



**CONTRIBUIÇÕES DA ARQUITETURA DOS**  
**CENTROS DE REABILITAÇÃO**  
PARA O TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ  
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

Caroline Penha Machado

**CONTRIBUIÇÕES DA ARQUITETURA DOS CENTROS DE  
REABILITAÇÃO PARA O TRATAMENTO DE DEPENDENTES  
QUÍMICOS**

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para graduação no curso de Arquitetura e Urbanismo, sob a orientação do Prof. MSc. Ricardo Javier Bonilla.

Recife  
2020

Catálogo na fonte  
Bibliotecário Ricardo Luiz Lopes CRB/4-2116

M149c Machado, Caroline Penha.  
Contribuições da arquitetura dos centros de reabilitação para o  
tratamento de dependentes químicos / Caroline Penha Machado. -  
Recife, 2020.  
82 f.: il. color.

Orientador: Prof.º Ms. Ricardo Javier Bonilla.  
Trabalho de conclusão de curso (Monografia – Arquitetura e  
Urbanismo) – Faculdade Damas da Instrução Cristã, 2020.  
Inclui bibliografia.

1. Arquitetura e urbanismo. 2. Centros de reabilitação. 3.  
Neuroarquitetura. I. Bonilla, Ricardo Javier. II. Faculdade Damas da  
Instrução Cristã. III. Título.

CDU 72(22. ed.)

FADIC (2020.2-305)

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ  
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

CAROLINE PENHA MACHADO

**CONTRIBUIÇÕES DA ARQUITETURA DOS CENTROS DE REABILITAÇÃO  
PARA O TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS**

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para graduação no curso de Arquitetura e Urbanismo, sob a orientação do Prof. MSc. Ricardo Javier Bonilla.

Aprovada em 09 de dezembro de 2020

BANCA EXAMINADORA

---

Ricardo Javier Bonilla, Prof., MSc., Faculdade Damas / FADIC  
Orientador

---

Maria de Fátima do Monte Almeida, Prof., MSc., Faculdade Damas / FADIC  
Primeira examinadora

---

Luciana Santiago Costa, Prof., Dra, Faculdade Damas / FADIC  
Segunda examinadora

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por seu amor incondicional, pela força concedida para superar os desafios e empecilhos que dificultaram a realização deste sonho. Também sou grata a Ele por colocar pessoas maravilhosas em meu caminho, principalmente as que constituem minha família.

Aos meus pais por todo amor, carinho, incentivo, suporte e por tudo que abdicaram na vida para que eu e minhas irmãs pudéssemos ter uma educação melhor, também os agradeço pelos princípios e valores ensinados, pela paciência e por sempre estarem em prontidão para me ajudar.

Às minhas irmãs por sempre me ajudarem quando preciso.

À minha amiga Émile por sempre me ajudar, apoiar e dar bons conselhos.

Às “Meninas mães” (Mari, Cata, Lu) e “meninas noivas” (Ray, Mareu e Midi) pela paciência, pelo carinho, por serem meus exemplos e me ensinarem a ser mais focada e determinada.

Aos meus professores, especialmente aos meus orientadores, Bonilla e Winnie por toda paciência, atenção e por todo conhecimento compartilhado.

Ao pastor André por facilitar o contato com o Centro de Reabilitação Cristo Liberta, bem como a cordialidade dos colaboradores da instituição.

*“Porque dele e por ele, e para ele, são  
todas as coisas; glória, pois, a ele  
eternamente. Amém.”*

*Romanos 11:36*

## RESUMO

A dependência química assim como as demais doenças psiquiátricas durante muito tempo teve como principais tratamentos a internação com os objetivos de forçar a abstinência e retirar os dependentes da sociedade. Porém, com a Reforma Psiquiátrica o propósito passou a ser ensinar os dependentes a permanecerem em abstinência para que pudessem ser reinseridos em sociedade. Surgiram então novos espaços para sediar os novos modelos de tratamento, dentre eles os centros de reabilitação para dependentes químicos mantidos por comunidades terapêuticas. A partir do questionamento de como a arquitetura dos centros de reabilitação para dependentes químicos contribui no tratamento da dependência química. Esta pesquisa está embasada sob consultas bibliográficas e documentais, observação em campo e estudos de caso, um delineamento perante os conceitos referentes à dependência química, um aparato histórico a cerca da relação do ser humano com as substâncias psicoativas ao longo da história, uma análise das legislações e parâmetros arquitetônicos e apresentação de conceitos da neurociência, psicologia ambiental e biofilia aplicados à arquitetura constatou-se a hipótese de que a arquitetura dos centros de reabilitação para dependentes químicos podem contribuir para dependência química desde que estejam coerentes com os métodos terapêuticos aplicados. Foi proposto como resultado desta pesquisa um modelo de programa de necessidades para centros de reabilitação para dependentes químicos.

**Palavras-chave:** Arquitetura. Centros de Reabilitação. Neuroarquitetura.

## ABSTRACT

Chemical dependence as well as other psychiatric diseases for a long time had as main treatments hospitalization with the objective of forcing abstinence and removing dependents from society. However, with the Psychiatric Reform, the purpose began to be to teach dependents to remain abstinent so that they could be reinserted into society. Then new spaces emerged to host the new treatment models, among them the rehabilitation centers for drug addicts maintained by therapeutic communities. From the questioning of how the architecture of rehabilitation centers for chemical dependents contributes to the treatment of chemical dependence. This research is based on bibliographic and documentary consultations, field observation and case studies, a design before the concepts related to chemical dependence, a historical fact-finding about the relationship between human beings and psychoactive substances throughout history, an analysis of legislation and architectural parameters and presentation of concepts of neuroscience applied to architecture, environmental psychology and biophilia, it was found that the architecture of rehabilitation centers for dependents can contribute to the chemical dependence provided that they are consistent with the therapeutic methods applied. It was proposed as a result of this research the creation of a needs program model for rehabilitation centers for chemical dependents.

**Keywords:** Architecture, Rehabilitation Centers, neuroarchitecture.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de figuras

<b>Figura 1</b> - Hospício Pedro II, Rio de Janeiro.....	23
<b>Figura 2</b> - À esquerda paciente bebendo água provinda de esgoto e à direita Cemitério da Paz (Anexo do Hospital Colônia).....	24
<b>Figura 3</b> - Hospital Colônia em Barbacena, Minas Gerais.....	24
<b>Figura 4</b> - Paciente cortando o cabelo após ser internado no Hospital Colônia.....	25
<b>Figura 5</b> - Quarto Hospital Colônia: Paciente torcedor do Flamengo.....	26
<b>Figura 6</b> Quarto Hospital Colônia: paciente que gosta da cor rosa.....	26
<b>Figura 7</b> - Residencial Terapêutico Morada São Pedro – Porto Alegre.....	27
<b>Figura 8</b> - Planta Baixa Serviço Residencial Terapêutico - SRT.....	28
<b>Figura 9</b> – Sofá como identidade.....	28
<b>Figura 10</b> – Prateleira com pelúcias.....	28
<b>Figura 11</b> - CAPS Profº Luiz Rocha Cerqueira.....	29
<b>Figura 12</b> – Espaços de uma clínica de reabilitação.....	32
<b>Figura 13</b> - Chegada das Comunidades Terapêuticas ao Brasil.....	33
<b>Figura 14</b> - Projeto Arquitetônico do Centro de Reabilitação Cidade Viva - João Pessoa.....	35
<b>Figura 15</b> - Planta Baixa do Centro de Reabilitação Cidade Viva - João Pessoa.....	35
<b>Figura 16</b> - Uso de grades como demarcação de limites.....	40
<b>Figura 17</b> – Portaria.....	40
<b>Figura 18</b> - Modelo Introspectivo.....	41
<b>Figura 19</b> - Modelo centrífugo.....	42
<b>Figura 20</b> - Apropriação do Espaço.....	43
<b>Figura 21</b> – Estrutura física.....	45
<b>Figura 22 e 23</b> – Entrada de visitantes e campo de futebol.....	46
<b>Figura 24</b> – Controle de entrada e saída.....	46

<b>Figura 25 e 26</b> – Instalações administrativas.....	47
<b>Figura 27</b> – Instalações de medicamentos.....	47
<b>Figura 28 e 29</b> – Instalações do terapeuta e supervisor.....	47
<b>Figura 30</b> – Cantina.....	48
<b>Figura 31 e 32</b> – Instalações de novos acolhidos.....	48
<b>Figura 33, 34 e 35</b> – Criação de animais.....	49
<b>Figura 36, 37 e 38</b> – Instalações escolares.....	49
<b>Figura 39</b> – Instalação externa.....	50
<b>Figura 40 e 41</b> – Academia.....	50
<b>Figura 42 e 43</b> – Barbearia.....	51
<b>Figura 44, 45 e 46</b> – Instalações de cocção, armazenamento e refeição.....	51
<b>Figura 47 e 48</b> – Arte feita pelos reabilitandos.....	52
<b>Figura 49</b> – Esquema de Percepção.....	56
<b>Figura 50</b> - Acordes cromáticos.....	57
<b>Figura 51</b> - Área do cérebro dedicada ao processamento das cores.....	58
<b>Figura 52</b> - Imagens com cores correspondentes a realidade são mais memorizadas.....	58

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1</b> - Classificação de acordo com os efeitos farmacológicos.....	17
<b>Quadro 2</b> - Classificação de acordo com a origem.....	18
<b>Quadro 3</b> - Classificação de acordo com o estatuto jurídico.....	18
<b>Quadro 4</b> - Classificação de acordo com o estatuto jurídico.....	19
<b>Quadro 5</b> Modalidades dos Centros de Apoio Psicossociais (CAPS).....	30
<b>Quadro 6</b> - Programa Mínimo para um Centro de Apoio Psicossocial.....	31
<b>Quadro 7</b> - Equipe Mínima para Atendimento de Trinta Residentes.....	34
<b>Quadro 8</b> - Parâmetros de Estrutura Física, RDC 101.....	37
<b>Quadro 9</b> - Parâmetros de Estrutura Física, RDC 29.....	38
<b>Quadro 10</b> – Programa do centro de reabilitação Cristo Liberta.....	52
<b>Quadro 11</b> - Classificações dos Receptores de Sentido.....	55
<b>Quadro 12</b> - Efeito Psicológico das cores.....	57
<b>Quadro 13</b> - Classificação dos Efeitos da Dependência Química.....	59
<b>Quadro 14</b> – Resumo dos efeitos das substâncias Psicoativas.....	60
<b>Quadro 15</b> – Programa de necessidades para centros de reabilitação para dependentes químicos.....	63

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ANFA</b>	Academia de Neurociência e Arquitetura
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>CAPS</b>	Centro de Apoio Psicossocial
<b>CID</b>	Código Internacional de Doença
<b>COMAD</b>	Conselhos Municipais Antidrogas
<b>COSCIP</b>	Código de Segurança contra Incêndio e Pânico
<b>CT</b>	Comunidade Terapêutica
<b>LSD</b>	<i>Lysergsäurediethylamid</i> ( dietilamida do ácido lisérgico )
<b>NBR</b>	Norma Brasileira
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>RDC</b>	Resolução Colegiada
<b>SNC</b>	Sistema Nervoso Central
<b>SPAs</b>	Substâncias Psicoativas
<b>SRT</b>	Serviço Residencial Terapêutico
<b>UA</b>	Unidade de Acolhimento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. DEPENDENCIA QUÍMICA E TRATAMENTOS.....</b>	<b>14</b>
<b>3. TIPOS DE TRATAMENTOS EXISTENTES NO BRASIL.....</b>	<b>20</b>
3.1 Hospitais Psiquiátricos.....	21
3.2 Serviço Residencial Terapêutico (SRT).....	26
3.3 Centros de apoio psicossocial – CAPS.....	29
3.4 Clínicas de recuperação.....	31
3.5 Centros de reabilitação mantidos por comunidades terapêuticas.....	33
<b>4. MORFOLOGIA DOS CENTROS DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS.....</b>	<b>36</b>
4.1 Legislação.....	36
4.2 Parâmetros Arquitetônicos Pesquisados.....	39
4.3 Estudo de Caso 1.....	43
4.4 Estudo de Caso 2.....	44
<b>5. APLICAÇÃO DA “NEUROARQUITETURA” EM CENTROS DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS.....</b>	<b>53</b>
5.1 Conceitos de “Neuroarquitetura”, psicologia ambiental e biofilia.....	53
5.2 Sequelas da dependência química.....	59
<b>6. MODELO DE PROGRAMA DE NECESSIDADES PARA CENTROS DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS.....</b>	<b>63</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>74</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A arquitetura enquanto espaço físico de manifestação social se apresenta no meio hospitalar como uma solução fundamental para auxiliar no tratamento e prevenção de doenças. A princípio o tratamento da dependência química assim como as de outras doenças e transtornos psíquicos tinha como premissa a exclusão definitiva dos seus portadores da sociedade.

Após a reformulação cultural, científica e legislativa com a Reforma Psiquiátrica, a definição de dependência química como uma doença crônica e a Lei Antimanicomial de abril de 2001 surgiu um novo objetivo para os tratamentos: a reabilitação e reinserção do doente na sociedade.

Passaram a existir outros métodos terapêuticos de intervenção e novas configurações espaciais para sediá-los, dentre eles está o tratamento oferecido pelos centros de reabilitação mantidos por comunidades terapêuticas que têm como principal metodologia a internação voluntária por um período de tempo previamente estabelecido. O grande diferencial desta modalidade é a infraestrutura, não se assemelha aos ambientes hospitalares e geralmente permitem o contato com a natureza.

Dada a relevância de estudos voltados a esse objeto, ainda negligenciado no âmbito da pesquisa científica sob a ótica da arquitetura, este trabalho tem como problema: Entender como a arquitetura dos centros de reabilitação para dependentes químicos contribui no tratamento da dependência química? Sob a hipótese de que a arquitetura dos centros de reabilitação para dependentes químicos pode influenciar o comportamento dos acolhidos de maneira que contribuam com o tratamento da dependência química, sendo assim são necessárias à transmissão de sensações e a indução de percepções coerentes com a intervenção terapêutica adotada.

O objetivo geral da pesquisa consiste em analisar os elementos arquitetônicos dos centros de reabilitação associando-os aos conceitos da “neuroarquitetura” e identificar suas contribuições no tratamento de dependentes químicos, já os

objetivos específicos consiste em entender como as sequelas físicas e psicológicas da dependência química afetam na compreensão do espaço construído; compreender os tipos de tratamento para dependência química para poder melhor adequar os espaços a eles destinados; entender as legislações que interferem no projeto arquitetônico dos centros de reabilitação para dependentes químicos e das comunidades terapêuticas; analisar os aspectos morfológicos dos centros de reabilitação e entender como os elementos arquitetônicos podem causar estímulos que contribuam com o tratamento da dependência química;

O método de abordagem adotado foi o hipotético dedutivo, já as técnicas de pesquisa empregadas foram pesquisa bibliográfica e documental, observação em campo e aplicação de questionários.

Em relação à estrutura do trabalho, o capítulo 2 aborda inicialmente sobre os conceitos de dependência química, bem como as substâncias mais recorrentes e os respectivos recursos terapêuticos. Já o capítulo seguinte, expõe os tipos de espaços arquitetônicos voltados para o tratamento da pessoa dependente químico e suas diferenças estruturais e de administração, de acordo com cada tipo de paciente e abordagem de intervenção.

No capítulo 4 faz-se um levantamento legislativo que envolve esse tipo de edificação seguido de casos exemplares pesquisados e por uma visita ao Centro de recuperação Cristo Liberta, onde se pode fazer registros do funcionamento, do tratamento humanizado e da administração de um centro de reabilitação voltado aos dependentes químicos.

No capítulo 5 foram mostradas as contribuições da neurociência aplicada a arquitetura, trazidos pelo seu conceito e aplicações bem como as sequelas da dependência química nas pessoas. Já o capítulo seguinte apresenta um programa de necessidades modelo.

## 2. DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRATAMENTOS

Segundo Alarcon e Jorge (2012) o termo 'droga' deriva da palavra *droog* do holandês medieval que significa folha seca. Cimino (2015) aponta mais duas possibilidades para o surgimento etimológico: do hebraico *rakab* (perfume) e do persa *droa* (odor aromático). No período das grandes navegações o termo era utilizada para nominar alguns produtos como canela, sândalo, noz moscada, ópio e mate.

Com o tempo, o significado do termo foi variando levemente, até que, finalmente, na era das ciências positivas, passou-se a designar pelo termo droga todas as substâncias utilizadas em farmácia ou com ação farmacológica, ou seja, capazes de, quando introduzidas em um organismo, modificar-lhe as funções. (ALARCON e JORGE, 2012, p.104)

De acordo com Cimino (2015) a terminologia substâncias psicotrópicas se disseminou após a Convenção em Viena em 1971. O prefixo "psico" tem relação à psique, sentimentos, já "trópico" refere-se a ter atração por algo.

Dentre as opções existentes para referir-se a substâncias que interferem no sistema nervoso central e no comportamento dos indivíduos o termo mais presente na comunidade científica é substâncias psicoativas (SPAs), conceituadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como aquelas substâncias que influenciam a consciência, o humor e os pensamentos.

O consumo de substâncias psicoativas ocorre há milhares de anos em diversos lugares do mundo, sobretudo em rituais religiosos ou com o objetivo de amenizar as adversidades da vida.

[...] o consumo de drogas sempre existiu ao longo dos tempos, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões, com finalidades específicas. Isso porque, o homem sempre buscou, através dos tempos, maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento. (MARTINS e CORRÊA, 2004 apud PRATTA e SANTOS, 2009, p. 203)

Os povos mesopotâmios por volta de 8.000 a.C. já produziam a cerveja e desenvolveram tratamentos para ressaca, os egípcios, em 1.500 a.C preparavam cerveja com malte enquanto no extremo oriente, o arroz servia como base para criação de bebidas destiladas (CIMINO, 2015).

Os gregos tinham um forte apreço pelo vinho e o homenagearam atribuindo-o ao Deus Dionísio, conhecido pelos romanos como Baco. Segundo Vieceli (2014) Platão classificava a loucura em profética e ritual, tendo à segunda uma das subclassificações a loucura ritual dionisíaca.

Nas modalidades desse culto há sempre a valorização da embriaguez dos sentidos e de um gosto pelo excesso. O êxtase dionisíaco não é só da ordem da exaltação e do júbilo. É inquietante, e na sua revulsão libera forças obscuras que o senso do equilíbrio grego considerava como terríveis. (VIECELI, 2014, p. 53)

Após o grego Hipócrates desenvolver um conceito no qual saúde seria o resultado do equilíbrio de quatro humores temporais relacionados ao calor, frio, umidade e aridez passou-se a utilizar drogas (remédios) para o tratamento de enfermidades, (PRATTA E SANTOS, 2009).

Durante a Idade Média, período teocêntrico no qual a igreja católica tinha uma forte influência, o uso de SPAs era extremamente proibido e quem o fizesse poderia ser condenado à morte pelo tribunal da inquisição. A bíblia, livro sagrado do catolicismo, condena a embriaguez e flexibiliza apenas o consumo do vinho para o ritual da santa ceia. É válido também ressaltar que no período renascentista houve o contato com as práticas medicinais orientais, obtiveram-se conhecimentos farmacêuticos e as drogas, foram reinseridas no cenário hospitalar.

De acordo com Cimino (2015) nos países andinos<sup>1</sup>, a coca era adorada e incluída em rituais religiosos pelos povos pré-colombianos, esta planta também era utilizada para produção de uma substância anestésica. Os Incas a utilizavam como moeda, castas menos abastadas recebiam uma mistura alimentícia a base de coca como parte do pagamento de longas jornadas de trabalho. Esta substância também esteve presente na medicina, segundo Ferreira e Martini (2001), Freud receitou cocaína como medicamento em diversas ocasiões.

Freud utilizou cocaína para tratar um amigo, o médico Ernest von Fleisch Marxow, que havia se tornado dependente de morfina, prescrita para um quadro de dor intensa, por ter amputado a perna. O resultado foi um

---

<sup>1</sup> Os países andinos estão situados na América do Sul e atravessados pela Cordilheira do Andes. São eles: Bolívia, Peru, Equador, Colômbia, Chile e Venezuela. Ainda hoje a folha de coca é usada para combater a falta de oxigênio devido à alta altitude destes países. A coca mascada propicia a vasodilatação aumentando a quantidade de sangue circulante no cérebro e pulmões compensando a abixa absorção de oxigênio pelo sangue (ar rarefeito).

quadro de dependência dupla. Ernest von Fleischl Marxow desenvolveu delírios paranóides e alucinações de formigamento, tornando-se intratável (FERREIRA e MARRTINI, 2001, p. 97).

No Brasil, os índios dominavam técnicas de fermentação e por meio delas produziam bebidas, a ingestão das mesmas provocavam altos níveis de embriaguez. Conforme Torcato (2013) foi por meio dos nativos brasileiros que os europeus conheceram o tabaco.

Outra substância psicoativa de origem brasileira é o destilado de cana-de-açúcar, popularmente conhecido como cachaça, teve origem nos engenhos por volta do século XVI e era consumida principalmente pelos integrantes da elite.

Os africanos trouxeram para as terras brasileiras a *Cannabis* (maconha). "Desde meados do século XVI, existem indícios que os escravos plantavam maconha entre as plantas de cana." (TORCATO, 2013, p. 121)

No século XIX a comunidade médica começou a debater os problemas causados pela utilização de drogas e somente em 1921 o consumo de substâncias psicoativas passou a ser considerado como um problema público.

No Brasil, os médicos já vinham problematizando o uso de drogas como uma patologia desde o final do século XIX. Os discursos presentes nas principais revistas médicas, psiquiátricas e as teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro mostram que a construção de uma noção patologizante do uso de drogas esteve ligada à ascensão de um grupo de intelectuais que foi responsável pela afirmação da psiquiatria enquanto ciência médica (TORCATO, 2013, p. 121).

De acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a dependência química é conceituada como um:

Estado psíquico e algumas vezes físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por modificações de comportamento e outras reações que sempre incluem o impulso a utilizar a substância de modo contínuo ou periódico com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, algumas vezes, de evitar o desconforto da privação (OMS, 2006).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças 10 (CID 10), para um indivíduo ser diagnosticado como dependente químico ele precisa atender no mínimo três dos itens abaixo.

- (a) forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- (b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo;

- (c) estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzida, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- (d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- (e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou ingerir a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- (f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas; estados de humor depressivos, consequentes a períodos de consumo excessivo da substância; ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano (SUPERA, 2006, p. 4).

A dependência química é um transtorno frequente na sociedade, seja ela de drogas lícitas ou ilícitas. Seus portadores necessitam de tratamento para amenizar os danos decorrentes, o consumo demasiado ou a abstinência pode instigar a violência e findar vidas.

Cerca de 2 bilhões de pessoas em todo o mundo são consumidoras de álcool, enquanto que 1,3 bilhão de pessoas são fumantes, e 185 milhões, usuárias de drogas ilícitas. O consumo destas substâncias contribui para 13 12,4% das mortes mundiais e para a perda de quase 9% dos anos de vida (MALBERGIER, 2013, p.12 apud HUYDA, 2019, p. 10).

Existem vários meios de classificar SPAs, esta pesquisa adotará o modelo desenvolvido por Louis Chaloult (1971) que utiliza três critérios:

- **Farmacológico:** subdivide-se de acordo com as alterações realizadas no comportamento e no Sistema Nervoso Central (SNC) dos indivíduos, assim como o demonstrado no **Quadro 1**.

**Quadro 1** - Classificação de acordo com os efeitos farmacológicos.

CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM OS EFEITOS FARMACOLÓGICOS	
I	Depressoras da Atividade do SNC ou Psicolépticos: álcool; soníferos ou hipnóticos; ansiolíticos; opiáceo; inalantes ou solventes.
II	Estimulantes da Atividade do SNC ou Psicoanalépticos: cocaína (e seus derivados como crack e merla); anfetaminas e tabaco.

III	Pertubadoras de Atividade do SNC, Alucinógenas ou Psicodislépticas: Mescalina ( do cacto mexicano); maconha ou THC (tetrahydrocannabinol); psilocibina (cogumelos); lírio trombeteira, zabumba ou saia branca( LSD, ecstasy; anticolinérgicos).
-----	---

Fonte: Alarcon (2012, p.105).

- **Origem:** classifica-se as substâncias em naturais, quando produzidas através de plantas ou outros elementos presentes na natureza ou sintéticas, provindas de processos químicos realizados em laboratórios (**Quadro 2**).

**Quadro 2** - Classificação de acordo com a origem.

CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM A ORIGEM			
DROGAS	DEPRESSORAS	ESTIMULANTES	PERTURBADORAS
<b>NATURAIS</b>	Álcool Opiáceos	Cocaína Cafeína Nicotina	Maconha Cogumelo
<b>SINTÉTICAS</b>	Ansiolíticos/Sedativos Inalantes	Anfetaminas	LSD <i>Ecstasy</i>

Fonte: Alarcon (2012, p.105)

- **Estatuto jurídico:** possui duas subdivisões, lícitas e ilícitas (**Quadro 3**). A Lei nº 11 343, de 23 de agosto de 2006 instituiu o Programa Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e conceitua drogas ilícitas como substâncias capazes de causar dependência, sendo estas especificadas em lei ou relacionadas em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.

**Quadro 3** - Classificação de acordo com o estatuto jurídico.

CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM O ESTATUTO JURÍDICO	
LÍCITAS	ILÍCITAS
Álcool Tabaco Cafeína Solventes	Cocaína Maconha LSD MDMA (Ecstasy) Heroína

Fonte: Alarcon (2012, p.105).

Mesmo sendo classificados como lícitos o consumo de psicoativos deve ser feitos com muita responsabilidade, apesar de alguns deles como o tabaco passar a ser fortemente coibido. Em 2002, os maços de cigarro comercializados no Brasil foram obrigados a ter informativos, geralmente com imagens muito chocantes, demonstrando as consequências do consumo do tabaco. Tal iniciativa diminuiu a atratividade dos cigarros, por conseguinte houve uma redução de fumantes. Em contrapartida, o consumo do álcool continua sendo incentivado nas propagandas, interpretados como um produto de satisfação. A sentença “beba com moderação” e a ênfase a proibição das vendas do produto aos menores de dezoito anos não transmite a profundidade da gravidade que o uso demasiado de bebidas alcoólicas pode provocar.

De modo similar, os medicamentos controlados são considerados lícitos apenas com prescrições médicas e são regulamentados pela portaria N°344, de 12 de maio de 1998. Tal controle existe, pois estas substâncias apesar de ter efeitos positivos no combate de algumas doenças provocam dependência. A portaria subdivide estas substâncias em listas conforme demonstra o **Quadro 4**.

**Quadro 4** - Classificação de acordo com o estatuto jurídico.

CLASSIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS			
LISTA	SUBSTÂNCIAS		CARACTERÍSTICAS
A1	ENTORPECENTES	Substâncias alucinógenas e inebriantes que causam dependência física ou psicológica.	<b>Injeção:</b> 5 ampolas <b>Demais apresentações:</b> quantidade para 30 dias de tratamento.
A2	ENTORPECENTES (CONCENTRAÇÕES ESPECIAIS)		
A3	PSICOTRÓPICAS	São substâncias que atuam no sistema nervosa central, podendo	<b>Injeção:</b> 5 ampolas <b>Demais apresentações:</b> quantidade para 60 dias de tratamento.
B1	PSICOTRÓPICAS		
B2	PSICOTRÓPICAS ANOREXÍGENAS	São medicamentos com a finalidade de induzir a anorexia, são os famosos remédios para emagrecer.	Quantidade para 30 dias de tratamento. Há exceções.
C1	OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL		<b>Injeção:</b> 5 ampolas <b>Demais apresentações:</b> quantidade para 60 dias de tratamento. Há exceções.
C2	RETINOICAS	Substâncias que contém retinol, álcool provindo da vitamina A.	<b>Injeção:</b> 5 ampolas <b>Demais apresentações:</b> quantidade para 30 dias de tratamento.

		Geralmente prescritos por dermatologistas, pois influência a produção de glândulas sebáceas.	
C5	ANABOLIZANTES	São drogas que têm como função principal a reposição de testosterona.	<b>Injeção:</b> 5 ampolas <b>Demais apresentações:</b> quantidade para 60 dias de tratamento.

Fonte: Rapkiewicz; Grobe e Zaros (2019, p.28).

### 3. TIPOS DE TRATAMENTOS EXISTENTES NO BRASIL

Segundo Pratta e Santos (2009) o tratamento da dependência química, no fim do século XIX e no início do século XX, consistia no internamento em hospitais psiquiátricos a fim de provocar o abandono do uso das drogas e retirar os dependentes da sociedade.

Na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 22 de julho de 1946, a saúde passa a ser reconhecida como um estado completo de bem estar físico, mental e social. Com isto, a dependência deixou de ser vista como um desvio de caráter, ou conjunto de sintomas para tornar-se um transtorno mental.

A Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, popularmente conhecida como “Lei Antimanicomial” demonstra que o objetivo dos tratamentos psiquiátricos é possibilitar a reinserção do paciente em seu convívio social. Foram criados então outros modelos de tratamentos para doenças e transtornos mentais, e a internação em hospitais psiquiátricos passou-se a ser evitada. Para auxiliar a reestruturar o sistema foi implantado o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) um intermediário entre a alta do hospital psiquiátrico e a reinserção na sociedade dos pacientes sem apoio familiar.

O tratamento para dependentes passou a ser oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), dependendo do número de habitantes dos municípios. Acima de 200.000, podem contar também com um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS

AD). Neles os pacientes realizam o tratamento durante o dia e a noite retorna para o convívio familiar.

Outro modelo bastante disseminado é o dos centros de reabilitação mantidos por comunidades terapêuticas<sup>2</sup>, que de acordo com Fracasso (2003), surgiram no Brasil entre o final da década de 1960 e o início da década de 1970. Tendo a internação como um dos primeiros passos e a interação social como um dos principais elementos do tratamento.

### **3.1 Hospitais Psiquiátricos**

De acordo com Servalho (1993) o surgimento da psiquiatria, desencadeou a criação de diversos hospitais psiquiátricos que a princípio surgem como um lugar para reunir os indivíduos que por algum motivo eram considerados “inconvenientes” para o convívio social, como por exemplo, prostitutas, dependentes químicos, leprosos e mendigos.

A partir da implantação da República no Brasil, em 1889, e conseqüentemente a ruptura entre a Igreja e o Estado, surge a psiquiatria médica, e os médicos passam a entrar nessas instituições antes administradas pela Igreja. A loucura, até então associada à desrazão, passa a ser considerada doença mental. (AMARANTE, 1995, p. 24 apud BERTOLETTI, 2011, p. 33 )

Em 1808, com a chegada da família real portuguesa ao Brasil houve a instalação de faculdades de medicina e a então comunidade médica denunciava os loucos como um perigo a sociedade. Os acadêmicos da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1832, repercutiu pela cidade a expressão “Aos loucos, o Hospício”. Deste modo a inserção do hospital psiquiátrico instaurou na sociedade o pensamento que os doentes mentais não devem participar ou pertencer aos demais espaços da cidade.

Machado de Assis, conceituado escritor brasileiro, aborda o surgimento de ambientes médicos para portadores de psicopatias em uma de suas obras cujo

---

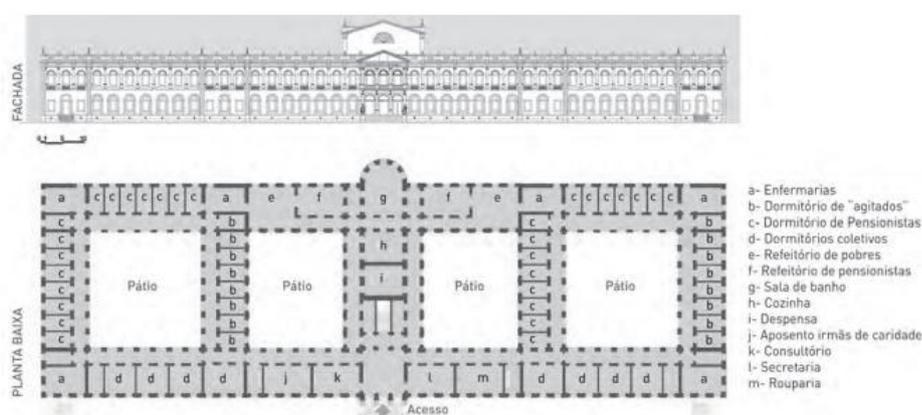
<sup>2</sup> As comunidades terapêuticas são regulamentadas pelo Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), de acordo com Fracasso (2003), são entidades, sem fins lucrativos, que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas.

título é “O Alienista”, termo utilizado no século XIX para referir-se aos médicos especialistas em doenças mentais. Antes do surgimento de um asilo de loucos “cada louco furioso era trancado em uma alcova, na própria casa, e não curado, mas descurado, até que a morte o vinha defraudar do benefício da vida; os mansos andavam à solta pela rua” (Machado de Assis, 1882, p. 9). O personagem principal do conto nomeia o asilo como Casa Verde<sup>3</sup> que tem algumas características arquitetônicas descritas “Era na Rua Nova, a mais bela rua de Itaguaí naquele tempo; tinha cinquenta janelas por lado, um pátio no centro, e numerosos cubículos para hóspedes.” (Machado de Assis, 1882, p. 11).

O país que antes mantinha seus loucos livres ou nas Casas de Misericórdia, ou até mesmo reclusos em prisões, passa a partir de então a ter contato e se relacionar, mesmo que à distancia, com os novos edifícios criados na paisagem urbana, uma nova realidade imposta ao louco. Através de uma imagem arquitetônica de grande esplendor, ostentação palaciana e de imponência imperial, a casa dos loucos foram entrando para o imaginário urbano e perpetuando a sua condição do monumento a razão (VICIELI, 2014 p. 99)

O asilo de loucos descrito por Machado de Assis (1882) bem como por Vicieli (2014) se assemelham aos hospitais psiquiátricos existentes na Europa nos séculos XVIII, modelo similarmente incorporados aos primeiros hospícios brasileiros. Um exemplar deste período é o Hospício Pedro II<sup>4</sup>, na época conhecido como Hospital Nacional dos Alienados edificado na cidade do Rio de Janeiro (**Figura 1**).

**Figura 1 - Hospício Pedro II, Rio de Janeiro.**



Fonte: Vicieli (2014, p.70).

<sup>3</sup> A nomenclatura Casa Verde foi escolhida pelo personagem principal, Simão Bacamarte, em decorrência da coloração esverdeada dos vitrais das janelas, Machado de Assis (1882).

<sup>4</sup> O conto “O Alienista” em 1882 foi escrito depois da inauguração do Hospício Pedro II, inaugurado em 1852.

Lima Barreto, autor de clássicos da literatura brasileira, passou por duas internações no Hospital Nacional dos Alienados, a primeira, relatada no conto “Como o Homem Chegou”, no período de agosto a outubro de 1914 e a segunda, descrita no livro “O Diário do Hospício” em 1920. O motivo de ambas as internações não foi o diagnóstico de uma doença psiquiátrica, mas a acusação de vadiagem. O escritor descreve a existência de biblioteca e sala de jogos de bilhar e faz menção às características dos ambientes do hospital:

O hospício é bem construído e, pelo tempo em que o edificaram, com bem acentuados cuidados higiênicos. As salas são claras, os quartos amplos, de acordo com a sua capacidade e destino, tudo bem arejado, com o ar azul dessa linda enseada de Botafogo que nos consola na sua imarcescível beleza, quando a olharmos levemente enrugada pelo terral através das grades do manicômio, quando amanhecemos lembrando que não sabemos sonhar (BARRETO, 2010, p.50 apud VIECELI, 2014 p.)

Décadas depois um dos maiores manicômios do Brasil no século XIX, o Hospital Colônia, localizado em Barbacena, Minas Gerais, projetado para abrigar duzentos pacientes, chegou a ter cerca de cinco mil internações simultâneas. A falta de estrutura, higiene e o despreparo dos funcionários resultaram em cerca de sessenta mil óbitos, por isto o hospital contava com um cemitério em um dos anexos (**Figura 2**). Franco Basaglia<sup>5</sup>, renomado psiquiatra italiano, após uma visita ao Colônia relatou em uma coletiva de imprensa “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (ARBEX, 2013).

---

<sup>5</sup> Franco Basaglia foi o principal revolucionário da psiquiatria mundial, uma das primeiras leis que proibiu a internação involuntária sancionada na Itália leva seu nome.

**Figura 2** - À esquerda paciente bebendo água provida de esgoto e à direita Cemitério da Paz (Anexo do Hospital Colônia).

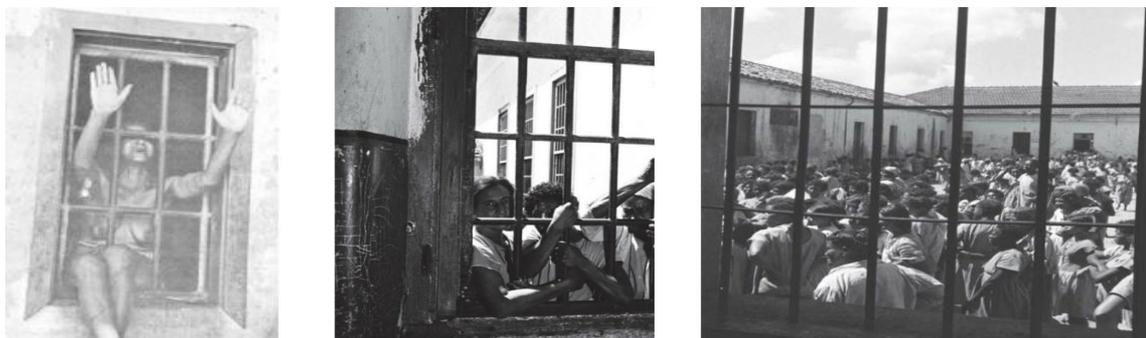


Fonte: Arbex (2013, p.19).

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida. (ARBEX, 2013, p. 13)

No Hospital Colônia os dormitórios eram chamados de celas, os pacientes, detentos e as alas hospitalares, pavilhões tais nomenclaturas assim como as muralhas contornando o edifício e as grades nos portões elementos característicos de prisões (**Figura 3**).

**Figura 3** - Hospital Colônia em Barbacena, Minas Gerais.



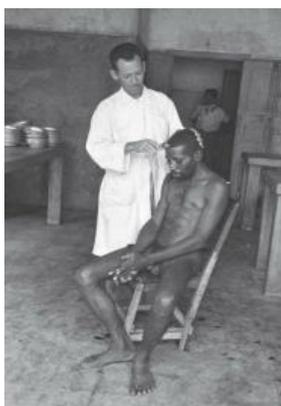
Fonte: Arbex (2013, p. 151)

De acordo com Erving Goffman<sup>6</sup>, assim como as prisões, os hospitais psiquiátricos deste período podem ser considerados instituições totais, ou seja, locais onde um

<sup>6</sup> Erving Goffman (1922 – 1982), sociólogo que considerava a interação como uma processo indispensável para identificar e diferenciar indivíduos e grupos.

número significativo de pessoas enclausuradas são mantidas sob uma administração formal. Tendo como característica a inserção de barreiras para com o mundo exterior como muralhas, grades e portões. Ao ingressar nestes tipos de instituições os indivíduos necessitam retirar seus objetos pessoais roupas, sapatos, relógios e até mesmo mudar o corte de cabelo (**Figura 4**). Para Goffman este processo é a desfiguração do “eu”, (VIECELI, 2014).

**Figura 4** - Paciente cortando o cabelo após ser internado no Hospital Colônia.



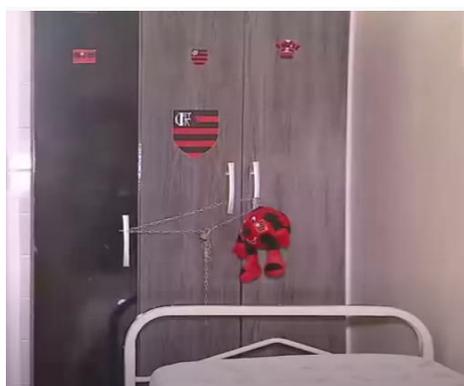
Fonte: Arbex (2013, p.11)

Após o fim da Segunda Guerra Mundial a sociedade passou a ter maior intolerância às desigualdades e os direitos humanos começaram a ganhar força. No Brasil isto foi intensificado com o fim do regime militar. Os congressos de psiquiatria passaram a debater, denunciar e sugerir mudanças nos tratamentos de doenças mentais e ocorreram reformas psiquiátricas em várias partes do mundo, segundo Freire (2018).

“A proposta de desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica brasileira se processa através da desospitalização e ressocialização dos pacientes e da humanização dos tratamentos” (VIECELLI, 2014). Foram instalados outros tipos de tratamentos para os portadores de doenças e transtornos mentais, procurou-se reduzir ao máximo as internações em hospitais psiquiátricos. Desenvolveram-se os Serviços Residenciais Terapêuticos SRT's para os pacientes que não possuem suporte familiar e receberão alta em breve e os Centros de Apoio Psicossociais, ao público que tem amparo familiar e receberá acompanhamento psiquiátrico e psicológico apenas durante o dia.

Alguns pacientes sobreviventes do “Holocausto Brasileiro” não possuem condições clínicas de serem incluídos em outras modalidades de tratamento, portanto permanecem no Hospital Colônia recebendo assistência médica. A **Figuras 5** e a **Figura 6** expressam a busca por evidenciar as identidades dos pacientes. Segundo Higuchi; Kuhlen e Pato (2019) para apropriar-se do espaço o indivíduo pode se identificar com as características do lugar ou promover mudanças, reformas, personalizações. Tais ações despertam o sentimento de pertencimento e para os ambientes serem considerados como apoiadores necessitam ser compatíveis com seus usuários

**Figura 5** Quarto Hospital Colônia:  
Paciente torcedor do Flamengo.



Fonte: EBC, (2015)

**Figura 6** Quarto Hospital Colônia:  
paciente que gosta da cor rosa.



Fonte: EBC, (2015)

Atualmente as pessoas portadoras de psicopatias podem pertencer e vivenciar os mais diversos espaços da cidade. Os hospitais, anteriormente considerados instituições totais, atualmente buscam explorar e incentivar a identidade e personalidade de seus pacientes.

### **3.2 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)**

As primeiras residências terapêuticas brasileiras surgiram na década de 1990 e nos anos 2000 foram sancionadas as primeiras legislações acerca dos SRTs. O modelo foi desenvolvido para abrigar pacientes que passaram por uma longa internação e se encontram em processo de reinserção a sociedade (BERTOLETTI, 2011).

As residências terapêuticas surgem na Itália, em Trieste, na década de 1970, como estratégia da desinstitucionalização, efetivada somente após 1976. Durante o período de 1971 a 1976, ocorreu uma intensa campanha para obtenção de pensões, aposentadorias e aprovação de subsídios sociais para os doentes mentais. (BERTOLETTI, 2011 p. 41).

A **Figura 7** mostra a fachada do Residencial Terapêutico Morada São Pedro, localizado nas proximidades do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre. Este conjunto é composto por vinte e cinco residências, cada uma comportando até quatro pessoas, além dos dois edifícios de oficinas e postos de funcionários.

**Figura 7** - Residencial Terapêutico Morada São Pedro – Porto Alegre



Fonte: Bertoletti (2011, p.88).

As habitações do Residencial Terapêutico São Pedro (Porto Alegre), possuem 48.30m<sup>2</sup> e são compostas por: sala de estar e jantar integradas, dois quartos, banheiro, área de serviço e uma pequena área verde, assim como consta na Figura 8.

**Figura 8** - Planta Baixa Serviço Residencial Terapêutico - SRT.



Fonte: Bertoletti (2011, p.88).

Os ambientes passaram por uma personalização, uma vez que os residentes buscaram transmitir suas identidades e particularidades; o sofá, por exemplo, ganhou uma colcha e um jogo de almofadas (**Figura 9**). Já o quarto recebeu uma prateleira com ursos de pelúcia (**Figura 10**).

**Figura 9** – Sofá como identidade.



**Figura 10** – Prateleira com pelúcias.



Fonte: Bertoletti (2011, p.88).

### 3.3 Centros De Apoio Psicossocial – CAPS

Os Centros de Apoio Psicossociais (CAPS) foram instaurados após a abertura da Portaria MS nº 224/92. O primeiro CAPS foi fundado em 1987, o CAPS Profº Luiz da Rocha Cerqueira ou CAPS Itapeva e está localizado na cidade de São Paulo nas proximidades da Avenida Paulista (**Figura 11**).

Assim, num curto período, entre os anos 1987 e 1989, surgem duas importantes intervenções na rede hospitalar nacional: a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil e significativas reformulações na Casa de Saúde Anchieta, local de constantes denúncias de maus tratos e mortes, ambos localizados na cidade de São Paulo. (DA SILVA, 2008, p.32 apud FREIRE, 2018 p.45)

**Figura 11** - CAPS Profº Luiz Rocha Cerqueira.



Fonte: SPDM (2020).

A princípio não foram elaboradas diretrizes ou normas arquitetônicas para estas unidades de saúde mental. Porém, havia-se como princípio básico a aversão aos modelos anteriores à reforma psiquiátrica (prisoniais, monumentais, fechados e segregadores), considerando que não poderiam ser replicados. Nessa perspectiva de proporcionar ambientes acolhedores e aconchegantes, os CAPS surgiram em uma escala menor e com fortes semelhanças da arquitetura residencial (VIECELLI, 2014).

Existem seis modalidades de Centros de Atenção Psicossociais: CAPS I, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPSi (**Quadro 5**):

**Quadro 5** - Modalidades dos Centros de Apoio Psicossociais (CAPS).

Modalidade	Público atendido		Faixa etária	Período de funcionamento	População do Município ou região de atendimento
	Transtorno mental grave e persistente	Uso de substâncias psicoativas			
CAPS I	•	•	Todas as idades	Dias úteis 8h às 18h	Acima de 15 mil hab.
CAPS II	•	•	Todas as idades	Dias úteis 8h às 18h	Acima de 70 mil hab.
CAPS III	•	•	Todas as idades	Todos os dias 24h	Acima de 150 mil hab.
CAPS AD		•	Todas as idades	Dias úteis 8h às 18h	Acima de 70 mil hab.
CAPS AD III		•	Todas as idades	Todos os dias 24h	Acima de 150 mil hab.
CAPS i	•	•	Crianças e adolescentes	Dias úteis 8h às 18h	Acima de 70 mil hab.

Fonte: Ribeiro, 2014, p.19.

Em relação aos tipos de atendimento, existem: o intensivo, destinado as pessoas em grave sofrimento psíquico; o semi-intensivo, para pacientes que já diminuíram a desestruturação psíquica e são atendidos até doze dias em um mesmo mês e o não intensivos as pessoas que não necessitam de suporte contínuo.

No ano de 2013, o Ministério da Saúde elaborou um “Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades De Acolhimento: Orientação para elaboração de projetos de construção reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios” no qual evidencia algumas características que devem ser consideradas no projeto arquitetônico:

- A afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas”;
- A disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte;
- A configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário, espaços que expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da garantia de seus direitos;
- A atenção contínua 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade;
- A permeabilidade entre “espaço do serviço” e os territórios no sentido de produzir serviços de referência nos territórios. (BRASIL, 2013, p. 17)

O programa mínimo para um CAPS pode ser visto no **(Quadro 6)** a seguir:

**Quadro 6** - Programa Mínimo para um Centro de Apoio Psicossocial.

AMBIENTE	QTDE. MÍN.	ÁREA UNIT. MÍN. (M <sup>2</sup> )	ÁREA TOTAL (M <sup>2</sup> )
Abrigo de botijão de gás	1	1	1
Abrigo externo de resíduos comuns	1	1,5	1,5
Almoxarifado	1	4	4
Área de serviço	1	4	4
Arquivo	1	4	4
Convivência externa	1	50	50
Convivência interna	1	50	50
Cozinha	1	35	35
Depósito anexo às salas de atividades coletivas	2	3	6
Depósito de material de limpeza (DML)	1	2	2
Embarque e desembarque de ambulância	1	20	20
Espaço de acolhimento	1	30	30
Farmácia	1	7	7
Posto de enfermagem	1	6	6
Quarto duplo	3	12	36
Refeitório	1	50	50
Rouparia	1	4	4
Sala administrativa	1	12	12
Sala de aplicação de medicamentos	1	6	6
Sala de atendimento individualizado	3	9	27
Sala de atividades coletivas	3	24	72
Sala de repouso profissional	1	9,5	9,5
Sala de reunião	1	16	16
Sala de utilidades	1	2,5	2,5
Sanitário com vestiário para funcionários	2	9	18
Sanitário contíguo à sala de repouso profissional	1	3	3
Sanitário contíguo ao quarto duplo	3	3	9
Sanitários adaptados a PNE	2	12	24
<b>ÁREA ÚTIL TOTAL</b>			<b>509,5</b>

Fonte: RIBEIRO,2014, p.19.

### 3.4 Clínicas de Recuperação

As clínicas de recuperação são consideradas unidades de saúde e tem a família ou o próprio dependente como fiador do tratamento. Também trabalham com duas modalidades de internações a voluntária, quando o paciente reconhece estar doente e a involuntária, fundamentada na Lei 13. 840 que permite a familiares, responsáveis ou funcionários de órgãos públicos assistencialistas realizarem a internação compulsória, por um período de noventa dias, caso a necessidade seja comprovada por uma avaliação médica.

A clínica de recuperação é uma instituição fechada, voltada para um público que detém maior poder aquisitivo e que opera com o mesmo propósito da CT<sup>7</sup>: “recuperar” dependentes químicos. Para isso, utiliza-se de terapêuticas ditas científicas. De acordo com a legislação, ela tem

<sup>7</sup> CT: Comunidade Terapêutica.

como dirigente um profissional da área de saúde, além de contar também com uma equipe de especialistas em dependência química. Seu aparato dispõe de recursos próprios da medicina e da psicologia: medicação e terapias, sem descartar o reforço de grupos de ajuda mútua como os Narcóticos Anônimos (NA) (MONTEIRO, 2011, p.144).

Pode-se perceber o cuidado da legislação a cerca da avaliação médica e das exigências legais para evitar a repetição do cenário dos hospícios e manicômios das últimas décadas do século XX. Essa é uma questão que deve ser debatida com muito cuidado, pois a linha entre a preocupação com a saúde dos dependentes químicos e uma política de higienização social ou limpeza urbana é tênue.

Para os defensores da ideia, a internação compulsória fará com que o número de usuários de drogas no Brasil diminua, além de que aqueles que já se encontram nos caminhos das drogas possam ter o tratamento devido, para que assim possam se reestruturar na sociedade. No entanto, há aqueles que digam que esses argumentos não transparecem a realidade do país. Para os que se colocam contra a ideia, a internação compulsória fere os direitos humanos, pois o governo Brasileiro não teria estrutura para dar um tratamento adequado aos usuários, além de colocá-los em situações desumanas, o que faz parecer que a questão “saúde pública” não passa de um disfarce para interesses econômicos e políticos ligados à higienização, e outros interesses de particulares. Ou seja, o governo está apenas tentando retirar os viciados das ruas ou está tentando de fato tratá-los? (BRITO et AL., 2016).

É necessário ressaltar que os programas de clínicas de reabilitação são extensos abrangendo uma grande diversidade de ambientes de interação social como, por exemplo, quadras esportivas, piscina, hortas e academias (**Figura 12**).

**Figura 12** – Espaços de uma clínica de reabilitação.



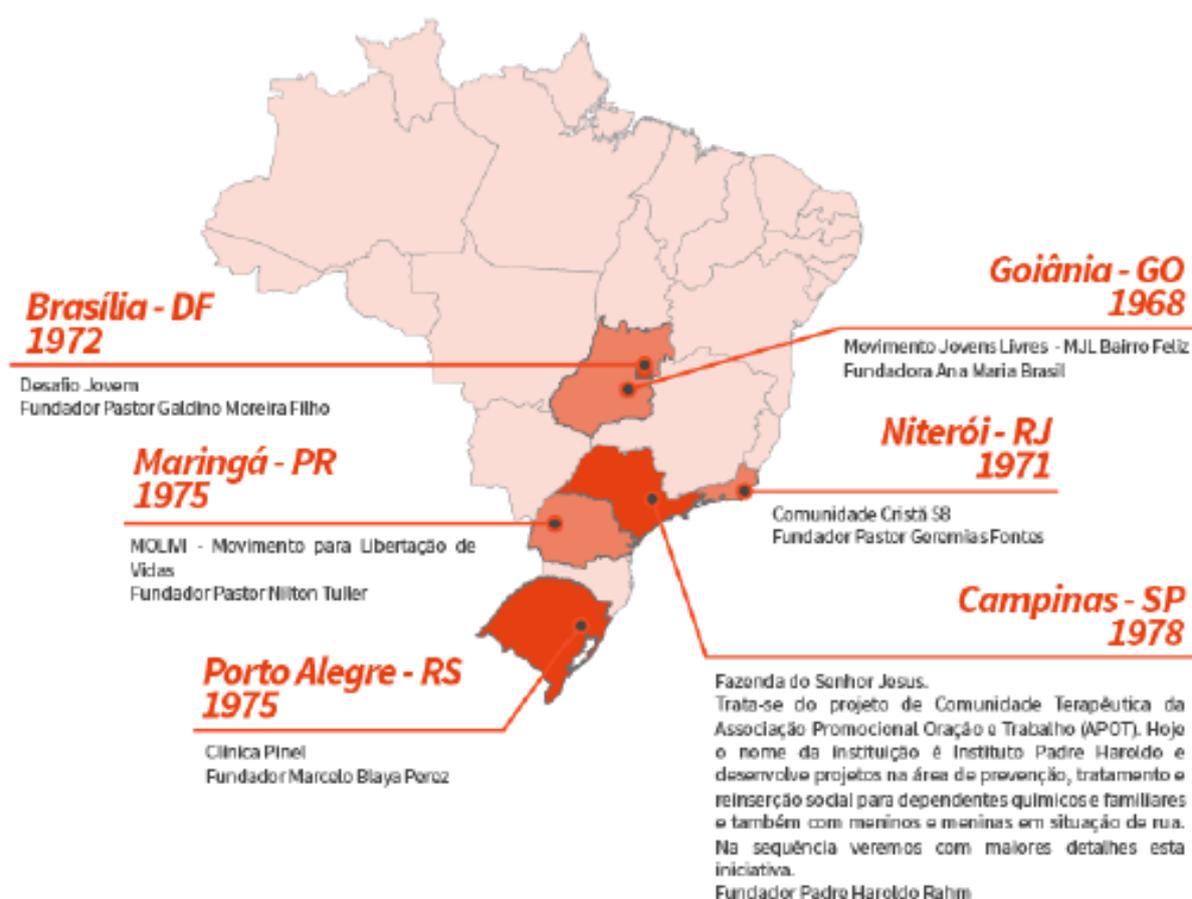
Fonte: RIBEIRO,2014, p.31.

### 3.5 Centros de Reabilitação Mantidos por Comunidades Terapêuticas

As comunidades terapêuticas (CTs) surgiram na Inglaterra, na década de 1950 com o objetivo de auxiliar os soldados com traumas pós-guerra, tendo como precursor foi o psiquiatra Maxwell Jones. Aos poucos esse modelo foi sofrendo algumas adaptações e passou a ser fortemente utilizado para tratar a dependência química (FRACASSO, 2003).

As CTs chegaram ao Brasil entre as décadas de 1960 e 1970, com um modelo psicossocial em que a interação do indivíduo com as substâncias psicoativas bem como o dependente e seu contexto social são fundamentais para compreensão da dependência (**Figura 13**).

**Figura 13** - Chegada das Comunidades Terapêuticas ao Brasil.



Fonte: FRACASSO, 2003.

Os centros de reabilitação mantidos por comunidades terapêuticas é uma modalidade de tratamento de regime residencial. Portanto, possuem algumas restrições, que não podem atender:

- Internações involuntárias;
- Pacientes com comprometimento biológico grave: quando existe caso de morte por conta do abuso de substâncias psicoativas (arritmias cardíacas, vertigens, hemorragia digestiva), em caso de coma ou perda de consciência, relatos de traumatismo e agressões e hematomas pelo tronco e cabeça, quando há uma ou mais doenças além da dependência que está em crise (diabetes, hipertensão, alucinações)
- Pacientes com comprometimento psíquico grave: quando se verificam alterações de percepção, pensamento e juízo crítico, alterações afetivas graves (como a depressão), alterações do controle de vontade (transtorno obsessivo – compulsivo, impulsivo – destrutivo e negativismo) (CAPITAL, 2018).

A equipe mínima para uma unidade com trinta internos de acordo com a Anvisa deve ser composta de acordo com o que consta no **Quadro 7**:

**Quadro 7** - Equipe Mínima para Atendimento de Trinta Residentes.

<b>EQUIPE MÍNIMA PARA ATENDIMENTO DE 30 RESIDENTES</b>	
01	Profissional da área de saúde ou serviço social, com formação superior, responsável pelo programa terapêutico, capacitado para o atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de substâncias psicoativas em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos Conselhos Municipais Antidrogas (COMAD).
01	Coordenador Administrativo
03	Agentes comunitários capacitados em dependência química em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelo COMAD.

Fonte: Desenvolvido pela autora com dados do Brasil (2013).

Existem centros especializados em tipos de dependência, faixa etárias específicas, gêneros e com diversas modalidades de tratamento, como o religioso – espiritual, o laboral e médico (DAMAS, 2013).

Visando normatizar estes centros, foi instituída pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2001, a Resolução da Diretoria Colegiada nº 101 (RDC 101) que apontam as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Em 2011 esta resolução foi revogada e substituída pela Resolução da

Diretoria Colegiada nº 29 (RDC 29) para se distanciar das normas hospitalares e possuir um aspecto mais residencial e com maior semelhança aos ambientes familiares.

Esses centros de reabilitação geralmente se encontram em áreas rurais, e de acordo com Pereira e Pillon (2014) tem uma aparência residencial, buscando se distanciar de um ambiente hospitalar ou prisional, demonstrando as pessoas que aqueles ambientes são como a extensão de suas casas (**Figura 14**).

**Figura 14** - Projeto Arquitetônico do Centro de Reabilitação Cidade Viva - João Pessoa.



Fonte: Sodré, 2017, p.39.

O projeto desenvolvido para a Cidade Viva foi desenvolvido para ser gradativamente expandido por isso é composto por blocos em níveis diferentes, conectados por rampas e passarelas. O primeiro bloco, mais próximo à entrada, abrange um auditório e os ambientes administrativos, o bloco central, engloba os dormitórios e o último as salas de terapia, cozinha e refeitório (**Figura 15**).

**Figura 15** - Planta Baixa do Centro de Reabilitação Cidade Viva - João Pessoa.



Fonte: Sodré, 2007, p.39.

Em suma, a principal característica dos centros de reabilitação mantidos por comunidades terapêuticas é que apesar de proporcionar tratamentos para uma doença crônica não são considerados unidades de saúde. A arquitetura destes centros podem expressar aos pacientes que os ambientes onde eles se encontram compõem uma residência. De acordo com Vieceli (2014) a casa transmite o bem estar do abrigo e do refúgio, onde o homem habita e se sente protegido. Habitar não é apenas a relação passiva de encontrar-se em um lugar e sim de apropriar-se, sentir-se em casa, criar raízes.

#### **4. MORFOLOGIA DOS CENTROS DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS**

##### **4.1 Legislação**

As cidades necessitam de leis para estabelecer um crescimento e desenvolvimento urbano harmônico elas “são os principais instrumentos da atividade urbanística, sem os quais seria impossível a ordenação das edificações e a disciplina de ocupação do solo” (KREBS, 2002, p. 103).

Dessa maneira, a Constituição Federal discrimina as competências de cada um dos entes federados na administração do território nacional, cabendo aos municípios cuidar e executar a política de desenvolvimento urbano, cujo objetivo deverá ser o de “ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes” (BRASIL, 1988). Ainda neste artigo (Art. 182) atenta-se para o uso do Plano Diretor como “instrumento básico da política de desenvolvimento e de expansão urbana”. A Lei Federal N° 10.257 de 10 de julho de 2001, Estatuto das Cidades, estabelece “as normas de ordem pública e interesse social que regulam o uso da propriedade urbana em prol do bem coletivo, da segurança e do bem-estar dos cidadãos, bem como do equilíbrio ambiental”. Entre outros instrumentos legais, estabelece o Plano Diretor como sendo o “instrumento básico da política de desenvolvimento e expansão urbana” (Art. 40).

Assim como as edificações de outros usos, os centros de reabilitação devem atender aos parâmetros de ocupação e uso do solo urbano estabelecidos pelo plano diretor, bem como obedecer os condicionantes construtivos presentes nos códigos de obras municipais. Estes determinarão, por exemplo, as dimensões mínimas de recuos, área verde, solo natural, gabarito máximo e coeficiente de construção, bem como as áreas mínimas dos ambientes componentes das edificações.

A norma de Acessibilidade (NBR 9050), apesar de não ser considerada lei, de acordo com o decreto nº 9.296, de 1º de março de 2018 necessita ser respeitada em todos os projetos arquitetônicos de hotéis, pousadas e estruturas similares. Especificamente na cidade do Recife, a Lei Municipal N° 16.292 de 29 de janeiro de 1997 (Lei de edificações e instalações do município do Recife), cita a referida norma em diversos artigos (75, 77, 78, 79, 223) tornado obrigatório o cumprimento da mesma.

Há também a resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) específica para os centros de reabilitação, entre os anos de 2001 e 2011 era vigente a RDC 101 de 30 de maio de 2001, um regulamento com os atributos mínimos necessários para prestação de serviço com boa qualidade. Dentre os dados nela existentes estão apresentados no **Quadro 8** os referentes a estrutura física:

**Quadro 8** - Parâmetros de Estrutura Física, RDC 101.

<b>INFRA ESTRUTURA FÍSICA NECESSÁRIA DE ACORDO COM A RDC 101</b>		
<b>SETOR DE HOSPEDAGEM</b>		
TER NO MÁXIMO 30 RESIDENTES POR ALOJAMENTO		
QUARTO	PARA NO MÁXIMO 6 RESIDENTES	5,5 M <sup>2</sup> POR CAMA OU BELICHE DE 2 CAMAS SOBREPOSTAS.
BANHEIRO	1 BACIA 1 LAVATÓRIO 1 CHUVEIRO PARA CADA 6 CAMAS	AO MENOS UM BANHEIRO ADAPTADO PARA DEFICIENTES.
QUARTO PARA AGENTE COMUNITÁRIO		
<b>SETOR DE TERAPIA/RECUPERAÇÃO</b>		
SALA DE ATENDIMENTO SOCIAL		
SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL		
SALA DE ATENDIMENTO COLETIVO		
SALA DE TV/ MÚSICA	PODE SER UTILIZADO PARA OUTRAS ATIVIDADES.	
OFICINA		
QUADRA DE ESPORTES		
SALA PARA PRÁTICA DE EXERCÍCIOS		
HORTA OU OUTRO TIPO DE CULTIVO		
CRIAÇÃO DE ANIMAIS DOMÉSTICOS		

<b>ÁREAS EXTERNAS PARA DEAMBULAÇÃO</b>	
<b>SETOR ADMINISTRATIVO</b>	
SALA DE RECEPÇÃO DE RESIDENTES, FAMILIARES E VISITANTES	
SALA ADMINISTRATIVA	
ARQUIVO DAS FICHAS DO RESIDENTE (PRONTUÁRIO)	
SALA DE REUNIÃO PARA EQUIPE	
SANITÁRIOS PARA OS FUNCIONÁRIOS	
<b>SETOR DE APOIO LOGÍSTICO</b>	
COZINHA COLETIVA	COM AS SEGUINTE ÁREAS: 1. RECEPÇÃO DE GÊNEROS 2. ARMAZENAGEM DE GÊNEROS 3. PREPARO 4. COCÇÃO 5. DISTRIBUIÇÃO 6. LAVAGEM DE LOUÇA 7. ARMAZENAGEM DE UTENSÍLIOS 8. REFEITÓRIO
LAVANDERIA COLETIVA	COM AS SEGUINTE ÁREAS: 1. ARMAZENAGEM DA ROUPA SUJA 2. LAVAGEM 3. SECAGEM 4. PASSADERIA 5. ARMAZENAGEM DE ROUPA LIMPA
ALMOXARIFADO	
ÁREA PARA ARMAZENAGEM DE MOBILIÁRIO, EQUIPAMENTOS, UTENSÍLIOS, MATERIAL DE EXPEDIENTE	
LIMPEZA, ZELADORIA E SEGURANÇA	COM AS SEGUINTE ÁREAS: 1. DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA 2. ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS
TODAS AS PORTAS DOS AMBIENTES DEVEM SER INSTALADAS COM TRAVAMENTO SIMPLES SEM USO DE TRANCAS E CHAVES	

Fonte: ANVISA, 2001, compilação: a autora, 2020.

A RDC 29 de 30 de junho de 2011 é mais flexível e não especifica, por exemplo, a quantidade máxima de indivíduos por alojamento. Deste modo o conforto e o bem estar passou a depender mais do bom senso das instituições do que da legislação (**Quadro 9**):

**Quadro 9** - Parâmetros de Estrutura Física, RDC 29.

<b>INFRA ESTRUTURA FÍSICA NECESSÁRIA DE ACORDO COM A RDC 29</b>	
<b>SETOR DE HOSPEDAGEM</b>	
TER NO MÁXIMO 30 RESIDENTES POR ALOJAMENTO	
QUARTO	COM ACOMODAÇÕES INDIVIDUAIS E ESPAÇO PARA GUARDA DE ROUPAS E PERTENCES COM O DIMENSIONAMENTO COMPÁTIVEL COM O NÚMERO DE RESIDENTES.
BANHEIRO	COM: BACIA LAVATÓRIO CHUVEIRO COM O DIMENSIONAMENTO COMPÁTIVEL COM O NÚMERO DE RESIDENTES
<b>SETOR DE TERAPIA/RECUPERAÇÃO</b>	

SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL
SALA DE ATENDIMENTO COLETIVO
ÁREA PARA REALIZAÇÃO DE OFICINAS DE TRABALHO
SALA PARA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES LABORAIS
ÁREA PARA PRÁTICA DE ATIVIDADES DESPORTIVAS
<b>SETOR ADMINISTRATIVO</b>
SALA DE RECEPÇÃO DE RESIDENTES, FAMILIARES E VISITANTES
SALA ADMINISTRATIVA
ARQUIVO DAS FICHAS DO RESIDENTE (PRONTUÁRIO)
SALA DE REUNIÃO PARA EQUIPE
SANITÁRIOS PARA OS FUNCIONÁRIOS (AMBOS OS SEXOS)
<b>SETOR DE APOIO LOGÍSTICO</b>
COZINHA COLETIVA
REFEITÓRIO
LAVANDERIA COLETIVA
ALMOXARIFADO
ÁREA PARA DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA
ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS
TODAS AS PORTAS DOS AMBIENTES DEVEM SER INSTALADAS COM TRAVAMENTO SIMPLES SEM USO DE TRANCAS E CHAVES

Fonte: ANVISA, 2011, compilação: a autora, 2020.

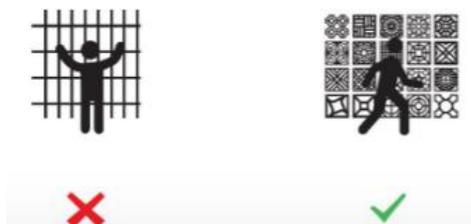
A ANVISA aborda apenas critérios de cunho quantitativo, porém para assegurar que os ambientes estejam aptos é importante considerar os aspectos qualitativos da ambiência, tais como: cores, materiais, acústica, iluminação natural e artificial.

#### 4.2 Parâmetros Arquitetônicos Pesquisados

Existem alguns parâmetros sugeridos por pesquisadores, mas não há obrigatoriedade em segui-los já que não são leis. Tendo em vista a semelhança no uso e na demanda dos usuários dos centros de reabilitação e do CAPs é viável a aplicação de algumas das diretrizes de implantação presentes no Manual Prático de Arquitetura e Urbanismo para Centros de Atenção Psicossocial elaborado por Padovani (2014).

De acordo com Padovani (2014) a demarcação de limites não pode sugerir aprisionamento, as cercas vivas são indicadas assim como os elementos vazados. A utilização de grades deve ser evitada, caso sejam extremamente necessárias, devem ter um padrão geométrico divergente dos modelos comuns em prisões (ver **Figura 16**).

**Figura 16** - Uso de grades como demarcação de limites.



Fonte: Padovani, 2014, p.42.

Os Centros de Reabilitação mantidos por comunidades terapêuticas propiciam acolhimento e não internação, os dependentes têm autonomia para desistirem do tratamento a qualquer momento. Portanto, a portaria deve controlar a entrada e saída, porém com aparência receptiva e acolhedora para isto Padovani (2014) recomenda não utilizar guaritas com cancelas e sim dispor pórticos (ver **Figura 17**).

**Figura 17** – Portaria.



Fonte: Padovani, 2014, p.36.

Os mobiliários devem ser confortáveis e contribuírem para configuração de uma residência. A ambiência não pode se assemelhar a hospitais, logo, macas, por exemplo, não são adequadas. Podem ser utilizados sofás, divãs, poltronas, cadeiras acolchoadas e outros móveis de caráter domiciliar (PADOVANI, 2014)

As edificações térreas são mais recomendadas para este uso e os espaços não devem permitir os indivíduos ficarem sozinhos por muito tempo, tendo em vista o alto índice de suicídios entre dependentes químicos (BRASIL, 2001). Porém, de acordo com Pereira e Pillon (2014) áreas de contemplação são benéficas, pois permitem momentos de isolamento e reflexão.

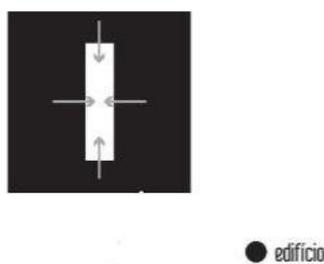
Na arquitetura de instituições, nem sempre se dá a atenção devida a áreas externas como espaço habitável, esquecendo que os melhores lugares para fugir das pessoas estão fora dos edifícios. As pessoas, no caso os dependentes, precisam, às vezes, também estar só, por isso são necessários os espaços livres (SOMMER, 1973 apud SILVEIRA, 2005, p.3).

A circulação principal pode possibilitar as pessoas se distanciarem o suficiente para se sentirem isoladas e ao mesmo tempo serem vistas. “A boa arquitetura ‘se caminha’ e ‘se percorre’ pelo interior e exterior. É a arquitetura viva.” (LE CORBUSIER, 1961, p.43).

A circulação principal deve assumir o papel de instrumento de integração do edifício. É nela onde se concentram os fluxos, onde todos se encontram e são vistos; talvez por isso da preferência dos pacientes de permanecerem nesse espaço. Logo, deve-se ter a cautela de setorizá-la de forma a facilitar a realização das atividades, de maneira que permita também a permanência dos usuários (PADOVANI, 2014, p.40).

No período antecedente a reforma psiquiátrica o modelo de implantação arquitetônica mais frequente nos hospitais psiquiátricos, era o introspectivo, ainda hoje muito recorrente em prisões e escolas. Esta configuração direciona as atenções para o interior da edificação, facilitando a vigilância e o controle (SILVA, 2008). É uma boa alternativa quando a área é extensa, pois além do pátio central demanda um recuo entre a edificação e as extremidades do terreno (**Figura 18**).

**Figura 18** - Modelo Introspectivo.



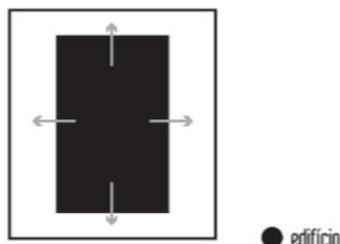
Fonte: Padovani, 2014, p.40.

Após a reforma psiquiátrica com a mudança dos tratamentos e a busca por reinserir os doentes mentais na sociedade tornou-se mais frequente o modelo de implantação centrífugo<sup>8</sup> no qual instiga as atenções aos arredores da edificação

<sup>8</sup> Centrífugo é algo que foge do centro.

(SILVA, 2008). Este modelo demanda menos espaço e é recomendado para terrenos mais compactos (**Figura 19**).

**Figura 19** - Modelo centrífugo.



Fonte: Padovani, 2014, p.40.

As práticas de esportes contribuem para a autoestima das pessoas e são fundamentais para auxiliar no combate contra a ansiedade e depressão (PEREIRA e PILLON, 2014). O ambiente para estas atividades “Deve ser um espaço arborizado, apropriado com jardins, horta, pomar, quadra de esportes, aparelhos de ginástica, mobiliários para descanso;” (PADOVANI, 2014, p. 42). Além dos benefícios individuais são estes ambientes que proporcionam interação social “é por meio da interação social que o indivíduo seleciona e particulariza o significado do meio, atribuindo ao ambiente o sentido de lugar” (HIGUCHI; KUHEN e PATO, 2019, p.89).

Segundo Pol (1996) a apropriação do espaço está relacionada à ação-transformação do indivíduo no espaço bem como a identificação com aspectos cognitivos, interativos e afetivos. Logo, é de suma importância que os acolhidos se apropriem do espaço para continuarem o tratamento, portanto recomenda-se a participação dos indivíduos na decoração para isto pode-se, por exemplo, fazer um mural com desenhos ou fotos ou plantar flores e dispor os vasos pelos ambientes (**Figura 20**).

**Figura 20** - Apropriação do Espaço.



Fonte: Padovani, 2014, p.43.

As cores causam impressões psicológicas, segundo Heller (2013) cores e emoções estão relacionadas. Ambientes com poucos estímulos podem causar o tédio, porém as tonalidades quentes (tais como: vermelho, laranja e amarelo) são essenciais para os ambientes terem um aspecto vivo e animado, mas devem ser dosadas com cautela, pois são excessivamente estimulantes. Tons frios (tais como: azul, verde e roxo) transmitem calma, porém em excesso pode contribuir com a depressão. Em locais onde a luz do sol penetra com pouca intensidade e frequência pode dar preferência à utilização de tons claros já que ambientes escuros contribuem para sensação de cansaço e depressão (CUNHA, 2004).

### **4.3 Estudos de Caso 1**

Durante o desenvolvimento desta pesquisa após muitas ligações, agendamentos e remarcações realizou-se uma visita a um centro de reabilitação na cidade do Paulista, esta instituição faz parte de uma rede com mais de dez unidades dispostas em vários estados brasileiros. Foi aplicado a um dos diretores o modelo de questionário contido no Apêndice A.

De acordo com o Art. 4 da RDC 29 de 30 de junho de 2011, as instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com dependência química deve possuir um documento que descreva suas finalidades e atividades técnicas, assistenciais e administrativas. No Art. 10 desta mesma lei ressalta que a instituição deve proporcionar capacitação aos seus funcionários. Porém, para responder as questões foram efetuadas diversas ligações, pois não existia um colaborador que tivesse domínio sobre as informações do modelo de tratamento por eles fornecido.

Após esperar o preenchimento do questionário, por aproximadamente cinco horas e sem autorização para gravar a entrevista obteve-se um acordo, foram deixadas no centro canetas esferográficas e sessenta questionários correspondentes ao Apêndice B, após três dias ocorreria uma segunda visita para realização de registros fotográficos e busca dos questionários preenchidos.

Apesar de apresentar a declaração da instituição enfatizando que todas as informações obtidas seriam utilizadas única e exclusivamente para fins acadêmicos, passados dois dias por meio de uma ligação telefônica recebeu-se a notícia que não seria possível utilizar as informações obtidas anteriormente tão pouco realizar uma segunda visita e receber os demais questionários preenchidos.

Existem muitas possibilidades que podem ter motivado este centro não permitir a utilização de seu modo de funcionamento bem como a situação das instalações, dentre elas o temor de denúncias, tendo em vista as irregularidades na estrutura física (como a existência de uma escada helicoidal como única circulação vertical) bem como inexistência de triagem para receber novos acolhidos e ausência de profissionais da área de saúde. . Entendemos que na maior parte devido às limitações estruturais como a falta de verbas e de apoios oficiais para com uma instituição que trata de questões da saúde pública, ainda que não seja reconhecida como tal.

#### **4.4 Estudo de Caso 2: Centro de Reabilitação Cristo Liberta**

O Centro de Reabilitação Cristo Liberta se localiza no município de Igarassu, em uma área totalmente rural e de difícil acesso. Não é possível utilizar o transporte público para chegar ao centro que não dispõe de sinal de telefonia móvel e internet.

O tratamento é oferecido gratuitamente e tem duração média de nove meses podendo se entender até a um ano. Durante os últimos meses de reabilitação é permitida a saída dos acolhidos para conviverem com os familiares nos fins de semana, os que não possuem apoio familiar podem sair para passear, mas com a presença de um supervisor. Após a conclusão do tratamento não existe outra modalidade de apoio para auxiliar os reabilitados a se estabilizarem em sociedade.

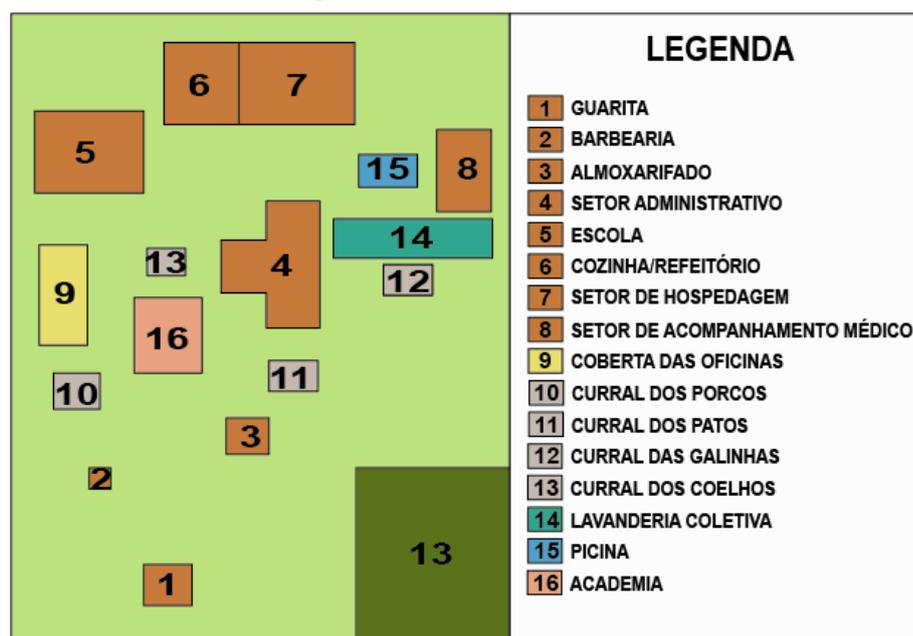
Apesar de ter colaboradores extremamente solícitos, por conta da pandemia de Covid-19, à instituição adotou protocolos de segurança sanitária muito rígidos. Além disto, haverá uma mudança de prédio o que possibilitou apenas a realização

de uma única visita em um dia em que o responsável da área da saúde não estava presente.

A unidade visitada fornece atendimento somente para pessoas do sexo masculino, o tratamento oferecido tem como base a laborterapia, também conhecida como terapia ocupacional, logo todos os acolhidos possuem a responsabilidade de arrumar a própria cama, lavar suas roupas bem como manter seus pertences organizados. Também existem as responsabilidades comunitárias como preparo de refeições, cuidado e limpeza de animais e plantio.

As atividades são previamente agendadas e tanto os horários de trabalho quanto os de lazer são rigidamente respeitados. Busca-se compensar o bom comportamento e desempenho com melhores mobílias. Quanto a estrutura física, o centro possui seus ambientes locados de modo descentralizado como indicado na **Figura 21**.

**Figura 21 – Estrutura física.**



Fonte: A autora, 2020.

A instituição dispõe de um amplo terreno com muita área verde, ao lado da entrada há um extenso campo de futebol (**Figura 22**). A guarita possui sempre um colaborador que controla a entrada de veículos e identifica os visitantes (**Figura 23**).

**Figura 22 e 23** – Entrada de visitantes e campo de futebol.



Fonte: A autora, 2020.

Para auxiliar no controle de entrada e saída de pessoas há um quadro, disposto próximo à guarita e atualizado em cada turno (manhã, tarde e noite) pela equipe de segurança que indica a quantidade de indivíduos presentes na instituição. (**Figura 24**).

**Figura 24**– Controle de entrada e saída.

EDUCADORES	VISITANDO
10	03
ACOLHIDOS	INFERMO
52	0
	TOTAL
	62

Fonte: A autora, 2020.

Existe um setor administrativo composto por uma sala integrada a uma copa, na qual se localiza o único telefone da instituição. Sempre há um educador neste ambiente para controlar o uso do telefone e o acesso ao depósito (**Figuras 25 e 26**).

**Figura 25 e 26** – Instalações administrativas.



Fonte: A autora, 2020.

Esta sala dá acesso a um depósito no qual existe um armário fechado com cadeado para guardar os medicamentos, há uma divisória para cada um dos acolhidos. Também é neste ambiente que se armazenam utensílios e materiais de higiene (**Figura 27**).

**Figura 27**– Instalações de medicamentos.



Fonte: A autora, 2020.

Existe uma suíte que é ocupada pelo terapeuta e por um supervisor, os móveis que compõem este ambiente são semelhantes aos presentes no alojamento, beliche e sapateiras para guardar os pertences pessoais (**Figuras 28 e 29**).

**Figura 28 e 29**– Instalações do terapeuta e supervisor.



Fonte: A autora, 2020.

Há uma cantina, os familiares podem deixar créditos para serem utilizados pelos reabilitandos que não podem ficar com dinheiro no centro. De acordo com o supervisor o ambiente é uma novidade que agradou muito os acolhidos, pois geralmente o cardápio contém poucas opções e quando nenhuma agrada o paladar do acolhido é possível optar por outro tipo de alimentação (**Figura 30**).

**Figura 30**– Cantina.

Fonte: A autora, 2020.

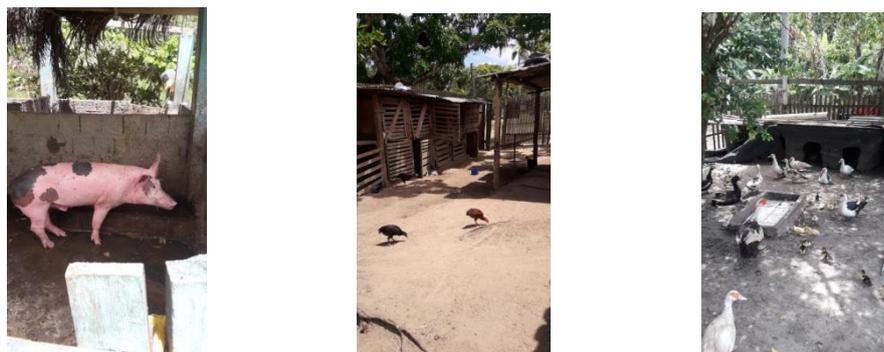
Além deste setor o centro também possui duas salas para cuidados médicos, uma para realização de checagens na qual os reabilitandos frequentemente passam por pesagem, aferição de pressão arterial e verificação das taxas de glicose. Também há um consultório odontológico, porém no período da visita por conta da pandemia e dos protocolos de segurança este setor passou a ser utilizado como quarentena. Os novos acolhidos passam quinze dias sem poder ter contato com as demais pessoas presentes no centro. Para minimizar o sentimento de aprisionamento o acesso às demais áreas do centro foram divididas por horários, os veteranos utilizam pela manhã e os novatos à tarde (**Figuras 31 e 32**).

**Figura 31 e 32**– Instalações de novos acolhidos.

Fonte: A autora, 2020.

A instituição possui criação de vários animais como porcos, coelhos, cabras, cavalos, galinhas, patos, gatos e cachorros. Cada espécie é cuidada por um acolhido que deve mantê-los limpos e alimentados (**Figuras 33, 34 e 35**).

**Figura 33, 34 e 35**– Criação de animais.



Fonte: A autora, 2020.

Tendo em vista que a dependência química contribui com a evasão escolar e que para serem reinseridos na sociedade é fundamental ter a possibilidade de entrada no mercado de trabalho, porém a baixa escolaridade é um empecilho. Com a finalidade de auxiliar esses acolhidos após a conclusão do tratamento, que dura em média nove meses, há dentro da instituição uma escola mantida pelo município. Com a pandemia os professores deixaram de ir e por conta da dificuldade de sinais de internet e telefonia foi impossível manter as aulas de forma remota (**Figuras 36, 37 e 38**).

**Figura 36, 37 e 38**– Instalações escolares.



Fonte: A autora, 2020.

As oficinas terapêuticas geralmente são realizadas em um ambiente com uma cobertura de capim santa fé que os próprios reabilitando ajudaram a construir. O valor afetivo por este ambiente é tão forte que a cobertura será desmontada e levada para a nova sede (**Figura 39**).

**Figura 39** – Instalação externa.



Fonte: A autora, 2020.

Outro ambiente formado com a ajuda dos acolhidos é a academia, apesar de ser ao ar livre sem nenhuma cobertura e dos equipamentos estarem bem gastos, de acordo com o supervisor que guiou a visita é frequentemente utilizado por boa parte dos reabilitandos (**Figura 40 e 41**).

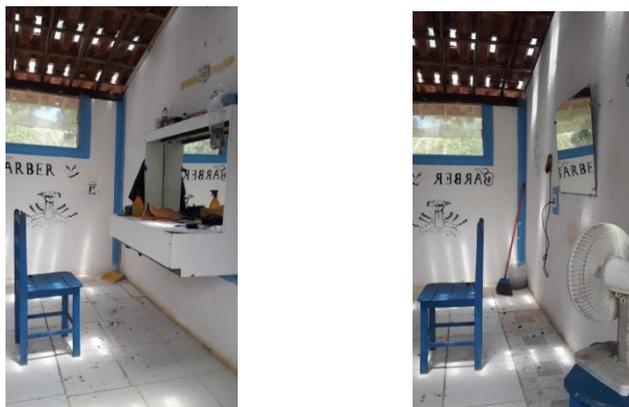
**Figura 40 e 41** – Academia.



Fonte: A autora, 2020.

Alguns dos reabilitandos sabem cortar cabelo e aparar barba e por isso mantém a barbearia em funcionamento. Um ambiente leve iluminado e agradável (**Figuras 42 e 43**).

**Figura 42 e 43 – Barbearia.**



Fonte: A autora, 2020.

O refeitório bem como a cozinha são as partes mais deficientes do centro, por conta do custo elevado para manter a instituição em funcionamento bem como o difícil acesso aos serviços urbanos, como o fornecimento de gás de cozinha, torna-se inviável a utilização de fogão a gás. Por isso é utilizado o forno a lenha, Apesar do piso não ser revestido com cerâmica, como o recomendado para o ambiente, nota-se o cuidado para mantê-lo higienizado (**Figuras 44, 45 e 46**).

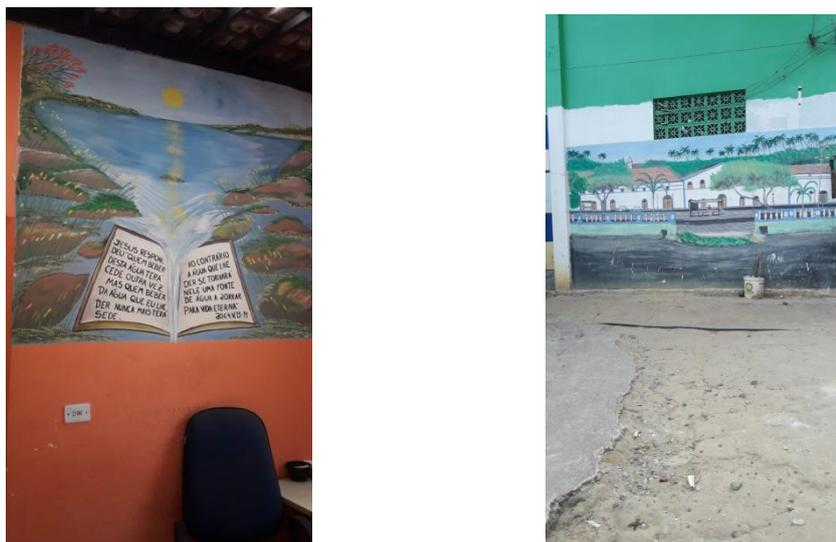
**Figura 44, 45 e 46– Instalações de cocção, armazenamento e refeição.**



Fonte: A autora, 2020.

Em vários ambientes da instituição estão presentes manifestações artísticas desenvolvidas pelos acolhidos.

Figura 47 e 48 – Arte feita pelos reabilitandos.



Fonte: A autora, 2020.

Em suma o Centro de Reabilitação Cristo Liberta possui um programa de necessidades amplo (**Quadro 10**), grande parte dos ambientes necessita de aprimoramentos, porém nota-se o cuidado e o esforço da direção em manter a instituição funcionando da melhor forma possível, apesar dos recursos financeiros escassos.

**Quadro 10** – Programa do centro de reabilitação Cristo Liberta.

<b>PROGRAMA DO CENTRO DE REABILITAÇÃO CRISTO LIBERTA</b>	
<b>SETOR ADMINISTRATIVO</b>	
01	BANHEIRO
01	SUÍTE PARA FUNCIONÁRIOS
01	CANTINA
01	DEPÓSITO
01	COPA
01	SALA ADMINISTRATIVA
01	TESOURARIA
01	SALA DE TELEVISÃO
<b>ESCOLA</b>	
03	SALAS DE AULA
01	BIBLIOTECA
<b>SETOR DE HOSPEDAGEM</b>	
01	ALOJAMENTO COM CAPACIDADE MÁXIMA DE 120 PESSOAS
01	BANHEIROS
01	QUARTO DE ORAÇÃO
<b>SETOR DE TERAPIA/ RECUPERAÇÃO</b>	
01	ACADEMIA

04	CURRAIS PARA ANIMAIS
01	BARBEARIA
01	ESCOLA
01	COBERTA DAS OFICINAS
01	PISCINA
01	CAMPO DE FUTEBOL
<b>SETOR DE APOIO LOGÍSTICO</b>	
01	REFEITÓRIO
01	COZINHA
01	LAVANDERIA COLETIVA
01	ALMOXARIFADO
<b>SETOR DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO</b>	
01	SALA DE TRIAGEM
01	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Fonte: A autora, 2020.

## 5. APLICAÇÃO DA “NEUROARQUITETURA” EM CENTROS DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS

### 5.1 Conceitos de “Neuroarquitetura”, Psicologia ambiental e Biofilia

Apesar da temática ter sido abordada há muitos séculos, somente em 1970 passou a existir a *Society for Neuroscience* (equivalente a Academia de Neurociência dos Estados Unidos) e foi neste período que surgiu o termo neurociência. A ciência que estuda tanto o sistema nervoso central (cérebro, cerebelo, tronco encefálico e medula) quanto o sistema nervoso periférico (gânglios e nervos). Geralmente é associada a diversas áreas do conhecimento por conta da complexidade e importância do sistema nervoso no desempenhar de atividades físicas, cognitivas e psicológicas (BEAR; CONNORS e PARADISO, 2017).

De acordo com Ruiz (2015) a “neuroarquitetura” é a aplicação da neurociência a arquitetura, deste modo os espaços são concebidos a fim de despertar emoções, estimular o cérebro e amenizar o estresse.

Esta união de disciplinas passou a ter maior atenção no ano de 2003 quando a Academia de Neurociência para Arquitetura (ANFA) foi fundada em San Diego,

nos Estados Unidos. Seu principal fundador foi o neurocientista Fred Gage, no Brasil uma instituição com os mesmos objetivos só veio a existir em 2019.

O estudo da neuroarquitetura permite uma evolução no projeto arquitetônico. O objetivo da neuroarquitetura é responder por que um espaço arquitetônico é capaz de provocar sentimentos de calma ou admiração, ou como são capazes de lembrar o cheiro de grama molhada (RUIZ, 2015, p. 4).

O Sistema Nervoso é responsável por captar e interpretar os estímulos do ambiente, ou seja, causar sensações e permitir o desenvolvimento de percepções. Este processo é desenvolvido através da sinapse.

Sinapse é um tipo de junção especializada em que um terminal axonal faz contato com outro neurônio ou tipo celular. As sinapses podem ser elétricas ou químicas (maioria). (...) Por meio das sinapses, um neurônio pode passar mensagens (impulsos nervosos) para centenas ou até milhares de neurônios diferentes. Estas mensagens é que permitem de maneira geral toda a atividade que compete ao Sistema Nervoso, tanto em nível central como em periférico (FILHO; PEREIRA, 2015, p. 266-269 apud REIS, 2019, p.19).

Segundo Ries e Rodrigues (2004) sensação é a recepção de um estímulo através dos sentidos.

Fisiologicamente falando podemos definir a sensação como atividade das vias aferentes até o córtex sensorial e ocorre através de receptores especializados, constituindo-se num dispositivo transdutor que transforma uma energia (luz, calor [...]) em outra (energia elétrica), isto é o receptor recebe estímulo, o transforma em impulso elétrico e o envia a diferentes áreas especializadas do sistema nervoso central (RIES e RODRIGUES, 2004, p 54).

O olfato é um sentido subestimado na arquitetura, Kanashiro (2003) considera o cheiro como um elemento de ordenação e relação espacial. O autor enfatiza a capacidade que os aromas têm em contribuir com a relação socioespacial, retrata a possibilidade de direcionamento que as pessoas podem ter ao sentirem o cheiro do mar.

Claval apud Kanashiro (2003) ressalta que por meio dos ouvidos é permitido identificar de onde surge o ruído, mas não há precisão em relação à distância. O sentido de maior alcance é a audição, segundo Paiva (2019) o som pode

influenciar as emoções, os batimentos cardíacos e a respiração enquanto a poluição sonora impacta até o ciclo circadiano<sup>9</sup>.

Segundo Paiva (2019) o tato é desenvolvido quando o bebê ainda está no útero e tem como integrante o maior órgão do corpo: a pele. Este é o sentido relacionado ao contato físico (aperto de mão, beijo na bochecha, toque nos ombros, etc) que é primordial entre pessoas para gerar vínculo social.

A visão é o sentido mais explorado pelos profissionais de arquitetura, de acordo com Grady apud Paiva (2019) a visão ocupa uma extensa parte do cérebro. Existem subzonas do córtex com funções específicas como identificar formatos, cores e localização de objetos.

[...] a visão, sendo considerada o sentido dominante nos seres humanos, esta proporcionaria muito mais informação que os demais sentidos. Vários pesquisadores apontam para o fato de que, através do ambiente visual, são construídas as relações de espaço, distância, textura, luz, cor, forma, contraste e todas as demais formas de apreensão do espaço arquitetônico (KANASHIRO, 2003, p 155).

Os principais sentidos são os cinco popularmente conhecidos (audição, visão, paladar, olfato e tato) e seus receptores possuem algumas classificações como demonstra o **Quadro 11**:

**Quadro 11** - Classificações dos Receptores de Sentido

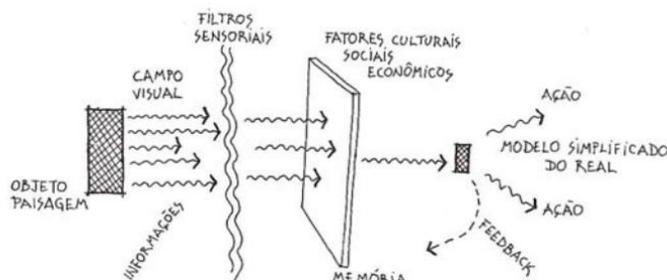
CLASSIFICAÇÕES DOS RECEPTORES DE SENTIDO	
<b>TÉRMICOS</b>	Frio (psicoestesia) e calor (termestesia).
<b>MECÂNICOS</b>	Audição, cinestésicos e equilíbrio.
<b>QUÍMICOS</b>	Olfato e paladar.
<b>DE LUZ</b>	Visão.
<b>CUTÂNEOS</b>	Pressão, frio, calor e dor.
<b>PROPRIOCEPTIVOS</b>	Cinestesia e equilíbrio.
<b>EXTEROCEPTIVOS</b>	Visão, audição, olfato e paladar.

Fonte: Kanashiro, 2003, compilação: a autora, 2020.

A percepção pode ser considerada como o processo de interpretação das sensações, segundo Bailly (1979, 1990 apud Del Rio) possui as seguintes fases: percepção (campo sensorial); seleção (campo da memória e campo do raciocínio); ação e memorização (Figura 49).

<sup>9</sup> O ciclo circadiano pode ser considerado como o relógio biológico dos seres humanos, seu funcionamento é através do recebimento dos estímulos da luz.

**Figura 49** - Esquema de Percepção.



Fonte: DEL RIO, 1990, p.92.

A princípio a percepção depende apenas do fisiológico humano, porém no desenvolvimento do processo a parte psicológica é acionada, ou seja, o ambiente impacta no corpo e na mente. Portanto, a interdisciplinaridade entre neurociência e arquitetura será mais eficaz com a inserção da psicologia ambiental.

A psicologia Ambiental não é uma disciplina uniforme, existindo assim várias correntes que a compõe e, conseqüentemente, há várias formas de defini-la. No entanto, todas as definições giram em torno da relação homem – ambiente. [...] a Psicologia Ambiental veio colocar o ambiente não mais como simples pano de fundo, como fazia a Psicologia de então, e, sim, como algo que faz parte da subjetividade e que é inseparável do homem, em virtude de ambos se constituírem reciprocamente. O ambiente passa, então, a ser entendido não mais como fator causal de processos psicológicos e, sim, como construtivo de identidades. Descontrói-se, assim, a noção de interno e externo, pois esta identidade não é tida como uma estrutura interna aos indivíduos, ela é objetivada na relação com o ambiente e este, por sua vez, passa a ser um prolongamento desta (HIGUCHI, KUHEN e PATO, 2019, p.89).

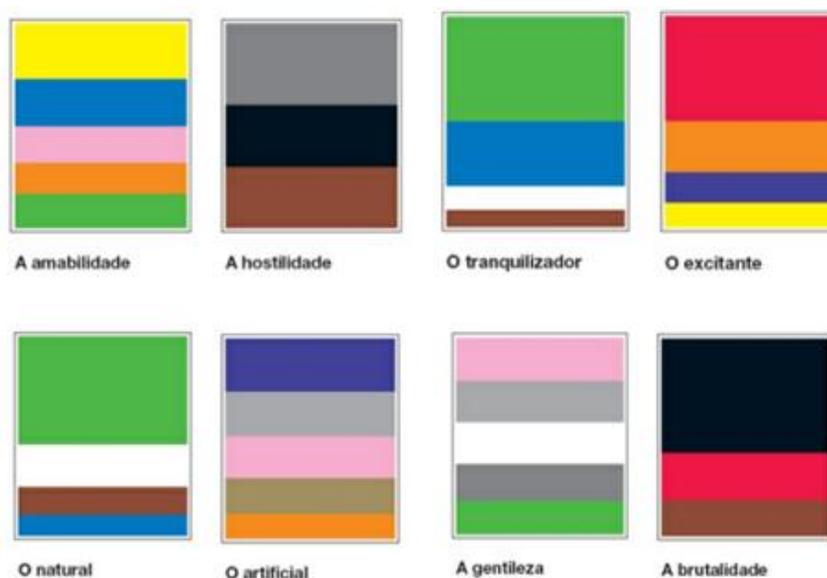
De acordo com Paiva (2020 a) o espaço não age, apenas interfere em ações, estado mental e percepção, portanto é importante conhecer a mente e o comportamento humano a fim de identificar qual é o estímulo necessário para obter-se a ação desejada. Em relação às cores, por exemplo, apesar de cada indivíduo possuir uma experiência própria segundo Heller (2013) as cores e os sentimentos se combinam porque desde a infância são enraizados na linguagem e nos pensamentos. Então, há uma associação entre cores e sentimentos que funcionam com grande parte da população (ver **Quadro 12**).

**Quadro 12 - Efeito Psicológico das cores.**

Cor	Efeito de distância	Efeito de temperatura	Disposição psíquica
Azul	Distância	Frio	Tranqüilizante
Verde	Distância	Frio a neutro	Muito tranqüilizante
Vermelho	Próximo	Quente	Muito irritante e intranqüilizante
Laranja	Muito próximo	Muito quente	Estimulante
Amarelo	Próximo	Muito Quente	Estimulante
Marrom	Muito próximo		
	Contenção	Neutro	Estimulante
Violeta	Muito próximo	Muito próximo	Agressivo, intranqüilizante, desestimulante.

Fonte: CUNHA, 2004, p.60.

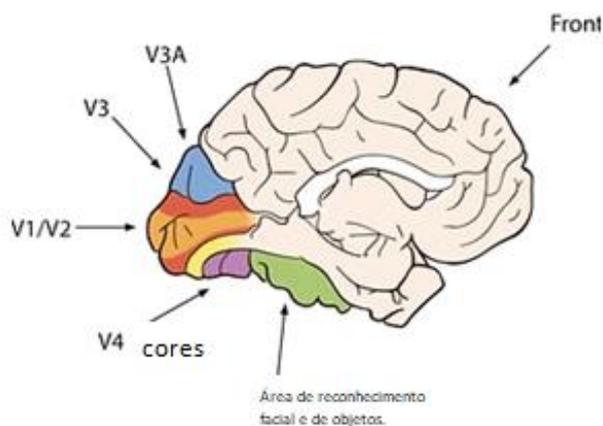
Os ambientes raramente são monocromáticos, geralmente as cores atuam em conjunto, Heller (2013) define acorde cromático como a composição de cores que estejam frequentemente associadas a um determinado significado, um efeito de conjunto imutável. A **Figura 50** demonstra alguns sentimentos e as impressões psicológicas que eles despertam.

**Figura 50 - Acordes cromáticos.**

Fonte: HELLER, 2013, p.49.

Segundo Roe (2012 apud Paiva 2020), estudos antigos realizados em macacos comprovaram que existe uma parte no cérebro dedicada ao processamento das cores (ver Figura 51). Depois com o surgimento das ressonâncias magnéticas constatou-se que este processo demanda esforços de outras áreas, principalmente as relacionadas à memória e emoções.

**Figura 51** - Área do cérebro dedicada ao processamento das cores.



Fonte: PAIVA, 2019.

Um estudo realizado em 2002 percebeu que imagens coloridas eram mais memorizadas do que as em preto e branco, sendo as figuras com as cores reais dos elementos, céu azul e grama verde, as mais recordadas (ver **Figura 52**).

**Figura 52** - Imagens com cores correspondentes a realidade são mais memorizadas.



Fonte: PAIVA, 2019.

O cérebro humano foi desenvolvido para viver na natureza, de acordo com Stouchi (2019) a conexão entre os seres humanos e a natureza a fim de melhorar o bem estar pode ser definida como biofilia. Na arquitetura é possível aplicar este conceito ao englobar nos projetos vegetação e materiais naturais como madeira e pedra.

Segundo Paiva (2020 b) a dependência química assim como a esquizofrenia está relacionada à predisposição genética, as cidades são geradoras de estresse crônico<sup>10</sup>, o que pode provocar o desequilíbrio na produção de hormônios como o

<sup>10</sup> De acordo com Paiva (2020) o estresse sempre existiu e foi fundamental para a sobrevivência humana, por conta de situações estressantes que pessoas conseguiram sobreviver a ataques de

cortisol e possibilita o desenvolvimento de uma série de doenças como a depressão. O meio (social e físico) ao qual o indivíduo é inserido pode causar alterações epigenéticas<sup>11</sup>, muitos estudos associam o desencadeamento de transtornos mentais a contextos urbanos.

A predisposição genética, o contexto social, desestrutura familiar, ausência de recursos financeiros bem como a moradia precária e a carência de infraestrutura urbana (saneamento básico, acesso à água potável, etc) associados à violência contribuem para o estresse crônico e dificultam a superação da dependência química. O isolamento deste cenário e a inserção em um ambiente que permita a conexão com a natureza e transmita estímulos positivos para o tratamento diminuem as dificuldades de se atingir a reabilitação.

## 5.2 Sequelas da Dependência Química

O conceito de sequela segundo o dicionário Michaelis é “o efeito secundário de uma lesão”. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a dependência química pode ocasionar os seguintes efeitos nocivos: biológicos crônicos, biológicos graves, problemas sociais graves e os problemas sociais crônicos (**Quadro 13**).

**Quadro 13** - Classificação dos Efeitos da Dependência Química.

CLASSIFICAÇÃO DOS EFEITOS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA			
BIOLÓGICOS CRÔNICOS	BIOLÓGICOS GRAVES	PROBLEMAS SOCIAIS GRAVES	PROBLEMAS SOCIAIS CRÔNICOS
Cirrose no fígado, câncer de pulmão, enfisema, entre outros.	Dose excessiva (overdose). Acidentes de veículos motivados por falta de coordenação motora, suicídios, agressões.	Separações bruscas ou detenções.	Incapacidades em relação ao trabalho e a família.

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Compilação: a autora, 2020.

<sup>11</sup> Epigenética mudanças nos genomas que serão passadas as próximas gerações, mas que não modificam a sequência do desoxirribonucleico (DNA).

Cada substância psicoativa atua de um modo diferente no Sistema Nervoso, portanto os mecanismos de ação primária bem como a tolerância e abstinência e o consumo prolongado terão efeitos distintos (**Quadro 14**).

**Quadro 14** – Resumo dos efeitos das substâncias Psicoativas.

<b>Resumo dos Efeitos das Substâncias Psicoativas</b>			
<b>SUBSTÂNCIA</b>	<b>MECANISMO DE AÇÃO PRIMÁRIO</b>	<b>TOLERÂNCIA E ABSTINÊNCIA</b>	<b>CONSUMO PROLONGADO</b>
<b>Etanol</b>	Aumenta os efeitos inibitórios de GABA e diminui os efeitos de excitação do glutamato. Efeitos de reforço provavelmente relacionados com maior atividade na via mesolímbica da dopamina.	Desenvolvimento de tolerância devido a maior metabolismo no fígado, e alterações nos receptores do cérebro. Abstinência de consumo crônico pode incluir tremores, transpiração, fraqueza, agitação, cefaleias, náuseas, vômitos, convulsões, <i>delirium tremens</i>	Alteração da função e da estrutura cerebrais, especialmente do córtex pré-frontal; perturbações cognitivas; diminuição do volume do cérebro.
<b>Hipnóticos e sedativos</b>	Facilitam a ação de neurotransmissores inibitórios endógenos.	Desenvolvimento rápido de tolerância para a maior parte dos efeitos (exceto anticonvulsivantes) devido a alterações nos receptores do cérebro. Abstinência caracterizada por ansiedade, aumento do estado de vigília, inquietação, insônia, excitabilidade, convulsões.	Perturbações da memória.
<b>Nicotina</b>	Ativa os receptores colinérgicos nicotínicos. Aumenta a síntese e liberação da dopamina.	Desenvolvimento de tolerância através de fatores metabólicos, assim como alterações nos receptores. Abstinência caracterizada por irritabilidade, hostilidade, ansiedade, disforia, depressão, diminuição do ritmo cardíaco, aumento do apetite.	Os efeitos do tabaco sobre a saúde são bem conhecidos; difícil de dissociar os efeitos da nicotina dos outros componentes do tabaco.
<b>Opóides</b>	Ativam os receptores Mu e delta abundantes em zonas do cérebro implicadas em respostas a substâncias psicoativas, tais como na via mesolímbica da	A tolerância ocorre devido a alterações a curto e longo prazo do receptor, e adaptações nos mecanismos de sinalização intracelular. A	Alterações a longo prazo em receptores de opóides e peptídeos; adaptação a respostas de recompensa, aprendizado e estresse.

	dopamina.	abstinência pode ser grave e caracteriza-se por lacrimejamento, coriza, bocejos, transpiração, inquietação, arrepios, câibras, dores musculares.	
<b>Canabinóides</b>	Ativam os receptores de canabinóides. Também aumentam a atividade da dopamina na passagem mesolímbica.	Desenvolvimento rápido de tolerância á maior parte dos efeitos. Abstinência rara, talvez devido á meia-vida dos canabinóides.	A exposição a longo prazo ao cânabis pode produzir incapacidade cognitiva durável. Também existe o risco de agravamento de doença mental.
<b>Cocaína</b>	A cocaína impede a recaptura de transmissores como a dopamina, prolongando assim os seus efeitos.	É possível que ocorra tolerância aguda em curto prazo. Não há muitas provas de abstinência, mas a depressão é comum entre pessoas dependentes que deixam de consumir a droga.	Foram encontradas deficiências cognitivas, anomalias em regiões específicas do córtex, insuficiências na função motora, e diminuição do tempo de reação.
<b>Anfetaminas</b>	Aumentam a liberação de dopamina dos nervos terminais e inibe a recaptura de dopamina e transmissores relacionados	A tolerância desenvolve-se rapidamente em relação a efeitos comportamentais e fisiológicos. A abstinência caracteriza-se por fadiga, depressão, ansiedade e necessidade imperiosa da droga.	Perturbações do sono, ansiedade, perda de apetite, alterações em receptores cerebrais de dopamina, alterações metabólicas regionais, insuficiências motoras e cognitivas.
<b>Ecstase</b>	Aumento da liberação de serotonina e bloqueio da sua recaptura.	Pode desenvolver-se tolerância em certas pessoas. Os sintomas mais comuns de abstinência são depressão e insônia.	Dano a sistemas serotoninérgicos cerebrais, complicações comportamentais e fisiológicas. Problemas psiquiátricos e físicos a longo prazo, tais como perturbações da memória, da tomada de decisões e do autocontrole, paranoia, depressão e ataques de pânico.
<b>Substâncias Voláteis</b>	Afetam muito provavelmente os transmissores inibidores, da mesma maneira que outros sedativos e hipnóticos. Ativação da dopamina mesolímbica.	Desenvolve-se uma certa tolerância difícil de avaliar. Durante a abstinência, aumento da vulnerabilidade a convulsões.	Alteração da ligação e da função dos receptores de dopamina; diminuição da função cognitiva; problemas psiquiátricos e neurológicos.

<b>Alucinógenos</b>	Substâncias diferentes atuam sobre diferentes receptores do cérebro tais como receptores de serotonina, glutamato e acetilcolina.	A tolerância desenvolve-se rapidamente a efeitos físicos e psicológicos. Não há provas de abstinência.	Episódios psicóticos agudos ou crônicos, revivescência ou renovação de efeitos da substância muito depois do seu consumo.
---------------------	---	--	---

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Compilação: a autora, 2020.

De acordo com as informações contidas no **Quadro 14**, nota-se que várias substâncias psicoativas durante o mecanismo de ação primário interferem na transmissão, ativação ou recaptura da dopamina.

Cada droga de abuso tem o seu mecanismo de ação particular, mas todas elas atuam, direta ou indiretamente, ativando uma mesma região do cérebro: o sistema de recompensa cerebral. Esse sistema é formado por circuitos neuronais responsáveis pelas ações reforçadas positiva e negativamente. Quando nos deparamos com um estímulo prazeroso, nosso cérebro lança um sinal: o aumento de **dopamina**, importante neurotransmissor do sistema nervoso central (SNC), no núcleo *accumbens*, região central do sistema de recompensa e importante para os efeitos das drogas de abuso (SENAD,s.d).

A dopamina é gerada pelos neurônios dopaminérgicos e tem funções relacionadas ao humor, cognição e controle motor. A dependência química condiciona a produção de dopamina exclusivamente ao consumo de substâncias psicoativas, ações como contemplar uma paisagem ou saborear uma refeição deixam de ser prazerosas, pois não ativam o sistema nervoso como acontece em pessoas sem dependências. De acordo com Sandí e Dias (1998, p. apud Scheffer et al., 2010, p.534) uma pesquisa realizada entre 198 dependentes químicos atestou que a maioria tinha depressão.

Segundo Saide (2011), o uso de substâncias psicoativas é capaz de ocasionar episódios depressivos, que diminuem de acordo com o aumento da abstinência e a depressão maior, quando a sintomatologia depressiva permanece a mais de quinze dias de abstinência. Porém, do mesmo modo que o consumo incontrolável de SPA's pode desencadear a depressão o cenário reverso também tem potencial para acontecer.

Transtornos de Humor (incluindo a Depressão) podem motivar indivíduos a fazer uso de álcool/drogas para aliviar o próprio mal-estar. A substância pode, inicialmente, minimizar ou moderar seus sintomas, mas a abstinência e o uso crônico tipicamente exacerbam a médio prazo os sintomas (SAIDE, 2018, p.52).

Conforme Andrade et al. (ca. 2000) durante a depressão os neurotransmissores são dispersos em menor quantidade, mas as enzimas mantêm o ritmo normal, logo o neurônio receptor capta menos neurotransmissores. Com isso a percepção dos dependentes químicos

A acetilcolina é o neurotransmissor mais presente no ser humano, quando em níveis baixos prejudica a capacidade de concentração e facilita o esquecimento. De acordo com Andrade et al. (ca. 2000) noradrenalina pode aumentar a nível de gordura no sangue bem como a pressão sanguínea além de contribuir para boa memorização, já a serotonina pode influenciar o humor, sono e concentração.

Em síntese as sequelas da dependência química podem ser sociais, psíquicas e físicas, porém grande parte delas está diretamente ou indiretamente relacionada ao sistema nervoso mais precisamente a produção, transmissão e recaptura de neurotransmissores.

## 6. MODELO DE PROGRAMA DE NECESSIDADES PARA CENTROS DE REABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS

Considerando o histórico dos ambientes utilizados para o tratamento da dependência química, a legislação, os parâmetros arquitetônicos bem como os estudos de caso e os conceitos da neurociência aplicada à arquitetura, psicologia ambiental e biofilia apresentadas nesta pesquisa foi desenvolvido o modelo de programa de necessidades disposto no **Quadro 15**.

**Quadro 15** – Programa de necessidades para centros de reabilitação para dependentes químicos.

MODELO DE PROGRAMA DE NECESSIDADES PARA CENTROS DE RABILITAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS	
SETOR DE HOSPEDAGEM	
AMBIENTE	CONTEÚDO
QUARTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CONTENHAM ACOMODAÇÕES INDIVIDUAIS E ESPAÇO PARA GUARDA DE ROUPAS E PERTENCÉS COM O DIMENSIONAMENTO COMPÁTIVEL COM O NÚMERO DE RESIDENTES;</li> <li>• TENHA DUAS MODALIDADES UMA PARA DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DEPRESSORAS E PERTUBADORAS DO SNC E OUTRA PARA OS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS</li> </ul>

	<p>ESTIMULANTES;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CAPACIDADE MÁXIMA DE 06 PESSOAS POR QUARTO.</li> </ul>
<b>BANHEIRO</b>	<p>O BANHEIRO DEVE SER COLETIVO PARA EVITAR QUE OS ACOLHIDOS FIQUEM SOZINHOS EM UM AMBIENTE TOTALMENTE FECHADO E SEM VIGILÂNCIA POR UM LONGO INTERVALO DE TEMPO. CONTENDO:</p> <p>01 BACIA PARA CADA 10 PESSOAS  01 LAVATÓRIO PARA CADA 20 PESSOAS  01 CHUVEIRO PARA CADA 10 PESSOAS</p> <p>PRECISA TER PAREDES PISO E REVESTIDOS COM MATERIAL IMPERMEÁVEL</p>
<b>SETOR DE TERAPIA/RECUPERAÇÃO</b>	
<b>AMBIENTE</b>	<b>CONTEÚDO</b>
<b>SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>	<p>01 MESA  03 CADEIRAS  01 LAVATÓRIO  01 ARMÁRIO  01 ARMÁRIO COM CHAVE E COMPARTIMENTOS PARA ARMAZENAR MEDICAMENTOS</p>
<b>SALA DE ATENDIMENTO COLETIVO</b>	<p>20 CADEIRAS  01 ARMÁRIO</p>
<b>ÁREA PARA REALIZAÇÃO DE OFICINAS DE TRABALHO</b>	<p>60 CADEIRAS  06 MESAS ( CADA UMA COM 10 LUGARES)</p>
<b>ÁREA PARA PRÁTICA DE ATIVIDADES DESPORTIVAS</b>	<p>QUADRA OU CAMPO DE FUTEBOL  PISCINA  ACADEMIA  QUADRA DE VOLEIBOL</p>
<b>BIBLIOTECA</b>	<p>ESTANTES PARA ACOMODAR UM ACERVO DE 200 LIVROS  02 DUAS MESAS (CADA UMA COM 06 LUGARES)</p>
<b>SALA DE AUDIOVISUAL</b>	<p>01 APARELHO DE TELEVISÃO  01 APARELHO DE SOM  80 CADEIRAS</p>
<b>AMBIENTE PARA PRÁTICAS RELIGIOSAS</b>	<p>01 APARELHO DE SOM  CADEIRAS OU BANCOS PARA ACOMODAR 100 PESSOAS</p>
<b>SETOR ADMINISTRATIVO</b>	
<b>AMBIENTE</b>	<b>CONTEÚDO</b>
<b>SALA DE RECEPÇÃO DE RESIDENTES, FAMILIARES E VISITANTES</b>	<p>02 MESAS  06 CADEIRAS  02 ARMÁRIOS</p>
<b>SALA ADMINISTRATIVA</b>	<p>01 MESA  03 CADEIRAS  01 ARMÁRIO</p>
<b>ARQUIVO DAS FICHAS DO RESIDENTE (PRONTUÁRIO)</b>	<p>ARMÁRIOS PARA ACOMODAR TODOS OS ARQUIVOS</p>
<b>SALA DE REUNIÃO PARA</b>	<p>01 MESA</p>

<b>EQUIPE</b>	12 CADEIRAS
<b>SETOR DE APOIO LOGÍSTICO</b>	
<b>AMBIENTE</b>	<b>CONTEÚDO</b>
<b>COZINHA COLETIVA</b>	<p>COM AS SEGUINTE ÁREAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. RECEPÇÃO DE GÊNEROS (BALCÃO)</li> <li>2. ARMAZENAGEM DE GÊNEROS (ARMÁRIOS, FREEZER E GELADEIRAS )</li> <li>3. PREPARO (BALCÃO)</li> <li>4. COCÇÃO (FOGÃO INDUSTRIAL OU FORNO A LENHA)</li> <li>5. LAVAGEM DE LOUÇA (PIAS)</li> <li>6. ARMAZENAGEM DE UTENSÍLIOS ( ARMÁRIOS)</li> </ol> <p>PRECISA TER PAREDES PISO E REVESTIDOS COM MATERIAL IMPERMEÁVEL</p>
<b>REFEITÓRIO</b>	<p>06 MESAS 60 CADEIRAS</p>
<b>LAVANDERIA COLETIVA</b>	<p>COM AS SEGUINTE ÁREAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ARMAZENAGEM DA ROUPA SUJA</li> <li>2. LAVAGEM (06 TANQUES)</li> <li>3. SECAGEM</li> <li>4. PASSADERIA</li> <li>5. ARMAZENAGEM DE ROUPA LIMPA</li> </ol>
<b>ALMOXARIFADO</b>	ARMÁRIOS E PRATELEIRAS
<b>ÁREA PARA DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA</b>	<p>01 TANQUE ARMÁRIOS E PRATELEIRAS</p>
<b>ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS</b>	PRECISA TER PAREDES PISO E REVESTIDOS COM MATERIAL IMPERMEÁVEL
<b>CANTINA</b>	<p>01 PIA 01 GELADEIRA 01 FOGÃO 01 MICROONDAS 01 BALCÃO ARMÁRIOS</p>
<b>BANHEIRO PARA FUNCIONÁRIOS</b>	<p>01 BACIA SANITÁRIA 01 LAVATÓRIO 01 CHUVEIRO</p>

Fonte: A autora, 2020.

Convém que o centro de reabilitação para dependentes químicos esteja localizado em uma área de baixo adensamento construtivo, preferencialmente em área rural, em vias de baixo tráfego de carros e pessoas. De modo que possibilite o acesso aos serviços de infraestrutura urbana.

De acordo com a RDC 101 de 2001 a quantidade máxima de pessoas por alojamento não deve exceder a trinta, já a RDC 29 de 2011 não estipula quantidade máxima de reabilitandos permitida por alojamentos. Durante a visita ao Centro de Reabilitação Cristo Liberta a equipe de colaboradores presente compartilhou o relato de que a instituição já obteve até cento e vinte acolhidos simultaneamente. Mas ao longo do tempo foi percebido que o tratamento teria maiores resultados caso a quantidade de pessoas no centro fosse reduzida por isso atualmente o centro trabalha apenas com sessenta acolhidos simultâneos. Logo a quantidade máxima de acolhidos é variante e para determiná-la é necessário considerar a quantidade de colaboradores da instituição, bem como as dimensões dos centros.

Em relação aos dormitórios é sugerido que existam duas tipologias, uma para os dependentes de substâncias perturbadoras e depressoras do sistema nervoso central que tem em tolerância e abstinência agitação, ansiedade, inquietação e insônia é indicada a aplicação de um acorde de cores com impressões psicológicas de calma e amabilidade. Para a tipologia destinada aos dependentes de substâncias estimulantes recomenda-se a aplicação de cores de impressões psicológicas mais exultantes, pois a principal sequela da dependência destas substâncias é a depressão.

Em ambas as tipologias devem existir esquadrias que permitam a entrada direta de iluminação natural, recomenda-se que sejam persianas ou em vidro. Por conta da falta de memória é fundamental que independente de onde estiverem seja possível compreender o fuso horário por meio da luz solar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência química é uma doença crônica que pode causar sequelas físicas, psicológicas e sociais, por muito tempo a sociedade e os governos negligenciaram os dependentes rotulando-os como pessoas com desvio de caráter ou os isolando da sociedade por serem considerados inconvenientes para o convívio social.

Atualmente existem várias modalidades de tratamento para auxiliar os dependentes a permanecerem em abstinência, os centros de apoio psicossociais, os hospitais psiquiátricos, as clínicas de reabilitação e os centros de reabilitação mantidos por comunidades terapêuticas.

Os centros de reabilitação para dependentes químicos é o que possui a arquitetura mais semelhante a residencial, isto porque as normas e legislações que eles devem obedecer e atender foram desenvolvidos com este objetivo. Além disto, o serviço de acolhimento oferecido não pode obrigar a permanecer no centro. Porém, é permitido às instituições desenvolverem regras que condicionem o acolhimento, tais regras não podem obrigar a participação de cultos ou rituais religiosos.

A arquitetura é capaz de influenciar ações e comportamentos, por meio das sensações que são as capturas de estímulos presentes nos ambientes, e da interpretação deles que é denominada percepção. O sistema nervoso tem uma grande participação nestes processos, são os receptores que captam os estímulos e por meio da sinapse transmite para as demais células. Porém, para que ocorra a interpretação é necessário associar as sensações ao psicológico humano.

As sensações e percepções estimuladas pelos ambientes podem ter os mesmos objetivos que a intervenção terapêutica adotada pelo centro de reabilitação. Para que isto ocorra é importante considerar que existem modalidades de substâncias psicoativas que podem ocasionar sequelas distintas.

Em suma a arquitetura pode transmitir estímulos coerentes com os métodos terapêuticos empregados, portanto a hipótese de que a arquitetura dos centros de

reabilitação para dependentes químicos pode contribuir com o tratamento da dependência química através de estímulos de sensações e indução de percepções foi confirmada.

## REFERÊNCIAS

ALARCON, Sérgio e JORGE, Marco Aurélio Soares. **Drogas Psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2012.

ANDRADE, Rosângela Vieira *et al.* **Atuação dos Neurotransmissores na Depressão**. Rio de Janeiro, ca. 2000. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/revista/artigos/cienciasfarmaceuticas/v1n1a6.pdf> . Acesso: 15 nov. 2020.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada 101**. Brasília, 2001. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res\\_0101.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0101.pdf). Acesso: 30 ago. 2020.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada 29**. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html) . Acesso: 30 ago. 2020.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: Vida, genocídio e 60 mil mortes do maior hospício do Brasil**. São Paulo, Geração Editorial, 2013. Disponível em: <http://lelivros.love/book/download-holocausto-brasileiro-daniela-arbex-em-epub-mobi-e-pdf/>. Acesso em: 14 maio 2020.

ASSIS, Machado de. **O Alienista**. Recife: Prazer de Ler, 2010.

BERTOLETTI, Roberta. **Uma Contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica: Estudo no Residencial Terapêutico Morada São Pedro em Porto Alegre**. Trabalho de Conclusão de Curso ( Mestre em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf). Acesso em: 20 jul 2020.

BRASIL. **Estatuto da Cidade: Lei 10.257/2001 que estabelece diretrizes gerais da política urbana**. Brasília, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm). Acesso em: 28 set. 2020.

CAPITAL. **Entenda a diferença entre clínica de reabilitação e comunidade terapêutica**. Disponível em: <https://capitalremocoes.com.br/entenda-diferenca-entre-clinica-de-reabilitacao-e-comunidade-terapeutica/>. Acesso em: 22 maio 2020.

CIMINO, Anthony dos Santos. **A Ruína do Estado Proibidor: A urgência de um novo paradigma para o controle de substâncias psicoativas**. Trabalho de

Conclusão de Curso ( Mestre em Ciências Jurídico – Criminais) – Faculdade de Direito de Coimbra. Coimbra, 2015.

CORBUSIER, Le. **Mensagem aos estudantes de arquitetura**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**.

Brasília, 1988. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 15 set. 2020.

CUNHA, Luiz Cláudio Rezende. **A cor do ambiente hospitalar**. Congresso Nacional da ABDEH. Anais – Universidade de Campinas. Campinas, 2004.

Disponível em:

[https://hosting.iar.unicamp.br/lab/luz/ld/Arquitetural/Pesquisa/a\\_cor\\_no\\_ambiente\\_hospitalar.pdf](https://hosting.iar.unicamp.br/lab/luz/ld/Arquitetural/Pesquisa/a_cor_no_ambiente_hospitalar.pdf). Acesso em: 11 ago. 2020.

DAMAS, Fernando Balvedi. **Comunidades terapêuticas no brasil: expansão, institucionalização e relevância social**. Revista de Saúde Pública Santa Catarina, v. 6, n. 1, p. 50-65. Florianópolis, 2013. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/9a2b/29505cc341ce31af23b34d4af15952fd5cab.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

DEL RIO, Vincente. **Introdução ao desenho urbano no processo de planejamento**. Rio de Janeiro: Pini, 1990.

EBC, Empresa Brasil de Comunicação. **Loucura e liberdade: saúde mental em Barbacena**. Disponível em:

<https://tvbrasil.ebc.com.br/caminhosdareportagem/episodio/loucura-e-liberdade-saude-mental-em-barbacena>. Acesso em: 09 maio 2020.

FERREIRA, Pedro Eugênio e MARTINI, Rodrigo K Martini. **Cocaína: lendas, histórias e abuso**. Rev.. Bras. Psiquiatr. 2001, vol. 23, n.2, pp. 96 – 99.

Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462001000200008&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462001000200008&script=sci_arttext). Acesso em: 09 maio 2020.

FRACASSO, Laura. **Comunidades Terapêuticas: Histórico e Regulamentações**. São Paulo. Aberta, 2003.

HELLER, Eva. **A Psicologia das Cores: Como as cores afetam a emoção e a razão**. São Paulo: Editora Gustavo Gili, 2013.

HIGUCHI, Maria Inês Gasparetto; KUHEN, Ariane e PATO, Cláudia (Org).

**Psicologia Ambiental em Contextos Urbanos**. Florianópolis, Edições Bosque, 2019.

HUYDA, Stefany. **Clínicas para Dependentes Químicos**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo) - Centro Universitário de Maringá Centro de Ciências Exatas Tecnológicas e Agrárias. Maringá, 2019.

KANASHIRO, Milena. **A cidade e os sentidos: sentir a cidade**. 7. ed. Paraná: Ufpr, 2003. 155 p. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/made/article/view/3051>. Acesso em: 02 set. 2020

KREBS, Alzira Pereira. **Legislação Urbana e (Des)construção da Urbanidade: uma análise observacional dos efeitos da leis municipais na perspectiva de um técnico**. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

NOVO NASCER. **Clínica de Recuperação**. Recife, 2020. Disponível em: <https://www.novonascerc.com.br/>. Acesso em: 01 maio 2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Neurociência do Uso e da Dependência de Substâncias Psicoativas**. São Paulo, Roca, 2006.

PADOVANI, Nathali Martins. **Manual Prático de Arquitetura e Urbanismo para Centros de Atenção Psicossocial**. S.M. S.L. 2014. Disponível em: [https://issuu.com/nathali.padovani/docs/1\\_manual\\_pr\\_tico\\_de\\_arquitetura\\_e](https://issuu.com/nathali.padovani/docs/1_manual_pr_tico_de_arquitetura_e) Acesso em: 22 maio 2020.

PAIVA, Andréa de. **Os olhos do corpo: percepção, sensorialidade e a neuroarquitetura**. S.M. S.L. 2019. Disponível em: <https://www.neuroau.com/post/os-olhos-do-corpo-percep%C3%A7%C3%A3o-sensorialidade-e-a-neuroarquitetura>. Acesso em: 17 set. 2020.

PAIVA, Andréa de. **Neuroarquitetura: limites e possibilidades**. S.M. S.L. 2020 a. Disponível em: <https://www.neuroau.com/post/os-limites-da-neuroarquitetura-um-novo-olhar-para-projetar>. Acesso em: 17 set. 2020.

PAIVA, Andréa de. **Epigenética e Neuroarquitetura: até onde o meio pode nos impactar?** S.M. S.L. 2020 b. Disponível em: <https://www.neuroau.com/post/epigen%C3%A9tica-e-neuroarquitetura-at%C3%A9-onde-o-meio-pode-nos-impactar>. Acesso em: 17 set. 2020.

PEREIRA, Téssi Kapp e PILLON, Aline Machado. **Qualificações arquitetônicas para a reabilitação de dependentes químicos**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) - Centro Universitário Franciscano. Porto Alegre, 2014.

POL, E. La apropiación del espacio. In L. Iñiguez, & E. Pol (Orgs.). **Cognición, representación y apropiación del espacio**. Barcelona: Colección Monografías Sócio/Ambientais, 1996.

PRATTA, Elisângela Maria Machado e SANTOS, Manoel Antonio. **O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução**. São Paulo, S.M, 2009.

RAPKIEWICZ, Jackson Carlos; GROBE Rafaela e ZAROS Karin Juliana Bitencourt. **Manual para Dispensação de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial**. Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná Centro de Informação sobre Medicamentos. Curitiba, 2019.

RIBEIRO, Mariane. **Centro De Atenção Psicossocial Iii: A Arquitetura A Favor Da Saúde Mental**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Tecnológica do Paraná. Paraná, 2014.

RUIZ, Mayra Arelano. **A weaving of neuro-architecture and cultural practices**. Trabalho de Conclusão de Curso (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade do Havaí, Manoa, 2015. Disponível em: <https://oatd.org/oatd/record?record=handle%5C%3A10125%5C%2F50858>. Acesso em: 25 ago. 2020.

SAIDE, Osvaldo Luiz. Depressão e uso de drogas. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 47-59, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8852/6732>. Acesso em: 02 nov. 2020.

SCHEFFER, Morgana; PASA, Graciela Gema; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 3, pág. 533-541, setembro de 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722010000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000300016&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 25 de novembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300016>.

SENAD, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e os efeitos biológicos comuns às drogas de abuso**. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201612/20161212-174315-002/pagina-03.html>. Acesso em: 01 nov. 2020.

SERVALHO, Gil. **Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença**. Rio de Janeiro, Caderno de Saúde Pública, v. 9, n. 3, p. 349-363, 1993.

SILVA, Leonora Cristina da. **Diretrizes para a arquitetura hospitalar pós-reforma psiquiátrica sob o olhar da psicologia ambiental**. Trabalho de Conclusão de Curso (Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SODRÉ, Kelly. **Centro Terapêutico Niyama- Casa De Acolhimento Para Mulheres Em Situação De Drogadição**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/288b/5deb4b8745f00730ee384b8e20e10ad87e46.pdf>. Acesso em: 26 maio 2020.

SPDM, Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. **Centro de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://caps.spdmfiliadas.org.br/>. Acesso em: 26 maio 2020.

STOUHI, Dima. **Os benefícios da biofilia para a arquitetura e os espaços interiores**. S.M. S.L. 2019. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/927908/os-beneficios-da-biofilia-para-a-arquitetura-e-os-espacos-interiores>> ISSN 0719-8906. Acessado 09 Set 2020.

SUPERA, Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas. **Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Brasília. Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

TORCATO, Carlos. **O Uso de Drogas e a Instauração do Proibicionismo no Brasil**. Saúde & Transformação Social, v. 4, p. 117-125. Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

VIECELI, Ana Paula. **Lugares da Loucura: Arquitetura e cidade no encontro com a diferença**. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestre em Arquitetura) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

## APÊNDICES

Apêndice A – Questionário para equipe médica do centro.

### **Questionário: Centros de Reabilitação para Dependentes Químicos**

Observação: esta pesquisa será apenas para fins acadêmicos

1. Quantas pessoas estão em reabilitação nesta instituição?

---

---

---

---

2. Quantos médicos trabalham na instituição e quais são suas especialidades?

---

---

---

---

3. Quais são os tipos de dependência química mais presente entre os reabilitandos?

---

---

---

---

---

4. Qual tratamento é oferecido por tipo de dependência química?

---

---

---

---

5. Qual a duração do tratamento por tipo de dependência?

---

---

---

---

---

6. Quais são as sequelas da dependência química mais presente entre os reabilitandos?

---

---

---

---

---

7. O tratamento é realizado em etapa? Quais são elas?

---

---

---

---

---

---

8. Há uma unidade para cada uma delas? Qual a diferença entre as unidades em função da fase de tratamento?

---

---

---

---

---

---

9. A instituição dispõe de residências terapêuticas? Qual tipo de apoio é oferecido aos que concluem o tratamento e não tem apoio familiar?

---

---

---

---

---

---

10. Em relação ao conforto dê uma pontuação entre 0 e 5 para os atributos dos ambientes:

	ATRIBUTO	PONTUAÇÃO
		CONSIDERE 1 RUIM E 5 EXCELENTE
<b>QUARTOS</b>	CALOR?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	VENTILAÇÃO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	
	<b>Observações:</b>	_____
		_____
<b>BANHEIROS</b>	CALOR?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	VENTILAÇÃO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	QUANTIDADE?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<b>Observações:</b>	_____
<b>REFEITÓRIO</b>	CALOR?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	VENTILAÇÃO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<b>Observações:</b>	_____
	_____	

<b>SALA DE OFICINAS</b>	CALOR?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	VENTILAÇÃO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<b>Observações:</b>	
<b>SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>	CALOR?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	VENTILAÇÃO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<b>Observações:</b>	
<b>AMBIENTE DE PRÁTICAS ESPORTIVAS</b>	CALOR?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	VENTILAÇÃO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<b>Observações:</b>	
<b>ÁREA DE PRÁTICA RELIGIOSA</b>	CALOR?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	VENTILAÇÃO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<b>Observações:</b>	

<b>COZINHA</b>	CALOR?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	VENTILAÇÃO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	<b>Observações:</b> _____ _____	
<b>LAVANDERIA</b>	CALOR?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	VENTILAÇÃO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	<b>Observações:</b> _____ _____	

## 11. Preencha o quadro a seguir:

<b>A L O J A M E N T O</b>	QUARTOS	QUANTOS QUARTOS O CENTRO POSSUI? _____ QUANTAS PESSOAS CADA QUARTO ACOMODA? _____
	BANHEIROS	QUANTOS BANHEIROS O CENTRO POSSUI? _____ QUANTAS BACIAS SANITÁRIAS? _____ QUANTOS LAVATÓRIOS? _____ QUANTOS CHUVEIROS? _____ POSSUI QUARTO PARA AGENTE COMUNITÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO
<b>S E T O R  D E  T E R A P I A</b>	POSSUI:  SALA DE ATENDIMENTO SOCIAL: ( ) SIM ( ) NÃO SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL: ( ) SIM ( ) NÃO SALA DE ATENDIMENTO COLETIVO: ( ) SIM ( ) NÃO SALA DE TV/ MÚSICA: ( ) SIM ( ) NÃO OFICINA: ( ) SIM ( ) NÃO QUADRA DE ESPORTES: ( ) SIM ( ) NÃO SALA PARA PRÁTICA DE EXERCÍCIOS: ( ) SIM ( ) NÃO HORTA OU OUTRO TIPO DE CULTIVO: ( ) SIM ( ) NÃO CRIAÇÃO DE ANIMAIS DOMÉSTICOS: ( ) SIM ( ) NÃO ÁREAS EXTERNAS PARA DEAMBULAÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO Observações: _____	

A D M I N I S T R A T I V O	<p>POSSUI:</p> <p>SALA DE RECEPÇÃO DE RESIDENTES, FAMILIARES E VISITANTES: ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>SALA ADMINISTRATIVA: ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>ARQUIVO DAS FICHAS DO RESIDENTE (PRONTUÁRIO): ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>SALA DE REUNIÃO PARA EQUIPE: ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>SANITÁRIOS PARA OS FUNCIONÁRIOS: ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>Observações:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
A P O I O	<p>POSSUI:</p> <p>COZINHA COLETIVA ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>REFEITÓRIO ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>LAVANDERIA COLETIVA ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>ALMOXARIFADO ÁREA PARA DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>TODAS AS PORTAS DOS AMBIENTES DEVEM SER INSTALADAS COM TRAVAMENTO SIMPLES SEM USO DE TRANCAS E CHAVES ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p>Observações:</p> <hr/> <hr/> <hr/>

12. Qual sua avaliação sobre os resultados obtidos com o tratamento oferecido pela instituição e com sua estrutura física? Teria alguma sugestão a fazer?

---



---



---



---

Apêndice B – Questionário para todos os integrantes do centro.

**Questionário: Centros de Reabilitação para Dependentes Químicos**

Observação: esta pesquisa será apenas para fins acadêmicos

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Sexo:** ( ) Feminino ( )

Masculino

**Função:** ( ) Administrativo, ( ) Apoio ( ) Médico ( ) Enfermeiros ( ) Em tratamento

1. Em relação ao conforto dê uma pontuação entre 0 e 5 para os atributos dos ambientes:

	ATRIBUTO	PONTUAÇÃO
		CONSIDERE 1 RUIM E 5 EXCELENTE
<b>QUARTOS</b>	CALOR?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	VENTILAÇÃO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	
	<b>Observações:</b> _____ _____ _____	
<b>BANHEIROS</b>	CALOR?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	VENTILAÇÃO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	QUANTIDADE?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	<b>Observações:</b> _____ _____	

<b>REFEITÓRIO</b>	CALOR?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	VENTILAÇÃO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<b>Observações:</b> _____ _____	
<b>SALA DE OFICINAS</b>	CALOR?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	VENTILAÇÃO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<b>Observações:</b> _____ _____	
<b>AMBIENTE DE PRÁTICAS ESPORTIVA</b>	CALOR?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	VENTILAÇÃO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<b>Observações:</b> _____ _____	
<b>ÁREA DE PRÁTICA RELIGIOSA</b>	CALOR?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	VENTILAÇÃO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<b>Observações:</b> _____ _____	
<b>COZINHA</b>	CALOR?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	VENTILAÇÃO?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

	ILUMINAÇÃO NATURAL?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	<b>Observações:</b>	_____
<b>LAVANDERIA</b>	CALOR?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	VENTILAÇÃO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	ILUMINAÇÃO NATURAL?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	ADEQUAÇÃO DO ESPAÇO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	LOTAÇÃO DO ESPAÇO?	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
	<b>Observações:</b>	_____

2. Qual sua avaliação sobre os resultados obtidos com o tratamento oferecido pela instituição e com sua estrutura física? Teria alguma sugestão a fazer?

---



---



---



---



---