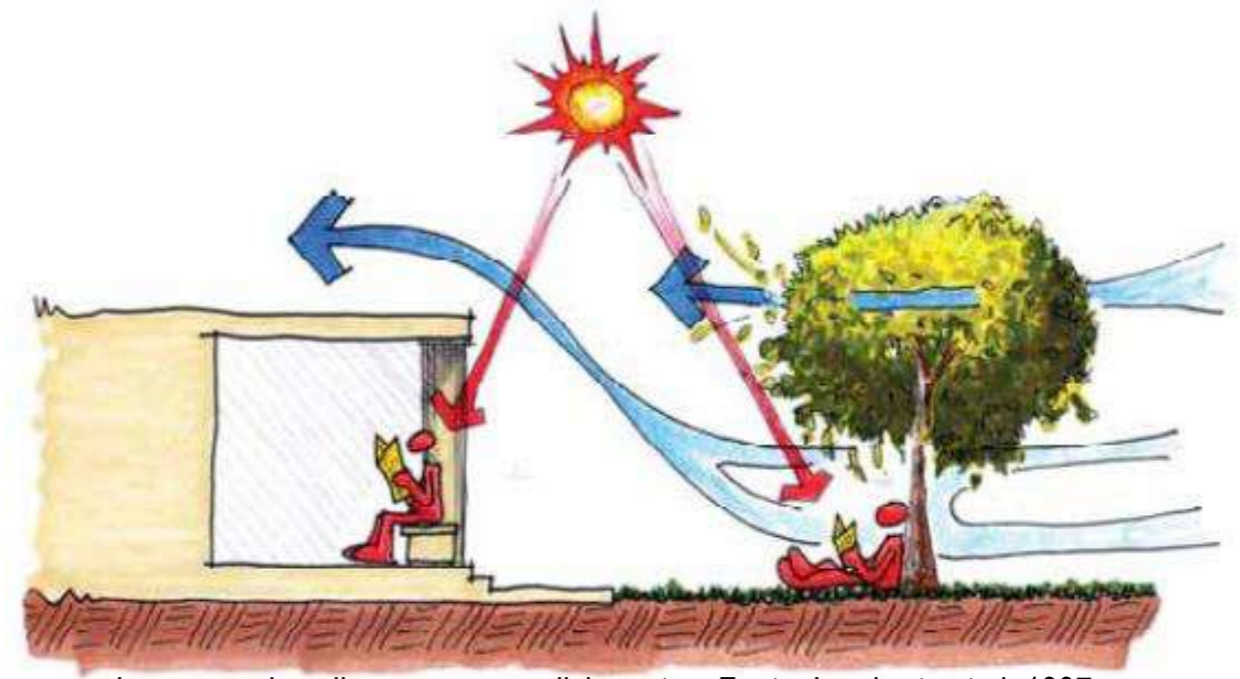


Imagem: microclima e suas condicionantes. Fonte: Lamberts et al, 1997.

2.2.3 HUMANIZAÇÃO

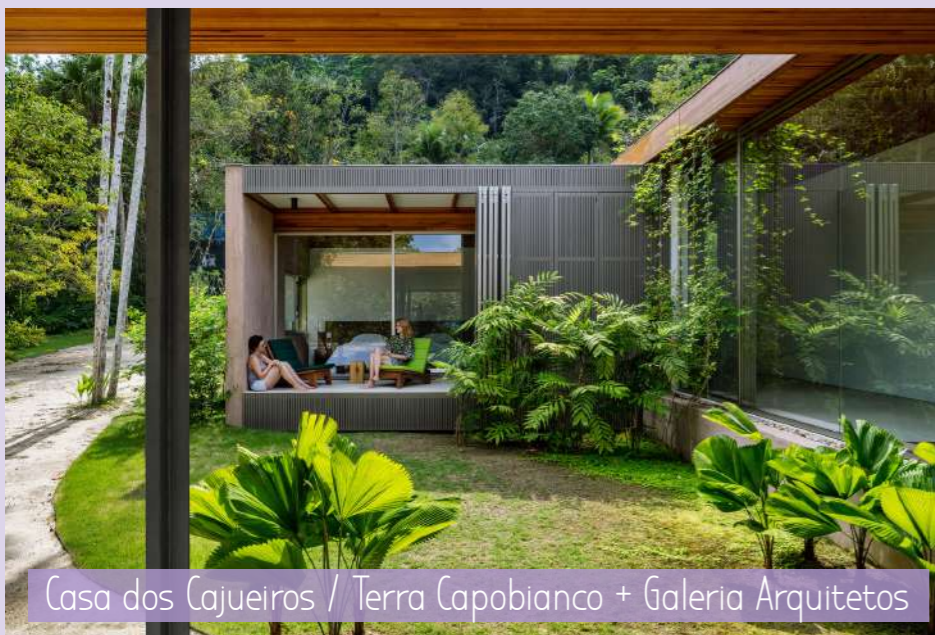
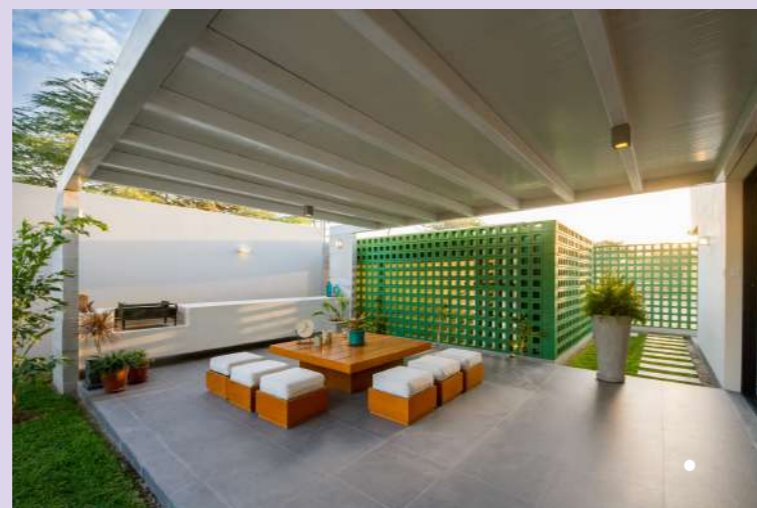
A Política Nacional de Humanização desde 2003 busca modificar a cultura institucional das políticas e programas do SUS através de práticas de atenção e gestão no dia a dia, de forma a promover a troca e a comunicação entre os envolvidos: gestores, trabalhadores e usuários. A humanização é a valorização destes três grupos protagonistas no processo de produção de saúde e implica em um conjunto de ações, comportamentos e valores que promovam ambientes e relações interpessoais acolhedores e de qualidade. Tudo isso em busca pela melhor forma de cuidado e por novas formas de organizar o trabalho na saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

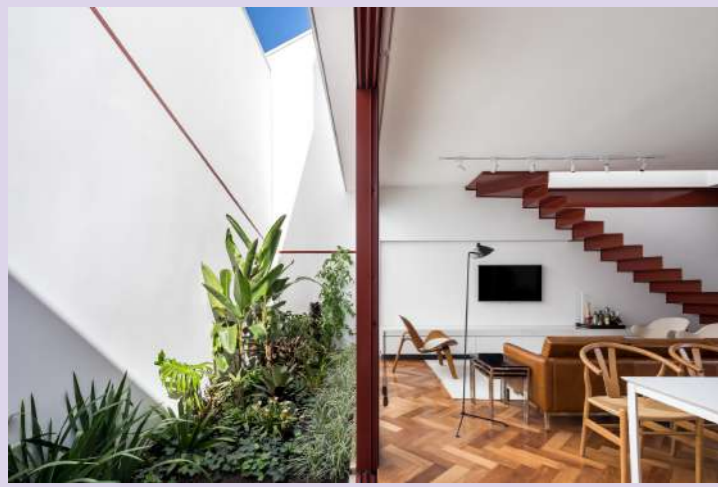
“Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Suas diretrizes são o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários. Tem por princípios a transversalidade; a indissociabilidade entre atenção e gestão; o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

2.3. REFERÊNCIAS PROJETUAIS

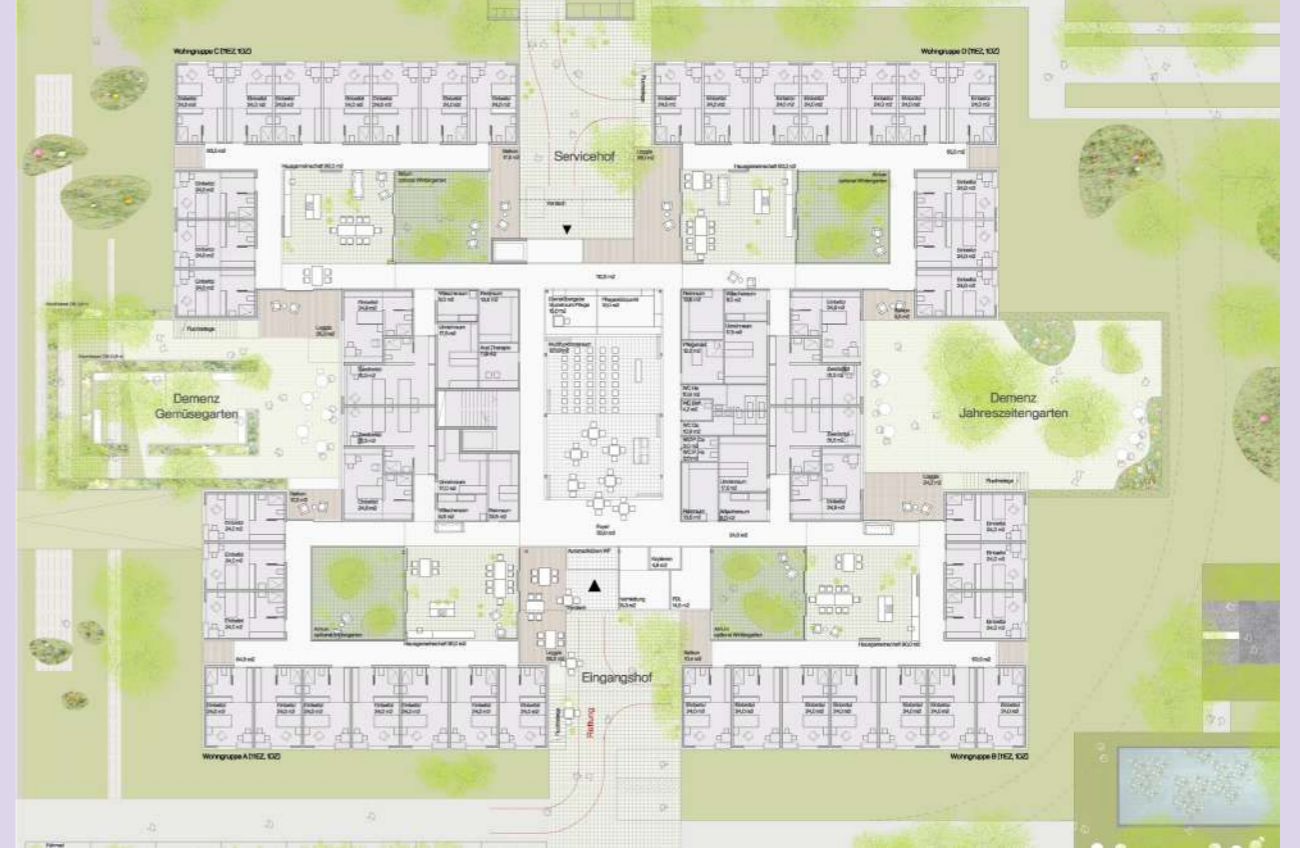
Como referências foram escolhidos projetos de casas que contribuíssem nas questões relativas às habitações saudáveis, soluções arquitetônicas, ambiência e materialidade. Também foram escolhidos projetos dentro de temas de habitações coletivas, como lares de idosos e habitações para autistas. Esses temas podem trazer luz a questões de coletividade, convívio social, privacidade e autonomia relevantes para o trabalho, que os diferem dos projetos residenciais convencionais.





Casa Grená / Nommo Arquitetos

Lar de Idosos Peter Rosegger / Dietger Wissounig Architekten



A Cabana / 23o5 studio



Comunidade Sweetwater Spectrum / LMS Architects



TYPICAL RESIDENCE FLOOR PLAN
 1 ENTRY COURT 2 PORCH 3 ENTRY 4 STAFF OFFICE 5 HALL 6 BEDROOM 7 BATHROOM 8 CLOSET 9 SKYLIGHT ABOVE 10 LAUNDRY ROOM
 11 STAFF BATHROOM 12 DINING TERRACE 13 KITCHEN | DINING ROOM 14 LIVING ROOM 15 TERRACE 16 UTILITY ROOM 17 BIO-SWALE



Lar de Idosos Peter Rosegger / Dietger Wissounig Architekten

3. ANÁLISES

3.1. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO TERRITÓRIO CARIOCA

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) consiste numa estratégia municipal de atenção à saúde mental definida pelo Ministério da Saúde pela Portaria 3.088/2011 com objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde em um modelo aberto e de base comunitária no âmbito do SUS. Ela é direcionada às pessoas em sofrimento mental em diversos graus, inclusive àquelas com necessidades decorrentes do uso de drogas e álcool. (BRASIL, 2011)

A instituição de uma RAPS contribui para o fortalecimento de um modelo assistencial antimanicomial à medida que articula dispositivos e ações para uma assistência sem os hospitais psiquiátricos como base. De acordo com a Portaria 3.088/2011, sua atuação se dá em diversos componentes, sendo eles e seus pontos de atenção:

- **ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:** Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua e Centros de Convivência e Cultura;
- **ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA:** Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- **URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS:** SAMU, UPA 24h, hospitais de urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde;
- **ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO:** Unidade de Acolhimento (UA), Serviço de Atenção em Regime Residencial;
- **ATENÇÃO HOSPITALAR:** Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais;
- **ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:** Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's);
- **ESTRATÉGIA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL:** Iniciativas de geração de trabalho e renda, fortalecimento do protagonismo dos usuários e familiares.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

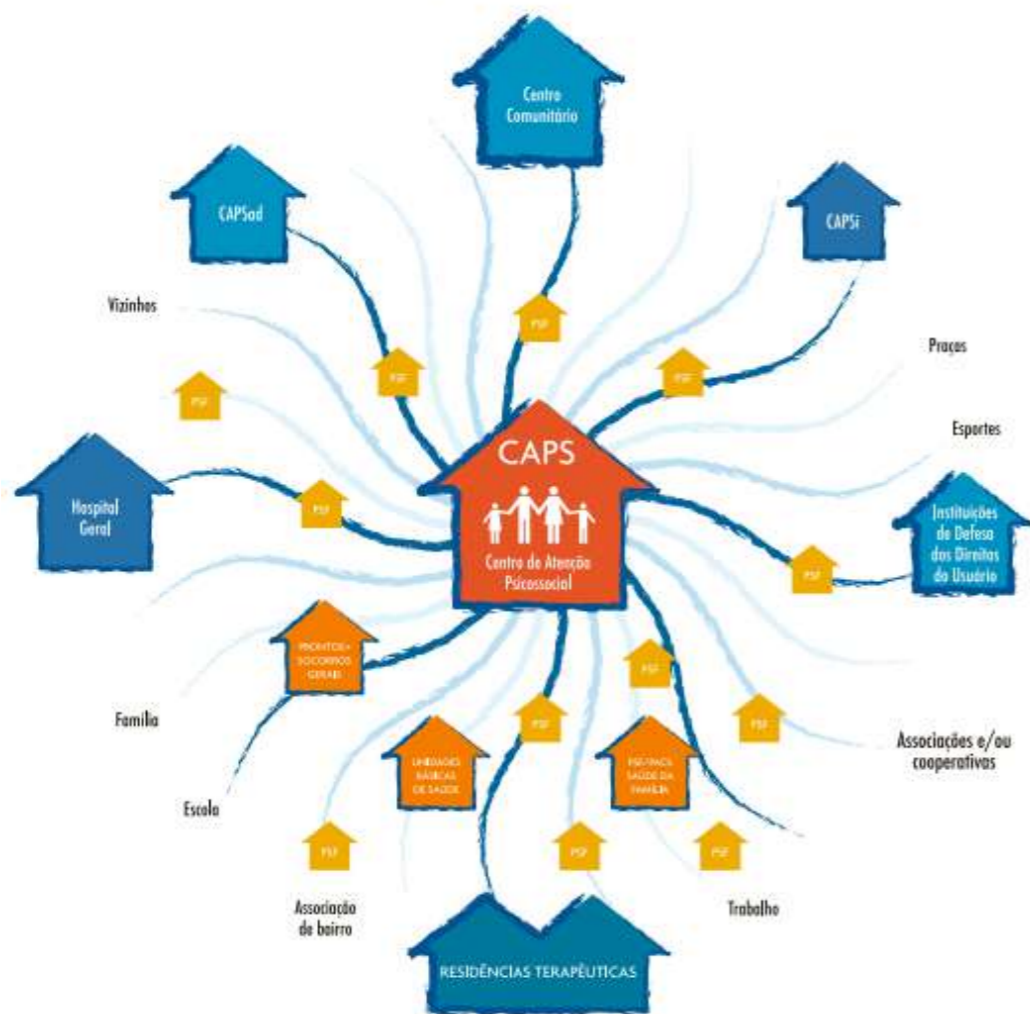


Diagrama - Articulação da RAPS. Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Dentre os dispositivos mencionados, os CAPS são de extrema importância para a articulação da Rede de Atenção Psicossocial. Segundo Fagundes Júnior et al (2016), além de oferecer atendimento à comunidade em forma de oficinas terapêuticas, atividades artísticas, orientação, psicoterapia e atendimento domiciliar, também coordena e acompanha o processo de desinstitucionalização dos usuários em situação de longa permanência.

Os CAPS atendem todas as faixas etárias e estão preparados para lidar com usuários com transtornos mentais graves e persistentes. É um serviço que tem diversas modalidades de acordo com o nível de complexidade (que varia em função do horário de funcionamento, da capacidade de atendimento à crises, da composição da equipe profissional, etc) e da população atendida. (RODRIGUES, 2019)

São suas modalidades:

- CAPS I: população acima de 20.000 habitantes
- CAPS II: população acima de 70.000 habitantes
- CAPS III: população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento 24h e leitos de acolhimento noturno.
- CAPSi: especializado no atendimento à crianças e adolescentes
- CAPSad: especializado no atendimento em transtornos decorrentes do uso de drogas e álcool, com funcionamento 24h e leitos de acolhimento noturno.

SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO - SRT

Para um melhor entendimento sobre o programa principal desse estudo, as Residências Terapêuticas, é importante falar sobre seu funcionamento e as questões pertinentes para sua viabilidade.

O Serviço Residencial Terapêutico é a principal estratégia de desinstitucionalização que compõe a RAPS dentro da lógica assistencial antimanicomial, substituindo as internações psiquiátricas prolongadas. Essas Residências são moradias - casas ou apartamentos - que devem estar inseridas no espaço urbano e podem receber de 1 a 8 moradores. Elas não devem ser consideradas serviços de saúde, e sim espaços de morar que se articulam à RAPS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

O suporte profissional oferecido deve ter em vista as necessidades individuais específicas de cada um dos moradores. Além disso, cada um deles deve receber suporte de caráter interdisciplinar de um CAPS de referência, por mais que ao longo do tempo mude de endereço ou seja hospitalizado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Os potenciais moradores das RTs são pessoas em sofrimento mental vindas de internações psiquiátricas longas nos hospitais cadastrados no SUS e que não tenham suporte para retornar à vida em comunidade. Também são

elegíveis usuários com transtornos mentais severos em acompanhamento no CAPS que tenham problemas de moradia que afetem seu tratamento e/ou que estejam em situação de rua. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

De acordo com a Portaria 3.090/2011 existem duas modalidades de SRT. Ambas são destinadas a pessoas com transtornos mentais em processo de desinstitucionalização e são classificadas de acordo com o nível de complexidade dos cuidados demandados:

- SRT Tipo I: Para clientes com maior grau de autonomia mas que não possuam vínculos familiares ou alternativas para sua reinserção social. Esses moradores tem mais perspectivas de obter moradia própria definitiva ao longo do processo mas precisam de auxílio para a reintegração ao trabalho, ao lazer, a educação e outros espaços sociais. É necessário suporte profissional diário de apenas um cuidador por até 12h diárias flexíveis e visitas eventuais do Acompanhante Terapêutico.

- SRT Tipo II: Para clientes com nível de dependência maior e pouca autonomia, precisando de acompanhamento permanente. São em geral idosos e pessoas com mobilidade reduzida, que ficaram institucionalizadas boa parte da vida, ou pessoas que sofram de transtornos mais complexos. O suporte profissional é feito por 5 cuidadores que trabalham diariamente em escala e um técnico de enfermagem, além das visitas eventuais do Acompanhante Terapêutico.

Quanto ao custeio dessas Residências, ele é realizado pelo Ministério da Saúde. No momento da implantação da RT é previsto um incentivo financeiro no valor de R\$20.000,00. Também é destinado ao grupo um valor para custeio mensal de acordo com o tipo de SRT e seu número de moradores.

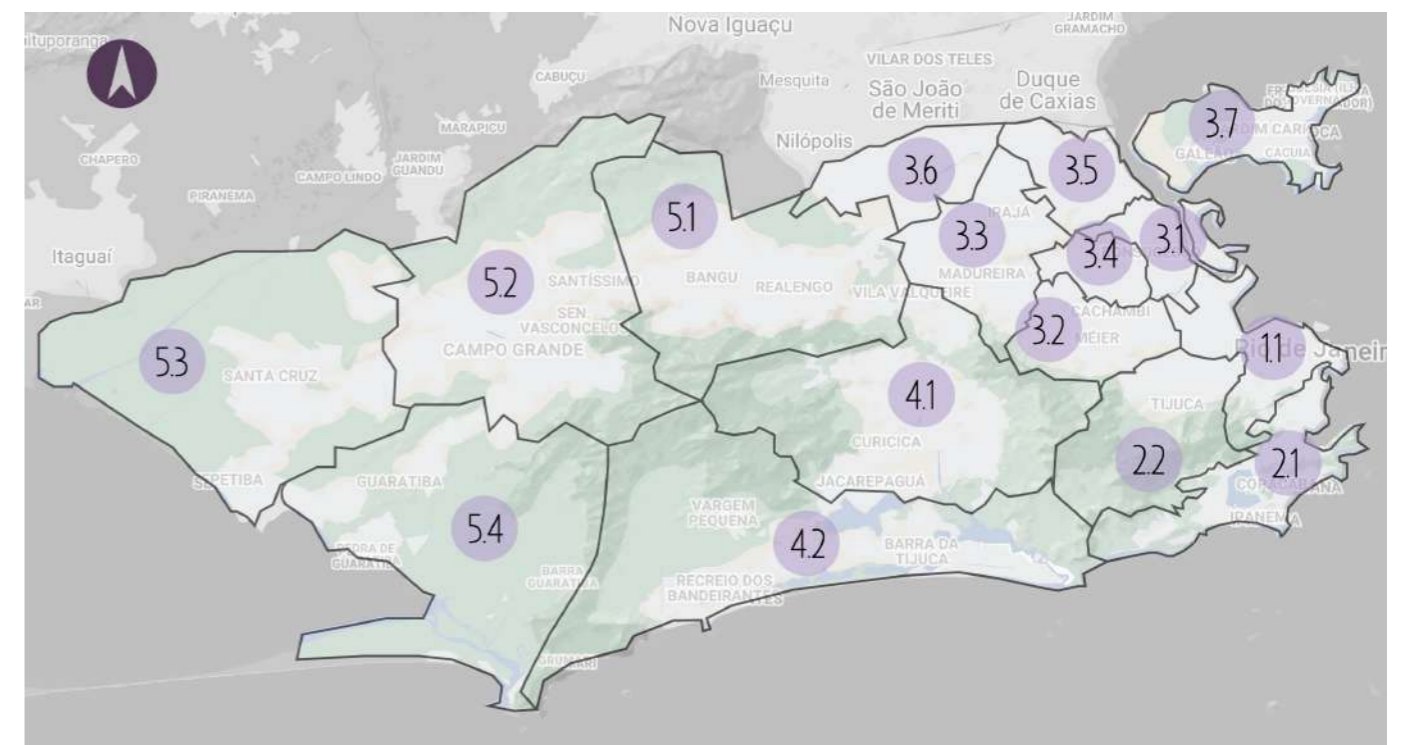
Além disso, os próprios moradores costumam contribuir no custeio mensal com seu dinheiro pessoal que muitas vezes é recebido através de

benefícios de aposentadoria, bolsa do Programa de Volta para Casa ou do Benefício de Prestação Continuada (BPC). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

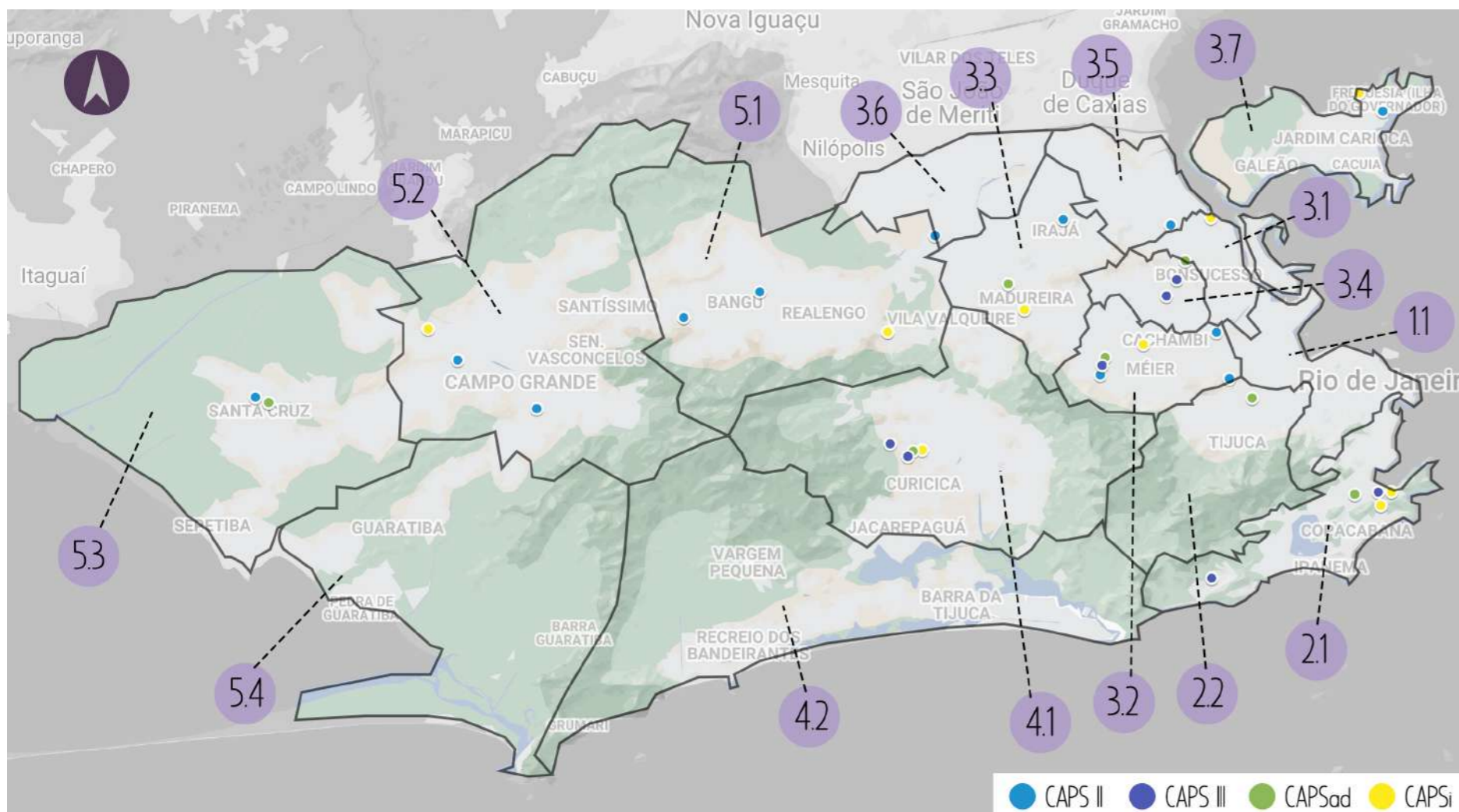
DISTRIBUIÇÃO DA RAPS PELO TERRITÓRIO

Estima-se que o Rio de Janeiro conta com uma população de quase 6,75 milhões de habitantes, distribuídos de forma heterogênea por seu território de 1,2 milhões de km², o que representa uma densidade demográfica de aproximadamente 5.265 hab/km². (IBGE, 2020)

Esse território é dividido em 162 bairros, que de forma administrativa são distribuídos por cinco grandes Áreas de Planejamento (AP). Algumas dessas AP's ainda se subdividem, totalizando 16 regiões que agrupam bairros de características ambientais, histórico-geográficas e de uso/ocupação do solo semelhantes. Essa organização auxilia no planejamento e controle territorial do município em vários âmbitos, inclusive o da saúde. (RIO DE JANEIRO, 2011)



1.1 CENTRO / 2.1 ZONA SUL / 2.2 TIJUCA / 3.1 RAMOS / 3.2 MÉIER / 3.3 MADUREIRA / 3.4 INHAÚMA
3.5 PENHA / 3.6 PAVUNA / 3.7 ILHA DO GOVERNADOR / 4.1 JACAREPAGUÁ / 4.2 BARRA DA TIJUCA
5.1 BANGU / 5.2 CAMPO GRANDE / 5.3 SANTA CRUZ / 5.4 GUARATIBA

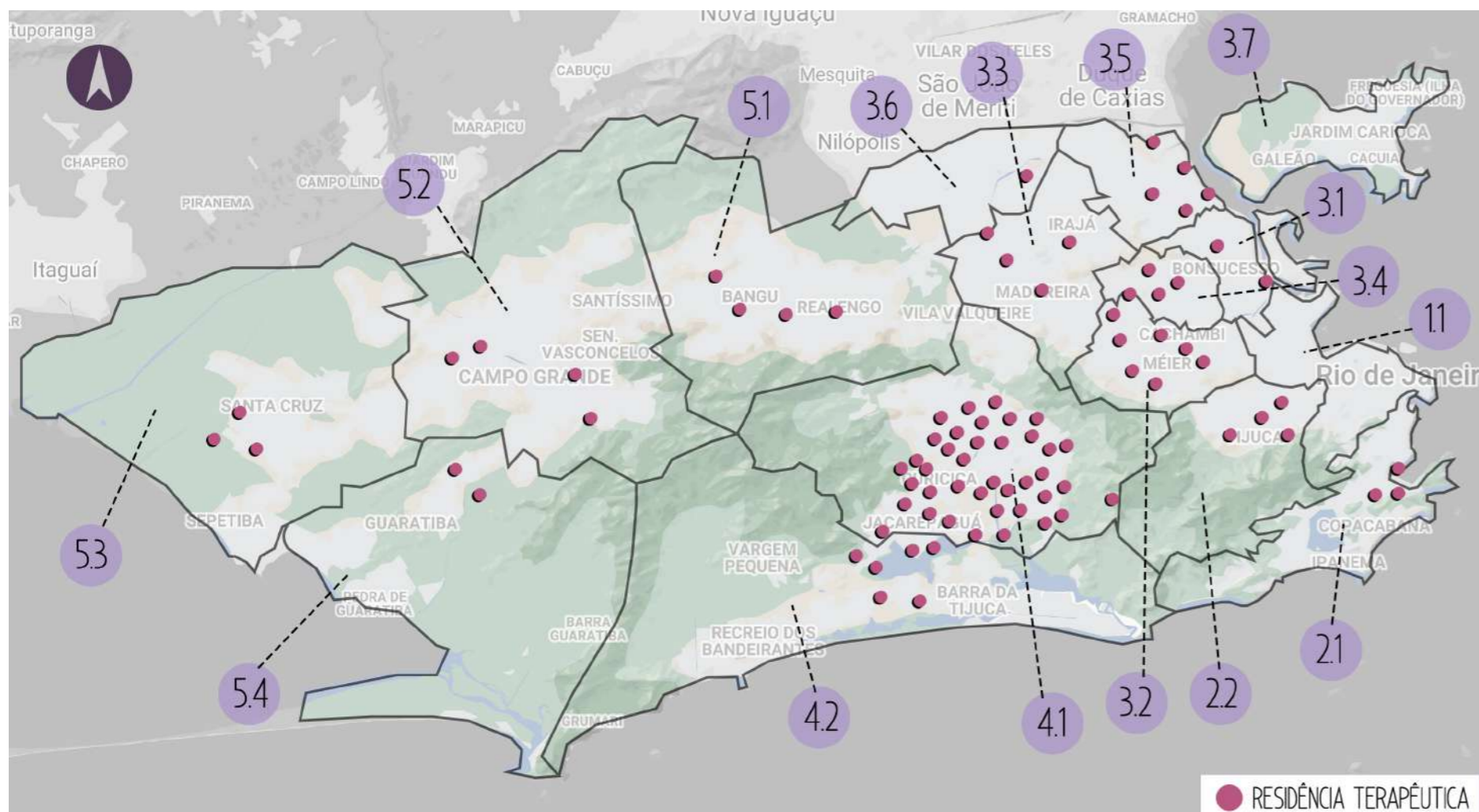


O Rio de Janeiro conta atualmente com 35 CAPS em seu município, distribuídos pelas modalidades da seguinte forma:

MODALIDADE	QUANT.	PORCENTAGEM
CAPS II	12	34,3 %
CAPS III	07	20 %
CAPSi II	09	25,7 %
CAPSad II	03	8,6 %
CAPSad III	04	11,4 %
TOTAL	35	100 %

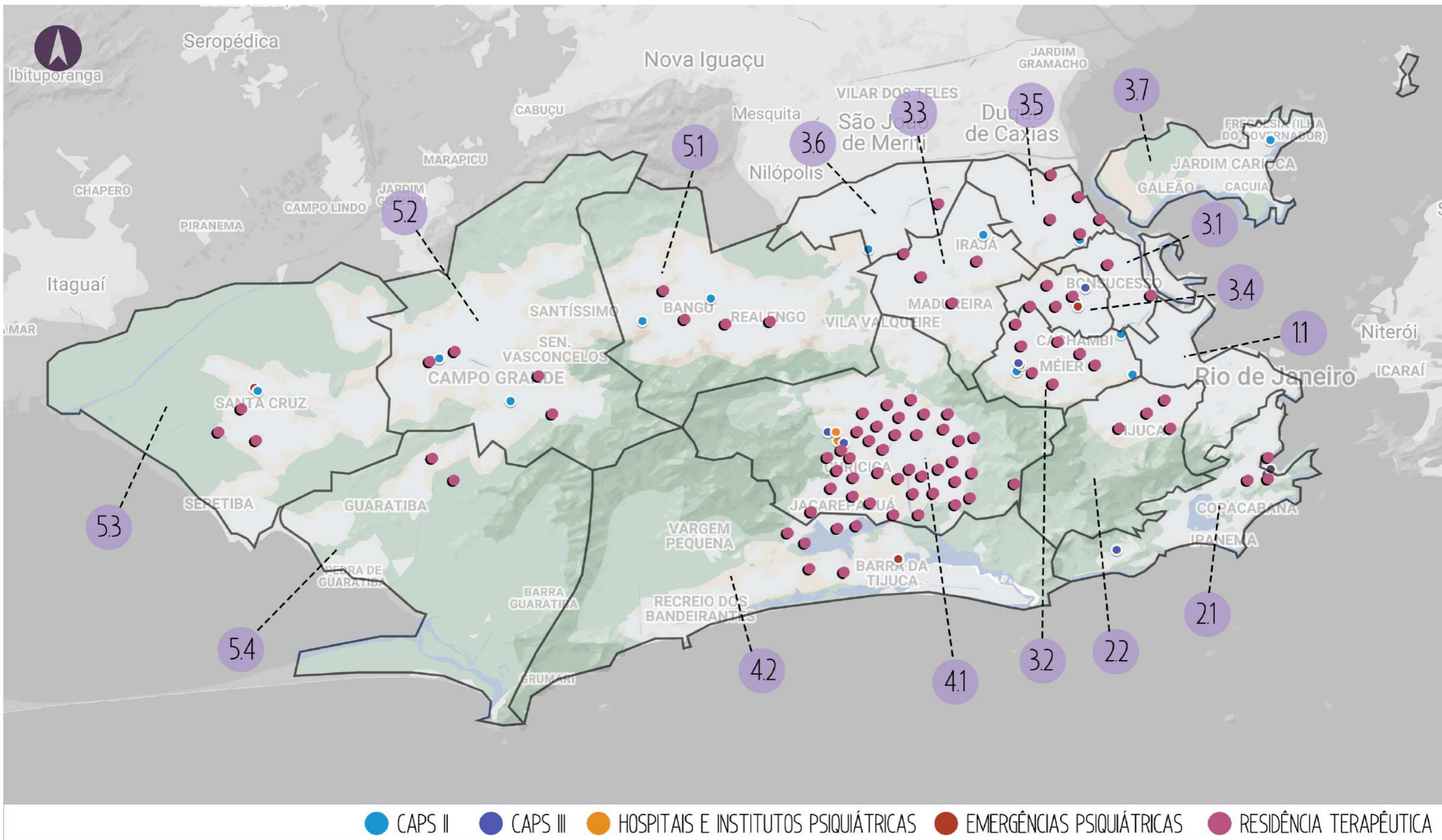
Tabela – Distribuição dos CAPS por modalidade. Fonte: Rio Prefeitura - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), acesso em 14/05/2021.

Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>, adaptado pela autora.



Já as Residências Terapêuticas são cerca de 90 no município do Rio segundo dados de Dezembro de 2018, com uma capacidade para 511 moradores. (BOLETIM, 2018)

É possível observar que o maior número de RTs, quase 50% delas, se concentram na região de Jacarepaguá e isso se deve a localização do Instituto Municipal Juliano Moreira nesta região e seu processo de desinstitucionalização de pacientes. Pelo mesmo motivo, a segunda maior concentração é no entorno do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, na região do Grande Méier. (SOARES e SILVA, 2019)



Com a sobreposição da localização das RTs, dos CAPS, das Emergências Psiquiátricas e dos Hospitais/Institutos Psiquiátricos adicionamos complexidade a visão da distribuição de parte da RAPS no território carioca. Essa rede ainda conta com os serviços de Atenção Básica que são numerosos e estão presentes na maioria dos bairros.

Mapa - Sobreposição da localização das RTs com alguns dispositivos da RAPS.
 Fonte: Rodrigues (2019) e Secretaria Municipal de Saúde (2021), adaptado pela autora.

3.2. ESTUDOS DE CASO

Serão analisados estudos de caso sobre três Residências Terapêuticas existentes na cidade do Rio de Janeiro que foram objeto da tese de dissertação de Rodrigues (2019), sendo observadas algumas das impressões da autora sobre o cotidiano e a relação dos clientes e cuidadores com o espaço arquitetônico. Todo o conteúdo desse capítulo tem como referência autora em questão.

As três RTs são consideradas de alta complexidade (SRT Tipo II) e demandam cuidados 24h a seus clientes, todos homens. Estão localizadas na região de Jacarepaguá, área de abrangência da Colônia Juliano Moreira e por isso ainda muito estigmatizada e de caráter segregador. Para alguns profissionais entrevistados nos estudos continuar nesse mesmo território pode dar uma ideia de continuidade de internação.

1. RT TIPO 1 – APARTAMENTO

A primeira RT é um apartamento em edifício multifamiliar situado em um conjunto habitacional do Programa Morar Carioca. Esse conjunto é destinado a população em geral, mas lá também existem outras RTs. O conjunto está localizado a apenas 0,5 km do CAPS de referência, que pode ser acessado a pé pelos moradores mais autônomos. Contudo, nessa região há pouca oferta de lazer – há apenas uma praça nas imediações - e transporte - seja dentro do bairro ou para outras regiões.

A RT está localizada no 4º andar de um edifício com circulação vertical apenas por escadas e o fato do acesso de todos os apartamentos ser parecido pode confundir os moradores. Não há portaria e o controle de acesso é feito pelos cuidadores.



Figura – Implantação e edificação. Fonte: Rodrigues, 2019.

O apartamento tem 40 m² e nele habita um grupo de 4 pessoas, além dos profissionais que os acompanham. É composto por sala, cozinha/área de serviço, dois quartos e um banheiro. As dimensões dos ambientes e a organização do layout são deficientes e limitam o cotidiano. A cozinha, por exemplo, não comporta bem o preparo de refeições e o banheiro não atende às exigências de acessibilidade. No geral, a circulação não funciona bem.

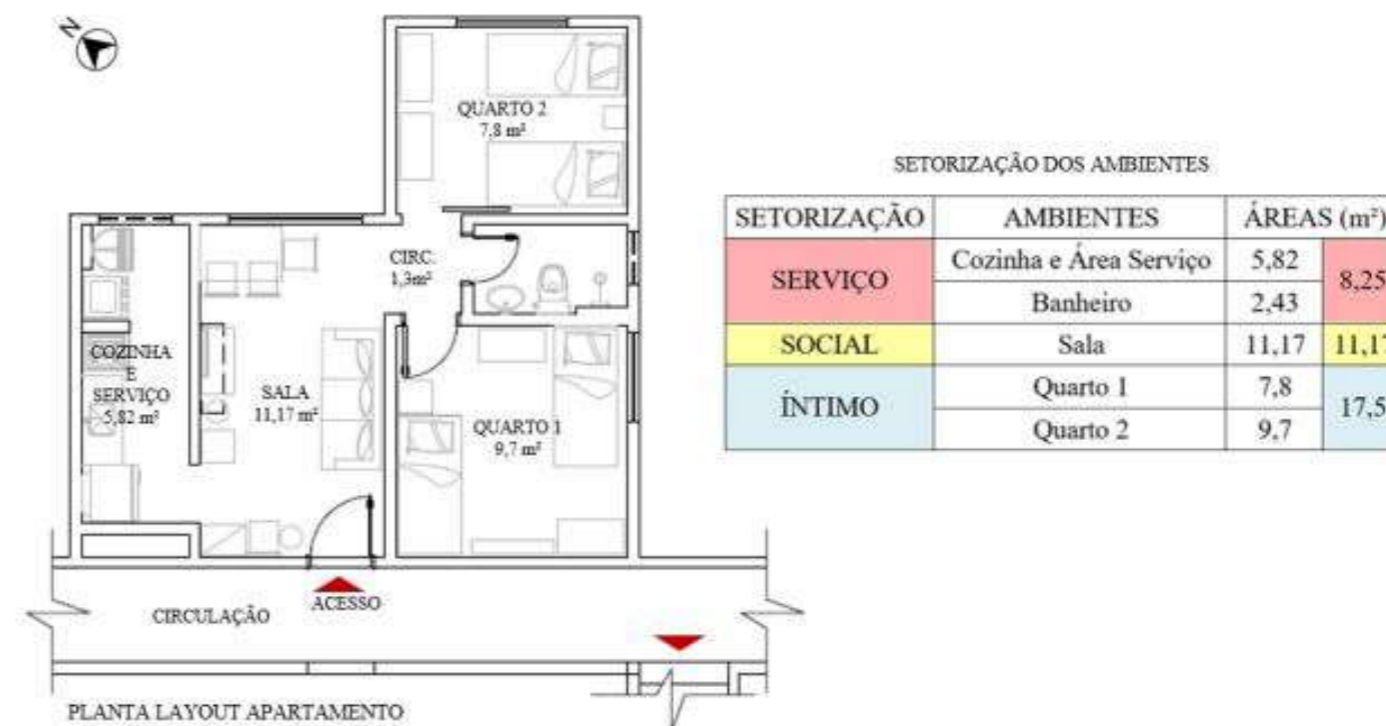


Figura – Planta e setorização. Fonte: Rodrigues, 2019.

Outra inadequação são alguns materiais de acabamento empregados, com destaque para o piso do banheiro que é escorregadio e o da sala que está quebrando. Ambos apresentam riscos aos moradores.

As dimensões do apartamento e o grande número de pessoas influenciam também nos aspectos térmicos e acústicos. A RT é considerada abafada e tem ventiladores sempre ligados, sendo usual a porta de acesso aberta para melhorar a ventilação. No verão é comum que os moradores tenham mal estar. Quanto ao conforto acústico, a proximidade dos ambientes e seu uso diverso gera uma junção de sons incômoda.

As dificuldades de convivência nessa RT se devem as restrições espaciais em conjunto com interesses diversos dos moradores, como fumar e ter hábitos mais noturnos, por exemplo. A diferença de idades (que variam dos 26 aos 72 anos), as crises individuais e o pouco tempo de implantação da RT (2 anos) também influenciam.

Os moradores são motivados a realizar tarefas cotidianas de cuidado da casa dentro de suas possibilidades e é notável a participação dos moradores com mais autonomia na utilização da cozinha.

MORADOR	POSSUI VÍNCULOS FAMILIARES?	GERENCIA PRÓPRIOS GASTOS?	POSSUI BOA ORALIDADE?	POSSUI BOA LOCOMOÇÃO?
MARTIM, 26	NÃO	SIM	SIM	SIM
SALOMÃO, 55	SIM	NÃO	NÃO (POUCA DIFICULDADE)	NÃO (POUCA DIFICULDADE)
PLÍNIO, 71	NÃO	NÃO	SIM	NÃO (POUCA DIFICULDADE)
EDSON, 72	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

Tabela - perfil e autonomia dos moradores. Fonte: Adaptado de Rodrigues (2019) pela autora.

Nessa RT o mobiliário comum foi pré-selecionado pelos cuidadores antes de ser escolhido pelos moradores, isto para se adequar em dimensões e materiais. Há pouca intervenção na personalização dos ambientes, exceto no

caso dos quartos em que os móveis são responsabilidade de cada morador e é onde eles mantêm seus objetos pessoais. Não há objetos na casa que identifiquem o grupo como uma família e os moradores expressam o desejo de terem suas próprias casas.



Imagens - Ambientes internos. Fonte: Rodrigues, 2019.

Algumas situações remetem ao cuidado institucional, como armários de acesso exclusivo dos cuidadores contendo objetos cortantes, produtos de limpeza e alguns alimentos a fim de evitar situações de descontrole. Mesmo aqueles que circulam sozinhos se justificam aos cuidadores ao sair, numa situação de tutela e controle.

2. RT TIPO 2 - CASA EM CONDOMÍNIO

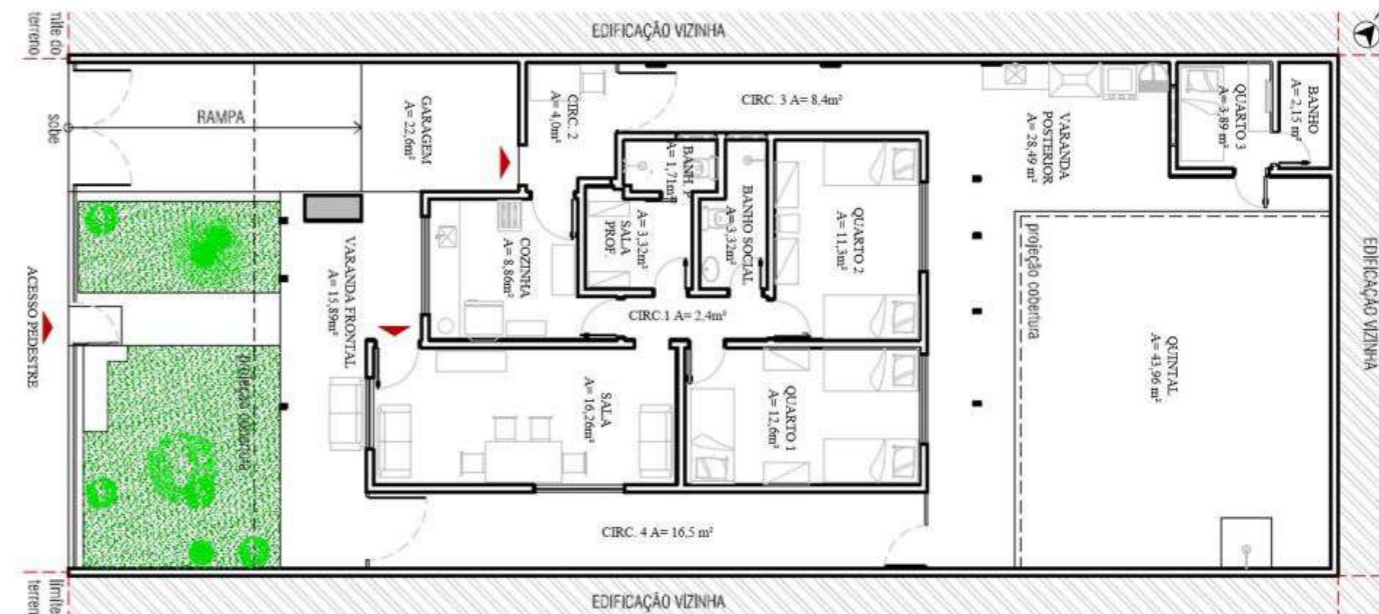
Localizada em condomínio residencial de casas, é a única RT do conjunto. A RT ainda sofre com rejeição por parte de alguns vizinhos. Está a 2,4 km do CAPS III de referência, um trajeto hostil que é feito a pé pelos mais autônomos e em transporte particular pelos outros. Entorno com pouco comércio e distante 8 km da clínica da família. Há uma praça no condomínio e os clientes frequentam restaurantes, igrejas e caminham pelas imediações.

O condomínio tem acesso para pedestres e para carros, esse último controlado. Para os cuidadores estar dentro de um condomínio traz segurança. As vias internas tem topografia levemente acidentada e as calçadas são irregulares, estando a casa a 200 m da rua. Os acessos da casa estão sempre trancados a chave.



Imagens – Entorno e fachada. Fonte: Rodrigues, 2019.

Com quase 150 m² de área interna e 80 m² de área externa, a casa térrea abriga um grupo de 5 moradores. É composta por varandas, sala, cozinha, sala da equipe com banheiro, dois quartos, banheiro social, jardim e quintal com edícula. O quarto na edícula dos fundos acomoda um morador e os outros dois quartos acomodam dois cada. Dimensões e layout atendem bem a RT e no dia a dia as varandas e a sala são bastante utilizadas. Já o quintal, que conta com ducha e churrasqueira, é utilizado como espaço de reunião mas também funciona como área de serviço.



SETORIZAÇÃO	AMBIENTES	ÁREAS (m ²)	AMBIENTES EXTERNOS	ÁREAS (m ²)	
SERVIÇO	Cozinha	8,86	Garagem sem cobertura	9,34	
	Sala profissionais e Banheiro	5,64		Jardim	26,47
	Banheiro Social	2,43		Quintal	43,96
SOCIAL	Garagem (com cobertura)	13,25			79,77
	Varanda frontal	15,89			
	Sala	16,26			
	Circulação 1	2,4			
ÍNTIMO	Varanda posterior	28,49	Quarto 1	7,8	
	CIRCULAÇÃO	Quarto 2	11,3	Quarto 2 + Banheiro	6
		Circulação 2	4	Circulação 3	8,4
	Circulação 3	8,4	Circulação 4	16,5	
		28,9			

Figuras – Planta e setorização. Fonte: Rodrigues, 2019.

A iluminação e ventilação naturais nos ambientes são dificultadas pela implantação da casa utilizando afastamentos laterais, sendo necessário o uso de ventilador em dias quentes. A iluminação natural na cozinha em específico é atrapalhada pelos vidros coloridos.

Alguns conflitos ocorrem quanto ao cuidado dos quartos compartilhados e barulhos noturnos. As crises individuais também interferem na rotina. Os moradores tem idades que variam de 48 a 64 anos e alguns já estão há 10 anos na RT. Entre alguns há mais afinidade, e mesmo com os conflitos todos interagem, o que aproxima a RT de uma família.

Todos ajudam na rotina da casa de acordo com suas possibilidades, um deles se destaca prestando serviços para a vizinhança. Os mais autônomos se apropriam das atividades na cozinha e se esforçam para organizar reuniões. Ainda assim, os cuidadores sentem falta de atividades na rotina dos clientes, como estudo de uma forma geral e citam também fonoaudiólogo, música, natação, entre outros.

MORADOR	POSSUI VÍNCULOS FAMILIARES?	GERENCIA PRÓPRIOS GASTOS?	POSSUI BOA ORALIDADE?	POSSUI BOA LOCOMOÇÃO?
SILVIO, 48	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
JONAS, 48	NÃO	SIM	SIM	SIM
MOACIR, 51	SIM	NÃO	SIM	SIM
VAGNER, 60	NÃO	SIM	SIM	SIM
LEVI, 64	SIM	NÃO	SIM	SIM

Tabela - Perfil e autonomia dos moradores. Fonte: Adaptado de Rodrigues (2019) pela autora.

O mobiliário dos quartos também ficou a cargo de cada morador e no restante da casa eles foram sendo substituídos ao longo dos anos a partir da organização deles. A cor da pintura dos ambientes foi uma decisão coletiva e algumas manutenções são realizadas pelos próprios moradores.



Imagens - Ambientes. Fonte: Rodrigues (2019)

Nessa RT o espaço dos profissionais também fica trancado contendo objetos cortantes e medicamentos. Há uma relação de controle e tutela quanto a saída de casa e consumo de itens como o cigarro. Apesar disso, os moradores tem autonomia em suas atividades cotidianas e há preocupação em incentivá-los nesse aspecto. Apenas a medicação tem horário.

3. RT TIPO 3 - CASA EM VILA DE RTs

A última RT está localizada no Conjunto Residencial Stela do Patrocínio, composto por 10 casas projetadas para serem RTs. Está a 1 km do CAPS III de referência mas o trajeto é deserto e mal iluminado, sendo mais comum utilizar transporte particular pelos moradores de mobilidade reduzida e o transporte público oferecido pelas vans para os outros. Está a 700m da clínica da família e fora isso a localização da vila é isolada, com pouca oferta de transporte, comércio e lazer no entorno. Compras diárias são por delivery.

O condomínio conta com guarita e vigilância 24h e é necessário se identificar. A implantação das casas oferece pouca privacidade na relação com os vizinhos já que a circulação é feita junto as fachadas de acesso às casas, sem barreira física ou visual.



Imagem - Entorno e implantação. Fonte: Rodrigues, 2019.

A casa térrea tem cerca de 130m² para o grupo de 8 moradores. Conta com varandas, sala integrada a cozinha, dois banheiros e quatro quartos, cada quarto com dois moradores. As dimensões e funcionalidade dos ambientes é satisfatória e as circulações são generosas. A sala e a varanda frontal estão sempre em uso, seja para assistir televisão ou para fumar. A cozinha é integrada a sala, funcionando como um ambiente social único. Os banheiros estão conforme a norma de acessibilidade em dimensão e layout, mas são poucos para o número de moradores.

Há boa iluminação em todos os ambientes, sem necessidade de iluminação artificial durante o dia. Entretanto, a insolação direta na fachada frontal gera muita luminosidade na sala, impossibilidade de uso da varanda no verão e calor nos quartos voltados para ela. Nessa RT há o costume de manter janelas e cortinas fechadas nos quartos, o que atrapalha a ventilação.

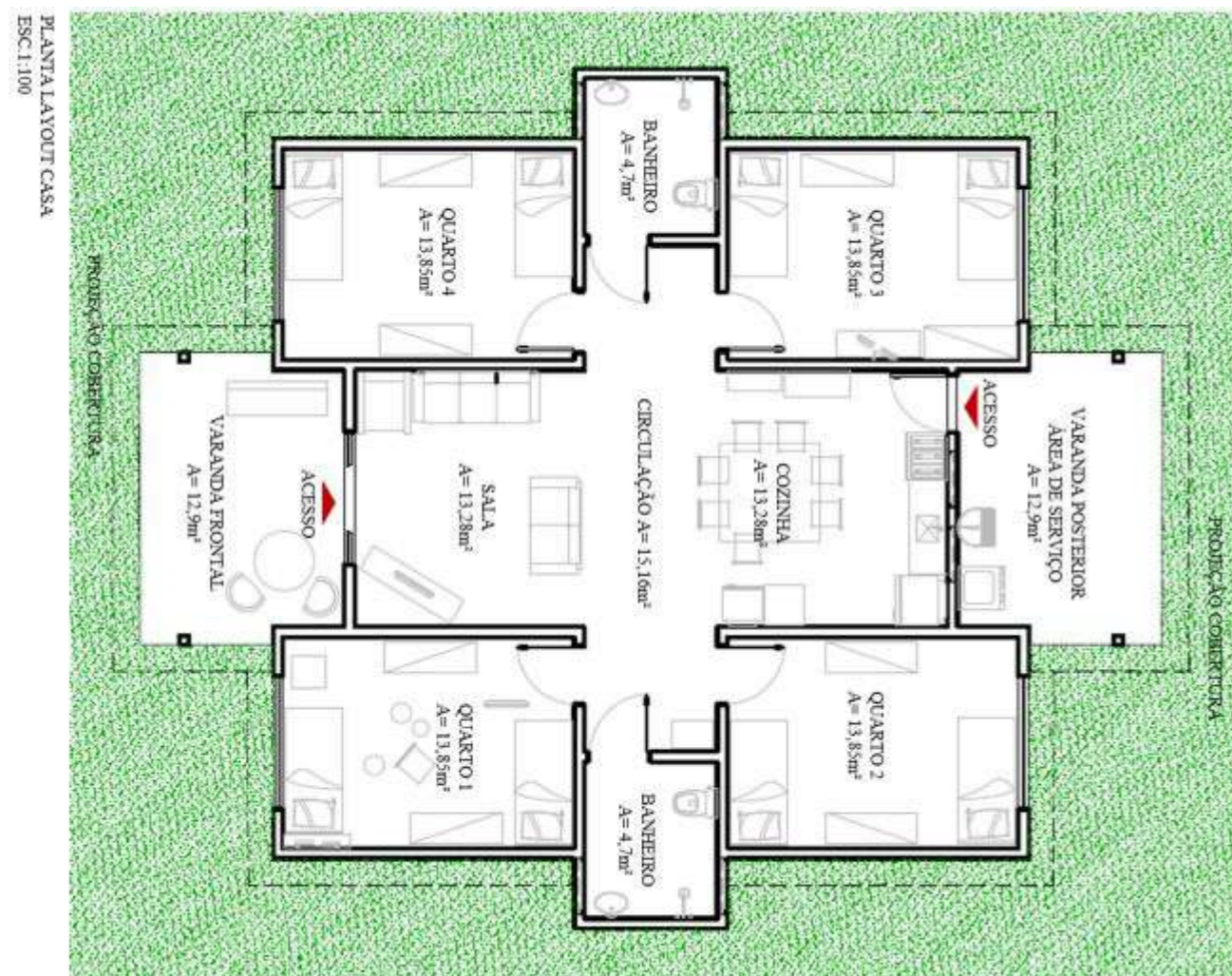


Figura - Planta. Fonte: Rodrigues, 2019.

SETORIZAÇÃO	AMBIENTES	ÁREAS (m ²)	
SERVIÇO	Cozinha	13,28	35,58
	Banheiro 1	4,7	
	Banheiro 1	4,7	
	Área de serviço	12,9	
SOCIAL	Sala	13,28	41,34
	Varanda frontal	12,9	
	Circulação	15,16	
ÍNTIMO	Quarto 1	13,85	55,4
	Quarto 2	13,85	
	Quarto 3	13,85	
	Quarto 4	13,85	

Imagem - setorização. Fonte: Rodrigues, 2019.

O número de moradores, a grande amplitude de idade (31 a 90 anos) e preocupações com objetos e espaço pessoal são fatores de conflito entre eles. A RT tem moradores bem dependentes e é comum que eles solicitem aos outros no dia a dia, o que pode causar irritação. A maior parte deles já compartilha a casa desde sua implantação e alguns já se conheciam das instituições que vieram. Os moradores mais novos na casa tendem a não se sentir parte do grupo.

MORADOR	POSSUI VÍNCULOS FAMILIARES?	GERENCIA PRÓPRIOS GASTOS?	POSSUI BOA ORALIDADE?	POSSUI BOA LOCOMOÇÃO?
RODRIGO, 31	NÃO	NÃO	SIM	SIM
AMARAL, 56	NÃO	NÃO	SIM	NÃO (CADEIRA DE RODAS)
CALEB, 60	NÃO	NÃO	NÃO (POUCA DIFICULDADE)	SIM
MILTON, 70	SIM	SIM	SIM	NÃO (USA BENGALA)
SIMÃO, 81	SIM	NÃO	SIM	SIM
AUGUSTO, 83	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO (NECESSITA AUXÍLIO)
HEITOR, 86	NÃO	NÃO	NÃO (POUCA DIFICULDADE)	SIM
PASCOAL, 90	NÃO	NÃO	NÃO (POUCA DIFICULDADE)	NÃO (USA ANDADOR)

Tabela - Perfil e autonomia dos moradores. Fonte: Adaptado de Rodrigues (2019) pela autora.

A casa tem moradores muito dependentes, mas ainda assim ativos dentro de suas possibilidades. Ao mesmo tempo, tem moradores mais novos e com menos dificuldades mas que apresentam pouca liberdade para tarefas

comuns como buscar água. Poucos circulam nas imediações e as cuidadoras levam o grupo para passeios de dois em dois meses. A alta complexidade de cuidados com os moradores e seu grande número dificultam a construção de autonomia e individualidade.

Como nas outras RTs, o mobiliário dos quartos fica a cargo de cada morador e o da casa a cargo do grupo como um todo. Nessa RT até mesmo piso e revestimentos foram escolhidos por eles. Há uma preocupação enorme com os objetos pessoais nos quartos.



Imagens – Ambientes internos. Fonte: Rodrigues, 2019.

3.3 PERFIL DOS CLIENTES

De acordo com dados de Outubro de 2018, havia cerca de 511 moradores do SRT no município do Rio de Janeiro e 282 pacientes de longa permanência em leitos psiquiátricos aguardando para entrar nessa etapa do processo de desinstitucionalização. (BOLETIM SMS, 2018)

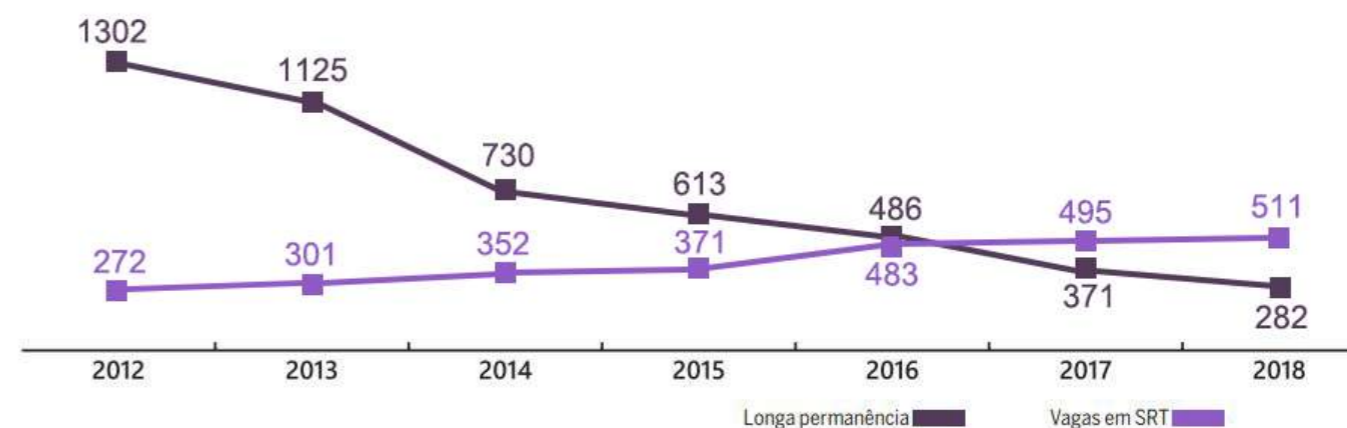
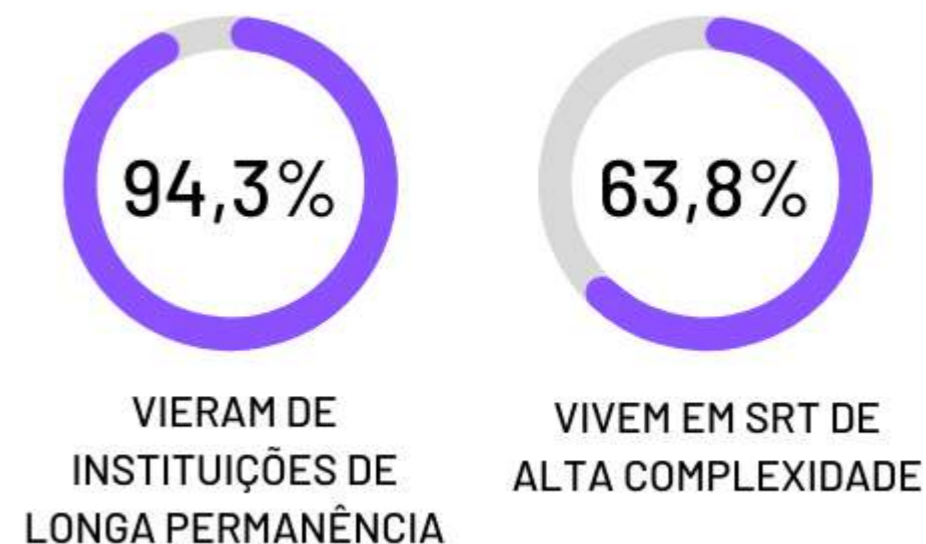


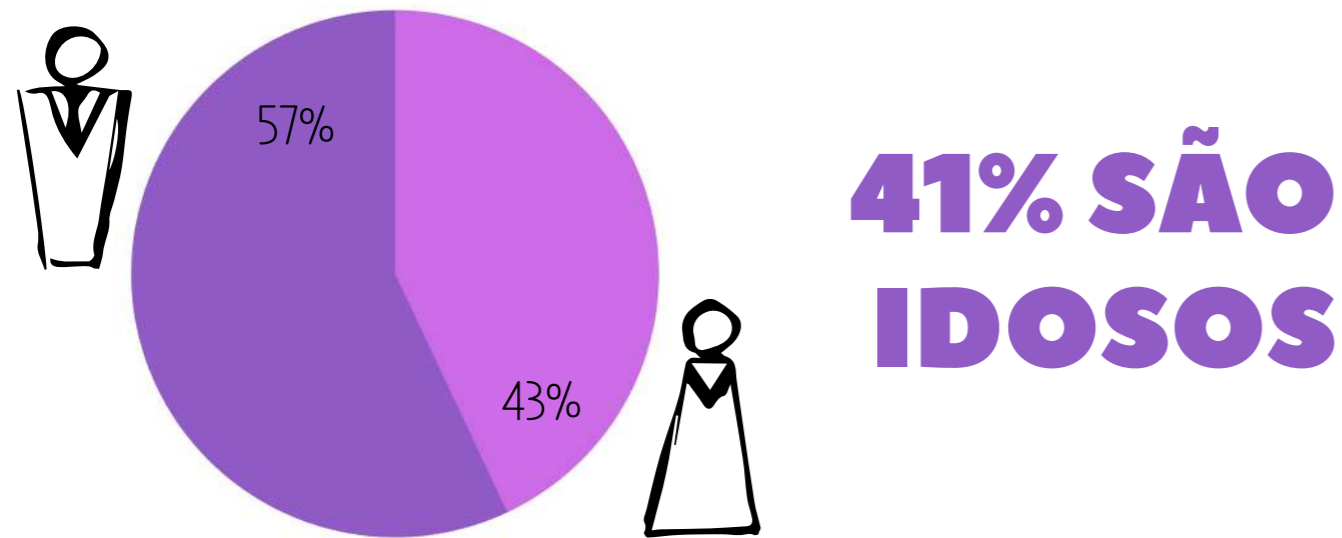
Gráfico - Relação entre a diminuição dos leitos para longa permanência e a oferta de vagas em SRT. Fonte: Boletim SMS, 2018. Adaptado pela autora.

Em sua maioria, os moradores de RTs no município são pacientes egressos de instituições psiquiátricas de longa permanência, representando cerca de 94,3% deles. Ainda é difícil o acesso ao dispositivo por usuários do CAPS com transtornos mentais severos e sem histórico de internações. A maior parcela de moradores vive em dispositivos de alta complexidade, com equipe 24h, as SRT Tipo II (63,8%).



Fonte: acervo pessoal, 2021.

Destes moradores 57% são homens e 43% mulheres, tendo 41% deles idade superior aos 60 anos. Além das limitações causadas pelo sofrimento mental, a idade avançada e a relação institucional causam dependência e perda de autonomia dessas pessoas. Assim, é comum tenham limitações quanto a locomoção, a oralidade e a rotinas diárias. (SOARES e SILVA, 2019)



Fonte: acervo pessoal, 2021.

Outro dado relevante é que cerca de 48,7% dos moradores apresentam baixa frequência nas atividades dos CAPS, ressaltando a importância de uma boa conexão entre as RTs e esses dispositivos a fim de estimular seu acesso e participação. (SOARES e SILVA, 2019)

Segundo Fontes (2004), além do sofrimento mental, questões sociais graves caracterizam essa clientela. Muitos são pessoas em situação de vulnerabilidade social, de baixa renda e que enfrentam as questões da falta de moradia e de trabalho. Além disso, é comum que tenham baixa escolaridade, o que agrava mais as questões anteriores, bem como sua dificuldade para lidar com a rotina. Também enfrentam dificuldades de relacionamento em seu meio social, preferindo os hospitais ao convívio familiar. Quanto as famílias, há também dificuldade por parte delas em manter essas pessoas em casa e com suporte adequado.

A maior parte dos clientes sofrem de transtornos mentais classificados como esquizofrenia, em que podem apresentar graus variados de distorções de pensamento e de percepção da realidade. A classificação dos transtornos mentais na verdade é muito ampla, mas os mais comuns entre eles são:



ESQUIZOFRENIA



DEPRESSÃO



DEMÊNCIA



FOBIA



TOC (TRANSTORNO
OBSESSIVO COMPULSIVO)



PARANÓIA



TRAUMA



TRANSTORNO
DISSOCIATIVO



TRANSTORNOS DE
HUMOR E BIPOLAR



AUTISMO

Imagens - Representações gráficas dos transtornos: Fonte: Cezário, 2019.

3.4. RECORTES POTENCIAIS

A escolha do recorte para a implantação de uma nova edificação para Residência Terapêutica é essencial pois o contexto em questão será o fio condutor para caracterizar o objeto arquitetônico e conduzir ao êxito de sua inserção na malha urbana e na comunidade. A Residência Terapêutica só poderá ser pensada em completude com a definição desse contexto e suas especificidades, que certamente irão implicar em definições programáticas e morfológicas do projeto.

Como estratégia para a escolha desse recorte optou-se por elencar alguns territórios com potencial para a implantação de novas Residências Terapêuticas. A partir das análises feitas nos subcapítulos anteriores, algumas características foram consideradas importantes de serem atingidas na escolha desses recortes potenciais. São elas:



Fonte: acervo pessoal, 2021.

1 PROXIMIDADE DE CAPS DE REFERÊNCIA

A primeira característica é na verdade uma condição básica na escolha do recorte, já que a presença do CAPS é fundamental para auxiliar essa transição da vida na instituição para a vida em comunidade. Inicialmente, optou-se por trabalhar com recortes em um raio de 500 m do CAPS de referência. Fica evidente que para o avanço da distribuição das RTs pelo território carioca é necessária a ampliação da presença dos CAPS.

2 MOBILIDADE E OFERTA DE TRANSPORTE PÚBLICO

Facilidade em circular tanto a pé pelo bairro quanto pela conexão interna e com outras áreas da cidade do Rio de Janeiro pela ampla oferta de transportes públicos.

3 ACESSIBILIDADE DO ENTORNO

O entorno deve ser acessível aos moradores que muitas vezes tem mobilidade reduzida, sendo observadas as condições gerais do recorte no que diz respeito às calçadas: se são amplas, regulares, as condições topográficas, se há travessias para pedestres, etc.

4 POSSIBILIDADE DE INTEGRAÇÃO COM A VIZINHANÇA

Para que a integração seja possível, uma ambiência agradável e acolhedora pode ajudar os moradores no processo. Isso permitirá que ocorra a circulação e convívio social dos moradores em espaços públicos ou privados da vizinhança, fortalecendo seu senso de pertencimento.

5 OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE E COMÉRCIO LOCAL

O recorte deve estar conectado a RAPS através da proximidade com os serviços de saúde, principalmente as clínicas da família e hospitais. Além disso, no entorno deve haver comércio local com estabelecimentos como restaurantes, farmácias, mercados, padarias, bancos, etc. A proximidade e/ou fácil acesso aos centros comerciais de bairros é desejável.

6 OFERTA DE ESPAÇOS LIVRES DE LAZER

É importante que existam opções de espaços livres de lazer como as praças, por exemplo, com áreas verdes e mobiliários disponíveis para atividades externas como caminhadas, piqueniques, conversas ou até mesmo a contemplação. Outros espaços livres são desejáveis.

OPÇÃO 1: ILHA DO GOVERNADOR (BANCÁRIOS/FREGUESIA)

O primeiro recorte potencial está na região de planejamento AP 3.7 - Ilha do Governador e tem as seguintes características:

- 1 CAPS II - Ernesto Nazareth como referência.
- 2 Oferta de ônibus e vans que circulam internamente no bairro e ônibus que fazem conexão com outras áreas da cidade, principalmente a Central. Há também a Estação de Barcas Cocotá nas imediações. Fora da área de influência há o Aeroporto Galeão e o BRT. (Ver mapa na próxima página)
- 3 O bairro tem topografia mais acidentada em alguns trechos do recorte. Suas calçadas são irregulares mas na maioria dos trechos são amplas.
- 4 Pela situação geográfica, a Ilha tem um contexto urbano reduzido em relação ao restante da cidade, porém bastante consolidado como meio urbano. O sub-bairro em questão tem muitas casas térreas e de dois pavimentos. Já os edifícios não ultrapassam os 5 pavimentos. Esse contexto reduzido e a escala da vizinhança podem ser acolhedores.
- 5 Um pouco além do raio de influência da RT há posto de saúde e hospital municipal. O entorno apesar de ser bastante residencial conta com comércio local como restaurantes, padarias, farmácias, postos de gasolina e outros. (Ver mapa na próxima página)
- 6 Nas imediações está localizada a Praia da Guanabara, espaço livre de lazer que permite atividades como caminhadas, banho de sol e contemplação. Na orla há também alguns quiosques. Além da Praia, há praças com mobiliário e um mirante. (Ver mapa na próxima página)



Imagens - Entorno e ambiência do bairro. Fonte: Google Earth, 2021.

RECORTE ILHA DO GOVERNADOR

ENTORNO CAPS ERNESTO NAZARETH (RAIO 500m)



«+ POSTO DE SAÚDE
1.7 km (21 min)

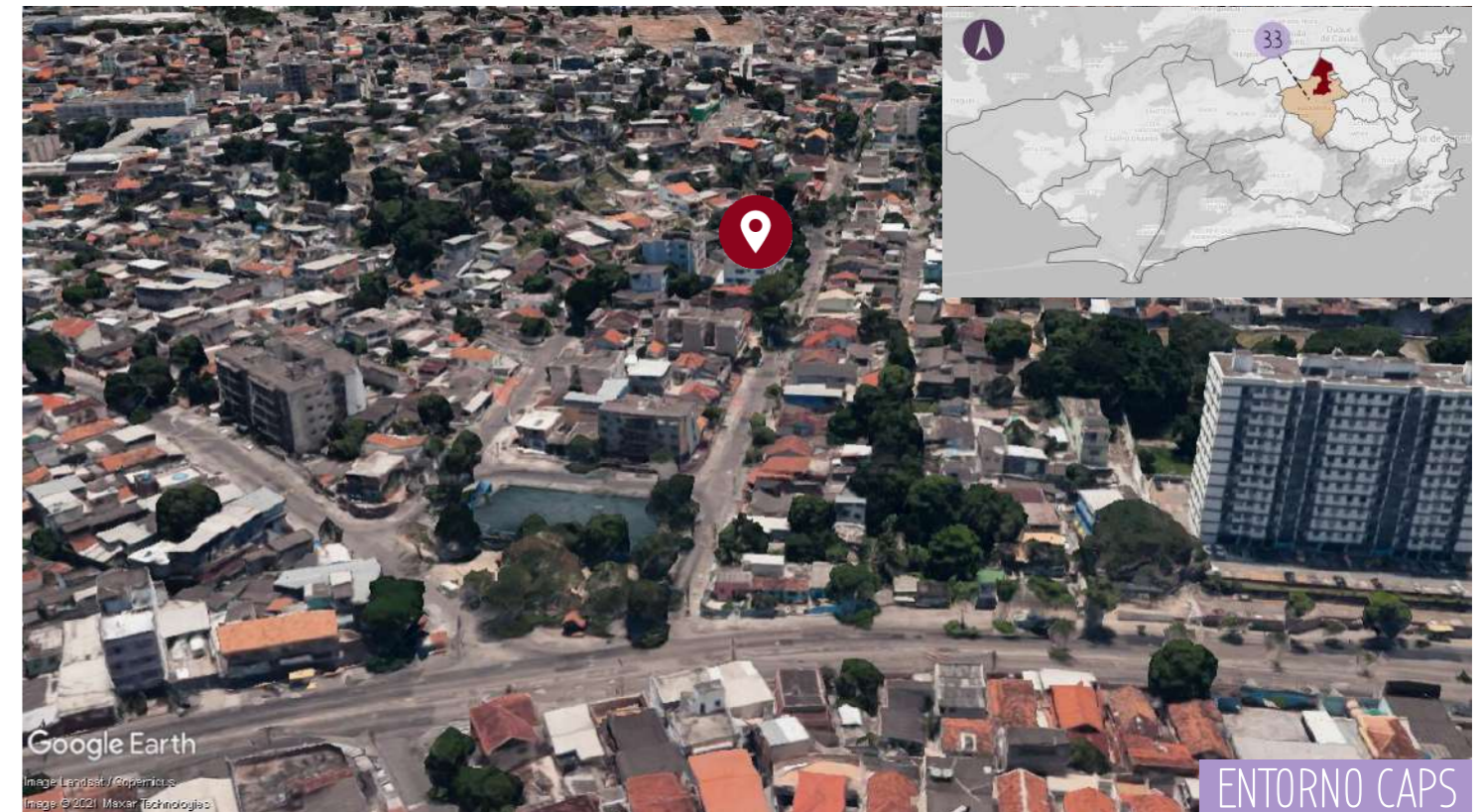
«» ESTAÇÃO DE BARCAS COCOTÁ
1.6 km (20 min)

«+ HOSPITAL MUNICIPAL
2.8 km (34 min)

OPÇÃO 2: IRAJÁ

O segundo recorte potencial está na região de planejamento AP 3.3 - Madureira e tem as seguintes características:

- 1 CAPS II - Rubens Correa como referência.
- 2 Ampla oferta de ônibus nas vias circundantes e conexão com a estação de metrô de Irajá. (Ver mapa na próxima página)
- 3 Bairro é predominantemente plano, mas tem topografia levemente acidentada no entorno imediato da RT. Suas calçadas são irregulares e amplas nas vias principais, nas vias mais internas elas se estreitam.
- 4 Bairro em área urbana consolidada e com contexto heterogêneo: há trechos com casas térreas e edifícios com mais de 12 pavimentos. As vias de maior circulação tendem a ter edificações mais altas e as vias locais mais baixas.
- 5 Um pouco além do raio de influência da RT há uma clínica da família e um hospital municipal. O entorno é residencial mas conta com comércio local nas vias principais, com estabelecimentos diversos como restaurantes, bares, padarias, farmácias, lojas, postos de gasolina e outros. O Carioca Shopping fica próximo ao recorte. (Ver mapa na próxima página)
- 6 No bairro os espaços livres de lazer são as praças, a maioria delas conta com mobiliário e algumas também tem quadras esportivas e equipamentos de ginástica. (Ver mapa na próxima página)



Imagens - Entorno e ambiência do bairro. Fonte: Google Earth, 2021.

RECORTE IRAJÁ

ENTORNO CAPS RUBENS CORRÊA (RAIO 500m)



CLÍNICA DA FAMÍLIA
1.0 km (12 min)

PRAÇA 27 DE AGOSTO
1.1 km (14 min)

ESTAÇÃO DE METRÔ DE IRAJÁ
1.1 km (14 min)

HOSPITAL MUNICIPAL
1.8 km (22 min)

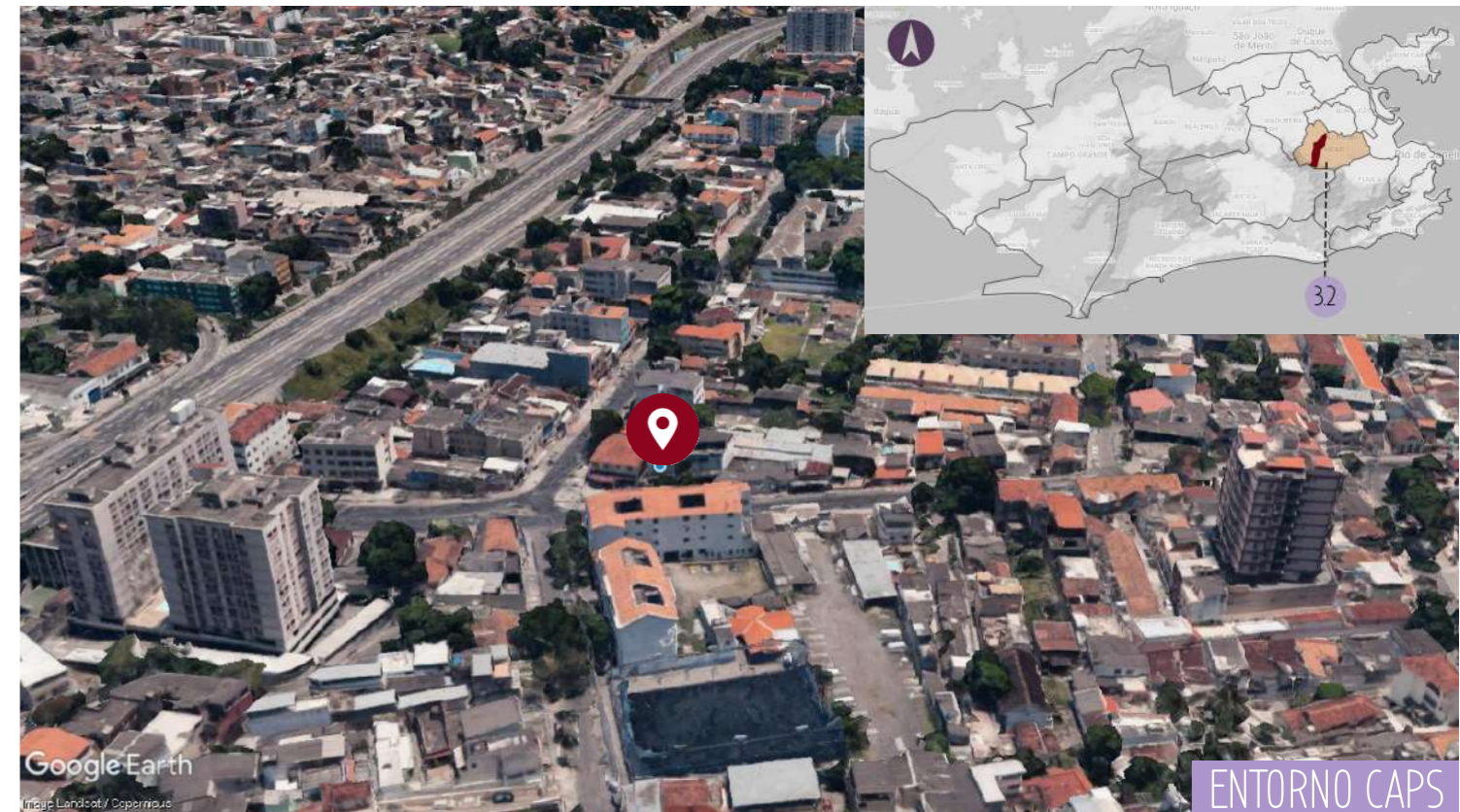
CARIOCA SHOPPING
2.0 km (25 min)

LARGO DO BICÃO
1.2 km (16 min)

OPÇÃO 3: ENGENHO DE DENTRO

O terceiro recorte potencial está na região de planejamento AP 3.2 - Méier e tem as seguintes características:

- 1 CAPS II - Clarice Lispector.
- 2 Oferta de ônibus intermunicipais convencionais e executivos (conhecidos como frescão) para diversas regiões da cidade. Proximidade com a estação de trem do Engenho de Dentro e da Linha Amarela. (Ver mapa na próxima página)
- 3 Na maior parte do recorte a topografia é plana. Contudo, as calçadas são irregulares em sua largura, materialidade e organização.
- 4 Contexto urbano consolidado e bastante heterogêneo: há edifícios com 10 ou mais pavimentos e também casas caracteristicamente suburbanas no recorte. O entorno do IMAS Nise da Silveira tem forte carga histórica relacionada a loucura no imaginário dos vizinhos, frequentadores e conhecedores do bairro pela presença do hospício e dos loucos.
- 5 O CAPS de referência está implantado na quadra do IMAS Nise da Silveira, bem como de outro CAPS e uma UPA. Fortalecendo ainda mais o aparato da saúde nessa região, há também uma clínica da família. Além dos serviços de saúde, há forte comércio local com estabelecimentos como restaurantes, padarias e pequenos comércios. (Ver mapa na próxima página)
- 6 Nas imediações estão localizadas praças arborizadas, com mobiliário e espaços voltados para a prática de esportes. Há também o estádio Engenhão, que além dos jogos de futebol tem um entorno muito utilizado para a prática esportiva. (Ver mapa na próxima página)



Imagens - Entorno e ambiência do bairro. Fonte: Google Earth, 2021.

RECORTE ENGENHO DE DENTRO

ENTORNO CAPS CLARICE LISPECTOR (RAIO 500m)




HOSPITAL MUNICIPAL
 19 km (24 min)

PRAÇA AMAMBAÍ
 1.1 km (14 min)

ENGENHÃO
 1.7 km (21 min)

ESTAÇÃO DE TREM
 1.4 km (18 min)

4. PROPOSTA DE PROJETO

4.1. DEFINIÇÃO DO RECORTE E DO LOTE

Foi escolhido o recorte do Engenho de Dentro para implantação do projeto por ser o que mais se alinha às características essenciais buscadas, tendo um maior equilíbrio entre elas. Mesmo sendo um bairro caracteristicamente residencial se destaca a forte oferta de serviços de saúde, bem como o comércio e o lazer.

A região tem boa caminhabilidade e seu movimento se deve não só aos serviços citados, mas também pela localização entre vias estratégicas da Zona Norte como a Linha Amarela, a Rua Dias da Cruz e as vias que margeiam a linha ferroviária. Existe grande facilidade de conexão do bairro suburbano com diversas regiões da cidade através dos ônibus intermunicipais ou do trem.

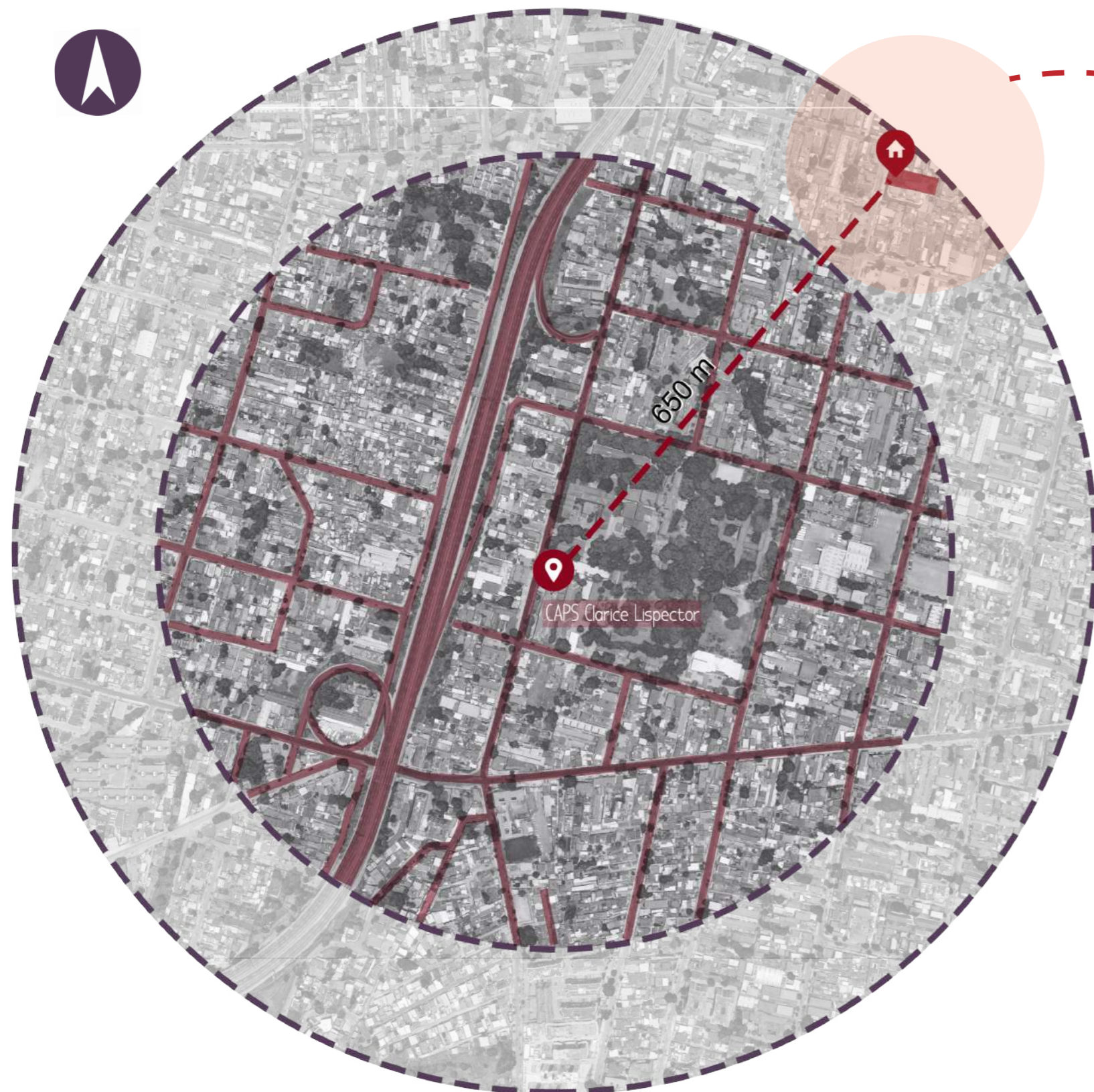
Além do exposto, pensando na estratégia de Cidades Saudáveis, o bairro apresenta as condições básicas para contribuir na qualidade de vida da população local, como o acesso a educação básica, serviços de saúde, transporte público e saneamento básico. Além disso, tem potencial para proporcionar participação social, acesso a experiências e interações.

ESCOLHA DO LOTE

O lote escolhido para a implantação da Residência Terapêutica fica um pouco além do recorte estudado, dentro de um raio de 700m do CAPS de referência, na Rua Doutor Leal, 241.

Com área de 1.487,10 m², atualmente sua ocupação como estacionamento é bastante rarefeita, configurando-o como um lote urbano subutilizado.

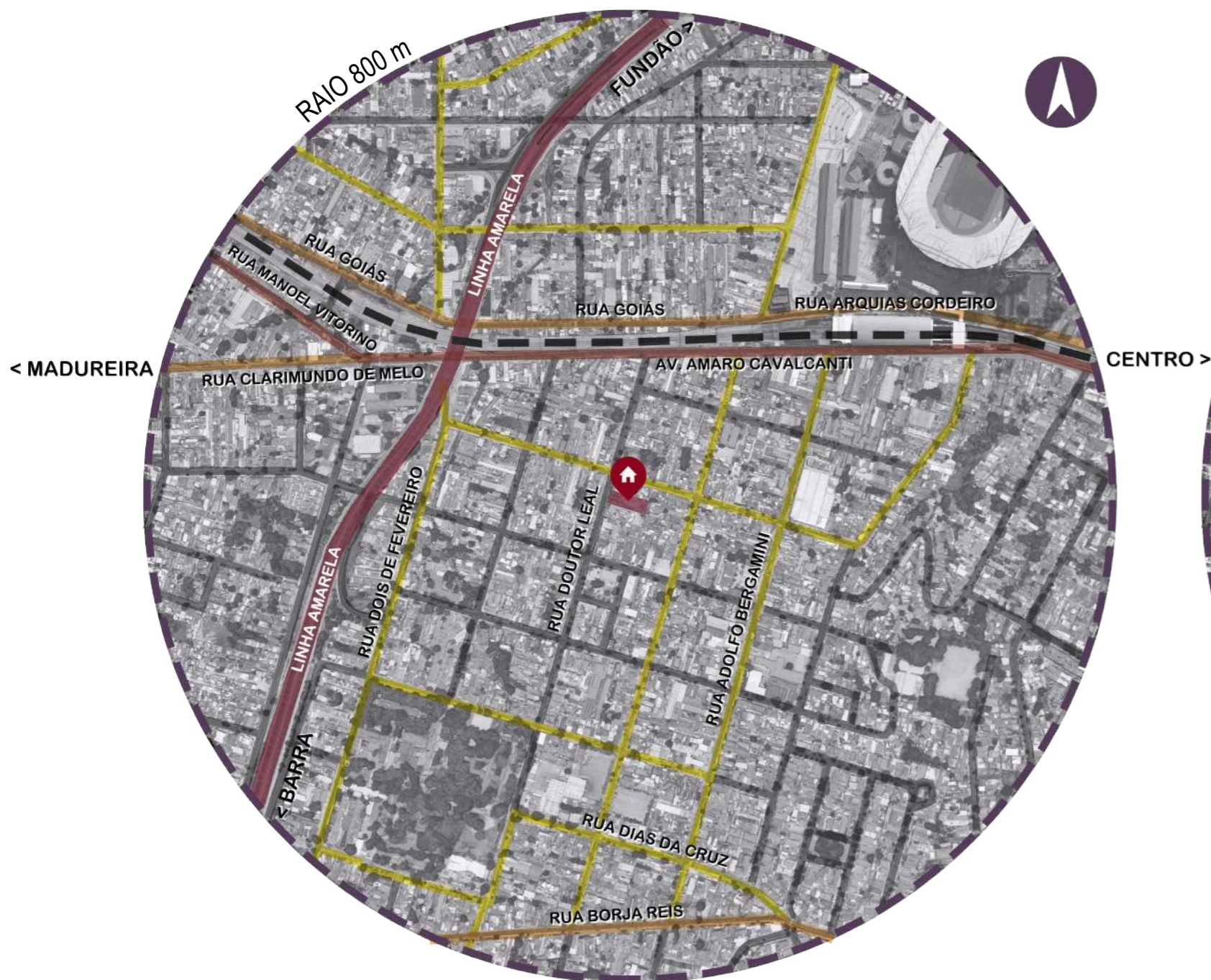
Sua localização é bastante estratégica, ficando entre o CAPS e a Estação Olímpica do Engenhão. O entorno imediato é residencial, estando o lote a apenas uma quadra da Praça Rio Grande do Norte e duas da Rua Adolfo Bergamini que é um subcentro de bairro, contando com mercado de grande porte, loteria, bancos, restaurantes e outros comércios.



Mapa de cheios e vazios do entorno imediato do lote.
Em vermelho, delimitação do lote em questão.
Fonte: acervo pessoal, 2021.


Localização do lote escolhido com relação ao CAPS de referência e o recorte inicialmente estudado. Fonte: acervo pessoal, 2021.

MAPA ENTORNO - VIÁRIO



Fonte: Acervo pessoal, 2021.

LEGENDA




- Linha ferroviária
- Vias estruturais expressas
- Vias arteriais principais
- Vias arteriais secundárias
- Vias coletoras
- Vias locais
-  RT

MAPA ENTORNO - TRANSPORTE PÚBLICO



Fonte: Acervo pessoal, 2021.

LEGENDA

-  Ponto de ônibus
-  Estação de trem - Estação Olímpica do Engenho de Dentro
-  RT

MAPA ENTORNO – COMÉRCIO EM GERAL



Fonte: Acervo pessoal, 2021.

LEGENDA

- | | | | |
|--|--------------------|--|-------------------|
| | Lojas em geral | | Correios |
| | Farmácias | | Bancos e loterias |
| | Postos de gasolina | | RT |

MAPA ENTORNO – COMÉRCIO ALIMENTÍCIO



Fonte: Acervo pessoal, 2021.

LEGENDA

- | | | | |
|--|---------------------|--|--------------------------|
| | Padarias | | Restaurantes/lanchonetes |
| | Bares | | RT |
| | Mercados/mercearias | | |

MAPA ENTORNO – INSTITUIÇÕES



Fonte: Acervo pessoal, 2021.

LEGENDA

- | | | | |
|--|-------------------------|--|---|
| | Repartições públicas | | Cultural: SESC (junto a estação de trem)
GRES Arranco (Rua Adolfo Bergamini) |
| | Instituições religiosas | | RT |
| | Escolas | | |

MAPA ENTORNO – SAÚDE



Fonte: Acervo pessoal, 2021.

LEGENDA

- | | | | | | |
|--|----------------------|--|---------------------------|--|-----|
| | CAPS II (Referência) | | IMAS Nise da Silveira | | RT |
| | CAPSad III | | Centro Municipal de Saúde | | UPA |
| | CAPS III | | Hospitais particulares | | |

MAPA ENTORNO - ESPAÇOS LIVRES DE LAZER



LEGENDA

- Práticas esportivas/eventos
- Praças
- 🏠 RT



Atividades na área externa do Engenheiro.



Praça Rio Grande do Norte.



Pista de skate e quadras da Vila Olímpica do Encantado.

PONTOS DE INTERESSE NO ENTORNO – TRAJETO A PÉ



Neste mapa são apresentados os trajetos para os pontos de interesse mais relevantes no entorno que podem ser acessados a pé. Foram consideradas duas velocidades médias de caminhada: a de 1,5 km/h que corresponde a uma pessoa idosa ou com mobilidade reduzida e a de 4,0 km/h que corresponde a uma pessoa jovem ou sem maiores dificuldades de locomoção, resultando em um tempo mínimo e um tempo máximo de caminhada para cada trajeto.

AB RT x PRAÇA RIO GRANDE DO NORTE

Distância: 150 m / Tempo: 2 a 6 minutos

AC RT x ESCOLA MUNICIPAL EDGAR SUSSEKIND M.

Distância: 450 m / Tempo: 6 a 18 minutos

AD RT x CAPS CLARICE LISPECTOR (REF.)

Distância: 950 m / Tempo: 14 a 38 minutos

AE RT x UPA

Distância: 750 m / Tempo: 11 a 30 minutos

AF RT x SUPERMERCADO GUANABARA

Distância: 350 m / Tempo: 5 a 14 minutos

AG RT x CORREIOS

Distância: 500 m / Tempo: 7 a 20 minutos

AH RT x ESTAÇÃO DE TREM e IGREJA DE SÃO JOSÉ

Distância: 800 m / Tempo: 12 a 32 minutos

AI RT x SESC

Distância: 900 m / Tempo: 13 a 36 minutos

AJ RT x ENGENHÃO

Distância: 1 km / Tempo: 15 a 40 minutos

AK RT x CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE

Distância: 1 km / Tempo: 15 a 40 minutos

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOTE

O LOTE E SEU ENTORNO IMEDIATO



Perspectiva do entorno, lote demarcado. Fonte: Google Earth, 2021.



Acesso e visão frontal do terreno. Fonte: Google Earth, 2021.

LEGISLAÇÃO - PARÂMETROS URBANÍSTICOS

ZONEAMENTO	TAXA DE OCUPAÇÃO	GABARITO	AFAST. FRONTAL	AFAST. LAT/FUNDOS	IAT
ZR4 Zona Residencial	60% Máx: 892,26 m ²	12 m (afastado ou não das divisas)	3,00 m	2,50 m	2,1 Máx: 3.122,91 m ²

Enquadramento: Decreto 322/1976 - Zoneamento do Município do Rio de Janeiro



Relação do terreno com as edificações do entorno. Fonte: Google Earth, 2021.



Calçada junto ao terreno. Fonte: Google Earth, 2021.



Presença de coqueiros no lote. Fonte: Google Earth, 2021.

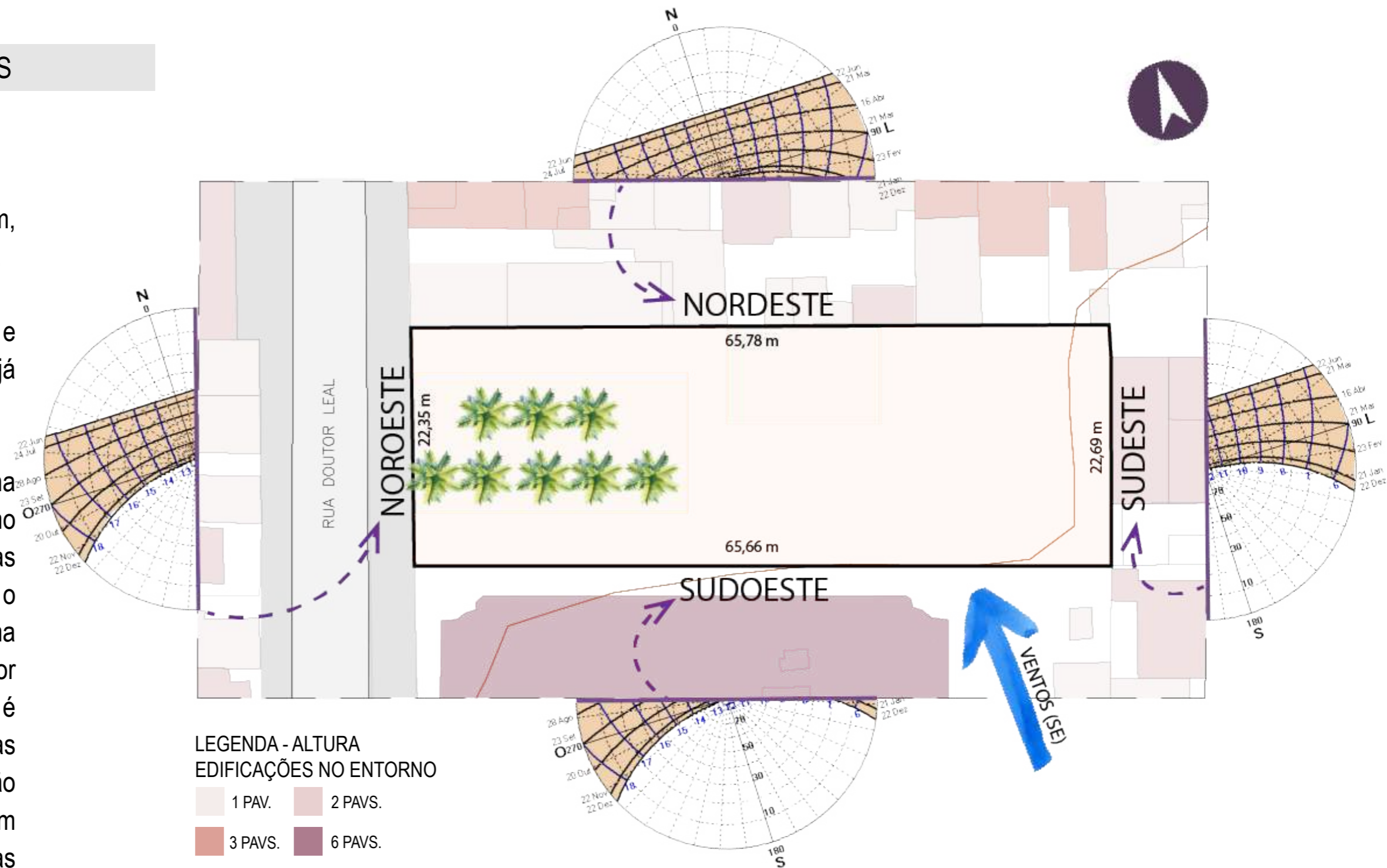
ASPECTOS FÍSICOS E AMBIENTAIS

ÁREA DO LOTE: 1.487,10 m²

RELEVO: Cota de soleira 27 m, terreno quase em sua totalidade plano.

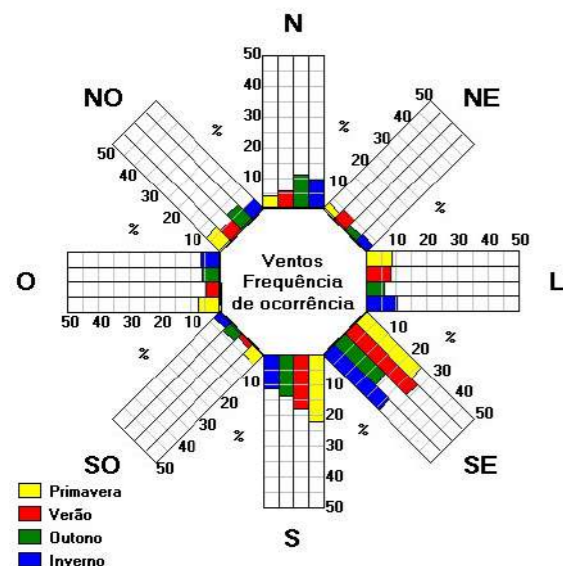
PRÉ-EXISTÊNCIAS: 8 coqueiros e uma edificação de 100 m² (já desconsiderada).

O Rio de Janeiro está localizado na Zona Bioclimática 8 e tem como principais estratégias bioclimáticas passivas a ventilação natural e o sombreamento das edificações. O clima da cidade é tropical, característico por ser quente e úmido. Assim, é recomendado que sejam adotadas grandes aberturas e que haja ventilação cruzada na maior parte do ano, bem como o uso de paredes e coberturas leves e refletoras. (ABNT, 2005)



Mapa diagnóstico do lote - aspectos físicos e ambientais.

Fonte: acervo pessoal, 2021.



INCIDÊNCIA SOLAR (NO)

SOLSTÍCIO DE INVERNO:
- 11h até 17h30
EQUINÓCIO:
- 11h30 até 18h
SOLSTÍCIO DE VERÃO:
- 12h até 18h30

INCIDÊNCIA SOLAR (NE)

SOLSTÍCIO DE INVERNO:
- 6h30 até 17h30
EQUINÓCIO:
- 6h até 15h30
SOLSTÍCIO DE VERÃO:
- 7h até 12h

INCIDÊNCIA SOLAR (SE)

SOLSTÍCIO DE INVERNO:
- 6h30 até 11h
EQUINÓCIO:
- 6h até 11h30
SOLSTÍCIO DE VERÃO:
- 5h até 12h

INCIDÊNCIA SOLAR (SO)

SOLSTÍCIO DE INVERNO:
- sem sol
EQUINÓCIO:
- 15h30 até 18h
SOLSTÍCIO DE VERÃO:
- 12h até 18h30

4.3 DIRETRIZES PROJETUAIS

A partir das características do lote, dos conceitos de cidade e habitação saudável, das análises de estudos de caso e de referências projetuais são definidas as seguintes diretrizes projetuais e construtivas:

(1) IMPLANTAÇÃO EM PAVIMENTO TÉRREO;

Prioridade na acessibilidade dos clientes; área do terreno possibilita que programa seja resolvido em pavimento único; conexão com as áreas exteriores.

(2) SISTEMA CONSTRUTIVO EM CONCRETO ARMADO E ALVENARIA TRADICIONAL;

Adotado principalmente porque possibilita flexibilidade para alterações futuras nas vedações internas pelos moradores; sistema já consagrado que demanda mão de obra menos especializada; facilidade para encontrar materiais.

(3) VOLUMETRIA COM PÁTIOS FRAGMENTADOS;

Oferta de possibilidades de experiências aos clientes; representa a desconstrução do modelo panóptico com pátio central como forma de controle; estratégia passiva de conforto ambiental.

(4) ESTRATÉGIAS PASSIVAS DE CONFORTO AMBIENTAL;

Priorizar estratégias que tirem partido da ventilação e iluminação naturais.

Com a implantação é importante atender às seguintes premissas projetuais também:

- a) Possibilidade de conexão com a comunidade e o entorno;
- b) Forte presença de área verde na área externa;
- c) Privacidade e individualidade através de suítes individuais;

- d) Apropriação dos espaços comuns pela flexibilização dos ambientes;
- e) Espaços para o convívio social;
- f) Espaços para atividades individuais e em grupo;
- g) Estímulo a autonomia;
- h) Acessibilidade/desenho universal;
- i) Materialidade que ofereça segurança.

Quanto às estratégias bioclimáticas ativas e de sustentabilidade, pretende-se adotar:

- a) Equipamentos com baixo consumo de água;
- b) Sistema de reuso de águas pluviais;
- c) Sistema fotovoltaico como fonte alternativa de energia;
- d) Horta orgânica.

4.4 PROGRAMA E SETORIZAÇÃO

O programa de necessidades foi elaborado principalmente com base nos estudos de caso, nas referências projetuais e no manual de ambientes dos CAPS e UA. Com isso, é definido um programa de necessidades com a definição dos ambientes e indicação das suas áreas mínimas.

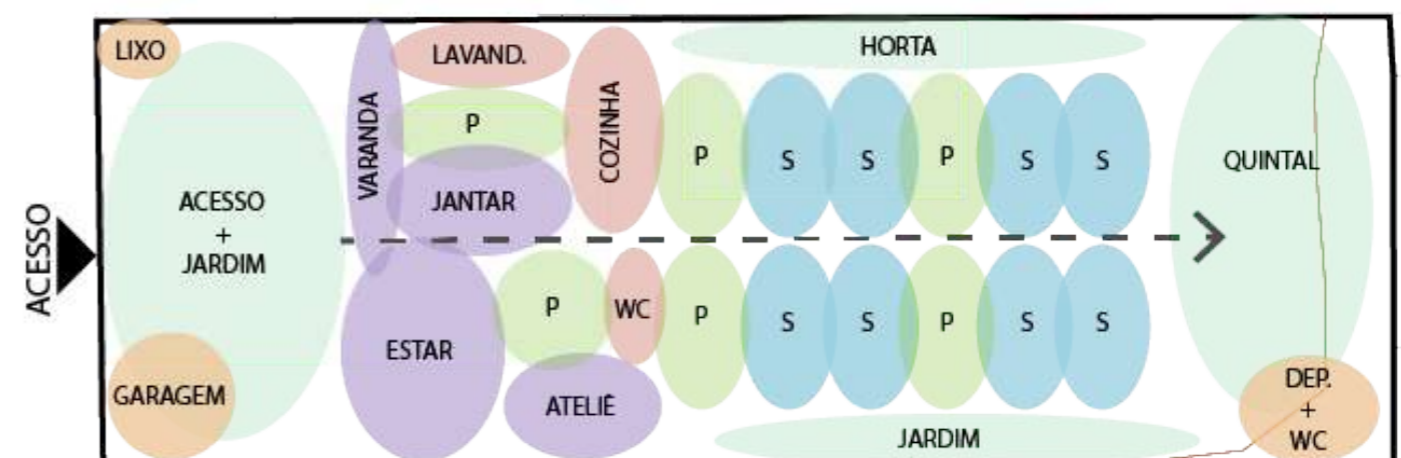
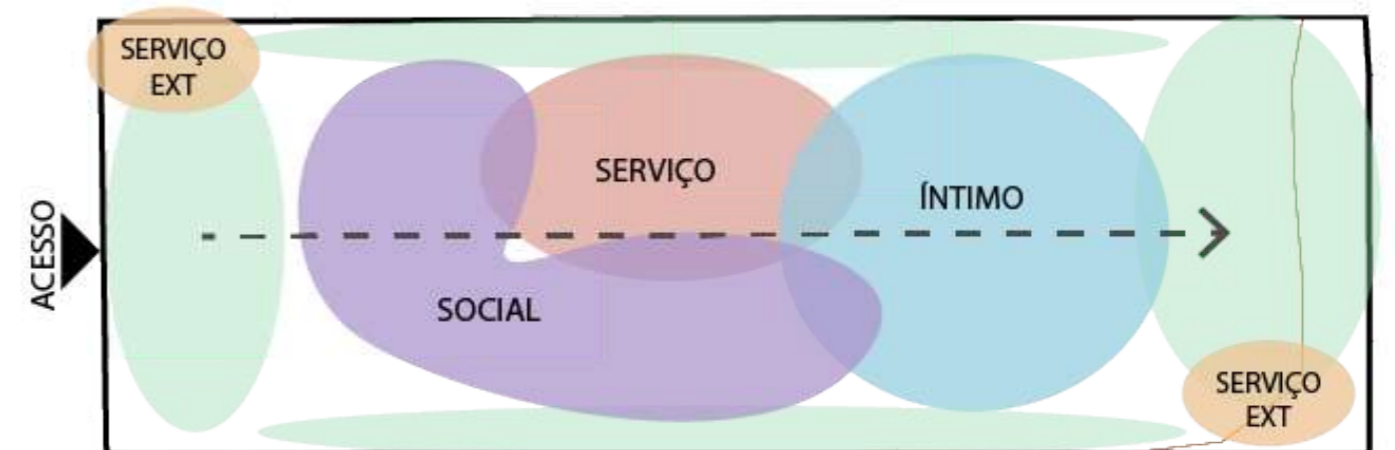
A Residência Terapêutica será projetada para 8 moradores na modalidade SRT Tipo II. Em sua elaboração é importante conjugar autonomia, privacidade e convívio social, suprimindo necessidades básicas e existenciais dos clientes. Ao mesmo tempo, o programa deve ser enxuto e compacto para não se aproximar da ideia de uma instituição que tem diversos ambientes para atividades.

São consideradas necessidades básicas: dormir, se alimentar (preparar e/ou consumir), higiene pessoal, estudar, trabalhar, se exercitar, cuidar do lar, lazer, descansar, convívio social. São consideradas necessidades existenciais: pertencer, expressar, elevar-se, doar-se, curar-se, conectar-se, entre outros.

SETORIZAÇÃO	AMBIENTES	ÁREA MÍNIMA (m ²)	
SOCIAL	Hall de acesso	6,00	
	Sala de Estar	36,00	
	Sala de Jantar	20,00	
	Ateliê (Trabalhos manuais)	20,00	
	Varanda	50,00	
SERVIÇO	Banheiro social	6,00	
	Cozinha	16,00	
	Despensa	6,00	
	Lavanderia / DML	10,00	
ÍNTIMO	Suítes (08)	25,00 x 8	
ÁREA INTERNA MÍNIMA		370,00	
ÁREA INTERNA MÍNIMA + CIRCULAÇÃO (20%)		444,00	
SOCIAL - EXTERNO	Jardim	ACESSO	
	Garagem reversível		
	Churrasqueira		
	Ducha	QUINTAL	
	Espaço fitness		
	Redário/repouso		
	Pátios descobertos		-
	Jardins		-
Horta	-		
SERVIÇO - EXTERNO	Banheiro	6,00	
	Depósito/oficina	12,00	
	Lixo	4,00	
ÁREA EXTERNA EDIFICADA MÍNIMA		20,00	

Para a setorização, algumas diretrizes:

- Ambientes sociais junto ao acesso da casa - transição entre o público e o privado, fazendo uma gradação desde a rua e a calçada até esses ambientes sociais para convívio; facilita filtrar o acesso de visitantes resguardando as áreas íntimas; necessário soluções de sombreamento e ventilação para a orientação nordeste, que recebe todo sol da tarde;
- Ambientes de serviço próximos aos sociais - apoiam os ambientes sociais e a cozinha tem uma função quase social;
- Ambientes íntimos mais ao fundo da edificação - privacidade para os clientes; ideia de percorrer o lote para realizar as atividades diárias pode auxiliar na autonomia e nas ideias de pertencimento e conexão. Pela característica estreita do lote os quartos serão distribuídos em mais de uma fachada demandando soluções que atendam o conforto ambiental.



Estudos iniciais de setorização. Fonte: Acervo pessoal, 2021.

4.5 ESTUDOS INICIAIS

Como partida da implantação foi adotada malha com módulo mínimo de 2,5 x 2,5 m, pensando no sistema construtivo de concreto armado com alvenaria convencional e tomando proveito da característica quase regular do lote. Dentro dessa malha, um módulo conta com 6,25 m², área próxima aos menores ambientes do programa. Já para o posterior lançamento estrutural, o vão máximo adotado seria de três módulos x dois módulos (7,50 m x 5,00).

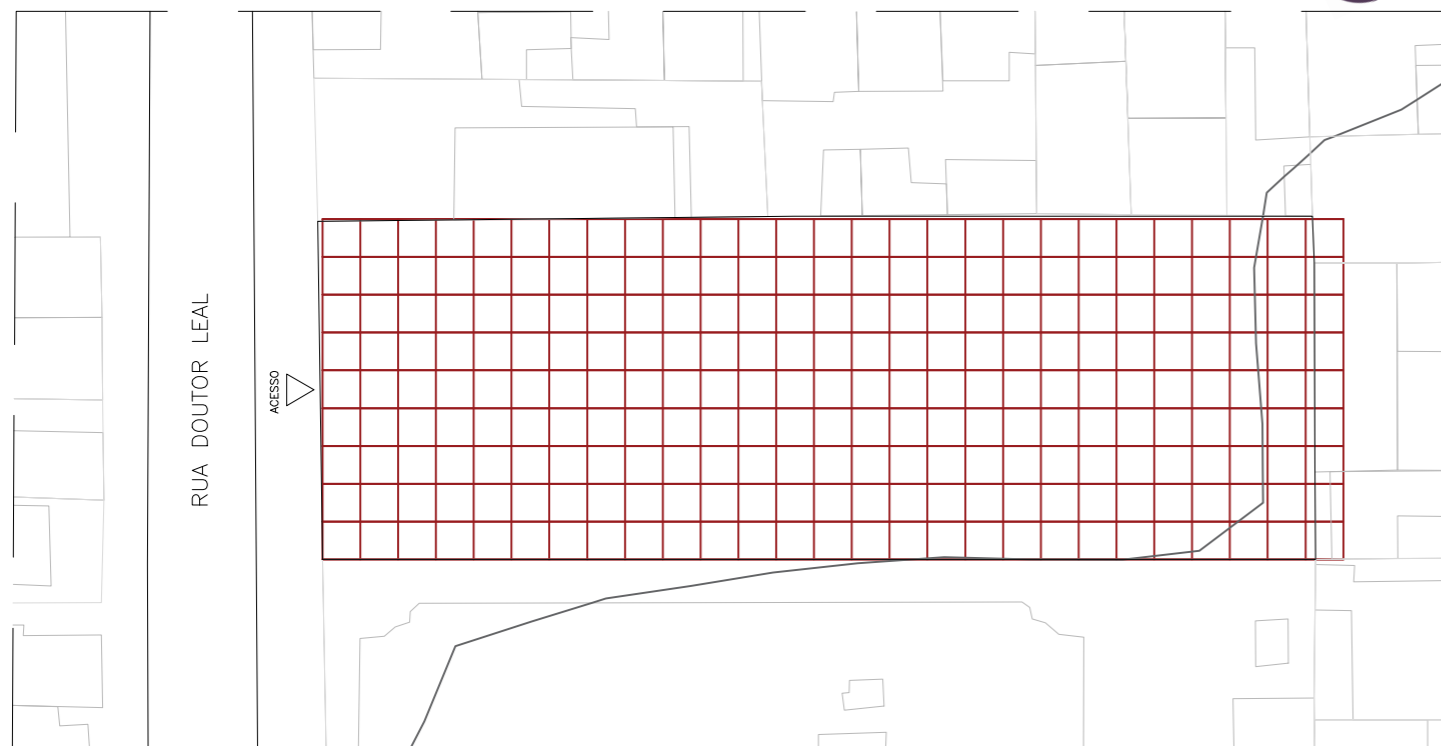
A implantação foi pensada a partir da organização de 8 suítes, duas a duas, partindo da premissa de que deveriam estar descoladas das divisas para favorecer a ventilação natural. Cada suíte tem duas fachadas voltadas para a área externa. São favorecidas as questões mais introspectivas e de privacidade, sem deixar de lado as ideias de conexão e pertencimento. Já os ambientes sociais e de serviço mais próximos ao acesso da casa criam uma grande área de convívio social em conjunto com o jardim de acesso. Optou-se por colar esses ambientes nas divisas do terreno como estratégia de proteger os ambientes mais íntimos do acesso e ao mesmo tempo conectar rua e área social.



IMPLANTAÇÃO - BANCA PRELIMINAR

ESC: 1/500

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



MALHA SOBRE LOTE

ESC: 1/500

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



ESQUEMA DE IMPLANTAÇÃO

ESC: 1/500

Fonte: Acervo pessoal, 2021.

4.6. PROPOSTA FINAL

A partir dos estudos iniciais, definiu-se um volume único para os ambientes internos sociais e de serviço. Neste primeiro volume foram incorporados dois coqueiros do lote em um gesto na busca aproveitar melhor sua área, tomar partido das pré-existências e aproximar-se da rua.

Os volumes dos quartos passam a tomar partido da ideia de fragmentação, assim como os pátios já faziam, e se dispõem ao longo do lote em um movimento alternado.

Com estas definições, a envoltória começa a tomar forma. A escolha das soluções de cobertura acompanha o pensamento anterior. Para o volume único é adotado telhado de duas águas, destacando o eixo dos coqueiros. Essa escolha também se relaciona ao impacto no imaginário dos clientes, já que remete a ideia tradicional de casa, favorecendo o entendimento da edificação como lar. A estrutura dessa cobertura é mantida aparente, unificando o ambiente social e permitindo um pé direito maior. Foi escolhida para essa cobertura telha fotovoltaica de concreto, que capta energia solar.

Para os quartos, a cobertura em uma água acompanha o jogo de movimentos alternados e favorece questões de conforto ambiental, como a permeabilidade da ventilação e também o isolamento térmico que o colchão de ar entre laje e telhado geram, corroborada ainda mais pela escolha da telha termoacústica, também conhecidas como telhas sanduíche.



Fonte: Acervo pessoal, 2021.



MURO E ACESSO AO LOTE

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



RUA DOUTOR LEAL



IMPLANTAÇÃO - LEGENDA

- (01) Acesso principal
- (02) Acesso secundário
- (03) Jardim
- (04) Espaço reversível
- (05) Varanda
- (06) Abrigo pets

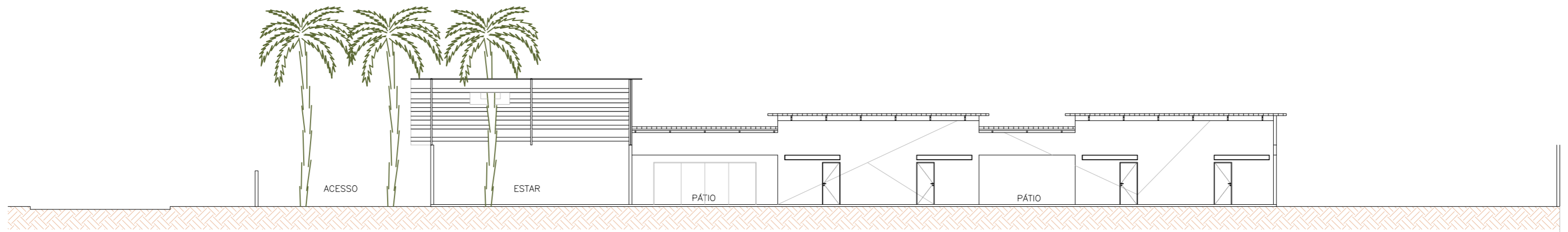
- (07) Hall de acesso
- (08) Pátio
- (09) Sala de Estar
- (10) Ateliê
- (11) Sala de Jantar
- (12) Cozinha

- (13) Despensa
- (14) Abrigo lixo
- (15) Bicicletário
- (16) Lavanderia
- (17) Banheiro social
- (18) Circulação

- (19) Suíte
- (20) Banheiro privativo
- (21) Varanda privativa
- (22) Circulação de serviço
- (23) Horta orgânica
- (24) Oficina

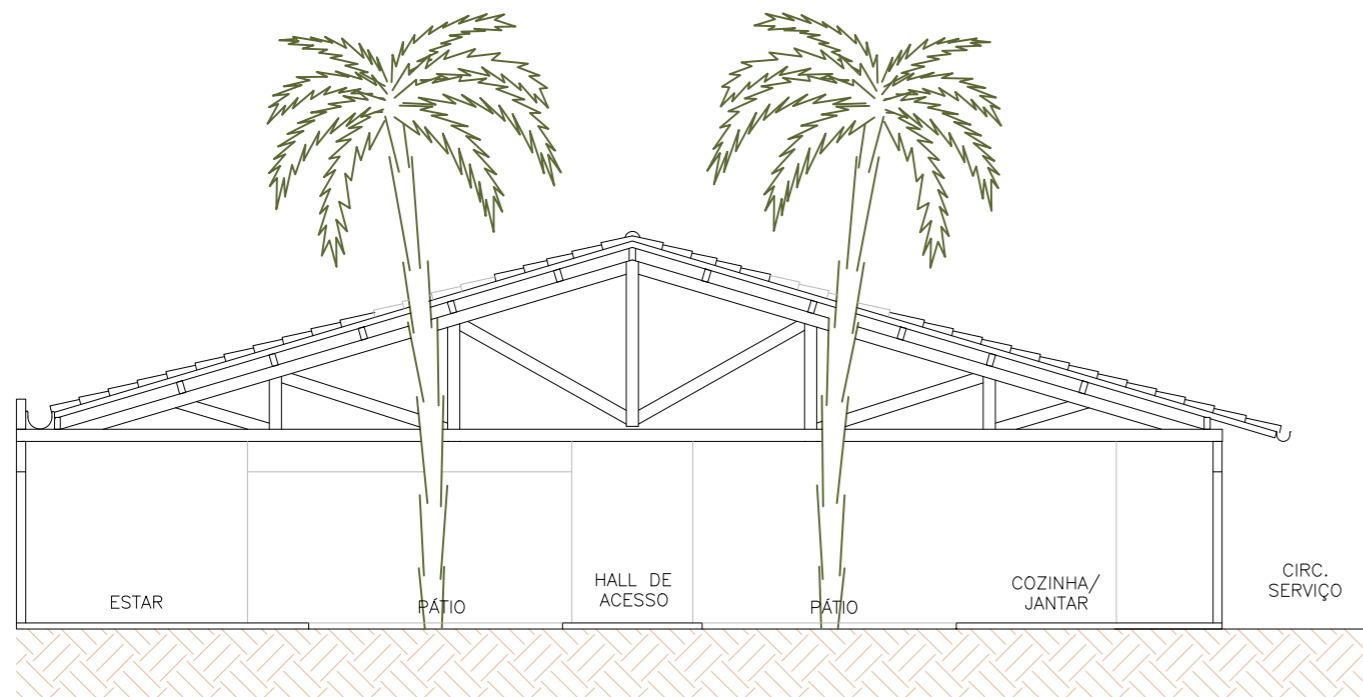
- (25) Depósito
- (26) Banheiro externo
- (27) Quintal
- (28) Ducha
- (29) Churrasqueira
- (30) Deck de repouso

PLANTA - ESC. 1/200
Fonte: Acervo pessoal, 2021.



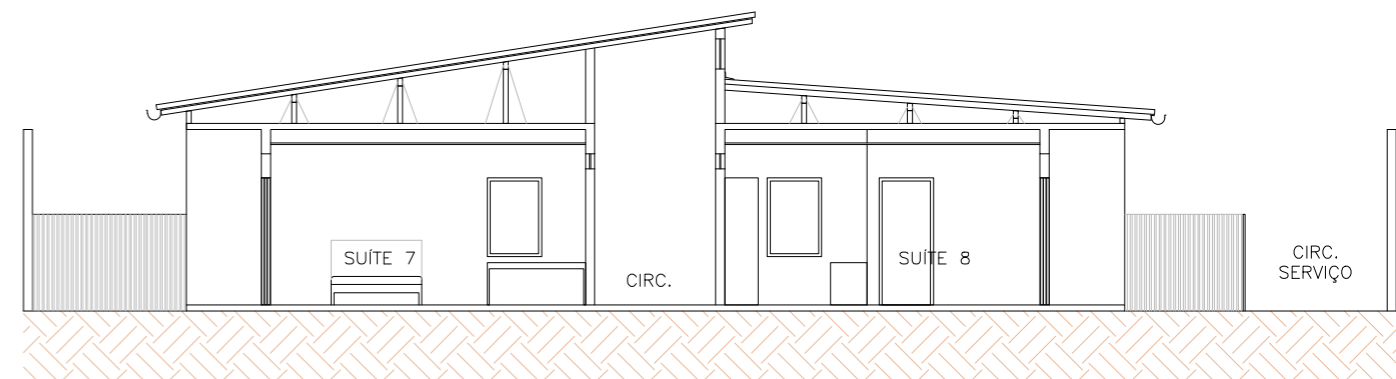
CORTE A
esc 1/200

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



CORTE B
esc 1/125

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



CORTE C
esc 1/125

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



SUÍTE – LAYOUT COM CAMA DE CASAL

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



SUÍTE – CIRCULAÇÕES ACESSÍVEIS E VENTILAÇÃO

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



SUÍTE – BANHEIRO ACESSÍVEL

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



FACHADA PRINCIPAL E JARDINS DE ACESSO

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



FACHADA PRINCIPAL E VARANDA

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



CIRCULAÇÃO DE SERVIÇO

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



VARANDAS PRIVATIVAS VOLTADAS PARA CIRCULAÇÃO – FECHAMENTO LEVE

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



PÁTIO SENSORIAL – AUDIÇÃO TRABALHADA COM O USO DA ÁGUA

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



QUINTAL – DUCHA, CHURRASQUEIRA, DECK DE REPOUSO E JARDINS

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



QUINTAL VISTO DA CHURRASQUEIRA – AO FUNDO A HORTA ORGÂNICA

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



DECK DE REPOUSO E FACHADA DOS FUNDOS

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



QUINTAL VISTO DO JARDIM DAS ESPREGUIÇADEIRAS

Fonte: Acervo pessoal, 2021.



VISTA SUPERIOR DA RESIDÊNCIA

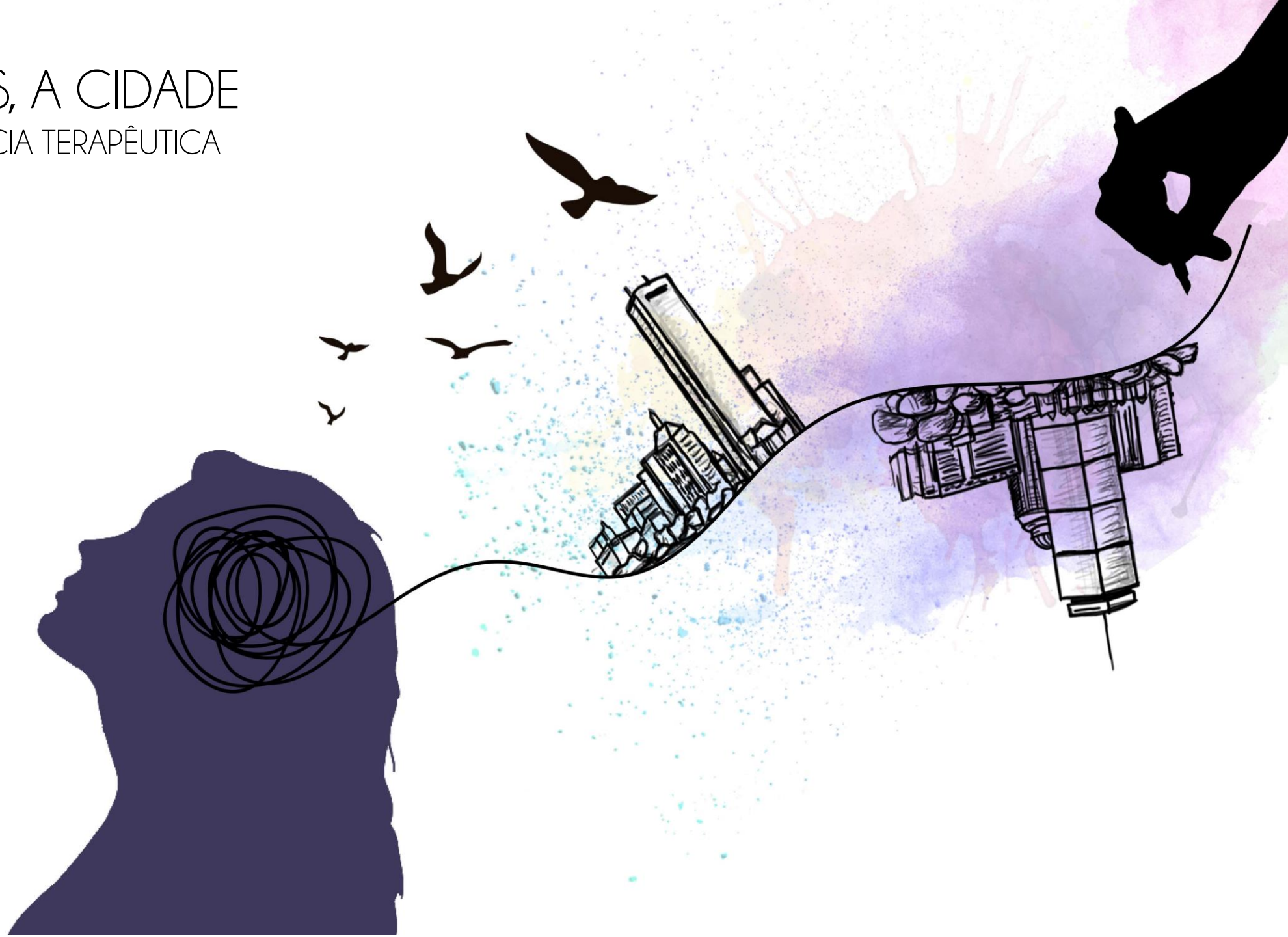
Fonte: Acervo pessoal, 2021.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, Paulo. (org.) *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. *A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios*. 2018.
- ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro: Genocídio: 60 Mil Mortos no Maior Hospício do Brasil*. São Paulo: Geração, 2013.
- ARÍS, E. e RUIZ, J. *La arquitectura y su significación existencial*. UNED Revista Signa 24 (2015), pags.443-462 (PDF)
- BACHELARD, Gaston. *O novo espírito científico; A poética do espaço*. Nova Cultural, 1988.
- BICHO de sete cabeças. Direção de Lais Bodanzky. Buriti Filmes: Brasil, 2001.
- BRASIL. Congresso. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília, DF. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de Fevereiro de 2000. Brasília, DF. 2001
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Brasília, DF. 2001
- COSTEIRA, Elza. *Humanização e a Arquitetura da Saúde Mental*. In: Palestras ABDEH, 2019, Rio de Janeiro. 69 slides.
- DOS LOUCOS e das rosas. Direção de Jorge Furtado. TV NBR. Brasil, 2011. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/dos-loucos-e-das-rosas>
- EM NOME da razão. Direção de Helvécio Ratton. Grupo Novo de Cinema Produções e Distribuições de Filmes Brasileiros; Associação Mineira de Saúde Mental. Brasil, 1979. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cvjyjwl4G9c>
- FAGUNDES JÚNIOR, Hugo Marques; DESVIAT, Manuel; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. *Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1449-1460, 2016. OUTROS
- FONTES, Maria Paula Zambrano. *Imagens da arquitetura da saúde mental. Um estudo de representações sociais*. In: SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani. (org). *Saúde e Arquitetura – caminhos para a humanização dos ambientes*. Editora SENAC Rio, Rio de Janeiro, 2004.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 7ª edição. Rio de Janeiro: Editora: Perspectiva, 1972.

- FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. Tradução de Roberto Machado. 1ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 20ª edição. Petrópolis: Vozes, 1999.
- GAROTA interrompida. Direção de James Mangold. Columbia Pictures: EUA, 1999.
- GUATTARI, Félix; DELEUZE, Gilles. Mil platôs. Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro, v. 34, 1995.
- HEIDEGGER, Martin; CASTILHO, F. Ser e tempo—edição bilíngue. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria. O alienista (1882). São Paulo: Martin Claret, 2003.
- MONTANER, Josep Maria; MUXÍ, Zaida. Arquitectura e política: ensaios para mundos alternativos. Gustavo Gili, 2014.
- NISE: o coração da loucura. Direção de Roberto Berliner. TvZero: Brasil, 2016.
- PALLASMAA, Juhani. Habitar. Editorial Gustavo Gili, 2016.
- RODRIGUES, Bruna Mota. Moradia como meio de reabilitação psicossocial: um estudo de residências terapêuticas no Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado PROARQ/UFRJ, Rio de Janeiro, 2019.
- SANTOS, Daniel Nardelli. Caminhando rumo a cidade: aspectos da inserção de pacientes psiquiátricos no ambiente urbano. Dissertação de mestrado PROARQ/UFRJ, Rio de Janeiro, 2018.
- SOMMER, Robert. Espaço Pessoal: as bases comportamentais de projetos e pensamentos. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 197.
- TUAN, Yi-Fu. Espaço e Lugar: a perspectiva da experiência. Tradução: Livia de Oliveira. São Paulo: Difel, 1983.
- TUAN, Yi-Fu. Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. São Paulo: Difel, 1980.
- UM ESTRANHO no ninho. Direção de Milos Forman. Produção de Michael Douglas e Saul Zaentz. Warner Home Vídeo: EUA, 1975.
- UMA MENTE brilhante. Direção de Ron Howard. Universal, Dreamworks. EUA, 2001.

AOS LOUCOS, A CIDADE
PROJETO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA



- Relação entre **saúde mental** e **produção arquitetônica residencial**, com foco nas Residências Terapêuticas.
- As Residências Terapêuticas (RTs) são:
 - Moradias alternativas ao espaço hospitalar manicomial;
 - Estratégia de desinstitucionalização de pessoas em sofrimento mental vindas de longas internações.
- Contexto da **Luta Antimanicomial** e da **Reforma Psiquiátrica Brasileira**;
 - Busca pela melhoria e humanização na assistência à saúde mental.
 - Desinstitucionalização;
 - Promoção de autonomia;
 - Reinserção social;
 - Tratamento digno.

RELEVÂNCIA
SOCIAL

RELEVÂNCIA
PARA O
PÚBLICO-
ALVO

RELEVÂNCIA
TEÓRICO-
ACADÊMICA



Imagem – Ato do Movimento da Luta Antimanicomial. Fonte: Brasil de Fato, 2017.

OBJETIVOS

O **objetivo geral** é desenvolver proposta de projeto arquitetônico para Residência Terapêutica no recorte específico do bairro Engenho de Dentro no Rio de Janeiro.

ESPECÍFICOS

- Trazer para discussão as possíveis **contribuições da arquitetura na Reforma Psiquiátrica**;
- Desenvolver proposta que possibilite aos clientes **integração à comunidade, convívio social, acessibilidade, apropriação, privacidade e autonomia**;
- Trabalhar o espaço arquitetônico com **enfoque fenomenológico**, considerando as necessidades existenciais;
- Desenvolver projeto de **habitação saudável**, com base nas premissas da arquitetura bioclimática;
- Desenvolver proposta com características e soluções arquitetônicas compatíveis com o **contexto específico** em questão mas que conceitualmente possam atender ou nortear a concepção de RTs em outros contextos.

METODOLOGIA

QUANTITATIVA

- **PESQUISA DOCUMENTAL**: análise de dados e estatísticas sobre a saúde mental e os clientes.

QUALITATIVA

- **PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**: imersão na bibliografia sobre o tema;
- **ESTUDOS DE CASO**: apreensão do cotidiano da clientela;
- **PESQUISA DE CAMPO**: visita e levantamento no recorte;
- **ANÁLISE DE RECORTES POTENCIAIS**: para escolha do recorte e do lote para implantação.

OBJETO: Projeto prático que consiste em **proposta de projeto arquitetônico** para uma **nova edificação** de Residência Terapêutica, pensado para **recorte específico** no **Engenho de Dentro** de forma a se **adequar ao contexto** e com soluções arquitetônicas que atendam **necessidades básicas** e **necessidades existenciais** dos clientes.

ANTIGUIDADE (2000 a.C. – 476 d.C.)

- Loucura Divina;
- Assistência à saúde prestada em templos por sacerdotes – **arquitetura templária.**

IDADE MÉDIA (500 – 1500 d.C.)

- Doenças e loucura eram punições por pecados - relação entre fé e razão;
- **Domus Dei – hospitalias;**
- A Nau dos Loucos;
- Epidemia de lepra.

IDADE MODERNA (1500 – 1789 d.C.)

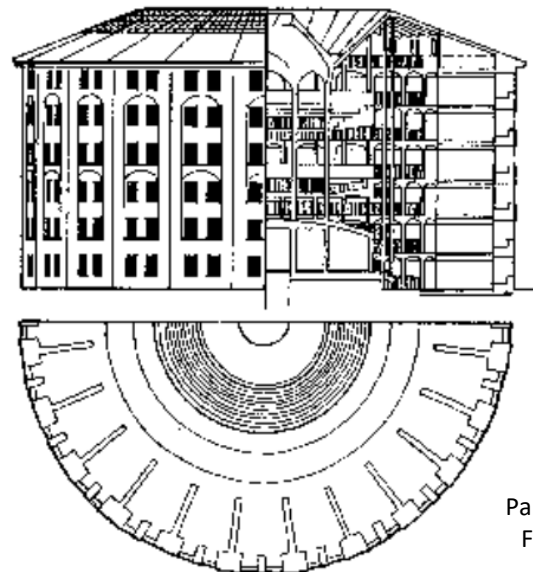
- **RENASCIMENTO:** aumento da complexidade na arquitetura hospitalar;
- **ABSOLUTISMO:** A Grande Internação – os Hospitais Gerais;
- **ILUMINISMO:** Panóptico de Bentham.

IDADE CONTEMPORÂNEA (1789 – atualmente)

- **REVOLUÇÃO FRANCESA**
 - Philippe Pinel
 - Medicalização dos hospitais;
 - **Nascimento da Psiquiatria;**
- **PÓS GUERRAS MUNDIAIS**
 - Movimentos de reforma.

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

- Década de 1940: Atuação de Nise da Silveira
- Década de 1980: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e Movimento da Luta Antimanicomial
- 2001 – **Aprovada a Lei 10.216:** conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial.



Panóptico de Bentham.
Fonte: Fontes, 2004.

ESPAÇO PESSOAL

SOMMER (1973): É uma área com **limites invisíveis e indefinidos** que circundam o corpo das pessoas, uma espécie de **território portátil** que se expande ou se retrai.

ESPAÇO EXISTENCIAL

ARÍS E RUIZ (2015): Significado existencial da arquitetura baseado em um conceito de lugar que não trata dela só como **espaço interior** e nem só como uma **preexistência ambiental**, mas sim como a relação entre ambos. Essa relação traz expressividade para a obra arquitetônica, situando-a como um **centro** que supre necessidades do habitar e do **ser-no-mundo** para o homem.

APROPRIAÇÃO | INDIVIDUALIDADE | AUTONOMIA → PERTENCIMENTO

HUMANIZAÇÃO

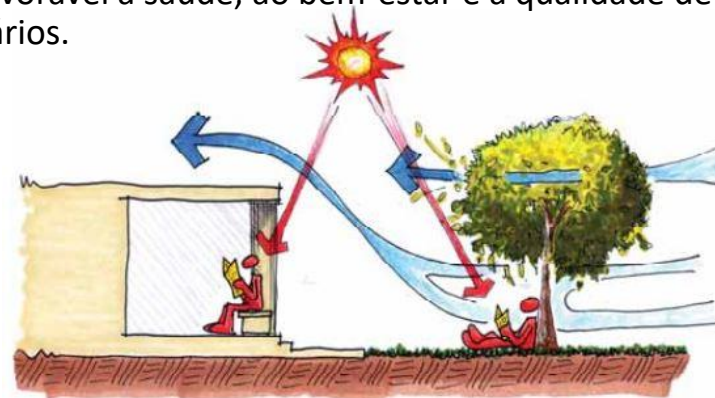
A **Política Nacional de Humanização** desde 2003 busca modificar a cultura institucional das políticas e programas do SUS através de **práticas de atenção e gestão no dia a dia**, de forma a **promover a troca e a comunicação** entre os envolvidos: **gestores, trabalhadores e usuários**. Implica em um conjunto de ações, comportamentos e valores que promovam **ambientes e relações interpessoais acolhedores e de qualidade**. Tudo isso em busca pela melhor forma de cuidado e por novas formas de organizar o trabalho na saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

CIDADES SAUDÁVEIS

- Estratégia de promoção de **saúde** que objetiva melhorar a **qualidade de vida** da população local.
- Uma cidade saudável deve proporcionar (OMS):
 - 1) um ambiente físico limpo e seguro;
 - 2) um ecossistema estável e sustentável;
 - 3) alto suporte social, sem exploração;
 - 4) alto grau de participação social;
 - 5) necessidades básicas satisfeitas;
 - 6) acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações;
 - 7) economia local diversificada e inovativa;
 - 8) orgulho e respeito pela herança biológica e cultural;
 - 9) serviços de saúde acessíveis a todos e
 - 10) alto nível de saúde.

HABITAÇÕES SAUDÁVEIS

- A habitação é um dos principais espaços que consolida a ideia de promoção de saúde dentro do conceito mais amplo de cidade saudável. Habitação saudável sugere um ambiente de morar favorável à saúde, ao bem-estar e à qualidade de vida dos usuários.

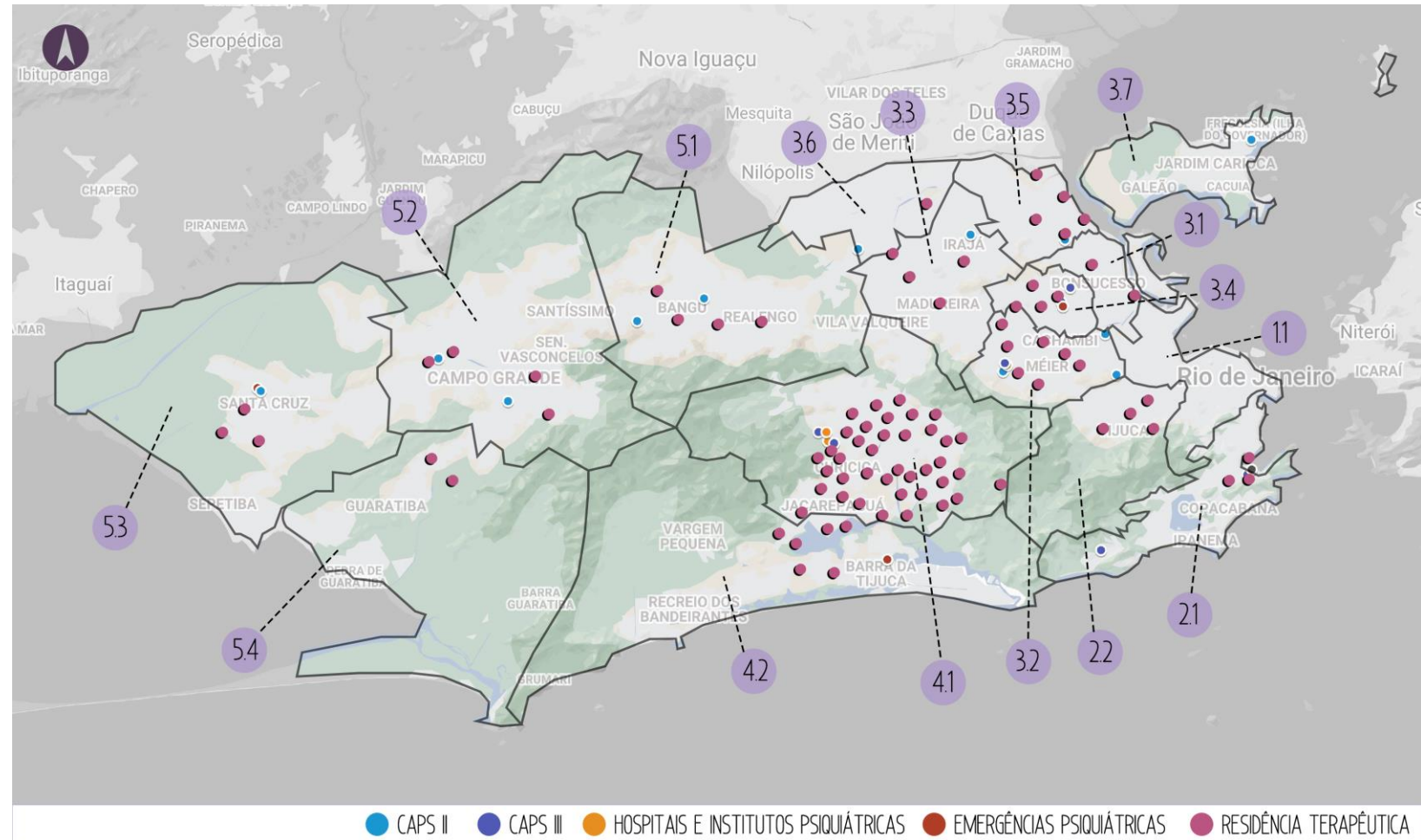


- A **RAPS** é uma estratégia municipal de **atenção à saúde mental** através da criação, ampliação e **articulação de pontos de atenção**, sejam eles ações ou dispositivos, no intuito de **fortalecer o modelo antimanicomial**.

- Os **CAPS** (Centros de Atenção Psicossocial) são dispositivos articuladores da RAPS.

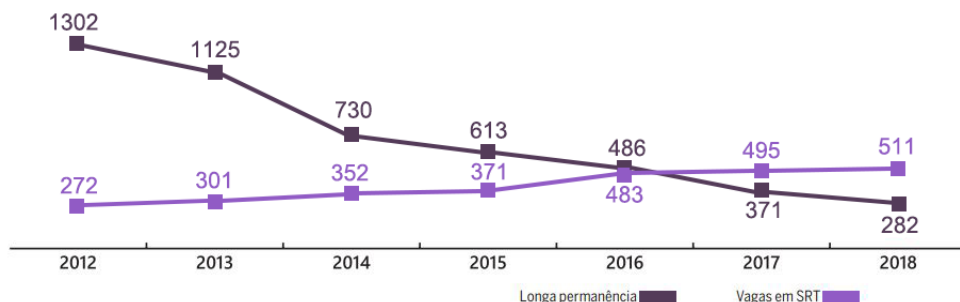
São responsáveis por:

- Oferecer oficinas terapêuticas, atividades artísticas, orientação, psicoterapia e atendimento domiciliar;
- Coordenar e acompanhar o processo de desinstitucionalização;
- Atendem todas as faixas etárias e gravidades de transtorno:
 - CAPS I: +20.000 habitantes;
 - CAPS II: +70.000 habitantes;
 - CAPS III: +200.000 habitantes, 24h e leitos noturnos;
 - CAPSi: especializado em crianças e adolescentes;
 - CAPSad: especializado em transtornos decorrentes do uso de drogas e álcool, 24h e leitos noturnos.

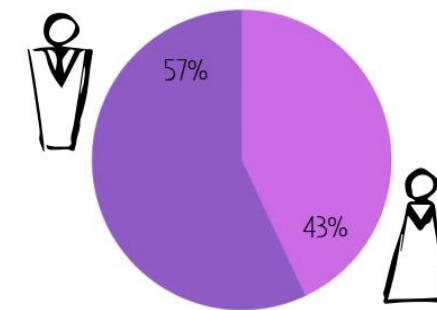
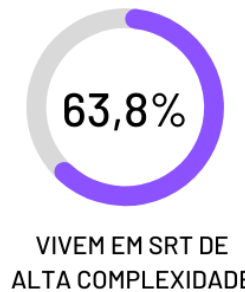


• Serviço Residencial Terapêutico (SRT):

- Principal estratégia de desinstitucionalização da RAPS;
- Espaços de morar - casas ou apartamentos - inseridos no espaço urbano;
- Grupos de 1 a 8 moradores;
- Suporte profissional
 - Diário de acordo com necessidades individuais.
 - Por CAPS de referência.
- Modalidades:
 - SRT Tipo 1: clientes mais autônomos.
 - SRT Tipo 2: clientes mais graves, com maior dependência.
- Incentivo financeiro na implantação e custeio mensal (Ministério da Saúde).

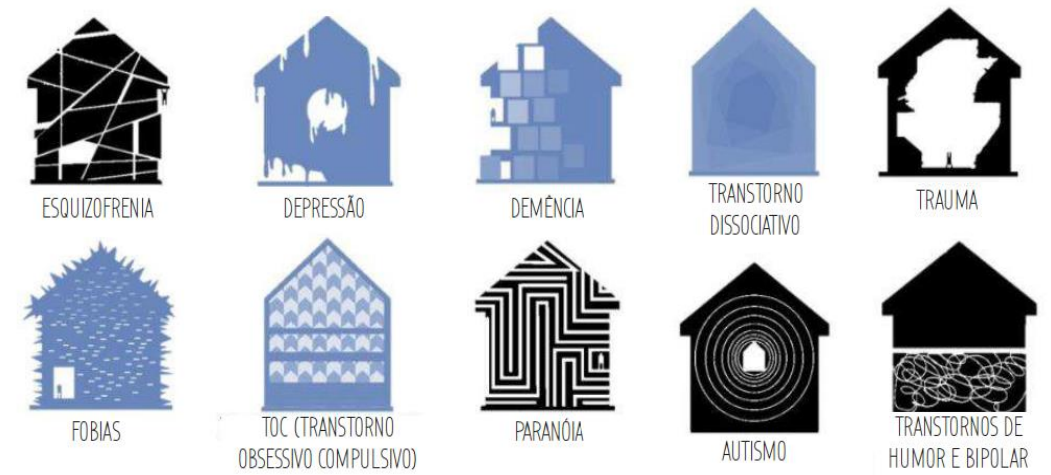


• Sobre os clientes:



41% SÃO IDOSOS

MUITOS ESTÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

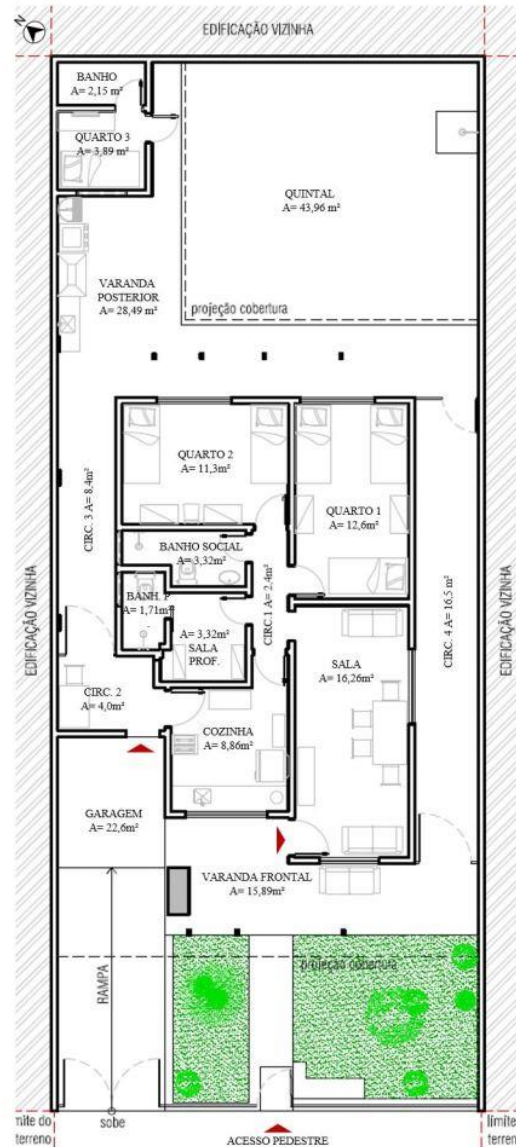


- Configuração tipológica;
- Localização e entorno;
- Ambientes e conforto ambiental;
- Conflitos de convivência;
- Apropriação e autonomia.

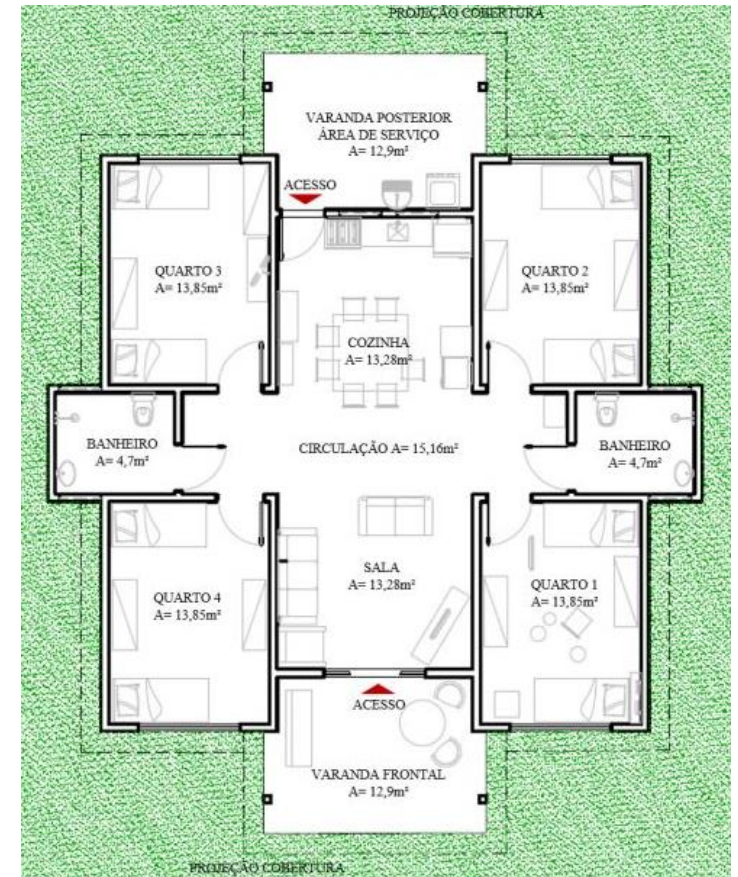
RT TIPO 1 - APARTAMENTO



RT TIPO 2 – CASA EM CONDOMÍNIO



RT TIPO 3 – CASA EM VILA DE RTs

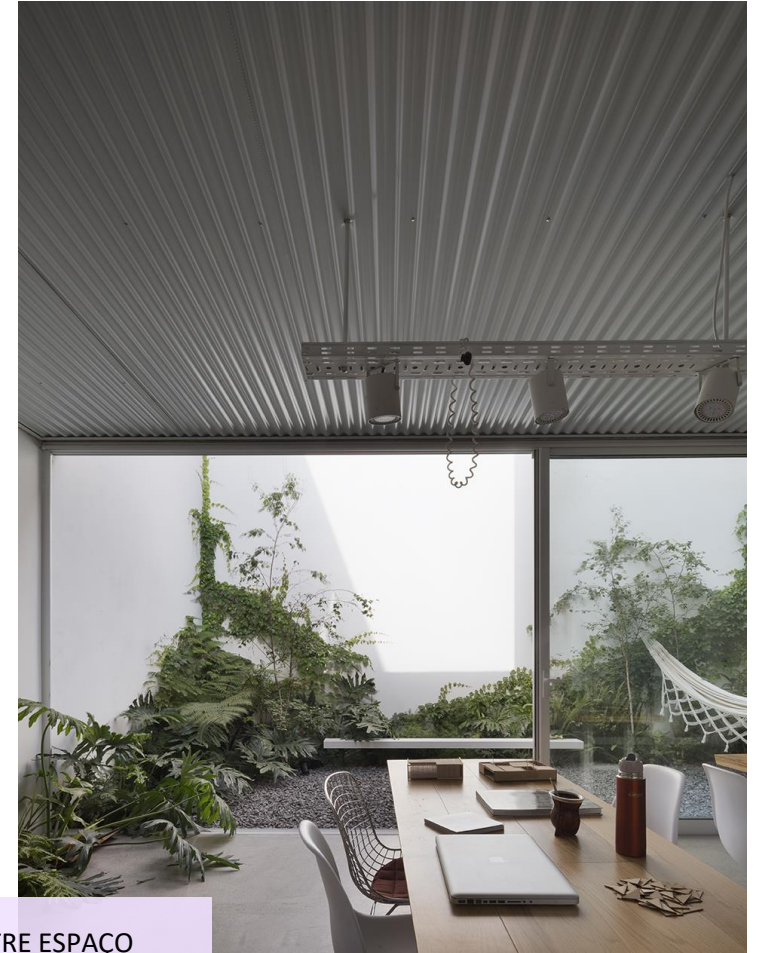




SENSAÇÃO DE AMPLITUDE DAS CIRCULAÇÕES ATRAVÉS NÃO SÓ DE SUAS DIMENSÕES MAS DAS DIVERSAS E AMPLAS ABERTURAS



RELAÇÃO ENTRE ESPAÇO INTERIOR E ESPAÇO EXTERIOR ATRAVÉS DE PÁTIOS; AMPLITUDE DAS ABERTURAS.



USO DA COR EM DESTAQUE EM ALGUNS ELEMENTOS, COMO ESQUADRIAS E ESTRUTURA, CRIANDO CONTRASTE NA ARQUITETURA



ELEMENTOS VAZADOS: PERMEABILIDADE VISUAL E DE VENTILAÇÃO; IDENTIDADE.



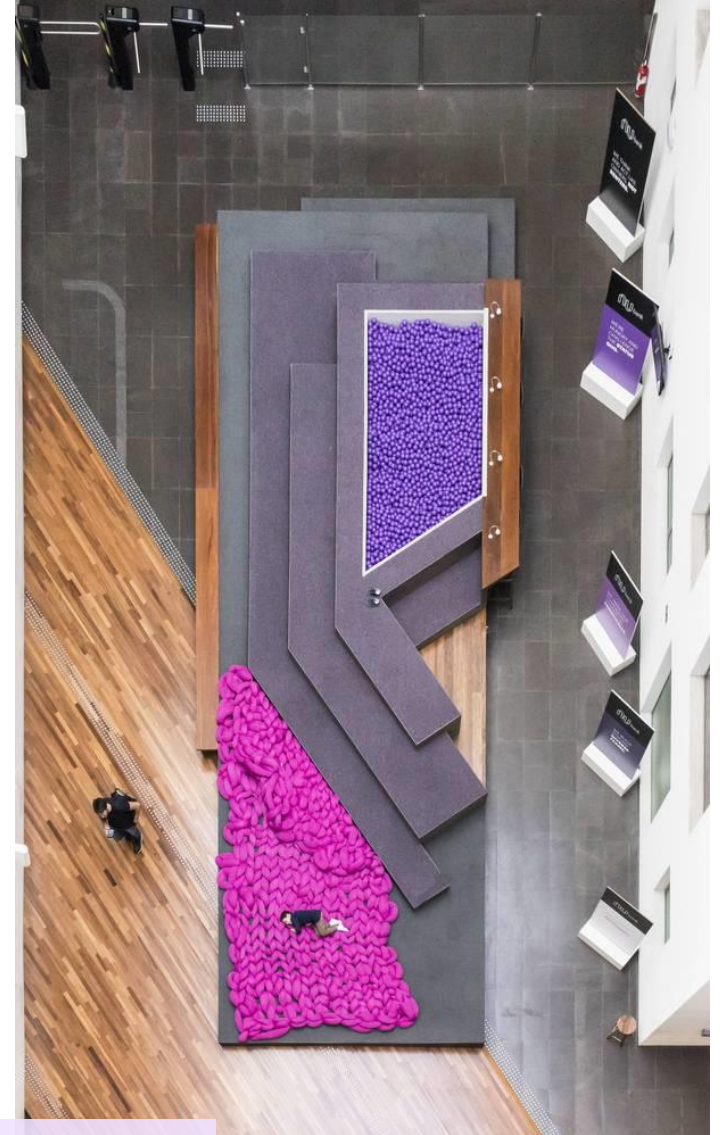
ESTRUTURA DE TELHADO APARENTE



VOLUMETRIA MARCADA POR TELHADOS DE UMA ÁGUA

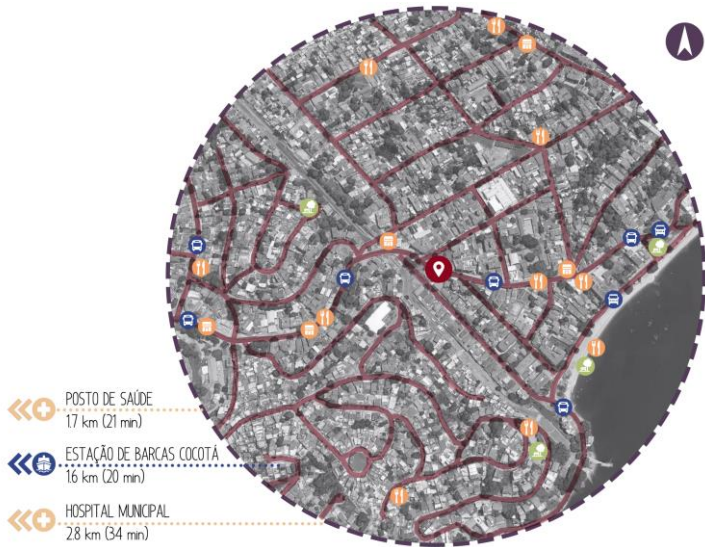


MOBILIÁRIOS QUE PERMITEM DIVERSAS APROPRIAÇÕES NO USO





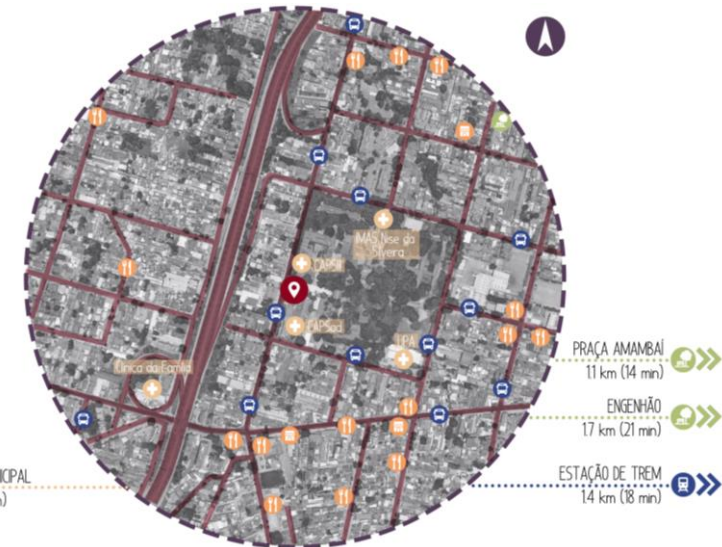
BANCÁRIOS (ILHA)



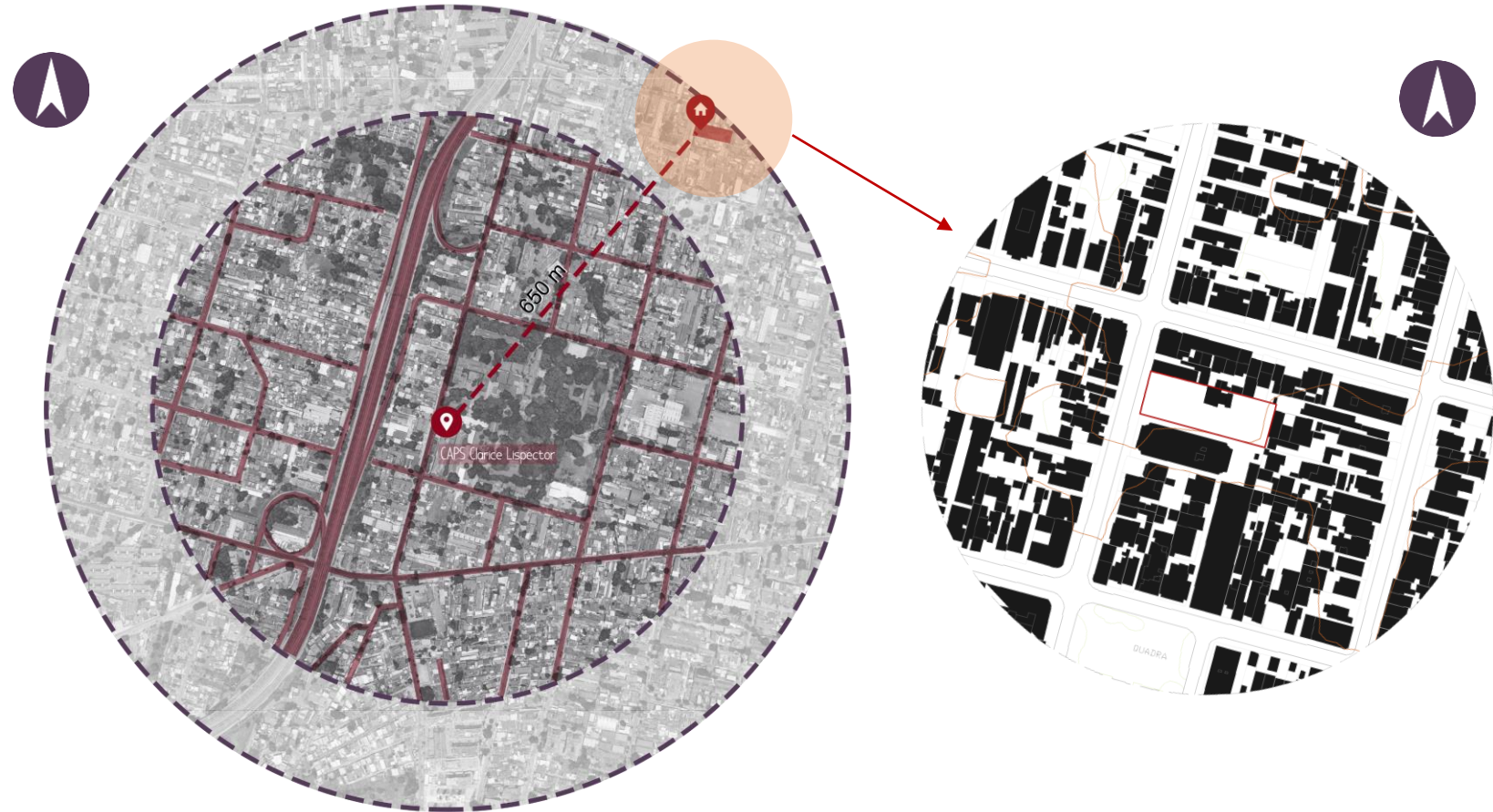
IRAJÁ



ENGENHO DE DENTRO



- Foi escolhido o recorte do **Engenho de Dentro** para implantação do projeto por ser o que mais se alinha às características essenciais buscadas, com um maior equilíbrio entre elas.
- Bairro caracteristicamente **residencial** que se destaca na oferta de serviços de saúde, bem como o comércio e o lazer.
- O lote escolhido para a implantação da Residência Terapêutica fica em um raio de 700m do CAPS de referência, na Rua Doutor Leal, 241.
- Com área de 1.487,10 m², atualmente sua ocupação como estacionamento é bastante rarefeita, configurando-o como um lote urbano subutilizado.



Localização do lote escolhido com relação ao CAPS de referência e o recorte inicialmente estudado. Fonte: acervo pessoal, 2021.

Mapa de cheios e vazios do entorno imediato do lote. Em vermelho, delimitação do lote em questão. Fonte: acervo pessoal, 2021.





LEGENDA

- Linha ferroviária
- Vias estruturais expressas
- Vias arteriais principais
- Vias arteriais secundárias
- Vias coletoras
- Vias locais
- 🏠 RT



LEGENDA

- 🚏 Ponto de ônibus
- 🚊 Estação de trem - Estação Olímpica do Engenho de Dentro
- 🏠 RT



AB RT x PRAÇA RIO GRANDE DO NORTE

Distância: 150 m / Tempo: 2 a 6 minutos

AC RT x ESCOLA MUNICIPAL EDGAR SUSSEKIND M.

Distância: 450 m / Tempo: 6 a 18 minutos

AD RT x CAPS CLARICE LISPECTOR (REF.)

Distância: 950 m / Tempo: 14 a 38 minutos

AE RT x UPA

Distância: 750 m / Tempo: 11 a 30 minutos

AF RT x SUPERMERCADO GUANABARA

Distância: 350 m / Tempo: 5 a 14 minutos

AG RT x CORREIOS

Distância: 500 m / Tempo: 7 a 20 minutos

AH RT x ESTAÇÃO DE TREM e IGREJA DE SÃO JOSÉ

Distância: 800 m / Tempo: 12 a 32 minutos

AI RT x SESC

Distância: 900 m / Tempo: 13 a 36 minutos

AJ RT x ENGENHÃO

Distância: 1 km / Tempo: 15 a 40 minutos

AK RT x CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE

Distância: 1 km / Tempo: 15 a 40 minutos

PROPOSTA | CARACTERIZAÇÃO DO LOTE



PROPOSTA | CARACTERIZAÇÃO DO LOTE



PROPOSTA | CARACTERIZAÇÃO DO LOTE

INCIDÊNCIA SOLAR (NO)

SOLSTÍCIO DE INVERNO:

- 11h até 17h30

EQUINÓCIO:

- 11h30 até 18h

SOLSTÍCIO DE VERÃO:

- 12h até 18h30

INCIDÊNCIA SOLAR (NE)

SOLSTÍCIO DE INVERNO:

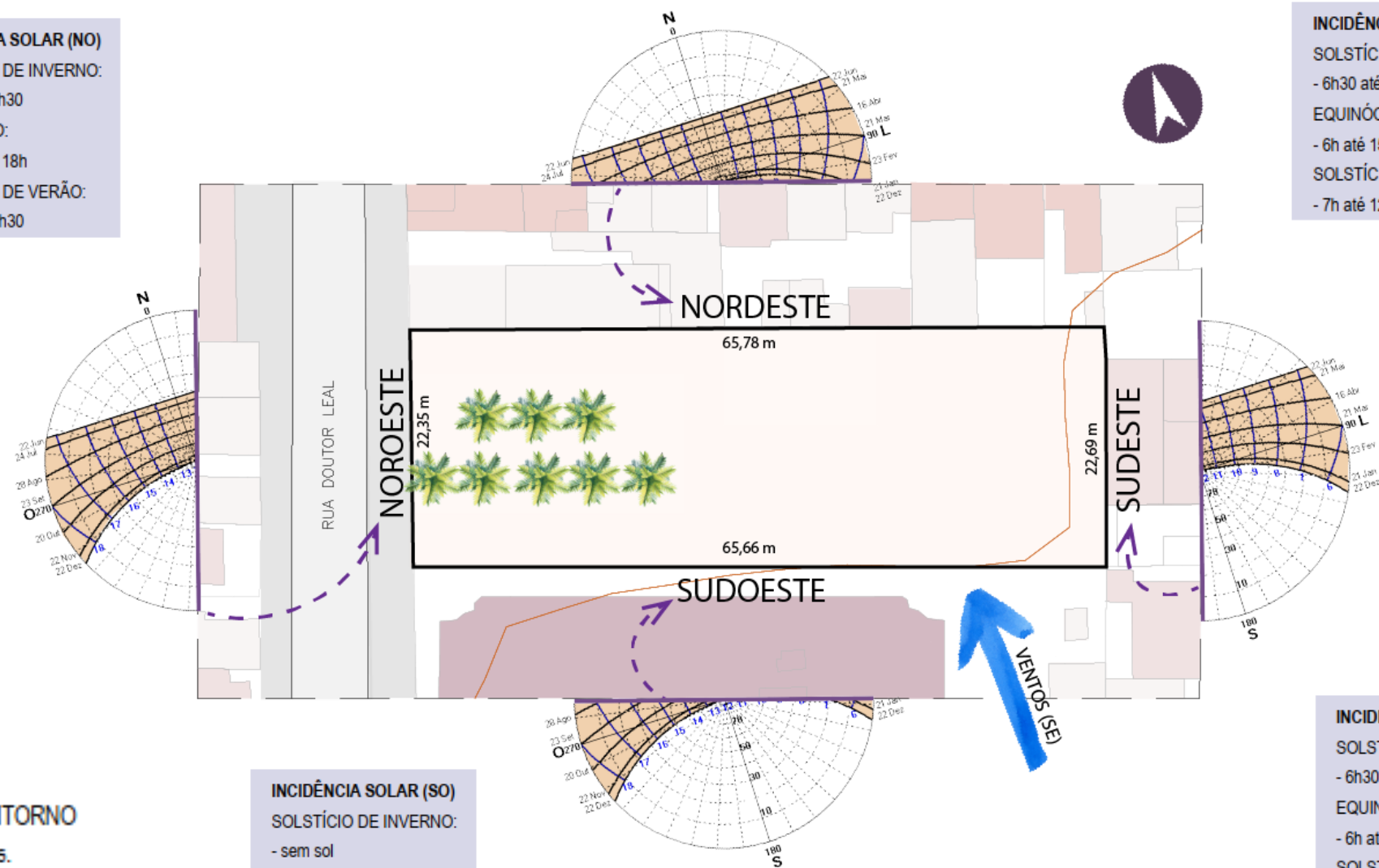
- 6h30 até 17h30

EQUINÓCIO:

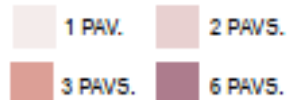
- 6h até 15h30

SOLSTÍCIO DE VERÃO:

- 7h até 12h



LEGENDA - ALTURA EDIFICAÇÕES NO ENTORNO



INCIDÊNCIA SOLAR (SO)

SOLSTÍCIO DE INVERNO:

- sem sol

EQUINÓCIO:

- 15h30 até 18h

SOLSTÍCIO DE VERÃO:

- 12h até 18h30

INCIDÊNCIA SOLAR (SE)

SOLSTÍCIO DE INVERNO:

- 6h30 até 11h

EQUINÓCIO:

- 6h até 11h30

SOLSTÍCIO DE VERÃO:

- 5h até 12h

(1) IMPLANTAÇÃO EM PAVIMENTO TÉRREO;

Prioridade na acessibilidade dos clientes; área do terreno possibilita que programa seja resolvido em pavimento único; conexão com as áreas exteriores.

(2) SISTEMA CONSTRUTIVO EM CONCRETO ARMADO E ALVENARIA TRADICIONAL;

Adotado principalmente porque possibilita flexibilidade para alterações futuras nas vedações internas pelos moradores; sistema já consagrado que demanda mão de obra menos especializada; facilidade para encontrar materiais.

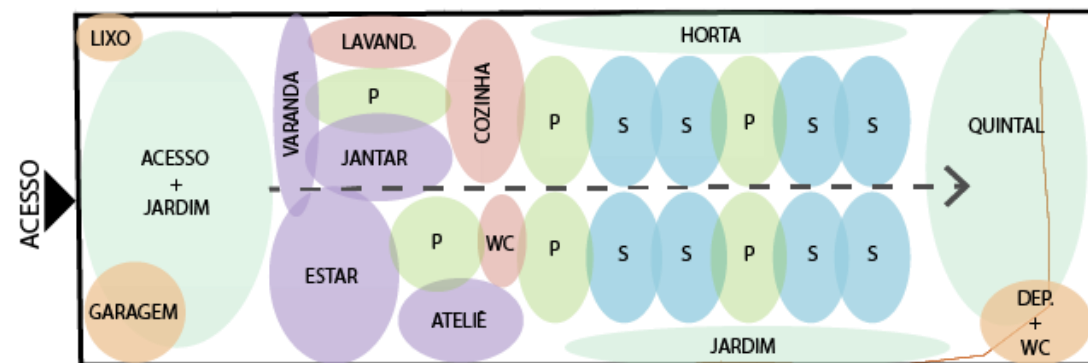
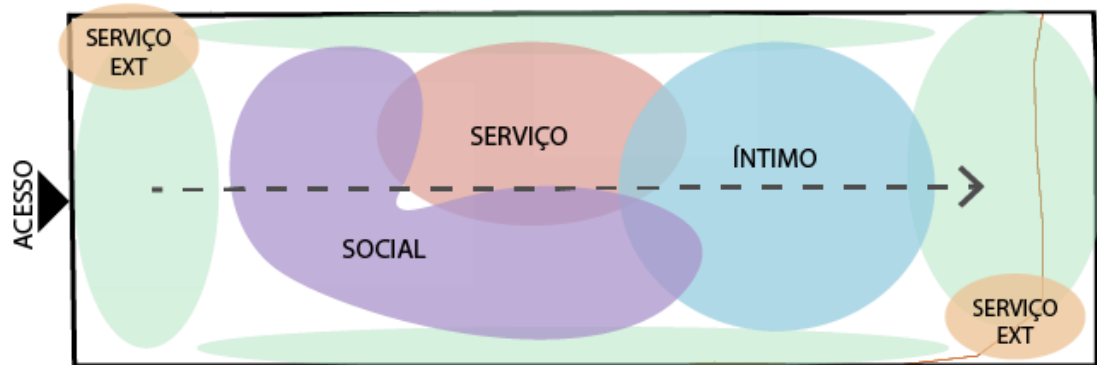
(3) VOLUMETRIA COM PÁTIOS FRAGMENTADOS;

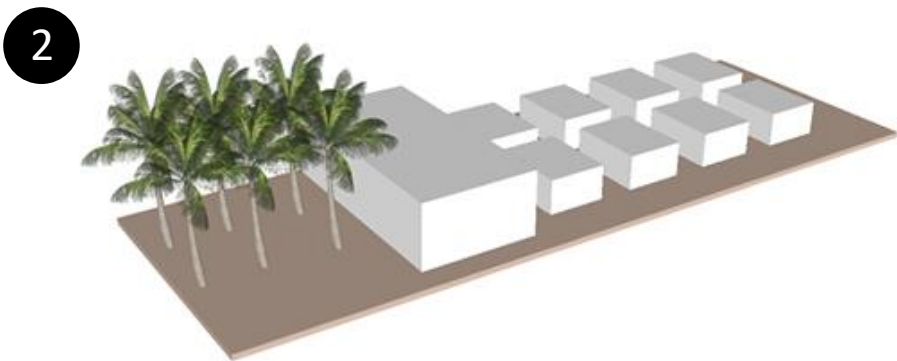
Oferta de possibilidades de experiências aos clientes; representa a desconstrução do modelo panóptico que tem o pátio central como forma de controle.

(4) ESTRATÉGIAS PASSIVAS DE CONFORTO AMBIENTAL;

Priorizar estratégias que tirem partido da ventilação e iluminação naturais

SETORIZAÇÃO	AMBIENTES	ÁREA MÍNIMA (m ²)			
SOCIAL	Hall de acesso	6,00	SOCIAL - EXTERNO	Jardim	ACESSO
	Sala de Estar	36,00		Garagem reversível	
	Sala de Jantar	20,00		Churrasqueira	QUINTAL
	Ateliê (Trabalhos manuais)	20,00		Ducha	
	Varanda	50,00		Espaço fitness	
		Redário/repouso			
SERVIÇO	Banheiro social	6,00		Pátios descobertos	-
	Cozinha	16,00		Jardins	-
	Despensa	6,00		Horta	-
	Lavanderia / DML	10,00			
ÍNTIMO	Suítes (08)	25,00 x 8	SERVIÇO - EXTERNO	Banheiro	6,00
		Depósito/oficina		12,00	
		Lixo		4,00	
ÁRFA INTERNA MÍNIMA		370,00	ÁREA EXTERNA EDIFICADA MÍNIMA		20,00
ÁREA INTERNA MÍNIMA + CIRCULAÇÃO (20%)		444,00			









RUA DOUTOR LEAL



- (01) Acesso principal
- (02) Acesso secundário
- (03) Jardim
- (04) Espaço reversível
- (05) Varanda
- (06) Abrigo pets
- (07) Hall de acesso
- (08) Pátio
- (09) Sala de Estar
- (10) Ateliê
- (11) Sala de Jantar
- (12) Cozinha
- (13) Despensa
- (14) Abrigo lixo
- (15) Bicletário
- (16) Lavanderia
- (17) Banheiro social
- (18) Circulação
- (19) Suíte
- (20) Banheiro privativo
- (21) Varanda privativa
- (22) Circulação de serviço
- (23) Horta orgânica
- (24) Oficina
- (25) Depósito
- (26) Banheiro externo
- (27) Quintal
- (28) Ducha
- (29) Churrasqueira
- (30) Deck de repouso

Área edificada: 604 m²

PLANTA BAIXA



RUA DOUTOR LEAL

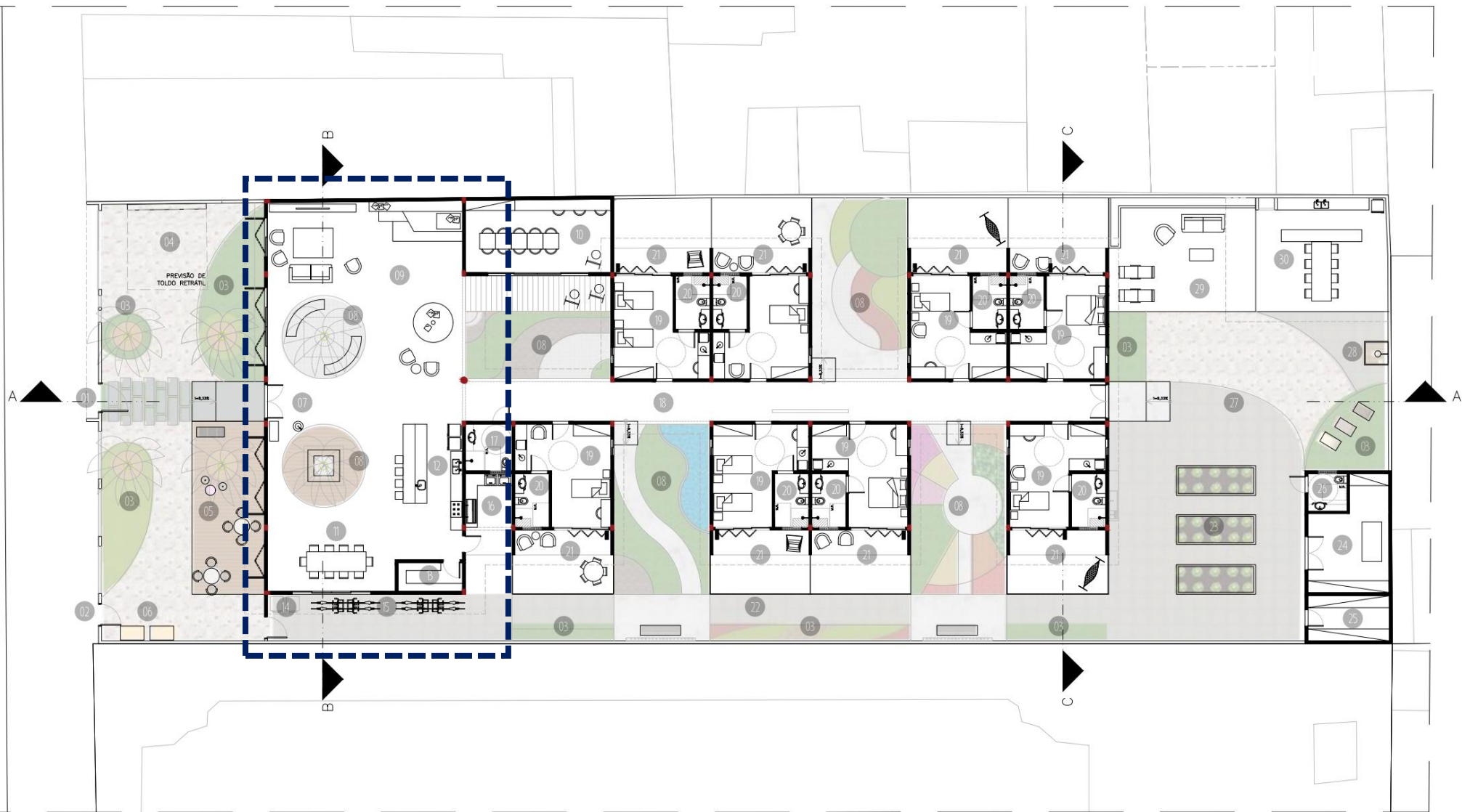


- (01) Acesso principal
- (02) Acesso secundário
- (03) Jardim
- (04) Espaço reversível
- (05) Varanda
- (06) Abrigo pets
- (07) Hall de acesso
- (08) Pátio
- (09) Sala de Estar
- (10) Ateliê
- (11) Sala de Jantar
- (12) Cozinha
- (13) Despensa
- (14) Abrigo lixo
- (15) Bicletário
- (16) Lavanderia
- (17) Banheiro social
- (18) Circulação
- (19) Suíte
- (20) Banheiro privativo
- (21) Varanda privativa
- (22) Circulação de serviço
- (23) Horta orgânica
- (24) Oficina
- (25) Depósito
- (26) Banheiro externo
- (27) Quintal
- (28) Ducha
- (29) Churrasqueira
- (30) Deck de repouso

PLANTA BAIXA



RUA DOUTOR LEAL



- (01) Acesso principal
- (02) Acesso secundário
- (03) Jardim
- (04) Espaço reversível
- (05) Varanda
- (06) Abrigo pets
- (07) Hall de acesso
- (08) Pátio
- (09) Sala de Estar
- (10) Ateliê
- (11) Sala de Jantar
- (12) Cozinha
- (13) Despensa
- (14) Abrigo lixo
- (15) Bicletário
- (16) Lavanderia
- (17) Banheiro social
- (18) Circulação
- (19) Suíte
- (20) Banheiro privativo
- (21) Varanda privativa
- (22) Circulação de serviço
- (23) Horta orgânica
- (24) Oficina
- (25) Depósito
- (26) Banheiro externo
- (27) Quintal
- (28) Ducha
- (29) Churrasqueira
- (30) Deck de repouso

PLANTA BAIXA



RUA DOUTOR LEAL

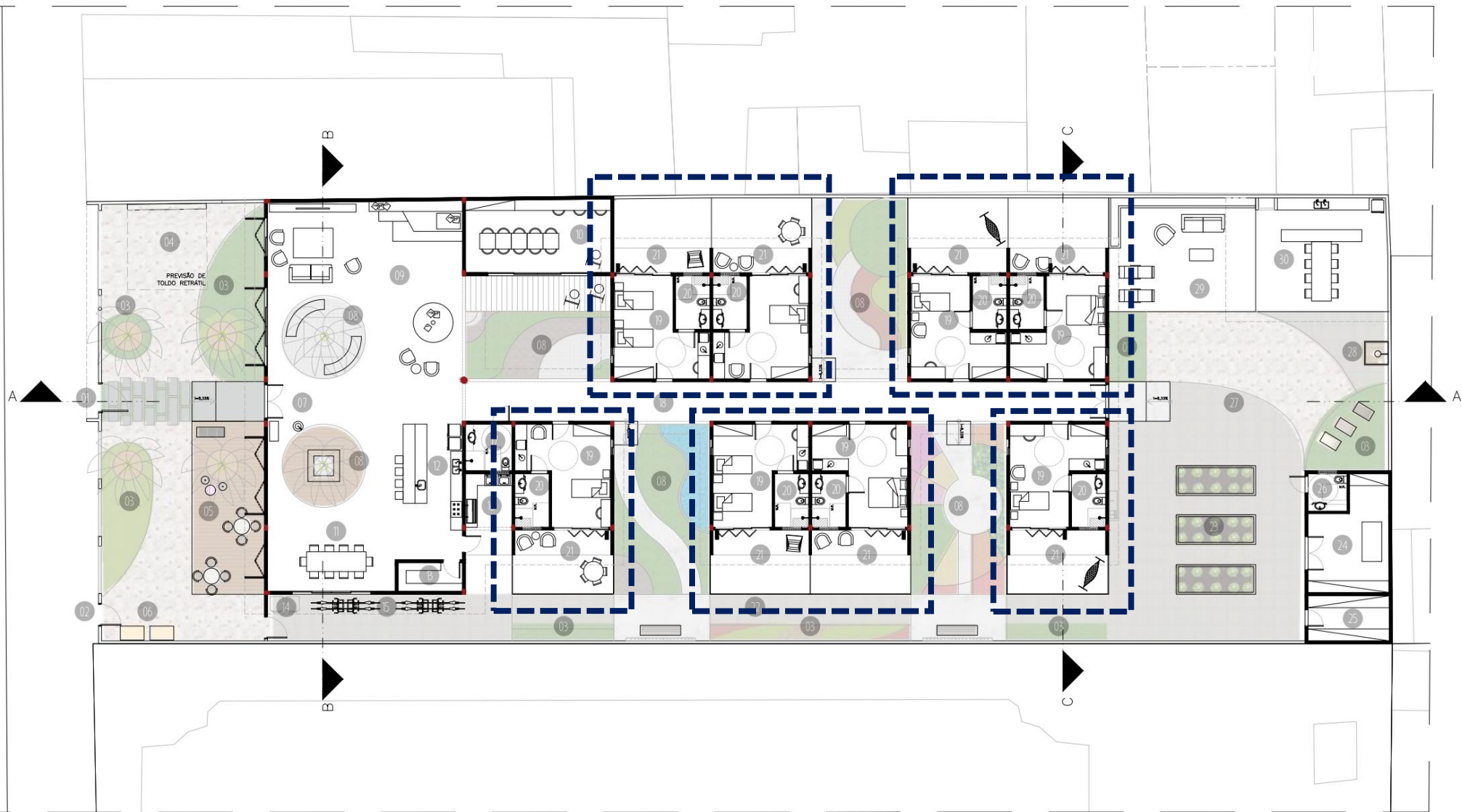


- (01) Acesso principal
- (02) Acesso secundário
- (03) Jardim
- (04) Espaço reversível
- (05) Varanda
- (06) Abrigo pets
- (07) Hall de acesso
- (08) Pátio
- (09) Sala de Estar
- (10) Ateliê
- (11) Sala de Jantar
- (12) Cozinha
- (13) Despensa
- (14) Abrigo lixo
- (15) Bicletário
- (16) Lavanderia
- (17) Banheiro social
- (18) Circulação
- (19) Suíte
- (20) Banheiro privativo
- (21) Varanda privativa
- (22) Circulação de serviço
- (23) Horta orgânica
- (24) Oficina
- (25) Depósito
- (26) Banheiro externo
- (27) Quintal
- (28) Ducha
- (29) Churrasqueira
- (30) Deck de repouso

PLANTA BAIXA

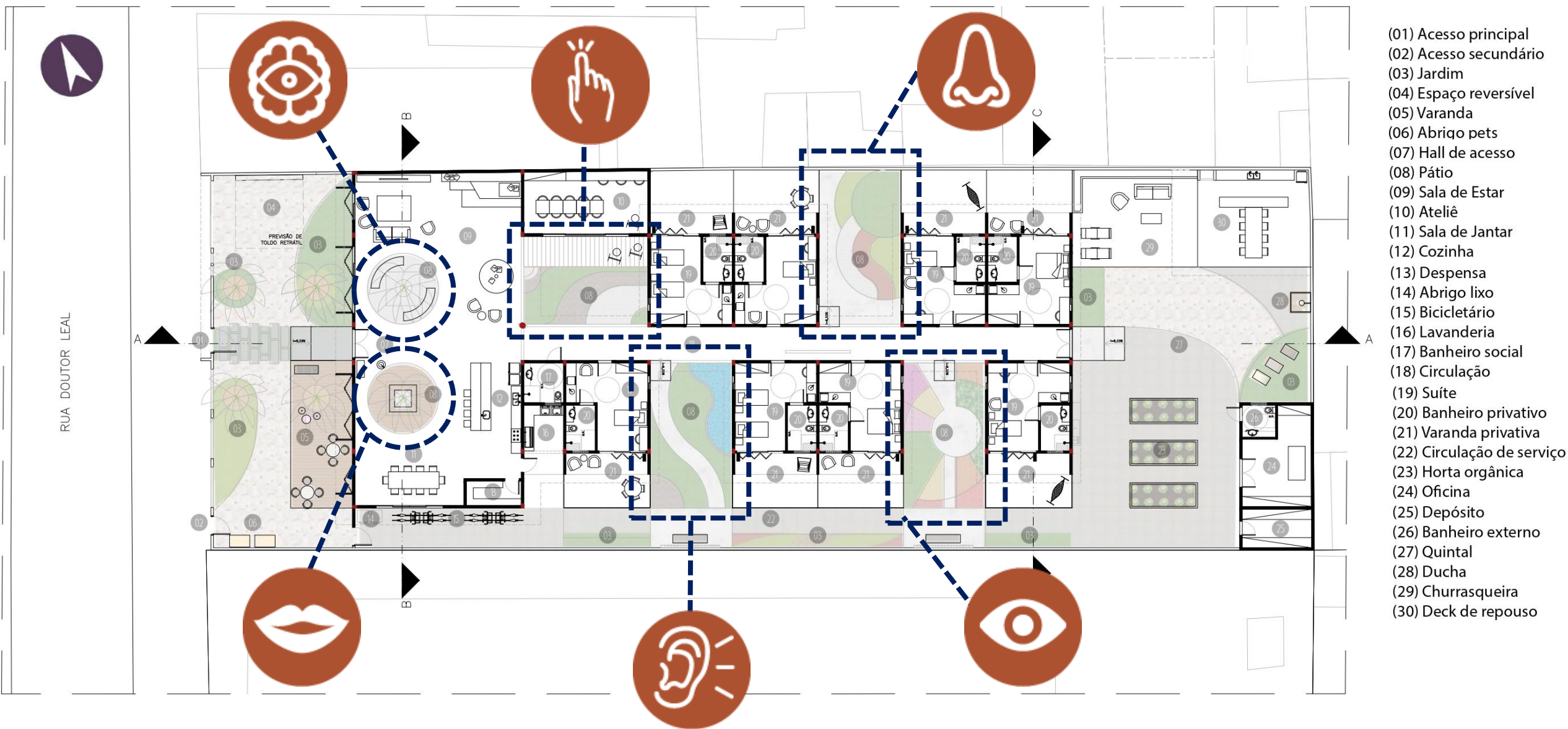


RUA DOUTOR LEAL



- (01) Acesso principal
- (02) Acesso secundário
- (03) Jardim
- (04) Espaço reversível
- (05) Varanda
- (06) Abrigo pets
- (07) Hall de acesso
- (08) Pátio
- (09) Sala de Estar
- (10) Ateliê
- (11) Sala de Jantar
- (12) Cozinha
- (13) Despensa
- (14) Abrigo lixo
- (15) Bicletário
- (16) Lavanderia
- (17) Banheiro social
- (18) Circulação
- (19) Suíte
- (20) Banheiro privativo
- (21) Varanda privativa
- (22) Circulação de serviço
- (23) Horta orgânica
- (24) Oficina
- (25) Depósito
- (26) Banheiro externo
- (27) Quintal
- (28) Ducha
- (29) Churrasqueira
- (30) Deck de repouso

PLANTA BAIXA

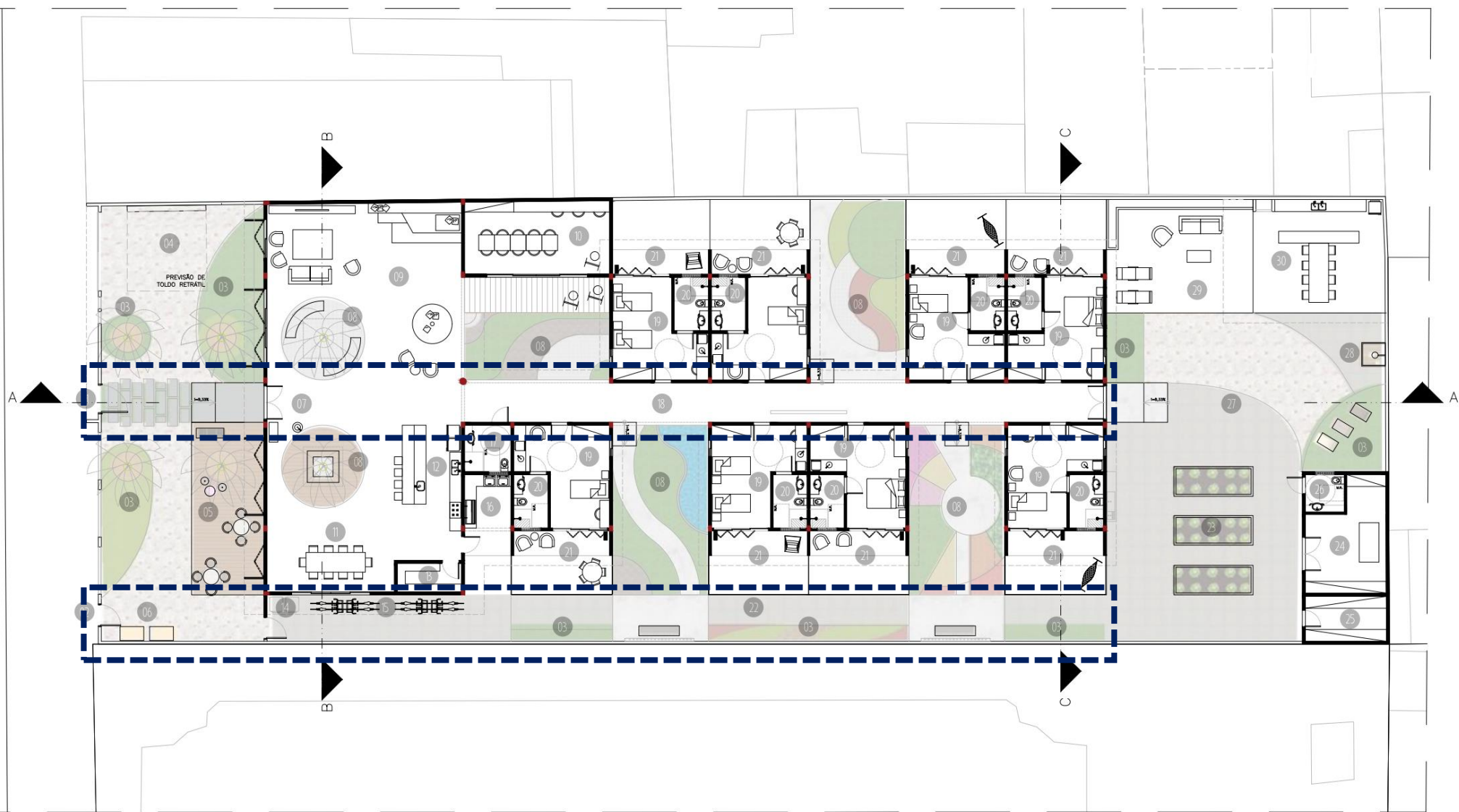


- (01) Acesso principal
- (02) Acesso secundário
- (03) Jardim
- (04) Espaço reversível
- (05) Varanda
- (06) Abrigo pets
- (07) Hall de acesso
- (08) Pátio
- (09) Sala de Estar
- (10) Ateliê
- (11) Sala de Jantar
- (12) Cozinha
- (13) Despensa
- (14) Abrigo lixo
- (15) Bicletário
- (16) Lavanderia
- (17) Banheiro social
- (18) Circulação
- (19) Suíte
- (20) Banheiro privativo
- (21) Varanda privativa
- (22) Circulação de serviço
- (23) Horta orgânica
- (24) Oficina
- (25) Depósito
- (26) Banheiro externo
- (27) Quintal
- (28) Ducha
- (29) Churrasqueira
- (30) Deck de repouso

PLANTA BAIXA



RUA DOUTOR LEAL



- (01) Acesso principal
- (02) Acesso secundário
- (03) Jardim
- (04) Espaço reversível
- (05) Varanda
- (06) Abrigo pets
- (07) Hall de acesso
- (08) Pátio
- (09) Sala de Estar
- (10) Ateliê
- (11) Sala de Jantar
- (12) Cozinha
- (13) Despensa
- (14) Abrigo lixo
- (15) Bicletário
- (16) Lavanderia
- (17) Banheiro social
- (18) Circulação
- (19) Suíte
- (20) Banheiro privativo
- (21) Varanda privativa
- (22) Circulação de serviço
- (23) Horta orgânica
- (24) Oficina
- (25) Depósito
- (26) Banheiro externo
- (27) Quintal
- (28) Ducha
- (29) Churrasqueira
- (30) Deck de repouso

PLANTA BAIXA

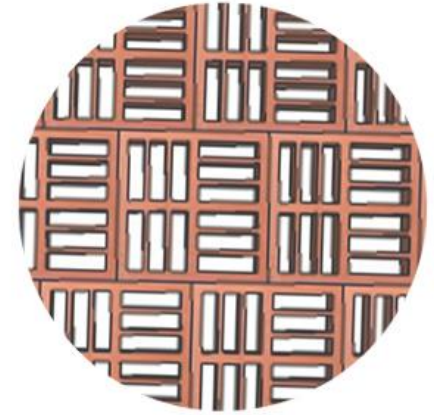
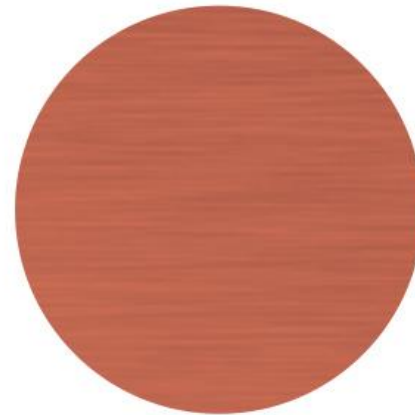


RUA DOUTOR LEAL



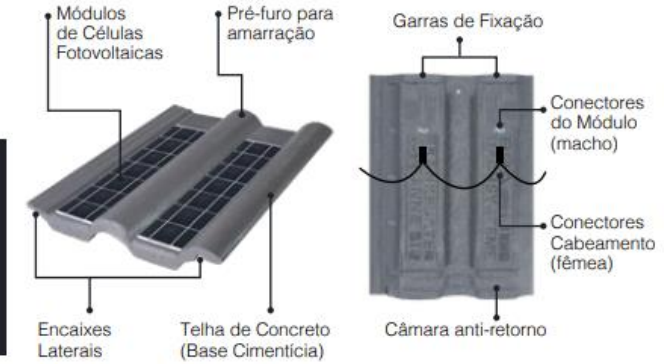
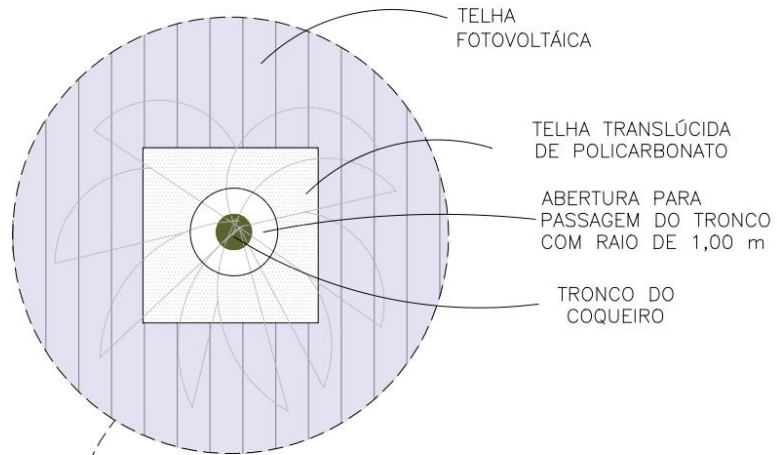
- (01) Acesso principal
- (02) Acesso secundário
- (03) Jardim
- (04) Espaço reversível
- (05) Varanda
- (06) Abrigo pets
- (07) Hall de acesso
- (08) Pátio
- (09) Sala de Estar
- (10) Ateliê
- (11) Sala de Jantar
- (12) Cozinha
- (13) Despensa
- (14) Abrigo lixo
- (15) Bicletário
- (16) Lavanderia
- (17) Banheiro social
- (18) Circulação
- (19) Suíte
- (20) Banheiro privativo
- (21) Varanda privativa
- (22) Circulação de serviço
- (23) Horta orgânica
- (24) Oficina
- (25) Depósito
- (26) Banheiro externo
- (27) Quintal
- (28) Ducha
- (29) Churrasqueira
- (30) Deck de repouso

PLANTA BAIXA

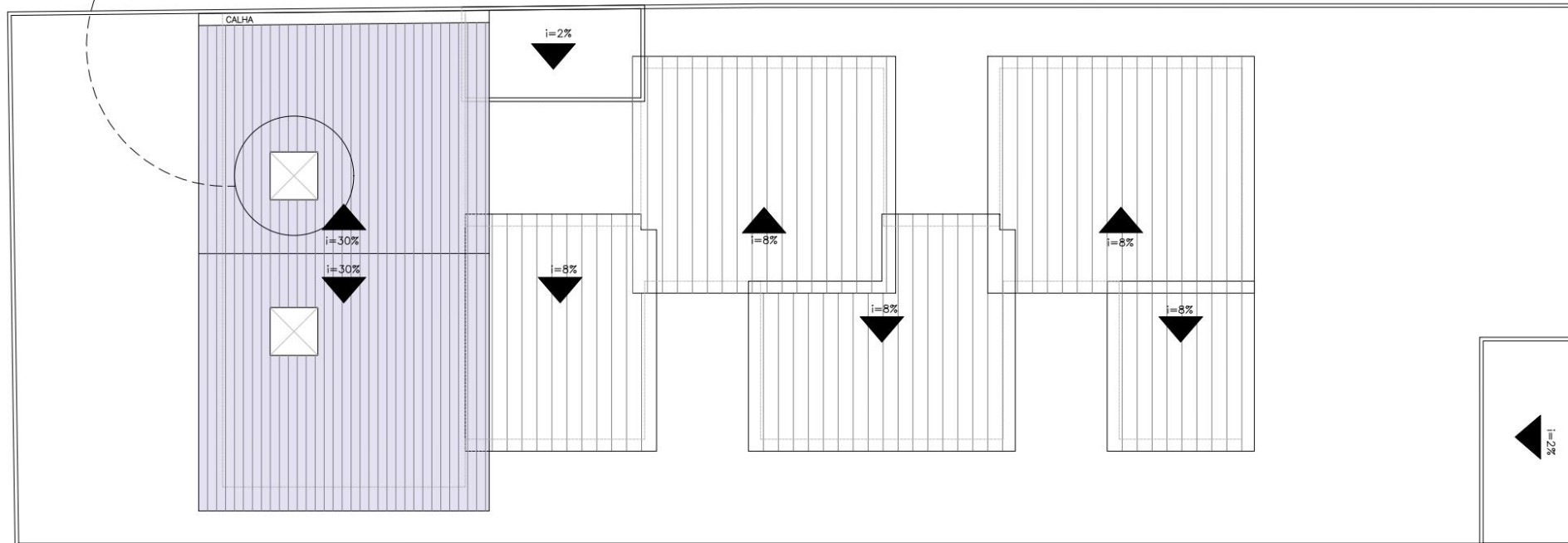


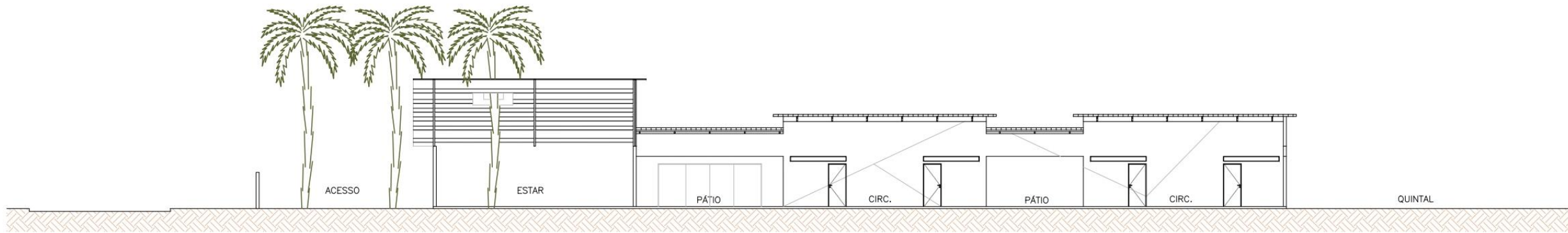




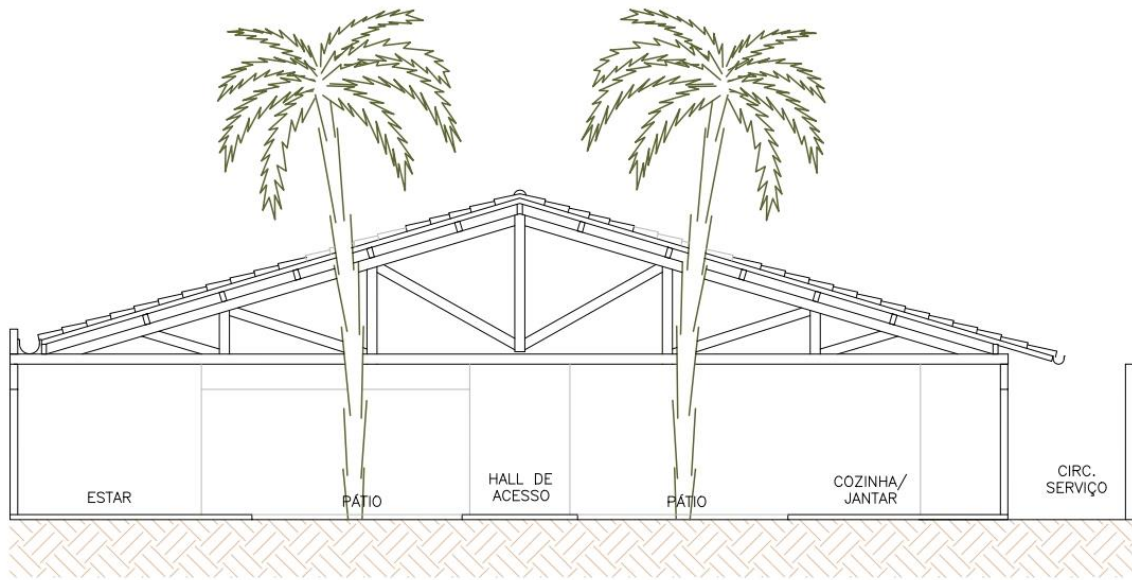


-  TELHA FOTOVOLTÁICA DE CONCRETO (TÉGULA SOLAR BIG F10)
-  TELHA TERMOACÚSTICA (SANDUÍCHE)
-  LAJE PLANA IMPERMEABILIZADA

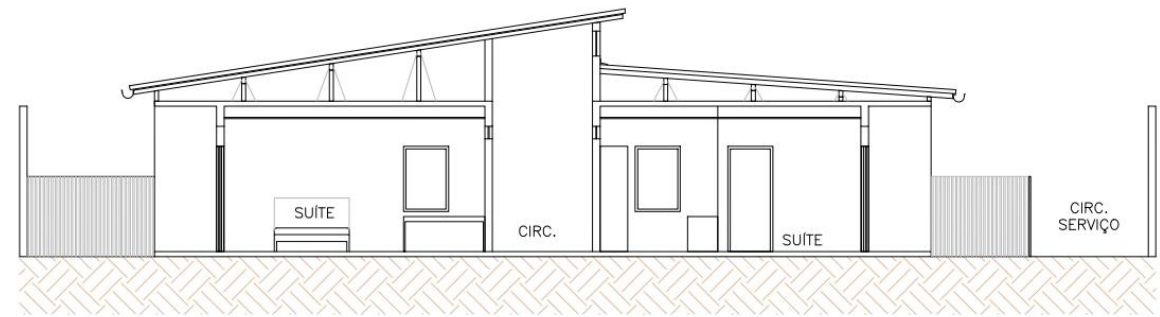




CORTE A
esc 1/200



CORTE B
esc 1/125



CORTE C
esc 1/125



























OBRIGADA!

AOS LOUCOS, A CIDADE: PROJETO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA | RAPHAELLE CARVALHO