

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ  
CURSO ARQUITETURA E URBANISMO  
LÍGIA DANTAS LIMA PRATO

**ANTEPROJETO DE UMA COMUNIDADE TERAPEUTICA  
EM ILHA DE ITAMARACÁ-PE**

RECIFE  
NOVEMBRO/2013

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ  
CURSO ARQUITETURA E URBANISMO  
LÍGIA DANTAS LIMA PRATO

**ANTEPROJETO DE UMA COMUNIDADE TERAPEUTICA  
EM ILHA DE ITAMARACÁ-PE**

Trabalho de conclusão de curso desenvolvido pela aluna: Lígia Dantas Lima Prato, orientado pela professora Maria Luiza de Lavor e, apresentado ao curso de Arquitetura e Urbanismo no ano de 2013 na Faculdade Damas da Instrução Cristã.

RECIFE  
NOVEMBRO/ 2013

**Prato, L. D. L.**

**Anteprojeto de uma comunidade terapêutica em Ilha de Itamaracá - PE. / Lígia Dantas Lima Prato: O Autor, 2013.**

**96 folhas: il., fig.**

**Orientador(a): Profª Maria Luiza de Lavor.**

**Monografia (graduação) – Faculdade Damas da Instrução Cristã.  
Trabalho de conclusão de curso, 2013.**

**Inclui bibliografia.**

**1. Arquitetura 2. Dependência Química 3. Usuário 4. Comunidade  
Terapêutica**

**I. Título.**

**720 CDU (2.ed.)  
725 CDD (22.ed.)**

**Faculdade Damas  
TCC 2014- 209**

## FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ

Curso de Arquitetura e Urbanismo

### ATA DE AVALIAÇÃO FINAL DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, reuniu-se a Banca Examinadora de Trabalho de Graduação II, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado

\_\_\_\_\_ desenvolvido pelo(a) aluno(a)

\_\_\_\_\_, como requisito

final de obtenção do Grau de Arquiteto Urbanista, de acordo com as normas em vigor.

Aberta a sessão, o professor \_\_\_\_\_, orientador do trabalho,

autorizou a apresentação pelo aluno. Logo após, seguiram-se as colocações dos membros

e conseqüente argüição a(o) aluno(a), com sua respectiva defesa. Ao final, a banca se

reuniu, sem a presença de todos, para julgamento e atribuição do resultado final, declarando

o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, com a nota \_\_\_\_\_.

O resultado final foi comunicado publicamente ao (à) candidato(a) pelo Orientador(a) do Trabalho, tendo todos

os membros presentes assinado a Ata.

\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do Convidado(a) externo(a)

\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do Convidado(a) interno(a)

\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do Professor(a) Orientador(a)

\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do Candidato(a)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me iluminar e abençoar a minha trajetória. Ao meu pai Julio e a minha mãe Christiane pelo apoio, paciência e por tudo que me proporcionaram. O exemplo, carinho, a simplicidade e amizade foram fundamentais na construção do meu caráter.

Ao meu noivo Garret, por ter vivenciado comigo passo a passo deste trabalho e ter me dado todo o apoio nos momentos difíceis. Obrigada por todo carinho e respeito, por ter me aturado nos momentos de estresse e por tornar minha vida cada dia mais feliz.

Ao meu Tio Jorge, pela sua dedicação ao me ajudar nas informações fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. E por ser a minha fonte de inspiração para a escolha do tema. Ele é um exemplo de superação e orgulho para nossa família.

Em especial, agradeço a minha professora Maria Luiza de Lavor, que foi uma orientadora extraordinária, esclarecendo as minhas dúvidas com muita paciência, conhecimento e principalmente amizade.

Agradeço à Clínica Vila Serena, a Comunidade Terapêutica Renascer e a Comunidade Terapêutica Reviver por viabilizar os estudos de casos apresentados neste trabalho.

A todos os meus professores e futuros colegas, que se tornaram grandes amigos e fizeram com que eu concluísse essa jornada.

E a todos que, de alguma maneira, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

## RESUMO

Nos dias de hoje, o número de indivíduos que buscam o tratamento para a dependência química é inversamente proporcional a quantidade de estabelecimentos especializados neste tipo de serviço. Estes espaços, conhecidos como Comunidades Terapêuticas – CT, muitas vezes não possuem infra estrutura adequada para receber o paciente. O presente trabalho vem propor um anteprojeto de uma comunidade terapêutica no município de Itamaracá-PE, que seja funcional e atenda as necessidades do interno durante seu tratamento. Para isso, o trabalho utiliza os conceitos de disciplina e vigilância de Foucault (1987); a modulação, panos de vidros e flexibilidade da arquitetura moderna; ambientes humanizados; arquitetura orgânica relacionada ao entorno; e as legislações necessárias para elaborar um projeto coerente e que atenda a todos os conceitos acima citados. A pesquisa é formada por quatro capítulos que dividem-se em referencial teórico, estudos de caso, análise da área e por fim, a proposta arquitetônica.

**Palavras-chave:** Dependência química; Usuário; Comunidade Terapêutica.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURA

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 01</b> – Diagrama Panóptico .....   | 28 |
| <b>Figura 02</b> – Modelo de um edifício Panóptico .....  | 28 |
| <b>Figura 03</b> – Localização do terreno da Clínica Vila Serena ( terreno em vermelho) .....                 | 32 |
| <b>Figura 04</b> – Implantação da Clínica Vila Serena .....   | 33 |
| <b>Figura 05</b> – Locação dos blocos no terreno da Clínica Vila Serena .....                                 | 33 |
| <b>Figura 06</b> – Tipologia dos quartos .....  | 34 |
| <b>Figura 07</b> – Recepção .....   | 35 |
| <b>Figura 08</b> – Refeitório .....   | 35 |
| <b>Figura 09</b> – Área de Lazer .....  | 35 |
| <b>Figura 10</b> – Setorização das atividades da Clínica Vila Serena, segunda a ANVISA .....                  | 36 |
| <b>Figura 11</b> – Casa principal .....   | 37 |
| <b>Figura 12</b> – Atividades Terapêuticas .....  | 38 |
| <b>Figura 13</b> – Arterapia .....  | 38 |
| <b>Figura 14</b> – Área externa – ambiente humanizado .....   | 39 |
| <b>Figura 15</b> – Imagem satélite da Comunidade Terapêutica Reviver ( terreno delimitado em vermelho) .....  | 40 |
| <b>Figura 16</b> – Implantação da Comunidade Terapêutica Reviver .....  | 40 |
| <b>Figura 17</b> – Disposição dos Blocos da CT Reviver .....  | 41 |
| <b>Figura 18</b> – Banheiro suíte maior .....   | 41 |
| <b>Figura 19</b> – Banheira na suíte maior .....  | 41 |
| <b>Figura 20</b> – Sala de TV e leitura .....   | 42 |
| <b>Figura 21</b> – Sala da diretoria e recepção .....   | 42 |
| <b>Figura 22</b> – Cozinha .....  | 43 |
| <b>Figura 23</b> – Fumódromo .....  | 43 |
| <b>Figura 24</b> – Bloco 02 .....   | 43 |
| <b>Figura 25</b> – Bloco 03 .....   | 44 |
| <b>Figura 26</b> – Fachada principal .....  | 45 |
| <b>Figura 27</b> – Imagem satélite da Comunidade Terapêutica Renascer ( terreno delimitado em vermelho) ..... | 46 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 28</b> – Implantação da Comunidade Terapêutica Renascer .....  | 47 |
| <b>Figura 29</b> – Disposição dos blocos no terreno .....  | 48 |
| <b>Figura 30</b> – Quarto do térreo .....  | 48 |
| <b>Figura 31</b> – Academia .....  | 48 |
| <b>Figura 32</b> – Bloco 02 – reunião ao fundo .....   | 49 |
| <b>Figura 33</b> – Interior do bloco 04 .....  | 50 |
| <b>Figura 34</b> – Setorização da Comunidade Terapêutica Renascer .....  | 50 |
| <b>Figura 35</b> – Tipologia casa central .....  | 51 |
| <b>Figura 36</b> – Terreno 01 – Moreno/PE .....  | 55 |
| <b>Figura 37</b> – Terreno 02 – Cabo/PE .....  | 55 |
| <b>Figura 38</b> – Terreno 03 – Ilha de Itamaracá/PE .....   | 55 |
| <b>Figura 39</b> – Localização do Município .....  | 58 |
| <b>Figura 40</b> – Imagem satélite da localização do terreno estudado ( terreno delimitado em<br>vermelho) ..... | 59 |
| <b>Figura 41</b> – Entorno do bairro Forte Orange .....  | 60 |
| <b>Figura 42</b> – Praia de São Paulo e Forte Orange .....   | 60 |
| <b>Figura 43</b> – Via PE 035 com vista para a rotatória de Itamaracá .....                                      | 61 |
| <b>Figura 44</b> – Acesso a Rua Canhotinho .....   | 61 |
| <b>Figura 45</b> – Extensão da Rua Canhotinho e limite inicial do terreno em Itamaracá – PE .....                | 61 |
| <b>Figura 46</b> – Fundos do rancho vizinho .....  | 62 |
| <b>Figura 47</b> – Leitura da área em estudo segundo Lynch .....   | 62 |
| <b>Figura 48</b> – Ponto Nodal Rua Canhotinho .....  | 63 |
| <b>Figura 49</b> – Ponto Nodal Rua Tamandaré .....   | 63 |
| <b>Figura 50</b> – Restaurante Feitoria .....  | 64 |
| <b>Figura 51</b> – Pousada Chalé Pedra Furada .....  | 64 |
| <b>Figura 52</b> – Parada de ônibus .....  | 64 |
| <b>Figura 53</b> – O terreno ( delimitado em vermelho) .....   | 65 |
| <b>Figura 54</b> – Extensão do terreno .....   | 65 |
| <b>Figura 55</b> – Sentido área rural e praia do município .....   | 65 |
| <b>Figura 56</b> – Ângulos e Dimensões do terreno .....  | 66 |
| <b>Figura 57</b> – Estudo de Insolação .....   | 67 |
| <b>Figura 58</b> – Estudo da incidência dos ventos .....   | 67 |
| <b>Figura 59</b> – Mapa Acústico .....   | 68 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 60</b> – Zoneamento retirado do Plano Diretor da Ilha de Itamaracá .....         | 70 |
| <b>Figura 61</b> – Zoneamento do terreno baseado na ANVISA (2011) .....                    | 78 |
| <b>Figura 62</b> – Implantação .....   | 79 |
| <b>Figura 63</b> – Limite de fluxos .....  | 81 |
| <b>Figura 64</b> – Concreto com esquadrias de madeira .....                                | 82 |
| <b>Figura 65</b> – Placas de concreto com juntas aparentes .....                           | 82 |
| <b>Figura 66</b> – Localização do bloco Administrativo ( em vermelho) .....                | 83 |
| <b>Figura 67</b> – Localização do bloco de Reabilitação e Convivência ( em vermelho) ..... | 84 |
| <b>Figura 68</b> – Ripas de madeira de demolição para revestimento interno .....           | 85 |
| <b>Figura 69</b> – Localização do Centro Ecumênico ( em vermelho) .....                    | 85 |
| <b>Figura 70</b> – Localização dos blocos Alojamentos ( em vermelho) .....                 | 86 |
| <b>Figura 71</b> – Localização do bloco Logístico ( em vermelho) .....                     | 87 |

## LISTA DE QUADROS

### QUADRO

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 01</b> – Dimensionamento mínimo dos ambientes segundo da ANVISA, 2002 ..... | 26 |
| <b>Quadro 02</b> – Quadro comparativo .....   | 52 |
| <b>Quadro 03</b> – Estudo de Viabilidade .....  | 56 |
| <b>Quadro 04</b> – Grupo quanto a divisão .....                                       | 72 |
| <b>Quadro 05</b> – Programa do setor Administrativo .....                             | 73 |
| <b>Quadro 06</b> – Programa do setor Alojamento .....                                 | 74 |
| <b>Quadro 07</b> – Programa do setor Reabilitação e Convivência .....                 | 75 |
| <b>Quadro 08</b> – Programa do setor Logístico .....                                  | 76 |
| <b>Quadro 09</b> – Organofluxograma .....   | 77 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SILGAS**

**AA** – Alcoólicos Anônimos

**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**APP** – Área de Preservação Permanente

**CT** – Comunidade Terapêutica –

**FEBRACT** – Federação Brasileiras de Comunidades Terapêuticas

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada

**RMR** – Região Metropolitana de Recife

**SENAD** – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ZAD**– Zona de Alta Densidade

**ZEIHC** – Zona Especial de Interesse Histórico-Cultural

**ZMD** – Zona de Média Densidade

**ZT** – Zona de Transição

## SUMÁRIO

**AGRADECIMENTOS**

**RESUMO**

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

**LISTA DE TABELAS**

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**SUMÁRIO**

|  |    |
|--|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 12 |
| <br>   |    |
| <b>1. REFERÊNCIAL TEÓRICO</b> .....  | 16 |
| 1.1. ASPECTOS DA DEPENDENCIA QUÍMICA .....   | 16 |
| 1.2. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS .....   | 19 |
| 1.3. MODELO DE UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA SEGUNDO GEORGE LEON<br>.....                                   | 21 |
| 1.4. LEIS DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) PARA<br>AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ..... | 24 |
| 1.5. O ESPAÇO ARQUITETÔNICO DE UM CT .....   | 27 |
| <br>   |    |
| <b>2. ESTUDOS DE CASO</b> .....  | 31 |
| 2.1. CLÍNICA DE REABILITAÇÃO VILA SERENA (EUSÊBIO – CE) .....  | 31 |
| 2.2. COMUNIDADE TERAPÊUTICA REVIVER (PAULISTA – PE) .....  | 39 |
| 2.3. COMUNIDADE TERAPÊUTICA RENASCER (ITAMARACA – PE) .....  | 46 |
| 2.4. ANÁLISE COMPARATIVA .....   | 52 |
| <br>   |    |
| <b>3. ANÁLISE DA ÁREA</b> .....  | 55 |
| 3.1. ESTUDO DE VIABILIDADE DE TERRENOS .....   | 55 |
| 3.2. O MUNICÍPIO .....   | 57 |
| 3.3. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA .....  | 60 |
| 3.4. CARACTERIZAÇÃO DO TERRENO .....   | 64 |
| 3.5. ASPECTOS FÍSICOS E CLIMÁTICOS .....   | 66 |
| 3.6. ASPECTOS LEGAIS .....   | 69 |

|  |    |
|--|----|
| <b>4. COMUNIDADE TERAPÊUTICA NA ILHA DE ITAMARACÁ</b> .....                                    | 73 |
| 4.1. PROGRAMA E PRÉ-DIMENSIONAMENTO .....  | 73 |
| 4.2. ORGANOFUXOGRAMA .....   | 77 |
| 4.3. ZONEAMENTO .....  | 78 |
| 4.4.MEMORIAL JUSTIFICATIVO .....   | 78 |
| 4.5.MEMORIAL DESCRITIVO .....  | 82 |
| 4.5.REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS DO ANTEPROJETO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA NA ILHA DE ITAMARACÁ..... | 87 |
| <br>   |    |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 89 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | 90 |

## **ANEXOS**

### **ANEXO 01- PESPECTIVAS**

## INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas é um fenômeno que acompanha a humanidade em diversos períodos da história da sociedade, durante os quais foi possível analisar uma variedade na forma de utilização das substâncias cada vez mais evoluídas, e dos desvios de caráter de seus usuários. No século XX este fenômeno passou a atingir níveis alarmantes, os quais afetaram diretamente a saúde pública. Em 2003, foi publicado no Brasil pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas com o objetivo de servir os usuários e ajudá-los a enfrentar seus problemas associados ao consumo destas substâncias. A dependência química passou então, a ser tratada como doença de natureza biológica, psicológica e social.

As substâncias encontram-se inseridas na vida social da população, sem distinção de idade, sexo, raça ou religião, nas mais diversas etapas da vida. Na fase da adolescência, as drogas aparecem como ponte para o estabelecimento de laços sociais, quando eles necessitam fixar-se a um determinado grupo em busca de novas idéias, diferentes daquelas da família. Na fase adulta, este mal é inserido principalmente pelo estresse causado pelos conflitos diários e por desilusões. Nas crianças, essa dependência química já pode vir no nascimento devido ao uso de drogas usadas pela mãe durante sua gestação.

Na realidade vem, desde então despertando a sociedade, sobretudo a família e os profissionais de saúde a um maior esclarecimento sobre os efeitos do uso de substâncias psicoativas e quais os melhores lugares para seu tratamento.

Diante destes fatos, muitos profissionais dedicaram-se a buscar diversas formas e espaços de tratamento para a recuperação de dependente. Neste contexto surgiram as Comunidades Terapêuticas (CTs), com a idéia de amenizar as conseqüências do uso de entorpecentes. Nos CTs, desenvolve-se uma tecnologia de aprendizado social que utiliza a vida comunitária em lugares específicos para alcançar metas predeterminadas. Esse tipo de tratamento ganhou popularidade por ser uma alternativa aos hospitais manicomial nos quais os usuários eram dirigidos anteriormente para serem tratados, junto com outras doenças psicológicas.

As CTs são comunidades voltadas para o atendimento de dependentes químicos, inseridos em um espaço físico apropriado, que não seja hospitalar, com apoio de técnicos e profissionais especializados na doença, no qual o trabalho é um dos principais fatores para a recuperação.

Para entender melhor o porquê da necessidade de espaços físicos apropriados, é necessário a conscientização que as atividades praticadas nos CTs são diferentes das praticadas em espaços arquitetônicos, como: residenciais, comerciais, culturais, educacionais, etc. Muitas destas estações de tratamento não são acessíveis e desconsideram o estado de saúde de alguns usuários que transitam pelo espaço e precisam de cuidados especiais por se encontrar debilitados pela abstinência a droga. Outra barreira, ainda relacionado à acessibilidade, é a dificuldade de acesso a algum ambiente interno que necessite de uma maca para o resgate de algum paciente que se encontra em estado de emergência. Por ser um espaço de grandes complexidades, não se deve fazer uma adaptação em uma edificação existente, na qual o seu espaço arquitetônico disponível não condiz com as necessidades de um CT. Segundo Torres (2011, p. 14), “A percepção espacial de um interno, o qual está passando por um tratamento é totalmente diferente da percepção de um morador diante a sua moradia”, ou seja, além do programa básico de uma residência como sala, cozinha e quartos, é necessária a construção de espaços de usos específicos que potencializem o tratamento do interno.”

Sua estrutura necessita de ambientes com usos definidos para que seu complexo possua uma lógica de utilização que reflita diretamente no comportamento dos internos

Um das causas para a infraestrutura precária das CT é o pouco investimento neste tipo de entidade, fato este que leva os dirigentes e interessados a ocuparem espaços já existentes e adaptados inadequadamente na maioria das vezes.

A cada dia que passa, torna-se mais difícil o atendimento a todos que procuram a recuperação nestas comunidades, pois a quantidade de usuários de drogas que necessitam tratamento é desproporcional ao número de CTs disponíveis para auxiliar-los a se desvincular das drogas, com o agravante de que, a grande maioria não é qualificada e regularizada segundo a legislação vigente. (MINISTERIO DA SAUDE, 2004)

Neste trabalho observa-se também a falta de preparação e infraestrutura que estes estabelecimentos se encontram para receber um paciente. Assim, servirá como fonte de consulta para futuros projetos arquitetônicos relacionados com o tema.

O objetivo Geral deste trabalho de graduação é desenvolver o anteprojeto de uma comunidade terapêutica no município de Ilha de Itamaracá - PE, que seja funcional e adequado as necessidades do interno durante seu tratamento. Os objetivos específicos são: projetar um

espaço arquitetônico que atenda as necessidades dos usuários e suas normas e propor um volume arquitetônico que seja inserido no contexto local sem contrastar com o entorno.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho dividiu-se em quatro procedimentos. Primeiramente constituiu-se em pesquisas bibliográficas: consultas em livros, sites e revistas especializadas, com o intuito de desenvolver conceitos mais eficientes para auxiliar na elaboração do anteprojeto.

Em seguida, foram realizados os Estudos de Caso para melhor entendimento do funcionamento e da infraestrutura necessária para o empreendimento, observando principalmente, a interação dos internos com os ambientes e suas principais necessidades e dificuldades. Foram escolhidos três lugares para subsidiar a pesquisa: A Clínica Terapêutica Vila Serena (Fortaleza-CE) que foi escolhida devido à facilidade de acesso disponibilizado pela mesma e pelo programa apresentado; Comunidade Terapêutica Renascer (Ilha de Itamaracá - PE) escolhido por se localizar na região metropolitana do Recife - PE e por ser atender indivíduos do sexo masculino; e a Comunidade Terapêutica Renascer (Paulista-PE) por também se localizar na região RMR do Recife e atender somente aos indivíduos do sexo feminino.

Posteriormente, foi realizada uma pesquisa de campo a fim de observar o terreno, seus condicionantes físicos, seu entorno e a legislação municipal vigente.

E por fim, foram elaboradas as etapas pré-projetuais, tais como: programa básico, o zoneamento, o pré-dimensionamento, e a proposta volumétrica e arquitetônica.

Para obter maior conhecimento sobre os temas abordados no trabalho, o mesmo foi subdividido em quatro capítulos que tratarão da fundamentação teórica, estudos de casos, caracterização da área do objeto de estudo e o anteprojeto da CT.

No primeiro capítulo, são observadas definições de diversos autores em relação às CTs e de órgãos especializados, que fundamentam as teorias, modelos e métodos das comunidades, mostrando através da história sua evolução e importância na atualidade

No segundo capítulo, são descritos e analisados três CTs como estudo de casos, utilizando imagens, plantas baixas e quadros comparativos com intuito de apontar critérios a serem adotados na comunidade em questão.

No terceiro capítulo, trata-se da caracterização do objeto de estudo, onde o terreno será analisado, abordando as viabilidades para com o anteprojeto proposto e a legislação da prefeitura do município da Ilha de Itamaracá.

O quarto capítulo apresenta o programa com o pré-dimensionamento, organofluxograma, que servirá como base da elaboração do anteprojeto da CT, assim como o memorial descritivo e a representação gráfica do anteprojeto da comunidade Terapêutica na Ilha de Itamaracá.

## 1. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tratará do processo conceitual das Comunidades Terapêuticas, da dependência química e do dependente, da definição e regulamentação da ANVISA para estabelecimentos deste tipo e da arquitetura humanizada para tratamentos clínicos. Esses conceitos, aqui considerados fundamentais terão a visão de diversos autores e justificarão tecnicamente o presente trabalho.

### 1.1 ASPECTOS DA DEPENDENCIA QUÍMICA

Para entendermos os aspectos da dependência química, devemos começar a conhecer o histórico da evolução das drogas, desde a era Greco-Romana até os dias de hoje.

Na era Greco-romana, a população começou a utilizar drogas de forma natural. Estas estavam ligadas aos rituais culturais e práticas sociais, se difundiu-se para a era medieval, utilizadas pela inquisição da igreja, silenciando pessoas que colocassem em risco o poder dominante na época. (DIRECIONAMENTO EDUCADOR, 2013)

Na Idade Moderna, a Revolução industrial, as grandes navegações e o Capitalismo, ocasionaram uma concentração urbana, promovendo a industrialização de bebidas, conseqüentemente, o aumento do consumo alcoólico. Foi neste mesmo período que surgiram as substâncias psicoativas, trazidas do Oriente Médio.

Durante o século XX ocorreram duas grandes guerras, nos quais surgiram novas drogas: a anfetamina utilizada para o aumento do rendimento dos soldados e morfina, utilizada para o alívio das dores corporais dos feridos. Além dessas substâncias, houve uma disseminação e grande consumo de ópio, álcool e cigarros. No pós-guerra, os sobreviventes começaram a usar esta prática com a intenção de fornecer o prazer. Com o fortalecimento do capitalismo, houve uma grande necessidade de mão-de-obra, que exigia operários rápidos e ativos.

Diante desta nova perspectiva de emprego, os jovens europeus e americanos se rebelaram contra esse novo modelo econômico e começaram a ameaçar a ordem social com o movimento “hippie”, comunidades alternativas, utilizando como expressão a frase “Sexo, drogas e Rock’n roll”, com o uso acentuado de substâncias alucinógenas, como a maconha e o LSD.

Nos anos 80 e 90 o uso de drogas psicoativas, em especial as sintéticas, foi intensificado e desenvolvido até os dias de hoje. A partir desta época, surge uma sociedade que renuncia os

valores humanos e afetivos, atingindo tal dimensão que, além de se prejudicar individualmente e socialmente, fere seu círculo familiar. Assim, segundo Kalina e Kovadloff (1999, p. 88), “... a drogatização não é mais do que uma consequência da alienação histórico-social, política e econômica, através da qual se manifesta a dramática dissociação em que vivemos.”. Essas transformações conduziram ao indivíduo um modo de vida racional, materialista e normatizador, onde o uso de drogas assumiu a forma de fuga, de oposição e/ou violação de leis.

Entre os séculos XIX e XX, falar de saúde e doença era tomar como referência o modelo biomédico, no qual tudo estava diretamente relacionado à psiquiatria, inclusive a dependência química. Os indivíduos que apresentassem algum problema relacionado às substâncias psicoativas eram encaminhados para instituições psiquiátricas com o intuito de tirá-los do convívio social, fazendo-os abandonar e empregando as mesmas técnicas utilizadas para os outros internos (PRATA E SANTOS, 2009). Segundo Ferreira e Luis (2004), a assistência ao uso de drogas, associada à assistência psiquiátrica, traz consigo o quesito da violação dos direitos humanos, além do ponto da má qualidade dos serviços prestados aos usuários, pois tem como pilar o modelo hospitalocêntrico.

Conforme o censo 2012 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), somos hoje 193.946.886 de habitantes. Estima-se, por baixo, que de 1% a 2% da população brasileira seja usuária regular de drogas. Isso representa de dois a quatro milhões de pessoas sofrendo dessa doença. (DUARTE, 2010)

Segundo Silveira (1995, apud SABINO e CAZENAVE, 2013, p. 168), “o dependente é uma pessoa que se encontra diante de uma realidade objetiva ou subjetiva insuportável, e não consegue modificar ou se esquivar”. A única alternativa que lhe resta é mudar a concepção dessa prática, que é feita pelo dependente através de substâncias psicoativas. Alguns deles conseguem se restabelecer sozinhos, apenas pela circunstância de sofrer algum prejuízo muito grande como: financeiro, perder relacionamento, passar por um suposto divórcio, problemas de saúde e etc. A sua grande maioria necessita de algum tipo de tratamento com acompanhamento de pessoas especializadas no assunto, ou até mesmo necessitando de um regime interno, o que, às vezes, não é acessível a todos.

Aos poucos o conceito do predomínio de modelo de tratamento para todo tipo de doença foi revisto, principalmente em relação à dependência química, o qual gerou uma nova reflexão

sobre a questão da saúde desses usuários. Segundo Rezende (1989), a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, em sua Carta Magna de sete de abril de 1948, um conceito de saúde diferenciado, o qual constituiu um passo importante na compreensão desse fenômeno, apesar das restrições e controvérsias que o mesmo apresentava e ainda apresenta.

Embora haja uma grande variedade de conceitos relacionados à dependência química, todas elas concordam em afirmar que a doença apresenta uma relação degenerativa entre o indivíduo e seu consumo de substâncias, envolvendo aspectos biopsicossociais. Podemos encontrar a dependência dessas substâncias sob duas formas: a física e a psicológica. (RECUPERADASDEPENDENCIAS, 2013)

Após a admissão em um tratamento, normalmente em um regime residencial de internamento, o indivíduo interrompe todo o tipo de uso de substâncias ilícitas, o que gera conseqüências negativas ao usuário. A Síndrome de Abstinência surge após a interrupção do uso de certa substância no que acarreta sintomas físicos, tais como: angústia, tristeza, e dificuldade de concentração, passando a ter a sensação de incapacidade de realizar atividades do dia-a-dia sem o uso de tal droga, mesmo não apresentando nenhum tipo de sintoma de abstinência, citados anteriormente. (RECUPERADASDEPENDENCIAS, 2013)

Com base nisso, saiu o Decreto-Lei 891/ 1938, para assegurar os direitos do dependente químico, no qual reconhece o usuário de drogas como doente, proíbe que seus tratamentos sejam executados em domicílio e cria e regulamenta a figura da internação obrigatória de dependentes químicos quando provada a necessidade de tratamento adequado ou quando for conveniente. Os órgãos públicos da área de saúde têm obrigação legal de implantar programas públicos de atendimento aos usuários e dependentes de drogas, investindo na criação de clínicas públicas para o tratamento desses indivíduos, além de destinar recursos às entidades sem fins lucrativos que atuem nestes seguimentos. Existem programas terapêuticos administrados por ONGs, que são poucas, ou por instituições privadas que desenvolvem espaços de reabilitação, denominados comunidades.

Atualmente, existem cinco tipos de tratamento para dependência química, porém somente dois deles utilizam tratamento mais ideal para a superação dessa doença, a internação, existente em clínicas psiquiátricas voltadas para dependentes químicos que utilizam medicação no seu tratamento; e nas Comunidades Terapêuticas (CTs) que apresentam os

melhores resultados alcançadas por estas instituições, onde todos convivem com pessoas com a mesma doença e normalmente não utilizam remédios. (COZE, 2013)

## 1.2 AS COMUNIDADES TERAPEUTICAS

Em 1960, surgiu uma organização religiosa conhecida como o grupo de Oxford fundada pelo ministro evangélico luterano Frank. Conhecidos por movimento buscavam uma vida mais fiel aos ideais cristãos, por meio da leitura e comentários da bíblia. (LEON, 2003)

Entre 10 e 15 anos depois, constataram que 25% dos seus participantes eram alcoolistas em recuperação no qual estes se reuniam para compartilharem seus empenhos e os esforços feitos para permanecer sóbrios, que em 1935 deu origem ao maior grupo de auto-ajuda do mundo, Alcoólicos Anônimos (AA). (FRACASSOS, 2006).

Posteriormente, foi com a Synanon que surgiram os elementos essenciais das CTs de tratamento a dependência química de hoje em dia, fundada em 1958 por Chuck Dederich, um alcoólico em recuperação. Ao lado de vários companheiros do AA, iniciou em seu apartamento grupos semanais, que resultou em mudanças psicológicas nos participantes, surgindo uma nova modalidade de terapia, com um estilo de vida alternativo e uma maneira de ficar em abstinência, adotando uma terapia relacionada com uma atmosfera carismática. (LEON, 2003). Esse tipo de alternativa terapêutica se consolidou e deu origem a outras CTs que, conservando os conceitos básicos, aperfeiçoaram o modelo proposto pela Synanon. (FRACASSOS, 2006).

A internação nas CTs tem como finalidade ser um retiro para a reflexão dos usuários em relação aos prejuízos causados pelo consumo de droga, utilizando os princípios dos Doze passos e as Doze Tradições, desenvolvida pelos Alcoólicos Anônimos - AA, que guiam o indivíduo no processo de recuperação (EMRICK, 1999 apud FROIS, 2007, p. 137). Inicialmente, esta filosofia era voltada somente para o tratamento de alcoolismo, sendo, posteriormente, também utilizado para o auxílio no tratamento de dependentes químicos. Entre seus princípios estão a noção de confessar-se aos outros, de reparar males feitos e a convicção de que a mudança individual envolve a crença em grupo (LEON, 2003).

O intuito desta filosofia, inserido nas CTs, é o incentivo a aprendizagem social, com a oferta de interagir, analisar, idealizar-se e progredir de forma que, usualmente reflita a capacidade e o potencial individualista e coletivo das pessoas nelas instaladas.

Não existe uma regra que diz quem é a população mais indicada para o tratamento em CTs, mas, como qualquer modelo, não está indicado para todo e qualquer indivíduo (ROSENTHAL, 1984). Goti (1997, apud DUARTE, 2010) diz que a internação deve ser aceita espontaneamente e que o paciente é o principal ator de sua cura. A equipe de apoio assume o papel de proporcionar suporte e assistência.

Nos últimos 10 anos as CTs espalhados pelo Brasil têm recebido regulamentações dos órgãos sanitários públicos brasileiro, cujo marco relatório foi a publicação das normas mínimas de funcionamento para esse ambiente de tratamento, a RDC N° 29 30 de junho de 2011, pela ANVISA (2011).

O 1º Mapeamento das Instituições Não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e drogas no Brasil 2006/2007, cadastrou mais de 9503 serviços de tratamento para dependentes químicos, porém, somente 65% são compostas por comunidades terapêuticas, sendo que, grande parte delas não está adequada às normas mínimas para o funcionamento. Somente 80 comunidades são filiadas a Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas – FEBRACT (2013). Pode-se destacar que a maior preocupação da ANVISA é em relação às “clandestinas”, que não seguem sua legislação. (SABINO E CAZENAVE, 2005)

Em 2004, o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa sobre os perfis das CTs no Brasil, e concluiu que do total de 339 CTs do país que faziam internação integral para usuários drogas, 55% encontravam-se na região Sudeste, cerca de 30% no Sul e que as demais regiões do país concentram apenas 15% das instituições deste tipo. Cerca de 70% das comunidades foram implantadas a partir dos anos 90. (RAMEH-ALBUQUERQUE, 2008 apud DUARTE, 2010). De acordo com os dados da FEBRACT, 30% a 35% das pessoas que freqüentaram CTs deixaram definitivamente de consumir drogas (SERRAT, 2002).

Hoje em dia ainda existe muito preconceito e falta de informação relacionada às CTs, principalmente sua escassez. Frequentemente, as equipes são formadas por ex-usuários de crack, álcool e outras drogas, bem-sucedidos no processo de recuperação (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999). Muitas vezes esses modelos não contam com os recursos e a formação necessária para adequar seu funcionamento aos requisitos exigidos por lei.

### 1.3 MODELO DE UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA SEGUNDO GEORGE LEON

Leon (2003) defende que a CT contemporânea desafia o destino de seus protótipos históricos. Ele cita que sua evolução requer uma elaboração ampla de sua perspectiva e abordagem; examina as fontes necessárias para a formulação, traçando um esboço dos elementos essenciais da CT; e as organiza no âmbito social e psicológico detalhado durante todo o volume.

Em relação ao seu ambiente físico, observa-se que algumas das CTs estão situadas em antigos terrenos de acampamentos, pousadas e fazendas em ambiente rurais, ou então em casas ou mansões nos subúrbios, sendo a sua maioria localizada no centro das cidades, em cortiços, hotéis, escolas, igrejas ou creches, normalmente circundadas por áreas afetadas pelas drogas, o que não é o ideal para a implantação de uma CT. Para uma “desintoxicação corporal” e química é necessário uma completa separação física e psicológica do ambiente social para combater as influências negativas do mundo exterior, estando localizado em áreas completamente diferentes, como um ambiente rural ou até mesmo um bairro que seja relativamente livre de drogas.

A distribuição do seu programa no terreno pode ser encontrada de duas formas, porém ambas utilizam o seu espaço de forma que facilite as funções comunitárias. Algumas poucas, localizadas em ranchos e fazendas, consistem em complexos de prédios de um único andar, cada um com seu setor específico, organizados ao redor de uma casa sede, no qual acontecem as principais atividades; e outras, em uma edificação única, com vários níveis (cozinha, salão de refeições, dormitórios, administração e salões para grupos de recreações).

Grandes espaços abertos atraem residentes a “vagar” psicologicamente ou fisicamente, principalmente no início do tratamento, pois se sentem induzidos a cometer infrações de algumas regras da CT como: o uso de drogas, as práticas sexuais ou a retração social. Para melhor administração destes imprevistos, indica-se a sua implantação em terrenos de tamanho modestos por apresentar importantes benefícios, como: a experiência da família e da comunidade é moldada e fortalecida mais facilmente quando as pessoas vivem e trabalham bem perto uma das outras e o espaço limitado aumenta o processo de aprendizagem por conta do contato com diversas emoções e atitudes que não podem ser disfarçadas e que não podem ser evitadas, ou isoladas.

O ambiente interior é caracterizado por espaços, salas e áreas. Estes elementos são de extrema importância, pois reforçam o conceito da experiência de comunidade, a promoção de um sentido de lar e de prosperidade, a garantia da segurança física e psicológica e um ambiente geral que impulse a sintonia pessoal. (LEON, 2003)

Os seus cômodos podem ser setorizados em áreas comuns, privadas e especiais, sendo a primeira sala de estar, os refeitórios, as salas de descanso, as salas de aulas, a biblioteca, as áreas de recreação e os dormitórios; a segunda sendo os escritórios e salas de conferências utilizadas pelos funcionários e residentes que nelas trabalham; e por fim, as áreas com usos específicos como a cozinha, os banheiros, a lavanderia, as salas dos grupos, as cabines privadas (para conversa entre duas pessoas) e o “banco” ( área reservada ao auto-exame).

O preparo das refeições de um CT costuma acontecer em cozinhas do tipo industrial. Trata-se um espaço restrito a pessoas autorizadas. O refeitório costuma ser uma das maiores áreas da instalação, pois é onde são feitas as refeições coletivas, um momento que é colocado em prática o convívio em comunidade.

As salas de estar são áreas separadas e reservadas para a interação informais, relaxamento e leituras individuais, para assistir TV, ouvir música ou simplesmente acalmar-se. Normalmente elas são acarpetadas e mobiliadas com sofás, cadeiras estofadas, luminárias, materiais de leitura e artigos decorativos na parede, ou seja, são ambientes aconchegantes.

Alguns CTs podem implantar espaços destinados a execução de aulas, seminários e oficinas. Também podem ser utilizadas para treinamento vocacional como arte em madeira, biscuit, impressão, concerto de automóveis e etc. Ou podem simplesmente não haver salas de aulas e estas atividades serem executadas em espaços comuns, de acordo com as necessidades.

Existem também espaços especiais destinados às relações sociais, como um conjunto de mesa e cadeiras postos em um canto com intuito de oferecer espaços para a integração social, onde os residentes podem praticar e ensaiar a relação uns com os outros de pessoa para pessoa, que abordem experiências em comuns e a resolução de problemas. Outra área destinada para esse uso são os “bancos” instalados na porta da frente dos ambientes para que o paciente se sente, sozinho, e reflita sobre assuntos que o atordoam, para que se acalmem emocionalmente, revejam e analisem seus pensamentos. (LEON, 2003)

Os dormitórios exercem uma categorização do programa. São organizados por ordem de antiguidade na CT, indo de quarto com duas a quarto camas, a quartos semi-privados e privados. Todos os dormitórios, assim como os banheiros, são separados por gênero, muitas vezes com setores masculinos e femininos situados em andares ou blocos distintos das instalações a o objetivo de facilitar a administração e segurança.

Ainda para Leon (2003) existem quatro características físicas no interior das CTs que podem apoiar a percepção da comunidade de maneiras tanto funcionais como simbólicas, são eles:

- A mesa  
É instalada perto da entrada principal do estabelecimento. Nela um residente determinado pela CT fica responsável em atender telefones, gerenciar as correspondências, controlar a entrada e saída de visitantes e seus destinos. Este cargo é uma posição valorizada, conquistada pelo bom desempenho, otimizando seu tratamento.
- Murais com a estrutura da organização e outros murais  
Implantação de um grande quadro que apresenta a estrutura da CT em termos dos profissionais que ali trabalham suas atividades operacionais e seu atual funcionamento, como forma de identificação de seus funcionários. Podem possuir também murais adicionais com as escalas de atividades, viagens planejadas, dados sobre a casa entre outros.
- Os cartazes de parede  
Para reforçar a filosofia da comunidade. Eles são pendurados por todo o estabelecimento exibindo slogans, frases estimulantes, figuras, mensagens de recuperação entre outros para aumentar e manter a consciência dos ensinamentos da CT

- Decoração

Esses elementos transformam o ambiente em uma arquitetura humanizada, que lembre o lar, independente do tipo de instalação. Obras de arte, esculturas, poemas e artigos artesanais, muitas vezes produzidos pelos pacientes devem ser expostos em locais adequados, para obter um contraste com os ambientes impessoais de tratamento em hospitais psiquiátricos e prisões. Estes objetos ajudam a definir a cultura da CT, promove a auto-expressão e auto-estima.

Através deste modelo apresentado pelo autor, podemos concluir que a separação da comunidade exterior com os espaços internos, seus móveis, sua decoração, cada item apresentado deverá ser utilizado para promover o convívio em comunidade, uma setorização e o bem viver dos residentes. Cada ambiente interior é arquitetado de forma que promova uma ecologia social e psicológica.

#### 1.4 LEIS DA AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) PARA AS COMUNIDADES TERAPEUTICAS

Como já vimos anteriormente, com crescente consumo de substâncias psicoativas (SPA) houve um aumento considerável de comunidades terapêuticas nos país. Com o intuito de evitar a má qualidade do serviço prestado e a inadequação dos espaços destinados para abrigar os dependentes em busca de auxílio, a SENAD, em conjunto com a vigilância sanitária (ANVISA) e a FEBRACT revisaram a RDC ANVISA nº 101, de 30/05/2001, e substituíram pela RDC nº 29 30/06/2011. Todo serviço, para funcionar, deve estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Estado, Distrito Federal ou Município, atendendo aos requisitos desta resolução. Na definição da ANVISA (2011, p. 01),

Comunidades Terapêuticas são instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime de residência, tendo como principal instrumento terapêutico a convivência entre pares. São unidades que tem por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.

Em relação ao processo assistencial, a ANVISA (2011) diz que os serviços que atendem os fatores biológicos, psicológicos, e sociais, no caso das CTs, e garantir o respeito à pessoa e à família, independente de etnia, religião, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais, situação financeira, ou até mesmo doenças associadas, não restringindo as adesões pelo grau de comprometimento e manutenção do tratamento. Para a admissão de qualquer indivíduo deverá ser feita a diante da apresentação prévia de uma avaliação diagnóstica, clínica e psiquiátrica.

As CTs devem possuir um alojamento adequado a comportar os residentes, caracterizando como serviço de interesse à saúde em regime de residência. A existência ou não de um determinado ambiente vai depender das necessidades das atividades a serem desenvolvidas, podendo-se compartilhar ambiente em situações e horários diferenciados.

Ainda segundo a RDC ANVISA nº 101, de 30/05/2011 os estabelecimentos deverão possuir em sua estrutura física, quatro setores, com o mínimo de ambientes necessários, que levem em consideração a adoção de medidas que promova a acessibilidade aos portadores de necessidades especiais, são eles:

- Setor de Alojamento: quartos coletivos com acomodações individuais e espaço para aguardar os pertences e banheiros compatíveis com o número de residentes e com área que permita livre circulação;
- Setor de Reabilitação e convivência: Sala de atendimento individual; sala de atendimento coletivo; e áreas para realização de oficinas de trabalho, de atividades laborais e atividades desportivas.
- Setor Administrativo: Com sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes; sala administrativa; área para arquivo; e sanitário para funcionários (ambos os sexos)
- Apoio Logístico: Cozinha coletiva, refeitório, lavanderia coletiva, almoxarifado, área para depósito de produtos de limpeza e abrigo para resíduos sólidos.

A ANVISA (2011) frisa que a escolha do terreno deverá ser em um lugar seguro e de fácil acesso. Seu entorno deverá ser avaliado, a fim de segurar o reconhecimento dos problemas ambientais existentes ou potenciais, que, eventualmente, venham a interferir nas atividades ao ar livre, de forma a garantir as melhores condições possíveis de ventilação, insolação, iluminação, além de preocupação com o fornecimento de serviços de apoio (água, esgoto, energia elétrica).

A atual Resolução não estabelece nenhum número máximo de residentes por CT como a revogada RDC ANVISA nº 101, de 30/05/2001. Porém, pode-se usar as antigas informações como parâmetros para a implantação e análise da mesma. A capacidade máxima de uma CT exigida pela antiga resolução era de no mínimo 60 residentes por estabelecimento, divididos em dois blocos ou pavimentos, admitindo um número máximo de seis indivíduos por dormitório e separados por sexos. Para os serviços já existentes, seria admitida a capacidade máxima de 90 residentes. Porém, como esta lei foi revogada, estas exigências não serão cobradas pela ANVISA (2011).

Além desta legislação específica para as Comunidades Terapêuticas, o estabelecimento, por ser da área de saúde, deve também atender as exigências expostas na RDC Nº. 50, DE 21 DE Fevereiro de 2002 que especifica algumas normas a serem adotadas na infra-estrutura física em saúde. Ela estipula áreas mínimas dos ambientes destinados para o atendimento no setor de saúde. Segue abaixo a infra-estrutura que se adéqua nas CTs. (QUADRO 01)

**QUADRO 01** – Dimensionamento mínimo dos ambientes segundo a ANVISA, 2002.

| Ambientes                      | Dimensionamento  |
|--------------------------------|--|
| Sala de atendimento            | 9 m <sup>2</sup>   |
| Consultório                    | 7,5 m <sup>2</sup>   |
| Posto de enfermagem            | 1 a cada 30 leitos   |
| Quarto coletivo                | máximo 6 leitos com uma distância mínima de 1 m entre eles |
| BWC Coletivo                   | 01 banheiro para cada quarto e divididos por sexo          |
| Sala de serviço                | 1 sala por posto de enfermagem com 5,7m <sup>2</sup>       |
| Área de recreação              | 1 para cada unidade com 1,2 m <sup>2</sup> por paciente    |
| Sala de aula                   | 0,8 m <sup>2</sup> por alunos                              |
| Refeitório                     | 1 m <sup>2</sup> por pessoa                                |
| Área para leitura              | 2 m <sup>2</sup> por pessoa                                |
| Sala de direção                | 9 m <sup>2</sup>   |
| Sala de administração          | 5,5 m <sup>2</sup> por pessoa                              |
| Área para registro de paciente | 5m <sup>2</sup>  |
| Estacionamento                 | A analisar   |

**FONTE:** Elaborada pela autora a partir da RDC Nº 50, Fevereiro de 2002.

## 1.5 O ESPAÇO ARQUITETÔNICO DE UM CT

Para melhor entender o espaço arquitetônico de um CT e seus requerimentos procuramos aqui, reunir enfoques sobre disciplina, vigilância, flexibilidade e humanização os quais servirão para definir os conceitos espaciais adotado pela sociedade contemporânea em contraponto com aqueles de outras épocas.

Foucault (1987) destaca dois métodos principais para o controle da sociedade, e proteção da mesma: a disciplina e a vigilância, através da exclusão e isolamento dos indivíduos que causem algum perigo no seu meio de vivência. Ele explica os sistemas de vigilância feitos através da reclusão e da disciplina que são uma anatomia política do detalhe (FOUCAULT 1987). Estes métodos foram aplicados em diversos tipos de instituições: escolares, religiosas, hospitalares, e foram responsáveis pela reestruturação das organizações militares.

A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele uma aptidão, uma capacidade que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma sujeição restrita. (FOUCAULT, 1987, p.119)

A vigilância necessária para garantir o desenvolvimento desta disciplina acionou a necessidade de uma nova configuração dos espaços da arquitetura, de modo a facilitar o seu exercício.

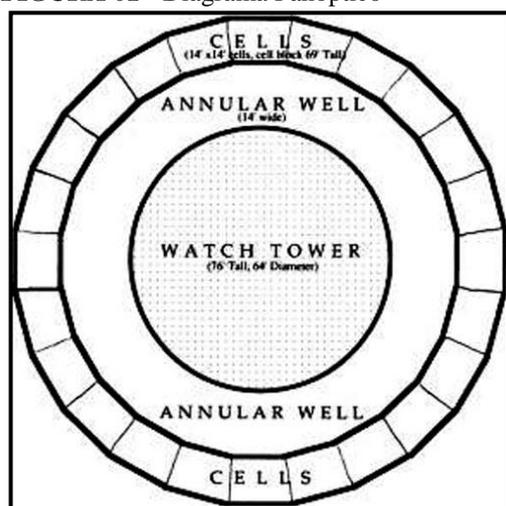
A partir daí, foi desenvolvido uma arquitetura baseada em “dispositivos”, como denomina Foucault, os quais permitiam a observação constante, verdadeiros “observatórios da multiplicidade humana” (FOUCAULT, 1987, p. 154).

Toda uma problemática se desenvolve então: a de uma arquitetura que não é mais feita simplesmente para ser vista (faustos palácios), ou para vigiar o espaço exterior (geometria das fortalezas), mas para permitir um controle interno, articulado e detalhado – para tornar visíveis os que nela se encontram. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele uma aptidão, uma capacidade que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e falta dela uma sujeição restrita. (FOUCAULT, 1987, p.156)

Foucault cita como exemplo de arquitetura para este sistema de vigilância e disciplina, o Panóptico, modelo de reclusão idealizado por Jeremy Bentham, utilizado para a dominação de corpos em diversas ocasiões, com os princípios de vigilância, observação, segurança, saber, individualização, totalização, isolamento, transparência.

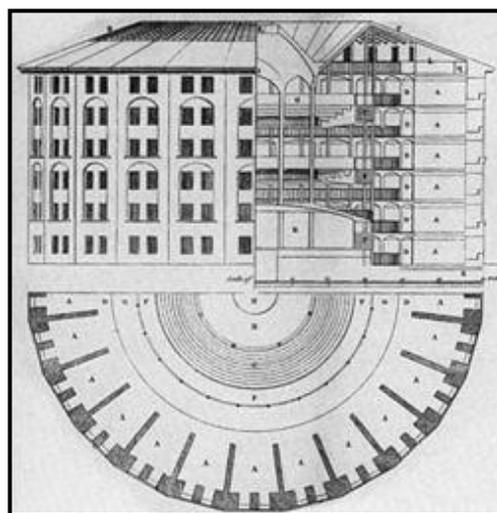
O modelo Panóptico aplica uma arquitetura de vigilância que se constitui em uma edificação de construção circular periférica, com uma torre de comando em seu centro, vazada por grandes janelas, que permite a observação indireta dos compartimentos em sua volta (ver figuras 01 e 02). A simples disposição dos compartimentos em torno de pátios, mesmo sem a torre central, também favoreciam os procedimentos de vigilância. Este modelo foi bastante utilizado em escolas, hospitais, quartéis e prisões. E é justamente essa a essência do Panóptico: “ver sem ser visto”.

**FIGURA 01** - Diagrama Panóptico



FONTE: Google Imagens, 2013

**FIGURA 02** - Modelo de um edifício Panóptico



FONTE: Google Imagens, 2013

A principal lição que se pode extrair deste modelo é que a arquitetura não pode obrigar ao homem a praticar uma ação, e sim, inibi-lo a praticar outra. Com esta vigília a todo tempo, começou a ser desenvolvido pelos internos um sentimento de auto-regulamentação, levando-os a disciplina. No mecanismo de ordem psicológica, o interno não possuía a oportunidade de fazer o mal, pois se sentia imerso em um campo de visibilidade, evitando o uso de violência física. (FOUCAULT, 1987).

Ao contrário do pensamento Panóptico de Jeremy Bentham, a arquitetura moderna libera os muros da função portante e transforma-os em grandes janelas pelas quais as pessoas do exterior possam vigiar o interior. Neste contexto destaca-se Le Corbusier, com a arquitetura

de vidro que se transformou em um enorme Panóptico onde, a transparência destrói o mundo interior porque expõe indivíduo (PULS, 2006). Um dos princípios desta arquitetura é a modulação, pois possibilita ao conjunto arquitetônico aplicação racional, podendo ser multiplicada ou subdividida. (MATTOS, 2008)

Somado a este princípio, a arquitetura deve proporcionar uma configuração construtiva e formal que permita uma diversidade de formas de uso, ocupação e organização do espaço, ao longo da vida do edifício, através da flexibilidade. (VILLA, 2013)

Após aprofundar seus conhecimentos no modelo Pantoptico, Nascimento (2008) passa a identificar a arquitetura como a interface necessária para que uma nova relação se estabeleça entre as instituições modernas e a massa de cidadãos comuns. Os novos padrões de organização espacial, são instrumentos para estabelecer modelos de comportamento sobre os indivíduos, principalmente quando as atuais estruturas não atendem mais as expectativas.

É clara importância atribuída por Foucault ao papel da arquitetura para a sociedade, além da importância da sociedade para a arquitetura. Se antes o edifício aparecia como produto fechado, uma estrutura rígida, agora se revela também como agente. (NASCIMENTO, 2008).

Uma CT deve somar os conceitos disciplinares de Foucault, o sistema de vigilância e a funcionalidade da arquitetura moderna, com um espaço arquitetônico que traga melhorias na vida diária dos internos nos quesitos relacionados à felicidade, alívio de tensões e injustiças. Segundo Sanoff (1990), é evidente que o ambiente construído exerce uma importante influência na experiência humana, facilitando atividades, provocando humores, sentimentos, tensão ou *stress*.

É necessária a subtração das características de hospitais e manicômios de antigamente e adicionar referências de uma residência ou de outros espaços de convivência para a colaboração do processo de inserção destes indivíduos na sociedade. (SANTOS, BURSZTYN e COELHO, 2013)

Ninguém se cura somente da dor física, tem de curar a dor espiritual também. Acho que os centros de saúde que temos feito provam ser possível existir um hospital mais humano, sem abrir mão da funcionalidade. Passamos a pensar a funcionalidade como uma palavra mais abrangente: é funcional criar ambientes em que o paciente esteja à vontade, que possibilitem sua cura psíquica. Porque a beleza pode não alimentar a barriga, mas alimenta o espírito. (LIMA, 2010, p. 03)

A arquitetura deve ser utilizada como um instrumento terapêutico destinado a qualquer tipo de recuperação. A relação entre o espaço construído e o bem-estar é um fato que se torna óbvio quando se estuda as questões físicas e objetivas do conforto ambiental (FONTES, 2003) sendo, este último item mais importante devido a sua grande influência no tratamento dos internos. Os arquitetos atuais enfrentam esta nova arquitetura como um desafio: de projetar suportes espaciais mais adequados, é o que dá a Arquitetura Humanizada.

Esta arquitetura enfatiza a necessidade de uma escala humana, edifícios de pequeno porte, implantação de paisagismo, harmonia de cores, entre outros. (KOWALTOWSKI, 1989). Trabalhar conceitos de aconchego, união, dispersão é fundamental para adquirir bons resultados (FONTES, 2003).

O espaço ideal para um tratamento, seja ele qual for, deve priorizar ambientes de contraposição com o a hostilidade, a frieza e a impessoalidade, com a utilização intensa de paisagismo, diferentemente dos antigos manicômios.

O espaço deve ser pensado também como uma unidade, que leve em consideração as necessidades das pessoas e a harmonia com o entorno, definindo as características de uma Arquitetura Orgânica. , da qual se destaca o arquiteto Frank Lloyd Wright com os seus projetos residenciais de profunda integração entre os ambientes externos e internos. (ARQUITETÔNICO, 2013).

Conclui-se que, ao propor um espaço arquitetônico ideal para as CTs deve-se levar em consideração a disciplina e vigilância abordada por Foucault; os panos de vidros e a modulação que visam respectivamente à vigilância e a flexibilidade da arquitetura moderna; os ambientes humanizados; e a arquitetura orgânica de forma que se integre ao entorno.

Este capítulo abordou o embasamento teórico sobre o que é o dependente químico e suas necessidades físicas e psicológicas.

## 2. ESTUDOS DE CASO

Para o melhor entendimento do funcionamento dos espaços das CTs é fundamental a pesquisa “in loco”, pois os estudos de casos são ferramentas para a identificação e pontuação dos problemas e das potencialidades. Esses estudos geram parâmetros que servem de embasamento para as diretrizes a serem seguidas na elaboração do anteprojeto arquitetônico.

Foram feitos três estudos de casos: no Centro de Tratamento Vila Serena, localizada no município de Eusébio no Ceará; na Comunidade Terapêutica Reviver localizada no município de Paulista, em Pernambuco; e , por fim, a Comunidade Terapêutica Projeto Renascer, no município de Itamaracá, também em Pernambuco.

Para a realização dos estudos de casos, foi utilizada como metodologia a análise da localização, público alvo, implantação, programa, legislação, setorização segundo a ANVISA (2011), tipologia e conforto ambiental. Por fim, foi elaborado um quadro comparativo dos três estudos, para conclusão.

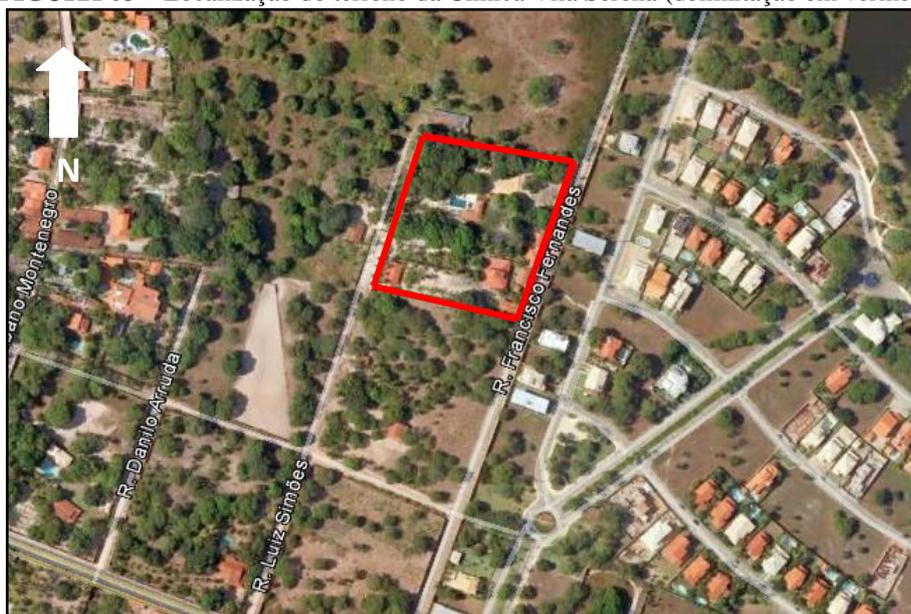
### 2.1 CENTRO DE TRATAMENTO VILA SERENA

- Localização

O Centro de Tratamento Vila Serena localiza-se no município de Eusébio, no Ceará, na Rua Luiz Simões, no bairro de Coaçu. O seu acesso é dado através de uma estrada de terra, pouco acessível em época de chuva. A sua localização permite o afastamento temporário do cotidiano que ajuda a criar um ambiente terapêutico, apesar de se localizar na capital do estado. (ver figura 03)

Seu entorno é composto por condomínios fechados de alto luxo, comunidades de baixa renda, fábrica, posto de saúde, todos com gabarito baixo, sem a existência de edifícios altos, como pode ser visto na imagem abaixo.

**FIGURA 03** – Localização do terreno da Clínica Vila Serena (delimitação em vermelho)



**FONTE:** Elaborado pela autora a partir do Google Earth, 2013

- Público Alvo e Total de Internos

Sua infra-estrutura tem a capacidade de acomodar trinta de cinco internos de ambos os sexos e com idades a partir dos 18 anos.

- Implantação

O terreno resume-se a um quarteirão, com aproximadamente 1000m<sup>2</sup> e 1.200 m<sup>2</sup> de área construída, com bastante área verde, considerados suficientes para distribuir os blocos e as atividades terapêuticas.

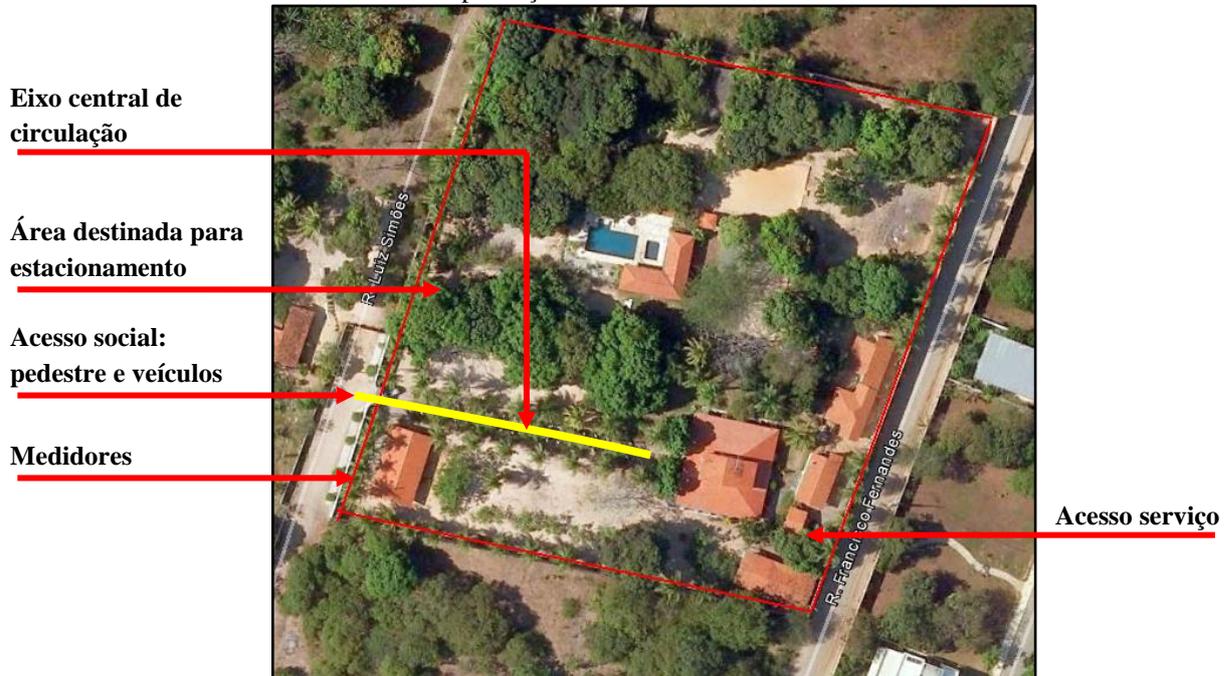
O estudo 01 é composto por nove blocos, dispostos por todo o terreno, o qual ocupa um quarteirão, com bastante área livre entre eles. O acesso social de veículos e pedestres é feito pela fachada da principal do terreno, voltada para a via Rua Luiz Simões, e o acesso de serviço pode ser feito tanto também por este acessou ou pelo próprio acesso de serviço na fachada da Rua Francisco Fernandes. As edificações permanecem em um único nível do solo. Amplas áreas verdes se integram com algum dos blocos, principalmente os da fachada leste.

O estacionamento de veículo está locado próximo a entrada principal, para evitar o fluxo de pessoas não pertencentes à CT.

Possui um eixo principal de circulação de pedestres, demarcados por vegetações que acessa a maioria dos blocos dispostos no terreno.

Os medidores (água, luz e gás) ficam próximos ao acesso principal aos estabelecimentos. Segue abaixo a figura 04, com a implantação:

**FIGURA 04 – Implantação da Clínica Vila Serena**

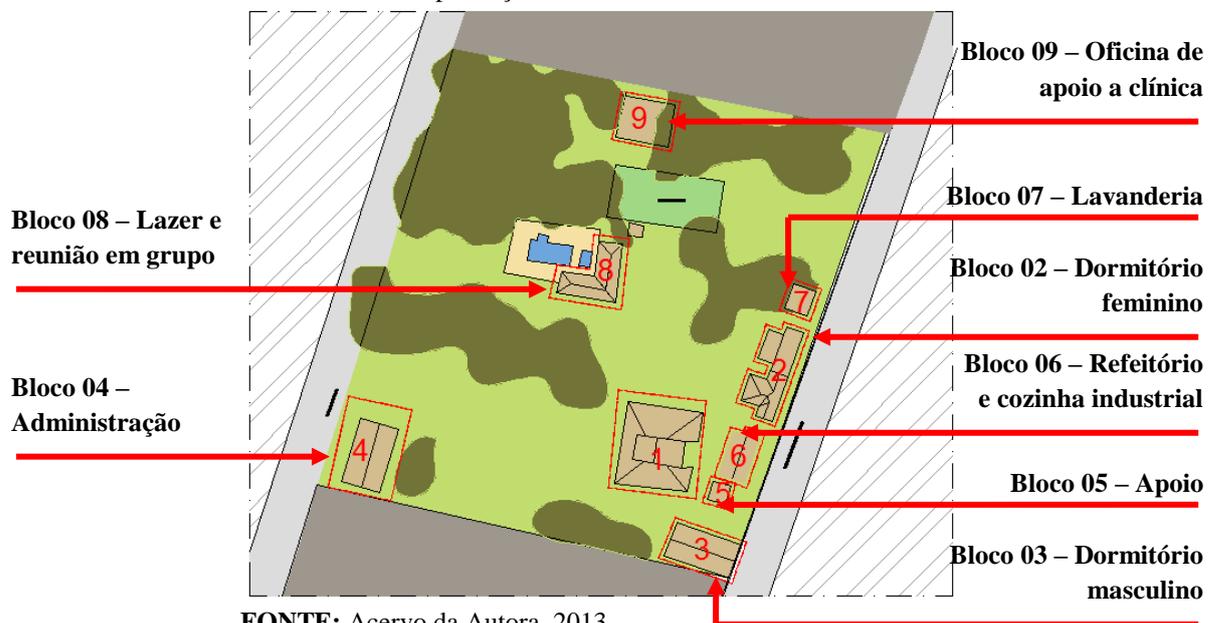


**FONTE:** Elaborado pela autora a partir do Google Earth, 2013

- Análise Programática

O programa existente na CT em estudo foi distribuído por oito edificações, como pode ser visto na figura abaixo:

**FIGURA 05 – Implantação dos blocos no terreno da Clínica Vila Serena**



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

A casa principal, localizada no bloco 01 na figura 05, é o primeiro destino dos internos recém chegados que passam pelo período de abstinência e necessitam maiores cuidados. A enfermaria foi instalada neste bloco justamente para atender a emergências apresentadas por estes usuários, assim como os demais. Com dois pavimentos, a casa abriga oito quarto com três camas individuais cada (ver figura 06), dentre eles um reservado para os pacientes que obtiverem melhores resultados e dois BWCs para uso dos que se instalarem nesta casa. A equipe médica da CT possui um quarto de apoio para aqueles que fazem plantão na CT, próximo a enfermaria. Também é encontrado neste bloco um ambiente que possui dupla funcionalidade: em um determinado horário funciona como sala de TV e nos demais horários como sala de estudos.

**FIGURA 06** – Tipologia dos quartos



**FONTE:** Vila Serena, 2013

No bloco 02 estão localizados os dormitórios femininos, com quarto quartos contendo com 03 camas, dois BWCs individuais e um espaço para o jogo de cartas. E bloco 03 com dormitório masculino para os internos cujo tratamento está mais desenvolvido, com três quartos contendo três camas e um BWC individual. O distanciamento entre estes blocos foi proposital para evitar futuros relacionamentos, o que pode atrapalhar o tratamento dos envolvidos, como pode ver na figura 05.

O bloco 04 é referente à administração da CT. É lá onde estão localizados a recepção, sala de administração, sala de admissão dos internos, dois consultórios de atendimento individual com psicólogos e BWC coletivo para o uso dos funcionários e visitantes da CT. (ver figura 07).

**FIGURA 07 – Recepção.**

**Consultórios e Sala  
de Administração**



**FONTE:** Vila Serena, 2013

Os blocos 05, 06, 07 e 09 compõem a área de serviço da CT com: refeitório, cozinha (ver figura 08), lavanderia, depósito de malas e roupas de cama, oficina; e o bloco 08 compõe a área de lazer (ver figura 09) com piscina, sala de ginástica, área de contemplação, reuniões, churrasqueira e campo de futebol.

**FIGURA 08 – Refeitório**



**FONTE:** Vila Serena, 2013

**FIGURA 09 - Área de lazer**

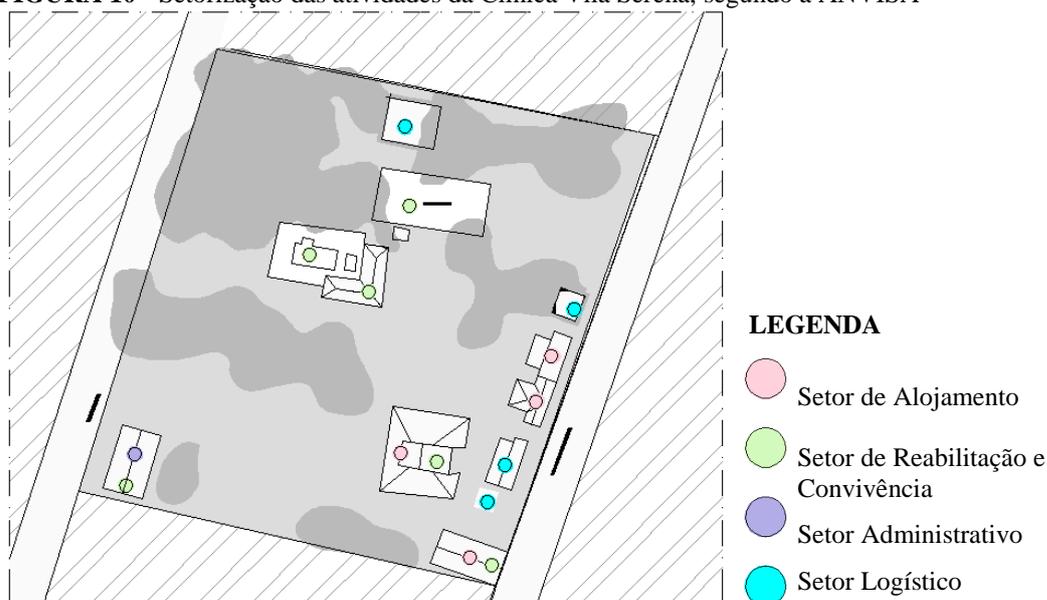


**FONTE:** Vila Serena, 2013

- Setorização, segundo ANVISA (2011)

Após as reformas feitas para adaptar-se as necessidades dos pacientes e as exigências da ANVISA (2011), o espaço passou a possuir uma setorização mais próxima do necessário para os estabelecimentos desse tipo. A conclusão desta análise pode ser vista abaixo (figura 10)

**FIGURA 10** - Setorização das atividades da Clínica Vila Serena, segundo a ANVISA



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

O único setor que está bem definido é o Logístico, o qual está totalmente separado dos demais. O setor de alojamento, na maioria das vezes aparece junto ao setor de Reabilitação e Convivência por uma sala de TV, no caso do bloco dois (02) ou uma sala de leitura no bloco seis (06), o que pode dificultar o desempenho das tarefas, pois os internos podem se distrair das atividades e ir para o quarto. No bloco um (01) o setor administrativo se mistura com o setor de reabilitação e convivência, por se localizar as salas de atendimento, porém não causa grandes problemas no fluxo, tanto que, segundo Leon (2003) as salas de atendimento fazem parte do setor administrativo.

- Atendimento aos parâmetros legais

A clínica foi instalada em uma antiga casa de veraneio, que, hoje em dia sua infra-estrutura foi adaptada para atender aos residentes, como ocorre na grande maioria de estabelecimentos desse tipo. Normalmente, pequenas reformas acontecem para atender as necessidades mínimas de seus usuários, ignorando a legislação. Há pouco tempo atrás, o estabelecimento reformou seus ambientes para torná-lo o mais acessível possível por conta das dificuldades enfrentadas pelos pacientes.

O estabelecimento atende as exigências das resoluções citadas anteriormente no primeiro capítulo obedecendo aos dimensionamentos mínimos necessários, a localização do terreno e parcialmente a setorização. Mesmo ao comparar com a antiga resolução 29 de julho 2001 a o número de internos está dentro do máximo aconselhável.

Além de pensar no fluxo dos pacientes, a reforma também foi feita para adaptar os ambientes a algumas exigências da NBR 9050, como a implantação de rampas e banheiros acessíveis, por conta da dificuldade citadas anteriormente que os mesmos possuem no início do tratamento. Este dado foi fornecido por um funcionário da clínica, posteriormente serão adicionadas fotos comprovando esta acessibilidade.

- Tipologia

Sua tipologia é marcada por casas térreas, sendo a casa principal com dois andares (ver figura 11), com a utilização de cobertas que variam entre duas e quatro água, com telha canal.

**FIGURA 11** – Casa principal



**FONTE:** Vila Serena, 2013

- Conforto Ambiental (térmico acústico e lumínico)

Mesmo sendo bastante arborizada, a maioria dos ambientes da CT são climatizados artificialmente devido ao clima da localidade. Os Dormitórios estão implantados próximo as áreas que recebem os ventos durante 9 meses do ano.

Esta arborização existente proporciona um conforto acústico e térmico, como: barreiras acústicas e sombra. Além disso, o entorno não possui grandes fontes de ruídos sonoros e aéreos.

Todos os ambientes possuem incidência de luz natural.

- Observações

Percebe-se que o ambiente físico da clínica segue bastante o modelo proposto por LENON (2003) utilizando os murais para expor o regimento do estabelecimento, a hierarquia dos funcionários e mensagens de conforto, como podemos ver na figura 07 (recepção) e

decoreção aconchegante. Destaca-se também o ambiente humanizado utilizado com o intuito de colaborar no processo de inserção destes indivíduos na sociedade, como por exemplo, a utilização do paisagismo, características de residências.

A metodologia utilizada pelo grupo é baseada na filosofia dos 12 passos das Irmandades Anônimas (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos). Promover em seu tratamento o contato com os outros dependentes num contexto terapêutico, de forma que possam dividir seus problemas, compartilhar suas vitórias e dar apoio uns aos outros (ver figura 12). Este é o principal seguimento no tratamento de seus internos. A Arterapia é utilizada como uma ferramenta para o combate as drogas, no qual o interno expressa suas emoções através da arte. (ver figura 13)

**FIGURA 12 – Atividades Terapêuticas**



**FONTE:** Vila Serena, 2013

**FIGURA 13 - Arterapia**



**FONTE:** Vila Serena, 2013

Inicialmente, o tratamento focaliza no dependente, estruturando um estilo de vida que envolve reuniões de Alcoólicos e/ou Narcóticos Anônimos, tarefas de auto-ajuda e autoconhecimento. Os internos passam por uma série de atividades que os ajudam a compreender a doença e obter informações para saber lidarem com a abstinência e a reintegração na sociedade.

Em relação os contextos familiares que fora bastante atingido pela dependência, a clínica também disponibiliza um tratamento para os familiares dos internos, mostrando como superar e apoiar o dependente. É sempre recomendado que os pacientes se estruturarem em programas de pós-tratamento que envolva participações de entidades como Al-Anon, Nar-Anon ou Amor Exigente.

Ao analisar a infraestrutura e os equipamentos oferecidos pela Clínica Vila Serena, pode-se considerar um estabelecimento que supre as necessidades de um dependente químico da melhor maneira possível. A quantidade de quartos e banheiros são suficientes para atender aos

trinta e cinco internos sem precisar de superlotação e a setorização parcial da área facilita bastante o fluxo de seus internos. Além disso, tudo, o estabelecimento oferece um ambiente humanizado, com bastantes áreas livre e vegetação natural de grande porte (ver figura 14). Esse fato traz ao ambiente físico um conforto físico e contemplativo, no que reflete diretamente no tratamento de seus pacientes, pois proporciona a reflexão sobre como eram suas vidas fora da clínica.

**FIGURA 14** - Área externa - Ambiente humanizados.



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

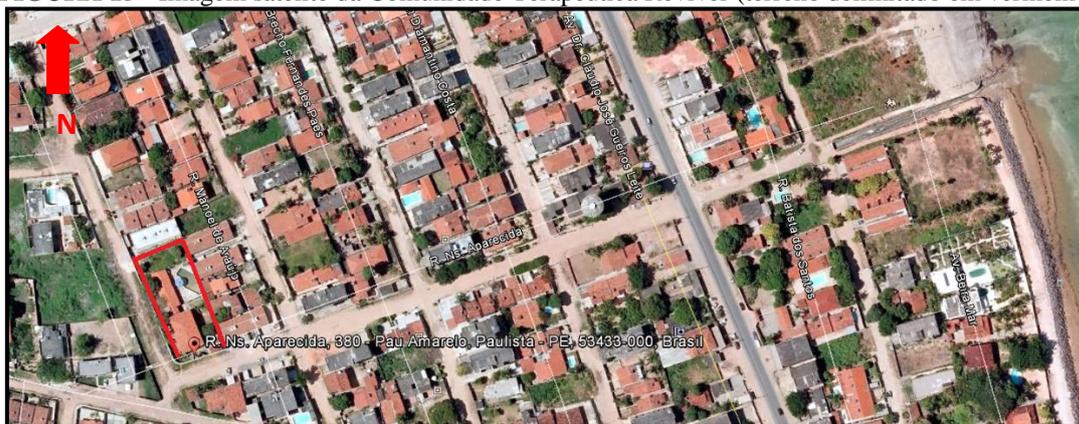
## 2.2 COMUNIDADE TERAPÊUTICA REVIVER

- Localização

A Comunidade Terapêutica Reviver localiza-se no município de Paulista, em Pernambuco, Rua Nossa Senhora Aparecida no bairro de Pau Amarelo, próximo a Avenida Beira Mar. O seu acesso é dado através de uma estrada de barro, onde o período de chuva dificulta o acesso. (ver figura 15). Apesar de se localizar no perímetro urbano de Paulista sua localização permite o afastamento temporário do cotidiano.

Sua vizinhança é composta por residências, edificações com predominância de gabarito térreo, com alguns espaços comerciais.

**FIGURA 15** - Imagem satélite da Comunidade Terapêutica Reviver (terreno delimitado em vermelho)



**FONTE:** Elaborado pela autora a partir do Google Earth, 2013.

- Público Alvo e Total de Internos

Seu público alvo são usuários de drogas do sexo feminino com idades a partir de 15 anos de idade. Sua capacidade máxima de acomodação é vinte e quatro internas.

- Implantação

O terreno é de esquina e ocupa uma área de aproximadamente 1.500 m<sup>2</sup> e 700 m<sup>2</sup> de área construída, com pouca área verde Possui duas edificações, uma pequena área com equipamentos de lazer e bastante solo impermeável. O único acesso de pedestre e o de veículo é feito através da fachada voltada para a Rua Nossa Senhora Aparecida. O terreno possui mais um acesso de veículo, porém o mesmo foi interditado dar lugar a outro ambiente da CT

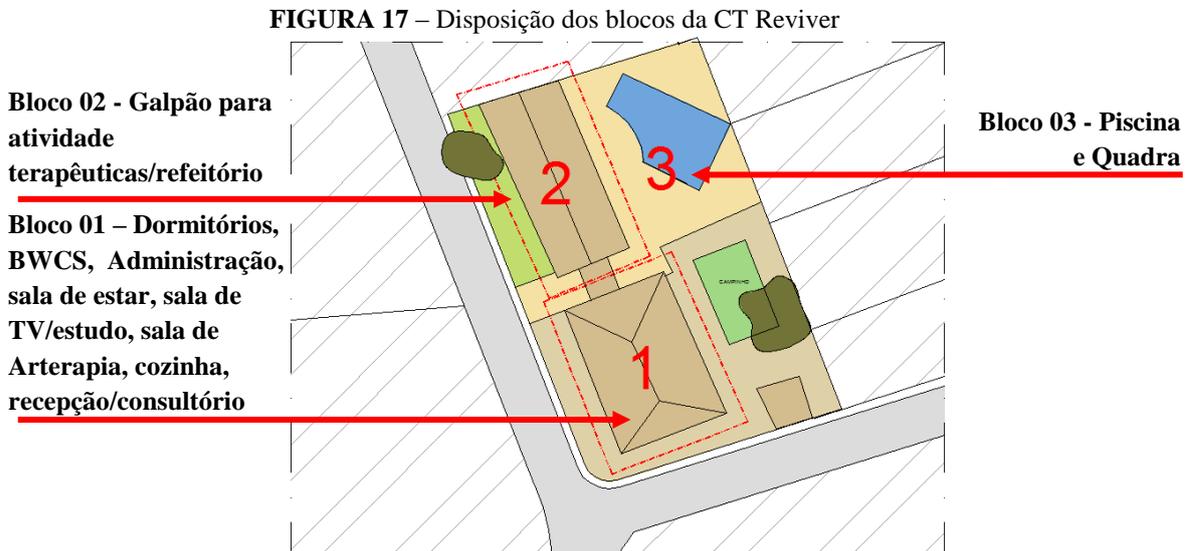
**FIGURA 16** - Implantação da Comunidade Terapêutica Reviver



**FONTE:** Google Earth, 2013

- Análise Programática

Sua infra-estrutura é dividida em três blocos: a casa principal, galpão de atividades e a área externa, como podem ser visto na figura abaixo: (ver figura 17)



**FONTE:** Acervo pessoal da autora, 2013

O estabelecimento contém 05 quartos, sendo quatro quartos com quatro camas quartos e um quarto com oito camas. Estes estão distribuídos no primeiro andar da casa principal (bloco 01), com três banheiros disponíveis para os internos.

É tão nítida a adaptação do programa a casa que um dos quartos possui um grande banheiro com banheira e closet, equipamentos totalmente dispensáveis para o tratamento do dependente químico (ver figuras 18 e 19).

**FIGURA 18 – Banheiro suíte maior**



**FONTE:** Acervo pessoal da Autora, 2013

**FIGURA 19 – Banheira na suíte maior**



**FONTE:** Acervo pessoal da Autora, 2013

É neste andar que também, se encontra a sala de TV e de leitura no qual um espaço abrange duas atividades que são desenvolvidas em horários diferentes. (ver figura 20)

**FIGURA 20** – Sala de Tv e leitura



**Acesso a varanda  
que está sempre  
fechada**

**FONTE:** Acervo pessoal da Autora, 2013

No térreo encontra-se a administração, que se resume em uma única sala, onde a proprietária e diretora resolvem os assuntos administrativos, arquiva os documentos dos internos, e monitora as câmeras de segurança. Existe também uma recepção serve também como sala de atendimentos individuais para consultas com psicólogos e psiquiatra (ver figura 21).

**FIGURA 21**– Sala da diretoria e recepção

**Acesso a sala de  
estar e aos demais  
cômodos da  
comunidade**



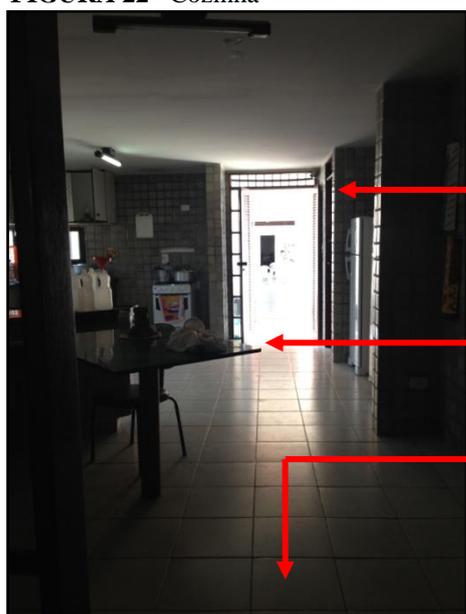
**Sala da diretoria,  
arquivo, e  
monitoramento de  
câmeras**

**Recepção e sala de  
atendimento  
individual**

**FONTE:** Acervo pessoal da Autora, 2013

Em plena sala de estar da casa, encontram-se umas divisórias demarcando a sala de Arterapia. O térreo possui um eixo circulação que interliga a sala de estar, com a cozinha, fumódromo e o bloco 02(ver figuras 22). Hoje em dia, o fumódromo ocupa a área de umas vagas de estacionamento do outro acesso citado anteriormente. (ver figura 23)

**FIGURA 22– Cozinha**



**Eixo de circulação  
que dá acesso ao  
fumódromo e ao  
bloco 02**

**Cozinha**

**Eixo de  
circulação que  
dá a sala de estar**

**FONTE:** Acervo pessoal da Autora, 2013

**FIGURA 23– Fumódromo**



**Acesso de  
veículos  
interditado**

**Cozinha e sala  
de estar**

**Bloco 02**

**Eixo de circulação**

**FONTE:** Acervo pessoal da Autora, 2013

Saindo da casa principal, encontra-se o bloco dois (02), um pequeno galpão onde acontecem os encontros terapêuticos e também serve de refeitório. (ver figura 24)

**FIGURA 24– Bloco 02**



**Mesas armadas  
para a realização  
de atividades  
terapêuticas**

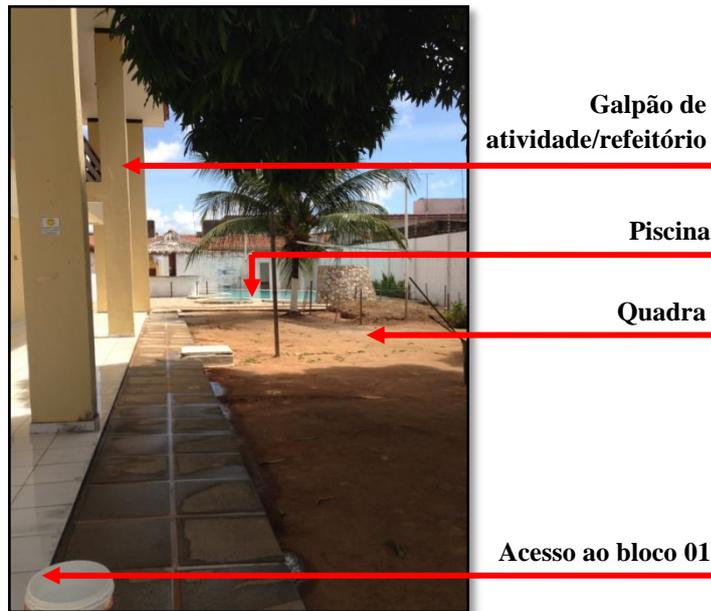
**Acesso ao  
fumódromo**

**Mesas armadas  
para servir como  
refeitório**

**FONTE:** Acervo pessoal da Autora, 2013

A área externa da casa, considerada como bloco três (03), é dotado de equipamentos de lazer como piscina, no qual é utilizada aos finais de semana e uma pequena quadra para as internas se exercitarem. (ver figura 25)

**FIGURA 25**– Bloco 03



**FONTE:** Acervo pessoal da Autora, 2013

- Setorização segundo a ANVISA (2011)

É nítida a ausência de uma setorização no estudo 02, o qual não obedece às exigências da ANVISA e não atende aos conceitos de Leon (2003). Porém, devido à menor quantidade de blocos, a CT consegue manter-se organizada em suas atividades, tais como: a atividade doméstica da cozinha não se integra com os dormitórios, pois estão em andares diferentes,

Analisando a disposição dos ambientes *in loco* que a adequação dos ambientes já existentes com as atividades dos CT, foi exercida de maneira provisória, como na maioria dos estabelecimentos com este uso. Essas adequações geram blocos com mais de uma atividade e isto resulto da deficiência no dia a dia dos internos. Como exemplo disso é a utilização da recepção para outras atividades descritas anteriormente, ou do galpão das atividades como refeitório.

- Atendimento aos parâmetros legais

A clínica foi instalada em uma antiga casa de veraneio, o qual o programa da CT se adaptou ao espaço existente, ignorando a legislação vigente. Além da legislação da ANVISA (2011), a NBR 9050 também foi ignorada. Para justificar a falta de investimento no estabelecimento a proprietária Paul Weked diz que: “Além de esta CT possuir um número de internações baixo por atender somente ao público feminino, , existem algumas internas que estão lá sem contribuir financeiramente com a estadia por não possuir condições financeiras”.

Por não atender aos quesitos mínimos da legislação da ANVISA (2011), o estabelecimento é considerado “clandestino” e não é cadastrado na FEBRACT o que a impede de receber incentivos fiscais do governo para o investimento de melhorias físicas na comunidade.

- Tipologia

Sua tipologia é com um gabarito de térreo mais primeiro pavimento, cercada por muro alto, com uma cobertura de quatro águas.

**FIGURA 26**– Fachada principal



**FONTE:** Google Street View, 2013

- Conforto ambiental

O clima, a ausência de vegetação e a grande quantidade de piso impermeável fazem com que elevem o nível de aquecimento nos ambientes, sendo adotado em todos os ambientes a ventilação artificial. Sua grande maioria possui ventiladores para vencer o calor, sendo somente a sala da diretoria com ar-condicionado. Os Dormitórios estão implantados a nordeste, recebendo ventos durante 3 meses ao ano.

Apesar do seu entorno não apresentar nenhuma fonte de ruído, a edificação está exposta a qualquer eventualidade, pois além de possuir pouca sombra acústica, sua tipologia se difere do entorno, onde a predominância são edificações de piso térreo.

Todos os ambientes possuem incidência de luz natural.

- Observações

A metodologia utilizada pelo grupo é baseada na filosofia dos 12 passos das Irmandades Anônimas (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos).

Ao analisar a infraestrutura e os equipamentos oferecidos pela Comunidade Terapêutica Reviver, pode-se considerar um estabelecimento de nível baixo, o qual não atende a maioria dos quesitos da ANVISA, e com os princípios arquitetônicos de uma CT descritos no primeiro capítulo deste trabalho. Além de existir uma superlotação dos quartos o terreno não disponibiliza espaços abertos com vegetação natural para auxiliar no tratamento dos internos.

### 2.3 COMUNIDADE TERAPÊUTICA PROJETO RENASCER

- Localização

A Comunidade Terapêutica Renascer localiza-se no município de Itamaracá, em Pernambuco, na Rua Carlos Antão, bairro de Forno da Cal. O seu acesso é dado através de uma rua de paralelepípedo (ver figura 27)

Seu entorno é composto por condomínios por edificações residenciais, com características de estadias temporária e pousadas com um gabarito que varia entre térreo e primeiro pavimento, com características de casa de praia.

**FIGURA 27** – Imagem satélite da Comunidade Terapêutica Renascer (terreno delimitado em vermelho)



**FONTE:** Elaborado pela autora a partir do Google Earth, 2013.

- Público Alvo e Total de Internos

Seu público alvo são usuários de drogas do sexo masculino com idades a partir de 18 anos de idade. Sua capacidade máxima de acomodação é quarenta internos.

- Implantação

O terreno resume-se a um quarteirão, com aproximadamente 1.800 m<sup>2</sup> e 780 m<sup>2</sup> de área construída, com pouca área verde e bastante área impermeabilizada. Sua topografia é marcada por um desnível bastante acentuado. Para vencer este desnível foram utilizadas rampas e escadas. (ver figura 28)

O estudo 03 é composto por quatro blocos, sendo três deles dispostos de forma aglomerada no terreno e o outro, separado dos demais. Percebe-se que a clínica expandiu o terreno no antigo uso, estendendo para o terreno vizinho, integrando mais uma casa ao seu conjunto.

**FIGURA 28** – Implantação da Comunidade Terapêutica Renascer



FONTE: Google Earth, 2013

- Análise programática

O programa disponível para a Comunidade Terapêutica Renascer foi distribuído em quatro blocos, como pode-se ver na figura abaixo:

**FIGURA 29 – Disposição dos blocos no terreno**



**FONTE:** Acervo pessoal da Autora, 2013

No bloco um (01), a casa principal, estão disponibilizado os dormitórios, com o total de nove (09) suítes com a capacidade variável entre quatro a seis camas, seguindo as restrições da ANVISA tanto no número de leitos por dormitórios quanto o dimensionamento mínimo. (ver figura 30). Além das acomodações, a casa abriga a academia de ginástica, indispensável para os internos liberarem suas energias, segundo a proprietária. (ver figura 31)

**FIGURA 30 – Quarto do térreo**



**FONTE:** Acervo da autora, 2013

**FIGURA 31 – Academia**



**FONTE:** Acervo da autora, 2013

Diferentemente das outras CTs citadas anteriormente, o estabelecimento disponibiliza, ainda no térreo, um quarto individual para os que se internam involuntariamente, pois, segundo a

proprietária da comunidade, estes chegam muito agressivos, e precisam de um tempo a sós para acalmar sua agressividade. Antigamente, este quarto era de alto luxo, disponibilizando o maior conforto para o recém chegado, com televisão, TV a cabo, frigobar, porém tudo isso foi destruído pelos menos, sendo substituídos por somente um colchão no chão par que não se machuquem. Este método lembra bastante as atitudes dos manicômios, o qual os internos eram isolados por conta de sua agressividade. Hoje em dia está atitude é reprimida pelos estudiosos, onde a essência dos tratamentos nas CTs é a convivência em sociedade.

O bloco dois (02) abrigada à cozinha, e o espaço de atividades dividem o horário com o refeitório. Nesta ambiente é onde acontecem as reuniões terapêuticas, cultos religiosos e aulas de música. Estar sendo utilizada constantemente, não foi permito conhecer as dependências internas deste bloco. (ver figura 32)

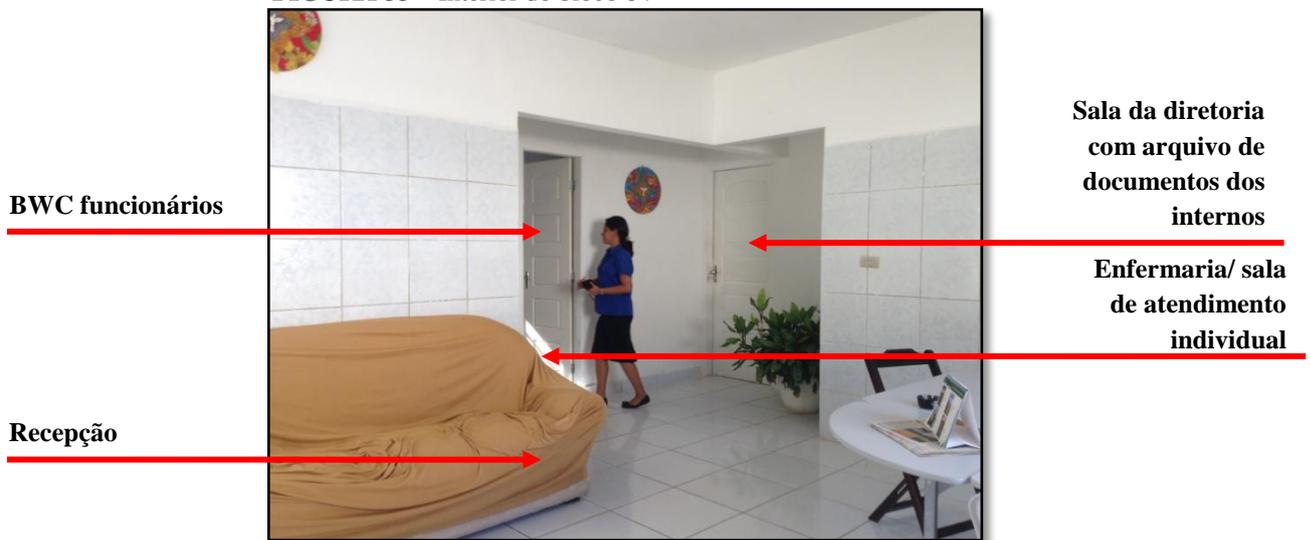


**FONTE:** Acervo da autora, 2013

O bloco três (03) é a área composta por equipamentos de lazer como a piscina, churrasqueira e salão de jogos. Estas atividades são desenvolvidas durante os finais de semana. Este espaço também é utilizado para atividades terapêuticas externas.

E finalmente, o bloco quatro (04) é onde se concentra a parte administrativa da CT. Sua equipe médica é formada por oito monitores que revezam os horários, dois técnicos em dependência química, uma enfermeira, um psicólogo o qual atende aos internos uma vez por semana. (Ver figura 33)

**FIGURA 33** – Interior do bloco 04



**FONTE:** Acervo da autora, 2013

- Setorização da ANVISA (2011)

Por ser uma adaptação, o estabelecimento possui uma setorização parcial, sendo que em alguns ambientes os setores se misturam, porém não influenciam no fluxo dos internos. (ver figura 34)

**FIGURA 34** – Setorização Comunidade Terapêutica Renascer



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

- Atendimento aos parâmetros legais

A clínica foi instalada em uma antiga pousada, que, hoje em dia, sua infra-estrutura foi adaptada para atender aos residentes. Não foi feita nenhuma reforma para que a edificação se adapte as necessidades do interno.

Todos os blocos não foram adaptados para atender a norma da NBR 9050 de acessibilidade, porém algumas atitudes foram providenciadas para se aproximarem das exigências: como instalação de rampas, sendo a declive maior que 8,33%, e disponibilização de um quarto no térreo do bloco 01 para os internos que chegam com alguma dificuldade de locomoção. (ver figura 23).

- Tipologia

Sua tipologia é marcada por casas térreas, sendo a casa principal com dois andares (ver figura 05), com a utilização de cobertas de duas águas, com telha canal.

**FIGURA 35** – Tipologia casa central



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

- Conforma ambiental (térmico luminico e acústico)

O clima e a ausência de vegetação fazem com que elevem o nível de aquecimento nos ambientes, sendo adotados em todos os ambientes a ventilação artificial, através de ar condicionado e ventiladores e ventilação natural.

Mesmo não sendo identificada nenhuma fonte de ruído em seu entorno, as edificações não possuem nenhuma barreira acústica para eventuais ruídos. Por se localizar em um declive, as fachadas voltadas para ventos dominantes não receberam nenhuma proteção acústica.

Todos os ambientes possuem incidência de luz natural.

- Observações

Assim como os outros estudos, a metodologia utilizada pelo grupo é baseada na filosofia dos 12 passos das Irmandades Anônimas (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos).

Ao analisar a infraestrutura e os equipamentos oferecidos pelo estudo 03, pode-se considerá-lo um estabelecimento que supre as necessidades básicas de um dependente químico. A quantidade de quartos e banheiros são suficientes para quarenta internos sem precisar de superlotação e o fluxo dos integrantes da CT não é prejudicado pela setorização parcial.

#### 2.4 ANÁLISE COMPARATIVA

Finalizada a pesquisa de estudos de casos é necessário fazer uma análise comparativa entre os diversos aspectos existentes nos exemplos estudados, seus pontos positivos e negativos

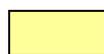
**QUADRO 02** - Quadro comparativo.

| ESTUDO DE CASO              | CLÍNICA VILA SERENA  | COMUNIDADE TERAPÊUTICA RENASCER                          | COMUNIDADE TERAPÊUTICA REVIVER              |
|-----------------------------|--|--|---|
| ARQUITETO                   | Desconhecido   | Desconhecido   | Desconhecido                                |
| ANO DA CONSTRUÇÃO           | Desconhecido   | Desconhecido   | Desconhecido                                |
| TOTAL DE INTERNOS           | 35   | 45   | 24  |
| PÚBLICO ALVO                | Ambos os sexos a partir dos 18 anos de idade                   | Sexo masculino a partir dos 18 anos de idade             | Sexo Feminino a partir dos 15 anos de idade |
| LOCALIZAÇÃO                 | Eusébio – CE   | Ilha de Itamaracá – PE                                   | Paulista - PE                               |
| IMPLANTAÇÃO                 | Em 1 quarteirão com edificações de uso comercial e residencial | Em dois terrenos de esquina em uma área residencial      | Terreno de esquina em uma área residencial  |
| ÁREA TOTAL DO TERRENO       | 10 000 m <sup>2</sup>  | 1800 m <sup>2</sup>                                      | 1500 m <sup>2</sup>                         |
| ÁREA CONSTRUÍDA             | 1.200 m <sup>2</sup>   | 780 m <sup>2</sup>                                       | 700 m <sup>2</sup>                          |
| SETORIZAÇÃO – ANVISA (2011) | Setorização parcial, sem grandes interferências no fluxo       | Setorização parcial, sem grandes interferências no fluxo | Não possui                                  |
| PROGRAMA                    | Completo e funcional   | Básico   | Incompleto                                  |
| FLUXO                       | Apresenta em alguns locais fluxos separados                    | Apresenta em alguns locais fluxos separados              | Não apresenta um fluxo adequado a seu uso   |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| ATENDIMENTO<br>AOS<br>PARÂMETROS<br>LEGAIS<br>(ANVISA) | Atende aos<br>requisitos mínimos<br>da ANVISA  | Atende aos requisitos<br>mínimos da ANVISA  | Não atende  |
| TIPOLOGIA  | Casas térreas e com<br>1º pavimento  | Casas térreas e com 1º<br>pavimento   | Casas térreas e com 1º<br>pavimento   |
| CONFORTO<br>AMBIENTAL                                  | Ambientes<br>climatizado,<br>dormitórios voltados<br>para o sudeste, todos<br>os ambientes com<br>incidência de luz<br>natural e sem fontes<br>de ruídos | Ambientes<br>climatizado,<br>dormitórios voltados<br>para o nordeste, todos<br>os ambientes com<br>incidência de luz<br>natural e sem fontes de<br>ruídos. Ausência de<br>vegetação e a presença<br>de bastante piso<br>impermeável | Ambientes<br>climatizado,<br>dormitórios voltados<br>para o nordeste, todos<br>os ambientes com<br>incidência de luz<br>natural e sem fontes de<br>ruídos. Ausência de<br>vegetação e a presença<br>de bastante piso<br>impermeável |

LEGENDA:

 Atende

 Atende com Restrições

 Não atende

**FONTE:** Elaborado pela autora a partir dos estudos de casos, 2013.

Após a realização do quadro comparativo entre as CTs Vila Serena, Reviver e Renascer pôde-se concluir que apesar de todas terem o objetivo de realizar o tratamento da dependência química, possuem algumas inadequações.

A Clínica Vila Serena, apesar de ter sido implantada e adaptada em uma edificação já existente, se destaca em relação aos demais estudos de casos, pois: possui seus ambientes humanizados, principalmente os externos; se enquadrar aos requisitos básicos exigidos pela ANVISA (2011); e possui um dos programas mais completo e funcional em relação às demais. Vale ressaltar que a CT optou por atender ambos os sexos sem deixar que essa condição prejudique o tratamento dos internos.

Na Comunidade Terapêutica Renascer foi observado que, mesmo sendo instalada em uma antiga pousada sem adaptação para o novo uso, a mesma atende aos requisitos básicos da ANVISA (2011), principalmente em relação a sua setorização e ao dimensionamento dos ambientes. Seu programa é básico, porém funcional. A CT atende somente usuários do sexo

masculino, pois entende que a presença feminina possa atrapalhar o desenvolvimento no tratamento dos internos.

Por último, a Comunidade Terapêutica Reviver, que foi instalada em uma casa de veraneio e não passou por nenhuma adaptação as necessidades dos usuários. Foi verificado também que o espaço não está de acordo com as exigências da ANVISA (2011), pois os quartos possuem superlotação, os setores previstos na lei se misturam como, por exemplo, o refeitório que também funciona como sala de terapia em grupo.

Neste capítulo foram apresentados estudos de casos realizados, verificando os aspectos pontuados, os seus espaços e infraestrutura, para ser utilizado como base na elaboração do Anteprojeto da Comunidade Terapêutica na Ilha de Itamaracá – PE a ser proposta. No próximo capítulo apresenta-se a caracterização da área onde o mesmo.

### 3. ANÁLISE DA ÁREA

Para melhor entendimento e desenvolvimento do anteprojeto arquitetônico da Comunidade Terapêutica, é necessário um estudo preliminar das características do município da Ilha de Itamaracá – PE, com o foco na situação do terreno objeto deste estudo, no seu entorno e na legislação referente à área onde será instalada.

#### 3.1 ESTUDO DE VIABILIDADE DE TERRENOS

Na escolha do terreno foram feitos três estudos de viabilidade para identificar o melhor. Foram analisados critérios como: a localização, o entorno, o dimensionamento, o zoneamento, a infra-estrutura e a morfologia. Segue abaixo a imagens dos terrenos com a localização em vermelho:

**FIGURA 36** – Terreno 01 – Moreno/PE



FONTE: Google Earth, 2013

**FIGURA 37** – Terreno 02 – Cabo/PE



FONTE: Google Earth, 2013

**FIGURA 38** – Terreno 03 – Ilha de Itamaracá/PE



FONTE: Google Earth, 2013

Com base nos princípios abordados no primeiro capítulo deste trabalho e nos critérios de viabilidade citados anteriormente foi feito um quadro comparativo para auxiliar na escolha do terreno:

**QUADRO 03** – Estudo de Viabilidade

| CRITÉRIOS        | Terreno 01   | Terreno 02   | Terreno 03   |
|------------------|--|--|--|
| LOCALIZAÇÃO      | Município de Moreno - PE Distrito de Bonança           | Município de Cabo de Santo Agostinho dentro do centro urbano                                   | Município da Ilha de Itamaracá - PE Bairro: Forte Orange, entre o centro urbano e rural            |
| ENTORNO          | Próximo a uma área de habitação de baixa renda         | Residências, comércio e assentamentos irregulares  | Vegetação de grande porte, ranchos e chácaras, residências, pousadas                               |
| DIEMENSIONAMENTO | 80 000 m <sup>2</sup>                                  | 8 000 m <sup>2</sup>   | 20 000 m <sup>2</sup>  |
| ZONEAMENTO       | ZUC – Zona de Urbanização Controlada                   | ZUR I - Zona Urbana Residencial I  | ZMD - Zona de Média Densidade  |
| ACESSOS          | Acesso direto pela BR/PE                               | Acesso é dado por uma via de baixo fluxo, próximo a antiga estrada de Gaibú e a 430 m da PE 60 | Acesso por uma via de baixo fluxo de difícil acesso (estão construindo uma nova via de acesso)     |
| INFRA-ESTRUTURA  | Atende   | Atende   | Atende   |
| MORFOLOGIA       | Terreno plano, com predominância de vegetação rasteira | Terreno plano, com predominância de vegetação rasteira e clima tropical úmido                  | Terreno plano, com bastante vegetação de pequeno e grande porte, Tropical chuvoso com verões secos |

LEGENDA:

|   |                       |
|---|-----------------------|
|  | Atende                |
|  | Atende com Restrições |
|  | Não atende            |

**FONTE:** Acervo da autora, 2013

Com base nesse estudo, foi concluído que o terreno que mais se enquadra as necessidades de uma CT é o número 03 no município da Ilha de Itamaracá – PE. Os principais itens observados entre os três foram: o entorno, por conta do fácil acesso as substâncias entorpecentes precisaria ser o mais recluso possível, e o dimensionamento que possa atender ao programa do anteprojeto. O terreno escolhido atende a estas exigências.

### 3.2 O MUNICÍPIO

A ilha de Itamaracá está situada no litoral norte de Pernambuco, a 55 km do Recife, entre os paralelos 07° 41' e 07° 49' de latitude sul e 034° 49' e 034°54' de longitude oeste do meridiano de Greenwich e capital do estado, separada do continente por um braço de mar de 22 km em forma de “U” conhecido como Canal de Santa Cruz. (LEITÃO, BARBOSA E CARRARO, 2007). Seu acesso é dado através da BR – 101 e PE – 035.

O povoamento da ilha de Itamaracá começou no entorno da igreja de Nossa Senhora da Conceição, em Vila Velha. Desde então o local sempre foi estratégico para os portugueses, que construíram fortes na ilha. Antes de fazer parte do Estado de Pernambuco, o município foi uma capitania e cenário de batalhas entre portugueses e holandeses, no séc. XVII. Embora sua emancipação tenha se dado em 1958, a ocupação do território municipal relembra ao período colonial.

Hoje em dia, ele faz parte da Região Metropolitana do Recife – RMR, limitando-se a norte com Goiana, a sul com Igarassu, a leste com Oceano Atlântico, e a oeste com Itapissuma.( ver figura 39)

**FIGURA 39** – Localização do município



**FONTE:** Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana do Recife, 2011

A área municipal ocupa 65,1 km<sup>2</sup> e representa 0,07 % do Estado de Pernambuco. Está inserido na Folha SUDENE de Itamaracá na escala 1:100.000.

De acordo com a agência Condepe/Fidem (2012) a população residente no município é de 22 794 habitantes, sendo 16 993 na zona urbana e 5801 na zona rural, resultando em uma densidade demográfica de 328 hab./km<sup>2</sup>.

A rede de saúde se compõe de 01 Hospital, 09 Leitos, 09 Ambulatórios, e 14 Agentes Comunitários de Saúde Pública. A taxa de mortalidade infantil, segundo dados da DATASUS (2013) é de 67,16 para cada mil crianças.

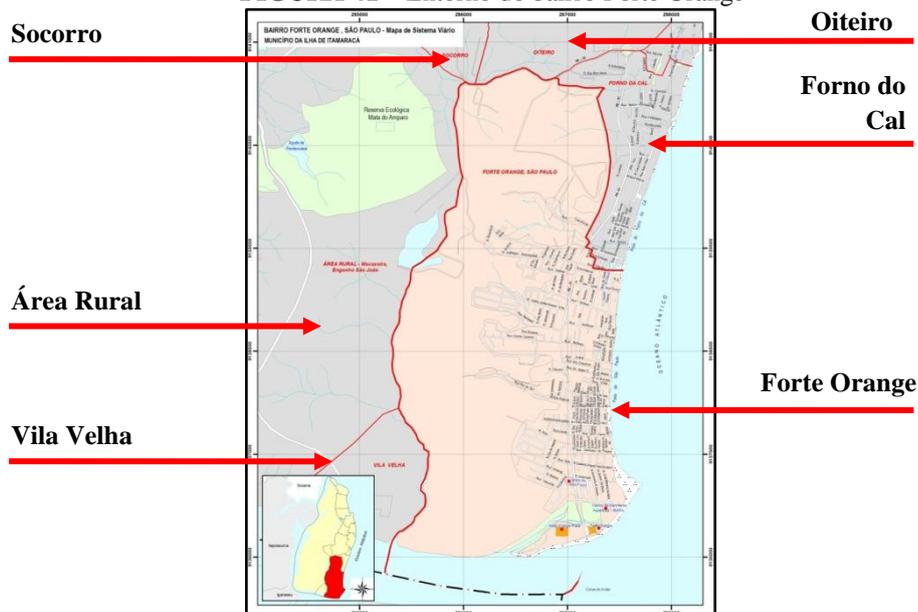
Na área de educação, o município possui 19 estabelecimentos de ensino fundamental com e 01 estabelecimentos de ensino médio.

Dos 3 642 domicílios particulares permanentes, 2681(73,6) % são abastecidos pela rede geral de água, 653 (17,9)% são atendidos por poços ou fontes naturais e 308 (8,5)% por outras formas de abastecimento. A coleta de lixo urbano atende 1344 (36,9) % dos domicílios.

O Forte Orange, O Pilar, e a famosa Vila Velha são alguns lugares da ilha que atraem pessoas de várias partes do país para conhecer a beleza de Itamaracá. No Município também está situada duas unidade prisional , que, uma dela será desativada e demolida posteriormente.



**FIGURA 41 – Entorno do bairro Forte Orange**



**FONTE:** Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitanado Recife, 2011

O bairro de Forte Orange é marcado pela presença da praia de São Paulo (ver figura 42), bastante procurada pelos turistas, e pela presença do edifício histórico Forte Orange, monumento de grande importância a nível metropolitano e estadual.

**FIGURA 42 – Praia de São Paulo e Forte Orange**



**FONTE:** CITY BRAZIL, 2013

### 3.3 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA

O acesso ao terreno é dado, primeiramente pela PE 035, em direção ao Norte do estado de Pernambuco, se dirigindo a direita da rotatória de Itamaracá (ver figura 43), sentido Forte Orange, seguindo pela PE 001, na sexta rua a direita conhecida como Rua Canhotinho,

esquina com a pousada Chalé Pedra Furada, em direção ao ponto histórico Forte Orange (ver figura 44). Na figura 45 pode ser visto que a rua está sendo estendida para melhor acesso ao terreno, sendo, provisoriamente, de terra abatida, com difícil acesso.

**FIGURA 43** – Via PE 035 com vista para a rotatória de Itamaracá.



**FONTE:** Google Street View, 2013

**FIGURA 44** – Acesso a Rua Canhotinho



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

**FIGURA 45** - Implantação da extensão da Rua Canhotivo e limite inicial do terreno em Itamaracá - PE



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

Sua vizinhança é composta por edificações de pequeno porte, predominantemente residenciais, com extensos terrenos (ranchos e chácaras) ainda a serem habitadas, restaurante, pousada e bastante vegetação. ( ver figura 46) .

**FIGURA 46** – Fundos do rancho vizinho



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

Para maior legibilidade da área, foi feita uma análise perceptiva de acordo com os princípios de Lynch (1997) para a identificação de elementos urbanos. No que se remetem as formas físicas presentes nas imagens das cidades o autor classifica cinco tipos de elementos: vias, limites, bairros, pontos nodais e marcos. (ver figura 47)

**FIGURA 47** – Leitura da área em estudo segundo Lynch (1997)



**LEGENDA:**

-  Limite
-  Barreira
-  Marcos Referenciais
-  Pontos Nodais
-  Caminhos

**FONTE:** Elaborado pela autora a partir do Google Earth, 2013.

Percebe-se que as vias da área em estudo são de fácil identificação, com um desenho quadriculado, o que facilita a circulação. As que mais se destacam é a PE 001, sendo o acesso principal a rua do objeto de estudo, própria Rua Canhotinho, o qual o terreno está situado que se estende até a praia e a rua Tamandaré que também dá acesso à praia. (ver figura 47).

O limite é dado pelas vias de maior influência na área. No eixo horizontal a partir do final do terreno do anteprojeto da Comunidade Terapêutica delimitado em vermelho na figura 28, até a praia do Forno do Cal, a leste do município. No eixo vertical, a área em estudo se enquadra a partir da rua Tamandaré, ao sul e a rua Sorriso, ao norte.

Como barreira pode-se identificar o mar, a leste do terreno em estudo, na praia do Forno do Cal. (ver figura 47)

Foram identificados dois pontos nodais, sendo eles o cruzamento entre a PE - 001 e a Rua Canhotinho, acesso à Praia Forno do Cal (ver figura 48) e o cruzamento da PE - 001 e a Rua Tamandaré, acesso à praia São Paulo. (ver figura 49)

**FIGURA 48** – Ponto Nodal Rua Canhotinho



FONTE: Google Earth, 2013

**FIGURA 49** – Ponto Nodal Rua Tamandaré



FONTE: Google Earth, 2013

Como marco referencial foi identificado a pousada Chalé Pedra Furada (ver figura 50), o restaurante Feitoria (ver figura 51) e uma parada de ônibus (ver figura 52).

**FIGURA 50** – Restaurante Feitoria



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

**FIGURA 51** – Pousada Chalé Pedra Furada



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

**FIGURA 52** – Parada de ônibus



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

Após esta análise do ambiente pode-se perceber que a área pode ser organizada e todos os elementos físicos citados anteriormente podem ser reconhecidas, considerando a área legível o que facilita a circulação e a identificação da área.

### 3.4 CARACTERIZAÇÃO DO TERRENO

O terreno escolhido foi indicado pelo proprietário de uma das CTs visitadas para o desenvolvimento do estudo de casos, pois o mesmo adquiriu este terreno para desenvolver um outro espaço destinado para o tratamento de dependentes químicos. Localizado entre os paralelos 07° 47' de latitude sul e 034° 50' de longitude oeste, com uma média de 1,5 hectares de área. Como pode-se ver na figura 53, o terreno se estende pela mata. Vale ressaltar que, de

acordo com o Plano Diretor do Município da Ilha de Itamaracá, que está não é uma Área de Preservação Permanente - APP. (ver figura 54)

**FIGURA 53 - O terreno ( delimitado em vermelho)**



**FONTE:** Google Earth, 2013

**FIGURA 54 – Extensão do terreno**



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

**FIGURA 55 – Sentido área rural e praia do município**



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

Ao seguir pelo sentido esquerdo do terreno, localiza-se a área rural do município, e pelo direito , encontra-se o mar, como pode-se ver na figura 55.

Apesar da topografia da Ilha de Itamaracá ser bastante acidentada, o terreno é plano de formato retangular, cujas dimensões e os ângulos podem ser vistas na figura 56:

**FIGURA 56** – Ângulos e Dimensões do terreno



**FONTE:** Elaborado pela autora a partir do Google Earth, 2013.

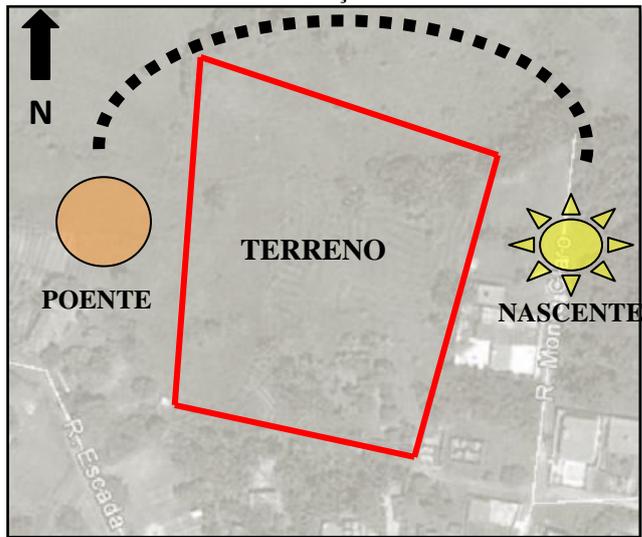
O terreno dispõe de infraestrutura básica do município, com abastecimento de água e esgotamento sanitário ministrados pela COMPESA; e o fornecimento de energia elétrica pela CELPE.

### 3.5 ASPECTOS FÍSICOS E CLIMÁTICOS

O terreno utilizado para a elaboração do Anteprojeto tem sua fachada norte voltada para a rua Luxemburgo, fachada sul margeando a rua Canhotinho, a fachada leste e oeste delimitada por outros imóveis.

A partir do posicionamento do terreno, pode-se identificar a localização do nascente e do poente. (ver figura 57)

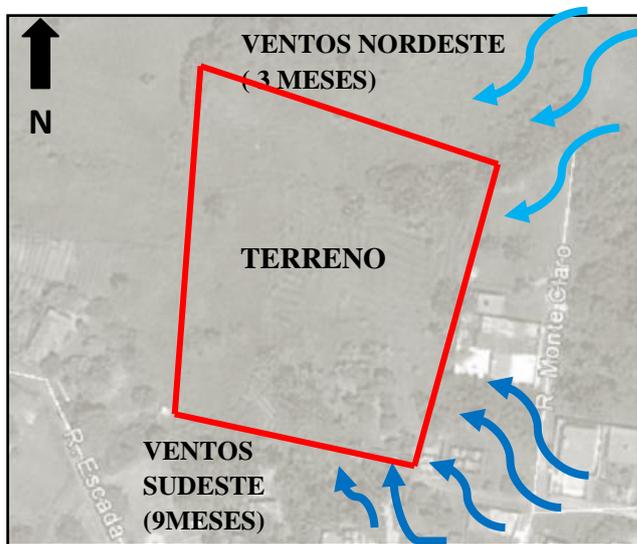
**FIGURA 57 - Estudo de Insolação**



**FONTE:** Elaborado pela autora a partir do Google Earth, 2013.

No município da Ilha de Itamaracá percebe-se que durante 9 meses do ano a incidência de ventos provenientes do Sudeste, e nos outros 3 meses, ventos provenientes do Nordeste. ( ver figura 58)

**FIGURA 58 - Estudo da incidência dos ventos**



**FONTE:** Elaborado pela autora a partir do Google Earth, 2013.

### 3.5.1 MAPEAMENTO ACÚSTICO DA ÁREA

Para o estudo das influências sonoras da área foi desenvolvido um Mapa Acústico que tem como objetivo traçar o perfil sonoro da região, possibilitando a intervenção correta no sentido de amenizar e resolver os problemas ocasionados pelos distúrbios do som no meio ambiente, influenciando o nível de qualidade de vida dos usuários. (ver figura 59)

FIGURA 59 - Mapa Acústico



FONTE: Elaborado pela autora a partir do Google Earth, 2013.

Por conta de sua localização e seu entorno, o terreno em estudo encontra-se em uma zona de influencia de baixo ruído, que configura um aspecto positivo para a locação da Comunidade Terapêutica.

Todas as suas fachadas possuem sobras acústicas ocasionadas pela massa verde que circunda o terreno, principalmente as que estão voltadas para o norte e oeste. A testada leste do terreno, além de ser composto por vegetação de grande porte, divide o muro com residências com sua tipologia de térreo e primeiro pavimento. Ao sul, o terreno possui uma barreira acústica, dado através da topografia do terreno vizinho, que servem como anteparo para as ondas sonoras. A via de acesso ao terreno é dotada de um fluxo baixo de veículos, o que reduz a propagação de ruídos aéreos.

Em vista desse cenário, as estratégias mais adequadas para a elaboração da CT é optar por tipologia de disposição horizontal, utilizando o potencial da massa verde que o circunda e implantando sombras acústicas espessas no interior do terreno, principalmente nas fachadas limítrofes com a rua e com as residências vizinhas. As edificações não devem ser alinhadas ao

lote e devem ser locadas o mais longe possível das vias, o que significa usar os afastamentos indicados na lei. Os ambientes de permanência transitória devem ser virados para as vias e reservar as faces mais silenciosas para a sala, dormitórios, e ambientes que exijam concentração. Além disso, deve-se levar em consideração a forma e os revestimentos internos da edificação, com forros, pisos e paredes absorventes.

### 3.6 ASPECTOS LEGAIS

A legislação prevista para a área escolhida está prevista no Plano Diretor, Código Obras e Lei de Uso e Ocupação do Solo do município.

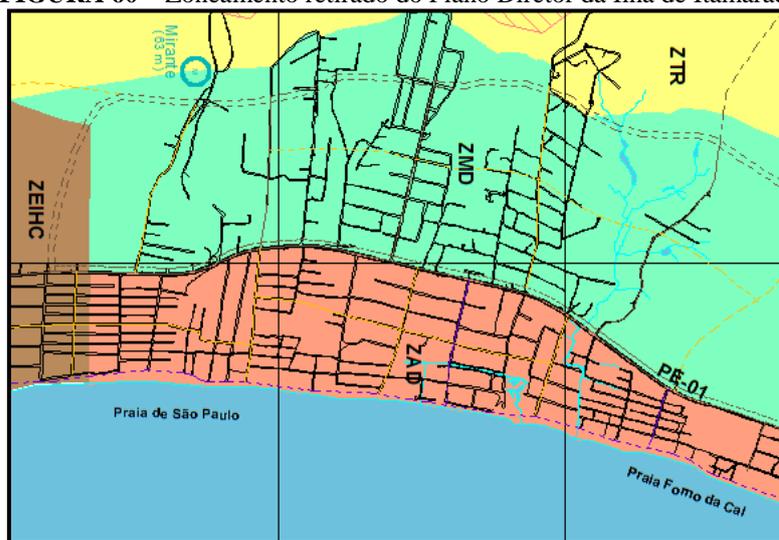
- Plano Diretor do Município da Ilha de Itamaracá Lei nº 1050 de 26 de abril de 2007

Para fins de planejamento, gestão e controle ambiental e urbano, o território municipal da Ilha de Itamaracá foi dividido em dois: Macrozona da Área de Proteção Ambiental, que corresponde à porção do território municipal, predominantemente com as áreas rurais e de proteção ambiental; e Macrozona do Ambiente Construído, que corresponde a porção do território municipal que compreende as ocupações urbanas, onde o terreno em estudo está inserido.

O terreno está situado na ZMD (Zona Média de Densidade - área interior localizada a oeste da PE-01, na altura das praias Forno da Cal e São Paulo), circundadas pelas: ZT - Zona de Transição (de ocupação ainda rarefeita, mas predominantemente loteada), ZAD - Zona de Alta Densidade (área que apresenta predomínio de um perfil habitacional de padrão médio, com a presença marcante da atividade de turismo de segunda residência, na qual já se configura tendência ao uso misto); e ZEIHC - Zona Especial de Interesse Histórico-Cultural (compreendem o acervo dos sítios e conjuntos histórico-culturais do Município). (ver figura 60)

Sua ocupação urbana está consolidada com padrões de adensamento assemelhados a áreas de residenciais uni familiares de grandes centros urbanos. As diretrizes são: Regularizar a ocupação; oferecer condições para consolidação de uma área de residência fixa e ofertar maior proporção de áreas de uso público. A meta é promover a redução das tendências atuais, com exigência de lotes maiores e maior proporção de áreas de uso público.

**FIGURA 60** – Zoneamento retirado do Plano Diretor da Ilha de Itamaracá



**FONTE:** Plano Diretor da Ilha de Itamaracá, 2007

Os parâmetros previstos pelo Plano Diretor de Itamaracá são:

- Dimensionamento mínimo de 360 m<sup>2</sup> com testada a partir de 12 m.
- TSN: 40%
- TO: 35 %
- Taxa de Arborização: 20%
- Gabarito: térreo+ 1 pavimento
- Afastamentos: Frontal 5 m, lateral 3 m e fundos 5 m

- Lei 674/89 – Plano de Ocupação e uso do solo

De acordo com a Lei 674/89 – Plano de Ocupação e uso do solo (1989) são de importância decisiva na criação do anteprojeto as áreas previstas para o lixo, os reservatórios de água superior e inferior destinados a acumulação necessária para o consumo diário. Além disso, deve ser previsto fossas sépticas para o esgotamento sanitário do terreno.

Em relação ao lixo, deverá ser adotado para o dimensionamento do seu volume 4,6 litros por pessoa, distribuídos em tonéis de 100 litros ou containeres de 1200 litros. Caso este volume ultrapasse 3 600 litros por dia, ou seja, exigir mais de três containeres, será obrigatório manter contrato de prestação de serviço de remoção de resíduos com o órgão municipal de limpeza urbana.

Para a obtenção do volume necessário de água correspondente a abastecer a CT, é necessário obter o dimensionamento populacional dos usuários, utilizando 1,5 m<sup>3</sup> por pessoa x 2 dias.

Reservatório Superior: adota-se 50 L/consumo diário/pessoa, como determinado para serviços relacionados a saúde, acrescido da reserva de incêndio de 7.200 L.

Reservatório Inferior: calcula-se o dobro do reservatório superior.

A lei também prevê que os ambientes sejam adaptados a pessoas portadoras de necessidades especiais como, corrimões, pisos antiderrapantes e cromos-diferenciados e barras de apoio, além de outros itens especificados na lei ABNT-NBR 9050 (2004).

Em relação ao gás, por se tratar de um ambiente relacionado a saúde, e possui uma área construída mais que 750 m<sup>2</sup>, é necessário a instalação de central de gás liquefeito de petróleo – GLP. Suas instalações deverão estar de acordo com as normas da PETROBRÁS, do Corpo de Bombeiros e da legislação federal de medicina e segurança do trabalho, sendo: instaladas na área “non aedificandi” da edificação, vedada sua localização sob qualquer pavimento; e com afastamento mínimo de 1,50m (um metro e cinquenta centímetros) em relação à divisa com o logradouro, 1,00m (um metro) em relação às divisas laterais e 1,50m (um metro e cinquenta centímetros) da projeção da edificação.

- Saída de emergência

A NBR 9077 - Saídas de Emergência em edifícios (2011), visa o dimensionamento adequado das saídas de emergências conforme o seu uso, de forma eficaz para o esvaziamento em caso de incêndio, resguardando a integridade física dos usuários.

Estas são dimensionadas de acordo com a população do edifício e sua ocupação. As CTs se enquadram no grupo H-2 do Anexo 05 da norma, referentes a Serviços de Saúde e Instrucionais, com a descrição de locais onde pessoas requerem cuidados especiais por limitações físicas e mentais. Devem-se utilizar os parâmetros referentes a este grupo para o calculo de dimensionamento das saídas de emergência:

$$\left. \begin{array}{l} C = P/N, \text{ onde:} \\ N = \text{número de unidades de passagem, arredondado para número inteiro} \\ P = \text{população,} \\ C = \text{capacidade da unidade de passagem,} \end{array} \right\}$$

**QUADRO 04** – Grupo quanto a divisão

| GRUPO | DIVISÃO | POPULAÇÃO  | CAPACIDADE - PORTAS |
|-------|---------|--|---------------------|
| H     | H-2     | 2 Pessoas por dormitório mais 1 pessoa para cada 4 m <sup>2</sup> de área construída | 100                 |

**FONTE:** ABNT-NBR 9077, 2001

O projeto deverá atender a algumas particularidades especificadas na norma, como adotar 1,10 como larguras mínima das saídas de emergência e pé direito mínimo de 2,50, com exceção de obstáculos estruturais, cuja altura mínima livre deverá ser de 2,20.

O presente capítulo abordou sobre a caracterização da área de implantação do terreno proposto, cujo objetivo foi a coleta de dados que garantam viabilidade ao projeto.

#### 4. COMUNIDADE TERAPÊUTICA NA ILHA DE ITAMARACÁ

Este capítulo iniciará o anteprojeto da Comunidade Terapêutica na Ilha de Itamaracá, indicando como base o programa, organograma e fluxograma, que determinarão a setorização e o zoneamento dos ambientes apresentados.

##### 4.1 PROGRAMA E PRÉ-DIMENSIONAMENTO

O programa de necessidades e o pré-dimensionamento para a Comunidade Terapêutica foi pensado em primeira questão oferecer ao interno tratamento, segurança e conforto. Através desses fatores, buscaram-se as informações na Resolução nº 50 da ANVISA (2002), no modelo de uma CT de Leon (2003) e nos estudos de casos.

O programa foi dividido em quatro setores, como dita a Resolução nº: 29 da ANVISA (2011): Setor Alojamento, Setor Logístico, Setor Administrativo e Setor Reabilitação e Convivência, representados nos quadros a seguir:

**QUADRO 05** – Programa do Setor Administrativo

| <b>BLOCO 01 - SETOR ADMINISTRATIVO</b>                     |               |                             |  |
|--|---------------|-----------------------------|--|
| <b>AMBIENTES</b>   | <b>QUANT.</b> | <b>M<sup>2</sup></b>        | <b>OBSERVAÇÕES</b>   |
| RECEPÇÃO   | 1             | 52,78                       |  |
| SALA DE ADMINISTRAÇÃO                                      | 1             | 35,64                       | Adota-se 5,5 m <sup>2</sup> por pessoa - 01 rh e 01 tesoureiro |
| SALA DE TRIAGEM/ADMISSÃO                                   | 1             | 11                          | 5,5 m <sup>2</sup> por pessoa                                  |
| ARQUIVO  | 1             | 5,83                        |  |
| SALA DE REUNIÃO  | 1             | 17,86                       | Capacidade para 10 pessoas                                     |
| DIRETORIA  | 1             | 8,82                        |  |
| BWC/VESTIÁRIOS PARA FUNCIONÁRIOS E VISITANTES ( FEMININO)  | 1             | 17,46                       | 04 Bacias sanitárias, 02 chuveiros e 03lavatório               |
| BWC/VESTIÁRIOS PARA FUNCIONÁRIOS E VISITANTES ( MASCULINO) | 1             | 17,46                       | 04 Bacias sanitárias, 02 chuveiros e 03lavatório               |
| PNE  | 1             | 3,94                        | -  |
| QUARTO DE PLANTONISTAS                                     | 1             | 12                          | 02 camas   |
| ENFERMARIA   | 1             | 13                          | 2 leitos e 01 armário  |
| CONCULTÓRIO PSICOLÓGICO                                    | 1             | 8,70                        | mínimo de 7,5 m <sup>2</sup>                                   |
| CONCULTÓRIO MÉDICO   | 1             | 17,90                       | mínimo de 7,5 m <sup>2</sup>                                   |
| <b>TOTAL</b>   |               | <b>222,39 m<sup>2</sup></b> |  |

**FONTE:** Elaborado pela autora a partir de estudos de casos e ANVISA (2002 e 2011)

**QUADRO 06** – Programa do Setor Alojamento

| <b>BLOCO 02 E 03 – SETOR ALOJAMENTO</b>   |                   |                      |  |
|---|-------------------|----------------------|--|
| <b>AMBIENTES</b>                          | <b>QUANTIDADE</b> | <b>M<sup>2</sup></b> | <b>OBSERVAÇÕES</b>   |
| QUARTO FEMININO ACESSÍVEL – BLOCO 03      | 1                 | 40                   | 05 camas e 05 armários por quarto. 16,5 m <sup>2</sup> (mínimo por quarto) |
| QUARTO FEMININO – BLOCO 03                | 5                 | 40                   | 06 camas e 06 armários por quarto. 16,5 m <sup>2</sup> (mínimo por quarto) |
| QUARTO MACULINO ACESSÍVEL - BLOCO 04      | 1                 | 40                   | 05 camas e 05 armários por quarto. 16,5 m <sup>2</sup> (mínimo por quarto) |
| QUARTO MASCULINO – BLOCO 03               | 5                 | 40                   | 06 camas e 06 armários por quarto. 16,5 m <sup>2</sup> (mínimo por quarto) |
| BANHEIROS COLETIVOS FEMININOS - BLOCO 03  | 1                 | 33,35                | 06 bacias sanitárias, 06 chuveiros e 06 lavatório                          |
| BANHEIROS COLETIVOS MASCULINOS – BLOCO 04 | 1                 | 33,35                | 06 bacias sanitárias, 06 chuveiros e 06 lavatório                          |
| <b>TOTAL 546,7 m<sup>2</sup></b>          |                   |                      |  |

Obs.: ao menos um banheiro por bloco deverá ser adaptado para o uso de deficientes físicos.

**FONTE:** Elaborado pela autora a partir de estudos de casos e ANVISA(2002 e 2011)

**QUADRO 07** – Programa do Setor Reabilitação e Convivência

| <b>BLOCO 04 – SETOR DE REABILITAÇÃO E CONVIVÊNCIA</b> |               |                      |  |
|---|---------------|----------------------|--|
| <b>AMBIENTES</b>                                      | <b>QUANT.</b> | <b>M<sup>2</sup></b> | <b>OBSERVAÇÕES</b>   |
| SALA DE AULA – PINTURA ,ARTES E MÚSICA                | 3             | 48,50                | Mínimo de 0,80 m <sup>2</sup> por aluno                                      |
| SALA DE AULA CONVENCIONAL                             | 2             | 23,50                | Capacidade para 14 alunos por sala - mínimo de 0,80 m <sup>2</sup> por aluno |
| ÁREA EXTERNA PARA TERAPIA EM GRUPO                    | 1             | -                    | Ao ar livre  |
| ÁREA INTERNA PARA TERAPIA EM GRUPO                    | 3             | 36                   | Capacidade para 15 internos cada   |
| QUADRA ESPORTIVA                                      | 1             | -                    | (19mx32m) - Sem coberta  |
| HORTA OU CULTIVO                                      | 2             | -                    | -  |
| PLANTAÇÃO DE FLORES                                   | 1             | -                    | -  |
| ACADEMIA DE GINÁTICA                                  | 1             | 45                   | -  |
| BIBLIOTECA/SALA DE ESTUDO                             | 1             | 73                   | Capacidade para 25 pessoas – mínimo de 2 m <sup>2</sup> por pessoa           |
| SALA DE TV/CINEMA                                     | 1             | 73                   | Capacidade para 50 internos - 2 m <sup>2</sup> por pessoa                    |
| WC MASCULINO  | 1             | 23,15                | -  |
| WC FEMININO   | 1             | 23,15                | -  |
| TEMPLO ECUMENICO                                      | 1             | 72,40                | Capacidade para 50 usuários  |
| <b>TOTAL 822,70 m<sup>2</sup></b>                     |               |                      |  |

**FONTE:** Elaborado pela autora a partir de estudos de casos e ANVISA (2002 e 2011)

**QUADRO 08** – Programa do Setor Logístico

| <b>BLOCO 05 - SETOR LOGÍSTICO</b> |               |                      |  |
|-----------------------------------|---------------|----------------------|--|
| <b>AMBIENTES</b>                  | <b>QUANT.</b> | <b>M<sup>2</sup></b> | <b>OBSERVAÇÕES</b>   |
| COZINHA INDUSTRIAL                | 1             | 57,77                | Preparação de alimentos<br>Cozinha<br>Despensa<br>Despensa de utensílios<br>Despensa de frutas<br>Lavagem<br>Frios |
| REFEITÓRIO                        | 1             | 190,85               | Capacidade para 56 pessoas   |
| WC                                | 2             | 13,80                |  |
| LAVANDERIA                        | 1             | 38,06                | Armazenagem de roupa suja e limpa<br>Secagem<br>Passagem<br>Lavagem  |
| DEPOSITO DE MALAS                 | 1             | 20                   |  |
| DML                               | 1             | 2,50                 |  |
| OFICINA DE APOIO                  | 1             | 20                   |  |
| <b>TOTAL 376,78 M<sup>2</sup></b> |               |                      |  |

**FONTE:** Elaborado pela autora a partir de estudos de casos e ANVISA (2002 e 2011)

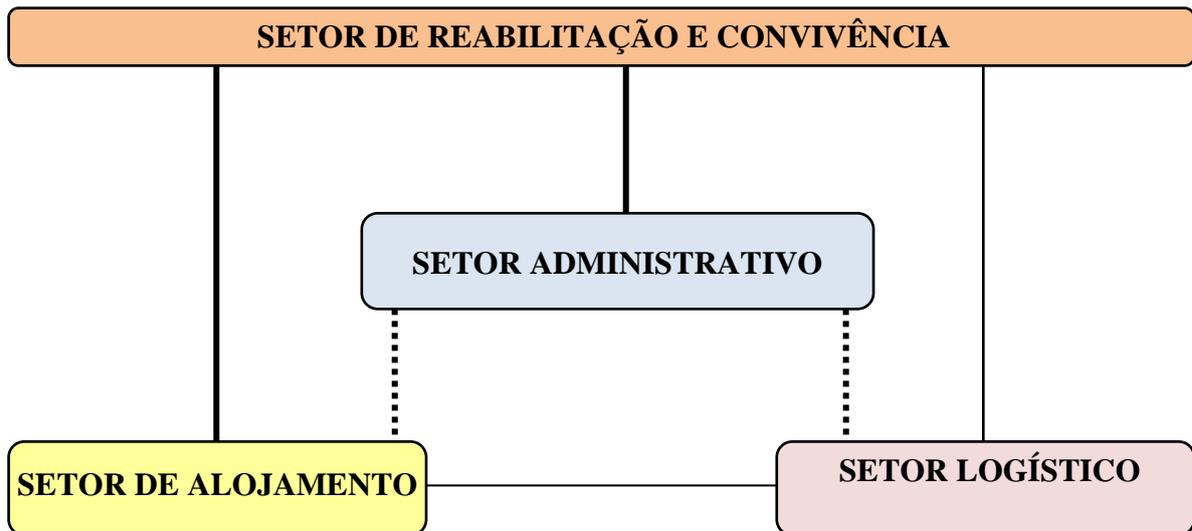
Com base no pré-dimensionamento, pode-se dizer que a área mínima prevista para a CT será em média de 1968 m<sup>2</sup>.

Esses ambientes e as determinadas quantidades serão apresentados no anteprojeto da Comunidade Terapêutica da Ilha de Itamaracá.

## 4.2 ORGANOFLUXOGRAMA

A organização da Comunidade Terapêutica é definida a partir das conexões entre os setores definidos, como também, pela quantidade de usuários que circulam, ou seja, a definição das circulações passa a ser proporcional a quantidade de usuários e de uso das áreas.

**QUADRO 09** – Organofluxograma



### LEGENDA

- Fluxo Intenso
- Fluxo Médio
- ..... Fluxo Baixo

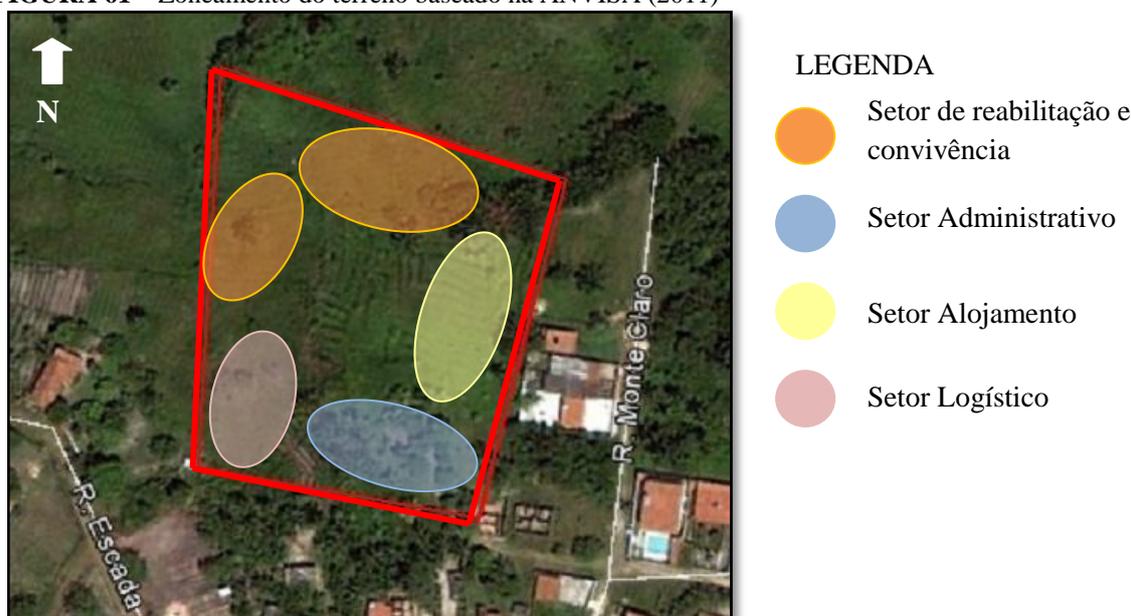
**FONTE:** Acervo da autora, 2013

Este organograma e fluxograma serão detalhados e modificados conforme o desenvolvimento do anteprojeto.

### 4.3 ZONEAMENTO

Para entender melhor a organização dos espaços e compreensão do funcionamento da CT, foi elaborado um zoneamento, a fim de representar o uso e a ocupação de seus setores existentes, de maneira que fiquem separados porém interligados, garantindo acessibilidade a todos

**FIGURA 61** – Zoneamento do terreno baseado na ANVISA (2011)



**FONTE:** Elaborado pela autora a partir do Google Earth, 2013.

Para este zoneamento, foi feita uma releitura do modelo Panóptico de Jeremy Beathen, sendo que, ao invés de uma torre de vigilância central, foi implantado o setor de reabilitação e convivência, para maior integração dos internos. O setor de alojamento foi implantado nas áreas em que recebem mais ventos durante o ano. Além disso, houve a preocupação em manter uma distância do setor logístico, dos demais setores, por conta dos ruídos ocasionados pelas atividades exercidas nele.

### 4.4 MEMORIAL JUSTIFICATIVO

Para o desenvolvimento do anteprojeto de uma comunidade terapêutica destinada a dependentes químicos, foram utilizados os princípios abordados no embasamento teórico do trabalho.

O terreno a ser implantado o projeto localiza-se na Ilha de Itamaracá, com o acesso principal pela Rua Canhotinho, em uma área relativamente livre de drogas, assim como Leon (2003) sugere. Possui uma área de 14.380,56 m<sup>2</sup>, considerado tamanho satisfatório de acordo com o pré-dimensionamento elaborado.

Para definir o partido arquitetônico foram somados os conceitos de disciplina e vigilância de Foucault (1987), o modelo Panóptico de Jeremy Benthan ,o modelo de CT de Leon (2003) e a racionalidade e a flexibilidade da arquitetura moderna.

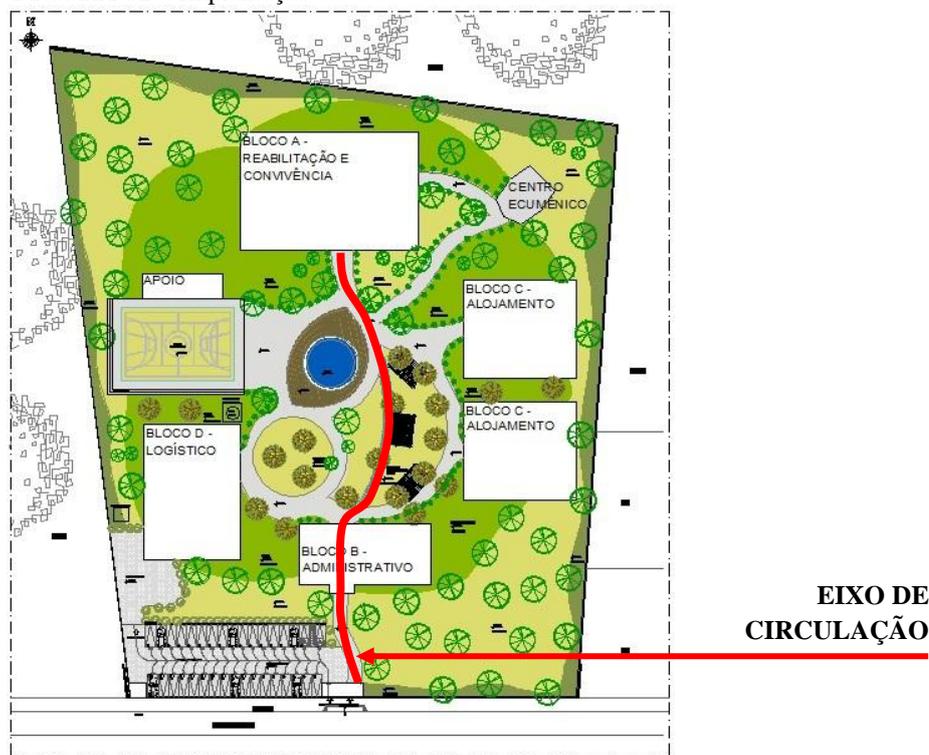
De acordo com os conceitos foram considerados os seguintes pontos:

1. A disposição dos blocos de forma que garanta a vigilância dos internos

A locação das edificações no terreno segue, primeiramente, a idéia do Panóptico, na qual o bloco da administração pode controlar e ter a visão panorâmica de todos os demais blocos.

Junto a idéia de “vigiar” sem ser visto de Jeremy Benthan, foi aplicada umas das técnicas de Leon (2003), o qual diz que uma das formas ideal para CTs é um complexo de edificações divididas por setores, com um único pavimento, organizadas de forma que o edifício referente a reabilitação e convivência fique em destaque. Para isso foi traçado um eixo principal de circulação, que direciona todos os setores a esta principal edificação. ( ver figura 62)

**FIGURA 62 – Implantação**



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

Além destes pontos, as disposições dos blocos estão de acordo com a setorização da ANVISA (2011), divididos em: Setor logístico, Alojamento, Administrativo e Reabilitação e Convivência.

## 2. Edificações com formas racionais

Para as edificações, foram utilizadas formas racionais, volumes geométricos puros, com movimento nas coberturas e eixos ortogonais de circulação, o que facilita a leitura do espaço pelo usuário

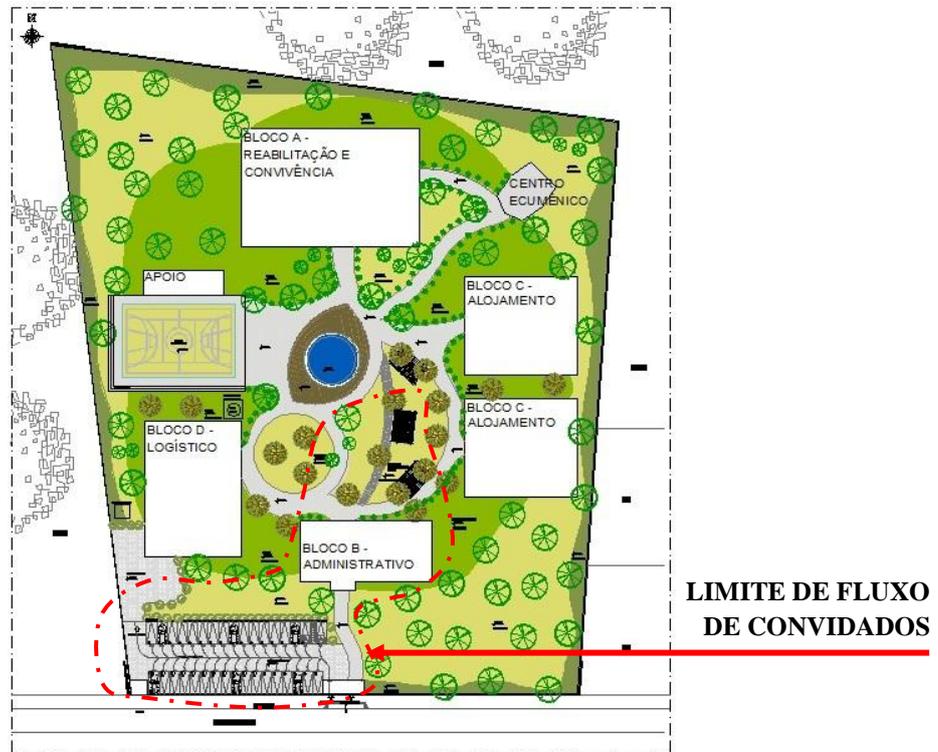
## 3. Agenciamento com forma orgânica

Adota-se uma forma mais orgânica no agenciamento, para quebrar a racionalidade dos blocos. Foram utilizados pátios internos em algumas edificações para melhor integração com a natureza.

## 4. Controle de fluxos

Como forma de distinguir o ambiente externo do interno da CT, o fluxo de visitantes foi limitado ao início do terreno, com guarita, estacionamento concentrado em uma única área, e com um determinado espaço para convivência em família, sempre próximos ao bloco da administração e serviço.(ver figura 63)

**FIGURA 63 – Limite de fluxos**



**FONTE:** Acervo da Autora, 2013

## 5. Flexibilidade

As edificações foram projetadas a partir do conceito da flexibilidade, que aborda a variação, adaptabilidade e transformação dos espaços em função das necessidades dos usuários e a capacidade da arquitetura responder a novos programas funcionais (SILVA E ELOY, 2012), sem alterar a forma.

O sistema estrutural do projeto foi modulado e desenvolvido com laje nervurada, para futura expansão vertical, conservando a diversidade e flexibilidade na concepção poética de sua arquitetura.

## 6. Centro Ecumênico

Com o decorrer do tempo, muitos internos buscam na religião forças para superar suas dificuldades. Para isso, foi proposta uma volumetria diferenciada das demais para Centro Ecumênico, com um jogo de sombras.

### 4.5 MEMORIAL DESCRITIVO

Com uma área construída de 3.070,92 m<sup>2</sup>, a CT é composta por sete edificações: bloco Administrativo, bloco de Reabilitação e Convivência, Centro Ecumênico, bloco Alojamento, bloco Logístico e Apoio a área de lazer, com academia, quadra poliesportiva, piscina e 7.082,30 m<sup>2</sup> de área verde.

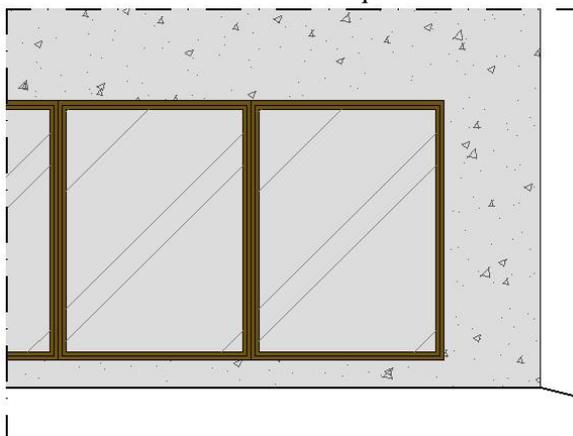
Dentre essas edificações, o bloco administrativo é o ponto de chega para o tratamento e o da Reabilitação e Convivência é o principal instrumento para o tratamento, portando o eixo principal de circulação tem ligação direta com esses blocos.

#### 1. Edificações

O processo de concepção do objeto arquitetônico deste trabalho se deu a partir da modulação para estruturar as edificações, conservando a diversidade e flexibilidade na concepção de sua arquitetura.

Para todas as edificações, foram adotadas características padrões de volumetria marcantes e funcionais, com linhas retas; marquises para as circulações internas e externas e platibandas para as demais áreas, proporcionando um jogo de alturas nas cobertas; esquadrias de madeiras (ver figura 64); e o uso do concreto nas fachadas (ver figura 65), como elemento principal de composição para melhor integração com a natureza.

**FIGURA 64** – Concreto com esquadria de madeira



**FONTE:** Acervo da autora, 2013

**FIGURA 65** – Placas de concreto com juntas aparentes



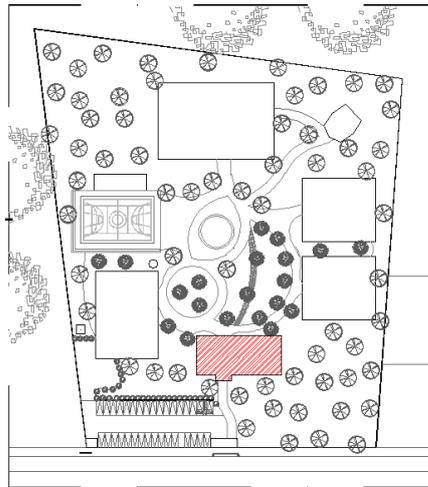
**FONTE:** Dreamstime, 2013

## 2. Bloco Administrativo

O bloco Administrativo é composto por enfermaria, vestiários femininos e masculinos, sala de triagem, arquivo, dois consultórios médicos, sala de diretoria, sala de reunião, sala de administração e recepção, o qual foi planejado de forma a dar de visibilidade ao objeto principal do tratamento, o bloco que acontece a reabilitação e a convivência, utilizando panos de vidro para destacar a edificação principal.

Por ser a porta de entrada para a CT e, a edificação foi locada no início do terreno, em um ponto estratégico com visão panorâmica do terreno, para garantir a vigilância dos internos. (ver figura 66)

**FIGURA 66** – Localização do bloco Administrativo ( em vermelho)

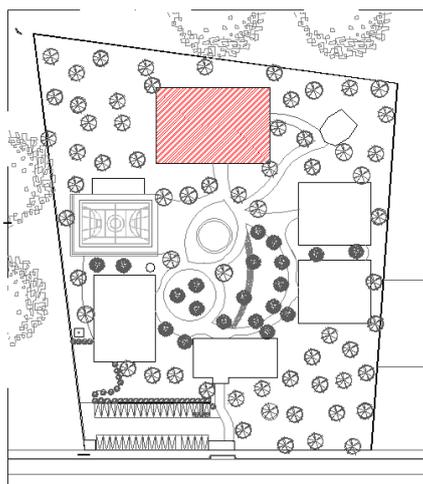


**FONTE:** Acervo da autora, 2013

### 3. Bloco Reabilitação e Convivência

O bloco de Reabilitação e Convivência é composto por três salas de terapia em grupo, duas salas de aula, duas salas de artes, sala de música, sala de TV/cinema, biblioteca/sala de estudos, e WC feminino e masculino. Está localizado no final do eixo principal de circulação. ( ver figura 67)

**FIGURA 67** – Localização do bloco de Reabilitação e Convivência ( em vermelho)



**FONTE:** Acervo da autora, 2013

Visto que as principais atividades oferecidas para o tratamento acontecem neste bloco, foi proposto que todas as salas fossem voltadas para o exterior, com objetivo de

interligar o interior com o exterior para estender o espaço até a natureza (jardins), pois ela será utilizada como instrumento de inspiração para os internos, através de panos de vidro móveis, com esquadria de madeira.

Além do concreto nas fachadas, as paredes do pátio interno serão revestidas com ripas de madeira de demolição, tornando o espaço mais aconchegante.

**FIGURA 68** – Ripas de madeira de demolição para revestimento interno

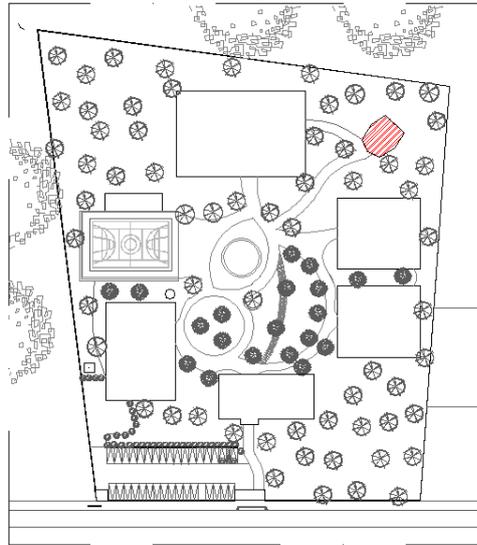


**FONTE:** Solidsurface, 2013

#### 4. Centro Ecumênico

A edificação será em concreto aparente com esquadrias de madeira. Além de possuir acesso individual pelo eixo principal de circulação, o centro também poderá ser acessado pelo bloco de Reabilitação e Convivência, visto que as atividades exercidas remetem a reabilitação do interno. ( ver figura 69)

**FIGURA 69** – Localização do Centro Ecumênico ( em vermelho)



FONTE: Acervo da autora, 2013

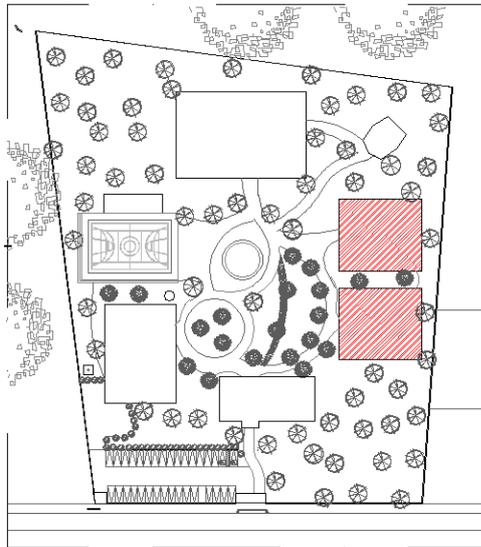
## 5. Blocos Alojamentos

Os alojamentos foram locados ao leste do terreno, na área que recebe os melhores ventos durante nove meses do ano. São duas edificações, divididos por sexo para evitar relações amorosas, o que prejudica o tratamento dos internos.

Cada edificação possui quatro dormitórios com capacidade para seis internos, com camas individuais e armários; dois dormitórios acessíveis; e um BWCs. No layout dos dormitórios, apesar de coletivos, buscou-se a privacidade dos internos, voltando algumas camas para o pátio interno e outras para o exterior do bloco.

Seus revestimentos seguirão a mesma linha do bloco de Reabilitação e Convivência, com concreto nas fachadas e ripas de madeira de demolição nas as paredes do pátio interno.

**FIGURA 70** – Localização dos blocos Alojamento ( em vermelho)



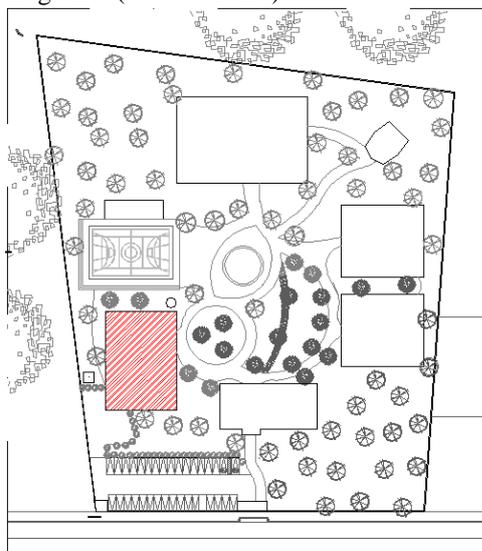
**FONTE:** Acervo da autora, 2013

#### 6. Bloco Logístico

O bloco logístico é composto por refeitório com capacidade para 56 pessoas, WC feminino e masculino, cozinha industrial, área de serviço, DML, guarda malas e oficina de apoio.

Ele está locado próximo a carga e descarga de mercadorias, e também ao bloco administrativo, no lado poente do terreno. Para melhorar o conforto térmico será utilizados cobogós para impedir a incidência direta da luz solar e não impedir a circulação do ar. Os internos poderão freqüentar a edificação, e até mesmo trabalhar, porém, sempre supervisionado por algum funcionário da CT. Uma grande horta orgânica estará localizada próxima a ele para consumo interno. ( ver figura 71)

**FIGURA 71** – Localização do bloco Logístico ( em vermelho)



**FONTE:** Acervo da autora, 2013

Por fim, a CT também apresenta uma área de lazer com quadra poliesportiva, piscina e apoio com academia e vestiário.

#### 4.6 REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS DO ANTEPROJETO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA NA ILHA DE ITAMARACÁ-PE

Segue em anexo, as pranchas do anteprojeto arquitetônico elaborado, em escala 1/250, 1/100 e 1/10.

PRANCHA 01/19 – Implantação e Situação

PRANCHA 02/19 – Reabilitação e Convivência – Bloco A – Planta de Coberta

PRANCHA 03/19 – Reabilitação e Convivência – Bloco A – Planta Baixa

PRANCHA 04/19 – Reabilitação e Convivência – Bloco A – Cortes

PRANCHA 05/19 – Reabilitação e Convivência – Bloco A – Fachadas

PRANCHA 06/19 – Reabilitação e Convivência – Centro Ecumênico

PRANCHA 07/19 – Reabilitação e Convivência – Apoio

PRANCHA 08/19 – Administrativo – Bloco B – Planta de Coberta

PRANCHA 09/19 – Administrativo – Bloco B – Planta Baixa

PRANCHA 10/19 – Administrativo – Bloco B – Cortes

PRANCHA 11/19 – Administrativo – Bloco B – Fachadas

PRANCHA 12/19 – Alojamento – Bloco C – Planta de Coberta

PRANCHA 13/19 – Alojamento – Bloco C – Planta Baixa

PRANCHA 14/19 – Alojamento – Bloco C – Cortes e Fachadas

PRANCHA 15/19 – Logístico – Bloco D – Planta de Coberta

PRANCHA 16/19 – Logístico – Bloco D – Planta Baixa

PRANCHA 17/19 – Logístico – Bloco D – Cortes

PRANCHA 18/19 – Logístico – Bloco D – Fachadas

PRANCHA 19/19 – Infraestrutura

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através das pesquisas, coleta de informações, visitas e do referencial teórico, as Cts, foi possível concluir que no Brasil, principalmente no Nordeste, existe uma carência de espaços projetados para o tratamento da dependência química. Em Pernambuco, nenhum estabelecimento atente a todos os pré requisitos exigidos para suprir as necessidades do interno. Segundo FEBRACT, nenhuma CT do estado está apta a se cadastrar a instituição, privando-os de receber investimentos financeiros do governo. Elas não atendem aos princípios de conforto térmico ambiental, as exigências da ANVISA (2011), a NRB 9050, entre outros aspectos. Poucas são as que subdividem sua estrutura em setores, o que proporciona disciplina e organização para os internos.

Hoje em dia, a busca por esse tipo de instituição vem aumentando cada vez mais, e, para atender a esta demanda, as CT fazem pequenas reformas em espaços já existentes, adaptando o espaço ao novo uso e não visam a legalizações das instituições.

É de extrema importância entender que, para o tratamento do dependente químico, não se deve levar em consideração somente a doença, e sim o espaço e a forma do tratamento.

Com isso, a proposta da CT tem como objetivo elaborar um anteprojeto, que atenda as legislações em todos os fatores, além de proporcionar ao interno um ambiente humanizado, que busque a felicidade física, espiritual e psicológica do interno.

O terreno da proposta foi indicado pelo proprietário de uma CT dos estudos de casos, pois o mesmo construirá, posteriormente uma nova instituição que seja legalizada e cadastrada na FEBRACT.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. **Resolução – RDC N°: 29, de 21 de Fevereiro de 2011.** São Paulo: ANVISA/SENAD. São Paulo, 2002

ANVISA. **Resolução – RDC N°: 50, de 30 de Junho de 2002.** São Paulo: ANVISA/SENAD. São Paulo, 2011

ARQUITETÔNICO. **Frank Lloyd Wright: Os princípios de sua Arquitetura Orgânica.** Disponível em: < <http://www.arquitetonico.ufsc.br/frank-lloyd-wright>> Acesso em: 05 de abril de 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **ABNT-NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.** Rio de Janeiro, ABNT, junho de 2004

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **ABNT-NBR 9077: Saídas de Emergência em edifícios.** Rio de Janeiro, ABNT, dezembro de 2001

CAMBIAGHI, Silvana. **Desenho universal: métodos e técnicas para arquitetos e urbanistas.** São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2007.

CONDEPE/FIDEN. Perfil Municipal – Ilha de Itamaracá. Disponível em: < <http://www.bde.pe.gov.br/ArquivosPerfilMunicipal/ILHA%20DE%20ITAMARACÁ.pdf> > Acesso em: 18 de maio de 2013

COZE F. **Existem “Casos e Casos de Dependência Química e de Recuperação”.** Disponível em: <<http://www.pragadomilenio.com/2012/11/conheca-os-diferentes-tipos-de.html>> Acesso em: 05 de março de 2013.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS.** Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> > Acessado em: 29 de maio de 2013

DIRECIONALEUCADOR. **Visão histórica e contextualizada do uso de drogas.** Disponível em: <<http://www.direcionaleducador.com.br/drogas/modulo-i-%E2%80%93-visao-historica-e-contextualizada-do-uso-de-drogas>> Acesso em: 03 de Março de 2013

DUARTE, P. **Avaliação de Comunidades Terapêuticas que prestam atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de crack e outras substâncias psicoativas.** Brasília: SENAD, 2010.

DREAMSTIME. Concreto. Disponível em: <<http://es.dreamstime.com/imagenes-de-archivo-concreto-image10146264>> Acesso em: 17 de novembro de 2013.

EMRICK, C.D. **Alcoholics Anonymous: Treatments of psychiatric disorder: A task force report of the American Psychiatric Association.** Washington: American Psychiatric Association, 1985.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.H. Ambientes de tratamento, papéis profissionais e organização de serviços de tratamento. In: \_\_\_\_\_. **O tratamento do alcoolismo.** Porto Alegre: ARTMED, 1999.

FEBRACT. **Filiadas.** Disponível em:< <http://www.febract.org.br/?navega=filiadas>> Acesso em: 20 de maio de 2013

FRACASSOS, Laura. **Características das Comunidades Terapêuticas.** Curso de SPA, São Paulo: Scielo, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: Nascimento das prisões.** Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1987.

FROIS, Catarina. **Sociedade Anónima: Identidade, transformação e Anonimato nas Associações de 12 Passos.** Trabalho de conclusão de curso (Doutorado em Antropologia Social e Cultural). Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Lisboa. Lisboa, 2007.

FERREIRA, P. S., & Luis, M. A. V. **Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas.** Brasil: Scielo, 2004

FONTES, Maria Paula. **Fontes, imagens da arquitetura da saúde mental: um estudo sobre a requalificação dos espaços da casa do sol, instituto municipal de assistência à saúde Nise da silveira.** Trabalho de conclusão de curso (pós-graduação em Arquitetura). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

GOTI, M.E. **La comunidad terapéutica: um desafio y la droga.** Barcelona: Ed. Nueva Vision, 1997.

**IBGE. IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios em 2012.** Disponível em: <

<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2204>>

Acesso em: 12 de março 2013.

**ILHA DE ITAMARACÁ. Lei nº. 674 de 22 de maio de 1989. Plano de Ocupação e uso do solo.** Ilha de Itamaracá: Ilha de Itamaracá 1989.

**ILHA DE ITAMARACÁ. Plano Diretor do Município da Ilha de Itamaracá 1050/07.** Ilha de Itamaracá: Ilha de Itamaracá 2007.

**KALINA, E. KOVADLOFF S., ROIG, P. M., SERRAN, J. C., e CESARMAN, F. Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1999

**KOWALTOWSKI. CC. Arquitetura e Humanização.** São Paulo: São Paulo, 1989.

**LEITÃO S., BARBOSA J. E CARRARO F. Caracterização dos Impactos Ambientais na Ilha de Itamaracá, Pernambuco.** Disponível em: <  
<http://ppg.revistas.uema.br/index.php/REPESCA/article/viewFile/60/49> > Acesso em: 01 de abril de 2013.

**LEON, G. A comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método.** São Paulo: Loyola, 2003.

**LIMA. Humanização da arquitetura hospitalar: entre ensaios de definições e materializações híbridas.** (2010) Disponível em: <  
<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/10.118/3372>> Acesso em: 01 de abril 2013

**LYNCH, K. A imagem da cidade.** Tradução Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1997.

**MATTOS, Paula. O clássico e suas contradições históricas.** Disponível em: <  
[ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/375\\_55.pdf](ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/375_55.pdf)> Acessado em: 27 de maio de 2013

**MINISTÉRIO DA SAÚDE. Residências Terapêuticas: Para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade. Brasília:** Secretaria de Atenção à Saúde, 2004.

NEUFERT, Peter. **Arte de projetar em arquitetura**. 17ª Edição, 4ª impressão, 2008. Barcelona: Editorial Gustavo, 2004.

NASCIMENTO, Cristiano (2008). O edifício como espaço analítico: uma discussão das idéias de Foucault sobre a arquitetura. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/08.093/168>>. Acesso em: 14 março 2013.

PRATA E SANTOS. **O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução**. São Paulo: Universidade de Camilo Castelo Branco, 2009

PULS, Maurício. **Arquitetura e Filosofia**; São Paulo: Editora AnnaBlume, 2006.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R.C. **Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas**. Trabalho de conclusão de curso (mestrado em arquitetura). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, 2008

REZENDE A. L. M. **Saúde e dialética do pensar e do fazer** São Paulo: Cortez, 1989.

RECUPERADAS INDEPENDENCIAS. **A recuperação faz toda a diferença**. Disponível em: <<http://recuperadasdependencias.blogs.sapo.pt/>> Acesso em 12 de março de 2013

ROSENTHAL, M.S. Therapeutic **communities: a treatment alternative for many but not all**. J Subst Abuse Treat., v.1, n.1, p.55-58, 1984.

SILVEIRA, D.X. **Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SILVA E ELOY, J. e S. **Arquitetura Flexível: Movimento e Sistemas Cinéticos**. Disponível em <[http://www.academia.edu/2146/Arquitetura\\_flexivel\\_movimento\\_e\\_sistemas\\_cineticos](http://www.academia.edu/2146/Arquitetura_flexivel_movimento_e_sistemas_cineticos)> Acesso em : 17 de novembro de 2013

SABINO E CAZENAVE, N. e S.. **Comunidades Terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas**. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-166x2005000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-166x2005000200006&script=sci_arttext)>.

Acesso em: 03 março 2013.

SANTOS M. BURSZTYN, I. e COELHO, G. **Arquitetura e Saúde: o espaço Interdisciplinar.** Disponível em: < [www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/arquitetura\\_saude.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/arquitetura_saude.pdf) > Acessado em: 05 de abril de 2012.

SANOFF, Henry. **Participatory Design: Theory & Techniques.** North Carolina: Bookmasters, 1990.

SERRAT, S.M. **Comunidades terapêuticas: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos.** Entrevista [on-line], 2002. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/especial/drogas/drogas03.htm>>. Acesso em: 14 março 2013.

SOLIDSURFACE. **Madeira de Demolição.** Disponível em: < <http://solidsurface.acupula.com/madeiras-de-demolicao> > Acesso em: 17 de novembro de 2013.

TORRES, Marcela. **Anteprojeto de uma Comunidade Terapêutica em Igarassu.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Arquitetura). Escola de Arquitetura. Faculdade Damas da Instrução Cristã. Recife, 2011.

VILLA, Joan. **Flexibilidade: Exigência do Habitat Contemporâneo.** Disponível em: < <http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/coloquiomom/comunicacoes/villa.pdf> > Acesso em: 27 de maio de 2013